

Ratgeber Beckenboden- schwäche

Welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten es gibt
Was man selbst für einen starken Beckenboden tun kann



Gegen
Harn- und
Stuhlinkontinenz
lässt sich etwas
tun!

Darüber erfahren Sie mehr in diesem Buch:

- Wie ist der Beckenboden eigentlich aufgebaut?
- Welche Beschwerden verursacht der schwache Beckenboden?
- Habe ich ein Risiko für eine Beckenbodenerkrankung?
- Stuhlinkontinenz kann behandelt werden!
- Harnverlust und Harnverhalt – die vielen Wege zurück zur Kontrolle
- Verstopfung und Stuhlentleerungsprobleme – alles, was Sie wissen müssen
- Darm- und Scheidenvorfall – woher es kommt und wie es gelöst wird
- Training für den Beckenboden – Sie schaffen das!
- Heilung durch gesunde Ernährung – auf Ihr Verhalten kommt es an
- Achtsamkeit und Beckenbodenschwäche – der alternative Weg zur Heilung

Priv.-Doz. Dr. Stefan Riss
Univ.-Doz. Dr. Barbara Bodner-Adler

Ratgeber Beckenboden- schwäche

**Welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten es gibt
Was man selbst für einen starken Beckenboden tun kann**

- 4 **VORWORT**
- 6 Die Expertinnen und Experten
- 9 **BECKENBODENSCHWÄCHE – SPRECHEN WIR DARÜBER!**
- 10 **Der Aufbau des Beckenbodens**
- 11 Aufbau und Anatomie
- 12 Der weibliche Beckenboden
- 15 Der männliche Beckenboden
- 17 Unterschiede zwischen Mann und Frau
- 18 **Risikofaktoren für eine Inkontinenz**
- 18 Harninkontinenz
- 22 Stuhlinkontinenz
- 24 **Symptome eines schwachen Beckenbodens**
- 24 Harnverlust, Harndrang und Harninkontinenz
- 26 Stuhlverlust
- 27 Vorfall der Beckenorgane
- 29 Schmerzen beim Sex
- 30 Blasenschmerzen
- 30 Chronische Beckenschmerzen
- 33 **DIE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN**
- 34 **Harninkontinenz bei der Frau**
- 34 Diagnose
- 40 Allgemeine Behandlungsmaßnahmen
- 46 Harnverlust und Harndrang
- 52 Überlaufinkontinenz
- 52 Harnverhalt
- 60 **Harninkontinenz beim Mann**
- 60 Formen der Harninkontinenz
- 62 Ursachen
- 63 Diagnose
- 64 Behandlung
- 68 **Stuhlverlust**
- 68 Ursachen
- 74 Behandlungsmöglichkeiten

87 Scheidenvorfall

87 Ursachen

90 Behandlung

93 Darmvorfall

93 Ursachen

94 Behandlung

95 Chronische Beckenschmerzen

97 Ursachen

100 Behandlung

101 Verstopfung

102 Wann liegt eine Verstopfung vor?

104 Arten der Verstopfung

108 Ursachen

112 Behandlung

127 DAS KÖNNEN SIE SELBST TUN**128 Gesunde Ernährung für den Beckenboden**

129 Definieren Sie Ihr Gesundheits- und Gewichtsziel

129 Verantwortung übernehmen

131 Verhaltenstherapie – hilft auch beim Abnehmen!

136 Gewicht reduzieren mit einer ausgewogenen Ernährung

142 Die besten Übungen für den Beckenboden

143 Vor dem Training

145 Mit dem Training starten

149 Das Training intensivieren

156 Das WC als Übungsort

158 Achtsamkeit bei Schmerzen und Beschwerden

158 Achtsamkeit als Geisteshaltung

158 Was ist Achtsamkeit?

161 Wirkungen einer regelmäßigen Achtsamkeitspraxis

162 Praktische Übungen

168 Referenzen**172 Register**

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

Beckenbodenerkrankungen kommen sehr häufig vor. Sie betreffen sowohl Frauen als auch Männer. Selbst junge Menschen können Beschwerden entwickeln, die mit dem Beckenboden in Verbindung stehen.

Erkrankungen des Beckenbodens sind sehr vielseitig. Betroffene können unter anderem an Stuhlverlust, Entleerungsproblemen, Harnverlust oder sexuellen Problemen leiden. Das sind alles sehr intime und persönliche Themen. Darüber zu reden fällt vielen Menschen verständlicherweise schwer. Dementsprechend fühlen sich Betroffene oftmals einsam und isoliert.

Das wollen wir ändern: Mit diesem Buch wollen wir helfen, das Tabuthema zu enttabuisieren. Wir möchten Wissen vermitteln und Ihnen dadurch die Angst nehmen, über Beckenbodenbeschwerden zu sprechen. Expertinnen und Experten geben einfache und verständliche Antworten auf wichtige Fragen: Was ist eigentlich der Beckenboden? Welche Erkrankungen gibt es und wie können diese erfolgreich behandelt werden?

Sie werden am Ende des Buches merken, dass es viele Wege gibt, mit einer Beckenbodenerkrankung umzugehen. Neben der klassischen und häufig notwendigen medizinischen Behandlung werden wir auch andere Möglichkeiten aufzeigen. Tatsächlich können Sie vieles selbst tun, um eine Verbesserung Ihrer Beschwerden zu erreichen. Stichworte sind hier Ernährung, Training und Achtsamkeit.

Ihr

Stefan Riss

Ihre

Barbara Bodner-Adler

***Dieses Buch widmen wir unserem Kollegen und Freund
Nikolaus Veit-Rubin, der einen wichtigen Anteil daran hatte,
dass dieses schöne Buchprojekt verwirklicht wurde.***

Die Expertinnen und Experten

Stuhlinkontinenz und Verstopfung

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Riss, Fellow of the Royal College of Surgeons (FRCS)



Stefan Riss ist Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie und Spezialist für Darm- und Beckenbodenchirurgie. Er ist Oberarzt und assoziierter Professor an der Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie der Medizinischen Universität Wien und leitet die dortige Beckenbodenambulanz. Stefan Riss ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen.

Harninkontinenz bei der Frau

Assoc. Prof. Univ.-Doz. Dr. med. Barbara Bodner-Adler



Barbara Bodner-Adler ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Spezialistin für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie. Sie ist Oberärztin und assozierte Professorin an der Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie an der Universitätsfrauenklinik Wien und leitet die dortige urogynäkologische Ambulanz.

Harninkontinenz beim Mann

Dr. med. Michael Rutkowski, Fellow of the European Board of Urology (FEBU)



Michael Rutkowski ist Facharzt für Urologie und Spezialist für funktionelle Urologie. Er ist Oberarzt am Landesklinikum Korneuburg und leitet das dortige Beckenbodenzentrum. Außerdem ist er Vizepräsident der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich MKÖ und Vorsitzender der ÖGU Arbeitskreises für Blasenfunktionsstörungen.

Dr. med. Ghazal Ameli

Dr. med. Ghazal Ameli ist Assistenzärztin für Urologie am Landesklinikum Korneuburg. Ihre klinische und wissenschaftliche Tätigkeit konzentriert sich mehrheitlich auf die männliche Inkontinenz und Inkontinenzchirurgie.



Ernährung bei Beckenbodenschwäche und bei Obstipation

Barbara A. Schmid

Barbara A. Schmid ist Diaetologin mit ernährungspsychologischem Schwerpunkt. Sie ist seit 2001 als Spezialistin für ernährungsmedizinische Therapien in eigener Praxis in Wien tätig. Sie ist Dozentin an der Fachhochschule für Diaetologie und hält Vorträge in In- und Ausland.



Bewegung bei Beckenbodenschwäche

Katharina Meller

Katharina Meller ist Physiotherapeutin mit dem Schwerpunkt Beckenbodenrehabilitation. Sie ist Bereichsleitung der physikalischen Therapie, Ergotherapie und Logopädie im Göttlicher Heiland Krankenhaus in Wien, Koordinatorin des fachlichen Netzwerks Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Proktologie sowie Vortragende im In- und Ausland und Lehrtherapeutin für Physiotherapeuten.



Achtsamkeit und Mitgefühl bei Beckenbodenschwäche

Klaus Kirchmayr

Klaus Kirchmayr ist Achtsamkeitscoach und -ausbilder, Hochschuldozent und Berater in Wien. In seinen Kursen lernen die Teilnehmer die Trainingsprogramme MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) und MBCL (Mindfulness-Based Compassionate Living) kennen, mit deren Hilfe es gelingt, besser mit Stress und Schmerzen umzugehen. Die Methode wird in deutschen und österreichischen Kliniken angewandt.



BECKENBODEN-SCHWÄCHE – SPRECHEN WIR DARÜBER!

Eine Beckenbodenschwäche ist nichts, wofür man sich schämen müsste – viele Menschen sind davon betroffen. In diesem Kapitel erfahren Sie, was der Beckenboden ist und welches seine Aufgaben sind, warum er manchmal nicht mehr funktioniert, wie wir es gern hätten, und welche Beschwerden in diesem Zusammenhang am häufigsten auftreten können. Die gute Nachricht: Sie sind nicht allein, und Sie können etwas dagegen tun.

Der Aufbau des Beckenbodens

Im Grunde ist es nicht ungewöhnlich, wenn der Beckenboden im Lauf des Lebens etwas von seiner Stabilität einbüßt. Es handelt sich schließlich zunächst um ein Muskelgeflecht, dessen Kraft wie die aller anderen Muskeln auch mit der Zeit abnimmt. Weitere Faktoren kommen hinzu, die eine Beckenbodenschwäche, auch Beckenbodenfunktion genannt, zu einem Problem machen, das in Deutschland viele Millionen Menschen betrifft.

Doch obwohl das Thema Beckenbodenschwäche so viele Menschen beschäftigt, ist es immer noch mit einem Tabu belegt. Niemand spricht gern darüber, viele Menschen fühlen sich durch ungewollten Harn- oder Stuhlverlust belastet und verbergen ihre Probleme, ja trauen sich aus Scham nicht einmal, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Dabei stehen heute die verschiedensten Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Viele Menschen wissen jedoch nicht einmal, was der Beckenboden ist und wo er liegt, ja viele Männer wissen nicht einmal, dass auch sie einen Beckenboden haben. Aufklärung darüber und ein offener Umgang mit dem Thema Beckenbodenschwäche sind der erste Schritt zu einer gelingenden Therapie, denn Beckenbodenschwäche lässt sich in sehr vielen Fällen beheben oder zumindest verbessern – Sie selbst können viel dafür tun.

Beckenboden-
schwäche lässt sich
in sehr vielen Fällen
beheben oder
zumindest
verbessern.

Sie haben vielleicht schon öfter in Ihrem Bekanntenkreis Sätze gehört wie „Mein Beckenboden scheint sehr schwach zu sein“ oder „Mein Beckenboden wurde bei meiner letzten Geburt stark in Mitleidenschaft gezogen.“ Dabei stellen Sie sich sicher die Frage: Was genau ist eigentlich der Beckenboden, woraus besteht er, welche Organe und Strukturen gehören dazu und wo bestehen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen? Damit Sie Ihren Beckenboden besser verstehen können – sei es im Zusammenhang mit Erkrankungen in dem Bereich oder um gezielt

Übungen durchführen zu können –, ist es wichtig, Aufbau und Anatomie des Beckenbodens kennenzulernen.

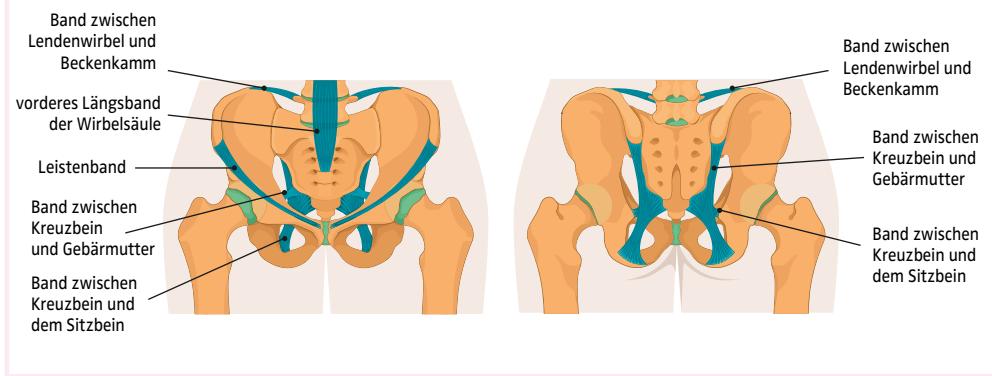
Aufbau und Anatomie

Entwicklungsgeschichtlich haben die Beckenbodenmuskeln zwei unterschiedliche Ursprünge. Ein Teil der Muskeln leitet sich von den Schwanzmuskeln ab, während der andere Teil von der embryonalen Kloake (Kloakenringmuskulatur) abstammt. Aus den Schwanzmuskeln ist die Verschluss- und Haltemuskulatur des Enddarms entstanden, während sich die Verschluss- und Haltemuskulatur des Urogenitalsystems aus der Kloakenverschlussmuskulatur entwickelt hat.

In Ruhe passt sich der Grundtonus des Hauptmuskels des Beckenbodens, des *Musculus levator ani* („Heber des Afters“), dem Druck im Bauchraum an und wirkt diesem entgegen, wodurch er nicht nur das Absinken der Beckenorgane verhindert, sondern auch den unwillkürlichen Harn- und Stuhlverlust.

Bei einer angespannten, also intakten Beckenbodenmuskulatur, wobei hier der *Levator ani* die größte Rolle spielt, hat der Bänderapparat im kleinen Becken eine rein stabilisierende Funktion. Bei einer willkürlichen Erschlaffung oder (verletzungsbedingten) Schwächung der Beckenbodenmuskulatur ist die Halterung der Beckenorgane jedoch von diesen Bändern abhängig. Das heißt, wenn die Muskelkraft ab- oder ausfällt, sind die Beckenorgane einem größerem Druck der Organe ausgesetzt. Ohne die Unterstützung der Beckenbodenmuskulatur führt dieser Zustand nach einiger Zeit zu einer Überdehnung der Bänder, was letztendlich einen Verlust ihrer Zugkraft zur Folge hat.

Die folgende Abbildung zeigt Ihnen schematisch die Knochen und Bänder des Beckenbodens sowie die entsprechenden Öffnungen. Anhand dieses Bildes lässt sich die Komplexität des Beckenbodens leicht erkennen.



Die Knochen und Bänder des Beckenbodens – Vorder- und Rückansicht

Bei Störungen dieses komplexen Zusammenspiels innerhalb des Beckenbodens kann es zu Problemen kommen, die sich in unterschiedlichen Symptomen äußern können. Funktioniert beispielsweise der Verschluss nicht, so kommt es zur Inkontinenz, die sich in Form eines Harn- oder auch Stuhlverlusts äußern kann. Ist die Haltefunktion betroffen, so werden Beschwerden im Sinne eines Senkungsgefühls oder Vorfalles auftreten.

Der weibliche Beckenboden

Der weibliche Beckenboden besteht im Wesentlichen aus der Beckenbodenmuskulatur. Diese wiederum fungiert als untere Begrenzung der Beckenhöhle. Die Hauptaufgaben der Beckenbodenmuskulatur bestehen zum einen in einer Haltefunktion, das heißt dem Halten der Beckenorgane im sogenannten kleinen Becken, dem unteren Teil des Beckens. Anders ausgedrückt: Sie stabilisiert die Organe und verhindert, dass sie sich nicht absenken bzw. „aus der Scheide fallen“. Des Weiteren hat die Beckenbodenmuskulatur auch die Aufgabe einer Schließfunktion, wodurch ein unwillkürlicher Harn- oder Stuhlverlust vermieden wird. Der Beckenboden mit all seinen Strukturen und Organen hat also zwei wichtige Funktionen:

- das „Halten“ der Organe
- das willkürliche Verschließen von Enddarm, Harnröhre und Scheide

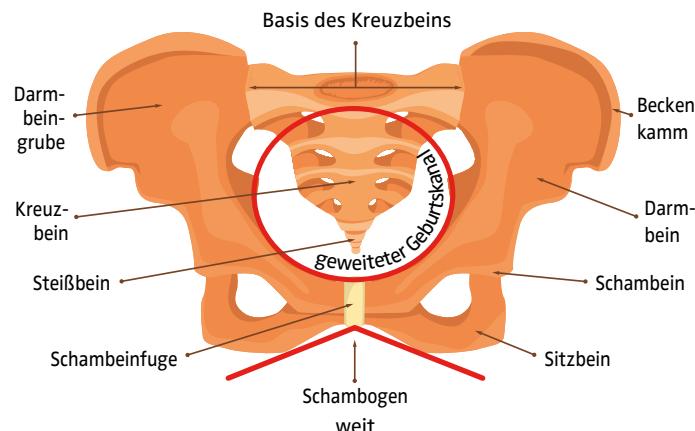
Damit dies alles gut funktionieren kann, ist ein Zusammenspiel von Muskulatur, Bindegewebe, Faszien, Bändern und der knöchernen Anteile des Beckens erforderlich. Neben den muskulären Anteilen des Beckenbodens werden die Beckenorgane nämlich auch durch Bindegewebsstrukturen an ihrem Platz gehalten. Dabei wird der Beckenboden in drei Kompartimente unterschieden:

- vorderes Kompartiment: Blase und Harnröhre
- mittleres Kompartiment: Scheide und Gebärmutter
- hinteres Kompartiment: Enddarm

Zu den Organen im kleinen Becken der Frau zählen:

- Harnblase, Harnröhre
- Scheide, Gebärmutter
- Enddarm

Der Beckenboden hat zwei wichtige Funktionen: das „Halten“ der Organe und das willkürliche Verschließen von Enddarm, Harnröhre und Scheide.

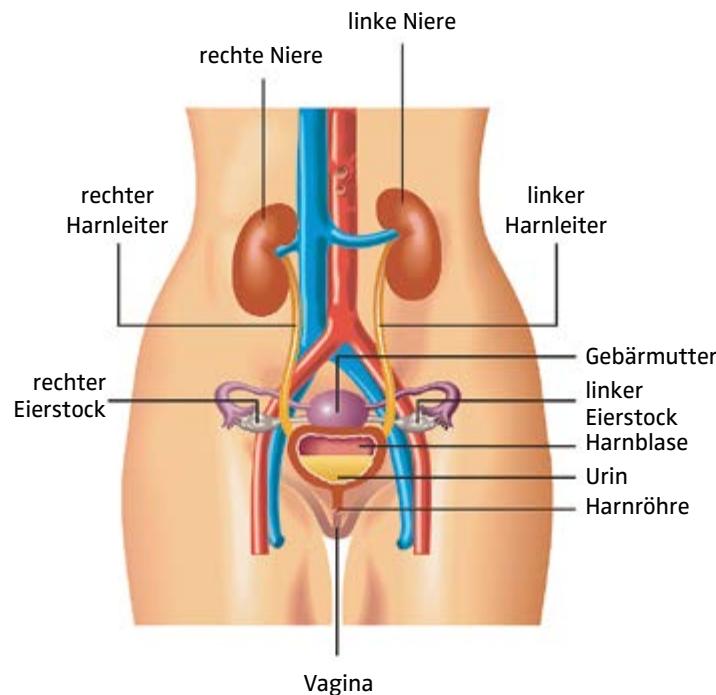


Schematische Darstellung des weiblichen Beckenbodens

Sie können Ihre Beckenbodenmuskulatur steuern, nicht aber die Harnblase selbst.

Die Harnblase befindet sich vor der Gebärmutter und dem Darm und unmittelbar hinter dem Schambein. Ihre Funktion besteht darin, den aus den Nieren über die beiden Harnleiter kommenden Harn zu sammeln, zu speichern und bei Bedarf, spätestens aber bei voller Fülle, über die Harnröhre auszuscheiden. Wichtig zu wissen: Sie können Ihre Beckenbodenmuskulatur steuern, nicht aber die Harnblase selbst.

Die Organe des weiblichen Harnsystems



Die Harnblase ist ein Hohlorgan und besteht aus drei Schichten:

- einer inneren Schleimhautschicht (Urothel)
- einer Muskelschicht (Detrusormuskel), die es der Blase ermöglicht, sich unwillkürlich beim Füllen zu dehnen und beim Harnlassen zusammenzuziehen (kontrahieren), sowie
- einem sogenannten serösen Überzug, der die Grenze zum Bauchraum darstellt

Die links stehende Abbildung zeigt Ihnen die Harnblase sowie die Beziehung zu ihren Nachbarorganen.

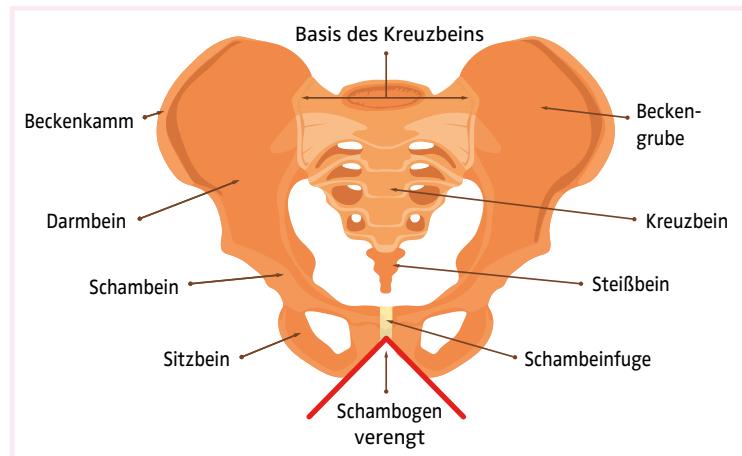
Der männliche Beckenboden

Der männliche Beckenboden ist muskulär im Wesentlichen vergleichbar aufgebaut wie bei der Frau. Die Schließmuskulatur ist allerdings in der Regel stärker ausgeprägt. Was sich natürlich unterscheidet, sind die Beckenorgane und die äußeren Geschlechtsorgane.

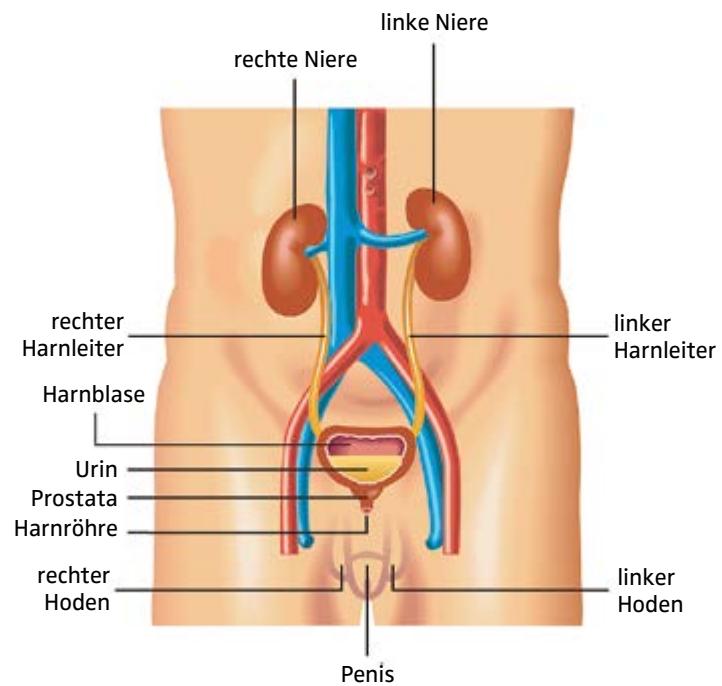
Die Harnblase beim Mann mündet in die Harnröhre, die nachvollziehbarerweise einen längeren Verlauf hat als die weibliche. Die Harnröhre wiederum steht in Verbindung mit der Samenröhre, die die Flüssigkeit der Bläschendrüse transportiert. Auch die Samenfäden aus dem Hoden gelangen über den Samenleiter dorthin.

Die kastaniengroße Prostata, auch Vorsteherdrüse genannt, umfasst ringförmig die Harnröhre und gibt ebenso ein Sekret in die Röhre ab.

Schematische Darstellung des männlichen Beckenbodens



Die Organe des männlichen Harnsystems



Unterschiede zwischen Mann und Frau

Interessanterweise finden wir nicht nur innerhalb des Beckenbodens, sondern auch im Bereich des knöchernen Beckens Unterschiede zwischen Mann und Frau. Das Becken der Frau ist niedriger, breiter und weiter, während beim Mann das Becken höher, schmäler und enger ist. Diese funktionelle Anpassung des weiblichen Beckens dient dem Geburtsvorgang.

Im Gegensatz zum männlichen Becken ist der Beckenboden bei der Frau ausgedehnter und weniger steil, aber auch schwächer ausgebildet. Zusätzlich ist die Last durch die drei Kompartimente auf den weiblichen Beckenboden größer. Auch sind Schwachstellen im *Musculus levator ani* häufiger bei Frauen zu finden. Ebenso besteht durch die Scheide eine weitere Öffnung und somit eine potenzielle weitere Schwachstelle. Diese anatomischen Verschiedenheiten zwischen den Geschlechtern ermöglichen einerseits die Geburt, während sie auf der anderen Seite mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine mögliche Beckenbodenschwäche einhergehen.

Im Gegensatz zum männlichen Becken ist der Beckenboden bei der Frau ausgedehnter und weniger steil, aber auch schwächer ausgebildet.

Durch eine Beckenbodenschwäche kann es zur Ausprägung verschiedener Krankheitsbilder, z. B. Senkung (Beckenorganprolaps), Harnverlust, Stuhlverlust oder auch zu anderen Anomalien der unteren Harnwege oder des Magen-Darm-Traktes kommen.

Die Beckenbodeninsuffizienz oder Beckenbodenschwäche ist ein komplexes Krankheitsbild und von einer großen Anzahl an Risikofaktoren abhängig. Weil Frauen im Gegensatz zu Männern um ein Vielfaches häufiger von einer Beckenbodeninsuffizienz betroffen sind und die Probleme bei Männern anders gelagert sind, liegt der Schwerpunkt bei der Behandlung auf Frauen. Informationen speziell für Männer finden Sie ab Seite 60.

Risikofaktoren für eine Inkontinenz

Natürlich stellen sich nun folgende Fragen: Wann bekommt man eigentlich einen schwachen Beckenboden? Bekommt jeder mit zunehmendem Alter ein Beckenbodenproblem? Gibt es Risikofaktoren oder gibt es Faktoren, die mich vor einer Beckenbodenschwäche schützen?

Neben groben Kenntnissen der Anatomie ist es also auch wichtig, über Risikofaktoren Bescheid zu wissen, da ein Großteil dieser Risikofaktoren vermeidbar ist und Sie dadurch aktiv Ihren Beckenboden schützen können.

Harninkontinenz

Man unterscheidet bei Harninkontinenz prinzipiell zwischen geburtshilflichen Risikofaktoren, das heißt, alles, was im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt negativ auf den Beckenboden einwirken kann, und nichtgeburtshilflichen Risikofaktoren, wie sie auch für Männer gelten.

Geburtshilfliche Risikofaktoren

Ein dominanter Risikofaktor für einen später schwachen Beckenboden ist die Anzahl der vaginalen Geburten. Das Risiko, im späteren Leben eine Senkung zu entwickeln, liegt nach zwei Geburten bei zirka 8,4 Prozent und das relative Risiko steigt bei mehr als vier Geburten bereits auf 10,9 Prozent an.

Obwohl das Risiko einer Senkung mit der zunehmenden Geburtenanzahl deutlich ansteigt, ist es dennoch möglich, dass Senkungsbeschwerden auch als Folge einer langen beschwerlichen Geburt oder eines Geburtstraumas bereits nach dem ersten Kind auftreten. Ursächlich für die Verletzung bzw. Zerstörung der Beckenbodenmuskulatur oder eines Nervs können beispielsweise eine Zangengeburt, ein langer beschwerlicher Geburtsverlauf oder auch ein sehr großes Kind sein. Sollte während der Entbin-

dung eine ausgeprägte Geburtsverletzung (z. B. eine Verletzung des Schließmuskels bzw. ein hochgradiger Dammriss) entstanden sein, kann diese den Vorfall der Beckenorgane im späteren Leben ebenfalls begünstigen.

Umstritten bleibt allerdings, ob ein Kaiserschnitt im Vergleich zur vaginalen Geburt das Risiko für eine spätere Beckenbodenschwäche senken kann. Man weiß aus verschiedenen Untersuchungen mittlerweile, dass nicht nur die Geburt, sondern auch die Schwangerschaft per se einen belastenden Einfluss auf den Beckenboden hat. Dies ist insofern nachvollziehbar, als es in der Schwangerschaft durch die hormonelle Umstellung zu zahlreichen Veränderungen kommt. Dies betrifft einerseits die gesamten Muskel- und Bindegewebsstrukturen: Der Muskeltonus nimmt ab, die Bandverbindungen im kleinen Becken werden nachgiebiger. Andererseits wirkt auch die vermehrte Gewichtszunahme in der Schwangerschaft auf den Beckenboden ein.



Der größer werdende Bauch verlagert den Körperschwerpunkt nach vorne. Die Muskeln können die aufrechte Haltung immer weniger stabilisieren, das führt zu Hohlkreuz und belastet den Beckenboden.

Ein geplanter Kaiserschnitt schützt nicht mit Sicherheit vor einer späteren Beckenbodenschwäche wie Harnverlust.

Ein geplanter Kaiserschnitt schützt zwar nicht mit Sicherheit vor einer späteren Beckenbodenschwäche wie Harnverlust, allerdings konnten zahlreiche Studien belegen, dass Frauen nach vaginalen Geburten tendenziell häufiger Harn verlieren als nach einem Kaiserschnitt.

Weitere Risikofaktoren

Lebensalter Aber nicht nur die Schwangerschaft, Anzahl der Geburten usw. ist ein Risikofaktor für einen schwachen Beckenboden, auch das Alter per se trägt einiges dazu bei – und das gilt gleichermaßen für Frauen und Männer. Wir wissen heute sehr gut, dass Beschwerden des Beckenbodens wie Harnverlust oder Senkungsbeschwerden mit steigendem Alter stark zunehmen, wobei vermutlich die Kombination aus Alter und Östrogenabfall im Alter (durch die Wechseljahre) die Beckenbodenproblematik begünstigt. Der sogenannte Altersgipfel von Patientinnen, die mit einer Senkung operiert werden, liegt im Durchschnitt zwischen 71 und 73 Jahren.

Der Großteil der Frauen mit einer Beckenbodenproblematik befindet sich in den Wechseljahren.

Der Großteil der Beckenbodenprobleme kündigt sich also in den Wechseljahren an. Diese können durch unangenehme Beschwerden geprägt sein, sodass bei manchen Frauen eine Hormonbehandlung (sogenannte Hormonersatztherapie) zur Linderung der Symptome erforderlich ist. Sollte bei Ihnen zur Behandlung von Wechselbeschwerden eine Hormonersatztherapie notwendig werden, so ist es wichtig zu wissen, dass sich unter dieser Therapie die Beschwerden eines Harnverlusts noch verstärken oder überhaupt neu auftreten können. Im Gegensatz dazu wirkt der Einsatz lokaler Östrogene – in Form von Cremes, Zäpfchen oder Pessaren – durchweg positiv auf den Beckenboden.

Risikofaktoren beim Mann sind neben altersbedingten Veränderungen der Blase, Prostata und Beckenbodenmuskulatur auch Folgen von Prostataoperationen.

DIE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Beckenbodenbeschwerden können unterschiedliche Ursachen haben und sich in verschiedenster Ausprägung bemerkbar machen. Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin stehen zahlreiche Methoden zur Verfügung, um festzustellen, wo das Problem genau liegt. Welche medizinischen Maßnahmen es für welche Ausprägungen der Beckenbodenschwäche gibt und was Sie selbst tun können, um Ihren Beschwerden entgegenzuwirken, erfahren Sie in diesem Kapitel.

Harninkontinenz bei der Frau

Diagnose

Wie wir wissen, ist die Fähigkeit, die Blase zu kontrollieren, ein Meilenstein in der kindlichen Entwicklung. So ist es umso verständlicher, dass man besonders darunter leidet, wenn man später als erwachsener Mensch diese Kontrolle wieder verliert oder nicht mehr vollständig innehalt. Viele Frauen ziehen sich aus Scham zurück und isolieren sich. Manche geben sogar ihre gewohnten und liebgewonnenen Tätigkeiten wie Theaterbesuche, Sport oder Reisen auf. Das ist immer wieder sehr schade zu hören, einerseits weil es zeigt, dass dieses Thema in unserer Gesellschaft noch immer mit einem Tabu belegt ist, andererseits aber auch, weil man etwas dagegen tun kann – sprich, es gibt sehr wohl Hilfe.

Frau K. wurde nach vielen Jahren Harnverlust bei mir vorstellig. Am Beginn unseres Gesprächs eröffnete sie mir, dass sie dachte, der Harnverlust gehöre eben zum normalen Altern dazu, da könne man ohnehin nicht mehr viel machen. Frau K. war zum damaligen Zeitpunkt 73 Jahre alt, eine rüstige aktive Dame, die gern auf Reisen ging und vor allem Kulturbesuche liebte. Als sie mit 71 Jahren erstmals die Oper aufgrund eines nicht unterdrückbaren Harndrangs, gefolgt von Harnverlust, akut verlassen musste, war sie nicht nur beschämmt und verzweifelt, sondern stornierte auch ihre weiteren Opernbesuche, da sie dasselbe nicht mehr erleben wollte.

Als sie ein Jahr später für eine Premiere Karten von ihrer Tochter geschenkt bekam, wagte sich Frau K. doch noch einmal in die Oper, allerdings mit gemischten Gefühlen. Sie erzählte mir, sie habe an diesem Tag tagsüber fast gar nichts getrunken, um einen Harndrang in der Oper zu vermeiden. Dennoch kam es nach zwei Stunden Sitzen zu einem nicht unterdrückbaren Harndrang, den Frau K. nicht halten konnte. Die Sache war ihr so peinlich, dass sie beschloss, dass dies ihr letzter Besuch in der Oper war.

Das Schicksal von Frau K. ist leider kein Einzelfall. Vielen Frauen geht es so, und es dauert oft sehr lange, bis sie endlich einen Experten oder eine Expertin aufsuchen, die ihnen helfen können. Wie wichtig es ist, dieses Problem offen anzusprechen, zeigen uns die vielen, oft sogar einfachen Behandlungsmöglichkeiten. Kein Mensch muss sich also damit abfinden, „damit“ leben zu müssen.

Bei vielen Frauen dauert es lange, bis sie endlich einen Experten aufsuchen.

Der Harn wird durch einen Ventilmechanismus in der Harnblase gehalten, der geschlossen bleibt, bis bei Harndrang die Toilette aufgesucht wird. Dieser Ventilmechanismus besteht größtenteils aus der die Harnröhre umgebenden Beckenbodenmuskulatur unterhalb der Harnblase. Diese Muskulatur kann man grundsätzlich willkürlich steuern. Oft ist das Wahrnehmen dieser Muskeln aber nicht so einfach und braucht Unterstützung durch eine Physiotherapie.

Die Harnröhre, durch die der Urin von der Harnblase nach außen geleitet wird, ist bei Frauen etwa drei bis vier Zentimeter lang und endet im Scheidenvorhof. Die Verschlüsse wirken einem möglichen Druck vom Bauchraum auf die Blase entgegen. Ein solcher entsteht z. B. beim Heben, beim Husten oder Niesen.

Während sich die Harnblase füllt, registrieren die Nerven in der Blasenwand ständig den Füllungszustand und melden ihn ans Gehirn. Der Blasen- oder Detrusormuskel (*Musculus detrusor vesicae, der „Austreiber der Harnblase“*) entspannt und dehnt sich, die Beckenbodenmuskulatur bleibt in Spannung. Bei sich füllender Harnblase wird ein Harndrang empfunden, der jedoch unterdrückt werden kann, hauptsächlich durch zusätzliche Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur.

Wird die Entscheidung zur Entleerung getroffen, wenn Ort und Zeit als geeignet empfunden werden, sendet das Gehirn ein Signal an die Harnblase, genauer gesagt an den Blasenmuskel, sich zusammenzuziehen, um so den Harn auszutreiben und die Blase zu entleeren. Gleichzeitig entspannt sich die Beckenboden-

Eine gesundes und ungestörtes Zusammenspiel von Muskeln und Gehirn sind die Voraussetzung für die Kontrolle über die Blasenfunktion.

muskulatur, wodurch sich der Ventilmechanismus öffnet. Im Normalfall wird die Harnblase zwischen vier- bis achtmal pro Tag sowie gar nicht bis einmal pro Nacht entleert.

Ein gesundes sowie ungestörtes Zusammenspiel von Muskeln und Gehirn ist also die Voraussetzung für die Kontrolle über unsere Blasenfunktion. Wenn dieses Zusammenspiel von Muskeln und Nerven gestört ist, kann es zum unfreiwilligen Harnverlust kommen. Um Ihnen eine geeignete Hilfe anbieten zu können, muss zuerst eine genaue Abklärung mit dem Ziel erfolgen, eine Diagnose zu erlangen.

Anamnese

Am Anfang steht immer ein ausführliches Gespräch (Anamnese). Mir ist es hier besonders wichtig, dass mir die Patientin ihr Problem in ihren eigenen Worten schildert. Ich sage am Beginn eines Gesprächs: „Bitte beschreiben Sie mir in Ihren Worten, was Sie am meisten stört.“ Darüber hinaus ist es sinnvoll, dass die Abklärung durch einen Spezialisten erfolgt. Dies sollte optimalerweise eine Ärztin oder ein Arzt mit spezieller Ausbildung in der Beckenbodenmedizin sein – meist handelt es sich hier um Gynäkologinnen mit Schwerpunkt Urogynäkologie oder Urologen. Wichtig ist auch, dass bei Bedarf andere Berufsgruppen wie Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen eingebunden werden.

Ihre Vorgeschichte ist ebenfalls von Interesse. Gefragt werden Sie immer nach Vorerkrankungen, Operationen und Medikamenteneinnahme, die einen Einfluss auf den Beckenboden im Allgemeinen und auf den Harnverlust im Speziellen haben können. Besonderes Augenmerk gilt hier Schwangerschaften (Anzahl, Dauer) sowie Geburten (Anzahl, Kaiserschnitte, vaginale Entbindungen, Geburtsgewicht). Man wird Sie auch genau nach den Aktivitäten und Situationen befragen, die zum Harnverlust führen.

In den meisten Fällen werden Sie angeleitet, ein sogenanntes Blasentagebuch auszufüllen. Ein Blasentagebuch können Sie ganz

bequem zu Hause in Ruhe über zwei bis drei Tage ausfüllen. Sie notieren, welche Menge und Art an Flüssigkeit Sie zu sich nehmen (z. B. Wasser, Tee, Kaffee, Wein usw.), wie oft Sie die Toilette aufsuchen und wie viel Sie urinieren (Ihren Harn messen Sie mit einem Messbecher ab). Sie vermerken auch, bei welcher Gelegenheit und wann es zum unfreiwilligen Harnverlust kommt.

Ein Blasentagebuch können Sie zu Hause in Ruhe über einige Tage ausfüllen.

Trink- und Miktionstagebuch

Datum:

* kleine Tasse = 1 dl grosse Tasse = 2 dl kleines Glas = 2 dl grosses Glas = 3 dl

DAS KÖNNEN SIE SELBST TUN

Welche Ursachen es für Beckenbodenbeschwerden gibt und wie Ihr Arzt Ihnen helfen kann, haben Sie in den vergangenen Kapiteln erfahren. Jetzt geht es darum, selbst aktiv zu werden. Es gibt vieles, was Sie selbst tun können, um Ihre Beckenbodenschwäche zu lindern. Von einer ausgewogenen Ernährung über ein gezieltes Beckenbodentraining bis hin zu Entspannungsmethoden: Mit all diesen Methoden können Sie erfolgreich Ihren Beschwerden entgegenwirken – es lohnt sich!

Gesunde Ernährung für den Beckenboden

Wenn Sie abnehmen, verringert sich der Bauchdruck auf die Muskeln und die Beckenboden-symptome verringern sich.

Übergewicht und Inkontinenz hängen – wie Sie inzwischen wissen – zusammen. Übergewicht ist schlecht für Blase und Darm, weil der Bauchinnenraum mit seinen Organen durchgehend auf den Beckenboden drückt und so die dortigen Muskeln schädigt. Je mehr überflüssige Pfunde Sie also auf die Waage bringen, desto mehr Druck muss der Beckenboden aushalten, und umso eher leiden Sie unter einer schwachen Blase oder einem unzuverlässigen Darm – Männer ebenso wie Frauen. Ein hohes Körpergewicht, vor allem um den Bauch herum, erhöht beispielsweise den Druck auf den Bauchraum, dadurch werden die Schließmuskeln der Blase und des Darmausgangs überbelastet, was eine Belastungskontinenz zur Folge haben kann. Wenn dieser Druck zu hoch ist, etwa wenn wir husten oder etwas Schweres tragen, können die Muskeln nicht mehr gegenhalten. Die gute Nachricht: Wenn Sie abnehmen, verringert sich der Bauchdruck auf die Muskeln und die Symptome verringern sich. Wenn Sie unter einer Beckenbodenschwäche leiden und übergewichtig sind, lohnt sich Abnehmen also auf jeden Fall.

In diesem Kapitel lernen Sie nicht nur die Grundzüge einer „beckenbodengesunden“ Ernährung kennen. Ich stelle Ihnen auch noch eine interessante Methode vor, die Sie auf dem Weg zum Wunschgewicht unterstützen kann – sie hat sich in meiner Praxis in den letzten Jahren sehr gut bewährt. Eine Ernährungsempfehlung ist nur so gut wie ihre Umsetzung in die Tat. Und das hat viel mit Verhaltensveränderung zu tun. Der oft zitierte „Schweinehund“ ist das Synonym für alte schlechte Gewohnheiten und Einstellungen, die an uns wie Kaugummi an der Schuhsohle kleben können. Wie Sie ihn überwinden, erkläre ich Ihnen in den folgenden Abschnitten.

Definieren Sie Ihr Gesundheits- und Gewichtsziel

Eine durch Ernährungsfachkräfte wie Diätologinnen, Diätologen oder spezialisierte Ärzte und Ärztinnen durchgeführte Ernährungsanamnese und -analyse ist eine gute Methode, um Ihre persönlichen Gesundheitsziele herauszufinden und entsprechende individuelle Ernährungsempfehlungen zu entwickeln. Dazu werden folgende Informationen zusammengetragen und bewertet:

- Ihre körperliche Ausgangssituation: Dazu gehört, wie groß Sie sind, wie viel Sie wiegen, wie Ihr Taille-Hüfte-Verhältnis (Apfel- oder Birnentyp) und wie hoch Ihr BMI ist.
- die Intensität Ihrer Beschwerden und mögliche andere Gesundheitsthemen
- eine Gegenüberstellung Ihrer Nährstoffbilanz, also des Bedarfs und der Zufuhr an Nährstoffen wie Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate sowie Mikronährstoffen wie Vitamine und Mineralien mit dem Ziel, die Zufuhr an den Bedarf anzupassen.
- Ihre Ernährungsgewohnheiten: Bei welchen Lebensmitteln werden Sie schwach? In welchen Situationen essen Sie zu viel?

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wird dann ein Ernährungsplan erstellt.

Verantwortung übernehmen

Eine professionelle Unterstützung in der Ernährungsumstellung trägt wesentlich dazu bei, dass Sie nicht nur abnehmen, sondern Ihr Gewicht danach auch halten können. Doch auch in Eigenregie können Sie etwas gegen Ihre überflüssigen Pfunde tun. Meist wissen Sie selbst ganz gut, warum Sie über die Jahre an Gewicht zugelegt haben oder warum es mit dem Abnehmen nicht klappt bzw. wenn, warum nur kurzfristig.

Hier ein paar typische Beispiele aus meiner Praxis auf die Frage „Was ist mein größter Ernährungsfehler?“:

Professionalle Unterstützung trägt wesentlich dazu bei, dass Sie nicht nur abnehmen, sondern Ihr Gewicht danach auch halten können.

- „Ich esse einfach zu hastig und daher viel zu viel.“
- „Wenn ich mit einem Stück Schokolade anfange, muss ich die ganze Tafel essen.“
- „Ich kann mich einfach nicht zurückhalten.“
- „Ich esse viel zu wenig Gemüse.“
- „Ich nehme mir keine Zeit zum Kochen, daher esse ich meist Fertigprodukte oder bestelle etwas.“
- „Seitdem ich so viel Bier trinke, habe ich zugenommen.“
- „Früher habe ich regelmäßig Sport gemacht.“

Sie sehen: Die Betroffenen müssten eigentlich „nur“ das Gegen teil dessen tun, was sie als Ursache für ihr Gewichtsproblem annehmen. Wie kann das gelingen? Dazu hilft es, die eigenen Ernährungsmotive und Muster zu hinterfragen und darauf aufbauend verhaltensändernde Strategien zu entwickeln. Mehr dazu finden Sie im nächsten Abschnitt.

Um die Ursachen für das eigene Übergewicht genauer zu ergründen, sind auch folgende Fragen hilfreich:

- Was ist mein größter Ernährungsfehler, der sich mindestens viermal pro Woche wiederholt?
- Was ist das Erste, was ich an meiner Ernährung ändern müsste, damit ich mein Wunschgewicht leichter erreichen kann?
- Wie könnte eine Ernährungsumstellung aussehen, die ich problemlos täglich umsetzen könnte?
- Worauf kann ich gar nicht verzichten?
- In welchen Situationen bemerke ich, dass mein Essverhalten von Gefühlen gesteuert ist?

Mit diesen Fragen beschäftigen Sie sich üblicherweise im Rahmen einer professionellen Ernährungsberatung – es kann aber auch hilfreich sein, sich mit diesen Fragen zunächst alleine zu befassen. Probieren Sie es aus!

Register

- ABC-Formular 132 f
- Abführmittel 121 ff
- Achtsamkeit 158 ff
- Analkanal, Aufbau des 70 f

- Beckenboden, Anatomie 11 ff
 - Aktivierung 147 ff
 - Aufbau 10 ff, 146 f
 - männlicher 15 ff
 - weiblicher 12 ff
- Beckenbodenmuskulatur 41 f
- Beckenbodenschwäche, Symptome, 24 f
- Beckenbodentraining 45, 80, 142 ff
- Beckenorgane, Vorfall der 27 ff
- Beckenschmerzen, chronische 30 f, 95 ff
- Behandlungsmöglichkeiten 33 ff
- Belastungskontinenz 41, 44, 49
 - beim Mann 61
- Biofeedback 80
- Blasenmuskulatur, Unteraktivität der 55
- Blasenschmerzen 30
- Blasensenkung, siehe Scheidenvorfall
- Blasentagebuch 37
- Blasentraining 45
- Botox 48 f
- Bristol-Stuhlformen-Skala 77
- Bulking Agents 84

- Darmausgang, künstlicher 85 f
- Darmspiegelung 78 f
- Darmspülung 80 f

- Darmvorfall 93 ff
- Dickdarm 105
- Dickdarmentfernung, operative 124 f
- Dramadreieck 134 ff
- Dranginkontinenz 42 ff
 - beim Mann 61

- Einlauf, siehe Darmspülung
- Enddarm 73 f
- Entleerungsstörung 107 ff
- Ernährung 79 f, 115 ff, 128 ff

- Gebärmutterensenkung, siehe Scheidenvorfall
- Gewichtreduktion 137 f
- Gynäkologische Untersuchung 56 f, 89

- Harnanalyse 39
- Harnblase, Funktion der 41 f
 - überaktive, siehe Harndrang und Harninkontinenz
- Harndrang 24 f, 46 ff
- Harninkontinenz 18 ff, 24, 43 f, 46
 - beim Mann 60 ff
 - Risikofaktoren 18 ff
 - weibliche 34 ff
- Harnretention, siehe Harnverhalt
- Harnröhre, mechanische Veränderungen der 55 f
- Harnröhren- und Blasenspiegelung 58
- Harnröhrenschließmuskel, künstlicher 67
- Harnröhrenunterspritzung 51
- Harnstreifen-Schnelltest 40

Harnverhalt 52 ff
– beim Mann 55

Harnverlust 24 f, 46 ff

Inkontinenzhilfen 46

Intussuszeption 109

Katheterisierung 58 f

Kokzygodynie 98

Kolposuspension 51

Medikamente 48 f, 55

Mischinkontinenz 43 f
– beim Mann 61

Nerven, elektrische Reizung der 49, 59, 82 f, 123 f

Normal-Transit-Verstopfung 105 ff

Obstruktion, funktionelle 56

Operative Maßnahmen 49 ff, 66, 83 f, 91 f

Paraurethrale Injektionsbehandlung 66 f

Pessare 90 f

Physiotherapie 59

Proctalgia fugax 97 f

Prolaps, siehe Scheidenvorfall

Prostataleiden 55

Puborektaliskontraktion 108 f

Pudendusneuralgie 98 ff

Rektozele 109 ff

Restharnbestimmung 56

Scheidenvorfall 87 ff

Schließmuskel 71 ff

Schließmuskelnaht 84 f

Schlingenoperation 50 f

Schlingensysteme, männliche 67

Sex, Schmerzen beim 29 f

Silikonballons, adjustierbare 67

Slow-Transit-Verstopfung 105ff

SphinKeeperTM 83 f

Stuhlinkontinenz 22 f, 26 ff, 68 ff

Stuhltagebuch 76

Stuhlverlust, siehe Stuhlinkontinenz

Therapie, konservative 65 f
– medikamentöse 66
– nichtmedikamentöse 65 f

Toilettenhaltung 119 ff

Überlaufinkontinenz 52, 61 f

Übungen 142 ff

Ultraschall 39, 78

Untersuchung, klinische 38, 77 f

Urodynamische Messung 57

Verstopfung 101 ff

Mehr Gelassenheit in einer lauten Welt



Stand 2021. Änderungen vorbehalten.

- Für alle, die durch Stille zu mehr Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit gelangen wollen
- Ruheinseln im Alltag schaffen und mehr Gelassenheit finden
- Mit 11 einfachen und effektiven Anregungen, um nach einem stressigen Tag zur Ruhe zu kommen

Dr. Christoph Augner
In der Ruhe liegt deine Kraft

172 Seiten, Softcover
14,5 x 21,5 cm
ISBN 978-3-8426-3040-6
€ 19,99 (D) / € 20,60 (A)

Der Ratgeber ist auch als eBook erhältlich.

humboldt

...bringt es auf den Punkt.

Pflanzliche Kraftpakete für die Gesundheit



Stand 2021. Änderungen vorbehalten.

- Microgreens besitzen bis zu 40 Mal mehr Vitalstoffe als die ausgewachsene Pflanze
- 29 Microgreens im Porträt: ganz einfach zu Hause anbauen, zur Stärkung und bei Krankheiten und Beschwerden einsetzen
- Die Autor*innen haben alle relevanten wissenschaftlichen Studien über Microgreens ausgewertet

Anne Wanitschek/Sebastian Vigl

Gesund mit Microgreens

160 Seiten, Softcover

15,5 x 21,0 cm

ISBN 978-3-8426-2974-5

€ 19,99 (D) / € 20,60 (A)

Der Ratgeber ist auch als eBook erhältlich.

humboldt

...bringt es auf den Punkt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnetet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de/> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-3021-5 (Print)

ISBN 978-3-8426-3022-2 (PDF)

ISBN 978-3-8426-3023-9 (EPUB)

Abbildungen: *Titelmotiv*: shutterstock / ChameleonsEye

Autorenfotos: PHOTOPAM-Pamela Draxler, Fotostudio Staudigl, Michael Rutkowski, Ghazal Ameli, Barbara A. Schmid, Katharina Meller, Headshot PopUp Vienna stock.adobe.com: nmfotograf: 12; Double Brain: 13, 16 (oben); rob3000: 14, 16 (unten), 28, 94; diego cervo: 19; Alexander Raths: 40; bilderzwerp: 43; PATTARAWIT: 47; Sherry Young: 59; nmfotograf: 70; designua: 71; yganko: 81; Martina: 86; Artemida-psy: 91; designua: 105; logo3in1: 120; snyGGG: 131; Ne Mariya: 134; bit24: 138; Henrie: 146; Wellnhofer Designs: 159

Skander Bouassida: 82

Originalausgabe

© 2021 humboldt

Die Ratgebermarke der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

www.humboldt.de

www.schluetersche.de

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Buch die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Angehörige des männlichen und weiblichen Geschlechts sowie auf Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen.

Autoren und Verlag haben dieses Buch sorgfältig erstellt und geprüft. Für eventuelle Fehler kann dennoch keine Gewähr übernommen werden. Weder Autoren noch Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus in diesem Buch vorgestellten Erfahrungen, Meinungen, Studien, Therapien, Medikamenten, Methoden und praktischen Hinweisen resultieren, eine Haftung übernehmen. Insgesamt bieten alle vorgestellten Inhalte und Anregungen keinen Ersatz für eine medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung.

Etwaige geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es sich um freie Warennamen handelt.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

Lektorat: wort & tat, Linda Strehl, München

Layout: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg

Covergestaltung: Zero, München

Satz: Die Feder, Konzeption vor dem Druck GmbH, Wetzlar

Druck und Bindung: Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH, Langenhagen

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. med.

Stefan Riss ist Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie, Spezialist für Darm- und Beckenbodenchirurgie und Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen. Er ist Oberarzt und assoziierter Professor in der Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie der Medizinischen Universität Wien und leitet die dortige Beckenbodenambulanz.



Assoc. Prof. Univ.-Doz. Dr. med. Barbara

Bodner-Adler ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Spezialistin für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie. Sie ist Oberärztin und assozierte Professorin an der Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie an der Universitätsfrauenklinik Wien und leitet die dortige urogynäkologische Ambulanz.



Gegen Harn- und Stuhlinkontinenz lässt sich etwas tun!

Harn- und Stuhlinkontinenz sowie weitere Beckenbodenerkrankungen sind ein großes Tabuthema – und das, obwohl etwa zehn Millionen Menschen in Deutschland von einer Beckenbodenschwäche betroffen sind. In diesem Ratgeber hebt das erfahrene Expertenteam die Sprachlosigkeit endlich auf und zeigt Therapiemöglichkeiten – denn gegen Harn- und Stuhlinkontinenz lässt sich etwas tun! Die Autoren erklären, wie Beckenbodenschwäche entsteht, welche Beschwerden mit ihr einhergehen, welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten es gibt und was man selbst für einen starken Beckenboden tun kann.

Das spricht für dieses Buch:

- Der Ratgeber erklärt verständlich, offen und einfühlsam, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und wie ein gutes Leben mit Beckenbodenschwäche möglich ist.
- Die Autoren sind auf Urogynäkologie und Koloproktologie spezialisiert und verfügen über langjährige Erfahrungen bei der Behandlung von Beckenbodenerkrankungen.
- Unter Mitwirkung namhafter Experten aus den Bereichen Urologie, Ernährung, Physiotherapie und Entspannung.

www.humboldt.de

ISBN 978-3-8426-3021-5



9 783842 630215

19,99 EUR (D)

**Ein Ratgeber, der alle
Behandlungsmöglichkeiten
aufzeigt.**