

# physio**praxis**

Die Fachzeitschrift für Physiotherapie

Artikel aus **physiopraxis**

physiopraxis ist eine unabhängige Zeitschrift und erscheint im Georg Thieme Verlag.

**Adresse**

Georg Thieme Verlag KG  
Redaktion physiopraxis  
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart  
Tel.: 07 11/89 31-0, Fax: 07 11/89 31-871  
E-Mail: [physiopraxis@thieme.de](mailto:physiopraxis@thieme.de)

**Fragen zum Abonnement**

Georg Thieme Verlag KG  
KundenServiceCenter Zeitschriften  
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart  
Tel.: 07 11/89 31-321, Fax: 07 11/89 31-422  
E-Mail: [aboservice@thieme.de](mailto:aboservice@thieme.de)

[www.thieme.de/physioonline](http://www.thieme.de/physioonline)



# Therapie bei Schwangerschaftsbeschwerden

## Locker durch andere Umstände

Physiotherapie mit Schwangeren ist mehr als nur Massage und Entspannung. Denn Haltungskorrektur, Beckenbodentraining und die Behandlung des Beckenschmerzes sind meist wichtiger. Über den aktuellen Stand zu den häufigsten Beschwerden und deren Behandlung in der Schwangerschaft berichtet Ulla Henscher, Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie im ZVK.

**☒** Nicht nur die allseits bekannte Übelkeit in der Frühschwangerschaft (im ersten Trimenon) ist eine Plage für werdende Mütter, sondern auch der Rückenschmerz. Etwa 50% der Schwangeren klagen über „Kreuzschmerzen“, die oft bis zur Geburt des Kindes stärker werden und bei 5% der Mütter nach der Entbindung bestehen bleiben. Diese Beschwerden sind typisch für die Gravidität.

**Hormone lockern Ligamente** ▶ Der Körper der Frau muss sich an das „Schwangersein“ anpassen und auf die Geburt vorbereiten, damit er dem künftigen Erdenbürger optimale Entwicklungs- und Geburtsbedingungen bietet. Um Kind und Mutter die Geburt zu erleichtern, verringert sich die Festigkeit aller kollagenen Strukturen (Ligamente!). Verantwortlich ist Relaxin, ein progesteronähnliches Hormon, das im Uterus gebildet wird. Im Beckenbereich lockern sich Symphyse und Iliosakralgelenke. Diese biomechanische Veränderung diskutiert man als Ursache für die Schmerzen im unteren Rücken (Lumbalgie oder Low back pain): Dem gelockerten Beckenring mangelt es an Stabilität, und es resultiert



**Abb. 1: Schwangere mit typischer Haltung: Die Ausgleichshaltung zur Vorderlastigkeit trägt zu den Schmerzen im Beckenring bei.**

eine Überbelastung der muskulären Strukturen. ISG-Blockade, Symphysenlockerung, „Hexenschuss“ sind die üblichen Begriffe für dieses Problem.

**Das Problem mit der Statik** ▶ Auch die Haltung der Schwangeren kann für Schmerzen sorgen. Denn die Statik verändert sich durch den wachsenden Uterus, der die gerade Bauchmuskulatur um etwa 20% verlängert und für ventrales Übergewicht sorgt. Die Aufgaben der geschwächten Bauchmuskulatur versuchen andere Muskeln zu übernehmen, die dafür nicht geeignet sind. Sie reagieren im Laufe der Zeit mit Belastungsschmerzen (dauerhafter Hypertonus). Die lumbale Lordose, die thorakale Kyphose und die Hüftextension verstärken sich zunehmend als Reaktion auf das ventrale Übergewicht [1] (☒ Abb. 1).

**Lumbaler Schmerz am Ende der Schwangerschaft** ▶ In den letzten Schwangerschaftsmonaten kann der mechanische Druck des sich senkenden Fötus auf spinale Strukturen und Nervenwurzeln in der Kreuzbeinhöhle radikuläre Symptome auslösen. Der dafür typische Schmerz tritt entweder in der Lumbalregion (mit oder ohne Ausstrahlung in ein oder beide Beine), oder in der Iliosakralregion (ausstrahlend in ein Bein) auf. Zusätzlich ist Schmerz an der Symphyse auslösbar.

**Definiertes Syndrom: pelvic girdle pain** ▶ Unter Schmerzen im unteren Rücken leiden viele Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft. Die Schmerzintensität ist aber niedriger als bei Frauen mit dem so genannten pelvic girdle pain, also Schmerzen im Beckengürtel, der von „Kreuzschmerzen“ zu unterscheiden ist.

Schmerzen im Beckengürtel treten in der Schwangerschaft schon ab der 6. Schwangerschaftswoche auf, am häufigsten ab dem vierten Monat. Auf der VAS (visuellen Analogskala zur Schmerzbeschreibung) kann von Beginn an Wert 6 erscheinen! Das Schmerzmaximum befindet sich etwa in der 30. Schwangerschaftswoche. Treppensteigen, Einbeinstand, längeres Sitzen oder Stehen und Umdrehen im Bett sind schmerzhaft. Vielen Schwangeren „sackt plötzlich das Bein weg“. Häufig ist ein „Watschelgang“ zu beobachten.

Nach der Geburt verringern sich die Beschwerden kontinuierlich innerhalb der ersten drei Monate post partum, ein kleiner Teil der Wöchnerinnen klagt noch nach sechs Monaten über Beschwerden.

**Symptome und Tests** ▶ Östgaard und Andersson haben den „pregnancy related pelvic girdle pain“ beobachtet und die typischen Zeichen zusammengestellt [2, 3]:



Foto: H. Lichte

**Abb. 2:** Der posterior pelvic pain provocation test (pppp): In Rückenlage ist ein Bein in der Hüfte gebeugt. Der Untersucher drückt vorsichtig den Femur der Schwangeren nach dorsal, während er das Becken stabilisiert. Der Test ist positiv, wenn die Schwangere Schmerzen im hinteren Becken bekommt.



Foto: U. Henschler

**Abb. 3:** Der active straight leg raising test (ASLR): Das Testergebnis ist positiv, wenn die Schwangere in Rückenlage wegen Schmerzen Schwierigkeiten hat, ihr gestrecktes Bein 5 cm anzuheben. Die Anlage eines stabilisierenden Beckengurts erleichtert diese Bewegung.

- Schmerzen, die in die Glutealregion und Hüfte ziehen, aber nicht ins Bein
- Schmerzen im Symphysenbereich
- Zeit- und belastungsabhängige Schmerzen
- Schmerzfremde Intervalle im Wechsel mit plötzlichen Schmerzattacken
- Freie Beweglichkeit in Hüftgelenken und Wirbelsäule
- Kein Nervenwurzelssyndrom
- Positiver Schmerz-Provokationstest [4] (☑ Abb. 2)
- Positiver active straight leg raising test [5] (☑ Abb. 3)
- Positiver Symphysenprovokationstest (☑ Kasten 1)

Als Risikofaktoren gelten Lumbalgien und Beckentraumen vor der Schwangerschaft, mehrere Geburten, Mehrlingsschwangerschaft, hohes Stressniveau und schwere körperliche Belastung.

**Schmerzverstärker** ► Neue Sichtweisen sehen im Schmerz nicht nur eine Afferenz an das Gehirn, sondern auch die Interaktionen zwischen peripherem und zentralem Nervensystem. So kann die Schmerzursache ein Zusammenspiel zwischen sensorischen, affektiven, verhaltensbedingten, kognitiven und soziokulturellen Faktoren sein. Und tatsächlich: Die Schmerzforschung zeigt, dass die Schmerzwahrnehmung durch kognitive und psychische Prozesse modulierbar ist. Für Schwangerschaftsbeschwerden heißt das: Angst vor einem behinderten Kind, eine unerwünschte Schwangerschaft, Probleme mit dem Partner oder der lange unerfüllte Kinderwunsch können Schmerzen verstärken.

## Symphysenprovokationstest

Während der Schwangerschaft lockern Hormone die Symphyse, was zu Schmerzen führen kann. Zum Beispiel, wenn die Schwangere im Einbeinstand steht mit dem Spielbein in 90° Hüft- und Knieflexion. Auch wenn manueller Druck auf die Symphyse Schmerz auslöst, ist der Test positiv.

Kasten 1

**Haltungskorrektur möglichst früh** ► Um Schwangerschaftsbeschwerden durch eine ungünstige Haltung zu vermeiden, sollten Schwangere – insbesondere bei bekannter Disposition – möglichst früh mit Prävention beginnen. Mit dem Kursangebot „Fitness in der Schwangerschaft“ kann man Schwangere etwa ab der 12. SSW gewinnen und einiges erreichen: Eine an das jeweilige Stadium der Schwangerschaft angepasste, dynamische und aufrechte Körperhaltung verhindert schmerzhafte Muskeldysbalancen. Haltungskorrektur mittels Spiegelkontrolle in verschiedenen Alltagssituationen gilt als Schlüsselmaßnahme. Instabile Unterlagen wie Pezziball oder Kreisel gestalten das Training herausfordernder (☑ Abb. 4).

**Kokontraktionsübung bei Lumbalgie** ► Bei Frauen mit starken Lumbalgien reicht die Haltungsschulung alleine nicht. Studien



**Abb. 4:** Übungen auf dem Ball fordern die Rumpfstabilisatoren.



**Abb. 5:** Ein Beckengurt oder ein straffes Tuch, in Höhe der SIAS angelegt, reduziert Schmerzen.

haben gezeigt, dass der M. multifidus und der M. transversus abdominis bei Patientinnen mit Lumbalgie verzögert reagieren [6, 7]. Es empfiehlt sich daher ein isoliertes Training der tiefen, segmental-stabilisierenden Muskeln im LWS-Bereich, zu denen auch die Beckenbodenmuskulatur gehört [8, 9] (Tabelle).

**Gurt und Massage helfen dem Becken** ▶ Bei anhaltenden Schmerzen im Beckengürtel erreicht ein stabiler Beckengurt bei über 80% der Betroffenen eine optimale Schmerzreduktion. Man legt ihn etwas unterhalb der Spina iliaca anterior superior (SIAS) an (Abb. 5).

Eine Studie hat gezeigt, dass diese Technik weniger effektiv ist, wenn der Gurt tiefer angelegt ist (auf Höhe der Trochanter und der Symphyse). Und: Je elastischer das Material, desto schwächer der Effekt [10].

Massagen in Seitlage, im Sitz oder im Vierfüßlerstand (zum Beispiel mit auf dem Pezziball abgelegten Armen) wirken tonuslösend [11]. Eine andere Studie hat die Wassergymnastik unter die Lupe genommen: Sie verringert die Schmerzen und damit

auch die Zahl der Krankmeldungen [12]. Lagerungshilfen lindern den Schmerz vorübergehend, was besonders beim Schlafen sinnvoll ist. Bewährt hat sich das Unterlagern des Bauches in Seitlage und eine hüftbreite Polsterung zwischen den Knien mit dem Stillkissen (Abb. 6).

**Cave:** Beckenmobilisierende Maßnahmen wirken bei Lumbalgie schmerzreduzierend, bei Schmerzen im Beckengürtel aber leider schmerzverstärkend!

Nach der Geburt werden die kollagenen Strukturen wieder straffer, nach zirka 6–8 Wochen sind sie so fest wie vor der Schwangerschaft. Ist der pelvic girdle pain noch vorhanden, sollte die Mutter zusätzlich zur Rückbildungsgymnastik Einzel-Physiotherapie in Anspruch nehmen, bis sie beschwerdefrei ist.

**Inkontinenz und Nierenstau** ▶ Das Hormon Progesteron senkt den Tonus der glatten Muskulatur, so dass auch die Muskelzellen der ableitenden Harnwege (Blase und Harnröhre) betroffen sind. Der urethrale Verschlussdruck lässt nach, und die Schwangere verliert bei intraabdominaler Druckerhöhung (Husten, Niesen, Lachen, Bewegung mit gefüllter Blase) unwillkürlich Urin. Insbesondere nach vaginalen Geburten mit Einsatz geburtshilflicher Werkzeuge (Zange, Saugglocke) erhöht sich die Gefahr, eine solche Stressinkontinenz zu bekommen. Im letzten Schwangerschaftsdrittel sollten alle Frauen darauf achten, ob der Harnstrahl schwach ist und die Urinmenge geringer wird. Denn die Kompression der Ureteren (Harnleiter) durch den Uterus kann einen Nierenstau auslösen.

Das Miktionstagebuch hilft dabei: Es ist ein standardisiertes Testverfahren, das die Ein- und Ausfuhrmenge der Blase und den unwillkürlichen Urinverlust quantifiziert.

Die Miktionsfrequenz (Anzahl der Blasenentleerungen) steigt in der Schwangerschaft: Zunächst aufgrund einer größer werdenden Urinmenge als Folge des erhöhten Blutvolumens. Später durch die zunehmende Enge im Bauchraum, die die Blasenkapazität reduziert.

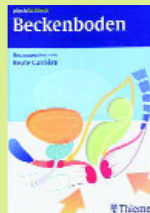
**Beckenboden trainieren** ▶ Es gibt wissenschaftliche Nachweise, dass Beckenbodentraining Inkontinenz in der Schwangerschaft und nach der Geburt verringert [13, 14, 15]. Physiotherapeuten



## physiospezial

### Lektüre für „davor“ und „danach“

Über Schwangerschaft, Geburt und die ersten sechs Monate danach informiert der TRIAS-Ratgeber „Schwangerschaft und Geburt“. Eines von fünf Exemplaren können alle gewinnen, die das Stichwort „Schwangerschaft“ auf eine Postkarte schreiben. Wer eines von drei Büchern „Beckenboden“ besitzen möchte, wählt das Stichwort „Beckenboden“. Ein umfassendes Werk zum Thema Beckenboden bei Frauen, Männern und Kindern! Einsendeschluss für beide Postkarten ist der 26. April 2004.



**Tabelle: Kokontraktion von M. transversus abdominis, M. multifidus und Beckenbodenmuskulatur**

ASTE	Auftrag	Palpation	Sichtbare Aktion
→ VFST → Sitz → Stand → Knie-stand	→ „Ziehe die Spinae langsam und zart zusammen!“ → „Lass den Unterbauch ein wenig flacher werden!“ → „Bitte weiteratmen!“	2 cm unterhalb und 1 cm medial von der SIAS; am Unterbauch	→ Der Unterbauch wird etwas flacher. → Es sollte keine Bewegung der WS zu sehen sein! → Die Anspannung soll mindestens 10 Sekunden gehalten werden.



**Abb. 6:** Das Stillkissen ist schon in der Schwangerschaft nützlich. Vor allem, um Schmerz im Beckengürtel zu lindern.

sollten also zu korrekter Beckenbodenkontraktion (ohne Beteiligung der Synergisten!) anleiten. Biofeedback-Verfahren, wie die vaginale oder rektale Palpation oder EMG-Sonden, erleichtern den Patientinnen das Erspüren der Beckenbodenaktivität. Zwei Trainingseinheiten täglich kräftigen den Beckenboden so stark, dass er die mangelnde Verschlusskraft der urethralen Sphinkter ausgleicht (☑ Kasten 2). Das therapeutische Ziel lautet: Der Beckenboden soll rechtzeitig und automatisch als „Antwort“ auf eine abdominale Druckbelastung reagieren.

Die Patientin muss die Übungen daher auch in das tägliche Leben integrieren! Sie muss lernen, die Beckenbodenanspannung außerhalb der Behandlung gezielt zur Überwindung ihrer Störung einzusetzen. Insbesondere bei leichter Stressinkontinenz verhindert die bewusste Anspannung des Beckenbodens vor dem Husten oder Niesen („the knack“) den unerwünschten Urinabgang [15].

Patientinnen mit zusätzlicher Senkungsproblematik sollten zusätzlich ein Urethral- oder Würfelpessar als mechanische Stütze benutzen.

**Druck auf die untere Hohlvene** ► Im letzten Schwangerschaftsdrittel besteht bei allen Schwangeren die Gefahr eines kleinen „Notfalls“: Der Uterus kann in Rückenlage auf die Vena cava inferior drücken (Vena-cava-Kompressionssyndrom). Der Kreislauf sackt ab und der Schwangeren wird übel, kalter Schweiß bricht aus. Im Liegen hilft prophylaktisch eine kleine Unterpolsterung der rechten Beckenhälfte, im Falle der Vena-cava-Kompression ist es indiziert, sofort eine andere Lage einzunehmen und Rückenlage zu meiden!

**Ulla Henscher**

→ Literaturverzeichnis unter [www.thieme.de/physiopraxis](http://www.thieme.de/physiopraxis)

### Kraftausdauer für den Beckenboden

- Täglich 2 Serien von 6–8 Sekunden
- 8 bis 12 maximale Kontraktionen
- Jede Kontraktion 6–8 Sekunden halten
- Die Pausendauer beträgt ebenfalls 6–8 Sekunden
- Am besten in verschiedenen ASTEN üben


Kasten 2




*Ulla Henscher ist seit 1979 Physiotherapeutin in Hannover. Neben ihrer Praxis-tätigkeit arbeitete sie 10 Jahre als Dozentin. Seit 1995 ist sie Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie im ZVK. Sie ist Referentin und Autorin für die Bereiche Beckenboden, Rückbildung, Geburtsvorbereitung und PT nach Brustoperationen.*

<p><b>Behandlungslage Therapie • € 1.010,-</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• statisch oder hydraulisch</li> <li>• Höhe 89-95 cm</li> <li>• Länge/breite 195 x 85 cm m. Drehstellung</li> <li>• Kopfteil verstellb., 40°/Anker über Gerüst</li> <li>• Fußteil 40°/ 60°, hochklappbar</li> <li>• 100% Polsterung</li> <li>• Oberfl. weiß, polsterunabhängig</li> <li>• auch in 90 cm Breite erhältlich, gegen Aufpreis</li> <li>• Polsterhöhe verstellbar</li> <li>• 2-fachiges Gestell gegen Aufpreis</li> </ul>	<p><b>Ergonomix</b></p>	<p><b>Behandlungslage Trend • € 795,-</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• statisch</li> <li>• Höhe 85-95 cm</li> <li>• Länge/breite 185 x 85 cm</li> <li>• Kopfteil verstellb., verstellbar</li> <li>• 100% Polsterung</li> <li>• Oberfl. weiß, polsterunabhängig</li> <li>• auch in 90 cm Breite erhältlich, gegen Aufpreis</li> <li>• Polsterhöhe verstellbar</li> </ul>
<p>fordern Sie unseren Katalog an • Espenwiese • Ummweg 3 • 74261 Gersteb. • Tel. 0 71 61/2 32 13 • Fax 0 71 61/2 32 26 • <a href="http://www.Espenwiese-Fremdbedarf.de">www.Espenwiese-Fremdbedarf.de</a></p>		

**Physio-Medica** **der Profi für Fango-  
Aufbereitungsanlagen**





**Günther Helm Gerätebau GmbH**  
Postfach 1492 • 89409 Ulm • Tel. 09 91/17013 • Fax 09 91/19492  
e-mail: [Info@helm-gaerätebau.de](mailto:Info@helm-gaerätebau.de) • Internet: [www.helm-gaerätebau.de](http://www.helm-gaerätebau.de)