

Die besondere Kraft des Beckenbodens

Er arbeitet täglich im Verborgenen – bis er Probleme macht. Schwangerschaft, Menopause, Alltag: Eine Expertin sagt, wann Beschwerden entstehen, warum man sie ernst nehmen sollte und was möglich ist.

beim Husten, Niesen, Laufen. Beim Tanzen und Springen. Manchmal ist es nur ein Tropfen Harn, manchmal ein Druckgefühl nach unten, mitunter ein komisches Gefühl, dass „da unten“ etwas nicht mehr hält, was eigentlich halten sollte. Viele Frauen lernen ihren Beckenboden erst in solchen Momenten kennen: Nicht als Bereich, der im Körper täglich unbemerkt arbeitet, sondern als Problemzone, über die man dann nur ungen spricht.

Verborgenes Kraftzentrum

Dabei ist der Beckenboden eine Art verborgenes Kraftzentrum: Er stützt Organe, sichert Kontinenz und ermöglicht zugleich Entleerung – meistens, ohne dass wir etwas davon merken. „Anatomisch kann man sich ihn als breite, fächerförmige Muskelplatte vorstellen“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Barbara Bodner-Adler, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Urogynäkologie in Wien. Der wichtigste Muskel darin ist der „Musculus levator ani“, der sogenannte Afterheber. Man kann ihn sich wie eine trichterförmige Muskelplatte vorstellen, die das Becken nach unten abschließt und Blase, Gebärmutter sowie Enddarm mitträgt.

Insgesamt ist der Beckenboden, wie Bodner-Adler sagt, „ein Stütz- und Halteorgan, das wir im täglichen Leben nutzen und benötigen“. Er sei „wesentlich für unseren Kontinenz- und Entleerungsmechanismus zuständig“. Er hilft also, Harn und Stuhl zu halten. Dafür muss er sich im richtigen Moment entspannen, damit Wasserlassen

und Stuhlgang möglich sind, beim Husten, Heben oder Pressen hält er dagegen. Loslassen, halten: Dieses Zusammenspiel ist entscheidend, und zwar täglich: „Wir benötigen und betätigen unseren Beckenboden bewusst und unbewusst immer“, sagt Bodner-Adler. Nur bemerken ihn die meisten erst, wenn etwas nicht mehr funktioniert.

Wenn das Halten schwieriger wird

Typische Beschwerden entstehen, wenn der Beckenboden nachlässt. Heißt: „Ich verliere Harn, ich verliere Stuhl, die Blase senkt sich, die Gebärmutter senkt sich, der Enddarm senkt sich“, zählt Bodner-Adler auf. Besonders häufig ist Harnverlust bei Belastung, ebenso typisch sind Senkungsbeschwerden, also ein Druck- oder Fremdkörpergefühl nach unten. Manche Frauen beschreiben, es ziehe im Becken, andere haben das Gefühl, am Ende des Tages sei „alles schwerer“ als am Morgen.

Das Problem: Viele halten solche Beschwerden für normal. Speziell nach Geburten, in der Menopause, im Alter. Bodner-Adler widerspricht: „Viele sagen, das ist normal, da kann man eh nichts mehr machen. Das ist falsch. Im Gegenteil: Man kann immer etwas machen.“

Beckenboden im Laufe des Lebens

Der Beckenboden spielt in allen Lebensphasen eine Rolle. Besonders deutlich wird seine Belastung rund um die Schwangerschaft und Geburt. „Beide können den Beckenboden negativ beeinflussen“, sagt Bodner-Adler. Eine unkomplizierte Geburt belastet ihn weniger, traumatische Geburten



Gabriele Kuhn ist langjährige Autorin und Kolumnistin mit den Schwerpunkten Medizin und Lifestyle. Sie schreibt seit 1995 für den KURIER, zuerst als stv. *Freizeit*-Chefin, später als Leiterin des Leben-Ressorts, zu dem auch die Gesundheit zählt.

50

Prozent

Frauen in Österreich – und etwas mehr – leiden im Laufe ihres Lebens unter Beschwerden im Beckenboden. Jede dritte Frau hat im Laufe ihres Lebens Probleme mit der Blase.

Kreuzschmerz

kann ein Hinweis auf Probleme mit dem Beckenboden sein. Bis zu 95 Prozent der Frauen mit chronischen Schmerzen im unteren Rücken haben eine Beckenbodendysfunktion.



ZUR PERSON

Univ.-Prof. Dr. Barbara Bodner-Adler

Expertin für Urogynäkologie und Beckenboden-Chirurgie, Institut Sirona, Wien

deutlich stärker. Zu den Risikofaktoren gehören ein hohes Geburtsgewicht, Saugglocken- oder Zangengeburt, lange Austreibungsphasen und viele Presswehen.

Die Summe macht es aus, besonders heikel sind Muskelabrisse während der Geburt, sogenannte „Levator-ani-Abrisse“. „Die merkt man bei der Geburt nicht, aber später schon.“ Ihre Folgen können lange nachwirken: „Zehn Jahre, zwanzig Jahre nach einer Entbindung bleibt das ein Risikofaktor, beispielsweise für Senkungsprobleme.“

Eine zweite wichtige Phase ist die Zeit um die Menopause. „Viele Frauen verspüren Harnverlust um die Perimenopause. Das ist ein klassischer Gipfel für die Belastungsharninkontinenz.“ Der sinkende Östrogenspiegel beeinflusst die Gewebe und Haltestrukturen. „Das Bindegewebe wird dadurch schwächer“, sagt Bodner-Adler. Gerade Frauen zwischen etwa 48 und 52 Jahren würden daher nicht selten erstmals deutlicher Beschwerden bemerken. Im höheren Alter überlagern sich dann mehrere Faktoren: frühere Geburten, jahrelange Belastung, Hormonmangel, Gewebeveränderungen. „Da zeigt sich dann das, was über Jahre und Jahrzehnte schädigend auf den Beckenboden gewirkt hat.“

Was zusätzlich Druck macht

Aber nicht nur Geburten und Hormone beeinflussen den Beckenboden. Ein ebenso wichtiger Punkt ist Druck im Bauchraum. Bodner-Adler spricht von chronischer intraabdomineller Druckerhöhung: „Wenn im Bauch immer wieder hoher Druck entsteht, muss der Beckenboden ständig gegenhalten.“

Ein klassisches Beispiel dafür ist chronischer Husten als Risikofaktor, etwa bei Asthma, COPD, Allergien oder langjährigem Rauchen. Übergewicht spielt ebenfalls eine große Rolle. „Nicht minder wichtig ist chronische Verstopfung, weil dabei häufig stark gepresst wird. Und das übt oft jahrelangen Druck auf den Beckenboden aus.“ Berufe, in denen viel gestanden oder schwer gehoben wird, können die Beschwerden auch verstärken. Typisch: „Ein Beckenbodenproblem wird am Ende des Tages lästiger“, sagt Bodner-Adler.

Sexualität und Beckenboden

Und natürlich hat der Beckenboden viel mit Sexualität zu tun. Nach Geburten können Organsenkungen, eine als weit

empfundene oder klaffende Scheide irritieren und stören. Bei ausgeprägten Senkungen wird Sexualität auch mechanisch erschwert. „Patientinnen mit massiven Organsenkungen erleben das als veritables Hindernis.“

Gleichzeitig warnt Bodner-Adler vor zu einfachen Erklärungen; Sexualität habe viele Ebenen. „Man kann das nicht auf eine Ursache herunterbrechen. Aber der schwache Beckenboden und die Beckenbodensuffizienz sind definitiv negativ mit dem Sexualempfinden assoziiert.“

Spätestens hier wird deutlich: Beckenbodenprobleme sind nicht nur unangenehm und sind auch kein kosmetisches Thema. Sie betreffen grundlegende Funktionen des Körpers. Deshalb lohnt es sich, Beschwerden nicht auszusetzen. Die Behandlung richtet sich danach, welches Problem vorliegt und wie stark die Beschwerden sind. Bodner-Adler beschreibt sie als Kaskade – wobei nicht jede Frau jede Stufe durchlaufen muss:

1. Aufklärung, Alltag, Training

Am Anfang steht meist die konservative Therapie. Dazu gehört, Risikofaktoren zu reduzieren: Verstopfung meiden, Pressen ebenso, chronischen Husten behandeln, nicht rauchen, Gewicht stabil halten. Entscheidend ist außerdem gezieltes Beckenbodentraining. „Möglichst unter Anleitung“, so Bodner-Adler. Gemeint ist eine physiotherapeutische Begleitung, zumindest zu Beginn. Einzeltherapie sei dabei besser als Gruppentraining.

Auch in der Schwangerschaft sei vorbeugendes Training sinnvoll, etwa ab der 16. oder 17. Woche. „Man weiß, dass diese Gruppe deutlich weniger Inkontinenzepisoden nach der Schwangerschaft erfährt als die, die nichts machen.“ Wichtig ist Konsequenz. „Das Training muss regelmäßig durchgeführt werden“, sagt Bodner-Adler, mehrmals pro Woche über eine bestimmte Dauer. „Und hört man auf, lässt die Wirkung nach.“ „Es ist ein Muskel. Und Muskeln müssen konsequent trainiert werden.“

2. Unterstützende Verfahren

Dazu gehören etwa Elektrostimulation oder der „Magnetstuhl“. Dabei werde die Muskelkraft nicht aktiv eingesetzt, sondern „extern über Magnetwellen stimuliert“. Daten über mehrere Jahre gebe es dazu noch nicht, kurzfristige Erfolge sehe man aber. „Wenn nach einigen Monaten kein ausrei-

chender Erfolg eintritt, wird weitergeschaut. Bodner-Adler nennt als Orientierung drei bis vier Monate.

Je nach Beschwerdebild – Belastungsinkontinenz, Drangbeschwerden oder Senkung – kommen weitere Schritte infrage. Entscheidend ist, dass die Therapie zum konkreten Problem passt. Dazu können auch Medikamente gehören. Besonders wichtig ist hier die genaue Diagnose: Nicht jede Form von Harnverlust entsteht aus demselben Mechanismus, und nicht jede Beckenbodenbeschwerde spricht auf dieselbe Behandlung an.

3. Operativer Eingriff

Wenn konservative und medikamentöse Ansätze nicht ausreichend helfen, kommt die nächste Stufe in Frage: eine OP. Moderne Beckenbodenchirurgie ist heute meist schonend. „Wir wählen oft einen Zugang über die Scheide“, sagt Bodner-Adler. Der Vorteil: kein Bauchschnitt, kürzere Erholung. Bei vielen Eingriffen werde mit Eigenewebe gearbeitet, Inkontinenzoperationen seien oft minimal-invasiv und mit kurzem Spitalaufenthalt verbunden. „Eine Operation muss nicht immer erst nach langen konservativen Versuchen kommen“, betont Bodner-Adler. Wenn etwa eine junge, sportliche Frau beim Laufen ständig Harn verliert und stark darunter leidet, könne ein Eingriff schon früher sinnvoll sein. „So eine Patientin wird von einer Operation profitieren und dann alles wieder machen können.“ Es gehe um eine gemeinsame Entscheidung, passend zu Beschwerden, Alltag und Lebensqualität.

Beckenboden wahrnehmen

Und wie beginnt man, den Beckenboden wahrzunehmen? Bodner-Adler rät zu simplen Alltagsmomenten: beim Zähneputzen den Beckenboden bewusst anspannen, hochziehen, lösen. Ein erster Schritt, diesen Bereich des Körpers kennenzulernen.

Ihr wichtigster Rat: Bei Beschwerden nicht abwarten, beschämt schweigen und sie hinnehmen, weil „das eben dazugehört“. Harnverlust, Senkungsgefühl, Schmerzen oder Beschwerden beim Sex sind keine Nebensachen, wenn sie den Alltag bestimmen. Sie sind behandelbare medizinische Probleme. Ein „guter Beckenboden“ entscheidet auch, ob man sich frei bewegen, Sport machen, Sexualität positiv leben kann – und dem eigenen Körper vertraut. ■

Unterstützung für das Kraftzentrum im Bauch

Nicht nur das Training zählt: Auch „richtiges“ Husten oder Niesen sowie ein gewisses Bewusstsein entscheiden darüber, wie gut der Beckenboden seine Arbeit machen kann.

Angeleitetes Training

Beckenbodentraining wirkt – vor allem bei Belastungsinkontinenz, also Harnverlust beim Husten, Niesen, Lachen, Heben, Sport. Eine Cochrane-Analyse kommt zu dem Schluss, dass Beckenbodentraining Beschwerden bei Harninkontinenz verbessern oder sogar beheben kann. Internationale Leitlinien empfehlen ein angeleitetes Training über mindestens drei Monate als erste Behandlung.

Beckenboden auch loslassen lernen

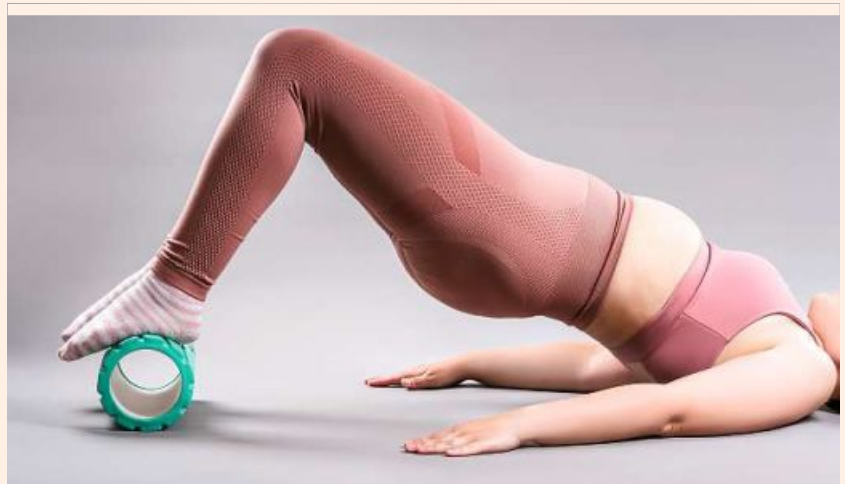
Der Beckenboden ist kein Muskel, der permanent „fest“ sein soll. Er muss halten können, aber auch entspannen, damit Wasserlassen, Stuhlgang und schmerzfreie Sexualität möglich sind. Wer falsch trainiert, presst mitunter nach unten, hält die Luft an oder spannt Bauch, Gesäß und Oberschenkel statt des Beckenbodens an.

Druck von „oben“ reduzieren

Chronischer Husten, starkes Pressen beim Stuhlgang, schweres Heben und Übergewicht erhöhen den Druck im Bauchraum. Aus beckenbodenmedizinischer Sicht gehört auch Stuhlregulierung dazu: Verstopfung vermeiden, nicht pressen. Zusätzlich kann man lernen, den Beckenboden vor solchen Belastungen kurz anzuspannen – etwa vor dem Husten, Niesen oder Heben – und danach wieder bewusst loszulassen.

Schwangerschaft und Wochenbett

Eine Cochrane-Auswertung zeigt, dass Beckenbodentraining in dieser Phase zur Vorbeugung und Behandlung von Inkontinenz eingesetzt wird. Sinnvoll ist vor allem ein Training, das korrekt angeleitet wird – besonders nach schweren Geburten, Saugglocke/Zange, hohem Geburtsgewicht, Dammverletzungen oder anhaltenden Beschwerden.



Ein erster Schritt ist, diesen Bereich des Körpers überhaupt bewusst wahrzunehmen. Bei Problemen kann ein angeleitetes Training helfen, den Beckenboden zu stärken.