Deutsche
Kontinenz Gesellschaft

37. KONGRESS DER DEUTSCHEN KONTINENZ GESELLSCHAFT

101. SEMINAR DES ARBEITSKREISES
FUNKTIONELLE UROLOGIE DER DGU e.V.

Gemeinsam für Kontinenz



© CTW_S. Bausewein

ABSTRACTS

27.–28. November 2026
Congress Centrum Würzburg

KONGRESSPRÄSIDENT:INNEN
Univ.-Prof. Dr. Karl-Dietrich Sievert | Klinikum Lippe, Detmold
Prof. Dr. Thomas Dimpfl | Klinikum Kassel
Dr. Britta Eikötter | Klinikum Lippe, Detmold

www.kontinenzkongress.de

INHALT

4 ..... Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

7 ..... Arbeitskreis Funktionelle Urologie

8 ..... Übersicht der Abstracts

12 ..... Harninkontinenz und verwandte Themen – konservativ

21 ..... Neue Wege in der Inkontinenzdiagnostik und Therapie

31 ..... Neuro-Urologie – gestern, heute, morgen

34 ..... Stuhlinkontinenz und LARS (Low Anterior Resection Syndrome)

38 ..... Urogynäkologie und Onkologie

42 ..... Kontinenz auf neuen Wegen

49 ..... Urogynäkologie kompakt

51 ..... Harninkontinenz, Geburt und Komplikationen: Varia

64 ..... Präsentierende Autoren

www.kontinenzkongress.de

Gemeinsam für Kontinenz

Vorstand

1. VORSITZENDER

Univ.-Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Chefarzt der Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus
Witten gGmbH
Witten

2. VORSITZENDE

Prof. Dr. Christl Reisenauer
Leitende Ärztin der Sektion
Urogynäkologie
Universitätsfrauenklinik Tübingen
Tübingen

SCHATZMEISTER

Univ.-Prof. Dr. Werner Kneist
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Klinikum Darmstadt GmbH
Darmstadt

Ehrenpräsidenten

Prof. Dr. Hansjörg Melchior
Kassel

Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann (†)
Kiel

Ehrenmitglieder

Prof. Dr. Ingo Füsgen (†)
Heiligenhaus

Univ.-Prof. Dr. Axel Haferkamp
Mainz

Hofrat Prof. Dr. Helmut Madersbacher
Innsbruck, Österreich

PD Dr. Michael Probst (†)
Lemgo

Dr. Franz Raulf
Münster

Prof. Dr. Friedhelm Schreiter
Hamburg

Christa Thiel
Kassel

Expertenrat

CHIRURGIE/KOLOPROKTOLOGIE

Dr. Gerd Kolbert
Chirurg, Koloproktologe, End- und
Dickdarmzentrum
Hannover

Prof. Dr. Oliver Schwandner
Leitender Arzt Abteilung Proktologie
Klinik für Allgemein- und Viszeral-
chirurgie, Krankenhaus Barmherzige
Brüder Regensburg
Regensburg

ERNÄHRUNGSBERATUNG

Dr. rer. medic. Petra Goergens
Dipl. Oecotrophologin
Praxis für Ernährungstherapie
Lüneburg

GERIATRIE

Dr. Klaus Friedrich Becher
Chefarzt Allgemeine und Geriatrische
Rehabilitation, Klinik Wartenberg,
Professor Dr. Selmair GmbH & Co. KG
Wartenberg

DEUTSCHE KONTINENZ GESELLSCHAFT E.V.

GYNÄKOLOGIE

Dr. Tina Cadenbach-Blome
Chefärztin der Frauenklinik
Oberschwabenklinik,
Westallgäu-Klinikum
Wangen

Prof. Dr. Ursula Peschers
Sektionsleitung Urogynäkologie
Krankenhaus Neuwerk, Klinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe
Mönchengladbach

HEIL- UND HILFSMITTEL

Juliane Pohl
Leiterin Referat Ambulante Gesundheits-
versorgung, BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e.V., Berlin

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Prof. Dr. Annette Schröder
Leitung Kinderurologie, Klinik und
Poliklinik für Urologie und Kinder-
urologie, Universitätsmedizin Mainz
Mainz

NEURO-UROLOGIE

PD Dr. Fabian Queißert
Leiter Kontinenz- und Beckenboden-
zentrum und des Bereichs
Neurourologie, Klinik für Urologie und
Kinderurologie, Uniklinikum Münster
Münster

PFLEGE

Sonja Noster
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz, Wunde,
Ev. Krankenhausgemeinschaft
Herne/Castrop-Rauxel
Herne

PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

Prof. Dr. Birgit Schulte-Frei
Hochschule Fresenius Köln gGmbH
Dekanin Fachbereich Gesundheit &
Soziales, Köln

PHYSIOTHERAPIE

Nina Gärtner-Tschacher
Physiotherapeutin, MPhysio
Universitätsklinikum
Zentrum für Physiotherapie
Tübingen

UROLOGIE

Prof. Dr. Ricarda M. Bauer
Fachärztin für Urologie
Urologie Maximilianstraße
München

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel
Direktorin der Klinik, Kontinenzzentrum
Südwest, Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen

FÜR DIE APOTHEKEN

Thomas Wierig
Kur-Apotheke
Unkel

FÜR DEN FÖRDERKREIS

Dr. Sandra Murgas
Medizinische Fachreferentin Urologie
APOGEPHA Arzneimittel GmbH
Dresden

FÜR DIE MEDIZINISCHE KONTINENZ-GESELLSCHAFT ÖSTERREICH E. V. (MKÖ)

Dr. Michaela Lechner
Vizepräsidentin MKÖ
Wien, Österreich

DEUTSCHE KONTINENZ GESELLSCHAFT E.V.

Premium Mitglieder des Förderkreises

Becton Dickinson (BD) GmbH
Heidelberg, www.bd.com

Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH
Bamberg, www.dr-pfleger.de

Förderkreis

AbbVie GmbH & Co. KG
Wiesbaden, www.abbvie.de

ACTICORE AG
Basel, Schweiz, www.acticore.com

APOGEPHA Arzneimittel GmbH
Dresden, www.apogepha.de

Aristo Pharma GmbH
Berlin, www.aristo-pharma.de

Attends GmbH
Schwalbach, www.attends.de

bene-Arzneimittel GmbH
München, www.bene-arzneimittel.de

Boston Scientific GmbH
Ratingen, www.bostonscientific.de

Coloplast Deutschland GmbH
Hamburg, www.coloplast.de

Essity Germany GmbH
Mannheim, www.essity.de, www.tena.de

FARCO-PHARMA GmbH
Köln, www.farco.de

Fotona GmbH
Gruibingen, www.fotona.com/de

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Ahrensburg, www.gesundheitsgmbh.de

Hollister Incorporated
München, www.hollister.de

inomed Medizintechnik GmbH
Emmendingen, www.inomed.de

Manfred Sauer GmbH
Lobbach, www.manfred-sauer.com

Medtronic GmbH
Meerbusch, www.medtronic.de

pfm medical gmbh
Köln, www.pfmmedical.de

Pierre Fabre Pharma GmbH
Freiburg i. Br., www.pierre-fabre.com

PubliCare GmbH
Köln, www.publicare-gmbh.de

Qufora GmbH
Hünstetten-Görsroth, www.qufora.de

tic Medizintechnik GmbH & Co. KG
Dorsten, www.ticmed.de

unizell Medicare GmbH
Bad Schwartau, www.unizell.de

UROMED Kurt Drews KG
Oststeinbek, www.uromed.de

Wellspect HealthCare
Elz, www.wellspect.de

Gemeinsam für Kontinenz

AK FUNKTIONELLE UROLOGIE

Vorstand

VORSITZENDE

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel
Kontinenzzentrum Südwest,
Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen

STELLVERTRETER

Prof. Dr. Christian Hampel
Marien-Hospital Erwitte

SCHRIFTFÜHRERIN

PD Dr. Dr. Stephanie Knüpfer
Universitätsklinikum Bonn

SCHATZMEISTER

Dr. Saladin Helmut Mahmud Alloussi
Gemeinschaftspraxis
Jurkat/Bewermeier/Alloussi/Kohn
Saarbrücken

Mitglieder

PD Dr. Bastian Amend
Reutlingen

Prof. Dr. Ricarda M. Bauer
München

PD Dr. Martin Baunacke
Dresden

Prof. Dr. Dr. Dr. Thomas Bschleipfer
Weiden

PD Dr. Markus Grabbert
Freiburg i. Br.

Univ.-Prof. Dr. Axel Haferkamp
Mainz

Dr. Anke Jaekel
Bonn

Dr. Albert Kaufmann
Nottwil, Schweiz

Univ.-Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns
Bonn

PD Dr. Jennifer Kranz
Aachen

PD Dr. Verena Lieb
Erlangen

Prof. Dr. Hagen Loertzer
Kaiserslautern

Prof. Dr. Martin C. Michel
Mainz

Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke
Frauenfeld, Schweiz

Prof. Dr. Jürgen Pannek
Nottwil, Schweiz

Prof. Dr. André Reitz
Zürich, Schweiz

Dr. Michael Rutkowski
Korneuburg, Österreich

Prof. Werner Schäfer
Sarasota, USA

Prof. Dr. habil. Jens Wöllner
Nottwil, Schweiz

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	Harninkontinenz und verwandte Themen – konservativ
	Physiotherapeutische Behandlung eines chronischen Beckenbodenschmerz-syndroms nach operativ versorgter Analfistel
	Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Urodynamik bei Personen mit Multipler Sklerose
	20 Jahre Urotherapie im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift – Ergebnisse, Entwicklungen und Trends
	Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Obstipation
	Konzept einer prospektiven, nicht-interventionellen Studie zur Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfektionen mit Methenaminhippurat: Generierung von Real-World-Daten in der urologischen Routineversorgung
	Männer mit Harninkontinenz – Nutzung, Umgang und Zufriedenheit mit Inkontinenzprodukten

Seite	Neue Wege in der Inkontinenzdiagnostik und Therapie
	Nachhaltige Wirksamkeit einer App-basierten Therapie bei weiblicher Harninkontinenz: 48-wöchige Nachbeobachtung einer randomisierten kontrollierten Studie
	Prospektive, randomisierte, kontrollierte, multizentrische, konfirmatorische Studie zum Nachweis des medizinischen Nutzens einer mobilen digitalen Gesundheits-anwendung bei der Behandlung der überaktiven Blase
	Digitale Therapie bei OAB – Ergebnisse einer Evaluationsstudie
	Langzeitergebnisse der App-basierten digitalen Therapie bei männlichen LUTS
	Smarte Inkontinenzversorgung als Schlüsseltechnologie für verbesserte Qualität in der Pflege
	Die Handkraft als Marker der urethralen Sphinkterfunktion: altersabhängige Zusammenhänge und Einfluss der Prostatektomie
	Die Handkraft als Surrogatparameter der urethralen Verschlusskraft? Eine explorative Querschnittsstudie bei uro gynäkologischen Patientinnen
	Urodynamisch objektivierbare Parameter der Urethralsphinkterfunktion beim Mann

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	Neuro-Urologie – gestern, heute, morgen
	Empirische Antibiotikatherapie im eigenen Patient:innengut – was gebe ich, wenn nichts anbrennen darf?
	Tabuisierung und Defizite in der Hilfsmittelversorgung bei Inkontinenz von Menschen mit Multipler Sklerose: eine Mixed-Methods-Analyse im Rahmen des Forschungs-projekts MS-Vita
	Tragbare Nahinfrarot-Technologie zur Unterstützung des intermittierenden Katheterismus bei NLUTD: klinische Evaluation unter Alltagsbedingungen

Seite	Stuhlinkontinenz und LARS (Low Anterior Resection Syndrome)
	Die inkontinente Patientin in der Zeitung – Empfehlungen zur medialen Verarbeitung von schambesetzten Patientenschicksalen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit
	Transanale Irrigation bei LARS: strukturierte Anleitung als Gamechanger für Compliance und Lebensqualität
	Rezidivierender Rektumprolaps nach perinealen Voroperationen, behandelt mittels robotisch assistierter Mesh-Rektopexie – ein Fallbericht

Seite	Urogynäkologie und Onkologie
	Der Deszensus Genitalis: Evidenz für Frühintervention und die Perspektive betroffener Frauen
	Auswirkungen der vNOTES-Sakrokolpopexie auf die Drang- und Belastungs-inkontinenz insbesondere im Vergleich mit der konventionellen laparoskopischen Sakrokolpopexie bzw. CESA / VASA Methode

Seite	Kontinenz auf neuen Wegen
	Spitzensport und Schwangerschaft – Auswirkungen auf die Geburt
	Schmerzsymptome bei Frauen mit urogenitalem Prolaps und Möglichkeit der chirurgischen Heilung
	Unterversorgung und ökonomische Auswirkungen von Inkontinenzhilfsmitteln nach radikaler Prostatektomie: Evidenz aus der deutschen ProKontinenz-Studie
	Wissensdefizite und Versorgungsbarrieren bei Männern mit Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie: Evidenz aus der deutschen ProKontinenz-Studie

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	**Urogynäkologie kompakt**
	10-Jahres-Ergebnisse nach nervenschonender Sakrokolpopexie zur Fixierung des Scheidenstumpfes unter Verwendung resorbierbarer versus nicht resorbierbarer Nahtmaterialien: eine prospektive randomisierte Studie
	Structured Teaching of Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS) in Uganda – from Simulation Model to Live Surgery

Seite	**Harninkontinenz, Geburt und Komplikationen: Varia**
	Komplexität von Geburtsfisteln – Herausforderungen bei Prävention, Therapie und Nachsorge in Subsahara-Afrika
	Uterovesikale Fistel und Aortenklappenendokarditis nach vaginal-operativer Entbindung
	Youssef-Syndrom
	Urethral Pressure Distribution and Treatment Response After Urethral Bulking Injection in Female Stress Urinary Incontinence: an Exploratory Retrospective Study
	Anteriores transvaginales Netz zur Behandlung von Beckenbodensenkungen
	Prä- und postoperative Beckenbodenrehabilitation rund um die radikale Prostatektomie
	Update einer prospektive Beobachtungsstudie zur Behandlung der posterioren Harnröhrenstenose bei Männern mit dem medikamentenbeschichtetem Ballonkatheter
	BioSynIRS – prospektiv randomisierte Pilotstudie zu Bionetz versus Synthetischem Netz in der multikompartimentellen Beckenbodenchirurgie
	What is PGAD and what is its relationship to overactive bladder syndrome?
	Bulking Agent der 2. Generation
	Fallvorstellung – Blasenfunktions- und Erektionsstörungen beim Mann. Erfolgreiche physiotherapeutische Behandlungsansätze
	Persistierende Harninkontinenz bei Männern nach radikaler Prostatektomie – Potenzial der spezialisierten Physiotherapie zur Wiedererlangung der Kontinenz

Deutsche
Kontinenz Gesellschaft

38. KONGRESS DER
DEUTSCHEN KONTINENZ GESELLSCHAFT

103. SEMINAR DES ARBEITSKREISES FUNKTIONELLE UROLOGIE DER DGU e.V.

Gemeinsam für Kontinenz



SAVE THE DATE

26.–27. November 2027
Hannover Congress Centrum

KONGRESSPRÄSIDENT:INNEN
Dr. Thomas Fink | Sana Klinikum Lichtenberg, Berlin
Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke | Spital Thurgau AG, Frauenfeld und Münsterlingen, Schweiz
Prof. Dr. Mia Kim | München Klinik Neuperlach, München

www.kontinenzkongress.de

Physiotherapeutische Behandlung eines chronischen Beckenbodenschmerzsyndroms nach operativ versorgter Analfistel

Katrin Franke

Praxis, Köln, Deutschland

Einleitung: Hochsitzende Analfisteln mit Ausdehnung bis zum Os coccygeum sind selten und weisen häufig komplexe postoperative Verläufe auf. Diese können zu anhaltenden funktionellen Beschwerden im Beckenbodenbereich führen, die eine gezielte rehabilitative Nachbehandlung erforderlich machen.

Methode: Beschrieben wird der physiotherapeutische Behandlungsverlauf einer Patientin, die nach mehrfachen chirurgischen Eingriffen aufgrund einer tief reichenden Analfistel sekundäre Beckenbodenschmerzen entwickelte. Die Fistel erstreckte sich bis zum Os coccygeum und erforderte mehrere operative Sanierungen, bevor eine sekundäre Wundheilung von innen nach außen erreicht werden konnte. Im Mittelpunkt der physiotherapeutischen Behandlung stand eine mittelfristige, intensive Therapie mit Fokus auf myofasziale Triggerpunktbehandlung und Faszienmobilisation.

Ergebnisse: Infolge der wiederholten chirurgischen Eingriffe kam es zu ausgedehnten intrapelvinen Narbenbildungen und faszialen Verklebungen, die erhebliche Bewegungseinschränkungen des Beckenrings nach sich zogen. Klinisch äußerte sich dies in permanenten lageunabhängigen Schmerzen im Lumbal-, Becken- und Beckenbodenbereich. Durch die physiotherapeutische Intervention konnte eine deutliche Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung erreicht werden.

Schlussfolgerung: Der Fall verdeutlicht die Relevanz einer interdisziplinären Nachbehandlung bei komplexen anorektalen Fistelerkrankungen. Physiotherapeutische Konzepte, die gezielt Faszien- und Narbenmobilisierung integrieren, leisten einen wesentlichen Beitrag zur Wiederherstellung der Beckenfunktion und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

HARNINKONTINENZ UND VERWANDTE THEMEN – KONSERVATIV

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Urodynamik bei Personen mit Multipler Sklerose

Anke Jaekel[1,2], Katharina Plümacher[3], Ruth Kirschner-Hermanns[4], Stephanie Knüpfer[1,2]

1 Abteilung Neuro-Urologie, Johanniter Klinik Godeshöhe, Bonn, Deutschland
2 Klinik für Urologie und Kinderurologie der UK Bonn, Bonn, Deutschland
3 Klinik für Urologie UKSH, Kiel, Deutschland
4 Klinik für Urologie und Kinderurologie, UK Bonn (ret.), Bonn, Deutschland

Einleitung: Die neurogene Dysfunktion des unteren Harntraktes bei Personen mit MS (PmMS) gilt noch immer als unterdiagnostiziert und untertherapiert, obwohl erheblich negative Effekte auf Lebensqualität, Morbidität und andere Symptome der MS bekannt sind. Verschiedene nationale und internationale Algorithmen und Guidelines zum Screening und zur Indikationsstellung einer spezifischen neuro-urologischen Diagnostik wurden veröffentlicht, geschlechtsspezifische Unterschiede jedoch bislang nicht beschrieben. Ziel war daher, urodynamische Ergebnisse von PmMS im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin zu untersuchen.

Methode: Multizentrische retrospektive Analyse von 283 PmMS >18 Jahre, die aufgrund ihrer NLUTD eine Urodynamik erhalten haben und eine Einverständniserklärung unterschieben haben. Es wurden folgende Urodynamikergebnisse ausgewertet und zwischen den Geschlechtern verglichen: Harnblasensensibilität (kategorial in normal, gesteigert, reduziert) und nummerisch (first desire to void und strong desire to void), maximale zystometrische Kapazität (MCBC), Vorhandensein von Detrusorüberaktivität (DO) und Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie (DSD), Miktionsvolumen (VV), maximalem Urinfluss (Qmax) und Harnblasencompliance (Compl.).

Ergebnisse: Die Kohorte bestand aus 90 (31.8%) Männern und 193 (68.2%) Frauen, mit einem mittleren EDSS von 4.48 (SD 1.65, min 2 max 8). Das Alter in Jahren betrug im Mittel 48.7 (SD 10.57, min 22 max 73). Die Geschlechter unterschieden sich nicht bezgl EDSS und Alter. Männer hat signifikant häufiger DO in der Speicherphase (Chi² Test 5.51, p=0.019), bei DSD bestand kein Unterschied. Frauen hatten einen signifikant höheren Qmax in ml/s (Mittelwert 14.0, SD 7.4, min 2 max 37, Median 14.0, Q1 9.0, Q3 19.0) als Männer (Mittelwert 11.5, SD 7.2, min 2 max 41, Median 10.0, Q1 7.9, Q3 16.0) (Z= -2,148, p= 0.032).
Die Sensitivität der Blase unterschied sich zwischen den Geschlechtern weder kategorial (Chi² 0.603, p=0.740) noch nummerisch bei Auftreten des ersten oder starken Harndrangs (FDV Z= -1.282, p= 0.20; SDV Z= -0.454, p= 0.650). Die MCBC in ml betrug für Männer im Mittel 391,6 (SD 146.4, min 41 max 669) und für Frauen 406.8 (SD 144.4 min 96.0 max 735) und zeigte wie die Compl. in ml/cmH²O und das VV in ml keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Geschlechtern.

Schlussfolgerung: Die Blasensensitivität und Parameter der Speicherfunktion wie Compliance, MCBC und VV zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen hatten wie Gesunde einen besseren Qmax, jedoch seltener DO als Männer. Der Einfluss nichtneurogener Veränderungen des unteren Harntraktes muss weiter untersucht werden, um statistische Störgrößen zu minimieren und abschließende Aussagen bezgl der Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Unterschiede in Algorithmen zur Diagnostik der NLUTD bei PmMS treffen zu können

20 Jahre Urotherapie im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift – Ergebnisse, Entwicklungen und Trends

Miriam Raffel, Uwe Hübner, Andrea Mühlbrecht-Lorenz, Janine Andes
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg, Deutschland

Einleitung: Die Ergebnisse von fast 2000 Kindern, deren Familien das Angebot „Urotherapie" angenommen hatten, werden vorgestellt. Die Mehrzahl der Kinder (64%) wies eine Harninkontinenz mit Tag- und Nachtsymptomatik auf. Eine ausschließlich nächtliche Inkontinenz (e. nocturna) fand sich bei 21% der Kinder.
Eine große Zahl von Patienten wies eine zusätzliche Stuhlinkontinenz auf (Stuhlschmieren: 15%, Enkopresis: 5%), nur selten lag die Stuhlinkontinenz isoliert vor.

Methode: Entsprechend der zugrundeliegenden Störung beinhaltet die Behandlung in allen Fällen die standardisierten urotherapeutischen Maßnahmen, ergänzt durch medikamentöse Therapie (Anticholinergika, Desmopressin) sowie Biofeedback-Training, Weckapparate und unterstützende Physiotherapie.

Ergebnisse: Das Primärziel Trockenheit konnte bei den Fällen von isolierter Enuresis nocturna sowie bei den Mischformen in einem Großteil der Fälle erreicht werden. Relativ hoch ist die Zahl der Therapie-Abbrecher von 17%.

Schlussfolgerung: Wir stellen die Ergebnisse und Besonderheiten bei den verschiedenen Subtypen der kindlichen Inkontinenz vor und diskutieren unsere Erfahrungen, insbesondere auch mit einer Reihe von Problemfällen und Therapieversagern.

HARNINKONTINENZ UND VERWANDTE THEMEN – KONSERVATIV

Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Obstipation

Astrid Landmesser
Physiohof Landmesser, Erkelenz, Deutschland

Einleitung: Die Obstipation bei Kindern ist oft ein Desaster für die Kinder und auch die Eltern. Meistens startet es damit, dass die Kinder einmal Schmerzen hatten bei der Entleerung, da der Stuhl zu fest war. Kinder sind dann sehr pragmatisch, tut weh, lass ich nicht raus. So ist das Problem schon gleich auch im Kopf angekommen. Ähnlich ist es bei SchmerzpatientInnen, das Schmerz-gedächtnis springt sofort an. Sicher gibt es auch die Kinder, die nicht auf Grund eines Schmerzereignisses den Stuhl nicht entleeren. Die andere Variante ist, dass Kind hat Wichtigeres im Kopf als Entleeren von Stuhl, will einfach weiter spielen und hält ein. Dabei kommt es allerdings oft zu Stuhlverlust der Enkopresis durch Überlauf. Da ist Wahrnehmungsschulung angesagt. Ich möchte mich aber vor allem hier im Vortrag auf die Kinder mit Obstipation auf Grund von Schmerz beschränken. Die Hämorrhoidalbündel signalisieren dem Kind, AUA und damit beginnt der Kreislauf. Angst macht Spannung – Spannung macht Schmerz.

Methode: Hier sollten natürlich nach Leitlinie [1] stuhlaufweichende Mittel wie Kinderlax, Kinder-Movicol eingesetzt werden. Oftmals ist es dann so hoch eingesetzt, dass das Kind den Stuhl gar nicht mehr halten kann. Die Dosierung ist sehr wichtig, sonst gerät man in eine Schleife von Verstopfung zu Durchfall, was dann sowohl für das Kind als auch die Eltern zu starken Problemen führt. Es bedarf daher zusätzlich einer verständnisvollen Begleitung [2] des Kindes, dass es sich wieder traut den analen Schließmuskel loszulassen. Da ist die Physiotherapie sehr gut geeignet um ein Wahrnehmen und Bewusstmachen der An-Entspannung am Anus zu erreichen [3]. Ebenso muss es lernen den Beckenboden loszulassen. Hier setze ich auf gute anatomische Erklärungen, die kindgerecht sein müssen. Es gibt schöne Filme, die dem Kind zeigen, wie es loslassen kann. Squatty Potty. Auch kindgerechte Anatomiemodelle helfen zum Verständnis. Das Sitzen auf dem Pezziball mit Hüpfen und Kreisen ist eine gute Möglichkeit, sowie das Dehnen und Stimulieren der Darmtätigkeit in Rücken oder Bauchlage auf dem Pezziball sind hilfreich. Auch der Einsatz eine Vibrationsrolle ist gut. Da durch die Vibration der Anus entspannen kann. Belohnungssysteme helfen die Motivation aufrecht zu erhalten.

Ergebnisse: In fast allen Fällen ist ein schmerzfreies Entleeren zu schaffen. Bei guter Stuhlkonsistenz. Der Bristol Stoolform-Scale ist zu beachten. Dies ist meist mit ungefähr 10 Therapiesitzungen zu erreichen, bei guter Compliance des Kindes, Jugendlichen und der Eltern. Die psychische Belastung wird sich eindeutig verbessern und führt zu einer Entlastung im Alltag. Die stuhlaufweichenden Mittel können dann nach und nach, unter Kontrolle reduziert werden.

Schlussfolgerung: Mir ist wichtig, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von PädiaterInnen, GastronenterologInnen und PhysiotherapeutInnen oder auch UrotherapeutInnen gut funktioniert, um für die Kinder ein gutes schmerzfreies Entleeren zu erreichen. Ein frühes Therapieren ist wichtig. Gute Motivation und Begleitung der Kinder, Jugendlichen und Eltern ist erforderlich. Fotos von der Stuhlkonsistenz helfen zur Kontrolle. Die psychische Belastung im Alltag wird verbessert. Zur langfristigen Verbesserung bleibe ich im digitalen Kontakt mit der Familie.

Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Obstipation

Astrid Landmesser
Physiohof Landmesser, Erkelenz, Deutschland

Fortsetzung

Literatur

1. Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), et al. S2k-Leitlinie Funktionelle (nicht-organische) Obstipation und Stuhlinkontinenz im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Registernummer 068-019. AWMF; 2022. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/068-019
2. von Gontard A. Ratgeber Einkoten. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe; 2010. (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie; 15).
3. Bachmann H, Steuber C. Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter – Manual für die standardisierte Diagnostik, Therapie und Schulung bei Kindern und Jugendlichen mit funktioneller Harninkontinenz. Pabst Science; 2010.

HARNINKONTINENZ UND VERWANDTE THEMEN – KONSERVATIV

Konzept einer prospektiven, nicht-interventionellen Studie zur Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfektionen mit Methenaminhippurat: Generierung von Real-World-Daten in der urologischen Routineversorgung

Florian Wagenlehner[1], Kurt Naber[2], Tina Cadenbach-Blome[3], Claudia Neumeister[4], Christine König[4], Christine Neubauer[4], Jennifer Kranz[5]

1 Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Justus-Liebig-Universität, Gießen, Deutschland
2 Abteilung für Urologie, Technische Universität München, München, Deutschland
3 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Oberschwabenklinik, Westallgäu-Klinikum in Wangen, Wangen, Deutschland
4 Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, Medical Science, Bamberg, Deutschland
5 Klinik für Urologie und Kinderurologie, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

Einleitung: Rezidivierende Harnwegsinfektionen (rHWI) stellen eine erhebliche Belastung für betroffene Frauen und das Gesundheitssystem dar. Mit Methenaminhippurat (Cystohipp®) wird ab Mitte 2026 eine nicht antibiotische, leitlinienempfohlene Option zur Langzeitprophylaxe verfügbar sein [1], [2]. Eine geplante nicht interventionelle Studie (NIS) soll die Evidenz aus randomisierten klinischen Prüfungen [3], [4] mit prospektiven Real World Daten aus der urologischen Routine erweitern. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit von Methenaminhippurat unter Alltagsbedingungen sowie des Potenzials zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes.

Methode: Die prospektive, offene, multizentrische NIS soll etwa 500 erwachsene Patientinnen in rund 50 vorwiegend urologischen Zentren in Deutschland einschließen. Frauen mit rHWI, die nach abgeschlossener Akuttherapie Methe-naminhippurat zur Rezidivprophylaxe erhalten, können hierfür berücksichtigt werden. Der Beobachtungszeitraum beträgt sechs Monate ab Beginn der Einnahme. Die Datenerhebung erfolgt im Rahmen der Routineversorgung zu Beginn, nach drei und sechs Monaten sowie ggf. an zusätzlichen Terminen bei Rezidiven. Klinische Daten werden durch validierte Fragebögen zur Symptomatik und Lebensqualität ergänzt (ACSS [5], PGI-I, CGI-I).

Ergebnisse: Primärer Endpunkt ist die Reduktion der Rate an symptomatischen HWI Episoden im Beobachtungszeitraum. Sekundäre Endpunkte umfassen den Anteil symptomfreier Patientinnen, die Zeit bis zum ersten Rezidiv, Symptomdauer, Verträglichkeit, Lebensqualität, Antibiotikaeinsparung, Therapieadhärenz sowie die Zufriedenheit von Patientinnen und Ärzt:innen. Subgruppenanalysen und gesundheitsökonomische Auswertungen sind vorgesehen.

Schlussfolgerung: Die Studie soll aktuelle Real-World-Daten zur Anwendung von Methenaminhippurat in Deutschland generieren und damit die bestehende klinische Evidenz erweitern. Die gewonnenen Erkenntnisse können zu einem rationalen, antibiotikasparenden Prophylaxekonzept beitragen und so die urologische, gynäkologische sowie hausärztliche Versorgungspraxis stärken.

Interessenkonflikte:
F.W. ist in beratender Funktion für Dr. Pfleger Arzneimittel tätig und fungiert als Principal Investigator für die beschriebene Studie.
T.C-B und J.K. sind in beratender Funktion für Dr. Pfleger Arzneimittel tätig.
Cl.N., C.K. und Ch.N. sind Angestellte der Firma Dr. Pfleger Arzneimittel.

Konzept einer prospektiven, nicht-interventionellen Studie zur Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfektionen mit Methenaminhippurat: Generierung von Real-World-Daten in der urologischen Routineversorgung

Fortsetzung

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V., editor. S3 Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen. AWMF Registernummer: 043/044. Aktualisierung 2024. Langversion 3.0. AWMF; 2024 [last accessed 2026 Apr 13]. Available from: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/043-044
2. European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Urological Infections. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology Guidelines Office; 2026 [last accessed 2026 Apr 13]. Available from: https://uroweb.org/guidelines/urological-infections
3. Harding C, Chadwick T, Homer T, Lecouturier J, Mossop H, Carnell S, King W, Abouhajar A, Vale L, Watson G, Forbes R, Currer S, Pickard R, Eardley I, Pearce I, Thiruchelvam N, Guerrero K, Walton K, Hussain Z, Lazarowicz H, Ali A. Methenamine hippurate compared with antibiotic prophylaxis to prevent recurrent urinary tract infections in women: the ALTAR non-inferiority RCT. Health Technol Assess. 2022 May;26(23):1-172. DOI: 10.3310/QOIZ6538
4. Heltveit-Olsen SR, Arnljots ES, Sundvall PD, Gunnarsson R, Kowalczyk A, Godycki-Cwirko M, Platteel TN, Groen WG, Lithén SS, Sundvall S, Åhrén C, Grude N, Verheij TJM, Hertogh CMPM, Lindbæk M, Høye S. Methenamine hippurate as prophylaxis for recurrent urinary tract infections in older women-a triple-blind, randomised, placebo-controlled, phase IV trial (ImpresU). Clin Microbiol Infect. 2025 Nov;31(11):1873-1879. DOI: 10.1016/j.cmi.2025.07.006
5. Alidjanov JF, Pilatz A, Abdufattaev UA, Wiltink J, Weidner W, Naber KG, Wagenlehner F. Neuer Fragebogen zur deutschen Validierung des „Acute Cystitis Symptom Score" [New questionnaire for the German validation of the Acute Cystitis Symptom Score]. Urologe A. 2017 Mar;56(3):364-366. DOI: 10.1007/s00120-017-0327-2

HARNINKONTINENZ UND VERWANDTE THEMEN – KONSERVATIV

Männer mit Harninkontinenz – Nutzung, Umgang und Zufriedenheit mit Inkontinenzprodukten

Cathleen Deparade

Praxis Physiotherapie am Alea Park, Bad Orb, Deutschland

Einleitung: Der geplante Vortrag stellt die Ergebnisse einer anonymen, explorativen Praxisumfrage bei Männern mit Harninkontinenz vor. Ziel ist es, die Nutzung vorhandener Inkontinenzprodukte, typische Probleme im Alltag, den Umgang mit den Produkten sowie die Zufriedenheit aus Patientenperspektive zu erfassen. Die Erhebung soll keine repräsentativen Aussagen für alle Männer mit Harninkontinenz treffen. Vielmehr dient sie dazu, patientennahe Hinweise auf mögliche Defizite in der Hilfsmittelversorgung sichtbar zu machen und praxisrelevante Impulse für Versorgung, Beratung und Produktentwicklung zu geben.

Hintergrund und Relevanz: Männer mit Harninkontinenz sind im Versorgungsalltag häufig auf aufsaugende Inkontinenzprodukte angewiesen. In der praktischen Betreuung zeigt sich jedoch immer wieder, dass nicht nur die reine Saugfähigkeit entscheidend ist, sondern auch Passform, Feuchtigkeitsgefühl, Hautverträglichkeit, Sicherheit, Diskretion und die Verständlichkeit der Anwendung. Gerade bei männlichen Patienten kann der Eindruck entstehen, dass bestehende Produkte nicht immer ausreichend an anatomische und alltagspraktische Bedürfnisse angepasst sind. Die in der Praxis durchgeführte Umfrage greift diese Versorgungsperspektive gezielt auf. In der anonymen Umfrage mit 16 Antworten gaben 56,3 % der Befragten an, Inkontinenzprodukte zu benutzen. 93,8 % waren mit den verfügbaren Produkten nicht vollständig zufrieden. 100 % würden ein neuartiges, speziell für Männer entwickeltes Produkt ausprobieren. Die offenen Antworten verweisen insbesondere auf Probleme mit Feuchtigkeit, Schwitzen, Hautreizungen, unzureichender Passform, Verrutschen, nasser Unterwäsche, unangenehmem Tragegefühl, Unsicherheit im Umgang und dem Wunsch nach besserer Funktion sowie unterschiedlichen Größen.

Methode: Es handelt sich um eine explorative, anonymisierte Querschnittsbefragung im ambulanten Praxissetting. Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Die geschlossenen Fragen wurden prozentual ausgewertet. Die Freitextantworten wurden inhaltlich gebündelt und thematisch zusammengefasst. Der Beitrag ist ausdrücklich als praxisnahe Versorgungsbeobachtung zu verstehen und nicht als repräsentative populationsbezogene Analyse.

Zielsetzung: Ziel der Arbeit war es, die Nutzung, die Handhabung und die Zufriedenheit mit Inkontinenzprodukten bei Männern mit Harninkontinenz im ambulanten Praxisalltag zu erfassen. Zusätzlich sollte untersucht werden, welche Eigenschaften ein aus Patientensicht optimiertes, speziell für Männer entwickeltes Inkontinenzprodukt aufweisen sollte.

- Wunsch nach unterschiedlichen Größen für unterschiedliche Körperformen

HARNINKONTINENZ UND VERWANDTE THEMEN – KONSERVATIV

Männer mit Harninkontinenz – Nutzung, Umgang und Zufriedenheit mit Inkontinenzprodukten

Fortsetzung

Ergebnisse:
Die Auswertung zeigte:
• 56,3 % der Befragten benutzen Inkontinenzprodukte.
• 93,8 % sind mit den aktuell verfügbaren Produkten nicht vollständig zufrieden.
• 100 % würden ein neuartiges, speziell für Männer entwickeltes Produkt ausprobieren.
In den offenen Antworten dominierten folgende Themen:
• Feuchtigkeit und Schwitzen
• Hautirritation und unangenehmes Hautgefühl
• unzureichende Passform, insbesondere im Dammbereich
• Verrutschen des Produkts und nasse Unterwäsche
• Unsicherheit bei der Anwendung
• Wunsch nach besserem Sitz, Trockenheit und Sicherheit
• Wunsch nach unterschiedlichen Größen für unterschiedliche Körperformen

Interpretation: Die Ergebnisse sprechen für einen relevanten ungedeckten Bedarf an besser an die männliche Anatomie und Alltagssituation angepassten Inkontinenzprodukten. Die Umfrage legt nahe, dass aus Patientensicht nicht allein die Aufnahmekapazität entscheidend ist, sondern vor allem die Kombination aus Trockenheitsgefühl, Tragekomfort, Passform, einfacher Handhabung und Sicherheitsgefühl. Es besteht eine hohe Bereitschaft, ein neues Produkt auszuprobieren. Gleichzeitig machen die freien Antworten deutlich, dass die aktuelle Produktversorgung aus Sicht vieler Betroffener nicht ausreichend bedarfsorientiert erscheint.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen aus patientennaher Perspektive Hinweise auf einen ungedeckten Bedarf an besser an die männliche Anatomie und Alltagssituation angepassten Inkontinenzprodukten. Trotz der kleinen und nicht repräsentativen Stichprobe liefert die Erhebung praxisrelevante Hinweise für eine bedarfsgerechtere Hilfsmittelversorgung sowie für weiterführende Untersuchungen.

Literatur

1. Umfrage Praxis Inkontinenz. März 2025.

NEUE WEGE IN DER INKONTINENZDIAGNOSTIK UND THERAPIE

Nachhaltige Wirksamkeit einer App-basierten Therapie bei weiblicher Harninkontinenz: 48-wöchige Nachbeobachtung einer randomisierten kontrollierten Studie

Lisa Frey[1], Axel Haferkamp[1], Gregor Duwe[1], Jan Hendrik Börner[2], Walter Lehmacher[3], Kerstin A. Brocker[4], Erik Krieger[5], Kurt Miller[5,6], Laura Wiemer[5,6], Patrick Papp[5]

1 Johannes Gutenberg Universität, Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Mainz, Deutschland
2 Klinikum Darmstadt, Urologische Klinik, Darmstadt, Deutschland
3 Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik, Köln, Deutschland
4 Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe (ZKM), Karlsruhe, Deutschland
5 Kranus Health GmbH, Klinische Forschung, München, Deutschland
6 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Urologie, Berlin, Deutschland

Einleitung: Digitale Therapeutika zeigen vielversprechende Ansätze zur Behandlung der Harninkontinenz, jedoch sind Daten zur Langzeitwirksamkeit bislang begrenzt. Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob mit einer App-basierten multimodalen Therapie erzielte Verbesserungen über einen Zeitraum von 48 Wochen anhalten und ob der Zeitpunkt des Therapiebeginns das Ansprechen beeinflusst.

Methode: In dieser prä-spezifizierten 48-Wochen-Nachbeobachtung der randomisierten, kontrollierten DINKS-Studie wurden erwachsene Frauen (→18 Jahre) mit Belastungs-, Drang- oder Mischinkontinenz in ganz Deutschland eingeschlossen. Die Teilnehmerinnen erhielten entweder unmittelbar eine App-basierte Therapie oder verzögert nach einer 12-wöchigen Wartezeit. Die App umfasste Beckenbodentraining, Blasentraining, kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien sowie Lebensstilberatung. Primäre Endpunkte waren Veränderungen der Symptomschwere (ICIQ-UI-SF) und der Lebensqualität (I-QoL) über 48 Wochen im Vergleich zum Ausgangswert. Studienregistrierung: NCT06389838.

Ergebnisse: Beide Gruppen zeigten klinisch relevante und anhaltende Verbesserungen der Harninkontinenz und Lebensqualität über 48 Wochen. In der Interventionsgruppe blieben die bis Woche 12 erzielten Effekte stabil (ICIQ-UI-SF −4,09 bis −3,88; I-QoL +18,85 bis +16,79). Die Kontrollgruppe erreichte nach Erhalt der App-basierten Therapie vergleichbare Verbesserungen. Zeitlich angepasste Analysen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen im ICIQ-UI-SF und lediglich einen moderaten, nicht nachhaltigen Vorteil im I-QoL zugunsten der Interventionsgruppe in Woche 12, was auf konvergierende Therapieeffekte hinweist. Gepoolte Analysen bestätigten anhaltende Effekte ohne Abschwächung (ICIQ-UI-SF −3,66 bis −4,13; I-QoL +16,75 bis +18,70). Diese Verbesserungen übertrafen zu allen Zeitpunkten die minimal klinisch relevante Differenz. Nach 48 Wochen führten 51 % der Teilnehmerinnen die Beckenbodenübungen eigenständig fort; behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse traten nicht auf.

Nachhaltige Wirksamkeit einer App-basierten Therapie bei weiblicher Harninkontinenz: 48-wöchige Nachbeobachtung einer randomisierten kontrollierten Studie

Fortsetzung

Schlussfolgerung: Die App-basierte multimodale Therapie führt zu nachhaltigen Verbesserungen über mindestens 48 Wochen. Der Zeitpunkt des Therapiebeginns beeinflusst die langfristige Wirksamkeit nicht, was insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter Versorgungskapazitäten für eine Implementierung spricht. Nach einem Jahr praktizierte etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen weiterhin aktiv ein eigenständiges Selbstmanagement, was auf einen nachhaltigen Kompetenzerwerb über die Nutzung der digitalen Anwendung hinaus hinweist. Die Wahrung der Privatsphäre und die gute Zugänglichkeit adressieren zentrale Barrieren der Inanspruchnahme, einschließlich Stigmatisierung. Die Ergebnisse unterstützen digitale Therapeutika als vielversprechende Erstlinientherapie, die potenziell Therapieeskalationen reduzieren und die gesundheitliche Chancengleichheit von Frauen durch verbesserten Zugang und Selbstmanagement stärken kann. Eine Bestätigung in größeren Studien mit aktiven Vergleichsgruppen und längerer Nachbeobachtung ist erforderlich.

Interessenkonflikt: Erik Krieger, Kurt Miller, Laura Wiemer und Patrick Papp sind bei Kranus Health GmbH tätig.

Prospektive, randomisierte, kontrollierte, multizentrische, konfirmatorische Studie zum Nachweis des medizinischen Nutzens einer mobilen digitalen Gesundheitsanwendung bei der Behandlung der überaktiven Blase

Fabian Queißert[1], Andreas Wiedemann[2], Ralf Eckert[3], Rainer Lange[4], Hendrik Borgmann[5], Claudia Neumeister[6], Lukas Schramm[7], Marcus Rudolf Götz[8], Christine Neubauer[6], Johannes Salem[9], Laila Najjari[10]

1 Universitätsklinikum Münster, Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Münster Coesfeld, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Münster, Deutschland
2 Evangelisches Krankenhaus Witten GmbH, Witten, Deutschland
3 Urologisch-Onkologische Facharztpraxis, Lutherstadt Eisleben, Deutschland
4 Die Gyn-Praxis Alzey, Alzey, Deutschland
5 Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Brandenburg, Deutschland
6 Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, Medical Science, Bamberg, Deutschland
7 Lehrstuhl für Allgemeine Psychologie und Methodenlehre, Universität Bamberg, Bamberg, Deutschland
8 Bode Chemie GmbH, Research and Development Department, Hamburg, Deutschland
9 CUROS Urologisches Zentrum, Klinik LINKS VOM RHEIN, Köln, Deutschland
10 Universitätsklinik RWTH Aachen, Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, Aachen, Deutschland

Einleitung: INKA ist eine CE zertifizierte digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) zur Behandlung der überaktiven Blase (OAB). Die App kombiniert evidenzbasiertes Beckenboden- und Blasentraining mit edukativen sowie verhaltensorientierten Modulen und ermöglicht die Erfassung relevanter Parameter wie Trinkmenge, Miktionsfrequenz und Medikamenteneinnahme im häuslichen Umfeld. Ziel dieser Studie war der Nachweis des medizinischen Nutzens von INKA hinsichtlich Miktionsfrequenz, OAB Symptomen und Lebensqualität bei Patient:innen mit OAB.

Methode: In einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Studie wurden Patient:innen aus urologischen und gynäkologischen deutschen Zentren eingeschlossen. Voraussetzungen waren → 8 Miktionen/24 h zu Baseline (3 Tage Blasenprotokoll), mit (OAB wet) oder ohne (OAB dry) Inkontinenz, medikamentös eingestellt (OAB med) oder nicht (OAB naive). Patient:innen erhielten entweder INKA oder Standardbehandlung (Kontrolle). Primärer Endpunkt war die Veränderung der durchschnittlichen Anzahl an Miktionen/24 h nach 12 Wochen. Sekundäre Endpunkte waren die Veränderung der OAB Symptome (ICIQ–OAB) und Lebensqualität (ICIQ–OABqol).

Ergebnisse: Insgesamt wurden 271 Patient:innen randomisiert (137 INKA, 134 Kontrolle; 77,9 % Frauen, 22,1% Männer). INKA führte nach 12 Wochen zu einer signifikanten und klinisch relevanten Reduktion der Miktionsfrequenz (−2,36 vs. −0,86; $p < 0,0001$). Die Überlegenheit zeigte sich übereinstimmend auch in allen Subgruppen. Weiterhin wurden signifikante und klinisch relevante Verbesserungen der OAB Symptome (ICIQ–OAB, -2,23 vs. -0,91, $p < 0,0001$) sowie der Lebensqualität (ICIQ–OABqol, -21,83 vs. -6,14, $p < 0,0001$) nachgewiesen.

Schlussfolgerung: INKA führt im Vergleich zur Kontrolle zu einer signifikanten und klinisch relevanten Reduktion der Miktionsfrequenz, Linderung der OAB-Symptome und Verbesserung der Lebensqualität. Die konsistenten Ergebnisse über alle Subgruppen unterstreichen die Robustheit der Daten und den breiten Nutzen für den klinischen Versorgungsalltag, auch bei therapierefraktären Patient:innen.

Prospektive, randomisierte, kontrollierte, multizentrische, konfirmatorische Studie zum Nachweis des medizinischen Nutzens einer mobilen digitalen Gesundheitsanwendung bei der Behandlung der überaktiven Blase

Fortsetzung

Interessenkonflikte:

- Fabian Queißert, Andreas Wiedemann, Ralf Eckert, Rainer Lange, Hendrik Borgmann, Johannes Salem, Laila Najjari: Prüfärzte der hier publizierten Studie - Erhalt von Prüferhonorar in Abh. von eingeschlossener Patientenzahl
- Andreas Wiedemann: Med.-wiss. Berater für Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH
- Claudia Neumeister, Christine Neubauer: In Beschäftigungsverhältnis mit Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH
- Lukas Schramm, Marcus Rudolf Götz: Ehemals in Beschäftigungsverhältnis mit Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH

NEUE WEGE IN DER INKONTINENZDIAGNOSTIK UND THERAPIE

Digitale Therapie bei OAB – Ergebnisse einer Evaluationsstudie

Heinrich Schulte-Baukloh[1], Steffi Kabisch[2], Anne Uhlemann[3], Stefanie Witecy[3], Michael Siebels[4]

1 Urologie Turmstraße MVZ GmbH, Berlin, Deutschland
2 Praxis Dr. med. Steffi Kabisch, Annaberg-Buchholz, Deutschland
3 APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dresden, Deutschland
4 Urologie Pasing, München, Deutschland

Einleitung: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) bieten neue Ansätze zur Therapie der überativen Blase (OAB). Die DiGA kontina® vermittelt evidenzbasiertes Wissen und verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Blasentraining und Anpassung des Trink- und Miktionsverhaltens. Zudem enthält sie ein digitales Blasentagebuch und akute Hilfe bei imperativem Harndrang. Ziel der Studie ist die Bewertung des klinischen Nutzens von kontina® verglichen mit Standard of Care (SoC).

Methode: In einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie wurden Patientinnen und Patienten mit OAB mit oder ohne Inkontinenz im Verhältnis 1:1 einer Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG) zugeteilt. Die IG erhielt 12 Wochen Zugang zu kontina®, die KG papierbasiertes Infomaterial. Daten wurden nach 6 und 12 Wochen erhoben. Primäre Endpunkte waren die Veränderung der Miktionen pro 24 Stunden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL). Sekundäre Endpunkte waren Änderungen der Drangepisoden pro 24 Stunden und der Symptombelastung.

Ergebnisse: Bereits nach 6 Wochen zeigte sich in der IG eine Verringerung der Miktionen, während in der KG eine gegenteilige Tendenz erkennbar war. Auch Drangepisoden und Symptombelastung reduzierten sich in der IG deutlicher als in der KG. Nach 12 Wochen hielten die Verbesserungen an oder verstärkten sich. Parallel dazu stieg die HRQoL in der IG zu beiden Messzeitpunkten stärker als in der KG. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerteten kontina® als hilfreich und berichteten eine spürbare Verbesserung ihrer Symptomatik.

Schlussfolgerung: kontina® ist eine wirksame digitale Therapieoption bei OAB mit und ohne Inkontinenz. Innerhalb von 12 Wochen führt sie zu relevanter Symptomreduktion und besserer Lebensqualität. Die Einbindung in die urologische Versorgung kann Behandlungsergebnisse und Patientenzufriedenheit nachhaltig verbessern.

Interessenkonflikte:

- Michael Siebels: Honorar für Beratertätigkeiten und Reisekostenzuschüsse
- Steffi Kabisch: Honorar für Beratertätigkeiten und Reisekostenzuschüsse
- Anne Uhlemann und Stefanie Witecy: Beschäftigungsverhältnis bei APOGEPHA Arzneimittel GmbH
- Heinrich Schulte-Baukloh: Honorar für Beratertätigkeiten und Reisekostenzuschüsse

Langzeitergebnisse der App-basierten digitalen Therapie bei männlichen LUTS

Markus Grabbert[1], Erik Krieger[2,3], Christian Gratzke[1], Kurt Miller[2,3], C. Patrick Papp[3], Laura Wiemer[2,3], Sandra Schönburg[4,5]

1 Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Urologie, Freiburg, Deutschland
2 Charité Berlin, Klinik für Urologie, Berlin, Deutschland
3 Department of Clinical Research, Kranus Health, München, Deutschland
4 BG Klinikum Bergmannstrost, Klinik für Neurourologie, Halle, Deutschland
5 Unviersitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Urologie, Halle, Deutschland

Einleitung: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gewinnen in der konservativen Therapie des unteren Harntrakts zunehmend an Bedeutung. Die BEST-Studie untersuchte die Wirksamkeit eines strukturierten, App-basierten 12-Wochen-Therapieprogramms (Kranus Lutera) bei Männern mit LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms). Im Fokus der vorliegenden Auswertung stehen die Langzeitergebnisse über 48 Wochen.

Methode: Im Rahmen des randomisiert-kontrollierten BEST-Trials wurden 237 Patienten eingeschlossen (direkte Interventionsgruppe [DIG]: n=112; verzögerte Interventionsgruppe [VIG]: n=125). Das digitale Therapieprogramm umfasste Beckenbodentraining, Verhaltensmodifikation, Miktionstagebuch, Blasentraining, Urge-Stop-Techniken sowie Flüssigkeits- und Ernährungsmanagement. Die VIG erhielt die Intervention nach einer 12-wöchigen Wartezeit. Beiden Gruppen wurden nach Ermessen der Patienten zusätzliche Therapiezyklen angeboten. Als primäre Endpunkte wurden Veränderungen im International Prostate Symptom Score (IPSS) sowie in beiden Subskalen des Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-q SF) definiert. Verlaufserhebungen nach 24, 36 und 48 Wochen waren prospektiv im Studienprotokoll vorgesehen.

Ergebnisse: Auswertbare Basisdaten lagen für 236 Patienten vor. Nach einem abgeschlossenen Therapiezyklus verbesserte sich der IPSS im Vergleich zum Ausgangswert (T0) signifikant und klinisch relevant um 6,34 Punkte ($p < 0{,}001$; 95 %-KI: 5,61–7,08; DIG: 7,31; VIG: 5,12). Der IPSS-Score nahm im Vergleich zu T0 mit jedem weiteren Therapiezyklus kontinuierlich zu: nach zwei Zyklen 8,12 Punkte ($p < 0{,}001$; 95 %-KI: 6,99–9,25), nach drei Zyklen 9,11 Punkte ($p < 0{,}001$; 95 %-KI: 7,57–10,66) und nach vier Zyklen 11,19 Punkte ($p < 0{,}001$; 95 %-KI: 7,32–15,06). Vergleichbare Effekte zeigten sich in den OAB-q-SF-Subskalen.

Schlussfolgerung: Das strukturierte App-basierte Therapieprogramm erzielte nachhaltige und mit jedem zusätzlichen Behandlungszyklus zunehmende Verbesserungen der LUTS-Symptomatik sowie der Lebensqualität über einen Zeitraum von 48 Wochen. Die Ergebnisse unterstreichen das Potenzial digitaler Therapieprogramme als effektive Langzeitoption in der konservativen LUTS-Behandlung.

NEUE WEGE IN DER INKONTINENZDIAGNOSTIK UND THERAPIE

Smarte Inkontinenzversorgung als Schlüsseltechnologie für verbesserte Qualität in der Pflege

Julio Brandl[1], René Wolf[2], Sophie Heuel[3]

1 AssistMe GmbH, Berlin, Deutschland
2 GVS Service GmbH, Friedewald, Deutschland
3 Firma Klein, Wilnsdorf, Deutschland

Zielsetzung: Die klassische Inkontinenzversorgung baut auf regelmäßigen manuellen Kontrollen. Diese zu häufigen Störungen von BewohnerInnen ohne Wechselbedarf, während bestehender Wechselbedarf erst bei der nächsten Routinekontrolle erkannt wird. Die Folgen reichen von reduzierter Schlaf- und Lebensqualität, erhöhtem Sturzrisiko bis hin zu Hautschäden und Infektionen. Digitale Assistenzsysteme zur Echtzeiterfassung des Füllstands von Inkontinenzprodukten stellen einen Lösungsansatz dar. In der vorgestellten randomisiert-kontrollierte Studie wurde der Einsatz des Assistenzsystems alea untersucht.

Materialien: Untersucht wurden Sturzprotokolle und Verbrauchsdaten von Pflegebedürftigen sowie qualitative Interviews mit Pflegekräften.

Methoden: Die Stichprobe der Pflegebedürftigen bestand aus 43 Personen in der Interventionsgruppe mit Pflege-assistenzsystem und 42 Personen in der Kontrollgruppe. Ferner wurden 111 qualitative Interview mit 43 Pflegekräften durchgeführt. Die Daten wurden statistisch und mithilfe von qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Pflegebedürftige der Interventionsgruppe stürzten signifikant seltener als die Kontrollgruppe ($\chi^2(1)=4.71$; $p=.030$). Der Verbrauch der Inkontinenzprodukte in der Interventionsgruppe ging um 22.7% zurück. In Interviewes berichteten über 75% der Pflegekräfte von einer Optimierung in der Inkontinenzversorgung durch den Einsatz des digitalen Assistenzsystems. Über 72% berichteten eine Verbesserung der Schlafqualität der Pflegebedürftigen und 56% wiesen auf weniger nächtliche Störungen hin. Laut 22% der Pflegekräfte gingen Harnwegsinfektionen und Hautirritationen zurück. 56% wiesen auf Zeitersparnisse hin, die sie für andere Pflegetätigkeiten nutzten.

Schlussfolgerung: Die vorgestellte Studie zeigt, dass der Einsatz digitaler Assistenzsysteme Stürze reduziert, Infektionen und Hautschäden vorbeugt, Schlafqualität verbessert, Pflegekräfte entlastet und Materialverbrauch senkt. Somit leisten digitale Assistenzsysteme einen zentralen Beitrag zur Qualitätssteigerung, Bewohnersicherheit, ökologischen Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen.

Die Handkraft als Marker der urethralen Sphinkterfunktion: altersabhängige Zusammenhänge und Einfluss der Prostatektomie

André Reitz[1], Nassim Tawanaie Pour Sedehi[1], Axel Haferkamp[2], Stephan Buse[3]

1 KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz
2 Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland
3 Alfried-Krupp-Krankenhaus Steele, Essen, Deutschland

Einleitung: Die altersabhängige Abnahme der neuromuskulären Funktion betrifft sowohl die allgemeine Muskelkraft als auch den urethralen Schließmuskel. Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen Handkraft und Urethral-sphinkterdruck zu untersuchen und den Einfluss einer Prostatektomie auf diesen Zusammenhang zu analysieren.

Methode: In einer Querschnittsanalyse wurden 125 nicht operierte Männer im Alter von 20–92 Jahren sowie 84 Männer nach radikaler Prostatektomie untersucht. Die Handkraft wurde mittels Dynamometrie gemessen, der Urethralsphinkterdruck urodynamisch bestimmt. Der Zusammenhang zwischen Handkraft und Sphinkterdruck wurde mithilfe multipler linearer Regressionsmodelle unter Adjustierung für das Alter analysiert. Der Effekt der Prostatektomie wurde mittels altersadjustierter Analyse der Kovarianz (ANCOVA) untersucht.

Ergebnisse: Bei nicht operierten Männern zeigte sich ein signifikanter, altersunabhängiger positiver Zusammenhang zwischen Handkraft und Urethralsphinkterdruck ($\beta = 1{,}19$; $p < 0{,}001$). Nach Prostatektomie war dieser Zusammenhang abgeschwächt und nicht mehr signifikant ($\beta = 0{,}40$; $p = 0{,}145$). Die Prostatektomie war mit einer signifikanten Reduktion des altersadjustierten Urethralsphinkterdrucks um durchschnittlich 28 Druckeinheiten assoziiert ($p < 0{,}001$).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass die Handkraft bei nicht operierten Männern ein Marker der neuro-muskulären Reserve des urethralen Schließmuskels ist. Nach Prostatektomie verliert dieser Zusammenhang deutlich an Bedeutung, was auf die Dominanz operationsbedingter lokaler Faktoren hinweist. Die Messung der Handkraft vor einer Prostatektomie könnte zur Identifikation von Patienten mit erhöhter funktioneller Vulnerabilität beitragen.

NEUE WEGE IN DER INKONTINENZDIAGNOSTIK UND THERAPIE

Die Handkraft als Surrogatparameter der urethralen Verschlusskraft? Eine explorative Querschnittsstudie bei uro gynäkologischen Patientinnen

Nassim Tawanaie Pour Sedehi[1], André Reitz[1], Stephan Buse[1,2], Ursula Peschers[3]

1 KontinenzZentrum AG, Klinik Hirslanden, Zürich, Schweiz
2 Alfried-Krupp-Krankenhaus Steele, Essen, Deutschland
3 Klinik für Gynäkologie, Krankenhaus Neuwerk, Mönchengladbach, Deutschland

Einleitung: Der digital palpatorische Oxfordscore ist ein etablierter, jedoch untersucherabhängiger Test zur Beurteilung der Beckenbodenkraft. Der Urethralsphinkterdruck (USD) gilt als objektiver Parameter der urethralen Verschlussfunktion, wird jedoch nur urodynamisch erhoben. Eine standardisierte Handkraftmessung könnte eine einfache und objektivere Alternative darstellen. Ziel dieser Studie war es zu prüfen, ob die Handkraft den USD vorhersagen kann und ob sie dem Oxfordscore überlegen ist.

Methode: In einer explorativen Querschnittsstudie wurden 62 Patientinnen (64,9 ± 13,9 Jahre) untersucht. Erfasst wurden der Oxfordscore durch zwei Untersucherinnen, der USD mittels Urethradruckprofilometrie sowie die Handkraft (Mittelwert aus drei Messungen). Zusätzlich wurden Alter und Diagnose dokumentiert. Die Analyse erfolgte mittels Spearman-Korrelation, linearer Regression und altersadjustierter Residuen.

Ergebnisse: Die mittlere Handkraft betrug 23,0 ± 6,7 kg, der USD 57,0 ± 13,9 cm H_2O und der Oxfordscore 2,8 ± 1,1. Handkraft ($\rho = 0{,}37$; $p = 0{,}005$) und Oxfordscore ($\rho = 0{,}38$; $p = 0{,}004$) korrelierten moderat mit dem USD, während das Alter negativ assoziiert war ($\rho = -0{,}43$; $p = 0{,}001$). Nach Altersadjustierung blieb nur der Oxfordscore signifikant ($\rho = 0{,}39$; $p = 0{,}003$). In der multiplen Regression verlor die Handkraft ihre Signifikanz, während Oxfordscore ($\beta = 4{,}37$; $p = 0{,}007$) und Alter ($\beta = -0{,}29$; $p = 0{,}022$) unabhängige Prädiktoren blieben.

Schlussfolgerung: Die Handkraft zeigt keinen unabhängigen Zusammenhang mit dem USD. Der Oxfordscore bleibt ein valider Prädiktor. Die parallele altersabhängige Abnahme von Handkraft und USD spricht für einen globalen muskulären Prozess, während die urethrale Verschlusskraft zusätzlich von lokalen Faktoren beeinflusst wird.

NEUE WEGE IN DER INKONTINENZDIAGNOSTIK UND THERAPIE

Urodynamisch objektivierbare Parameter der Urethralsphinkterfunktion beim Mann

Nassim Tawanaie Pour Sedehi[1], Svenja Dieffenbacher[2], Stephan Buse[1,3], André Reitz[1]

1 KontinenzZentrum AG, Klinik Hirslanden, Zürich, Schweiz
2 Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland
3 Alfried-Krupp-Krankenhaus Steele, Essen, Deutschland

Einleitung: Der äußere Urethralsphinkter ist entscheidend für die Kontinenz des Mannes. Seine Funktion lässt sich durch Ruhetonus sowie Kraft- und Ausdauerleistung beschreiben. Während der Ruhetonus mittels Urethradruckprofilometrie messbar ist, fehlten bislang standardisierte urodynamische Parameter für Kraft und Ausdauer. Ziel dieser Arbeit war die Etablierung und der Vergleich objektivierbarer Parameter (Ruhetonus, Maximalkontraktion, 10-Sekunden-Ausdauer, normierte Ausdauer) zwischen nicht-operierten Männern und Patienten mit Postprostatektomie-Inkontinenz (PPI), unter Berücksichtigung des Alters.

Methode: In einer prospektiven Querschnittsstudie wurden standardisierte Urethradruckmessungen durchgeführt. Erfasst wurden Ruhetonus (cm H_2O), Maximalkontraktion (Mittelwert aus drei Messungen) sowie die Fläche unter der Druck-Zeit-Kurve über 10 Sekunden (AUC; cm $H_2O \cdot s$). Pro Person wurden zwei AUC-Werte gemittelt. Die normierte Ausdauer wurde als AUC/Ruhetonus berechnet. Gruppenvergleiche erfolgten mittels Welch-t-Test und altersadjustierter linearer Regression.

Ergebnisse: Analysiert wurden 40 Männer mit PPI und 51 Kontrollen (72,6 ± 9,1 vs. 67,0 ± 10,1 Jahre). In der PPI-Gruppe waren Ruhetonus (84,9 vs. 113,2 cm H2O), Maximalkontraktion (133,9 vs. 168,5 cm H2O) und AUC (951,2 vs. 1340,4 cm H2O·s) signifikant reduziert. Die normierte Ausdauer unterschied sich nicht signifikant. Altersadjustierte Analysen bestätigten diese Unterschiede, ohne relevanten Einfluss von Alter.

Schlussfolgerung: Kraft- und Ausdauerparameter des äußeren Urethralsphinkters sind urodynamisch messbar. Bei PPI sind Ruhetonus, Maximalkontraktion und absolute Ausdauer reduziert. Die vergleichbare normierte Ausdauer deutet darauf hin, dass die verminderte absolute Ausdauer primär durch den reduzierten Ruhetonus erklärt wird.

NEURO-UROLOGIE – GESTERN, HEUTE, MORGEN

Empirische Antibiotikatherapie im eigenen Patient:innengut – was gebe ich, wenn nichts anbrennen darf?

André Reitz[1], Nassim Tawanaie Pour Sedehi[1], Axel Haferkamp[2], Stephan Buse[3]

1 KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz
2 Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland
3 Alfried-Krupp-Krankenhaus Steele, Essen, Deutschland

Einleitung: Zur Optimierung der empirischen Therapie bei besonders vulnerablen Patient:innen wurden die Harnkulturen eines Jahres getrennt für Männern und Frauen hinsichtlich Erregerverteilung, Resistenzlage und der Wirksamkeit oral applizierbarer Antibiotika insgesamt und gegen Nitrit-negative Erreger separat analysiert.

Methode: Ausgewertet wurden 97 männliche und 128 weibliche Isolate. Für jeden Keim wurden Häufigkeit, Sensibilitätsraten und – separat – die Daten der Nitrit-negativen Erreger (P. aeruginosa, Enterokokken, koagulasenegative Staphylokokken, S. saprophyticus) berücksichtigt. Die gewichtete Wirksamkeit wurde als Summe der Keimhäufigkeit multipliziert mit der jeweiligen Sensibilität berechnet.

Ergebnisse: Frauen zeigten eine klare E. coli-Dominanz (67 %), Männer ein breiteres Spektrum sowie mehr Nicht-fermenter. Gesamtwirksamkeit: bei Frauen erreichten Ciprofloxacin und Cefpodoxim ~87 %, bei Männern Ciprofloxacin 75 %. Für Nitrit-negative Erreger ergab sich bei Männern eine ausgeprägte Dominanz von Ciprofloxacin (77 %), gefolgt von Amoxicillin/Clavulansäure (38 %). Bei Frauen lag Ciprofloxacin bei 67 %, AMC und Nitrofurantoin bei jeweils 50 %.

Schlussfolgerung: Frauen profitieren für die empirische Therapie aufgrund der E. coli-Last von Cephalosporinen oder Fluorchinolonen. Bei Männern ist eine breitere Abdeckung notwendig. Bei Verdacht auf Nitrit-negative Erreger oder negativem Test ist Ciprofloxacin in beiden Gruppen die deutlich wirksamste Option; Alternativen zeigen reduzierte Trefferquoten.

Tabuisierung und Defizite in der Hilfsmittelversorgung bei Inkontinenz von Menschen mit Multipler Sklerose: eine Mixed-Methods-Analyse im Rahmen des Forschungsprojekts MS-Vita

Sven-Nelson Ruppert, Martina Hasseler
Ostfalia Hochschule, Wolfsburg, Deutschland

Einleitung: Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste degenerative, neurologische Erkrankung bei jungen Menschen. In Deutschland sind ca. 300.000 Menschen betroffen, die einer jährlichen Inzidenz von ca. 18.000 Neuerkrankungen. Die Erstdiagnose erfolgt durchschnittlich mit 29 Jahren. MS führt regelhaft zur Urin- und Stuhlinkontinenz. Dies kann zur Aufgabe der Erwerbsarbeit und zur sozialen Isolation führen. Eine frühzeitige Diagnostik und der adäquate Einsatz von Hilfsmitteln ermöglichten MS-Patienten weiterhin ein selbstbestimmtes Leben, soziale Teilhabe und verbesserte Lebensqualität. Das Forschungsprojekt MS-Vita untersucht, warum die Hilfsmittelversorgung bei Inkontinenzproblemen suboptimal ist.

Methode: Methodisch wird ein Multi-Phasen, Mixed-Method Design angewandt. Quantitativ erfolgen Onlinebefragungen bei Menschen mit MS und Ärzten. Qualitativ werden Interviews mit Menschen mit MS sowie mit an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufen geführt. Die qualitativen Daten werden anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Quantitativ erfolgt u.a. eine multivariate Regressionsanalyse. Die Datenerhebung erfolgt bundesweit.

Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen, dass Betroffene ihre Inkontinenzproblematik erst bei maximalem Leidensdruck thematisieren, sie versuche sich lange selbst zu versorgen. Ärzte und versorgende Gesundheitsberufe sprechen von sich aus eine Inkontinenzproblematik nicht an. Scham ist bei Betroffenen der Hauptgrund. Für Mediziner, so erste Hinweis, sind die Patienten zeitaufwendig, bei geringer Vergütung. Versorgende Gesundheitsberufe verschweigen das Thema, weil sie angeben, nicht helfen zu können.

Schlussfolgerung: Zusammenfassend zeigt sich, dass weder Mediziner noch Gesundheitsberufe fundiert über das Thema Hilfsmittel bei MS und Inkontinenz informiert sind. Die berufliche wie individuelle Tabuisierung der Inkontinenz-problematik verhindert eine frühzeitige Diagnostik und den individuell angemessenen Einsatz von Hilfsmitteln bei MS und Inkontinenz. Betroffene, Mediziner und versorgende Berufsgruppen müssen offensiv mit der Inkontinenzproblematik umgehen, informiert und geschult werden.

NEURO-UROLOGIE – GESTERN, HEUTE, MORGEN

Tragbare Nahinfrarot-Technologie zur Unterstützung des intermittierenden Katheterismus bei NLUTD: klinische Evaluation unter Alltagsbedingungen

Pascal Fechner[1,2], Jannik Lockl[1,3], Matthias Ponfick[4]

1 inContAlert GmbH, Bayreuth, Deutschland
2 Universität Bayreuth, Bayreuth, Deutschland
3 University College London, London, Großbritannien
4 Querschnittzentrum Rummelsberg, Schwarzenbruck, Deutschland

Einleitung: Bei Patienten mit neurogener Dysfunktion des unteren Harntrakts (NLUTD) und eingeschränkter Blasensensibilität besteht ein erhöhtes Risiko für Blasenüberdehnungen mit potenziell schwerwiegenden urologischen Komplikationen. Ziel dieser präspezifizierten Zwischenauswertung einer laufenden prospektiven Studie (geplant: n=12) ist die Beurteilung eines tragbaren Nahinfrarot-Geräts (inContAlert BladderMate) zur nicht-invasiven Detektion klinisch relevanter Blasenfüllstände unter Alltagsbedingungen.

Methode: An einem Querschnittzentrum wurden zwei Probanden mit NLUTD eingeschlossen (P1: weiblich, 47 Jahre; P2: männlich, 71 Jahre). Das Medizinprodukt nutzt Nahinfrarotlicht zur gelfreien, kontinuierlichen Blasenfüllstandsschätzung und gibt bei Erreichen eines Schwellenwerts eine Entleerungsempfehlung. Die Blasenentleerung erfolgte mittels intermittierendem Katheterismus. Als primärer Endpunkt wurde die Sensitivität definiert: Anteil korrekt erkannter Ereignisse mit Entleerungsvolumen →300 ml an allen Ereignissen →300 ml. Messungen bei Protokollabweichungen wurden ausgeschlossen (24 von 75 Gesamtmessungen).

Ergebnisse: Über 27 Messtage wurden 51 valide Ereignisse analysiert, davon 46 mit einem Entleerungsvolumen →300 ml. Die Sensitivität betrug 84,8 % (39/46). P1 (27 Ereignisse →300 ml, 17 Tage) erreichte 81,5 % (22/27) – trotz Nichtverwendung des vorgesehenen Befestigungsbands. P2 (19 Ereignisse →300 ml, 10 Tage) erreichte 89,5 % (17/19); während des Nutzungszeitraums traten keine Blasenüberfüllungen >500 ml auf. In 4 Fällen wurde eine Entleerung bei Füllständen von 200-250 ml empfohlen. Unerwünschte Ereignisse traten nicht auf.

Schlussfolgerung: Diese Zwischenauswertung (2/12 Probanden) zeigt eine vielversprechende Sensitivität der nicht-invasiven Blasenüberwachung mittels tragbarer NIR-Technologie bei NLUTD unter Alltagsbedingungen. Die robuste Leistung unter suboptimalen Fixierungsbedingungen sowie die Abwesenheit von Überdistensionsereignissen unterstreichen das klinische Potenzial zur Unterstützung eines individualisierten Katheterisierungsmanagements.

Interessenkonflikte:
- P. Fechner ist Gesellschafter der inContAlert GmbH, die das in dieser Studie evaluierte Produkt (inContAlert BladderMate) entwickelt.
- J. Lockl ist Gesellschafter der inContAlert GmbH, die das in dieser Studie evaluierte Produkt (inContAlert BladderMate) entwickelt.
- M. Ponfick ist medizinischer Berater der inContAlert GmbH, die das in dieser Studie evaluierte Produkt (inContAlert BladderMate) entwickelt.

STUHLINKONTINENZ UND LARS (LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME)

Die inkontinente Patientin in der Zeitung – Empfehlungen zur medialen Verarbeitung von schambesetzten Patientenschicksalen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit

Ahmed Al Badani[1,2], Ute Laumann[3], Sophia Allemeyer[4], Erik Allemeyer[1]

1 Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie, Franziskus-Hospital Harderberg, Georgsmarienhütte, Deutschland
2 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Franziskus-Hospital Harderberg, Georgsmarienhütte, Deutschland
3 Stabsstelle Unternehmenskommunikation, Niels-Stensen-Kliniken, Osnabrück, Deutschland
4 Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

Einleitung: Die Darstellung von erfolgreichen Behandlungsverläufen ist ein häufig eingesetztes Instrument der Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitswesen [1] mit vier möglichen Wirkungsebenen:

1. Aufklärung und Vertrauensbildung für Betroffene und Angehörige mit besonderer Bedeutung für schambesetzte Erkrankungen [1].
2. Das Erzählen von Erfolgsgeschichten kann Patient*innen in ihrer Krankheitsverarbeitung unterstützen, indem es ihre Selbstwirksamkeit fördert [2], eine Sinngebung für ihr Krankheitsschicksal ermöglicht [3] und durch die Ermutigung anderer Betroffener sowie die damit verbundene soziale Anerkennung das Selbstwertgefühl stärkt, was insgesamt positiv zur Krankheitsbewältigung beiträgt [4], [5].
3. Mögliche Werbeeffekte für den Leistungsanbieter [1].
4. Print- und Online-Medien profitieren durch Inhalte mit hohem Aufmerksamkeitsgrad [6]. Besondere Aufmerksamkeit erfordert aufgrund der o.g. Vielschichtigkeit die konsequente Einhaltung von Ärztlicher Berufsordnung und Pressekodex [7], [8]. Wir haben den Forschungsstand untersucht und einen internen Leitfaden zum Vorgehen entwickelt.

Methode: Anhand vorhandener wissenschaftlicher Literatur (EMBASE, CINHAL, Medline) und durch Internet-Recherche (google) wurde der Forschungsstand zur medialen Verarbeitung von positiven individuellen Krankheitsverläufen erhoben. Hieraus hervorgehend und auf Grundlage von Ärztlicher Berufsordnung und Pressecodex entwickelten wir einen Leitfaden als sog. standard operating procedure (SOP) und ließen die Berichterstattung, den Leitfaden und seine Umsetzung durch den Leistungsanbieter (Krankenhaus, vertreten durch Stabsstellenleitung Unternehmenskommunikation), Medienvertreter*innen (interviewführende Journalistinnen) und das begleitende medizinische Personal (Chefarzt und Medizinische Fachangestellte) bewerten (mündlich, offene Fragen).

Ergebnisse: Die SOP wurde in der Klinik als sog. standard operating procedure (SOP) etabliert. Die Erfahrungen zu Durchführung und Ergebnis der Berichterstattung sowie Anwendbarkeit der SOP sind positiv. Die Anwendung und Bewertung einer spezifischen SOP zur medialen Verarbeitung von positiven individuellen Krankheitsverläufen ist bisher nicht publiziert. Ärztliche Berufsordnung und Pressecodex ergeben hinreichende Regelungen auch für die Berichterstattungen von Krankheitsverläufen in den Laienmedien.

STUHLINKONTINENZ UND LARS (LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME)

Die inkontinente Patientin in der Zeitung – Empfehlungen zur medialen Verarbeitung von schambesetzten Patientenschicksalen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit

Fortsetzung

Schlussfolgerung: Eine mediale Verarbeitung von positiven Krankheitsverläufen mit Darstellung individueller Patient*innenschicksalen berührt ein breites juristisches und ethisches Spannungsfeld, welches durch die Ärztliche Berufsordnung und den Pressecodex geregelt ist. Eine institutsinterne SOP erleichtert die Anwendung der Regelungen mit dem Ziel der Aufklärung und Vertrauensbildung in der Arzt-Patienten-Beziehung über den direkten Patientenkontakt hinaus. Insbesondere bei schambesetzten Krankheitsbildern wie der analen Inkontinenz und anderen Erkrankungen des Beckenbodens könnte eine Mediendarstellung zur verbesserten Versorgung beitragen, indem bei gelungener medialer Aufarbeitung die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei Betroffenen gesenkt wird. Diese Hypothese sollte durch systematische Forschung überprüft werden.

Interessenkonflikt: Dr. Erik Allemeyer erhielt Vortragshonorare der Firma Medtronic GmbH in 2022, 2024 und 2026.

Literatur

1. Meyer auf der Heide U. Marketing und Kommunikation in der Krankenhauspraxis. 3.5 Fallbeispiele aus der Krankenhauspraxis. In: Cording-de Vries F, Hrsg. Marketing und Öffentlichkeitsarbeit im Krankenhaus. Bausteine eines integrierten marktgerichteten Managementkonzepts. Kohlhammer; 2021. S. 110f. (Health Care- und Krankenhaus-Management).
2. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. W. H. Freeman; 1997.
3. Frank AW. The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. University of Chicago Press; 1995.
4. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. Norton & Company; 1990.
5. Herbers-Gehrs A. Ein Schrittmacher für den Darm. Franziskus-Hospital in Georgsmarienhütte hilft Patientin mit Stuhlinkontinenz. Neue Osnabrücker Zeitung. 11. November 2023.
6. Fekadou B. Die Bedeutung von Klicks im Journalismus. In: Weber Shandwick Deutschland Blog. 27.04.2017 [Aufruf am 06.12.2024]. Verfügbar unter: https://blog.webershandwick.de/2017/04/27/die-bedeutung-von-klicks-im-journalismus/
7. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Fassung vom 09. Mai 2024. §2, Abschnitt 2. Bekanntmachung_BÄK_Musterberufsordnung-Ä.
8. Deutscher Presserat. Pressecodex. Ethische Standards für den Journalismus. Fassung vom 18. September 2024.

Transanale Irrigation bei LARS: strukturierte Anleitung als Gamechanger für Compliance und Lebensqualität

Christina Kunkel[1,2]

1 WissWerk Köln, Köln, Deutschland
2 Publicare GmbH, Köln, Deutschland

Einleitung: Untersuchung, ob eine strukturierte pflegefachliche/urotherapeutische Anleitung zur Transanalen Irrigation (TAI) den Therapieerfolg, die Compliance und die Lebensqualität bei Patient: innen mit Low Anterior Resektion Syndrome (LARS) nachhaltig verbessert.

Methode: Literaturbasierte Analyse aktueller Studien sowie praxisorientierte Darstellung eines strukturierten Anleitungskonzepts zur TAI mit Fokus auf Indikation, Hilfsmittelauswahl, Patientenschulung und Erwartungsmanagement im klinischen Alltag.

Ergebnisse: TAI verbessert die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant [1]. Eine strukturierte Schulung steigert die Langzeit-Compliance (43 % nach 12 Monaten) [2] und unterstützt realistische Therapieerwartungen. Kontinuierliche Betreuung wirkt sich positiv auf den Therapieerfolg aus. Ein Therapieerfolg nach 3 Monaten ist prädiktiv für eine anhaltende Wirksamkeit über mindestens 12 Monate hinaus [3].

Schlussfolgerung: Die strukturierte pflegefachliche und urotherapeutische Anleitung ist ein entscheidender Erfolgsfaktor der TAI bei LARS und kann als klinischer Gamechanger betrachtet werden. Ihre Implementierung verbessert nachhaltig Compliance, Therapieerfolg und Lebensqualität und sollte integraler Bestandteil der Versorgung sein.

Interessenkonflikt: Die Vortragende befindet sich in einem materiellen Anstellungsverhältnis bei der Publicare GmbH.

Literatur

1. Broehl M, Tiegges S. Studienergebnisse: Auswirkungen der analen Irrigation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit persistierender Stuhlinkontinenz nach resezierenden Eingriffen am Rektum. Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik/ MagSi. 2019;12(81):6-11.
2. Bildstein C, Melchior C, Gourcerol G, Boueyre E, Bridoux V, Vérin E, Leroi AM. Predictive factors for compliance with transanal irrigation for the treatment of defecation disorders. World J Gastroenterol. 2017 Mar 21;23(11):2029-2036. doi: 10.3748/wjg.v23.i11.2029
3. Henderson M, Chow J, Ling J, Ng CE, Embleton R, et al. Transanal Irrigation for the Management of Functional Bowel Disorders: An Observational Study. Int J Nurs Health Care Res. 2022;5:1360. DOI: 10.29011/2688-9501.101360

Rezidivierender Rektumprolaps nach perinealen Voroperationen, behandelt mittels robotisch assistierter Mesh-Rektopexie – ein Fallbericht

Martin Victor Fuchs, Werner Kneist, Ahmed Galil

Klinikum Darmstadt, Darmstadt, Deutschland

Einleitung: Die Behandlung des rezidivierenden Rektumprolaps nach multiplen Voroperationen ist technisch anspruchsvoll und die Evidenzlage zur optimalen Therapie ist limitiert.

Methode: Retrospektiver Fallbericht mit klinischem Follow-up.

Ergebnisse: Wir berichten über eine 76-jährige Patientin mit symptomatischen Re-Rezidiv eines Rektumprolaps III° in Kombination mit einer anterioren Rektozele. Bei Multimorbidität, abdominellen Voroperation und Z.n. Nierentrans-plantation erfolgten extern zwei perineale Operations-Verfahren: Rehn-Delorme-Operation 2019 und Altemeier-Operation 2022. Nach wenigen Wochen trat jeweils ein Frührezidiv auf. Nun führten wir eine robotisch assistierte Mesh-Rektopexie durch. Der Eingriff und der postoperative Verlauf gestalteten sich komplikationslos. Im Follow-up zeigte sich eine deutliche klinische Besserung ohne Nachweis eines erneuten Rezidivs.

Schlussfolgerung: Eine robotisch assistierte Mesh-Rektopexie kann in komplexen Rezidivfällen bei multimorbiden Patienten mit multiplen perianalen und abdominellen Voroperationen eine individuelle Therapieoption darstellen.

Der Deszensus Genitalis: Evidenz für Frühintervention und die Perspektive betroffener Frauen

Lucia Sollik[1,2], Patrick Klein[1,3]

1 AG GGUP (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie von Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.), Deutschland
2 Bayreuth, Deutschland
3 Flörsheim-Dalsheim, Deutschland

Einleitung: Der Deszensus Genitalis, auch als Beckenorganprolaps (POP) bezeichnet, stellt mit einer Lebenszeitprävalenz von 30–50 % eine der häufigsten pathologischen Veränderungen im weiblichen Becken dar. Trotz dieser hohen Inzidenz sind nicht alle Fälle symptomatisch. Diese Gegebenheit führt in der gynäkologischen Praxis dazu, dass insbesondere asymptomatische Senkungen der Grade I und II als klinisch unauffällige Normvariante eingestuft und gegenüber den Patientinnen oft nicht thematisiert werden. Deutliche Symptome manifestieren sich häufig erst bei höhergradigen Senkungen (Grad III-IV), bei denen eine operative Sanierung zunehmend zur Therapie der Wahl wird. Chirurgische Interventionen sind jedoch mit substanziellen Risiken sowie einer Rezidivrate von bis zu 30 % assoziiert [1]. Im Gegensatz dazu zeigen konservative Therapieansätze, wie spezifisches Beckenbodentraining (PFMT) [2], [3] und die Pessartherapie, gerade bei Grad I- bis III-Senkungen eine hohe Effektivität [4], [5].
Die vorliegende Arbeit basiert auf der Hypothese, dass eine frühzeitige Aufklärung und Information von Frauen über eine beginnende Organsenkung den rechtzeitigen Beginn präventiver und therapeutischer Maßnahmen ermöglicht. Dies könnte die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig sichern, die Progression des Deszensus verlangsamen und die Notwendigkeit operativer Eingriffe hinauszögern oder vermeiden.

Methode: Die Untersuchung gliedert sich in eine Literaturanalyse und eine empirische Erhebung.

1. Narrative Literaturübersicht Es wurde eine narrative Literaturrecherche in relevanten Datenbanken durchgeführt. Die Suchstrategie umfasste die folgenden englischen und deutschen Suchbegriffe in Kombination mit Booleschen Operatoren: („Pelvic organ prolapse“ OR „stage I or II pelvic organ prolapse“) AND („Pelvic floor muscle training“ OR „effects of PFMT“ OR „prevention of pelvic organ prolapse“ OR „effects of operation for POP“ OR „Rezidive in der Prolapschirurgie“).
2. Deskriptive Querschnittsstudie (Online-Umfrage) Zusätzlich wurde eine deskriptive Auswertung einer Online-Umfrage mit einer Stichprobe von 359 betroffenen Frauen durchgeführt. Der Fragebogen erfasste Daten zu den Themenkomplexen Diagnosestellung, Symptomatik sowie initiierte und als hilfreich bewertete Therapieoptionen. Die Rekrutierung erfolgte online sowie über ein deutschlandweites Netzwerk auf Beckenbodentherapie spezialisierter Physiotherapeutinnen. Aufgrund dieses Rekrutierungsweges ist von einem Selektionsbias auszugehen, da die Stichprobe vermutlich einen überproportionalen Anteil an Frauen umfasst, die bereits Zugang zu therapeutischen Maßnahmen gefunden hatten. Die Ergebnisse sind daher nicht als repräsentativ für die deutsche Gesamtbevölkerung zu werten.

UROGYNÄKOLOGIE UND ONKOLOGIE

Der Deszensus Genitalis: Evidenz für Frühintervention und die Perspektive betroffener Frauen

Fortsetzung

Ergebnisse:

1. Befunde der Literaturübersicht: Die Prävalenz des Deszensus Genitalis liegt bei 30–50 %. Am häufigsten ist die vordere Vaginalwand (Zystozele) betroffen. Ein Prolaps ist häufig mit Komorbiditäten wie Harn- oder Stuhlinkontinenz, Entleerungsstörungen, sexuellen Dysfunktionen, Schmerzen und psychischen Belastungen wie Depressionen assoziiert. Während Grad I-II oft asymptomatisch verläuft, wird bei 13–19 % der Frauen im Laufe des Lebens eine operative Korrektur notwendig, die eine Rezidivrate von circa 30 % aufweist [1]. Die Evidenzlage belegt eine signifikante Wirksamkeit von spezialisierter Physiotherapie (PFMT) zur Symptomreduktion [2], [3] und Verbesserung der anatomischen Lage bei Grad I- bis III-Senkungen [4], [5], was Operationen hinauszögern oder verhindern kann.
2. Ergebnisse der Online-Umfrage: Von den 359 befragten Frauen gaben 280 (78 %) an, keine proaktive Information über ihre beginnende Senkung von ärztlicher Seite erhalten zu haben. Die Diagnose wurde erst nach aktiver Schilderung von Symptomen bestätigt. 158 Frauen (44 %) wurden auch nach der Diagnosestellung keine Therapieoptionen angeboten.

Nach Kenntnis ihrer Diagnose nutzten lediglich 16 der Befragten (4,5 %) keine der verfügbaren Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Pessartherapie, Anpassungen im Alltags- und Sportverhalten, Biofeedback). Auf die Frage, ob sie von ihrer Senkung gerne früher gewusst hätten, antworteten 230 Frauen (64 %) mit „Ja“, während nur 14 (3,9 %) dies verneinten; der Rest war unentschlossen. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen vermutete, bei früherer Kenntnis auch frühzeitiger ihr Verhalten angepasst und therapeutische Optionen in Anspruch genommen zu haben.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen eine signifikante Diskrepanz zwischen der klinischen Handhabung früher Stadien des Deszensus Genitalis und dem Informationsbedürfnis der Patientinnen nahe. Während die Evidenz die hohe Effektivität konservativer Therapien bei Grad I-II-Senkungen unterstreicht, zeigt die Umfrage, dass das Zeitfenster für solche frühzeitigen Interventionen durch eine verzögerte oder ausbleibende Kommunikation häufig ungenutzt bleibt. Eine proaktive Kommunikationsstrategie seitens der Gynäkologie, die bereits beginnende, asymptomatische Senkungen thematisiert, könnte eine Schlüsselrolle bei der Sekundärprävention spielen. Betroffene Frauen könnten so frühzeitig für präventive Maßnahmen sensibilisiert und einer effektiven Therapie zugeführt werden. Dies würde potenziell die Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Entwicklung von Komorbiditäten reduzieren. Ein limitierender Faktor in der aktuellen Forschung ist jedoch das Fehlen von Langzeitstudien zu den präventiven Effekten von PFMT auf die Progression des Deszensus Genitalis. Weitere Forschung in diesem Bereich ist daher dringend erforderlich.

Interessenkonflikt: Mitglieder der AG GGUP (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie von Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V.).

Der Deszensus Genitalis: Evidenz für Frühintervention und die Perspektive betroffener Frauen

Fortsetzung

Literatur
1. Bodner-Adler, B. Rezidive und Rezidiveingriffe in der Prolapschirurgie. Gynäkol Prax. 2025;35:62-64.
2. Castro AG, Lucas PH, Barreiro JL. Conservative treatment of pelvic organ prolapses in primiparous and/or multiparous women: A systematic review of randomized controlled trials. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2025;(66):849-860.
3. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, Frawley H, Galea MP, Logan J, McDonald A, McPherson G, Moore KH, Norrie J, Walker A, Wilson D; POPPY Trial Collaborators. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2014 Mar 1;383(9919):796-806. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61977-7
4. Basnet R. Impact of pelvic floor muscle training in pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2021 Jun;32(6):1351-1360. DOI: 10.1007/s00192-020-04613-w
5. Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 Jan;20(1): 45-51. DOI: 10.1007/s00192-008-0726-4

UROGYNÄKOLOGIE UND ONKOLOGIE

Auswirkungen der vNOTES-Sakrokolpopexie auf die Drang- und Belastungs-inkontinenz insbesondere im Vergleich mit der konventionellen laparoskopischen Sakrokolpopexie bzw. CESA / VASA Methode

Stefan Weingärtler
Klinikum Forchheim - Fränkische Schweiz, Forchheim, Deutschland

Einleitung: Ziel dieser Präsentation ist es, anhand der ersten 100 Fälle die Ergebnisse bezüglich der Drang- und Belastungsinkontinenz vor und nach Operation aufzuzeigen und dies im Vergleich zur konventionellen Laparoskopie, bzw. der CESA/VASA Methode.
Das Klinikum Forchheim-Fränkische Schweiz, eine zertifizierte Beckenbodenklinik, begann 2024 mit einer selbst entwickelten vNOTES-Sakrokolpopexie (Abb. 1). Diese Methode hat zum Teil die konventionelle laparoskopische Sakrokolpopexie bzw. die CESA/ VASA Methode ersetzt.

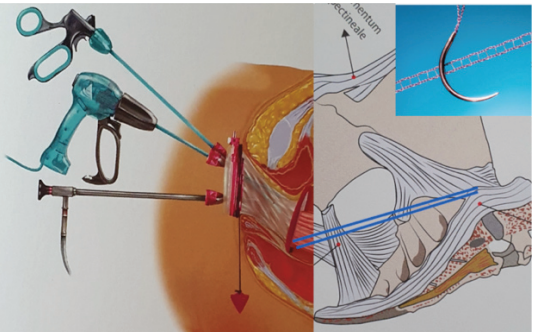


Abbildung 1: vNOTES-Sakrokolpopexie

Methode: Die Fixierung des Scheidenabschlusses mittels Ersatz der Sakrouterinligamente ist anatomisch korrekt und die ideale Sakrokolpopexie-Technik. Sie führt zudem zu einer Verbesserung bei Dranginkontinenzbeschwerden. Nach positiven Erfahrungen mit unserer konventionellen laparoskopischen Behandlung (CESA/VASA) verglichen wir die ersten 100 Fälle der vNOTES-Sakrokolpopexie hinsichtlich: Inkontinenzform, Verbrauch von Inkontinenzbinden, Toilettengängen, Nykturie, Drangsymptomen, Behandlungsbedürftiger Belastungsinkontinenz und subjektivem Belasungsempfinden vor und 3 bis 4 Monate nach der Operation.

Ergebnisse: Die vNOTES-Sakrokolpopexie erzielt hinsichtlich aller Faktoren der Blasenfunktion vergleichbare Ergebnisse wie die konventionelle laparoskopische Sakrokolpopexie (CESA/VASA).

Schlussfolgerung: Die vNOTES-Sakrokolpopexie ist mit der konventionellen laparoskopischen Sakrokolpopexie vergleichbar und ihr nicht unterlegen. Die Methode kann somit auch bei Senkungsbedingten Blasenbeschwerden bedenkenlos eingesetzt werden und bietet zusätzlich alle bekannten Vorteile der vNOTES Methoden.

Interessenkonflikt: Operations-Hospitations-Kurse für die Firma Applied medical.
Operations-Hospitations-Kurse für die Firma Serag Wiessner.

Spitzensport und Schwangerschaft – Auswirkungen auf die Geburt

Birgit Schulte-Frei[1], Susanne Weber[2]

1 Hochschule Fresenius, Köln, Deutschland
2 Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe, Heidelberg, Deutschland

Einleitung: Der Vortrag – gefördert vom Bundesinstitut für Sportwissenschaft (2024-2025) – gibt einen systematischen Überblick über bestehende Forschungsdefizite im Themenfeld Schwangerschaft und Spitzensport, bündelt den aktuellen Wissensstand, arbeitet zentrale Themenschwerpunkte heraus und leitet praxisorientierte Empfehlungen ab.

Methode: Ein systematisches Scoping Review inkl. einer systematischen Literaturrecherche bildet die Grundlage (vgl. [1]). Zusätzlich wurden relevante Literaturquellen, die methodisch zunächst ausgeschlossen wurden, ergänzt. In Folge wurden 12 qualitative Interviews mit Spitzensportlerinnen (mindestens 1 Schwangerschaft) durchgeführt. Danach erfolgte eine Ergänzung der Ergebnisse durch die Expertise aus Antragskonsortium und Projektbeirat. Eine Absicherung erfolgte durch nationale und internationale Leitlinien von Fachgesellschaften.

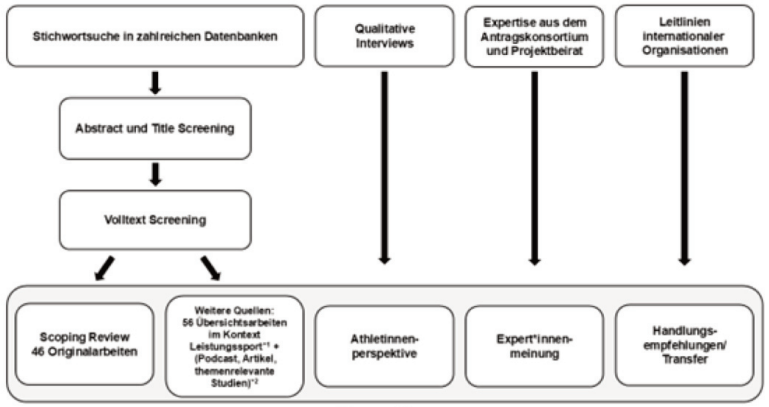


Abbildung 1: vNOTES-Sakrokolpopexie

Ergebnisse: Die Schwangerschaftsdauer entspricht der von Nicht-Leistungssportlerinnen. Spitzensportlerinnen gebären überwiegend spontan vaginal und haben kein erhöhtes Risiko für operative Eingriffe während der Geburt. Neugeborene weisen in der Regel keine erhöhten Risiken für ungünstige Geburtsoutcomes auf. Geburtsgewicht sowie neonataler Gesundheitsstatus entsprechen dem nicht sporttreibenden Frauen. Die Geburt stellt eine tiefgreifende körperliche und psychische Herausforderung dar, die durch Unsicherheiten über die zukünftige Leistungsfähigkeit, mögliche geburtsbedingte Verletzungen sowie identitätsbezogene Ängste verstärkt wird.

Schlussfolgerung: Der Vortrag gibt einen Überblick über alle zum Zeitpunkt und mit dem Algorithmus erfassten und zur Verfügung stehenden Ergebnisse zum Thema Spitzensport und Schwangerschaft, mit Fokus auf das Thema Geburt.

Literatur

1. Nolte J, Thal I, Büthe E, Weber S, Platen P, Legerlotz K. Elite and Sub-elite Athletes and Pregnancy: Training, Performance, Health and Psychological Aspects Across the Pre-, Peri-, and Postnatal Stages: A Scoping Review. Sports Med Open. 2026 Mar 9;12(1):25. DOI: 10.1186/s40798-026-01000-5

KONTINENZ AUF NEUEN WEGEN

Schmerzsymptome bei Frauen mit urogenitalem Prolaps und Möglichkeit der chirurgischen Heilung

Aleksander Antoniewicz[1], Maren Wenk[2], Alexander Yassouridis[3], Bernhard Liedl[1]

1 Urologische Klinik Planegg, München-Planegg, Deutschland
2 Klinik für Urologie und Urochirurgie, Universitätsmedizin Mannheim, Mannheim, Deutschland
3 Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, Deutschland

Einleitung: Heinrich Martius beschrieb bereits 1938, dass urogenitaler Prolaps zu Schmerzen und anderen Symptomen führen kann [1]. P. Petros [2], [3] und K. Goeschen [4] beschrieben erneut eine Schmerzverursachung durch den urogenitalen Prolaps und Möglichkeiten einer chirurgischen Heilung durch Prolapskorrektur. Wir untersuchten, welche apikalen Stadien mit welchen Schmerzsymptomen assoziert sind und beobachteten, wie sich die Schmerzen postoperativ entwickelten.

Methode:

1. Wir analysierten die Daten der Propelstudie, einer prospektiven Multi-Center-Studie (ClinicalTrials.gov identifier: NCT00638235) , bei der sich 277 Frauen mit mindestens 2. gradiger Zysto- oder Rektozele 2. Grades mit oder ohne apikalem Descensus/Prolaps einer vaginalen netzgestützten sakrospinalen apikalen Suspension unterzogen. Prä- sowie 6 Monate, 12 und 24 Monate postoperativ erfolgten POP-Q-Messungen und es wurden 46 Fragen des Pelvic-Floor-Disorder-Inventory-Fragebogens von den Frauen beantwortet. Von folgenden Fragen wurden die Häufigkeiten mäßiger oder starker Symptomausprägung ermittelt:
   PFDI 2: Schmerzen im unteren Abdomen oder der Genitalregion
   PFDI 7: Unwohlsein im Beckenbereich beim Stehen oder körperlicher Aktivität
2. Wir führten eine systematische Literaturanalyse nach PRISMA durch, um zu analysieren, welche Studien mit welchen Operationstechniken eine Schmerzsymptombeobachtung prä- und postoperativ durchführten.

Ergebnisse:

1. Tabelle 1 zeigt die Häufigkeiten mäßiger und starker Beschwerden (R2) prä- und 2 Jahre postoperativ. Sowohl bei apikalem Stadium 1 als auch den Stadien 2-4 zeigten sich ähnliche hohe Symptomprävalenzen präoperativ und auch ähnlich hohe Heilungsraten nach 2 Jahren.
2. Die systematische Literaturanalyse ließ erkennen, dass mehrere Studien mit vaginaler ligamentärer Prolapskorrektur bestehen, die einheitliche hohe Schmerzheilungsraten berichteten. Es fanden sich keine Studie mit Sakrokolpopexie, die eine Schmerzsymptombeobachtung durchführten.

Schlussfolgerung: Diese Daten veranschaulich sehr deutlich, dass der urogenitale Prolaps häufig mit unterschiedlichen Schmerzsymptomen assoziiert sind, die in bis zu 90 % langfristig mit netzgestützten vaginaler apikaler sakkospinaler Fixation geheilt werden können.
Künftige Studien sollten eine Schmerzbeobachtung prä- und postoperativ einschließen, um die unterschiedlichen verfügbaren Operationstechniken diesbezüglich besser vergleichen zu können.

Schmerzsymptome bei Frauen mit urogenitalem Prolaps und Möglichkeit der chirurgischen Heilung

Fortsetzung

Literatur
1. Martius H. Über einen häufigen gynäkologischen Symptomkomplex. Archives of Gynecology and Obstetrics. 1938;166:332-5.
2. Petros PEP. Chronic Pelvic Pain of Unknown Origin: Considerations on Uterosacral Ligament Pathogenesis and Cure. BJOG. 2025.
3. Petros P. Severe Chronic Pelvic Pain in Women May Be Caused By Ligamentous Laxity in the Posterior Fornix of the Vagina. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1996;36:351-4.
4. Goeschen K. Role of uterosacral ligaments in the causation and cure of chronic pelvic pain syndrome. Pelviperineology. 2015;34(1):2-20.

KONTINENZ AUF NEUEN WEGEN

Unterversorgung und ökonomische Auswirkungen von Inkontinenzhilfsmitteln nach radikaler Prostatektomie: Evidenz aus der deutschen ProKontinenz-Studie

Viktoria Menzel[1], Christoph Kowalski[2], Sophie K. Schellack[2], Rainer Koch[1], Sebastian Dieng[3], Axel Haferkamp[4], Alexander Winter[5], Andreas Blana[6], Carsten Schwarzer[7], Andreas Gonsior[8], Karl H. Tully[9], Stefan Baltes[10], Ingo Kausch[11], Andreas Manseck[12], Serdar Deger[13], Firas Jamour[14], Joerg Erdmann[15], Ina H. Kunz[16], Holger Kujau[17], Martina Schleder[18], Anna Schulze[19], Jan Ramm[20], Markus Straub[21], Kristin Blanchard[22], Dennis Wielander[23], Andreas Neisius[24], Hans-Peter Gerbershagen[25], Felix Wezel[26], Stefan Conrad[27], Reinhard Hofmann[28], Simon Müller[29], Karl-Dietrich Sievert[30], Rishav Pradhan[31], Roger Riexinger[32], Petra Stamm[33], Thomas Knoll[34], Oliver Hahn[35], Johannes Graff[36], Ernst-Guenther Carl[37], Johannes Huber[38], Christian Thomas[1], Martin Baunacke[1]

1 Department of Urology, Medical Faculty Carl Gustav Carus TU Dresden, Dresden, Deutschland
2 Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Deutschland
3 OnkoZert GmbH, Neu-Ulm, Neu-Ulm, Deutschland
4 Department of Urology, University Hospital Johannes Gutenberg, Mainz, Deutschland
5 University Hospital for Urology, Klinikum Oldenburg, Department of Human Medicine, School of Medicine and Health Sciences, Carl von Ossietzky University Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
6 Department of Urology, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland
7 Department of Urology, Klinikum Dortmund, Dortmund, Deutschland
8 Department of Urology, University Hospital Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland
9 Department of Urology and Neurourology, Marien Hospital Herne, Ruhr-University Bochum, Herne, Deutschland
10 KRH Klinikum Region Hannover, Klinikum Siloah, Hannover, Deutschland
11 Department of Urology and Paediatric Urology, Ammerland Klinik GmbH, Westerstede, Deutschland
12 Department of Urology, Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland
13 Department of Urology, Medius-Klinik Ostfildern-Ruit, Ostfildern, Deutschland
14 Department of Urology, Klinikum Westmünsterland, Ahaus, Deutschland
15 Prostate Cancer Centre Tauber-Franken, Bad Mergentheim, Deutschland
16 Department of Urology, Zeisigwaldkliniken Bethanien, Chemnitz, Deutschland
17 Department of Urology, SRH Wald-Klinikum Gera, Gera, Deutschland
18 Department of Urology, St. Elisabeth Hospital Straubing, Straubing, Deutschland
19 Department of Urology, Dresden Friedrichstadt General Hospital, Dresden, Deutschland
20 Department of Urology, Sana Klinikum Leipziger Land, Leipziger Land, Deutschland
21 Department of Urology, Klinikum Landshut, Region Landshut, Deutschland
22 Department of Urology, KRH Klinikum Großburgwedel, Burgwedel, Deutschland
23 Department of Urology, Vivantes Auguste-Viktoria Klinikum, Berlin, Deutschland
24 Department of Urology, Brüderkrankenhaus Trier, Trier, Deutschland
25 Department of Urology, Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland
26 Department of Urology, Ulm University Hospital, Ulm, Deutschland
27 Department of Urology, DIAKOVERE Friederikenstift, Hannover, Deutschland
28 Department of Urology, Klinikum Wolfsburg, Wolfsburg, Deutschland
29 Department of Urology, Klinikum Trauenstein/Kliniken Südostbayern AG, Trauenstein, Deutschland
30 Department of Urology, Medical School and University Medical Center OWL, Campus Klinikum Lippe, Bielefeld University, Detmold, Deutschland
31 Department of Urology, Katholische St. Lukas Gesellschaft mbH, St.-Josefs Hospital Dortmund, Dortmund, Deutschland
32 Department of Urology, Klinikverbund Südwest, Kreisklinikum Nagold, Nagold, Deutschland
33 Department of Urology, Heilig Geist-Krankenhaus Köln, Köln, Deutschland
34 Department of Urology, Sindelfingen-Boeblingen Medical Center, University of Tübingen, Sindelfingen, Deutschland
35 Department of Urology, University Hospital Würzburg, Wuerzbrug, Deutschland
36 Department of Urology, St. Elisabeth-Krankenhaus Koeln-Hohenlind, Koeln, Deutschland
37 Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Bonn, Deutschland
38 Department of Urology, University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Unterversorgung und ökonomische Auswirkungen von Inkontinenzhilfsmitteln nach radikaler Prostatektomie: Evidenz aus der deutschen ProKontinenz-Studie

Fortsetzung

Einleitung: Persistierende Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie (RP) ist mit einer erheblichen funktionellen Einschränkung und Beeinträchtigung der Lebensqualität assoziiert. Daten zur tatsächlichen Nutzung von Inkontinenzhilfsmitteln, zu patientenseitigen Informationswegen sowie zu Eigenbeteiligungen an den Versorgungskosten sind bislang begrenzt. Ziel dieser Studie war die systematische Analyse dieser Aspekte bei Männern mit persistierender Inkontinenz nach RP.

Methode: Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Querschnittsstudie unter Verwendung der Baseline-Daten der bundesweiten, multizentrischen deutschen ProKontinenz-Studie. Eingeschlossen wurden Männer mit persistierender Belastungsinkontinenz (→ 2 Vorlagen/Tag) mindestens 12 Monate nach RP. Die Datenerhebung erfolgte mittels validierter Fragebögen zur Erfassung der Inkontinenzschwere, der Kenntnis und Nutzung von Inkontinenzhilfsmitteln sowie der monatlichen patientenseitigen Kosten. Der Urinverlust und der Einsatz von Inkontinenzhilfsmitteln wurden anhand standardisierter, tagebuchbasierter Verfahren quantifiziert. Zur Identifikation unabhängiger Prädiktoren für eine vollständige Eigenfinanzierung von Inkontinenzhilfsmitteln wurde eine multivariable logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 454 Männer eingeschlossen (mittleres Alter 70,8 Jahre). Der mittlere Vorlagenverbrauch betrug 2,8 pro Tag, der mittlere 24-h-Urinverlust 209 ml. Während Vorlagen nahezu allen Patienten bekannt waren (99 %), war das Wissen über Kondomurinale (18 %) und Penisklemmen (19 %) gering. 19 % der Teilnehmer gaben an, keinerlei Information zu Inkontinenzhilfsmitteln erhalten zu haben. Insgesamt berichteten 78,9% der Patienten über patientenseitige Kosten mit durchschnittlichen monatlichen Ausgaben von 25,22 €. 27% finanzierten ihre Inkontinenzhilfsmittel vollständig selbst. Eine geringere Inkontinenzschwere war mit vollständiger Eigenzahlung assoziiert. In der multivariablen Analyse erwiesen sich geringere Einschränkungen der Rollenfunktion (OR 2,0; 95 %-KI 1,3–3,1), fehlende Information durch den behandelnden Urologen (OR 1,8; 95 %-KI 1,1–2,7) sowie durch den Hilfsmittelversorger (OR 2,6; 95 %-KI 1,3–5,6) als unabhängige Prädiktoren für eine vollständige Eigenfinanzierung.

Schlussfolgerung: Bei Männern mit persistierender Belastungsinkontinenz nach RP koexistieren eine relevante Symptombelastung, ausgeprägte Informationsdefizite und häufige Eigenbeteiligungen. Eine strukturierte, urologisch geleitete Beratung zu Inkontinenzhilfsmitteln stellt einen potenziell modifizierbaren Bestandteil der Versorgung belastungsinkontinenter Männer dar.

Interessenkonflikt: Die ProKontinenz-Studie wurde durch den Innovationsfonds (01VSF23023) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Deutschland, finanziert.

Wissensdefizite und Versorgungsbarrieren bei Männern mit Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie: Evidenz aus der deutschen ProKontinenz-Studie

Martin Baunacke[1], Christoph Kowalski[2], Sophie K. Schellack[2], Rainer Koch[1], Sebastian Dieng[3], Axel Haferkamp[4], Alexander Winter[5], Andreas Blana[6], Carsten Schwarzer[7], Andreas Gonsior[8], Karl H. Tully[9], Stefan Baltes[10], Ingo Kausch[11], Andreas Manseck[12], Serdar Deger[13], Firas Jamour[14], Jörg Erdmann[15], Ina H. Kunz[16], Holger Kujau[17], Martina Schleder[18], Anna Schulze19, Jan Ramm[20], Markus Straub[21], Jasper Koenig[22], Dennis Wielander[23], Andreas Neisius[24], Hans-Peter Gerbershagen[25], Felix Wezel[26], Stefan Conrad[27], Reinhard Hofmann[28], Simon Müller[29], Karl-Dietrich Sievert[30], Rishav Pradhan[31], Roger Riexinger[32], Petra Stamm[33], Thomas Knoll[34], Oliver Hahn[35], Johannes Graff[36], Ernst-Günther Carl[37], Johannes Huber[38], Christian Thomas[1], Viktoria Menzel[1]

1 Department of Urology, Medical Faculty Carl Gustav Carus TU Dresden, Dresden, Deutschland
2 Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Deutschland
3 OnkoZert GmbH, Neu-Ulm, Deutschland
4 Department of Urology, University Hospital Johannes Gutenberg, Mainz, Deutschland
5 University Hospital for Urology, Klinikum Oldenburg, Department of Human Medicine, School of Medicine and Health Sciences, Carl von Ossietzky University Oldenburg, Oldenburg, Deutschland
6 Department of Urology, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland
7 Department of Urology, Klinikum Dortmund, Dortmund, Deutschland
8 Department of Urology, University Hospital Leipzig AöR, Leipzig, Deutschland
9 Department of Urology and Neurourology, Marien Hospital Herne, Ruhr-University Bochum, Herne, Deutschland
10 KRH Klinikum Region Hannover, Klinikum Siloah, Hannover, Deutschland
11 Department of Urology and Paediatric Urology, Ammerland Klinik GmbH, Westerstede, Deutschland
12 Department of Urology, Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland
13 Department of Urology, Medius-Klinik Ostfildern-Ruit, Ostfildern, Deutschland
14 Department of Urology, Klinikum Westmünsterland, Ahaus, Deutschland
15 Prostate Cancer Centre Tauber-Franken, Bad Mergentheim, Deutschland
16 Department of Urology, Zeisigwaldkliniken Bethanien, Chemnitz, Deutschland
17 Department of Urology, SRH Wald-Klinikum Gera, Gera, Deutschland
18 Department of Urology, St. Elisabeth Hospital Straubing, Straubing, Deutschland
19 Department of Urology, Dresden Friedrichstadt General Hospital, Dresden, Deutschland
20 Department of Urology, Sana Klinikum Leipziger Land, Leipziger Land, Deutschland
21 Department of Urology, Klinikum Landshut, Region Landshut, Deutschland
22 Department of Urology, KRH Klinikum Großburgwedel, Burgwedel, Deutschland
23 Department of Urology, Vivantes Auguste-Viktoria Klinikum, Berlin, Deutschland
24 Department of Urology, Brüderkrankenhaus Trier, Trier, Deutschland
25 Department of Urology, Klinikum Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland
26 Department of Urology, Ulm University Hospital, Ulm, Deutschland
27 Department of Urology, DIAKOVERE Friederikenstift, Hannover, Deutschland
28 Department of Urology, Klinikum Wolfsburg, Wolfsburg, Deutschland
29 Department of Urology, Klinikum Trauenstein/Kliniken Südostbayern AG, Trauenstein, Deutschland
30 Department of Urology, Medical School and University Medical Center OWL, Campus Klinikum Lippe, Bielefeld University, Detmold, Deutschland
31 Department of Urology, Katholische St. Lukas Gesellschaft mbH, St.-Josefs Hospital Dortmund, Dortmund, Deutschland
32 Department of Urology, Klinikverbund Südwest, Kreisklinikum Nagold, Nagold, Deutschland
33 Department of Urology, Heilig Geist-Krankenhaus Köln, Köln, Deutschland
34 Department of Urology, Sindelfingen-Boeblingen Medical Center, University of Tübingen, Sindelfingen, Deutschland
35 Department of Urology, University Hospital Würzburg, Würzburg, Deutschland
36 Department of Urology, St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind, Köln, Deutschland
37 Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Bonn, Deutschland
38 Department of Urology, University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Unterversorgung und ökonomische Auswirkungen von Inkontinenzhilfsmitteln nach radikaler Prostatektomie: Evidenz aus der deutschen ProKontinenz-Studie

Fortsetzung

Einleitung: Die Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie beeinträchtigt die Lebensqualität erheblich, wird jedoch trotz wirksamer operativer Therapieoptionen weiterhin unzureichend behandelt. Die anhaltend niedrigen Interventionsraten in Europa weisen auf eine Versorgungslücke hin. Ziel dieser Studie war es, das Wissen von Patienten über operative Inkontinenzoperationen nach Prostatektomie sowie Barrieren für die Inanspruchnahme einer Therapie zu untersuchen.

Methode: Es handelt sich um eine Querschnittsstudie auf Basis der Baseline-Daten der ProKontinenz-Studie. Eingeschlossen wurden Männer mit persistierender Belastungsinkontinenz → 12 Monate nach radikaler Prostatektomie (→ 2 Vorlagen/Tag, keine vorausgegangene Inkontinenzoperation) aus 34 zertifizierten Prostatakrebszentren. Die Datenerhebung erfolgte 2025 mittels validierter Fragebögen sowie eines 24-h-Vorlagentests. Primärer Endpunkt war das Wissen über operative Therapieoptionen der Inkontinenz. Sekundäre Endpunkte umfassten Informationsquellen, Therapiebarrieren sowie Zusammenhänge mit Symptombelastung und Lebensqualität. Die Auswertung erfolgte deskriptiv; Prädiktoren fehlenden Wissens wurden mittels logistischer Regressionsanalyse untersucht.

Ergebnisse: 526 von 692 Männern nahmen teil (Rücklaufquote 90 %). 59,3 % gaben an, keine Kenntnis über operative Inkontinenz-Therapieoptionen zu haben. Fehlendes Wissen war assoziiert mit geringerer Urinverlustmenge (154 vs. 286 ml/Tag), niedrigeren ICIQ-UI-SF-Scores (10,9 vs. 12,9), besseren Subskalen des King's Health-Fragebogens sowie fehlender Information durch den Urologen, die operierende Kliniken, der Partnerin oder das Internet. Unabhängige Prädiktoren für fehlendes Wissen waren geringer Urinverlust (OR 2,9; 95 %-KI 1,6–5,1), weniger ausgeprägte KHQ-Beeinträchtigung (OR 2,2; 95 %-KI 1,1–4,4), Sorgen hinsichtlich des Therapieerfolgs (OR 2,4; 95 %-KI 1,4–4,2) sowie fehlende Information durch den Urologen (OR 4,0; 95 %-KI 1,2–13,5), die operierende Klinik (OR 2,0; 95 %-KI 1,1–3,9) oder den Partner (OR 1,8; 95 %-KI 1,0–3,3). Limitationen sind die Selbstauskunft der Daten und eine nicht validierte Definition des Wissensbegriffs.

Schlussfolgerung: Mehr als die Hälfte der Patienten mit Belastungsinkontinenz → 12 Monate nach Prostatektomie verfügt über kein Wissen zu potenziell effektiven operativen Therapieoptionen. Informationsdefizite – und nicht primär die Symptomausprägung – scheinen eine zentrale Rolle zu spielen. Eine strukturierte, leitlinienbasierte Patienteninformation sowie eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation könnten dazu beitragen, diese Versorgungslücke zu schließen.

Interessenkonflikt: Die Studie wurde durch den Innovationsfonds (01VSF23023) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Deutschland, finanziert.

10-Jahres-Ergebnisse nach nervenschonender Sakrokolpopexie zur Fixierung des Scheidenstumpfes unter Verwendung resorbierbarer versus nicht resorbierbarer Nahtmaterialien: eine prospektive randomisierte Studie

Christoph Oettling[1], Lukas Feil[1], Birgitt Schönfisch[1], Jürgen Andress[1], Kathrin Beilecke[2], Juliane Marschke[2], Andrea Lippowski[2], Ralf Tunn[2], Christl Reisenauer[1], Sara Brucker[1]

1 Universitätsfrauenklinik, Tübingen, Deutschland
2 Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Einleitung: Evaluation der 10-Jahres-Ergebnisse nach nervenschonender Sakrokolpopexie (SKP) bei Scheidenstumpfprolaps sowie Vergleich resorbierbarer versus nicht-resorbierbarer Nähte zur Netzfixation an der Vaginalwand hinsichtlich anatomischen Erfolg, funktionellen Outcome sowie naht- bzw. netzassoziierten Komplikationen.

Methode: Diese prospektiv randomisierte Studie wurde an zwei Zentren in Deutschland durchgeführt. Patientinnen mit symptomatischem Scheidenstumpfprolaps (POP-Q II–III), die sich einer laparoskopischen SKP unterzogen, wurden bezüglich einer Netzfixation mit resorbierbaren (Vicryl, VIC) oder nicht-resorbierbaren Nähten (Ethibond, ETH) randomisiert. Primärer Endpunkt war der anatomische Erfolg. Sekundäre Endpunkte umfassten funktionelle Ergebnisse, erhoben mittels validierter Fragebögen, materialassoziierte Komplikationen sowie urogynäkologischen Folge-Operationen.

Ergebnisse: Von den 195 eingeschlossenen Patientinnen standen 104 Frauen (53,3 %) für das 10-Jahres-Follow-up zur Verfügung (55 in der Ethibond-Gruppe, 49 in der Vicryl-Gruppe). Ein anatomischer Erfolg wurde bei 103 von 104 Patientinnen erzielt; die eine Patientin ohne anatomischen Erfolg war jedoch asymptomatisch. Nach 10 Jahren wiesen 102 Frauen ein POP-Q-Stadium 0 und zwei ein Stadium I im apikalen Kompartiment auf. Eine Nahtpenetration in die Vagina wurde in drei Fällen (ETH) beobachtet. Eine asymptomatische Netzerosion trat in der ETH-Gruppe auf, zwei Netzerosionen in der VIC-Gruppe erforderten eine Exzision. Die Scores für Beckenbodensymptome verbesserten sich postoperativ und blieben über 10 Jahre hinweg in den Bereichen Prolaps, Blasenfunktion, Darmfunktion und Sexualfunktion verbessert. Die Darmfunktion verbesserte sich signifikant. Zwischen den beiden Nahtmaterialien zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Schlussfolgerung: Die nervenschonende Sakrokolpopexie ermöglicht eine dauerhafte anatomische Korrektur sowie eine anhaltende funktionelle Verbesserung über einen Zeitraum von 10 Jahren. Resorbierbare Nähte waren hinsichtlich der vaginale Netzfixation den nicht-resorbierbaren Fäden nicht unterlegen.

Structured Teaching of Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS) in Uganda – from Simulation Model to Live Surgery

Martina Machacek[1], Tilemachos Kavvadias[2], Jörg Humburg[1], Paul Kalyebara[3], Musa Kayondo[3], Verena Geissbühler[2]

1 Bethesda Spital, Basel, Switzerland
2 University Hospital of Basel, Basel, Switzerland
3 Mbarara University of Science and Technology (MUST), Mbarara, Uganda

Introduction: Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) are defined as a disruption of the anal sphincter during vaginal delivery. Third-degree tears involve injury to the external anal sphincter and/or internal anal sphincter. Fourth-degree tears extend through the rectal mucosa. In Switzerland, the incidence of OASIS ranges from 2.0% in spontaneous vaginal births to 7.4% in instrumental vaginal deliveries [1]. OASIS causes significant morbidity, including anal incontinence, rectovaginal fistula and pain, thereby negatively affecting women's quality of life in the short and long term [2].
In Uganda, a low-income country, access to obstetric and medical care is limited, and treatment is therefore often delayed. Many women with OASIS live with permanent incontinence, leading to social and economic stigma.
For over a decade, annual one-week surgical camps have been organized at Bwindi Community Hospital and Mbarara University of Science and Technology (MUST). These camps provide surgical treatment for women with OASIS and train young local physicians within an accredited urogynaecology fellowship program.

Methods: During the 2025 surgical camp at MUST, the repair of a fourth-degree perineal tear was recorded. In addition, a simple simulation model was developed to demonstrate the stepwise management of a fourth-degree perineal tear.

Results: The video demonstrates the stepwise management of a fourth-degree perineal tear. It first presents the repair technique on a simulation model, focusing on anatomical orientation and surgical principles, followed by its application in the operating room.

Conclusion: This film serves as a training video for physicians involved in the management of OASIS. It highlights standardized steps for repairing OASIS and emphasizes the importance of teaching. In addition, the film demonstrates how simple simulation models can be used to practice and teach OASIS repair skills.

Komplexität von Geburtsfisteln – Herausforderungen bei Prävention, Therapie und Nachsorge in Subsahara-Afrika

Barbara Teltschik

Fistula e.V., Stuttgart, Deutschland

Einleitung: Geburtsfisteln stellen immer noch ein großes Problem in den unterfinanzierten Gesundheitssystemen Subsahara-Afrikas dar. Nach Rückgang der Gelder aus der Entwicklungszusammenarbeit mit den USA und Europa und zunehmenden bewaffneten Konflikten werden die Herausforderungen noch größer. Als Beispiel dient Burkina Faso, wo manche Landesteile ohne medizinische Versorgung sind und sich die Prävalenz von Geburtsfisteln in den letzten Jahren verdoppelt hat [1]. Zunehmend treten iatrogene Fisteln nach Sectio caesarea und geburtshilflichen Notoperationen wie nach einer Uterusruptur auf, seltener nach geplanten gynäkologischen Eingriffen [2]. Dies sind Zeichen mangelnder Ausbildung und Verfügbarkeit von medizinischem Personal. Die komplexen Verletzungen erfordern eine bessere Ausbildung der Operateure, eine differenziertere Diagnostik und die lokale Verfügbarkeit eines guten Standards an Operationsinstrumenten. Geburtsfisteln werden heute von der UN heute als Menschenrechtsverletzung eingestuft. Die Therapie der sozial geächteten Patientinnen beschränkt sich nicht auf den chirurgischen Bereich. Fistulaüberlebende benötigen außerdem psychosoziale Betreuung und längere Reintegrationsmaßnahmen, die in spezialisierten Zentren erfolgen sollten [3]. Prävention ist primäres Ziel!

Methode: Literaturrecherche, Auswertung von Patientendaten des TERREWODE Women's Community Hospitals in Soroti/Uganda und des ARENA Centre Médicale der Association Renaissance in Ouagadougou/Burkina Faso sowie eigene Erfahrungen bei der Projektbetreuung über 22 Jahre.

Ergebnisse: Die Herausforderungen bei Patientenidentifikation und Prävention, Auswertung der Patientendaten bezüglich Fistelgenese und -lokalisation sowie patient outcome werden am Beispiel von Uganda und Burkina Faso demonstriert und mögliche Lösungsansätze diskutiert. Die notwendigen Datensätze aus 2025 liegen zum Zeitpunkt der Abstrakteinreichung noch nicht komplett vor.

Schlussfolgerung: Vermehrt muss in ländlichen Regionen der Fokus auf Bildung für Mädchen, spätere Verheiratung und bessere Versorgung während Schwangerschaft und Geburt gelegt werden. Die Ausbildung von Hebammen und Ärzten muss dringend modernisiert werden, sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Fistelchirurgie. Eine patientenorientierte Nachsorge zur beruflichen Bildung und Reintegration in die Dorfgemeinschaft ist der Schlüssel zur Sekundärprävention, aber auch zur Primärprävention und Identifikation von Geburtsfisteln.

Literatur

1. United Nations Population Fund (UNFPA); Gesundheitsministerium Burkina Faso, Hrsg. Eliminer la fistule obstétricale au Burkina Faso d'ici à 2030: investissements et leviers essentiels. Juni 2023.
2. Fistula Care Plus. Iatrogenic fistula: an urgent quality of care challenge. New York: Fistula Care Plus/ EngenderHealth; 2016.
3. Wall LL, Ouedraogo I, Ayenachew F. Contemporary Issues in Obstetric Fistula. Clin Obstet Gynecol. 2021 Sep 1;64(3):491-500. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000630

Uterovesikale Fistel und Aortenklappenendokarditis nach vaginal-operativer Entbindung

Kathrin Meese[1], Bastian Amend[2], Sara Brucker[1], Christl Reisenauer[1]

1 Department für Frauengesundheit Universitätsfrauenklinik Tübingen, Tübingen, Deutschland
2 Urologische Klinik, Kreiskliniken Reutlingen, Reutlingen, Deutschland

Einleitung: Interdisziplinäre Behandlung einer Patientin mit geburtsbedingter uterovesikaler Fistel und Endokarditis mit Aortenklappeninsuffizienz nach postpartaler Endometritis.
Anamnese und klinischer Befund: Wir berichten über eine 36-jährige Patientin IIIG/ IIIP mit fortbestehendem Kinderwunsch und zyklusabhängiger Makrohämaturie, persistierendem Urinabgang über die Scheide sowie rezidivierendem Fieber, Schüttelfrost, Bauchkrämpfen, Husten, ungewolltem Gewichtsverlust und ausgeprägter Kraftlosigkeit. Vorgeschichte: zwei Geburten per Sectio caesarea (2019, 2021), zuletzt mit Blasenläsion und Revision, gefolgt von einer dritten Geburt per Vakuumextraktion und Dammriss II° (Juli 2024). Eine postpartale Endometritis wurde antibiotisch mit Cefuroxim behandelt.
Klinisch zeigte sich wässriges Scheidensekret; sonographisch bestand der Verdacht auf eine uterovesikale Fistel.

Diagnose: Zur Sicherung der Diagnose wurde eine Narkoseuntersuchung mit diagnostischer Zystoskopie und Hystero-skopie durchgeführt. Es zeigte sich eine kleine, blande uterovesikale Fistel.

Therapie und Verlauf: Am Tag nach der Untersuchung kam es zu einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Die internistische Abklärung ergab eine hochgradige Aortenklappeninsuffizienz bei Aortenklappen-Endokarditis und Nachweis von Enterococcus faecalis in der Blutkultur. Es erfolgten die antibiotikagerechte Therapie über insgesamt 7 Wochen und der dringliche Aortenklappenersatz mit biologischer Prothese.
Nach Stabilisierung wurde unter Endokarditisprophylaxe interdisziplinär ein laparoskopisch roboterassistierter utero-vesikaler Fistelverschluss durchgeführt. 3 Wochen postoperativ konnte der suprapubische Katheter nach unauffälligem Zystogramm entfernt werden. Die Patientin erholte sich gut von dem operativen Eingriff und blieb beschwerdefrei.
Die Ausbildung einer uterovesikalen Fistel sowie eine Endometritis mit hämatogener Streuung bis hin zur Endokarditis gehören zu den seltenen postpartalen Komplikationen, an die differentialdiagnostisch gedacht werden sollte.

HARNINKONTINENZ, GEBURT UND KOMPLIKATIONEN: VARIA

Youssef-Syndrom

Lukas Feil[1], Christoph Oettling[1], Bastian Amend[2], Sara Brucker[1], Christl Reisenauer[1]

1 Universitätsfrauenklinik, Tübingen, Deutschland
2 Urologische Klinik, Reutlingen, Deutschland

Einleitung: Interdisziplinäre Behandlung einer 35-jährigen Patientin mit utero-vesikaler Fistel (Youssef-Syndrom) nach Kaiserschnittentbindung bei Plazenta praevia mit intraoperativer Blasenverletzung.
Eine 35-jährige Frau stellte sich mit Amenorrhö und zyklischer Hämaturie (Menourie) vor. Eine Inkontinenz bestand nicht. Die Symptome traten nach ihrer ersten Kaiserschnittentbindung auf und persistierten bereits 3 Jahre

Methode: Eine Zystoskopie wurde durchgeführt, klinisch und histopathologisch wurde eine vesikale Endometriose diagnostiziert. Sechs Monate nach erfolgloser Hormontherapie (Visanne®) wurde sie an unsere Klinik überwiesen.
Die Beckenbodensonographie zeigte einen Fistelgang zwischen der hinteren Blasenwand und dem Isthmus uteri. Die Zystoskopie ergab eine Fistel mit einem Durchmesser von 1,5 cm im rechten supratrigonalen Bereich. Eine Hysteroskopie konnte aufgrund einer Zervixstenose nicht durchgeführt werden. Die Zervixstenose erklärte die Harnkontinenz der Patientin.

Ergebnisse: Die Operation der utero-vesikalen Fistel wurde per Laparotomie durchgeführt. Nach Präparation der Blase vom Uterus wurde eine Dilatation der Zervix vom inneren zum äußeren Muttermund mit Hegar-Stiften vorgenommen. Die Fistelöffnungen wurden anschließend jeweils mit zwei spannungsfreien Nahtreihen verschlossen. Zwischen Uterus und Blase wurde ein Omentum majus-Lappen interponiert. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Bei der Nachuntersuchung zwei Jahre nach der Operation war die Menstruation wieder normal und es gab keine Anzeichen für ein Rezidiv.

Schlussfolgerung: Das Youssef-Syndrom (Amenorrhö, zyklische Hämaturie und Harninkontinenz) ist eine der möglichen Langzeitkomplikationen nach Kaiserschnitten. Aufgrund weltweit stetig steigender Kaiserschnittraten könnte diese Art der vesiko-uterinen Fistel häufiger auftreten. Gynäkologen und Urologen sollten sich der klinischen Erscheinungsform bewusst sein.

Literatur

1. Youssef AF. 'Menouria' following lower segment caesarean section: a syndrome. Am J Obstet Gynecol 1957;73:759-67.

Urethral Pressure Distribution and Treatment Response After Urethral Bulking Injection in Female Stress Urinary Incontinence: an Exploratory Retrospective Study

Yaman Degirmenci, Gilbert Georg Klamminger, Katharina Delfs

Department of Obstetrics and Gynecology, University Medical Center of the Johannes Gutenberg University Mainz, Mainz, Germany

Introduction: Urethral bulking therapy is an established minimally invasive treatment for female stress urinary incontinence (SUI), yet clinical outcomes vary considerably between patients despite standardized injection techniques. Differences in urethral pressure distribution may reflect distinct functional urethral phenotypes that influence treatment response and may also help identify individualized injection sites, as previously explored in a single study [1]. However, whether urethral pressure distribution can serve as a functional phenotyping tool to predict treatment response after bulking therapy remains unknown. The objective of this study is to evaluate whether preoperative urethral pressure profile characteristics are associated with improvements in symptoms and quality-of-life outcomes following proximal urethral bulking injection.

Methods: This exploratory retrospective study included women treated with urethral bulking therapy for urodynamic SUI between January 2024 and December 2025 at a tertiary referral center. Preoperative urethral pressure profile parameters were analyzed, including maximum urethral closure pressure (pclomax), closure pressure at 30% of urethral length (pclo30), and at 70% (pclo70). Ratios reflecting urethral pressure distribution were calculated (pclo30/pclomax, pclo70/pclomax, pclo70/pclo30). Clinical outcomes were assessed using the ICIQ-SF questionnaire and a quality-of-life (QoL) score. Treatment response was defined as →50% improvement in ICIQ-SF total score.

Results: Twelve patients with complete datasets were included. Seven patients (58%) achieved →50% improvement in ICIQ-SF score and were classified as responders. Responders tended to have lower baseline urethral closure pressures than non-responders. Greater quality-of-life improvement was associated with higher pclo30/pclomax ratios. ROC analysis identified a pclo30/pclomax cut-off value of 0.56 predicting greater QoL improvement (AUC = 0.81).

Conclusion: Preoperative urethral pressure distribution may represent functional urethral phenotypes associated with different response patterns following urethral bulking therapy. These preliminary findings suggest that urodynamic phenotyping could help guide individualized bulking injection strategies and warrant further evaluation in larger prospective studies.

References

1. Kuhn A, Stadlmayr W, Lengsfeld D, Mueller MD. Where should bulking agents for female urodynamic stress incontinence be injected? Int Urogynecol J. 2008;19:817-821.

Anteriores transvaginales Netz zur Behandlung von Beckenbodensenkungen

Torsten Brosche, Anna Multhaup

Frauenklinik DRK Krankenhaus, Chemnitz-Rabenstein, Deutschland

Einleitung: Der Deszensus genitalis kann die Lebensqualität der Frau stark beeinträchtigen. Aufgrund der längeren Lebenserwartung und der Veränderung des Lebensstils nimmt die Bedeutung von Beckenbodenfunktionsstörung zu. Das Risiko für eine Deszensus- oder Inkontinenzoperation liegt zeitlebens bei 11-19%. Neben konservativen Maßnahmen stehen vaginale, abdominale und laparoskopische Operationsverfahren zur Verfügung. Bei 29% der Patienten ist eine Rezidivoperation notwendig. Aufgrund der Diskussionen rund um die vaginale Netzeinlage haben wir uns zu einer multizentrischen, prospektiven, einarmige Kohortenstudie zum Thema der minimalinvasiven, transvaginalen chirurgischen Behandlung des Deszensus genitales mittels „Surelift MIPS" entschlossen. Gemäß der SCENIHR-Empfehlung und der gemeinsamen deutsch-österreichisch-schweizerischen Leitlinie sollten transvaginale Netzimplantate im Falle eines Rezidivs oder in bestimmten Fällen sogar in der Primärsituation eigesetzt werden. Entscheidend ist, dass die Patienten individuell behandelt werden und die Vor- und Nachteile von Netzen im Hinblick auf den individuellen Befund berücksichtigt werden. Klare Indikationen und chirurgische Expertise, einschließlich einer umfassenden Ausbildung des Operateurs, ein Komplikationsmanagement in spezialisierten urogynäkologischen Zentren sowie die kontinuierliche Verbesserung der transvaginalen Netze, sind entscheidend dafür, dass transvaginale Netzimplantate weiterhin eine Option in der POP-Chirurgie sind [1].

Methode: Zum Einsatz kam das Surelift Minimally Invasive Prolapse System (Surelift® MIPS), ein monofiles polypropylen 4-Punkt-Netz. Die hinteren Verankerungspunkte des Netzes werden beidseits am Ligamentum sacrospinalis mittels Anker und monofiler Fadennaht befestigt. Die vorderen Arme des Netzes werden mit einer minimalinvasiven Fixationstechnik in die endopelvine Faszie des transobturatorischen Muskels eingeführt. Das Surelift Minimally Invasive Prolapse System (Surelift® MIPS) kann zur Behandlung von Defekten des vorderen oder hinteren Kompartiments eingesetzt werden. In der hier vorliegenden Studie wurde das Netz im vorderen Kompartment eingesetzt.
Nach positivem Ethikvotum im Juli 2023 konnten wir 155 Patientinnen rekrutieren, wovon für 127 ein 12 Monate Follow-up vorliegt. Es erfolgte eine standardisierte präoperative Anamnese inkl. Fragebögen (P-QOL) sowie entsprechende Voruntersuchungen (POP-Q Stadium, urogynäkologischer Ultraschall). Des Weiteren führten wir 4-6 Wochen postoperativ ein telefonisches Follow-up durch. Weitere Follow-up's mit entsprechenden Nachuntersuchungen inkl. Fragebögen erfolgte nach 6 und 12 Monaten. Eine fortführende Auswertung ist nach 36 Monaten geplant. Einschlusskriterien waren ein primärer Deszensus POP-Q Stadium 3 und größer, sowie ein Rezidivdeszensus von POP-Q Stadium 2 und größer. 90% der eingeschlossenen Patienten wiesen ein POP-Q Stadium 3 oder 4 auf.

Anteriores transvaginales Netz zur Behandlung von Beckenbodensenkungen

Fortsetzung

Ergebnisse: Bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr zeigten 95% der Patienten ein Deszensus POP-Q Stadium von 0 oder 1. Es zeigte sich eine deutlich signifikante Verbesserung zur Lebensqualität. Auch andere Parameter wie Drangsymptomatik, Fremdkörpergefühl, Blasenentleerungsstörungen und Einschränkungen im Alltag zeigten eine signifikante Verbesserung. Insbesondere bei der Einschränkung in Partnerschaft und Sexualität kam es zu signifikanten Verbesserungen. Dyspareunie wurde lediglich von zwei Patienten angegeben (1,6%). 95% der operierten Frauen fühlten sich ein Jahr nach der Operation sehr viel besser oder viel besser. Eine Netzerosion konnte 1 Jahr postoperativ bei 5 Patienten dargestellt werden (3,9%), wovon zwei chirurgischer Intervention bedurften.

Schlussfolgerung: Die Verwendung des Surelift Minimally Invasive Prolapse System-Netzes ist eine sichere, minimal-invasive und risikoarme vaginale Deszensusoperationsmethode mit einer niedrigen Rezidiv- und Komplikationsrate. Unsere Daten zeigen eine Erfolgsrate von über 90%, sowie eine Zufriedenheit von über 95% nach einem Jahr.

Interessenkonflikte: Dr. med. Anna Multhaup und Dr. med. Torsten Brosche: Neomedic-Kongressunterstützung

Literatur

1. Ng-Stollmann N, Fünfgeld C, Gabriel B, Niesel A. The international discussion and the new regulations concerning transvaginal mesh implants in pelvic organ prolapse surgery. Int Urogynecol J. 2020 Oct;31(10):1997-2002. DOI: 10.1007/s00192-020-04407-0

HARNINKONTINENZ, GEBURT UND KOMPLIKATIONEN: VARIA

Prä- und postoperative Beckenbodenrehabilitation rund um die radikale Prostatektomie

Cathleen Deparade

Praxis Physiotherapie am Alea Park, Bad Orb, Deutschland

Zielsetzung: Darstellung eines praxisorientierten physiotherapeutischen Therapiekonzepts zur prä- und postoperativen Beckenbodenrehabilitation bei Männern mit geplanter oder erfolgter radikaler Prostatektomie. Im Mittelpunkt stehen die frühzeitige Schulung der Körperwahrnehmung, die funktionelle Ansteuerung des Beckenbodens, die alltagsbezogene Kontinenzsicherung sowie die strukturierte Begleitung in der ambulanten Versorgung.

Methode: Das Konzept gliedert sich in eine präoperative Vorbereitungsphase, eine postoperative Frühphase sowie eine ambulante Aufbau- und Stabilisierungsphase. Präoperativ erfolgen Aufklärung, Wahrnehmungsschulung, Erlernen von Anspannung und Entspannung des Beckenbodens, Atemkopplung, Husten- und Aufstehstrategien sowie Vorbereitung auf die Zeit nach Katheterentfernung. Postoperativ stehen wundheilungsangepasste Dosierung, Wiedergewinnung der selektiven Ansteuerung, Integration in Haltung und Bewegung, Belastungsmanagement im Alltag, Toilettenverhalten, Trinkverhalten und schrittweise Progression bis in funktionelle Situationen im Vordergrund. Ergänzend werden Scham, Verunsicherung, Sexualität und Adhärenz therapeutischsensibel angesprochen.

Ergebnisse: In der ambulanten Praxis zeigt sich, dass Patienten besonders von der präoperativen Vorbereitung, der klaren therapeutischen Struktur und der alltagsnahen Anleitung profitieren. Wiederkehrende Beobachtungen sind eine bessere Orientierung nach der Operation, ein sicherer Umgang mit Belastungssituationen, eine höhere Übungsadhärenz sowie eine gezieltere Selbststeuerung im Kontinenztraining. Das Konzept erleichtert darüber hinaus die Kommunikation zwischen operativer Versorgung, Rehabilitation und ambulanter Physiotherapie.

Schlussfolgerung: Die prä- und postoperative Beckenbodenrehabilitation rund um die radikale Prostatektomie stellt ein relevantes physiotherapeutisches Handlungsfeld dar. Ein strukturiertes, edukativ und funktionell aufgebautes Therapiekonzept kann die ambulante Nachsorge sinnvoll ergänzen und Patienten beim Wiedererlangen von Kontinenz, Sicherheit und Lebensqualität unterstützen. Der Vortrag stellt das Konzept praxisnah vor und zeigt, wie Inhalte in der physiotherapeutischen Versorgung umgesetzt werden können.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der UrotherapeutInnen / D-A-CH Vereinigung der Urotherapie e. V., Hrsg. Urotherapeutische Leitlinie. Urotherapie vor und nach radikaler Prostatektomie bei Prostatakarzinom. 2024.
2. Schweitzer A. Beckenbodentherapie nach radikaler Prostatektomie bei Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion. MSK – Muskuloskelettale Physiotherapie. 2023;27:147-152.
3. Universitätsklinikum Freiburg. Interview/Beitrag zur Harninkontinenz nach Prostataoperation und physiotherapeutischer Behandlung.

Update einer prospektive Beobachtungsstudie zur Behandlung der posterioren Harnröhrenstenose bei Männern mit dem medikamentenbeschichtetem Ballonkatheter

Benedict Brücher, Jan-Hendrik Vogel, Tamara Hakenes, Andres Jan Schrader, Fabian Queißert
Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Einleitung: Die posteriore Harnröhrenstenose des Mannes stellt ein komplexes Krankheitsbild mit mitunter massiver Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen da. Häufig liegt bei gleichzeitiger Harnbelastungsinkontinenz ein zerstörter Blasenauslass vor. Unsere Studie soll die Sicherheit als auch die Erfolgswahrscheinlichkeit des taxan-beschichteten Optilume® Ballondilatationskatheters bei Behandlung der posterioren Harnröhrenstenose des Mannes evaluieren.

Methode: Es handelt sich um eine prospektive Beobachtungsstudie. Die Patienten wurden in der Klinik für Urologie der Universitätsklinik Münster auf Grund einer posterioren Harnröhrenstenose behandelt. Vor der Dilatation mit dem Optilume Ballon erfolgte entweder eine Sachse Urethrotomie, eine Vor-Dilatation mit Dilatatoren (s-curved, hydrophile Dilatatoren von Cook bis 20 Charr) oder eine Laserinzision (Thulium-Laser).
Es wurde Lokalisation, Art und Ursache der Stenose dokumentiert, die Unterscheidung erfolgte in Anastomosen/Blasenhalsstenose und membranöse/transsphinktäre Stenose. Die Nachbeobachtung erfolgte mittels validierter Fragebögen zur Beurteilung der Patientenorientierten Ergebnisse (PROMS) der Operation sowie zur Abschätzung der Verbesserung der Blasenentleerung. Die Fragebögen beinhalteten Fragen zur Lebensqualität nach der Operation sowie die validierten Fragebögen: Patient Global Impression of Improvement Fragebogen zur Erfassung von Beschwerden beim Wasserlassen, International Consultation on Incontinence Modular Questionaire on Urinary Incontinence – Short Form, Patient Global Impression of Severity und ein 24-h-Pad-Test. Weiterhin erfolgte eine Uroflowmetrie sowie Restharnsonographie bei den Follow-up-Visiten.

Ergebnisse: Seit August 2023 konnten wir 19 Patienten mit einem Follow-up von mehr als 12 Monaten zur aktuellen Auswertung einschließen. Das mittlere Follow-up lag bei 20 ± 5 Monaten. 50% der Stenosen waren in der membranösen Harnröhre lokalisiert. Die Patientenzufriedenheit lag im Median bei 90%. In unserem heterogenen Kollektiv von Patienten mit posteriorer Stenose trat bei nur 2 Patienten ein behandlungs-bedürftiges Rezidiv auf. Postoperativ konnten keine höhergradigen Komplikationen beobachtet werden. Im Verlauf erfolgte bei einigen Patienten im Rahmen einer multimodalen Therapie eine Kontinenzoperation mit gutem Erfolg ohne erkennbar erhöhte Komplikationen.

Schlussfolgerung: Das Optilume-Verfahren ist ein sicheres und in unserem Patientenkollektiv erfolgreiches Verfahren zur minimalinvasiven Behandlung der postoperioren Harnröhrenstenose.

BioSynIRS – prospektiv randomisierte Pilotstudie zu Bionetz versus Synthetischem Netz in der multikompartimentellen Beckenbodenchirurgie

Claudia Rudroff[1], Luisa Hlabe[1], Lars Daenenfaust[2], Axel Heidenreich[1], Sebastian Ludwig[3]
1 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie Universitätsklinikum Köln (AÖR), Köln, Deutschland
2 Universität zu Köln, Köln, Deutschland
3 Klinik für Gynäkologie, Universitätsklinikum Köln (AÖR), Köln, Deutschland

Einleitung: Bei Patientinnen mit obstruktivem Defäkationssyndrom (ODS) und Beckenorganprolaps (POP) ist mitunter eine kombinierte Resektionsrektopexie (L-RRP) und Sakrokolpopexie (L-SCP) erforderlich. Ziel dieser randomisierten Pilotstudie war der Vergleich von biologischem und synthetischem Netzmaterial hinsichtlich Sicherheit und funktioneller Ergebnisse.

Methode: 30 Patientinnen mit schwerem ODS wurden monozentrisch randomisiert und erhielten eine kombinierte L-RRP und L-SCP mit biologischem oder synthetischem Netz (je n = 15). Primärer Endpunkt war die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse. Sekundäre Endpunkte umfassten funktionelle Ergebnisse und anatomische Resultate nach, 1, 6 und 12 Monaten.

Ergebnisse: Beide Gruppen waren hinsichtlich Ausgangscharakteristika vergleichbar. Die Operationszeit war bei synthetischem Netz länger, während die Schmerzen am ersten postoperativen Tag in der biologischen Netzgruppe geringer waren. Netzassoziierte Komplikationen wurden nicht beobachtet. Schwere unerwünschte Ereignisse traten numerisch seltener in der biologischen Netzgruppe auf (13 % vs. 33 %). ODS-Symptome, Darmfunktion, fäkale Inkontinenz sowie POP-Q-Scores verbesserten sich in beiden Gruppen signifikant ($p < 0{,}01$). Nach 12 Monaten zeigten sich stabile funktionelle und anatomische Ergebnisse bei niedriger Rezidivrate.

Schlussfolgerung: Das biologische Netz ist in der L-SCP sicher und zeigt vergleichbare, sehr gute funktionelle und anatomische Ergebnisse wie ein synthetisches Netz. Der Einsatz biologischer Netze stellt damit eine vielversprechende und praktikable Option bei kombinierter L-RRP und L-SCP dar.

Interessenkonflikt: Herr PD Dr. Sebastian Ludwig hat Zuschüsse zu Kongressreisen und Vorträgen von der FEG Textil in Aachen erhalten. Die anderen Autoren haben keine Interessenskonflikte.

What is PGAD and what is its relationship to overactive bladder syndrome?

Sasan Darius Adib[1], Sarah Ricchizzi[1], Benjamin Bender[2], Jens Schittenhelm[3], Berthold Drexler[4], Marcos Tatagiba[1], Christl Reisenauer[5]

1 Department of Neurosurgery, University of Tübingen, Tübingen, Germany
2 Department of Diagnostic and Interventional Neuroradiology, University of Tübingen, Tübingen, Germany
3 Institute of Neuropathology, University of Tübingen, Tübingen, Germany
4 Department of Anesthsiology and Intensive Care Medicine, University of Tübingen, Tübingen, Germany
5 Departement of Obstetrics and Gynecology, University of Tübingen, Tübingen, Germany

Introduction: Persistent genital arousal disorder/genito-pelvic dysesthesia (PGAD/GPD) is a rare and distressing condition characterized by persistent, intrusive genital arousal occurring independently of sexual desire or stimulation. Different studies have found an association with dysuria, elevated urinary urgency and increased urinary frequency. In this report, we describe the successful interdisciplinary management of a case of PGAD/GPD due to a Tarlov cyst (TC) at the level of S2 on the right side, alongside a review of the literature focusing on neuroscientific aspects.

Methods: A 46-year-old female Kurdish patient presented with severe PGAD/GPD symptoms, including uncontrollable and involuntary orgasms of excessive number (up to 200 per day), associated with bilateral lower limb paresthesia and profound impairment of quality of life. PGAD/GPD was diagnosed according to the consensus criteria of the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH).
Magnetic resonance imaging (MRI) of the sacrum revealed a right-sided TC at the level of S2 compressing the corresponding nerve root.
Following interdisciplinary evaluation, microsurgical resection of the TC at the level of S2 was performed with intraoperative neurophysiological monitoring.

Results: Postoperatively, the patient experience improvement of PGAD/GPD symptoms. At two- and four-month follow-up, she remained symptom-free, with MRI confirming complete cyst removal and no residual sacral nerve compression. Quality of life and daily functioning improved substantially.

Conclusion: This case supports a peripheral neurogenic mechanism of PGAD/GPD related to sacral nerve root compression by a TC. Other neurogenic causes of PGAD/GPD besides TC described in the literature include epilepsy (especially in the right temporal lobe), cerebral space-occupying lesions and pudendal neuralgia. PGAD/GPD has also been discussed as a phenotypic variation of overactive bladder syndrome.

HARNINKONTINENZ, GEBURT UND KOMPLIKATIONEN: VARIA

Bulking Agent der 2. Generation

Anna Multhaup, Torsten Brosche

Frauenklinik DRK Krankenhaus, Chemnitz-Rabenstein, Deutschland

Einleitung: In Europa ist ca. jede dritte Frau (25-45 %) von Harninkontinenz betroffen. Neben spannungsfreien Schlingen und der Kolposuspension sind Bulking Agents eine Option zur operativen Therapie der Belastungsharninkontinenz, sowie der Mischharninkontinenz mit dominierender Belastungsharninkontinenz. Durch die periurethrale Injektion eines Bulking Agents kommt es zu einer lokalen Ausdehnung von periurethralem Gewebe, wodurch einerseits die Urethra eingeengt und andererseits die Drucktransmission in der proximalen oder mittleren Urethra erhöht wird. Im Laufe der Zeit wurden verschiedene Materialien erprobt. Mit Urolon steht ein neuer Bulking Agent zur Verfügung, welcher einerseits vollständige Bioresorbierbarkeit, anderseits eine langanhaltende Wirkung verspricht.

Methode: Urolon besteht zu 30 % aus synthetischen Polycaprolacton-Mikrokügelchen (PCL) und zu 70 % aus einem Gelträger aus phosphatgepufferter Kochsalzlösung (PBS), Glycerin und Carboxymethylcellulose (CMC). Das CMC-Gel sorgt für die sofortige Bulking Wirkung, die PCL Mikrosphären, laut Hersteller, für eine anhaltende Wirkung durch eine kontrollierte, pyrogenfreie Fremdkörperreaktion mit Induktion von Kollagenneogenese.
Seit Mai 2025 haben wir bei entsprechender Indikation das Bulking Agent Urolon eingesetzt. Bei allen Patientinnen erfolgte eine standardisierte Anamnese, eine vollständige urogynäkologische Untersuchung, eine Introitussonographie inklusive Restharnmessung, eine Urodynamik, sowie ein Urinstatus. Ausschlusskriterien der Behandlung waren Harnwegs- oder andere genitale Infektionen, eine Uroflow < 10 ml/sec oder Restharn → 50 ml. Der operative Eingriff erfolgte ebenfalls nach standardisierter Technik in Lokalanästhesie oder kurzer i.v. Vollnarkose. Alle Patienten erhielten eine Antibiotikaprophylaxe, bestehend aus einer Einzeldosis von 2 g Cefazolin und 500 mg Metronidazol 30 Minuten vor der Injektion. Injiziert wurde das Urolon unter urethrozystoskopischer Kontrolle (operatives Zystoskop) mit einer 20 G×220 mm Nadel transurethral in die Submukosa, ca 0,5-1 cm distal zum Blasenhals, bei 6, 11 und 2 Uhr, mit Injektion von 0,5-1,0 ml pro Injektionsstelle, bis das Depot visuell die Mittellinie der Urethra erreichte.

Ergebnisse: Die bisherigen Erfahrungen aus unserer Klinik zeigen eine gute Bulking Wirkung ohne allergische Reaktion, Infektion oder sterile Abszessbildung. Studien beschreiben eine initiale Kontinenzrate zwischen 40 und 93 % und nach 2 Jahren zwischen 25-78 %. Die subjektive Besserung der Lebensqualität lag nach 2 Jahren zwischen 64-81 % [1], [2]. Registrierte Nebenwirkungen sind Harnwegsinfekte, Blasenentleerungsstörungen, vorübergehende de novo Urge, Hämaturie und Dysurie. Ein case report beschreibt eine sterile Abszessbildung nach Urolon.

Schlussfolgerung: Polycaprolacton wird seit über 70 Jahren sicher in biomedizinischen Produkten eingesetzt. Weitere groß angelegte und gut konzipierte prospektive Studien sind jedoch erforderlich, um die langfristige Wirksamkeit und Sicherheit von Urolon als paraurethrales Bulking Agent zu bestätigen.

Bulking Agent der 2. Generation

Fortsetzung

Interessenkonflikte: Dr. med. Anna Multhaup und Dr. med. Torsten Brosche: Neomedic-Kongressunterstützung

Literatur

1. Koldewijn E, Oerlemans D, Beulens A, de Wildt M, Vandoninck V, De Wachter S. Treatment of mild to moderate stress urinary incontinence with a novel polycaprolactonebased bioresorbable urethral bulking agent. Urogynaecologia. 2022;34:287. DOI: 10.4081/uij.2022.287
2. Mojsović A, Koldewijn E. A retrospective analysis of 47 procedures using a bioresorbable polycaprolactone based injectable for the treatment of mild to moderate stress urinary incontinence in adult females. Urogynaecologia. 2022;34:283. DOI: 10.4081/uij.2022.283
3. Budo JEM, Heesakkers JP. Sterile abscess formation following periurethral injections with synthetic polycaprolactone microspheres suspended in a carboxymethylcellulose gel (Urolon®): A case report. Continence Reports. 2024;10:100050. DOI: 10.1016/j.contre.2024.100050

HARNINKONTINENZ, GEBURT UND KOMPLIKATIONEN: VARIA

Fallvorstellung – Blasenfunktions- und Erektionsstörungen beim Mann. Erfolgreiche physiotherapeutische Behandlungsansätze

Katrin Franke

Praxis, Köln, Deutschland

Einleitung: Blasenfunktions-, Defäkations- und Erektionsstörungen sind häufige, jedoch oft unterdiagnostizierte Probleme bei Männern, die mit einem chronisch erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur assoziiert sind. Die übermäßige Spannung der Beckenbodenmuskulatur, kann zu einer Vielzahl von urogenitalen und proktologischen Dysfunktionen führen. Diese Störungen manifestieren sich häufig in Form von häufigem, imperativem Harndrang, Schmerzen im Penis oder der Hoden, bei oder nach Defäkation und Störungen der Erektion. Die pathophysiologischen Mechanismen, die diesen Zusammenhang erklären, umfassen eine Beeinträchtigung der neurogenen Steuerung und eine verminderte Durchblutung des Beckenbereichs. Eine multidisziplinäre Herangehensweise, die physiotherapeutische Interventionen zur Entspannung der Beckenbodenmuskulatur sowie psychologische Unterstützung umfasst, kann entscheidend sein, um die Lebensqualität der betroffenen Männer zu verbessern. Zukünftige Forschungen sollten sich auf die Entwicklung gezielterer therapeutischer Strategien konzentrieren, um die komplexen Wechselwirkungen zwischen erhöhtem Beckenbodentonus und urogenitalen Dysfunktionen besser zu verstehen und zu behandeln.
Welchen Stellenwert hat die Physiotherapie bei einem multimodalen und interdisziplinären Behandlungsansatz?

Methode: Anhand eines Patientenfalls werden die Möglichkeiten der konservativen physiotherapeutischen Therapie erläutert.

Ergebnisse: Über einen Zeitraum von 6 Monaten mit physiotherapeutischer Begleitung konnten die Beschwerden deutlich reduziert werden.

Schlussfolgerung: Funktionsstörungen im Urogenitaltrakt bei Männern ohne spezifischen Befund gehören in den Formenkreis der chronischen Beckenschmerzsyndrome, welche die Lebensqualität unserer Patienten massiv einschränkt und immer noch zu spät von Fachärzten als CPPS diagnostiziert und einer multimodalen Therapie zugeführt werden.

HARNINKONTINENZ, GEBURT UND KOMPLIKATIONEN: VARIA

Persistierende Harninkontinenz bei Männern nach radikaler Prostatektomie – Potenzial der spezialisierten Physiotherapie zur Wiedererlangung der Kontinenz

Katrin Franke

Praxis, Köln, Deutschland

Einleitung: Die persistierende Harninkontinenz stellt eine der häufigsten und für Patienten besonders belastenden Komplikationen nach radikaler Prostatektomie dar. Trotz etablierter Anschlussheilbehandlungen und urologischer Rehabilitation bleibt bei einem Teil der Betroffenen eine relevante Inkontinenz bestehen. Diese führt zu erheblichem psychischen Leidensdruck sowie Einschränkungen der Lebensqualität und sozialen Partizipation.

Methode: Warum besteht bei einigen Männern eine persistierende Harninkontinenz nach Prostatektomie, obwohl bei der Dichtigkeitsprüfung eine gute Ansteuerbarkeit des urethralen Sphincters nachgewiesen wurde? Anhand eines Patientenfalls soll erläutert werden, wie durch eine differenzierte physiotherapeutische Anamnese und Funktionsanalyse die Symptomatik des Urinverlustes eingegrenzt und infolgedessen ein individualisierter Therapieplan erstellt werden kann.
Zentrale Interventionen umfassten Edukation zur Kontinenzmechanik, Koordinations- und Wahrnehmungsschulung, Regulation der intraabdominellen Druckverhältnisse, Narbenmobilisation – insbesondere im Bereich der Anastomose – sowie ein gezieltes Beckenboden- und Sphinktertraining.

Ergebnisse: Der Patientenfall zeigt auf, dass durch spezialisierte physiotherapeutische Interventionen oft eine signifikante Verbesserung der Kontinenz auch nach mehreren Jahren, teilweise bis zur vollständigen Wiedererlangung, erzielt werden kann, wenn der urethrale Sphincter willkürlich ansteuerbar ist. Dadurch kann der Bedarf an weiterführenden operativen Maßnahmen, wie der Implantation von Schlingensystemen oder künstlichen Sphinctern eventuell vermieden werden.

Schlussfolgerung: Eine differenziert aufgebaute, spezialisierte Physiotherapie bietet bei persistierender Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie und willkürlich ansteuerbarem urethralen Sphincter ein wirksames konservatives Behandlungskonzept. Durch Kombination edukativer, koordinativer und struktureller Behandlungsansätze kann die funktionelle Kontinenz häufig wiederhergestellt und die postoperative Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig verbessert werden.

PRÄSENTIERENDE AUTOREN

Erik Allemeyer, Georgsmarienhütte	S. 34
Aleksander Antoniewicz, München	S. 43
Martin Baunacke, Dresden	S. 47
Julio Brandl, Berlin	S. 27
Torsten Brosche,Chemnitz	S. 55
Benedict Bruĉher, Münster	S. 58
Sasan Darius Adib, Tübingen	S. 60
Yaman Degirmenci, Mainz	S. 54
Cathleen Deparade, Bad Orb	S. 19, 57
Lukas Feil, Tübingen	S. 49
Katrin Franke, Köln	S. 12, 63, 64
Lisa Frey, Mainz	S. 21
Martin Victor Fuchs, Darmstadt	S. 37
Markus Grabbert, Freiburg	S. 26
Anke Jaekel, Bonn	S. 13
Jennifer Kranz, Aachen	S. 17
Christina Kunkel, Köln	S. 36
Astrid Landmesser, Erkelenz	S. 15
Martina Machacek, Basel, Schweiz	S. 50
Kathrin Meese, Tübingen	S. 52
Viktoria Menzel, Dresden	S. 45
Anna Multhaup, Chemnitz	S. 61
Christoph Oettling, Tübingen	S. 53
Matthias Ponfick, Schwarzenbruck	S. 33
Miriam Raffel, Hamburg	S. 14
André Reitz, Zürich, Schweiz	S. 31
Claudia Rudroff, Köln	S. 59
Sven-Nelson Ruppert, Wolfsburg	S. 32
Heinrich Schulte-Baukloh, Berlin	S. 25
Birgit Schulte-Frei, Köln	S. 42
Nassim Tawanaie Pour Sedehi, Zürich, Schweiz	S. 28, 29, 30
Lucia Sollik, Bayreuth	S. 38
Barbara Teltschik, Stuttgart	S. 51
Stefan Weingärtler, Forchheim	S. 41
Andreas Wiedemann, Witten	S. 23