pt
ZEITSCHRIFT FÜR PHYSIO THERAPEUTEN

77. Jahrgang
November 2025

ZERREISS PROBE IM BECKEN

AUTORENABDRUCK

physiotherapeuten.de

tinana
Jetzt kostenlos testen:
Deine neue Praxissoftware ist da.

Neu gestärkt

Beckenbodentraining nach der Geburt

Ein Beitrag von Nina Gärtner-Tschacher

Während der Schwangerschaft und Geburt wird der Beckenboden stark beansprucht. Um ihn gezielt zu stärken, ist ein richtig angeleitetes Training wichtig. Falsche Übungen können mehr schaden als helfen.

Für Eilige

Gezieltes Beckenbodentraining nach der Geburt erfordert Fachwissen, Rücksicht auf Heilungsphasen sowie eine richtige Anleitung. Somit können Unsicherheiten der Frauen beseitigt werden. Außerdem sollten die Ausbildungen von Hebammen und Physiotherapeuten diesbezüglich verbessert werden.

Beckenbodentraining gilt als effektive konservative Therapieoption unter anderem bei Harninkontinenz und Descensussymptomen. Es wird in den aktuellen Leitlinien zu Harninkontinenz und Descensus empfohlen (1, 2). So lautet z. B. die aktuelle Empfehlung der Leitlinie „Harninkontinenz der Frau“: „Beckenbodentraining soll Patientinnen mit Belastungsinkontinenz und Mischharninkontinenz (inkl. älterer Patientinnen und nach einer Geburt) angeboten werden. Es ist sinnvoll, die Beckenbodenkraft zu kontrollieren und das Training über mindestens drei Monate durchzuführen (starke Empfehlung)“ (3).

Im Bereich der Rehabilitation der Beckenbodenmuskulatur bestehen hier zum Teil Bedenken, dass die Ligg. pubourethralia, die durch eine Geburt gedehnt werden, durch eine Beckenbodenkontraktion noch mehr überdehnt werden könnten, da sie am M. pubococcygeus ansetzen (4) – und daher Beckenbodentraining eher negative Effekte hätte.

Hinweise auf eine Überdehnung

In der Literatur findet man keine Beweise dafür, dass die Ligg. pubourethralia durch eine Kontraktion des M. pubococcygeus gedehnt würden. Die Autoren beschreiben die Ligg. pubourethralia als eine Verdickung der endopelvinen Faszie, die vom Arcus tendineus fasciae pelvis ausgeht und zur Urethra zieht (5). Sowohl bei Palpation, als auch mit dem Ultraschall wird eine Ventralbewegung bei Beckenbodenkontraktion erwartet – und auch bei Röntgenuntersuchungen (6, 7). Die Autoren dokumentieren eine Annäherung der Ligg. pubourethralia durch Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur.

Denkbar wäre eine Verlängerung der Ligg. pubourethralia, wenn eine Beckenbodenkontraktion nicht korrekt ausgeführt wird und es eher zu einem Schiebemanöver kommt oder auch Frauen postpartal irgendwelche gymnastischen Übungen ausführen, bei denen der Blasenhals deszendiert (8). Dies kann der Fall sein, wenn Hebammen und Physiotherapeuten nicht auf den Beckenbodenbereich spezialisiert sind und daher falsche Übungen anleiten. Aber auch, wenn diese eine korrekte Beckenbodenkontraktion durch Inspektion oder Ultraschall und später auch durch Palpation nicht sicherstellen (1).

Wichtig ist ebenso, spezifische Trainingsempfehlungen auf Grundlage von einerseits möglichen Wundheilungsphasen und andererseits der Trainingslehre zu geben. Postpartal würde man entsprechend der Wundheilungsphasen in den ersten 3–5 Tagen nur die Ansteuerbarkeit der Beckenbodenmuskulatur erreichen wollen, um dann während der Proliferationsphase (für Muskulatur ca. zwischen dem 4. Tag und der 3. Woche postpartal) eine möglichst funktionelle Ausrichtung der Kollagen-Typ-III-Fasern erreichen zu können (die dann später in der Remodulierungsphase durch Kollagen-Typ-1-Fasern ersetzt werden). Bleiben hier funktionelle Reize aus, bleibt das Gewebe geschwächt (9). Die mechanischen und lokalen Reize müssen so dosiert sein, dass dieser Umbauprozess gefördert und auch nicht durch zu große Reize eine erneute Entzündungsreaktion des Gewebes hervorgerufen wird.

Solch eine frühfunktionelle Behandlung ist beispielsweise im Bereich der Orthopädie etabliert, wo sofort nach einer Operation oder auch nach einem Trauma eine adäquate Rehabilitation der Muskulatur durchgeführt wird.

Gemäß der Trainingslehre wird dann das Training in Richtung Ausdauer, Kraft und auch Koordination als Präkontraktion vor intraabdominellem Druckanstieg gesteigert (10).

Aktuelle Studienlage

Aktuelle Leitlinien und Cochrane-Reviews bewerten das Training der Beckenbodenmuskulatur postpartal unterschiedlich:

Während in der NICE Leitlinie die Wichtigkeit postpartalen Beckenbodentrainings dargestellt

wird (11), empfiehlt die WHO kein generelles postpartales Beckenbodentraining (12). Diese Empfehlungen basieren im Wesentlichen auf dem aktuellen Cochrane Review zu Urininkontinenz und postpartalem Beckenbodentraining, der zum Schluss kommt, dass bei Frauen mit Urininkontinenz postpartales Beckenbodentraining nicht wirksam ist (10). Dieselben Autoren erklären jedoch in einem narrativen Review, weshalb sie zu ihren Schlussfolgerungen kamen und dass sie trotz ihrer negativen Empfehlungen im Cochrane Review weiterhin Beckenbodentraining sowohl antenatal als auch postnatal als first-line Therapie sehen (13):

Von den fünf Studien, die im Cochrane Review inkludiert wurden, sind bei zwei Studien keine Trainingsparameter bekannt (14, 15) und eine Studie führte sowohl in der Interventions- als auch Kontrollgruppe dasselbe Programm durch – nur einmal unter Supervision (16). Sehr wohl wurde eine Verbesserung der Beckenbodenfunktion in zwei der drei Studien, die Messungen hierzu durchführten, gefunden (16–18).

Auch eine neuere Studie bestätigt eine Verbesserung der Beckenbodenmuskelfunktion (Beckenbodenmuskeltonus und -kraft gemessen mit Perineometer), wenn Frauen mit korrekten Trainingsparametern für drei Monate und spätestens drei Monate postpartal üben (19).

Gleichzeitig gibt es auch Studien, die keinen Effekt von regelmäßigem Training der Beckenbodenmuskulatur bis zwölf Monate postpartal auf die Beckenbodenmuskelfunktion finden (20). Sie diskutieren hierbei, dass die Studien die natürliche Erholung der Beckenbodenmuskulatur postpartal darstellen. Ebenso thematisieren sie, dass vielleicht größere Stichproben benötigt werden, um statistisch signifikante und klinisch relevante Veränderungen darstellen zu können. Sie zeigen auf, dass die Beckenbodenmuskulatur in Bezug auf vaginalen Ruhedruck und Kraft auch zwölf Monate postpartal bei einer vaginalen Geburt im Vergleich zu Werten in der Mitte der Schwangerschaft vermindert ist. Außer dem Geburtsmodus (bei einer Sectio waren die Veränderungen nicht so groß) spielen auch noch der BMI zwölf Monate postpartal, eine längere Austrittsphase und große Levatoravulsionen eine Rolle (20).

Die Beckenbodenmuskulatur scheint auch später im Leben nach einer vaginalen Geburt relevant zu bleiben: Sie steht in Verbindung mit dem Zeitpunkt, wann eine Belastungsinkontinenz, Drangproblematik oder Senkung auftritt (21). Wenn Frauen im Median 7,7 Jahre nach Geburt eine reduzierte Beckenbodenkraft aufwiesen (gemessen mit Perineometrie <20cm H_2O), war die Zeit bis zum Beginn einer der o. g. Beckenbodendysfunktionen signifikant kürzer. Die beobachtende Studie wertete einen Zeitraum bis zu neun Jahren aus. Die Beckenbodenmuskulatur wurde weniger relevant, wenn für BMI und die Länge des Hiatus kontrolliert wurde.

Die WHO empfiehlt kein generelles postpartales Beckenbodentraining.

Vielleicht brauchen wir also ein besseres Follow-up der Beckenbodenmuskulatur, als es bisher in vielen Gesundheitssystemen üblich ist (20)? Und wenn Frauen einmal wirklich gut angeleitet sind und sich sicher sind im Training, können sie dieses auch ihr ganzes Leben lang weiter durchführen, wenn es notwendig wäre oder auch wenn Symptome später auftreten würden.

Hinzu kommt, dass viele Frauen unsicher sind, was sie an körperlicher Aktivität tun dürfen, obwohl die generellen Empfehlungen auch bei postpartalen Frauen bei 150 min. Ausdaueraktivität pro Woche und Krafttraining großer Muskelgruppen als auch Dehnübungen liegen (12). In einer qualitativen Studie in Schweden fanden (22) bei Frauen nach Dammriss zweiten Grades, dass viele Frauen unsicher waren, was normal ist und auch wie sie Beckenbodentraining durchführen sollen. Viele fühlten sich vom Gesundheitspersonal nicht ernst genommen.

Viele Frauen sind sich unsicher, was sie an körperlicher Aktivität dürfen.

Und dabei kann nur eine Intervention direkt postpartal mittels Physiotherapie (durch vaginale >>

Inspektion und Feedback) den Kontraktionsgrad der Beckenbodenmuskulatur bei 70,5 % der Frauen, die davor ihren Beckenboden nicht korrekt aktivieren konnten, ändern (23). Und so vielleicht Unsicherheit genommen und gesundheitsbewusstes Verhalten gefördert werden.

Fazit

Eine korrekte und isolierte Kontraktion scheint keinen negativen Effekt in Bezug auf die Ligg. pubourethralia zu geben.

Wenn eine korrekte und isolierte Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur sichergestellt wird, scheint es keine negativen Effekte in Bezug auf die Ligg. pubourethralia zu geben. Allerdings sollte es sich nicht um allgemeine gymnastische Übungen handeln und auf Wundheilungsphasen und Trainingslehre postpartal eingegangen werden. Die Beckenbodenmuskelkraft steht damit in Verbindung, wann nach einer Geburt mögliche Beckenbodensymptome auftreten. Viele Frauen sind unsicher, was sie wann machen dürfen. Eine gute Anleitung könnte daher postpartal für ein generelles gesundheitsbewusstes Verhalten und auch für weniger Beckenbodensymptome im gesamten Leben einer Frau wichtig sein. Hierfür braucht es noch eine Verbesserung der Ausbildung/des Studiums für Hebammen. Im physiotherapeutischen Bereich wäre es wichtig, dass nur spezialisierte Physiotherapeuten, die auch vaginal und rektal untersuchen können, die Frauen postpartal behandeln. ●

Spezialisierte Physiotherapeuten

Physiotherapeuten, die auch vaginal und rektal untersuchen können sind unter www.ag-ggup.de/therapeutenliste/therapeutenliste-beckenboden/ zu finden.

Literatur

1. Baeßler K, Aigmüller T, Albrich S, et al. Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016). Geburtshilfe Frauenheilkd. 2016;76:1287–1301.
2. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2018.
3. DGGG, OEGGG, SGGG. Harninkontinenz der Frau. 2021;260.
4. Lange R, Lange S, Tabibi E, et al. Pathophysiologie. In: Schwangerschaft Geburt und Beckenboden....oder Pipilogie 5. 2023.
5. Roch M, Gaudreault N, Cyr M-P, et al. The Female Pelvic Floor Fascia Anatomy: A Systematic Search and Review. Life. 2021;11:900.
6. Frawley H, Shelly B, Morin M, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. Neurourol Urodyn. 2021;40:1217–1260.
7. Petros PE. The pelvic floor muscle training manoeuvre works by increasing intraurethral resistance. Comment on "Influence of voluntary pelvic floor muscle contraction and pelvic floor muscle training on urethral closure pressures: a systematic literature review". Int Urogynecol J. 2016;27:1943–1944.
8. Baeßler K, Junginger B. Traditional Gymnastic Exercises for the Pelvic Floor Often Lead to Bladder Neck Descent – a Study Using Perineal Ultrasound. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017;77.
9. Koller T. Physiotherapeutische Diagnostik. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2017.
10. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2020.
11. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. NICE guideline Postnatal care. 2021.
12. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
13. Woodley SJ, Hay-Smith EJC. Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. Int Urogynecol J. 2021;32:1977–1988.
14. Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled. BMJ. 2001;323:593–593.

Die vollständige Literaturliste kann beim Verlag angefragt werden.

Nina Gärtner-Tschacher

Sie ist seit 1997 Physiotherapeutin. 2002 erlangte sie in Adelaide/Australien ihren Abschluss zum Master of Physiotherapy. Außerdem ist sie als angestellte Physiotherapeutin am Universitätsklinikum Zentrum für Physiotherapie (UZP) in Tübingen tätig. Ihre Schwerpunkte sind urologische, urogynäkologische und proktologische Patienten.

info@ninagaertner.de