

36. KONGRESS DER DEUTSCHEN KONTINENZ GESELLSCHAFT

99. Seminar des Arbeitskreises Funktionelle Urologie

14.–15. November 2025 | Stadthalle Bielefeld



ABSTRACTS

www.kontinenzkongress.de

KONGRESSPRÄSIDENT*INNEN

- Dr. Fabian Queißert Universitätsklinikum Münster
- Dr. Claudia Fischhäb Christophorus-Kliniken, Coesfeld
- Dr. Erik Allemeyer Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus Hospital Harderberg,
Georgsmarienhütte

4	Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
6	Arbeitskreis Funktionelle Urologie
8	Übersicht der Abstracts
12	Beckenboden und Geburt
15	Harninkontinenz des Mannes
21	Challenge Harnwegsinfektionen in der Urogynäkologie
22	Therapie der Stuhlinkontinenz – aktuell in der Diskussion
26	Differentialdiagnostische Herausforderungen des Urogenitaltraktes
28	Spezielle Aspekte bei der Deszensustherapie
35	Blasenspeicher- und -entleerungsstörungen
43	Joint Session: spezielle Probleme in der Uro-Gynäkologie
47	Stuhlinkontinenz – Epidemiologie und zielgerichtete Versorgung
48	Hot Topics und Updates
55	Physiotherapie
62	Präsentierende Autoren

Vorstand

1. VORSITZENDER

Univ.-Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Chefarzt der Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH
Pferdebachstr. 27, 58455 Witten

2. VORSITZENDE

Prof. Dr. Christl Reisenauer
Leitende Ärztin der Sektion Urogynäkologie
Universitätsfrauenklinik Tübingen
Calwerstr. 7, 72076 Tübingen

SCHATZMEISTER

Univ.-Prof. Dr. Werner Kneist
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-
und Thoraxchirurgie
Klinikum Darmstadt GmbH
Grafenstr. 9, 64283 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 Schreiber, Hamburg
Christa Thiel, Kassel

Expertenrat

CHIRURGIE/KOLOPROKTOLOGIE

Dr. Gerd Kolbert
Chirurg, Koloproktologe, End- und Dickdarmzentrum
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover

Prof. Dr. Oliver Schwandner
Leitender Arzt Abteilung Proktologie
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg

ERNÄHRUNGSBERATUNG

Dr. rer. medic. Petra Goergens
Dipl. Oecotrophologin
Praxis für Ernährungstherapie
Moldenweg 11, 21339 Lüneburg

GERIATRIE

Dr. Klaus Friedrich Becher
Chefarzt Allgemeine und Geriatrische Rehabilitation,
Klinik Wartenberg, Professor Dr. Selmaier GmbH & Co. KG
Badstr. 43, 85456 Wartenberg

GYNÄKOLOGIE

Dr. Tina Cadenbach-Blome
Chefärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Medizincampus Bodensee, Klinik Tettnang
Emil-Münch-Str. 16, 88069 Tettnang

Prof. Dr. Ursula Peschers
Sektionsleitung Urogynäkologie
Krankenhaus Neuwerk, Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe
Dünner Str. 214-216, 41066 Mönchengladbach

HEIL- UND HILFSMITTEL

Juliane Pohl
Leiterin Referat Ambulante Gesundheitsversorgung
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Prof. Dr. Annette Schröder
Leitung Kinderurologie
Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

NEURO-UROLOGIE

Prof. Dr. Jürgen Pannek
Chefarzt, Abteilung Neuro-Urologie
Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Guido-A.-Zäch-Str. 1, 6207 Nottwil, Schweiz

Dr. Fabian Queissert
Leiter Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
und des Bereichs Neurourologie
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Uniklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

PFLEGE

Sonja Noster
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz, Wunde
Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne/Castrop-Rauxel
Wiescherstraße 24, 44623 Herne

PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

Prof. Dr. Birgit Schulte-Frei
Hochschule Fresenius Köln Gem. GmbH
Dekanin Fachbereich Gesundheit & Soziales
Im Mediapark 4D, 50670 Köln

PHYSIOTHERAPIE

Nina Gärtner-Tschacher
Physiotherapeutin, MPhysio (ManipPhysio)
Universitätsklinikum Zentrum für Physiotherapie
Hoppe-Seyler-Str. 6, 72076 Tübingen

UROLOGIE

Prof. Dr. Ricarda M. Bauer
Fachärztin für Urologie, Urologie Maximilianstraße
Maximilianstr. 31, 80539 München

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel
Direktorin der Klinik, Kontinenzzentrum Südwest
Schwarzwald-Baar Klinikum
Klinikstr. 11, 78052 Villingen-Schwenningen

FÜR DIE APOTHEKEN

Thomas Wierig
Kur-Apotheke, Frankfurter Str. 28, 53572 Unkel

FÜR DEN FÖRDERKREIS

Dr. Sandra Murgas
Medizinische Fachreferentin Urologie
APOGEPHA Arzneimittel GmbH
Kyffhäuserstr. 27, 01309 Dresden

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

Dr. Michaela Lechner
Vizepräsidentin MKÖ
Schwarzspanierstr. 15/3/1, 1090 Wien, Österreich

Premium Mitglieder des Förderkreises

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

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

Förderkreis

AbbVie Deutschland 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

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

Publicare GmbH
Köln, www.publicare-gmbh.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

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, Tübingen
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. Albert Kaufmann, Nottwil, Schweiz
Univ.-Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns, Bonn
PD Dr. Jennifer Kranz, Aachen
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

37. KONGRESS DER DEUTSCHEN KONTINENZ GESELLSCHAFT

101. SEMINAR DES ARBEITSKREISES
FUNKTIONELLE UROLOGIE

Gemeinsam
für Kontinenz



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

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	Beckenboden und Geburt
12	Physiotherapie rund um die Geburt – was kann sie, was tut sie, welche Evidenz haben wir?
13	Verletzungsprävention des Beckenbodens durch die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur präpartal
14	Das Erleben von Frauen mit Stuhlinkontinenz nach Geburtstrauma – ein interpretativ-phänomenologischer Ansatz

Seite	Harninkontinenz des Mannes
15	Informationsdefizit bei Männern mit Belastungsinkontinenz: ein Ansatz zur Optimierung der Patientenversorgung
17	Der maximale Urethralosphinkterdruck beim Mann – Veränderungen mit dem Alter und nach Prostatektomie
18	Ergebnisse eines individualisierten, multimodalen und defizitorientierten Rehabilitationsprogramms bei Postprostatektomie-Inkontinenz
19	Retrospective Analysis of the Extraperitoneal Placement of the Pressure-Regulating Balloon (PRB) of the adjustable Victo® Artificial Urinary Sphincter (AUS)
20	Prospektive Beobachtungsstudie zur Behandlung der posterioren Harnröhrenstenose bei Männern mit dem Paclitaxel-beschichteten Ballonkatheter

Seite	Challenge Harnwegsinfektionen in der Urogynäkologie
21	Evaluierung des Einflusses digitaler Endgeräte zur Überwachung des Blasenfüllstands bei Betroffenen neurogener Blasendysfunktion auf die Lebensqualität

Seite	Therapie der Stuhlinkontinenz – aktuell in der Diskussion
22	Rektumprolaps beim Mann: erfolgreiche Behandlung mit modifizierter ventraler Netzrektopexie nach Sileri
24	Die inkontinente Patientin in der Zeitung – Empfehlungen zur medialen Verarbeitung von schambesetzten Patientenschicksalen als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	Differentialdiagnostische Herausforderungen des Urogenitaltraktes
26	Betroffene von häuslicher und sexualisierter Gewalt in der Beckenbodentherapie
27	Verdacht auf Marfan Syndrom in der Urogynäkologie – ein Fallbericht

Seite	Spezielle Aspekte bei der Deszensustherapie
28	3D-Sonographie in der Urogynäkologie: Präzision in der Diagnostik
29	Beckenschmerzen vor und nach unterschiedlicher apikaler Prolapskorrektur: Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse
30	Der weite Hiatus genitalis – welche (operative) Therapie kann der Patientin angeboten werden?
31	Inzidenz von Re-Prolaps und Reoperation nach Robotic-Assisted Sacrocolpopexy (RASCP) und Risikofaktoren – eine systematische Literaturübersicht
33	Nicht-titanisierte im Vergleich zu titanisierten Polypropylen-Netzen induzieren eine pro-inflammatorische und anti-angiogene Reaktion in Fibroblasten-Kokulturen

Seite	Blasenspeicher- und -entleerungsstörungen
35	Der Einfluss des erfolgreichen Dauerkatheter-Auslassversuches auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patient*innen einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung
36	Gender differences in health outcomes and perceptions among spinal cord injured patients performing intermittent self-catheterization
37	Kombination von intravesikalem Oxybutynin mit Botulinumtoxin bei Patient*innen mit neurogener Detrusorüberaktivität (NDO): Erfahrungen aus der Praxis
39	Signifikante Steigerung der Lebensqualität unter intravesikaler Oxybutynin-Instillation bei neurogener Detrusorüberaktivität: Ergebnisse der UPSIDE-Studie
41	Der Einfluss patientenspezifischer Faktoren auf Dauerkatheter-Auslassversuch und Harninkontinenz in der neurologischen Rehabilitation
42	Analyse der IPSS-Einzelfragen betreffs der App-basierten Therapie von Symptomen des unteren Harntrakts (LUTS) beim Mann: die post-hoc Analyse der randomisierten kontrollierten BEST-Studie

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	Joint Session: spezielle Probleme in der Uro-Gynäkologie
43	Die Manchester-Operation: eine gute Option zur apikalen Fixation bei Wunsch nach einem vaginalen, uterus-erhaltenden Verfahren ohne Einsatz alloplastischen Materials
45	Sexual function in women with uterine prolapse after the modified Manchester Procedure versus sacrospinous hysteropexy: a secondary analysis of a Randomized Controlled Trial
46	Burch colposuspension for stress urinary incontinence in women – results of a retrospective clinical trial

Seite	Stuhlinkontinenz – Epidemiologie und zielgerichtete Versorgung
47	Epidemiologie und Behandlung von Darmfunktionsstörungen in Deutschland – eine retrospektive Analyse von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen

Seite	Hot Topics und Updates
48	Tas2R38 in urethralen Tuft-Zellen bei rezidivierenden Harnwegsinfekten und Epididymitis
50	Prospektive, randomisierte, multizentrische Studie zur Wirksamkeit einer digitalen Gesundheitsanwendung für die Behandlung der naiven und therapierefraktären Überaktiven Blase und Mischharninkontinenz von Mann und Frau
52	The Carbon Footprint of a TVT operation in the Netherlands and Germany: a Life Cycle Assessment
53	Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Bewertung der mobilen App zur Behandlung von weiblicher Drang- und Belastungsinkontinenz
54	DIGAs für die weibliche Harninkontinenz/OAB – ein Inhaltsverzeichnis

ÜBERSICHT DER ABSTRACTS

Seite	Physiotherapie
55	Schwangerschaft und Spitzensport – Bedeutung für den Beckenboden
56	Kraftpakete unter Druck: die Prävalenz von Inkontinenz im deutschen Kraftdreikampf – empirische Analyse mittels quantitativer Online-Befragung mit dem Fokus auf der männlichen Population
57	Fallserie – Beckenbodenschmerzen verursacht durch Geburten – Häufigkeit in der physiotherapeutischen Praxis und Behandlungsergebnisse
58	Physiotherapeutische Diagnostik und Behandlung des persistierenden Beckenschmerzsyndromes
59	Urogynäkologische Rehabilitation im Wandel der Zeit: gestern – heute – morgen
60	Präpartale Physiotherapie

Physiotherapie rund um die Geburt – was kann sie, was tut sie, welche Evidenz haben wir?

Nina Gärtner-Tschacher

Universitätsklinikum Zentrum für Physiotherapie, Tübingen, Deutschland

Einleitung:

1 Jahr postpartal geben noch 2/3 der Frauen Probleme mit dem Beckenboden an [1]. Physiotherapie könnte hier sinnvoll sein, um sowohl prä- als auch postpartal eine bessere Beckenbodenfunktion zu erreichen. Der aktuelle Cochrane Review [2] für Physiotherapie prä- und postpartal bestätigt eine Wirkung von Beckenbodentraining präpartal, allerdings keine Wirkung von postpartalem Beckenbodentraining bei Urininkontinenz. Daher empfehlen manche Leitlinien Beckenbodentraining postpartal (z.B. die NICE Leitlinie), und andere Leitlinien empfehlen kein Beckenbodentraining (z.B. die WHO Leitlinie). Insofern stellt sich die Frage, was Physiotherapie evidenzbasiert und auch auf Basis klinischer Sicht prä- und postpartal tun kann, um die Versorgungssituation von Frauen zu verbessern.

Methode:

Narrativer Review

Ergebnisse:

Es wird dargelegt, weshalb der Cochrane Review auf diese Schlussfolgerungen kommt. Auch z.B. hinsichtlich Levatoravulsion und Senkungsbehandlung direkt postpartal wird die wenig vorhandene Evidenz aufgezeigt. Nachgewiesen sind jedoch Effekte auf die Beckenbodenmuskelfunktion (und welche Vorteile das später im Leben bringen könnte [3] und auch die Effektivität von Physiotherapie bei höhergradigen Dammrissen. Es soll aufgezeigt werden, was Physiotherapie praktisch prä- und postpartal tun könnte – was auch z.T. noch nicht untersucht ist und diskutiert werden darf – und wie am Beispiel einer Levatoravulsion klinische Tests und eine physiotherapeutische Behandlung aussehen könnte.

Schlussfolgerung:

Eine bessere Versorgung prä- und postpartal durch Physiotherapie könnte eine bessere Beckenbodenmuskelfunktion bedingen, allerdings sind die evidenzbasierten Nachweise hierfür gering.

Interessenkonflikt:

Mandatsträgerin der S3 Leitlinie Wochenbett, Mitglied und Referentin der AG GGUP

Literatur

1. Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Yagel S. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015 Aug;191:90-4. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2015.05.015
2. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2020 May 6; 5(5):CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub4
3. Blomquist JL, Carroll M, Muñoz A, Handa VL. Pelvic floor muscle strength and the incidence of pelvic floor disorders after vaginal and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2020 Jan;222(1):62.e1-62.e8. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.08.003

Verletzungsprävention des Beckenbodens durch die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur präpartal

Juliane Kauder

Praxis für Osteopathie, Tübingen, Deutschland

Einleitung:

Eine Rekonstruktion nach Dammriss ist die 3.-häufigste Operation in deutschen Krankenhäusern laut Daten des statistischen Bundesamtes von 2023 [1]. Ziel der laufenden Untersuchung ist es das Risiko von Geburtsverletzungen zu senken durch den Fokus auf die aktive und passive Entspannungsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur.

Methode:

Schwangere werden in meiner osteopathischen Praxis präventiv behandelt und instruiert. Die Behandlung umfasst eine manuelle Detonisierung des Beckenbodens von vaginal ab 38+0, sowie osteopathische Techniken am knöchernen und muskulären Becken. Mithilfe der Biofeedbackmethode lernen die Patientinnen ihren Beckenboden über die normale Grundspannung hinaus zu entspannen. Zudem werden sie in einer Technik zum Mitschieben während der Austrittsphase geschult. Nach der Geburt erfolgt eine Befragung mittels Fragebogen zum Geburtsverlauf und Geburtsverletzungen.

Ergebnisse:

Die bisherigen Ergebnisse der laufenden Untersuchung zeigen eine niedrigere Rate an Geburtsverletzungen als in der Studie von Smith et al. [2]. Es werden noch mehr Daten bis Ende Juli 2024 gesammelt.

Schlussfolgerung:

Die Entspannungsfähigkeit des Beckenbodens könnte ein Faktor in der Verletzungsprävention im Bereich des Beckenbodens sein. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass gezielte Vorbereitungstechniken möglicherweise das Risiko für Geburtsverletzungen senken können. Dies müsste in einer qualitativ hochwertigen RCT überprüft werden.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis). Krankenhäuser. Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS 5). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drug-operationen-insgesamt.html>
2. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Mar 7;13:59. DOI: 10.1186/1471-2393-13-59

Das Erleben von Frauen mit Stuhlinkontinenz nach Geburtstrauma – ein interpretativ-phänomenologischer Ansatz

Julia Kaiser¹, Daniela Hayder-Beichel², Sabine Metzing³

¹ Caritas Bildungszentrum Dorsten, Dorsten, Deutschland

² HS Niederrhein, Krefeld, Deutschland

³ Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Einleitung:

Stuhlinkontinenz ist immer noch ein tabuisiertes und gesellschaftlich stigmatisiertes Thema. Frauen, die infolge eines Geburtstraumas unter Stuhlinkontinenz leiden, sind mit zahlreichen Herausforderungen und Einschränkungen in ihrer Lebensqualität konfrontiert [1]. Bislang wurden diese Frauen in der Forschung kaum berücksichtigt, obwohl Schätzungen von einer Prävalenz von 0,6-6% ausgehen [2]. Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen von Frauen mit Stuhlinkontinenz nach einer Geburtsverletzung und die daraus resultierenden Auswirkungen auf ihr Leben vor dem Hintergrund der identifizierten Forschungslücke zu untersuchen, um die Bedürfnisse und Anforderungen der Frauen zu erfassen und daraus Anregungen für die Umsetzung in bestehende Versorgungsstrukturen abzuleiten.

Methode:

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign verwendet, um die komplexen und subjektiven Erfahrungen der betroffenen Frauen zu erfassen. Es wurden narrative Interviews geführt und mit Hilfe der interpretativ-phänomenologischen Analyse ausgewertet, da es neben der biomedizinischen Perspektive essenziell ist, die subjektive Wahrnehmung und Interpretation der (körperlichen) Erfahrung der betroffenen Frauen zu verstehen.

Ergebnisse:

Für die Studie wurden insgesamt acht Frauen im Alter von 41 bis 72 Jahren rekrutiert. Es konnten insgesamt drei Oberkategorien mit jeweils 4-7 Unterkategorien identifiziert werden. Das „Leiden“ zeigt die multidimensionale Stresserfahrung, der betroffene Frauen ausgesetzt sind. Das „(normale) Weiterleben“ wird als Ziel verstanden und beinhaltet verschiedene Strategien des Umgangs mit einer stigmatisierten Krankheit. „Schweigen vs. sich offenbaren“ verdeutlicht das Spannungsfeld, in dem sich betroffene Frauen bewegen und ständig abwägen, in welchem Kontext sie bestimmte Aspekte ihrer Erkrankung verschweigen oder offenbaren.

Schlussfolgerung:

Diese Studie zeigt, dass Frauen mit Stuhlinkontinenz nach einer Geburtsverletzung einem erheblichen Leidensdruck ausgesetzt sind, der durch gesellschaftliche Tabuisierung verstärkt wird. Um diesen Frauen eine adäquate Versorgung zu ermöglichen, sind gezielte Maßnahmen zur Enttabuisierung, stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie ein verbessertes Screening und Aufklärung in der postpartalen Versorgung notwendig. Neben der Sensibilisierung von medizinischem Personal für die psychosozialen Folgen der Erkrankung bedarf es einer gezielten Einbindung der Hausärzt:innen und einer verstärkten Kontinenzpflege. Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt mit der Weiterentwicklung und Evaluierung bestehender Versorgungsstrukturen befassen, um die Bedarfe betroffener Frauen besser zu berücksichtigen.

Literatur

1. Tucker J, Wilson A Clifton V. Women's experience of anal incontinence following a history of obstetric anal sphincter injury: a literature review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2013;11(3):181-186. DOI: 10.1111/1744-1609.12025
2. Rasmussen JL, Ringsberg KC. Being involved in an everlasting fight – a life with postnatal faecal incontinence. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(1):108-115. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00693.x

Informationsdefizit bei Männern mit Belastungsinkontinenz: ein Ansatz zur Optimierung der Patientenversorgung

Viktoria Menzel, Elena Abbate, Anna Vogelgesang, Christian Thomas, Martin Baunacke

Klinik und Poliklinik für Urologie, TU Dresden, Dresden, Deutschland

Einleitung:

Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Studien zeigen ein Versorgungsdefizit der betroffenen Patienten im Umgang und der Therapie ihrer Belastungsinkontinenz. Ziel dieser Studie war es, den Gebrauch von Inkontinenzhilfsmitteln und den Informationsstand über Therapiemöglichkeiten bei Teilnehmern eines Workshops zum Umgang mit ihrer Belastungsinkontinenz zu evaluieren.

Methode:

Die unizentrische prospektive Beobachtungsstudie umfasste Patienten, die an einem Workshop zum Umgang mit ihrer Belastungsinkontinenz aufgrund einer Prostatektomie an der hiesigen Klinik teilgenommen haben. Es erfolgte die Erhebung der kontinenzspezifischen Lebensqualität, dem Wissenstand zu Therapieoptionen und dem Umgang mit Hilfsmitteln vor dem Workshop. Im Workshop erhielten die Teilnehmer Informationen zum Krankheitsbild der Belastungsinkontinenz, den möglichen Hilfsmitteln und operativen Therapieoptionen. Sechs Monate nach dem Workshop erfolgte eine zweite Befragung zur Lebensqualität und ob die Patienten eine weitere Therapieberatung in Anspruch genommen haben.

Ergebnisse:

37/40 Patienten haben an der Befragung teilgenommen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 72,1±7,0 Jahre, mit einer medianen Zeit von 2 Jahren seit der Operation. 24% (9/37) der Patienten nutzten 1 Vorlage/d, 22% (8/37) 2 Vorlagen/d, 51% (19/37) ≥3 Vorlagen/d. 1 (3%) Patient nutzte keine Vorlagen. Der ICIQ-UI-SF betrug 13,4±3,8 (6 – 21). Bezüglich des Wissenstandes über Hilfsmittel kannten 100% der Patienten Vorlagen (37/37), 19% (7/37) Kondomurinale und 11% (4/37) Penisklemmen. Hinsichtlich operativer Therapien der Belastungsinkontinenz kannten 14% (5/37) artifizielle Sphinkter, 14% (5/37) Bandoperationen und 5% (2/37) ProACT. 76% (28/37) der Patienten kannten keine operativen Therapien. Die wichtigsten Informationsquellen zum Thema Inkontinenz sind der behandelnde Urologe (95% (35/37)), die Partnerin (51% (19/37)), die behandelnde Klinik (46% (17/37)) und Zeitungen/Zeitschriften (46% (17/37)). Überwiegend werden die Patienten von ihrem behandelnden Urologen zu ihrer Inkontinenz angesprochen (76% (28/37)). Sechs Monate nach dem Workshop haben 51% (19/37) der Patienten angegeben, weitere Therapiemöglichkeiten ihrer Harninkontinenz in Anspruch nehmen zu wollen. Davon hatten 68% (13/19) in der hiesigen Kontinenzsprechstunde bereits eine individuelle Beratung erhalten. 9 Patienten erhielten weiterführende Maßnahmen wie zusätzliche Hilfsmittel, Beckenbodentraining mit Biofeedback oder Duloxetine. Ein Patient erhielt eine Sphinkterimplantation. 34% (6/19) Patienten haben angegeben eine operative Therapie prüfen zu lassen. 6 Monate nach dem Workshop zeigte sich noch keine Änderung im ICIQ-UI-SF (13,4±3,8 vs. 13,4±3,9; p=0,9).

Schlussfolgerung:

Die Studie zeigt, dass der Informationsstand über Hilfsmittelversorgung und operative Therapiemöglichkeiten trotz urologischer Betreuung unzureichend ist. Informationsmaßnahmen können diese Lücke schließen und ein Ansatz für Patienten sein ihren Umgang mit der Belastungsinkontinenz zu verbessern und eher Therapien in Anspruch zu nehmen. Unter anderem auf Grundlage dieses Projektes wurde die multizentrische ProKontinenz-Studie (gefördert vom Innovationsfonds) initiiert, um die Aufklärung und Versorgung von Männern mit Belastungsinkontinenz zu verbessern.

Der maximale Urethralosphinkterdruck beim Mann – Veränderungen mit dem Alter und nach Prostatektomie

André Reitz¹, Stephan Buse², Axel Haferkamp³

¹ KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz

² Alfred Krupp Krankenhaus Steele, Essen, Deutschland

³ Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

Einleitung:

Der Kontinenzverlust beim Mann wird zu einem grossen Teil durch den Verschluss des äusseren urethralen Sphinkters gewahrt. Dessen muskuläre Kraft lässt wie bei jedem Muskel mit dem Alter nach. Operationen der Prostata können einen morphologischen Schaden oder einen Funktionsverlust mit sich bringen und zu einer Belastungsinkontinenz führen. Diese urodynamische Studie beleuchtet den maximalen Urethralosphinkterdruck (USDmax) beim Mann mit den Veränderungen im Alter und nach radikalen bzw. transurethraler Prostatektomie.

Methode:

Bei 425 Männern wurde mit einem zweikanaligen T-Doc-Messkatheter und einem Durchzugprofil der USDmax bestimmt. Es wurden Männer mit Blasenfunktionsstörungen (n=219), mit Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatektomie (PPBIK, n=182) und nach TURP (PTURP-BIK, n=24) eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren Beckenbodenfunktionsstörungen, neurogene Blasenfunktionsstörungen und Harnröhren- bzw. Blasenhalstenosen. Es wurden die Veränderungen des USDmax mit steigendem Lebensalter und der Einfluss von Eingriffen an der Prostata analysiert und dessen Einfluss auf die Auswahl der Methode der prothetischen Versorgung betrachtet.

Ergebnisse:

Der USDmax beträgt im vierten Lebensjahrzehnt bei 161 cm H₂O und sinkt auf 144 im fünften, 125 im sechsten, 114 im siebten, 108 im achten und 95 cm H₂O im neunten Lebensjahrzehnt. Pro Lebensjahrzehnt geht der max. USD um im Mittel 13 cm H₂O (10 %) zurück. Verglichen mit dem Alter von 30 bis 40 Jahren hat sich der USDmax bei Männern zwischen 80 und 90 Jahren um 41% reduziert.

Bei Männern mit PP-BIK reduziert sich der USDmax im sechsten Lebensjahrzehnt auf 89 cm H₂O (-29% verglichen mit gleichalten nichtoperierten Männern), im siebten auf 83 (-27%), im achten auf 73 (-32%) und im neunten auf 78 cm H₂O (-18%). Bei PTURP-BIK reduzierte sich der max. USD verglichen mit gleichalten nichtoperierten Männern auf 70 cm H₂O (-39%) im siebten, auf 77 (-28%) im achten und 70 cm H₂O (-26%) im neunten Lebensjahrzehnt. Der USDmax bei konservativ behandelten Männern mit PP-BIK (n=124) wurde im Mittel mit 80 cm H₂O, in der Gruppe mit einer ATOMS-Prothese (n=43) mit 77 cm H₂O und in der Gruppe mit hydraulischer AMS, Victo- oder ZSI-Prothese (n=14) mit 57 cm H₂O bestimmt.

Schlussfolgerung:

Der USDmax sinkt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich ab. Verglichen mit nicht operierten gleichalten Männern weisen Männer mit PPBIK einen um 28% und Männer mit PTURP-BIK einen um 33% tieferen USDmax auf. Die Auswahl einer sinnvollen prothetischen Versorgung lässt sich mit dem USDmax nachvollziehen und verbessern.

Ergebnisse eines individualisierten, multimodalen und defizitorientierten Rehabilitationsprogramms bei Postprostatektomie-Inkontinenz

André Reitz¹, Stephan Buse², Axel Haferkamp³

¹ KontinenzZentrum Hirslanden, Zürich, Schweiz

² Krupp Krankenhaus Steele, Essen, Deutschland

³ Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

Einleitung:

Die Postprostatektomie-Inkontinenz (PPI) umfasst komplexe Veränderungen der Harnblasen- und Sphinkterfunktion, die eine gezielte diagnostische und therapeutische Vorgehensweise erfordern. Diese Studie untersucht die Bedeutung spezifischer funktioneller Defizite und die Effektivität eines darauf aufbauenden, individualisierten und multimodalen Rehabilitationsprogramms.

Methode:

Im Zeitraum von 2012 bis 2023 wurden 664 Männer mit PPI in ein 24-wöchiges Rehabilitationsprogramm aufgenommen. Einschlusskriterien umfassten Harnverlust nach radikaler Prostatektomie oder Bestrahlung, der trotz konventioneller Beckenbodentherapie persistierte. Diagnostische Maßnahmen beinhalteten Trink- und Entleerungsprotokolle, videourodynamische Untersuchungen zur Beurteilung von Speicher- und Entleerungsstörungen sowie Biofeedback-gestützte Analysen der Sphinktermuskulatur. Basierend auf den diagnostischen Ergebnissen wurde ein defizitorientiertes Therapieprogramm erarbeitet und umgesetzt. Dieses umfasste ein Sphinktertraining zur Verbesserung von Ruhetonus, Ansteuerung, Kraft und Ausdauer sowie pharmakologische Behandlungen detrusor-bedingter Störungen wie Hyperaktivität oder Compliance-Mangel. Re-Evaluationen nach 8 und 16 Wochen sowie eine Abschlussevaluation nach 24 Wochen dokumentierten den Verlauf und die Therapieergebnisse. Patienten mit therapie-resistenter Inkontinenz erhielten nach umfassender Evaluation eine prothetische Versorgung.

Ergebnisse:

Von den 602 Patienten, die das Programm abschlossen (91 %), erreichten 314 (52 %) eine signifikante Verbesserung der Kontinenz. Der primäre Endpunkt (eine Einlage, an 6 von 7 Tagen trocken) wurde bei 21 % erreicht, während 31 % den sekundären Endpunkt (VAS < 30) erfüllten. Urodynamisch zeigten sich bei 284 Patienten (48%) detrusorbedingte Störungen, die durch kombinierte Pharmakotherapie und Verhaltensanpassungen behandelt wurde. Die intensive Sphinkterrehabilitation erwies sich als Schlüsselkomponente, um funktionelle Defizite wie niedrigen Ruhetonus, unzureichende Ansteuerung und mangelnde Ausdauerleistung zu adressieren. Insgesamt benötigten 156 Patienten (26 %) mit persistierender Inkontinenz nach Abschluss des Programms eine prothetische Versorgung, was die Lebensqualität bei refraktären Fällen maßgeblich steigerte.

Schlussfolgerung:

Ein individualisiertes, multimodales Rehabilitationsprogramm, das die Pathophysiologie der PPI umfassend adressiert, verbessert signifikant die Kontinenz und Lebensqualität. In therapieresistenten Fällen bleibt die prothetische Versorgung eine effektive Option zur Wiederherstellung der Funktionalität.

Retrospective Analysis of the Extraperitoneal Placement of the Pressure-Regulating Balloon (PRB) of the adjustable Victo® Artificial Urinary Sphincter (AUS)

A. Benitez-Cano, F. Abd-Ali, F. Schneider, E. Al Qadiri, K.-D. Sievert

Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Klinikum Lippe, Urologie, Detmold, Germany

Introduction:

The Victo® AUS is indicated to treat male Stress Urinary Incontinence(SUI), an adjustable device that can be adjusted through the pump. During implantation the PRB is prefilled with 13ml NaCl.9% and activated 4-6w postop by additional 4ml. This AUS is supposed to be implanted intraperitoneally to minimize risks due to a possible fibrotic capsule until activation. However, an alternative PRB placement might be the extraperitoneal Retzius space (Rs). This retrospective study evaluates the safety and effectiveness of Rs-PRB placement, focusing on early complications.

Methods:

Between 2017-23, 30 male patients with SUI, underwent AUS implantation with Rs-PRB placement. 27/30 patients had a previous radical prostatectomy; 4 additional had radiation (1-6y prior). The remaining patients had a TURP caused the SUI. Files were evaluated for complications: urethral obstruction, erosion and implant malfunction. During activation, patients were monitored for device functionality: filling ease and concerns or any other issues. Primary endpoints were safety and complication incidence. The current postop follow-up is 6-60m (mean 17m).

Results:

The study group (n=30, aged mean 67y (57-71)) successfully underwent AUS implantation. Postop, prior to activation, no cases of urethral obstruction or erosion were observed, indicating no adverse effects from PRB positioning. Following activation, all patients achieved significant improvement in continence without difficulties in PRB filling, malfunction or inability to regulate the system's liquid. No issues of urethral erosion occurred in the early post-activation period.

Conclusion:

Retzius placement of the PRB in the Victo® AUS appears to be a safe and effective alternative to standard intraperitoneal positioning, with no complications

Prospektive Beobachtungsstudie zur Behandlung der posterioren Harnröhrenstenose bei Männern mit dem Paclitaxel-beschichteten Ballonkatheter

Benedict Brücher, Jan-Hendrik Vogel, Olga Kireeva, Tamara Hakenes, Andres Jan Schrader, Fabian Queißert
Klinik für Urologie und Kinderurologie 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 sklerosierter Blasenaustritt vor. Unsere Studie soll die Einsetzbarkeit des taxanbeschichteten Optilume® Ballondilatationskatheters evaluieren.

Methode:

In diese prospektive monozentrische Beobachtungsstudie wurden Patienten mit einer posterioren Harnröhrenstenose inkludiert. Es wurde Lokalisation, Art und Ursache der Stenose dokumentiert. Vor der Dilatation mit dem Optilume Ballon erfolgte je nach Wahl des Operateurs eine Sachse Urethrotomie, eine Vor-Dilatation mit Dilatatoren (s-curved, hydrophile Dilatatoren von Cook bis 20 Charr) oder eine Laserinzision (Thulium-Laser). Die Nachbeobachtung erfolgte mittels validierter Fragebögen zur Beurteilung der Patientenorientierten Ergebnisse (PROMS) der Operation sowie zur Abschätzung der Verbesserung der Blasenentleerung. Zum Einsatz kamen der Patient Global Impression of Improvement Fragebogen zur Erfassung von Beschwerden beim Wasserlassen sowie der International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire on Urinary Incontinence – Short Form, Patient Global Impression of Severity und ein 24-h-Pad-Test.

Ergebnisse:

Seit August 2023 konnten 22 Patienten in diese Pilotstudie rekrutiert werden. Bei 9 Patienten lag eine membranöse, bei 4 eine intraprostatistische Stenosierung sowie bei einem Patienten eine kombinierte Stenose der membranösen und prostatistischen Harnröhre vor. Weitere 8 Patienten wiesen eine Blasenhalss- bzw. Anastomosenstenose auf. Das mittlere Follow-up liegt aktuell bei 10 Monaten. Hierunter zeigten sich zwei Rezidive nach Anastomosen- bzw. Blasenhalssstenose. Bei einem Patienten erfolgte erneut eine Dilatation mit Optilume, der Patient ist seit nun 3 Monaten Rezidiv frei. Beim zweiten Patienten zeigte sich zystoskopisch ein Rezidiv, das klinisch noch kompensiert ist.

Schlussfolgerung:

Zusammenfassend konnten wir den bereits bei der anterioren Striktur etablierte Optilume Ballonkatheter bei der postoperativen Stenose der Harnröhre komplikationsarm etablieren und den Patienten eine hohe Lebensqualität mit einem minimalinvasiven Eingriff ermöglichen. Der Nachbeobachtungszeitraum ist allerdings kurz, sodass noch Langzeitdaten ausstehen.

Evaluierung des Einflusses digitaler Endgeräte zur Überwachung des Blasenfüllstands bei Betroffenen neurogener Blasendysfunktion auf die Lebensqualität

Jannik Lockl, Pascal Fechner
inContAlert GmbH, Bayreuth, Deutschland

Einleitung:

Die neurogene Blasendysfunktion (NBD) stellt für Betroffene eine erhebliche Einschränkung im Alltag dar und geht häufig mit Komplikationen wie Harnwegsinfektionen oder Inkontinenz bzw. einer Schädigung der Nieren einher. Das Ziel dieses Projekts ist die Evaluierung des Einflusses digitaler Endgeräte zur Überwachung des Blasenfüllstands bei NBD-Betroffenen auf die Lebensqualität [1]. Dazu wird ein Sensor zur kontinuierlichen Überwachung des Blasenfüllstands herangezogen.

Methode:

Dafür wurden 349 strukturierte Fragebögen von 337 Betroffenen und 12 Pflegenden von Betroffenen beantwortet. Fast die Hälfte der Befragten war sowohl von einer sensorischen als auch von einer motorischen NBD betroffen. Das Durchschnittsalter der befragten Betroffenen lag bei 42,12 Jahren (min=18; max=81; SD=12,76). 217 Personen waren weiblich, 131 männlich und eine Person gab ein anderes Geschlecht an. 144 Personen gaben an, ihre Blasen durch natürliche Miktion zu entleeren, die restlichen 205 Personen nutzten eine andere Entleerungsmethode. Den Befragten wurde ein Fragebogen zu den Themen Symptome und Funktionseinschränkungen der Harnblase aufgrund von NBD, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Lebensqualität, Depression, digitale Technologieunterstützung für das Blasenmanagement, soziale Unterstützung und physische Umgebung vorgelegt. Die Ergebnisse wurden mittels des um die Technologie-Komponente erweiterten HRQoL-Modells und Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) unter Verwendung der statistischen Software SmartPLS3 untersucht.

Ergebnisse:

Die Evaluation zeigte, dass digitale Technologien einen signifikant positiven Einfluss auf die HRQoL haben und einen signifikant negativen Einfluss auf die Funktionseinschränkung (d.h. Einschränkungen bei der Durchführung alltäglicher Aktivitäten).

Schlussfolgerung:

Die Lebensqualität von NBD-Betroffenen kann durch digitale Technologien, wie einem Sensor zur kontinuierlichen Überwachung des Blasenfüllstands, vermutlich signifikant verbessert werden.

Interessenkonflikte:

Dr. Jannik Lockl und Pascal Fechner sind bei einem Medizinproduktehersteller beschäftigt, der einen Sensor zur kontinuierlichen Überwachung des Blasenfüllstands der menschlichen Harnblase entwickelt.

Literatur

1. Lockl J, Schick D, Stotzer JC, Huff K. A model to assess the impact of digital technologies on the health-related quality of life. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2022;38(1):e81. DOI: 10.1017/S0266462322003245

Rektumprolaps beim Mann: erfolgreiche Behandlung mit modifizierter ventraler Netzrektomie nach Sileri

Dominik Rieschl, Julia Fischer, Andreas Kirschniak

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Kliniken Maria Hilf GmbH, Mönchengladbach, Deutschland

Einleitung:

Der Rektumvollwandprolaps beim Mann ist ein seltenes Krankheitsbild. Die Hauptursachen sind ähnlich wie bei Frauen, chronische Verstopfung, eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur und vor allem neurologisch Erkrankungen [1], [2], [3], [4]. Eine frühzeitige Diagnose und Therapie sind entscheidend, um Komplikationen wie chronische Schmerzen oder Stuhlinkontinenz zu vermeiden [1]. Das Vorliegen eines Rektumvollwandprolaps ist eine absolute OP-Indikation. Zur operativen Versorgung stehen uns perianale sowie abdominelle Verfahren zur Verfügung [5].

Methode:

Im Folgenden berichten wir von zwei männlichen Patienten (45 und 23 Jahre) mit Rektumvollwandprolaps. In einem Fall (45-Jähriger) ist eine neurologische Grunderkrankung (Spina bifida) ursächlich. Bei dem zweiten Fall (23-Jähriger) ist die Ursache letztlich unbekannt. Beide Patienten hatten bereits bei der Erstvorstellung mehrere Arztkontakte. Wir stellen bei eindeutigen klinischen Befunden die Indikation zur operativen Versorgung im Sinne einer robotisch-assistierten ventralen Netzrektomie. Wir wählen die modifizierte Form der ventralen Netzrektomie nach Sileri [6] zur operativen Versorgung.

Ergebnisse:

Das postoperative Ergebnis ist bei beiden Patienten im bisherigen Follow-up (3 und 1 Monat/e) zufriedenstellend. Es trat bisher kein Rezidivrektumprolaps auf. Ebenfalls kam es zu keiner Stuhlinkontinenz. Die postoperativen Schmerzen sistierten ebenfalls nach wenigen Tagen. Eine Stuhlentleerungsproblematik trat bei keinem der beiden auf.

Schlussfolgerung:

Die ventrale Netzrektomie ist ein sicheres Verfahren zur Behebung eines Rektumvollwandprolaps [7]. Es besteht jedoch bei Männern eine erhöhte Rezidivwahrscheinlichkeit [8]. Die modifizierte ventrale Netzrektomie nach Sileri [8] führt aufgrund der Netzfixation beidseitig am Rektum zu einer symmetrischen Traktion des Rektums, was wiederum die Rezidivgefahr und die Wahrscheinlichkeit für eine Intussuszeption gerade bei Männern senken kann.

Literatur

1. Yoon SG, Lee KR, Cho KA, et al. Clinical and physiologic characteristics of rectal prolapse in males. *Ann Coloproctol.* 2000;16:223-230.
2. Hussein AM, Helal SF. Schistosomal pelvic floor myopathy contributes to the pathogenesis of rectal prolapse in young males. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:644-649.
3. Joshi HM, Woods AK, Smyth E, et al. Histological and mechanical differences in the skin of patients with rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30:1117-1122.
4. Abou-Zeid AA, ElAbbassy IH, Kamal AM, Somaie DA. Complete rectal prolapse in young Egyptian males: is schistosomiasis really condemned? *World J Gastrointest Surg.* 2016;8:779-783.
5. Emile SH, Wignakumar A, Horesh N, Garoufalia Z, Strassmann V, Boutros M, Wexner SD. Systematic literature review and meta-analysis of surgical treatment of complete rectal prolapse in male patients. *Tech Coloproctol.* 2024 Nov 13;28(1):158. DOI: 10.1007/s10151-024-03039-6
6. Sileri P, Capuano I, Franceschilli L, Giorgi F, Gaspari AL. Modified laparoscopic ventral mesh rectopexy. *Tech Coloproctol.* 2014 Jun;18(6):591-4. DOI: 10.1007/s10151-013-1094-8
7. Barra M, Trilling B, Mastronicola G, Sage PY, Roudier A, Foote A, Tidadini F, Fournier J, Faucheron JL. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for full-thickness rectal prolapse: the PEXITY study. *Tech Coloproctol.* 2025 Feb 14;29(1):68. DOI: 10.1007/s10151-024-03104-0
8. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A, Sileri P, Wexner SD. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for full-thickness external rectal prolapse: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of the predictors for recurrence. *Surg Endosc.* 2019 Aug;33(8):2444-2455. DOI: 10.1007/s00464-019-06803-0

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

Ahmed Al-Badani¹, Ute Laumann², Sophia Allemeyer³, Erik Allemeyer⁴

1 Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie und Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Franziskus-Hospital Harderberg, Georgsmarienhütte, Deutschland

2 Niels-Stensen Kliniken, Osnabrück, Deutschland

3 Psychologische Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

4 Klinik für Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie, Franziskus-Hospital Harderberg, Georgsmarienhütte, 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 Sinnggebung 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 Werbeeinflüsse 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 Pressecodex [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) (Anhang 1) 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 (Anhang 1). 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.

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 2022 und 2024.

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. (Health Care- und Krankenhaus-Management). S. 110f.
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.

Betroffene von häuslicher und sexualisierter Gewalt in der Beckenbodentherapie

Agnes Wand, Céline Simon

S.I.G.N.A.L., Berlin, Deutschland

Einleitung:

Häusliche und sexualisierte Gewalt betrifft jede vierte Frau in Deutschland unabhängig von sozio-demographischen Faktoren [1]. Häusliche und sexualisierte Gewalt sind stark stigmatisiert und Betroffene sprechen die Gewalt und ihre Folgen selten von sich aus an. Die physiotherapeutische Behandlung der Beckenbodenmuskulatur überschreitet häufig körperliche und soziale Intimitätsgrenzen und kann dementsprechend für Betroffene von Gewalt eine besondere Herausforderung darstellen.

Methode:

Auf Grundlage einer Literaturrecherche wird aufgezeigt, wie Physiotherapeut*innen Patient*innen auf häusliche und sexualisierte Gewalt ansprechen können und wie ein adäquater Umgang mit entsprechenden Informationen aussehen kann.

Ergebnisse:

Physiotherapie kann für Betroffene von Gewalt eine Unterstützung darstellen, wenn physiotherapeutische Fachpersonen traumainformiert und gewaltsensibel agieren [2]. Neben einer sensiblen Adaptation des therapeutischen Vorgehens kann es für Betroffene zusätzlich hilfreich sein auf Gewalt angesprochen und auf soziale Hilfesysteme hingewiesen zu werden. Im Rahmen physiotherapeutischer Aus- und Fortbildungen werden häusliche und sexualisierte Gewalt bisher unzureichend thematisiert [3].

Schlussfolgerung:

Häusliche und sexualisierte Gewalt sollten im Rahmen von Aus- und Fortbildungen für Physiotherapeut*innen thematisiert werden, sodass Betroffenen eine adäquate Unterstützung angeboten werden kann. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es noch wenig wissenschaftliche Auseinandersetzung zum Umgang mit Betroffenen von Gewalt in der Physiotherapie. Wissenschaftliche Untersuchungen und interdisziplinäre Konzepte könnten zukünftig hilfreich sein, um beckenbodentherapeutische Interventionen für Betroffene noch hilfreicher zu gestalten.

Literatur

1. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. IFF Info - Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung. 2004;21(28):95-114.
2. Heywood S, Bunzli S, Dillon M, Bicchi N, Black S, Hemus P, Bogatek E, Setchell J. Trauma-informed physiotherapy and the principles of safety, trustworthiness, choice, collaboration, and empowerment: a qualitative study. Physiother Theory Pract. 2025;41(1):153-168.
3. Chebotareva M, Milich L, Pagan HC, Tamm AL, Sock J, Looga J. Beyond bones, joints and muscles: can physiotherapists have a role in identifying and supporting domestic violence victims? European Journal of Physiotherapy. 2024 Aug 08:1-8. DOI: 10.1080/21679169.2024.2385323

Verdacht auf Marfan Syndrom in der Urogynäkologie – ein Fallbericht

Daniela Juse, Christoph Anthuber

Klinikum Starnberg, Starnberg, Deutschland

Einleitung:

Das Marfan-Syndrom stellt mit einer Prävalenz von 1/10.000-20.000 eine der häufigsten erblichen Erkrankungen des Bindegewebes dar. Zugrundeliegend ist eine Mutation im Fibrillin-1 Gen (FBN1), die autosomal dominant vererbt wird. Die Diagnose wird analog der Ghent nosology gestellt und beinhaltet das Vorliegen eines Aortenaneurysmas oder -dissektion, einer Ectopia lentis, einer Myopie und skelettaler Veränderungen (verlängertes Wachstum der Röhrenknochen, hypermobile Gelenke, Trichterbrust) [1], [2], [3], [4].

Methode: Case Report und Literaturrecherche über urogynäkologische Manifestationen bei Marfan Syndrom.

Ergebnisse:

Die Primärvorstellung der 31-jährigen Patientin erfolgte in 02/2025 in unserer Beckenbodensprechstunde. Vorausgehend waren zwei Schwangerschaften mit Zervixinsuffizienz (jeweils behandelt mit körperlicher Schonung und Pessar) mit termingerechten Spontanpartus ohne höhergradige Dammerverletzungen (Geburtsgewicht 4070g, Kopfumfang 39cm). Bereits nach der ersten Schwangerschaft wurde bei der Patientin ein Descensus uteri und der V.a. Levatoravulsion gestellt. Klinisch zeigte sich eine ausgeprägte Zystozele Stadium II, ein Descensus uteri Stadium II und eine Rektozele Stadium I und eine Belastungsinkontinenz I°. Die Therapie erfolgte mit Restifem-Pessar, im weiteren Verlauf mit Würfelpessar Größe 5. Die Patientin präsentierte sich mit einer zu Marfan Syndrom passender klinischer Symptomatik (schlanker, großer Habitus mit hypermobilen Gelenken, Ptosis mammae, Striae distensae und ausgeprägter Myopie). Die genetische Untersuchung ist zum aktuellen Zeitpunkt noch ausstehend.

Schlussfolgerung:

Urogynäkologisch weisen Patientinnen mit Marfan Syndrom und anderen erblichen Bindegewebserkrankungen eine erhöhte Prävalenz an Descensus genitalis (ca. 30%) und Urininkontinenz (ca. 60%) auf [2], [5]. Bei diesen Patientinnen treten Beschwerden, wie auch in unserem Fall, früher (mittleres Alter 48,1 vs. 58,3 Jahre) und bereits nach weniger vaginalen Geburten (1,7 vs. 2,3 Geburten) auf. Bezüglich der operativen Deszensus- und Inkontinenztherapie zeigt sich insgesamt eine erhöhte Rate perioperativer Komplikationen (insbesondere intraoperativer Blutverlust). Hinsichtlich der Erfolgs- und Rezidivraten gibt es jeweils keine Unterschiede [6].

Literatur

1. Dietz H. FBN1-Related Marfan Syndrome. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Amemiya A, Herausgeber. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993 [zitiert 10. März 2025]. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1335/>
2. Boileau A, Briere T, Castel-Lacanal É, Soulié M, Gamé X. Lower urinary tract involvement in Ehlers-Danlos and Joint Hypermobility syndromes: Review of the literature. Fr J Urol. Dec 2024;34(13):102698.
3. Yuan SM, Jing H. Marfan's syndrome: an overview. Sao Paulo Med J. Dec 2010;128(6):360-6.
4. Loeys BL, Dietz HC, Braverman AC, Callewaert BL, De Backer J, Devereux RB, et al. The revised Ghent nosology for the Marfan syndrome. J Med Genet. Jul 2010;47(7):476-85.
5. Carley ME, Schaffer J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. Am J Obstet Gynecol. May 2000;182(5):1021-3.
6. Davidson ERW, Alam PA, Byrnes JN, Bochenska K, Florian-Rodriguez M, Carter-Brooks CM, et al. Perioperative outcomes following pelvic floor reconstruction in women with hereditary disorders of connective tissue: a retrospective cohort study. Int Urogynecol J. Aug 2021;32(8):2135-42.

3D-Sonographie in der Urogynäkologie: Präzision in der Diagnostik

Apostolos Kolitsidakis

Private practice, Thessaloniki, Griechenland

Einleitung:

Die 3D-Sonographie hat sich in der Urogynäkologie als wertvolles diagnostisches Verfahren etabliert. Ziel dieser Studie ist es, die diagnostische Genauigkeit und den klinischen Nutzen der 3D-Sonographie bei der Beurteilung von Beckenbodenstrukturen, insbesondere in der Diagnostik von Beckenbodeninsuffizienz, Deszensus und Inkontinenz, zu evaluieren.

Methode:

In dieser prospektiven Studie wurden 50 Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden sowohl klinisch und mittels pelvic floor Sonographie, als auch mittels transperinealer 3D-Sonographie vom Autor untersucht. Die Ergebnisse wurden mit den beklagten Beschwerden und klinischen Befunden verglichen.

Ergebnisse:

Die 3D-Sonographie ermöglichte eine hochauflösende Darstellung der Beckenbodenanatomie und insbesondere des M. puborectalis. Die Untersuchung zeigte zudem Vorteile gegenüber der konventionellen 2D-Sonographie hinsichtlich der detaillierten Darstellung der Beckenbodenmorphologie und lieferte beeindruckende neue Erkenntnisse in der Darstellung urogynäkologischer Implantate.

Schlussfolgerung:

Die 3D-Sonographie stellt eine präzise Methode zur Beurteilung von Beckenbodenstrukturen dar. Sie bietet gegenüber der 2D-Sonographie einen diagnostischen Mehrwert, insbesondere in der Analyse der präoperativen Risiken und postoperativen Komplikationen. Die Integration dieser Methode in die klinische Praxis kann die Diagnostik und Therapieplanung in der Urogynäkologie deutlich verbessern.

Beckenschmerzen vor und nach unterschiedlicher apikaler Prolapskorrektur: Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse

Aleksander Antoniewicz¹, Maren Wenk², Alexander Yassouridis¹, Bernhard Liedl¹

¹ Urologische Klinik München-Planegg, Planegg, Deutschland

² Klinik für Urologie und Urochirurgie, Universitätsmedizin Mannheim, Mannheim, Deutschland

Einleitung:

Urogenitaler Descensus (VD) kann mit Beckenschmerzen assoziiert sein, die durch Reizung der Fasern des Plexus pelvici – vor allem bei apikaler Hypermobilität – verursacht werden. In einer systematischen Literaturanalyse untersuchten wir, wie häufig Schmerzen prä- und postoperativ bei unterschiedlicher apikaler Prolapskorrektur auftreten.

Methode:

In dieser systematischen Literaturrecherche nach PRISMA selektierten wir Arbeiten, die Beckenschmerzen vor und nach unterschiedlicher operativer apikaler Fixation beobachteten. Frauen mit Dyspareunie wurden ausgeschlossen.

Ergebnisse:

Bei insgesamt 2902 untersuchten Arbeiten fanden sich 1 Einkohortstudie über Dubuisson Technik (DT) und 4 Studien mit vaginaler bilateraler ligamentärer sakrospinaler Fixation (SSLF). Es gab keine Einkohortstudie, die bei Patientinnen nach einer Sakrokolpopexie den prä- und postoperativen Schmerzen verglichen. In der DT Arbeit betrugen die präoperative und die postoperative Beckenschmerzprävalenz 29,7% bzw. 21,6%. Die Heilungsrate lag bei 27,2%. Bei SSLF lagen die präoperativen Schmerz-Prävalenzen zwischen 20,1% und 45%, die postoperativen Beckenschmerzen zwischen 1,4 % und 12,4 %. Es errechneten sich Heilungsraten zwischen 72,7% und 92,9%. Es wurde keine Einkohortstudie bezüglich Schmerzbeobachtung prä-/postoperativ nach Sakrokolpopexie oder Amreich-Richter-Operation gefunden.

Schlussfolgerung:

Die operative Korrektur des apikalen Defektes bei Frauen mittels SSLF führt zu hohen Symptomheilungsraten des Beckenschmerzes. Während nach der DT-Technik mäßige Heilungsraten zu beobachten waren, wurde eine Schmerzbeobachtung nach Sakrokolpopexie bislang noch nicht durchgeführt.

Der weite Hiatus genitalis – welche (operative) Therapie kann der Patientin angeboten werden?

Valerie Meister, Christoph Anthuber

Klinikum Starnberg, Starnberg, Deutschland

In Deutschland werden pro Jahr knapp 700.000 Kinder geboren, davon 2/3 vaginal [1]. Ca. 19 % der Erstgebärenden zeigen postpartal Verletzungen und/oder anatomische Veränderungen des M. levator ani [2], z.B. klinisch oder bildgebend (3D Sonographie, MRT) erkennbar an den sog. Levatoravulsionen und einem sehr weiten Hiatus genitalis, meist kombiniert mit einem Deszensus genitalis und Störungen der Beckenbodenfunktion (z.B. Harninkontinenz). Risiko-steigernd sind u.a. ein Alter >35 Jahre und ein kindliches Schätzwertgewicht >4000 g [2], [3]. Die konservativen und operativen therapeutischen Möglichkeiten sind bislang sehr begrenzt, kaum evidenzbasiert und mit höherem Rezidivrisiko verbunden. Zur operativen Korrektur einer Levatoravulsion wurden zuletzt neuere transvaginale Operationstechniken beschrieben [4]. Diese adressieren jedoch nur die Re-Fixation des von der Beckenwand abgewichenen M. levator ani, korrigieren nach unserem Kenntnisstand aber nicht den weiten Hiatus genitalis. Letzteres gelingt nur durch die dorsale, mediane Vereinigung der Levatoren vor dem Rektum im Zuge z.B. einer klassischen Kolporrhaphia posterior, die allerdings zur Vermeidung von Vaginalstenosen mit größter Vorsicht zu erfolgen hat. Diese operativen Therapieoptionen sollen im Rahmen dieser Präsentation vorgestellt und kritisch diskutiert werden.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis). Geburten. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html
2. DeLancey JOL, Masteling M, Pipitone F, LaCross J, Mastrovito S, Ashton-Miller JA. Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? Am J Obstet Gynecol. 2024 Mar;230(3):279-294.e2. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.11.1253
3. Alketbi MSG, Meyer J, Robert-Yap J, Scarpa R, Gialamas E, Abbassi Z, Balaphas A, Buchs N, Roche B, Ris F. Levator ani and puborectalis muscle rupture: diagnosis and repair for perineal instability. Tech Coloproctol. 2021 Aug;25(8):923-933. DOI: 10.1007/s10151-020-02392-6
4. Ris F, Alketbi M, Scarpa CR, Gialamas E, Balaphas A, Robert-Yap J, Skala K, Zufferey G, Buchs NC, Roche B. Levator ani repair by transvaginal approach. Tech Coloproctol. 2019 Feb;23(2):167-169. DOI: 10.1007/s10151-018-1907-x

Inzidenz von Re-Prolaps und Reoperation nach Robotic-Assisted Sacrocolpopexy (RASCP) und Risikofaktoren – eine systematische Literaturübersicht

Stephan Buse¹, Philipp Kilzer¹, Philipp Hofmann¹, Kinan Almansur¹, Andre Reitz²

¹ Alfried Krupp Krankenhaus, Essen, Deutschland

² Kontinenzzentrum Zürich, Zürich, Schweiz

Einleitung:

Die Sacrocolpopexy (SCP) stellt den Goldstandard der chirurgischen Behandlungsoptionen bei multicompartement pelvic organ prolapse (POP) dar. Die roboter-assistierte Durchführung (RASCP) ist in vielen Zentren etabliert. Ein ReDo-Eingriff ist technisch anspruchsvoll. Risikofaktoren für RePOP und Ergebnissen von ReDoRASCP sind kaum beschreiben. Wir führten eine systematische Literatursuche mit der Frage nach 1) der Inzidenz von Re-POP und Wiederholungseingriffen; 2) Risikofaktoren für RePOP nach RASCP; 3) perioperativen Benchmarks von ReDoRASCP.

Methode:

Wir führten eine systematische Literatursuche in Medline durch. Ausgeschlossen wurden Studien wenn der initiale Eingriff nicht-roboter-assistiert durchgeführt wurde bzw. wenn keine separaten Verlaufsangaben zu den RA-Fällen gab, Studien mit <30 RASCP oder wenn das Follow-up bei >50% unvollständig war, sowie Fallberichte. Die Eignung der Studien wurde separat durch 2 Investigatoren durchgeführt. Die Datenextraktion erfolgte in prädefinierte Vorlagen. Die Evaluation der Studienqualität erfolgte anhand der Newcastle Ottawa Scale für Kohortenstudien und anhand vom JBI Critical Appraisal Tool für Fallserien. Aufgrund der Heterogenität der Follow-up Dauer und der Definition für RePOP wurde von einer Metaanalyse abgesehen.

Ergebnisse:

Von den 194 Treffern wurden 112 nach Titel- oder Abstract-Durchsicht ausgeschlossen. Nach Evaluation des Fulltextes wurden 33 Studien zur Inzidenz von Re-POP und Re-Operationen, 11 zu den Risikofaktoren und 1 Fallserie von ReDoRASCP eingeschlossen. Häufigster Grund für den Ausschluss war die geringe Anzahl untersuchter Patientinnen bzw. ein Follow-up Verlust >50%. Alle eingeschlossenen Studien wiesen ein hohes Bias-Risiko auf.

Die Studiengröße reichte von 52 bis 462 Patientinnen, die mittlere Follow-up Dauer von 4 Wochen bis 5 Jahre. Die Inzidenz von RePOP betrug 1,9% bis 52,2%, wobei 10/33 Studien eine RePOP-Inzidenz von >10% nachwiesen. Die Reoperationsrate schwankte zwischen 0% und 10,4% und der Anteil der Patientinnen mit RePOP, die sich einer ReOperation unterzogen zwischen 0% und 100%. Die Studien untersuchten uneinheitlichen Risikofaktoren und die Resultate waren inkonsistent. Problematisch war zudem, dass die Studien für die Evaluation von Risikofaktoren für RePOP unterpowered waren. Die Fallserie mit ReDoRASCP berichtete von 10 Patientinnen, 7 davon wurden wegen RePOP reoperiert. Bei allen Patientinnen wurde ein Abriss des Mesh am vaginalen Ende als Ursache für den RePOP detektiert, wobei das Mesh selbst nicht gerissen war. Komplikationen und erneuter RePOP wurden nicht beobachtet.

Schlussfolgerung:

Die Datenlage zur Inzident von RePOP und Reoperation nach RASCP ist sehr heterogen und von limitierter Qualität. Risikofaktoren für ein RePOP sind nicht etabliert. In einer kleinen Fallserie von ReDoRASCP war ein Mesh-Abriss am vaginalem Ende Ursache für RePOP.

Interessenkonflikt:

Stephan Buse fungiert als Proctor für Da Vinci Inc.; die Koautoren geben keine Interessenkonflikte an.

Nicht-titanisierte im Vergleich zu titanisierten Polypropylen-Netzen induzieren eine pro-inflammatorische und anti-angiogene Reaktion in Fibroblasten-Kokulturen

Oleksii Protsepkov, Philipp Voisard, Nina Ditsch, Melitta Köpke, Christina Kuhn, Birgit Urban, Nicole Pochert, Christian Dannecker, Udo Jeschke, Friedrich Pauli, Fabian Garrido, Carl Mathis Wild

Frauenheilkunde, Medizinische Fakultät Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland

Einleitung:

Ein Beckenorganprolaps (POP) kann durch eine Operation mit körpereigenem Gewebe oder durch Einsetzen eines künstlichen Netzes in den Beckenboden und die Vaginalwand behandelt werden. Diese vaginalen Netz-implantate können aus verschiedenen Materialien hergestellt werden. Unsere frühere Studie zeigte, dass eine relevante Immunreaktion und eine verstärkte Makrophagen Aktivierung nur in Zellkulturen beobachtet wurde, in denen die Netze von Fibroblasten eingekapselt waren [1]. Deshalb untersuchten wir in dieser Studie das proinflammatorische Potential von Fibroblasten, die mit unterschiedlichen Kunststoffnetzen co-kultiviert wurden.

Methode:

Wir haben verschiedene urogynäkologische Netze, insbesondere titanisierte und nicht titanisierte Polypropylen-netze, ausschließlich mit Fibroblasten kultiviert. Anschließend haben wir die Konzentration von Zytokinen, Chemokinen und Proteinen in den gesammelten Zellkulturüberständen mit einem Multiplex-Zytokin/Chemokin/angiogenen ELISA (MSD Multiplex Kit) gemessen.

Ergebnisse:

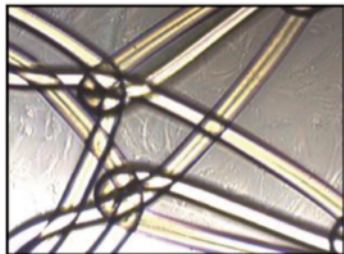
Wir stellten eine signifikante Erhöhung der VEGF- und VEGF-C-Faktoren für die vaskuläre Angiogenese ($p=0,001$) bei beiden Netzen (titanisiert und nicht titanisiert) fest, und gleichzeitig zeigten Zellkulturen mit reinen Polypropylen-Netzen eine signifikante ($p<0,001$) Hochregulierung von sFlt-1. Titanisierte Netze haben die Konzentration des pro-inflammatorischen Zytokins IL-16 signifikant herunterreguliert ($p=0,034$), während Polypropylen-Netze keinen Einfluss auf die Expression des Zytokins IL-16 in Fibroblasten hatten. Polypropylen-Netze reduzieren signifikant ($p=0,011$) die Expression des entzündungshemmenden Zytokins IL-4, während titanisierte Netze keinen Einfluss auf die IL-4-Produktion durch Fibroblasten haben.

Schlussfolgerung:

In dieser Studie konnten wir zeigen, dass Polypropylen-Netze eine antiangiogene und proinflammatorische Reaktion hervorrufen. Darüber hinaus kann die Titanbeschichtung von Polypropylen Implantaten die Immunreaktion reduzieren und die Angiogenese fördern. Zusammenfassend haben diese Ergebnisse wichtige klinische Auswirkungen in Bezug auf die Einheilung von Fremdmaterialien und die postoperative Schmerzentwicklung. Unsere Untersuchungen zeigten nun, dass Fibroblasten eine Schlüsselrolle in diesem Prozess spielen.

“Do titanium-coated polypropylene meshes cause less inflammation and immune reactions than uncoated meshes?”

- Many different materials are used in pelvic floor surgery (polypropylene, PVDF, etc.)
- Some polypropylene meshes are titanium-coated (TiLOOP®)



TiLOOP® + fibroblasts in vitro

-
- stimulate angiogenesis by the production of VEGF and VEGF-C
 - Down regulates pro-inflammatory cytokine IL-16

Interessenkonflikt:

- C.D., F.P., U.J.: Roche, AstraZeneca, TEVA, Mentor, MCI Healthcare, pfm medical, u. a. für Beratertätigkeit, Vortragshonorare und Reisekostenerstattung.
- N.D.: Beiräte und Referentenbüros AstraZeneca, Aurikamed, BGGF, Daiichi-Sankyo, Elsevier Verlag, ESO, Exact Sciences, Gilead Sciences, GSK, if-Kongress, KelCon, Leopoldina Schweinfurt, Lilly, Lukon, Molekular Health, MSD, Novartis, onkowissen, Pfizer, RG-Ärztefortbildungen, Roche, Seagen.
- M.B.K.: Referentenhonorare von Eisai GmbH, AstraZeneca, Aurikamed, Novartis, Übernahme von Reise- und Kongresskosten: MSD Sharp&Dohme GmbH, Lilly GmbH

Literatur

1. Protsepkov O, Voisard P, Kuhn C, Maccagno A, Dannecker C, Jeschke U, Pauli F, Garrido F. Induction of a different immune response in non-titanized compared to titanized polypropylene meshes. *Acta Biomater.* 2023 Oct 1;169:363-371. DOI: 10.1016/j.actbio.2023.08.018

Der Einfluss des erfolgreichen Dauerkatheter-Auslassversuches auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patient*innen einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung

Anke Jaekel^{1,2}, Ann-Katrin Walter³, Manuel Pickermann³, Stephanie Knüpfer^{1,2}, Ruth Kirschner-Hermanns²

1 Neuro-Urologie, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

2 Neuro-Urologie, Johanniter Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn, Deutschland

3 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Urologie, Bonn, Deutschland

Einleitung:

Schwer neurologisch Erkrankte erhalten akut häufig einen Dauerkatheter (DK). Häufig verbleibt der DK bis zur Rehabilitations- oder endgültige Pflegeeinrichtung. Systematische Konzepte zum Blasenmanagement und Daten zur Auswirkung auf die Lebensqualität (LQ) in dieser Patientengruppe existieren nicht. Ziel der Studie war es, die Auswirkung des erfolgreichen DK-Auslassversuches auf die LQ der Betroffenen prospektiv zu untersuchen und zur Entwicklung eines systematischen Konzeptes zum Blasenmanagement beizutragen.

Methode:

Prospektive, longitudinale Studie mit 34 Personen, die aufgrund akuter neurologischer Erkrankungen im neurologischen Rehazentrum behandelt wurden und einen DK-Auslassversuch hatten. Die gesundheitsbezogene LQ wurde mit dem SF-36 Health Survey vor und nach Auslassversuch erfasst. Die mittleren Differenzen wurden mittels Einstichproben-T-Test adjustiert für Alter und Geschlecht bestimmt.

Ergebnisse: Der Auslassversuch verlief bei 61.8% (21/34) erfolgreich. Davon waren 71% (15/21) männlich und 29% (6/21) weiblich. 52% (11/21) Personen hatten nach Auslassversuch eine Harninkontinenz. Im SF-36 ergaben sich folgende Verbesserungen (Adj. mittl. Diff. 95% KI, p-Wert): psychische Summenskala (4.36, 0.34; 8.38, p=0.035), emotionale Rollenfunktion (20.89, 0.54; 41.24, p=0.045), körperliche Funktionsfähigkeit (10.03, 3.18; 16.88, p=0.007). In der körperlichen Rollenfunktion, Schmerzen und der körperlichen Summenskala zeigten sich negative Veränderungen im SF-36 ohne statistische Signifikanz des Effektes zu erreichen.

Schlussfolgerung:

Der erfolgreiche DK-Auslassversuch hat positiven Einfluss auf psychische/emotionale Aspekte und körperliche Funktionsfähigkeit. Ein strukturiertes Blasenmanagement mit Einbeziehung körperlicher und psychischer Belastungen von Patienten und Pflegekräften sowie medizinischer und ökonomischer Aspekte sollte mit Nachdruck weiterverfolgt werden.

Gender differences in health outcomes and perceptions among spinal cord injured patients performing intermittent self-catheterization

Diane Newman¹, Jessica Simmons², Daniel Gordon²

¹ Perelman, Philadelphia, United States

² Hollister Incorporated, Libertyville, United States

Introduction:

The real-life challenges faced by individuals performing intermittent self-catheterization (ISC) are not well understood [1], [2], [3]. The Continence Care Registry (ConCaRe™) is a longitudinal study that collects electronic patient-reported outcomes (ePRO) to explore catheter preferences, healthcare usage, and the impact of ISC on the quality of life (QoL) from intermittent catheter users.

Methods:

Baseline data were analyzed from a SCI subgroup (n=118), (82 males, 35 females, 1 non-binary) participants across the United States, Canada, and the United Kingdom. Thirty-six percent reported being employed at least part-time. Data were derived from the Intermittent Self-Catheterization Questionnaire (ISC-Q) and registry specific questions. Descriptive statistics were used.

Results: Sixty-nine percent rated their overall health from good to excellent (72% men, 60% women), while 31% rated it from fair to poor. In the last year, 34% (23% men, 37% females), reported being diagnosed with a UTI by a healthcare provider two or more times. Medical visits or consultations related to possible UTI symptoms included 12 emergency room visits, 5 urgent care visits, 210 specialist visits, and 23 general practitioner visits. Fifty-three percent (36% men, 54% women), of those in the SCI subgroup worry about the risk of long-term problems from using their catheter.

Conclusion:

The results indicate that while a majority of the SCI subgroup rated their overall health positively, notable gender differences exist. Recurrent UTIs are a common issue, particularly among females, leading to frequent medical visits. For those who are employed, these health issues can negatively impact work productivity due to increased absenteeism and reduced focus.

Conflict of interest:

Authors J. Simmons & D. Gordon are Hollister Incorporated employees. D. Newman is a consultant for Hollister Incorporated. This study was funded by Hollister Incorporated.

Literatur

1. Logan K, Shaw C, Webber I, Samuel S, Broome L. Patients' experiences of learning clean intermittent self-catheterization: a qualitative study. J Adv Nurs. 2008 Apr;62(1):32-40. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04536.x
2. Blanc BF, Rodríguez-Almagro J, Lorenzo-García C, Alcaraz-Zomeño E, Fernandez-Llorente G, Baixauli-Puig M, Martín-Bermejo MV, Estudillo-González F, Ortega-Checa MA, Lluésma-Martínez V, Ferrández-Franco G, Benito-Santos B, Rodríguez-Díaz M, Torres-Bacete A, Guerrero-Andrades MC, Louis-Lauture MP, Jiménez-Mayorga I, Serrano-Abielar R, Garrido-Mora MA, Barcia-Barrera F, Asensio-Malo G, Morcillo-Marín M, Tendero-Ruiz S, Hernández-Martínez A. Quality of Life and Autonomy in Patients with Intermittent Bladder Catheterization Trained by Specialized Nurses. J Clin Med. 2021 Aug 30;10(17):3909. DOI: 10.3390/jcm10173909
3. Santos-Pérez de la Blanca R, Medina-Polo J, González-Padilla D, Cano-Galán MM, Arrébola-Pajares A, Hernández-Arroyo M, Rodríguez-Antolín A. Evaluation of Quality of Life and Self-reported Complications in Patients With Clean Intermittent Catheterization: An Observational Study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2023 Sep-Oct 01;50(5):400-405. DOI: 10.1097/WON.0000000000001002

Kombination von intravesikalem Oxybutynin mit Botulinumtoxin bei Patient*innen mit neurogener Detrusorüberaktivität (NDO): Erfahrungen aus der Praxis

Markus Maier¹, Michael Gedamke²

¹ Urologisches Zentrum Bergstraße, Dossenheim, Deutschland

² FARCO-PHARMA GmbH, Köln, Deutschland

Einleitung:

Die Therapie der NDO stellt Ärzte häufig vor Herausforderungen, weil verfügbare Therapien nicht ausreichend wirksam sind oder Nebenwirkungen verursachen. Kombinationstherapien werden in den Leitlinien zur Therapie der NDO in allen Therapieeskalationsstufen empfohlen, um die Folgen eines überhöhten Detrusordrucks zu vermeiden. Hier präsentieren wir eine Auswertung zur Kombination von intravesikalem Oxybutynin (IO) mit Botulinumtoxin A.

Methode:

Retrospektive Auswertung von Patienten, die mit der IO Therapie VESOXX® am „Urologischen Zentrum Bergstraße“ behandelt wurden. Ausgewertet wurden der Anteil der mit Botulinumtoxin A kombiniert therapierten Patienten, Dosierung, Gründe für die Kombinationstherapie und Urodynamik-Messung soweit vorhanden. Erfasst wurden ebenfalls Daten zum Alter der Patienten, Dauer der NDO und Grunderkrankung sowie weitere begleitende Therapeutika.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden aus dem Patientenverwaltungssystem 55 Patienten mit NDO identifiziert, die in den Jahren 2020-25 mit IO behandelt wurden. Das Durchschnittsalter betrug 43 Jahre, die Therapiedauer mit IO 26,4 Monate. Die zugrundeliegende Erkrankung bestand im Durchschnitt seit 27 Jahren. Die meisten Patienten (n=34) wiesen eine Querschnittlähmung, (11) Spina bifida, (2) Multipler Sklerose, (4) Myelomeningocele, (3) Tethered-Cord-Syndrom und eine segmentale Dysgenese auf. Eine alleinige Therapie mit IO hatten n=35 (63,6%) eine zusätzlich mit intravesikalen Botulinumtoxin A Therapie erhielten n=22 (36,4%) der PatientInnen. Männlich waren n=34 (61,8%), weiblich n=21 (38,2%). Die durchschnittliche Dosierung betrug 21,7 mg/Tag, dabei erhielten die IO-PatientInnen durchschnittlich 20,7 mg/Tag und die mit BTX kombinierten IO-PatientInnen 23,5 mg/Tag. Bei den 20 PatientInnen mit der Co-Therapie von IO und BTX erhielten n=8 (40%) diese um eine Wirkverstärkung im Sinne einer zusätzlich notwendigen Senkung des Blasendrucks zu erreichen, n=4 (20%) erhielten dies um das Intervall von BTX zu verlängern. Bei n=3 (15%) wurde eine durchschnittliche Intervallverlängerung von 4,6 Monaten erreicht. IO benötigte eine Wirkverstärkung in n=4 (20%) Fällen. Die Kombination wurde einseitig bei zwei IO-PatientInnen und bei fünf BTX-PatientInnen beendet. Gründe für die Beendigung waren bei IO, Mundtrockenheit, kognitive Verlangsamung und Obstipation, bei BTX fehlende Notwendigkeit der Therapiefortsetzung bzw. gastrointestinale NW. Die maximale Blasenkapazität vergrößerte sich statistisch signifikant von durchschnittlich 246 ml (n=11) vor Kombination mit IO auf durchschnittlich 393 ml (n=5).

Schlussfolgerung:

Die Kombination von VESQXX® mit BTX wirkte bei zweidrittel der Patienten gut, Nebenwirkungen waren selten. Die Blasenkapazität verbesserte sich signifikant. Bei einem Viertel der Patienten konnte im Verlauf von BTX auf IO-Monotherapie umgestellt werden, in einem Fall kombiniert mit Obgmsa. Die Kombination von IO und BTX kann eine Intervallverlängerung bei den PatientInnen um 4,6 Monate erzielen. In der Kombinationstherapie scheint eine höhere Dosierung von IO sinnvoll zu sein.

Interessenkonflikt:

- Dr. Markus Maier: Vortragshonorar von der Firma FARCO-PHARMA GmbH
- Michael Gedamke: tätig als Berater für die Firma FARCO-PHARMA GmbH

Signifikante Steigerung der Lebensqualität unter intravesikaler Oxybutynin-Instillation bei neurogener Detrusorüberaktivität: Ergebnisse der UPSIDE-Studie

Arndt van Ophoven¹, Severine Banek², Kristina Becker³, Markus Heibel⁴, Almut Hirsch⁵, Margot Kieruj⁶, Ines Kurze⁷, Anja Lingnau⁸, Barbara Ludwikowski⁹, Tobias Luthle¹⁰, Fabian Queißert¹¹, Wolfgang Rösch¹², Regina Stredele¹³, Thomas M. K. Völk¹⁴, Michael Gedamke¹⁵

- 1 Marien Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität, Herne, Deutschland
- 2 Universitäts Medizin Frankfurt, Klinik für Urologie, Frankfurt, Deutschland
- 3 Haunersches Kinderspital, Kinderchirurgische Klinik und Poliklinik, München, Deutschland
- 4 Sauerlandklinik Hachen gGmbH, Sundern-Hachen, Deutschland
- 5 Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik, Kinderneurologie, Nürnberg, Deutschland
- 6 DRK Kamillus Klinik Asbach, Asbach, Deutschland
- 7 Querschnittgelähmten-Zentrum/Klinik für Paraplegiologie und Neuro-Urologie, Bad Berka, Deutschland
- 8 Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Urologie, Kinderurologie, Berlin, Deutschland
- 9 Auf der Bult Kinder- und Jugendkrankenhaus, Kinderchirurgie/Kinderurologie, Hannover, Deutschland
- 10 Universitätsklinikum Tübingen, Kinderchirurgie und Kinderurologie, Tübingen, Deutschland
- 11 Kontinenz- und Beckenbodenzentrum in der Klinik für Urologie am UKM (Universitätsklinikum Münster), Münster, Deutschland
- 12 KUNO Klinik St. Hedwig, Kinderurologie, Regensburg, Deutschland
- 13 LMU, Urologische Klinik und Poliklinik, München, Deutschland
- 14 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, KJF Klinikum Josefinum, Augsburg, Deutschland
- 15 Farco-Pharma GmbH, Köln, Deutschland

Einleitung:

Die Senkung des Detrusordrucks während der Speicherphase auf <30-40 cm H₂O ist das hervorragende Behandlungsziel bei der Behandlung der neurogenen Detrusorüberaktivität (NDO). NDO-Patienten werden leitlinien-gerecht in der Zweitlinie mit intravesikalem Oxybutynin (IV) behandelt. Im klinischen wird ärztlicherseits die IV Dosis typischerweise empirisch bestimmt. Ziel der UPSIDE-Studie war es Prädiktoren für eine therapeutisch zufriedenstellende Start-Dosierung zu identifizieren. Hier werden sekundäre Endpunkte aus der Studie analysiert.

Methode:

Im Rahmen einer nicht-interventionellen Studie sollten 250 PatientInnen mit einer NDO aufgrund einer SCI, MMC und MS eingestellt und mindestens drei Monate mit VESQXX® (IV) behandelt werden. An der Studie beteiligten sich 14 Studienzentren mit urodynamischen Messplätzen aus ganz Deutschland. Die Beobachtung der Patienten erfolgte bei Neueinstellung/Umstellung auf IV, die zweite urodynamische Kontrolluntersuchung musste in einem Abstand von mindestens 3 und maximal 15 Monaten erfolgen. Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich im Rahmen der klinischen Routine. Es wurden Daten zur Dosierung, Anwendungsfrequenz, Demographie, Anamnese, NDO-Medikationshistorie, Begleitmedikation, Begleiterkrankungen, Labor, Sonographie erfasst. Als Prädiktoren wurden urodynamische Faktoren (Pdet max, Baseline Pdet am Ende der Füllphase, Compliance, Maximales Füllvolumen, VUR-Grad und Leak Point Pressure) sowie anamnestische Angaben zur Frequenz des intermittierenden Katheterismus (ISK), Harnwegsinfekt (HWI)-Frequenz, HWI-Schwere, Inkontinenz Frequenz/Tag und Kathetervolumen pro ISK, untersucht.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden 54 PatientInnen in die Studie eingeschlossen, 3 Patienten wurden aufgrund von Protokollverstößen ausgeschlossen, mindestens eine Dosis erhielten 51 PatientInnen und 36 PatientInnen hatten mindestens eine Follow-up Visite. 72,2% aller PatientInnen ($n = 36$) erreichten eine therapeutisch zufriedenstellende Dosierung. Der ISK wurde mehrheitlich durch die Patienten selbst, bzw. deren Eltern durchgeführt (50%) und nahm im Verlauf der Studie zu (58,3%). Der Anteil der kontinenten Patienten nahm in der Gruppe der zufriedenstellend therapierten von 34,6% auf 46,2% zu, gleichzeitig sank der Anteil der inkontinenten Patienten unter Therapie mit IV. In Summe über alle Patienten verdoppelte sich der Anteil der vollständig Kontinenten zur Follow-up Visite und der Anteil der Inkontinenten halbierte sich. Die Zahl der Patienten mit HWI, HWI-Frequenz pro Quartal, HWI-Schwerdegrad sowie die Zahl / Häufigkeit von Antibiotikatherapien nahmen ab. Die Lebensqualität im Qualiveen Score verbesserte sich stat. signifikant im Verlauf der Studie ($p=0,0276$). Insgesamt wurden substanztypische Nebenwirkungen in der für IV typischen Frequenz berichtet.

Schlussfolgerungen:

Die Lebensqualität der mit VESQXX behandelten Patienten verbesserte sich signifikant im Verlauf von 3 Monaten. Die Wirksamkeit der IV ist gut und verdoppelt die Kontinenzraten. Eine Reduktion der HWI-Rate, HWI-Schweregrade sowie der Antibiotika-Rate wurde beobachtet. Die Sicherheit der Therapie bestätigt die Erfahrung aus der Literatur.

Interessenkonflikt:

Michael Gedamke: medizinisch, wissenschaftlicher Berater für Farco-Pharma GmbH

Der Einfluss patientenspezifischer Faktoren auf Dauerkatheter-Auslassversuch und Harninkontinenz in der neurologischen Rehabilitation

Anke Jaeke^{1,2}, Ann-Katrin Walter³, Manuel Pickermann³, Stephanie Knüpper^{1,2}, Ruth Kirschner-Hermanns²

1 Neuro-Urologie, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

2 Neuro-Urologie, Johanniter Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn, Deutschland

3 Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Urologie, Bonn, Deutschland

Einleitung:

Die Harnableitung mit einem transurethralen Dauerkatheter (DK) ist die häufigste Form der Akutversorgung in der Intensivmedizin und in der weiteren Versorgung akut neurologisch erkrankter Patienten. Dieses Konzept bleibt häufig im weiteren Behandlungsverlauf bestehen. Gründe sind u.a. pflegerische Indikation, Harninkontinenz und mögliche Harnretention mit den Folgen von Stürzen, Dekubitus, erhöhter Mortalität sowie Urosepsis oder Nierenfunktionseinschränkung. Während einige Risikofaktoren für Inkontinenz infolge Apoplex identifiziert wurden, ist der Einfluss von patientenspezifischen Faktoren auf den erfolgreichen DK-Auslassversuch und resultierende Harninkontinenz wenig erforscht. Ziel war daher, patientenspezifische Einflüsse auf den Erfolg eines DK-Auslassversuches und das Auftreten einer Harninkontinenz zu untersuchen.

Methode:

Es wurden 34 Patienten prospektiv untersucht. Sie befanden sich wegen einer schweren akuten neurologischen Erkrankung in neurologischer Rehabilitation. Einschlusskriterien waren: Tragen eines DK, mentale und verbale/nonverbale Eignung ein Interview zu beantworten sowie Harndrang und Blasenentleerung adäquat zu berichten, Einverständnis zur Studienteilnahme und medizinische Indikation zum DK-Auslassversuch. Stuhlinkontinenz war Ausschlusskriterium. Patientenspezifische Faktoren waren Minimal Mental State Examination, Demenz-Detection, Alter, Geschlecht und SF-36 Health Survey vor dem Auslassversuch. Für diese Faktoren wurden relatives und adj. Risiko (nach Geschlecht und Alter) für die Zielgrößen erfolgreicher DK-Auslassversuch und Harninkontinenz bestimmt.

Ergebnisse:

Der Auslassversuch verlief bei 21 von 34 Personen erfolgreich. Das Grundrisiko unserer Kohorte lag bei 61.8% (95% KI 44.7; 76.3). Die Faktoren allgemeine Gesundheitswahrnehmung SF-36 (relatives Risiko (RR) 0.59, 95% KI 0.37; 0.95, $p=0.031$) und emotionale Rollenfunktion SF-36 (RR 0.92, 95% KI 0.86; 0.99, $p=0.03$) hatten einen negativen Effekt auf den erfolgreichen Auslassversuch. Das Grundrisiko für Harninkontinenz nach DK-Auslassversuch war 47.6 % (10/11) (95% KI 27.9; 68.2). Das Alter hatte einen negativen Einfluss (RR 1.31, 95% KI 1.01; 1.7, $p=0.04$) auf das Auftreten von Harninkontinenz nach erfolgreichem DK-Auslassversuch. Für die übrigen Faktoren konnte kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung:

Zur Bestätigung der Ergebnisse und zur Analyse weiterer Faktoren müssen große Fallzahlen prospektiv untersucht werden. So können prädisponierenden Faktoren ermittelt werden, die die Grundlage für eine effiziente und für alle Beteiligten bedürfnisangepasste Strategie des Blasenmanagements bilden.

Analyse der IPSS-Einzelfragen betreffs der App-basierten Therapie von Symptomen des unteren Harntrakts (LUTS) beim Mann: die post-hoc Analyse der randomisierten kontrollierten BEST-Studie

Sandra Schönburg^{1,2}, Christian Gratzke³, Kurt Miller^{4,5}, Erik Krieger⁵, Laura Wiemer^{4,5}

1 BG Klinikum Bergmannstrost, Halle, Deutschland

2 Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie und Nierentransplantation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

3 Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

4 Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

5 Kranus Health GmbH, München, Deutschland

Einleitung:

Der IPSS-Fragebogen ist ein diagnostisches Tool zur Einschätzung der Beschwerden am unteren Harntrakt beim Mann. Er beinhaltet 3 Fragen zu den Speichersymptomen (Fragen 2, 4, 7) sowie 5 Fragen zur Miktions (Fragen 1, 3, 5, 6). Kranus Luteria ist die erste DiGA zur Behandlung von male LUTS. Doch welche Blasenbeschwerden sprechen auf die DiGA-Therapie besser an?

Methode:

Die vorliegenden Daten stellen eine post-hoc-Analyse der Ergebnisse der BEST-Studie dar. Die BEST-Studie war die deutsche Zulassungsstudie für die DiGA Kranus Luteria. Der Studienzeitraum betrug 12 Wochen; sie wurde zwischen 04/2023 und 11/2023 durchgeführt.

Ergebnisse:

In der BEST-Studie wurden 237 Patienten randomisiert. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung des primären Endpunktes IPSS, mit einer Verringerung um insgesamt -7,0 Punkte (95% KI: -8,1 bis -5,9, $p < 0,0001$). Die Analyse der IPSS-Einzelfragen zeigte für das Gesamtkollektiv die größte Veränderung betreffs der Fragen 1, 2, und 7 (jeweils $p < 0,0001$). Patienten mit der Einzeldiagnose N40 (BPH) hatten die größte Punktwertverringerung in den Fragen 2 und 5 (jeweils $< 0,0001$), Patienten mit N32.8 (OAB) in den Fragen 2, 4 und 7 (jeweils $< 0,0001$) und Patienten mit N40+N32.8 (BPH+OAB) betreffs der Fragen 2, 3 und 7 (Frage 2 und 3 $< 0,0001$, Frage 7 $p = 0,0015$). Entsprechend der Analyse der Einzelfragen zeigte sich die größte Verbesserung betreffs der Pollakisurie und Nykturie.

Schlussfolgerung:

Die post-hoc Analyse zeigt, dass sich der Nutzen der DiGA-Therapie vor allem in der Reduktion der Speichersymptome findet. Diese Untersuchung belegt den Wert der DiGA-Therapie als integralen Bestandteil der Standardversorgung von Patienten mit LUTS.

Interessenkonflikt: Schönburg: Studienleitung BEST-Studie, Referenten- und Beratertätigkeit für Kranus Health; stellv. Koordinatorin der dt. BPS-Leitlinie; betreffs der Thematik im Speziellen bestehen jedoch keine Interessenkonflikte; es handelt sich bei o.g. Untersuchung um eine post-hoc Analyse der Zulassungsstudie.

Die Manchester-Operation: eine gute Option zur apikalen Fixation bei Wunsch nach einem vaginalen, uterus-erhaltenden Verfahren ohne Einsatz alloplastischen Materials

Nathalie Ng-Stollmann, Ralf Tunn, Kathrin Beilecke

Klinik für Urogynäkologie, DBBZ, Alexianer St. Hedwig Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Die Manchester-Operation, erstmals 1888 von Dr. Archibald Donald durchgeführt und später von Dr. William Edward Fothergill weiterentwickelt, ist ein uterus-erhaltendes Verfahren zur Korrektur einer Senkung des apikalen Kompartiments, meist kombiniert mit einer Zystozelenkorrektur. Studien zeigen, dass ihre Ergebnisse und Rezidivraten mit denen der vaginalen Prolapshysterektomie vergleichbar sind [1]. Aufgrund wachsender Bedenken gegenüber netzgestützten Senkungsoperationen steigt das Interesse an uterus-erhaltenden, vaginalen Verfahren ohne alloplastische Materialien. Weiterhin kann der Eingriff unter Lokalanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt werden. Seit 2024 bietet unser Zentrum die Manchester-Operation an. Seit 2025 erfolgt die Zystozelenkorrektur doppelschichtig mit zunächst einer fortlaufenden PDS-Naht, gefolgt von Einzelknopfnähten. Eine geringere Rezidivrate konnte bei der doppelschichtigen Zystozelenkorrektur im Vergleich zur einzelschichtigen Technik gezeigt werden [2]. Es gibt wenige Daten zum operativen Erfolg in Abhängigkeit vom Nahtmaterial [3]. Diese Arbeit evaluiert die Manchester-Operation als vaginale, uterus-erhaltende Alternative zur apikalen Fixation ohne Fremdmaterial und vergleicht die Rezidivraten des vorderen Kompartiments in Abhängigkeit vom Nahtmaterial (Vicryl vs. PDS).

Methode:

Bei der modifizierten Manchester-Operation werden die Zervix gekürzt und die Ligg. cardinalia ventral an der verbleibenden Zervix/ Isthmus uteri fixiert, um das apikale Kompartiment anzuheben. Ergänzend erfolgt eine Zystozelenkorrektur. Unser Zentrum bietet dieses Verfahren postmenopausalen Patientinnen an, die eine uterus-erhaltende, vaginale Operation ohne Fremdmaterial wünschen. Die erste Operation fand im Februar 2024 statt. Bis Ende 2024 wurde die Zystozelenkorrektur zweischichtig mit Vicryl (fortlaufende Naht und Einzelknopfnähte) durchgeführt, seit 2025 erfolgt die fortlaufende Naht mit PDS. Sechs Monate postoperativ wurden Patientinnen mittels POP-Q-System untersucht. Zusätzlich erhielten die Patientinnen den validierten Deutschen Beckenboden-Fragebogen prä- und postoperativ. Zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit wurde postoperativ der Freiburger Index für Patientenzufriedenheit (FIPS) verwendet. Dieser interdisziplinär validierte Fragebogen dient der Bewertung der behandlungsbezogenen Zufriedenheit nach operativen Eingriffen. Die FIPS-Ergebnisse werden auf einer Skala von 1,00 (hervorragend) bis 6,00 (sehr schlecht) dargestellt [4].

Ergebnisse:

Eingeschlossen wurden postmenopausale Frauen mit einem Deszensus uteri von mindestens Grad II (Punkt C $\geq$ -1). Perioperativ traten keine Komplikationen auf. Sechs Monate postoperativ zeigte sich das apikale Kompartiment rezidivfrei (durchschnittlicher Punkt-C-Wert: -8). Alle Patientinnen erhielten eine Zystozelenkorrektur; 40 % der 2024 operierten Patientinnen entwickelten eine Rezidivzystozele (Punkt Ba $\geq$ -1). Die durchschnittliche Vaginallänge lag postoperativ bei 9 cm. Eine erhebliche subjektive Verbesserung der Senkungsbeschwerden konnte anhand des Deutschen Beckenboden-Fragebogens gezeigt werden. Der Freiburger Index für Patientenzufriedenheit (FIPS) ergab einen durchschnittlichen Score von 1,6 (sehr gut). Darüber hinaus würden 86 % der Patientinnen den Eingriff erneut durchführen lassen. Die Nachuntersuchung der 2025 operierten Patientinnen steht aus. Es wird vermutet, dass der Einsatz von langsam resorbierbarem PDS-Faden die Rezidivrate im vorderen Kompartiment senken könnte.

Schlussfolgerung:

Unsere Ergebnisse zeigen eine stabile Fixierung des apikalen Kompartiments, eine subjektive Verbesserung des Senkungsgefühls und eine hohe Patientenzufriedenheit. Die modifizierte Manchester-Operation stellt daher eine vielversprechende Alternative dar, wenn ein vaginales Verfahren mit Uteruserhalt ohne den Einsatz von alloplastischem Material gewünscht wird. Der Eingriff kann zudem unter Lokalanästhesie und Analgesiedierung durchgeführt werden. Hinsichtlich der Zystozelenkorrektur wird die Hypothese aufgestellt, dass ein langsam resorbierbarer Faden die Rezidivrate senken könnte. Prospektive Studien zum Vergleich der Fixierung des apikalen Kompartiments zwischen verschiedenen vaginalen Verfahren sind erwünscht.

Interessenkonflikte:

- Dr. med. Nathalie Ng-Stollmann: Mitarbeit an der S3 Leitlinie Weiblicher Descensus genitalis, Diagnostik und Therapie, AGUB Mitglied
- Prof. Dr. med. Ralf Tunn: Mitarbeit an der S3 Leitlinie Weiblicher Descensus genitalis, Diagnostik und Therapie, AGUB III
- Dr. med. Kathrin Beilecke: Mitarbeit an der S3 Leitlinie Weiblicher Descensus genitalis, Diagnostik und Therapie, AGUB III

Literatur

1. Enklaar RA, Knapen FMFM, Schulten SFM, van Osch LADM, van Leijssen SAL, Gondrie ETCM, Weemhoff M. The modified Manchester Fothergill procedure compared with vaginal hysterectomy with low uterosacral ligament suspension in patients with pelvic organ prolapse: long-term outcome. *Int Urogynecol J*. 2023 Jan;34(1):155-164. DOI: 10.1007/s00192-022-05240-3
2. Graefe F, Schwab F, Tunn R. Double-layered anterior colporrhaphy (DAC)-video and mid-term follow-up of 60 patients. *Int Urogynecol J*. 2023 Jan;34(1):297-300. DOI: 10.1007/s00192-022-05216-3
3. Madhuvrata P, Glazener C, Boachie C, Allahdin S, Bain C. A randomised controlled trial evaluating the use of polyglactin (Vicryl) mesh, polydioxanone (PDS) or polyglactin (Vicryl) sutures for pelvic organ prolapse surgery: outcomes at 2 years. *J Obstet Gynaecol*. 2011 Jul;31(5):429-35. DOI: 10.3109/01443615.2011.576282
4. Schoenthaler M, Farin E, Karcz WK, Ardelt P, Wetterauer U, Miernik A. Der Freiburger Index für Patientenzufriedenheit. Vorstellung eines neuen Instruments und seiner psychometrischen Eigenschaften [The Freiburg Index of Patient Satisfaction: introduction and validation of a new questionnaire]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2012 Mar;137(9):419-24. DOI: 10.1055/s-0031-1298976

Sexual function in women with uterine prolapse after the modified Manchester Procedure versus sacrospinous hysteropexy: a secondary analysis of a Randomized Controlled Trial

Lisa Stoter¹, Kirsten Peters², Rosa Enklaar¹, Sascha Schulten¹, Mirjam Weemhoff³, Sanne van Leijssen⁴, Hugo van Eijndhoven⁵, Kirsten Kluivers¹

¹ Radboudumc, Nijmegen, Netherlands

² Rijnstate, Arnhem, Netherlands

³ Zuyderland, Heerlen, Netherlands

⁴ Maxima MC, Veldhoven, Netherlands

⁵ Isala, Zwolle, Netherlands

Introduction:

While sexual function generally improves after pelvic organ prolapse (POP) surgery, concerns remain de novo dyspareunia [1]. This study compares the effect of the modified Manchester procedure (MP) and the sacrospinous hysteropexy (SSH) on sexual function and dyspareunia.

Methods:

Analysis of the data on sexual function from a multicentre randomized controlled trial evaluating MP versus SSH in treatment of primary uterine prolapse. The primary outcome was the change in the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR) score from baseline to 24 months. Secondary outcomes included dyspareunia incidence and de novo dyspareunia.

Results:

A total of 393 (MP = 197, SSH=196) women completed the PISQ-IR questionnaire at baseline and after 24 months follow-up. In sexually active patients (MP=101, SSH=99), the mean PISQ-IR score improved within both groups: 0.27 ($p = <.001$; Cohen's $d = 0.59$) points after MP and 0.20 ($p = <.001$; Cohen's $d = 0.40$) points after SSH. There was no difference in PISQ-IR score between the groups at 24 months follow-up (MP 3.46, SSH 3.36; $p = .062$), nor in the change over time. The occurrence of de novo dyspareunia did not differ significantly (MP 5%, SSH 13%; $p = .075$).

Conclusion:

Both MP and SSH lead to a similar improvement in sexual function in sexually active patients, without a difference between procedures. There is no difference in de novo dyspareunia rates after MP compared to SSH. In view of higher effectivity, the MP should be considered as a surgical option for POP, without concern for a negative impact on sexual function.

Literatur

1. Fatton B, de Tayrac R, Letouzey V, Hubertant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. *Nat Rev Urol*. 2020;17(7):373-90.

Burch colposuspension for stress urinary incontinence in women – results of a retrospective clinical trial

Carolin Schröder¹, Murad Saleh², Laura Tascón Padrón¹, Jakob Friedemann Pantenburg¹, Eva-Katharina Egger¹, Alexander Mustea¹, Dominique Könsgen-Mustea¹

¹ Uniklinik Bonn, Bonn, Germany

² GFO Kliniken Bonn, Bonn, Germany

Introduction:

Stress urinary incontinence (SUI) is a common condition affecting up to 50% of older women and 20–30% of premenopausal women, significantly impacting quality of life. While Burch colposuspension (BC) has shown long-term efficacy rates of 65–90%, up to 28% of patients (pts) experience adverse events.

Methods:

This study assessed BC procedures performed via mini-laparotomy (2020–2023) by a single urogynecological surgeon at University Hospital Bonn. The study aimed to determine the effect of BC for the treatment of SUI in women. Objective outcomes included a stress test and 24-hour pad usage, while subjective outcomes were evaluated using the German Pelvic Floor Questionnaire (GPFQ) and the International Consultation of Incontinence Questionnaire (ICIQ).

Follow-up examinations were performed at 8–12 weeks (FU1) and at the timing of last clinical follow-up (FU2a). A study-specific questionnaire (SSQ), GPFQ and ICIQ were sent to all pts between December 2023 and May 2024 (FU2b). Secondary aims were to assess the safety of BC and identify predictors of surgical failure.

Results:

Among 115 BC procedures, the domains bladder, prolapse and sexual function regarding GPFQ were significantly reduced at FU1 compared to preoperatively. 81% of pts showed improvement or cure (ICIQ) at FU2a (mean 16 months). The positive stress test rate dropped significantly (22% to 3.5%, $p < 0.05$), as did pad usage (3 to 1, $p = 0.05$) between preoperatively and FU2a. At FU2a, 15.7% had persistent SUI, 23.5% reported urge symptoms, and bladder, prolapse, and sexual function regarding GPFQ improved significantly. At FU2b (mean 22 months), 81% were satisfied, and de novo urge symptoms occurred in 3.5%. Low preoperative urethral closure pressure was linked to higher failure risk.

Conclusion:

BC is an effective treatment modality for SUI in women, offering high patient satisfaction, good short-term treatment success, and a low risk of adverse events.

Literatur

1. Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU Int.* 2020 May;125(5):638–55.
2. Lapitan MCM, Cody JD, Mashayekhi A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7:CD002912.
3. Veit-Rubin N, Dubuisson J, Ford A, Dubuisson J, Mourad S, Digesu A. Burch colposuspension. *Neurourol Urodyn.* 2019 Feb;38(2):553–62.

Epidemiologie und Behandlung von Darmfunktionsstörungen in Deutschland – eine retrospektive Analyse von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen

Elin Brunckhorst¹, Christian Grete¹, Uwe Papenkordt¹, Sebastian Schwabe¹, Helge Blumenroth¹, Naveen Surendranathan¹, Peter Saade¹, Nicole Harm¹, Claudia Grellmann², Matthias Arnold²

¹ Coloplast GmbH, Hamburg, Deutschland

² inav GmbH, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Darmfunktionsstörungen (DFS) wie Stuhlinkontinenz oder Obstipation können die Lebensqualität Betroffener erheblich beeinflussen. Epidemiologische Daten zur Bedeutung der DFS in Deutschland sind jedoch limitiert. Diese Studie untersucht die Prävalenz von DFS und Therapiehäufigkeit in Deutschland.

Methode:

Die Analyse erfolgte in Abrechnungsdaten von rund 4,1 Millionen Versicherten aus 15 gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Zeitraum 2013 bis 2022.

Es wurden Querschnittsanalysen sowie longitudinale Beobachtungen mittels ICD-10 und Therapie-Analysen mittels OPS, ATC, Hilfsmittelcodes, Heilmittelpositionsnummern und ICD-10 durchgeführt. Versicherte ≥ 3 Jahren wurden betrachtet und Ergebnisse auf die GKV-Gesamtpopulation alters- und geschlechtsadjustiert extrapoliert. Als leitliniengerechte Therapieoptionen wurden konservative Maßnahmen (Ernährungstherapie, medikamentöse Therapie, Physiotherapie und Beckenbodentraining), transanale Irrigation und invasive Maßnahmen (u. a. sakrale Neuromodulation, Stoma) betrachtet. Die Analyse der Zeit bis zum Therapiestart erfolgt mittels Methode nach Kaplan-Meier.

Ergebnisse:

Bei Anwendung eines M2Q-Kriteriums (ambulant gesicherte Kodierung in zwei Quartalen) zeigt sich eine auf die GKV-Population hochgerechnete Prävalenz von DFS in 2022 von 2,5%. Etwa 60,5% dieser Patienten erhielten in unserer Analyse keine nach unserer Definition kodierte Therapiemaßnahme zu Lasten der GKV. Die ca. 39,5% Patienten mit kodierter Behandlung erhielten zu 98,4% eine konservative Maßnahme, 0,8% eine transanale Irrigation und 2,9% eine invasive Maßnahme (Mehrfachtherapien waren möglich). 2,7 Jahre nach Erstkodierung einer DFS wurde bei 50% der Patienten noch keine der definierten Therapiemaßnahmen verordnet.

Schlussfolgerung:

Unsere Untersuchung zeigt eine relevante Prävalenz von DFS in Deutschland, basierend auf publizierten Daten wird von einer zusätzlichen Dunkelziffer ausgegangen. Die lange Zeit bis zu einer verordneten Therapiemaßnahme lässt vermuten, dass Patienten auch im erheblichen Maße eigenständig Maßnahmen ergreifen.

Interessenkonflikte:

- Dr. Elin Brunckhorst, Christian Grete, Uwe Papenkordt, Dr. Sebastian Schwabe, Helge Blumenroth, Naveen Surendranathan, Peter Saade und Nicole Harm sind Mitarbeiter der Coloplast GmbH.
- Dr. Claudia Grellmann und Dr. Matthias Arnold sind Mitarbeiter der inav GmbH, welche durch die Coloplast GmbH mit der Durchführung der Studie beauftragt wurden.

Tas2R38 in urethralen Tuft-Zellen bei rezidivierenden Harnwegsinfekten und Epididymitis

Lea Hofmann¹, Klaus Deckmann¹, Wolfgang Kummer¹, Floian Wagenlehner², Adrian Pilatz²

¹ Justus-Liebig-Universität, Gießen, Deutschland

² UKGM, Gießen, Deutschland

Einleitung:

Ziel unserer Studie war es herauszufinden, ob die Fähigkeit, den Bitterstoff Phenylthiocarbamid (PTC) zu schmecken, mit dem Risiko einer Infektion der ableitenden Harnwege bzw. der Nebenhoden assoziiert ist. Urethrale Tuft-Zellen (UTC) sind in der Lage, Bitterstoffe wahrzunehmen und daraufhin Abwehrmechanismen einzuleiten. PTC ist ein künstliches Derivat von Thiourea, einem Bitterstoff, der von uropathogenen Bakterien abgesondert wird. Es gibt Menschen, die PTC nicht wahrnehmen können. Folgerichtig könnte dies die protektiven Eigenschaften der UTC vermindern und das Risiko einer Infektion erhöhen. Die Fähigkeit, PTC wahrzunehmen, ist mit einem Einzelnukleotid-Genpolymorphismus (SNP) des Geschmacksrezeptors Tas2R38 assoziiert. Die SNPs verursachen jeweils drei Aminosäureveränderungen: P49A, A292V und V296I. Diese drei Varianten haben die Tendenz, zusammen vererbt zu werden: entweder in der Variante PAV oder AVI. Der PAV-Haplotyp kann PTC schmecken, der AVI-Haplotyp nicht. Personen mit dem homozygoten PAV/PAV-Genotyp gelten als „Super-Schmecker“, diejenigen mit dem heterozygoten PAV/AVI-Genotyp als „Schmecker“ und die mit dem homozygoten AVI/AVI-Genotyp als „Nicht-Schmeckern“.

Methode:

In einer Fall-Kontroll-Studie mit 130 weiblichen Probandinnen wurde der Risikofaktor „Fähigkeit, PTC wahrzunehmen“ auf die Erkrankung rezidivierender HWI untersucht. Zudem wurden in einer zweiten Studie Blutproben von 100 männlichen Probanden mit und ohne Epididymitis untersucht und eine PCR zur Bestimmung des Genotyps bezüglich des Schmecker-Status angewandt. Zudem wurde die Expression von Tas2R38 in menschlichem urethralem Gewebe mittels Immunhistochemie untersucht und eine mögliche Kolo-kalisation mit UTC erörtert. Des Weiteren wurde mittels Calcium-Imaging an isolierten UTC aus UTC-Reportermäusen (ChAT-eGFP-Mäusen) die Reaktion von UTC auf PTU und PTC untersucht und die Expressionsmuster relevanter Faktoren in UTC wurden mit Hilfe von Next-Generation-Sequencing und RT-PCR bestimmt.

Ergebnisse:

Die Fall-Kontroll-Studie an HWI-Probandinnen ergab, dass sich signifikant mehr Nicht-Schmecker in der Gruppe mit rez. HWI befanden. Nicht-Schmecker haben demnach ein 2,36-fach höheres Risiko, an rez. HWI zu erkranken. In der Studie mit Epididymitis-Patienten zeigte sich kein Unterschied zwischen Schmeckern und Nicht-Schmeckern zwischen den Patienten mit Epididymitis und in der Kontrollgruppe. Allerdings gab es signifikant mehr Super-Schmecker in der Kontrollgruppe ($p = 0,0167$). Super-Schmecker erkrankten über 4-fach seltener an Epididymitis.

Die Tas2R38-Expression wurde entlang des aufsteigenden Infektionsweges (Urethra und Ductus deferens) untersucht. Die Immunfluoreszenz zeigte eine Tas2R38-Expression in den selten vorkommenden UTC. Im Tiemo-dell zeigte sich in der RT-PCR eine Expression verschiedener Bittergeschmacksrezeptoren, einschließlich jener, die für die Erkennung von PTU und PTC verantwortlich sind. Die Next-Generation-Sequenzierung von sechs UTC der Maus zeigte eine Expression der Rezeptoren. In Calcium-Imaging-Experimenten wurden isolierte UTC mit PTC und PTU stimuliert. Die UTC zeigten eine signifikante Erhöhung der intrazellulären Calciumkonzentration in Anwesenheit von PTC und PTU.

Schlussfolgerung:

UTC könnten insbesondere für die Abwehr von Infektionserregern in der Harnröhre und angrenzenden Geweben relevant sein. Die Fähigkeit, PTC wahrnehmen zu können, bedingt ein geringeres Risiko, an rez. HWI oder Epididymitis zu erkranken. Da bekannt ist, dass UTC mit dem Rezeptor Tas2R38 an der Fähigkeit beteiligt sind, Bitterstoffe wie PTC wahrzunehmen, untermauert dies die Annahme, dass UTC einen schützenden Effekt im Urogenitaltrakt haben und als Wächterzellen fungieren. Unklar ist bislang, ob dies durch UTC verursacht wird oder ob andere Zellen der Immunantwort an diesem Effekt beteiligt sind.

Prospektive, randomisierte, multizentrische Studie zur Wirksamkeit einer digitalen Gesundheitsanwendung für die Behandlung der naiven und therapierefraktären Überaktiven Blase und Mischharninkontinenz von Mann und Frau

Andreas Wiedemann¹, Claudia Neumeister², Lukas Schramm³, Marcus Rudolf Götz⁴, Christine Neubauer², Johannes Salem⁵, Laila Najjari⁶

1 Evangelisches Krankenhaus Witten GmbH, Witten, Deutschland

2 Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, Bamberg, Deutschland

3 Lehrstuhl für Allgemeine Psychologie und Methodenlehre, Universität Bamberg, Bamberg, Deutschland

4 Bode Chemie GmbH, Hamburg, Deutschland

5 CUROS Urologisches Zentrum, Klinik LINKS VOM RHEIN, Köln, Deutschland

6 Universitätsklinik RTHW, Aachen, Deutschland

Einleitung:

INKA, ein digitales, CE-gezeichnetes Medizinprodukt, unterstützt Patient:innen mit überaktiver Blase (OAB) sowie Misch- und Dranginkontinenz durch Verhaltensempfehlungen, Lernmodule, Medikamentenerinnerungen, Beckenboden- und Blasentraining. Ziel dieser Studie war der Nachweis des medizinischen Nutzens von INKA.

Methode:

Die erwachsenen Patient:innen wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der INKA- oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Es gab zwei Kohorten: Patient:innen, die bereits stabile pharmakologische Behandlung für OAB erhielten („OAB med“) sowie Patient:innen ohne entsprechende Medikation („OAB naiv“). Primärer Endpunkt war die Veränderung der durchschnittlichen Anzahl der Miktionen/24h (3-Tage-Blasenprotokoll) über 12 Wochen. Die konfirmatorische statistische Analyse bestand aus der gepoolten Analyse der Kohorten. Sekundäre Endpunkte waren unter anderem Veränderungen der Symptome (ICIQ-OAB) und der Lebensqualität (ICIQ-OABqol). Eine Interimsanalyse (IA) fand mit ca. 50% der geplanten Patientenzahl statt.

Ergebnisse:

Die IA umfasste Daten von 162 Patienten (77 INKA, 85 Kontrolle; Durchschnittsalter 57,4 (SD 15,3) Jahre; 28% „OAB med“, 72% „OAB naiv“). Nach 12 Wochen wurde in der INKA-Gruppe eine klinisch relevante Reduktion der mittleren Anzahl von Miktionen/24h um -2,23 und eine statistische Überlegenheit gegenüber der Kontrollgruppe nachgewiesen (Gruppenunterschied -1,42, $p < 0,0001$). INKA führte auch zu einer klinisch relevanten Reduktion der OAB-Symptome (ICIQ-OAB-Gesamtscore: -2,12 INKA vs. -0,74 Kontrolle, $p = 0,0001$) und zu einer Verbesserung der Lebensqualität (ICIQ-OABqol-Gesamtscore: -21,96 INKA vs. -7,00 Kontrolle, $p < 0,0001$). Die Anwendung von INKA war gut verträglich.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse der IA belegen klar den medizinischen Nutzen von INKA bei der Behandlung der OAB, indem sie sowohl eine klinisch relevante und statistisch signifikante Reduktion der Symptome als auch eine Verbesserung der Lebensqualität aufzeigen.

Interessenkonflikte:

Herr Prof. Dr. Wiedemann:

- Mitarbeit als Prüfärzt an der präsentierten Studie, Erhalt von Prüfärzthonorar.
- Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat für Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, Pfizer, MIP Arzneimittel, Bayer, Novartis
- Berater/Gutachtertätigkeit für: Acticore, Astellas, Bayer Pharma, Dr. Pfleger, Merck, MIP Arzneimittel, Novartis

Frau Dr. Neumeister, Herr Schramm, Herr Dr. Götz und Frau Neubauer:

- zum Zeitpunkt der Planung und/oder der Datenerhebung Mitarbeiter der Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH

Herr PD Dr. Salem:

- Mitarbeit als Prüfärzt an der präsentierten Studie, Erhalt von Prüfärzthonorar
- Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat für Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH und Kranus Health GmbH

Frau PD Dr. Najjari:

- Mitarbeit als Prüfärztin an der präsentierten Studie, Erhalt von Prüfärzthonorar
- Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat für Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH

The Carbon Footprint of a TVT operation in the Netherlands and Germany: a Life Cycle Assessment

Lisa Stoter¹, Karin Oegema¹, Celina Weyers², Bernhard Uhl², Emma Kooistra¹, Kirsten Kluivers¹, Tim Stoberneck¹

¹ Radboudumc, Nijmegen, Netherlands

² Evangelisches Krankenhaus Wesel, Wesel, Germany

Introduction:

Healthcare systems strive to protect public health. Yet, they are significant contributors to carbon emissions and waste [1]. While medical specialists are motivated to make their work more sustainable, they lack evidence on how to achieve this [2], [3]. This study aims to assess the environmental impact of a TVT operation, to compare CO2 hotspots internationally and to identify mitigation strategies.

Methods:

An observational life cycle assessment (LCA) was carried out in one Dutch and one German hospital. The primary outcome was the mean carbon footprint per TVT operation, measured in kilogram CO2 equivalent (kg CO2e). Secondary outcomes included identifying CO2 hotspots for mitigation strategies in both countries. The LCA was performed according to ISO14040 guidelines and ReCiPe 2016 methodology.

Results:

Two TVT operations were analysed per hospital. The mean carbon footprint per procedure was 67 kg CO2 eq. and 42 kg CO2 eq. in the Netherlands and Germany respectively. The average operating time was 69 minutes in the Netherlands and 60 minutes in Germany. Disposables were the primary hotspot in both countries, contributing 37% and 44%, respectively. Additional key contributors in the Netherlands were patient transport (27%) and sterilization of surgical instruments (13%), while in Germany, sterilization of instruments (15%) and electricity usage (14%) played a significant role.

Conclusion:

The carbon footprint of a TVT operation differs between countries, with a higher impact in the Netherlands. Country specific hotspots were patient transport in the Netherlands, and energy consumption due to grey energy mix in the German hospital. This knowledge supports targeted mitigation efforts.

References

1. Molero A, Calabrò M, Vignes M, Gouget B, Gruson D. Sustainability in Healthcare: Perspectives and Reflections Regarding Laboratory Medicine. *Ann Lab Med*. 2021 Mar 1;41(2):139-144.
2. Cohen ES, Kouwenberg LHJA, Moody KS, Sperna Weiland NH, Kringos DS, Timmermans A, Hehenkamp WJK. Environmental sustainability in obstetrics and gynaecology: A systematic review. *BJOG*. 2024 Apr;131(5):555-567.
3. Harris H, Bhutta MF, Rizan C. A survey of UK and Irish surgeons' attitudes, behaviours and barriers to change for environmental sustainability. *Ann R Coll Surg Engl*. 2021 Nov;103(10):725-729.

Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Bewertung der mobilen App zur Behandlung von weiblicher Drang- und Belastungsinkontinenz

Axel Haferkamp¹, Lisa Frey¹, Gregor Duwe¹, Jan Hendrik Börner¹, Patrick Papp², Kurt Miller³, Laura Elisa Wiemer^{2,3}

¹ Urologische Uniklinik, Mainz, Deutschland

² Kranus Health, Berlin, Deutschland

³ Charité, Berlin, Deutschland

Einleitung:

Harninkontinenz ist eine weit verbreitete Erkrankung bei Frauen, die oft mit einem hohen Leidensdruck verbunden ist. Maßnahmen wie Lebensstiländerung und Verhaltensmodifikation und Beckenbodentraining sind laut Leitlinien empfohlen. Hier sollen die Daten der "DINKS" Studie zu einer App-basierten Therapie (Kranus Mictera) vorgestellt werden.

Methode:

In der randomisierten, kontrollierten Studie wurden Frauen mit Drang-, Stress- oder Mischinkontinenz der Interventionsgruppe (IG) (Standardversorgung + Kranus Mictera) oder der Kontrollgruppe (KG) (Standardversorgung) zugeteilt. Der primäre Endpunkt war die Häufigkeit von Inkontinenzepisoden (IE). Weitere Endpunkte erfassten Symptomschwere, Lebensqualität sowie Miktionstagebuchdaten. Die Intervention umfasste Miktionstagebuch, Beckenbodentraining, Verhaltenstechniken, Wissens- und Ernährungsinhalte sowie Analysefunktionen.

Ergebnisse:

Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der IE in der IG (-2,25; rel. Reduktion: 60,95%). Der Behandlungseffekt im Vergleich zur KG (-59,2%) war statistisch und klinisch signifikant ($p < 0,001$). Die Symptomschwere (ICIQ-SF) sank in der IG um 3,94 Punkte (35,31%). Der Behandlungseffekt von 3,7 Punkten ($p < 0,001$) übertraf die klinische Relevanzschwelle. Auch die Lebensqualität (I-QOL) verbesserte sich in der IG deutlich (+17,9), verglichen mit der KG (1,16 Punkte). Tagebuchanalysen belegten eine Reduktion des Vorlagenverbrauchs, der Miktionsfrequenz sowie eine Zunahme des Blasenvolumens.

Schlussfolgerung:

Dies sind die ersten veröffentlichten RCT-Daten, die zeigen, dass eine App-basierte Therapie Inkontinenzhäufigkeit reduziert, Symptome lindert und die Lebensqualität verbessert. Die Ergebnisse unterstreichen das Potenzial multimodaler digitaler Ansätze als eigenständige oder ergänzende Therapieoption.

Interessenkonflikte:

- Kurt Miller: Medizinischer Berater Kranus Health
- Laura Wiemer: Chief Scientific Officer Kranus Health

DIGAs für die weibliche Harninkontinenz/OAB – ein Inhaltsverzeichnis

Olga Kireeva, Benedict Brücher, Tamara Hakenes, Andres Jan Schrader, Fabian Queißert

Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

Unsere Datenerhebung untersucht die Einhaltung klinischer Leitlinien zur Inkontinenztherapie in vier verschiedenen mobilen Applikationen (DiGA) zur Erfassung und Verwaltung von Inkontinenzdaten. Ziel der Datenerhebung war es, den Umfang und die Qualität der implementierten medizinischen Empfehlungen zu analysieren. Dabei wurden die Apps hinsichtlich ihrer Datenerfassungsmethoden, der Berücksichtigung leitlinienbasierter Diagnosekriterien und Therapieempfehlungen sowie der Qualität der bereitgestellten Gesundheitsinformationen verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien in den untersuchten Apps variiert. Während einige Apps grundlegende diagnostische Kriterien und Therapieoptionen gemäß aktueller Leitlinien integrieren, gibt es bei anderen Potenzial zur Optimierung, insbesondere im Hinblick auf standardisierte Erhebungsbögen und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und einer stärkeren Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, um die Versorgung von Betroffenen durch digitale Gesundheitsanwendungen weiter zu verbessern.

Schwangerschaft und Spitzensport – Bedeutung für den Beckenboden

Birgit Schulte-Frei¹, Alexander Volzhenin²

¹ Hochschule Fresenius, Köln, Deutschland

² Hochschule Fresenius, Idstein, Deutschland

Einleitung:

Eine Schwangerschaft geht grundsätzlich mit einer Vielzahl von physischen Veränderungen einher. Parallel dazu möchten (und sollten) professionelle Athletinnen weiterhin das Training fortsetzen. Während die vielfältigen positiven Auswirkungen von moderaten Aktivitäten (Kraft- und Ausdauertraining, Belastungsnormative) in der Schwangerschaft in der Normalbevölkerung bereits wissenschaftlich umfangreich dokumentiert sind, ist die Studienlage in Bezug auf Spitzenathletinnen noch unklar (vgl. [1]). Insbesondere ist auch die Belastung und Beanspruchung des Beckenbodens im Leistungssport quasi noch nicht untersucht. Daher hat das Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp) im Jahr 2024 die Erstellung einer aktuellen Expertise mit dem Ziel der Erhebung des aktuellen Wissensstandes zur Thematik „Schwangerschaft und Spitzensport“ unter der Leitung der Ruhr Universität Bochum in Auftrag gegeben.

Zielsetzung: Das Ziel dieses Vortrages ist die Darstellung erster Ergebnisse unseres Forschungsprojektes. Er fokussiert auf den Beckenboden im Kontext Leistungssport unter besonderer Berücksichtigung des Trainings und damit einhergehend der Belastungs- und Beanspruchungsfähigkeit. Die Ergebnisse können sowohl Leistungssportlerinnen als auch Schwangeren und jungen Müttern aus der Normalbevölkerung dienen. Ein erstes Arbeitspaket ist die Erhebung des aktuellen Wissensstandes und Ermittlung bestehender Forschungslücken.

Methode:

Dazu wird zunächst eine Systematische Literaturrecherche im Rahmen eines Scoping Reviews in 9 Datenbanken mittels der Software Covidence durchgeführt. Nach Titel- und Abstract-Screening erfolgt das die Volltext-Screening und abschließend die Extraktion und Beurteilung der Studien.

Schlussfolgerung:

Der Vortrag fasst die aktuelle Datenlage zur Belastungs- und Beanspruchungssituation des Beckenbodens von weiblichen Spitzensportlerinnen zusammen. Im Transfer werden unterschiedliche Materialien zur zielgerichteten Nutzung erarbeitet.

Literatur

1. Maletzke S, Blume J, Rosa M, Bod L. Sicherer postpartaler Return to Play im Profifußball. Sportphysio. 2025;13(01):37-43. DOI: 10.1055/a-2495-9343

Kraftpakete unter Druck: die Prävalenz von Inkontinenz im deutschen Kraftdreikampf – empirische Analyse mittels quantitativer Online-Befragung mit dem Fokus auf der männlichen Population

Alexander Volzhenin¹, Birgit Schulte-Frei²

¹ Hochschule Fresenius, Idstein, Deutschland

² Hochschule Fresenius, Köln, Deutschland

Einleitung:

Kraftdreikampf-Athleten, sowohl Männer als auch Frauen, stellen aufgrund der extremen Anforderungen an die maximale Kraftleistung eine einzigartige Gruppe dar [1], [2], [3]. Die bisherige Forschung konzentrierte sich überwiegend auf weibliche Athleten, während Studien zu männlichen Athleten seltener sind [1], [2], [3]. Zudem wurde Stuhlinkontinenz bislang wenig beachtet, obwohl sie bei maximaler Belastung auftreten könnte. Eine Inkontinenzprävalenz von 32-50 % bei Kraftdreikämpfern unterstreicht die Bedeutung dieses Themas [1], [2], [3]. Diese Untersuchung soll die Prävalenz von Harn- und Stuhlinkontinenz sowie spezifische Risikofaktoren in der Kraftdreikampfgemeinschaft in Deutschland untersuchen.

Methode:

Die Studie wird eine anonyme Online-Befragung mittels eines selbst erstellten Fragebogens umfassen, der auf aktuellen Forschungsstand und Literatur basiert. Der Fragebogen behandelt Themen wie Harn- und Stuhlinkontinenz, sportartspezifische Faktoren (z.B. Technik, Hilfsmittel wie Gürtel, Einwiederholungsmaximum) und Lebensstilfaktoren. Die Rekrutierung der Probanden erfolgt über das Anschreiben der Vereine und, QR-Codes auf Plakaten in Trainingsstätten und bei Wettkämpfen.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Untersuchung werden für Juli 2025 erwartet. Die Analyse wird die Prävalenz und Risikofaktoren für Inkontinenz bei Kraftdreikampf-Athleten und -Athletinnen aufzeigen und einen detaillierten Überblick über die Auswirkungen von spezifischen sportlichen Belastungen und Trainingsgewohnheiten auf die Inkontinenz geben.

Schlussfolgerung:

Die Untersuchung liefert wertvolle Erkenntnisse zur Stuhlinkontinenz und Harninkontinenz bei männlichen und weiblichen Kraftdreikampf-Athleten und deren spezifischen Risikofaktoren. Sie unterstützt die Entwicklung gezielter Präventions- und Behandlungsstrategien sowie evidenzbasierter Trainingsempfehlungen, um gesundheitliche und psychosoziale Belastungen zu minimieren. Zudem trägt sie zur Enttabuisierung des Themas im Leistungssport bei.

Literatur

1. Wikander L, Cross D, Gahreman DE. Prevalence of urinary incontinence in women powerlifters: a pilot study. Int Urogynecol J. 2019 Dec;30(12):2031-2039. DOI: 10.1007/s00192-019-03870-8
2. Wikander, L., Kirshbaum, M. N., Waheed, N. & Gahreman, D. E. (2021). Urinary Wikander L, Kirshbaum MN, Waheed N, Gahreman DE. Urinary Incontinence in Competitive Women Weightlifters. J Strength Cond Res. 2022 Nov 1;36(11):3130-3135. DOI: 10.1519/JSC.0000000000004052
3. Wikander L, Kirshbaum MN, Waheed N, Gahreman DE. Association Between Obstetric History and Urinary Incontinence in a Cohort of Resistance-Trained Women. Int J Womens Health. 2022 Sep 2;14:1211-1218. DOI: 10.2147/IJWH.S367110

Fallserie – Beckenbodenschmerzen verursacht durch Geburten – Häufigkeit in der physiotherapeutischen Praxis und Behandlungsergebnisse

Ursula Gutte, Katrin Franke

fit again - Praxis für Physiotherapie, Köln, Deutschland

Einleitung:

Frauen kommen mit den unterschiedlichsten gynäkologischen, urologischen und proktologischen Diagnosen in die physiotherapeutische Praxis. Grundvoraussetzung ist dafür eine ausgestellte Heilmittelverordnung von der behandelnden Ärztin oder Arzt. In der Fallserie sind Frauen aller Altersklassen nach vaginaler Geburt und/oder Sectio berücksichtigt. Grundsätzlich werden alle Frauen vaginal untersucht, um einen spezifischen funktionellen Befund der Beckenbodenstrukturen zu erstellen. Unsere Fragestellung ist, bei wieviel Frauen durch eine Palpation bei einer vaginalen Untersuchung Schmerzen ausgelöst werden, ob die ausgelösten Schmerzen bekannt oder unbekannt sind und ob die Frauen eine Beeinträchtigung im Alltag oder beim Geschlechtsverkehr durch die Schmerzen haben. Ebenfalls wurde erfasst, wie sich die Schmerzsymptomatik durch physiotherapeutische Intervention verändert, welche Maßnahmen durchgeführt wurden und wie sich die Reduzierung der Schmerzen auf die Funktionalität des Beckenbodens auswirkt.

Methode:

Durch den Deutschen Beckenbodenfragebogen sind die Parameter zu Anfang der Behandlungsserie erfasst worden. Ein Follow up 12 Wochen nach Behandlungsende mit diesem Fragebogen ist noch nicht abgeschlossen. Ebenso wurde ein vaginaler Erstbefund mit dem Befundbogen der AG-GGUP bei Beginn erhoben. Die Erfassung eines vaginalen Re-Befundes nach Beendigung der Behandlungsserie ist noch nicht abgeschlossen.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der Fallserie werden im August 2025 abschließend vorliegen.

Physiotherapeutische Diagnostik und Behandlung des persistierenden Beckenschmerzsyndromes

Nina Gärtner-Tschacher

Universitätsklinikum Zentrum für Physiotherapie, Tübingen, Deutschland

Einleitung:

Bei der physiotherapeutischen Diagnostik und Behandlung des persistierenden Beckenschmerzsyndromes wird unterschieden in nozioplastische, nozizeptive und neuropathische Schmerzmechanismen. Dies basiert auf der Klassifikation für Schmerz der IASP (International Association for the Study of Pain) und z.B. den aktuellen EAU guidelines for chronic pelvic pain [1] mit der Unterscheidung in primäre und sekundäre persistierende Beckenschmerzen.

Methode:

Literaturreview

Ergebnisse:

Je nach Schmerzmechanismus sind die physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten unterschiedlich und werden zusammen mit ihrer Evidenz dargestellt – bei nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen geht es mehr um die Behandlung der myofaszialen Strukturen – aber immer unter Beachtung auch psychosozialer Aspekte wie z.B. dem Vermeiden von Katastrophisieren [2]. Bei nozioplastischen Schmerzmechanismen sind Physiotherapeut*innen ein Teil des Teams für Schmerzedukation und Ansätze wie graded activity/graded exposure oder auch graded motor imagery [3].

Schlussfolgerung:

Evidenzbasierte Physiotherapie bei persistierenden Beckenschmerzsyndromen umfasst einerseits das Aufteilen in nozizeptive, neuropathische und nozioplastische Schmerzmechanismen beim Assessment als auch dann gezielte Therapie angepasst an den jeweiligen Schmerzmechanismus.

Interessenkonflikt: Stellvertretende Mandatsträgerin bei der Leitlinie Interstitielle Cystitis, Mitglied der AG GGUP

Literatur

- Engeler D, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. EAU; 2023 [limited update March 2022, accessed Aug 8 2022]. Available from: <https://d56bochluxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2023.pdf>
- Vandyken C, Hilton S. Physical Therapy in the Treatment of Central Pain Mechanisms for Female Sexual Pain. Sexual Medicine Reviews. 2017;5(1):20-30.
- Nijs J, Goubert D, Ickmans K. Recognition and Treatment of Central Sensitization in Chronic Pain Patients: Not Limited to Specialized Care. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2016;46(12):1024-1028.

Urogynäkologische Rehabilitation im Wandel der Zeit: gestern – heute – morgen

Silke von der Heide

Praxis, Traunstein, Deutschland

Einleitung:

Heil- und Hilfsmittel sind neben der medikamentösen Therapie ein wesentlicher Bestandteil der konservativen Therapie der Inkontinenz bei Männern und Frauen. Während sich Hilfsmittel in den letzten Jahren enorm verändert haben, hat sich auch die Kompetenz der Heilmittel erbringenden Berufe verändert. Was können diese einzelnen Heil- und Hilfsmittel aktuell? Und zu welcher Rubrik gehören die neuen DIGAs und wer begleitet diese wie?

Methode:

Zur Rehabilitation bei urogynäkologischen Erkrankungen geben uns aktuell die Leitlinien der AWMF Anhaltspunkte für sinnvolle Therapiestrategien (<https://www.awmf.org/>). Damit meint Rehabilitation nicht ausschließlich die postoperativen Situationen, sondern auch die Wiederherstellung eines physiologischen Zustandes, der auch durch funktionelle Problematiken in Pathologie geraten ist. Die Durchsicht der Leitlinien zur Dranginkontinenz und zur Belastungsharninkontinenz bei Männern und Frauen zeigen auf, welche Konzepte in Deutschland wissenschaftlich erwiesen sind und nach welchen Kriterien Nachbehandlung erfolgen sollte. Aktuelle Studien finden erst im Laufe der Zeit Eingang in die Leitlinien, werden aber im Rahmen der DIGAs zum Teil schon von den Kassen finanziert. Wie sind die aktuell zugelassenen DIGAs einzuordnen?

Ergebnisse:

Hilfsmittel und DIGAs unterliegen aktuell keinen Budgetierungen, Heilmittel zum Teil schon. Der Vortrag soll eine Behandlungsstrategie aufzeigen unter welchen Bedingungen welche Therapieform sinnvoll erscheint, bewertet nach Inhalt und dazugehörigem Beckenbodenbefund.

Schlussfolgerung:

Leitlinienkonforme Behandlungen und Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung weisen Diskrepanzen auf, so dass die vorhandenen Empfehlungen insbesondere von Kollegen, die Budgetvorgaben beachten müssen, nicht immer leitliniengerecht umgesetzt werden können. Quo vadis?

Interessenkonflikt:

- Beratende Tätigkeit bei der Fa. Pfleger zu Inhalten der DIGA Inka
- Beratende Tätigkeit der AG GGUP, Referentin der AG GGUP

Präpartale Physiotherapie

Astrid Landmesser

Physiohof Landmesser, Erkelenz, Deutschland

Einleitung:

Viele Geburten verlaufen gut, vor allem wenn ein gutes präventives Vorgehen den Frauen die Bedeutung des Beckenbodens schon vor der Schwangerschaft und spätestens in der Geburtsvorbereitung angeboten wird. Die E-Pad-Studie in Köln zeigt wie oft schwerwiegende Schäden bei Geburten auftreten [1]. Die meisten Frauen gehen aber heute noch ungenügend vorbereitet in die Geburt. Die Angebote über YouTube oder Instagram sind vielfältig, aber auch gut? Ein präpartaler Beckenbodencheck bei einer Physio Pelvica wäre sehr hilfreich. Die Frauen lernen schon in oder bestenfalls noch vor der Schwangerschaft wie sie den Beckenboden ansteuern können und auch für die Geburt entspannen können. Das ist keinesfalls schon in der Frauenwelt und auch Ärzteschaft angekommen, aber ich möchte hier einen Ansatz aufzeigen, der hilft den Beckenboden schon bei den Frauen zu implementieren, damit sie in der Geburt besser loslassen können und auch nach der Geburt mit sanftem Training wieder beginnen können. Wenn eine Frau den Beckenboden erst im gedehnten Zustand postpartum erspüren soll, dann ist dies schwer möglich. Zudem oft der nervus pudendus überdehnt oder gedehnt sein kann, was zu einer nervalen Wahrnehmungsstörung des Beckenbodens führt. Frauen, die schon durch eine gezielte Untersuchung präpartum wissen, wie sie den Beckenboden ansteuern können, gelingt dies auch viel besser postpartum, da sie die Bewegungen schon im Gehirn gespeichert haben.

Methode:

Ich bin Physio Pelvica und Kontinenztrainerin. Die speziell ausgebildeten Physiotherapeutinnen untersuchen im Stand und auch im Sitzen mit Spiegelkontrolle. Ich gebe dem Beckenboden Noten von 0-5 nach dem Oxford Grading. Zudem beurteile ich den Spannungszustand des Beckenbodens nach normoton, hypoton oder hypertoton. Des weiteren beurteile ich nach dem Perfect Schema. Dies beinhaltet:

- Performance / Kraft 0-5 Oxford Garding
- Endurance/ Ausdauer 10sek.
- Repetitions / Wiederholbarkeit 5-10x
- Elevation/ Liften nach cranial und ventral
- Co Contraction/ wie reagiert er mit anderen Muskelgruppen hier insbesondere des m.transversus abdominus
- Timing/ wie schnell reagiert der Beckenboden
- Relaxion/ wie gut kann er entspannen

Ebenso beurteile ich Senkungszustände der Beckenorgane. Denn leider haben einige Frauen schon durch zu viel Sport oder durch vermehrtes Husten Absenkungen der Urethra, der Blase, des Uterus oder des Rektums. Zusätzlich kann dies durch Ultraschall sichtbar gemacht werden. Verhaltensmuster beim Husten, Heben, Tragen sind genauso Bestandteil der präventiven Maßnahmen. Diese ausführliche Untersuchung bekommen Frauen bei Physio Pelvicas und können so genau ihren persönlichen Beckenbodencheck erhalten. Dies kann auf Rezept verordnet werden oder aber auch durch Privatleistung erhalten werden. Nach meinem Empfinden müssten Frauen, die sich schon vor einer Schwangerschaft um ihre Beckenbodengesundheit bemühen, eine Belohnung von den Krankenkassen bekommen, da sie einfach besser Bescheid wissen, wie sie sich gesund verhalten können.

Ergebnisse:

Meine Erfahrungen nach 34 Jahren Rückbildungsgymnastik und 25 Jahren Therapie mit Frauen prä- und postpartum zeigen, dass die Frauen sehr viel besser in der Geburt loslassen können und so die Geburt besser lenken können. Des Weiteren wissen sie durch das vorherige Training bezüglich Heben und Tragen, wie sie sich nach der Geburt besser verhalten müssen um Druck auf den Beckenboden zu vermeiden. Frau Dr. Lenzen Schulte schreibt in einem Artikel Postpartale Fürsorge ist Vorsorge. Ich würde noch weiter gehen und sagen, präpartale Fürsorge ist Vorsorge.

Schlussfolgerungen: Präpartum Physiotherapie verbessert die Beckenbodenwahrnehmung und erleichtert Frauen die Geburt [2]. Die Frauen können ihre Beckenbodengesundheit dadurch verbessern. Das Training postpartum gelingt besser durch präpartale Maßnahmen. Ein zu starker Beckenboden ist für die Geburt hinderlich [3].

Literatur

1. Wenderlein JM. Geburtshilfestudien: Kein Tabuthema. Dtsch Arztebl. 2023 Aug;120(33-34):A1384.
2. Sobhgol SS, Smith CA, Dahlen HG. The effect of antenatal pelvic floor muscle exercises on labour and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2020 Nov;31(11):2189-2203. DOI: 10.1007/s00192-020-04298-1
3. Bø K, Hilde G, Jensen JS, Siafarikas F, Engh ME. Too tight to give birth? Assessment of pelvic floor muscle function in 277 nulliparous pregnant women. Int Urogynecol J. 2013 Dec;24(12):2065-70. DOI: 10.1007/s00192-013-2133-8

E. Allemeyer, Georgsmarienhütte	S. 24
A. Antoniewicz, Planegg	S. 29
B. Brücher, Münster	S. 20
E. Brunckhorst, Hamburg	S. 47
S. Buse, Essen	S. 31
K. Franke, Köln	S. 57
N. Gärtner-Tschacher, Tübingen	S. 12, 58
A. Haferkamp, Mainz	S. 53
L. Hofmann, Gießen	S. 48
A. Jaekel, Bonn	S. 35, 41
U. Jeschke, Augsburg	S. 33
D. Juse, Starnberg	S. 27
J. Kaiser, Dorsten	S. 14
J. Kauder, Tübingen	S. 13
O. Kireeva, Münster	S. 54
A. Kolitsidakis, Thessaloniki, Griechenland	S. 28
A. Landmesser, Erkelenz	S. 60
J. Lockl, Bayreuth	S. 21

M. Maier, Dossenheim	S. 37
V. Meister, Starnberg	S. 30
V. Menzel, Dresden	S. 15
N. Ng-Stollmann, Berlin	S. 43
K. Oegema, Nijmegen, Niederlande	S. 52
A. Reitz, Zürich, Schweiz	S. 17, 18
D. Rieschl, Mönchengladbach	S. 22
S. Schönburg, Halle/Saale	S. 42
C. Schröder, Bonn	S. 46
B. Schulte-Frei, Köln	S. 55
K.-D. Sievert, Detmold	S. 19
J. Simmons, Libertyville, USA	S. 36
L. Stoter, Nijmegen, Niederlande	S. 45
A. van Ophoven, Herne	S. 39
A. Volzhenin, Idstein	S. 56
S. von der Heide, Traunstein	S. 59
A. Wand, Berlin	S. 26
A. Wiedemann, Witten	S. 50