

Physiotherapie während und nach der Schwangerschaft

Die Beckenbodenmuskulatur phasengerecht stärken

SONJA SOEDER

Die Vielfalt des Funktionskreises Beckenboden erfordert für eine gezielte physiotherapeutische Intervention eine ganzheitliche Betrachtung und eine genaue Diagnostik. Der Beckenboden kontrolliert nicht nur Miktion und Defäkation, er hat auch großen Einfluss auf die Beckenringfunktion. Die Schwangerschaft ist eine Phase, die dieses fein abgestimmte System empfindlich stören kann. Eine phasenadaptierte Physiotherapie kann das Schlimmste vermeiden.

Betrachtet man die anatomischen Verbindungspunkte der Beckenbodenmuskulatur zum knöchernen Becken, erklärt sich die hohe Spezifikation der einzelnen muskulären Abschnitte der Beckenbodenmuskulatur und deren Zusammenspiel mit der Wirbelsäule. Daraus ergeben sich weitere Wechselwirkungen durch funktionelle Bewegungsabläufe, diese beziehen den Rumpf, das Zwerchfell und die Extremitäten mit ein.

Die funktionelle Anatomie bildet die Grundlage zum Verständnis der Vielfalt an Indikationen für eine gezielte Physiotherapie im Beckenbodenbereich. Dazu gehören beispielsweise Insuffizienz der Beckenbodenmuskulatur, akute und

chronische Schmerzen im Beckenbereich und Blockierungen des Iliosakralgelenkes. Weiterhin ist die Physiotherapie vor, während [5] und nach der Schwangerschaft ebenso wie prä- oder postoperativ als wertvolle Intervention zu betrachten, um sowohl im präventiven Bereich zu schützen, als auch das postoperative Ergebnis funktionell zu stabilisieren und Fehlverhalten zu verhindern.

Physiotherapie in der Schwangerschaft – gezielt Nebenwirkungen vermeiden

Schwangerschaft ist keine Krankheit und dennoch verändert sich das Verhalten der meisten Frauen hinsichtlich der Aktivität. Dies ist häufig eine Reaktion auf die physiologischen körperlichen Veränderungen:

erhöhter Sauerstoffverbrauch, Gewichtszunahme und Tonusveränderung der Muskeln bzw. des Bandapparates, welche mit Symptomen wie Müdigkeit, herabgesetzter Leistungsfähigkeit, Kurzatmigkeit sowie Rückenschmerz einhergehen. Die sehr von Emotionalität geprägte Lebenssituation der Frauen fordert die gesamte Schwangerschaft hindurch in allen Bereichen eine professionelle Unterstützung. In der Physiotherapie gibt es spezielle Weiterbildungen, welche auf die „anderen Umstände“ eingehen und die Physiotherapeuten gezielt schulen.

Beckenbodenprotektion durch Physiotherapie

Die schwangerschaftsbedingten Veränderungen können zu verschiedenen Symptomen oder starken Beschwerden führen. Im Vordergrund steht die durchgehend erhöhte statische Belastung auf den Beckenboden und die Wirbelsäule, insbesondere die Gewichtsverlagerung nach ventral trägt hier einen entscheidenden Teil bei. Salvesen et al. [5] haben nachgewiesen, dass Beckenbodentraining während der Schwangerschaft das Auftreten von Schmerzzuständen und Inkontinenz während und nach der Schwangerschaft deutlich senkt und die Austreibungsphase verkürzt. Die Physiotherapie sollte spätestens zu Beginn der Schwangerschaft einsetzen. Der gezielte physiotherapeutische Befund erfragt nicht nur die momentane Situation, sondern auch anamnestische Dispositionen (Diabetes, Thrombosen), die Alltagsbelastungen und die Arbeitssituationen. Dies ist notwendig hinsichtlich der Belastungen und Anforderungen in den verschiedenen Berufsgruppen: Sekretärin vs. Verkäuferin vs. Sängerin vs. Sportlerin.

Weitere klassische Schwangerschaftsbeschwerden sind Ödeme, Varizen, Obs-



Fotos (4): S. Soeder

Abb. 1: Entlastungsposition für den Beckenboden – eine Übung, die auch schon für die frühe Rückbildungsphase geeignet ist



Tabelle 1

Beispiele für physiotherapeutische Interventionen im Rahmen einer Schwangerschaft

1. Ödeme, Muskelatrophie, Kreislaufdysregulation

- Treppensteigen mit Einsatz der Muskelpumpe, dies ist dem Trainingszustand anzupassen
- Bewusste Abrollphasen im Gehen, auch bergauf
- Lymphdrainage
- Güsse morgens beim Duschen
- Kompressionsstrümpfe
- Bindegewebsmassage

2. Dyspnoe, Atembeschwerden, Sodbrennen

- Atemerleichternde Positionen
- Entspannungstherapie
- Angepasstes Kreislauftraining
- Packegriffe, Atemtherapie
- Dehnungspositionen in verschiedenen Ausgangsstellungen
- Mobilisation der Brustwirbelsäule

3. Schulter-Nacken-Schmerz, Rückenschmerz, Muskelkrämpfe, Fußschmerzen, Peri Partum Pelvic Pain, „Senkungsgefühl“, instabiles Becken

- Haltungskorrektur
- Entlastungspositionen
- Ergonomie im Alltag
- Krankengymnastisches Übungsprogramm mit und ohne Hilfsmittel (Theraband, Pezziball)
- Dehnungen der Muskulatur
- Fußmassage durch den Partner oder mit Igelball
- Eigenübungen (unspezifische Lockerung der Brustwirbelsäule und Schultergürtelmuskulatur)
- Triggerpunktbehandlung, manuelle Therapie
- Segmentale Stabilisationsübungen integriert mit Atmung und Beckenboden in verschiedenen Ausgangsstellungen (Rückenlage, Seitlage, Sitz, Stand, Bewegung)
- Manuelle Therapie
- Hilfsmittel (Beckentuch oder Symphysengurt)

tipation, Kreislaufdysregulation, Drangblase, Peri Partum Pelvic Pain, Rückenschmerzen, Schulter-Nacken-Syndrom, Karpaltunnelsyndrom, Atembeschwerden, Sodbrennen, Muskelkrämpfe, Fußschmerzen und empfindliche Brüste.

Durch gezielte Maßnahmen, die in den Alltag integriert sind, oder ergonomisches Verhalten bei der Arbeit erhalten die Frauen eine schnelle Linderung und Kompensationsmechanismen werden vermieden (Tab. 1, Abb. 1–3).

Die Physiotherapie bedient sich verschiedener, zum Teil standardisierter Untersuchungsmethoden, die in die individuelle Befundaufnahme einfließen. Hier möchte ich nur einige beispielhaft nennen: Thrombosedruckpunkte, Umfangsmessungen, Miktionsprotokoll, PAD-Test, VAS-Skala, Vorlaufest der Spina iliaca posterior superior, PPPP-Test (Posterior Pelvic Pain Provocation Test [3]), neurologische Reflexpunkte, Muskelfunktionsprüfungen nach Janda im Oxford-Schema, Assessment Schema PERFECT nach Laycock (Tab. 2). Digitale Untersuchungen werden nur bei Nichtschwangeren oder post partum nach Beendigung des Lochialflusses durchgeführt von speziell geschulten Physiotherapeuten. Während der

Schwangerschaft wird am Perineum von außen getastet oder ein Oberflächen-EMG mit externen Klebelektroden durchgeführt, dies ist auch als gezieltes Beckenbodentraining mit Biofeedback-Heimgerät unter Kontrolle der Physiotherapie möglich. Nach Bø [1] wird empfohlen, die Beckenbodenkraft gemäß ihrer funktionellen Kontraktionsfähigkeit zu testen. Dies geschieht im funktionellen Zusammenhang mit den Synergisten (Zwerchfell und M. transversus), Test mit Pressmanöver als Belastungstest und nur mit korrekter Kontraktion. Ich empfehle diese Untersuchungen auch im Sitz oder Stand durchzuführen, da dies die Alltagssituation am ehesten widerspiegelt und den Übergang von Befund zur Therapie bis hin zum Alltagsstraining ermöglicht.

Die physiotherapeutische Geburtsvorbereitung

Vor Beginn ist es notwendig, folgende Daten der Schwangeren zu erfassen: Name, Geburtstermin, aktuelle Schwangerschaftswoche, Alltagsbelastungen, Beschwerden, Störungen. Manchmal ergibt es sich aus der persönlichen Situation, dass eine Einzeltherapie zur Geburtsvorbereitung sinnvoller erscheint (Tab. 3).

Tabelle 2

PERFECT-Schema nach Laycock 1994

Bestandteil	Einheit	Erklärung
P: Power – Kraft	Oxford 0–5	0–1: keine Bewegung fühlbar oder sichtbar 2: fühlbare Kontraktion 3: normale Muskelkraft, Kontraktion am Dammsichtbar 4: Elevation möglich, deutliche Kraft spürbar 5: starke Muskelkraft, einsaugender Effekt auf Finger, bei gleichzeitiger Palpation wird Spannung gehalten
E: Endurance – Ausdauer	0–10 sec	Submaximale Kontraktion von 60–80% der Maximalkraft für 10 sec Dauer
R: Repetition – Wiederholungen	0–10	Ausdauer muss über längeren Zeitraum wiederholbar sein, dies geschieht zehnmal mit ca. 4 sec Pause
F: Fast Twitch – Schnellkraft	0–10	Nach einer Minute Pause soll zehnmal schnell mit Maximalkraft angespannt werden
ECT: Every Contraction Timed – Koordinationsfähigkeit der Muskeln	–	Zusammenfassung des Ergebnisses in Hinblick auf Therapie und Alltagsbelastungen, Dokumentationsbeispiel: PERF = 3429, Schwerpunkt muss auf die ausdauernde Muskulatur gelegt werden

Physiotherapie im frühen Wochenbett

In Zeiten der ambulanten Geburt muss sich auch die Physiotherapie im frühen Wochenbett der Lebensplanung der Frauen stellen. Eine sehr gute Möglichkeit bietet die gezielte Geburtsvorbereitung. Die jungen Mütter stellen sich nach der Entbindung sofort den Anforderungen des Alltags, dies beinhaltet neben Heben, Tragen und Versorgung des Kindes auch eine neue familiäre Situation im Rausch der Emotionen. Dies darf uns nicht vergessen lassen, das gerade im frühen Wochenbett eine vulnerable Zeit des Beckenbodens und der körperlichen Belastung liegt. Durch die Betreuung der Hebamme und in einer physiotherapeutischen Ein-

zelbehandlung oder im Rückbildungskurs können physiologische Veränderungen gut bewältigt und die schrittweise Rückbildung unterstützt werden. Die vaginale Entbindung hinterlässt Überdehnungen in bindegewebigen und muskulären Strukturen [2, 7, 8], ebenso kann der N. pudendus überdehnt [6, 9] oder geschädigt werden [4]. Früh- und Spätfolgen wie Beckenbodendesensus, Miktionsstörungen, Defäkationsstörungen, sexuelle Dysfunktionen, Flatus vaginalis und Schmerzen kann eine gezielte Physiotherapie entgegenwirken. Die Bauchmuskulatur wird durch den Hormoneinfluss hypoton und benötigt im postpartalen überdehnten Zustand ein funktionelles Training der lokalen und globalen Muskeln, wel-

ches in Kombination mit Atmung und schrittweisen sanften Beckenbodeneinsatz die Rückbildung unterstützt und Spätfolgen vorbeugt. Intensive Maßnahmen in Einzeltherapie sind bei Störungen oder Geburtstraumen indiziert, wie z. B. Harnverhalt, Miktionsstörungen, Obstipation, Dammriss oder Coccygodynien. Die Therapie richtet sich nach dem Befund und der Diagnose.

Ziele der Physiotherapie im Wochenbett und der Rückbildung sind: Wahrnehmungsschulung, Entlastungspositionen (Abb. 1), Kräftigung der umgebenden und stabilisierenden Muskulatur, Anregung des Stoffwechsels und Kreislaufs, Normalisierung von Blasen- und Darmfunktion, Schmerzlinderung, funktionelles

Tabelle 3

Physiotherapeutische Geburtsvorbereitung nach dem Konzept von Menne-Heller

1. Information

Anatomie, knöchernes Becken als Geburtsöffnung, Weichteil-Geburtsbecken, Funktionseinheit der abdomino-pelvinen Körperhöhle, Kontaktaufnahme Kreißsaal, Mutterpass, klassische Störfaktoren, Geburtsängste, Geburtsschmerz, Ernährung, Körperpflege, Verhalten, Stillvorbereitung, begleitende Anwendungs- und Behandlungsmethoden

2. Körperarbeit

Statik (Sitzen, Gehen, Stehen, Alltagsverhalten, Heben, Tragen), Mobilisation und Dehnung (Wirbelsäule, Hüftgelenke, Adduktoren), Stabilisierung (Rücken – Bauchmuskulatur), Entstauungstherapie (Muskelpumpe, Lagerung), Beckenboden (Erklären, Wahrnehmen, Sensibilisieren, Reaktivieren, Aktivieren)

3. Atemarbeit

Kostoabdominale Atembewegung, Atem in der Eröffnungsphase, Atem in der Übergangsphase und Schwingen, Schieben und Atem in der Austreibungsphase

4. Körperwahrnehmung

Spannungsregulierung in Ruhe und Bewegung, funktionelle Entspannung, Feldenkrais

5. Schwangerschaftsbeschwerden und -probleme

Kreuzschmerz, Ischiasbeschwerden, Symphysenbeschwerden, vorzeitige Wehen, Beckenendlage, Vena-cava-Syndrom

6. Geburtserleichterndes Verhalten

Vorteile der vertikalen und halbvertikalen Gebärpositionen, Einsatz von Körperaktivität, Gebärstellung des Beckens, Ermutigung zur Mobilität, Entlastungspositionen, Atemhilfen, Wehenintensität, Herausschieben des Kindes, Bondingphase, Partnerbegleitung: Massagegriffe, Unterstützende Maßnahmen beim Atmen, Schieben, Stütze, Halten, Einsatz von Hilfsmitteln (Knotentuch)

Geburtsvorbereitung in der Gruppe

1. von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert mit 12–14 Kurseinheiten von jeweils 60 Minuten
2. Gruppengröße: 10–12 Schwangere oder 5–6 Paare
3. offene oder geschlossene Kurse
4. feste Themenkreise sinnvoll, um zu bestimmten Terminen Hebamme, Stillberaterin, Säuglingsschwester, Ernährungstherapeut zur Vertiefung der Themenkomplexe einzuladen
5. bei Partnerterminen muss dies in der Gruppe besprochen sein, so dass sich keine Frau isoliert oder allein gelassen fühlt
6. soziale Kontakte und Austausch möglich
7. keine Therapie

Geburtsvorbereitung als Einzeltherapie

1. individuelles Trainingsprogramm
2. gezielte Behandlung von Bewegungseinschränkungen und Schmerzen möglich
3. Partnertermin kann vom Paar entsprechend der Lebenssituation bestimmt werden
4. Verhaltenstraining post partum individuell besprochen
5. individuelle Kontakte zu Hebamme, Stillberatung, Ernährungstherapie
6. bei bereits vorhandenen Kontinenzstörungen Therapie möglich
7. Schmerzen oder Funktionsstörungen der Wirbelsäule werden mitbehandelt (Beispiel: Symphysenschmerz, HWS-Syndrom)
8. Therapie möglich



Abb. 2: Übungen im Sitzen sind für alle Phasen vor, während und nach der Schwangerschaft geeignet. Durch gezielte Anspannung werden physiologische Bewegungsmuster gebahnt und stabilisiert.



Abb. 3: Durch Übungen mit den Theraband wird der Beckenboden integriert in die Muskelketten trainiert.



Beckenbodentraining und Bauchmuskultraining. Dies gilt für die Sectio caesarea ebenso wie für die Spontangeburt.

Physiotherapie als Rückbildung

Die Rückbildung beginnt bei den gesetzlichen Krankenkassen zwischen der vierten und sechsten Woche post partum. Seit 1. Mai 2003 gibt es auch eine Abrechnungsposition für Physiotherapeuten, es wird lediglich eine ärztliche Verordnung über zehnmal Rückbildung post partum in der Gruppe oder in Einzeltherapie (dann sechsmal) benötigt. Die Rückbildung ist auch für Frauen nach einem Kaiserschnitt indiziert.

Der Unterschied zum frühen Wochenbett liegt in der Intensität und Dauer der Anspannungen und Trainingseinheiten im Heimprogramm und bewirkt ebenso wie eine Beckenbodenschule eine Protektion hinsichtlich der nächsten Schwangerschaft und auch der Alltagsbelastungen, wie funktionelles, rückenfreundliches Heben und Tragen entlastet den Beckenboden. Alle Frauen werden mit einem Heimübungsprogramm und Tipps für den Alltag entlassen.

Abschließend möchte ich auf die Frauen mit spätem medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch oder Totgeburten hinweisen, diese sollten von ärztlicher Seite hinsichtlich der Rückbildungsgymnastik nicht vergessen werden – sie benötigen unsere intensive Zuwendung.

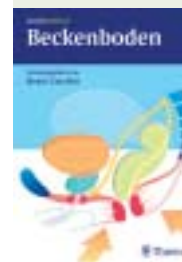
Physiotherapeutische Weiterbildung

Die Arbeit in der Gynäkologie und Geburtshilfe erfordert für Physiotherapeuten spezielle Weiterbildungen und regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Die Autorin dieses Beitrags ist Referentin und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie im Zentralverband der Physiotherapeuten in Deutschland (AG GGUP im ZVK) und informiert gern über entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten. Auch stellt sie auf Wunsch eine Liste entsprechend weitergebildeter Therapeuten zur Verfügung.

Sonja Soeder

Leitung Physiotherapie Deutsches Beckenbodenzentrum, St.-Hedwig-Krankenhaus
Tel.: (0 30) 23 11 27 42
E-Mail: s.soeder@alexius.de

Buchtipps zum Thema



Carriere B. (Hrsg.)
Der Beckenboden
Thieme 2003
89,00 €
ISBN: 783131300010



Hüter-Becker A.,
Dölken M.
Physiotherapie in der Gynäkologie
Thieme 2004
24,95 €
ISBN: 3131294612



Heller A.
Geburtsvorbereitung Methode Menne-Heller
Thieme 1998
49,95 €
ISBN: 3131109718

Sonja Soeder

Deutsches Beckenbodenzentrum
Physiotherapie
Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin