



Mehr als nur Anspannen

Inkontinenz und Beckenbodentraining im Sport Viele Sportlerinnen und Sportler leiden unter Inkontinenz, obwohl man vermuten könnte, dass deren guter Trainingszustand den Beckenboden einschließt. Doch das Gegenteil ist häufig der Fall, und Stuhl- und Harninkontinenz sind für viele bis heute ein Tabuthema. Physiotherapeut*innen können helfen, Symptome frühzeitig zu erkennen und ein systematisches, bestenfalls präventives Beckenbodentraining einzuleiten – angepasst an den Trainingsplan.

➔ Jede zweite Frau und fast jeder siebte Mann sind im Laufe ihres Lebens von Harninkontinenz betroffen – mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit deutlich [1]. Eine Stuhlinkontinenz betrifft bis zu 15% der Erwachsenen, unabhängig vom Geschlecht [2].

Zu den allgemeinen Risikofaktoren zählen Schwangerschaft, vaginale Geburten, höheres Lebensalter, Übergewicht, chronische Bronchitis und hormonelle Veränderungen. Diese Faktoren erklären, warum Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Hinzu kommt die anatomische Struktur: Der weibliche Beckenausgang ist weiter, die Muskelmasse geringer und der Anteil an Bindegewebe höher. Bei Männern stabilisiert die Prostata zusätzlich Blase und Harnröhre, da sie die Harnröhre umgibt und den Raum zwischen Blasenboden und Beckenboden ausfüllt.

Eine Frage der Intensität

Trainierte Menschen sind in der Regel körperlich fitter als untrainierte. Es liegt daher nahe, zu glauben, dass das auch in Bezug auf den Beckenboden gilt und damit Sportler*innen seltener unter Inkontinenz leiden. Doch wissenschaftliche Untersuchungen zeigen ein anderes Bild: Inkontinenz tritt im Sport überraschend häufig auf. Besonders betroffen sind Trampolinspringerinnen: 80% von ihnen berichten über Harninkontinenz [3], gefolgt von Turnerinnen und Volleyballerinnen (👁 ABB. 1, S. 46) [3].

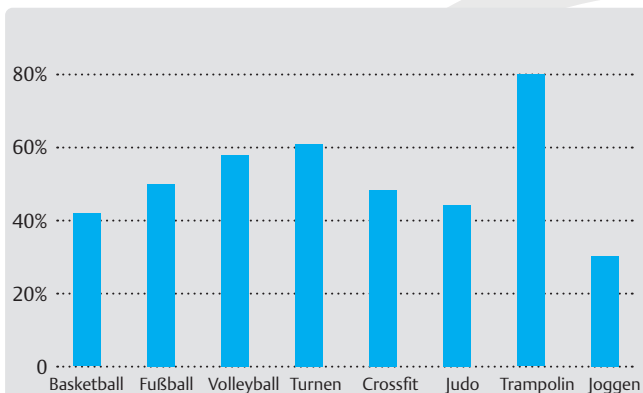


ABB. 1 Prävalenz von Inkontinenz bei Sportlerinnen [3]

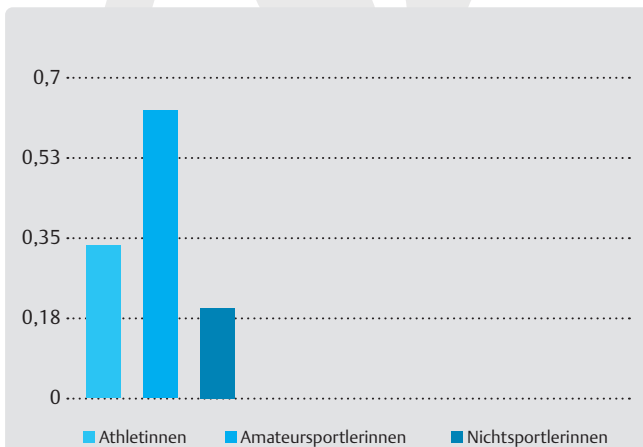


ABB. 2 Beckenbodenkraft von Athletinnen, Amateursportlerinnen und Nichtsportlerinnen im Vergleich [6]

Manche Studien zeigen, dass der Sport eine Inkontinenz sogar begünstigen kann – abhängig von der jeweiligen Sportart. Denn je höher die Stoßbelastung, desto häufiger treten Symptome auf. Zudem spielen die Trainingsdauer und -häufigkeit eine Rolle [4]. Vor allem bei Kraftsportarten wie Powerlifting, CrossFit und Gewichtheben geben Studien Hinweise darauf, dass der Sport selbst als Auslöser wirken kann [5]. Entscheidend scheint die Druckerhöhung im Bauchraum zu sein – oft begleitet von einer Aktivierung der Bauchmuskulatur, ohne dass der Beckenboden zuvor angespannt wird. Dieses unkoordinierte Zusammenspiel führt dazu, dass die Muskulatur nicht angemessen auf die Belastung reagiert. In vielen Fällen fehlt es zudem an ausreichender Kraft im Beckenboden.

Eine weitere Beobachtungsstudie mit 54 gesunden, jungen Frauen konnte 2024 zeigen, dass Profisportlerinnen in Bezug auf ihre Beckenbodenkraft schlechter abschnitten als Amateurinnen (☞ ABB. 2) [6]. Jene hatten wiederum bessere Werte als Probandinnen, die sportlich gar nicht aktiv waren. Was die Beckenbodenkraft

positiv beeinflusst, scheint demnach laut den Forschenden dieser Studie ein regelmäßiger Sport mit geringer oder moderater Belastung zu sein.

Überlasteter Beckenboden

Der Beckenboden gehört zur rumpfstabilisierenden Muskulatur. Gemeinsam mit den Rückenmuskeln (Mm. multifidi), der tiefen Bauchmuskulatur (M. transversus abdominis) und dem Zwerchfell (Diaphragma pulmonale) sorgt er für Stabilität der Wirbelsäule und kontrolliert den Druck im Bauchraum. Dabei übernimmt er eine zentrale Aufgabe: Er verhindert, dass der Druck nach kaudal entweicht – denn genau dort kann er sich negativ auf die Beckenorgane und die Kontinenz auswirken.

Im Alltag arbeitet der Beckenboden meist unbemerkt. Er reagiert auf Belastungen mit genau der Aktivität, die nötig ist, um Stabilität und Kontinenz zu sichern. Doch liegt bereits eine Funktionsstörung vor, gelingt diese Anpassung nicht mehr zuverlässig [7]. Die Muskulatur reagiert nicht angemessen, und bei starker oder wiederholter Belastung kann sie den Druck nicht mehr ausgleichen. Mit der Zeit entstehen dann Symptome – bei Frauen und bei Männern –, auch wenn die öffentliche Wahrnehmung oft ein anderes Bild vermittelt.

Inkontinenz betrifft auch Männer

Männer leiden ebenfalls unter Harn- und Stuhlinkontinenz – sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im Sport. Und gerade hier ist Inkontinenz nach wie vor ein Tabuthema. Sportler*innen glauben, dass sie einfach dazugehört, und vermeiden es deshalb, Hilfe zu suchen [5].

Die persönliche Wahrnehmung von Inkontinenz untersuchte eine norwegische Studie 2022. Die Forschenden rekrutierten dazu 180 Gewichtheberinnen und 204 Gewichtheber (☞ ABB. 6, S. 48) [8]. Die Ergebnisse zeigen: Stuhlinkontinenz trat bei Frauen und Männern gleichermaßen auf. Da meist ein Grad 1 der Stuhlinkontinenz, die sogenannte Windinkontinenz vorlag, empfanden die meisten der betroffenen Männer diese als nicht belastend. Die von Harn- und Stuhlinkontinenz betroffenen Frauen beschrieben hingegen in 89% der Fälle einen negativen Einfluss der Symptome auf ihre sportliche Leistungsfähigkeit.

Wahrnehmung versus Aktivierung

Zumeist liegt das Defizit beim Thema Inkontinenz in der Aufklärung. Nicht alle Sportler*innen und Trainer*innen wissen, was der Beckenboden leistet und wie hilfreich gezieltes Training sein kann. Dabei belegen Studien eindeutig den Nutzen: Frauen, die ihren Beckenboden gezielt trainieren, verbessern Kraft und Symptome schneller und deutlicher als untrainierte Frauen [9].

Die Beckenbodenkraft ist bei sportlich aktiven Menschen und im Leistungssport nicht automatisch größer als im Freizeitsportbereich oder bei weniger aktiven Menschen. Das zeigen vergleichende Studien – auch wenn es bisher nur wenige Daten zu Männern gibt [6, 10]. Entscheidend ist nicht nur die Kraft, sondern das Zusammenspiel der rumpfstabilisierenden Muskulatur mit der Atmung. Der Körper sollte den Druck im Bauchraum möglichst nach oben (kranial) ableiten.

Viele Menschen tun sich schwer damit, den Beckenboden bewusst zu spüren und gezielt zu aktivieren. Das betrifft sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch Athlet*innen. In Studien konnten nur 35–47 % von untersuchten Frauen ihren Beckenboden willentlich korrekt anspannen [11–13]. Die übrigen Frauen übten entweder Druck nach kaudal aus statt nach kranioventral oder aktivierten die Muskulatur gar nicht. Das Gefühl, etwas richtig zu machen, bedeutet nicht automatisch, dass es auch korrekt geschieht. Um sicherzugehen, dass Wahrnehmung und Aktivierung stimmen, braucht es eine direkte Überprüfung der Muskulatur, die Physiotherapeut*innen übernehmen können.

Viele Menschen – besonders Sportler*innen – gewöhnen sich an, bei körperlicher Anstrengung Druck nach unten aufzubauen. Häufig halten sie dabei die Luft an oder pressen. Solange keine deutlichen Symptome wie Senkungen oder Inkontinenz auftreten, bleibt dieses Muster meist unbemerkt.

Symptome erkennen und Hilfe suchen

Treten erste Beschwerden auf – etwa Harnverlust bei Belastung, unkontrollierbare Winde oder ein vaginales Schweregefühl sowie Schwierigkeiten bei der Darmentleerung –, sollte eine ärztliche Abklärung an erster Stelle stehen. Frauen lassen sich dafür gynäkologisch untersuchen und ziehen bei Bedarf zusätzlich eine urologische oder proktologische Fachperson hinzu. Männer wenden sich an eine urologische und/oder proktologische Praxis.



Nur 35 – 47% der Frauen können ihren Beckenboden bewusst anspannen.

Anschließend ist eine Physiotherapie empfehlenswert – nicht nur bei Inkontinenz, sondern auch bei Schmerzen, die in diesem Zusammenhang häufig auftreten. Für eine wirksame und fachgerechte Behandlung lohnt sich die Suche nach Therapeut*innen, die auf Beckenbodentherapie spezialisiert sind. Da es in vielen Regionen an ausreichend spezialisierten Fachkräften fehlt, kann die Therapeutenliste der AG GGUP, einer Arbeitsgemeinschaft im Verband Physio Deutschland e. V., bei der Suche helfen. Für Therapeut*innen bietet die AG zudem evidenzbasierte Fortbildungen rund um den Beckenboden an.

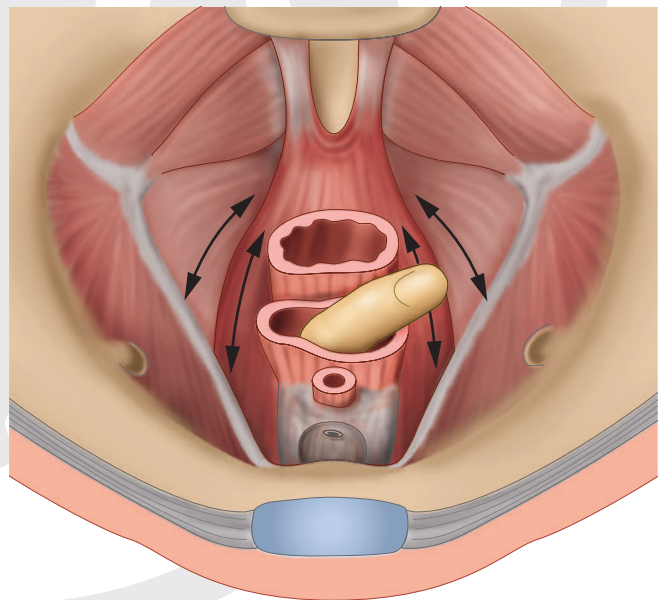
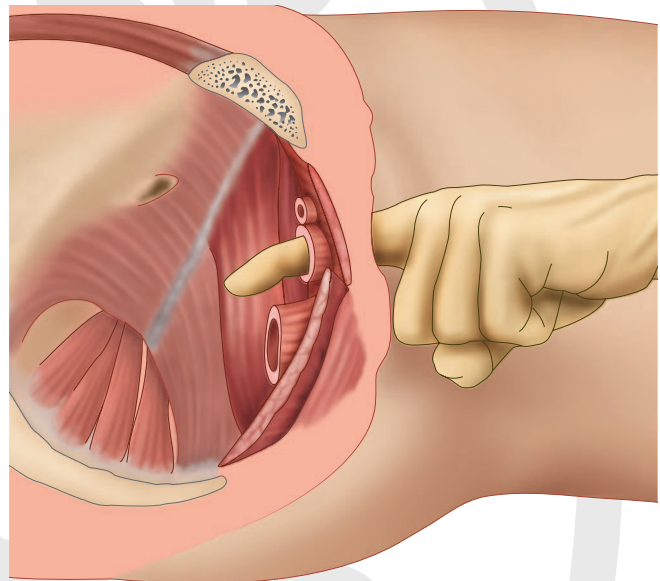
Bewegungsausführung entscheidend

Zur physiotherapeutischen Diagnostik gehört neben der Anamnese die interne Funktionsuntersuchung. Therapeut*innen beurteilen dabei vaginal und anorektal per Sicht- und Tastbefund die Kraft und Funktion der Beckenbodenmuskulatur sowie die Lage der Organe (☞ ABB. 3). Einige Praxen bieten zusätzlich Ultraschall-Biofeedback-Untersuchungen an. Diese Verfahren gehören allerdings nicht zur regulären Therapie, sondern gelten als Privatleistungen.

Nach der Untersuchung entwickeln Therapeut*in und Patient*in gemeinsam einen individuellen Therapieplan. Dabei berücksichti-

gen sie sowohl Nah- und Fernziele als auch die Belastungen im Alltag und beim Sport.

In der Beckenbodentherapie gelten heute keine pauschalen Verbote mehr. Wie viel Druck im Bauchraum entsteht, hängt stark von der Bewegungsausführung ab. Eine Studie von Shaw et al. aus dem Jahr 2014 untersuchte die Druckentwicklung bei sportlich aktiven Frauen mithilfe vaginaler Sensoren – und stellte große Unterschiede bei gleicher Belastung fest [18]. Deshalb spielt die Art der Bewegung oft eine größere Rolle als die Bewegung selbst.



Quelle: Henscher U. Physiotherapeutische Untersuchung bei hyperaktivem Beckenbodensyndrom. In: Henscher U, Hrsg. Physiotherapie in der Gynäkologie. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2022

ABB. 3 Transvaginale Palpation des Beckenbodens: Der M. pubococcygeus ist an der lateralen Scheidenwand, der M. puborectalis an der dorsalen Scheidenhinterwand zum Rektum hin zu tasten.

Das Ziel der Therapie ist es, dass die Betroffenen wieder fit genug für ihren Alltag und den Sport werden. Sie sollen alles tun können, was ihnen Freude macht – ohne sich dabei zu schaden. Zu Beginn der Behandlung kann es aber sinnvoll sein, die Belastung vorübergehend zu reduzieren.

Gezieltes Training – mehr als nur Anspannen

Zu Beginn der Therapie stehen Erklärungen zur Anatomie und Physiologie des Beckenbodens und eine Aufklärung zum Verhalten im Alltag, beim Trinken und bei der Blasen- und Darmentleerung. Beraten wird hier über eine adäquate Trinkmenge (mindestens 1,5–2 Liter/Tag) und Blasenfüllung, die normalerweise bei 350–500 ml liegen sollte. Zudem ist es wichtig, drangabhängig zur Toilette zu gehen und bei der Entleerung weder zu drücken noch zu pressen.

Danach folgen die Wahrnehmung des Beckenbodens und die korrekte Aktivierung zum Beispiel mithilfe von Anleitungen wie der Vorstellung, Harndrang zurückhalten zu wollen. Im nächsten Schritt koordinieren die Patient*innen ihre Beckenbodenaktivität mit der Atmung und der tiefen Bauchmuskulatur, insbesondere dem M. transversus abdominis. Je nach Ergebnis der Funktionsuntersuchung beginnt anschließend die Kräftigung der Muskulatur. Wenn vor allem die Schnellkraft unzureichend ist, wird im Training das schnelle Aktivieren der Beckenbodenmuskulatur geübt. Können die Patient*innen die Muskelanspannung nur wenige Sekunden halten, wird die Kraftausdauer im Fokus stehen. Kraft- bzw. Hypertrophietraining sind fast immer Teil des Trainings. Dabei lohnt es sich, den Beckenboden zunächst isoliert zu trainieren, bevor die Übungen mit Alltagsbewegungen oder sportlichen Aktivitäten kombiniert werden. Studien belegen die positiven Effekte dieser isolierten Kräftigung eindeutig. Gezieltes Beckenbodentraining gilt als First-Line-Therapie bei Inkontinenz und Organsenkung [14, 15].



Auch wenn viele Menschen hoffen, dass Bewegung oder Sport allein den Beckenboden stärkt – ohne gezielte Aktivierung lässt sich keine Kräftigung nachweisen. Trotzdem bedeutet Kräftigung mehr als nur das bewusste Anspannen. Die Patient*innen sollten Kraft, Kraftausdauer und Schnellkraft trainieren – in verschiedenen Ausgangspositionen und mit zunehmender Belastung, genau wie bei jeder anderen Muskelgruppe. Dafür lassen sich für die Kraftausdauer

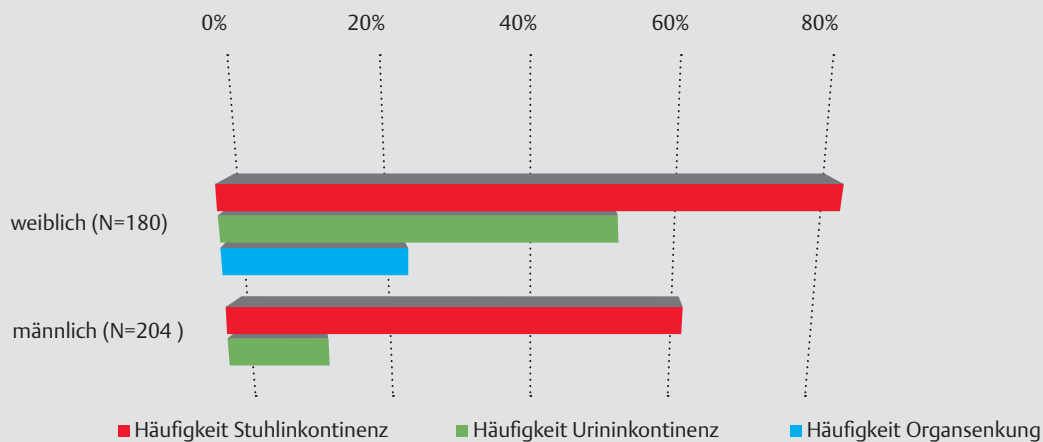


ABB. 6 Prävalenz von Beckenbodendysfunktionen, Belastung, Risikofaktoren und Wissen über die Beckenbodenmuskulatur bei norwegischen Powerlifter*innen und olympischen Gewichtheber*innen [8]



← ABB. 4 Boxjumps eignen sich gut fürs Training des Beckenbodens, wobei Sprünge nach oben weniger belastend sind als Sprünge von der Box herunter.

↑ ABB. 5 Kraftgeräte wie die Beinpresse lassen sich gut nutzen, um die Druckerhöhung im Bauchraum in Kombination mit Atmung und gut aktiver Beckenboden- und Bauchmuskulatur zu trainieren.

er beispielsweise ein Laufband zum Intervalltraining nutzen, bei dem die Belastung nach und nach gesteigert wird. Auch Boxjumps eignen sich zur Kräftigung, wobei Sprünge nach oben weniger belastend sind als Sprünge von der Box herunter (👁️ ABB. 4). Andere Geräte, wie die Beinpresse, lassen sich gut nutzen, um die Druckerhöhung im Bauchraum in Kombination mit Atmung und gut aktiver Beckenboden- und Bauchmuskulatur zu trainieren (👁️ ABB. 5).

Koordination statt Kraft

Manchmal zeigt die Untersuchung auch, dass nicht mangelnde Kraft, sondern eine gestörte Koordination oder fehlende Entspannungsfähigkeit die eigentliche Ursache für die Beschwerden ist. Viele Menschen – ob sportlich aktiv oder nicht – haben sich ungünstige Muster angewöhnt. Sie bauen bei Belastung Druck nach kaudal auf, halten die Luft an oder pressen beim Ausatmen. Sobald solche Muster auffallen, steht deren Veränderung im Mittelpunkt der Therapie.

Bei entsprechender Indikation kommen zusätzlich Elektrostimulation und Biofeedback zum Einsatz. Beide Methoden verbessern Wahrnehmung, Koordination und Kraft gezielt. Liegt eine Organsenkung vor, bieten Pessare eine gute Möglichkeit, die Organlage zu stabilisieren und eine Verschlechterung unter Belastung zu verhindern. Die S2k-Leitlinie zur Harninkontinenz der Frau (AWMF) empfiehlt diese Vorgehensweise ausdrücklich [16].

Kraftaufbau braucht Zeit

Die Behandlung von Leitsungssportler*innen unterscheidet sich nur wenig von der Therapie bei weniger aktiven Menschen. Ein Vorteil allerdings ist, dass viele sportlich Aktive über ein gutes Körpergefühl verfügen – das erleichtert den Einstieg in die Therapie. Außerdem sind sie es gewohnt, regelmäßig zu trainieren und dafür

Zeit im Alltag einzuplanen. Diese Gewohnheiten wirken sich positiv auf den Therapieverlauf aus.

Veränderungen und Kraftaufbau brauchen jedoch Zeit. Manchmal ist es daher sinnvoll, bei Sportler*innen den Trainingsplan vorübergehend anzupassen, bis der Beckenboden die Belastungen wieder gut ausgleichen kann. Die Therapie richtet sich dabei immer individuell nach den Beschwerden, dem Befund sowie den persönlichen Bedürfnissen und Belastungen.

Ein wichtiges Thema für alle sportlich aktiven Frauen ist die Rückkehr zum Sport nach einer Schwangerschaft und Geburt (👁️ PHYSIOPRAXIS 9/22, S. 38). Speziell zum Thema Joggen nach der Geburt wurde vor ein paar Jahren eine Guideline erarbeitet [17]. Diese zeigt nicht nur, wie eine graduelle Steigerung der Belastung aussehen kann, sie listet auch auf, welche körperlichen Voraussetzungen allgemein und speziell für den Beckenboden erfüllt sein sollten, um wieder mit dem Laufen beginnen zu können, ohne sich zu schaden. Die Guideline ist im Netz frei verfügbar: <https://eref.thieme.de/F8IK6>.

Mehr Aufmerksamkeit für den Beckenboden im Sport

Durch die hohe Prävalenz der Beckenbodendysfunktionen sollte das Thema im Sport viel mehr Beachtung finden. Prävention ist dabei immer besser als Therapie. Idealerweise gehört Beckenbodentraining fest in jedes Trainingsprogramm etabliert. Therapeut*innen und Trainer*innen spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, das Thema zu verbreiten. In einigen Leistungssportzentren arbeiten bereits spezialisierte Physiotherapeut*innen für Beckenbodentherapie – bisher sind das jedoch Ausnahmen.

Trainer*innen und alle, die mit Sportler*innen arbeiten, sollten gezielt nach ersten Symptomen fragen, auf die Atmung während der Belastung achten und bei Bedarf zur ärztlichen Abklärung und Therapie weiterleiten. Leider kursieren immer noch veraltete oder falsche Informationen sowie überholte Übungen und Tipps in diesem Bereich. Deshalb lohnt sich eine fachübergreifende Zusammenarbeit, bei der alle Beteiligten ihre Kompetenzen und Grenzen kennen und respektieren.

Lucia Sollik

• Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 11-12/25“



Lucia Sollik

ist Physiotherapeutin und arbeitet in einer Praxis in Bayreuth. Nebenher gibt sie Kurse für Rückbildung und Geburtsvorbereitung und bietet den Präventionskurs Beckenbodenschule® an. Seit 2024 ist sie zweite Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (AG GGUP) von Physio Deutschland, Referentin und hält Vorträge zu Inkontinenz und Beckenbodentraining in Freizeit- und Leistungssport.