

Aus der
Frauenklinik der Amperkliniken AG im Klinikum Dachau
(Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ludwig-Maximilians-Universität München)
Chefärztin: Priv. Doz. Dr. med. Ursula Peschers

**Urogynäkologische Ausbildung, Diagnostik und Therapie in
Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage unter niedergelassenen
Frauenärzten und gynäkologischen Chefsärzten**

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen
Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Cezary Dejewski

aus
Torun

2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:

Priv. Doz. Dr. med. Ursula Peschers

Mitberichterstatter:

Prof. Dr. med. Eva-Maria Grischke

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan:

Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung:

22.03.2007

	Inhaltsverzeichnis	3
1.	Einleitung	5
1.1.	Bedeutung von Inkontinenz in der Gesellschaft	5
1.2.	Bedeutung von Inkontinenz für das Gesundheitswesen und für die Ärzteschaft	7
1.3.	Anforderungen an die ambulante und stationäre Versorgung von inkontinenten Patientinnen	8
2.	Zielsetzung der Studie	11
2.1.	Methode	11
3.	Ergebnisse	25
3.1.	Allgemeine Statistik	25
3.1.a.	Gruppen	25
3.1.b.	Geschlecht	26
3.1.c.	Bundesland	26
3.1.d.	Alter	27
3.2.	Spezielle Ergebnisse	28
3.2.1	Anteil der urogynäkologischen Patienten	28
3.2.2.	Beurteilung der Ausbildung	29
3.2.3.	Überweisungsverhalten	42
3.2.4.	Präoperative urodynamische Messung	46
3.2.4.a.	Urodynamische Untersuchung vor der operativen Harninkontinenztherapie	46
3.2.4.b.	Urodynamische Untersuchung vor der operativen Deszensustherapie	50

3.2.5.	Urogynäkologische Diagnostik	53
3.2.6.	Urogynäkologische Therapie	61
3.2.6.a.	Konservative urogynäkologische Therapie	61
3.2.6.b.	Medikamentöse Therapie	69
3.2.7.	Operative Therapie der Belastungsinkontinenz	75
3.2.8.	Operative Deszensustherapie	79
3.2.9.	Operative Therapie bei einer Patientin mit abgeschlossener Familienplanung und mit Deszensus vaginae et uteri	84
3.2.10.	Operative Therapie bei Scheidenstumpfdeszensus	84
3.2.10.a.	Therapeutisches Vorgehen bei einer Patientin mit Deszensus und larvierter Stressinkontinenz	85
3.2.11.	Rekonstruktive onkoplastische Eingriffe m kleinen Becken	86
4.	Diskussion	87
5.	Zusammenfassung	97
6.	Literaturverzeichnis	101
7.	Danksagung	108

1. Einleitung

1.2. Bedeutung von Inkontinenz in der Gesellschaft

Die Problematik der Inkontinenz gewinnt in der letzten Zeit zunehmend an Bedeutung. Nach Schätzungen werden bereits in Deutschland über 5 Millionen Menschen von der Blasen- oder Darm- Schwäche betroffen. Es ist davon auszugehen, dass ca. 35% aller Frauen inkontinent sind **(19)**.

Es können aber nicht nur ältere Personen unter einer Inkontinenz leiden, sie kommt nämlich in allen Altersstufen vor, von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Die Prävalenz der Belastungsinkontinenz zeigt ein Ansteigen während des jüngeren Lebensalters (20–30 %), einen breiten Gipfel im mittleren Alter (30–40 %) und stetigen Anstieg bei den Älteren (30–50 %) **(54)**.

Die demografische Bevölkerungsentwicklung und vor allem die steigende Alterserwartung aber wird die Medizin zunehmend mit diesem Krankheitsbild konfrontieren. Man muss in den nächsten 20 Jahren mit einer dramatischen Fallzahlsteigerung rechnen.

1995 beliefen sich die Gesamtkosten der Harninkontinenz in den USA auf 26,3 Milliarden Dollar, was einem Pro-Kopf aufwand von 3565,- \$ für jeden der über 65-jährigen Inkontinenten entspricht **(24, 25, 33, 26, 1, 3)**.

In Frankreich werden die Kosten nur für die weibliche Inkontinenzbetreuung ohne Inkontinenzhilfsmittel auf 3 Milliarden Franc veranschlagt. Für die Windelkosten in Frankreich wurden pro Jahr und Patient 2.000,- US\$ geschätzt **(41)**. Das würde bei geschätzten 2,5 Mio. Inkontinenten etwa 5 Mrd. Dollar allein für die Windelversorgung bedeuten. Die Inkontinenzkosten in Schweden sollen nach Ekelund und Mitarbeiter **(11)** über 2 % der gesamten Kosten im Gesundheitswesen ausmachen. Für England wird berichtet, dass allein die Kosten für Inkontinenzhilfsmittel 68 Mio. Pfund betragen würden **(65)**.

Die Belastungsinkontinenz ist die prädominante Inkontinenzform. Eine Belastungskomponente liegt z.B. bei 92 % der inkontinenten Frauen in Österreich vor, in den USA bei 86 % und in Europa bei 87 %. Eine reine Belastungsinkontinenz liegt bei etwa 40 % der Betroffenen vor. Der Prozentsatz für eine reine Dranginkontinenz dagegen zwischen 7 und 12 %, der für die Mischinkontinenz bei etwa 40 % **(56, 28, 27)**.

Ein wichtiger Aspekt ist noch, dass die Mehrzahl der Betroffenen nicht über dieses Tabuthema bis jetzt gesprochen hat und demzufolge auch keine Hilfe erhält.

In letzter Zeit sieht man jedoch zunehmend häufig eine Präsenz der Inkontinenzproblematik in den Massenmedien und in der Fachpresse, die das Selbstbewusstsein der betroffenen Frau stärkt offen darüber zu sprechen. Dies fordert den behandelnden Arzt immer mehr heraus. Ob Stuhl- oder Harninkontinenz, viele Frauen fühlen sich in ihren Lebensbereichen stark beeinträchtigt, sei es durch das unangenehme Riechen oder den Urinverlust beim Sport oder täglichen Einkaufen. Eine von zehn Betroffenen hat ein gestörtes Sexualleben **(67)**.

Die Ergebnisse einer dänischen Studie an Leistungssportlerinnen und Tänzerinnen zeigen, dass 41% über Harnverlust beim Ausüben ihres Sportes klagen und dass 60% von ihnen zumindest zeitweise Vorlagen wegen ihrer Inkontinenz verwenden **(57)**.

Das Tragen von Binden, der Verbrauch von Pflegemitteln für den Intimbereich und die Behandlungskosten bei sekundären Infektionen oder psychischen Störungen stellen nur ein Teil des wirtschaftlichen Folgen für das Gesundheitswesen dar **(34)**. Es geht also nicht nur um reine Geldbeträge und Sachkosten sondern auch um zusätzliche Einschränkungen und Belastungen, z. B. notwendige Anstrengungen, Leiden oder sogar Verlust **(14)**.

In diesem Sinne kann man die Inkontinenz in drei sich überschneidende „Kostenbereiche“ zur Aufarbeitung des Themas nach Wyman (67) einteilen: somatisch, psychosozial und ökonomisch. Neben den direkten somatischen Kosten „verursacht“ die Inkontinenz so genannte indirekte Kosten wie z.B. Allergien (medikamentös, aber auch durch Hilfsmittel), Medikamentennebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen.

Die psychosoziale Problematik betrifft nicht nur die Patientinnen selber, sondern auch die Angehörigen und zusätzlich Auswirkungen auf die Pflegenden oder z.B. auf die Mitbewohner im Heim. Vorurteile, Ausgrenzung als Außenseiter, Belastung der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) kommen noch als psychosoziale Auswirkungen auf die Gesellschaft hin zu (18).

1.2. Bedeutung von Inkontinenz für das Gesundheitswesen und für die Ärzteschaft

Die gesundheitspolitische Situation angesichts zunehmender Ressourcenknappheit verschärft den ökonomischen Druck die Inkontinenz effizient zu versorgen.

Die Zahlen überraschen: Die Harninkontinenz ist unter Frauen häufiger als andere chronische Erkrankung wie Hypertonie, Depression oder Diabetes mellitus.

Die optimale Versorgung benötigt den motivierten und mündigen Patienten aber auch den über die Behandlungsmöglichkeiten gut informierten Arzt, der sich das delicate Thema anzusprechen traut. Genau so wichtig ist die Kenntnis vom Leidensdruck der Betroffenen für die Pflege- und Hilfskräfte, die durch moderne Pflegekonzepte das Leiden erträglich machen können. Die Inkontinenz ist sicherlich nicht immer heilbar aber sehr häufig lässt sich die Schwere der Erkrankung deutlich reduzieren und dadurch dem Patienten in Kombination mit Hilfsmittel eine bleibende

Integration in das gewohnte soziale Leben gewährleisten oder die die Integration erst möglich machen (12).

Nicht zuletzt seit der Integraltheorie von Ulmsten und Petros ist in letzten Jahren zu rasanter Entwicklung der minimal - invasiven chirurgischen Therapie und dadurch zu steigenden Interessen der Ärzte und der Patienten gekommen. Auch die öffentliche Arbeit der Selbsthilfegruppen und der ärztlichen Fachgesellschaften hilft zunehmend der Kontinenzproblematik ihr Schattendasein zu verlieren und in das Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit zu treten. Auch bei dieser erfreulichen Entwicklung der letzten Zeit ist es wünschenswert, dass die Inkontinenz noch mehr Aufmerksamkeit erfährt und immer weniger als Tabuthema wahrgenommen wird, um den Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgungssituation inkontinenten Mitmenschen zu leisten.

1.3. Anforderungen an die ambulante und stationäre Versorgung den inkontinenten Patientinnen

Unter den Ärzten werden die Frauenärzte immer mehr zu Ansprechpartner der inkontinenten Frau und damit mit neuen Herausforderungen konfrontiert.

Das Erstgespräch bei Harninkontinenz ist ein wesentlicher Schritt der Diagnostik.

Wie Bausteine fügen sich die Anamnesedaten zu einem Gesamtbild, das in weiterführende nichtinvasive und invasive Untersuchungen mündet oder zu einer Therapieentscheidung führen kann (7).

Die frühere Aufgabenteilung zwischen Urologen und Gynäkologen war mehr an die Diagnosen „Inkontinenz“ und „Deszensus“ gekoppelt, wobei die Streßinkontinenz überwiegend von Gynäkologen ursächlich mit dem Deszensus gesehen und behandelt worden ist und die Dranginkontinenz mehr Domäne der Urologen war.

Die verbesserte, differenzierte Diagnostik und die moderne medikamentöse sowie operative Therapie der letzten Jahre hatte die Patientenverschiebung in die frauenärztliche Praxis und Klinik verursacht. Ähnlich wie bei vielen anderen Krankheitsbildern (z.B. Mammacarcinom, Diabetes mellitus) wünschen sich Politiker, Krankenkassen und die Ärzte eine optimierte, kostenbewusste und effiziente Versorgungsstruktur.

Urogynäkologische Beschwerden wie Harninkontinenz, Infektionen, vulvo-vaginale und vesikale Reizzustände, Juckreiz, Dyspareunie, Beckenbodenschwäche, Deszensusbeschwerden werden in irgendeiner Form bei fast jeder Frau im Laufe ihres Lebens zur behandlungsbedürftigen Krankheit. Die Ursachen dieser häufigsten Frauenleiden sind vielfältig. Eine erfolgreiche Therapie sollte auf der Polyätiologie urogynäkologischer Krankheiten aufbauen und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten zu einem patienten- und krankheitsadaptierten Behandlungskonzept zusammenfügen (10).

Es muss nicht immer die hochtechnisierte, komplizierte und teure Medizin sein um mit der Inkontinenzdiagnostik und Therapie anzufangen. Man braucht dafür eine klare und funktionierende Struktur mit definierten Zuständigkeitsbereichen, Qualitätsstandards, Diagnostik- und Behandlungsrichtlinien.

Um zu dokumentieren, dass eine Harninkontinenz vorliegt, bei der eine konservative Therapie indiziert ist, sind zunächst eine genaue Anamnese und die Auswertung eines Miktionstagebuches notwendig.

Im Anschluss daran sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Zu diesen gehören die gynäkologische Untersuchung (mit Östrogenstatus) und eine Urinanalyse (Ausschluss eines Harnwegsinfektes). Zystoskopien können die Blasenschleimhaut visualisieren und Divertikel, Polypen, Tumoren oder Steine ausschließen (14).

Eine urodynamische Untersuchung soll die Blasenfunktion und die Differentialinkontinenzdiagnostik objektivieren (28). In Deutschland z.B. erhalten einer sechsmonatigen, prospektiven Beobachtungsstudie zufolge 25,5% der Patienten mit reiner Belastungsinkontinenz Anticholinergika (50).

Drei andere Hauptgruppen von Patientinnen sollte bei der initialen Abklärung identifiziert werden (32):

- a) Frauen mit Stressinkontinenz bei physischer Aktivität,
- b) Frauen mit Urge-Inkontinenz, häufigem Wasserlassen und Dranginkontinenz (overactive bladder),
- c) Frauen mit gemischter Urge- und Stressinkontinenz.

Eine urodynamische Untersuchung hat auch bei der Indikationsstellung für die operative Therapie große Bedeutung (32).

Wenn die Inkontinenzbeschwerden mit einem Deszensusbefund mit oder ohne Symptomatik vergesellschaftet sind, muss festgelegt werden in welcher Reihenfolge die beiden Befunde operativ angegangen werden sollen.

Die Wahl der Operationstechnik zur Behebung eines Descensus genitalis hängt von vielen Faktoren ab (z.B. Art des Defektes, Alter, allgemeine Morbidität, Kinderwunsch, Kohabitationswunsch, Voroperationen) und muss individuell gestellt werden.

Die Komplexität der Inkontinenzproblematik als Stuhl- und Harninkontinenz mit ihren allen Variationen wird immer deutlicher, sodass sich immer häufiger die Frage der Notwendigkeit einer interdisziplinären Patientenversorgung stellt. In den letzten Jahren sind bundesweit mehrere „Inkontinenz-, Beckenboden-Zentren“ entstanden, die bei schwierigen Krankheitsbildern die Zusammenarbeit von Gynäkologen, Urologen, Neurologen, Proktologen und Pflegekräften optimieren sollen.

Hochqualifizierte Fortbildungsfunktion der Schwerpunktzentren ist ein weiterer wichtiger Aspekt.

2. Zielsetzung der Studie

Die folgenden Fragenstellungen sollen untersucht werden.

- Wie hoch schätzen die niedergelassenen Gynäkologen den Anteil der inkontinenten Patientinnen in der Sprechstunde?
- Füllen sich die Gynäkologen im Hinblick auf die Inkontinenzproblematik ausreichend vorbereitet?
- Welche diagnostische und welche konservative und oder operative Leistungen werden in der Frauenarztpraxis und in der Frauenklinik erbracht?
- Existiert ambulant und; oder stationär eine interdisziplinäre Betreuung und wohin werden eventuell die Patientinnen zur ergänzenden Diagnostik oder Therapie überwiesen?
- Besteht ein Bedarf unter den Gynäkologen der organisierten Fortbildung oder Kooperation mit einem Schwerpunktzentrum?
- Ergeben sich Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung?

2.1. Methode

Der Berufsverband der Frauenärzte hat 8023 Mitglieder. Von diesen wurden 3000 niedergelassene Gynäkologen nach dem Zufallprinzip angeschrieben und es wurden 500 gynäkologische Chefärzte ausgelost, die ein Fragebogen erhalten haben.

Für beide Gruppen wurde der Fragebogen in zwei Hauptfragengruppen unterteilt.

- Allgemeine Informationen

(z.B. Alter, Geschlecht, Dauer der Facharzt- und der Chefarzttätigkeit, Dauer der Niederlassung, Bundesland, Praxisstruktur, Anzahl der Patientinnen in der Praxis pro Quartal, operative Tätigkeit der Praxis, Anzahl der ambulanten und stationären Eingriffe pro Jahr).

Fragebogen für die niedergelassenen Ärzte:

A) Allgemeine Informationen:

Frage 3.

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Frage 4.

Geschlecht: weiblich männlich

Frage 5.

Fachärztin/Facharzt seit _____ Jahren

Frage 6.

Niedergelassen seit _____ Jahren

Frage 7-8.

Alleinpraxis oder Gemeinschaftspraxis mit _____ Partnern (incl. Ihnen)

Frage 10.

Bundesland: _____

Frage 11.

Anzahl Patientinnen in der Praxis pro Quartal: ca. _____

Frage 12.

Sind Sie operativ tätig: nein ambulante OP stationäre OP

Fragebogen für die Kliniken:

A) Allgemeine Informationen:

Frage 3.

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Frage 4.

Geschlecht: weiblich männlich

Frage 5.

Fachärztin/Facharzt seit _____ Jahren

Frage 9.

Chefärztin/Chefarzt sein _____ Jahren

Frage 10.

Bundesland, in dem Sie tätig sind: _____

Informationen über Ihre Abteilung:

Frage 13.

Anzahl der stationären operativen Eingriffe pro Jahr: ca. _____

Frage 14.

Anzahl der ambulanten operativen Eingriffe pro Jahr: ca. _____

Frage 15-18.

Gibt es in Ihrer Abteilung eine Ärztin/einen Arzt, der/die sich schwerpunktmäßig mit der Urogynäkologie beschäftigt?

nein ja, Chefarzt ja, Oberarzt ja, Assistenzarzt

- Die spezielle Informationen

(Anzahl der Inkontinenzpatienten, Beurteilung der urogynäkologischen Ausbildung, konservative Diagnostik und Therapie, Art der operativen Therapie).

Fragebogen für die niedergelassenen Ärzte:

B) Spezielle Fragen:

Frage 19.

Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?

ja, ausreichend ja, bedingt nein, keine ausreichende Ausbildung

Frage 20.

Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden (Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Prolaps) ein?

ca. _____ %

Frage 21-26.

Welche diagnostischen Möglichkeiten wenden Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)

Restharnbestimmung

klinischer Hustenstresstest

Perinealsonographie/Introitussonographie

Laterales Cystogramm

Urodynamik

andere: _____

Frage 27.

Wenn Sie selber urodynamische Messungen durchführen:

Wie viele Messungen machen Sie ca. pro Jahr? _____ Messungen

Frage 28-33.

Welche konservativen Behandlungsmöglichkeiten bieten Sie an

(Mehrfachnennungen möglich)

Anweisung zum Beckenbodentraining durch ein Informationsblatt

Überweisung zum Beckenbodentraining zu einer Physiotherapeutin

Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback

Verordnung von Beckenbodentraining mit Elektrostimulation

Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln (z.B. Urethrapessar nach Arabin, Würfelpessare

Anpassung von Pessaren ohne Selbstwechseln (Schalenpessar, Ringpessar)

Anticholinerge Behandlung.

Frage 34-42.

Wenn ja, welchen Wirkstoff verordnen Sie (Mehrfachnennung möglich):

Oxybutinin

Trospiumchlorid (z.B. Spasmex ®)

Tolterodine (Detrusitol ®)

Propiverin (Mictonorm ®)

Solifenacin (Vesicur ®)

Darifenacin (Emselex ®)

Duloxetine (Yentreve ®)

lokale Östrogene

andere: _____

Frage 43.

Finden Sie es wichtig, dass es interdisziplinäre Sprechstunden gibt, wo Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden untersucht und behandelt werden?

- ja
- weniger wichtig
- unwichtig

Frage 44.

Gibt es in Ihrer Nähe eine solche interdisziplinäre Praxis/Abteilung?

- ja
- nein

C: operative Behandlung:

Wenn Sie selber operativ tätig sind, gehen Sie bitte direkt zu D:

Frage 45-49.

Wenn Sie mit Ihren Maßnahmen nicht erfolgreich sind, wohin überweisen Sie die Patientinnen zur weiteren Diagnostik und Therapie?

- niedergelassener Urologe
- niedergelassener Gynäkologe
- urologische Klinik
- gynäkologische Klinik
- andere: _____

Frage 50-54.

Wohin überweisen Sie in der Regel Patientinnen mit Harninkontinenz zur Operation?

- Belegarzt Urologie
- Belegarzt Gynäkologie

urologische Klinik

gynäkologische Klinik

andere: _____

Frage 55-59.

Wohin überweisen Sie in der Regel Patientinnen mit Deszensus genitalis zur Operation?

Belegarzt Urologie

Belegarzt Gynäkologie

urologische Klinik

gynäkologische Klinik

andere: _____

D: Die folgenden Fragen richten sich nur an Kolleginnen und Kollegen, die selber operativ tätig sind:

Frage 60.

Wie viele stationäre Operationen führen Sie insgesamt pro Jahr durch: ca.

Frage 61.

Wie viele ambulante Operationen führen Sie insgesamt pro Jahr durch: ca.

Frage 62.

Wird bei Ihnen vor jeder Inkontinenzoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?

ja, immer

nein, nur in bestimmten Fällen

nie

Frage 63-67.

Wer führt die Urodynamik durch (Mehrfachnennung möglich):

- eigene Abteilung
- urologische Klinik im Hause
- niedergelassener Urologe
- niedergelassener Gynäkologe
- andere _____

Frage 69-75.

Welche Operationen bieten Sie bei Stressharninkontinenz an (Mehrfachnennung möglich) und wie oft führen Sie diese im Jahr durch.

- offene Kolposuspension (z.B. nach Burch, MMK). Anzahl: _____
- laparoskopische Kolposuspension: Anzahl _____
- Einlage von suburethralen spannungsfreien Vaginalbändern retropubisch (z.B. TVT ®, Sparc ®, IVS ®): Anzahl: _____
- Einlage von suburethralen spannungsfreien Vaginalbändern transobturatorisch (z.B. TVT-O ®, Monarc ®, Obtape ®):
Anzahl: _____
- Nadelsuspensionsoperationen (z.B. nach Stamey, Raz):
Anzahl _____
- Kolporrhaphia anterior: Anzahl _____
- intraurethrale Injektionen (z.B. Zuidex ®): Anzahl _____

Frage 76.

Wird bei Ihnen vor jeder Deszensusoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?

- ja, immer

nein, nur in bestimmten Fällen

nie

Frage 77-87.

Welche Operationen bieten Sie bei Deszensus/Prolaps genitalis bei an
(Mehrfachnennung möglich) und wie oft führen Sie diese im Jahr durch:

vaginale Hysterektomie mit Kolporrhaphien: Anzahl _____

Kolporrhaphia ant. und/oder post.: Anzahl _____

vag. sacrospinale Fixation (z. B. nach Amreich-Richter):
Anzahl _____

vaginale Kolposuspension: Anzahl _____

Verwendung von Meshimplantaten von vaginal: Anzahl _____

abdominale Sacrokolpopexie offen: Anzahl _____

laparoskopische Sacrokolpopexie: Anzahl _____

abdominale Hysterosacropexie offen: Anzahl _____

laparoskopische Hysterosacropexie: Anzahl _____

posteriores IVS: Anzahl _____

andere: _____

Frage 88.

Welche Operation wenden Sie in der Regel bei Deszensus uteri et vaginae bei einer
Pat. mit abgeschlossener Familienplanung an?

Frage 89.

Welche Operation wenden Sie in der Regel bei Scheidenstumpfdeszensus an?

Frage 90.

Welches Vorgehen favorisieren Sie bei einer Patientin mit Deszensus und larvierter Stressinkontinenz:

einzeitiges Vorgehen: Deszensusoperation mit gleichzeitiger Inkontinenzoperation

zweizeitiges Vorgehen: Zuerst Deszensusoperation, bei postoperativer manifester Stressinkontinenz im Intervall Inkontinenzoperation

anderes: _____

Frage 91.

Führen rekonstruktive onkoplastische Eingriffe im kleinen Becken durch?

ja nein

Frage 92-94.

Wenn ja, welche und wie oft pro Jahr?

Neovagina Technik _____; Anzahl _____

Flaps zur Deckung nach Tumorentfernungen im kleinen Becken: Anzahl _____

andere: _____

Fragebogen für die Kliniken:

B) Spezielle Fragen:

Frage 19.

Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?

ja, ausreichend ja, bedingt nein, keine ausreichende Ausbildung

Frage 20.

Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden (Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Prolaps) ein?

ca. _____ %

Frage 21-26.

Welche diagnostischen Möglichkeiten wenden Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)

Restharnbestimmung

klinischer Hustenstresstest

Perinealsonographie/Introitussonographie

Laterales Cystogramm

Urodynamik

andere: _____

Frage 62.

Wird bei Ihnen vor jeder Inkontinenzoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?

ja, immer

nein, nur in bestimmten Fällen

nie

Frage 63-67.

Wer führt die Urodynamik durch (Mehrfachnennung möglich):

eigene Abteilung

urologische Klinik im Hause

niedergelassener Urologe

niedergelassener Gynäkologe

andere _____

Frage 68.

Wenn Sie selber urodynamische Messungen durchführen:

Wie viele Messungen machen Sie ca. pro Jahr? _____ Messungen

Frage 69-75.

Welche Operationen bieten Sie bei Stressharninkontinenz an (Mehrfachnennung möglich) und wie oft führen Sie diese im Jahr durch:

Offene Kolposuspension (z.B. nach Burch, MMK). Anzahl: _____

Laparoskopische Kolposuspension: Anzahl _____

Einlage von suburethralen spannungsfreien Vaginalbändern retropubisch (z.B.

TVT ®, Sparc ®, IVS ®):

Anzahl: _____

Einlage von suburethralen spannungsfreien Vaginalbändern transobturatorisch

(z.B. TVT-O ®, Monarc ®, Obtape ®):

Anzahl: _____

Nadelsuspensionsoperationen (z.B. nach Stamey, Raz):

Anzahl _____

Kolporrhaphia anterior: Anzahl _____

Intraurethrale Injektionen (z.B. Zuidex ®): Anzahl _____

Frage 76.

Wird bei Ihnen vor jeder Deszensusoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?

ja, immer

nein, nur in bestimmten Fällen

nie

Frage 77-87.

Welche Operationen bieten Sie bei Deszensus/Prolaps genitalis bei an
(Mehrfachnennung möglich) und wie oft führen Sie diese im Jahr durch:

O vaginale Hysterektomie mit Kolporrhaphien: Anzahl _____

O Kolporrhaphia ant. und/oder post.: Anzahl _____

O vag. sacrospinale Fixation (z. B. nach Amreich-Richter):

Anzahl _____

O vaginale Kolposuspension: Anzahl _____

O Verwendung von Meshimplantaten von vaginal: Anzahl _____

O abdominale Sacrokolpopexie offen: Anzahl _____

O laparoskopische Sacrokolpopexie: Anzahl _____

O abdominale Hysterosacropexie offen: Anzahl _____

O laparoskopische Hysterosacropexie: Anzahl _____

O posteriores IVS: Anzahl _____

O andere: _____

Frage 88.

Welche Operation wenden Sie in der Regel bei Deszensus uteri et vaginae bei einer
Pat. mit abgeschlossener Familienplanung an?

Frage 89.

Welche Operation wenden Sie in der Regel bei Scheidenstumpfdeszensus an?

Frage 90.

Welches Vorgehen favorisieren Sie bei einer Patientin mit Deszensus und larvierter
Stressinkontinenz:

O einzeitiges Vorgehen: Deszensusoperation mit gleichzeitiger Inkontinenzoperation

zweizeitiges Vorgehen: Zuerst Deszensusoperation, bei postoperativer manifester Stressinkontinenz im Intervall Inkontinenzoperation

anderes: _____

Frage 91.

Führen rekonstruktive onkoplastische Eingriffe im kleinen Becken durch?

ja nein

Frage 92-94.

Wenn ja, welche und wie oft pro Jahr?

Neovagina Technik _____; Anzahl _____

Flaps zur Deckung nach Tumorentfernungen im kleinen Becken: Anzahl _____

andere: _____

3. Ergebnisse

3.1. Allgemeine Statistik

Insgesamt wurden 3000 Fragebögen an niedergelassene Frauenärzte und 500 an gynäkologische Chefärzte verschickt. 589 Fragebögen wurden ausgefüllt, das entspricht einer Rücklaufquote von 16,8%.

3.1.a. Gruppen

Die 589 Antworten wurden in vier Gruppen unterteilt:

1. Kliniken (K)
2. Praxen ohne operative Tätigkeit (P1)
3. Praxen mit ambulanten und stationären Operationen (P2)
4. Praxen mit ambulanten Operationen (P3)

Gruppe	N	%
K	105	17,8
P1	345	58,5
P2	65	11,0
P3	74	12,5

3.1.b. Geschlecht

Mehr als die Hälfte der Befragten waren Frauen (53,6%). Allerdings waren die Frauen in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte ohne operative Tätigkeit mit 81,6% mehr vertreten als unter den Chefärzten 3,2% und den niedergelassenen Ärzten mit operativer Tätigkeit: 3,8% in der Gruppe P2 und 11,4% in der Gruppe P3.

3.1.c. Bundesland

Die folgende Tabelle stellt die Teilnehmerquote aus den verschiedenen Bundesländern dar.

Kategorie	N	% aus den Antworten
BAYERN	64	10,9
BERLIN	23	3,9
BRANDENBURG	26	4,4
BREMEN	5	0,8
BADEN-WÜRTENBERG	48	8,2
HAMBURG	12	2,0
HESSEN	41	7,0
MEKLENBURG-VORPOMMERN	21	3,5

NIEDERSACHSEN	75	12,8
NORDRHEIN-WESTFALEN	110	18,8
RHEINLAND-PFALZ	34	5,8
SACHSEN-ANHALT	29	4,9
SAARBRÜCKEN	6	1,0
SACHSEN	53	9,0
SCHLESWIG-HOLSTEIN	25	4,2
THÜRINGEN	12	2,0
Fehlende Daten	5	

3.1.d. Alter

Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 49 Jahre, der jüngste Teilnehmer war 33 Jahre und der älteste 69 Jahre alt.

3.2. Spezielle Ergebnisse

3.2.1. Anteil der urogynäkologischen Patienten

(für alle Gruppen):

(Frage 20: Wie hoch schätzen Sie den Anteil Ihrer Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden (Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Prolaps) ein?)

	N	Mittelwert	SD	Min	Max	Me
Frage 20	578	18,4	10,7	1,0	70,0	15,0

In allen befragten Gruppen beträgt der Anteil von urogynäkologischen Patienten im gesamten Patientengut durchschnittlich 18%. Die Einschätzung reichte von 1 – 70%.

3.2.2. Beurteilung der Ausbildung

- Alle Gruppen zusammen (K+P1+P2+P3):

Männer fühlen sich besser ausgebildet als Frauen: 36,8% ausreichend gegen 24,3% nicht ausreichend versus 21,3% gegen 35,9% bei Frauen. Dies ist statistisch hochsignifikant ($p=0,00006$).

Frage 19.				
Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit				
ausreichend auf den Umgang mit				
urogynäkologischen				
Patientinnen vorbereitet?				
Geschlecht	1	2	3	Zusammen
	(ja, ausreichend)	(ja, bedingt)	(nein, keine ausreichende Ausbildung)	
M	N=100 36,8%	N=106 39,0%	N=66 24,3%	N=272
W	N=67 21,3%	N=135 42,9%	N=113 35,9%	N=315

- Klinikärzte:

Wegen des geringen Frauenanteils bei den Klinikärzten (n=10) ist hier keine statistisch relevante Aussage zu treffen.

Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?				
Geschlecht	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
M	N=34 36,56%	N=33 35,48%	N=26 27,96%	N=93
W	N=4 40,00%	N=3 30,00%	N=3 30,00%	N=10

- Für die Praxen – Gruppen (P1+P2+P3):

Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?				
Geschlecht	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
M	N=66 36,87%	N=73 40,78%	N=40 22,35%	N=179
W	N=63 20,66%	N=132 43,28%	N=110 36,07%	305

- Für die Gruppe P1:

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
Geschlecht	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
M	N=32 36,36%	N=29 32,95%	N=27 30,68%	N=88
W	N=48 18,68%	N=111 43,19%	N=98 38,13%	N=257

- Für die Gruppe P2:

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
Geschlecht	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
M	N=18 33,96%	N=26 49,06%	N=9 16,98%	N=53
W	N=8 66,67%	N=0 0,00%	N=4 33,33%	N=12

- Für die Gruppe P3:

Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?				
Geschlecht	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
M	N=16 42,11%	N=18 47,37%	N=4 10,53%	N=38
W	N=7 19,44%	N=21 58,33%	N=8 66,67%	N=36

- Vergleich des Ausbildungsstandes zwischen Klinikärzten (K) und Praxisärzten (P1, P2, P3):

Frage 19.				
Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?				
Gruppe	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
K	N=39 37,50%	N=36 34,62%	N=29 27,88%	N=104
P1	N=80 23,19%	N=140 40,58%	N=125 36,23%	N=345
P2	N=26 40,00%	N=26 40,00%	N=13 20,00%	N=65

P3	N=23 31,08%	N=39 52,70%	N=12 16,22%	N=74
Zusammen	N=168	N=241	N=179	N=588
% aus allen	28,57%	40,99%	30,44%	100,00%

Weniger als ein Drittel der Befragten (28,6%) fühlt sich im Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen ausreichend ausgebildet, 41% nur bedingt und fast ein Drittel bescheinigt sich keine ausreichende (30,4%) Ausbildung.

Beide im stationären Bereich tätige Gruppen – die Klinikärzte (K) und die operativ tätigen niedergelassenen Ärzte (P2) liegen mit 37,5% und 40,0% in der „ausreichenden Ausbildung“ vorn, gefolgt von der Gruppe P3 (ambulant operativ tätig) und der Gruppe P1 (Praxen ohne operative Tätigkeit).

3.2.2.a. Gegenüberstellung der Frage 19 (Beurteilung der Ausbildung) und der Frage 43 (Finden Sie es wichtig, dass es interdisziplinäre Sprechstunden gibt, wo Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden untersucht und behandelt werden?):

- Für alle P-Gruppen (P1+P2+P3) (niedergelassene Ärzte):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
Frage 43.	1	2	3	Gesamt
Finden Sie es wichtig, dass es interdisziplinäre Sprechstunden gibt, wo Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden untersucht und behandelt werden?	ausreichend ausgebildet	bedingt ausreichend ausgebildet	nicht ausreichend ausgebildet	
1	N=96	n=164	N=132	N=392
ja wichtig	78,05%	83,25%	90,41%	84,12%
2	N=25	N=30	N=13	N=68
weniger wichtig	20,33%	15,23%	8,90%	14,59%
3	N=2	N=3	N=1	N=6
unwichtig	1,63%	1,52%	0,68%	1,29%

Für alle Gruppen zeigt sich deutlich, wie wichtig die Möglichkeit eine Überweisung in ein Zentrum ist. Abgesehen vom Ausbildungsstatus finden 84,1% den Befragten wichtig, dass es ein interdisziplinäres Zentrum gibt, 14,6% weniger wichtig und nur 1,3% unwichtig. Eindeutig zeigt sich auch die ansteigende Korrelation der Wichtigkeit vom Inkontinenzzentrum und Mangel an der urogynäkologischen Ausbildung.

Ähnliche Ergebnisse ergeben sich bei der Analyse der einzelnen „Praxis-Gruppen“ P1, P2 und P3.

- Für die Gruppe P1 (niedergelassene Ärzte ohne operative Tätigkeit):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
Frage 43.	1	2	3	Gesamt
Finden Sie es wichtig, dass es interdisziplinäre Sprechstunden gibt, wo Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden untersucht und behandelt werden?	ausreichend ausgebildet	bedingt ausreichend ausgebildet	nicht ausreichend ausgebildet	
1	N=64	N=112	N=111	N=287
ja wichtig	82,05%	82,96%	90,98%	85,67%
2	N=12	N=21	N=11	N=44
weniger wichtig	15,38%	15,56%	9,02%	13,13%
3	N=2	N=2	N=0	N=4
unwichtig	2,56%	1,48%	0,00%	1,19%

- Für die Gruppe P2:

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
Frage 43.	1	2	3	Gesamt
Finden Sie es wichtig, dass es interdisziplinäre Sprechstunden gibt, wo Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden untersucht und behandelt werden?	ausreichend ausgebildet	bedingt ausreichend ausgebildet	nicht ausreichend ausgebildet	
1	N=19	N=21	N=10	N=50
ja wichtig	73,08%	87,50%	83,33%	80,65
2	N=7	N=2	N=1	N=10
weniger wichtig	26,92%	8,33%	8,33%	16,13%
3	N=0	N=1	N=1	N=2
unwichtig	0,00%	4,17%	8,33%	3,23%

- Für die Gruppe P3:

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
Frage 43.	1	2	3	Gesamt
Finden Sie es wichtig, dass es interdisziplinäre Sprechstunden gibt, wo Patientinnen mit urogynäkologischen Beschwerden untersucht und behandelt werden?	ausreichend ausgebildet	bedingt ausreichend ausgebildet	nicht ausreichend Ausbildung	
1	N=13	N=31	N=11	N=55
ja wichtig	68,42%	81,58%	91,67%	79,71
2	N=6	N=7	N=1	N=14
weniger wichtig	31,58%	18,42%	8,33%	20,29%

Auf die Frage 44 (Gibt es in Ihrer Nähe eine solche interdisziplinäre Praxis/Abteilung?) haben 51,51% (P1+P2+P3) mit „ja“ und 48,49% mit „nein“ beantwortet.

3.2.3. Überweisungsverhalten

3.2.2.a. Es stellt sich die Frage, wohin die Patientinnen überwiesen werden sollen, wenn der niedergelassene Gynäkologe mit seinen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht erfolgreich war. Da Mehrfachangaben zugelassen wurden, ergeben sich mehr als 100%.

- Alle Gruppen zusammen:

	Alle Gruppen (P1+P2+P3)
Niedergelassene Urologe	37,66%
Niedergelassene Gynäkologe	10,04%
Urologische Klinik	10,04%
Gynäkologische Klinik	74,68%
Andere	5,65%

Eindeutig wird die gynäkologische Klinik (74,68%) bei schweren diagnostischen und therapeutischen Fällen bevorzugt und an zweiter Stelle der niedergelassene Urologe (37,66%). Der niedergelassene Gynäkologe und die urologische Klinik teilen sich den dritten Platz mit 10,04%.

- Getrennt für alle Gruppen:

	P1 (n=340)	P2 (n=65)	P3 (n=73)
Niedergelassener Urologe	N=149 43,82%	N=7 10,77%	N=24 32,88%
Niedergelassener Gynäkologe	N=35 10,29%	N=6 9,23%	N=7 9,59%
Urologische Klinik	N=34 10,00%	N=7 10,77%	N=7 9,59%
Gynäkologische Klinik	N=282 82,94%	N=16 24,62%	N=59 80,82%
Andere	N=20 5,88%	N=2 3,08%	N=4 5,48%
Urogyn.	N=1 0,29%	N=0 0,00%	N=0 0,00%

3.2.3.b. Zusätzlich wurde untersucht, wohin die niedergelassenen Kollegen speziell zur Harninkontinenzoperation und zur Deszensusoperation überweisen. Auch hier ergeben sich wegen der Möglichkeit der Mehrfachangaben mehr als 100% in manchen Spalten. Da in der Gruppe P2 (Belegärzte stationär) viele Ärzte sind, die selber die Operationen durchführen, ergeben sich weniger als 100%.

- Operative Therapie der Harninkontinenz

	P1	P2	P3
Belegarzt	N=9	N=0	N=2
Urologie	2,62%	0,00%	2,74%
Belegarzt	N=31	N=8	N=4
Gynäkologie	9,04%	12,31%	5,48%
Urologische	N=26	N=4	N=4
Klinik	7,58%	6,15%	5,48%
Gynäkologische	N=327	N=9	N=67
Klinik	95,34%	13,85%	91,78%
Andere	N=14	N=2	N=3
	4,08%	3,08%	4,11%

Für die operative Inkontinenztherapie werden die Patientinnen fast immer in die gynäkologische Klinik (95,34%) oder zum gynäkologischen Belegarzt (9,04%) geschickt.

- Operative Deszensustherapie

	P1	P2	P3
Belegarzt Urologie	N=0	N=0	N=0
Belegarzt Gynäkologie	N=24 7,00%	N=6 9,23%	N=5 6,85%
Urologische Klinik	N=3 0,87%	N=0 0,00%	N=1 1,37%
Gynäkologische Klinik	N=335 97,67%	N=7 10,77%	N=69 94,52%
Andere	N=12 3,49%	N=3 4,62%	N=1 1,37%

Zur operativen Deszensustherapie werden ähnlich wie bereits bei der operativen Inkontinenztherapie die gynäkologische Klinik (97,67%) und der gynäkologische Belegarzt (7%) aufgesucht.

3.2.4. Präoperative urodynamische Messung.

3.2.4.a. Urodynamische Untersuchung vor der operativen Harninkontinenztherapie:

	Gruppe			
	K	P2	P3	Zusammen
Wird bei Ihnen vor jeder Inkontinenzoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?				
1 (ja, immer)	N=90 89,11%	N=46 74,19%	N=13 92,86%	N=149 84,18%
2 (nein, nur in bestimmten Fällen)	N=10 9,90%	N=16 25,81%	N=1 7,14%	N=27 15,25%
3 (nie)	N=1 0,99%	N=0 0,00%	N=0 0,00%	N=1 0,56%

Erwartungsgemäß werden die Indikationen zur Inkontinenzoperationen in 84,18% durch die urodynamische Untersuchung gesichert und in 15,25% in bestimmten Fällen. Nur eine Antwort wurde unter „nie“ gefunden (0,56%).

Belegärzte mit stationärer Tätigkeit führen weniger häufig obligat eine urodynamische Messung durch als Klinikärzte (74,2% versus 89,1%) ($p < 0,02$, Fisher's exact test).

3.2.4.a.1. Weiter wurde es untersucht, wie die Wichtigkeit der Urodynamik mit dem unterschiedlichen Ausbildungsstand in der Gruppe „K“ (Klinik) und in der Gruppe „P2“ (Beleger) korreliert.

- Klinik-Gruppe (K):

	Wird bei Ihnen vor jeder Inkontinenzoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?			
Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?	1 (ja, immer)	2 (nein, nur in bestimmten Fällen)	3 (nie)	Gesamt
1 (ja, ausreichend)	N=34 89,47%	N=3 7,89%	N=1 2,63%	N=38
2 (ja, bedingt)	N=30 85,71%	N=5 14,29%	N=0 0,00%	N=35
3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	N=25 92,59%	N=2 7,41%	N=0 0,00%	N=27
Gesamt	N=89 89,00%	N=10 10,00%	N=1 1,00%	N=100 100,00%

- Belegärzte stationär (P2):

	Wird bei Ihnen vor jeder Inkontinenzoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?			
Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?	1 (ja, immer)	2 (nein, nur in bestimmten Fällen)	3 (nie)	Gesamt
1 (ja, ausreichend)	N=20 80,00%	N=5 20,00%	N=0 0,00%	N=25
2 (ja, bedingt)	N=17 68,00%	N=8 32,00%	N=0 0,00%	N=25
3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	N=9 75,00%	N=3 25,00%	N=0 0,00%	N=12
Gesamt	N=46 74,19%	N=16 25,81%	N=0 0,00%	N=62 100,00%

Während bei den Klinikärzten unabhängig vom Ausbildungsstand bei 86 - 93% der Inkontinenzoperation immer eine Urodynamik durchgeführt wird, unterscheidet sich das bei den Belegärzten. 80% der Belegärzte, die sich gut ausgebildet fühlen, lassen

immer eine Urodynamik durchführen, aber nur 68% der bedingt gut ausgebildeten. Dieser Unterschied ist wegen der geringen Fallzahl in den beiden Gruppen statistisch nicht signifikant.

3.2.4.b. Urodynamische Untersuchung vor der operativen Deszensusstherapie:

Wird bei Ihnen vor jeder Deszensusoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?	K	P2	Gesamt
1 (ja, immer)	N=40 39,2%	N=26 44,8%	N=66
2 (nein, nur in bestimmten Fällen)	N=61 59,8%	N=30 51,7%	N=91
3 (nie)	N=1 0,8%	N=2 1,3%	N=3

Die operativ tätige Einrichtungen (Kliniken und die Belegärzte) führen die Urodynamik in 39-45% immer, in 52-60% nur in bestimmten Fällen und in 1% nie durch ($p=0,38525$ [P]; $V_C = 0,1091943$).

- Klinikärzte (K):

	Wird bei Ihnen vor jeder Deszensusoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?			
Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?	1 (ja, immer)	2 (nein, nur in bestimmten Fällen)	3 (nie)	Gesamt
1 (ja, ausreichend)	N=14 36,84%	N=23 60,53%	N=1 2,63%	N=38
2 (ja, bedingt)	N=15 42,86%	N=20 57,14%	N=0 0,00%	N=35
3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	N=10 35,71%	N=18 64,29%	N=0 0,00%	N=28
Gesamt	N=39 38,61%	N=61 60,40%	N=1 0,99%	N=101 100,00%

- Niedergelassene Ärzte (P2):

	Wird bei Ihnen vor jeder Deszensusoperation eine urodynamische Messung durchgeführt?			
Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?	1 (ja, immer)	2 (nein, nur in bestimmten Fällen)	3 (nie)	Gesamt
1 (ja, ausreichend)	N=11 47,83%	N=11 47,83%	N=1 4,35%	N=23
2 (ja, bedingt)	N=8 33,33%	N=15 62,50%	N=1 4,17%	N=24
3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	N=7 63,64%	N=4 36,36%	N=0 0,00%	N=11
Gesamt	N=26 44,83%	N=30 51,72%	N=2 3,45%	N=58 100,00%

Der einzige Chefarzt einer Klinik, der nie eine urodynamische Messung vor Inkontinenz- oder Deszensus-Operationen anwendet, hatte sich erstaunlicherweise eine ausreichende Ausbildung in der Urogynäkologie bescheinigt.

3.2.5. Urogynäkologische Diagnostik:

3.2.5.a. Klinikärzte und niedergelassene Ärzte:

(Welche diagnostischen Möglichkeiten wenden Sie an?

(Mehrfachnennungen möglich)

	K	P1	P2	P3
Frage 21 (Restharnbestimmung)	N=100 95,24%	N=253 74,63%	N=60 77,41%	N=57 77,03%
Frage 22 (Klinischer Hustenstress - test)	N=100 95,24%	N=255 75,22%	N=52 80,00%	N=55 74,32%
Frage 23 (Perineal - , Introitus - Sonographie)	N=97 92,38%	N=164 48,38%	N=42 64,62%	N=32 43,24%
Frage 24 (Laterales Cystogramm)	N=14 13,33%	N=3 0,88%	N=6 9,23%	N=0 0,00%
Frage 25 (Urodynamik)	N=97 92,38%	N=74 21,83%	N=30 46,15%	N=19 25,68%
Frage 26 (Andere)	N=15 14,29%	N=6 1,77%	N=1 1,54%	N=2 2,70%

3.2.5.b. Im Folgenden wird analysiert, ob der Ausbildungstand einen Einfluss auf die Anwendung der Diagnostik hat (für alle Gruppen zusammen):

	Frage 19.		
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?		
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)
Frage 21. (Restharnbestimmung)	N=145 30,92%	N=191 40,72%	N=133 28,36%
Frage 22. (Klinischer Hustenstresstest)	N=135 29,28%	N=189 41,00%	N=137 29,72%
Frage 23. (Perinealsonographie / Introitussonographie)	N=112 33,53%	N=126 37,72%	N=96 28,74%

Frage 24. (Laterales Cystogramm)	N=12 52,17%	N=7 30,43%	N=4 17,39%
Frage 25. (Urodynamik)	N=83 37,90%	N=82 37,44%	N=54 24,66%
Frage 26. (Andere)	N=9 37,50%	N=9 37,50%	N=6 25,00%

3.2.5.b.1. Für die Klinikärzte:

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?		
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)
Frage 21. (Restharnbestimmung)	N=37 37,37%	N=34 34,34%	N=28 28,28%

Frage 22. (Klinischer Hustenstresstest)	N=37 37,37%	N=35 35,35%	N=27 27,27%
Frage 23. (Perinealsonographie / Introitussonographie)	N=36 37,50%	N=33 34,38%	N=27 14,29%
Frage 24. (Laterales Cystogramm)	N=6 42,86%	N=6 42,86%	N=2 14,29%
Frage 25. (Urodynamik)	N=36 37,50%	N=33 34,38%	N=27 28,13%
Frage 26. (Andere)	N=6 40,00%	N=6 40,00%	N=3 20,00%

3.2.5.b.2. Für niedergelassene Ärzte ohne operative Tätigkeit

(Gruppe P1):

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?		
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)
Frage 21. (Restharnbestimmung)	N=66 26,09%	N=102 40,32%	N=85 33,60%
Frage 22. (Klinischer Hustenstresstest)	N=64 25,10%	N=103 40,39%	N=88 34,51%
Frage 23. (Perinealsonographie / Introitussonographie)	N=48 29,27%	N=62 37,80%	N=54 32,93%

Frage 24. (Laterales Cystogramm)	N=2 66,67%	N=0 0,00%	N=1 33,33%
Frage 25. (Urodynamik)	N=23 31,08%	N=31 41,89%	N=20 27,03%
Frage 26. (Andere)	N=1 16,67%	N=3 50,00%	N=2 33,33%

3.2.5.b.3. Für niedergelassene Ärzte mit operativer Tätigkeit

(stationär und ambulant – Gruppe P2):

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?		
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)
Frage 21. (Restharnbestimmung)	N=25 41,67%	N=24 40,00%	N=11 18,33%

Frage 22. (Klinischer Hustenstresstest)	N=21 40,38%	N=20 38,46%	N=11 21,15%
Frage 23. (Perinealsonographie / Introitussonographie)	N=20 47,62%	N=13 30,95%	N=9 21,43%
Frage 24. (Laterales Cystogramm)	N=4 66,67%	N=1 16,67%	N=1 16,67%
Frage 25. (Urodynamik)	N=16 53,33%	N=9 30,00%	N=5 16,67%
Frage 26. (Andere)	N=1 100,00%	N=0 0,00%	N=0 0,00%

3.2.5.b.4. Für die niedergelassene Ärzte mit der operativen Tätigkeit
(nur ambulant – Gruppe P3):

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?		
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)
Frage 21. (Restharnbestimmung)	N=17 29,82%	N=31 54,39%	N=9 15,79%
Frage 22. (Klinischer Hustenstresstest)	N=13 23,64%	N=31 56,36%	N=11 20,00%
Frage 23. (Perinealsonographie / Introitussonographie)	N=8 25,00%	N=18 56,25%	N=6 18,75%

Frage 24. (Laterales Cystogramm)	N=0 0,00%	N=0 0,00%	N=0 0,00%
Frage 25. (Urodynamik)	N=8 42,11%	N=9 47,37%	N=2 10,53%

3.2.6. Urogynäkologische Therapie

3.2.6.a. Konservative urogynäkologische Therapie

(niedergelassene Ärzte):

	P1	P2	P3	Zusammen
Frage 28 (Anweisung zum Beckenbodentraining durch ein Informationsblatt)	N=306 90,27%	N=55 84,62%	N=66 89,19%	N=427 89,33%
Frage 29 (Überweisung zum Beckenbodentraining zu einer Physiotherapeutin)	N=252 74,34%	N=44 67,69%	N=54 72,97%	N=350 73,22%
Frage 30 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback)	N=167 49,26%	N=34 52,31%	N=38 51,35%	N=239 50,00%

Frage 31 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Elektrostimulation)	N=199 58,70%	N=39 60,00%	N=35 47,30%	N=237 57,11%
Frage 32 (Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln)	N=253 74,63%	N=45 69,23%	N=54 72,97%	N=352 73,64%
Frage 33 (Anpassung von Pessaren ohne Selbstwechseln)	N=296 87,32%	N=47 72,31%	N=62 83,78%	N=405 84,73%

In der konservativen Therapie wird in fast gleicher Häufigkeit die Anweisung zum Beckenbodentraining (89-90%) und an der zweiten Stelle die Pessartherapie angewendet. Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln in 69-75% und ohne Selbstwechseln in 72-87%. Die Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback oder mit Elektrostimulation findet zu selten statt (50-57%).

3.2.6.a.1. Konservative urogynäkologische Therapie versus Ausbildungsstand (Gruppe P1 – niedergelassene Ärzte ohne operative Tätigkeit):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Gesamt
Frage 28 (Anweisung zum Beckenbodentraining durch ein Informationsblatt)	N=70 88,61%	N=123 89,78%	N=113 91,87%	N=306 90,27%
Frage 29 (Überweisung zum Beckenbodentraining zu einer Physiotherapeutin)	N=56 70,89%	N=103 75,18%	N=93 75,61%	N=252 74,34%

Frage 30 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback)	N=51 64,56%	N=68 49,64%	N=48 39,02%	N=167 49,26%
Frage 31 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Elektrostimulation)	N=53 67,09%	N=78 56,93%	N=68 55,28%	N=199 58,70%
Frage 32 (Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln)	N=60 75,95%	N=100 72,99%	N=93 75,61%	N=253 74,63%
Frage 33 (Anpassung von Pessaren ohne Selbstwechseln)	N=67 84,81%	N=123 89,78%	N=106 86,18%	N=296 87,32%

3.2.6.a.2. Konservative urogynäkologische Therapie versus Ausbildungsstand (Gruppe P2 – niedergelassene Ärzte mit ambulanter und stationärer operativer Tätigkeit):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Gesamt
Frage 28 (Anweisung zum Beckenbodentraining durch ein Informationsblatt)	N=24 92,31%	N=19 73,08%	N=12 92,31%	N=55 84,62%
Frage 29 (Überweisung zum Beckenbodentraining zu einer Physiotherapeutin)	N=17 65,38%	N=17 65,38%	N=10 76,92%	N=44 67,69%

Frage 30 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback)	N=18 69,23%	N=11 42,31%	N=5 38,46%	N=34 52,31%
Frage 31 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Elektrostimulation)	N=20 76,92%	N=14 53,85%	N=5 38,46%	N=39 60,00%
Frage 32 (Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln)	N=18 69,23%	N=19 73,08%	N=8 61,54%	N=45 69,23%
Frage 33 (Anpassung von Pessaren ohne Selbstwechseln)	N=23 88,46%	N=18 69,23%	N=6 46,15%	N=47 72,31%

3.2.6.a.3. Konservative urogynäkologische Therapie versus Ausbildungsstand (Gruppe P3 – niedergelassene Ärzte mit ambulanter operativer Tätigkeit):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Gesamt
Frage 28 (Anweisung zum Beckenbodentraining durch ein Informationsblatt)	N=18 78,26%	N=36 92,31%	N=12 100,00%	N=66 89,19%
Frage 29 (Überweisung zum Beckenbodentraining zu einer Physiotherapeutin)	N=17 73,91%	N=27 69,23%	N=10 83,33%	N=54 72,97%

Frage 30 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback)	N=14 60,87%	N=18 46,15%	N=6 50,00%	N=38 51,35%
Frage 31 (Verordnung von Beckenbodentraining mit Elektrostimulation)	N=12 52,17%	N=17 43,59%	N=6 50,00%	N=35 47,30%
Frage 32 (Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln)	N=12 52,17%	N=34 87,18%	N=8 66,67%	N=54 72,97%
Frage 33 (Anpassung von Pessaren ohne Selbstwechseln)	N=17 73,91%	N=33 84,62%	N=12 100,00%	N=62 83,78%

3.2.6.b. Medikamentöse Therapie:

	P1	P2	P3	Zusammen
Frage 34 (Oxybutinin)	N=139 41,00%	N=31 47,69%	N=25 33,78%	N=195 40,79%
Frage 35 (Trospiumchlorid – z.B. Spasmex)	N=180 53,10%	N=39 60,00%	N=34 45,95%	N=253 52,93%
Frage 36 (Tolterodine – z.B. Detrusitol)	N=270 79,65%	N=50 76,92%	N=55 74,32%	N=375 78,45%
Frage 37 (Propiverin – z.B. Mictronorm)	N=122 35,99%	N=23 35,38%	N=30 40,54%	N=175 36,61%
Frage 38 (Solifenacin – z.B. Vesicur)	N=117 34,51%	N=34 52,31%	N=28 37,84%	N=179 37,45%
Frage 39 (Darifenacin – z.B. Emselex)	N=17 5,01%	N=12 18,46%	N=11 14,86%	N=40 8,37%
Frage 40 (Duloxetine – z.B. Yentreve)	N=227 66,96%	N=48 73,85%	N=58 78,38%	N=333 69,67%
Frage 41 (lokale Östrogene)	N=322 94,99%	N=61 93,85%	N=68 91,89%	N=451 94,35%
Frage 42 (andere)	N=7 2,06	N=1 1,54%	N=2 2,70%	N=10 2,09%

3.2.6.b.1. Medikamentöse Therapie versus Ausbildungsstand

(Gruppe P1 – niedergelassene Ärzte ohne operative Tätigkeit):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
Frage 34 (Oxybutinin)	N=34 43,04%	N=60 43,80%	N=45 36,59%	N=139 41,00%
Frage 35 (Trospiumchlorid – z.B. Spasmex)	N=53 67,09%	N=69 50,36%	N=58 47,15%	N=180 53,10%
Frage 36 (Tolterodine – z.B. Detrusitol)	N=69 87,34%	N=110 80,29%	N=91 73,98%	N=270 79,65
Frage 37 (Propiverin – z.B. Mictronorm)	N=28 35,44%	N=54 39,42%	N=40 32,52%	N=122 35,99%

Frage 38 (Solifenacin – z.B. Vesicur)	N=36 45,57%	N=51 37,23%	N=30 24,39%	N=117 34,51%
Frage 39 (Darifenacin – z.B. Emselex)	N=6 7,59%	N=8 5,84%	N=3 2,44%	N=17 5,01%
Frage 40 (Duloxetine – z.B. Yentreve)	N=57 72,15%	N=91 66,42%	N=79 64,23%	N=227 66,96%
Frage 41 (lokale Östrogene)	N=76 96,20%	N=131 95,62%	N=115 93,50%	N=322 94,99%
Frage 42 (andere)	N=1 1,27%	N=4 2,92%	N=2 1,62%	N=7 2,06%

3.2.6.b.2. Medikamentöse Therapie versus Ausbildungsstand

(Gruppe P2 – niedergelassene Ärzte mit ambulanter und stationärer operativer Tätigkeit):

	Frage 19. Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
Frage 34 (Oxybutinin)	N=16 61,54%	N=9 34,62%	N=6 46,15%	N=31 47,69%
Frage 35 (Trospiumchlorid – z.B. Spasmex)	N=17 65,38%	N=14 53,85%	N=8 61,54%	N=39 60,00%
Frage 36 (Tolterodine – z.B. Detrusitol)	N=20 76,92%	N=20 76,92%	N=10 76,92%	N=50 76,92%
Frage 37 (Propiverin – z.B. Micronorm)	N=9 34,62%	N=9 34,62%	N=5 38,46%	N=23 35,38%

Frage 38 (Solifenacin – z.B. Vesicur)	N=14 53,85%	N=13 50,00%	N=7 53,85%	N=34 52,31%
Frage 39 (Darifenacin – z.B. Emselex)	N=5 19,23%	N=4 15,38%	N=3 23,08%	N=12 18,46%
Frage 40 (Duloxetine – z.B. Yentreve)	N=21 80,77%	N=18 69,23%	N=9 69,23%	N=48 73,85%
Frage 41 (lokale Östrogene)	N=26 100,00%	N=23 88,46%	N=12 92,31%	N=61 93,85%
Frage 42 (andere)	N=1 3,85%	N=0 0,00%	N=0 0,00%	N=1 1,54%

3.2.6.b.3. Medikamentöse Therapie versus Ausbildungsstand

(Gruppe P3 – niedergelassene Ärzte mit der ambulanten operativen Tätigkeit):

	Frage 19.			
	Wurden Sie während Ihrer Weiterbildungszeit ausreichend auf den Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen vorbereitet?			
	1 (ja, ausreichend)	2 (ja, bedingt)	3 (nein, keine ausreichende Ausbildung)	Zusammen
Frage 34 (Oxybutinin)	N=9 39,13%	N=14 35,90%	N=2 16,67%	N=25 33,78%
Frage 35 (Trospiumchlorid – z.B. Spasmex)	N=11 47,83%	N=17 43,59%	N=6 50,00%	N=34 45,95%
Frage 36 (Tolterodine – z.B. Detrusitol)	N=17 73,91%	N=29 74,36%	N=9 75,00%	N=55 74,32%
Frage 37 (Propiverin – z.B. Mictronorm)	N=9 39,13%	N=19 48,72%	N=2 16,67%	N=30 40,54%

Frage 38 (Solifenacin – z.B. Vesicur)	N=8 34,78%	N=17 43,59%	N=3 25,00%	N=28 37,84%
Frage 39 (Darifenacin – z.B. Emselex)	N=4 17,39%	N=6 15,38%	N=1 8,33%	N=11 14,86%
Frage 40 (Duloxetine – z.B. Yentreve)	N=17 73,91%	N=32 82,05%	N=9 75,00%	N=58 78,38%
Frage 41 (lokale Östrogene)	N=19 82,61%	N=37 94,87%	N=12 100,00%	N=68 91,89%
Frage 42 (andere)	N=0 0,00%	N=2 5,13%	N=0 0,00%	N=2 2,70%

3.2.7. Operative Therapie der Belastungsinkontinenz:

3.2.7.a. Für die Gruppen der Kliniken und operativ tätigen Praxen (ohne Mengenanalyse):

	P2	K	Zusammen
Frage 69 (Offene Kolposuspension)	N=44 67,67%	N=93 88,57%	N=137 80,59%
Frage 70 (Laparoskopische Kolposuspension)	N=1 1,54%	N=4 3,81%	N=5 2,94%
Frage 71 (Suburethrale, spannungsfreie Vaginalbänder - retropubisch)	N=44 67,69%%	N=94 89,52%	N=138 81,18%%
Frage 72 (Suburethrale, spannungsfreie Vaginalbänder - transobturatorisch)	N=26 40,00%	N=67 63,81%	N=93 54,71%
Frage 73 (Nadelsuspensionsoperationen)	N=1 1,54%	N=2 1,90%	N=3 1,76%

Frage 74 (Kolporrhaphia anterior)	N=50 76,92%	N=65 61,90%	N=115 67,65%
Frage 75 (Intraurethrale Injektionen)	N=12 18,46%	N=26 24,76%	N=38 22,35%

Es zeigt sich eindeutig, dass laparoskopische Kolposuspension und Nadelsuspension kaum einen Stellenwert haben. Die offene Kolposuspension und das „klassische“ retropubische TVT – Verfahren werden von jeweils 81% der operativ tätigen Frauenärzte angeboten. Weiterhin führen 68% eine Kolporrhaphia anterior als Inkontinenzoperation durch. Die transobturatorische Bandeinlage folgt mit 55%. Die intraurethrale Injektionen erreichen 22%. Belegärzte wenden mit 77% die Kolporrhaphia anterior signifikant häufiger als Inkontinenzoperation an als die Klinikärzte mit 62% ($p < 0,05$, Fisher's exact test).

3.2.7.b. Mit Mengenanalyse:

In der Mengenanalyse werden die Angaben über die Anzahl der jährlich durchgeführten Operationen zusammengefasst. Die Gesamtzahlen unterscheiden sich etwas von den unter 3.2.7.a dargestellten Zahlen, weil nicht alle Teilnehmer Angaben über die Zahl der Operationen gemacht haben.

3.2.7.b.1. Für die Kliniken:

	N	Mittelwert	SD	Min	Max	Me
Kolposuspension	85	19,8	32,5	1,0	260,0	10,0
Laparoskopische Kolposuspension	4	19,2	13,5	2,0	30,0	22,5
Retropubische TVT	85	38,5	33,8	3,0	180,0	30,0
Transobturatorische TVT	60	36,0	33,1	1,0	150,0	28,5
Nadelsuspension	2	30,0	28,3	10,0	50,0	30,0
Kolporrhaphia anterior	55	53,5	44,9	5,0	210,0	40,0
Injektionen	26	7,0	5,0	1,0	20,0	5,0

Durchschnittlich werden in Kliniken 20 Kolposuspensionen (Median 10), aber 36 TVT (Median 30) und 36 TOT (Median 28,5) Operationen im Jahr durchgeführt. Es gibt Kliniken, die nur eine Inkontinenzoperation im Jahr durchführen. Die Maximalzahl liegt bei 260 Kolposuspensionen und 180 TVT – Operationen im Jahr.

3.2.7.b.2. Für die operative Praxisgruppe:

	N	Mittelwert	SD	Min	Max	Me
Kolposuspension	37	14,8	17,6	1,0	100,0	10,0
Laparoskopische Kolposuspension	1	7,0	--	7,0	7,0	--

Retropubische TVT	39	33,8	37,0	3,0	200,0	30,0
Transobturatorische TVT	26	21,1	28,7	1,0	150,0	150
Nadelsuspension	1	70,0	--	70,0	70,0	--
Kolporrhaphia anterior	40	29,3	46,8	4,0	300,0	20,0
Injektionen	11	6,4	4,3	1,0	15,0	5,0

Bei den Belegärzten sind auch die Kolposuspension und das retropubische TVT die am häufigsten angewendeten Inkontinenzoperationen. Die Durchschnittliche Operationszahl im Jahr liegt für die Kolposuspension (15 / Jahr) niedriger als für das TVT Band (34 / Jahr). Auch in dieser Gruppe gibt es Kollegen, die eine Op nur einmal pro Jahr durchführen, die Maximalzahlen liegen bei 100 Kolposuspensionen, 150 TOT und 200 TVT – Operationen im Jahr.

3.2.8. Operative Deszensustherapie:

3.2.8.a. Für die Gruppen der Kliniken und operativ tätigen Praxen (ohne Mengenanalyse):

	P2	K	Zusammen
Frage 77 (Vaginale Hysterektomie mit Kolporrhapien)	N=57 87,69%	N=101 96,19%	N=158 92,94%
Frage 78 (Kolporrhapie anterior und/oder posterior)	N=48 73,48%	N=97 92,38%	N=145 85,29%
Frage 79 (Vaginale sacrospinale Fixation)	N=26 40,00%	N=87 82,86%	N=113 66,47%
Frage 80 (Vaginale Kolposuspension)	N=18 27,69%	N=22 20,95%	N=40 23,53%
Frage 81 (Verwendung von Meshimplantaten von vaginal)	N=13 20,00%	N=51 48,57%	N=64 37,65%
Frage 82 (Abdominale Sacrokolpopexie offen)	N=15 23,08%	N=81 77,14%	N=96 56,47%

Frage 83 (Laparoskopische Sacrokolpopexie)	N=2 3,08%	N=6 5,71%	N=8 4,71%
Frage 84 (Abdominale Hysterosacropexie)	N=2 3,08%	N=19 18,10%	N=21 12,35%
Frage 85 (Laparoskopische Hysterosacropexie)	N=1 1,54%	N=3 2,86%	N=4 2,35%
Frage 86 (Posteriores IVS)	N=2 3,08%	N=14 13,33%	N=16 9,41%
Frage 87 (Andere)	N=1 1,54%	N=9 8,57%	N=10 5,88%

Die vaginale Hysterektomie mit Kolporrhaphia anterior et posterior sind die am häufigsten durchgeführten Deszensusoperationen. Vaginale Netzimplantationen waren zum Zeitpunkt der Befragung mit insgesamt 37% trotz der noch schlechten Datenlage im Hinblick auf die Langzeitverträglichkeit schon relativ weit verbreitet. Laparoskopische Operationen bei Deszensus werden sehr selten durchgeführt.

3.2.8.b. Mit Mengenanalyse:

3.2.8.b.1. Für die Kliniken:

	N	Mittelwert	SD	Min	Max	Me
Vaginale Hysterektomie mit Kolporrhapien	89	54,8	34,1	6,0	200,0	50,0
Kolporrhapie anterior und/oder posterior	84	31,3	24,8	3,0	130,0	25,0
Vaginale sacrospinale Fixation	76	31,4	36,8	1,0	205,0	20,0
Vaginale Kolposuspension	15	22,1	19,6	3,0	63,0	12,0
Verwendung von Meshimplantaten von vaginal	47	24,6	27,1	2,0	120,0	10,0
Abdominale Sacrokolpopexie offen	74	12,5	14,5	1,0	80,0	7,0
Laparoskopische Sacrokolpopexie	6	11,3	7,9	3,0	25,0	10,0
Abdominale Hysterosacropexie	18	4,8	5,8	1,0	25,0	2,0
Laparoskopische Hysterosacropexie	3	2,0	0,0	2,0	2,0	2,0
Posteriores IVS	13	12,9	12,7	5,0	50,0	10,0
Andere	4	12,2	5,9	6,0	20,0	11,5

Die durchschnittliche Anzahl der jährlich in der Klinik durchgeführten Deszensusoperationen ist bei den vaginalen Operationen deutlich höher als bei den abdominalen Operationen.

3.2.8.b.2. Für die operative Praxisgruppe:

	N	Mittelwert	SD	Min	Max	Me
Vaginale Hysterektomie mit Kolporrhapien	47	26,6	32,1	2,0	100,0	15,0
Kolporrhapie anterior und/oder posterior	38	20,6	24,7	1,0	100,0	10,0
Vaginale sacrospinale Fixation	21	12,8	14,1	1,0	50,0	10,0
Vaginale Kolposuspension	15	12,3	12,6	4,0	50,0	10,0
Verwendung von Meshimplantaten von vaginal	11	15,5	22,2	1,0	80,0	10,0
Abdominale Sacrokolpopexie offen	11	11,5	13,9	2,0	50,0	10,0
Laparoskopische Sacrokolpopexie	1	2,0	--	2,0	2,0	--
Abdominale Hysterosacropexie	1	5,0	--	5,0	5,0	--
Laparoskopische Hysterosacropexie	0	--	--	--	--	--
Posteriore IVS	2	7,5	3,5	5,0	10,0	7,5
Andere	0	--	--	--	--	--

3.2.9. Welche operative Therapie wird in der Regel bei Deszensus uteri et vaginae bei einer Patientin mit abgeschlossener Familienplanung angewendet (Frage 88)?

Die Teilnehmer wurden befragt, welche Operation sie bevorzugt bei einer Patientin mit Deszensus uteri und abgeschlossener Familienplanung einsetzen würden. Bei den Klinikärzten gaben 68% an, sie würden die vaginale Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenplastik bevorzugen, gefolgt von der vaginalen Hysterektomie mit sacrospinaler Fixation nach Amreich Richter (8%). Die Belegärzte gaben in 93% an, dass sie eine vaginale Hysterektomie mit Plastiken einsetzen.

3.2.10. Welche operative Therapie wird in der Regel bei Scheidenstumpfdeszensus angewendet (Frage 89.)?

Zur Therapie des Scheidenblindsackvorfalls wird in der Klinik bei 42% bevorzugt die sacrospinale Fixation eingesetzt, 21% gaben an, dass sie entweder die sacrospinale Fixation oder die abd. Sacrokolpopexie wählen und 13% operieren bevorzugt von abdominal mit Sacrokolpopexie. Eine Kolpokleisis wird von keiner Klinik als bevorzugtes Verfahren angegeben.

Bei den Belegärzten zeigt sich ein anderes Bild. 37% wählen die sacrospinale Fixation, 13% die Kolpokleisis, 10% die abdominale Sacrokolpopexie und 6 % gaben an, dass die entweder die sacrospinale Fixation oder die abd. Sacrokolpopexie einsetzen, ohne ein der beiden Methoden zu bevorzugen.

3.2.10.a. Welches Vorgehen wird bei einer Patientin mit Deszensus und larvierter Stressinkontinenz favorisiert (Frage 90)?

Frage 90	Gruppe		
	K (Kliniken)	P2 (Operativ tätige Praxen)	Gesamt
1 (Einzeitiges Vorgehen: Deszensusoperation mit gleichzeitiger Inkontinenzoperation)	N=23 22,55%	N=17 30,36%	N=40
2 (Zweizeitiges Vorgehen: zuerst Deszensusoperation, bei postoperativer manifester Stressinkontinenz im Intervall Inkontinenzoperation)	N=79 77,45%	N=39 69,64%	N=118

Ein zweizeitiges Vorgehen wird bei 77% von Kliniken und 70% von operativen Praxen bevorzugt. Für ein einzeitiges Vorgehen entscheiden sich 23% von Kliniken und 30% von niedergelassenen Operateuren.

3.2.11. Rekonstruktive onkoplastische Eingriffe im kleinen Becken

(Frage 91.):

Diese Frage wurde von 20 befragten mit „ja“ angekreuzt, 19 aus der Klinik und 1 aus der Praxis. Die Neovagina-Techniken wurden 12 Mal angegeben und Flaps zur Deckung nach Tumorentfernungen im kleinen Becken 8 Mal.

4. Diskussion

Nach Schätzungen ist in Deutschland mit 35% inkontinenten Frauen zu rechnen und über 5 Millionen Menschen sind von Blasen- oder Darmschwäche betroffen (19).

Bei der Belastungsinkontinenz haben wir mit einem breiten Gipfel im mittleren Alter (30-40%) und stetigen Anstieg bei den Älteren (30-50%) zu tun (54).

Die steigende Alterserwartung und die damit verbundene demografische Bevölkerungsentwicklung werden in den kommenden Jahren zu dramatischen Versorgungsproblemen bei den inkontinenten Patienten führen. Dieses kann zu Finanzierungsengpässen im Gesundheitswesen führen.

Das komplexe Inkontinenzproblem ist nicht nur mit wirtschaftlichen Folgen von reinen Sachkosten wie Binden, Pflegemittel, Medikamenten oder ärztlichen Behandlungskosten sondern auch mit sehr unüberschaubaren Belastungen im psychosozialen Bereich z.B. bei Familienangehörigen oder Pflegenden verbunden (14, 67, 18). Dazu müssen noch so genannte indirekte Kosten gerechnet werden, wie z.B. Allergien, sekundäre Infektionen, Wundheilungsstörungen oder psychische und psychosomatische Krankheitsbilder, die als direkte Folge der Inkontinenz zu betrachten sind.

Die von Inkontinenz betroffenen Patienten effizient zu versorgen bedeutet eine große Herausforderung für die ganze Gesellschaft und für die Politik sowie Medizin mit den Pflegeberufen. Die Inkontinenz ist sicherlich nicht immer heilbar, aber sehr häufig lässt sich die Schwere der Erkrankung deutlich reduzieren und dadurch dem Patienten in Kombination mit Hilfsmitteln eine bleibende Integration in das gewohnte soziale Leben gewährleisten oder die Integration erst möglich machen (12).

Sich dieser Herausforderung zu stellen bedeutet für die medizinischen Berufe suffiziente Versorgungsstrukturen zu schaffen. Primär ist die Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung gefragt, um die betroffenen Menschen in diese Strukturen mit einzubinden. Die Inkontinenzproblematik darf nicht mehr als Tabuthema betrachtet werden. Die optimale Versorgung benötigt den motivierten und mündigen Patienten, aber auch den über die Behandlungsmöglichkeiten gut informierten Arzt, der sich das delicate Thema anzusprechen traut. Genau so wichtig ist die Kenntnis vom Leidensdruck der Betroffenen für die Pflege- und Hilfskräfte, die durch moderne Pflegekonzepte das Leiden erträglich machen können.

Unter den Ärzten werden die Frauenärzte immer mehr zu Ansprechpartner der inkontinenten Frau und damit mit neuen Herausforderungen konfrontiert.

In unserer Studie beziffert sich der Anteil den inkontinenten Patientinnen bei den befragten Kliniken und niedergelassenen Gynäkologen im Durchschnitt auf 18%. Daraus ergibt sich eine klare Notwendigkeit einer fundierten urogynäkologischen Ausbildung für die Niedergelassenen und Klinikärzte. Die Gynäkologen werden als Hausarzt der Frau gesehen und zwar nicht nur von Frauen, sondern auch von der Gesundheitspolitik und letztendlich auch von sich selber.

Leider gibt es in der aktuellen Weiterbildungsordnung für die Frauenheilkunde keine Anforderungen, die jungen Ärztinnen und Ärzte in der Urogynäkologie auszubilden.

Die Komplexität der Inkontinenzproblematik als Stuhl- und Harninkontinenz mit ihren allen Variationen wird immer deutlicher, nicht nur durch die Alterungsentwicklung der Gesellschaft aber auch durch den zunehmend mündigen Patient, sodass sich immer häufiger die Frage der Notwendigkeit einer interdisziplinären Patientenversorgung stellt.

In den letzten Jahren sind bundesweit mehrere „Inkontinenz-, Beckenboden-Zentren“ entstanden, die bei schwierigen Krankheitsbildern die Zusammenarbeit von Gynäkologen, Urologen, Neurologen, Proktologen und Pflegekräften optimieren sollen.

In den Ländern wie Großbritannien oder USA stellt die Urogynäkologie bereits eine Subspezialisierung dar. Für eine urogynäkologische Schwerpunktbezeichnung müssen in den USA drei klinische Jahre absolviert werden. Die EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynecology), die Europäische Dachorganisation der nationalen Verbände hat die Urogynäkologie bereits zur „vierten Säule“ der Frauenheilkunde neben der Onkologie, der Perinatalogie und der Endokrinologie erhoben. Diese Anerkennung steht leider in Deutschland noch aus.

Die Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie e.V. (AGUB) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe versucht aus diesem Grund durch urogynäkologische Grund- und Aufbaukurse den Ausbildungsstand zu verbessern. Diese Studie wurde deshalb auch auf Veranlassung und mit Unterstützung der AGUB durchgeführt.

Insgesamt wurden 3000 Fragebögen an niedergelassene Frauenärzte und 500 an gynäkologische Chefärzte verschickt. 589 Fragebögen wurden ausgefüllt, das entspricht einer Rücklaufquote von 16,8 %.

Mehr als die Hälfte der Befragten waren Frauen (53,6%). Allerdings waren die Frauen in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte ohne operative Tätigkeit mit 81,6% mehr vertreten als unter den Chefärzten 3,2% und den niedergelassenen Ärzten mit operativer Tätigkeit: 3,8% in der Gruppe P2 (stationäre und ambulante Eingriffe) und 11,4% in der Gruppe P3 (nur die ambulante Eingriffe).

In unserer Untersuchung konnten wir zeigen, dass nur weniger als ein Drittel der Befragten (28,6%) sich im Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen ausreichend ausgebildet fühlt, 41% nur bedingt und fast ein Drittel bescheinigt sich keine ausreichende (30,4%) Ausbildung. Beide im stationären Bereich tätige Gruppen – die Klinikärzte (K) und die operativ tätigen niedergelassenen Ärzte (P2) lagen mit 37,5% und 40,0% in der „ausreichenden Ausbildung“ vorn, gefolgt von der Gruppe P3 (ambulant operativ tätig) und der Gruppe P1 (Praxen ohne operative Tätigkeit). Die Frauen haben sich in der niedergelassenen Gruppe schlechter ausgebildet gefühlt (21% ausreichende Ausbildung) als die Männer (37% ausreichende Ausbildung). Keine ausreichende Ausbildung bescheinigten sich 36% der niedergelassenen Frauen und 22% der niedergelassenen Männer. Fast gleich zeigten sich die Ergebnisse in der Klinikgruppe: 40% ausreichend ausgebildeten Frauen und 36% Männern und 30% Frauen mit keiner ausreichenden Ausbildung, bei Männern waren es 28%.

Dies bedeutet, dass ca. jede fünfte Patientin in der Frauenarztpraxis auf einen Arzt oder eine Ärztin trifft, der oder die sich mit ihrem Krankheitsbild nicht ausreichend auskennt.

Von der normalen gynäkologischen Praxis erwartet man eine solide Inkontinenz-Vordiagnostik und initiale, konservative Therapie. Die komplizierten Krankheitsfälle werden zur weiteren Diagnostik und Therapie meistens in die spezialisierten Einrichtungen geschickt.

Erwartungsgemäß zeigte sich deutlich in der Studie wie wichtig für alle Befragten die Möglichkeit eine Überweisung in ein urogynäkologisches Schwerpunktzentrum ist.

Abgesehen vom Ausbildungsstatus fanden 84,12% der Befragten wichtig, dass es ein interdisziplinäres Zentrum gibt, 14,59% weniger wichtig und nur 1,29% unwichtig. Eindeutig zeigt sich die enge Korrelation zwischen dem Stellenwert des Inkontinenzentrums und dem Mangel an der urogynäkologischen Ausbildung. Die Frage wohin die Patientinnen überwiesen werden sollen wenn der niedergelassene Gynäkologe mit seinen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht erfolgreich war, belegt wie wichtig die Konsultationsmöglichkeit für die niedergelassene Ärzte ist. In 75% dieser Fälle wird in die gynäkologische Klinik und in 38% zum niedergelassenen Urologen überwiesen. Die urologische Klinik und der niedergelassene Gynäkologe werden in 10% der Fälle gewählt. Unsere Untersuchung zeigte auch, dass die Patientinnen zur operativen Inkontinenztherapie fast immer in die gynäkologische Klinik (95%) oder zum gynäkologischen Belegarzt (9%) geschickt werden. Für die operative Deszensustherapie werden ähnlich wie bereits bei der operativen Inkontinenztherapie die gynäkologische Klinik (98%) und der gynäkologische Belegarzt (7%) aufgesucht. Durch diese Zahlen wird die Notwendigkeit der interdisziplinären Arbeit und der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Sektor belegt.

Im niedergelassenen Bereich wird eine Basisdiagnostik erwartet. Zunächst sind eine genaue Anamnese und die Auswertung eines Miktionstagebuches notwendig.

Im Anschluss daran sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Zu diesen gehören die gynäkologische Untersuchung (mit Östrogenstatus) und eine Urinanalyse (Ausschluss eines Harnwegsinfektes), Restharnbestimmung, klinischer Hustenstresstest oder Perineal- oder Introitussonographie. Zystoskopien können die Blasenschleimhaut visualisieren und Divertikel, Polypen, Tumoren oder Steine ausschließen (17).

Interessanter Weise werden die einfachen diagnostischen Maßnahmen seltener von den nicht operativ tätigen Einrichtungen und häufiger von den operierenden Gynäkologen (Klinik oder Praxis) angewendet. In den Kliniken setzt man die Restharnbestimmung und den Hustenstresstest in 95%, die Perineal-Sonographie und die Urodynamik in 92% ein. Bei den Belegärzten wird die Restharnbestimmung in 77% der Fälle eingesetzt, der klinische Hustenstresstest in 80%, Perineal-Sonographie in 65% und die Urodynamik in 46%. Das laterale Cystogramm findet bei den Kliniken in 13% und bei den Belegern in 9% Verwendung. Die nicht operativ tätigen gynäkologische Praxen führen die Restharnbestimmung in 74%, den klinischen Hustenstresstest in 75%, Perineal-Sonographie in 48%, die Urodynamik in 22% und das laterale Cystogramm in nur 1% von Fällen durch.

Die weitere Analyse der Daten zeigte, dass nur zwischen 29% und 38% der Ärzte in Klinik und in der Praxis das Gefühl haben, dass sie für die Anwendung der einfachen Diagnostik ausreichend ausgebildet wurden. Zwischen 24% und 30% glauben keine ausreichende Ausbildung zu besitzen.

Wenn man die gleichen Daten im Bezug auf den Ausbildungsstand untersucht, werden die Basisuntersuchungen bewusst in über 90% unabhängig von der Ausbildung vorgenommen. Die Restharnbestimmung z.B. von 95% der sich als ausreichend ausgebildet bezeichneten Klinikärzten (A1), von 94% mit bedingt ausreichender Ausbildung (A2) und von 97% ohne ausreichende Ausbildung (A3). Beim klinischen Hustenstresstest sind es 95% in der Gruppe A1, 97% in der A2 und 93% in der A3. Die Perineal-, Introitussonographie wird in 92% in der Gruppe A1, in 92% in der Gruppe A2 und in 93% in der Gruppe A3 durchgeführt. Fast in der gleichen Größenordnung wird die Urodynamik angewendet: 92% in der A1, 92% in

der A2 und 93% in der A3. Ein Klinikarzt, der sich urogynäkologisch als schlecht ausgebildet bezeichnet hat die Möglichkeit, eigene Entscheidungen mit den Kollegen in der Klinik zu diskutieren und sich dadurch fortzubilden, was die fast gleichen prozentuellen Ergebnisse für alle der drei Gruppen mit unterschiedlichem Ausbildungsstand erklärt.

Diese Zahlen zeigen die wichtige Rolle des niedergelassenen Gynäkologen als ersten Ansprechpartners der inkontinenten Frau, der mit der Basisdiagnostik die Inkontinenzdiagnose sichert. Bei den niedergelassenen Gynäkologen sollte die Basisdiagnostik viel öfter angewendet werden.

Eine urodynamische Untersuchung soll die Blasenfunktion und die Differentialinkontinenzdiagnostik objektivieren (46). In Deutschland z.B. erhalten einer sechsmonatigen, prospektiven Beobachtungsstudie zufolge 25,5% der Patienten mit reiner Belastungsinkontinenz Anticholinergika (50). Hier ist davon auszugehen, dass bei diesen Patientinnen keine Urodynamik vor dem Einsetzen der Therapie erfolgte.

Laut unserer Untersuchung wurden die Indikationen zur Inkontinenzoperationen in 84,18% durch die urodynamische Untersuchung gesichert und in 15,25% in den bestimmten Fällen. Nur eine Antwort wurde unter „nie“ gefunden (0,56%). Der einzige Chefarzt einer Klinik, der nie eine urodynamische Messung vor Inkontinenz- oder Deszensus-Operationen anwendet, hatte sich erstaunlicherweise eine ausreichende Ausbildung in der Urogynäkologie bescheinigt. Es ist davon auszugehen, dass immer noch relativ viele Frauenkliniken keinen eigenen urodynamischen Messplatz besitzen und dass viele z.B. auf die Zusammenarbeit mit der urologischen Abteilung angewiesen sind.

Noch deutlicher zeigt sich in der Gruppe der niedergelassenen Gynäkologen, welche destruktive Auswirkung die hohen Anschaffungskosten der Urodynamik, ihre schlechte kassenärztliche Vergütung und hohe Zeitaufwand pro Untersuchung auf die Diagnostik haben.

Die urodynamische Untersuchung vor einer Deszensusoperation wird immer in 39% von den Klinikärzten und in 45% von den niedergelassenen vorgenommen. In 60% in der Klinik und in 52% in der Praxis nur in bestimmten Fällen und nie in 1% in der Klinik und in 3,5% in der niedergelassenen Praxis durchgeführt.

In der konservativen urogynäkologischen Therapie werden am häufigsten die Anpassung von Pessaren ohne Selbstwechseln und die Verordnung von Beckenbodentraining (in 73%) angewendet. 72% bieten die Anpassung von Pessaren zum Selbstwechseln an, sowie die Überweisung zum Beckenbodentraining zu einer Physiotherapeutin und die Anweisung zum Beckenbodentraining durch ein Informationsblatt. Die Verordnung von Beckenbodentraining mit Biofeedback erreicht fast 70%.

Ähnlich wie bereits bei der Analyse der urogynäkologischen Basisdiagnostik zeigt sich beim Durchführen der konservativen Therapie das Verhältnis der urogynäkologischen Ausbildung und den eingesetzten Therapieformen. Die nicht operativ tätigen Praxen fühlen sich am schlechtesten ausgebildet – zwischen 22% und 30%. Fast gleich sieht es bei den nur ambulant operierenden Gynäkologen – 22% - 37% aus. Die Belegärzte erreichen 39% bis 53%.

In der medikamentösen Therapie gibt es große Unterschiede zwischen den nicht operierenden und den operativ tätigen innerhalb der niedergelassenen Gynäkologen. Die nicht operierenden Praxen gaben an, dass sie verschiedene Medikamente einsetzen: Tolterodine (72%), lokale Östrogene und Trosipiumchlorid (71-72%),

Propiverin (70%), Duloxetine (68%), Solifenacin (65%) und Darifenacin (42%). Ambulant und / oder stationär operierende Praxen liegen bei allen Präparaten zwischen 13% und 17%, ausgenommen Darifenacin, das in 27-30% verordnet wird.

Für die operative Harninkontinenztherapie werden in den beiden operativen Gruppen am häufigsten die TVT – Band-Implantation und die offene Kolposuspension mit 26% durchgeführt. An der zweiten Stelle steht mit 22% die Kolporrhaphia anterior und als dritthäufigste Operation mit 18% das TVT-O – Band. Durchschnittlich werden in Kliniken 20 Kolposuspensionen, aber 36 TVT- und 36 TOT- Operationen im Jahr durchgeführt. Es gibt Kliniken, die nur eine Inkontinenzoperation im Jahr durchführen. Die Maximalzahl liegt bei 260 Kolposuspension und 180 TVT- Operationen im Jahr. Bei den Belegärzten sind auch die Kolposuspension und das retropubische TVT die am häufigsten angewendeten Inkontinenzoperationen. Die durchschnittliche Operationszahl im Jahr liegt für die Kolposuspension (15/Jahr) niedriger als für das TVT Band (34/Jahr). Auch in dieser Gruppe gibt es Kollegen, die eine OP nur einmal pro Jahr durchführen, die Maximalzahlen liegen bei 100 Kolposuspensionen, 150 TOT- und 200 TVT- Operationen im Jahr.

In der operativen Deszensustherapie wird die vaginale Hysterektomie mit Kolporrhaphien am häufigsten durchgeführt (23%), an zweiter Stelle folgt die Kolporrhaphia anterior und / oder posterior mit 21%. Die vaginale sacrospinale Fixation liegt an dritter Stelle mit 17% und die abdominale Sacrokolpopexie als vierthäufigster Eingriff mit 14%. Die Verwendung von Meshimplantaten beträgt 9% und die vaginale Kolposuspension 6%. Laparoskopische Operationstechniken, posteriores IVS und die abdominale Hysterosacropexie liegen unter 5%.

Die durchschnittliche Anzahl der jährlich in der Klinik und in der Belegpraxis durchgeführten Deszensusoperationen ist bei den vaginalen Operationen deutlich höher als bei den abdominalen Operationen.

Die operative Regelversorgung bei einer Patientin mit abgeschlossener Familienplanung stellt in der Klinikgruppe mit 68% und in der Praxisgruppe mit 93% die vaginale Hysterektomie mit Plastiken dar. Als typische operative Versorgung eines Scheidenstumpfeszenus wurde mit 42% in die Klinik und mit 37% in der Praxis die sacrospinale Fixation der Scheide mit / ohne Plastiken angegeben. Die zweithäufigste Operation stellt hier für die Klinik die abdominale Sacrokolpopexie (34%) und für die Belegpraxis die Kolpokleisis mit Plastiken (12%). Die abdominale Sacrokolpopexie wird im niedergelassenen Bereich mit 10% an der dritten Stelle genannt.

Bei einer Patientin mit Deszensus und larvierter Stressinkontinenz wird in 77% von Kliniken und in 70% von den Belegpraxen ein zweizeitiges, operatives Vorgehen favorisiert.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden die Diagnostik und die Therapie von Patientinnen mit urogynäkologischen Krankheitsbildern im niedergelassenen und klinischen Bereich untersucht und mit dem subjektiven Ausbildungsstand der Befragten korreliert.

In Deutschland gibt es im Gegensatz zu Großbritannien oder den USA keine Subspezialisierung und keine Schwerpunktbezeichnung für die Urogynäkologie, wie vom EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynecology) gefordert wird. Die Weiterbildungsordnung beinhaltet nur wenige Punkte die sich mit urogynäkologischen Fragestellungen befassen.

Enttabuisierung der Inkontinenzproblematik, steigende Alterserwartung und die damit verbundene demografische Bevölkerungsentwicklung konfrontieren die Ärzte, die Politik und die Gesellschaft zunehmend mit vielen Fragen der suffizienten und wirtschaftlichen Organisation und Umsetzung der Versorgung von inkontinenten Patienten in Deutschland. Frauenärzte spielen dabei schon jetzt eine sehr wichtige Rolle.

In der Studie wurden insgesamt 3000 Fragebögen an niedergelassene Frauenärzte und 500 an gynäkologische Chefärzte verschickt. Mit der Rücklaufquote von 16,8% wurden 589 Fragebögen bewertet und untersucht. Neben zehn allgemeinen Fragen nach Daten des Befragten und der Einrichtung, wurden bis zwanzig detaillierte Fragen nach Diagnostik, Therapie und Versorgung von betroffenen Patienten gestellt.

In allen befragten Gruppen beträgt der Anteil von urogynäkologischen Patienten im gesamten Patientengut durchschnittlich 18%. Die Einschätzung reichte von 1 – 70%.

In unserer Untersuchung konnten wir zeigen, dass nur weniger als ein Drittel der Befragten (28,6%) sich im Umgang mit urogynäkologischen Patientinnen ausreichend ausgebildet fühlt, 41% fühlen sich nur bedingt ausgebildet und fast ein Drittel bescheinigt sich keine ausreichende Ausbildung (30,4%). Mehr als die Hälfte der Befragten (53,5%) waren Frauen. Frauen fühlen sich in der Gruppe der Niedergelassenen schlechter ausgebildet als Männer (21% versus 37% bei ausreichender und 36% versus 22% bei nicht ausreichender Ausbildung). In der Klinik ergaben sich zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede, wobei der Anteil von Frauen bei den befragten Chefärzten nur bei n=10 (9,6%) lag.

Neben dem mangelnden urogynäkologischen Ausbildungsstand existieren zu wenig Schwerpunktzentren. Von 84% der Befragten wird die Notwendigkeit eines Inkontinenzentrums als sehr wichtig und nur von 1,3% als nicht wichtig angesehen. Nur ca. 50% der Ärzte haben ein solches Zentrum im Umkreis von 50 km.

Die niedergelassenen Ärzte überweisen zur weiterführenden Diagnostik in 75% der Fälle in die gynäkologische Klinik und in 38% zum niedergelassenen Urologen (Mehrfachnennungen waren hier möglich). Für die operative Inkontinenztherapie wird in 95% die gynäkologische Klinik und in 9% der gynäkologische Belegarzt empfohlen. Bei der operativen Deszensustherapie sind das in 98% die gynäkologische Klinik und in 7% der gynäkologische Belegarzt.

Die gravierenden Mängel in der Ausbildung werden bei der Anwendung von primären Diagnostikmaßnahmen (z.B. Restharnbestimmung, Hustenstresstest, Perineal-Sonographie) deutlich. Diese werden seltener von den nicht operativ tätigen Einrichtungen und häufiger von den operierenden Gynäkologen (Klinik oder Praxis) angewendet. Die urodynamische Untersuchung wird in 92% in der Klinik, in 46% in der Belegarztpraxis und nur in 22% in der nicht operativ tätigen Praxis durchgeführt. Die mangelnde Ausbildung resultiert daran, dass nicht alle Niedergelassenen konservative urogynäkologische Basistherapien anbieten. Nur etwa 70 % der Praxen passen Pessare an und verordnen ein Beckenbodentraining mit einer Physiotherapeutin oder mit Biofeedback.

Bei der operativen Behandlung zeigt sich, dass signifikant weniger Belegärzte (74%) als Chefärzte (89%) vor jeder Inkontinenzoperation eine urodynamische Messung durchführen ($p < 0,05$). Die Kolposuspension und spannungsfreie suburethrale Bandeinlage sind mit ca. 81% die am häufigsten angewendeten Inkontinenzoperationen. Allerdings geben 68% der Befragten an, dass sie auch eine Kolporrhaphia anterior als Inkontinenzoperation anwenden. Bei den Deszensusoperationen stehen die traditionellen vaginalen Operationen (Kolporrhaphia anterior et post., gegebenenfalls in Verbindung mit einer vaginalen Hysterektomie oder einer sacrospinalen Fixation) im Vordergrund, abdominale Verfahren werden häufiger in der Klinik (77%) als in Belegabteilungen (23%) angeboten. Vaginale Netzimplantationen waren zum Zeitpunkt der Befragung mit insgesamt 37% trotz der noch schlechten Datenlage im Hinblick auf die Langzeitverträglichkeit schon relativ weit verbreitet.

Die operative Regelversorgung bei einer Patientin mit abgeschlossener Familienplanung stellt in der Klinikgruppe mit 68% und in der Praxisgruppe mit 93% die vaginale Hysterektomie mit Plastiken dar. Diese Daten sind weit von der individuellen, patientinangepassten, operativen Versorgung entfernt.

Die vorgelegte Arbeit zeigt, dass die urogynäkologische Ausbildung in Deutschland verbessert werden sollte. Es sollte das Ziel aller Anstrengungen sein, ein konsequentes breit angelegtes Fortbildungsnetz für die urogynäkologische Differentialdiagnostik und Therapie zu organisieren.

Literaturverzeichnis

1. Baker DI, Brice TW. The influence of urinary incontinence on publicly financed home care services to low-income elderly people. *Gerontol* 1995; 35: 360–9.
2. Benson IT, Lucente V, McCleelan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1418-1421.
3. Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: costs and contributing factors. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 322–8.
4. Burch JC, Cooper`s ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Nine year`s experience-results, complications, technique. *Am Obstet Gynecol* 1968; 100: 764-774.
5. Cosson M, et al. Long-term results of the Burch procedure combined with abdominal sacrocolpopexy for treatment of vault prolapse. *Im Urogynaecol J* 2003; 14: 104-613.
6. DEGAM – Leitlinie Nr.5: Harninkontinenz.
7. Dungal A, Riss P,; Das Erstgespräch bei Harninkontinenz, *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 2005; 12 (Sonderheft 4),(Ausgabe für Österreich), 8-11.
8. Eberhard J., Vaginale Inkontinenzoperationen - wann, wie und warum?; *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 1997; 15 (3)10-13.
9. Eberhard J, Geissbühler V.; Urogenitalproblematik und Harninkontinenz im Alter – Wirkungen von Östrogenen; *Journal für Menopause* 2000; 7 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Schweiz), 27-31.

10. Eberhard J, Geissbühler V., Konservative und operative Therapie bei Harninkontinenz Deszensus und Urogenitalbeschwerden; Journal für Urologie und Urogynäkologie 2000; 7 (3) (Ausgabe für Schweiz), 22-35.
11. Ekelund P, Grimby AG, Milsom I. Urinary incontinence – social and financial costs high. BMS 1993; 306: 1344.
12. Fischer, A., Praktische Urogynäkologie, Müller Fotosatz&Druck, Selbitz 2003.
13. Fischer M., Hyperaktive Blase; Journal für Urologie und Urogynäkologie 2000; 7 (2) (Ausgabe für Schweiz), 9-18.
14. Füsgen I., Kostenproblem Harninkontinenz ;Journal für Urologie und Urogynäkologie 1998; 5 (1) (Ausgabe für Österreich), 7-12.
15. Frauenarzt 8/98, S 1207ff AWMF – Leitlinien-Register-Nr. 015/004; 015/005; 015/006; 015/007; 015/08; 015/013.
16. Geissbühler V, Eberhard J., TVT-Obturator (TVT-O) – Indikationen und Benefits gegenüber dem klassischen TVT; Journal für Urologie und Urogynäkologie 2005; 12 (2) (Ausgabe für Österreich), 16-19.
17. Geissbühler, V., Eberhard, J.; Konservative Therapie von Inkontinenz-Beschwerden; Gyn Praxis 27 2003.
18. Grond E. Pflege Inkontinenter. B.; Kunz Verlag, Hagen; 1997.
19. Hampel c et al.; Urology 197; 50 (S6A):4-14.
20. Hanzal, E., Was ist die beste Inkontinenztherapie?
Journal für Urologie und Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft 4) (Ausgabe für Österreich), 15.

21. Hanzal E, Fischer M, Heidler H, Henning K, Kölle D, Lüftenegger W, Machan J, Madersbacher H, Pflüger H, Primus G, Rauchenwald M, Riss P, Salzer H, Sevelda P, Tamussino K, Konsensus zur Anwendung der "Tension-free Vaginal Tape" (TVT)-Operation bei der weiblichen Streßharninkontinenz Journal für Urologie und Urogynäkologie 2001; 8 (2) (Ausgabe für Schweiz), 29-39.
22. Hanzal E, Enzelsberger H, Fischer M, Heidler H, Henning K, Kölle D, Lüftenegger W, Machan J, Madersbacher H, Neunteufel W, Pflüger H, Primus G, Rauchenwald M, Riss P, Salzer H, Sevelda P, Tamussino K., Konsensus zur Anwendung der "Tension-free Vaginal Tape" (TVT) Operation bei der weiblichen Belastungsinkontinenz; Journal für Urologie und Urogynäkologie 2003; 10 (2) (Ausgabe für Österreich), 22-29.
23. Hessdörfer E., Pelvic Floor Management - Konzept in der Urologischen Praxis Journal für Urologie und Urogynäkologie 2004; 11 (2) (Ausgabe für Deutschland), 26-28.
24. Hu T, Kaltreider DL, Igou J. The cost effectiveness of disposable versus reusable diapers: a controlled experiment in a nursing home. J Gerontol Nursing 1990; 16: 19–24.
25. Hu T. Impact, of urinary incontinenes on health-care costs. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 292–5.
26. Hu T. The economic impact of urinary incontinence. Clin Geriatr Med 1986; 2 (4): 673–88.
27. Hunskar S, Lose G, Viktrup L, Gohier J, Voss S. Prevalence of stress urinary incontinence in women in four European countries. Neurourol Urodyn 2002; 21: (Suppl): 167.

28. Kinchen K, Gohier J, Obenchain R, Bump R. Prevalence and frequency of stress urinary incontinence among community-dwelling women. *Eur Urol* 2002; 40 (Suppl 1): 85.
29. Kociszewski J, Bagci S. TVT – Sonographische Beobachtungen im Hinblick auf korrekte Lage und Funktion des Bandes unter Berücksichtigung der individuellen Urethralänge. *Geb Frau* 2003; 63:640-7.
30. Kölbl H., Die Reizblase in der gynäkologischen Praxis; *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 2000; 7 (1) (Ausgabe für Schweiz), 21-26.
31. Kölbl H., Bildgebende Diagnostik in der Urogynäkologie, *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 1998; 5 (4) (Ausgabe für Österreich), 24-30.
32. Kölle D.; 2nd International Consultation on Incontinence – Empfehlungen des International Scientific Committee: Evaluation und Behandlung von Harninkontinenz, Deszensus/Prolaps von Beckenorganen und Stuhlinkontinenz - Teil 2; *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 2003; 10 (3) (Ausgabe für Österreich), 22-30.
33. Kühnel R, Füsgen I. Untersuchungen zur Hautunverträglichkeit. *Altenpflege* 1986; 9: 542.
34. Lien KC, Mooney B, DeLancey OL, Ashton-Miller JA. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 31-40.
35. Lange R., Konservative Therapie der Streßinkontinenz - was gibt es Neues?; *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 1999; 6 (2) (Ausgabe für Schweiz), 16-22.
36. Lantzsch T, Wolters M, Methfessel HD. Vaginofixatio sacrospinalis vaginalis nach Amreich-Richter. *Geburtsh. Frauenheilkd* 1998; 58: 63-66.

37. Macher CF, et al. Abdominal sacral colpopexy for vaginal vault prolapse: Aprospective randomized study. *Am Obstet J Gynecol* 2004; 190: 20-26.
38. Madersbacher S., Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz: Die Belastungskomponente ist prädominant *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 2003; 10 (1) (Ausgabe für Österreich), 26-27.
39. Madersbacher S, Haidinger G, Temml C.; Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbanen Bevölkerung: Einfluss auf Lebensqualität.
40. Madersbacher H., Die Inkontinenz der Frau im Alter - spezielle therapeutische Gesichtspunkte; *Journal für Menopause* 2000; 7 (2) (Ausgabe für Schweiz), 7-13.
41. McGrother C, Clare M. Inkontinenz. In: Ebrahim S, Kalache A (eds.). *Epidemiology in Old Age*. BMJ Publishing Group, London 1996; 353–68.
42. Meschia M, et al. A randomized comparison of tension-free vaginal tape and endopelvic fascia placcation in women with genital prolapse and occult stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 609-613.
43. Moehrer B, et al. Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane-Database-Syst. Rev.* 1. 2002; CD002239.
44. Moehrer B, Carey M, Wilson D. Laparoscopic colposuspension: a systemic review. *BJOG* 2003; 110: 230-235.
45. Naumann G, Banisch S, Koelbl H. Tension free vaginal tape (TVT) ans sacrospinous ligament fixation of the vagina in the surgical treatment of prolapse in patients with genuine and masked stress urinary incontinence: to combine or not that ist he question. *ICS 33rd Annual Meeting*, 5.-9.10.2003, Florence.

46. Petri, E.: Urogynäkologische Diagnostik vor konservativer und operativer Therapie. Gynäkologe 30(1997) 447-455.
47. Petri, E., Gynäkologische Urologie. Thieme Stuttgart 2001.
48. Petri E. Komplikationen mit spannungsfreien Vaginalschlingen. Gynäkol Prax 2005; 22: 205-13.
49. Primus G, Heidler H., Leitlinien Blasenfunktionsstörungen; Journal für Urologie und Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft 4) (Ausgabe für Österreich), 19-44.
50. Prospective Urinary incontinence Research-PURE.
51. Richardson AC, Edmonds PB, Williams NL. Treatment of stress urinary incontinence due to paravaginal fascial defect. Obstet Gynecol 1981; 57: 357-362.
52. Racz U., Diagnostik der Belastungsinkontinenz bei der Frau Journal für Urologie und Urogynäkologie 2002; 9 (Sonderheft 2) (Ausgabe für Österreich), 24-26.
53. Roth A., Kongressbericht: Erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten bei Harninkontinenz - 2. Urogynäkologiekongress in St. Veit a. d. Glan; Journal für Urologie und Urogynäkologie 2004; 11 (2) (Ausgabe für Österreich), 43.
54. Sandvik H, Hunskaar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiologic survey corrected for validity. J Clin Epidemiol 1995; 48: 339.
55. Sze EHM, Karram MM. Transvaginal repair of vault prolapse: a review. Obstet Gynecol 1997; 89: 466-475.
56. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. Neurourol Urodyn 2000; 19: 259–71.

57. Thyssen HH et al.; Int Urogynecol J 2002;13:15-17.
58. Tunn R, et al. Aktualisierte Empfehlungen zur Sonographie im Rahmen der urogynäkologischen Diagnostik. Frauenarzt 2004; 45: 473-8.
59. Tunn R, Petri E. Introital and transvaginal ultrasound as the main tool in the assessment of urogenital and pelvic floor dysfunction: an imaging panel and practical approach. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 22: 205-13.
60. Urologe (A) 5-98, 577-579 AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 043/010.
61. Urologe (A) 1998, 2/98, 227-228 AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 043/003; 043/015; 043/021.
62. Urologe (A) 1999, 38: 297-303.
63. Wattiez A, Mashiach R, Donoso M. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse. Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15: 315-319.
64. Weiden van der RMF, Bergkamp ABM. Colposacropexy with mesh or collagen implant and titanium bone anchors placed in sacral segments 3 and 4. J Pelv Med Surg 2003; 9: 9-14.
65. Working Party on Incontinence. Incontinence: Causes, management and provision of services. A report of the Royal College of Physicians. Royal College of Physicians of London 1995.
66. Wyman JF, Harkins SW, Choi SC, Taylor JR, Fantl JA. 1987. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. Obstet gynecol 70: 378-38.
67. Wyman JF. The „Costs“ of Urinary Incontinence. Eur Urol 1997; 32 (Suppl 2): 13–9.

6. Danksagung

Frau PD Dr. med. Ursula Peschers danke ich für die Überlassung des Themas und für ihre Anregungen, wertvollen Ideen, für die Hilfestellung bei auftauchenden Problemen und die stete Betreuung während der gesamten Arbeit.

Der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) danke ich für die finanzielle Unterstützung beim Verschicken von den Fragebögen.

Ein besonderer Dank gilt meiner Frau Elwira, die mich stets begleitet und motiviert hat.

Lebenslauf

Cezary Dejewski
Am Sandberg 33a
85247 Schwabhausen (Oberroth)

geboren am 06.02.1960 in Torun (Thorn - Polen); verheiratet, 1 Kind

Konfession: rk

Ausbildung

1966-1974	Grundschule in Thorn
1974-1978	Gymnasium in Thorn
1978-1984	Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule der Universität Stettin
1984	Approbation als Arzt in Polen
1987	Approbation als Arzt in Deutschland
1993	Anerkennung als Facharzt für Frauenheilkunde in Deutschland
2002	Zusatzausbildung in der Lymphologie

Berufspraxis

1982-1984 1984-1987	Wissenschaftlicher Assistent, Assistenzarzt, Stationsarzt / Klinik für Geburtshilfe der Medizinischen Hochschule der Universität Stettin /
1989-1993	Assistenzarzt / Frauenklinik des Marienhospitals in Kevelaer /
1993-1995	Chefarztvertretender Oberarzt / Frauenklinik des St.Joseph-Hospitals in Bremerhaven /

- 1995-2003 Niederlassung als Frauenarzt
- Leitung des
 Zentrums für ambulante gynäkologische Endoskopie in
 Bremerhaven
- 2000-2003 Mitbegründer und Leistungserbringer für „ probeauty -
 Das Laser- und Kosmetik-Zentrum GmbH
 in Bremerhaven / Cuxhaven “
- seit dem 01.04.2003 Leitender Oberarzt
 / Frauenklinik im Klinikum Dachau
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-
 Universität in München /