# Rektusdiastase – Die Lücke am 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 fühlen sich mit Instabilität und Schmerzen allein gelassen – häufig abgetan mit dem Verweis auf ein rein "ästhetisches Problem".**
Ob die Rektusdiastase mehr als ein kosmetisches Problem ist, sondern die Funktion der Bauchwand beeinträchtigt ist, hängt von Ihrer Beschaffenheit und ist Gegenstand dieses Artikels.
Wie zeitgemäße Rehabilitation aussehen kann, trug Diane Lee auf der Konferenz der Fascia Research Society (Juni 2026) vor. In ihrem Beitrag "Moving past the inter-recti distance" erläutert sie, warum es weniger um starre Zentimeter geht, sondern um das Ziel der myofaszialen Stabilität, also um eine Bauchwand, bei der Muskeln und Faszien eine funktionierende Einheit bilden (Lee, 2017; Lee & Hodges, 2016).

## Was ist ein Rektus-Diastase?

Lange Zeit galt die Rektusdiastase primär als kosmetisches Phänomen oder physiologische Schwangerschaftsfolge ohne eigenständigen Krankheitswert. Definiert wurde sie als das als ein Auseinanderweichen der beiden Stränge des geraden Bauchmuskels (Musculi recti abdominis,) von mehr als zwei Zentimetern. Der Muskel Rectus abdominus (Stecco, 2020) verläuft vom Brustbein zum Schambein in gerader Richtung.

Neben Müttern sind von Rektus-Diastasen manchmal auch Männer betroffen, vor allem solche, die intensiv Kraftsport betrieben haben oder betreiben.

Eine Rektus-Diastase kann als Spalt tastbar sein, ohne dass die Funktion der Bauchwand eingeschränkt wäre. Oft wissen die Betroffenen dann gar nichts davon.

Aber ein Bauch, der sich bei Belastung kegelförmig nach vorne wölbt, hat seine Funktion hinsichtlich Kraftübertragung und Stabilität eingebüßt. Diese Funktion hat nämlich die mittlere Bindegewebsnaht (Linea alba).
Die moderne Faszienforschung bricht dabei mit dem alten Zentimeter-Diktat: Für einen belastbaren, schmerzfreien Körper kommt es nicht auf die Breite des Spalts an, sondern auf die der Spannkraft der Linea Alba, da von ihr wesentlich die Funktionalität der Bauchwand abhängt, selbst wenn der Spalt weiter messbar bleibt.

## Beschwerden bei funktionellen Störungen der Bauchwand durch die Rektusdiastase

Sobald die Funktion der Bauchwand durch die Rektusdiastase gestört ist, ist das kein kosmetisches Problem mehr, sondern kann verschiedene Beschwerden auslösen.

1. **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 und eine schnelle muskuläre Ermüdung bei Alltagsbelastungen.

2. **Gefahr von Hernien und Einklemmung**
   Durch die strukturelle Schwächung und Atrophie (Verkümmerung) 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 chirurgische Behandlungsindikation dar.

3. **Gestörtes Körperbild**
   Neben der funktionellen Instabilität definiert Hernadez-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 manchen Patientinnen zu Scham, Vermeidung körperlicher Nähe, psychischer Belastung und einer messbaren Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) (Emanuelsson et al., 2016).

4. **Beschwerden im unteren Rücken**
   In populationsbasierten Studien zeigte sich bei Frauen mit milder Rektusdiastase zwölf Monate nach der Entbindung kein statistisch signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von Schmerzen im unteren Rücken oder im Beckengürtel 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.

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

6. **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 von Zwerchfell, Musculus transversus abdominis, Beckenboden, Linea alba, die bei einer Funktionseinbuße der vorderen Wand den intraabdominellen Druck nicht mehr koordinieren können (Bruckmann 2021).

## Kritik an der bisherigen Betrachtung der Rectus-Diastase

*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.*

Lange Zeit wurde bei einer Rektusdiastase fast nur gemessen, wie viele Zentimeter oder Fingerbreiten der Spalt (Inter-Recti-Distance, IRD) misst. Diese Betrachtung ist jedoch nicht zielführend. (Benjamin et al., 2014; Sperstad et al., 2016; van de Water & Benjamin, 2016).
Diane Lee zeigte jedoch: Die Breite allein sagt wenig über die Stabilität der Bauchwand aus. Für die Funktion der Bauchwand ist entscheidend die Zugfestigkeit des Bindegewebes dazwischen. Demnach ist auch der Therapieziel weniger das Schließen der Lücke, sondern eine Erhöhung der Spannungsfähigkeit der Linea alba und der Bauchwandfaszien. (Beamish et al., 2019; Lee, 2017; Lee & Hodges, 2016).

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, denn 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).

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

**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).
Bei Frauen jenseits des ersten Jahres nach der Geburt 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).

**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).

**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).

## Neue Ansätze in der Therapie

In der modernen Therapie der Rektusdiastase geht es darum, das tiefe ventrale Fasziennetzwerk (Transversus abdominis und dessen Aponeurosen) funktionell zu aktivieren.

Dadurch entfaltet sich die hintere Rektusscheide mit einem lateraler Zug (Lee & Hodges, 2016; Lee et al., 2008). Dies kann die den Spalt (IRD) zwar verbreitern, strafft jedoch die Linea alba und baut funktionelle Spannung auf (Beamish et al., 2019; Lee & Hodges, 2016). Das Fehlen dieses Spannungsbogens kann man als Faszienverzerrung bezeichnen. Die Betroffenen haben dann das Gefühl der Instabilität und mangelnder Kraft.

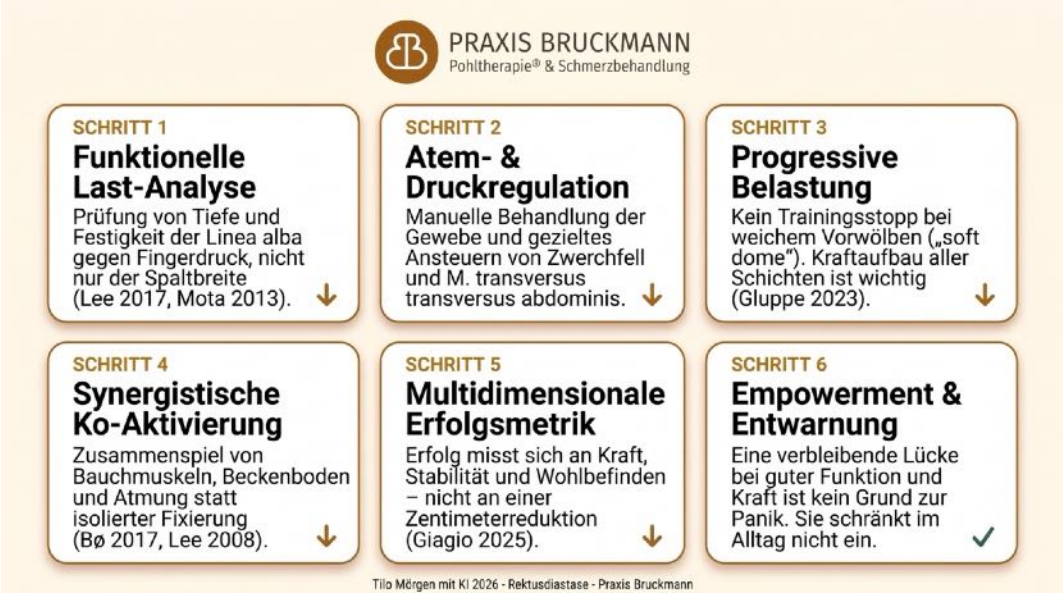
Der Distortionsindex (Verzerrungsindex)
Um diese Funktion zu überprüfen, hat Lee mit Paul Hodges des Distortionsindex als Möglichkeit der Messung entwickelt (Lee & Hodges, 2016). Therapeutisch gut: ein sinkender Distortionsindex korreliert mit zunehmender Gewebespannung, (mittels Elastographie verifiziert), unabhängig von einer verbleibenden Spaltbreite (Beamish et al., 2019; Lee & Hodges, 2016).

## Wiederherstellung der Funktion

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

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




**Funktionelle Last-Analyse**
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).

**Atem- und Druckregulation**
Manuelle Behandlung der Gewebe, Übungen zur Ansteuerung von Zwerchfell und M. transversus abd.

**Progressive Belastung und fasziale Palpation**
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, Symptomfreiheit und biopsychosozialem Wohlbefinden, nicht an einer statischen Zentimeterreduktion des Spalts (Giagio et al., 2025; Rejano-Campo et al., 2026; Sperstad et al., 2016).

**Empowerment**
Sind Funktionen und Kraft wieder hergestellt und verbleibt trotzdem eine Lücke? Das ist kein Grund für Panik. Denn die Lücke wird hauptsächlich beim Ertasten in Rückenlage erkannt werden. Im Stehen sollte sie nicht mehr auftreten. Und beim Atmen oder Bewegen wird sic nicht mehr hindern.

## Operation der Rectus-Diastase: Letztes Mittel?

Konservative und manualtherapeutische Verfahren – wie Physiotherapie, Osteopathie, Pohltherapie® oder die Beckentherapie Bruckmann – sind Mittel der ersten Wahl, sobald andere 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. Physiotherpy, 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., & Sjödahl, 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., Sjödahl, 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

Reinpold, 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., Sjödahl, 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?