

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Die Rolle der Physiotherapie bei
der Inkontinenz des Mannes**

Pages I-H

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Österreich), 32-34

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 32-34

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Deutschland), 30-32

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

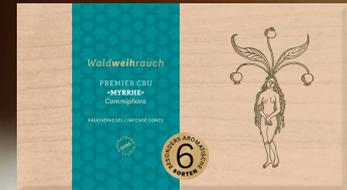
Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

Die Rolle der Physiotherapie bei der Inkontinenz des Mannes

I.-H. Pages

Harninkontinenz des Mannes kann durch einen insuffizienten Verschlussmechanismus nach Verletzung des Schließmuskels bei Prostataoperationen vorkommen. Hier hat die Physiotherapie einen hohen Stellenwert. Die Belastungsinsuffizienz kann mit Kontinenztraining, Biofeedback und Elektrostimulation erfolgreich behandelt werden. Das Therapiekonzept kann individuell mit reflextherapeutischen Verfahren wie Massagen, manuelle Therapie, Wärmebehandlung, Neuraltherapie und Akupunktur ergänzt werden. Auch die Therapie der Dranginkontinenz kann mit physikalischen Maßnahmen lohnenswert sein. Bei neurologischen Krankheiten mit begleitender Harninkontinenz ist das Toilettentraining sinnvoll.

Male urinary incontinence may occur as the result of an inadequate obturation mechanism following a lesion to the sphincter during prostate surgery. In this area, physiotherapy has a very high value. The stress incontinence can be treated successfully with continence training, biofeedback and electrostimulation. The therapy concept can be supplemented individually with reflex-therapeutic methods such as massage, manual therapy, thermal treatment, neural therapy and acupuncture. The treatment of urge incontinence using physical measures can also be expedient. In neurological disorders with associated urinary incontinence, toilet training is useful. J Urol Urogynaekol 2004; 11 (1): 32–34.

Die Physiotherapie hat sowohl bei der Inkontinenz der Frau als auch bei der des Mannes Bedeutung. Dabei ist die Frau wesentlich häufiger mit der Problematik betroffen, da ihr Beckenboden durch Schwangerschaft und Geburt zusätzlich belastet wird. Die funktionelle Störung der Beckenbodenmuskulatur ist somit eine häufige Ursache der weiblichen Belastungsinkontinenz und steht im Mittelpunkt der physikalisch-rehabilitativen Therapie. Beim Mann hingegen ist die Harninkontinenz in den meisten Fällen durch eine Beeinträchtigung des Schließmuskelsystems, der Harnblase oder des Nervensystems bedingt.

Indikation zur Physiotherapie

Harninkontinenz des Mannes ist bis zum 50. Lebensjahr eine recht seltene Erkrankung. Dies hat seine natürliche Ursache in dem stabilen Schließmuskelmechanismus, der den Blasenhalss, die gesamte prostatiche Harnröhre und den quergestreiften äußeren Harnröhrenschließmuskel umfaßt. Eine Belastungsinkontinenz tritt nur dann auf, wenn sowohl der glattmuskuläre Anteil der prostatichen Harnröhre als auch der quergestreifte äußere Harnröhrenschließmuskel geschädigt sind. Dies kann allgemein nur in Zusammenhang mit einem Trauma (Beckenringfraktur) oder mit operativen Eingriffen an der Prostata geschehen. Eine radikale Prostatektomie bei einem Karzinom führt in 3–5 % der Fälle zur Inkontinenz durch mangelnde Schließmuskulatur. Hierbei kann der Einsatz der Physiotherapie erfolgreich sein.

Die oft nach transurethraler Prostataresektion auftretende vorübergehende Dranginkontinenzsymptomatik ist eher eine Domäne der medikamentösen Therapie, weniger der Physiotherapie. Bei Dranginkontinenz nicht-operativer Verursachung sowie psychogen bedingter Inkontinenz sind physikalische Maßnahmen ebenfalls lohnenswert.

Bei Patienten mit Multipler Sklerose, Zustand nach Schlaganfall, Parkinson, Demenz oder Diabetes mellitus tritt die Harninkontinenz als Begleiterkrankung auf. Bei diesen Patienten ist die Durchführung des Toilettentrainings sehr sinnvoll.

Physikalisch-rehabilitative Maßnahmen

Das physiotherapeutische Konzept sollte individuell auf den Patienten abgestimmt und indikations- und befundgerecht eingesetzt werden [1]. In der Praxis hat sich gezeigt, daß die aktive Mitarbeit des Patienten und seine Motivation zur Verhaltensänderung wichtige Voraussetzungen für den Therapieerfolg sind. Der Behandlungsplan wird unter ganzheitlichen Gesichtspunkten individuell entsprechend des vorliegenden Befundes erstellt. Er besteht aus verschiedenen Therapiemodulen (Tab. 1, modifiziert nach Pages [2]).

Die Behandlung inkontinenter Patienten gehört in die Hände kompetenter Fachkräfte, die über Spezialkenntnisse auf den Gebieten der Urologie und Proktologie verfügen. Sie klären die Patienten zu Beginn des Therapiekonzeptes anhand anatomischer Tafeln und Modelle über Organe im kleinen Becken, Funktion der Muskeln und Formen der Inkontinenz auf. Des Weiteren wird den Patienten verdeutlicht, inwiefern körperliches Übergewicht, Bewegungsmangel, Körperhaltung, Atmung, körperliche und seelische Belastungen Einfluß auf die Inkontinenzproblematik nehmen können.

Das **Toilettentraining** ist vor allem bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen angezeigt. Es hat das Ziel, durch Vorgabe eines Miktionsrhythmus den Lebensrhythmus des Betroffenen dem Blasenrhythmus anzupassen, wenn die Fähigkeit verlorengegangen ist, den Blasenrhythmus dem Lebensrhythmus unterzuordnen („Altersblase“). Dazu muß zunächst ein exaktes Miktionsprotokoll erstellt werden, in dem die Toilettengänge tagsüber und nachts sowie die Inkontinenzereignisse verzeichnet werden. Aufgrund des Protokolls werden ein Miktionsplan erstellt und die Zeiten der Toilettengänge festgelegt.

Wichtig ist es dann, die Betroffenen solange regelmäßig an die rechtzeitigen Toilettengänge zu erinnern, bis sie den neuen Rhythmus erlernt haben und rechtzeitig von selbst die Toilette aufsuchen.

Vielen Patienten ist das Muskelgefühl, das „Sich Erspüren“ verlorengegangen. Dies ist jedoch Voraussetzung

Korrespondenzadresse: Privatdozentin Dr. med. habil. Ines-Helen Pages, Direktorin des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Klinikum Ludwigshafen am Rhein, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Bremserstraße 79, D-67063 Ludwigshafen am Rhein, E-Mail: pagesi@kllilu.de

Tabelle 1: Physiotherapeutischer Stufenplan bei der Inkontinenz des Mannes (mod. nach [2])

1. Stufe	
Aufklärung und Befähigung zur Selbstkontrolle	Anatomie und Physiologie der Organe des Beckenraumes, Funktion der Muskulatur Formen und Ursachen der Inkontinenz Gesunde Lebensweise: Ordnungstherapie, Ernährungstherapie, Bewegung Toiletentraining (Miktionsprotokoll) Kinästhesieschulung
2. Stufe	
Kinesitherapie (Bewegungstherapie)	Atem- und Entspannungsübungen Kräftigung der Muskulatur (Schließmuskel, Beckenboden-, Bauch- und Rumpfmuskulatur) Haltungskorrektur Allgemeine Konditionierung: Schwimmen, Wandern, Walking, Fahrradfahren, Sauna
Biofeedback-Therapie	
Elektrotherapie	
Reflextherapeutische Verfahren	Reflexzonenmassagen Manuelle Therapie Neuraltherapie Akupunktur Wärmebehandlungen

für ein muskuläres Training. Daher gilt es zunächst, das Anspannen und Entspannen der Muskeln gezielt und bewußt zu erlernen (**sensomotorische Schulung**). Um die Kontrolle über den Schließmuskel zu verbessern, stellt sich der Patient vor, den Urin einhalten zu müssen oder den Urinstrahl unterbrechen zu wollen [3]. Zusätzlich kann der Einsatz der Elektrostimulation indiziert sein, um den Patienten die Muskulatur bewußt zu machen.

Die **Bewegungstherapie** steht bei der Behandlung der Harninkontinenz, insbesondere der Belastungsinkontinenz, im Mittelpunkt. Dabei werden die Übungen gezielt auf den Musculus sphincter urethrae externus gerichtet, wenn die Inkontinenz durch Funktionsverlust dieses Muskels ausgelöst wird. Sind Blasenkrankungen oder neurologische Krankheiten Ursache der Harninkontinenz, muß die Krankengymnastik entsprechend individuell angepaßt werden. Neben den gezielten Übungen der Schließmuskulatur gehören zur funktionellen Beckenbodenarbeit auch die Kräftigung der Beckenboden-, Bauch- und Rumpfmuskulatur sowie Übungen zur Atmung und Haltung. Über ein erfolgreiches Kontinenztraining bei Zustand nach Prostatektomie wird in der Literatur vielfach berichtet, wobei die Erfolgsrate zwischen 70 und 88 % angegeben wird [4–7].

Die Verbesserung der Muskelkraft kann durch zusätzlichen Einsatz der **Biofeedbackmethode** verstärkt werden [8]. Dieses Training ist eine der Psychologie entstammende Lernstrategie. Dabei wird dem Patienten die Körperfunktion – hier die Anspannung der Muskulatur – mittels akustischer und / oder optischer Signale zurückgemeldet. Der Patient erhält so Information über seinen Zustand, er ist dadurch motiviert und erhöht die Effektivität seiner

Übungen. Klinische Studien haben die erfolgreiche Anwendung von Biofeedback bei Inkontinenz nach Prostatektomie nachgewiesen. Die Erfolgsraten werden mit über 70 % angegeben [9–12].

Bei der männlichen Harninkontinenz kann die **Elektrotherapie** ergänzend eingesetzt werden. Sie ist dann empfehlenswert, wenn ein aktives Anspannen der Schließmuskulatur nicht möglich ist. In diesem Fall erfolgt eine 15-minütige anale Elektrostimulation mit einer Frequenz von 30–50 Hz, einer Stimulationszeit von 5 Sekunden und einer Pausenzeit von 5 bis 10 Sekunden. Durch das auftretende „Stromgefühl“ wird dem Patienten vermittelt, wo und in welcher Stärke der Muskel angespannt werden muß.

Reflextherapieverfahren können unter ganzheitlichen Gesichtspunkten individuell angewendet werden. Dabei werden über Haut und Unterhaut als rezeptorenreichstes Organ des Menschen tieferliegende Strukturen und Organe positiv beeinflusst. So können auch Blasenfunktionsstörungen über diese Verfahren behandelt werden. Zum Einsatz kommen Bindegewebsmassage, Fußreflexzonen-Therapie, manuelle Therapie und Wärmeverfahren. Auch die Neuraltherapie und die Akupunktur sind Formen der Regulationstherapie und es kann darüber versucht werden, regulierend auf die Organfunktion Einfluß zu nehmen [13].

Literatur:

- Pages I-H. Physikalische Medizin und Rehabilitation bei Harninkontinenz. In: Melchior H (Hrsg). GIH-Manual - Harninkontinenz und Miktionsstörungen. Bibliomed Med. Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen, 2003; 90–110.
- Pages I-H. Komplexe Physiotherapie der weiblichen Harninkontinenz – Grundlagen. Durchführung, Bewertung. Phys Rehab Kur Med 1996; 6: 19–24.
- Ide W. Die Übungen des Kontinenztrainings. In: Ide W, Vahlensieck W (Hrsg). Die Harninkontinenz beim Mann. Pflaum Verlag, München-Bad Kissingen-Berlin-Düsseldorf-Heidelberg, 2002; 32–72.
- Chang PL, Tsai LH, Huang ST, Wang TM, Hsieh ML, Tsui KH. The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. J Urol 1998; 160: 402–5.
- Parekh AR, Feng MI, Kirages D, Bremner H, Kaswick J, Aboseif S. The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. J Urol 2003; 170: 130–3.
- Porru D, Campus G, Caria A, Madeddu G, Cucchi A, Rovereto B, Scarpa RM, Pili P, Usai E. Impact of early pelvic floor rehabilitation after transurethral resection of the prostate. NeuroUrol Urodyn 2001; 20: 53–9.
- Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H, Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 98–102.
- Rief W, Birbaumer N. Biofeedback-Therapie. Grundlagen, Indikationen und praktisches Vorgehen. Schattauer Verlag Stuttgart-New York, 2000.
- Franke JJ, Gilbert WB, Grier J, Koch MO, Shyr Y, Schmitt JA Jr. Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. J Urol 2000; 163: 191–3.

10. Harris JL. Treatment of postprostatectomy for urinary incontinence with behavioral methods. Clin Nurse Spec 1997; 11: 159–66.
11. Jackson J, Emerson L, Johnston B, Wilson J, Morales A. Biofeedback: a noninvasive treatment for incontinence after radical prostatectomy. Urol Nurs 1996; 16: 50–4.
12. Mathewson-Chapman M. Pelvic muscle exercise / biofeedback for urinary incontinence after prostatectomy: an education program. J Cancer Educ Inter 1997; 12: 218–23.
13. Becke M. Akupunkturbehandlung von Harnblasenfunktionsstörungen. Urologe [B] 2001; 41: 472–5.



Privatdozentin Dr. med. habil. Ines-Helen Pages

Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin, 1974 Approbation als Ärztin, 1980 Gebietsanerkennung zur Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Spezielle Weiterbildungen: Arthrosonographie, Chirotherapie, Naturheilverfahren, Medizinische Klimatologie und Balneologie, Neuraltherapie, Akupunktur, spezielle Schmerztherapie, Inkontinenzbehandlung.

Von 1979 bis 1993 wissenschaftliche Assistentin und von 1994 bis 1996 leitende Oberassistentin an der Universitäts-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Humboldt-Universität zu Berlin. Seit 1996 Direktorin des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin am Klinikum Ludwigshafen am Rhein, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. Seit 2003 Koordinatorin und Leiterin des Kontinenzentrums Ludwigshafen.

1993 Habilitation und Lehrbefugnis für das Fach „Physikalische Medizin und Rehabilitation“ (Privatdozentur) an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, 1993 bis 2003 regelmäßige Lehrtätigkeit. Seit 1996 Lehrauftrag für „Physikalische Therapie“ an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. 2003 Umhabilitation zur Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach „Physikalische Medizin und Rehabilitation“ (Privatdozentur), seit WS 2003/2004 regelmäßige Lehrtätigkeit.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)