

Reiten zur Kontinenzförderung

– Zielgruppe: Patientinnen mit Belastungsinkontinenz in der postnatalen Phase –



Sport zur Kontinenzförderung ist eine fest integrierte Methode, um gelerntes Training im Alltag aktiv umsetzen zu können. Mit dem Sport werden die einzelnen Übungen bewusst (aus) geübt, um im späteren Verlauf in vielen Lebenslagen unbewusst zum Einsatz zu kommen.

So wird ein anhaltender Therapie-Erfolg gesichert. Sport zur Kontinenztherapie war und ist mithilfe der Hauptkomponente Beckenbodengymnastik (BBG) der wichtigste Stützpfeiler auf dem Weg zur Verbesserung einer Belastungsinkontinenz. Interessant

erschien es zu Beginn einer Analyse, Frauen nach der Geburt als Zielgruppe in den Mittelpunkt zu stellen, denn eine hohe Zahl von Frauen hat nach der Entbindung das Problem des unwillkürlichen Harnverlustes bei Belastung. Die noch jungen Frauen sehen sich mit einem Problem konfrontiert, welches von der Gesellschaft als „Altersleiden“ beschrieben wird. Der absolute Mangel an angebotener Information und Beratung scheint im deutlichen Missverhältnis zum aktuellen Bedarf für die betroffenen Frauen zu stehen und trägt noch dazu bei, sie eher zu verwirren als zu beraten. Besonders in Bezug auf das Thema

Reiten gibt es häufig widersprüchliche Aussagen über den Nutzen und die Anwendung dieser Maßnahme sowie noch kaum fundiertes Fachwissen. Um die durchgeführte Praxis zu ergründen, wurde eine stichprobenartige Befragung in Reitställen unternommen, da zu dem Thema ein absoluter Mangel an Fachliteratur bestand. Als Trendanalyse werden nun der Umgang mit dieser Methode und die Sicht der reitenden Mütter dargestellt. Im Besonderen wird eingegangen auf die Ausübung des Reitens mit bewusstem Beckenboden. Der Schwerpunkt richtet sich bewusst auf die postnatale Phase, da nach abgeschlossener

Bild: © Jürgen Fächle - Fotolia.com

Wundheilung und stabilisierten Organen mit dem Training begonnen werden kann.

Information hat in der heutigen Zeit einen hohen Stellenwert. Sie ist überall zugänglich, zum Beispiel mittels Internet hat die Gesellschaft die Möglichkeit, sich alle gestellten Fragen selbst beantworten zu können; jedoch in Bezug auf das Reiten in der postnatalen Phase findet die Betroffene wenige und wenn, dann widersprüchliche Aussagen. Die Veränderungen nach einer Geburt sowie ihre weitreichenden Folgen sind hier entscheidend. So ist die Belastungsinkontinenz postnatal für viele ein Problem mit all seinen Einschränkungen. Oftmals wird nach einer Geburt aus Furcht und Unwissenheit sogar dauerhaft auf das Reiten verzichtet. Dies verdeutlicht, dass das Beraten zur Kontinenzförderung in Bezug auf das Reiten nicht nur speziell, sondern auch breit gestreut erforderlich ist.

Die im Vorfeld mit Rückbildungsgymnastik auftrainierte Muskulatur hilft nach der Geburt zwar der Beckenbodenkraft, doch verengt sie während der Geburt den Geburtskanal. So ist es verständlich, dass Reiterinnen pränatal einige Zeit nicht mehr aktiv reiten, um eine eventuelle Verletzung intranatal nicht zu begünstigen. Doch eine 2004 in Norwegen durchgeführte Studie widerlegt die These, dass ein kraftvoller Beckenboden bei Reiterinnen geburtsverzögernd wirke. Außerdem hatten die Wissenschaftler schon in einer früheren Studie als Randergebnis nachweisen können, dass regelmäßiges Beckenbodentraining eine postnatale Inkontinenz mithilfe der ebenfalls bekannten, als BBG unterstützenden Sportarten wie Wassergymnastik (Schwimmen), Nordic-Walking, Wirbelsäulengymnastik, Tanzen, Radfahren verhindert. (Vgl. BMJ 2004; 329:378-80). Die konkreten Maßnahmen des Reitens und die hier zu verwendeten Hilfsmittel, gesammelt aus Erfahrungswerten sowie der Stichproben-Analyse, werden nun veranschaulicht. Generell ist zu erwähnen, dass das Reiten zur „Bewusstmachung des Beckenbodens“ ein idealer Sport ist, denn Grundvoraussetzung für versammeltes, entspanntes Reiten ist ein bewusst gefühlter Beckenboden. Empfohlen ist ein Dressursitz im Sattelschwerpunkt bei lockeren Beckenmuskeln, um mit dem Pferd mit Sitzhöckern und Oberschenkeln aktiv mitzugehen. Das richtige Gefühl beschreibt die Bewegung der Reiterin

und ihres Beckenbodens durch die des Pferdes, dessen Bauchmuskulatur als Antagonist fungiert. Hier ist nun eine optimale Grundlage geschaffen, um mit den vorher in der BBG erlernten Übungen zu beginnen. Als grundsätzliche Regel muss den Reiterinnen nahegebracht werden, dass nicht alle Grundgangarten des Pferdes für eine aktive BBG geeignet sind. Optimal ist die Schrittarbeit, um den noch nicht vollständig zurückgebildeten Aufhängungsapparat von Blase, Uterus und Scheidengewölbe zu schonen. Höhere Gangarten sind aufgrund der Erschütterungen nur nach einem Rückbildungszeitraum möglich und erst nach frühestens 6 Wochen bis zu einem Jahr postnatal zu empfehlen. Schrittarbeit beinhaltet das Reiten in möglichst gebogenen Linien (Seitengänge und Volten), da diese in einer lockeren Haltung vermehrt Beckenmuskulatur erfordern. Interessant ist, dass nach dem Reiten mit bewusstem Beckenboden sich der Scheideneingang verändert, was auf die geleistete Muskularbeit zurückzuführen ist. Auch der weiche Gang der Reiterin nach dem Reiten zeigt, dass die Übungen richtig eingesetzt wurden, denn die Entspannungsphasen fallen den Reitenden sonst oft schwer. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Beckenbodentraining auch eine Schulung für einen lockeren Reitstil ist.

Unterstützende Trainingsgeräte zur verbesserten BBG auf dem Pferd und am Boden:

„Senso Venentrainer“

Sollten die betroffenen Reiterinnen nicht „locker lassen“ können, kann hier ein zweckentfremdetes Fußkissen eingesetzt werden, welches zurzeit noch als „Senso Venentrainer“ angeboten wird. Diese haben in der Reiterei einen optimalen Nutzen aufgrund von Größe und Form zu Schulungszwecken gezeigt. In Planung ist im Augenblick, ein solches Kissen auch für Reiter anzubieten. Der Effekt eines solchen Kissens ist, das Verkrampfen der Hüftmuskulatur durch aktives Aushebeln der Knie bei überspanntem Beckenboden anzuzeigen, indem der Reiter in eine „leichte Sitz-Position“ gedrückt wird (nach oben aus dem Sattel gehoben wird). Der Reiter lernt hier schnell einen lockeren Sitz.

Bewegungsstühle:

Hier ist die Sitzfläche locker. Ziel ist es, eine liegende Acht nachzufahren, um die

dreidimensionale Rotation des Beckens zu erzielen.

Gummisteigbügel:

Der Steigbügel trägt das Gewicht federnd (zum Beispiel mithilfe eines Terra-bandes) und senkt somit die Sitzhöcker leicht ab.

Sitzbälle:

Sind in der ersten Zeit als Vorbereitung für die Arbeit auf dem Pferd geeignet, jedoch als zusätzliches Trainingsmittel oft vom Schwierigkeitsgrad her zu einfach für den schon starken Beckenboden.

Trainingsmethoden zur gymnastischen Lockerung vor dem Reiten:

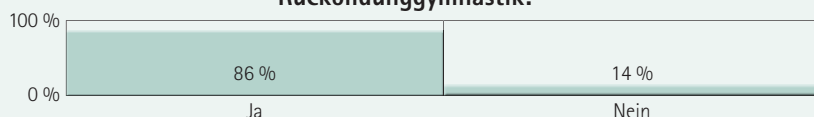
- Im Vierfüßler-Stand den Rücken auf- und abwölben.
- Im Sattel den Oberkörper in Biegung links und rechts drehen
- Bei der Stallarbeit aktiv BBG in den Arbeitsablauf integrieren (Ausmisten, Pferde putzen, Aufsatteln etc.)

Die psycho-/soziale Komponente des Reitens

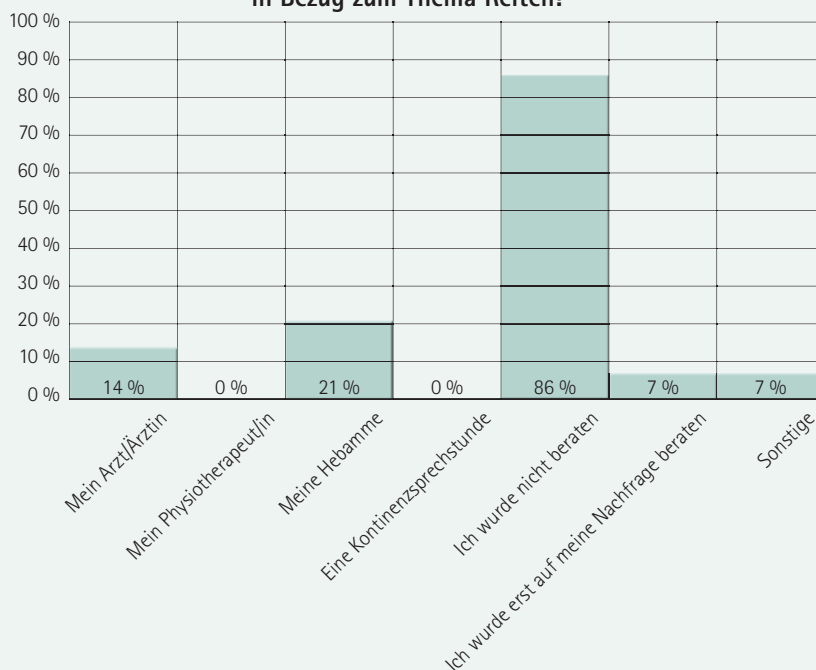
Die Patientinnen empfinden aufgrund der vorausgegangenen Geburt ein immenses Gefühlschaos, sodass eine auftretende Inkontinenz mit dem Gefühl der Scham zusätzlich belastet, welches wiederum die Gefahr mit sich bringt, in eine Resignations- und Frustspirale zu fallen. Die vorausgegangene Entbindung sollte nicht als eine Einschränkung in ihrem Alltag gesehen werden. Vielmehr strukturiert sie ihren Alltag nun ganz neu in der Gesellschaft sowie mit und um das neugeborene Leben.

Reiten, also die Wiederaufnahme des Hobbys/Sports, dient hier als Rückkehr in das soziale Gefüge und kann so Isolation postnatal entgegenwirken. Die im Vorfeld erlernte Verantwortungsbereitschaft für ein Tier hilft nun die Verantwortungslast, die auf viele Mütter zukommt, besser zu meistern. Auch die Gefahr der Wochenbettdepression ist hier nicht außer acht zu lassen; dass ein Pferd als Therapeut wirken kann, ist aufgrund von Erfahrungswerten schon weit bekannt. So schrieb z.B. schon Hippokrates über die beruhigende Wirkung des Reitens. Doch Studien, die einen solchen Effekt beweisen, lassen sich nur vereinzelt finden. Reiten bietet sich an zur Bekämpfung eines „Babyblues“, denn nicht in jeder Sportart ist es möglich, eine emotionale Bindung mit seinem „Sport-

3.) Erhielten Sie automatisch nach Entbindung das Angebot einer Rückbildungsgymnastik?



4.) Wer beriet/informierte Sie zu der Rückenbildungsgymnastik in Bezug zum Thema Reiten?



gerät“ einzugehen. Das Pferd kann in dieser Beziehung dann mehr werden als nur Zeitvertreib. Bei ihm, so scheint es, lässt sich aller Kummer abladen oder schlicht vergessen.

Als Trendanalyse angesetzt, wurde nun versucht, mithilfe der stichprobenartigen Befragung der Zielgruppe einige interessante Kernfragen zu beantworten (Befragt wurde in Reitställen im Großraum Köln insgesamt 20 Mütter. Die Rücklaufquote betrug 14 Fragebögen. Die Fragebogenaktion lief über 14 Tage).

Werden die betroffenen Frauen ausreichend über Kontinenztherapie in Bezug auf Reiten informiert?

Dass dies nicht der Fall ist, wird in der Fragebogenaktion deutlich dargestellt. Mit Erschrecken festzustellen war (siehe Tab. 4.), dass die Mehrheit (86 %) gar nicht beraten wurde. Mit 21 % der Befragten steht als einzige die Hebamme respektabel da. Da die Befragten Reiterinnen sind, waren die Erwartungen bezüglich der Information über diesen Sport hoch. Es scheint an Individualität

und Patientenorientierung gänzlich zu mangeln.

Wird die Maßnahme Reiten aktiv als Therapie zur Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz postnatal eingesetzt?

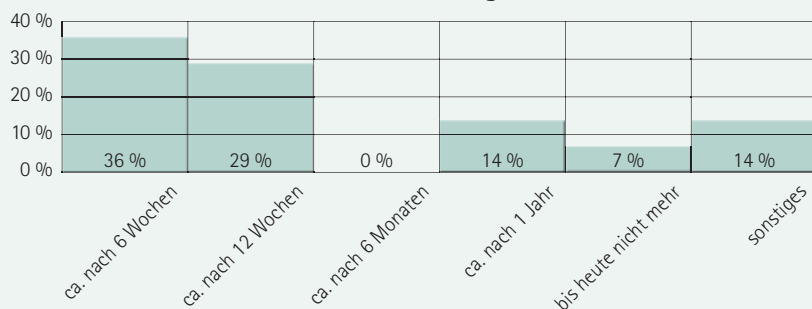
Da wie vorher erwähnt der Großteil keine oder nur minimale Information erhält, ist es hier angezeigt, wenn therapiert wird, dass dieses unbewusst geschieht. Die Betroffenen betreiben operantes Konditionieren, also unstrukturiertes Lernen durch Versuch und Irrtum. Alle weiteren Maßnahmen erschienen gänzlich unbekannt, nur Entspannungstechniken, Elektrostimulation und Biofeedback waren 1 bzw. 2 Befragten geläufig. Unter Sonstiges erscheint es bemerkenswert, dass 2 Befragte Reiten als Maßnahme aufführten. Aus der Befragung nach Beginn und Frequenz lässt sich sagen, dass so früh wie möglich wieder aktiv geritten wird, oder sehr spät. Die Frage zeigt, dass der optimale Zeitpunkt für viele unterschiedlich ist. Dies liegt an der individuellen Wundheilung, aber auch

an der Organisation ihres Alltags. So wurden nicht nur Reiterinnen mit eigenem Pferd befragt, sondern auch Frauen mit einer Beteiligung an einem Tier oder solche, die Reitunterricht nehmen, was zur Folge hat, enger oder lockerer an ein Tier gebunden zu sein. Diese Frage fehlt hier, um genauer differenzieren zu können. Zur Frequenz: Diese Frage erscheint durchaus hilfreich, um weiter ermitteln zu können, bei welcher Reithäufigkeit eine Verbesserung der Kontinenzsituation eintritt. Da bei der Mehrheit eine Verbesserung eintrat und die Mehrheit 1-2x wöchentlich reitet (79%), lässt sich diese Frequenz als zielführend beschreiben. Interessant erscheint, dass es Betroffene gibt, die gar kein Problem nach der spontanen Geburt hatten; hier könnte als Begründung eine im Vorfeld auftrainierte Beckenbodenmuskulatur stehen. Nach Dammschnitten und Verletzungen des Genitaltrakts wurde hier nicht gefragt, um den Fokus auf das Thema Inkontinenz zu richten. Dass 43% der Befragten eine „volle Erreichung der Kontinenz“ angeben, spricht weiter dafür, Reiten als Therapie einzusetzen.

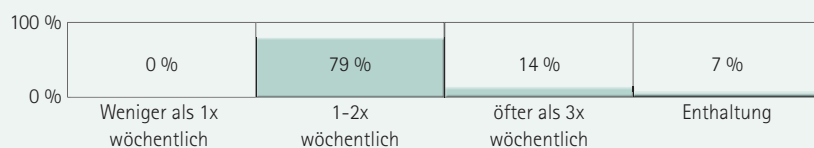
Erhalten die betroffenen Frauen die Möglichkeit einer gezielten Harninkontinenzberatung?

Diese These lässt sich zunächst mit einem klaren Nein beantworten. Wie in Diagramm 8 dargestellt, kannte keine auch nur den Begriff. In Abhängigkeit der Tatsache, dass jede anders mit ihrem Leidensdruck umgeht und sich vermutlich vermehrt Frauen in ihrer derzeitigen Situation resigniert sehen, ist ein eindeutiger Bedarf bei dieser Zielgruppe (34%) festzustellen, zumal der Leidensdruck noch klar vorhanden ist (siehe Tab. 8.) 43% leicht bis volle Belastung). Dies kann zur Ursache haben, dass in heutiger Zeit und dem Abrechnungschao kaum noch Zeit für Beratungsgespräche freigemacht werden können. So ist auch der ungenügende Informationsstand bezüglich Inkontinenzmaterial und weiteren Methoden zu erklären (siehe Tab. 7.). Um die Entwicklung mittels einer Beckenboden- und/oder Reittherapie darstellen zu können, wurden die Betroffenen nach dem Problem postnatal befragt (siehe Tab. 5.; 6.; 8.). Als zu messender Wert stellt sich hier die Zufriedenheit oder das Empfinden dar. Eine genaue Ermittlung des Kontinenzgrades erschien hier als zu hoher Schweregrad für die Betroffenen.

1.) Wann saßen Sie nach der Entbindung wieder auf dem Pferd?



2.) Wie oft reiten Sie?



Wird das psycho-/soziale Gefüge durch die Maßnahme Reiten stabilisiert?

Hierzu wurde keine gezielte Frage gestellt, da ein Fragebogen nicht als richtiges Medium für diese Thematik erschien. Doch weisen Erfahrungswerte aus der Praxis darauf hin, dass Reiten das Sozialgefüge durch Wiederaufnahme in Gemeinschaft und Partnerschaft zum Tier eindeutig Isolation abbaut. Die Tatsache, dass die Mehrheit (36%) „6 Wochen“, also den frühestmöglichen in der Literatur beschriebenen Wert gewählt hat, lässt darauf schließen, dass Sport sehr wichtig für die Betroffenen ist. Das Ergebnis zeigt auch, dass nach der Entbindung auf Reiten verzichtet wurde. Dies kann darauf hindeuten, dass aus Unwissenheit vor dem Thema Inkontinenz eine Art Isolation stattfindet, allerdings nur von einer Befragten. Es wurde jedoch die Aktion in Reitställen durchgeführt, sodass diese Betroffenen-gruppe fast völlig entfällt. In wieweit sich die Zielgruppe Gedanken zu dem Thema Kontinenzförderung durch Reiten macht, wurde als Frage mit freier Beantwortungsmöglichkeit als Abschluss gewählt. Frage 11.): „Welchen guten Ratschlag würden Sie jemandem in Ihrer Situation in Bezug auf das Thema Reiten und Kontinenz-Verbesserung geben? (z.B. Tricks, Reitweise, Handhabung ...)“. Hierbei zeigt sich, wie die Zielgruppe in Eigenverantwortung zur Erfragung und Darstellung sowie der generellen Auseinandersetzung mit ihrer Inkontinenz-diagnose gegenübersteht.

Hier die Ergebnisse:

- „Langsam anfangen und gerade zu Beginn nicht übertreiben“
- „Korrektes Reiten (also nicht nur draufsetzen und tragen lassen) ist Beckenbodentraining pur“
- „viel traben bes. „leicht traben“
- „wenn möglich mind. alle 2 Tage aufs Pferd“
- „Wäre sehr interessiert, was es gibt“

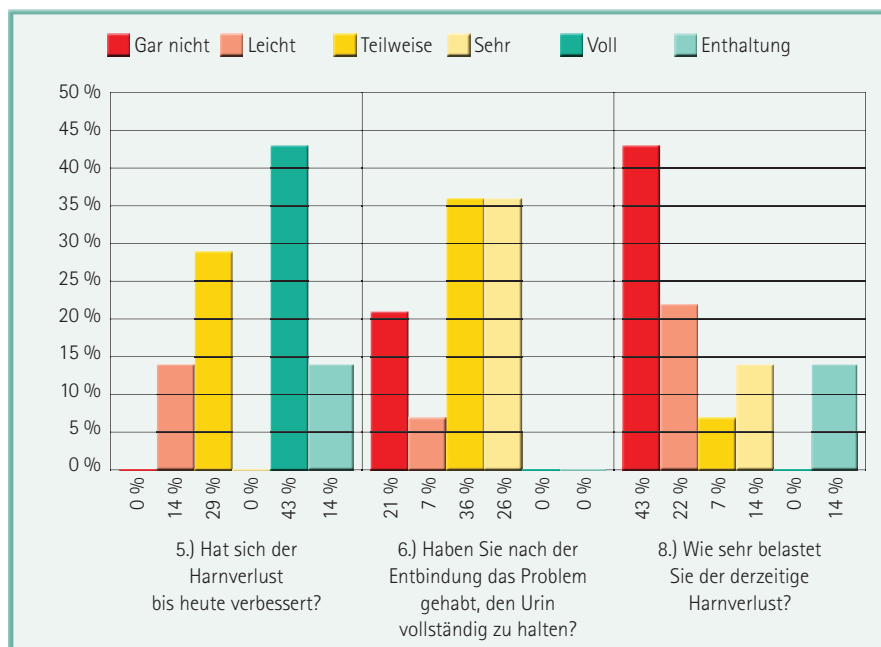
- „Aus meiner Sicht ist einfach ein korrekter Reitsitz notwendig“
- „viel reiten, immer schön wie im Lehrbuch mit Kreuz und Schenkeln“

Dieser kurze Einblick aus der Praxis verdeutlicht, dass das beschriebene Thema sehr speziell ist. Auch in allgemeinem Bezug auf Sport im Zusammenhang mit Inkontinenz herrscht noch ein großer zu erforschender Bedarf.

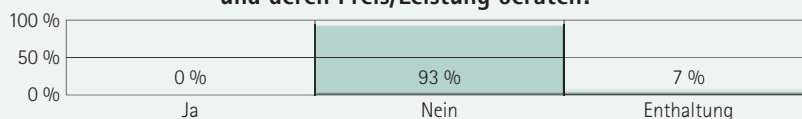
Das Kontinenzberatungsangebot erfahren die jeweiligen Betroffenen im besten Falle pränatal durch den behandelnden Arzt (Gynäkologen) oder durch die Hebamme. Auch die betreuende Pflegefachkraft ist in der Lage, beispielsweise mithilfe eines Beratungskonzeptes postnatal konkreter Wegweiser zu sein.

Dies beinhaltet zugängliche Therapiestrukturen zur Harnkontinenzförderung in der Pflege, angelehnt an die Präambel des Expertenstandards des DNQP.

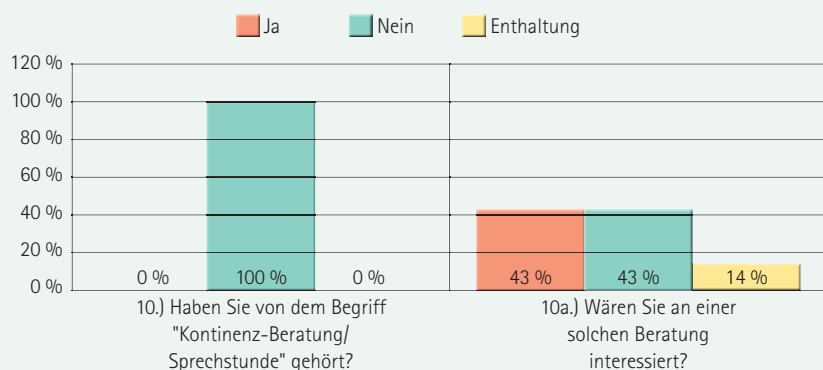
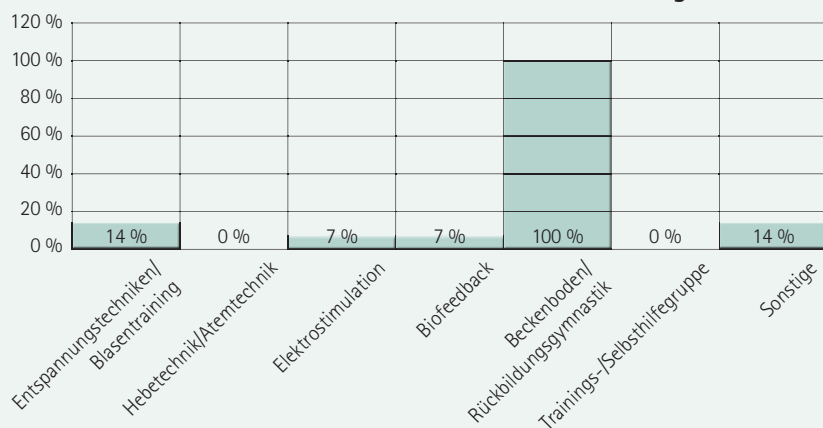
„In dem Begriff „Beratungskompetenz“ verbergen sich neben den fachlichen Voraussetzungen eine Vielzahl an sozialen Kompetenzen, die besonders für den Tabubereich Inkontinenz von großer Bedeutung sind. Hierzu zählen: Diskretion, Verschwiegenheit, Einfühlungsvermögen. Fachlich muss die Pflegekraft die unterschiedlichen Inkontinenzformen mit



7.) Wurden Sie über die korrekte Inkontinenzmaterialien und deren Preis/Leistung beraten?



9.) Kennen Sie weitere Methoden zur Verbesserung?



ihren verschiedenen Symptomen kennen und wissen, welche Maßnahmen in Frage kommen. Um erfolgreich beraten zu können, muss die Pflegefachkraft aber auch in der Lage sein, den Patienten und ggf. seine Angehörigen in einer verständlichen, zielgruppenorientierten Sprache zu informieren." (*Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; DNQP; 2007; S. 37*).

Um diese These des Standards sicherstellen zu können, bieten sich Informationsbroschüren und Anschauungsmaterial als zielführende Medien an, um den aufgezeigten Mangel an Information decken zu können. Je nach individueller Strategie der Versorgung werden in gemeinsamer Zielsetzung mit der Betroffenen andere Berufsgruppen involviert (z.B. Ärzte, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Urotherapeuten). Die Inhalte des jeweiligen Informationsinstrumentes bedürfen einer fachkompetenten Nachbesprechung sowie einer tiefer gehenden Unterweisung. Aufgrund der theoretischen Bedeutung mangelnder Informationsstrukturen kann durch die neu entdeckte Möglichkeit die praktische Pflege ihren Stellenwert klar hervorheben und hier maßgeblicher Berater

sein, jedoch immer in Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen. Die Sicherstellung einer langfristigen Umsetzung dieses Informationsinstrumentes wird durch das Interesse der anzusprechenden Zielgruppe gefördert, denn nur wer Interesse zeigt, kann die aufgeführten Inhalte auch verinnerlichen. Eindeutig wurde ein Informationsbedarf durch die Fragebogen-Aktion ermittelt. Die vermehrten Antwortmöglichkeiten der einzelnen Fragen ermöglichten Individualität, lassen sich aber auch vermehrt deuten. So soll diese Trendanalyse keiner empirischen Erhebung gleichkommen, sondern Einblick in einen weiteren, eindrucksvollen Bereich unserer pflegerischen Möglichkeiten bieten.

Literaturverzeichnis

4.1 Bücher

- Höfer S, Szász N 2006 Hebammen Gesundheitswissen Für Schwangere, Geburt und die Zeit danach; Gräfe und Unzer Verlag, München
- Bölker, T; Webelhuth, W; (2003) Durch dick und dünn, Das Buch für Stomapflege und Harnableitung; Menden; 2. Auflage; überarbeitete und erweiterte Neufassung

- Bölker, T (et. all.); (2006) Außer Kontrolle – Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz; Leipzig; Tabea Noreiks-Edition Partikel Verlag; 1. Auflage
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; (2001) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Was erhält den Mensch gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese; Köln; Auflage 10.2.10.09
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007); Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Osnabrück
- Hayder, D; Kuno, E; Müller, M; (2008) Kontinenz- Inkontinenz- Kontinenzförderung, Ein Praxishandbuch für Pflegendes; Bern; Hans-Huber Verlag; 1. Auflage
- Schön, G.; Seltenreich, M.; (2011) Inkontinenz – ein mutmachender Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Pflegendes; Wien; Wilhelm Maudrich Verlag; 1. Auflage
- U. Otto, P. Grosemanns, W. Hoffmann, O. Dombo; (1998) Abteilung Urologie/ Onkologie; Klinik Quellental; Bad Wildungen

4.2 Zeitschriften

- Journal of Clinical Nursing; 16; 549-561; März 2007
- British Medical Journal 2005, Vol. 330, S. 337
- Droste, W; (2009) Magsi Magazin-Stoma – Inkontinenz – Wunde; 08/2011; Nr.56; Selm; FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

4.3 Internetadressen

- http://www.uk.de/kliniken/frauenklinik/index_10593.php 20.10.2011 21 Uhr
- <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38163.724306.3A> 12.11.2011 10 Uhr
- www.seni.de, 29.10.2011 um 17h



Katharine Hagedorn
katharine.hagedorn@yahoo.de