

Beckenbodenzentren unterstützen Frauen bei Beschwerden

Autor(en): **Schär, Gabriel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 9

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949091>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Beckenbodenzentren unterstützen Frauen bei Beschwerden

Inkontinenz für Urin und Stuhl sowie Senkungsbeschwerden können die Lebensqualität im Wochenbett und manchmal bis ins hohe Alter einschränken. Darüber gesprochen wird ungern. Die Behandlungsmöglichkeiten sind vielfältig, und deshalb ist es Aufgabe der Hebammen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen/Ärzte, die Frauen darauf anzusprechen und sie bei Bedarf einer Therapie zuzuführen. Beckenbodenspezialisten und Beckenbodenzentren unterstützen betroffene Frauen in Diagnostik und Therapie.

TEXT:
GABRIEL SCHÄR



Die überwiegend auftretende Form in der Schwangerschaft und nach der Geburt ist die Belastungsinkontinenz.

Schwangerschaft und Geburt können nachhaltige Veränderungen im kleinen Becken verursachen. Damit das Kind bei der Geburt durch das kleine Becken und den Beckenboden gleiten kann, bereitet sich der Körper im Verlaufe der Schwangerschaft durch vielfältige Veränderungen der muskulären und bindegewebigen Strukturen vor. Trotzdem kann eine Geburt für den weiblichen Körper traumatisch sein, sei es wegen geburtsmechanischen Problemen eines proportional zu grossen Kindes für einen relativ zu kleinen oder zu wenig dehnbaren Geburtskanal oder wegen notwendigen Geburtsbeschleunigungen durch eine instrumentierte Geburt.

Schon während der Schwangerschaft können Symptome wie häufiger Harndrang, Inkontinenz bei körperlicher Belastung oder Störungen der Blasenentleerung auftreten. Nach der Geburt können diese Symptome bestehen bleiben oder sich noch verstärken. Geburtsbedingt können Schäden am neuromuskulären System der Beckenbodenmuskulatur und der Bindegewebe- und Haltestrukturen des Harn- und Darmtraktes entstehen. Dadurch kann es zu Beschwerden am Damm, zu Belastungsinkontinenz, Stuhlinkontinenz oder Senkungsbeschwerden kommen.

Welche Beschwerden können auftreten? Harninkontinenz

Bis zu 11% der jungen Frauen beklagen bereits vor einer Schwangerschaft eine Urininkontinenz (Brown et al., 2010). In der Schwangerschaft liegt die Häufigkeit bei etwa 40% (Sangsawang & Sangsawang, 2013). Die postpartale Inkontinenzrate liegt bei einer Häufigkeit von 15 bis 30% (Coyne et al., 2009; Cerruto et al., 2013). Mit der Rückbildung im Wochenbett bessert sich oder verschwindet ein Teil der Inkontinenz. Es werden verschiedene Formen der Urininkontinenz unterschieden: Die überwiegend auftretende Form in der Schwangerschaft und nach der Geburt ist die Belastungsinkontinenz. Frauen im reproduktiven Alter sind seltener von einer überaktiven Blase oder Dranginkontinenz betroffen. Bei der Belastungsinkontinenz verliert die Betroffene beim Husten, Niesen, Lachen, bei sportlicher Tätigkeit, beim Bergablaufen oder auch beim Geschlechtsverkehr Urin. Geschädigte Beckenboden- oder Harnröhrenmuskulatur sowie defekte Band- oder Faszienstrukturen im Harntrakt führen zu einem insuffizienten Verschluss der Harnröhre. Die überaktive Blase ist v. a. durch unkontrollierbaren Harndrang gekennzeichnet. Aufgrund einer ge-

störten Wahrnehmung der Blasenfüllung oder durch autonome Destrusorkontraktionen wird die Toilette häufig (mehr als sieben Miktionen pro Tag) tagsüber aber auch nachts (mehr als eine Miktion pro Nacht) aufgesucht, obwohl die Blase nur wenig gefüllt ist. Eine Dranginkontinenz liegt dann vor, wenn, meist begleitet von starkem Harndrang, Urin verloren geht, noch bevor die Toilette erreicht werden kann. Die Patientinnen sind sehr stark in der Lebensqualität beeinträchtigt. Drangbeschwerden können auch im Rahmen von psychosomatischen Belastungen vorkommen.

Dammverletzungen

Der Damm, auch Perineum genannt, besteht aus Bindegewebe und der oberflächlichen und tiefen perinealen Muskulatur (M. transversus perinei, M. Bulbocavernosus). Die Nerven N. pudendus, N. genitofemoralis und N. ilioinguinalis innervieren die perinealen Muskelstrukturen. Kaudal und dorsal des Perineums befindet sich der anale Sphinkterkomplex mit den internen und externen Schliessmuskelanteilen (Innervation N. pelvici). Höhergradige Dammverletzungen sind ein wichtiger Hinweis auf mögliche Sphinkterverletzungen und müssen dazu führen, bei der chirurgischen Ver-

sorgung der Geburtsverletzung auch auf die Sphinkterstrukturen zu achten.

Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz ist definiert durch unkontrollierten oder ungewollten Verlust von flüssigem oder solidem Stuhl zwischen regulären Toilettengängen. Der Geburtsprozess wird als der Risikofaktor für die Stuhlinkontinenz der Frau angesehen. Höhergradige Dammverletzungen haben eine starke Asso-

dazu führt, dass Sphinkterverletzungen oftmals erst später, mit dem Auftreten von Inkontinenzsymptomen, erkannt werden. Die Erfassung einer Sphinkterverletzung unmittelbar nach der Geburt ist eine wichtige Aufgabe von Hebammen und Geburtshelferinnen und -helfer. Bei Geburtsverletzungen mit Dammläsionen muss eine Sphinkterverletzung gesucht und, wenn vorhanden, sorgfältig anatomiegerecht behandelt werden. Nach korrekter Versorgung kann eine postpartale Stuhlinkontinenz oftmals verhindert werden, während Frauen mit persistierendem Sphinkterdefekt eine signifikant schlechtere Kontinenz aufweisen (Reid et al., 2014).

Deszensus genitalis

Unter der Geburt können anatomische Defekte entstehen, die das Beckenbodenstützsystem destabilisieren und je nach Ausprägung früher oder später zu symptomatischem Deszensus führen (Hallock & Handa, 2016). Risikofaktoren sind besonders das Kindsgewicht, Dammverletzungen und instrumentierte Geburten, wobei die Zangen- geburt ein stärkeres Risiko darstellt als die vakuumassistierte Geburt. Durch Magnetresonanztomografie- und dreidimensionale Ultraschalldiagnostik wurde in verschiedenen Studien festgestellt, dass neben den beschriebenen Geburtsverletzungen besonders der Abriss der endopelvinen Faszie (paravaginaler Defekt) und Levatorverletzungen zu späteren Senkungsbeschwerden führen können (Volloyhaug et al, 2016; Arenholt et al., 2017). Leider ist die Erfassung der Defekte unmittelbar postpartal unzuverlässig und die Bedeutung einer Frühdiagnostik ebenfalls noch unklar. Somit gibt es auch

keine evidenzbasierten Therapieempfehlungen, wie Diagnostik und Therapie dieser Geburtsverletzungen anzugehen sind.

Aufgaben von Geburtshilfeteams und Beckenbodenzentren

Die peri- und postpartale Betreuung der Schwangeren und Wöchnerinnen durch Hebammen und Geburtshelfer/-innen kümmert sich auch um Kontinenz- und Beckenbodenprobleme, weshalb diese sich in den Grundlagen des Beckenbodens auskennen und erste Empfehlungen für Inkontinenz- und Deszensusprobleme geben können. Es lohnt sich schon während der Schwangerschaft, der Inkontinenz nach der Geburt vorzubeugen. Das Beckenbodentraining sollte so früh wie möglich begonnen werden. Frauen, die zwischen der 20. und 36. Schwangerschaftswoche Beckenbodenaktivierungen durchführen, profitieren durch die niedrigere Rate einer protrahierten Austreibungsperiode.

Auch das Beckenbodentraining in der postpartalen Phase führt zur Verbesserung der Inkontinenzbeschwerden nach zwölf Monaten. Der Therapieerfolg scheint sich in den folgenden Jahren jedoch wieder abzuschwächen (Glazener et al., 2014). Zu empfehlen sind auch die zurückhaltende Anwendung von Dammschnitten und der Zangen- geburt. Die Analysen betreffend Dammschnitt waren nicht in der Lage, zu beweisen, dass durch einen prophylaktischen Dammschnitt eine Schonung von wichtigen Beckenbodenstrukturen möglich ist (van Bavel et al., 2018). Die Beurteilung und anatomisch richtige Versorgung von Damm-, Vagina- und Sphinkterverletzungen gehört ebenso in die Grundausbildung des geburtshilflichen Teams.

Bei Geburtsverletzungen mit Dammläsionen muss eine Sphinkterverletzung gesucht und, wenn vorhanden, sorgfältig anatomiegerecht behandelt werden.

ziation mit Sphinkterverletzung und analer Inkontinenz (Thornton & Lubowski, 2006). Der Hauptrisikofaktor der postpartalen Stuhlinkontinenz ist das Vorliegen einer analen Sphinkterverletzung (Bols et al., 2010). Bei einem Drittel der Frauen konnte mittels endoanalem Ultraschall nach vaginaler Entbindung ein Einriss der Analsphinktermuskulatur nachgewiesen werden. Diagnostik und Therapie anlässlich der postpartalen Phase sind erschwert, was

Medikamente für die Behandlung der überaktiven Blase

Medikamentenname	Wirkstoff	Dosierungen	Einnahme
Spasmo-Urgenin Neo® Spasmex®	Trospiumchlorid	20 mg	1/0/1
Ditropan®	Oxybutynin	5 mg	Beginn 0,5/0/0,5 max. 1/1/1
Kentera® Pflaster	Oxybutynin	3,9 mg / 24 Stunden	2 Mal pro Woche
Detrusitol SR®	Tolterodin	2 und 4 mg	1/0/0
Emselex®	Darifenacin	7,5 oder 15 mg	1/0/0
Toviaz®	Fesoterodin	4 oder 8 mg	1/0/0
Vesicare®	Solifenacin	5 oder 10 mg	1/0/0
Betmiga®	Mirabegron	25 oder 50 mg	1/0/0

Beckenbodenzentren werden dann in Anspruch genommen, wenn nach der initialen Beckenbodenrehabilitation störende Beschwerden persistieren und spezifische Dia-

gnostik und Therapie notwendig werden. In den meisten Fällen werden konservative Therapieschritte eingeleitet, ganz besonders dann, wenn die Betroffene einen offenen Kinderwunsch hat.

Beckenbodenzentren werden dann in Anspruch genommen, wenn nach der initialen Beckenbodenrehabilitation störende Beschwerden persistieren und spezifische Diagnostik und Therapie notwendig werden.

Welche Therapieformen sind angezeigt? Harninkontinenz

Bei der Inkontinenzbehandlung spielt die/der speziell geschulte Physiotherapeut/-in eine grosse Rolle – sowohl bei der Harn- wie bei der Stuhlinkontinenz. Die Muskelrehabilitation mit Verbesserung der Muskelwahrnehmung, Muskelstärkung und Verhaltensempfehlungen kann deutliche Kontinenzverbesserungen in zwei Drittel der Fälle bewirken.

Übergangsweise können Hilfsmittel wie speziell geformte Pessare oder Tampons vaginal zum Einsatz kommen (siehe Kasten). Hierbei liegt der Effekt in der Unterstützung des Harnröhrenverschlussdrucks durch den Druck des Pessars. Für Frauen, die v. a. beim Sport Urin verlieren, stellt ein Pessar eine gute Behandlungsalternative dar.

Wenn weder Beckenbodentherapie noch Pessare ausreichend helfen, kann die Belastungsinkontinenz durch einen kleinen operativen Eingriff behoben werden. Diese Therapie kommt in der Regel erst dann zur Anwendung, wenn die Familienplanung ab-

geschlossen ist. Am häufigsten wird eine TVT-Operation angewendet (TVT: Tension-free Vaginal Tape) (Ford et al., 2015; Nilsson et al., 2013) (siehe Kasten). Diese Bandope-

rationen haben eine längerfristige Erfolgsrate von 90% und gelten als aktueller Operationsstandard. Die Therapie der überaktiven Blase beginnt in der Regel mit einem Trink- und Blasen- training, mit dem Ziel der Erhöhung der Blasenkapazität und der bewussten Kontrolle des Miktionsreizes. Mit einer Wahrnehmungs- und Verhaltensschulung unter Verwendung eines Blasentagebuchs wird versucht, den Drang länger hinauszuzögern und die verlorene Kontrolle über die eigene Blase wieder zu erlangen und ihr Fassungsvermögen allmählich wieder zu erhöhen. Oft wird auch hier ein Beckenbodentraining zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur und zur Unterdrückung des Miktionsreizes eingesetzt. Unterstützend kann eine medikamentöse Therapie angewendet werden. Es gibt heute eine Vielzahl von anticholinerg und betamimetisch wirksamen Medikamenten (siehe Tabelle). Dabei muss auf mögliche Nebenwirkungen (Obstipation, Mundtrockenheit, Sehstörungen, Tachykardie) geachtet und evtl. auf ein anderes Medikament umgestellt werden.

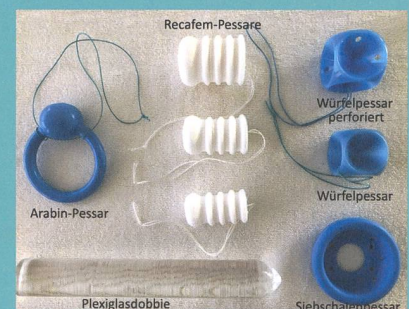
Deszensus genitalis

Die Beckenbodenphysiotherapie gilt auch für milde Deszensusformen des Uterus, der Blase (Zystozele) oder des Rektums (Rektozele) als zielführend. Ausgeprägte Des-



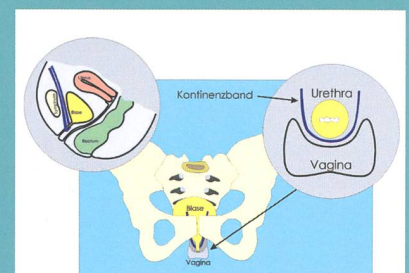
Pessare und Kontinenzband

Bei Belastungsinkontinenz werden v. a. das Arabinpessar als wiederverwendbares und Recafem-Pessare als Wegwerfpessare verwendet. Die Würfelpessare werden bei Senkungsbeschwerden eingesetzt und von der Patientin am Morgen vaginal eingelegt und am Abend wieder entfernt. Das Siebschalenpessar wird von Gynäkologinnen/Gynäkologen oder Fachfrauen Urogynäkologie eingelegt und in lockeren Abständen entfernt, gereinigt und wieder eingelegt. Dabei muss das Vaginalepithel bzgl. Druckstellen kontrolliert werden. Der Plexiglasdobbie kann für die Massage von intravaginalen Schmerzstellen, unter Zuhilfenahme einer östrogenhaltigen Crème, benutzt werden.



Gabriel Schär

Das Kontinenzband zur Korrektur der Belastungsinkontinenz wird unter Lokalanästhesie in Form einer U-förmigen Schlinge unter die Mitte der Harnröhre eingelegt und zwischen Blase und Schambeinknochen zur Bauchdecke hochgeführt. Bei gefüllter Blase wird unter Husten das Band so hochgezogen, bis kein Urinverlust mehr vorliegt.



Gabriel Schär

zensusformen benötigen entweder eine Pessartherapie oder nach abgeschlossener Familienplanung eine operative Versorgung. Die Erfolgsraten der Senkungsoperationen liegen bei 70 bis 90 %. Je nach Senkungsart und körperlicher sowie sexueller Aktivität werden vaginale oder laparoskopische Senkungsoperationen durchgeführt.

Schmerzen am Damm

Dammschmerzen nach Geburt können mit einer instruierten Dammmassage verbessert werden. Sie werden mit einer Salbe oder einem Öl bis zur Schmerzfremheit massiert. Intravaginale Schmerzen können mit einer milden Östrogencreme ebenfalls gezielt digital massiert werden, dabei benötigt die Frau für tief intravaginal gelegene Schmerz-zonen ein Hilfsmittel wie einen Dobbiestab (siehe Kasten). Mit der Östrogenanwendung kann zudem die physiologische östrogenmangel-bedingte Atrophie behoben werden. Meistens können mit diesem Therapieansatz operative Interventionen vermieden werden, die für sich wieder Operations-schmerzen verursachen und damit die Leiden-sdauer verlängern.

Die Beratung im Beckenbodenzentrum basiert auf den individuellen Befunden und Bedürfnissen einer betroffenen Frau. Das Hauptaugenmerk gilt dabei den Lebensqualitätszielen und der Beratung über Erfolgsraten und Risiken der Therapie, insbesondere der Operation. Eine hohe kommunikative Kompetenz und ganzheitliches Denken sind in dieser Beratung unabdingbar. ◉

AUTOR



Prof. Dr. med. Gabriel Schär
ist Chefarzt Urogynäkologie und Leiter des zertifizierten Beckenbodenzentrums in der Frauenklinik Kantonsspital Aarau.

Dammschmerzen nach Geburt können mit einer instruierten Dammmassage verbessert werden. Sie werden mit einer Salbe oder einem Öl bis zur Schmerzfremheit massiert.



Shutterstock

Literatur

- Arenholt, L. T. S., Pedersen, B. G., Glavind, K., Glavind-Kristensen, M. & DeLancey, J. O. L. (2017)** Paravaginal defect: anatomy, clinical findings, and imaging. *Int Urogynecol J.*; 28(5):661-73.
- Bols, E. M., Hendriks, E. J., Berghmans, B. C., Baeten, C. G., Nijhuis, J. G. & de Bie, R. A. (2010)** A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 89(3):302-14.
- Brown, S. J., Donath, S., MacArthur, C., McDonald, E. A. & Krastev, A. H. (2010)** Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J.*; 21(2):193-202.
- Cerruto, M. A., D'Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M. & Artibani, W. (2013)** Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int.*; 90(1):1-9.
- Coyne, K. S., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Milsom, I., Irwin, D., Kopp, Z. S. et al. (2009)** The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int.*; 104(3):352-60.
- Ford, A. A., Rogerson, L., Cody, J. D. & Ogah, J. (2015)** Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.*; (7):CD006375.
- Glazener, C. M., MacArthur, C., Hagen, S., Elders, A., Lancashire, R., Herbison, G. P. et al. (2014)** Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial. *BJOG.*; 121(1):112-20.
- Hallock, J. L. & Handa, V. L. (2016)** The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth: An Update. *Obstet Gynecol Clin North Am.*; 43(1):1-13.
- Nilsson, C. G., Palva, K., Aarnio, R., Morcos, E. & Falconer, C. (2013)** Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J.*; 24(8):1265-9.
- Thornton, M. J. & Lubowski, D. Z. (2006)** Obstetric-induced incontinence: a black hole of preventable morbidity. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*; 46(6):468-73.
- Reid, A. J., Beggs, A. D., Sultan, A. H., Roos, A. M. & Thakar, R. (2014)** Outcome of repair of obstetric anal sphincter injuries after three years. *Int J Gynaecol Obstet.*; 127(1):47-50.
- Sangsawang, B. & Sangsawang, N. (2013)** Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J.*; 24(6):901-12.
- van Bavel, J., Hukkelhoven, C., de Vries, C., Papatsonis, D. N. M., de Vogel, J., Roovers, J. W. R. et al. (2018)** The effectiveness of mediolateral episiotomy in preventing obstetric anal sphincter injuries during operative vaginal delivery: a ten-year analysis of a national registry. *Int Urogynecol J.*; 29(3):407-13.
- Volloyhaug, I., Morkved, S. & Salvesen, K. A. (2016)** Association between pelvic floor muscle trauma and pelvic organ prolapse 20 years after delivery. *Int Urogynecol J.*; 27(1):39-45.



WELEDA MUSTER- PAKETE FÜR HEBAMMEN.



Sie möchten Muster für
die Klinik? Sprechen Sie uns
dazu gerne an.

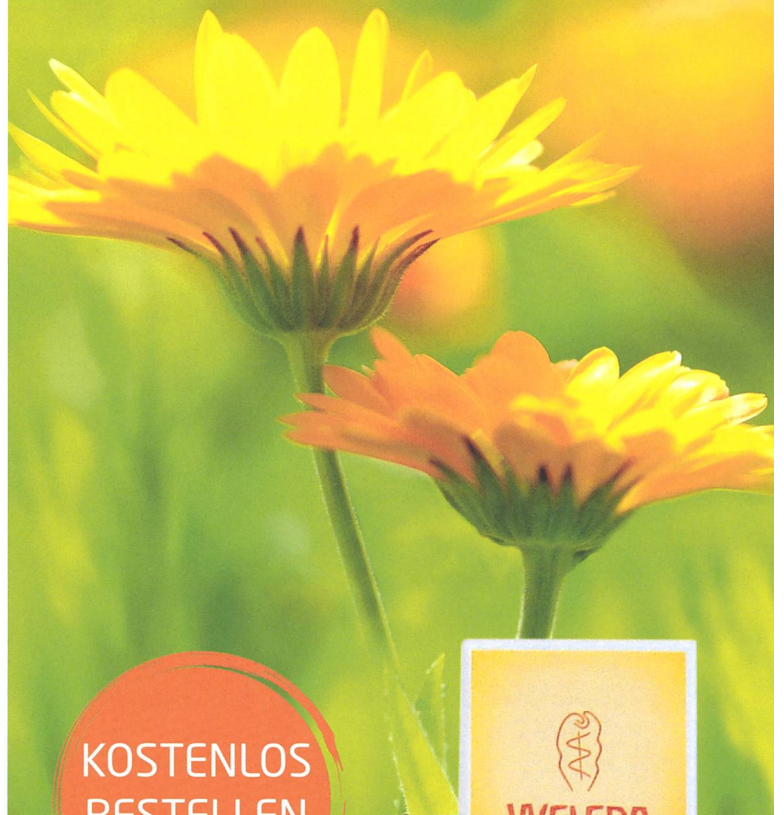
- ✓ Mit Kennenlerngrößen zur Weitergabe
an die von Ihnen begleiteten Familien
- ✓ Bestellung: hebammen@weleda.ch
Telefon: 061 705 22 22



100%
Zertifizierte
NATUR-
KOSMETIK

WELEDA

Seit  1921



KOSTENLOS
BESTELLEN



WELEDA
Seit 1921



WELEDA
Seit 1921

BABY

CALENDULA

HEBAMMEN-
EMPFEHLUNG

Nr. 1*

in Deutschland

PFLEGEDUO:
REINIGEN
& CREMEN

Willkommensset

Ankommen im Leben mit Weleda.
Calendula Babypflege -
vom ersten Tag an.





Carrière, B. (Hrsg.) (2012)
**Physiofachbuch, Beckenboden,
 Physiotherapie und Training**

2. Auflage, Thieme Verlag

Internationale Physiotherapieexpertinnen und -experten sowie Ärztinnen und Ärzte erklären, wie man Beckenbodenbeschwerden effektiv mit Physiotherapie behandelt. Zahlreiche Behandlungsmethoden, von Biofeedback über Manualtherapie bis zu Übungsprogrammen und der Triggerpunktbehandlung, werden vorgestellt. Jede Therapeutin referiert über ihr Schwerpunktthema.



El Agamy Etman, A. (2014)
**Was geschieht bei der Geburt?
 Wissen zu Geburts-
 vorbereitung und -vorgang**

hep Verlag

In diesem Buch werden auf einfache und verständliche, aber sehr genaue Art die Vorgänge im weiblichen Körper während und nach der Geburt beschrieben. Zu jedem Kapitel gibt es Übungen, um das Körperbewusstsein zu fördern. Die zahlreichen anatomischen Illustrationen helfen, das Körperinnere zu visualisieren. Das Buch eignet sich für schwangere Frauen, die sich auf die Geburt vorbereiten und sich dabei auch Wissen über die Anatomie aneignen wollen. Es eignet sich ebenfalls für Fachpersonen, die Frauen bei der Geburtsvorbereitung unterstützen. Wenn die Frau ihren Körper schon vor der Geburt gut kennt, ist die Arbeit im Wochenbett mit dem Beckenboden einfacher.



Franklin, E. (2002)
**Beckenboden Power:
 Das dynamische Training
 für sie und ihn**

Kösel-Verlag

Eric Franklin hält ein dynamisches Beckenbodentraining für sie und ihn bereit. Es verbindet gezielte Muskelaktivität mit Imagination, die kreativ beweglich macht und mit Schwung und Spass den Energiefluss fördert. Die äusserst wirksamen, originellen Übungen basieren auf östlich/westlichen Techniken, lassen wohltuende Entspannung spüren, stärken Chakren, Organe und Potenz.



Liesner, F. (2018)
**Mein Beckenbodenbuch:
 Mehr Kraft,
 erfüllte Sexualität,
 beweglicher Rücken**

Trias Verlag

Ein Praxisbuch für Frauen, verfasst von der Physiotherapeutin Franziska Liesner mit Beckenbodenanatomie, Alltagsverhalten, Haltungsschule, viele einfache Körperübungen. Es ist ansprechend illustriert. Es werden Themen wie Rückbildung nach der Geburt, Inkontinenz, Sport und Sexualität behandelt.



Klein, M (2013)
**Beckenboden – deine geheime
 Kraft. Wohlfühlen, Entspannen,
 Genießen (Erste Hilfen)**

Mabuse-Verlag

Die Hebamme und Diplompädagogin Margarita Klein hat ein kleines Buch geschrieben, das Frauen empfohlen werden kann, die mit ihrem Beckenboden arbeiten möchten. Die Sprache ist achtsam, die Übungen werden einfach beschrieben und die Bilder sind ansprechend.

ZUSAMMENGESTELLT VON

Helene Gschwend Zurlinden,
 MSc Midwifery, Atemtherapeutin,
 Dozentin Bachelorstudiengang Hebamme an der
 Berner Fachhochschule Gesundheit, eigene Praxis
 mit Schwerpunkt Frauengesundheit, Beckenboden-
 therapie und Rektusdiastase.