

Rektusdiastase - Das unsichtbare Loch im Bauch: Wenn der Rumpf seine Stützkraft verliert

*Ein Bericht anlässlich eines Vortrages von Diane Lee
bei der Fascia Research Society im Juni 2026*

Von Tilo Mörgen, Dipl. Soz., Pohltherapeut, Mitglied der Fascia Research Society

Viele Mütter mit Rektusdiastase (Stecco, 2020) fühlen sich mit Instabilität und Schmerzen allein gelassen – häufig abgetan mit dem Verweis auf ein rein "ästhetisches Problem".

Dabei erfordert das Beschwerdebild moderne funktionelle Antworten: Wie zeitgemäße Rehabilitation aussieht, belegte Diane Lee auf der Konferenz der Fascia Research Society (Juni 2026) in ihrem Vortrag "Moving past the inter-recti distance". Weg von starren Zentimetermaßen, hin zu echter myofaszialer Stabilität – für Therapien, die im Alltag wirklich ankommen.

Was ist ein Rektus-Diastase?

Ein Bauch, der sich bei Belastung kegelförmig nach vorne wölbt, Dabei verliert die mittlere Bindegewebsnaht (Linea alba) an Festigkeit und Kraftübertragung. Ein ständiges Instabilitätsgefühl im Rumpf, ziehende Rückenschmerzen – und dazu der frustrierende Satz: "Das ist nach der Schwangerschaft eben so, reine Kosmetik." Doch eine Rektusdiastase ist kein Schönheitsfehler, sondern eine funktionelle Störung der gesamten Bauchwand. Die moderne Faszienforschung bricht dabei radikal mit dem alten Zentimeter-Diktat: Für einen belastbaren, schmerzfreien Körper kommt es nicht darauf an, die Lücke krampfhaft mit klassischen Crunches zu schließen, sondern dem Bindegewebe seine elastische Spannkraft zurückzugeben. Warum genau dieses Umdenken die Rehabilitation revolutioniert und wie die Körpermitte wieder verlässlichen Halt findet – selbst wenn der Spalt messbar bleibt –, zeigt der Blick auf aktuelle biomechanische und myofasziale Ansätze.

Rektusdiastase: "Hab dich mal nicht so." vs. "Unerklärliche Beschwerden"?

Lange Zeit galt die Rektusdiastase (definiert als pathologisches Auseinanderweichen der Musculi recti abdominis von über 2 cm) in der Schulmedizin primär als kosmetisches Phänomen oder physiologische Schwangerschaftsfolge ohne eigenständigen Krankheitswert. In den letzten Jahren hat sich der Blickwinkel gewandelt: Die Rektusdiastase wird zunehmend als funktionelle Störung der vorderen Bauchwand verstanden. Die wissenschaftliche

Anerkennung einzelner Beschwerdebilder unterscheidet sich jedoch hinsichtlich der zugrundeliegenden Evidenz.

Beschwerdebilder einer Rektusdiastase

Fehlende Kraftentwicklung: Durch die Dehnung und Ausdünnung der Linea alba verlieren die geraden Bauchmuskeln ihren zentralen Ansatzpunkt. Dies führt zu einer verminderten Kraftentwicklung bei Rumpfbeugung, Rotation und Kraftübertragung zwischen oberem und unterem Rumpf (Carlstedt et al., 2021). Betroffene berichten über ein Gefühl mangelnder Kraft in der Körpermitte ("weicher Bauch") und eine schnelle muskuläre Ermüdung bei Alltagsbelastungen. Gestörtes Körperbild: Neben der funktionellen Instabilität definiert Hernández-Granados et. Al. das gestörte Körperbild ("impaired body image") als führende Beschwerde (Hernández-Granados et al., 2021). Die typische Vorwölbung der Bauchdecke im Stehen oder bei Anspannung ("Doming", "Bulging" bzw. persistierender postpartaler Bauch) führt bei vielen Patientinnen zu Scham, Vermeidung körperlicher Nähe, psychischer Belastung und einer messbaren Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) (Emanuelsson et al., 2016).

Gefahr von Hernien und Einklemmung: Durch die strukturelle Schwächung und Atrophie der Bindegewebsfasern der Linea alba treten bei einer Rektusdiastase gehäuft echte Bauchwandbrüche auf (Reinpold et al., 2019). Studien belegen, dass bis zu 75 % der Patienten mit einer ausgeprägten Rektusdiastase gleichzeitig eine Nabel- oder epigastrische Hernie aufweisen (Carlstedt et al., 2021). Diese Hernien bergen das Risiko einer Inkarzeration (Einklemmung) und stellen eine klare chirurgische Behandlungsindikation dar.

Beschwerden im unteren Rücken: Beschwerden im unteren Rücken oder im Beckengürtel: Prospektive epidemiologische Studien mahnen jedoch zur Vorsicht bei einer verallgemeinernden Kausalität: In populationsbasierten Studien zeigte sich bei Frauen mit milder Rektusdiastase 12 Monate nach der Entbindung kein statistisch signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von lumbopelvinen Rückenschmerzen im Vergleich zu Frauen ohne Diastase (Sperstad et al., 2016; Gluppe et al., 2021). Bei ausgeprägten Diastasen (> 3–5 cm) wird der mechanische Zusammenhang in der chirurgischen Literatur jedoch weiterhin als klinisch relevant gewertet.

Darmbeschwerden: Aufgrund des unvollständigen Widerlagers der vorderen Bauchwand kann der intraabdominelle Druck nicht adäquat aufgebaut werden. Dies kann zu Schwierigkeiten beim Stuhlgang (Defäkationsbeschwerden, chronische Obstipation) sowie zu postprandialem Völlegefühl und Meteorismus (Blähungen) führen (Reinpold et al., 2019).

Beckenbodenbeschwerden: Eine Schwäche des Beckenbodens, Belastungsinkontinenz (Stress Urinary Incontinence) sowie Beckenorgansenkungen (Descensus genitalis) koexistieren häufig mit einer Rektusdiastase (Spitznagle et

al., 2007; Benjamin et al., 2014). Die funktionelle Begründung liegt im Zusammenspiel des "zylindrischen Kerns" (Zwerchfell, Musculus transversus abdominis, Beckenboden, Linea alba), der bei einer Insuffizienz der vorderen Wand den intraabdominellen Druck nicht mehr koordinieren kann (Bruckmann 2021).

Rektusdiastase: Neues Behandlungsperspektiven - Das Modell der Spannungsfähigkeit (Diane Lee)

Die biomechanische und klinische Reduktion des Rehabilitationserfolgs bei einer Rektusdiastase (DRA) auf das reine Schließen des Abstands zwischen den Mm. recti abdominis (Inter-Recti-Distance, IRD) ist unzureichend (Benjamin et al., 2014; Sperstad et al., 2016; van de Water & Benjamin, 2016). Diane Lee postuliert, dass nicht die Spaltbreite, sondern die Spannungsfähigkeit der Linea alba und der Bauchwandfaszien zur Kraftübertragung (Force Closure) das maßgebliche Erfolgskriterium darstellt (Beamish et al., 2019; Lee, 2017; Lee & Hodges, 2016).

Kritik am bisherigen Forschungs- und Messansatz der Rektus-Diastase

Vor allem drei Punkte stellt Lee aus bedeutsam in den Vordergrund:

1. **Geringe Evidenz für Spaltverschluss:** Systematische Übersichten randomisierter kontrollierter Studien zeigen, dass Rumpfübungen die IRD nur minimal oder gar nicht verringern (Benjamin et al., 2014; Gluppe et al., 2023; Mota et al., 2015). Die Annahme, dass Kräftigung primär den Faszienabstand schließen müsse, entbehrt einer soliden biologischen Grundlage (Gluppe et al., 2021; Lee & Hodges, 2016).
2. **Unberücksichtigte Gewebeheilungszeit:** Studien, die Interventionen in den ersten 6 bis 8 Wochen oder im ersten Jahr nach der Geburt untersuchen, erfassen primär die natürliche Wund- und Gewebeheilung und kaum den isolierten Trainingseffekt (Liaw et al., 2011; Mota et al., 2015; Sperstad et al., 2016). Nach etwa 12 bis 14 Monaten stagniert die physiologische Spontanadaptation der IRD weitgehend (Sperstad et al., 2016).
3. **Fehlende Standardisierung der Messpunkte der Rektusdiastase:** Die Bestimmung der IRD in fixen Zentimeterabständen ober- oder unterhalb des Nabels vernachlässigt individuelle Rumpflängen (Beer et al., 2009; van de Water & Benjamin, 2016). Vorgeschlagen wird eine proportionale Standardisierung (z. B. relative Punkte bei 25 % und 50 % des Abstands zwischen Nabel und Processus xiphoideus) (Keshwani et al., 2018; van de Water & Benjamin, 2016).

Formstabilität, Festigkeit des Faszienwebes, Ultraschall-Beurteilung.

Es geht im Prinzip **mehr um Funktion als Kosmetik**: Entscheidend ist nicht, wie breit der Spalt ist, sondern ob die Linea alba unter Last Spannung aufbauen und Kräfte übertragen kann (Tensioning vs. Distortion). Und weiter werden kontraproduktive Trainingsmethoden kritisiert: Lee zeigte auf, dass isolierte Crunches oder ein erzwungenes Zusammenziehen der geraden Bauchmuskeln die Faszie oft tiefer nach innen ziehen oder einklemmen, anstatt das tiefe ventrale Faszienetzwerk (Transversus abdominis und dessen Aponeurosen) funktionell zu aktivieren:

- Isolierter Curl-up (oberflächliche Strategie): Bei Crunches ohne Tiefenkontrolle konvergieren die Rektusbäuche oft, wodurch sich die IRD (Breite) verringert (Lee & Hodges, 2016; Pascoal et al., 2014). Gleichzeitig verliert die Linea alba jedoch an Spannung, faltet sich, sackt ein oder wölbt sich unkontrolliert vor (Sagging/Doming) (Lee & Hodges, 2016; Mota et al., 2015). Kräfte können so nicht stabil über den Rumpf übertragen werden (Axer et al., 2001; Beamish et al., 2019).
- Transversus-Aktivierung (TrA-Dominanz): Die Rekrutierung des M. transversus abdominis entfaltet über die posteriore Rektusscheide einen lateralen Zug (Lee & Hodges, 2016; Lee et al., 2008). Dies kann die IRD in der Messung zwar verbreitern, straft jedoch die Linea alba und baut funktionelle Spannung auf (Beamish et al., 2019; Lee & Hodges, 2016). Den Zusammenhang von Kaiserschnitt mit Bauchmuskeln und faszialem Gewebe hat das Team um Carla Stecco gründlich untersucht (Fan, 2020).
- Der Distortion Index (Verzerrungsindex): Gemeinsam mit Paul Hodges quantifizierte Lee dieses Phänomen über das Verhältnis der Gewebedeformation (Welligkeit/Auslenkung) zur kürzesten Verbindungslinie im Ultraschall (Lee & Hodges, 2016). Ein sinkender Distortion Index korreliert mit zunehmender Gewebespannung (mittels Elastographie verifiziert), unabhängig von einer verbleibenden Spaltbreite (Beamish et al., 2019; Lee & Hodges, 2016).

Empirische Befunde aus Langzeit-Trainingsstudien

Lee plädiert für die **Abkehr vom Zentimeter-Diktat**: Warum Frauen selbst mit einem 8-Zentimeter-Spalt volle Rumpfkraft und Schmerzfreiheit erlangen können – und wie der 'Distortion Index' die moderne Bewegungstherapie revolutioniert. Und sie erläutert: Warum genau das kein Misserfolg ist, sondern der Beweis dafür, dass wir Rektusdiastase seit Jahrzehnten mit dem falschen Maßband messen:

Persistenz oder Zunahme der IRD - Wenn der Bauchspalt bleibt oder sich vergrößert

Bei Frauen jenseits des ersten Jahres post partum führte intensives, mehrjähriges Training (1 bis 3 Jahre) in Ruhe meist zu keiner Verringerung der IRD; teils nahm der Abstand durch Muskelhypertrophie und Ruhetonus sogar leicht zu (Gluppe et al., 2023; Keshwani et al., 2018; Lee, 2017).

Signifikante Reduktion des Distortion Index- Wenn das Bindegewebe wieder formstabil wird

Bei allen Probandinnen – selbst bei Ausgangsspaltbreiten über 8 cm – sank die Faszienverzerrung unter gezielter Vorspannung signifikant (Beamish et al., 2019; Lee & Hodges, 2016).

Wiederherstellung der Funktion

Rumpffrotationskraft, Belastungstransfer und Beschwerdefreiheit verbesserten sich parallel zur Zunahme der Faszienspannung und Muskelkapazität, nicht parallel zur Spaltverengung (Gluppe et al., 2021; Gluppe et al., 2023; Rejano-Campo et al., 2026). Darstellung der Linea alba und Rektusdiastase: Bindegewebsspannung der Bauchwand

Therapieansatz in der Praxis Bruckmann

Entscheidend ist **nicht die Lücke, sondern die Spannung**: Selbst wenn intensives Training den Spalt in Ruhe kaum verkleinert – oder Muskelaufbau ihn sogar minimal weitet –, kehren Stabilität, Belastbarkeit und Schmerzfreiheit zurück, sobald die Bauchwandfaszie wieder lernt, elastischen Zug aufzubauen.

Auf genau diesem myofaszialen Wirkprinzip bauen die **Pohltherapie®** und die **Beckentherapie Bruckmann** auf. Therapeutisch stehen dabei vor allem folgende Methoden im Fokus:

Palpation von Tiefe und Festigkeit: In der Praxis sollte neben der Breite primär die Eindrücktiefe und der Widerstand der Linea alba gegen Fingerdruck palpiert werden (Lee, 2017; Mota et al., 2013).

Kein Trainingsstopp bei weichem Vorwölben: Ein weiches Vorwölben ("soft dome") ohne massiven intraabdominalen Überdruck (Valsalva) ist unbedenklich und kein Grund, Übungsprogressionen zu blockieren (Carlstedt et al., 2021; Gluppe et al., 2023; Lee, 2017). Frauen müssen Muskelkapazität in allen Bauchwandschichten aufbauen, bevor optimale Faszienvorspannung gelingt (Gluppe et al., 2023; Lee & Hodges, 2016).

Synergistische Ko-Aktivierung: Ziel ist ein koordiniertes **Zusammenspiel aller Muskelschichten** (TrA, Mm. obliqui, M. rectus abdominis) mit dem Beckenboden und einer physiologischen **Atmung**, statt einer isolierten Transversus-Fixierung (Bø et al., 2017; Lee et al., 2008). Therapeutisch geht es um die Verknüpfung von

manueller Entlastung (z. B. Psoas, Zwerchfell, myofasziale Ketten) mit funktioneller Wiederansteuerung.

Multidimensionale Erfolgsmetrik: Das Ergebnis einer Rehabilitation bemisst sich an Kraft, Rotationsstabilität, Symptombefreiheit und biopsychosozialem Wohlbefinden, nicht an einer statischen Zentimeterreduktion des Spalts (Giagio et al., 2025; Rejano-Campo et al., 2026; Sperstad et al., 2016).

Diane Lee, Physiotherapeutin, Forscherin und Fachbuchautorin, hat die Faszienforschung von einer rein strukturellen Anatomie zu einer funktionellen Lastübertragungs-Wissenschaft weiterentwickelt. Ihr Ansatz erklärt, warum zwei Patientinnen mit identischer Spaltbreite der Bauchwand völlig unterschiedliche Symptome zeigen – und warum reine Zentimetermaße in der modernen Therapie kein valides Erfolgskriterium mehr sind.

Operation der Rectus-Diastase: Letztes Mittel?

Konservative und manualtherapeutische Verfahren – wie Physiotherapie, Osteopathie, Pohltherapie® oder die Beckentherapie Bruckmann – sind Mittel der ersten Wahl, sobald schwerwiegende medizinische Ursachen fachärztlich ausgeschlossen wurden.

Eine Operation bleibt der letzte Ausweg. Zwingend **nötig** ist sie bei echten Bauchwandbrüchen (Hernien). Medizinisch **sinnvoll kann sie sein**, wenn die Bauchwand trotz monatelanger Therapie und Gewichtsregulierung instabil bleibt oder chronische Hautentzündungen unter einer Fettschürze nicht abheilen.

Zwar ist der operative Erfolg mit 85 bis 95 % Zufriedenheit und einer **geringen Rückfallquote** von nur rund 6 % nach 1 bis 5 Jahren belegt (Akram & Matzen, 2014; Mommers et al., 2017). Gleichzeitig liegt die **Komplikationsrate** jedoch bei 10 bis 20 %: Typische Risiken sind Wundwasseransammlungen, Infektionen, Nachblutungen, anhaltende Schmerzen oder Fremdkörpergefühle (Carlstedt et al., 2021; Mommers et al., 2017). Ein chirurgischer Eingriff sollte daher erst erwogen werden, wenn alle schonenden Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Literaturverzeichnis - Rektus-Diastase und Therapieperspektiven

Axer, H., Keyserlingk, D. G., & Prescher, A. (2001). Collagen fibers in linea alba and rectus sheaths: I. General scheme and morphological aspects. *Journal of Surgical Research*, 96(1), 127–134. <https://doi.org/10.1006/jsre.2000.6070>

Beamish, N., Green, N., Nieuwold, E., & McLean, L. (2019). Differences in linea alba stiffness and linea alba distortion between women with and without diastasis recti abdominis: The impact of measurement site and task. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(9), 656–665. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.8543>

Beamish, N. F., Davenport, M. H., Ali, M. U., Gervais, M. J., Sjwed, T. N., Bains, G., Sivak, A., Deering, R. E., & Ruchat, S.-M. (2025). Impact of postpartum exercise on

pelvic floor disorders and diastasis recti abdominis: A systematic review and meta-analysis.

Beer, G. M., Schuster, A., Seifert, B., Manestar, M., Mihic-Probst, D., & Weber, S. A. (2009). The normal width of the linea alba in nulliparous women. *Clinical Anatomy*, 22(6), 706–711. <https://doi.org/10.1002/ca.20836>

Benjamin, D. R., van de Water, A. T. M., & Peiris, C. L. (2014). Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: A systematic review. *Physiotherapy*, 100(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.08.005>

Benjamin, D. R., Frawley, H. C., Shields, N., Peiris, C. L., van de Water, A. T. M., Bruder, A. M., & Taylor, N. F. (2023). Conservative interventions may have little effect on reducing diastasis of the rectus abdominis in postnatal women-A systematic review and metaanalysis. *Physiotherapy*, 119, 54-71.

Bø, K., Hilde, G., Tennfjord, M. K., Sperstad, J. B., & Engh, M. E. (2017). Pelvic floor muscle function, pelvic floor dysfunction and diastasis recti abdominis: Prospective cohort study. *Neurourology and Urodynamics*, 36(3), 716–721. <https://doi.org/10.1002/nau.23005>

Bruckmann, R. (2020). Unter der Gürtellinie, Unerklärliche Beschwerden im urogenitalen Bereich körpertherapeutisch verstehen und behandeln, Droemer-Knaur

Carlstedt, A., Bringman, S., Egberth, M., Emanuelsson, P., Olsson, A., Petersson, U., Pålstedt, J., Sandblom, G., & Sjö Dahl, R. (2021). Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: Recommendations and consensus. *Hernia*, 25(3), 633–646. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02484-8>

Carlstedt, A., Bringman, S., Egberth, M., Emanuelsson, P., Olsson, A., Petersson, U., Pålstedt, J., Sandblom, G., Sjö Dahl, R., Stark, B., Strigård, K., Tall, J., & Theodorsson, E. (2021). Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: Recommendations for Swedish national guidelines. *Scandinavian Journal of Surgery*, 110(3), 452–459. <https://doi.org/10.1177/1457496920961000>

de Oliveira, L. C., de Almeida, L. I. M., Lucio, M. C. F., Campos Júnior, J. F. de, & de Oliveira, R. G. (2025). Effects of conservative approaches for treating diastasis recti abdominis in ostpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 104(23), e42723.

Emanuelsson, P., Gunnarsson, U., Dahlstrand, U., Strigård, K., & Stark, B. (2016). Operative correction of abdominal rectus diastasis (ARD) reduces pain and improves abdominal wall muscle strength: A randomized, prospective trial comparing retromuscular mesh repair to double-row, self-retaining sutures. *Surgery*, 160(5), 1367–1375. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.05.035>

Fan C, Guidolin D, Ragazzo S, Fede C, Pirri C, Gaudreault N, Porzionato A, Macchi V, De Caro R, Stecco C. Effects of Cesarean Section and Vaginal Delivery on Abdominal Muscles and Fasciae. *Medicina (Kaunas)*. 2020 May 27;56(6):260. doi: 10.3390/medicina56060260. PMID: 32471194; PMCID: PMC7353893.

Giagio, S., Rejano-Campo, M., Vicente-Campos, V., Donnelly, G. M., & Salvioli, S. (2025). #diastasisrecti: A mixed-methods analysis of Instagram posts and their influence on women's exercise and sports participation. *BMC Women's Health*, 25(1), Article 332. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03885-y>

Gluppe, S. B., Ellström Engh, M., & Bø, K. (2021). Women with diastasis recti abdominis might have weaker abdominal muscles and more abdominal pain, but no higher prevalence of pelvic floor disorders, low back and pelvic girdle pain than women without diastasis recti abdominis. *Physiotherapy*, 111, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.008>

Gluppe, S. B., Ellström Engh, M., & Bø, K. (2023). Curl-up exercises improve abdominal muscle strength without worsening inter-recti distance in women with diastasis recti abdominis postpartum: A randomised controlled trial. *Journal of Physiotherapy*, 69(3), 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.05.017>

Hernández-Granados, P., Henriksen, N. A., Berrevoet, F., Cuccurullo, D., López-Cano, M., Nienhuijs, S., Ross, D., & Montgomery, A. (2021). European Hernia Society guidelines on management of rectus diastasis. *British Journal of Surgery*, 108(10), 1189–1191. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab128>

Keshwani, N., Mathur, S., & McLean, L. (2018). Relationship between interrectus distance and symptom severity in women with diastasis recti abdominis in the early postpartum period. *Physical Therapy*, 98(3), 182–190. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx117>

Lee, D. (2017). *Diastasis Rectus Abdominis: A clinical guide for those who are split down the middle*. Learn with Diane Lee.

Lee, D., & Hodges, P. W. (2016). Behavior of the linea alba during a curl-up task in diastasis rectus abdominis: An observational study. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 46(7), 580–589. <https://doi.org/10.2519/jospt.2016.6536>

Lee, D. G., Lee, L. J., & McLaughlin, L. (2008). Stability, continence and breathing: The role of fascia following pregnancy and delivery. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(4), 333–348. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2008.05.003>

Liaw, L. J., Hsu, M. J., Tsai, A. C., Chan, R. C., & Chen, J. L. (2011). The relationships between inter-recti distance and muscle torque, endurance, and lower back pain in postpartum women. *Formosan Journal of Physical Therapy*, 36(2), 108–119.

Mota, P., Pascoal, A. G., Carita, A. I., & Bø, K. (2013). Reliability of the inter-rectus distance measured by palpation. Comparison of palpation and ultrasound measurements. *Manual Therapy*, 18(4), 294–298.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2012.10.013>

Mota, P., Pascoal, A. G., Carita, A. I., & Bø, K. (2015). The immediate effects on inter-rectus distance of abdominal crunch and drawing-in exercises during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 45(10), 781–788. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5459>

Opala-Berdzik, A., Rudek-Zeprzatka, M., Niesporek, J., Cebula, M., Baron, J., Gruszczyńska, K., Pascoal, A. G., Mota, P., & Chmielewska, D. (2023). Technical aspects of inter-recti distance measurement with ultrasonographic imaging for physiotherapy purposes: The scoping review. *Insights into Imaging*, 14(1), 92.

Pascoal, A. G., Dionisio, S., Cordeiro, F., & Mota, P. (2014). Inter-rectus distance in postpartum women can be reduced by isometric contraction of the abdominal muscles. *Manual Therapy*, 19(4), 313–316.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2014.03.002>

Rejano-Campo, M., Vicente-Campos, V., Donnelly, G. M., & Giagio, S. (2026). The Diastasis Rectus Abdominis Questionnaire (DRAQ): Development and validation of a questionnaire to evaluate the biopsychosocial impact of diastasis rectus abdominis in parous females. *BMC Women's Health*, 26, Article 4718.
<https://doi.org/10.1186/s12905-026-04718-2>

Reinhold, W., Köckerling, F., Bittner, R., Conze, J., Fortelny, R., Koch, A., Kukleta, J., Kuthe, A., Lorenz, R., & Stechemesser, B. (2019). Classification of rectus diastasis—A proposal by the German Hernia Society (DHG) and the International Endohernia Society (IEHS). *Frontiers in Surgery*, 6, Article 1.
<https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00001>

Sperstad, J. B., Tennfjord, M. K., Hilde, G., Ellström-Engh, M., & Bø, K. (2016). Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: Prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *British Journal of Sports Medicine*, 50(17), 1092–1096. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096065>

Spitznagle, T. M., Leong, F. C., & Van Dillen, L. R. (2007). Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *International Urogynecology Journal*, 18(3), 321–328. <https://doi.org/10.1007/s00192-006-0143-5>

van de Water, A. T. M., & Benjamin, D. R. (2016). Measurement methods to assess diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM): A systematic review of their measurement properties and meta-analytic reliability generalisation. *Manual Therapy*, 21, 41–53. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.09.013>

Wang, L., Zhu, C., Zhang, J., Sun, S., She, H., Meng, L., Xu, H., & Gu, Y. (2024). Long-Term Outcomes of Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Women: A Retrospective Cohort Study. *International Urogynecology Journal*, 35(12), 2413

Literaturliste: Operation Rektus-Diastase

Akram, J., & Matzen, S. H. (2014). Rectus abdominis diastasis. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 48(3), 163–169. <https://doi.org/10.3109/2000656X.2013.859145>
The Operative Review Of Surgery

Carlstedt, A., Bringman, S., Egberth, M., Emanuelsson, P., Olsson, A., Petersson, U., Pålstedt, J., Sandblom, G., Sjö Dahl, R., Stark, B., Strigård, K., Tall, J., & Theodorsson, E. (2021). Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: Recommendations for Swedish national guidelines. *Scandinavian Journal of Surgery*, 110(3), 452–459. <https://doi.org/10.1177/1457496920961000>

Emanuelsson, P., Gunnarsson, U., Dahlstrand, U., Strigård, K., & Stark, B. (2016). Operative correction of abdominal rectus diastasis (ARD) reduces pain and improves abdominal wall muscle strength: A randomized, prospective trial comparing retromuscular mesh repair to double-row, self-retaining sutures. *Surgery*, 160(5), 1367–1375. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.05.035>
Helda - Helsinki.fi

Hernández-Granados, P., Henriksen, N. A., Berrevoet, F., Cuccurullo, D., López-Cano, M., Nienhuijs, S., Ross, D., & Montgomery, A. (2021). European Hernia Society guidelines on management of rectus diastasis. *British Journal of Surgery*, 108(10), 1189–1191. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab128>
ResearchGate

Mommers, E. H. H., Ponten, J. E. H., Al Omar, A. K., de Vries Reilingh, T. S., Bouvy, N. D., & Nienhuijs, S. W. (2017). The general surgeon's perspective of rectus diastasis. A systematic review of treatment options. *Surgical Endoscopy*, 31(12), 4934–4949. <https://doi.org/10.1007/s00464-017-5607-9>
repo.umb.sk

Olsson, A., Kiwanuka, O., Wilhelmsson, S., Sandblom, G., & Stackelberg, O. (2019). Cohort study of the effect of surgical repair of rectus diastasis on quality of life and physical function. *British Journal of Surgery*, 106(11), 1501–1508.

<https://doi.org/10.1002/bjs.11243>

PMC - NIH

Swedenhammar, E., Strigård, K., Emanuelsson, P., Gunnarsson, U., & Stark, B. (2021). Long-term follow-up after surgical repair of abdominal rectus diastasis: A prospective randomized study. *Scandinavian Journal of Surgery*, 110(3), 283–289.

<https://doi.org/10.1177/1457496920977239>

Umeå universitet

van Uchelen, J. H., Kon, M., & Werker, P. M. (2001). The long-term durability of plication of the anterior rectus sheath in conjunction with abdominoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107(6), 1573–1578.

<https://doi.org/10.1097/00006534-200105000-00045>

Möchtest du einen genauen Vergleich der Operationsmethoden (offen vs. minimal-invasiv) sehen?