

Beckenbodentherapie +++ Beckenbodenfragebogen +++ Dynamischer rehabilitativer Ultraschall

Blasenhals-effektive, kontrollierte integrative Beckenbodentherapie – Junginger-Baessler-Konzept

Konzepte stellen sich vor – auf Basis des pt_Konzepte Fragebogens

AUF EINEN BLICK

Die bunte Vielfalt der Konzepte gibt der Physiotherapie von jeher wichtige Impulse. »pt« lädt die offiziellen Vertreter ein, anhand eines Fragebogens ihr Konzept vorzustellen. Dieses Mal beantwortet Physio- und Manualtherapeutin Bärbel Junginger die Fragen der pt-Redaktion. Sie und die Medizinerin Kaven Baessler arbeiten gemeinsam in der klinischen Forschung in Berlin an der Charité. In Kooperation führten sie in den vergangenen Jahren bereits einige Studien durch und entwickelten das vorliegende Konzept.

Konzept

Nach jahrelanger, teilweise eigener Forschung ist es Junginger und Baessler nun möglich, ein spezifisches Konzept mit ausschließlich validierten Methoden vorzustellen. Das Konzept kommt bei Dysfunktionen des Beckenbodens und

der daraus resultierenden Symptomatik, wie Stress- und Dranginkontinenz, Deszensus und Stuhlinkontinenz zum Einsatz und bezieht sich auf die Befunderhebung, den Einsatz in der Behandlung und die Nachkontrolle.

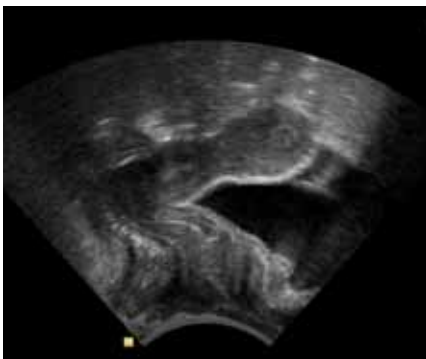
Der Name des Konzeptes »Blasenhals-effektive, kontrollierte integrative Beckenbodentherapie« erklärt die Inhalte, die sich an der Beckenboden-Physiologie und -Pathophysiologie orientieren. Aus einer Kontraktion der Beckenbodenmuskeln muss zusätzlich zur Kompression der Urethra eine Elevation des Blasenhalses resultieren und die Effektivität der Kontraktion an der Blase zu erkennen sein. Der Effekt der Beckenbodenkontraktion wird per vaginaler/rektaler Palpation kontrolliert, die Elevation des Blasenhalses per Ultraschall. Die weitere Namensgebung erklärt einen wesentlichen Bestandteil des Konzeptes: das Weiterüben mit motori-

scher Kontrolle der BB-Muskulatur mit Integration in »activities of daily life« (ADL) und Sport. Dabei werden individuell die ADLs beachtet, bei denen die BB-Dysfunktionen auftreten.

Erste Säule: Befunderhebung

An erster Stelle der Therapie steht die Befunderhebung, die sich aus zwei Teilen zusammensetzt. Zuerst kommt ein validierter Fragebogen zum Einsatz (1), den die Patientin alleine ausfüllt (selbst-administriert). Als bisher einziger deutscher Beckenbodenfragebogen geht er auf alle Bereiche der Beckenbodensymptome (Blase, Darm, Senkung, Sexualität und Schmerzen) ein.

Die anschließende strukturierte Anamnese-Erhebung orientiert sich an der konkreten Befunderhebung wie von Manueller Therapie, McKenzie oder Mulligan bekannt. Dies dient der Einschätzung des individuellen Schweregrades



Perineal-Sonografie der Beckenorgane (Teil des Os pubis, Urethra mit Blase, Vagina mit Uterus, anorektaler Übergang und Puborektalisschlinge)

Foto: Bärbel Junginger

der Probleme (welche Symptome stellen die größten Belastungen dar?), der Verlaufsbeobachtung und der Prognosestellung. Es sollen der Patientin Symptome aufgezeigt werden, die sich innerhalb einer Woche verändern können (Koordinationsverbesserung). Es wird erklärt, weshalb beispielsweise bei einem Sphinkterdefekt (siehe Glossar) ein längeres Üben notwendig ist. Diese Vorgehensweise soll die Compliance der Patientin fördern und weiterführend die Eigenmotivation steigern.

Der zweite Teil der Befunderhebung stellt die Untersuchung von Struktur und Funktion dar. Dabei gilt es, Co-Kontraktionen von anderen Muskeln bei der Durchführung einer Beckenbodenkontraktion zu beobachten. Einige Muskeln arbeiten physiologisch mit dem Beckenboden gemeinsam, wie der M. transversus abdominis, während andere, wie der M. obliquus internus abdominis, für den Effekt einer effektiven Kontraktion kontraproduktiv sind (2, 3).

Wir nutzen dazu den dynamischen rehabilitativen Ultraschall (DRUS). Er lässt Ruhe- und Kontraktionsposition der Muskeln sehr einfach erkennen. Der DRUS wird als visuelles Biofeedback eingesetzt, damit die Patientin den schnellen Lerneffekt optisch nachvollziehen kann. Gemeinsam mit der Patientin beobachten wir die Bewegung der Beckenorgane, die eine Elevation durchführen müssen: v. a. den Blasen Hals, die sogenannte Puborektalisschlinge (siehe Glossar) und den Übergang von Anus und Rektum (anorektaler Winkel).

Dieser Ultraschalluntersuchung folgt eine vaginale und/oder rektale Palpation. Dabei achtet der Untersucher auf die Qualität der Muskelkontraktion, die Seitendifferenzen und die Differenzen in Richtung kaudal/kranial sowie auf die

Integrität der kontraktiven Struktur (Levatorenabriss, Muskelfaserrisse, Muskelrisse) und der umliegenden Bindegewebe und Faszien. Der abdominelle und der perineale Ultraschall sowie die vaginale Palpation stellen valide Messinstrumente dar (4, 5, 6).

Zweite Säule: Rehabilitation

In Abhängigkeit von der Untersuchung wird eine Rehabilitation der Muskulatur und der Muskelsteuerung durchgeführt. Diese umfasst Eigenübungen und die Integration der Muskelkontraktion in ADLs. Betreuung und Coaching bei Fragen zu Sport und beruflichen Tätigkeiten schließen sich an. Das Ziel ist es, Patientinnen zu ermächtigen, ihre Alltags- und Sportaktivitäten wieder aufzunehmen, die sie infolge der Inkontinenz aufgegeben haben. Ein Ziel ist es, spezielle Sportarten zu empfehlen, die durch das Wissen der Physiotherapeutin eruiert werden können, ein anderes, eher kontraproduktive Übungen so zu verändern, dass sie nicht schädigend für den BB sind.

Ein weiterer Therapieinhalt stellt die Betreuung und Beratung zur Versorgung mit Hilfsmitteln dar. Hierzu werden in der Weiterbildung internationale Studien und Prinzipien vermittelt.

Dritte Säule: Nachkontrolle

Es erfolgt eine Nachkontrolle mit demselben Fragebogen wie »prä-therapeutisch«, ergänzt um ein »post-therapeutisches Modul«, mit dem die Veränderungen seit Therapiebeginn erfragt werden (7).

Das Konzept wurde 2008 von einer Doktorandin der Privatdozentin Kaven Baessler an der Charité Berlin in ihrer Promotion untersucht. Hierzu wurden Patientinnen befragt, die 2006, 2007 und 2008 therapiert wurden. 55 Frauen konnten rekrutiert werden, die den Fragebo-

gen prospektiv und nochmals nach der Behandlung mit dem Nachkontroll-Modul ausfüllten und deren Daten statistisch ausgewertet wurden.

Heute liegen erstmals wissenschaftliche Daten vor, die den Erfolg eines spezifischen Konzeptes zur Rehabilitation bei weiblicher Harn- und Stuhlinkontinenz belegen. 78% der Drang- und 67% der Stressinkontinenzsymptome verbesserten sich und dies nach nur 2-3 Behandlungen im Durchschnitt. Die Ergebnisse sind mit denen internationaler Studien vergleichbar, in welchen dauerhafte Muskeltraining-Programme eingesetzt wurden. Wie in allen bisherigen Studien wird dort auf die Regelmäßigkeit und konstante Weiterführung des Trainings hingewiesen.

In unserem Konzept und in unserer Studie liegt der Fokus auf der korrekten Kontraktionsausführung (geprüft mit DRUS und Palpation) und der motorischen Kontrolle bei der Integration in das tägliche Leben als Therapiebasis.

Anbieter

Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden die Kurse fast ausschließlich an der Charité Berlin selbst organisiert oder speziell von Interessenten gebucht (Deutschland, Schweiz, Österreich). Im Spätherbst ist erstmals ein Kurs mit dem LV Bayern des ZVK in Günzburg geplant. Aktuelle Informationen sind auch auf der Homepage zu finden. Die Alleinstellungsmerkmale des Anbieters sind:

1. Es werden ausschließlich validierte Methoden eingesetzt (validierter Fragebogen, perinealer und abdominaler Ultraschall, vaginale Palpation, Nachkontrolle mit validiertem Fragebogen).
2. Die Instruktoren sind gleichzeitig Entwickler des Konzeptes und >>>

führen selbst Grundlagen- und klinische Forschungen durch.

3. Entwicklung des Einsatzes von »DRUS« (dynamischer rehabilitativer Ultraschall) bei BB-Problemen als Biofeedbackverfahren.

Bildungsangebot

Die Fortbildungsdauer beträgt drei Tage in Form eines Unterrichts mit theoretischen und praktischen Teilen. Ziel der ersten beiden Tage sind die Vermittlung von Physiologie, Pathophysiologie, spezielle Anatomie und Therapiehintergründe zur korrekten Ausführungen der BB-

Kontraktion. Untersuchungsmethoden werden vermittelt. Dies geschieht mit Palpation und Ultraschallkontrolle. Der dritte Tag baut auf den ersten beiden Tagen auf und es wird Basiswissen zum Thema Ultraschall gelehrt sowie die Anwendung von Ultraschall im Bereich der Bauchmuskeln und des Beckenbodens. Teil 1 ist die Grundlage für Teil 2.

Die Studienergebnisse liegen schon Vertretern der Krankenkassen vor und weitere Gespräche sind in Vorbereitung.

Da es uns ein Anliegen ist, dass dieses Konzept eine Qualitätssicherung erfährt, sind Hospitationen, eine Prüfung und die Aufnahme in eine Therapeutenliste geplant. ■



KONTAKT

Bärbel Junginger
Berliner Str. 33, 89547 Gerstetten
www.physiotherapie-junginger.de



LITERATUR

Quellen (1) bis (7) unter:
www.physiotherapeuten.de
Webcode: 20