

FOKUS

BECKENBODEN-

ZENTRUM

Ganzheitliche Behandlung für

Frauen und Männer



Was lange währt, wird nun richtig gut!

Als Klinikleiterin der Frauenklinik und Klinikleiter der Klinik für Urologie ist es uns eine ausgesprochene Freude, Ihnen das neue «Beckenbodenzentrum für sie und ihn» am KSW vorzustellen. Das Zentrum bietet Ihnen die beste und modernste ganzheitliche Betreuung und Expertise in der Beckenbodenmedizin. Sie als Patient:in stehen bei uns im Mittelpunkt.

Besonders freut uns, dass wir die Verantwortung für das Zentrum zwei versierten und erfahrenen Beckenboden-Spezialisten aus unserem Haus – Dr. med. Peter Kleimann und Dr. med. Jure Tornic – übergeben konnten. Mit unserem operativ-chirurgischen Know-how unterstützen wir die beiden, wenn immer nötig, tatkräftig.

Vorerst jedoch wünschen wir Ihnen eine interessante und informative Lektüre.



Dr. med.
Gesine Meili
Chefärztin
Frauenklinik



Prof. Dr. med.
Hubert John
Chefarzt
Klinik für Urologie

4

Beckenbodenzentrum
Ganzheitliche Beratung

6

Interview mit den Co-Leitern
«Männer sind ebenso betroffen»

7

Beckenboden-Board
Geballte Expertise für grössere Erfolge

8

Beckenbodenbeschwerden
Symptome und Ursachen – eine Übersicht

13

Der Fall von Frau S.
«Es fühlte sich an wie eine Regendusche»

14

Diagnostik
Modernste Verfahren für die optimale Behandlung

18

Der Fall von Martin B.
«Ich kann wieder alles machen, was ich will»

20

Therapien
Für jeden Fall die passende Lösung

Konservative Therapien – schonend zur Genesung

Operative Therapien – gezielt zu mehr Lebensqualität

30

Glossar
Die wichtigsten Begriffe kurz erklärt

32

Kontakt und Anmeldung

32

Wer Sie betreut

Operative Therapien –

gezielt zu mehr

Lebensqualität

↪ Seite 24



Beckenboden-Board:

Geballte Expertise für

grössere Erfolge

↪ Seite 7



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Leserinnen und Leser

Zu Recht legen Frauen und Männer viel Wert auf eine hohe Lebensqualität. Immer öfter auch, wenn sie älter werden. Dabei können ihnen allerdings die Beckenorgane einen Strich durch die Rechnung machen. Wenn sie verrücktspielen, kann das grosse Schmerzen bereiten und die Lebensfreude stark trüben. Das führt zum Beispiel dazu, dass der Urin oder der Stuhl nicht willentlich zurückgehalten werden kann (*Inkontinenz*), dass es umgekehrt schwerfällt, die Blase oder den Darm zu entleeren, oder dass chronische Beckenschmerzen auftreten. Solche Störungen müssen heute zum Glück nicht mehr einfach hingenommen werden. Am *interdisziplinären* Beckenbodenzentrum des Kantonsspitals Winterthur (KSW) können wir die meisten dieser Beschwerden erfolgreich behandeln.

Zwar können wir Schmerzen oder Inkontinenz nicht einfach wegzaubern. Wir reduzieren jedoch in jedem Fall Ihre Symptome so stark, dass Sie Ihre Lebensfreude zurückgewinnen.

Am Beckenbodenzentrum arbeiten Spezialistinnen und Spezialisten aus den unterschiedlichsten medizinischen Fachgebieten. Dank der intensiven Zusammenarbeit können sie Frauen wie Männer kompetent beraten sowie Störungen und Erkrankungen, die den Beckenboden betreffen, ganzheitlich betrachten und fachkundig behandeln. Zögern Sie deshalb nicht, zum Arzt zu gehen, sobald Sie solche Beschwerden verspüren. Auch wenn Sie Hemmungen haben sollten, über Inkontinenz oder andere Beckenbodenbeschwerden zu sprechen. Wir sind für Sie da.



Dr. med. Jure Tornic

Leitender Arzt Neuro-Urologie
Klinik für Urologie
Co-Leiter interdisziplinäres
Beckenbodenzentrum



Dr. med. Peter Kleimann

Leitender Arzt Urogynäkologie
Frauenklinik
Co-Leiter interdisziplinäres
Beckenbodenzentrum

Ihr Behandlungsteam des Beckenbodenzentrums am Kantonsspital Winterthur



Ganzheitliche Beratung

Das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum (BBZ) ist die Anlaufstelle für Frauen und Männer jeden Alters, die Probleme mit dem Beckenboden haben. Dank der engen Zusammenarbeit verschiedener Fachleute aus den unterschiedlichsten Fachbereichen der Medizin und der Therapie können wir sie gesamtheitlich bestmöglich behandeln und ihre Lebensqualität verbessern.

Erklärungen zu den blau gedruckten und kursiv gesetzten Fachbegriffen finden Sie im Glossar auf Seite 30/31.

Jüngere wie ältere Menschen, Frauen wie Männer können Beschwerden mit dem Beckenboden haben. Bei Frauen sind meist eine Schwangerschaft, die Geburt eines Kindes, die Wechseljahre oder das Älterwerden der Grund für solche Beschwerden. Bei Männern können Erkrankungen der *Prostata* oder Operationen im Bereich des Beckens die Ursache sein. Beckenboden-Erkrankungen nehmen insgesamt zu. Dafür verantwortlich ist nicht zuletzt die *demografische Entwicklung*: Die Bevölkerung wächst stetig und wird älter. Gleichzeitig werden *Mehrfacherkrankungen* häufiger. Dazu kommt, dass viele ältere Menschen heute höhere Ansprüche an ihre Lebensqualität stellen. Sie möchten bis ins hohe

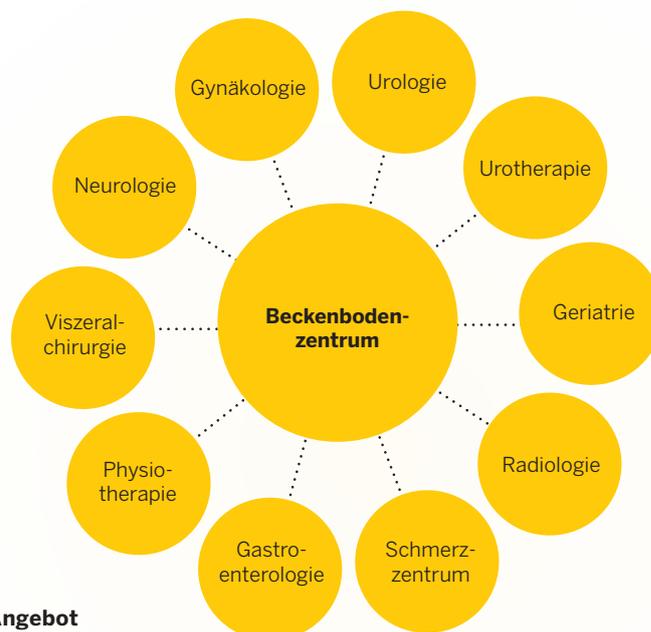
Alter einen aktiven Lebensstil pflegen. Einen unkontrollierbaren Urinverlust oder Schmerzen im Becken wollen sie nicht hinnehmen. Deshalb gibt es das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum am Kantonsspital Winterthur.

Erweitertes Angebot

Um die zusätzlichen Patientinnen und Patienten optimal betreuen zu können und ihren gestiegenen Ansprüchen gerecht zu werden, hat das KSW sein Angebot erweitert. Das Kantonsspital hat bereits im Herbst 2019 das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum für die Frau gegründet und es diesen Frühling für Männer erweitert. Hier behandeln wir alle

Eng vernetzt

Das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum vernetzt alle Fachdisziplinen und Berufsgruppen, die an der Diagnose und der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Beckenbodenproblemen beteiligt sind. Bei Bedarf stellen die Fachleute zudem den Kontakt zu Spitex und Alterszentren her.



Direktlink zum medizinischen Angebot
einscannen und informieren
www.ksw.ch/bbz



Beschwerden, die von der Blase, vom Darm oder von den Geschlechtsorganen ausgehen. Dazu zählen Inkontinenz (unkontrollierbarer Harn- oder Stuhlabgang), Entleerungsstörungen, *Senkungsbeschwerden* sowie Schmerzen im Becken. «Für eine optimale Behandlung ist es wichtig, Beckenbodenprobleme nicht nur aus der Sicht eines einzigen Fachbereichs zu beleuchten», erklärt Dr. med. Jure Tornic, Co-Leiter des BBZ. «Deshalb betrachten wir alle Beschwerden ganzheitlich mit dem Wissen und der Erfahrung aller Disziplinen.»

Häufig leiden Frauen und Männer an mehreren **Beckenbodenproblemen** gleichzeitig.

Stützt und steuert

Dass die Beschwerden so vielfältig sind, hängt mit der Natur des Beckenbodens zusammen. Darunter versteht man eine Muskel- und Bindegewebeschicht, die die Blase, die Gebärmutter beziehungsweise die Prostata und den Darm stützt. Der Beckenboden spielt deshalb eine wichtige Rolle bei der Steuerung der Harnblase, der Harnröhre und des Darmausgangs. Durch starke Belastung beim Sport oder bei der Arbeit oder wenn die Muskeln, das Bindegewebe und die Gefäße im Alter naturgemäss schwächer werden, kann sich

der Beckenboden senken. Eine Krankheit, ein Unfall oder eine psychische Belastung können zudem das Nervensystem schädigen. Das führt dazu, dass der Beckenboden seine Aufgaben nicht mehr richtig erfüllen kann.

Darüber sprechen hilft

Probleme mit dem Beckenboden sind für die Betroffenen ein heikles Thema. Oftmals schämen sie sich dafür und isolieren sich mehr und mehr. Umso wichtiger ist es, offen über Inkontinenz oder andere Probleme zu sprechen. Das Beckenbodenzentrum bietet dafür einen vertraulichen Rahmen. Zu Beginn klären unsere Fachleute Ihre Krankheitsgeschichte gründlich ab (Anamnese) und führen eine eingehende körperliche Untersuchung durch. «Häufig zeigt sich in solchen Gesprächen, dass eine Patientin oder ein Patient nicht nur unter einem Problem leidet, sondern unter mehreren», schildert Dr. med. Peter Kleimann, Co-Leiter des BBZ, seine Erfahrung.

Konservativ vor operativ

«Heute gibt es viele effektive Therapien, um Probleme im Zusammenhang mit dem Beckenboden zu beheben oder zumindest Beschwerden deutlich zu verringern», ergänzt Dr. Kleimann. Den Anfang machen dabei zu meist *konservative Therapien*, die den Körper wenig belasten. Oft lässt sich bereits mit einer Verhaltens- und Physiotherapie sowie mit Medikamenten ein Ergebnis erreichen, das zufriedenstellend ist. Für den Fall, dass solche Therapien nicht wie erhofft wirken, bietet das KSW ein breites Spektrum an Operationen an. Damit erhalten Sie genau die Therapie, die Ihnen am besten entspricht. Die endgültige Entscheidung, einen chirurgischen Eingriff durchführen zu lassen, liegt dabei stets bei Ihnen.

«Männer sind ebenso betroffen»

Interview mit den Co-Leitern des Beckenbodenzentrums:
Dr. med. Jure Tornic (links),
Leitender Arzt Neuro-Urologie in der Klinik für Urologie
Dr. med. Peter Kleimann,
Leitender Arzt Urogynäkologie in der Frauenklinik

Beckenbodenbeschwerden wurden bislang vor allem Frauen zugeschrieben. Wieso braucht es ein gemeinsames Zentrum für Männer und Frauen?

Die meisten Menschen denken wohl an Frauen, wenn sie von Beckenbodenbeschwerden hören. Männer sind jedoch ebenso betroffen; zum Beispiel durch Prosta- ta- oder Blasenbeschwerden sowie Beckenschmerzen. Gemeinsam ist beiden Geschlechtern, dass die entsprechenden Probleme tabuisiert werden. Patient:innen leiden oftmals an Inkontinenz oder Schmerzen und isolieren sich aus Scham sozial. Deshalb ergibt eine ganzheitliche Sicht, wie wir sie am Beckenbodenzentrum pflegen, sehr viel Sinn.

Wie profitieren die Patientinnen und Patienten vom Beckenbodenzentrum?

Ein grosser Vorteil des Zentrums ist, dass hier Spezialistinnen und Spezialisten aus den unterschiedlichsten Bereichen eng zusammenarbeiten – dazu gehören Gynäkologie und Urologie, Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Neurologie, das Schmerzzentrum sowie die Physio- und die *Urotherapie*. Das ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung. Das heisst, wir schauen jeden Fall von allen Seiten an. Nur so werden wir den komplexen Problemen der Patient:innen gerecht.

Was heisst das konkret?

Generell versuchen wir stets, das Problem der Patientin / des Patienten zu lösen. Vordergründig ist zum Beispiel Inkontinenz. Das eigentliche Problem ist jedoch, dass sie oder er sich sozial isoliert. Dann geht es nicht in erster Linie darum, die Inkontinenz zu heilen, sondern sie so weit in den Griff zu bekommen, dass er oder sie wieder ein annähernd normales Leben führen kann. Dabei arbeiten wir auch eng mit den niedergelassenen Frauen- und Hausärzt:innen sowie Urolog:innen zusammen. Sie kennen ihre Patientin oder ihren Patienten meist am besten und können bereits viele Probleme ansprechen. Gerade bei komplexen Problemen ist es sehr wichtig, dass man sie nicht nur aus einer Perspektive betrachtet. Deshalb besprechen wir solche Fälle gemeinsam im Rahmen des Beckenboden-Boards.



Wir schauen jeden Fall von allen Seiten an. Nur so werden wir den komplexen Problemen der Patient:innen gerecht.

Wie stark schränken solche Beschwerden das tägliche Leben ein?

Die teilweise starken Schmerzen und die Scham, inkontinent zu sein, schränken viele Patient:innen sehr stark ein. Die Beschwerden können bei Mann und Frau

mannigfaltig sein. Dazu gehören neben Schmerzen zum Beispiel Probleme, die Blase und/oder den Darm zu kontrollieren, sowie Druck- und Fremdkörpergefühle. Das kann die Intimität und die Partnerschaft belasten und dazu führen, dass die Betroffenen sich aus dem Sozialleben zurückziehen.

Welche Beckenbodenbeschwerden treten am häufigsten auf?

Bei den Frauen sind es vor allem sogenannte Senkungsbeschwerden, die sich durch ein Druckgefühl und eine Blasenschwäche bemerkbar machen. Solche Beschwerden treten häufig im Zusammenhang mit einer Geburt, einer Schwangerschaft oder in den Wechseljahren auf. Das ist beinahe ein Volksleiden; fast jede fünfte Frau ist im Laufe ihres Lebens davon betroffen. Urininkontinenz, Beschwerden wegen einer *Reizblase* sowie wiederkehrende Blasenentzündungen treten sogar bei jeder dritten Frau auf.

Wie sieht es bei den Männern aus?

Insgesamt sind wohl Probleme, die Harnblase zu entleeren, und Drangbeschwerden (sog. Reizblase) am häufigsten; die Betroffenen verspüren einen starken Harndrang. Sie müssen sehr oft zur Toilette und ihr Harnstrahl ist zudem oft schwach. Häufig sind zudem Schmerzen oder eine *Belastungsinkontinenz*. Die tritt vor allem bei Männern auf, die eine Prostatakrebs-Operation hinter sich haben. Je älter, desto häufiger. Bei jungen Männern sind es dagegen mehrheitlich Schmerz- und Drangprobleme.

Lassen sich Beckenbodenbeschwerden heilen?

Das lässt sich nicht so einfach mit Ja beantworten. Sicher ist, dass viele Beschwerden nicht von heute auf morgen aus der Welt geschafft werden können. Der Weg zur Besserung ist bei chronischen Problemen häufig lang. Er ist mit Hochs und Tiefs verbunden. Deswegen sollte man sich jedoch nicht entmutigen lassen. Wichtig ist, dass sich die Patientinnen und Patienten ernst genommen und gut betreut fühlen. Dabei geht es nicht zuletzt darum, unrealistische Erwartungen zu entkräften. Dazu gehört, klarzustellen, dass nicht jedes Problem endgültig gelöst werden kann. Dank sehr guten medizinischen und operativen Therapien sind jedoch die meisten Patient:innen nach der Behandlung wieder kontinent und komplett zufrieden.

Lässt sich Beckenbodenbeschwerden vorbeugen?

Eine generelle Empfehlung ist schwierig. Wie bei vielen anderen Erkrankungen spielen die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, der Umgang mit Alkohol und Tabak sowie das Gewicht eine Rolle. Ein gewisses Risiko besteht – genetisch bedingt – jedoch immer. Wichtig ist auf alle Fälle, nicht zuzuwarten, wenn man Beschwerden hat. Häufig stehen sie am Anfang einer Erkrankung.



Beckenboden-Board: Geballte Expertise für grössere Erfolge

Am *Beckenboden-Board* werden die schwierigen Fälle besprochen. Dafür tun sich Spezialist:innen aus den Bereichen Frauenklinik (weibliche Beckenorgane), Urologie (Harntrakt bei Frauen und Männern), Gastroenterologie (Magen und Darm), Viszeralchirurgie (Bauch), Neurologie (Nerven), Radiologie (Röntgen), Physio- und Urotherapie (Blase) sowie aus dem Schmerzzentrum zusammen. Diese geballte, umfassende Expertise nutzen wir im Beckenbodenzentrum einerseits bei komplexen, vielschichtigen Erkrankungen. Gerade ältere Frauen leiden häufig an mehreren Beschwerden gleichzeitig, die verschiedene Organe betreffen können. Andererseits tritt das Board zusammen, wenn sich Symptome nicht eindeutig einem Krankheitsbild zuordnen lassen oder wenn es in komplexen Fällen um die Frage geht, welche Therapie einer Patientin oder einem Patienten am besten hilft.

Komplexe Fälle gemeinsam beurteilen

Solche «Boards» (Rat, Ausschuss) sind in Spitälern heute weit verbreitet. Ganz einfach, weil die interdisziplinäre Fallbesprechung (mehrere medizinische Disziplinen diskutieren zusammen einen Fall) erwiesenermassen bei Krebs und bei der Schmerzbekämpfung die besten Behandlungsergebnisse erzielt. Am KSW treffen sich die Fachleute einmal im Monat oder bei Bedarf zu den Board-Besprechungen. Dazu werden alle Informationen zusammengetragen, die über eine Patientin oder einen Patienten vorliegen. Auf dieser Grundlage besprechen die Spezialistinnen und Spezialisten, ob weitere diagnostische Abklärungen nötig sind und welche Therapien die besten Erfolgchancen bieten. Der Austausch zwischen den Fachleuten macht es möglich, ein disziplinenübergreifendes Therapiekonzept zu erstellen und eine Patientin oder einen Patienten optimal zu betreuen.

Beckenbodenbeschwerden: Symptome und Ursachen

Frauen und Männer jeden Alters können an geschlechtstypischen Beckenbodenproblemen wie Inkontinenz, erschwelter Harnblasenentleerung, Organsenkung, Prostatabeschwerden oder chronischen Schmerzen leiden. Die wichtigsten Krankheitsbilder werden hier vorgestellt. Nicht selten treten Beschwerden auch in Kombination auf.



Erkrankungen im Beckenboden **vermindern die Lebensqualität und erschweren das soziale Leben** der Betroffenen und ihrer Familien.

Belastungsinkontinenz

Symptome

Urin wird unwillkürlich und unkontrollierbar verloren.

Beschwerden

Bei körperlichen Aktivitäten oder beim Husten steigt der Druck im Bauch.

Belastung

Je nach Ausprägung leicht bis hoch

Ursachen

- Generell:
Die Beckenbodenmuskulatur und/oder der Blasenschliessmuskel sind geschwächt.
Die Nerven des kleinen Beckens sind beschädigt.
- Frauen:
Schwangerschaft und Geburt, Eingriffe im Becken (z.B. Entfernung der Gebärmutter), nach einer Verletzung des Rückenmarks oder der Beckennerven
- Männer:
Eingriffe im kleinen Becken (z.B. nach einer Darm- oder Prostataoperation), nach einer Verletzung des Rückenmarks oder der Beckennerven

Häufigkeit

Weit verbreitet

Therapie

- Bei Frauen und Männern:
Physio- und *Pessartherapien*, Anpassung Kontinenz-Material sowie bei Übergewicht Gewichtsreduktion
- Bei Frauen:
Operationen mit Unterspritzungen am Blasenhalshals, Band-Operationen oder Aufhängung des Beckenbodens (sog. Kolposuspension)
- Bei Männern:
Band-Operation (sog. bulbäre Urethrasuspension), künstlicher Schliessmuskel (AMS-800-Sphinkterprothese)

Hauptsächlich betroffen

- Frauen nach einer Geburt und in der Menopause
- Männer nach einer Prostataoperation

Überaktive Harnblase (sog. Reizblase)

Symptome

- Plötzlicher sehr starker, nur schwer zu kontrollierender Drang, Wasser zu lassen, und die Angst, Urin zu verlieren.
- Der Blasenmuskel zieht sich spontan zusammen, so dass die Harnblase den Urin nicht mehr halten kann.

Beschwerden

- Tagsüber und nachts deutlich häufigerer Drang, Wasser zu lösen.
- Harndrang sowie unwillkürlicher Urinverlust, auch wenn die Harnblase nur schwach gefüllt ist.
- Erhöhtes Risiko von Schlafstörungen und Stürzen in der Nacht

Belastung

Je nach Ausprägung leicht bis hoch

Ursachen

- Trinkgewohnheiten
- Harnblasenentzündungen
- Blasensteine
- Senkung der Beckenorgane
- Hormonmangel
- Prostata-Erkrankungen
- *Neurologische Krankheiten*
- Oft kein klarer Auslöser erkennbar (insbesondere bei jüngeren Menschen)

Häufigkeit

Weit verbreitet

Therapie

- Uro- und Verhaltenstherapie, Verzicht auf blasenreizende Flüssigkeiten (z.B. Kaffee und kohlenensäurehaltige Softdrinks) und Nahrungsmittel
- Physiotherapie
- Medikamente
- Botox-Behandlung, Neuromodulation
- Operative Blasenvergrößerung (Augmentation) oder Blasenentfernung (Zystektomie) mit künstlichem Blasenaustritt (Urostoma) oder Ersatzblase aus Dünndarm

Hauptsächlich betroffen

Betroffen sind alle Altersgruppen. Vor dem 60. Lebensjahr sind es häufiger Frauen, danach Männer.





Neurogene Harnblase (Neurogen: «wenn die Nerven beschädigt sind»)

Symptome

Die Steuerung der Harnblase ist beeinträchtigt durch Schädigung und/oder Erkrankungen der Beckennerven, des Rückenmarks oder des Gehirns.

Beschwerden

- Die Harnblase und der Schliessmuskel sind überaktiv und unkoordiniert; das kann einen sehr starken Druck auf die Harnblase ausüben (siehe [überaktive Harnblase](#)).
- Teils mit und teils ohne Urinverlust
- Die Harnblase kann nicht mehr vollständig entleert werden.
- In fortgeschrittenem Stadium: Nierenschädigung wegen Urinrückstaus bis in die Nieren

Belastung

Je nach Ausprägung leicht bis hoch

Ursachen

Das Nervensystem ist erkrankt nach einem Schlaganfall, durch Demenz, multiple Sklerose, Parkinson oder [Diabetes mellitus](#) (Zuckerkrankheit), Querschnittlähmung, Schädel-Hirn-Trauma, Operation im Beckenraum.

Häufigkeit

Mit zunehmender Dauer und Schwere der neurologischen Erkrankung häufiger

Gefahren

Bei lang andauernden Beschwerden kann es zu bleibenden Schäden an Harnblase und Nieren kommen.

Therapie

Gleich wie bei überaktiver Harnblase. Bei einer Entleerungsstörung kann auch ein Katheter notwendig werden.

Hauptsächlich betroffen

Frauen und Männer jeden Alters mit neurologischen Krankheiten

Stuhlinkontinenz

Symptome

- Der Stuhlgang kann nicht kontrolliert oder nur teilweise zurückgehalten werden.
- Tritt oftmals zusammen mit Urininkontinenz (siehe Belastungsinkontinenz) auf.

Beschwerden

Scham, soziale Isolation.

Belastung

Sehr belastend, auch für die Angehörigen.

Ursachen

- Verletzung der Schliessmuskulatur durch eine Operation oder bei einer schweren Geburt
- *Beckenbodensenkung* im Alter
- Bösartige oder entzündliche Erkrankungen des Enddarms oder des Anus
- Strahlentherapie im kleinen Becken
- Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder multiple Sklerose

Häufigkeit

Rund 500'000 Betroffene in der Schweiz

Therapie

- Verhaltensänderung
- Änderung der Essgewohnheiten
- Medikamente
- Physiotherapie
- Neuromodulative Therapien
- Operative Verstärkung des Schliessmuskels

Hauptsächlich betroffen

- Frauen öfter als Männer, vor allem im Alter.
- Einer der häufigsten Gründe, in ein Alters- oder Pflegeheim einzutreten.

Verstopfung

Symptome

Chronische Verstopfung (Obstipation)

Beschwerden

- Der Darm kann weniger als dreimal pro Woche entleert werden.
- Der Stuhl ist sehr hart und der Darm lässt sich oft nur durch starkes, oft schmerzhaftes Pressen entleeren.
- Ständiges Druckgefühl und Blähungen
- Stets das Gefühl, dass der Darm nicht vollständig entleert ist.

Belastung

Starke Einschränkung der Lebensqualität

Ursachen

- Bewegungsmangel
- Unausgewogene, ballaststoffarme Ernährung
- Darmerkrankungen
- Nebenwirkung von Medikamenten
- Hormonelle Störungen
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder Schilddrüsen-Unterfunktion
- Störungen bei der Stuhlentleerung (Senkungen, Verspannung des Schliessmuskels)
- Reizdarmsyndrom
- Krebs
- Verengung des Dick- oder Enddarms

Therapie

- Verhaltensänderung
- Änderung der Ess- und Trinkgewohnheiten
- Medikamente
- Physiotherapie
- Operative Therapie

Hauptsächlich betroffen

Frauen und Männer jeden Alters



11 %

Laut offizieller Statistik leiden rund 11 % aller Männer in der Schweiz an Urin- und/oder Stuhlinkontinenz.

Wegen der hohen Dunkelziffer ist der tatsächliche Anteil vermutlich jedoch viel grösser.

Schmerzen im Becken

Symptome

- Schmerzen in:
 - Geschlechtsorganen
 - Harnblase
 - Darm
 - Unterbauch
 - unterem Rücken
- Treten oft gleichzeitig in verschiedenen Organen auf.
- Haben sehr häufig negative Auswirkungen auf die Psyche.

Beschwerden

- Schmerzen in der Harnblase (volle Blase, Entleerung usw.), im Darm oder in den Geschlechtsorganen
- Häufig in Kombination mit Funktionsstörungen wie einer überaktiven Harnblase oder wiederkehrenden Blasenentzündungen

Belastung

Starke Einschränkung der Lebensqualität

Ursachen

- Frauen und Männer:
 - Krebs
 - Entzündungen der Beckenorgane
 - Chronische Blaseninfekte
 - Verwachsungen nach einer Operation
 - Mechanische Verletzungen
 - Traumatische Erlebnisse
 - Verspannung des Schliessmuskels
 - Chronische Schmerzsyndrome
- Frau:
 - Endometriose – Gebärmutter Schleimhaut liegt ausserhalb der Gebärmutter (z.T. im Bauchraum), Schmerzen sind typischerweise zyklusabhängig
- Mann:
 - Entzündliche Erkrankungen der Prostata, der Hoden oder der Nebenhoden

Therapie

Je nach Ursache der Beschwerden

Hauptsächlich betroffen

Frauen und Männer

Senkungsbeschwerden

Symptome

Gebärmutter, Harnblase oder Darm senken sich ab und wölben sich durch die Scheide vor.

Beschwerden

- Gefühl, einen Fremdkörper in der Scheide zu haben
- Ziehen mit Druckgefühl
- Kreuzweinschmerzen
- Probleme, die Blase oder den Darm zu entleeren
- Urininkontinenz
- Wiederkehrende Blasenentzündungen
- Schmerzen

Ursachen

- Im Alter werden die Beckenbodenmuskulatur und das Bindegewebe schwächer. Dadurch senkt sich der Beckenboden und stützt Gebärmutter, Blase oder Darm nicht mehr richtig.
- Bei jüngeren Frauen auch als Folge einer schweren Geburt oder bei starker körperlicher Belastung.

Häufigkeit

Sehr häufig; betroffen ist rund ein Drittel aller Frauen über 55 Jahre.

Therapie

- Verhaltensänderung
- Physiotherapie
- *Senkungsoperation*

Hauptsächlich betroffen

Frauen ab 55 Jahren, aber auch jüngere nach einer schweren Geburt.



Mehr Informationen zum
Thema Frauengesundheit
www.ksw.ch/frauengesundheit



Fallgeschichte

«Es fühlte sich an wie eine Regendusche»

Beckenbodenbeschwerden sind oftmals nicht nur sehr schmerzhaft. Viele Frauen schämen sich deswegen und isolieren sich sozial. Nicht so Patientin J. S. aus dem Zürcher Oberland. Sie erzählt uns von ihrer Erfahrung, möchte verständlicherweise jedoch anonym bleiben.

Wann haben Sie erstmals Beschwerden verspürt?

Das war im letzten März. Da verspürte ich öfter undefinierbare Schmerzen im Unterleib. Auch konnte ich den Gang aufs WC nicht mehr allzu lang aufschieben. Zudem konnte ich nicht mehr richtig Wasser lösen; es fühlte sich mehr an wie eine «Regendusche». Als ich dann an einem Donnerstagabend von der Arbeit heimkam, realisierte ich erstmals, dass etwas Ballonähnliches (Gebärmutter) ca. 1–2 cm aus meiner Scheide ragte. Das war ein sehr unangenehmes Gefühl, als hätte ich einen Fremdkörper in meiner Scheide.

Wie haben Sie darauf reagiert?

Das war schon ein Schock. Nachdem ich «Dr. Google» konsultiert hatte, konnte ich mich ein wenig beruhigen. Schnell habe ich gemerkt, dass ich mit dem Problem offenbar nicht allein war. Ich habe dann am darauffolgenden Montag meinen Frauenarzt angerufen. Ich war etwas beruhigt, da die Arztgehilfin mir sagte, es könne weiter nichts passieren. Zudem hatte ich keine starken Schmerzen.

Was hat Ihr Frauenarzt zu Ihrem Fall gesagt?

Als mein Frauenarzt meinen Fall sah, war für ihn klar, dass eine Operation unumgänglich ist. Er hat mich dann direkt ans KSW überwiesen. Das musste ich zuerst einmal verdauen. Da ich vor zwei Jahren bereits eine längere Zeit arbeitsunfähig gewesen war (Schulteroperation), hatte ich grosse Angst, wie mein Arbeitgeber auf den erneuten Ausfall reagieren würde. Zum Glück hatte mein Arbeitgeber sehr grosses Verständnis für meine Situation.

Konnten Sie mit jemandem darüber reden?

Ja. Mit meiner Familie und mit guten Kolleginnen konnte ich ganz offen über das Problem sprechen. Das hat mir wirklich gut getan. Ich kann deshalb nur empfehlen, bei solchen Beschwerden mit jemandem darüber zu reden und sofort einen Arzt zu konsultieren.

Wie wurden Sie auf die Operation vorbereitet?

Insgesamt musste ich zur Vorbereitung dreimal ins KSW. Beim ersten Mal hat mich Frau Dr. Leu ganz genau untersucht. Beim zweiten Termin hat mir die Ärztin dann alles erklärt und mit Zeichnungen von Hand und am PC gezeigt, was bei der Operation gemacht wird. Das war wirklich super!

Wie haben Sie den Aufenthalt im KSW erlebt?

Ich habe mich sehr wohl gefühlt. Speziell, weil ich als Allgemeinversicherte ein Einzelzimmer im Neubau des KSW erhalten habe. Toll fand ich auch, dass mich der Anästhesist zwei Tage nach der Operation besucht hat, um sich zu erkunden, wie ich die Narkose empfunden hatte und wie es mir geht.

Wie ist es Ihnen nach der Operation ergangen?

Zuerst habe ich die Folgen der Operation schon ein wenig unterschätzt. Es war doch eine grosse Operation, da mir nicht nur die Gebärmutter, sondern auch die Eierstöcke entfernt wurden. Zudem mussten die aufgrund der ausgeprägten Senkung abgesackten Organe Blase und Darm wieder richtig platziert werden. Jetzt, drei Monate danach, geht es mir aber bereits wieder sehr gut. Ich habe kaum noch Beschwerden. Das ist eine grosse Erleichterung. Inzwischen habe ich eine Physiotherapie für den Beckenboden begonnen. Das Ziel ist, die Muskeln wieder zu stärken und die Motorik zu verbessern.



Der Fall von Frau S.

Die 55-jährige J. S. litt unter einem ausgeprägten Senkungsleiden mit störendem Fremdkörpergefühl in der Scheide und einem abgeschwächten Harnstrahl. Nach der ersten Beratung wurde die Patientin ans Beckenbodenzentrum überwiesen. Dort haben wir J. S. umfassend über die konservativen Therapien wie über die Möglichkeiten einer Operation aufgeklärt. Wegen des starken Leidensdrucks entschied sich J. S. für eine operative Therapie. Am 17. Mai 2022 haben der Co-Leiter des Beckenbodenzentrums, Dr. med. Peter Kleimann, sowie die Leiterin der Frauenklinik, Dr. med. Gesine Meili, die Patientin während 90 Minuten in der sogenannten Schlüssellochtechnik operiert. Dabei wurde J. S. die Gebärmutter entfernt und ein Implantat, eine sogenannte laterale Suspension, eingelegt. Da die Mutter der Patientin an Eierstockkrebs erkrankt war, entschieden wir zudem, J. S. gleichzeitig die Eierstöcke zu entfernen. J. S. musste vier Tage im Spital bleiben. Einen Monat nach der Operation wurde sie von ihrem Frauenarzt kontrolliert und zwei Monate später nochmals in unserer Beckenboden-Sprechstunde untersucht. Dabei konnten wir erfreulicherweise feststellen, dass die Patientin keine Senkung mehr hat. Sie selber konstatierte ebenfalls eine deutliche Verbesserung und hatte keine Beschwerden mehr. Zusammen mit Frau S. haben wir daraufhin entschieden, dass sie eine Beckenboden-Physiotherapie macht, um die Beckenbodenmuskeln zu kräftigen, bevor wir die Behandlung abschliessen.

Diagnostik: Modernste Verfahren für die optimale Behandlung



Damit der Beckenboden tagtäglich einwandfrei funktionieren kann, müssen Muskeln, Bindegewebe und Nerven reibungslos zusammenspielen. Mit modernsten Diagnoseverfahren können wir Krankheitssymptome präzise einordnen und ihre Ursachen erkennen.

Gründliche Abklärung

Bevor wir mit einer weitergehenden Untersuchung beginnen, klären wir Ihre Krankheitsgeschichte gründlich ab (Anamnese). Wir untersuchen Sie eingehend und befragen Sie zur Vorgeschichte Ihrer Erkrankung sowie zu Ihren aktuellen Beschwerden. Wir erkundigen

uns, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen, und fragen nach Ihrer familiären und sozialen Situation. Dabei versuchen wir stets, Ihnen das Vertrauen zu geben, dass wir Ihre Beschwerden optimal behandeln und Sie von Ihrem Leiden befreien können.

Diagnostik im Überblick

Gründliche Abklärung

Steht am Anfang jeder spezifischen Untersuchung und bezieht auch Ihre Krankheitsgeschichte (Anamnese) und Ihr Umfeld mit ein.

↳ Seite 15

Ultraschalluntersuchung

Macht mit Schallwellen den ganzen Beckenboden und seine Organe sichtbar.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Macht den Beckenboden und seine Organe mit Hilfe eines Magnetfelds sichtbar.

Funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT)

Macht mit einem Magnetfeld sichtbar, wie sich der Beckenboden und seine Organe während des Stuhlgangs bewegen.

↳ Seite 16

Neurophysiologische Untersuchung

Misst, wie die Beckenbodenmuskeln arbeiten, und gibt Hinweise auf den Zustand der Nervenverbindungen im unteren Rückenmark.

Blasenspiegelung

Zeigt die Ursachen von Harnwegsinfekten, chronischen Blasenschmerzen oder einer Störung der Blasenentleerung auf.

Urodynamische Abklärung

Untersucht, wie die Harnblase z.B. bei Urininkontinenz oder Problemen bei der Entleerung funktioniert.

↳ Seite 17

Darmspiegelung

Macht mit einem *Endoskop* die Schleimhaut, Polypen und Tumoren im Dick- und Enddarm sichtbar und entfernt Polypen.

Darmdruckmessung

Beurteilt die Funktion des Enddarms z.B. bei Stuhlinkontinenz.

Kolontransitzeit-Messung

Misst bei einer hartnäckigen Verstopfung die Darmpassage beim Stuhlgang.

Neurologische Diagnostik

Beurteilt mit verschiedenen Untersuchungen, wie die Nerven den Beckenboden und seine Organe kontrollieren.



Eine Darmdruckmessung zeigt, ob die Funktion der Schliessmuskulatur beeinträchtigt ist.

Ultraschalluntersuchung

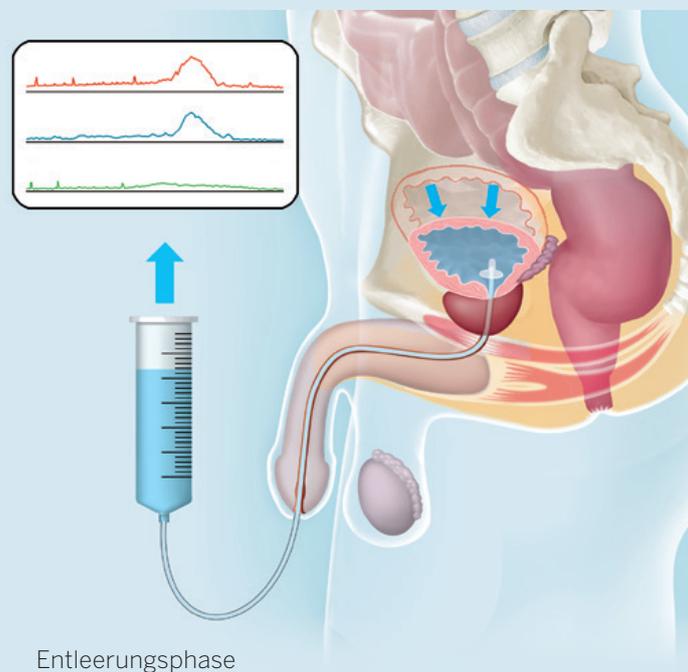
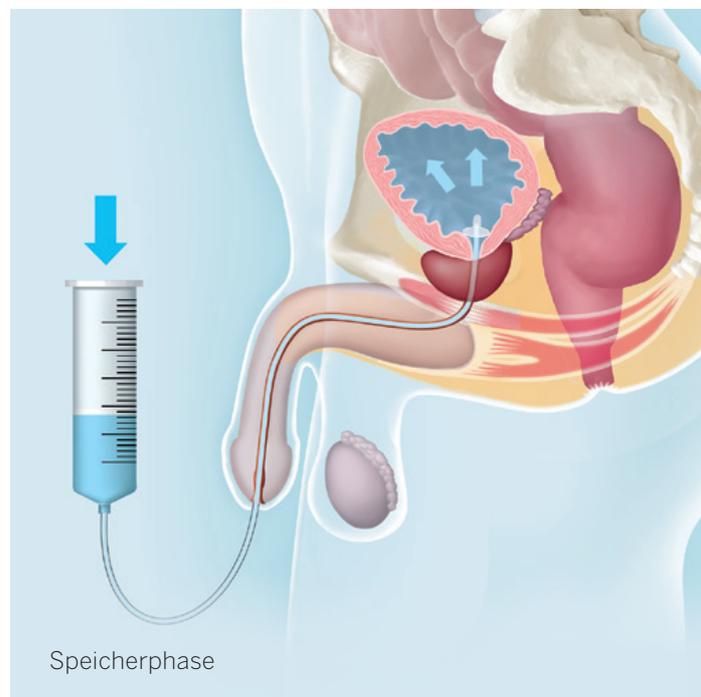
Eine solche Untersuchung macht das Becken mit Harnblase und -röhre, Darm und Gebärmutter oder Hoden, Nebenhoden und Prostata mit Hilfe von Schallwellen sichtbar. Oft können wir schon dadurch die Ursache von Schmerzen und anderen Beschwerden erkennen. Wir legen die Ultraschallsonde auf den Bauch, auf den Scheideneingang oder den Hodensack oder führen sie durch die Vagina oder den Darm ein. Die Ultraschalluntersuchung wird in der Regel nach einer Harnstrahlmessung (siehe Seite 16) durchgeführt, um den Restharn zu messen.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Diese Untersuchung dient dazu, strukturelle Veränderungen im Beckenboden sowie Durchblutungsstörungen oder Abbauprozesse im Gehirn oder im Rückenmark zu identifizieren. Falls ein MRT keine ausreichenden Erkenntnisse bringt, führen wir weitergehende neurophysiologische Untersuchungen durch.

Funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT)

Bei Stuhlinkontinenz, Problemen bei der Darmentleerung und Senkungsbeschwerden bei Frauen setzen wir dieses moderne Verfahren ein, das einen Einblick in den Beckenboden erlaubt. Dadurch können wir eine allfällige Fehlfunktion des Darms erkennen und bestimmen, wie stark sich der Beckenboden bereits gesenkt hat.



Neurologische Störungen erkennen

Um bei einer Blasenfunktionsstörung zu erkennen, ob eine neurologische Störung vorliegt, führt die Neuro-Urologie eine urodynamische Abklärung durch.

Sie umfasst auch eine *Blasendruckmessung*. Dabei werden verschiedene Drucksonden im Bereich von Harnblase, Harnröhre und Darm platziert. Damit lassen sich Harnblasendruck und -fluss während der Speicher- und der Entleerungsphase messen und so das Funktionieren der Blase überprüfen. Dies bringt Klarheit über die Ursache einer Inkontinenz oder einer Einschränkung der Entleerung. Auch eine allfällige schädliche Hochdrucksituation in der Harnblase kann entdeckt werden, so dass die Behandlung einsetzen kann, bevor Schäden an Blase und Nieren auftreten.

Neurophysiologische Untersuchung

Mit Hilfe von Nadelelektroden (*Elektromyographie*) messen wir, wie die Beckenbodenmuskeln arbeiten. Dadurch erhalten wir Hinweise auf den Zustand der Nervenverbindungen im unteren Rückenmark.

Blasenspiegelung

Bei dieser Untersuchung führen wir ein sogenanntes *Endoskop* durch die Harnröhre in die Blase ein. Dadurch können wir die Ursachen von Harnwegsinfekten, chronischen Blasen-schmerzen oder einer Störung bei der Blasen-entleerung erkennen. Ausserdem dient die Unter-suchung dazu, Blasenkrebs ausschliessen zu können, wenn Blut im Urin festgestellt wurde.

Urodynamische Abklärung

Um eine schädliche Hochdrucksituation in der Harnblase zu erkennen sowie die Ursachen einer Urininkontinenz oder einer Störung der Harnblasenentleerung genauer beurteilen zu können, messen wir Ihren Blasendruck; dabei unterscheiden wir folgende Vorgehensweisen:

- **Harnstrahlmessung (Uroflowmetrie)**

Das ist die einfachste Form der Untersuchung; Sie müssen lediglich Ihre Harnblase in ein

Gefäss mit einer Messwaage entleeren. Dabei zeichnen wir die Geschwindigkeit des Urinstrahls auf und bestimmen im Anschluss in der Regel mit Ultraschall (siehe Seite 15) die Menge des Harns, der in der Blase verblieben ist.

- **Blasendruckmessung (Urodynamik)**

Bei dieser Untersuchung platzieren wir Drucksonden im Bereich der Harnblase, der Harnröhre und des Darms. So können wir sowohl den Harnblasendruck wie auch den Harnfluss messen und überprüfen, ob die Blase einwandfrei funktioniert. Wenn wir die Blasendruckmessung mit einer Röntgen-untersuchung kombinieren, spricht man von einer Video-Urodynamik. Damit können wir feststellen, ob ein Teil des Urins aus der Harnblase zurück in die Niere fliesst (Reflux).

- **Beckenboden-Elektromyographie (EMG)**

Mit *Elektroden*, die wir auf die Haut kleben, zeichnen wir auf, wie sich die Blasenmuskeln und der Beckenboden verhalten, wenn Urin gespeichert und während die Harnblase entleert wird. Diese Untersuchung kombinieren wir meist mit der → Uroflowmetrie oder der → (Video-)Urodynamik.



Durch eine *urodynamische Abklärung* lässt sich beurteilen, wie gut die Harnblase ihre Funktion erfüllt.

Darmspiegelung

Eine sehr wichtige Untersuchung zur Vorsorge (Suche nach Polypen/Anzeichen von Darmkrebs) sowie bei Stuhlinkontinenz, Stuhlnunregelmässigkeiten (Durchfall oder Verstopfung) oder Schmerzen im Beckenboden. Vor der Untersuchung nehmen die Patient:innen ein Schlafmittel ein, so dass die Darmspiegelung nicht unangenehm ist. Mit einem Endoskop – einem medizinischen Gerät, mit dem das Innere von Organen untersucht und manipuliert werden kann – wird untersucht, ob im Dickdarm Entzündungen, gutartige Polypen – diese können bei der Untersuchung gleich entfernt werden – oder bösartige Tumoren vorhanden sind. Ausserdem werden Enddarm und Anus genauestens angeschaut, um Risse, Verletzungen oder Gewebeveränderungen zu erkennen (Proktoskopie).

Darmdruckmessung (anorektale Manometrie)

Um eine Stuhlinkontinenz oder Störungen bei der Darmentleerung vertieft abzuklären, können wir eine *Darmdruckmessung* durchführen. Mit Hilfe eines Katheters, der in den Enddarm eingeführt wird, überprüfen wir, wie gut die Schliessmuskulatur funktioniert, und messen, wie der Enddarm auf Reize reagiert.

Kolontransitzeit-Messung

Bei einer hartnäckigen Verstopfung können wir eine sogenannte Kolontransitzeit-Messung machen. Dazu nehmen Sie an mehreren Tagen hintereinander Kapseln mit einem Biomarker ein. Danach wird mit einer Röntgenaufnahme die Position der Marker innerhalb des Darms bestimmt. Ihre Position und ihre Menge lassen Rückschlüsse darauf zu, wo genau im Darm oder Beckenboden das Problem liegt.

Neurologische Diagnostik

Neurologische Erkrankungen wie Parkinson, ein Schlaganfall, Demenz, multiple Sklerose oder Rückenmarkverletzungen und -entzündungen und andere Erkrankungen wie eine Blasensenkung können das Nervensystem im Beckenbereich empfindlich schädigen. Um solche Schäden abzuklären, untersuchen wir Ihr Nervensystem eingehend und analysieren Ihre Krankheitsgeschichte.



Das interdisziplinäre Beckenbodenzentrum verfügt über modernste Diagnoseverfahren, um Beschwerden zu untersuchen und deren Ursachen zu erkennen.



Fallgeschichte

«Ich kann wieder alles machen, was ich will»

Obwohl Martin B. in Küsnacht am Zürichsee zu Hause ist, legte er die Nachbehandlung im Zusammenhang mit seiner Prostatakrebs-Operation in die Hände der Spezialist:innen am KSW. Im folgenden Interview sagt er uns, wieso er mit der Behandlung in Winterthur so zufrieden war.



Sie wurden 2009 erstmals am KSW behandelt.

Wie fühlen Sie sich heute?

Super! Ich kann wieder alles machen, was ich will, und habe keinerlei Beschwerden mehr. Das ist für mich besonders wichtig, da ich immer gern Sport getrieben habe.

Sie haben sich wegen Ihrem Prostatakrebs ursprünglich in einem anderen Spital operieren lassen. Wieso haben Sie für die Nachbehandlung ans KSW gewechselt?

Ein Arbeitskollege von mir hatte mitbekommen, dass ich unter den Folgen der damaligen Operation (Inkontinenz) sehr gelitten habe. Er meinte darauf, er kenne einen Top-Mann, der mir helfen könne. Gemeint war Professor Hubert John. Ich kannte ihn zwar nicht. Er hat mich aber gleich beim ersten Gespräch überzeugt, dass ich bei ihm in den richtigen Händen bin. Umso mehr, als damals diese Urethrasuspension, wie die Operation heisst, bei Männern noch nicht so verbreitet war.

Welche Beschwerden hatten Sie nach der Prostataoperation?

Damals stand ich noch mitten im Berufsleben und musste oft vor Leuten auftreten. Ich lebte mit der Uhr. Ich wusste, dass die Einlagen, die ich damals trug, nur anderthalb Stunden dicht halten. Das war nicht lustig. Es wäre mir ausserordentlich peinlich gewesen, wenn ich in einer solchen Situation den Urin nicht hätte zurückhalten können. In meinem ganzen Leben hatte ich nur selten echte Stresssituationen. Diese Inkontinenz gehörte dazu und war für mich echter Stress!

Wie stark mussten Sie sich wegen diesen Beschwerden einschränken?

Ich habe mein Leben lang Sport getrieben. Dass ich nun ständig Einlagen tragen musste, hat meine sportlichen Möglichkeiten total eingeschränkt. Das hat mich am meisten getroffen. So musste ich zum Beispiel aufs Wandern ganz verzichten; am besten ging noch das Velofahren.



Konnten Sie in Ihrem Familien- und Freundeskreis über Ihre Inkontinenz sprechen oder war das für Sie zu beschämend?

Zum Glück habe ich einen sehr guten Freundeskreis und eine tolle Familie. Deshalb konnte ich offen darüber sprechen. Inzwischen habe ich bereits acht bis zehn Kollegen dazu bewegen können, sich am KSW behandeln zu lassen.

Wie haben Sie die Behandlung am KSW insgesamt erlebt?

Die war wirklich ausgezeichnet. Vor allem wegen Professor John und den kompetenten Pflegekräften. Professor John war sehr menschlich. Ohne jegliche Allüren. Das hat die Kommunikation mit ihm sehr einfach gemacht.

Spüren Sie noch Nachwirkungen von der OP und sind Sie nach wie vor in Behandlung am KSW?

Nachwirkungen spüre ich zum Glück keine. Ausser vielleicht, dass ich bei Harndrang nicht mehr warten kann und gleich zur Toilette muss. Wenn das so bleibt, bin ich zufrieden. Ich gehe jedoch jedes Jahr zur Kontrolle ans KSW.

Was waren und sind für Sie als Patient die wichtigsten Vorzüge des KSW?

Neben der persönlichen Betreuung und Beratung durch Professor John und sein Team gefällt mir am KSW vor allem, dass das Spital überschaubar ist und dort aus meiner Sicht ein sehr gutes Klima herrscht. Ich habe mich sofort heimisch gefühlt.

Was raten Sie Männern, die erstmals mit Beckenbodenproblemen konfrontiert werden?

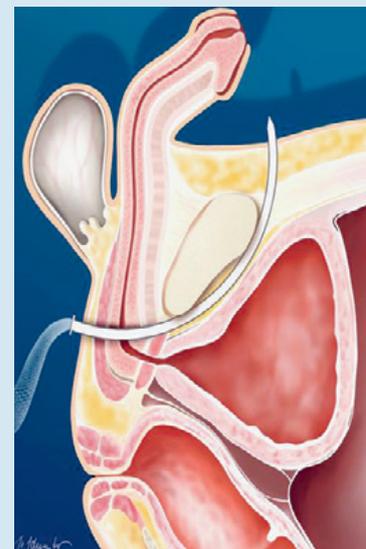
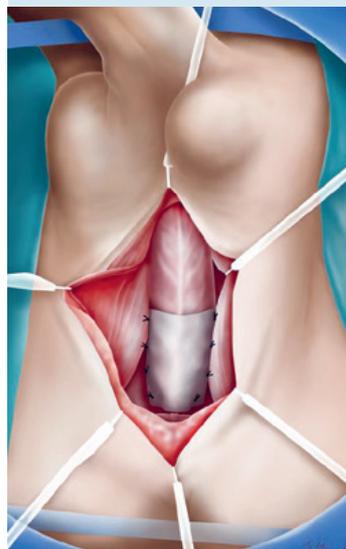
Gehen Sie zum Spezialisten. Ich habe in meinem Freundeskreis immer gesagt, dass jeder Mann ab fünfzig zu einem Urologen gehen sollte. Nicht nur einmal, sondern jedes Jahr. Nur weil ich frühzeitig einen Spezialisten kontaktiert habe, wurde mein Prostatakrebs frühzeitig erkannt. Heute bin ich geheilt, wie mir mein Arzt bestätigt hat.



Der Fall von Martin B.

Anfang 2007 wurde bei Martin B. Prostatakrebs diagnostiziert. Im März des gleichen Jahres wurde er am Universitätsspital Zürich (USZ) mit dem Da-Vinci-Roboter operiert. Nach der erfolgreichen Operation, bei der dem Patienten die Prostata entfernt wurde, litt er jedoch unter Inkontinenz und musste ständig Einlagen tragen. Die anschliessende medikamentöse Therapie und die Beckenboden-Physiotherapie brachten leider nicht den erwünschten Erfolg. Darauf wurde Martin B. 2009 erstmals von Professor Hubert John untersucht, der diese Operationstechnik 2002 entwickelt und standardisiert hat. Im Herbst 2009 gehörte er zu den ersten Patienten am KSW, an denen die sogenannte bulbäre Urethrasuspension durchgeführt wurde. Bei dieser Operation wird der Harnleiter mit einer Schlinge so am Beckenboden aufgehängt, dass die Inkontinenz gestoppt werden kann. Nach einer dreijährigen Leidenszeit und einem einwöchigen Spitalaufenthalt im KSW lebt Martin B. nun seit dreizehn Jahren beschwerdefrei.

Mit der sogenannten bulbären Urethrasuspension konnte bei Martin B. die Inkontinenz gestoppt werden. Die Operationstechnik wurde 2002 von Professor John entwickelt.



Therapien: Für jeden Fall die passende Lösung

Ist die Diagnose gestellt, kommt für Sie eine unserer vielen Therapielösungen in Frage. Bevor wir jedoch gemeinsam mit Ihnen loslegen, erklären wir Ihnen in Gesprächen ausführlich, was wir machen und was auf Sie zukommt. Das gilt ganz besonders, wenn sich als beste Lösung eine Operation anbietet. Nur Sie allein – oder nachdem Sie sich mit Ihren Angehörigen abgesprochen haben – entscheiden, ob Sie überhaupt bei uns eine Therapie antreten, und wenn ja, ob Sie es auf die konservative Weise versuchen wollen oder lieber eine OP hätten. Unsere Spezialistinnen und Spezialisten unterstützen Sie bei dieser Entscheidung jedoch sehr gern.

Konservative Therapien im Überblick

↳ Seite 22

Urotherapie

Individuelles Training, das Ihr Trink- und Toilettenverhalten steuert und Sie darin schult, das Harnlösen hinauszuzögern.

↳ Seite 23

Physiotherapie

Gezieltes Beckenbodentraining, um Verspannungen zu lösen.

Medikamente

Ergänzen andere Therapien; beruhigen die Harnblase und entspannen den Beckenboden.

Neuromodulative Therapien

Mit Stromimpulsen werden Probleme bei der Entleerung der Harnblase und des Darms korrigiert.

Psychotherapie

Unterstützt vor allem bei langjährigen Beckenbodenproblemen die sonstigen Therapien.

Konservative Therapien – schonend zur Genesung

Durch sogenannte konservative Behandlungen und Therapien, die wir individuell auf Sie abstimmen, können wir mit gemeinsamen Anstrengungen viele Beschwerden im Beckenboden mit Physiotherapie und Medikamenten ohne operativen Eingriff beheben oder zumindest deutlich mildern.



Die Urotherapeutin ist Expertin für Blasen-, Darm- und Beckenbodenprobleme. Sie klärt Fragen, unterstützt, begleitet und motiviert die Patientinnen und Patienten.

Viele Betroffene, die unter Beckenbodenbeschwerden leiden, wünschen, wenn immer möglich, keine Operation. Lieber verlassen sie sich auf eine sogenannte konservative Therapie mit Medikamenten und Physiotherapie. Nach dem Grundsatz «konservativ vor operativ» unterstützen wir das voll und ganz. Nur in Ausnahmefällen empfehlen wir, sofort zu operieren. In der Regel bleibt genügend Zeit für eine konservative Behandlung. Sie verlangt jedoch viel Ausdauer und Geduld. Bis eine konservative Therapie anschlägt und Ihre Situation deutlich besser wird, kann es je nach Krankheitsbild zwischen drei Wochen (Urininkontinenz) und neun Monaten (Stuhlinkontinenz) dauern. Das setzt eine dauerhafte Motivation und ein kontinuierliches Training voraus. Im persönlichen Gespräch bereiten wir Sie darauf vor und während der Therapie unterstützen wir Sie dabei, konsequent an Ihrer Genesung zu arbeiten.

Im Beckenbodenzentrum helfen wir unseren Patient:innen mit einem ganzheitlichen Therapiekonzept; dazu zählen **Urotherapie, Physiotherapie, Medikamente und neuromodulative Therapien.**



Therapien –
konservative
Therapien



800



urotherapeutische Konsultationen am KSW pro Jahr



Urotherapie: Führen Sie Tagebuch!

Bei Urininkontinenz leiten wir Sie unter anderem dazu an, ein Tagebuch zu führen. Darin halten Sie einerseits die Menge und den Zeitpunkt der Flüssigkeitsaufnahme sowie den Zeitpunkt der Blasenentleerung fest; andererseits schreiben Sie im Tagebuch auf, wie stark der Harndrang ist und ob es zu einem Urinverlust kommt. Diese Einträge zeigen, ob Sie zu viel oder zu wenig trinken. Erst bei einer Menge von 1,5–2,0 Litern pro Tag wird die Harnblase ausreichend gespült. Dadurch werden Bakterien und andere Reizstoffe ausgeschwemmt und die Speicherfunktion der Blase aktiviert. Auf der Basis des Tagebuchs stellen wir für Sie ein individuelles Training zusammen, das Ihr Trinkverhalten steuert und Sie darin schult, das Harnlösen hinauszuzögern.

Unsere Urotherapie-Expert:innen beraten zudem die Patient:innen, wie sie Pessare, Kontinenzeinlagen und Einwegkatheter einsetzen und tragen können:

- Pessare sind Ringe, Schalen oder Würfel aus Silikon oder Schaumstoff; sie werden in die Vagina eingeführt, um den Beckenboden zu stützen.
- Kontinenzeinlagen sind zum einen für Frauen geeignet, die kein Pessar vertragen oder tragen wollen, zum andern für Männer, die unter Urin- oder Stuhlinkontinenz leiden.
- Einwegkatheter können in einem solchen Fall ebenfalls eine Alternative sein.



Ziel der Physiotherapie ist es, mit gezieltem Beckenbodentraining die Lebensqualität zu verbessern.

Physiotherapie: Verbessert Ihre Lebensqualität

Ein gezieltes Beckenbodentraining kann bei allen Beschwerden im Beckenboden die Lebensqualität verbessern und die Wirkung anderer Therapien deutlich verstärken. Ziel ist es, einerseits Kraftausdauer, Schnellkraft und Entspannung der Muskulatur zu verbessern, andererseits die reflexartige Anspannung zu trainieren, wie sie beim Husten oder Niesen passiert. Weil die Beckenbodenmuskulatur nicht sichtbar ist, setzt die Physiotherapie dazu auch sogenanntes Biofeedback ein. Mittels Ultraschall oder mit Hilfe von Sonden, die vaginal oder anal eingeführt werden, können wir sichtbar machen, wie stark Ihre Beckenbodenmuskulatur verspannt ist. Um die verspannte Muskulatur zu aktivieren, setzen wir neben manuellen auch nichtinvasive *neuromodulative Therapien* ein.

Am KSW gilt der Grundsatz **konservativ vor operativ.**

Medikamente: Sie haben das letzte Wort

Medikamente allein sind keine Lösung. Sie können jedoch andere Therapieformen gezielt unterstützen. Angefangen bei muskulären Verspannungen über blockierte Nerven und chronische Schmerzen bis zu einem Östrogenmangel oder Prostatabeschwerden. Bei unseren Überlegungen, welche Therapie für Sie die beste ist, beziehen wir deshalb stets mit ein, ob und wie Medikamente die Wirkung steigern können. Auch hier haben Sie das letzte Wort. Wenn Sie sich entscheiden, Medikamente einzunehmen, ist es trotzdem sehr wichtig, dass Sie sich während der Therapie ausreichend bewegen, genügend trinken und sich ausgewogen ernähren.

Neuromodulative Therapien: Stimulieren mit Elektroden

Als Ergänzung zu den operativen und nicht-operativen Methoden sowie Medikamenten können zum Beispiel eine überaktive Harnblase, eine Urin- oder Stuhlinkontinenz oder eine Verstopfung mit Stromimpulsen behandelt werden. Dadurch werden die Nerven, die mit diesen Organen in Verbindung stehen, gezielt stimuliert. Das geschieht mit Hilfe von Elektroden, die wir entweder auf die Haut kleben, mit feinen Akupunkturnadeln unter die Haut stechen, über die Vagina oder den Analkanal einführen oder operativ in der Nähe des Rückenmarks auf Kreuzbeinhöhe implantieren.



Operative Therapien – gezielt zu mehr Lebensqualität

Wenn die konservativen Behandlungen Ihre Lebensqualität nicht oder nicht im erhofften Ausmass verbessern, haben wir zahlreiche Möglichkeiten, Ihre Beschwerden mit einer operativen Therapie zu beheben.

Ob und wann ein operativer Eingriff durchgeführt wird, entscheiden Sie. Erfahrungsgemäss spielen dabei der individuelle Leidensdruck sowie die berufliche und familiäre Situation eine zentrale Rolle. Zu einer operativen Therapie raten wir nur dann, wenn Ihre Erkrankung bereits so weit fortgeschritten ist, dass sie nicht mehr konservativ behandelt werden kann. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die Gebärmutter, die Harnblase oder der Darm nach aussen treten (ein sogenannter *Vorfall* oder *Prolaps*).

Blasenband und Gelpolster

Bei einer Belastungsinkontinenz haben sich zwei *operative Therapien* bewährt, die in der Regel unter örtlicher Betäubung ambulant durchgeführt werden:

• Blasenband

Über die Scheide oder über einen Hautschnitt im Dammbereich hinter dem Hodensack wird ein synthetisches Band unter die Harnröhre gelegt. Auf diese Weise wird die Harnröhre gestützt. Unter Belastung, etwa beim Husten oder Joggen, dient das Band als Widerlager. Dadurch steigt der Druck in der Harnröhre, so dass es nicht mehr zu unwillkürlichem Urinverlust kommt.

• Gelpolster

Bei Frauen, die ein Blasenband nicht vertragen, kann die Harnröhre auch unterspritzt werden. Dabei wird im Rahmen einer Blasen Spiegelung ein Gel injiziert. Das Polster, das dadurch entsteht, erzielt annähernd die gleiche Wirkung wie das Blasenband.

Botox für die Blasenmuskeln

Bei einer überaktiven Harnblase spritzen wir während einer Blasen Spiegelung *Botox* (Botulinum-A-Toxin) direkt in den Blasenmuskel. Das verhindert, dass die Nervenfasern Signale an die Muskeln senden können. Der Blasenmuskel entspannt sich und zieht sich nicht mehr unwillkürlich zusammen. Dadurch normalisiert sich der Harndrang. Toilettengänge werden seltener und der ungewollte Urinverlust wird unterbunden. Botox setzen wir auch bei Schmerzen im Becken ein, um die Beckenbodenmuskulatur zu entspannen.

Operative Therapien im Überblick

↳ Seite 24

Blasenband und Gelpolster

Bewährte operative Therapien bei einer Belastungsinkontinenz.

Botox für die Blasenmuskeln

Entspannt bei einer überaktiven Harnblase die Blasenmuskeln.

↳ Seite 25

Sakrale Neuromodulation

Schwache Stromimpulse regen die Nerven von Blase und Darm an und stellen die Funktion von Harnblase und Darm wieder her.

Harnblase vergrössern oder entfernen

Die Lösung, wenn weder Botox noch die neuromodulative Therapie etwas nützen.

Rekonstruktion des Schliessmuskels

Nur noch in seltenen Fällen bei Stuhlinkontinenz anstelle von neuromodulativen Therapien.

↳ Seite 26

Entfernung eines Darmabschnitts

Operative Korrektur einer mechanischen Verengung des Dick- oder Enddarms.

↳ Seite 27

Senkungsoperationen

Operative Therapien bei Senkung des Beckenbodens, der Gebärmutter, des Scheidenendes, der Harnblase oder des Darms.

↳ Seite 28

Prostataoperation

Verkleinert oder entfernt eine gutartig vergrösserte Prostata.

Einsetzen von Kunststoffschlingen

Hilft bei Inkontinenz nach einer Operation wegen Prostatakrebs.

Sakrale Neuromodulation

Bei Urin- oder Stuhlinkontinenz, bei chronischer Verstopfung, bei Problemen, die Harnblase zu entleeren, sowie bei Schmerzen im Becken kann die Lebensqualität durch die *sakrale Neuromodulation* häufig verbessert werden. Dazu legen wir im Bereich des Kreuzbeins eine feine Elektrode an die Sakralnerven, die die Blase und den Darm steuern. Mit schwachen, nicht wahrnehmbaren Stromimpulsen regen wir die Nerven an. Im Therapieverlauf testen wir zuerst die Wirkung der Neuromodulation. Wenn sich die Symptome dabei deutlich reduzieren, implantieren wir oberhalb des Gesässes einen Schrittmacher dauerhaft unter die Haut.

Harnblase vergrössern oder entfernen

Falls weder Botox noch die sakrale Neuromodulation verhindern können, dass Sie in sehr kurzen Intervallen zur Toilette gehen müssen beziehungsweise inkontinent sind, haben wir für Sie trotzdem eine Lösung. In Frage kommt eine Operation, bei der wir die Harnblase entweder vergrössern oder entfernen. Wenn die Harnblase entfernt ist, können Sie den Harn über ein Stoma – einen künstlichen Blasenausgang – in einen Beutel entleeren oder über eine künstliche Harnblase, die wir aus dem Dünndarm fertigen, ableiten.

Rekonstruktion des Schliessmuskels

Stuhlinkontinenz wird häufig dadurch verursacht, dass der Afterschliessmuskel verletzt wurde. Das geschieht zum Beispiel bei einer schweren vaginalen Geburt, bei der die Muskulatur regelrecht auseinandergerissen wird. Zwar können wir solche Verletzungen gut operieren. Trotzdem führen wir diesen Eingriff heute nur noch selten durch. Die *sakrale Neuromodulation* ist häufig erfolgreicher und belastet Sie weniger.

**Erfahrene
interdisziplinäre
Teams** führen
die Operationen
durch.



Entfernung eines Darmabschnitts

Eine chronische Verstopfung kann verschiedene Gründe haben. Sie wird zum Beispiel dadurch verursacht, dass sich der unterste Teil des Dickdarms (Mastdarm) nach einer wiederholten Entzündung (Divertikulitis) verengt. Sie kann jedoch auch auf das Vorliegen von Dickdarm- oder Enddarmkrebs hinweisen. Äusserst selten führt das Fehlen einer Nervenbildung im Dickdarm zu chronischer Verstopfung. In all diesen Fällen ist es nötig, den betroffenen Darmabschnitt operativ zu entfernen. Vor einer solchen Operation bereiten wir Sie im Rahmen des *ERAS-Programms (Enhanced Recovery after Surgery)* eingehend auf den Eingriff vor. Wir aktivieren Ihr Immunsystem und ergänzen Ihre Ernährung mit Nahrungszusätzen. Nach der Operation normalisiert sich die Darmpassage schnell und die Beschwerden werden spürbar gelindert. Wir unterstützen Sie dabei, indem wir Sie mobilisieren, um den Heilungsprozess zu beschleunigen.





Senkungsoperationen

Beckenbodensenkungen treten in den unterschiedlichsten Formen und Ausprägungen auf: So können sich die Gebärmutter, das Scheidenende (wenn Ihnen die Gebärmutter entfernt wurde), die Harnblase oder der Darm senken. Diese Erkrankungen haben einen unterschiedlichen Schweregrad und betreffen meist mehrere Organe gleichzeitig. Die meisten von ihnen können wir mit einem chirurgischen Eingriff behandeln. Dabei geht es stets darum, die Anatomie zu rekonstruieren und die Funktion von Blase, Scheide, Darm und Damm so gut wie möglich wiederherzustellen.

- **Stabilisierung durch Bänder**

Wenn sich das Scheidenende oder die Harnblase senken, ist es Standard, sie neu am Kreuzbein aufzuhängen. Gerade für jüngere, sportlich aktive Frauen gibt es heute jedoch eine Alternative. Dabei werden die natürlichen Bänder des Körpers imitiert und an der Bauchwand befestigt. Beide Methoden stabilisieren die Scheide und die Harnblase in ihrer normalen Lage, so dass sie sich unter Belastung nicht mehr senken. Solche Operationen führen wir im Rahmen einer Bauchspiegelung durch, unter anderem mit dem Da-Vinci-Roboter (roboterassistierte laparoskopische Sakrokolpopexie). In raren Ausnahmefällen ist ein Bauchschnitt nötig, durch den ein Implantat in den Körper eingebracht wird, das im Lauf der Zeit einheilt.

- **Verstärkung durch die Scheide**

Die Standardoperation bei Senkungsleiden bei Frauen ist, die Gebärmutter von der Scheide her zu entfernen. Darüber hinaus ist die Raffungsoperation von der Scheide her und die Aufhängung der Scheide an körpereigenen Bändern im Becken gebräuchlich. Für diese Eingriffe nutzen wir körpereigenes Bindegewebe. Alle Eingriffe sind über Jahrzehnte erprobt und haben den Vorteil, dass kein Fremdmaterial, wie zum Beispiel Kunststoffbänder, verwendet werden muss.

- **Verstärkung mit Implantaten**

In schwierigen Fällen wie etwa bei wiederholten Senkungsproblemen fixieren wir die betroffenen Organe durch die Scheide oder setzen synthetische Implantate ein, da das körpereigene Gewebe nicht mehr stark genug ist, um die Organe zu stabilisieren. Gerade ältere Frauen profitieren davon, dass diese Eingriffe unter Teilnarkose (Spinalanästhesie) durchgeführt werden und sie deshalb wenig belasten.

- **Darmfixierung (*Rektopexie*)**

Bei einem Darmvorfall, bei dem Darmanteile aus dem Anus austreten, können wir den Darm so fixieren, dass er sich nicht mehr senken und austreten kann (Rektopexie). Dieser Eingriff wird in aller Regel im Rahmen einer Bauchspiegelung minimalinvasiv durchgeführt und nur in seltenen Fällen über einen Bauchschnitt. Bei diesem Eingriff ziehen wir den Enddarm nach oben und legen ein Netz auf den Darm, das wir am Enddarm und am Kreuzbein fixieren. Die Operation dauert rund zwei Stunden; danach bleiben Sie zwei bis vier Tage im Spital. Bei Erkrankungen im letzten Teil des Dickdarms (Mastdarm) können wir gleichzeitig mit der Darmfixierung den Mastdarm entfernen (Resektionsrektopexie).

- **Rektale Resektion**

Wenn Sie ein deutlich erhöhtes Narkoserisiko haben und an einem Enddarmvorfall (Prolaps) leiden, ist die sogenannte *rektale Resektion* eine schonende Alternative zur Bauchspiegelung. Zuerst entfernen wir die überschüssige Schleimhaut. Anschliessend raffen wir die Darmwand mit Nähten. Als Folge davon bleibt die Ausstülpung hinterher oberhalb des Schliessmuskels und des Beckenbodens. Diese Operation kann auch mit einem Klammernahtgerät durchgeführt werden und dauert lediglich rund dreissig Minuten.





Prostataoperationen

Wenn Männer Probleme haben, ihre Harnblase zu entleeren, oder unter Inkontinenz leiden, kann das von einer gutartigen Vergrösserung der Prostata verursacht worden sein. Ist sie vergrössert, verengt sich die Harnröhre. Dadurch braucht es mehr Kraft, um die Blase zu entleeren. Bei vielen Patienten können die Beschwerden mit Medikamenten behandelt werden. Sind diese unwirksam, gibt es diverse operative Therapien als Alternative:

- **Elektrischer Strom**

Bei der Standardbehandlung – der sogenannten kleinen Prostataoperation – wird die Prostata über die Harnröhre mit elektrischem Strom ausgeschält. Als Folge davon ergiesst sich der Samen beim Orgasmus jedoch in die Harnblase.

- **Wasserdampf (REZUM-Verfahren)**

In bestimmten Fällen ist die Injektion von Wasserdampf eine Alternative zur kleinen Prostataoperation, um den Samenerguss zu erhalten.

- **Minimalinvasiver Eingriff mit dem Da-Vinci-Roboter (roboterassistierte laparoskopische Adenomenukleation der Prostata)**

Besonders stark vergrösserte Prostata-drüsen können weder durch elektrischen Strom noch durch Wasserdampf effizient verkleinert werden. In solchen Fällen ist eine minimalinvasive Operation mit dem Da-Vinci-Roboter notwendig, die Sie kaum belastet, um die Prostata zu entfernen.

Welche Therapie die sinnvollste ist, können wir erst nach gründlichen Untersuchungen und Abklärungen beurteilen. Letztlich entscheiden jedoch Sie als Patient, welche Therapie für Sie am besten ist.

Kunststoffschlingen/ künstlicher Schliessmuskel

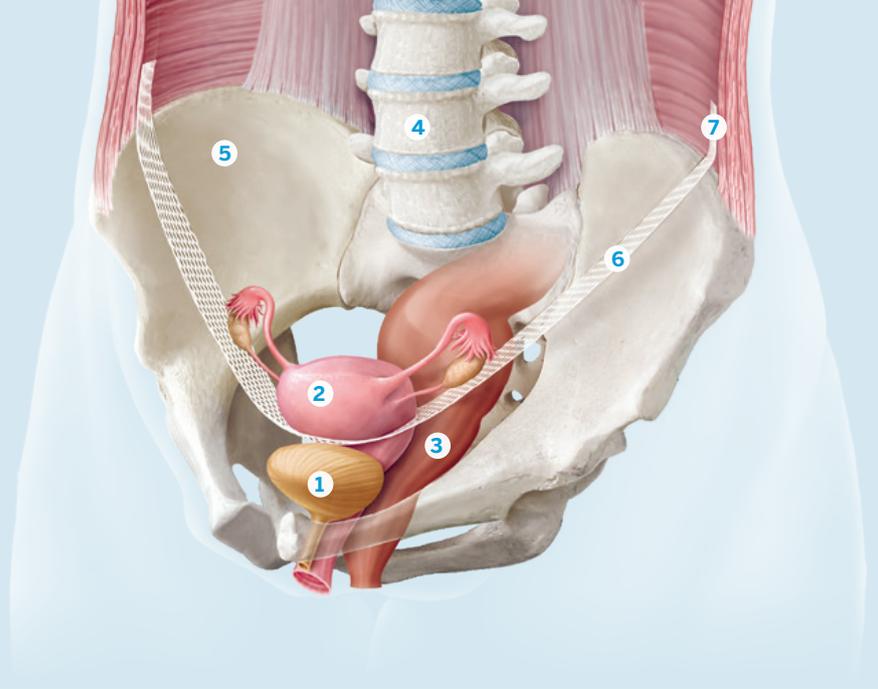
Nach einer Operation wegen Prostatakrebs haben die Patienten oft das Problem, den Urin nicht mehr halten zu können. Dafür verantwortlich ist meist der Beckenboden, der zu schwach ist. In diesem Fall versuchen wir zuerst, die Beckenbodenmuskulatur mit Physiotherapie wieder aufzubauen. Unterstützend nutzen wir je nach Bedarf Medikamente aus der Gruppe der Antidepressiva, die die Spannung des Beckenbodenmuskels erhöhen können. Helfen keine dieser Massnahmen, können wir unterhalb der Harnröhre eine Kunststoffschlinge implantieren oder einen künstlichen Schliessmuskel. Welches der beiden Operationsverfahren geeignet ist, klären wir sorgfältig ab. Die Entscheidung liegt dagegen ganz bei Ihnen.



Operation bei Senkung der Gebärmutter

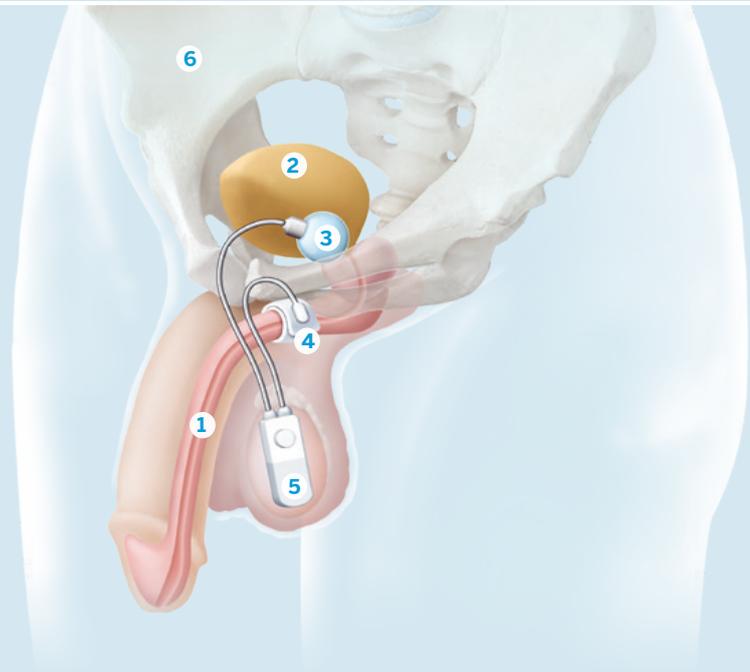
Stabilisierung durch Bänder

- 1 Blase
- 2 Gebärmutter
- 3 Rektum
- 4 Wirbelsäule
- 5 Becken
- 6 Synthetisches Band
- 7 Fixation des Bandes an der Bauchwand



Künstlicher Schliessmuskel

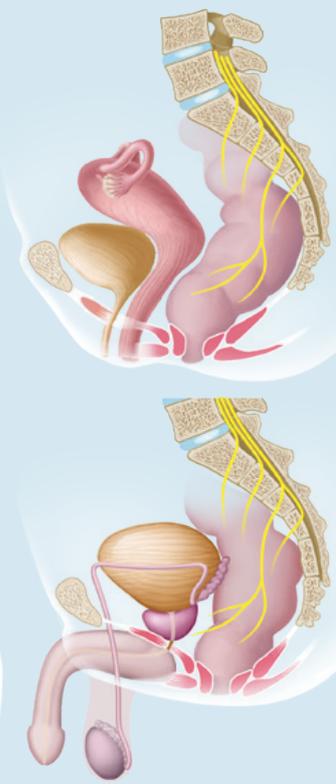
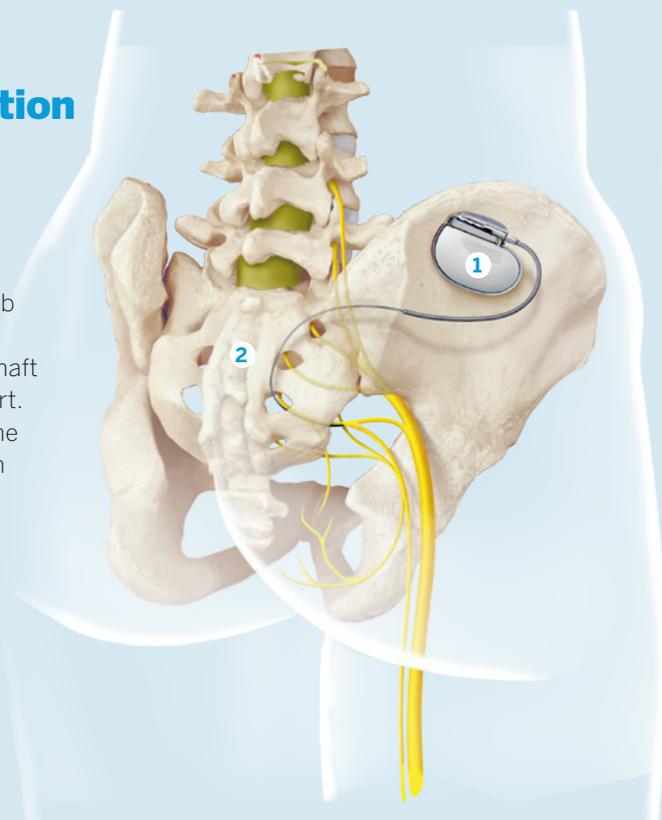
- 1 Harnröhre
- 2 Blase
- 3 Reservoirballon
- 4 Harnröhren-Manschette
- 5 Aktivierungspumpe
- 6 Becken



Sakrale Neuromodulation

Sogenannter Blasenschrittmacher

Bei der sakralen Neuromodulation wird oberhalb des Gesässbereichs ein Schrittmacher **1** dauerhaft unter die Haut implantiert. Dieser gibt über eine feine Elektrode, die im Bereich des Kreuzbeins **2** an die Sakralnerven gelegt wird, schwache Stromimpulse ab.



Beckenboden-Board

Am Beckenboden-Board treffen sich Fachleute aller beteiligten Disziplinen, um diejenigen Fälle zu besprechen, die vielschichtig sind. Das Board entscheidet, welche diagnostischen Abklärungen getroffen werden sollen, und stellt individuelle Therapiepläne zusammen.

Beckenboden-Elektromyographie

Bei der Beckenboden-Elektromyographie (EMG) lassen sich mit Hilfe von Nadelelektroden die elektrischen Impulse der Beckenbodenmuskulatur exakt messen. So können neurologische Störungen erkannt werden.

Beckenbodensenkung

Bei einer Beckenbodensenkung, einer Schwäche des Beckenbodens, senken sich Gebärmutter, Harnblase oder Darm ab. Tritt eines der Organe gar nach aussen, handelt es sich um einen Vorfall (→ Prolaps).

Belastungsinkontinenz

Eine Belastungsinkontinenz zeigt sich dadurch, dass beim Treppensteigen, beim Husten, beim Sport oder bei anderen körperlichen Aktivitäten Urin austritt, ohne dass die Patientin / der Patient das verhindern kann.

Blasendruckmessung (Urodynamik)

Eine Blasendruckmessung bringt Klarheit über die Art einer Urininkontinenz oder einer Störung bei der Blasenentleerung. Mit verschiedenen Drucksonden, die im Bereich von Blase, Harnröhre und Darm platziert werden, lässt sich die Funktionsfähigkeit der Blase und des Beckenbodens überprüfen. Ist notwendig, um bei Urininkontinenz die optimale Therapie auszuwählen.

Botox (Botulinum-A-Toxin)

Botox oder, wie der Fachbegriff lautet, Botulinum-A-Toxin wird zur Behandlung einer überaktiven Blase eingesetzt. Die Substanz wird während einer → Blasenspiegelung direkt in den Blasenmuskel gespritzt. Das führt dazu, dass sich der Muskel entspannt. Botox kann auch bei Schmerzen im Becken eingesetzt werden.

Bulkamid

Bei einer Belastungsinkontinenz kann die Verschlussfunktion der Harnröhre mit einer blockierenden Substanz wie Bulkamid wiederhergestellt werden. Dazu wird ein wasserlösliches Gel in die Harnröhrenwand gespritzt.

Darmdruckmessung

Die Darmdruckmessung dient der vertieften Abklärung bei Stuhlinkontinenz und Störungen bei der Darmentleerung. Die Funktion der Schliessmuskulatur wird überprüft, indem ein Katheter in den Enddarm eingeführt und darüber die Kraft der Muskulatur gemessen wird.

Demografische Entwicklung

Bezeichnet die Entwicklung der Bevölkerung in Bezug auf ihre Altersstruktur abhängig von der Geburten- und Sterberate.

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Diabetes mellitus bezeichnet eine Gruppe von Stoffwechselstörungen, die unter anderem ein gestörtes Gleichgewicht des Glukosehaushaltes (Traubenzucker) beinhalten. Sie beruhen auf einem Mangel an Insulin und führen bei ausbleibender oder unzureichender Behandlung zu einer chronischen Überzuckerung (Hyperglykämie).

Dranginkontinenz

→ überaktive Blase

Elektroden

Elektrische Leiter, die benutzt werden, um elektrischen Strom zu übertragen.

Endoskop

Medizinisches Gerät, mit dem das Innere von Organen untersucht und behandelt werden kann. Wird sowohl für die Diagnose als auch für minimalinvasive operative Eingriffe eingesetzt.

ERAS-Programm (Enhanced Recovery After Surgery)

Behandlungskonzept, um die Genesung nach einer Operation zu beschleunigen und so die Zeit bis zur Rückkehr ins Privat- und Arbeitsleben zu verkürzen.

Inkontinenz

Von Inkontinenz spricht man, wenn jemand unwillkürlich Urin oder Stuhl verliert. Urin- und Stuhlinkontinenz kommen oft gleichzeitig vor.

Interdisziplinär

Von einer interdisziplinären Zusammenarbeit spricht man, wenn verschiedene Fachdisziplinen ein medizinisches Problem gemeinsam betrachten und behandeln.

Konservative Therapien

Mit konservativen Therapien lassen sich die meisten Beckenbodenprobleme gut behandeln. Dazu zählen Uro- und Physiotherapie sowie medikamentöse und neuromodulative Therapien. Diese Behandlungen werden häufig kombiniert.

Mehrfacherkrankungen

Von einer Mehrfacherkrankung – der sogenannten Multimorbidität – spricht man, wenn bei einer Person mehr als zwei chronische Erkrankungen vorliegen.

Neurogene Blase

Bei einer neurogenen Blase ist das fein abgestimmte Zusammenspiel zwischen Nerven, Blasen- und Beckenbodenmuskulatur und Verschlussmuskel beeinträchtigt. Die Erkrankung kann sich durch verschiedene Beschwerden äussern: als überaktive Blase, durch wiederkehrende Blasenentzündungen, als unkontrollierbarer Harndrang mit Urinverlust oder als unvollständige Entleerung der Harnblase.

Neurologische Erkrankung/Störung

Erkrankungen, die das zentrale Nervensystem – Gehirn, Rückenmark, Nerven – befallen.

Neuromodulative Therapien

Therapien, bei denen das Nervensystem mit Medikamenten oder elektrischem Strom stimuliert wird. Helfen bei Funktionsstörungen der Harnblase, des Darms, der Sexualfunktion und bei Schmerzen, die durch das Nervensystem verursacht werden.

Operative Therapien

Verbessern → konservative Therapien die Lebensqualität nicht ausreichend, steht eine Vielzahl an Operationsmethoden zur Verfügung. Diese reichen von Injektionen (→ Botox und → Bulkamid) bis zu → Senkungsoperationen, bei denen die Blasen- oder Darmfunktion chirurgisch wiederhergestellt wird.

Pessar

Pessare sind Ringe, Schalen oder Würfel aus Silikon oder Schaumstoff. Sie werden in die Vagina eingeführt, um den Beckenboden zu stützen, und helfen, Urininkontinenz und Senkungsbeschwerden zu lindern.

Prolaps

Ein Prolaps (Vorfall) ist die Endstufe einer Senkung von Harnblase, Gebärmutter oder Darm. Dabei treten die Organe durch die Scheide respektive den Enddarm nach aussen. In diesem Fall schlagen wir meist eine → operative Therapie vor.

Prostata

Die Prostata oder Vorsteherdrüse ist eine männliche Geschlechtsdrüse, die einen Teil des Ejakulates produziert. Eine gutartige Vergrößerung kann zu Beschwerden beim Wasserlassen führen, die durch Medikamente oder eine Operation behandelt werden können. Bei einer bösartigen Vergrößerung wie bei Prostatakrebs ist häufig eine radikale Operation oder eine Bestrahlung notwendig.

Reizblase

→ überaktive Blase

Rektale Resektion

Eine rektale Resektion wird durchgeführt, um den Teil des Enddarms zu entfernen, der bei einem → Prolaps nach aussen tritt.

Rektopexie

Bei der ventralen Rektopexie wird der Darm über eine Bauchspiegelung fixiert, damit er sich nicht mehr senken kann. Dabei wird er durch ein Netz, das bei Frauen zwischen Vagina und Darm, bei Männern am Darm eingelegt wird, gestreckt. Das Netz wird am Beckenboden und am Kreuzbein festgemacht.

Sakrale Neuromodulation

Bei der sakralen Neuromodulation (SNM) wird im Bereich des Kreuzbeins operativ eine feine Elektrode an die Sakralnerven gelegt, die die Blase und den Darm steuern. Die Nerven werden mit schwachen Stromimpulsen angeregt. SNM wird bei Urin- und Stuhlinkontinenz, chronischer Verstopfung und Schmerzen im Becken angewendet.

Sakrokolpopexie

Die Kreuzbeinaufhängung (Sakrokolpopexie) hat sich bei Senkungen der Gebärmutter, des Scheideneandes oder der Harnblase als Behandlung etabliert, gerade bei jüngeren, sportlich aktiven Frauen. Mittels Bauchspiegelung wird an der vorderen und der hinteren Scheidenwand ein Implantat befestigt und am Kreuzbein fixiert.

Senkungsbeschwerden

Schmerzen oder das Gefühl, einen Fremdkörper in seinem Körper zu haben; treten vor allem auf bei einem Vorfall → Prolaps.

Senkungsoperation

Um Harnblase, Gebärmutter oder Darm wieder zu fixieren, steht eine Vielzahl an Operationstechniken zur Verfügung. Der Eingriff wird über die Scheide oder bei einer Bauchspiegelung vorgenommen. Zu diesen Operationen zählen unter anderen die → Sakrokolpopexie, die → Rektopexie und die → rektale Resektion.

Überaktive Blase

Eine überaktive Blase äussert sich durch sehr starken Harndrang, der plötzlich einsetzt, und häufiges Wasserlösen. Der Blasenmuskel zieht sich unwillkürlich zusammen, was die Speicherfähigkeit der Harnblase einschränkt.

Urodynamische Abklärung

Eine urodynamische Abklärung bringt Aufschluss über die Ursachen einer Inkontinenz oder einer Störung der Blasenentleerung. Sie umfasst eine → Blasendruckmessung, eine → Beckenboden-Elektromyographie sowie eine Blasen Spiegelung. Kann bei bestimmten Fragestellungen mit Röntgen kombiniert werden (sogenannte Video-Urodynamik).

Urotherapie

In der Urotherapie-Sprechstunde beraten und schulen wir Patient:innen, die Probleme oder Fragen im Zusammenhang mit Harnblase, Darm oder Beckenboden haben. Dazu zählen Beratung und Instruktion zu Hautpflege, Trinkverhalten, → Pessaren und anderen Kontinenzprodukten.

Vorfall

→ Prolaps



Kontakt und Anmeldung

Anmelden können Sie sich über Ihre Vertrauensärztin / Ihren Vertrauensarzt oder direkt bei der entsprechenden Klinik.

Frauenklinik und gynäkologische Urotherapie

Tel. 052 266 30 30
Fax 052 266 47 18
beckenbodenzentrum.
frauenklinik@ksw.ch

Urologie und urologische Urotherapie

Tel. 052 266 29 83
Fax 052 266 45 03
urologische.klinik@ksw.ch

Viszeral- und Thoraxchirurgie

Tel. 052 266 24 00
Fax 052 266 24 54
viszeralchirurgie@ksw.ch

Gastroenterologie und Hepatologie

Tel. 052 266 20 77
Fax 052 266 20 19
sekretariat.gastro@ksw.ch

Neurologie und Stroke Unit

Tel. 052 266 45 61
Fax 052 266 45 29
neurologie@ksw.ch

Schmerzzentrum

Tel. 052 266 28 05
schmerzzentrum@ksw.ch

Therapien und Rehabilitation

Tel. 052 266 48 90
therapien@ksw.ch

Wer Sie betreut

Leitung Beckenbodenzentrum

Gynäkologie



**Dr. med.
Peter Kleimann**
Leitender Arzt
Co-Leiter
Beckenbodenzentrum

Urologie



**Dr. med.
Jure Tornic**
Leitender Arzt
Co-Leiter
Beckenbodenzentrum

Gynäkologie



**Dr. med.
Rebecca Zaccharia**
Leitende Ärztin



**Dr. med.
Deborah Leu**
Oberärztin

Urologie



**Dr. med.
Yasmin Trachsel**
Oberärztin

Viszeralchirurgie



**Dr. med.
Georgios Peros**
Leitender Arzt



**Dr. med.
Judith Schäfli**
Oberärztin

Neurologie



**Dr. med.
Biljana Rodic-Tatic**
Chefärztin

Gastroenterologie



**Dr. med.
Christina Rammert-
Ganter**
Leitende Ärztin



**Dr. med.
Franziska Albrecht**
Oberärztin

Radiologie



**Prof. Dr. med.
Joachim Hohmann**
Leitender Arzt

Schmerzzentrum



**Dr. med.
Judith Peters**
Leitende Ärztin

Urotherapie



Tabea Maag
Fachexpertin
Urotherapie
(Frauenklinik)



Janine Trecek
Fachexpertin
Urotherapie
(Urologie)

Physiotherapie



Barbara Zwimpfer
Klinische Spezialistin
Beckenboden



Sibylle Früh
Klinische Spezialistin