

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 30 (1994)
Heft: 9

Artikel: 100 Jahre Beckenbodengymnastik : eine kritische Bestandesaufnahme
Autor: Krahmann, Hella / Gregorio, G. de / Bernhard, A.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929345>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

100 Jahre Beckenbodengymnastik: eine kritische Bestandaufnahme

Physiotherapie bei Senkungszuständen des weiblichen Genitales ist nur manchmal erfolgreich und zeigt geringe oder gar keine Erfolge. Nach anfänglichen Erfolgen kommt es wieder zu Rezidiven. Mit anderen Worten: letztlich muss doch operiert werden. Diese ärztlichen Behauptungen stimmen leider häufig. Da der logische Kontext, eine insuffiziente Muskulatur mittels Übungen zu trainieren, stimmt, müssen jedoch die Aussagen einer kritischen Analyse unterzogen werden. Beckenbodenübungen sind keine Novität. Bereits Ende des letzten Jahrhunderts trainierte Th. Brandt die Beckenbodenmuskulatur mit Patientinnen. Es folgten A. M. Kegeel und K. Sokol. Die beiden Letztgenannten entwickelten zusätzlich apparative Hilfen. Über ein Jahrhundert hinweg wurde die konservative Therapie bei Senkungszuständen eingesetzt; ihr Image blieb aber in Medizinerkreisen fragwürdig.

Im folgenden Artikel wurde auf die schwer lesbaren Doppelformen verzichtet und ausschließlich die weibliche Form gewählt. Darin ist die männliche Form selbstverständlich immer auch enthalten.

1. Probleme der Indikation

Sie betrifft Patientin und Physiotherapeutin. Eine konservative Therapie ist sinnlos. Eine Operation ist erforderlich bei

- defekter Anatomie,
- schwerem Deszensus,
- Prolaps.

Bei allen Formen der Stressinkontinenz muss eine konservative Therapie, das heisst Physiotherapie, als primäre Therapie erfolgen, ferner zur Vorbereitung auf eine Operation und als sekundäre Prophylaxe bei Deszen-

sus- und Inkontinenzoperationen. Eine Operation allein garantiert noch keine Kontinenz.

Eine Frau kann in jedem Alter inkontinent werden. Ein Training der Beckenbodenmuskulatur ist also immer eine sinnvolle Massnahme, die als Prävention schon in sehr jungen Jahren (Gesundheitserziehung) durchgeführt werden sollte.

Für die Therapie muss die Ärztin die richtige Physiotherapeutin auswählen. Diese muss die therapeutischen Prinzipien beherrschen.

2. Probleme der Therapeutin

Zum Beispiel hat sich der Gedanke, dass das Prinzip des Overflows auch für die Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur über Adduktoren, Gesäss- und Bauchmuskulatur wirksam wird, nicht als richtig erwiesen. Im Gegenteil: die Wahrnehmung wird in

falsche Bahnen gelenkt. Bei der Kontraktion der Gesässmuskulatur und der Adduktoren wird die Beckenbodenmuskulatur komprimiert und täuscht bei der Patientin Spannung vor. Sie meint zu kontrahieren, aber in Wirklichkeit passiert gar nichts.

Das Bauchmuskeltraining muss immer unter Einbeziehung des Beckenbodens erfolgen, entweder in bezug auf Spannung oder in bezug auf eventuelle Druckwirkungen (Wahrnehmungstraining).

Der Übungseffekt muss kontrolliert werden. Dafür stehen spezielle Fragetechniken (pädagogische, psychologische Aspekte), Messgeräte und taktile Tastung zur Verfügung.

Üben allein zeigt nur geringe bis gar keine Erfolge. Eine wesentliche Grundlage zur Realisierung der Zielsetzungen sind pädagogische, psychologische und psychosomatische Kenntnisse und Fähigkeiten der Physiotherapeutin.

Jede Art der Inkontinenz hat für die Frau eine schwere Ich-Betroffenheit zur Folge. Sie betrifft nicht nur den körperlichen, sondern oft auch den sozialen Bereich. Darum muss «Therapie» in diesen Fällen immer als ein ganzheitliches Konzept verstanden werden, das neben der Erfassung der Persönlichkeit der Patientin ihr soziales Umfeld und ihren Lebensraum beinhaltet (siehe Fallbeispiele).

Psychologische, psychosomatische und pädagogische Aspekte sind eine unverzichtbare Basis der Gesamttherapie.

Psychologische Aspekte

Die genitalen Körperabschnitte sind Intimbereiche. Das 20. Jahrhundert hat uns unter anderem viele körperliche Freiheiten gebracht (wie viele Frauen liegen «oben ohne» am Strand, tragen keinen BH mehr!), aber intime Körperbereiche unterliegen trotzdem oft einer hohen Scham-schwelle, sind Tabuzonen. Darin liegt zum Teil begründet, dass manche Frauen zu spät mit schweren Inkontinenzsymptomen zur Ärztin gehen. Es ist vielleicht aus unserer Erziehung verständlich: In frühen Kindertagen haben wir mühsam gelernt, «trocken» zu werden, und nun, mit fünfzig oder sechzig Jahren, haben wir auf einmal ein «nasses

Hörschen», sind als Erwachsene nicht mehr kontinent.

Frauen, die unzureichende anatomische und physiologische Kenntnisse haben oder denen eine entsprechende Körperwahrnehmung fehlt, interpretieren die Symptome falsch und ziehen sich in ihre «Schamwelt» zurück.

Alle diese Aspekte muss die Therapeutin bedenken und sich selbst fragen, wie sie dazu steht, zum Beispiel:

- Wie kann sie mit Sexualität umgehen?
- Registriert sie Empfindungen?
- Sind diese ihr angenehm oder unangenehm?
- Kann sie offen darüber sprechen oder sind ihr solche Themen peinlich?
- Nimmt sie das Wechselspiel von Spannung und Entspannung bezüglich ihrer Blasenfunktion wahr?
- Wie reagiert sie auf die gehemmte, die ungehemmte Patientin?

Psychosomatische Aspekte

Die Blase ist eines unserer sensibelsten Organe. So wird zum Beispiel die psychosomatische Harninkontinenz als «Tränen der Seele» bezeichnet. Oder wie es eine Patientin, die sich in einer Konfliktsituation befand, ausdrückte: «Ich weine tüchtig, dann brauche ich nicht so oft auf die Toilette zu gehen.»

Die Blasenfunktion kann Ausdruck von Wut und Trauer, Lust und Unlust, das heisst das Spiegelbild unserer Emotionen sein. Das Wechselspiel von Emotionen und körperlichen Reaktionen ist normal, und entsprechend den Themen kann das jede sehr gut an sich selbst beobachten.

Beispiel: Längerer Stadtbummel. Eigentlich müsste man auf die Toilette, aber es fehlt die Gelegenheit. Das Bedürfnis kann willentlich unter Kontrolle gehalten werden. Man kommt nach

Hause, steckt den Schlüssel in die Wohnungstür, und nun gibt es «kein Halten mehr». Die Tatsache, sofort die Toilette aufzusuchen, bewirkt Entspannung, so dass der kurze Weg von der Wohnungstür bis zur Toilette kaum bewältigt werden kann. Vielleicht wird man auch feststellen können, dass das Ergebnis mit dem Bedürfnis nicht kongruent ist. Das lange Zurückhalten hat die Blase irritiert, so dass sie nur langsam und nicht in vollem Umfang den Urin hergeben kann (siehe Fallbeispiel 3).

Pädagogische Aspekte

Wenn man eine therapeutische Sitzung als eine Art Unterricht betrachtet, die Patientin also lernen soll, bisherige Verhaltensmuster zu verändern oder bestimmte neue Verhaltensweisen zu praktizieren, so müssen pädagogische Parameter in der Therapie angewandt werden. Dafür muss die Physiotherapeutin die Persönlichkeit der Patientin und ihren alltäglichen Lebensstil kennenlernen. Dabei geht es zum Beispiel um Fragen der Motivation, des Leidensdrucks, der Lernprinzipien und der Erfahrung mit körperorientierten Methoden. Hat die Patientin

- Kenntnisse bezüglich der Krankheitsentstehung?
- Behandlungserfahrung? Warum war sie nicht erfolgreich oder wurde abgebrochen?
- versucht, belastende Situationen zu verändern? Wenn nein: warum nicht?

Welche Belastungen treten durch Beruf, Familie, Hobbies auf? Sind sie veränderbar? Ja? Nein?

In der Therapie ist der «drohende Zeigefinger» fehl am Platz. Jede Sitzung muss mit der Kontrolle der gestellten Hausaufgaben beginnen. Die Fragen: «Haben Sie geübt?» oder «Haben Sie

letzte Woche keine schweren Einkaufstaschen getragen?» können nur jenen Patientinnen gestellt werden, die bereit sind, ihre Schwächen einzugestehen und mit Hilfe der Physiotherapeutin zu bearbeiten (siehe Fallbeispiel 1). Ansonsten bringen solche Fragen keine nennenswerten Resultate. Auf Fragen wie zum Beispiel: «Welche Übungen fielen Ihnen am leichtesten, am schwersten oder machten Schwierigkeiten?» müssen detaillierte Antworten erfolgen, denen die Therapeutin entnehmen kann, ob die Hausaufgaben durchgeführt wurden bzw. welche Probleme für die Patientin aufgetreten sind. Es ist wichtig, bei der Nichterfüllung der Aufgaben erst einmal Verständnis zu zeigen, dann aber an Kenntnisse, Folgen und ähnliches zu erinnern oder sie nochmals zu erklären (keine Wiederholung scheuen, siehe Fallbeispiel 1!). Schimpfende Worte kränken die Patientin und stören die Interaktion zwischen Physiotherapeutin und Patientin (siehe Fallbeispiel 4).

Neben dem grundsätzlichen Wissen über das Krankheitsbild und die Übungsprinzipien muss die qualifizierte Physiotherapeutin Kenntnisse und Fähigkeiten in allen vorher genannten Teilaspekten besitzen. Da in der Regel die Grundausbildung in der Physiotherapie hierfür unzureichend ist, muss sich die Therapeutin, die solche Behandlungen übernimmt, durch Fort- und Zusatzausbildung entsprechend qualifizieren.

Fallbeispiele

Beispiel I

Ärztin, 50 Jahre alt, zierlich, schlank, zum Zeitpunkt der Behandlung Hausfrau mit erwachsenen Kindern. Deszensus und Harninkontinenz befinden sich im Anfangsstadium. Die Patientin ist motiviert, integriert die Übungen in den Alltag. Trotzdem stellt

PRAXIS

sich der Erfolg nicht im gewünschten Masse ein. Problem: Zur Versorgung der fünfköpfigen Familie sind umfangreiche Einkäufe notwendig. Die Patientin will, weil sie sich für den Haushalt verantwortlich fühlt, die Kinder (drei erwachsene Söhne) und den Ehemann nicht belasten, obwohl diese immer wieder von sich aus mithelfen. Die therapeutische Beratung orientiert sich an der Anschaffung eines «Zieh-wagens», da die Wege von den Geschäften nach Hause bzw. zum Auto erhebliche Distanzen aufweisen. Obwohl die Patientin die Notwendigkeit eines solchen Hilfsmittels einsieht, lehnt sie es aus Gründen der Eitelkeit ab. Sie sieht jünger aus, als sie ist, ist stets modisch elegant gekleidet und empfindet ein solches Vehikel als altmodisch, «alt machend». Bei jeder Sitzung interveniert die Physiotherapeutin aufs neue, überlegt, welche Modelle zum Outfit der Patientin passen könnten. Eines Tages kommt die Patientin strahlend zur Behandlung und berichtet, ihr Sohn habe ihr einen «Zieh-wagen» gekauft, der ihr auch gefalle. Sie sagt aber noch etwas Entscheidendes: Nur das ständige beharrliche Eingehen der Physiotherapeutin auf die entlastende Massnahme habe letztlich zum Erfolg geführt.

Eine zufällige Begegnung ein Jahr nach Beendigung der Behandlung: Die Patientin geht mit dem «Zieh-wagen» durch die Stadt, beschwerdefrei, wie sie glücklich erzählt.

Beispiel II

65jährige Patientin, Zustand nach Deszensus-Operation. Sie lebt mit ihrem Mann zusammen,

PRAXIS

der ihr schwere Arbeiten abnimmt. Problem: Die Patientin hat drei Enkelkinder, die sie oft betreut. Soll man dieser leidenschaftlichen Grossmutter sagen, dass sie ihre Enkelkinder nicht mehr hochheben darf, um mit ihnen zu schmusen?

Als erstes wird das Alter der Kinder erfragt. Mütter und Grossmütter meinen oft, sie müssten die schon selbständigen Kinder hochheben oder tragen. Natürlich wird auch dieser Patientin gesagt, welche Bedeutung schweres Heben und Tragen für sie hat. Gleichzeitig werden aber mit ihr Möglichkeiten und Techniken erarbeitet, wie sie mit Hilfe der Kinder selbst diese auf den grossmütterlichen Schoss bekommt.

Beispiel III

45jährige Patientin, Krankenschwester, wird wegen einer leichten Harninkontinenz zur Physiotherapie überwiesen. Bei der Befunderhebung stellt sich folgendes heraus: Obwohl sie viel trinken muss, geht sie während des Dienstes nicht auf die Toilette. Erst wenn sie zu Hause eine Zeitlang Ruhe gehalten hat, ist es ihr möglich zu urinieren. Inzwischen hat sie sich aber eine so starke Harnverhaltung antrainiert, dass nicht aller Urin abgeht. Sie presst den Resturin heraus und hat sich somit seine Senkung «angeübt». In diesem Fall ist das Beckenbodenmuskultraining zunächst sekundär. Es wird mit der Patientin ein Miktionsprotokoll erarbeitet, das in jeder Sitzung überprüft wird. Vor allem werden mit ihr Situationen überlegt, in denen sie, ohne ihre Arbeit zu vernachlässigen (Motiv der Vermeidung), zur Toilette ge-

hen kann. Entspannungstherapie mit unterschiedlichen Verfahren, auch im Sitzen, hat hier Priorität. Es gilt sicher auch, im Gespräch herauszufinden, welche Motive ihrer Lebensgeschichte sie veranlassen haben, so engagiert zu arbeiten, dass ein so wichtiges körperliches Bedürfnis wie der Toilettengang unterdrückt wurde.

Beispiel IV

Lehrerin, Mitte 40. Bei der routinemässigen Vorsorgeuntersuchung wurde eine beginnende Senkung festgestellt, die bisher symptomlos war. Die Patientin zeigt sich durch die Motivation ihrer Ärztin sehr interessiert. Sie vermittelt spontan den Eindruck einer «idealen Patientin»: intelligent, einsichtig und mit vorhandenen anatomischen Kenntnissen. Als Physiotherapeutin meint man, die Behandlung laufe von allein.

Das Biofeedback-Gerät zeigt einen mittelmässigen Wert. Das versetzt der Patientin einen Schock, weil sie meint, ihre Beckenbodenmuskulatur besser anspannen zu können.

Bei der vierten Behandlung stellt sich heraus, dass sie nicht regelmässig übt. Als Physiotherapeutin muss man sich fragen: bei so idealen Voraussetzungen, die diese Patientin mitbringt – warum?

Die sehr temperamentvolle, vielseitig engagierte Frau nimmt sich zu Hause nicht die Zeit zum Üben, und im Tagesverlauf vergisst sie es.

Therapeutisches Vorgehen:

- Appelle an ihren Beruf: Was tut sie zum Beispiel, wenn ihre Schüler ihre Hausaufgaben nicht machen?
- Der Tagesablauf wird minutiös abgespult, die Situationen herausgenommen, bei denen Üben problemlos und ohne Zeitaufwand möglich ist (zum

Beispiel beim Warten an der Ampel, sowohl als Fussgänger als auch als Autofahrer).

- In überdeutlicher Form werden die Folgen aufgezeigt, die ein Fortschreiten der Senkung mangels Übens mit sich bringt.

Dieses Beispiel zeigt ein typisches Problem: Die Patientin hat keine Symptome, das heisst keinen Leidensdruck. Sie kann sich nicht vorstellen, was eine Inkontinenz für ihren Alltag bedeuten würde. Letzteres muss der Patientin – in diesem Fall besonders auf der kognitiven Ebene – bewusst gemacht werden. Die Physiotherapeutin muss alle Register ihrer pädagogischen Fähigkeiten ziehen, um bei der Patientin ein regelmässiges Üben zu erreichen. Je nach Qualifikation der Therapeutin kommt ihr in diesem Fall der Beruf der Patientin positiv oder negativ entgegen.

Allgemeine Beispiele

Es gibt immer wieder Patientinnen, bei denen die Beratungsfunktion für die Therapeutin sehr schwer wird. Es handelt sich um Frauen aus der Landwirtschaft und mit Berufen, die schwere körperliche Arbeiten beinhalten. Das heisst, es sind existentielle Tätigkeiten, die tatsächlich schwer oder gar nicht veränderbar sind. In solchen Fällen sollte nach Absprache mit der Ärztin die Sozialarbeiterin zu Rate gezogen werden. Patientinnen, die inkontinent sind, gehen, weil sie Angst vor dem «nassen Höschen» haben, zu häufig auf die Toilette und trainieren sich somit noch zusätzlich eine Inkontinenz an. In solchen Fällen muss ein Miktionsprotokoll erstellt und kontrolliert werden. Die Zeiten sollen allmählich um zirka zehn bis fünfzehn Minuten verlängert werden, und mit Hilfe der Beckenbodenmuskulspannung soll der Urinabgang verhindert werden.

Patientinnen, die operiert wurden, sind im Notfall kontinent. Da sie symptomfrei sind, meinen sie, Schonung und Üben seien nicht nötig. Auch das soziale Umfeld unterstützt oft diese Einstellung, weil es dann heisst: Jetzt ist sie gesund, jetzt kann sie auch wieder in vollem Umfang arbeiten.

3. Problem des Transfers

Bei der Anamnese bereits konservativ behandelter Patientinnen mussten wir feststellen, dass die konservative Therapie häufig an der Transferproblematik scheiterte.

Die Patientinnen hatten die Zusammenhänge von Krankheitsentstehung, Symptomatik und damit der Übungsziele nicht verstanden. Es fehlten Kenntnisse über anatomische, physiologische und psychologische Zusammenhänge.

Die Übungen waren kognitiv verständlich, sie konnten aber nicht in den körperlichen Bereich «übersetzt» werden. Die Übungen waren nicht patientenorientiert vermittelt worden. Was lässt sich daraus ableiten?

Die Physiotherapeutin muss aus der Entstehungsursache des Krankheitsbildes individuell die Übungsziele erläutern und in die kognitive Verständlichkeit der Patientin vermitteln.

Die Therapeutin muss die Übungen sozusagen «massgeschneidert» auf die individuelle Persönlichkeit der Patientin umsetzen bzw. variieren können. Im Behandlungsraum muss alltagsgerecht geübt werden, zum Beispiel wie man im Sitzen bügeln oder beim Telefonieren und Zähneputzen die Beckenbodenmuskulatur anspannen kann.

Es geht aber nicht nur um Anspannung und Lockerlassen. Die Patientin muss auch lernen, Druckeinwirkungen wahrzunehmen.

In welchen Situationen, Zusammenhängen (z.B. Erkältung), Bewegungsabläufen, Tätigkeiten tritt Druck am Beckenboden auf?

Ist die Patientin in der Lage, in solchen Momenten durch Anspannen der Bodenmuskulatur den Druck zu verhindern? Dazu gehört zum Beispiel das schnelle, spontane Anspannen.

Wenn man die Anamnese dieser Patientinnen zurückverfolgt, wird man erfahren, dass sie – oft schon viele Jahre zuvor – Druck am Beckenboden verspürten. Da anfänglich solche Situationen nur temporär auftreten, wird der Symptomatik keine nennenswerte Bedeutung beigemessen, und damit nimmt der Deszensus seinen Lauf.

Für die Therapie heisst das: Was kann die Patientin tun bzw. was muss sie lassen, um Druck auf den Beckenboden zu verhindern?

4. Probleme der Erfolgskontrolle

Die Erfolgskontrolle wird viel zu selten oder gar nicht durchgeführt. Das Behandlungsergebnis erfährt somit sowohl auf der Therapeutinnen- als auch der Patientinnenebene nur subjektive Bewertung. Das «Gefühl», den Beckenboden richtig anzuspannen, ist nicht gleichbedeutend mit ausreichender Kraftleistung. Letztere kann erst durch eine vaginale Untersuchung, apparative Messung (Biofeedback) oder das Halten von Cones objektiviert werden. Wenn die Patientin Hemmungen hat (die Therapeutin darf sie nicht haben), sich einer vaginalen Kontrolle oder der Einführung einer Sonde zu unterziehen, so sollte zumindest zur digitalen Selbstkontrolle angeleitet werden. Es kann auch ein Tampon eingeführt werden, der beim Versuch, ihn herauszuziehen, mit der Beckenbodenmuskelspannung gehalten werden muss.

Aber auch die Ärztin darf sich nicht mit dem Ausstellen des Rezeptes zufrieden geben. Nach einer bestimmten Zeit muss sie die Patientin zur Überprüfung des Behandlungsergebnisses wieder aufbieten. Wenn das Resultat nicht den Erwartungen entspricht, sollte nicht gleich die Operation als Alternative in Erwägung gezogen werden. Folgende Fragen sind zu stellen:

- War das physiotherapeutische Konzept richtig?
- Gibt es Gründe, die in der Persönlichkeit der Patientin (zum Beispiel Unfähigkeit, Verhaltenskorrekturen vorzunehmen) oder in ihren Lebensumständen begründet liegen?
- War die Reedukationszeit zu kurz, zum Beispiel bei extremer Muskelschwäche oder Koordinationsproblematik? Besondere Schwierigkeiten, Verhaltensumstellungen durchzuführen?

Wenn das Behandlungsergebnis positiv ausfällt, dürfen sich weder Ärztin, Physiotherapeutin noch Patientin «auf den Lorbeeren ausruhen». Wie bei jedem anderen Training muss der Erfolg stabilisiert, das heisst auf den Langzeiteffekt hin bedacht werden.

Das Üben muss beibehalten, in den Tagesablauf integriert und automatisiert werden!

Die Ärztin muss routinemässig die Funktion der Beckenbodenmuskulatur prüfen!

In Zukunft muss es eine Aufgabe von Ärztinnen und Physiotherapeutinnen gleichermaßen sein, prinzipielle Standards für die Bewertung der Beckenbodenmuskelfunktion sowie des Behandlungserfolges zu erstellen. Ansätze dazu wurden bereits von der internationalen Gesellschaft für Kontinenz entwickelt.

Der Stellenwert der hier angesprochenen therapeutischen Aspekte einschliesslich der Er-

folgskontrollen sowie des Biofeedback-Verfahrens wurde im Rahmen einer «Pelvic-Reeducation-Studie» (Bernhard/de Gregorio, 1992) an der Universitäts-Frauenklinik Freiburg nachgewiesen.

5. Gesellschaftliche und berufspolitische Probleme

Im Hinblick auf eine Prävention schwerer Senkungszustände des weiblichen Genitales und der weiblichen Harninkontinenz werden die angesprochenen und unterschiedlichen Faktoren Gynäkologinnen und Physiotherapeutinnen in der Zukunft gleichermaßen beschäftigen müssen.

Eine Lösung der Probleme muss darum auch auf gesundheits- und berufspolitischer Ebene angestrebt werden. Kann es sich eine Gesellschaft, die eine Tendenz der Lebenserwartung Richtung «100» aufweist, leisten, dass ihre weibliche Bevölkerung ab 60 inkontinent ist? Das ist nicht nur eine Frage der Kostenanalyse, sondern ein allgemeines soziales Problem. Die inkontinente Frau scheut die Gesellschaft und körperliche Aktivitäten, und genau diese Aspekte haben in der Geriatrie einen hohen Stellenwert.

6. Schlussfolgerungen

Aus dem bisher Gesagten ergeben sich für die Zukunft folgende Schlussfolgerungen bzw. Feststellungen:

- Nur die in allen Aspekten der Senkung und Inkontinenz voll ausgebildete und erfahrene Physiotherapeutin wird eine sinnvolle Behandlung durchführen können.
- Nur individuelle Behandlungspläne, die sich an Standards orientieren, führen im Ein-

PRAXIS

zelfall zum Erfolg, auch über Jahre hinweg.

- Eine effektive Erfolgskontrolle ist unabdingbare Voraussetzung, um die Therapieziele zu erreichen.
- Das Training des Beckenbodens ist zu jedem Lebenszeitpunkt einer Frau eine sinnvolle Massnahme.

Quelle: «Krankengymnastik» Richard Pflaum Verlag GmbH + Co. KG, München

Literatur

Bernhard, A.: *Pelvic Reeducation (Biofeedback, Elektrostimulation, Beckenbodengymnastik, intensive Betreuung)*. Eine prospektive klinische Studie. Inaugural-Dissertation 1992, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Bitzer, J.: *Patientinnen mit chronischen Miktionsstörungen – psychosomatische Aspekte*. Extracta urologica. Band 13, Heft 3, 1992.

Brandt, Th.: *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique dans le traitement du bassin et principalement des affections utérines*.

de Gregorio, G.: *Methoden zur Diagnostik der weiblichen Harninkontinenz und die Bedeutung der Erfolgskontrolle therapeutischer Massnahmen*. Krankengymnastik, 37. Jg., 228, 1985.

Kegel, A.-M.: *Progressive Resistance Exercise in Refunctional Ristoration of the Perineal Muscles*. Am. J. Obstet. Gynecol. 56, 238, 1948.

Krabmann, H.; Kaltenbach, F.-J.: *Krankengymnastik bei Senkungszuständen des weiblichen Genitales*. Pflaum-Verlag 1986.

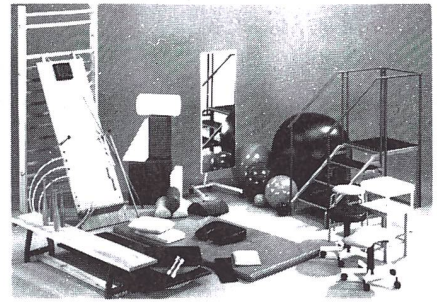
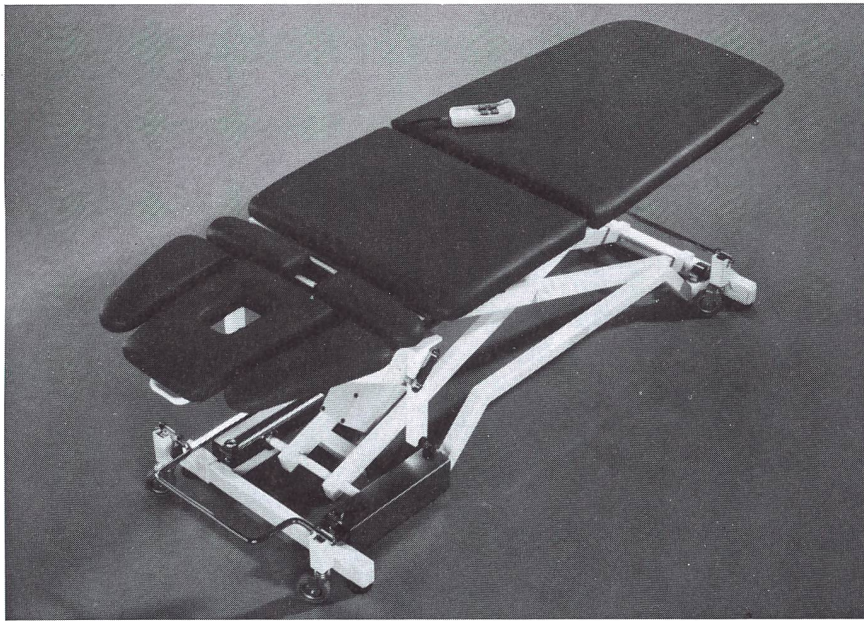
Krabmann, H.: *Deszensus und Harninkontinenz: Ein weibliches Schicksal? Kontinenz, Heft 1, 1992*.

Peattie, A.B.; Plevnik, S.; Stanton, S.L.: *Vaginal Cones: A Conservative Method of Treating Genuine Stress Incontinence*. British Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 95, 1988.

Schüssler, B.: *Therapeutischer Nutzen von Femina-Konen als Hilfsmittel bei der konservativen Behandlung der weiblichen Stress-Harninkontinenz. Eine gutachterliche Stellungnahme*.

Sokol, K.: *Vaginotonomographie – Vagiotometri*. Zbl. Gynäkol. 78, S. 825, 1956.

Thomas, T.M.; Plymat, K.R.; Blannin, I.; Meade, T.W.: *Prevalence of Urinary Incontinence*. Br. Med. J. 281, 1243, 1980.



**Ihr Vorteil:
Starthilfe bei
Neueinrichtungen**

COUPON

Senden Sie mir Ihre Dokumentation über:
Envoyez-moi votre documentation:

- Liegen
Tables
- Gesamtprogramm
Programme complet

Name/Nom: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort/NPA, Lieu: _____

Tel./Tél.: _____ 9/94

Verkauf, Service, Ausstellung:

ac
alfa-physio-care

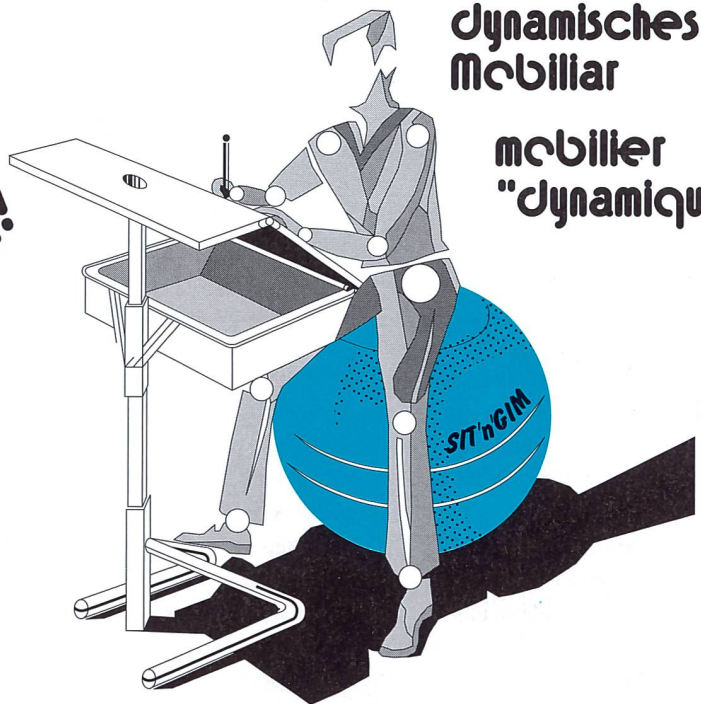
C. Wüthrich AG
Baselstrasse 63
4124 Schönenbuch
Telefon 061-481 90 30

Vente, service, exposition:

ac
alfa-physio-care

Thierry Furrer
Ch. du Vallon 26
1030 Bussigny
Tél. et fax 021-701 57 56

**Vorbeugung?
Bewegung!
Prévention?
Mouvement!**



**dynamisches
Möbiliar**

**mobilier
"dynamique"**

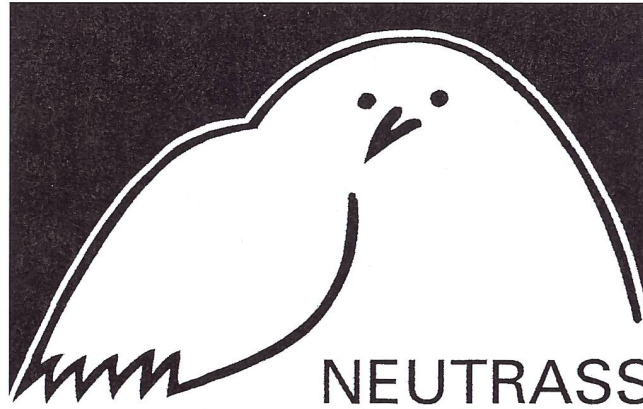
Bitte senden Sie mir Ihre Unterlagen
s.v.p. envoyez-moi votre documentation

Name/nom: _____

Adresse: _____

VISTA
WELLNESS

4513 Langendorf/SO 065 38 29 14
2014 Böle/NE 038 41 42 52



NEUTRASS
VERSICHERUNGS-PARTNER AG

Führung des SPV-Versicherungssekretariats

- Erstellung, Ausbau, Beratung und Betreuung des SPV-Versicherungskonzeptes – eine kostenlose Dienstleistung für SPV-Mitglieder
- Ausführung von neutralen und unabhängigen Versicherungsanalysen in allen Versicherungsbereichen
- Erstellung von Prämien-/Leistungsvergleichen
- Durchsetzung von Leistungsansprüchen
- Verwaltung von Portefeuilles und Rahmenverträgen

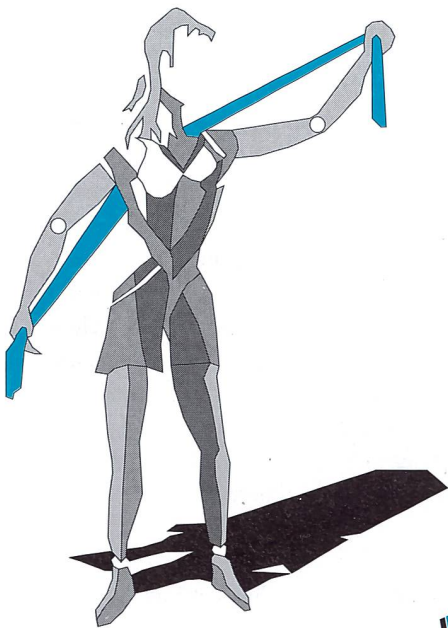
- Ihre direkte Telefonnummer: **045 - 21 91 16**

Gestion du bureau des assurances FSP

- Constitution, développement, assistance et conseils concernant le concept d'assurance FSP, des prestations gratuites pour les membres de la FSP
- Réalisation d'analyses neutres et indépendantes dans tous les domaines d'assurance
- Etablissement de comparaisons primes/prestations
- Surveillance de l'exécution des droits aux prestations
- Gestion de portefeuilles et de contrats-cadre

- Bureau régional pour la Suisse romande: **022 - 367 13 74**

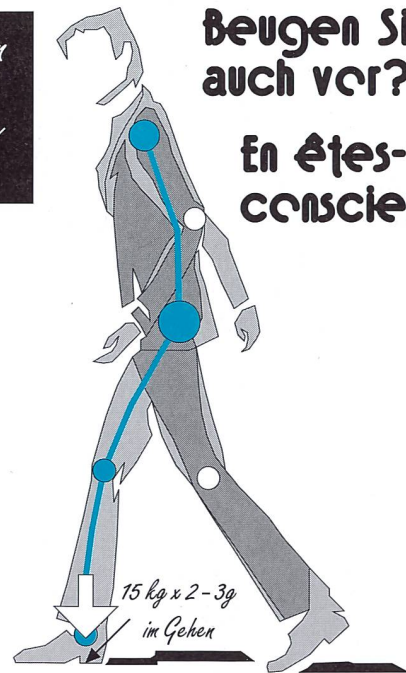
Thera-Band®



$80 \text{ kg} = 800 \text{ Newton}$
 $80 \text{ kg} \times 10 \text{ m/sec}^2$
mg

Beugen Sie auch vor?

En êtes-vous conscient?



$15 \text{ kg} \times 2 - 3 \text{ g}$
im Gehen

VISTA
WELLNESS

Viscolar™

Schockdämpfende Einlagen
matériau anti-chocs

4513 Langendorf/SO 065 38 29 14
2014 Böle/NE 038 41 42 52