

FOMT GbR - Fortbildungen für orthopädische Medizin und manuelle Therapie

Vorstellung Bärbel Junginger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieser Newsletter wird nicht von uns, sondern von Bärbel Junginger und PD Kaven Baessler verfasst. Bärbel ist eine der wenigen Physiotherapeutinnen, die eine Möglichkeit besitzt auf hohem Niveau, echte Forschung zu betreiben. Sie hat einen Forschungsauftrag, den sie an der Charité in Berlin wahrnehmen kann.

Sie macht unglaublich wertvolle und spannende Untersuchungen zum Thema Beckenboden. Dieser wird leider meistens etwas stiefmütterlich in der Physiotherapie behandelt.

Wir würden uns wünschen, dass solche Arbeit viel mehr gewürdigt wird. Sie spricht auf internationalen Kongressen und veröffentlicht in internationalen Journalen.

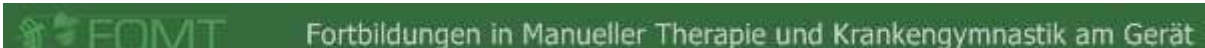
In Deutschland ist sie leider noch viel zu wenig bekannt, weswegen wir ihr hier eine Plattform bieten wollen, ihre Arbeit vorzustellen. Auch in Zukunft werdet ihr hin und wieder etwas über ihre Forschungsergebnisse hören. Wir versuchen das wie immer sehr praxisnah zu gestalten.

Ich kann ihre Kurse nur empfehlen. Wir hatten bei uns in der Praxis einen lustigen und spannenden Inhouse-Kurs.

Wir werden in Kürze mit ihr auch einen Kurs hier bei uns, oder in der Nähe anbieten. Also lest euch den Newsletter durch und erfahrt interessante Neuigkeiten über die Beckenbodentherapie.

Viele Grüße
Eure FOMT

[Link zur FOMT Homepage](#)



Beckenbodentherapie

Wir freuen uns sehr, dass wir den Newsletter von Volker und Kollegen nutzen können, um Sie über unsere Forschung, die wir an der Charité in Berlin, in der Gynäkologie im Beckenbodenzentrum durchführen, berichten dürfen. Wir wollen über die Ergebnisse unseres wissenschaftlich untersuchten Konzepts zur spezifischen Beckenboden-Rehabilitation informieren.

Wir sind:

Bärbel Junginger, Physiotherapeutin, Manualtherapeutin mit OMT Examen, cand. MPhil, derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin am Beckenbodenzentrum Charité, die schon immer wissenschaftlich interessiert war und Therapie hinterfragte und

PD Dr. med. Kaven Baessler, Oberärztin und Leiterin des Beckenbodenzentrums Charité, zertifizierte Uro-Gynäkologin, die sich sehr für Funktion und funktionelle Zusammenhänge am Beckenboden interessiert.

Zusammen haben wir das Junginger-Baessler-Konzept: *Blasenhals-effektive, kontrollierte, integrative Beckenbodentherapie* entwickelt und arbeiten seit 2011, innerhalb eines von der DFG (Deutschen Forschungsgemeinschaft) geförderten Projekts. Hier untersuchen wir die Kontinenzmechanismen und deren Veränderungen bei Frauen mit Inkontinenz und Genitalsenkungen, aber auch mit

Beckenbodenschmerzen. Das gesamte Projekt vergleicht Symptome, Funktionen und Funktionsverluste und anatomische Gegebenheiten bei Frauen (vor der Geburt, nach der Geburt, mit und ohne Symptome).

Für unsere Messungen musste zuerst eine Messapparatur entwickelt werden, mit der wir synchron alle Messungen durchführen können. Zur Sicherung der Kontinenz muss vor dem Anstieg des IAD (intra-abdominaler Druck) die Blase stabilisiert werden und dem Druck während einer Tätigkeit widerstehen. Unter anderem wird hierzu der bildgebende Ultraschall während funktioneller Aufgaben (z.B. Husten, Heben von Gegenständen, etc.) untersucht, deshalb auch die Namensgebung: „Dynamischer rehabilitativer US“.

In RCTs (randomisiert kontrollierten Untersuchungen) werden dann Behandlungen durchgeführt und die individuellen Symptome vor und nach der Therapie verglichen (eigene validierte Fragebögen LIT). Als ein Hauptinteresse in unserer Studie werden dann die Messungen nochmals durchgeführt und Veränderungen von Symptomen den Funktionsveränderungen gegenüber gestellt.

Aus unseren Studien leiten wir die Inhalte unsere Fortbildungen ab:

1. Der Einsatz von Ultraschall als Untersuchungs- und Biofeedbackuntersuchung
2. Gezielte spezifische Untersuchung der Beckenbodenmuskulatur mittels vaginaler Palpation nach manualtherapeutischen Gesichtspunkten
3. Muskelrekrutierung, Co-Kontraktionen mit anderen Muskeln, Stabilitätssysteme, physiologischen Einsatz des IAD in den Alltag
4. Intergration und Progression der Beckenboden-Therapie in den Alltag und in den Sport

Unser wissenschaftlicher Ansatz:

1. Im richtigen Moment (vor der Erhöhung des IAD) muss der Beckenbodenmuskel (M. levator ani) anspannen
2. um damit ein Absinken des Blasenhalbes (Übergang Harnröhre – Blase) zu vermeiden
3. den Druck in der Harnröhre zu erhöhen

Obwohl diese Mechanismen bekannt sind und obwohl man weiß, dass diese bei Frauen mit Inkontinenz versagen, sieht die herkömmliche Physiotherapie vor, ein Muskelaufbautraining durchzuführen. Dieses besteht aus den Komponenten: Kraft-, Schnellkraft- und Ausdauerverbesserung, allerdings unspezifisch für jede Frau, für jede Lebenslage und jede Dysfunktion. So unterscheidet sich die Physiotherapie zur Muskelrehabilitation zur Rückbildung nach einer Geburt nicht von einer Therapie z.B. bei Dranginkontinenz (imperativer Harndrang) oder bei Symptomen einer Belastungsinkontinenz (Urinverlust infolge Erhöhung des IAD).

Doch die Koordination der Muskulatur und die Veränderung der Dysfunktionen stehen im Mittelpunkt.

Das ganze Konzept besteht aus validierten Messmethoden; das gesamte Konzept wurde von uns untersucht.

Hier einige unserer Untersuchungsergebnisse:

1. Follow-up Untersuchung des Konzept (2008, Podiumspräsentation auf dem IUGA Kongress in Taipei/ Taiwan) – Vorbild für unsere RCT jetzt im DFG Projekt: Ergebnis: 67% der Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, und 78% mit Dranginkontinenz zeigten nach 2-3 Behandlungen (mit unserem Konzept) Erfolge, die im Schnitt 7 Monate (Durchschnitt der Nachkontrollzeit) ohne weitere Beckenbodentherapie anhält (LIT). Wir vermuten Automatisierungsmechanismen und nenne die Ziele unserer Therapie: motorische Kontrolle erlangen.
2. Bereits ca. 30% einer maximalen Beckenbodenkontraktion, also eine submaximale Kontraktion, ist ausreichend, um den Blasenhalbes zu elevieren, mehr Kontraktion hat zur Elevation keinen besseren Effekt (LIT) – Cairo 2009, ICS Kongress.
3. Bei einer maximalen Beckenbodenkontraktion erhöht sich der IAD so sehr wie bei einem mittelmäßigen Hustenstoß (...cmH₂O). Selbst bei gesunden Frauen führt der Druckanstieg bei

maximaler Beckenbodenkontraktion zu einer Aufhebung der Elevation des Blasenhalbes, die durch eine Beckenbodenaktivität ausgeführt wird. Der Blasenhalbes bleibt unbewegt (Teil der Masterthesis). LIT Cairo 2009, ICS Kongress

4. Im Moment interessieren wir uns für eine Klassifizierung von Symptomen und Dysfunktionen und haben deshalb die Frage gestellt: "WHY DO WOMEN LEAK URINE? WHICH CONTINENCE MECHANISM(S) FAIL(S)?" Hier geht u.a. um die Stiffness der Harnröhre und wie diese aktiv durch eine Beckenbodenkontraktion verbessert werden kann. Diese Studie wurde aktuell von der IUGA akzeptiert und wird im Mai 2013 auf dem Kongress in Dublin vorgestellt (IUJ supplement 2013)

5. Validierte Beckenbodenfragebögen zur Untersuchung der 4 Domänen (Blasenfunktion, Darmfunktion, Senkung, Sexualität) vor und als Nachkontrollmodul nach der Therapie (LIT). Untersucht werden Symptome und Lebensqualität. Außerdem VAS zur Evaluation von Zufriedenheit mit der Therapie und mit der Betreuung. Diese Fragebögen wurden bereits von vielen Therapeuten in mehrere Sprachen übersetzt und finden Einzug in physiotherapeutische und andere medizinische Studien.

Im Titel unseres Konzepts haben wir die meisten wichtigen Komponenten zusammen gebracht: „Die Blasenhalbes-effektive, kontrollierte, integrative Beckenbodentherapie“. Hauptinhalte sind neben der Anatomie und der Physiologie des Beckenbodens vor allem die Funktionen und Dysfunktionen und die Hauptsymptome Inkontinenz, Senkung, Pelvic Pain. Außerdem widmen wir uns der gezielten Anamnese und der ebenso gezielten Muskelevaluation. Dies geschieht mittels vaginaler Palpation. Dem M. transversus abdominis kommt ebenfalls in unserem Konzept eine wichtige Rolle zu, denn er ist der einzige Bauchmuskel, der die Blasen nicht nach caudal bewegt und er erhöht bei gleichzeitiger Stabilitätsfunktion den IAD nur gering. Durch unsere Zusammenarbeit haben wir außerdem ein Dokumentationssystem der Therapie ausgearbeitet und wie die Information von Arzt zu Therapeut gelangt, und wie ein zeitgemäßer, aussagekräftiger und v.a. zeitlich zu realisierender Bericht an der Arzt aussehen kann. Und dieser Bericht für den Arzt zeitgemäß auch bewältigt werden kann.

Die wichtigen, für Therapeuten neuen Handfertigkeiten und Methoden sind:

1. Vaginale Palpation zur Evaluation der Muskulatur, der Kontraktionsqualität und der Muskeldefekte
2. Dynamischer rehabilitativer Ultraschall (DRUS), angewandt um Bauchmuskelaktivität untersuchen, supra-pubischer Ultraschall um die Blasenbewegung zu evaluieren (nicht ausreichend validierte Methode, aber anzuwenden bei Kindern und Männern) und dem perinealen Ultraschall, dem Goldstandard zur Untersuchung der Blasenhalbesbewegung (Quantität und Qualität).

Nun noch unsere Angebote für Sie zum Erlernen:

1. Fortbildung: aktuell im April 2013 in München; Teil 1 Basiskurs, Teil 2 Ultraschallkurs
2. In-House-Kurse ab 10 TN in Ihrem Institut/ in Ihrer Praxis
3. Ultraschall-Einzelcoaching bei uns an der Charité in Berlin oder in Ihrer eigenen Praxis.

Link zur Homepage von Bärbel Junginger



FOMT GbR, Wiesbadener Straße 16, 70372 Stuttgart

info@fomt.info
www.fomt.info

"Newsletter abbestellen", bitte Mail mit diesem Text im Betreff-Feld