

## Manualtherapie in der Schwangerschaft

Können Sie sich vorstellen, dass manuelle Medizin im Beckenbereich in der Schwangerschaft einfach, gefahrlos und effizient von Nicht-Spezialisten durchgeführt werden kann?

Dass die Grundkenntnisse analog einem „Erste Hilfe Kurs“ in zwei Tagen erlernt und einmal jährlich repetiert werden können?

Dass jede geburtshilfliche Abteilung, jedes Geburtshaus und jede Praxis mit Schwangerenbetreuung eine Hebamme oder eine medizinische Praxisassistentin für diesen Aufgabenbereich bereitstellen könnte?

Dass dies möglich und wünschenswert ist, versuche ich im Folgenden zu belegen.

## Was versteht man unter Schmerzen im Beckenbereich?

Schmerzen im Beckenbereich ist ein Oberbegriff für die lumbalen Rückenschmerzen (low back pain) und die eigentlichen Beckenschmerzen (pelvic pain): Die lumbalen Rückenschmerzen sind Schmerzen cranial des Sacrum, während Beckenschmerzen ihre Hauptschmerzpunkte über einem oder beiden Sacroiliacalgelenken (SIG) oder über der Symphyse haben, also im Beckenring.

## Wie werden Beckenschmerzen eingeteilt?

Das Becken ist ein beweglicher Ring mit drei Gelenken: den beiden Sacroiliacalgelenken (SIG) und der Symphyse. Je nach Verdrehung kommt es zu einem oder mehreren Spannungspunkten: Die einfache Beckenschmerzen über einem oder zwei Beckengelenken haben eine bessere Prognose als die komplexen Beckenschmerzen mit Spannungspunkten in allen drei Gelenken.

## Wie häufig kommen Beckenschmerzen in der Schwangerschaft vor?

„Schmerzen im Beckenbereich“ (low back pain and pelvic pain) werden mit ca. 60% in der Schwangerschaft angegeben. Beckenschmerzen alleine (pelvic pain) kommen in etwa 20-25% vor.

## Verschwanden Beckenschmerzen nicht von alleine nach der Geburt?

Bei 2-5% aller ehemals Schwangeren bleiben chronische Beckenschmerzen über mindestens drei Jahre bestehen, dabei sind Beckenringprobleme besonders oft chronifizierend.

## Welche Auswirkungen haben Beckenschmerzen?

Die Lebensqualität kann deutlich abnehmen wegen Dauerschmerzen, Schlafmangel, Depression und Asexualität.

Die Bewegung im Alltag kann deutlich eingeschränkt sein durch Probleme beim Aufrichten, Bücken, Drehen und Gehen. Ein typischer Hinke-Gang kann resultieren.

Die Arbeitsfähigkeit ist meist vermindert.

Es können geburtshilfliche Probleme auftreten.

## Wann müssen wir an ein Beckenproblem denken?

Nach Schmerzen und Bewegungseinschränkung in der Schwangerschaft muss aktiv gefragt werden, da nur 30% der Betroffenen von sich aus die Beschwerden mitteilen.

An ein Beckenproblem denken bei Wehenschwäche, bei fehlendem Tieftreten des kindlichen Kopfes, bei starken Sacroiliacal-Schmerzen und Symphysenschmerzen unter der

# Medizin Feminin AG

Ärztliche Praxis Hebammenpraxis Körpertherapie Hypnotarium

Geburt. Bei Schmerzen und Bewegungseinschränkung im Wochenbett und später, falls die Beschwerden während einer Schwangerschaft, Geburt oder vier Monate danach begannen.

## Typische Symptome der Beckenprobleme (pelvic pain syndrome)

Erstes Leitsymptom ist der Schmerz: Mit Kreuzschmerzen und Symphysenschmerzen. Es können auch Schmerzausstrahlungen vorkommen entlang dem Muskel-Faszien-System in die Beckenmuskeln, die Beine, den Rücken.

Zweites Leitsymptom ist die Bewegungseinschränkung: Das Bücken ist oft beeinträchtigt, das Aufrichten mühsam. Das Drehen im Liegen ist beeinträchtigt, das Gehen erschwert: ein typisches Hinken mit Versteifung des Beckens und Mitschwingen eines Beines kommt oft vor.

Drittes Leitsymptom ist der Geburtsstillstand: Schon zu Geburtsbeginn können zunehmend starke Schmerzen in den Sacroiliacalgelenken auftreten wie auch. Symphysenschmerzen. Initial gute Wehen nehmen in Stärke und Dauer ab, es kann zu einem Geburtsstillstand kommen und zu einem fehlenden Tiefertreten des kindlichen Kopfes.

## Wie kann ich ein Beckenproblem diagnostizieren?

Recht einfach mit recht guter Sicherheit. Die asymmetrische Beweglichkeit der Sacroiliacalgelenke ist das Leitsymptom für eine Beckenproblematik.

### Sacro-Iliacal-Test (3 Minuten):

- Die Schwangere / Gebärende / Wöchnerin steht mit dem Rücken zur Untersuchungsperson voll aufgerichtet da.
- Die Daumen werden symmetrisch unter die Spinae iliacae posteriores superiores gedrückt und mit der übrigen Hand am Beckenkamm fixiert.
- Die Betroffene neigt sich langsam mit rundem Rücken nach vorne. Es genügen 25-30 Grad.
- Die Untersuchungsperson achtet auf die Daumenstellung:

### Interpretation:

Bewegen sich beide Daumen symmetrisch, liegt kaum ein Beckenproblem vor.

Bewegen sich die Daumen asymmetrisch, liegt ein Beckenproblem vor.

Es lohnt sich, den Test zweimal durchzuführen.

Bildgebende Verfahren werden bei der Diagnostik der Beckenfunktion nicht empfohlen.

## Was können wir tun?

Wir können Beckenprobleme in drei Schritten in der Schwangerschaft und unter der Geburt erkennen, diagnostizieren und behandeln lernen.

### Die drei Schritte:

- Nur Beckenprobleme behandeln (pelvic pain syndrome): zuerst die Diagnostik (3 Minuten).
- Beckenring deblockieren (5 Minuten)
- Rezidivprophylaxe empfehlen (5 Minuten): Stossdämpfung, Beckenstabilisierung, Kontrolle. Muskelaufbau erst Monate nach der Geburt.

## Welche Therapie?

In den letzten fünf Jahren ist viel auf diesem Gebiet geforscht worden. Es zeigt sich folgendes Bild:

---

Frau Dr. med. Dorin Ritzmann	✉	Zielackerstrasse 3	Tel	043 322 59 00	2
Gynäkologie & Geburtshilfe FMH		CH-8953 Dietikon	Fax	043 322 59 01	
Medizinische Hypnose SMSH	📧	sekretariat@medizinfeminin.ch			
Psychosomatische Medizin APPM	Internet	<a href="http://www.medicinfeminin.ch">www.medicinfeminin.ch</a>	EAN	760 1000 210 821	

# Medizin Feminin AG

Ärztliche Praxis Hebammenpraxis Körpertherapie Hypnotarium

---

## Unspezifische Techniken:

Unspezifische Dehnübungen im Wasser, joint mobilisation, Wärmepackungen und Massage zeigen in einigen Studien einen Nutzen von ca. 10% Schmerzlinderung.

## Akupunktur:

Akupunktur zeigt tendenziell einen Nutzen in der Schmerzminderung im Beckengürtel um 20%.

## Beckenstabilisierung:

Beckenstabilisierung durch einen Gurt, meist in Verbindung mit Physiotherapie, zeigt eine Tendenz zur Schmerzlinderung beim Gehen.

## Physiotherapie:

Die meisten Studien bei Schwangeren mit Physiotherapie zeigen wenig Nutzen und haben eine hohe Drop-out Rate von mindestens 25%. Wird Muskeltraining im schiefen Becken durchgeführt, verschlimmert sich die Situation. Physiotherapie in Kombination mit manuellen Techniken zeigt einen Nutzen.

## Manuelle Medizin:

Manualtechniken zeigen in kleinen bis mittelgrossen Pilotstudien einen verblüffend grossen Nutzen mit um die 75-90% Beschwerdefreiheit.

## **Manualtherapie in der Schwangerschaft**

Alle erfolgreichen Techniken beruhen auf einer Drehung und Dehnung. Durch die Verschiebung der Gelenksflächen zueinander kann die ursprünglich vorgesehene Lage wieder eingenommen werden. Danach muss das Becken zuerst stabilisiert, viel später dann können auch die Muskeln trainiert werden.

Das Sacrum kann als Impulsgeber auf die Wirbelsäule und die vom Beckenring ausgehenden Muskeln und Faszien betrachtet werden. Das Becken „deblockieren“ ist somit etwas wie das Stimmen eines Instrumentes. Es bedarf keiner grossen Kraft, viel eher einem Gefühl für die feinen Gelenkbewegungen.

## Beckengurt:

Der Beckengurt kann auf verschiedenen Höhen angelegt werden. Die meisten Empfehlungen zeigen einen Gurt auf Höhe der Beckenschaufeln.

Bei einem tief angelegten Gurt auf Höhe der Trochanteren und der Symphyse wird das vordere Becken unterstützt, was zu einer deutlichen Stabilisierung des gesamten Beckens beiträgt:

## Stossdämpfung:

Es lohnt sich, allen Schwangeren eine Schuheinlage zur Stossdämpfung zu empfehlen.

Analgetika: klar! Systemisch und lokal. Dies ist jedoch meist nur in chronischen Fällen notwendig.

## Nachkontrolle:

Eine behandelte Beckenblockierung soll in Wochen-Abständen kontrolliert werden, bis das Becken stabil und schmerfrei ist.

## Training:

Ein Training in der Schwangerschaft lohnt sich meist nicht. Das Becken bleibt instabil (hohes Relaxin!) und läuft Gefahr für wiederholte Blockierungen. Etwa fünf Monate nach Geburt bei stabilem, nicht blockiertem Becken kann mit Physiotherapie begonnen werden.

Gesamte Literatur auf: [www.manualmedizin.ch](http://www.manualmedizin.ch)

## Prävention des KISS in der Geburtshilfe

Um über Prävention zu sprechen, muss zuerst etwas über die Aetiologie bekannt sein. Was wissen wir hier?

- Gibt es eine erbliche Anlage?
- Gibt es ein Schwangerschaft induziertes KISS?
- Gibt es das geburtstraumatische KISS und wodurch?

### Die erbliche Anlage?:

Es gibt sehr wahrscheinlich eine erbliche Disposition für Gelenksprobleme wie Hüftdysplasien und Kopfgelenkstörungen (KISS). Dies scheint eher in der väterlichen Linie aufzutreten. Da KISS-Probleme auch nach problemlosen Schwangerschaften, nach Spontangeburt und primären Kaiserschnitten auftreten, deutet dies auf eine erbliche Vorbelastung und/oder auf Besonderheiten während der Schwangerschaft hin.

### KISS während der Schwangerschaft?

Probleme während der Schwangerschaft treten bei eingeschränkter kindlicher Beweglichkeit auf (intrauterine Zwangslage), die Folge oder Ursache der HWS- und Beckenprobleme sein kann. Einschränkungen in der kindlichen Bewegungsfreiheit kann durch Platzmangel bedingt sein, so bei Mehrlingen, grossen Kindern, wenig Fruchtwasser etc. aber auch durch einen hohen Muskeltonus der Gebärmutter.

Die Muskeltonuserhöhung ist mit vorzeitigen Wehen korreliert sowie mit kleinen Kindern (small for date). Ursächlich kommen Angst und Schmerzen, sozialer, finanzieller und familiärer Stress sowie sehr junges Alter (unter 17) und hohes Alter (über 40) für die erste Schwangerschaft) in Frage.

Chronische Schmerzen können zu einer Muskeltonuserhöhung der Gebärmutter führen, damit zu einer eingeschränkten kindlichen Beweglichkeit und hierüber zu HWS- und Beckenproblemen. Bei 20-25% aller Schwangeren kommen Beckenringblockaden vor, so dass hier das mütterliche Problem unter Umständen direkt ans Ungeborene weitergegeben wird.

### KISS als Folge einer traumatischen Geburt?

Die Vermutung, dass eine traumatische Geburt die HWS des Kindes schädigen kann, liegt nahe. Seit langem belegen Berichte aus der Pathologie von unter der Geburt verstorbenen Kindern, dass die HWS oft geschädigt wird. Hierzu können drei Punkte erwähnt werden:

- Die Neugeborenen haben eine besondere Empfindlichkeit auf Schwerkraft im Bereich der HWS. Lateralfortsätze liegen fast horizontal.
- Ungeborene mit Lage- und Haltungsabweichungen sind besonders gefährdet für lange, mühsame Geburten und damit auch für geburtshilfliche Interventionen.
- Leider ist die technisierte Geburtshilfe zunehmend invasiv. Jahr für Jahr nimmt die Kaiserschnitttrate zu. In der Schweiz müssen dieses Jahr bei Spitalgeburten fast 40% aller Gebärenden mit einem Eingriff rechnen (Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt).

Gefährlich für die kindliche HWS ist der Druck von oben, das sogenannte Kristellern (Fundusdruck). Dann der Zug von unten, der überhaupt nicht vorgesehen ist (Saugglocke, Zange, manueller Zug am Kopf bei einer Schulterdystokie, an den Füßen bei

# Medizin Feminin AG

Ärztliche Praxis Hebammenpraxis Körpertherapie Hypnotarium

---

Beckenendlagen). Ganz besonders gefährdet sind grosse Kinder, die häufiger eine Schulterdystokie entwickeln und oft am Kopf nach unten gepresst werden. Gefährliche Geburtsituationen sind also lange Geburten, Geburtstillstand und Schulterdystokie.

## Welche präventiven Massnahmen haben wir zur Verfügung?

### Prävention in der Schwangerschaft:

Die strikt zuckerfreie Ernährung für alle Schwangeren. Sie kann das Auftreten von Kindern über 4kg vermindern und damit lange Geburten, invasive Geburten und Schulterdystokien vermeiden.

Die Empfehlung für alle Schwangeren, gut federndes Schuhwerk zu tragen. Dies kann Beckenblockaden verringern, die wiederum zu kindlichen HWS- und Beckenproblemen führen können. Hierher gehört auch das rasche Erkennen und Behandeln von Beckenblockaden bei Schwangeren.

### Prävention unter der Geburt:

- Durch Vermeiden von mehrmaligen Unterbrechungen während der Geburt kann eine Reduktion von über 25% von invasiven Eingriffen erreicht werden. Geburten werden in den Spitälern in gut 40% mehrmals unterbrochen (Schichtwechsel, Alleine lassen etc.).
- Die kontinuierliche Betreuung ist bei Hausgeburten gegeben, bei Spital- und Geburtshausgeburten kann eine Freundin oder Doula beigezogen werden.
- Durch mehr Bewegungsfreiheit für die Gebärende. Zwischen 40 und 60% aller Gebärenden werden noch heute in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Sowohl in der Eröffnungs- als auch in der Pressphase. Oft kann die Gebärende nicht selber über die für sie beste Geburtsposition bestimmen. Dies führt zu Stress, Angst und Schmerzen, was wiederum lange und gefährliche Geburten nach sich zieht.
- Mehr Bewegungsfreiheit unter der Geburt zu gewähren kosten niemanden etwas. Es ist ein Beitrag zu mehr Frauenfreundlichkeit.

Ale Literaturangaben auf [www.hausgeburten.ch](http://www.hausgeburten.ch)

Dorin Ritzmann, September 2007

Dorin Ritzmann, September 2007