

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Möglichkeiten der Physiotherapie
bei der Behandlung der weiblichen
Dranginkontinenz**

Heller C

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2006; 13 (2)*

(Ausgabe für Österreich), 27-28

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 30-32

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (2)

(Ausgabe für Deutschland), 30-31

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

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Möglichkeiten der Physiotherapie bei der Behandlung der weiblichen Dranginkontinenz*

Ch. Heller

In der Behandlung der weiblichen Dranginkontinenz steht die Verordnung von Medikamenten (Anticholinergika – mit verschiedenen Wirkstoffen) an erster Stelle. Zusätzlich werden die betroffenen Frauen häufig mit einem Elektrostimulationsgerät für zu Hause versorgt. Viele Patientinnen brechen auf Grund der bekannten Nebenwirkungen die ärztlich vorgeschlagene Therapie ab. Gerade in den letzten Jahren haben sich physiotherapeutische Interventionen, was auch Studien beweisen, bewährt. Der Artikel will aufzeigen, daß es Alternativen aus dem Bereich der Physiotherapie gibt, um die motorische Dranginkontinenz zu beeinflussen.

The use of anticholinergic drugs is the first-line treatment of female urge incontinence, often with additional supply of an electrical stimulation device. Most patients stop this treatment because of the known side effects. Therefore, physical interventions had been proven in recent years. This article will show alternatives from the area of physical therapy to influence urge incontinence. J Urol Urogynäk 2006; 13 (2): 27–28.

Als **Dranginkontinenz** oder Urge-Inkontinenz wird nach ICS-Kriterien ein unwillkürlicher Harnverlust bezeichnet, der von imperativem Harndrang begleitet wird. Sie ist bei der motorischen Dranginkontinenz gekennzeichnet durch ungehemmte Detrusorkontraktionen, wobei der urethrale Verschluss intakt ist.

Zu den typischen **Symptomen** gehören imperativer Harndrang ohne Urinverlust, starker Harndrang, der nicht unterdrückt werden kann und die Blase sich entleert, Pollakisurie, Nykturie. Auslösende Faktoren für den Drang können sein: Sehen von Toilettenschilder, Hören von strömenden Wasser (Wasserhahn, nachts im Schlaf ein hörbares Fließen von Wasser in der Dachrinne), Kontakt mit Wasser z. B. beim Spülen, Waschen, Duschen oder beim Nachhausekommen „Last minute Inkontinenz“.

Das Risiko, an einer Dranginkontinenz zu leiden, steigt ab dem 40. Lebensjahr signifikant. Nur 15 % der betroffenen Frauen begeben sich in ärztliche Behandlung. Die psychosozialen Probleme (sozialer Rückzug, Hilfslosigkeit usw.) nehmen zu – bestimmt doch die Blase das Alltagsgeschehen der Frau.

Bislang stand die Pharmakotherapie mit Anticholinergika im Vordergrund. Auch in meiner Praxis für Physiotherapie mit Schwerpunkt Gynäkologie und Urologie erreichen mich wesentlich mehr Verordnungen mit der Diagnose „Belastungsincontinenz“ als mit „Dranginkontinenz“.

Dabei gibt es einige Studien, die beweisen, daß es auch zusätzliche Alternativen zur medikamentösen Behandlung gibt. So untersuchten Burgio et al. [1] in einer Studie 197 Frauen mit Drangsymptomatik. Als Therapieformen wurden angeboten: Beckenbodentraining, Drangstrategien, Entspannungsübungen oder Einnahme von Oxybutynin oder Einnahme von Placebos. Das Ergebnis weist auf eine signifikant stärkere Verringerung der Anzahl der Inkontinenzepisoden und mögliche subjektive Verbesserungen hin. Es zeigt, daß physikalische Therapien in der Behandlung der Dranginkontinenz mindestens so gut abschneiden wie Anticholinergika – und das ohne Nebenwirkungen.

In einer RCT von Nygaard et al. [2] wird gesondert auf die Instabilität des M. Detrusor eingegangen. Die Autoren stellen eine wesentliche Verbesserung der Inkontinenzepisoden pro Tag und eine Verringerung der Blasenentleerungen pro Nacht fest. Die Aktivierung der externen Sphinktermuskulatur bzw. Beckenbodenmuskulatur hat nach Bo u. Berghams [3] einen Einfluß auf die Entspannungsfähigkeit des M. Detrusor.

In meiner **physiotherapeutischen Praxis** hat sich folgendes Behandlungskonzept bewährt:

- Erstellen einer Miktions- und Inkontinenzanamnese [4]
- Informationen über die Lage der Beckenbodenmuskulatur und der Organe im kleinen Becken durch verschiedene Bildmaterialien. Grundsatz: „Ich kann nicht üben, was ich nicht kenne.“
- Aufklärung über Funktionsweise der Blase (Harnspeicherung und -entleerung)
- Führen eines Miktionsprotokolls: nach Möglichkeit über die gesamte Therapiedauer, zusätzlich Art der Getränke und besondere Vorkommnisse im Alltag
- Funktionelles Beckenbodentraining in verschiedenen Ausgangsstellungen, u.a. mit dem „Pezziball“
- Elektrostimulation oder Biofeedbackverfahren [5]
- Reflexzonentherapie: Ausnutzung der Myotome und Dermatome von S2, 3, 4 zur Hemmung der Detrusoraktivität, z. B. Bindegewebsmassage, heiße Rolle [6], Reflexzonentherapie am Fuß nach H. Marquardt [7]
- Entspannungsverfahren: Progressive Muskelrelaxation n. Jacobson, Autogenes Training zur Wiederherstellung des vegetativen Gleichgewichts
- Verhaltensänderung
- Aufschiebestrategien [7], mentale Aufschiebestrategie – Visualisierung – Speichergespräch mit der Blase
- Mechanische Notfallstrategien – Nutzen des Gate-control-Mechanismus: Durch Druck auf Damm oder Klitoris wird eine sensorische Afferenz ins Sakralmark geleitet [9].

Schlußfolgerung

Die Möglichkeiten der Physiotherapie bei der weiblichen Dranginkontinenz sind vielfältig. Bei mir in der Praxis hat sich – in Zusammenarbeit mit einem Urologen vor Ort – auch die Kombination „Anticholinergika“ und krankengymnastische Behandlung bewährt, wobei das Ziel ist, das Medikament nach entsprechendem Zeitraum wieder abzusetzen.

*Nach einem Vortrag auf dem 15. Kongreß der Deutschen Kontinenzgesellschaft in Berlin.

Korrespondenzadresse: Christa Heller, Kihnstr. 9, D-63739 Aschaffenburg, E-mail heller.bodyandmind@t-online.de

Der Erfolg ist abhängig von der exakten ärztlichen Diagnose und der Compliance der Patientin. Es erfordert vom Therapeuten fachliche Kompetenz, gepaart mit großem Einfühlungsvermögen für die Betroffenen.

Ein Physiotherapeut/in sollte eine spezielle Weiterbildung nachweisen, da der Unterricht an den deutschen Physiotherapieschulen in den Fächern Urologie und Gynäkologie leider z. Zt. nicht ausreichend ist, um eine adäquate Behandlung im Bereich der Inkontinenz anbieten zu können.

Literatur:

1. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M et al. Behavioral vs. Drug Treatment for Urge

Urinary Incontinence in Older der Women. A randomised controlled trial. JAMA 1998; 280: 1995–2000.

2. Nygaard IE, Kreder KJ, Lopic MM, Fountain KA, Rhomberg AT. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge and mixed incontinence. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 125.
3. Bø K, Berghams L. Overactive bladder and its treatments. Non-pharmacological treatments for overactive bladder; pelvic floor exercises. Urology 2000; 55 (Suppl 5A): 7.
4. Henscher U. Physiotherapeutischer Befundbogen bei weiblichen Miktionsstörungen. In: Carrière B (Hrg). Beckenboden. Thieme, Stuttgart, 2003.
5. Pages IH. Die Behandlung der weiblichen Harninkontinenz durch Elektrostimulation. Krankengymnastik 1999; 9: 1528–34.
6. Carrière B. Wärmeanwendungen: heiße Rolle. In: Beckenboden. Thieme, Stuttgart, 2003.
7. Tanzberger R, Kuhn A, Möbs G. Der Beckenboden – Funktion, Anpassung u. Therapie. Das Tanzberger-Konzept. Urban & Fischer, 2004.
8. Gödl-Purrer B. Aufschubstrategien bei Drang. In: Carrière B (Hrg). Beckenboden. Thieme, Stuttgart, 2003.



Christa Heller

Ausbildung zur Krankengymnastin in Frankfurt/Main-Höchst 1969–1971. Klinik­tätigkeit am Universitätsklinikum Mainz, Neurologische Reha-Klinik Karlsbad-Langensteinbach, Städt. Krankenhaus Aschaffenburg (Chirurgie und Gynäkologie). Selbständig in eigener Praxis in Aschaffenburg seit 1984 mit Schwerpunkt Gynäkologie und Urologie, psychosomatische Erkrankungen. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie (GGUP) im Deutschen Verband für Physiotherapie ZVK e.V.. Leiterin einer Selbsthilfegruppe der Deutschen Kontinenzgesellschaft in Aschaffenburg seit 1999.

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](#)