

# Der Beckenboden

## und seine funktionellen Zusammenhänge

von Claudia Ploke

### Einleitung

Nachdem man sich mit dem Thema Beckenboden und seinem Training jahrzehntelang nur in der Gynäkologie und Geriatrie auseinander gesetzt hat und alle übrigen Therapeuten und Patienten dem „Fahrstuhlfahren“ und „Orangenauspressen“ nichts abgewinnen konnten, ist dieser Körperteil in den vergangenen Jahren geradezu in Mode gekommen. Ausgehend von dem Buch „Tiger Feeling“ von Benita Cantieni wurde das Thema aus seiner „verschwiegenen Ecke“ in die Gegenwart der schönheitsbewussten Frau gebracht. Auf einmal kann man in angesagten Mode- und Fitnesszeitschriften – häufig noch unter der Rubrik „Erotik“ – Erläuterungen und Trainingsanleitungen lesen. Die Bedeutung dieser Muskelgruppe für die Figur und das erotische Empfinden stehen im Vordergrund. Welche Zusammenhänge sich weitergehend aus dem Trainingszustand des Beckenbodens ergeben, soll in diesem Artikel dargestellt werden.

### Hauptteil

Der Beckenboden besteht aus drei verschiedenen Schichten: die innerste (Fascia endopelvina), eine mittlere (M. levator ani) und einer äußersten Schicht.

Die **innerste Schicht** wird durch die **Fascia endopelvina** oder Beckeneingeweidefaszie gebildet. Dieses Geflecht aus Muskelfasern, Bändern, Nerven, Blutgefäßen und Bindegewebe stützt die Blase und die inneren Organe (Abb. 1). Einige Bänder setzen an der Wirbelsäule an. Die Fascie kann selbst nicht trainiert werden, erfährt aber durch Training der zweiten, mittleren Schicht Entlastung.

Der **M. levator ani** bildet die **mittlere Schicht** und ist der wichtigste Muskel des Beckenbodens. Er stützt alle Organe im Becken und gewährleistet die nächtliche Kontinenz. Von anderen Skelettmuskeln unterscheidet er sich durch seinen hohen Ruhetonus. Er wird vom Nervus pudendus innerviert und besitzt 70 % langsame und 30 % schnelle Fasern. Nach seinen Ausläufern wird er in verschiedene Muskeln unterteilt:

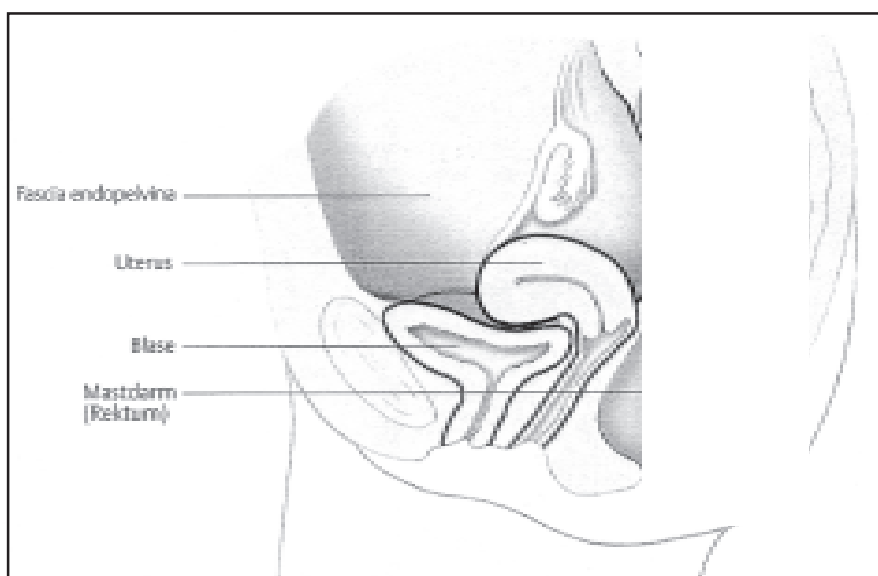


Abb. 1: Innerste Schicht des Beckenbodens (Fascia endopelvina, Ansicht von der Seite)

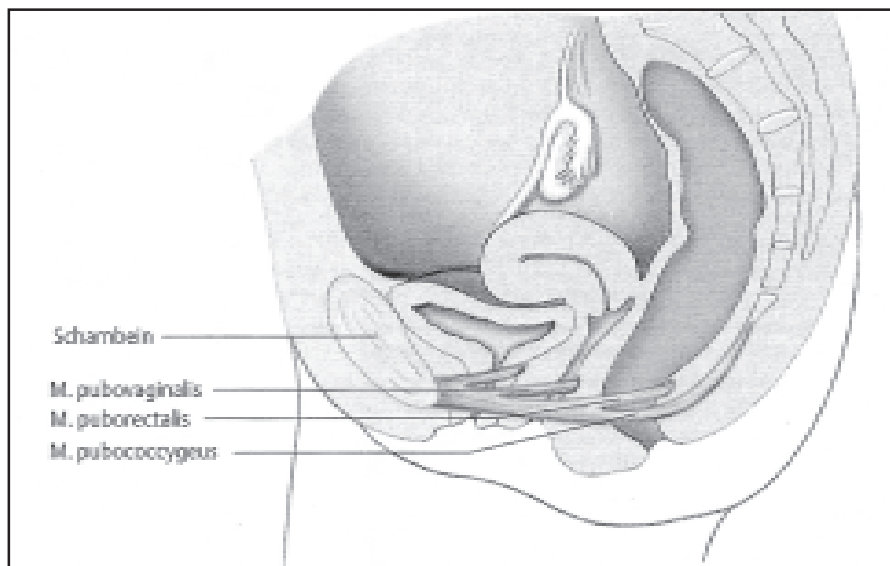


Abb. 2: Zweite Schicht des Beckenbodens (Teile des M. levator ani, Ansicht von der Seite)

- Der M. ischiocavernosus steigert beim Mann die Erektion.
- Der M. sphinkter ani verläuft als Ring um den Anus und gewährleistet die Kontinenz des Mastdarms.

- **M. pubococcygeus** erstreckt sich vom Schambein zum Steißbein,
- **M. puborectalis** umschließt mit seinen Fasern den Mastdarm und zieht ihn bei Kontraktion nach vorne, was zur Kontinenz beiträgt,
- **M. pubovaginalis** (nur bei Frauen) verläuft rund um die Vagina zum Os pubis (Abb. 2),
- **M. levator prostatae** (nur beim Mann) umschlingt als Teil des M. puborectalis die Prostata,
- **M. iliococcygeus** erstreckt sich vom Steißbein zu den Sitzhöckern (Abb. 3).

Die äußerste Schicht besteht aus mehreren Muskeln (Abb. 4). Sie sind wichtig für sexuelle Funktionen. Eine Stützfunktion für die Organe haben sie, außer M. transversus perinei, nicht.

- Der quer verlaufende **M. transversus perinei profundus** trägt zur Kontinenz bei. Er kann willentlich kontrolliert werden.
- Der M. transversus perinei superficialis verläuft auch quer und verstärkt die Aktion der tiefen Dammmuskulatur.
- Der M. bulbocavernosus kontrahiert sich bei der Ejakulation und beim Urinieren des Mannes und beim Orgasmus der Frau.

Wie bereits erwähnt innerviert der N. pudendus alle genannten Muskeln. Beim Gebären kann er gedehnt und verletzt werden und auch Schmerzen verursachen. Das Vegetativum verbindet die Organe regulierend miteinander. Bei Verletzung können viele Funktionen empfindlich gestört werden und Schmerzen diffus ausstrahlen.

Das Schwierigste beim Training der Beckenbodenmuskulatur ist die fehlende Wahrnehmung. Während man andere Muskelgruppen durch klare Bewegungsaufträge ansprechen kann, können die meisten Personen, z.B. mit dem Auftrag „Ziehen Sie Ihre Sitz-

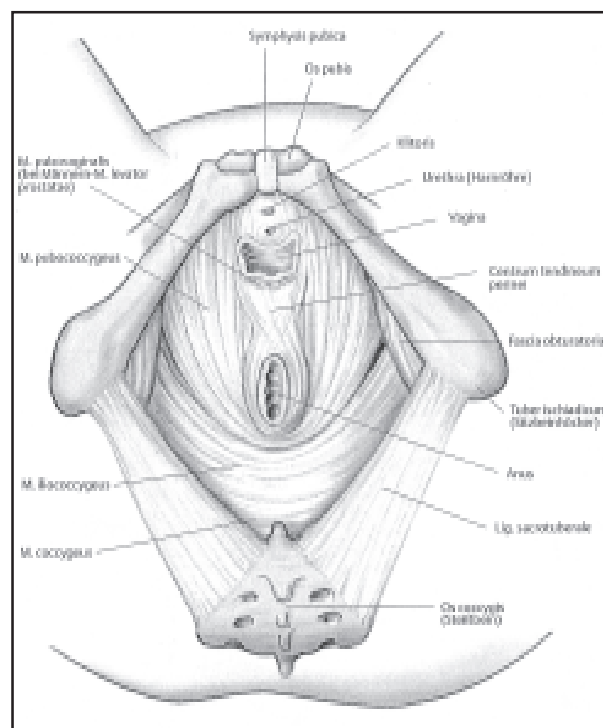


Abb. 3: Zweite, mittlere Schicht des Beckenbodens (Ansicht von oben)

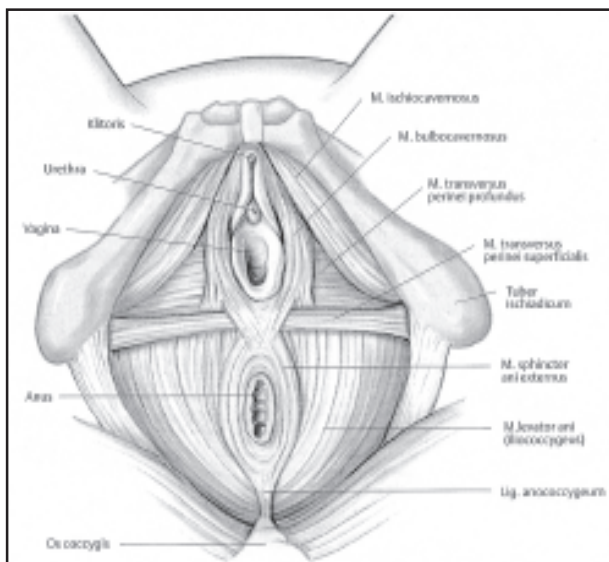


Abb. 4: Dritte Schicht des Beckenbodens bei der Frau (Ansicht von unten)

höcker zusammen“ nichts anfangen. Warum ist das so? Vielleicht hat es mit dem – stammesgeschichtlich gesehen – jüngsten Schritt der menschlichen Entwicklung, dem aufrechten Gang, zu tun. Bei Vierfüßlern werden die Eingeweide von der Bauchwand wie von einer Hängematte getragen, der Beckenboden nach

innen gezogen. Beim aufrechten Gang des Menschen dagegen lasten sie auf dem Beckenboden. Das heißt, diese Aufgabe ist dem Beckenboden erst in jüngerer Zeit zugefallen, weswegen seine Aktion noch nicht automatisiert im Stammhirn abgespeichert ist, wie z.B. die Funktionen der Hand, sondern im Neokortex. Von hier aus müssen die Bewegungsaufträge einzeln und willentlich an den Hirnstamm geleitet werden. Dies erklärt, warum er sich dem unwillkürlichen Gebrauch so leicht wieder entzieht. Unterstrichen werden diese Überlegungen durch die Beobachtung eines Kleinkindes, welches die Entwicklungsschritte der Menschheit noch einmal in geraffter Form durchläuft. Das Kind dreht sich, entwickelt Greiffunktion und Handkoordination, aber erst mit der Aufrichtung und dem Laufen, ist eine Kontrolle der Ausscheidungsorgane möglich. Macht das Bewusstsein Pause – des Nachts oder auf dem Spielplatz – geht die Kontrolle leicht wieder verloren.

## Übungen zur Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur

■ Aus den vorangegangenen Gründen bedarf es der besonderen Konzentration beim Training des Beckenbodens:

1. Zunächst werden die knöchernen Strukturen, an denen die Beckenbodenmuskeln ansetzen, palpiert, nämlich Os pubis, unteres Ende des Sacrum, Tuber. Dies kann im Sitzen, Rückenlage, Seitlage oder Stand geschehen (Abb. 5 und 6).
2. Nun liegen die Hände am distalen Ende des Os Sacrum auf dem Os coccygeus und gegenüber auf dem unteren Rand der Symphyse. In der Vorstellung sollen nun diese beiden Punkte einander angenähert werden (Abb. 7). Dies führt zu einer Anspannung des M. pubococcygeus. Der untere Beckenausgang wird geschlossen, die Organe werden ins kleine Becken zurück gedrückt. Der obere Beckenausgang öffnet sich, das Becken richtet sich auf, das schmerzhafte Hohlkreuz verschwindet.

3. Die übrigen Muskeln dieser Schicht können angesprochen werden, indem die einzelnen Körperöffnungen willentlich angesprochen werden, sich zusammen zu ziehen. Am leichtesten ist dies in der Regel beim Darmausgang. Er wird, wie der Mund beim Kuss, zusammengezogen. Dies ist wichtig für die Stuhlkontinenz. Ebenso können die Öffnungen der Vagina und der Harnröhre zusammengezogen werden. Dies fällt erfahrungsgemäß schwerer, weil sie nicht so häufig trainiert werden. Reicht die reine Vorstellungskraft nicht aus, kann die Bewusstheit durch Spüren bei Berührung erhöht werden (Abb. 8 und 9)
4. Um den M. transversus perinei anzuspannen, werden die Sitzhöcker mit den Fingerspitzen auseinander gezogen, um dann mit dem Beckenboden dagegen zu halten. Dies geschieht am einfachsten im Sitz auf den Händen, so kann gleichzeitig sichergestellt werden, dass nicht der M. glutaeus zu Hilfe genommen wird (Abb. 10). Die Kontraktion soll in der Mitte des Schrittes wahrgenommen werden. Später kann die Kontraktion auch im Stand und mit Unterarmstütz durchgeführt werden. Eine gute Spannung des M. transversus perinei führt die Bek-

kenschaufeln unten weiter zusammen, was zu einer Öffnung des Iliolumbalen Überganges führt (Abb. 11). Die iliolumbalen Bänder spannen sich und können die unteren Lendenwirbel besser fixieren. Instabilitäten in diesem Bereich werden gefestigt. Diffuse Rückenschmerzen verschwinden. Ebenso verändert sich die Überdachung der Hüftgelenke. Die kongruierenden Gelenkanteile werden größer. Dies führt zu einer starken Entlastung. Das kann auch während der Kontraktion gespürt werden, wenn man die christa iliaca palpiert oder die Finger seitlich an die Hüftgelenke legt (Abb. 12 und 13).

Am häufigsten wird eine Insuffizienz des Beckenbodens im Zusammenhang mit Blasenschwäche und Stuhlinkontinenz gesehen. Dies betrifft ca. 4 bis 5 Mio. Deutsche (Angaben: Deutsche Gesellschaft für Inkontinenzhilfe, 2000). Nur ein Drittel der Betroffenen wendet sich mit diesen Problemen an einen Arzt. Betroffen sind häufig Frauen nach schweren oder häufigen Geburten und Männer nach Prostataoperationen. Außerdem können häufige Blaseninfektionen, Nervenschädigungen, Fettleibigkeit und eine schlechte Kon-

# Physiotherapie *med*

Ihre Fachzeitschrift mit den besonderen Akzenten

Mehr Informationen

*Erfahrungsberichte aus der Praxis für die Praxis !*

*Wichtiges für Ihren betriebswirtschaftlichen Erfolg, neue Geschäftsfelder und Standbeine !*

*Neue und traditionelle Therapie- und Behandlungsmethoden im Vergleich !*

*Aktuelle Testergebnisse und Produktinformationen aus Forschung und Praxis !*

Schwerpunktthemen 2003

**PRÄVENTIVER GESUNDHEITSSPORT**



Abb. 5: Palpation Os coccygeus in Seitlage

dition zu Inkontinenz führen. Bei manchen Patienten kann auch die Einnahme von Medikamenten gegen Bluthochdruck, Erkältung, Allergien, Herzbeschwerden und Depression die Spannung des Beckenbodens verändern und zu unkontrolliertem Urinieren führen. Koffein- und kohlenensäurehaltige Getränke, wie Kaffee und Cola, wirken harntreibend und sollten bei Inkontinenz vermieden werden, ebenso wie Zitrusfrüchte, Alkohol und scharf gewürzte Speisen.

Inkontinenz wird in eine sog. „Stressinkontinenz“ und eine „Dranginkontinenz“ unterschieden. Bei der **Stressinkontinenz** geschieht der Urinverlust beim Husten, Niesen, Laufen, Springen etc. Die Ursache ist eine schwache Beckenbodenmuskulatur, die dem starken intraabdominalen Druck nicht standhalten kann. Bei der **Dranginkontinenz** verspürt die Person beim Anblick der Toilettentür oder ähnlichem einen plötzlichen Drang auf die Toilette zu gehen. Dieser wird durch einen Spasmus des Detrusor (Blasenmuskels) ausgelöst. Mit tiefen Atemzügen und ruhigem Stehen, kann sich die Verkrampfung lösen und die Toilette aufgesucht werden.

Beiden Formen können auch gemeinsam auftreten. Inkontinenz ist häufig ein soziales und hygienisches Problem, welches zu Depressionen, Schlafstörungen und sozialer Isolation führen kann. Nicht selten verletzen sich Personen, die auf Grund einer Inkontinenz schnell zur Toilette hetzen oder mit dem Ausziehen der Kleidung nicht nachkommen. Brüche sind keine Seltenheit.

Zur besseren Beurteilung der Problematik sollte ein „Entleerungsprotokoll“ über drei Tage geführt werden. Protokolliert werden sollte wie viel, zu welchem

Zeitpunkt und welche Flüssigkeit aufgenommen wird, außerdem wann, wie viel Flüssigkeit abgegeben wird. Zur Einschätzung der Menge sollen während des Urinierens die Sekunden gezählt werden. Obwohl dies keine wissenschaftlich korrekte Größe darstellt, da die Stärke des Strahls nicht berücksichtigt wird, gibt es doch einen Aufschluss über die Gewohnheiten. Das morgendliche Abgeben ist in der Regel das längste und liegt bei normaler Beckenbodenfunktion bei ca. 15 Sekunden.

Beobachtet wird, ob der morgendliche Wert auch den Tag über gehalten werden kann, oder ob die Blase sich deutlich früher meldet. Ist dies der Fall, ist möglicherweise der Beckenboden schwach und die Toilette wird deswegen öfter aufgesucht. Ebenso ist ein falsches Signal (Dranginkontinenz) möglich. Die Blase ist noch nicht vollständig gefüllt, meldet sich aber verfrüht. Das häufige Urinieren kann dann zur Schrumpfung der Blase führen. Hier sollte die Beckenbodenmuskulatur trainiert werden und die Blasenfüllung jedes Mal „ausgereizt“ werden. Das Beckenbodentraining



Abb. 6: Palpation der Tuber im Kniestand



Abb. 7: Anspannung des M. pubococcygeus durch Zusammenziehen von Steißbein und Schambein

wird mit entspannenden Atemübungen verknüpft, die während des Dranges angewendet werden.

Bei manchen ist ein zweimaliges Entleeren der Blase zu beobachten. Auf eine Entleerungszeit von ca. 10 Sekunden folgt nach einer kurzen Unterbrechung eine nochmalige Entleerung von 3 bis 5 Sekunden. Dies ist ein Zeichen dafür, dass der Beckenboden zur Entleerung der Blase nicht ausreichend entspannt wird. Zunächst sollte daher die Sitzposition auf der Toilette überprüft werden. Stehen die Füße ganz auf dem Boden? Wird das Körpergewicht ganz auf die Sitzfläche abgegeben oder halb mit den Beinen gestützt (evtl. Fußschemel benutzen)? Nimmt man sich ausreichend

Zeit für den Gang zur Toilette, so dass eine ausreichende Entspannung eintritt.

Viele Inkontinenzpatienten schränken ihre Flüssigkeitsaufnahme stark ein, um die Kontrolle über die Ausscheidungen zu behalten. Dies kann ebenfalls zu gesundheitlichen Problemen führen. Normal ist eine Trinkmenge von 6-8 Gläsern pro Tag, also ca. 2,5 Litern Flüssigkeit. Normales Urinieren findet alle 2 – 3 Stunden, ca. 6 bis 8 mal am Tag und bis zu 2 mal in der Nacht statt. Wird durch das „Entleerungsprotokoll“ ein Über- oder Unterschreiten dieser Werte festgestellt, sollte nach den Ursachen geforscht werden.

Ein untrainierter Beckenboden kann aber auch an anderen Problemen beteiligt sein. Wie bereits angeklungen, können viele, ursprünglich orthopädische Probleme durch das Training der Beckenbodenmuskulatur behoben werden. Z. B. kann ein schlaffer Beckenboden Auswirkungen auf die Haltung und den Stand des gesamten Körpers haben. Hier ist nicht klar zu benennen, ob der schwache Beckenboden die Folge oder die Ursache dieser Problematik ist.

Zu beobachten ist auch, dass z.B. viele Frauen in einer Hohlkreuzhaltung stehen. Dies entspricht in Kombination mit hohen Schuhen sicherlich auch einem gängigen Schönheitsideal, führt aber zu einer insuffizienten Bauchmuskulatur und Instabilitäten in der unteren Lendenwirbelsäule. Durch enge Kleidung und die veränderte Beckenstellung drehen sich die Hüften nach innen, was eine X-Bein Stellung fördert und das Fußlängsgewölbe absinken lässt. Der als schön empfundene Po wackelt bei jedem Schritt stark nach rechts und links, um die Rotationsposition der Hüfte



Abb. 8: Zusammenziehen des Darmausgangs, unterstützt durch Berühren des Anus in Seitlage



Abb. 9: Zusammenziehen des Vaginalausgangs („Blinzeln“) unterstützt durch Ballberührung in Rückenlage

aus zu gleichen. Der Gang wird watschelnd und verliert sein federndes Element. Ausdauersport lässt sich mit einem solchen „Fahrgestell“ nicht mehr betreiben ohne die Gelenke massiv zu belasten. Das Rumpfgewicht lastet ohne Stütze in der Körpermitte auf der unteren Extremität.

■ Auch ein gezieltes Bauch- und Rückenmuskeltraining ohne Tonisierung des Beckenbodens wird nicht den erhofften Erfolg bringen. Eine gut trainierte Beckenbodenspannung hingegen schließt den unteren Beckenausgang und führt so zu einer Aufrichtung des Beckens und einer Öffnung des Beckeneingangs. Das Hohlkreuz verschwindet und durch die Öffnung werden die iliolumbalen Bänder gespannt. Dies führt zur Stabilität des iliosacralen Überganges (Abb. 11). Die Gelenkpfanne der Hüfte wird mehr in die Horizontale gekippt und bietet so mehr Überdachung für das Hüftgelenk. Die Oberschenkel erscheinen schmaler, da die Trochanter nicht mehr so stark nach außen prominieren und dem Gesäß die – für einen insuffizienten Beckenboden – so typische Birnenform geben. Auch Zellulite und Orangenhaut vermindert sich, weswegen das Beckenbodentraining nun als „Geheimtipp“ in den vielen Wellness-Zeitschriften umgeht.



Abb. 10: Sitzhocker werden im Sitz gegen das Halten der Finger zusammengezogen

Neben dem direkten Einfluss der Beckenbodenspannung auf die Gelenke des Beckens und der unteren Extremität, wirkt sich die Spannung auch auf die anderen „Etagen“ des Rumpfes aus. Im Gegensatz zu den meisten Muskeln des Körpers, die longitudinal verlaufen, spannt sich der Beckenboden quer durch den Körper und bildet somit eine Art „Etage“. Dies wiederholt sich mit dem Zwerchfell, welches die mittlere „Etage“ bildet, den Abschluss macht der Kehldeckel. Diese Zusammenarbeit nutzen Sänger, indem sie nicht nur den Kehlkopf und das Zwerchfell trainieren, sondern auch die Spannung des Beckenbodens bei der Tonentwicklung mit einbeziehen. Auch in der Geburtshilfe ist es eine verbreitete Erkenntnis, dass sich die Eröffnung des Geburtskanals durch entspannte Atemzüge (Zwerchfell) und offene Laute (Kehlkopf) unterstützen lässt.



Immer wieder wird auch das Kiefergelenk in diese Zusammenhänge mit eingereicht. Es ist zu beobachten, dass Personen mit einem sehr hohen Muskeltonus im Beckenboden (z. B. Reiter) zum Teil auch Probleme bei der Mundöffnung haben und umgekehrt („Knirscher“). Die weitere Ausführung dieses Gedankenganges übersteigt das Anliegen dieses Artikels.

Neben diesen sehr greifbaren Zusammenhängen zwischen Beckenbodenmuskulatur und Gelenken, wie auch zu anderen Muskelgruppen, kommt dem Becken z.B. in der Chinesischen Medizin noch eine ganz andere Bedeutung zu. Hier sitzt das „Hara“, das Energiezentrum. Von hier aus fließt die Lebensenergie durch den Körper. Am Dampfpunkt liegt ein sehr wichtiges „Chakra“, das bei der Geburt häufig verletzt wird.

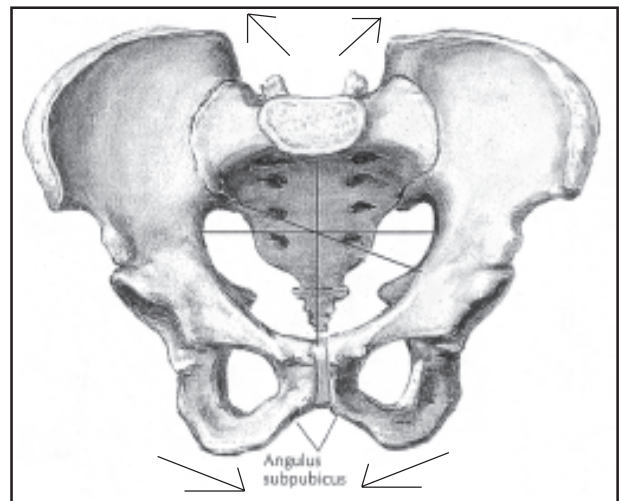


Abb. 11: Verbesserte Spannung der iliolumbalen Bänder durch Training des M. transversus perinei

Bei starrem Becken können sich Energieblockaden bilden. Gestaute Lebensenergie gilt als Ursache für Lebensangst und Furcht vor Neuem oder für verborgene Aggressionen. Der Beckenboden könne kein Leben ein- oder durchlassen. Einem schlaffen Beckenboden entrinne die Energie, man fühlt sich schlapp, antriebsarm und mutlos.

Auch in unserer westlichen Medizin ist der Zusammenhang zwischen Becken und emotionalen Problemen mittlerweile nachgewiesen. Konflikte in der Familie, Partnerschaft oder beruflicher Umgebung

Abb. 12: Palpation der Beckenkämme zumerspüren der Anspannung des M. transversus perinei



Abb. 13: Sanfte Palpation der Hüftgelenke. Sie verschmälern sich bei Anspannung des M. transversus perinei



setzen sich bei Frauen immer wieder im Becken fest. Sie führen möglicherweise zu psychosomatischen Beschwerden in den Organen und der Wirbelsäule. Auch der sexuelle Missbrauch ist leider inzwischen bei 25% der Frauen zu bedenken. Probleme, die in diesem Zusammenhang angegeben werden sind Verstopfung oder Darmträgheit, Rückenschmerzen, Beckenbodenschmerzen, verfrühte Wechseljahre, Dysmenorrhoea, Depression, Vaginismus und andere. Unter sexuellem

Missbrauch ist nicht nur eine Vergewaltigung zu sehen, sondern jegliche Unterdrückung in Partnerschaft und Beruf, die aufgrund des Geschlechtes geschieht und der Person das Gefühl gibt, minderwertig zu sein. Bei unklaren Rückenbeschwerden und verdeckten Hinweisen auf Darmprobleme o. ä. sollte diese Möglichkeit in Betracht gezogen werden und der Patientin Hinweise auf Psychologen und Sozialdienste angeboten werden. Unsere Kompetenzen auf der psychischen Ebene sind begrenzt, dennoch sollten wir Anzeichen wahrnehmen können und die Patientinnen ggf. in kompetente Hände weiterleiten, da sie häufig zunächst auf der „Körperlichen Schiene“ behandelt werden.

Neben den oben beschriebenen Wahrnehmungsübungen für die einzelnen Schichten, sollen nun noch einige Entlastungspositionen und funktionelle Übungen vorgestellt werden:

- Zunächst gilt es, den Zusammenhang zwischen Beckenbodenkontraktion und Atmung herzustellen. Während des Einatmens flacht sich die Zwerchfellkuppel ab und der Bauch bläht sich auf. Der Beckenboden bewegt sich gleichzeitig nach unten und entspannt (Abb.14 und 15). Beim Ausatmen kontrahieren sich die Muskeln des Beckenbodens zusammen mit dem M. transversus abdominis, während sich das Zwerchfell wieder anhebt (Abb. 16 und 17).



Abb. 14: Abflachung der Zwerchfellkuppel während der Einatmung



Abb. 15: Absinken des Beckenbodens während der Einatmung



*Abb. 16: Anheben des Zwerchfells bei Ausatmung*

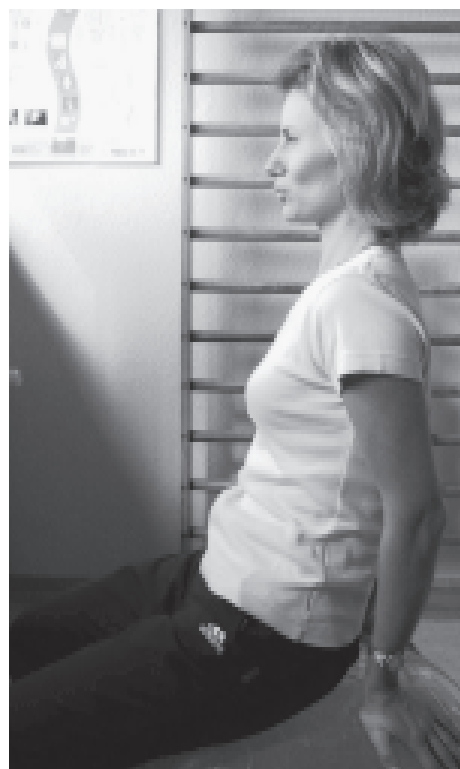


*Abb. 17: Kontraktion des Beckenbodens während der Ausatmung*

- In Kombination mit der Ausatmung wird nun der Beckenboden angespannt zum Beispiel im Sitz auf dem Pezziball: aus der aufrechten Haltung wird das Becken nach vorne geschoben, wobei sich die LWS flektiert. Gleichzeitig wird aber der Ball mit den Händen festgehalten, so dass kaum eine Bewegung zustande kommt (siehe Abb. 18). Bei der Einatmung

hingegen geht das Becken in die Ausgangsposition, der Beckenboden entspannt sich dabei. Die Übung wird in unterschiedlichen Tempi durchgeführt, um langsam und schnellzuckende Fasern anzusprechen.

- Diese Übung kann auch in die Gegenrichtung durchgeführt werden, wobei der Ball mit dem Becken durch dessen Kippung gegen den Widerstand der



*Abb. 18: Beckenauf-  
richtung gegen  
Widerstand in  
Kombination mit  
Ausatmung zur  
Anspannung des  
Beckenbodens*

*Abb. 19 (rechts):  
Erhöhen der Becken-  
bodenspannung durch  
Stemmen der Arme,  
dann Beckenkippen  
oder -aufrichten unter  
Ausatmung*



Abb. 20:  
Schulterstand



Abb. 21: Unterarmstütz über dem Ball

#### Autorin:

Claudia Ploke  
Sportphysiotherapeutin I.A.S.  
Dozentin an der VPT-Akademie Fellbach  
Tel. 0711/ 95 19 10 23  
E-Mail: claudia.ploke@t-online.de

#### Literatur

Atlas der Anatomie des Menschen, F. Netter, Ciba-Geigy, Basel 1994  
Fitness für den Beckenboden, Beate Carrier, Thieme Verlag 2001  
Tiger Feeling, Benita Cantieni, Verlag Gesundheit, 1997  
Taschenatlas der Anatomie, Thieme Verlag, Bd.2, 6. Auflage  
+ Gesellschaft für Inkontinenzhilfe GIH, Internet: [www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

Hände nach hinten geschoben wird. Bei Anspannung Ausatmen, bei Entspannung Einatmen.

- Zur Erhöhung der Spannung werden die Arme gegen die Wand oder einen Partner gestemmt und dann das Becken gekippt oder aufgerichtet mit der Ausatmung (Abb. 19).
- Im Unterarmstütz kann der Beckenboden in Entlastung trainiert werden. Dies eignet sich bei gesenkter Gebärmutter oder Blase. Die Spannungsübung wird ebenfalls mit Beckenbewegung und Ausatmung kombiniert.
- Weitere Entlastungspositionen sind „die Brücke“, der Schulterstand (Abb. 20) oder die Kerze und der Unterarmstütz über den Ball (Abb. 21).

## Zusammenfassung

Die Beckenbodenmuskulatur ist eine sehr wichtige Muskelgruppe, die nicht nur bei gynäkologischen Patienten, sondern auch bei orthopädischen, kosmetischen Problemen oder bei Erschöpfung eine Rolle spielt. Aufgezeigt wurden diese Zusammenhänge und Übungsmöglichkeiten zur Wahrnehmung und zum funktionellen Training des Beckenbodens.