

St. Vinzenz Pallotti Stiftung



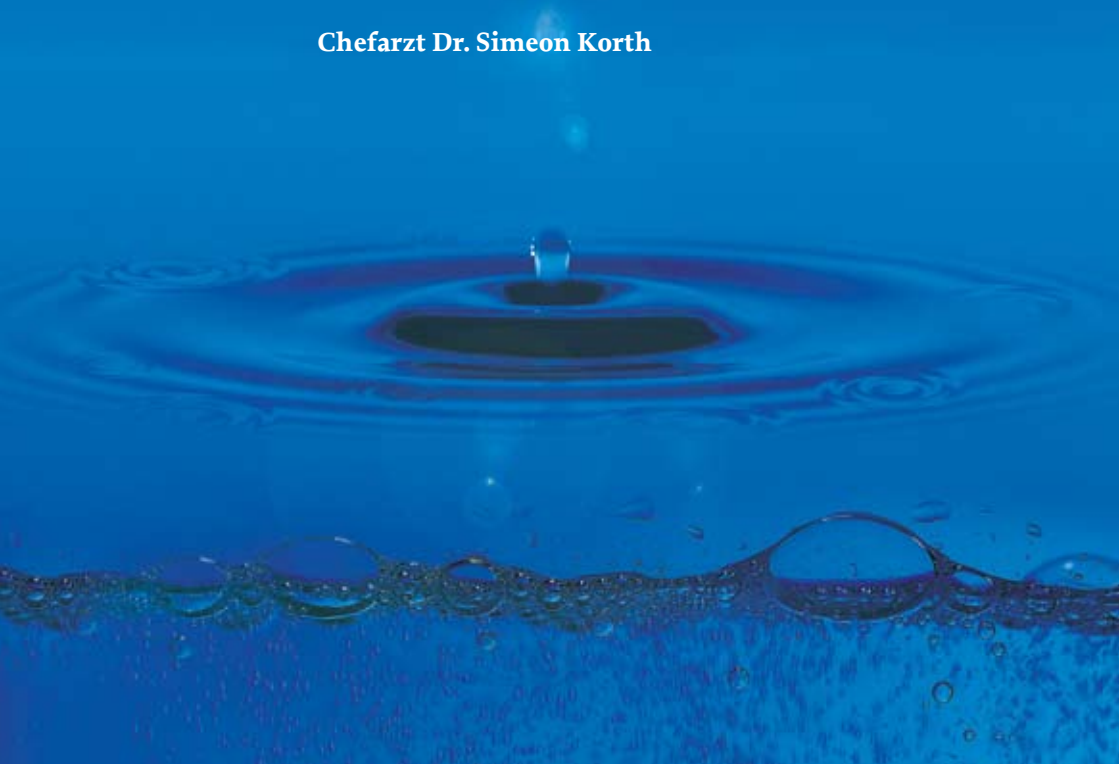
**Beckenboden-
Zentrum
Bensberg**

BZB

Frauenklinik Bensberg

Eine Informationsbroschüre
des Vinzenz Pallotti Hospitals Bensberg

Chefarzt Dr. Simeon Korth



Harninkontinenz und Beckenbodenschwäche sollten kein Tabu mehr sein

Der unfreiwillige Urinverlust und die Senkung des Beckenbodens sind negativ besetzte Symptome, die von vielen Frauen als unvermeidbare Begleiterscheinung des Kinderkriegens und Älterwerdens hingenommen werden.

Jede 5. Frau im Alter von 25 bis 75 Jahren leidet an Harninkontinenz. Vor allem in oder nach den Wechseljahren tritt unfreiwilliger Urinverlust zunehmend auf.

Die meisten Frauen mit Harninkontinenz oder Beckenbodenschwäche suchen noch immer keine medizinische Hilfe auf. Erst wenn die Lebensqualität so weit eingeschränkt ist, dass es sogar zu Begleiterkrankungen oder zum sozialen Rückzug kommt, wird ärztliche Hilfe gesucht.



Inhalt

	Seite
Einleitung	
Harninkontinenz und Beckenbodenschwäche sollten kein Tabu mehr sein	2
Zum Thema Inkontinenz	
Warum Frauen häufiger unter Blasenschwäche leiden	4
Wie funktioniert unser Harntrakt?	4
Der Beckenboden – was ist das?	5
Der Beckenboden – was schwächt ihn?	6
Formen der Inkontinenz	
Welche Formen der Inkontinenz gibt es?	7
Die Diagnostik	
Bereiten Sie sich auf den Arztbesuch vor	9
Anfertigen eines Miktionsprotokolls	9
Anamnese	10
Die spezialisierte Diagnostik durch den Facharzt	11
Therapiemöglichkeiten	
Konservative Behandlung der Stressinkontinenz	14
Beckenbodentraining	14
Pessarbehandlung	15
Medikamentöse Behandlung	17
Operative Methoden	19
Was tun? – Unser Tipp	21
Auskunft und Termine	22

Warum Frauen häufiger unter Blasenschwäche leiden



Unterschiedliche Gründe sind ursächlich für diese Problematik der Frau. Zum einen liegen sie in der anatomischen Besonderheit des weiblichen Beckenbodens, zum anderen in der besonderen Belastung durch Schwangerschaft und Geburten, aber auch ein evtl. Östrogenmangel nach den Wechseljahren ist von sehr großer Bedeutung.

Im Folgenden beantworten wir einige der am häufigsten gestellten Fragen.

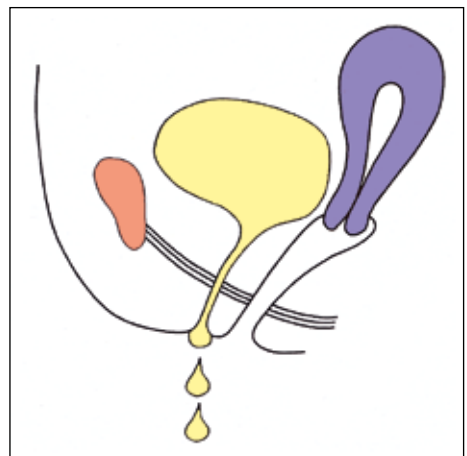
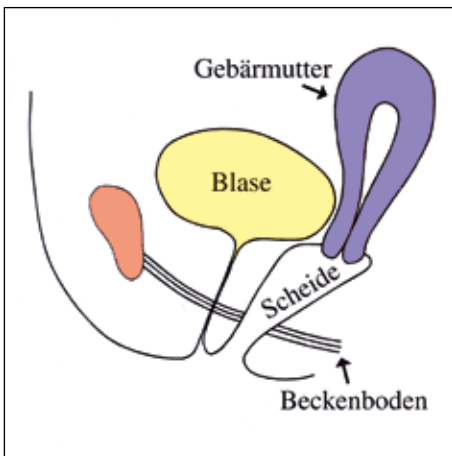
Wie funktioniert unser Harntrakt?

Der Urin fließt aus den Nieren durch die beiden Harnleiter in die Harnblase, wo er gesammelt wird. Die Harnröhre stellt den Blasen Ausgang dar. Dieser ist durch einen Schließmuskel verschlossen und wird durch die Beckenbodenmuskulatur unterstützt.

Je nach Füllungszustand melden Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand über Nerven an das Gehirn, dass die Blase voll ist und entleert werden muss.

Gibt man dem Harndrang nach, kommt es zum Wasserlassen, wobei der Schließmuskel und der Beckenboden entspannt sind und die Blasenmuskulatur aktiviert ist.

Möchte man die Harnausscheidung unterbrechen, geschieht dies durch bewusste Anspannung des Harnröhrenschließmuskels und der Beckenbodenmuskulatur.

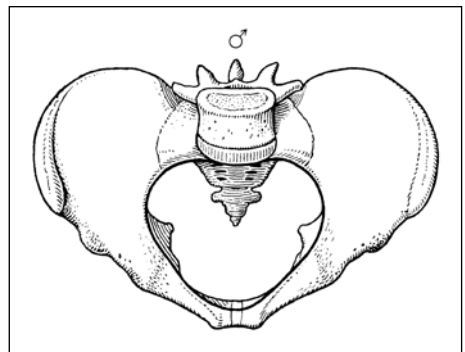
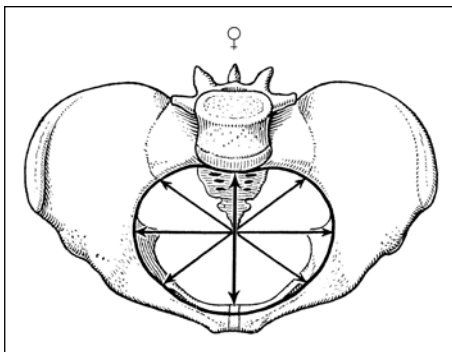
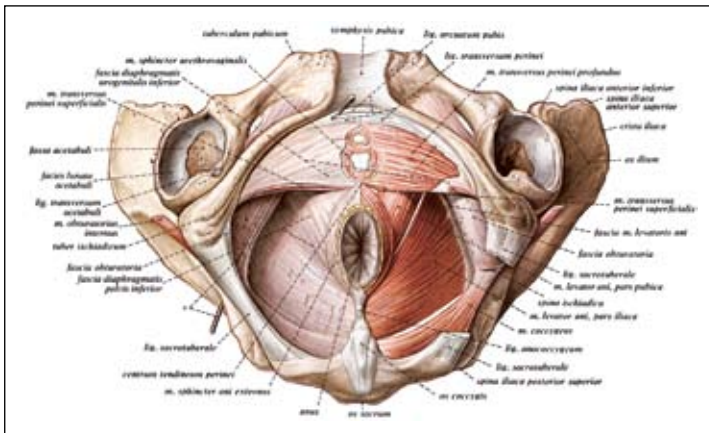


Der Beckenboden – was ist das?

Der Beckenboden ist eine Muskel-Sehnen-Platte, die den Bauchraum nach unten hin abschließt und die inneren Organe trägt. Diese Platte besteht aus ineinander verlaufenden Muskeln, welche drei Öffnungen bilden: Für die Harnröhre, die Scheide und dem Enddarm.

Die Muskeln sind am knöchernen Becken aufgehängt, welches bei der Frau einen runden Durchmesser hat, damit bei der Geburt ein Kind hindurchtreten kann.

Im Vergleich zum männlichen Beckenboden überspannt die Muskulatur eine größere Fläche und muss einen zusätzlichen Durchtritt für die Scheide ermöglichen.



Eine bedeutende Schwächung des Beckenbodens führt zu einer unterschiedlichen Senkung der Organe des kleinen Beckens.

Der Beckenboden – was schwächt ihn?

Jeder Druck, der im Bauchraum entsteht, z.B. durch Husten, Niesen oder Tragen schwerer Lasten drückt direkt auf den Beckenboden.

Besonders stark ist die Belastung bei einer Schwangerschaft und bei der Geburt. Hier kommt es zur einer extremen Dehnung der Muskulatur, was die Natur jedoch durch eine besonders gute und rasche Regenerationsfähigkeit im Wochenbett auszugleichen versucht.

Ein weiterer bedeutender Faktor, der zu einer Schwächung des Beckenbodens beiträgt, ist das chronische Übergewicht. Jedes Kilo Übergewicht muss ebenfalls vom Beckenboden getragen, bzw. gehalten werden, was verständlicherweise zur Erschlaffung der Muskulatur führen muss.

Häufiges Husten oder Niesen bedeutet ebenfalls eine starke Belastung des Beckenbodens. Hier können ursächlich Allergien, Asthma bronchiale, aber auch der Raucherhusten vorliegen.

Die sehr variable Neigung zur Bindegewebsschwäche ist ebenfalls ein sehr wichtiger Faktor für eine Schwächung des Beckenbodens.

Östrogenmangel nach den Wechseljahren führt häufig zu verminderter Elastizität.



Welche Formen der Harninkontinenz gibt es ?

Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz, die sich sowohl in der Ursache der Beschwerden als auch in der Behandlung unterscheiden.

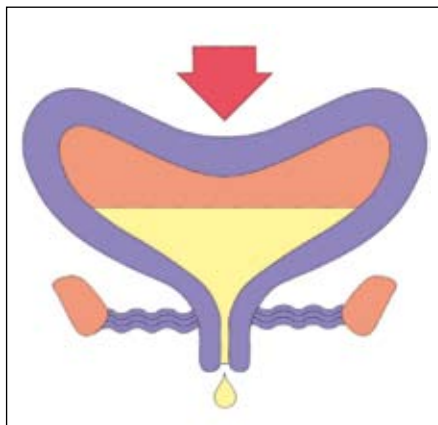


Die folgenden Formen sind am häufigsten:

1. Die Belastungsinkontinenz
2. Die Dranginkontinenz
3. Die Kombination der Belastungs- und Dranginkontinenz
4. Die Reizblase
5. Die Überlaufblase
6. Inkontinenzursachen, die außerhalb der Harnröhre oder außerhalb der Blase lokalisiert sind

1. Die Belastungsinkontinenz oder auch Stressinkontinenz genannt ist die häufigste Erscheinungsform. Hier geht infolge eines erhöhten Drucks im Bauchraum, z.B. beim Husten Harn ab. Der Schließmuskel der Harnröhre und der Beckenboden sind nicht in der Lage, genügend Druck für einen adäquaten Verschluss aufzubauen, so dass der Druck, der auf die Blase ausgeübt wird, höher ist. Harn geht unkontrolliert verloren.

Meist geht diese Form der Inkontinenz mit einer Schwäche des Beckenbodens einher. In extremeren Fällen besteht darüber hinaus eine Senkung der Harnblase, des Enddarms, der Gebärmutter und/oder der Scheide. Im schlimmsten Fall kommt es sogar zu einem Vorfall der Organe, bei dem diese vor die Scheidenöffnung nach außen treten.



2. Die Drang- oder auch Urgeinkontinenz ist eine sensorische Form der Inkontinenz. Es handelt sich hier um ein gesteigertes Dranggefühl, das zu verfrühtem Harnabgang führt bevor man die Toilette erreicht. Wird aber die Blasenkapazität nicht trainiert, weil man immer häufiger Wasser lässt, schrumpft die Blase und der Drang setzt immer früher ein.

Diese Dranginkontinenz tritt auch nachts und im Liegen auf, ist jedoch von körperlicher Belastung unabhängig.

3. In 30% der Inkontinenz liegt ein Mischform aus Belastungs- und Dranginkontinenz vor. Es ist wichtig, im Vorfeld einer Therapie die genaue Diagnose festzulegen.

4. Die Reizblase zeigt sich durch häufigen, verstärkten Harndrang mit schmerzhafter Blasenentleerung und nur geringen Urinmengen. Eine Inkontinenz liegt nicht vor. Häufig kommt diese jedoch als Dranginkontinenz hinzu.

5. Bei der Überlaufinkontinenz ist die Blase ständig prall gefüllt, aber es gehen nur kleine Harnmengen unwillkürlich und unregelmäßig ab. Die Blase kann nicht restlos entleert werden. Ursachen für diese Form sind neurologische Störungen, ausgeprägte Beckenbodensenkungen oder häufig zu langes Warten zwischen den Toilettengängen.

6. Inkontinenzursachen, die außerhalb der Harnröhre oder außerhalb der Blase lokalisiert sind: Bei dieser Form der Inkontinenz ist eine völlig normale Entleerung der Blase möglich. Die Störung liegt extraurethral, d.h. außerhalb der Harnröhre oder extravesikal, d.h. außerhalb der Harnblase und bringt dauerhaften Harnverlust mit sich. Ursächlich für diesen Harnverlust sind Fehlbildungen des Harnwegsystems, bei denen der Urin über falsche Gänge abgeht. Diese können entweder von Geburt an angelegt sein oder durch Operationen, Verletzungen oder ähnliches entstehen.



Diagnostik

Bereiten Sie sich auf den Arztbesuch vor



Besteht ein begründeter Verdacht auf Harninkontinenz, sollten Sie sich von Ihrem Frauenarzt an einen Spezialisten überweisen lassen. Diese haben urogynäkologische Sprechstunden und sind mit modernen Messplätzen ausgestattet.

Sie können sich auf den ersten Arztbesuch vorbereiten, indem Sie Ihre Symptome genau beobachten. Sehr hilfreich, auch zur eigenen Kontrolle, ist ein sog. Miktionstagebuch. Hier tragen Sie ein, wann und in welcher Situation Sie Wasserlassen sowie Besonderheiten wie Brennen, Nachträufeln oder das Gefühl, die Blase sei nicht richtig geleert. Möglicherweise können Sie schon ein gewisses Muster erkennen, nach dem der unfreiwillige Urinverlust auftritt.

Anfertigen eines Miktionsprotokolls

Auf einem Blatt Papier wird eine Tabelle erstellt mit 24 Zeilen für die Stunden des Tages und 7 Spalten für die Wochentage.


Nun tragen Sie alles exakt ein, was mit dem Wasserlassen zu tun hat. In welcher Situation verspüren Sie Harndrang, geht Urin

verloren, wieviel geht verloren, können Sie den unfreiwilligen Urinabgang unterbrechen. Falls Sie Vorlagen benutzen, notieren Sie, wie häufig Sie diese wechseln und wie schwer diese etwa sind. Schätzen Sie beim Toilettengang die Urinmenge ab. Sind es nur kleine Mengen oder läuft Urin im Strahl ab?

Vielleicht erkennen Sie selbst ein Muster in Ihrem Protokoll und es gibt bestimmte Situationen, die Sie schon selbst beheben können. Bringen Sie in jedem Fall das Protokoll zu Ihrem ersten Termin beim Spezialisten mit.

Im Folgenden ein Beispiel für ein Miktionsprotokoll.

Miktionsprotokoll
St. Vinzenz Pallotti Stiftung



Uhrzeit	Tag 1				Tag 2				Tag 3				Tag 4				Tag 5				
	Trinkmenge	Urinmenge	Dranggefühl	Urinverlust	Trinkmenge	Urinmenge	Dranggefühl	Urinverlust	Trinkmenge	Urinmenge	Dranggefühl	Urinverlust	Trinkmenge	Urinmenge	Dranggefühl	Urinverlust	Trinkmenge	Urinmenge	Dranggefühl	Urinverlust	
7:00	150	210			100	250				200			100	200			250			ja	
8:00									200												
9:00	100			Haar ton W	200		ja			ja	ja	250		ja		100		Sport			
10:00		350				100				100				100					ja		
11:00	150								100												
12:00					250							100	ja								
13:00	250			Lo oto mpf			ja	100	120		fast on		100			150		ja			
14:00		350			200	100				100											
15:00								ja	150				150					100			
16:00	150				200				150								250				
17:00					200																
18:00		400				150			100	100											
19:00																					

BZB

Beispiel eines Miktionsprotokolls. Das Original können Sie sich ausdrucken unter dem Hinweis „Miktionsprotokoll“ aus dem Internet [www.http.vph-bensberg.de/institute/frauenklinik](http://www.vph-bensberg.de/institute/frauenklinik)

Anamnese

Der Arzt möchte sich ein Bild über Ihren körperlichen Zustand und Ihre Beschwerden machen. Vor der eigentlichen Untersuchung wird er Ihnen daher Fragen stellen, mit denen er versucht, Ihr Problem zu erfassen.

Seien Sie ehrlich!

Es ist in Ihrem Sinne, möglichst genaue und offene Antworten zu geben, denn nur so kann der Arzt das ganze Ausmaß Ihrer Erkrankung erfassen. Es gibt keinen Grund, sich für etwas zu schämen.

Darüber hinaus werden Ihnen weitere Fragen über Ihren Lebensrhythmus, Vorerkrankungen, Operationen, Geburten und über Ihre Medikamenteneinnahme gestellt.

Erste einfache aber diagnostisch hilfreiche Verfahren sind das Miktionsprotokoll, der „**Gaudenz**“-Fragebogen und der „**Pad**“-Test. Der Fragebogen gibt durch standardisierte Fragen Hinweise auf die Art der Inkontinenz. Der „Pad“-Test, d.h. das Tragen einer Vorlage für 1 Stunde mit speziellen Übungen, gibt durch die Gewichtsbestimmung Aufschluss über die Menge des unfreiwilligen Urinverlustes.

Die spezialisierte Diagnostik durch den Facharzt



Gynäkologische Untersuchung

Die körperliche Untersuchung bei Inkontinenz der Frau erfasst die gynäkologische Untersuchung, den vaginalen Ultraschall und die Tastuntersuchung zur Beurteilung der Lage der Unterleibsorgane (Gebärmutter, Scheide, Harnblase, Enddarm) und der Beckenbodenbeschaffenheit. Wenn die Genitalorgane tiefertreten, spricht man von einem Descensus. Wenn sie teilweise oder ganz aus der Scheide austreten, von einem Prolaps (= Vorfall). Sowohl Descensus als auch Prolaps haben Auswirkungen auf die Lage und Funktion der Harnblase.

Restharnbestimmung

Bei der Restharn-Bestimmung wird gemessen, wieviel Urin nach dem Toilettengang noch in der Blase verbleibt. Normalerweise ist die Menge nur sehr klein. Die Restharmenge kann per Ultraschall oder durch einen Katheter bestimmt werden. Beide Verfahren sind völlig schmerzfrei.

Urinanalyse

Um eine Harnwegsinfektion auszuschließen, wird Ihr Urin auf Bakterien untersucht. Der labormedizinische Nachweis von Keimen im Urin würde auf eine Blasenentzündung hinweisen. Manchmal erfolgt ein bakterieller Abstrich aus der Harnröhre und vom Muttermund, der auf Chlamydien und Ureaplasmen untersucht wird.

Ultraschall (Perinealsonographie)

Mit Hilfe eines Ultraschallgerätes kann der Arzt die Lage Ihrer Organe im Unterleib erkennen und ihre Dynamik beurteilen. Auch Fremdkörper in der Blase wie Blasensteine oder Tumore können dadurch identifiziert werden.

Die Ultraschalluntersuchung der gefüllten Harnblase (Perinealsonographie) zeigt die Lage der Harnblase zur Harnröhre und das Verhalten zueinander beim Pressen.

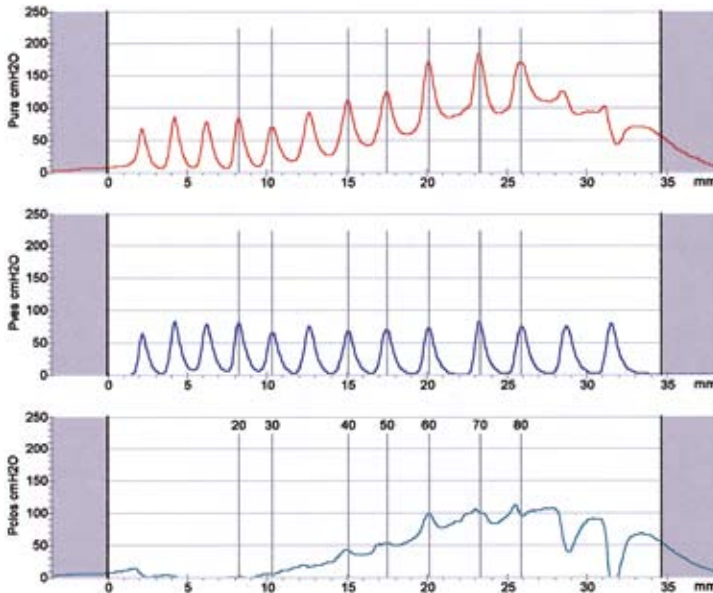
Urodynamik (Cysto-Urethronometrie)

Vor jeder Inkontinenzoperation sollte unbedingt eine urodynamische Untersuchung durchgeführt werden.

Dabei wird die Blasenmuskulatur, die Speicherfunktion und der Verschlussmechanismus überprüft. Mit Hilfe eines dünnen Katheters wird der Druck des Blaseninneren mit dem Druck der Harnröhre im Liegen und Stehen verglichen. Die Ergebnisse werden in aufgezeichneten Kurvenverläufen sichtbar. Bei normaler Funktion steigt bei körperlicher Belastung der Druck in der Harnröhre stärker an als in der Harnblase. Bei einer Funktionsstörung des Verschlussmechanismus ist der Blasendruck genauso hoch oder höher als der Druck in der Harnröhre. Es liegt eine Stressinkontinenz vor, die in Schweregrade eingeteilt werden kann.

Beckenboden-EMG

Durch das Beckenboden-EMG (Elektromyogramm) werden die elektrischen Impulse der Beckenbodenmuskulatur gemessen. Elektroden auf der Haut nehmen die bioelektrischen Signale der Muskeln auf und stellen sie graphisch dar. Damit können nervlich oder durch Muskelerkrankungen bedingte Störungen entdeckt werden.



Harnblasenspiegelung (Zystoskopie)

Ein Zystoskop ist eine bleistiftdünne Glasfaseroptik. Sie wird vorsichtig durch die Harnröhre in die Harnblase eingeführt. Jetzt kann der Arzt Entzündungen, Blutungen, Blasensteine, Tumore oder Verengungen der Harnröhre erkennen, die evtl. sofort therapiert werden können.

Therapie

Die Therapie richtet sich vor allem nach der Form Ihrer Inkontinenz, dem Schweregrad und Ihren persönlichen Wünschen nach mehr Lebensqualität.

Konservative Behandlung der Stressinkontinenz

Unter konservativer Therapie versteht man alle nicht operativen Behandlungen. Ziel der konservativen Behandlungsformen bei Stressinkontinenz ist es, die Störungen des Verschlussmechanismus der Harnröhre durch Training und Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur zu verbessern. Im Mittelpunkt steht die Beckenbodengymnastik, die durch verschiedene Hilfsmittel ergänzt werden kann.

Beckenbodentraining

Spezifische krankengymnastische Übungen können die Beckenbodenmuskulatur kräftigen und vor allem bei Frauen nach der Geburt und in den Wechseljahren einer Inkontinenz vorbeugen, eine solche bessern oder sogar heilen. Wichtig ist es gerade zu Beginn, eine korrekte Anleitung und Übungskontrolle durch einen Physiotherapeuten zu erhalten.

Die Übungen können durch Hilfsmittel, die Ihr Physiotherapeut Ihnen empfiehlt und Sie in der Handhabung einweist, unterstützt werden. Dieses sind Kugeln, Konen, Elektrostimulation oder Biofeedback-Geräte.

Neben der korrekten Durchführung der Übungen ist die Intensität und Ausdauer entscheidend für den Erfolg.

Die oben genannten Hilfsmittel dienen der besseren Wahrnehmung der Muskeln des Beckenbodens.

Vaginalkone sind Kegel mit unterschiedlichen Gewichten, die in die Scheide eingeführt werden. Die Muskeln des Beckenbodens müssen dann so angespannt werden, dass die Kone nicht herausfallen. Mit zunehmender Kraft im Beckenboden können schwere Kone benutzt werden.

Elektrostimulationsgeräte kontrollieren über elektrische Signale die aufgebrachte Kraft.



Die Dranginkontinenz kann durch eine elektrische Desensibilisierung verbessert werden.

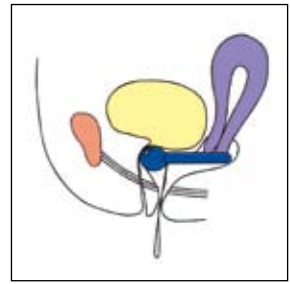
Spürbarer Erfolg ist erst nach 2-3 Monaten zu erwarten, daher ist Geduld ganz entscheidend.

Pessarbehandlung

Zur konservativen Behandlung von Inkontinenz, Beckenbodensenkung und Blasenentleerungsstörungen können Pessare eingesetzt werden. Es gibt eine Vielzahl von Varianten und Größen. Wichtig ist, dass der Arzt den richtigen Pessartyp und die Pessargröße auswählt sowie die Handhabung des Einsetzens, Entfernens und der Reinigung mit der Patientin einübt. Alle Pessartypen werden von der Frau selbst eingelegt, meist mit Hilfe einer östrogenhaltigen Gleitcreme. Zur Entfernung sind in der Regel Rückholbändchen angebracht. Die Reinigung erfolgt mittels warmen Wassers. Zusätzliche Desinfektionsmittel sind nicht notwendig.

Die Pessarbehandlung wird in der Regel nicht dauerhaft durchgeführt. Sie dient manchmal der Gewebevorbereitung, damit eine Operation den größtmöglichen Erfolg erbringt oder bis andere Therapien zur Zufriedenheit geführt haben.

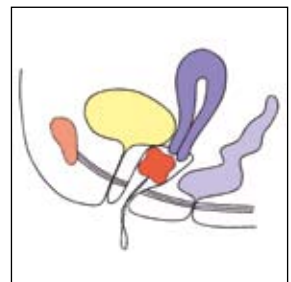




Ringpessare helfen besonders bei Belastungsinkontinenz, besonders bei Verstärkung durch eine Keule. Sie werden so in die Scheide eingesetzt, dass sie dem Beckenboden aufliegen und die Keule gegen die Harnröhre drückt. Sie werden zum Teil nur bei körperlicher Belastung eingesetzt, können aber auch länger getragen werden.



Wegwerfpessare aus Schaumstoffmaterialien in verschiedenen Größen und Formen sind besonders beliebt beim Sport.



Würfelpessare eignen sich besonders gut zur Behandlung von Senkungsbeschwerden der Gebärmutter, der Blase und/oder des Darms. Sie haften an der Scheidenhaut und können daher auch bei schlaffem Beckenboden die Senkung der inneren Organe korrigieren. Zusammen mit Östrogencreme und Beckenbodentraining sind deutliche Verbesserungen der Senkung zu erzielen.

Medikamentöse Behandlung



Entzündungen der Blase oder Scheide

Die Harnröhre der Frau ist kurz und die Schleimhaut der Scheide gerade in und nach den Wechseljahren dünner und anfälliger für Keime, Reizzustände und kleine Verletzungen. Entzündungen sind die Folge.

Nach entsprechender Diagnostik ist die wichtigste Maßnahme die konsequente Therapie der Entzündung.

Gegen Bakterien helfen Antibiotika, gegen Pilzentzündungen Antimykotika. Virale Entzündungen sind zum Teil schwieriger und langwieriger zu behandeln und bedürfen verschiedener Ansätze.

Lokale Östrogenbehandlung

Östrogene haben einen großen Einfluss auf die Festigkeit von Haut, Bindegewebe und Muskulatur. In den Wechseljahren beginnt der Östrogenspiegel zu sinken mit den entsprechenden Auswirkungen auf das Gewebe.

Die lokale Behandlung mit östrogenhaltigen Cremes im Intimbereich hat einen positiven Einfluss auf die Festigkeit des Beckenbodens, die Durchblutung und die Anfälligkeit für Entzündungen. Daher ist die Anwendung bereits bei geringster Symptomatik in den Wechseljahren angebracht, in jedem Fall vor und nach operativen Eingriffen.

Medikamente bei Stressinkontinenz

Mittlerweile gibt es ein Medikament zur Behandlung der Belastungsinkontinenz. Aufgrund der Nebenwirkung Übelkeit empfiehlt sich eine einschleichende Dosierung. In Kombination mit konservativen Behandlungsansätzen können in über 50% Erfolge erzielt werden.

Medikamente bei Dranginkontinenz

Die Blasenmuskulatur (Detrusor) hat bei dieser Inkontinenz eine erhöhte Aktivität. Zur Dämpfung dieser Überaktivität hat sich eine Therapie mittels Tabletten oder transdermalem Pflaster bewährt. Es gibt verschieden Substanzen, die einen ähnlichen Wirkmechanismus haben, aber ein unterschiedlich erfolgreiches Ansprechen.

Die Nebenwirkungen sind ebenfalls verschieden in Art und Ausprägung. Es kann zu verminderter Speichelproduktion, Verstopfung, Verwirrtheit und Unruhe kommen.

Der Erfolg ist erst nach 2 bis 3 Monaten erkennbar und kann maßgeblich durch konservative Therapien unterstützt werden. Ist ein Medikament gefunden, das in entsprechender Dosierung den gewünschten Erfolg bringt, gilt es, die dauerhafte Behandlung durchzuführen.

Operative Methoden

Die operative Therapie bei der Inkontinenz und der Beckenbodensenkung orientiert sich am Leidensdruck der Frau und kommt in der Stufentherapie nach Ausschöpfung aller konservativer und medikamentöser Maßnahmen zum Einsatz.

OP bei Belastungsinkontinenz

Als gering invasiver Eingriff gilt das spannungsfreie Vaginalband, das sog. **TVT oder TVT-O**. TVT steht für **Tension-free Vaginal Tape**, was auf deutsch spannungsfreies Vaginalband bedeutet. Hierbei wird sanft ein Band unter die mittlere Harnröhre gelegt und stärkt diese in ihrer Verschlussfunktion.

Die Anhebung der Blase (= Kolposuspension) nach „Burch“ erfordert einen kleinen Bauchschnitt, ist aber unter Umständen notwendig. Es ist eine sehr häufig durchgeführte Operation mit guten Langzeitergebnissen. Hierbei wird der Blasenhalss mit Haltefäden an körpereigenem Gewebe aufgehängt bzw. befestigt.

Es gibt noch weniger invasive Verfahren, bei denen bestimmte Substanzen neben der Harnröhre eingespritzt werden, um eine Kontinenz zu erreichen. Diese Verfahren führen noch in höherem Maße zu Rückfällen. Sie sind jedoch bei Frauen mit zahlreichen Grunderkrankungen ein angebrachtes Verfahren.

OP bei Senkung der Blase, der Gebärmutter und oder des Darms

Je nach Lokalisation und Ausprägung der Senkung gibt es verschiedene Operationsverfahren. In der Regel gehen alle mit einer Entfernung der Gebärmutter einher.

Plastische Raffungen des Gewebes im vorderen und hinteren Scheidenbereich sind oft zur Straffung des Beckenbodens angezeigt.

Bei bereits entfernter Gebärmutter lässt sich die Scheide mit besonderen Fäden an bestimmten Strukturen des Beckens aufhängen, so dass die Blase und der Darm wieder normale Positionen einnehmen (Operation nach Richter-Amreich).

OP bei Rezidivinkontinenz oder -senkung

Es gibt die Möglichkeit verschiedene Operationsverfahren zu wiederholen. Neuere operative Verfahren verwenden Kunststoffnetze, die gerade bei erneuter Senkung des Beckenbodens gute therapeutische Erfolge aufweisen.



Weitere Maßnahmen bei Inkontinenz sind Gewichtsreduktion bei Übergewicht. Hier kann durch jedes Kilo Körpergewicht weniger, Last vom Beckenboden genommen werden. Die Entwöhnung vom Rauchen als Ursache für chronischen Husten, der den Beckenboden stark belastet.

Daneben können gezielte Atemtechnik, autogenes Training sowie progressive Muskelentspannung einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen.

Was tun?



Unser Tipp

Urogynäkologische Probleme haben eine große Relevanz. Die Beschwerden und Funktionsstörungen sollten nicht als unabänderliches Schicksal hingenommen werden.

Die Diagnostik und Therapie Ihrer Inkontinenz sollte möglichst rasch in die Hände eines erfahrenen Facharztes gelegt werden.

Besprechen Sie daher Ihre Beschwerden mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, der Sie sicher gerne beraten wird und auch die notwendigen weiteren Schritte einleitet.

Für Fragen, insbesondere zur gezielten Diagnostik und Therapie kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie in unsere urogynäkologische Sprechstunde überweisen.

Auskunft und Termine:

Sekretariat Dr. med. Simeon Korth

Erreichbar: Montag bis Freitag
8.30-12.30 Uhr und 14.00-16.00 Uhr

Telefon: 0 22 04/41-14 01/-14 02

Das Bildungsinstitut für Gesundheit in Bensberg (BIG-B) bietet in seinem umfangreichen Programm zahlreiche Kurse das ganze Jahr über an.

Hinweise zu Terminen und Inhalten der einzelnen Kurse entnehmen Sie bitte dem beigelegten Kursprogramm.

Weitere Informationen des BIG-B hierzu erhalten Sie im Sekretariat der Elternschule.

Telefon: 0 22 04/41-65 60
www.vph-bensberg.de/institute/bildungsinstitut

Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg

Vinzenz-Pallotti-Straße 20-24

D 51429 Bergisch Gladbach

T 0 22 04 / 41 – 0

www.vph-bensberg.de

eine Einrichtung der
St. **Vinzenz Pallotti** Stiftung

Ihr **BZZB**-Kompetenz-Team:

Chefarzt:	Dr. Simeon Korth
Oberarzt:	Dr. H.-J. Schrandt
Oberärztin:	Dr. Susanne Holthaus
Assistenzärztin:	Dr. Sandra Sperling
Arzthelferin:	Swetlana Weigandt
Physiotherapeutin:	Nina Bilek

Frauenklinik Bensberg

Chefarzt Dr. Simeon Korth

Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg

Vinzenz-Pallotti-Straße 20-24

51429 Bergisch Gladbach

Tel.: 0 22 04 / 41 – 1401 / –1402

Fax: 0 22 04 / 41 – 1419

E-Mail: frauenklinik@vph-bensberg.de