

Persönliche PDF-Datei für Gärtner-Tschacher N.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.com

Funktionsprüfung Beckenbo- den

Hebamme

2026

232–238

10.1055/a-2911-9731

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2026. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Hebamme* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0932-8122

Funktionsprüfung des Beckenbodens

Nina Gärtner-Tschacher

Als wichtige Ansprechpartner*innen in der postpartalen Versorgung besuchen Hebammen Frauen* nach der Geburt häufig im häuslichen Umfeld. Aufgrund dieser besonderen Nähe und Kontinuität der Betreuung kommt ihnen eine zentrale Bedeutung bei der frühzeitigen Identifikation von Beckenbodentraumata und -dysfunktionen zu.



Viele Frauen* geben früh postpartal an zu wissen, wo ihr Beckenboden liegt und welche Funktion er hat, jedoch nur ca. 50 % können den Beckenboden korrekt kontrahieren. © Nadzeya/stock.adobe.com

Neben dem frühzeitigen Erkennen von postpartalen Beckenbodenstörungen können Hebammen auch eine wichtige Rolle bei der bedarfsgerechten Weitervermittlung an (Uro-) Gynäkolog*innen sowie spezialisierte Beckenbodenphysiotherapeut*innen spielen [1].

Die Prävalenz von Beckenbodenfunktionsstörungen bei Frauen* ist hoch. So entwickeln beispielsweise 40–60 % der Frauen*, die geboren haben, im Laufe ihres Lebens eine Beckenorgansenkung [2]. Eine Urininkontinenz zeigt sich bei 25–45 % der Frauen* [3]. Zudem sind 2–6 % von einer

Stuhlinkontinenz betroffen, während eine Windinkontinenz sogar bei 13–27 % der Frauen* auftritt [4].

40–60 % der Frauen, die geboren haben, entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Senkung der Beckenorgane.*

Schon die Schwangerschaft stellt eine erhebliche Belastung für den Beckenboden dar und erfordert daher eine frühzeitige Prävention, Diagnostik und Wahrnehmungsschulung. Dieser Ansatz sollte auch konsequent im Wochenbett weiterverfolgt werden (s.u.).

„Ein Druck- oder Fremdkörpergefühl ist nicht normal und sollte, wie andere Symptome auch, immer abgeklärt werden.“

Die Evidenz zur großen Bedeutung von Beckenbodentraumata im Zusammenhang mit vaginalen Geburten wächst. Trotzdem bestehen erhebliche Herausforderungen bei den Bemühungen, das Bewusstsein für Beckenbodenproblematiken zu stärken und die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen in einer interdisziplinären Versorgung zusammenzuführen [2, 3]. Dabei könnten – analog zu einer Sportverletzung – eine rechtzeitige Diagnostik und Behandlung dazu beitragen, langfristige Beschwerden und Folgeschädigungen zu verhindern. Leider wird eine Erforschung des Zusammenhangs dadurch erschwert, dass mögliche Auswirkungen erst als Langzeitfolgen auftreten und sich daher nur in Studien mit langer Nachbeobachtungsdauer erfassen lassen.

Strukturierte Erfassung von Beschwerden

Hebammen sind in einer Schlüsselposition, Beckenbodenproblematiken frühzeitig zu erkennen, indem sie Frauen* aktiv nach entsprechenden Symptomen fragen (► **Tab. 1**). Gerade weil Beckenbodenbeschwerden häufig tabuisiert werden und Betroffene diese nicht immer von sich aus thematisieren, ist ein proaktives Ansprechen essenziell [4]. Ergänzend kann die Anwendung standardisierter Instrumente wie des Deutschen Beckenbodenfragebogens [5] die strukturierte Erfassung von Beschwerden unterstützen und eine frühzeitige Weitervermittlung in geeignete Versorgungsstrukturen ermöglichen.

INFO

Deutscher Beckenbodenfragebogen

Der Fragebogen erfasst Blasen-, Darm-, Deszensus- und sexuelle Probleme, deren Schweregrad und die Auswirkungen auf die Lebensqualität [5] und kann auf der Website der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie von Physio-Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (AG GGUP) heruntergeladen werden.

Inspektion im frühen Wochenbett

Bereits früh postpartal kann in Rückenlage durch Inspektion des Perineums überprüft werden, ob der Beckenboden korrekt kontrahiert wird. Eine korrekte Kontraktion zeigt sich durch ein Anheben des Dammes und kann durch eine geeignete Anleitung unterstützt werden. Neels et al. [6] zeigten, dass

- durch die Inspektion in den ersten postpartalen Tagen unerwünschte Massenkontraktionen erkannt werden konnten und
- bei Massenkontraktionen auch die Fähigkeit zur isolierten Beckenbodenkontraktion vermindert war.

HINTERGRUNDWISSEN

Als Massenkontraktionen im oben genannten Sinn werden Kontraktionen der äußeren Hüft- und Beckenmuskulatur oder der oberflächlichen Bauchmuskulatur bezeichnet.

Palpation

Nach Beendigung des Lochialflusses wäre es wichtig, dass Hebammen allen Frauen eine vaginale Palpation anbieten können. Durch eine Ausbildung in der Beckenbodenpalpation sind Hebammen in der Lage, durch Anweisungen wie „Vagina verengen, nach innen heben und loslassen“ [7, 8] nicht nur die Kontraktion, sondern auch die Entspannungsfähigkeit zu überprüfen. Durch Aufträge wie „Husten“ und „Schieben“ lässt sich überprüfen, ob sich der Beckenboden bei kurzfristigen Druckerhöhungen adäquat aktiviert und ob bei vermehrtem Druck Senkungen sichtbar werden. Eine korrekte Kontraktion ist die Voraussetzung für ein selbstständiges Training, z. B. auch in Gruppen wie im Rückbildungskurs. Viele Frauen können keine korrekte Kontraktion durchführen. So zeigten Vermandel et al. [9], dass zwar 75 % der Frauen früh postpartal sagen, dass sie wissen, wo ihr Beckenboden liegt und welche Funktion er hat, jedoch konnten nur 55 % ihn auch korrekt kontrahieren. Bei der Palpation sollten Hebammen nicht nur eine Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur tasten, sondern auch eine Elevation, also eine Bewegung der

► **Tab. 1** Mögliche Beckenbodensymptome nach einer Geburt; die Symptome können einzeln oder kombiniert auftreten.

Blase	Darm	Beckenorgane	Schmerzen
▪ Inkontinenz ▪ häufige Miktionen ▪ Probleme bei der Urinentleerung	▪ Stuhlinkontinenz (auch Winde nicht halten können) ▪ Stuhldrangproblematik ▪ erschwerte Darmentleerung	▪ Druck- und Fremdkörpergefühl ▪ sicht- oder tastbare Vorwölbung	▪ Schmerzen ▪ Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr ▪ andere Probleme beim Geschlechtsverkehr

► **Tab. 2** Modifizierte Oxford-Skala [7]. „Elevation“ bezeichnet die kraniale Bewegung; Der Beckenboden zieht sich idealerweise nicht nur zusammen, sondern hebt sich auch nach innen oben.

Oxfordwert	Merkmale
0	keine Kontraktion spürbar
1	kaum spürbare, zuckende Kontraktion
2	schwache, eindeutig spürbare Kontraktion
3	moderate Kontraktion mit Elevation (Anhebung)
4	gute Kontraktion gegen Widerstand mit Elevation (Anhebung)
5	starke Muskelkraft mit Einsaugen des Fingers nach kranio-ventral

Strukturen nach innen oben. Die ► **Abb. 1–3** dienen der anatomischen Orientierung.

Auch lässt sich durch die Palpation der Kraftwert der Beckenbodenmuskulatur bestimmen, z.B. über die modifizierte Oxford-Skala (► **Tab. 2**) [10]. Senkungen der Vaginalwände und des Uterus lassen sich so feststellen, und es kann geprüft werden, ob die Beckenbodenmuskulatur überall gleich gut arbeitet.

Deutlich verminderte Kraftwerte, Asymmetrien, Diagnosen wie DR III, berichtete Symptome oder Auffälligkeiten erfordern eine Weiterleitung an Gynäkolog*innen/Urogynäkolog*innen bzw. spezialisierte Physiotherapie.

FALLBEISPIEL

Senkung der vorderen Vaginalwand

Frau Müller ist in der 2. Woche nach der Geburt ihres 1. Kindes. Sie berichtet über starke Druckgefühle in der Vagina und auch, dass sie sehr häufig auf die Toilette gehen muss, um Wasser zu lassen. Auf dem Weg zur Toilette verliert sie manchmal auch Urin, sodass ihre Vorlage nass ist.

Die Hebamme führt daraufhin eine Inspektion des Perineums durch und sieht in Ruhe eine Senkung der vorderen Vaginalwand. Wenn sie Frau Müller mit der Aufforderung „Vagina verengen und nach innen heben“ zu einer Beckenbodenkontraktion anleitet, kann sie kein Anheben des Dammes erkennen. Frau Müller versucht jedoch, ihr Gesäß stark anzuspannen. Die Hebamme leitet sie dazu an, das Gesäß zu entspannen und sich auf den Beckenboden zu konzentrieren. Dadurch kann Frau Müller mit einem gezielten Training beginnen.

Die Druckgefühle in der Vagina sind so stark, dass sich Frau Müller auch nach einigen Wochen noch nicht traut, spazieren zu gehen. Auch wenn sie ihr Baby trägt, hat sie immer ein „schlechtes Gefühl“ und sie bewegt sich sehr vorsichtig. Die Hebamme wiederholt die Inspektion. Nach Beendigung des Wochenflusses führt sie eine Palpation durch. Die Senkung der vorderen Vaginalwand ist weiterhin deutlich sicht- und tastbar. Der Kraftwert der Beckenbodenmuskulatur beträgt 1/5.

Die Hebamme spricht mit Frau Müller und empfiehlt ihr, den Befund bei ihrem gynäkologischen Termin anzusprechen. Sie soll die Gynäkologin bitten, ihr spezialisierte Physiotherapie zu verordnen. Außerdem soll sie sich nach einer unterstützenden Versorgung, z. B. mit einem Pessar, erkundigen und diese gegebenenfalls verordnen lassen.

Ausblick

Ist eine spezialisierte Physiotherapie indiziert, untersucht die Therapeutin bzw. der Therapeut mithilfe einer erweiterten vaginalen und ggf. rektalen Palpation beispielsweise Tonus, Kraft, Ausdauer und Druckschmerzhaftigkeit der einzelnen Beckenbodenmuskeln. Anschließend lässt sich entscheiden, ob und welche Form von Training und/oder relaxierenden Techniken notwendig sind.

Zur spezialisierten Physiotherapie gehören zudem z. B. folgende Maßnahmen:

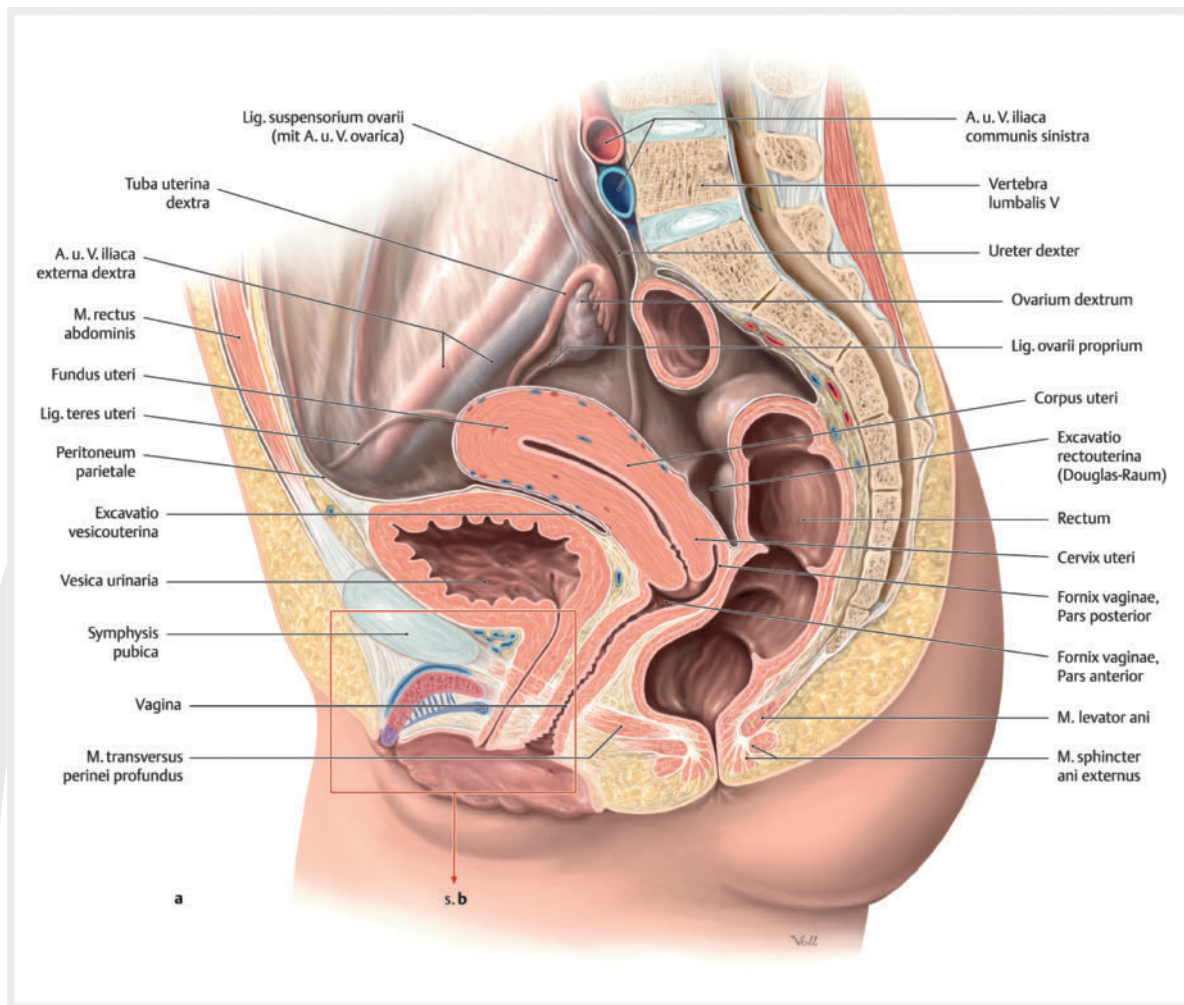
- Führen eines Miktionsprotokolls
- Vermittlung von Aufschubstrategien bei entsprechender Indikation
- Anleitung zu beckenbodenschonendem Verhalten im Alltag
- Haltungsschulung
- Assessment und Therapie einer Rektusdiastase
- Biofeedbackverfahren und gegebenenfalls Elektrophysiotherapie

INFO

Liste von spezialisierten Physiotherapeut*innen

Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (AG GGUP) führt auf ihrer Website eine Therapeut*innenliste über spezialisierte Physiotherapeut*innen: www.ag-ggup.de/therapeutenliste-beckenboden

Zunehmend wird die Wirksamkeit einer postpartalen Pessarversorgung zur Unterstützung der Regeneration des Bindegewebes untersucht. Einzelne Studien weisen auf eine Wirksamkeit bei postpartaler Inkontinenz hin [11].



► **Abb. 1** Lage der Becken- und Bauchorgane: Quelle: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. 6.24 Schnittbildanatomie des weiblichen Beckens. In: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K, Hrsg. Prometheus LernAtlas - Innere Organe. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2022. doi:10.1055/b000000614

Andere Studien zeigen mögliche positive Effekte auf die Beckenbodenstabilität [12, 13]. Es sind jedoch noch mehr Studien nötig, um genauere Aussagen zu treffen.

INFO

Pessartherapie

Ein Interview zur postpartalen Pessartherapie findet sich in der Zeitschrift Hebamme des Thieme-Verlags: Bonauer G. Pessartherapie – auch postnatal sinnvoll. Hebamme 2026; 39(1): 51–54. DOI:10.1055/a-2737-7016

Aktuelle Leitlinien empfehlen zudem eine frühzeitige Mobilisierung sowie einen gezielten, schrittweise gesteigerten Aufbau körperlicher Aktivität [14]. Hierzu zählen bereits in der frühen postpartalen Phase Beckenbodenmuskelkontraktionen und leichte Aktivitäten wie Gehen. Im weiteren Verlauf sollte die körperliche Aktivität schrittweise auf insgesamt mindestens 120 Minuten pro Woche, verteilt auf 4

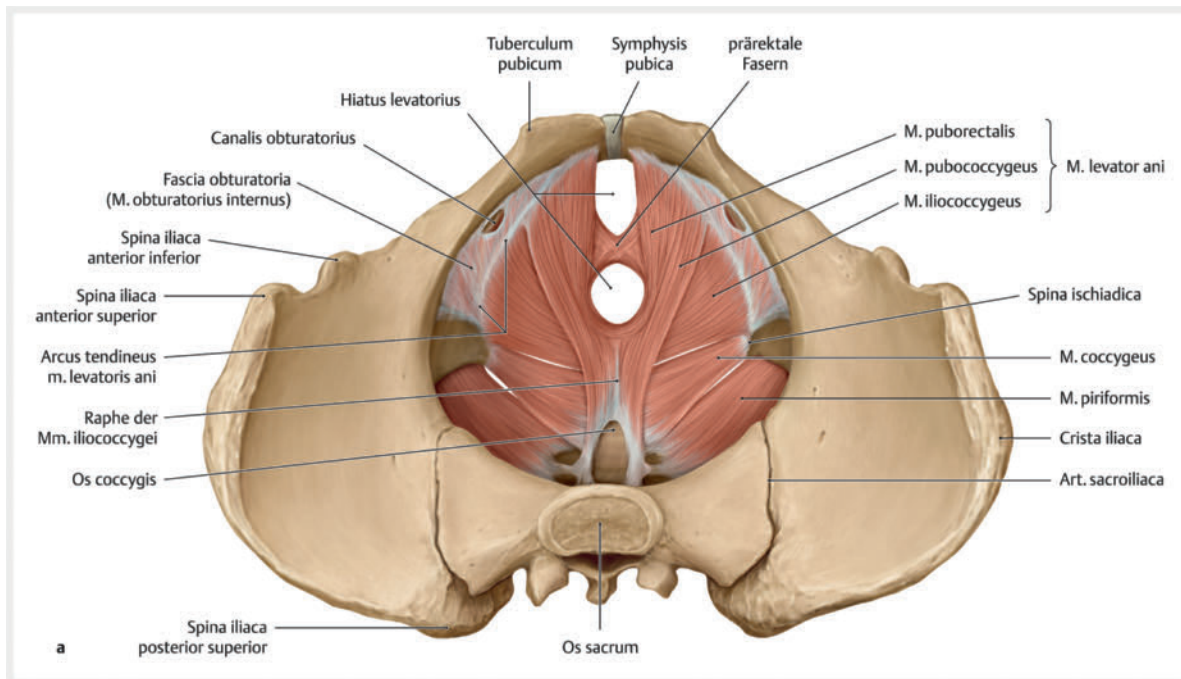
oder mehr Tage, gesteigert werden und sowohl moderates bis intensives Ausdauertraining als auch Krafttraining umfassen. Sofern möglich, sollte dieser Aktivitätsaufbau innerhalb der ersten 12 Wochen postpartal erfolgen.

INFO

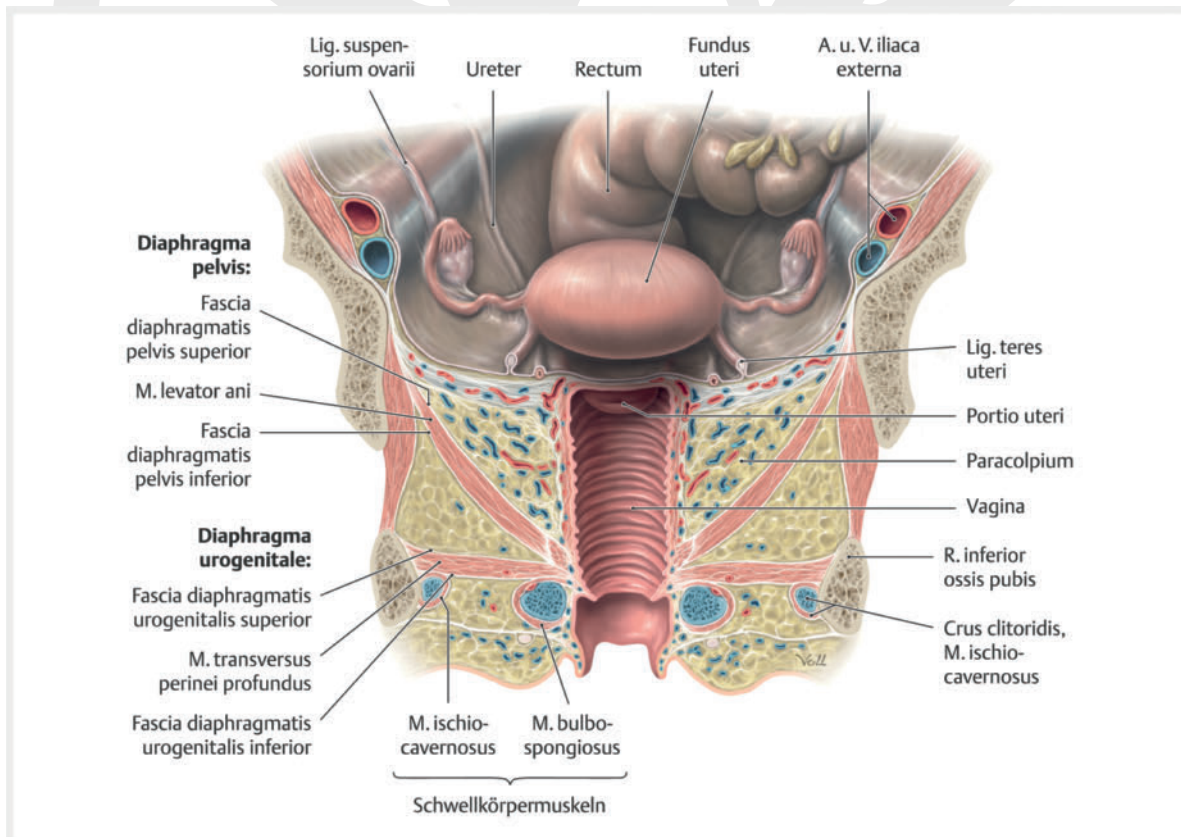
Hebammenschulung

Um Hebammen im Erkennen von Symptomen, Anleitung zu korrektem Training der Beckenbodenmuskulatur und der Palpation der Beckenbodenmuskulatur zu schulen, hat die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie bei Physio-Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie einen Kurs entwickelt.

Ein solches Vorgehen hat positive Auswirkungen auf die mentale Gesundheit, die Beckenbodengesundheit, das muskuloskelettale und das kardiovaskuläre System sowie die Schlafqualität, ohne sich z. B. negativ auf die Laktation aus-



► **Abb. 2** Durch die Muskeln des Diaphragma pelvis entsteht eine Durchtrittsöffnung für Rektum, Urethra und Vagina – der Hiatus levatorius.
 Quelle: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. 3.11 Beckenbodenmuskeln: M. levator ani. In: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K, Hrsg. Prometheus LernAtlas - Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme; 2022. doi:10.1055/b000000613



► **Abb. 3** Die 3 am Aufbau des Beckenbodens beteiligten Muskel- und Bindegewebsplatten sind in 3 Etagen angeordnet:
 ■ obere Etage: Diaphragma pelvis
 ■ mittlere Etage: Diaphragma urogenitale
 ■ untere Etage: Schließ- und Schwelkörpermuskeln des Urogenital- und Darmtraktes.
 Quelle: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. 6.20 Topografie des Beckenbindegewebes, Etagen des Beckenraumes und des Beckenbodens. In: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K, Hrsg. Prometheus LernAtlas - Innere Organe. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2022. doi:10.1055/b000000614

zuwirken. Welche Belastung jeweils angemessen ist, hängt von verschiedenen individuellen Faktoren ab, z. B.:

- Geburtsmodus
- Narbenheilung
- mögliche Komplikationen vor und nach der Schwangerschaft
- generelles Wohlbefinden und Gesundheit

Beckenbodendysfunktionen können zu weitreichenden Konsequenzen führen, die Frauen* über ihre gesamte Lebensspanne erheblich belasten [2]. Interdisziplinäre Versorgungsansätze und eine gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen sind dringend notwendig, um die Gesundheit von Frauen* zu verbessern.

Autorin



Nina Gärtner-Tschacher

ist seit 1997 Physiotherapeutin und am Universitätsklinikum Zentrum für Physiotherapie (UZP) in Tübingen tätig. 2002 erlangte sie in Adelaide/Australien ihren Abschluss zum Master of Physiotherapy. Sie behandelt schwerpunktmäßig urologische, urogynäkologische und proktologische Patient*innen.

Korrespondenzadresse

Nina Gärtner-Tschacher
info@ninagaertner.de

Literatur

- [1] Hübner M, Rothe C, Plappert C et al. Aspects of Pelvic Floor Protection in Spontaneous Delivery – a Review. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2022; 82: 400–409. DOI: 10.1055/a-1515-2622
- [2] Hegde A, Goh J, Kearney R et al. Chronic Maternal Pelvic Morbidity: A Neglected Tragedy: Where is Pelvic Maternal Morbidity in Maternal and Child Health? Advocating for a Public Health Approach to Pelvic Floor Disorders Resulting from Pregnancy and Childbirth Trauma. *Int Urogynecol J* 2026; 37: 1207–1220. DOI: 10.1007/s00192-025-06449-8
- [3] Deniz M, Wirth L, Beilecke K et al. Female pelvic floor protection—Where do we have to go? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2026; 105: 1191–1199. DOI: 10.1111/aogs.70194
- [4] Ludwig S. Geburtshilfestudien E-PAD und Mum-Health – Risiko peri- und postpartaler Beckenbodenfunktionsstörungen. *Dt Ärztebl* 2023; 120: A-1074

- [5] Metz M, Junginger B, Henrich W et al. Development and Validation of a Questionnaire for the Assessment of Pelvic Floor Disorders and Their Risk Factors During Pregnancy and Post Partum. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2017; 77: 358–365. DOI: 10.1055/s-0043-102693
- [6] Neels H, De Wachter S, Wyndaele J-J et al. Common errors made in attempt to contract the pelvic floor muscles in women early after delivery: A prospective observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; 220: 113–117. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.11.019
- [7] Kandadai P, O'Dell K, Saini J. Correct Performance of Pelvic Muscle Exercises in Women Reporting Prior Knowledge. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2015; 21: 135–140. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000145
- [8] Charlanes A, Chesnel C, Jousse M et al. Verbal instruction to obtain voluntary pelvic floor muscle contraction: Acceptability, and understanding. *Prog En Urol* 2021; 31: 231–237. DOI: 10.1016/j.purol.2020.12.010
- [9] Vermandel A, De Wachter S, Beyltsjens T et al. Pelvic floor awareness and the positive effect of verbal instructions in 958 women early postdelivery. *Int Urogynecol J* 2015; 26: 223–228. DOI: 10.1007/s00192-014-2483-x
- [10] Laycock J. Pelvic muscle exercises: Physiotherapy for the pelvic floor. *Urol Nurs* 1994; 14: 136–140
- [11] Lange S, Lange R, Tabibi E et al. Comparison of Vaginal Pessaries to Standard Care or Pelvic Floor Muscle Training for Treating Postpartum Urinary Incontinence: a Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2024; 84: 246–255. DOI: 10.1055/a-2243-3784
- [12] Kiefner B, Schwab F, Kupping M et al. Evaluating compliance and applicability of postpartum pessary use. *Arch Gynecol Obstet* 2023; 308: 651–659. DOI: 10.1007/s00404-023-07075-9
- [13] Beer F, Kupping M, Schwab F et al. Effect of postpartum pessary use on pelvic floor function: a prospective multicenter study. *Arch Gynecol Obstet* 2025; 311: 1209–1217. DOI: 10.1007/s00404-024-07758-x
- [14] Davenport MH, Ruchat S-M, Jaramillo Garcia A et al. 2025 Canadian guideline for physical activity, sedentary behaviour and sleep throughout the first year post partum. *Br J Sports Med* 2025; 59: 515–526. DOI: 10.1136/bjsports-2025-109785

Bibliografie

Hebamme 2026; 39: 232–238
DOI 10.1055/a-2911-9731
ISSN 0932-8122
© 2026. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany