



Harninkontinenz und Senkung

Information für unsere
Patientinnen



Frauenklinik
Fachbereich Urogynäkologie
St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Kontakt/Terminvereinbarung:

Urogynäkologie

Tel. 0611/177-1502 oder -1503

Mail urogyn@joho.de

Herausgeber:

St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Frauenklinik

Chefarzt Prof. Dr. Boris Gabriel (AGUB III)

Fachbereich Urogynäkologie

Leitung:

Leitender Oberarzt Dr. Christopher Wolf (AGUB II)

Konzeption:

Susanne Schiering-Rosch, M. A.

St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Harninkontinenz und Senkung

Sehr geehrte Patientin,

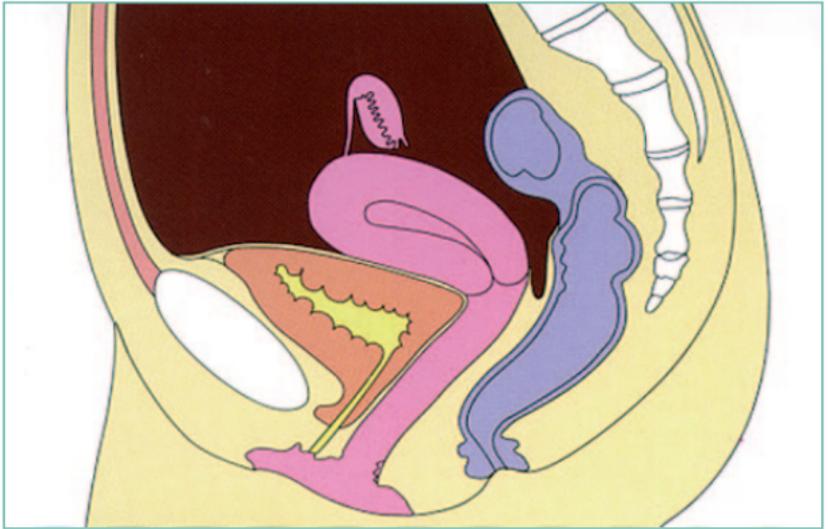
in Deutschland werden etwa 4 bis 5 Millionen Menschen mit einer Harninkontinenz medizinisch betreut. Inkontinenzleiden sind also ziemlich häufige Erkrankungen, die nicht erduldet werden müssen, sondern gegen die man etwas tun kann. Auch wenn – rein statistisch gesehen – das Problem der Harninkontinenz und der Senkungsleiden gehäuft ältere Patientinnen betrifft, sehen wir nicht selten auch junge Frauen, bei denen eine Lageveränderung der Geschlechtsorgane zu Senkungsbeschwerden oder zu Inkontinenz führt. Häufig tritt dieses Problem schon nach einer Geburt auf. Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang gerne etwas ausführlicher über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Diese Broschüre kann nicht alle Ihre Fragen beantworten, da vieles von Ihren individuellen Gegebenheiten abhängt und nur in einem persönlichen Beratungsgespräch geklärt werden kann.

Bitte fragen Sie daher uns oder Ihren Arzt alles, was Sie interessiert oder was noch unklar ist.

Ihr urogynäkologisches Ärzteteam
Frauenklinik
St. Josefs-Hospital Wiesbaden

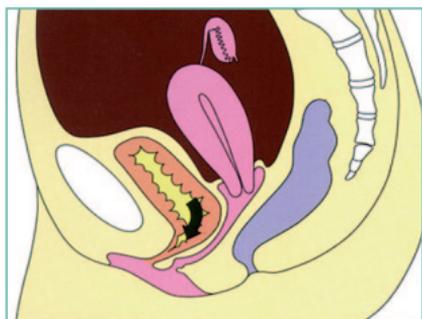
Grundlagen / Anatomie



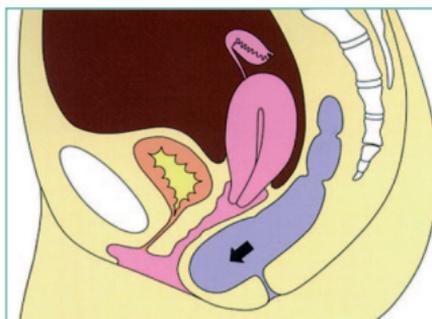
Normale Lage von Gebärmutter, Scheide, Harnblase und Darm

Möglicherweise kam es aufgrund verschiedener Ursachen (Senkung, Hormonmangel, Durchblutungsstörung des Bindegewebes in der Umgebung von Scheide und Harnröhre, Bindegewebsschwäche und andere Faktoren) zu einer Veränderung der Lage von Blase und Harnröhre. Beim Anstieg des Druckes in der Bauchhöhle (Man nennt das auch „Stress“), z.B. beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen, Heben, usw., wird die Harnröhre blasennah nicht mehr richtig verschlossen. Sie ist dann undicht. Es kommt zum ungewollten Urinabgang.

Aufgrund ähnlicher Ursachen wie bei der Inkontinenz (Belastung, Bindegewebsschwäche, Geburten und andere Faktoren) kann es zu einer Veränderung der Lage von Blase, Gebärmutter und / oder Enddarm kommen. Ein Anstieg des Druckes in der Bauchhöhle führt dazu, dass die Organe tiefer treten und unter Umständen kann sich ein ballonartiges Gebilde bis in den Scheideneingang vorwölben oder durch diesen vorfallen. Diese Senkung kann zu Harninkontinenz führen oder aber auch zum Gegenteil – dem Harnverhalt. Auch kann es zu Problemen beim Stuhlgang (Verstopfung) oder ziehenden Senkungs-



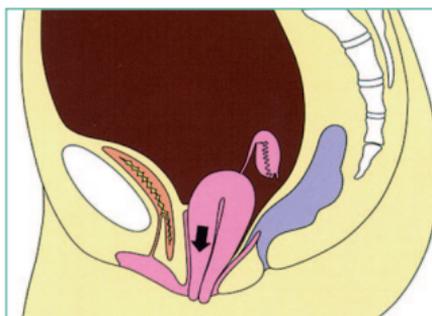
Tiefertreten der vorderen Scheidenwand mit Senkung des Blasenbodens / Blasensenkung



Vorfall der Scheidenhinterwand vor den Scheideneingang (häufig Stuhlgangbeschwerden) / Darmwandsenkung

schmerzen (v.a. in der Kreuzbeingegend) bzw. einem Druckgefühl nach unten kommen. Nicht selten kommt es auch zu Beschwerden beim Geschlechtsverkehr. Das Ausmaß der Senkung ist bei allen Frauen unterschiedlich.

Es gibt jedoch typische Lageveränderungen, die hier skizziert werden. Die gegebenenfalls bei Ihnen aufgetretenen Veränderungen könnten wir Ihnen so anhand der Bilder erläutern und das Verständnis für die notwendige Behandlung verbessern. Fragen Sie Ihren Arzt ganz einfach in der Beratung!



Starke Senkung der Gebärmutter unter Mitnahme von Blasen- und Darmwand

Diagnostik:

Vor jeder Behandlung erfolgt eine Diagnostik mit dem Ziel, die Ursache der Symptome herauszufinden.

Die **Anamnese**, also das Gespräch über Ihre Krankengeschichte, die Art der Beschwerden und die Umstände unter denen diese auftreten, stehen hierbei im Mittelpunkt.

Sie werden neben Fragen zu Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme, Geburten z.B. über Ihr Trinkverhalten befragt, wie oft und wie viel Sie trinken. Im Mittelpunkt stehen Fragen zum Toilettenverhalten, wie häufig Sie tagsüber und nachts die Toilette aufsuchen und die Umstände, die dazu führen. Es zeigt sich häufig, dass Patientinnen ein falsches Verhalten entwickelt haben und zu früh auf die Toilette gehen und sich damit eine kleine Blase antrainiert haben. Das Gefühl, die Blase nicht richtig entleeren zu können, wird erfragt. Hintergrund ist, dass Restharn den Blasenreinigungsmechanismus stören und zu immer wieder auftretenden Harnwegsinfekten führen kann. Auch kann eine hohe Restharnmenge zu einem häufigen Toilettengang führen. Die Blase ist eben wieder schneller voll, wenn sie nicht leer wurde. Ist der Restharn immer sehr hoch, kann dies zu Inkontinenz führen. Denn ist die Blase zu voll, läuft sie einfach über. Auch über Senkungsgefühle wie Druck oder Scheuern zwischen den Beinen oder Problemen beim Geschlechtsverkehr kann gesprochen werden. Der Leidensdruck wird erfragt, denn auch von diesem kann eine Behandlungsstrategie abhängen. Sollten Sie z.B. nur beim Seilhüpfen Urin verlieren, Sie dieses aber nur einmal im Jahr tun, dann haben Sie zwar eine belastungsabhängige Harninkontinenz beim Sport, sind aber im alltäglichen Leben nur wenig eingeschränkt.

Auch eine vorhandene Senkung, die Sie überhaupt nicht stört, wird sicherlich anders behandelt, als wenn die Lebensqualität maximal beeinträchtigt ist. Da Ihr Becken nicht nur aus der Blase und ihren Funktionen besteht und häufig ein Blasenleiden auch mit einem Stuhlleiden zusammen auftritt, werden auch Fragen zu Windabgängen und Stuhlverlusten, der Stuhlkonsistenz und zur Frequenz der Stuhlentleerung gestellt.

Einfache **Funktionstests** helfen dem Untersuchenden zu erkennen, welche Form der Harninkontinenz bei Ihnen vorliegt. Da bei einer Belastungsharninkontinenz die Harnröhre geschwächt ist, kommt es typischerweise neben dem Urinverlust bei sportlicher Tätigkeit oder dem Heben auch beim Husten zum Abgang von Urin aus der Blase. Also kann einfaches Husten bei der Untersuchung, das mit Urinverlust verbunden ist, die Belastungsinkontinenz aufzeigen.



*Dr. med. Christopher Wolf:
„Nur eine gute Diagnostik
ermöglicht die beste Therapie!“*

Die Dranginkontinenz, bei der es bei körperlicher Belastung zu keinem Urinverlust kommt, aber beim plötzlichen Auftreten von Drang die Toilette einfach nicht mehr rechtzeitig erreicht und die Vorlage nass wird, kann durch ein **Miktionsprotokoll** diagnostiziert werden. Hierin wird vermerkt, wie häufig und bei welchen Gelegenheiten Drang auftritt und ob es zu einem ungewollten Urinverlust kommt. Ein Harnwegsinfekt kann ebenfalls zu Drangsymptomen führen, dies wird über einen einfachen Urinteststreifen diagnostiziert. Nicht selten leiden Frauen unter den Symptomen einer Belastungs- und einer Drangharninkontinenz. Um diese Tests durchzuführen, sollte die Blase gefüllt sein. Also, wenn Sie diese Broschüre jetzt vor dem Eintritt ins Untersuchungszimmer lesen, gehen Sie bitte noch nicht zur Toilette, Danke!

Eine Untersuchung wird nach dem Gespräch durchgeführt. Dabei achtet der Untersucher auf die Intaktheit der Strukturen der Blase und Scheide in ihrer normalen Position. Sollten diese nämlich defekt sein und es zu einer Absenkung der Scheide und damit auch der Harnblase gekommen sein, kann dies der Grund für Ihre Beschwerden sein. Senkung kann Harndrang und Harninkontinenz bedingen. Das Tasten der Beckenbodenmuskulatur ermöglicht dem Arzt zu erkennen, ob diese zu schwach ist. Dies könnte Ursache für eine Inkontinenz und Senkung sein. Sollte eine Schwäche vorliegen, wäre ein Training dieser Muskulatur die notwendige Maßnahme.

Die **Blasenspiegelung**, bei der man sich einen Eindruck von der Auskleidung der Harnröhre und der Blase verschafft, ist eine Untersuchung, die nicht häufig durchgeführt wird, aber in manchen Fällen wegweisend sein kann. Sollten trotz Antibiotikagaben Harnwegsinfekte oder Blut im Urin immer wieder auftreten, könnte durch die Untersuchung eine chronische Schädigung der Blasenwand, Ausbuchtungen der Blasenwand, Fremdkörper, Tumore etc. nachgewiesen werden.

Die **Urodynamik** kann vor einer Harninkontinenzoperation oder in der weiterführenden Diagnostik notwendig sein. Hierfür wird ein dünner, flexibler Druckmesskatheter über die Harnröhre schmerzfrei eingeführt. Mit diesem lässt sich Druck in der Blase und in der Harnröhre messen. So kann ein geringer Harnröhrendruck im Moment des Hustens als Ursache der Erkrankung angesehen werden. Mit der Urodynamik lässt sich Ihr Leiden reproduzieren und wird für den Arzt messbar. Die Blase wird hierbei mit sterilem Wasser aufgefüllt und Sie geben z.B. an, wann der erste Harndrang als Zeichen der Blasensensibilität auftritt. Mit dieser Untersuchung lässt sich ermitteln, wie viel Urin in die Blase hinein passt. Sollte die Menge gering sein, kann dies erklären, warum Sie am Tage bei einer normalen Trinkmenge von 2-3 Litern sehr oft auf die Toilette müssen und häufig Drang empfinden. Die Blase ist eben sehr oft voll.

Eine **Ultraschalluntersuchung** ermöglicht dem Arzt und Ihnen, einen Eindruck von den Bewegungen der Beckenorgane bei unterschiedlichen Situationen zu erhalten. Es lässt sich beobachten, wie stark sich die Scheide und die Blase beim Pressen senkt und beim Kneifen hebt. Eine sehr große Beweglichkeit von Organen kann hierbei für einen Defekt der Halterung sprechen und Ursache Ihrer Symptome sein. Viele der Patientinnen erleben bei dieser Untersuchung erstmalig, was ein Beckenboden leistet.

Eine Untersuchung beim Radiologen zum Beckenboden MRT oder zur Defäkographie gehört nicht zur Routine zur Abklärung einer Harninkontinenz. Allerdings gibt es Leiden, wie z.B. die gleichzeitige Harn- und Stuhlinkontinenz oder auch das Problem, den Stuhl nicht abgeben zu können, bei der solche Untersuchungen einen wichtigen Beitrag leisten.

Behandlungsmöglichkeiten

Ungewollter Urinverlust (Inkontinenz) und Senkung der Harn- und Geschlechtsorgane (Descensus) entstehen aus unterschiedlichen Ursachen und haben unterschiedliche Symptome. Dennoch hängen beide Erkrankungen häufig miteinander zusammen. Es lohnt sich also, Ihnen beides zusammen zu erläutern: Grundsätzlich unterscheiden wir nichtoperative Behandlungsmöglichkeiten von der operativen Therapie.

Nichtoperative Behandlungsmöglichkeiten

1. Medikamente

- **Hormone**

Eine zentrale Rolle bei jeder Therapieform von Senkung und Inkontinenz spielt die Hormonbehandlung. Blase, Harnröhre und Scheide sind hormonabhängige Organsysteme. Da mit dem Erreichen der Wechseljahre die Eierstöcke keine weiblichen Hormone mehr produzieren, müssen diese von außen zugeführt werden; denn der Aufbau der oberflächlichen Zellschichten, ihre Dicke, die Durchblutung, das Bindegewebs- und Gefäßpolster werden durch die Hormonwirkung verbessert. Dadurch verschwindet ein hormonmangelbedingter häufiger Harndrang mit Blasenentleerungen im Stundentakt, der oft mit blasenentzündungsähnlichen Beschwerden einhergeht. Die Abdichtung der Harnblase durch die Harnröhre wird ebenfalls verbessert, das Ausmaß der belastungsabhängigen Inkontinenz nimmt ab. Selbst bei Zustand nach Brust- und Unterleibskrebs wird die lokale Hormontherapie in der entsprechenden Dosierung allgemein empfohlen.

Die Anfangsdosierung richtet sich bei Ihnen danach, ob Sie bereits eine Hormonbehandlung aufgrund von Wechseljahresbeschwerden durchführen oder nicht. Nach einer anfänglich



etwas intensiveren Gabe empfehlen wir in der Regel als dauerhafte Behandlungsdosierung eine lokale vaginale Behandlung mit 2x0,5mg Östriol pro Woche.

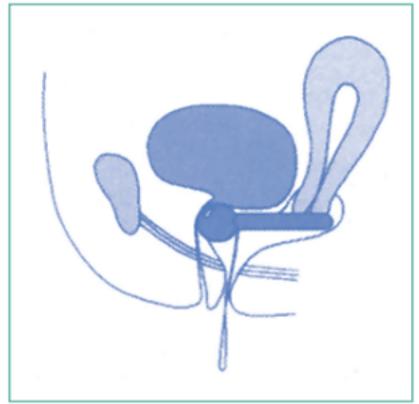
- **Drangreduzierende Medikamente**

Bei Drangsymptomen mit oder ohne Urinverlust sind unter Umständen Medikamente angezeigt, die einen überaktiven Blasenmuskel dämpfen. Sie reduzieren die Drangsymptome. Außerdem verlängern sie die Zeitspanne bis zum nächsten Toilettengang. Für viele dieser Medikamente ist eine typische Nebenwirkung vor allem die Mundtrockenheit. Wie bei allen anderen Medikamenten auch, kann es zu weiteren Nebenwirkungen kommen, über die Sie als Patientin von uns individuell aufgeklärt werden.

Eine weitere Behandlungsoption stellt die transurethrale Injektion von Botulinumtoxin A in die Harnblasenmuskulatur dar. Die Substanz wird jedoch langsam abgebaut, so dass in einem interindividuellen Zeitraum die erneute Injektion notwendig wird.

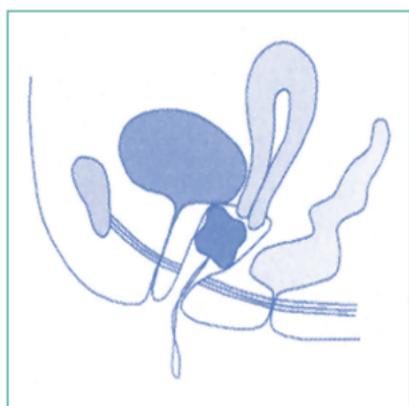
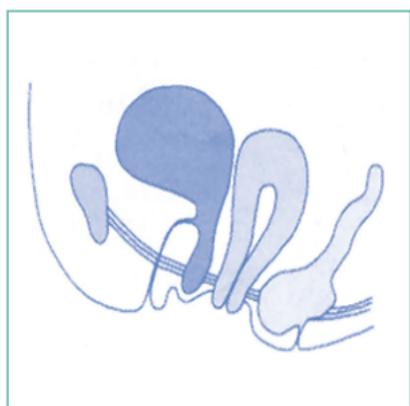
2. Pessartherapie

Pessare sind Hilfsmittel, die eingesetzt werden, wenn eine Senkung oder eine Harninkontinenz vorliegt. Das moderne Behandlungskonzept legt dabei besonderen Wert auf die selbständige Benutzung der Pessare durch Sie als Patientin. Das heißt, der Arzt wählt für Sie den Pessartyp und die Größe aus und erklärt Ihnen die Handhabung. Danach können Sie das Pessar selbständig benutzen, d.h. es morgens einsetzen und abends entfernen. Nicht für jede Patientin jedoch ist die Pessartherapie aufgrund von ggf. dadurch entstehendem Druckgefühl oder des notwendigen Wechsels die ideale Therapie.



- Ringpessare werden bei der Behandlung von Inkontinenz eingesetzt.

Sie drücken den Übergang von der Blase in die Harnröhre gegen den Beckenknochen und tragen so zur Abdichtung bei. Gleichzeitig kommt es zu einer, durch den mechanischen Reiz bedingten, Kräftigung der Vaginalhaut als Voraussetzung für ein besseres Operationsergebnis. Zudem wird der Beckenbodenmuskel indirekt trainiert. Damit kann er seiner Stütz- und Hebefunktion besser nachkommen.



- Würfelpessare werden bei der Behandlung von Senkungsleiden eingesetzt.

Sie sind durch ihre Konstruktion und das Vorhandensein von Saugnäpfen ideal zum Zurückdrängen und Halten auch größerer Senkungen und zur Vorbehandlung von Narben in der Scheide. Eine kausale Therapie stellt die Pessartherapie jedoch nicht dar.

3. Krankengymnastik - Beckenbodentraining

Ein weiteres wichtiges Element der nicht operativen Behandlungsformen stellt das Beckenbodentraining dar. Zunächst sollte die Krankengymnastik Ihnen helfen, das mitunter verloren gegangene Gefühl für das Anspannen des Beckenboden-Muskels zurückzuerlangen. Darauf aufbauend wird in der nächsten Übungsphase der Muskel aktiv trainiert. Abschließend werden Sie dazu angeleitet, das erlernte Muskeltraining bei typischen Bewegungsabläufen des Alltags aktiv umzusetzen. Atemtechniken und Haltungsübungen sind hierbei genauso wichtig wie das eigentliche Beckenbodentraining.

Kurse dieser Art werden Ihnen als Einzel- oder Gruppentherapie von Ihrem Hausarzt oder Frauenarzt verordnet.



4. Elektrotherapie

Eine sinnvolle Alternative oder Ergänzung zum Beckenboden-Training stellt die Elektrotherapie dar. Dabei unterscheiden wir die Elektrostimulation vom Biofeedbacktraining.

Die **Elektrostimulation** trainiert den Beckenbodenmuskel über eine kleine Scheidensonde, indem elektrische Impulse die Muskelgruppen zur Anspannung bringen.

Ist Ihnen das Anspannen der Beckenboden-Muskulatur möglich, die Anspannung aber zu schwach, ist für Sie das **Biofeedbackprinzip** richtig. Hierbei müssen Sie aktiv den Beckenboden-Muskel anspannen. Die Scheidensonde registriert die Stärke der Anspannung und meldet Ihnen eine gute oder weniger gute Beckenboden-Aktivität.

Zur Behandlung von Drangsymptomen eignet sich die **Niederfrequenzstimulation**. Durch Verwendung einer Scheidensonde, die hierbei einen Strom mit niedriger Frequenz abgibt, lässt sich ein überaktiver Blasenmuskel dämpfen.

In allen Fällen der Elektrotherapie wird Ihnen zunächst für 3 Monate ein Gerät verordnet. Mit diesem Gerät sollten Sie 2 mal 20 Minuten pro Tag trainieren.

5. Naturheilverfahren und allgemeine Empfehlungen zur Lebensführung bei Inkontinenz und Senkungsleiden

Naturheilverfahren, wie **Akupunktur** und **Homöopathie** sind altbekannte Verfahren und werden auch von uns häufig in Ergänzung zur Schulmedizin als sinnvoll angesehen. Sprechen Sie uns darauf an, wir beraten Sie gerne.

Eine **gesunde Lebensweise** ist Voraussetzung für den Erfolg aller nicht operativen und operativen Behandlungsmaßnahmen!

Dazu gehört eine ausgewogene, gesunde Ernährung und regelmäßige sportliche Aktivität. Übergewicht belastet immer den gesamten Körper und insbesondere den Beckenboden. Bei übermäßigem Zigarettenkonsum kann aufgrund eines „Raucherhustens“ ein Inkontinenz- und Senkungsleiden schneller entstehen. Auch ein oft schon in der Kindheit falsch gelerntes Blasen- und Stuhlentleerverhalten (Pressen und Drücken) ist für die Beckenorgane ebenso schädlich wie Tätigkeiten, die mit schwerem Heben verbunden sind.



*Dr. med. Vera Döllinger:
„Das Beckenboden-Training ist ein wichtiger Aspekt der Therapie.“*

Operative Behandlungsmöglichkeiten

Bleibt der Erfolg nach nichtoperativen Behandlungsmethoden aus, können Inkontinenz- und Senkungszustände operativ angegangen werden. Die Auswahl des passenden Operationsverfahrens richtet sich dabei nach den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen.

1. Operationen bei Harninkontinenz

Die häufigste Form der weiblichen Harninkontinenz ist die Belastungsharninkontinenz (=Stressharninkontinenz). Wenn es beim Husten, Lachen, Niesen, Heben, Laufen... zu ungewolltem Urinverlust kommt, liegt oft ein zu beweglicher Blasen-

hals und defekter Bandapparat vor. Hier eignet sich das Einsetzen eines Kunststoffbandes unter der Harnröhre. Das spannungsfrei gelegte Band verhindert bei Belastungen wie Husten und Niesen das Tiefertreten der Harnröhre und somit den Urinverlust.

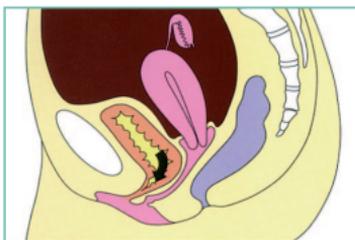
Die Operation dauert ca. 15 Minuten und wird in Vollnarkose durchgeführt. Der stationäre Aufenthalt nach der Operation beträgt ca. einen bis drei Tage – abhängig von der Blasenfunktion.



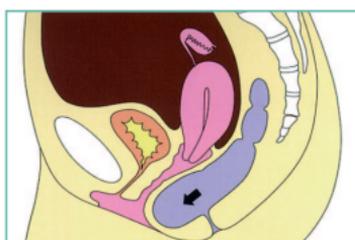
*Prof. Dr. med. Boris Gabriel:
„Es gibt heute eine Vielzahl von operativen Therapieformen. Sie können sicher sein, dass wir das auf Ihre individuelle Situation optimal passende Verfahren wählen.“*

2. Operationen bei Senkungsleiden

Senkungszustände können sich grundsätzlich auf die Gebärmutter und/ oder auf die Scheide beziehen. Beide Organe sind normalerweise über Haltebänder fixiert. Betrifft die Senkung die vordere Vaginalwand, tritt die in unmittelbarer Nachbarschaft liegende Blase tiefer (Blasensenkung).



Bei Senkung der hinteren Scheidenwand drückt sich der Enddarm in die Scheide. Auch nach Gebärmutterentfernung kann es zu Scheidensenkungen kommen. Vor einer Senkungsoperation



muss daher genau geklärt werden, wo bei Ihnen die Senkung vorliegt. Da Senkungen häufig bei schwachem Bindegewebe auftreten, verwenden wir in bestimmten Situationen zur Unterstützung Gewebeersatz (sog. Kunststoffnetze).

Meist besteht die Möglichkeit einer operativen Korrektur von der Scheide aus. Alternativ kann die Operation minimal-invasiv, also mittels Bauchspiegelung (ohne Bauchschnitt) durchgeführt werden.

Falls die Senkung mit einer Harninkontinenz einhergeht, wird in der Regel zuerst die Senkung operativ behandelt. Bei guter Abheilung kann nach ca. 3 Monaten die Inkontinenz-Operation erfolgen.

Da die Problematik sehr vielschichtig ist, muss die Behandlung sorgfältig geplant und vorbereitet werden. Unser Gespräch mit Ihnen, die Untersuchung, die Spezialdiagnostik, die Beratung, die Vorbehandlung oder die nicht operativen Behandlungsansätze sind Bestandteil unserer Bemühungen, die für Sie beste Lösung zu finden.

Häufige Fragen zu Inkontinenz- und anderen Senkungsoperationen

- **Wie lange bin ich danach krank?**

Krankschreibungen können je nach Operationsart zwischen 1 und 6 Wochen liegen. Die Zeitspanne hängt natürlich auch von der Art der Arbeit ab, die Sie verrichten. Besprechen Sie die Details mit Ihrem Frauenarzt / Ihrer Frauenärztin.

- **Können Nebenwirkungen bei einer Operation auftreten?**

Wie bei allen operativen Eingriffen, lassen sich mögliche Nebenwirkungen nie völlig ausschließen – auch bei der besten Operationstechnik nicht. Die Erfolgsrate (= Heilung) der Inkontinenzeingriffe liegt üblicherweise bei über 80%. Die restlichen ca. 20% verteilen sich auf: 10% Besserung und 10% keine Verbesserung. Die Erfolgsraten beziehen sich auf die veröffentlichten 16-Jahres-Ergebnisse der TVT-Implantation. Bei den Senkungsoperationen ist die Erfolgsquote fast 100%. Hier muss aber an das Wiederauftreten von Senkungszuständen gedacht werden, vor allem bei Patientinnen mit Belastung durch Übergewicht, schwere körperliche Arbeit, schweres körperliches Heben, chronischen Husten/ Lungenerkrankungen.

- **Was sollte ich beachten?**

Vorsicht beim Heben: in den ersten 6 Wochen nichts Schweres heben, danach nach Möglichkeit nicht mehr als 5 kg.

- **Wann kann ich wieder duschen oder baden?**

Duschen ist jederzeit gestattet. Vollbäder, Schwimmbad- und Saunabesuche sowie Geschlechtsverkehr erst, wenn die Scheidenwunden abgeheilt sind. Das dauert ca. 4-6 Wochen. In dieser Zeit gehen Sie zu Ihrem Frauenarzt, der den Heilungsverlauf kontrolliert und Sie informiert, wenn dieser abgeschlossen ist.

- **Bekomme ich Medikamente nach der Operation?**

Scheide, Harnröhre und Blase sind hormonabhängige Gewebe. Daher muß nach einer Operation anfangs öfter (jeden zweiten Tag), später seltener (jeden 4.-6. Tag) Östrogen in die Scheide gegeben werden, um Heilung und Funktion zu unterstützen. Zu Präparaten und Dosierung gelten die Hinweise am Anfang der Broschüre.

- **Was ist mit unterstützender Gymnastik?**

Beckenbodentraining ist regelmäßig zu betreiben. Beginn ist direkt nach der OP möglich, am besten unter physiotherapeutischer Anleitung.

- **Wann kann ich wieder Sport treiben?**

Sport und vergleichbare Aktivitäten dürfen Sie nach 3 Monaten wieder aufnehmen, wobei darauf Wert gelegt wird, dass auf solche Aktivitäten, die den Beckenboden belasten, generell verzichtet wird (z.B. Kegeln, Bowling, Gewichtheben, Tennis).

- **Was ist mit Nachuntersuchungen?**

Nachuntersuchungen führen wir regelmäßig nach 4-6 Monaten durch. Im Falle von Beschwerden oder Problemen vor Ablauf dieser Frist, bitten wir Sie, sich sofort wieder zu melden.

Das Team der Urogynäkologie



*Prof. Dr. med.
Boris Gabriel
Chefarzt Frauenklinik*



*Dr. med.
Christopher Wolf
Leitender Oberarzt*



*Haiko Zamperoni
Funktionsoberarzt*



*Irina Abel
Fachärztin*



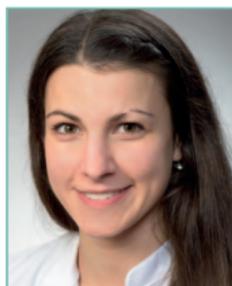
*Dr. med.
Sebastian Haus
Facharzt*



*Dr. med.
Vera Döllinger
Fachärztin*



*Dr. med.
Anne-Kathrin Belz
Fachärztin*



*Dr. med.
Saskia Hilgers
Assistenzärztin*



*Dr. med.
Dominique Frohnmeier
Assistenzärztin*