

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Operative Therapie der Belastungs- Inkontinenz

Diagnostik und Therapie iatrogenener urogenitaler Fisteln

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Injektion von Onabotulinumtoxin A in die Harnblase

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Injektion von Onabotulinumtoxin A in die Harnblase

Konsensbasierte Empfehlung E6-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die Injektion von Onabotulinumtoxin A (100U) **sollte** Patientinnen angeboten werden, wenn konservative und orale medikamentöse Therapiemaßnahmen nach adäquater Therapiedauer nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E6-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Patientinnen **sollen** über die zeitliche Limitierung der Wirkung von Onabotulinumtoxin A sowie das postinterventionelle Risiko von Harnwegsinfekten und Restharnbildung mit der möglichen Notwendigkeit von intermittierendem (Selbst-)Katheterismus aufgeklärt werden (**starke Empfehlung**).

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Elektrische Neuromodulation

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase Elektrische Neuromodulation I

Vor- und Nachteile der Injektion von Botulinumtoxin A vs. Sakrale Neuromodulation

	Botulinumtoxin A	Sakrale Neuromodulation
pro	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache und schnelle Anwendung • Schneller Wirkeintritt • Kein „operativer“ Eingriff notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> • Langfristige Wirkung (Jahre) • Positiver Einfluss zusätzlich auf Stuhlinkontinenz und sexuelle Funktionsstörung
contra	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenzte Wirkdauer (Monate), daher regelmäßige Re-Injektionen notwendig • Gefahr von Restharn, ISK, HWI 	<ul style="list-style-type: none"> • Operation (2x) • Testphase • Aktive Mitarbeit der Patientin notwendig • Implantat • Ggf. Technik-Aversion der Patientinnen • Revisionsoperationen • Dauerhafte Nachsorge notwendig • Durchführung nur in Zentren mit Expertise

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase Elektrische Neuromodulation II

Konsensbasierte Empfehlung E6-03

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die sakrale Neuromodulation **sollte** Patientinnen mit überaktiver Blase angeboten werden, wenn konservative und orale medikamentöse Therapiemaßnahmen nach adäquater Therapiedauer nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E6-04

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Während der Schwangerschaft und Geburt **sollte** der sakrale Neurostimulator abgeschaltet werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E6-05

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit überaktiver Blase und gleichzeitiger sexueller Funktionsstörung oder Stuhlinkontinenz **kann** eine sakrale Neuromodulation erwogen werden, um die Funktionsstörungen simultan zu behandeln (**offene Empfehlung**).

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Elektrische Neuromodulation III

Konsensbasierte Empfehlung E6-06

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die PTNS **sollte** als Therapieoption Patientinnen mit überaktiver Blase angeboten werden, wenn konservative und orale medikamentöse Therapiemaßnahmen nach adäquater Therapiedauer nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E6-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **kann erwogen werden**, PTNS auch Patientinnen mit überaktiver Blase und simultaner sexueller Dysfunktion oder Stuhlinkontinenz anzubieten (**offene Empfehlung**).

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Blasenaugmentation, Harnableitung

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase Blasenaugmentation, Harnableitung

Konsensbasierte Empfehlung E6-08

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Eine Blasenaugmentation oder eine Harnableitung **kann** bei Patientinnen mit überaktiver Blase in ausgewählten Fällen angeboten werden, wenn andere Behandlungsmethoden versagt haben (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E6-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Detrusormyektomie soll als Therapie der Harninkontinenz **nicht** angeboten werden (**starke Empfehlung**).

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Operative apikale Fixation

Interventionelle/ Operative Therapie der überaktiven Harnblase

Operative apikale Fixation

Konsensbasierte Empfehlung E6-10

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Aufgrund der unzureichenden Datenlage **sollte** die operative apikale Fixation zur Therapie der überaktiven Blase bei apikalem Prolaps Grad 0–1 nach der POPQ-Klassifikation nur im Rahmen von prospektiven Studien durchgeführt werden (**Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten
Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz I

Konsensbasiertes Statement S7-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Kolposuspension liefert bei der unkomplizierten Belastungsharninkontinenz ähnliche objektive und subjektive Erfolgsraten wie die suburethralen spannungsfreien Bänder.

Konsensbasiertes Statement S7-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die Kolposuspension hat ein höheres Langzeitrisiko für Senkungen im hinteren Kompartiment als die suburethralen spannungsfreien Bänder.

Konsensbasiertes Statement S7-03

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die laparoskopische Kolposuspension ist weniger invasiv als die offene Kolposuspension bei ähnlichen Kontinenzraten und zeigt eine kürzere Rekonvaleszenz.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz II

Konsensbasiertes Statement S7-04

Expertenkonsens

Konsenssstärke +++

Bei deutlich abgesenktem Blasenhalshals mit großer Rotation der Urethra, deutlicher Trichterbildung oder Lateraldefekt kann die Kolposuspension den Blasenhalshals elevieren und stabilisieren.

Konsensbasiertes Statement S7-05

Expertenkonsens

Konsenssstärke +++

Autologe Faszienschlingen (AFS) zur Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz haben ähnliche subjektive und objektive Erfolgsraten wie synthetische suburethrale Bänder. Synthetische Bänder weisen niedrigere Komplikationsraten und eine kürzere OP-Dauer auf.

Konsensbasiertes Statement S7-06

Expertenkonsens

Konsenssstärke +++

Bei Patientinnen mit einer hypotonen Urethra, einem hohen Risiko für eine Bändererosion oder nach Versagen eines suburethralen Bandes **kann** eine autologe Faszienschlinge am Blasenhalshals in Erwägung gezogen werden.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz III

Konsensbasiertes Statement S7-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Langzeitdaten zeigen nachhaltige Erfolgsraten suburethraler Bänder über 10 Jahre follow-up (FU) hinaus.

Konsensbasiertes Statement S7-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die retropubische und transobturatorische Implantationstechnik für suburethrale Bänder sind bezüglich der 5-Jahres-Effektivität als vergleichbar einzustufen.

Konsensbasiertes Statement S7-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Retropubische suburethrale Bänder zeigen eine höhere objektive Heilungsrate im 8-Jahres Follow-up.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz IV

Konsensbasiertes Statement S7-10

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die retropubische Bandtechnik ist im Vergleich. zum transobturatorischen Weg mit einem höheren Risiko für Blasenperforationen und Blasenentleerungsstörungen vergesellschaftet.

Konsensbasiertes Statement S7-11

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Nach transobturatorischer Bandeinlage treten häufiger Schmerzen im Bereich der Leiste / Oberschenkelinnenseite sowie Sulcusperforationen auf.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz V

Konsensbasiertes Statement S7-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Auch adipöse Patientinnen können von Harninkontinenz-Operationen profitieren.

Konsensbasiertes Statement S7-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Gute Erfolgsraten und niedrige Komplikationsraten können auch bei älteren Patientinnen nach suburethralen Band-Operationen erzielt werden, allerdings scheint das Risiko für ein Operationsversagen mit dem Alter zuzunehmen.

Konsensbasiertes Statement S7-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es gibt keinen Nachweis der Gleichwertigkeit von Single-incision-Bändern über 12 Monate Follow-up hinaus im Vergleich zu konventionellen suburethralen Bändern.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz VI

Konsensbasiertes Statement S7-15	
Expertenkonsens	Konsenssstärke +++
Unmittelbare postoperative Schmerzen im Bereich der Oberschenkel sind geringer nach Single-incision-Bändern im Vergleich zu den transobturatorischen Bändern.	

Konsensbasiertes Statement S7-16	
Expertenkonsens	Konsenssstärke +++
Es gibt keine Langzeitdaten dafür, dass andere Nebenwirkungen oder Komplikationen nach Single-incision-Bändern seltener oder häufiger auftreten als nach anderen suburethralen Bandeinlagen.	

Konsensbasiertes Statement S7-17	
Expertenkonsens	Konsenssstärke ++
Die Sexualfunktion nach Single-incision-Bändern scheint sich stärker zu verbessern als nach anderen suburethralen Bandeinlagen.	

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz VII

Konsensbasiertes Statement S7-18	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Es gibt keine Evidenz dafür, dass eine justierbare Schlinge einer Standardschlinge überlegen ist.	

Konsensbasiertes Statement S7-19	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Es gibt keine Empfehlung, eine justierbare Schlinge bei der unkomplizierten Belastungsharninkontinenz zu implantieren.	

Konsensbasiertes Statement S7-20	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Die einmalige transurethrale submuköse Injektion eines Bulking Agents kann eine kurzzeitige Verbesserung oder Heilung (bis zu 12 Monate) bei Patientinnen mit Belastungsinkontinenz bewirken.	

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz VIII

Konsensbasiertes Statement S7-21

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bulking Agents sind zur Heilung der Belastungsinkontinenz weniger effektiv als die Kolposuspension, autologen Faszienschlingen oder suburethralen Bänder.

Konsensbasiertes Statement S7-22

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bulking Agents haben die geringste operationsbedingte Morbidität unter allen invasiven Therapieoptionen.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz IX

Konsensbasierte Empfehlung E7-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bulking Agents **können** Patientinnen mit Belastungsinkontinenz angeboten werden nach Aufklärung über die geringere Wirksamkeit im Vergleich zu suburethralen Schlingen und die potentielle Notwendigkeit einer wiederholten Injektion (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Aufgrund der geringen Morbidität **können** Bulking Agents besonders Patientinnen mit einem erhöhten Operationsrisiko angeboten werden (**offene Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der komplizierten
Belastungsinkontinenz (Rezidivinkontinenz)

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der komplizierten Belastungsinkontinenz Rezidivinkontinenz I

Konsensbasiertes Statement S7-23

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die meisten Eingriffe sind im Rezidivfall weniger erfolgversprechend.

Konsensbasiertes Statement S7-24

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Implantation eines artifiziellen urethralen Sphinkters kann die Belastungsinkontinenz, die durch eine Urethralinsuffizienz verursacht ist, verbessern oder heilen.

Konsensbasiertes Statement S7-25

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Komplikationen, mechanisches Versagen und Explantation treten nach Implantation eines artifiziellen urethralen Sphinkters relativ häufig auf.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der komplizierten Belastungsinkontinenz Rezidivinkontinenz II

Konsensbasiertes Statement S7-26	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Bei geriatrischen Patientinnen, nach operativer Kolposuspension oder Strahlentherapie des Beckens sind die Explantationsraten höher.	

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz
bei Frauen mit Mischharninkontinenz

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz bei Frauen mit Mischharninkontinenz I

Konsensbasiertes Statement S7-27

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Frauen mit einer Mischinkontinenz haben eine niedrigere Wahrscheinlichkeit, eine Heilung der Inkontinenz nach dem Eingriff zu erreichen, als Frauen mit reiner Belastungsinkontinenz.

Konsensbasiertes Statement S7-28

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die Entwicklung der Drangsymptome nach einer Belastungsinkontinenz-OP ist nicht sicher vorhersehbar.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Harninkontinenz
bei Descensus genitalis

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Harninkontinenz bei Deszensus genitalis I

Konsensbasiertes Statement S7-29

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Frauen mit Belastungsinkontinenz und Deszensus haben eine höhere Heilungsrate für die Belastungsinkontinenz bei simultaner Operation von Deszensus und Inkontinenz.

Konsensbasiertes Statement S7-30

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die kombinierte Deszensuschirurgie mit Inkontinenzeingriffen hat mehr Nebenwirkungen als die Deszensuschirurgie allein.

Konsensbasiertes Statement S7-31

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Kontinente Frauen mit Deszensus haben ein Risiko, postoperativ unter Harninkontinenz zu leiden.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Harninkontinenz bei Deszensus genitalis II

Konsensbasiertes Statement S7-32

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Ein zusätzlicher prophylaktischer Kontinenzeingriff kann das Risiko einer postoperativen Harninkontinenz reduzieren.

Konsensbasiertes Statement S7-33

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Ein zusätzlicher prophylaktischer Kontinenzeingriff erhöht das Risiko von Komplikationen (insbesondere Überkorrektur).

Konsensbasiertes Statement S7-34

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es gibt Evidenz, dass Deszensusoperationen Symptome der überaktiven Blase verbessern können.

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung

Empfehlungen zur operativen Therapie der
unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz I

Konsensbasierte Empfehlung E7-03

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Suburethrale Bandanlagen (retropubisch oder transobturatorisch) **sollen** Frauen mit unkomplizierter Belastungsinkontinenz als primäre operative Therapieoption angeboten werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-04

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die offene oder laparoskopische Kolposuspension oder die autologe FaszienSchlinge **soll** Frauen mit Belastungsinkontinenz angeboten werden, wenn suburethrale Bandanlagen (retropubisch oder transobturatorisch) nicht in Betracht kommen. Eine Kolposuspension kann auch bei gleichzeitig bestehender Traktionszystozele sinnvoll sein, oder wenn bereits ein laparoskopischer/offener Zugangsweg aus anderen Gründen gewählt wurde (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz II

Konsensbasierte Empfehlung E7-05

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die laparoskopische Kolposuspension **sollte** (bei entsprechender Expertise) der offenen Kolposuspension vorgezogen werden. Sie weist einen kürzeren Krankenhausaufenthalt als das offene Verfahren bei gleicher Effektivität auf (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen, denen eine Kolposuspension angeboten wird, **sollen** über die längere OP-Zeit und Rekonvaleszenz, den längeren Krankenhausaufenthalt sowie über das höhere Risiko einer postoperativen Blasenentleerungsstörung sowie Descensus genitalis (v.a. Rektozelen) aufgeklärt werden (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz III

Konsensbasierte Empfehlung E7-07

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine retropubische Schlinge angeboten wird, **sollen** über das höhere perioperative Komplikationsrisiko im Vergleich zur transobturatorischen Schlingeneinlage aufgeklärt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-08

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine transobturatorische Schlinge angeboten wird, **sollen** über das langfristig höhere Dyspareunie- und Schmerzrisiko aufgeklärt werden (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz IV

Konsensbasierte Empfehlung E7-09

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Autologe FaszienSchlingen **können** in geübter Hand ggf. eine höhere Erfolgsrate als die Kolposuspension nach Burch erzielen. Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, die eine Therapie mit einer autologen FaszienSchlinge erhalten, sollen über das höhere Risiko von intraoperativen Komplikationen und v.a. postoperativen Blasenentleerungsstörung sowie postoperativer Harnwegsinfekte und die eventuelle Notwendigkeit eines intermittierenden Selbstkatheterismus aufgeklärt werden; es sollte sichergestellt werden, dass sie dazu fähig und damit einverstanden sind (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-10

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die intraoperative Urethro-Zystoskopie **soll** bei jeder retropubischen suburethralen Bandeinlage und Schwierigkeiten während einer transobturatorischen suburethralen Bandeinlage durchgeführt werden (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz V

Konsensbasierte Empfehlung E7-11

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen mit Belastungsinkontinenz, denen eine Minischlinge (single-incision Band) angeboten wird, **sollten** darüber aufgeklärt werden, dass diese weniger effektiv als eine suburethrale Standardschlinge sein könnte und die Wirksamkeit über ein Jahr hinaus bisher noch nicht endgültig geklärt ist (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Periurethrale Bulking Agents **können** Frauen angeboten werden, die ein Verfahren mit sehr niedrigem Risiko wünschen und verstehen, dass ggf. wiederholte Injektionen notwendig sein können (**offene Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz VI

Konsensbasierte Empfehlung E7-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Auswahl der operativen Therapie bei komplizierter Belastungsinkontinenz **sollte** aufgrund der individuellen Voraussetzungen der Patientin, nach Urodynamik und Bildgebung (Sonografie) erfolgen (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen **sollen** aufgeklärt werden, dass der operative Erfolg eines Rezidiveingriffes der einer Primärtherapie unterlegen ist, sowohl im Sinne eines reduzierten Nutzens als auch eines erhöhten Komplikationsrisikos (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz VII

Konsensbasierte Empfehlung E7-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Prinzipiell stehen alle Verfahren zur Auswahl, die auch in der Primärtherapie zum Einsatz kommen. Es **sollte** geprüft werden, ob ggf. eine erneute suburethrale Bandeinlage, eine Kolposuspension oder eine Faszienschlinge oder ein AUS sinnvoll ist (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-16

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Implantation eines AUS **sollte** in spezialisierten Zentren erfolgen (**Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen zur operativen Therapie der unkomplizierten weiblichen Belastungsinkontinenz VIII

Konsensbasierte Empfehlung E7-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Mischharninkontinenz **sollte** das subjektive Hauptsymptom vorrangig therapiert werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Frauen **sollen** aufgeklärt werden, dass ein operativer Eingriff bei Mischinkontinenz mit geringerer Wahrscheinlichkeit erfolgreich ist als bei reiner Belastungsharninkontinenz und dass eine alleinige therapeutische Maßnahme nicht ausreichend sein könnte (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlung zur operativen Therapie der symptomatischen Belastungsinkontinenz und Deszensus

Konsensbasierte Empfehlung E7-19

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Ein gleichzeitiger Deszensus- und Inkontinenzeingriff **kann** angeboten werden. Ein zweizeitiges Vorgehen ist möglich (**offene Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen für Pat. mit asymptomatischer oder larvierter Belastungsinkontinenz *und* Deszensus I

Konsensbasierte Empfehlung E7-20

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Frauen **sollen** über das Risiko der postoperativen Belastungsinkontinenz nach Deszensuschirurgie informiert werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-21

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen **sollen** aufgeklärt werden, dass der Vorteil einer gleichzeitigen Inkontinenzoperation den Nachteil erhöhter Komplikationen mit sich bringt (**starke Empfehlung**).

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Zusammenfassung Empfehlungen für Pat. mit asymptomatischer oder larvierter Belastungsinkontinenz *und* Deszensus II

Konsensbasierte Empfehlung E7-22

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die operative Sanierung der Belastungsinkontinenz **sollte** nach abgeschlossener Familienplanung erfolgen, da nachfolgende Schwangerschafts- und Entbindungsfaktoren das positive Kontinenzergebnis einer Operation negativ beeinflussen könnten (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E7-23

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Indikation zur operativen Versorgung und des operativen Verfahrens bei Frauen mit Belastungsinkontinenz und noch vorhandenem Kinderwunsch **sollte** in einem Zentrum durch einen Operateur mit entsprechender Expertise erfolgen (**Empfehlung**).

Iatrogene urogenitale Fisteln

Operativer Fistelverschluss

Iatrogene urogenitale Fisteln Operativer Fistelverschluss I

Konsensbasiertes Statement S8-01	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Der primäre Zugangsweg ist abhängig von der Fistellokalisierung, dem Patientinnenhabitus und der Präferenz / Expertise des Operierenden.	
Konsensbasierte Empfehlung E8-01	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Bei früher postoperativ entdeckter vesikovaginaler Fistel (innerhalb der ersten 6 Wochen) kann ein konservatives Management mit einer Dauerharnableitung (bis zu 12 Wochen) zu einer Spontanabheilung führen (offene Empfehlung).	
Konsensbasierte Empfehlung E8-02	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Das konservative und operative Management der Fisteln sollte erfahrenen Operateuren/ interdisziplinären Zentren vorbehalten bleiben, die über ein breites Therapiespektrum verfügen, um für jede Patientin das geeignete Verfahren zu wählen (Empfehlung).	

Iatrogene urogenitale Fisteln

Operativer Fistelverschluss II

Konsensbasierte Empfehlung E8-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Der Zeitpunkt für den operativen Fistelverschluss **soll** individuell festgelegt werden, wenn das Wundödem, die Inflammation, die Gewebenekrosen oder die Infektion abgeklungen sind (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E8-04

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die prinzipielle Fistelversorgung **soll** die Separation der fistulierenden Organe, die Exzision des Fistelkanals/ das Anfrischen der Wundränder, die spannungsfreie Naht mit evtl. Gewebsinterposition, unabhängig vom gewählten Zugang, umfassen. Beim Verschluss einer radiogenen Fistel **soll** ein Gewebsinterponat verwendet werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E8-05

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Versorgung der urethrovaginalen Fistel **soll** primär vaginal erfolgen (**starke Empfehlung**).

Iatrogene urogenitale Fisteln

Operativer Fistelverschluss III

Konsensbasierte Empfehlung E8-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Nach einem vesikovaginalen und einem urethrovaginalen Fistelverschluss **soll** eine kontinuierliche Harnableitung über mindestens 7 Tage sichergestellt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E8-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Der V.a. Ureterfistel soll angenommen werden, wenn Patientinnen im postoperativen Verlauf nach Beckeneingriffen eine Flüssigkeitsleckage oder einen Harnaufstau aufweisen oder dann, wenn die Drainagenflüssigkeit/ die freie Flüssigkeit im Bauchraum hohe Kreatininwerte zeigt (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E8-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Fisteln im oberen Harntrakt **sollten** primär konservativ oder mit Hilfe endoluminaler Techniken behandelt werden (**Empfehlung**).

Iatrogene urogenitale Fisteln

Operativer Fistelverschluss IV

Konsensbasierte Empfehlung E8-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen nach versorgter Harnleiterverletzung **sollen** nach Entfernung der Ureterschiene zum Ausschluss einer nierenfunktionseinschränkenden Ureterstriktur engmaschig kontrolliert werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E8-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei Versagen der konservativen Therapie der Ureterleckage **soll** die operative Versorgung des Harnleiters in Abhängigkeit von der Lage und dem Ausmaß der Läsion individuell gestaltet werden (**starke Empfehlung**).

Flowchart zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Frau

Flowchart zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Frau

