

Inhaltsangabe

• Inhalt	Seitenzahl
• Chronik	2
• Agenda:	
• Freitag	5
• Samstag	6
• Workshops	7
• Abstracts	8
• Arbeitskreise der AG	19
• Sponsoren	23

30 Jahre AG GGUP

Die Arbeitsgemeinschaft Geburtsvorbereitung im ZVK bildete sich 1985 unter der Leitung von Anne Muzykorska aus einer Lehrergruppe unter Antje Hüter-Becker, die damals das bundesweite Curriculum für das Unterrichtsfach Gynäkologie und Geburtshilfe formulierte. Anfänglich beschäftigte sich diese Gruppe, die sich bis heute zweimal jährlich trifft, vorwiegend mit den Inhalten der Geburtsvorbereitung. Verschiedene Methoden wie „Leboyer“ und „Lamaze“ wurden auf ihre Gemeinsamkeiten überprüft und mit aktuellen Inhalten verknüpft. Erkenntnisse aus allgemeinen physiotherapeutischen Techniken, der Atemtherapie, der Funktionellen Bewegungslehre und verschiedener Körperwahrnehmungstherapien war die Grundlage. Insbesondere die Vorteile von vertikalen Gebärstellungen, das Einbeziehen des Partners in die Schwangerschaft und die Geburt, und die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen werdenden Eltern aktualisierten das Konzept.

Die Betreuung der Frauen im Früh- und Spätwochenbett, sowie die Senkungsproblematik und die Behandlung nach Brustoperationen, waren weitere Themen. Besonders kostbar waren die Erfahrungen von Kolleginnen, die sich seit langem mit der Behandlung gynäkologischer Probleme beschäftigten. Erwähnenswert sind die Beiträge von Frau Tanzberger, Frau Heller und Frau 'O Beirne, die „alte Hüte“ kritisch hinterfragten. Aus diesen Ansätzen entwickelten sich eigenständige Behandlungskonzepte, die in verschiedene Fortbildungsangebote, auch bundesweiten Lehrerfortbildungen mündeten. Eine unserer Zukunftsvisionen war, ungefähr um die Jahrtausendwende, die Implementierung eines „Beckentherapeuten“, wie es ihn in anderen Ländern schon gibt. Eine kritische Auseinandersetzung mit bestehenden Inhalten, Aussagen und Konzeptionen, kombiniert mit kühnen Therapieansätzen ist eine selbstgestellte Aufgabe der AG.

Selbstverständlich engagiert sich die AG in den Verbandsgremien unseres Berufsverbandes (www.physio-deutschland.de), in den Landesverbänden in verschiedenen Fachausschüssen.

Die Bildung regionaler Arbeitskreise zum fachlichen Austausch war ein früher Bestandteil der AG-Arbeit. Es gibt inzwischen 15 regionale Arbeitskreise, die fachlich und berufspolitisch von AG-Mitgliedern betreut werden.

Mitte der neunziger Jahre hatte sich das Schaffensgebiet der AG von der Behandlung von Frauen hin zu männlichen Patienten und sogar Kindern erweitert. Aus der AG Geburtsvorbereitung wurde die AG Geburtshilfe und schließlich schrieb sich die Arbeitsgemeinschaft den ganzen Bereich „zwischen Bauchnabel und Knie“ auf die Fahnen. Dieser Veränderung wurde der neue AG-Name: Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie mit unserem eigenen neuen Logo gerecht.

Ein weiteres Angebot der AG GGUP sind die Therapeutenlisten, die auf unserer neugestalteten Website zu finden ist. Sie gibt Ärzten, Betroffenen und Interessierten die

Möglichkeit, schnell einen entsprechend ausgebildeten Physiotherapeuten zu finden. Notwendig wurde diese Liste, nachdem das Wissen um die Beckenbodentherapie, Rückbildungsgymnastik, Nachbehandlung nach Brustoperationen oder das Angebot zur Geburtsvorbereitung, unserer Meinung nach, spezielle Kenntnisse und laufende Weiterbildung erforderte.

Unsere engagierte Referentengruppe entwickelte im Laufe der Jahre eine Vielzahl interessanter Fortbildungsangebote, die wissenschaftlich fundiert sein sollen und fortlaufend aktualisiert werden. Die Grundlagen der Therapie im Becken sind seit 2010 in unserem neu strukturierten Modulsystem „Physiopelvica“ (Physiotherapie bei Funktionsstörungen im Becken) beheimatet. Dies kann mit einer Prüfung zum/r Physiopelvica-Physiotherapeut/in abgeschlossen werden. Vertiefende Angebote im Bereich der Psychosomatik, Osteopathie, Kindertherapie u.s.w. sind auf unserer Website zu finden. Wir unterrichten in Deutschland und Polen.

Im Präventionsbereich haben wir die Beckenbodenschule des ZVK e.V. vor vielen Jahren entwickelt. Inzwischen ist sie auf der neuen nationalen Präventionsdatenbank anerkannt.

Eigene anatomische Grafiken sind für die Fortbildungen erstellt worden. Eine laminierte Auswahl ist Bestandteil des Basiskurses oder kann auf der Website bestellt werden. Standardisierte Befundschemata, wie das Miktionsprotokoll und physiotherapeutische Diagnostikbögen bei Blasen-oder Darmstörungen ergänzen unsere Angebote.

Reichlich ausgestattet mit Broschüren, Faltblättern, veröffentlichten Artikeln in der Fachpresse, einer regen Vortragstätigkeit, Publikationen von Fachbüchern und einer interessanten Website (www.ag-ggup.de) betreiben die AG – Frauen eine rege Öffentlichkeitsarbeit, auch auf Kongressen, um diesen Fachbereich mit all seinen Facetten bekannt zu machen und weiter zu entwickeln.

Durch die Mitarbeit in anderen Gremien konnte die AG ihre Kompetenz zeigen. Wir sind endlich im Expertenrat der Deutschen Kontinenzgesellschaft (DKG) durch Almut Köwing vertreten. Seit September 2015 kooperieren wir mit der Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe DGPF e.V.

Seit 2000 ist Ulla Henscher an der Erstellung und Aktualisierung von neun nationalen medizinischen Behandlungsleitlinien (www.awmf.de) beteiligt. Die Methodikerin des ZVK e.V., Frau Reina Tholen, hilft uns, den wissenschaftlichen Background herauszufiltern.

Die AG GGUP ist an internationale Institutionen angebunden, z.B. an die International Continence Society ICS, die zentrale Organisation auf internationaler Ebene in diesem Fachgebiet. Auf dem jährlich stattfindenden Kongress für Ärzte und Physiotherapeuten findet auch gleichzeitig ein internationales Physiotherapeuten-Treffen statt. Über 150 Therapeuten aus verschiedenen Ländern halten Vorträge, stellen Forschungsprojekte vor und tauschen

Therapieansätze miteinander aus. Weiterhin ist die Arbeitsgemeinschaft Mitglied der International Organization of Physiotherapy in Women´s Health (IOPTWH).

Unsere bundesweite AG besteht im Augenblick aus 23 weiblichen fleissigen ehrenamtlichen Mitgliedern, die sich ohne Bezahlung, aber mit viel Begeisterung, engagieren. Da die Mitglieder der AG in ganz unterschiedlichen Wirkungskreisen tätig sind, kommt es oft zu einem befruchtenden fachlichen Austausch. Die Kolleginnen arbeiten selbständig in eigener Praxis, oft mit gynäkologischem Schwerpunkt, in großen Kliniken oder als Lehrkräfte an PT- Schulen.

Unsere Arbeitsstrukturen sind von intensiven Kontakten per e-mail, ausserordentlichen Treffen und vielen Telefonaten gekennzeichnet. Wir arbeiten häufig in kleinen Teams an den verschiedenen Aufgaben der AG.

Die zweimal jährlich stattfindenden Mitgliederversammlungen sind jederzeit offen für neue Gesichter.

Anne Muzykorska leitete die AG über 10 Jahre über einige Untiefen, Ulla Henscher versuchte dies über 19 Jahre und seit 2014 ist Almut Köwing die neue Vorsitzende der AG.

Für die Zukunft wünschen wir uns Verbündete, die bereit sind, bei uns mitzuarbeiten, wissenschaftliche Behandlungskonzepte zu erweitern, mit Studien zu untermauern, neue Tätigkeitsbereiche zu etablieren und dies umzusetzen und an Kollegen in allen Fachbereichen weiterzugeben.

Ulla Henscher

Wir laden herzlich ein
zu unseren Mitgliederversammlungen der AG !

Vom 19. – 20. Februar 2016 in Berlin!

Vom 7. – 9. Oktober 2016 Frankfurt (Mit Fortbildungseinheit)

Anmeldung bitte über Almut Köwing (almut@koewings.de)

Symposium Freitag 9.Oktober

Zeit	Aktivität	Referent/in	Raum
14 - 15:00 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> • Einlass und Registrierung • Auswahl von 2 Workshops 		Hoffmanns Höfe:vor der Aula
15:00	Gemeinsamer Weg zum Hörsaal		
15:15	Begrüßung 30 Jahre AG: Rückblick Informationen zum Ablauf	Vorstand der AG	Uni Hörsaal
15:45 – 16:30	Vortrag: Die neurologisch bedingte Inkontinenz	Dr. A. Angermund, BBZ München	Uni Hörsaal
16:30 - 17:00	Kaffeepause		Hoffmanns Höfe
17:00 – 17:45	Vortrag: Medikamente und deren Nebenwirkungen auf den Beckenboden und Inkontinenz	Prof. Wohlfahrt, Berufsgenossenschaftliche Klinik Halle, MD, PhD	Uni Hörsaal
17:45 – 18:15	Akademisierung im beruflichen physiotherapeutischen Alltag	Prof. Dr. Birgit Schulte-Frei, Köln	Uni Hörsaal
18:15	Verabschiedung		
19:30	Beginn des Festabends		Hoffmanns Höfe Aula

Symposium Samstag 10. Oktober

Zeit	Aktivität	Referent/in	Raum
9:00-10:15	Workshops I-VIII		
10:30-11:00	Der ICF-basierte Fragebogen für Harn- und Stuhlinkontinenz zur standardisierten und patientenorientierten Therapieplanung und -evaluation (ICF-IAF)	Prof. Dr. Barbara Köhler Schweiz	Uni Hörsaal
11:00-11:30	Kaffeepause		Tagungshaus
11:30-12:45	Workshops I-VIII		
13:00-14:00	Mittagspause		Aula Tagungshaus
14:00-14:45	Die Anatomie des Beckenbodens	Dr. Thomas Shiozawa, Tübingen	Uni Hörsaal
14:45-15:15	Pessartherapie Zukunft in Deutschland In Händen der Physiotherapie?	Almut Köwing	Uni Hörsaal
15:15-15:45	Kaffeepause		Tagungshaus
15:45-16:30	Evidence for pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Are there other effective exercises to treat these conditions?	Prof. Dr. Kari Bo Norwegen	Uni Hörsaal
16:30-17:00	Evaluation Verabschiedung Ausblick	Vorstand der AG	Uni Hörsaal

Workshops:

Es ist möglich, an zwei Workshops teilzunehmen !

Zeit 9:00-10:15 und 11:30-12:45	Aktivität	Referent/in	Raum
1.	Wissenschaftliches Arbeiten ganz praktisch !	Reina Tholen Ulla Henscher	Hoffmanns Höfe
2.	Kinesiotape am Becken	Firma: Pino	Physiotherapie schule
3.	Feldenkrais und Beckenboden	Carine Schippers	Physiotherapie schule
4.	Herausforderung praktische Ausbildung in der Gynäkologie Für Lehrer und Praxisanleiter	Christiane Rothe	Hoffmanns Höfe
5.	Myofasciale Techniken am Becken	Anja Scheffler	Physiotherapie schule
6.	Beckenboden und lokale Stabilisation	Christine Hamilton	Hoffmanns Höfe

Neurologische Grundlagen bei Blasenfunktionsstörungen und neurologisch bedingte Störungsbilder der Blase

Almuth Angermund

Bei neurologischen Erkrankungen stehen nicht nur für den Laien v.a. die offensichtlichen körperlichen Einschränkungen, wie z.B. fehlende und gestörte Gehfähigkeit bzw. Mobilität, Sprachauffälligkeiten. Was wir nicht auf den ersten Blick erkennen können sind vegetativen Problematiken wie Blasen-, Darm- und Sexualstörungen („Ich habe was, was du nicht siehst“). Die häufigsten neurologischen Erkrankungen wie z.B. MS, M. Parkinson, Schlaganfall, Demenz, Spinalkanalstenose, Querschnitt haben in bis zu 90% Blasenfunktionsstörungen.

Auch anatomisch und neurophysiologisch ist das offensichtliche urologische Problem, z.B. der Inkontinenz nicht auf den ersten Blick einer Speicher-oder Entleerungsstörung der Blase zuzuordnen.

Sowohl auf spinaler als auch auf cerebraler Ebene nehmen multiple Areale Einfluß auf die Blasen-und Beckenbodenfunktion, wobei auch die „psychische“ Beeinflussung z.B. über das limbische System nicht zu unterschätzen ist.

Die Neuro-Urologie hat ihre Kenntnisse v.a. aus der Behandlung von Querschnittpatienten erlangt. Hier gibt es meist klare Muster abhängig von der Höhe der Läsion (infra-supraspinal, suprapontin).

Die spezielle neuro-urologische Diagnostik ist zwingend verknüpft mit Funktionsprüfungen) der Blase (Video-Urodynamik) verknüpft. So kann die „Black Box“ Blase besser verstanden und therapiert werden.

Dabei ist die Zielsetzung v.a. ein möglichst reversibles, minimalinvasives Therapieschema zum Schutz der oberen Harnwege und dem (Wieder)Erhalt der Lebensqualität. Dabei ist immer ein sog. „Niederdruckreservoir Blase“ anzustreben.

Eine besondere Rolle spielen dabei auch neuropathische Schmerzen, die einen anderen Therapieansatz (zentral und spinal) haben als andere chronische Schmerzsymptomatiken. Die Rolle der Physiotherapie im weitesten Sinne ist ein unverzichtbarer Baustein in der Therapiekaskade.

Eine nicht zu vernachlässigende Größe spielt das Darmmanagement. So ist, z.B. nicht jede anale Inkontinenz Folge einer Insuffizienz des Verschlussmechanismus, sondern möglicherweise Ausdruck einer dyskoordinierten Stuhlentleerung bzw. einer Obstipation.

Blasenprobleme werden häufig durch eine gebesserte Darmfunktion positiv beeinflusst.

Zusammenfassend muß bei jedem neurologischen Patienten **individuell und flexibel** auf die körperliche, psychische und soziale Situation bei der Therapieplanung eingegangen werden. Dies erfordert ein fachübergreifendes Management unter aktiver Beteiligung des Patienten.

Medikamente und ihr Einfluss auf Beckenboden und Inkontinenz

Kai Wohlfarth

BG Kliniken Bergmannstrost Halle/S.

Ursache für eine Harninkontinenz sind meist Störungen der Harnblasen- und Harnröhreninnervation. Diesen neurogenen Blasenfunktionsstörungen liegt eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen zugrunde, wobei die resultierenden Symptome ganz wesentlich von Ort und Ausmaß der Läsion abhängen. Die Therapie der neurogenen Blasenstörung ist in erster Linie eine Therapie der Grunderkrankung. Die symptomatische Therapie folgt einem Stufenplan, an erster Stelle steht die Verhaltenstherapie/Physiotherapie gefolgt von einer differenzierten, spezifischen Pharmakotherapie. Ansatzpunkte sind Rezeptoren der Neurotransmitter im zentralen und peripheren Nervensystem, die die Funktion des unteren Harntraktes steuern. Überwiegend kommen Muskarinrezeptor-Antagonisten zum Einsatz, keine der aktuell zur Verfügung stehenden Substanzen ist jedoch blasen- und rezeptorselektiv, so dass signifikante systemische Nebenwirkungen an anderen Organsystemen wie dem ZNS den therapeutischen Einsatz limitieren. Systematische Reviews der letzten Jahre zeigen zudem ein im Vergleich zu Placebo insgesamt geringes Effektausmaß, auch die Lebensqualität wird nur unerheblich beeinflusst. Nichtmedikamentöse Verfahren bleiben daher Therapie der ersten Wahl, zu ihrer Ergänzung kann ein Versuch mit urologischen Spasmolytika sinnvoll sein.

Die Akademisierung – und Professionalisierung - der Physiotherapie, was ist das überhaupt und was haben wir Physiotherapeuten davon?

Birgit Schulte –Frei

Während im europäischen und internationalen Ausland die Physiotherapie schon seit langem auf einem akademischen Niveau angesiedelt ist, waren für die Entwicklung in Deutschland die Ergebnisse der Bologna Reform 1999 sowie deren Folgekonferenzen der Startschuss. Seit diesem Datum fühlt sich auch Deutschland zur „Akademisierung“ und damit auch „Professionalisierung“ berufen und diese ist auch seit dieser Zeit erst möglich.

Doch was bedeutet dies eigentlich genau? Um dies zu klären, setzt sich der Vortrag zunächst auf soziologischer Grundlage mit den genannten Begrifflichkeiten und deren Bedeutung für die Physiotherapie auseinander: Neben *Autonomie*, *Sprache*, *Ethos/Identität*, stellen die beiden Punkte *akademische Ausbildung* und *eigenes Forschungsgebiet* die wesentlichen Säulen des professionellen Handelns dar.

Auf der Basis dieser Auseinandersetzung wird dann weiter herausgearbeitet, worin die Vorteile für die deutsche Physiotherapie systemisch sowie auch persönlich für jeden einzelnen liegen und warum sie überhaupt notwendig ist.

Es ist jedoch noch lange nicht jeder von dieser Entwicklung der deutschen Physiotherapie überzeugt. Es soll somit auch die Perspektive derjenigen eingenommen werden, die dieser Entwicklung skeptisch gegenüber stehen. An dieser Stelle wird insbesondere die sich seit längerem bestehende Problematik der Berufsidentität sehr deutlich.

Zum Schluss thematisiert der Vortrag die Arbeitswelt und seine Reaktion auf die sich verändernden Bildungsbedingungen. Physiotherapeuten haben sich im Vergleich zu dem Status vor eigenen Jahren zum Teil deutlich positiver etabliert und haben die Arbeitswelt zum Teil deutlich verändert. Zum Teil aber auch noch nicht!

Entwicklung und Validierung eines Fragebogen für Patienten/innen mit Harn- und Stuhlinkontinenz auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-IAF)

Barbara Köhler

Hintergrund

Der Schwerpunkt der Behandlung von Patienten/innen mit Harn- oder Stuhlinkontinenz liegt auf der Reduktion von Symptomen und der Förderung von Ressourcen. Eine vollständige Heilung ist nicht immer möglich. Für eine patientenorientierte Therapieplanung und -evaluation sind standardisierte Assessments notwendig, die das typische Spektrum von Funktionsstörungen, sowie positive und negative Einflussfaktoren erfassen.

Es bedarf eines validen und praktikablen Erfassungsinstrumentes des Gesundheitszustandes im holistischen Sinn, das die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Gesundheitsfachpersonen unterstützt. Bisherige Fragebögen mit dem Empfehlungsgrad Level-A sind überwiegend diagnoseorientiert und bilden nicht alle relevanten Aspekte dieser Gesundheitsstörung im Sinne des biopsychosozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab. Das zentrale Ziel der ICF ist eine standardisierte Erfassung der AUSWIRKUNGEN von Krankheiten in einer allgemeinen Sprache, die die Kommunikation zwischen den Betroffenen, Gesundheitsfachpersonen und weiterer Anspruchsgruppen verbessern soll.

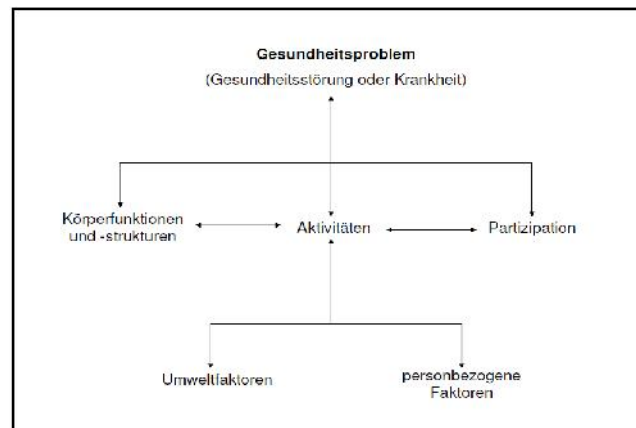


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Zwei Fachhochschulen in der Schweiz (ZHAW und BFH) haben sich in einem Kooperationsprojekt die Entwicklung der ICF-IAF zum Ziel gesetzt. In das Projekt sind Ausbildungsprojekte des MSc-Studienganges Physiotherapie der beiden Fachhochschulen einbezogen. Die Erweiterung der Projektplanung um ein weiteres Teilprojekt zur Entwicklung einer Version für Kinder wäre möglich und wünschenswert.

Die zentralen Ziele der Entwicklung des ICF-IAF sind:

- a. Identifizierung der Probleme und Ressourcen bei Harn- und Stuhlinkontinenz aus der Sicht der Betroffenen,
- b. Erfassen der Auswirkungen von Harn- und Stuhlinkontinenz aus der Sicht aller relevanten Berufsgruppen des Gesundheitswesens und
- c. Erstellen einer standardisierten elektronischen Vorlage für Planung und Evaluation von Interventionen bei Harn- und Stuhlinkontinenz im multiprofessionellen Setting.

Methodik

Die Entwicklungsschritte des ICF-IAF:

Teilprojekt 1 a)

Systematische Analyse der krankheitsspezifischen Fragebögen mit Empfehlungsgrad Level-A (abgeschlossen)

Teilprojekt 1 b)

Delphi-Befragung in drei Runden mit 262 Physiotherapeuten/innen aus Deutschland, der Schweiz, Liechtenstein und Österreich mit Spezialisierung in der Behandlung von erwachsenen Patienten/innen mit Harn- und/ oder Stuhlinkontinenz (abgeschlossen)

Teilprojekt 2 a)

Fokusgruppeninterviews mit betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Antworten werden den Kategorien der ICF in einem standardisierten Verfahren zugeordnet (laufend).

Teilprojekt 2 b)

Einzelinterviews mit Betroffenen, um die im Teilprojekt 1 b entwickelte Liste relevanter ICF-Kategorien zu validieren (laufend).

Konsensuskonferenz am 25. November 2016

Erstellen der ersten Version des ICF-IAF unter Einbezug vorangegangener Resultate in einer formellen Konsensuskonferenz mit Vertretern/innen der involvierten Organisationen des Teilprojektes 1 b aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Liechtenstein.

Testung und Validierung

Die internationale und interprofessionelle Validierung erfolgt mit Hilfe eines Delphi-Prozesses (2017-2018).

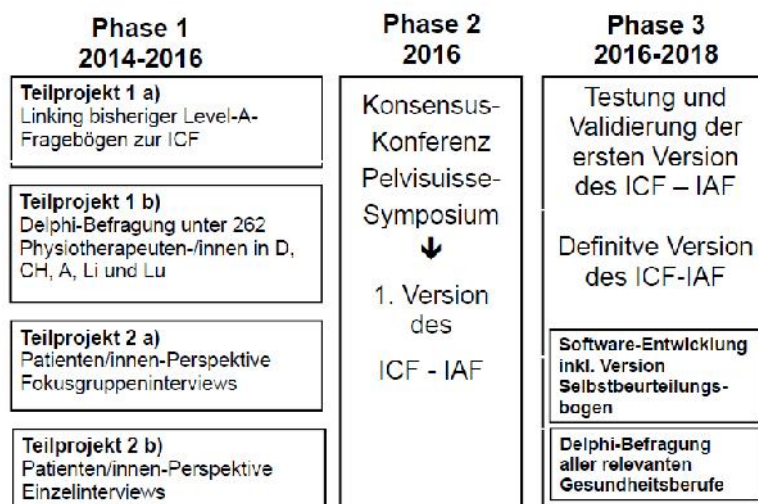


Abbildung 2: Phasen des Entwicklungsprozesses der ICF-IAF

Zu erwartende Resultate

Der ICF-IAF wird ein praktikabler Fragebogen zur Erfassung und Kontrolle der Probleme und Ressourcen bei Harn- und Stuhlinkontinenz sein. Die bestehenden Übersetzungen der ICF in über 90 Sprachen ermöglichen einen weltweiten Einsatz und leisten einen Beitrag zur Standardisierung von Therapie- und Forschungsprotokollen. Eine ansprechende und einfach zu handhabende Software wird zur Verfügung gestellt.

Projektstatus online:

http://www.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/person-detail.php?kurzz=koba

Projektmitarbeitende

Projektleitung

Dr. rer. medic. Barbara Köhler
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
Departement Gesundheit, Institut für Physiotherapie
Kontakt: barbara.koehler@zhaw.ch

Co-Projektleitung

Prof. Dr. Lorenz Radlinger
Berner Fachhochschule BFH
Departement Gesundheit, Institut für Biomechanik

Projektmitarbeitende MSc-Studierende des gemeinsamen Studienganges beider Fachhochschulen

Pascale Brand (BFH)
Irene König-Barbüda (BFH)
Stephanie Gass (BFH)
Manuel Kuhn (ZHAW)
nn.

Praxispartner

Madeleine Isler, Stadtspital Triemli Zürich, Leitung Therapien
Prof. Dr. med. Annette Kuhn, Chefärztin Urologie, Inselspital Bern

Anatomie des Beckenbodens

Thomas Shiozawa

Institut für Klinische Anatomie und Zellanalytik, Eberhard Karls Universität Tübingen

Der "Beckenboden" ist ein komplexer Halteapparat für die Bauch- und Beckenorgane mit vielen statischen und dynamischen Komponenten. Er erlangt evolutionär gesehen beim Menschen besondere biomechanische Bedeutung durch die Entwicklung des aufrechten Gangs. Beim Geburtsvorgang ist er großer Belastung ausgesetzt, da er die Passage des Kindes ermöglichen muss.

Klinisch wird der Beckenboden zunehmend als interdisziplinäre Herausforderung gesehen. Gynäkologen, Urologen und Proktologen operieren im selben Kompartiment, haben aber zum Teil eine sehr eigene topographische Sicht und unterschiedliche Terminologie. Aus anatomischer Sicht darf diskutiert werden, welche Strukturen wirklich existieren, und wie diese zu benennen sind.

Die Topographie für Operationen im Becken ist weiterhin sehr komplex weil sich viele relevante Strukturen auf einem engen Raum befinden. Dies limitiert sowohl die operativen

Möglichkeiten als auch die Manövrierfähigkeit. Der letzte Teil des Vortrags möchte sich mit klinisch-operativen Implikationen aus der Anatomie für chirurgische Verfahren beschäftigen.

PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING FOR STRESS URINARY INCONTINENCE

Kari Bø K

Professor, PhD, Physical therapist, Exercise scientist

Norwegian School of Sport Sciences, Dept of Sports Medicine, Oslo, Norway

The pelvic floor muscles (PFM) comprise the urogenital and pelvic diaphragm. It is a three-layer muscle group with several different muscles, all with different fiber directions. A voluntary contraction most probably is a mass contraction with a combination of squeeze around the pelvic openings and an inward lift. Several studies have shown that more than 30% of women are not able to contract the PFM correctly at their first consultation, even after thorough instruction. In addition, 49% may perform a contraction that has no effect on the urethral pressure. An effective PFM contraction lifts the levator plate inside the pelvis, reduces the levator ani hiatus, constricts the pelvic openings, increases the urethral pressure, and it may stop descent of the urethra during increase in intra-abdominal pressure. In order to perform a strong and quick contraction, the PFM must be well positioned and have sufficient cross-sectional area. A voluntary contraction before and during physical exertions such as coughing and sneezing (THE "Knack") can be learned, and can prevent urinary leakage and descent of internal organs. However, in healthy continent women, the PFM contraction is an automatic response. Voluntary contractions may only be used during single bouts of physical exertion e.g to prevent leakage during coughing or lifting. The aim of PFM training for stress urinary incontinence (SUI) is to build up the muscle function to the point where automatic response is possible. Morphological changes (reduction of levator hiatus area and muscle length, lift of the bladder and the rectal ampulla and increase in muscle volume) have been found in an assessor blinded randomized controlled trial after 6 months of PFM training.

Several randomised controlled trials (RCTs) have shown that PFM training for SUI and mixed urinary incontinence (MUI) is more effective than no treatment. Cure rates, defined as women's report of the condition vary between 56-70%, and cure rate defined as < 2 grams of leakage on pad test vary between 36-80 % for SUI women. There is a great heterogeneity in training programs, outcome measures and methodological quality between studies. Hence,

meta-analysis is difficult and often not recommended. However, more intensive training programs with close follow up and high adherence have demonstrated to be more effective than less intensive programs. Systematic reviews have shown that use of biofeedback together with PFM training gives no additional effect of training without biofeedback. In single studies showing additional effect of biofeedback the training dosage has been higher in the biofeedback group compared to the PFM training program. Equally, it is difficult to evaluate the effect of electrical stimulation and vaginal cones compared to PFM training. A variety of different apparatus, techniques, and protocols have been used and the studies are flawed with small sample sizes. To date there are no strong evidence for electrical stimulation for SUI. However, use of cones is more effective than no treatment. PFM training alone or in combination with cones or biofeedback is safe, not invasive and a physiological way to treat the condition. Consensus statements based on RCTs and systematic reviews recommend PFMT as first choice of treatment. PFM training can be given individually or in groups. Several studies have found no differences in effect between group and individual training.

In spite of strong evidence for PFMT for UI several articles have been published suggesting and evaluating the effect of alternative exercises to specific PFM training for treatment of SUI in women. A systematic review on the effect of these alternative methods was conducted of PubMed and PEDro to January 2013. The quality of randomised trials was evaluated using the PEDro scale. Each type of exercise was classified as being in a Development Phase, Testing Phase or Refinement and Dissemination Phase. Women with SUI and MUI with predominantly SUI were included. All other exercise regimens other than PFM training were included with a specific search of yoga, Tai Chi and Pilates. The primary outcome was urinary leakage. Seven randomised controlled trials were found: three on abdominal training, two on the Paula method and two on Pilates exercise. The methodological quality score ranged between 4 and 8 with a mean of 5.7. There was no convincing evidence for the effect of these exercise regimens so they remain in the Testing Phase. Because no randomised trials were found for posture correction, breathing exercise, yoga, Tai Chi and general fitness training, these were classified as bring in the Development Phase. It was concluded that there is not yet strong evidence that alternative exercise regimens can reduce urinary leakage in women with SUI. Alternative exercise regimens should not yet be recommended for use in clinical practice for women with SUI.

Litterature:

Bø K: Pelvic floor muscle training is effective in treatment of stress urinary incontinence, but how does it work? International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction 15:76–84, 2004

Bø K, Herbert R: When and how should new therapies become routine clinical practice? Physiother, 95, 51-57, 2009

Bø K, Herbert RD: There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. J Physiother 59:159-168, 2013

Bø K., Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M (Eds): Evidence based physical therapy for the pelvic floor. Bridging science and clinical practice. Churchill Livingstone, Elsevier, 2nd Ed, 2015

Pessar Versorgung – was hat die Physiotherapie damit zu tun?

Almut Köwing

Über 50 % der Frauen, die Kinder geboren haben leiden unter Descensus genitalis und/oder Urininkontinenz, im Alter deutlich zunehmend. Ein Anstieg der betroffenen Frauen wird mit Blick auf den demographischen Wandel zu erwarten sein. Als Vermeidungsstrategie schränken die Frauen ihre körperliche Belastung ein. Dies hat weitreichende Folgen und führt in der Regel zu Bewegungsmangel, Leistungsabbau, abnehmender sexueller Libido sowie Abnahme der Lebensqualität. Die Therapie der Wahl ist zunächst die konservative Therapie wie z.B.

Beckenphysiotherapie, lokale Östrogenisierung, Pessar Versorgung und Verhaltensmodulation.

Die Pessar Versorgung wird in Deutschland von Ärzten und zunehmend von nichtärztlichen Berufen vorgenommen z.B. in Kliniken vom Pflegepersonal, in ärztlichen Praxen durch Medizinische Fachangestellte (MFA). Spezialisierte Physiotherapeuten, mit abgeschlossener Physio Pelvica Ausbildung und zusätzlicher Fortbildung in Pessar Versorgung, sind ebenfalls geeignet die Pessar Beratung/Versorgung durchzuführen. Diese Therapeuten zeichnen sich durch ausführliche physiotherapeutische Diagnostik aus. Es wird, mit dem schriftlichen Einverständnis der Patientin, ein intravaginales Assessment der Beckenbodenmuskulatur und der Organposition durchgeführt, in Ruhe und unter Belastung, im Liegen und Stehen. Dies führt zu einer sicheren Einschätzung, ob die Frau für eine Pessar Versorgung geeignet ist. Mithilfe von sogenannten Anpass Pessaren kann das richtige Modell ausgewählt, angepasst und die Frau in das Selbstmanagement des Pessarwechsels eingewiesen werden. Während der weiteren Therapiesitzungen, in denen ein individuelles Beckenbodentraining und Verhaltenstraining angeleitet werden, können auftretende Fragen

beantwortet werden und kann ggf. ein weiteres Pessar ausprobiert werden, um das bestmögliche Resultat zu erreichen. Selbstverständlich müssen die hygienischen Bedingungen erfüllt sein, sowie die Reinigung, Desinfektion und Autoklavierung der Pessare gesichert sein.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Physiotherapeut ist Voraussetzung, indem der Arzt die Diagnose stellt sowie andere Krankheiten ausgeschlossen werden, die eine Kontraindikation zur Pessartherapie darstellen würden. Ggf. muss eine lokale Östrogenisierung in die Wege geleitet werden, bevor die Pessaranpassung erfolgen kann. Nach der Pessaranpassung muss sichergestellt werden, dass eine ungehinderte Miktion stattfindet. Eine regelmäßige gynäkologische Kontrolle der Vaginalschleimhaut durch den Arzt muss gewährleistet sein, auch wenn die Frau das Selbstmanagement des Pessarwechsels erlernt hat.

Dieses interdisziplinäre Arbeiten führt neben Aufschub oder Vermeidung von Operationen zu einer hohen Compliance und Eigenverantwortung der Frauen, einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik und dadurch zu einer Steigerung ihrer Lebensqualität.

Literatur

- Abdool Z., Thakar, R., Sultan, A.H. and Oliver, R.S., Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 22(3), pp. 273-277, 2011
- Adams EJ, Thomson AJM, Maher C, Hagen S. Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004010. DOI: 10.1002/14651858.CD004010.pub2., 2004
- Braekken et al; Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms; 2010
- Braekken et al; Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography, 2010
- Brazell HD1, Patel M, O'Sullivan DM, Mellen C, LaSala CA., The impact of pessary use on bowel symptoms: one-year outcomes, *Female Pelvic Med Reconstr Surg.*;20(2):95-8. doi:10.1097/SPV.000000000000060. 2014
- Brown C, Kearney R, Cook T (2015) Educational needs of healthcare professionals in caring for women with pelvic organ prolapse. A multi-professional survey. IUGA 2015 e-poster.
- Cardozo L, Abrams P, Khoury G, Wein A (eds) Incontinence. *Proceedings from the second International Consulting on Incontinence*. Health Publications, Plymouth, pp 579-634
- Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E, de Koning Gans H. A systematic review of estrogens for recurrent urinary tract infections: third report of the hormones and urogenital therapy (HUT) committee. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12: 15-20.
- Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E. A systematic review of the effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 892-7.

- Clemons et al; Patient satisfaction and changes in prolaps and urinary symptomes in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse; 2004
- Continence Foundation of Australia. Guidelines for the use of support pessaries in the management of pelvic organ prolapse (2012) www.clinicalguidelines.gov.au
- Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al.:The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol.* 196(4):405. e1-8, 2007
- Digesu et al; Inter-observer reliability of digital vaginal examination using a four-grade scale in different positions. 2008
- Frawley H. *Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different testpositions and tools.* *Neurourol Urodyn.* 2006;25(3):236-42.
- Frawley H. *Effect of test position on pelvic floor muscle assessment.* *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006 Jun;17(4):365-71. Epub 2005 Oct 5.
- Isherwood PJ. Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. *BJOG* 2000 Aug;107(8):1007-11.
- Kapoor D, Sultan A, Thakar R. Conservative versus surgical management of prolapse: does patient choice depend on symptom severity? ICS and IUGA Scientific Programme; Paris, France. 2004.
- Köwing et al; Vaginale und anorektale Untersuchung in der Physiotherapie, 2006
- Laycock J, Jerwood D. *Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme.* *Physiotherapy.* 2001;87(12):631-42
- Lone F1, Thakar R, Sultan AH., One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires.*Int Urogynecol J.* 2015
- Lukban JC, Aguirre OA, Davila GW, Sand PK: Safety and effectiveness of Colpexin Sphere in the treatment of pelvic organ prolapse. *Int UrogynecolJ.* 17(Q:a49-54, 2006.
- Richter, H.E., Burgio, K.L., Brubaker, L., Nygaard, 1.E., Ye, W., Weidner, A., Bradley, C.S., Handa, V.L., Borello-France, D., Goode, P.S.,Zyczynski, H., Lukacz, E.S., Schaffer, J., Barber, M., Meikle, S. & Spino, C., "Continence pessary compared with behavioural therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial", *Obsfetrics and gynecology*, vol. 15, no. 3, pp. 609-617; 2010
- Salvatore et al; Identification of risk factors for genital prolapse recurrence; 2009
- Tenfelde S1, Tell D, Thomas TN, Kenton K., *Female Pelvic Med Reconstr Surg.*;21(3):146-9. doi: 10.1097/SPV.000000000000154., Quality of life in women who use pessaries for longer than 12 months. 2015
- What is a pessary? Managing your pessary <http://www.cuh.org.uk/rosie-hospital/gynaecology/urogynaecology/managing-pelvic-organ-prolapse>
- Wiegersma M; Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. 2014

Arbeitskreise der AG GGUP



Arbeitskreise der AG GGUP

Bad Wörishofen

Klara Wißmiller
Kaufbeurerstr. 10
86825 Bad Wörishofen
Fon: +49 8247 997899
Fax: +49 8247 334439
Mail: Klara.Wissmiller@t-online.de

Berlin

Juliane Grohn
Innsbrucker Str. 35
10825 Berlin
Fon: +49 30 91708256
Fax: +49 30 91708278
Mail: kontakt@gng-physio.de

Hamburg

Franziska Liesner
Hofweg 21
22085 Hamburg
Fon: +49 40 2204113
Mail: franziska.liesner@gmx.net

Almut Köwing

Tannenbogen 12
21244 Buchholz
Fon: +49 4181 2939456
Fax: +49 4181 5710
Mail: info@almut-koewing.de

Hannover

Ulla Henscher
Fundstr. 11
30161 Hannover
Fon: +49 511 331779
Fax: +49 511 7120103
Mail: u-henscher@t-online.de

München

Eva Wilpert
Egerländerweg 1e
82140 Olching
Fon: +49 8142 418238
Mail: eva.wilpert@o2online.de

Nürnberg

Petra Linkenbach
Anna-Pirson-Weg 3
91052 Erlangen
Fon: +49 173 4893127
Fax: +49 9132 734537
Mail: petra.linkenbach@t-online.de

Ulrike Gumbmann
Am Wasserwerk 1 b
91074 Herzogenaurach
Fon: +49 9132 3491
Fax: +49 9132 734537
Mail: ulrike.gumbmann@gmx.de

Regensburg

Claudia Domke
Bergstraße 24
93152 Nittendorf
Fon: +49 9404 504441
Fax: +49 9404 961591
Mail: cdomke@claudia-domke.de

Ute Jordan
Johann-Mois-Ring 88
92318 Neumarkt
Fon: +49 9181 464713
Fax: +49 9181 464711
Mail: jordan.reges@gmx.de

Stuttgart

Nina Gärtner-Tschacher
Haußerstraße 47
72076 Tübingen
Fon: +49 7071 959679
Fax: +49 7071 959679
Mail: info@ninagaertner.de

Wilhelmshaven

Astrid Elpel-Schulze
Herbartstraße 55
26384 Wilhelmshaven
Reinhard-Nieter-Krankenhaus gGmbH
Ltd. Physiotherapeutin, Physikalische Therapie
Friedrich-Paffrath-Straße 100
26389 Wilhelmshaven
Fon: +49 4421 32728 (zu Hause)
Fon: +49 4421 891576 (Arbeit)
Fax: +49 4421 891674 (Arbeit)
Mail: Astrid.Elpel-Schulze@t-online.de
Mail: Astrid.Elpel-Schulze@rnk-whv.de

Kooperierende Arbeitskreise:

Bremen

Loes De Nijs-Renken
Busestraße 59
28213 Bremen
Fon: +49 421 2239309
Mobil: +49 170 5327773
Mail: de-nijs-renken@nord-com.net

Dresden

Elena Steinhardt
KH Dresden Friedrichstadt - Städtisches Klinikum
Zentrum für physikalische und rehabilitative Medizin
Friedrichstraße 41
01067 Dresden
Mail: lotosbluete-dresden@t-online.de

Erkelenz

Astrid Landmesser
Krefelderstr. 5
41812 Erkelenz
Fon: +49 2431 980390
Fax: +49 2431 980393
Mail: astrid.landmesser@t-online.de

Köln / Bonn / Düsseldorf

Susanne Gottschall
Paulistr. 19
50933 Köln
Fon: +49 221 495744
Mail: info@susanne-gottschall.de

Leipzig

Michael Maiwald
Rudolf-Virchow-Straße 2
04552 Borna
Fon: +49 3433 211880
Mobil: +49 152 54777595
Fax: +49 3433 211881
Mail: michael.maiwald@sana.de

Mainz

Karin Saulheimer
Rüdesheimer Str. 7
55545 Bad Kreuznach
Fon: +49 671 2985959
Mail: karin.saulheimer@web.de

Die AG dankt folgenden Sponsoren:

- Astellas Pharma GmbH
- Dr. Pflieger GmbH
- Med. Fachbuchhandlung J. Alt
- emteva UG
- exico GmbH
- Innocept Biobedded Medizintechnik GmbH
- Inspired Medical Systems GmbH
- Medesign Ingenieur Consulting GmbH
- Novotec Medical GmbH
- MED.SSE-System GmbH
- PINO Pharmazeutische Präparate GmbH