

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Hanzal E, Umek W

Agenda Urogynäkologie

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (2)
(Ausgabe für Österreich), 16-20*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 16-16*

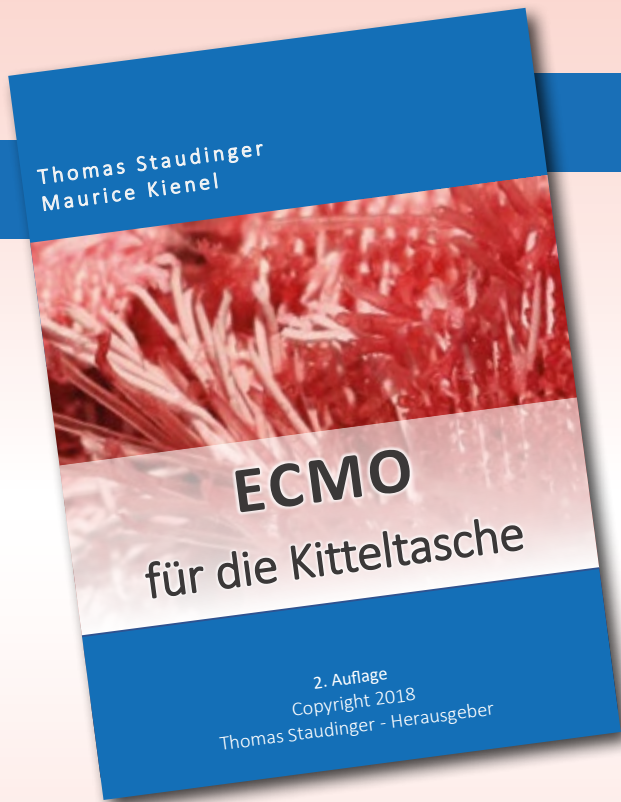
Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21



Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger
Maurice Kienel

ECMO

für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019
ISBN 978-3-901299-65-0
78 Seiten, div. Abbildungen
19.80 EUR

Krause & Pachernegg
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf
www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html



Agenda Urogynäkologie

E. Hanzal, W. Umek

Vorbemerkung

In diesem Artikel wird versucht, eine „Tagesordnung“ für die Urogynäkologie zu präsentieren, indem ein kurzer (und daher notwendigerweise unvollständiger) historischer Abriss gegeben wird, um danach anhand aktueller Entwicklungen in der Medizin neue Probleme und Herausforderungen für die Urogynäkologie vorzuschlagen. Den Autoren ist bewusst, dass diese Vorgangsweise mehr oder weniger stark von subjektiven Vorstellungen geprägt ist und daher zu Widerspruch oder der Formulierung alternativer Vorschläge anregen kann. Sie würden eine solche Diskussion außerordentlich begrüßen und ersuchen daher, Kritik, Verbesserungsvorschläge und Kommentare zu diesem Artikel unter dem Betreff „Agenda Urogyn“ an engelbert.hanzal@meduniwien.ac.at zu senden.

Was ist Urogynäkologie?

Die Urogynäkologie ist eine klinische und wissenschaftliche Spezialisierung innerhalb der Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Sie beschäftigt sich mit allen Facetten der weiblichen Beckenbodendysfunktion, wie Harn- und Stuhlinkontinenz, Senkungszuständen des Genitales, Infekten der unteren, ableitenden Harnwege, der Sexualität und Schmerzzuständen am Beckenboden. Aus dem klinischen Spektrum ergibt sich eine gewisse Interdisziplinarität und dadurch wieder die Kooperation mit anderen Professionen, im Besonderen mit der Chirurgie, Urologie, Internen/Geriatrie, Physikalischen Medizin und Rehabilitation, der Physiotherapie und den Pflegewissenschaften.

Ziel der Urogynäkologie ist die umfassende Diagnostik und Therapie weiblicher Beckenbodendysfunktionen. In der Therapie kommen mechanische (Pessar), physikalische (Strom, Physiotherapie), medikamentöse (z. B. Anticholinergika) und operative Verfahren zum Einsatz. Der manchmal noch verwendete Ausdruck „Gynäkourologie“ meint dasselbe wie Urogynäkologie, wird aber vor allem wegen des im anglo-

amerikanischen Sprachraum generell verwendeten Terms „urogyn(a)ecology“ nur selten gebraucht. Für die Zwecke der Lehre und Ausbildung ist ein einheitlicher Begriff wünschenswert.

Die moderne Gynäkologie beginnt mit der Urogynäkologie

1845 gründet James Marion Sims (1813–1883) im Hinterhof seines Hauses in Mt. Meigs, Alabama, ein 16-Betten-„Spital“, in dem er sich hauptsächlich dem damals vor allem unter schwarzafrikanischen Sklavinnen verbreiteten Problem der geburtshilflich bedingten vesikovaginalen Fisteln widmet. Sims, der 10 Jahre davor als praktischer Arzt begonnen hatte, sollte sich fortan ausschließlich mit der Behandlung von Frauenkrankheiten beschäftigen und kann daher mit einigem Recht als der erste Gynäkologe der Neuzeit gelten. Freilich brachte ihn die Akribie, mit der er seine Studien verfolgte, nahe an die Grenzen des ethisch Vertretbaren und wohl auch manches Mal darüber hinaus [1]. Diese Eigenschaft scheint vielen medizinischen Pionieren anzuhafte und sollte bei aller Bewunderung für die Errungenschaften dieser außergewöhnlichen Persönlichkeiten nie außer Acht gelassen werden. Immerhin ist der thematische Entwurf Sims' für die Frauenheilkunde von Weitsicht geprägt: Am Beginn steht der Zusammenhang zwischen Geburt und Beckenboden und damit die Aufgabenstellung für eine medizinisch-wissenschaftliche Geburtshilfe, die später auch die Probleme des Kindes mit berücksichtigt; bald interessiert er sich aber auch für gynäkologische Malignome und legt durch seine Beschäftigung mit der weiblichen Infertilität (Sims-Huner-Test) sogar den Grundstein für die Reproduktionsmedizin. Die USA bleiben in der Folge führend bei der Bearbeitung urogynäkologischer Themen: Die erste Inkontinenzoperation geht auf Howard A. Kelly (1858–1943) zurück. Die „Kelly-Plastik“ – 1913 erstmals beschrieben – galt lange als die Inkontinenzoperation schlechthin. Selbst nach der Entwicklung der ersten abdominalen Kolposuspensionsmethode (Mashall, Marchetti und Krantz 1949) und der noch erfolgreicherer Burch-Operation (1961) wurden in Europa vaginale Methoden bis weit in die 1980er-Jahre hinein favorisiert. Mit der Faszien-schlingenoperation dürfte dann aber doch einmal eine europäische Neuentwicklung gelungen sein, bei der spätestens in den 1930er-Jahren der

berühmte Walter Stöckel (1871–1961), der für die Entwicklung der Urogynäkologie zumindest im deutschen Sprachraum von prägender Bedeutung war, seine Hände im Spiel gehabt hat (Goebell-Stöckel'sche Operation). Nicht zu übersehen ist auch der Beitrag von Friedrich Schauta (1849–1919) und Ernst Wertheim (1864–1920) für die Urogynäkologie. Vor allem Letzterer hat sich neben der Gynäkologischen Onkologie ja auch sehr intensiv mit der operativen Behandlung des uterovaginalen Prolaps beschäftigt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Frauenheilkunde dann auch die primäre Anlaufstelle für Frauen mit Funktionsstörungen des Beckenbodens; mit der Entwicklung des Spezialfaches Urologie – der erste Facharzt für Urologie wurde 1924 in Deutschland approbiert – erwuchs jedoch langsam eine Konkurrenz, die mit einer eigenständigen Entwicklung und steigendem Engagement nicht nur für Männer, sondern auch für Frauen mit Problemen des unteren Harntraktes viel geleistet hat.

National und international

Die Erforschung der Funktion des unteren Harntraktes durch verschiedene multidisziplinäre Arbeitsgruppen führte dann zur Entwicklung der Urodynamik und anderer verfeinerter Methoden zur Definition der Funktionsstörungen des Beckenbodens. Das darauf folgende Chaos in der Kommunikation der Ergebnisse, verursacht durch die Verwendung zu vieler unterschiedlicher Messmethoden und -einheiten, brachte die internationalen Arbeitsgruppen schließlich an einen Tisch und führte 1971 zur Gründung der International Continence Society (ICS), in der seither alle Berufsgruppen vertreten sind, die mit Inkontinenz zu tun haben [2]. Ab 1973 wurden dort laufend Standards entwickelt, die für die klinische und wissenschaftliche Praxis von eminenter Bedeutung sind. Das Engagement der Urogynäkologie innerhalb der ICS war immer groß, allerdings wurde durch die zwangsläufige Beschäftigung der ICS auch mit männlichen Kontinenzproblemen und die anfänglich zu geringe Befassung mit dem uterovaginalen Prolaps die Notwendigkeit für eine eigene internationale Gesellschaft für Urogynäkologie gesehen. So kam es 1976 zur Gründung der International Urogynecological Association (IUGA) [3]. Beide Gesellschaften, ICS und IUGA, bleiben für die Urogynäkologie wichtig. Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für

Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB), gegründet 1991 [4], war eine der ersten nationalen Urogynäkologiegesellschaften, die eine gemeinsame Mitgliedschaft AUB und IUGA propagiert hat, was zur Internationalisierung beider enorm beigetragen und den Erfahrungsaustausch bereichert hat. Es ergaben sich in weiterer Folge durch das Engagement österreichischer Urogynäkologen weitere Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der IUGA, die in der Präsidentschaft von Paul Riss (2005–2007) einen bisherigen Höhepunkt erreicht hat.

Reif für die Subspezialisierung?

1969 empfahl das American Board of Obstetrics and Gynecology (ABOG) die Entwicklung von 3 Spezialdisziplinen: Gynäkologische Onkologie, Geburtsmedizin und Reproduktionsmedizin. Diese Politik führte beginnend in den 1970er-Jahren zum Phänomen der Subspezialisierung, die ja auch in

Fortsetzung auf Seite 18

anderen Fächern gang und gäbe ist. Auch die Urogynäkologie könnte sich dafür eignen, wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen. So gibt es die Urogynäkologie als anerkanntes und etabliertes Zusatzfach bereits in Australien, Neuseeland, Irland und Großbritannien [5]. In den USA werden UrogynäkologInnen ausgebildet, aber vorläufig noch nicht vom ABOG approbiert. Das Educational Committee der IUGA hat Leitlinien für die Ausbildung in Urogynäkologie für Medizinstudierende sowie Auszubildende in Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und im Zusatzfach Urogynäkologie erlassen [6]. Auch die Dachgesellschaft der Europäischen Gynäkologie und Geburtshilfe – European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) – hat mit der Gründung der European Urogynaecological Association (EUGA) 2004 in Athen [7] die Türen für die Entwicklung eines Zusatzfaches Urogynäkologie geöffnet. Unter dem Gründungspräsidenten Heinz Kölbl wurden Leitlinien für die Zertifizierung europäischer Zentren erarbeitet, die nach Visitierung durch EBCOG die Berechtigung erlangen, UrogynäkologInnen auszubilden. Inzwischen sind bereits drei Zentren zertifiziert: Mainz, Prag und Athen [8].

Das Paradigma der Evidenzbasierten Medizin (EBM)

Die Medizin kann man als Kombination von Wissenschaft und Kunst begreifen. Ganz sicher kommt dem wissenschaftlichen Teil dabei eine immer größere Bedeutung zu. Fortschritte in der Grundlagenforschung, aber in gleichem Ausmaß auch in den Methoden der klinischen Wissenschaft haben zu einem sprunghaften Anstieg des Wissens geführt. Jeden Tag wird in verschiedensten Medien eine 5-stellige Anzahl an Studien publiziert, die für die Medizin relevant sein könnten. Die Rate jener neuen Entwicklungen, die einen echten Einfluss auf die medizinische Praxis haben, steigt. Wie werden diese neuen Erkenntnisse in die tägliche ärztliche Tätigkeit umgesetzt? Niemand kann heute mehr im Ernst behaupten, mit diesen Entwicklungen ständig Schritt halten zu können – nicht einmal in einem engen Spezialgebiet. Dabei sind die Ergebnisse biomedizinischer Forschung in zunehmendem Ausmaß über vernetzte Datenbanken (Internet) zugänglich – und zwar auch Patientinnen und deren Angehörigen. Damit ist neuerdings die

Medizinerin/der Mediziner in der neuen Rolle, nicht mehr ausschließlich im Besitz der Information zu sein. Es geht also nicht mehr so sehr darum, Wissen anzuhäufen und zu lernen – „just in case learning“, sondern zunehmend um das gezielte Suchen und Beurteilen von relevanten Informationen in einer bestimmten klinischen Situation – „just in time learning“. Die EBM bietet dafür Lösungsansätze an, wie beispielsweise eine Graduierung und Qualitätsbeurteilung von Studien – die „Levels of Evidence“ (Tab. 1), und Hilfen bei der Suche und Beurteilung der gefundenen Evidenz.

Die EBM wurde von Beginn an als integrativer Ansatz konzipiert [10]. Nicht allein die wissenschaftlichen Daten sind ausschlaggebend, sondern die ärztliche Erfahrung und Expertise sowie der Standpunkt und die Wertvorstellung der Patientin müssen mit berücksichtigt werden. Ausgangspunkt der EBM ist immer die konkrete klinische Situation – das Problem der Patientin. Von dort ausgehend werden Fragen formuliert, die dann leicht in Suchläufe umgewandelt werden können. Die gefundenen Studien werden dann einer kritischen Analyse unterzogen, bevor ihre Resultate in der klinischen Praxis umgesetzt werden können (Tab. 2).

Im neuen Curriculum der Medizinischen Universität Wien ist die EBM in vielen Bereichen verpflichtend verankert, man darf also damit rechnen, dass der Paradigmenwechsel in Österreich unmittelbar bevor

Tabelle 1: Levels of Evidence (SR = systematischer Review) [9]

1a	SR randomisierter Studien
1b	Individuelle randomisierte Studie
1c	„Alles oder Nichts“-Studie
2a	SR von Kohortenstudien
2b	Individuelle Kohortenstudie
3a	SR von Fall-Kontrollstudien
3b	Individuelle Fall-Kontrollstudie
4	Fallserie (ohne Kontrollgruppe)
5	Expertenmeinung

Tabelle 2: Wie EBM konkret umgesetzt wird

1.	Formulierung beantwortbarer klinischer Fragen
2.	Suchen in geeigneten Datenbanken
3.	Kritische Analyse der gefundenen Daten
4.	Anwendung der Ergebnisse in der klinischen Situation
5.	Ständige Verbesserung der Schritte 1–4

steht, die Auswirkungen auf die klinische Medizin also immer stärker spürbar sein werden. Dieser Trend kündigt sich bereits durch die Zunahme evidenzbasierter Leitlinien an.

Evidenzbasierte Urogynäkologie

Die EBM hat spürbare und bedeutsame Auswirkungen auf die wissenschaftliche und klinische Urogynäkologie. Seit ihrer Formulierung in den 1990er-Jahren hat sich die EBM bewährt und ihre Bedeutung hat ständig zugenommen. Es fällt daher unter diesem Paradigma nicht schwer, manche Entwicklungen für die Urogynäkologie abzusehen und zur Diskussion zu stellen:

- In der klinischen Forschung wird es weniger, aber aufwendiger geplante Studien geben.
- Diese Studien werden sich immer mehr auf klinisch relevante Themen konzentrieren.

Die AUB ist in dieser Hinsicht beispielgebend mit ihren Registern zu suburethralen Schlingen und vaginalen Netzimplantaten sowie der randomisierten Studie TVT versus TVT-O. Allein die Planung einer einzigen Studie benötigt typischerweise viele Monate, in denen 6–8 Vertreter der universitären Urogynäkologie, großer, klinisch aktiver Abteilungen und Statistiker zusammenarbeiten. Je nach benötigter Fallzahl an Patientinnen dauern Einbringung und Nachsorge von Patientinnen in klinischen Studien mehrere Jahre.

- Für die Einführung und Zulassung von neuen Medizinprodukten wird neben der Erfüllung der vorgeschriebenen technischen Prüfungen (CE-Kennzeichnung nach dem Medizinproduktegesetz) schließlich auch die klinische Effektivität und bessere Wirksamkeit im Vergleich zu etablierten Produkten oder Verfahren nachzuweisen sein.

Fortsetzung auf Seite 20

- Die Markteinführung von Medizinprodukten ohne Nachweis klinischer Effektivität wird aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht immer kritischer betrachtet werden.

Aus den vorigen Punkten ergibt sich die Notwendigkeit für Studienzentren, die komplexe, wissenschaftliche Studien planen sowie gemeinsam mit vielen anderen nationalen und internationalen Stellen durchführen und auswerten.

- In klinischer Hinsicht könnte es mittelfristig zu einer Zentralisierung komplexer Fälle in der Urogynäkologie (Fisteln, Bänderosionen, Rezidivinkontinenzen etc.) kommen, da insbesondere in der Operativen Urogynäkologie – ähnlich wie in der Gynäkologischen Onkologie – eine definierte Mindestanzahl an Eingriffen bzw. eine genau geregelte operative Ausbildung zunehmend eingefordert werden wird.
- Die Interdisziplinarität mit den Fächern Urologie, Chirurgie (Kolonproktologie), Innere Medizin (Geriatric), Physikalische Medizin, der Physiotherapie und den Pflegewissenschaften wird einen höheren Stellenwert bekommen.
- Die Schwerpunktbildung im Bereich der Urogynäkologie wird die Verlagerung der konservativen Therapie, möglicherweise auch minimal invasiver operativer Eingriffe, in den niedergelassenen Bereich ermöglichen.

Zusammenfassung

Die Urogynäkologie liegt historisch am Anfang der Frauenheilkunde und hat stets einen zentralen Bestandteil der Gynäkologie gebildet. Die Fortschritte in der Medizin, die zu immer weiteren Verzweigungen der traditionellen Spezialfächer in noch stärker spezialisierte Untereinheiten führen, stellen auch für den Schwerpunkt Urogynäkologie eine interessante Herausforderung dar. Die Berücksichtigung großer Paradigmen, wie jenes der Evidenzbasierten Medizin, kann dabei helfen, die Balance zwischen Interdisziplinarität und Subspezialisierung zu finden, um auch in Zukunft den betroffenen Patientinnen ein optimales Service bieten zu können.

LITERATUR UND LINKS:

1. <http://www.meridiangraphics.net/sims.htm>
2. <http://icsoffice.org>
3. <http://iuga.org>
4. <http://urogyn.at/>
5. Drutz HP, Minassian VA. Global status of recognition of training in urogynecology and reconstructive pelvic surgery or female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16: 3–5.
6. Drutz HP, Riss PA, Halaska M, Hanzal E, Khullar V, Koelbl H, Vervest H; International Urogynecological Association Education Committee. IUGA Guidelines for Training in Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery (URPS). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 386–95.
7. <http://www.eugaoffice.org>
8. Kölbl H. Stellenwert der Urogynäkologie im nationalen und internationalen Kontext. *Gynäkologie* 2007; 40: 7.
9. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>
10. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (eds). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Churchill Livingstone, London, 2000.



a.o. Univ.-Prof. Dr. med. Engelbert Hanzal

Medizinstudium von 1979–1985 in Wien, 1985–1988 Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin am A.ö. Krankenhaus Klosterneuburg. Von 1989 bis 1993 Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien bei Prof. Janisch. Seit 1993 Oberarzt an der Klinischen Abteilung für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien, seit 1996 unter der Leitung von Prof. Leodolter. 1994 Fellowship in Gynäkologischer Onkologie am Royal Hospital for Women, Sydney bei Prof. Hacker. 1995 Habilitation zum Thema „Erweiterte Diagnostik der Beckenbodeninsuffizienz“, 1996 Berufstitel a.o. Universitätsprofessor. Seit 1999 Leiter der Arbeitsgruppe für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien.

1996–2000 Präsident der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie. 2005–2007 Chairman des Educational Committee der International Urogynecological Association (IUGA), Vizepräsident der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich, Mitglied nationaler und internationaler Fachgesellschaften, darunter der International Continence Society, der IUGA, der International Gynecological Cancer Society und des Centre of Evidence-based Medicine in Oxford.

Privatordination seit 1996 in Klosterneuburg. Laufende Tätigkeit als Wissenschaftler und Universitätslehrer mit Schwerpunkt Urogynäkologie und Evidence-based Medicine. Gründer und Organisator eines internationalen postgraduellen Fortbildungsprogrammes (IUGA eXchange program) gemeinsam mit Prof. Riss seit 2005, mit Veranstaltungen in Afrika, Indien und Südostasien.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Engelbert Hanzal
Klinische Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-Mail: engelbert.hanzal@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)