Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich
www.kontinenzgesellschaft.at

Presse-Information
anlässlich der 36. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ)
16. bis 17. Oktober 2026

Kongressnachlese

Beckenbodenmedizin: Rezidive im Fokus

Wien, 9. November 2026 – **Die 36. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) widmete sich den Herausforderungen wiederkehrender Beckenboden- und Kontinenzprobleme. Das Programm spannte einen weiten Bogen: von den anatomischen Grundlagen des kleinen Beckens über Rezidive bei Senkungsbeschwerden und Harninkontinenz bis hin zu koloproktologischen Krankheitsbildern. Im Mittelpunkt standen die individuelle Versorgung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Denn gerade bei komplexen Krankheitsverläufen gibt es nicht immer eine allgemeingültige Lösung. Anlässlich des diesjährigen Kongresses gab es eine Veränderung an der Spitze der MKÖ – Präsidentin und Vizepräsident tauschten ihre Rollen. Der Urologe und bisherige Vizepräsident OA Dr. Michael Rutkowski übernahm nach offizieller Wahl den Vorsitz der Gesellschaft. Die Chirurgin OÄ Dr. Michaela Lechner wurde als seine Stellvertreterin bestätigt.**

Wie lassen sich wiederkehrende Beckenboden- und Kontinenzprobleme behandeln und neuerliche Beschwerden möglichst verhindern? Diese Fragen prägten die 36. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ), die Mitte Oktober in Linz stattfand. Knapp 400 Expert:innen aus Medizin, Pflege und Physiotherapie folgten der Einladung der beiden Kongresspräsidenten Dr. Rita Hochwimmer, Physiotherapeutin in Wien, und Priv.-Doz. Dr. Oliver Preyer, MBA, Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Villach, um aktuelle Erkenntnisse und individuelle Fragestellungen zu diskutieren. „Gerade beim Rezidiv gibt es selten die eine richtige Antwort. Umso wichtiger sind daher der fachübergreifende Austausch, die kritische Diskussion und der Blick über die Grenzen der eigenen Disziplin hinaus.“ Viel Raum wurde daher heuer für Fallbesprechungen und Diskussionsforen geschaffen.

Anatomie verstehen, Funktion erhalten
Zum Auftakt stand das Zusammenspiel von Muskeln, Faszien, Bindegewebe, Nerven und Gefäßen im Mittelpunkt. Da diese anatomischen Strukturen eng miteinander verbunden sind, können bereits kleinere Veränderungen beziehungsweise Verletzungen die Blasen- und Darmentleerung, die Kontinenz und die Sexualfunktion beeinträchtigen. Umso wichtiger sind eine sorgfältige Operationsplanung und das Prinzip „so viel wie notwendig und so wenig wie möglich verändern“. Ein Vortrag beleuchtete den Einsatz robotergestützter Chirurgie bei Prostatektomie und Zystektomie, die

neue Möglichkeiten für präzise Eingriffe eröffnet. Entscheidend bleiben jedoch die Auswahl geeigneter Patient:innen und eine individuelle Abwägung von Nutzen und Risiken. Betont wurde, dass ihr Vorteil nicht am onkologischen Behandlungsergebnis, sondern in der kürzeren Operationsdauer und im geringeren Blutverlust liegt.

Das Rezidiv des Deszensus: Mehr als eine anatomische Frage

Wenn sich Beckenorgane nach erfolgreicher Behandlung erneut absenken, stellt sich die Frage nach dem richtigen nächsten Schritt. Bei der Zystozele, bei der sich die Harnblase in Richtung vordere Scheidenwand absenkt, und der Rektozele, bei der sich die vordere Wand des Enddarms zur Scheide hin vorwölbt, gibt es keine pauschale Antwort.

Denn ein Rezidiv der Zystozele lässt sich nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen, ebenso wenig gibt es eine Standardlösung. Das Ausmaß der ursprünglichen Senkung, anatomische Voraussetzungen, eine mögliche Schädigung des Musculus levator ani, Körpergewicht, Alter, subjektiver Leidensdruck und weitere patient:innenbezogene Faktoren bestimmen die Wahl der Behandlung. Dabei steht nicht automatisch eine neuerliche Operation im Vordergrund. Östrogenisierung ist wichtig, Beckenbodentraining kann die Beschwerden lindern und die muskuläre Funktion verbessern, während Pessare eine abgesenkte Harnblase mechanisch unterstützen. Betont wurde die Bedeutung der Rezidivprävention durch Identifikation von patientinnenbezogener Risikofaktoren.

Auch eine erneute Rektozele ist ein zutiefst interdisziplinäres Thema und ein radiologischer Befund allein rechtfertigt nicht zwangsläufig einen weiteren Eingriff. An erster Stelle steht ein angepasstes Darmmanagement, um die Stuhlregulation zu optimieren und den mechanischen Druck zu nehmen. Entscheidend für das weitere Vorgehen sind funktionelle Einschränkungen und der individuelle Leidensdruck.

Wiederkehrende Harninkontinenz: kein „one-fits all“

Beim Wiederauftreten einer weiblichen Belastungsinkontinenz reicht das Spektrum von konservativen Maßnahmen wie Beckenbodentraining mit oder ohne Elektrostimulation und Pessaren zur Stützung des Bindegewebes um die Harnröhre bis hin zu operativen Verfahren wie der Kolposuspension (Burch-Operation) oder eine Schlingen-Operation mittels TVT-Band. Einen chirurgischen Goldstandard gibt es dabei nicht. Welches Verfahren infrage kommt, ist eine individuelle Entscheidung und hängt unter anderem auch davon ab, ob eine hypotone oder eine hypermobile Harnröhre vorliegt.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Männern mit Belastungsinkontinenz nach Prostatektomie. Wie bei Frauen kommt der physiotherapeutischen Betreuung ein hoher Stellenwert zu. Bleiben die Beschwerden bestehen, kommen unterschiedliche operative Verfahren infrage. Die Auswahl muss sich an der individuellen Situation orientieren und sowohl die Ausprägung des Harnverlustes als auch den persönlichen Leidensdruck berücksichtigen. Gelingt dies, kann man eine Zufriedenheitsrate von bis zu 90 Prozent erreichen und die Operation ein wahrer Game changer sein.

Besondere Aufmerksamkeit galt auch Blasenentleerungsstörungen, die postoperativ oder postpartal auftreten und leicht übersehenen werden können. Um sie rechtzeitig zu erkennen, sind eine entsprechende Anamnese, eine klinische Untersuchung und die Messung des Restharns entscheidend.

Die Ergebnisse müssen im klinischen Kontext beurteilt werden. Bei erhöhter Restharnmenge muss die Blase beispielsweise durch Katheterisierung entlastet werden.

Bei der überaktiven Blase (OAB) stand schließlich die Frage im Mittelpunkt, ob eine sakrale Neuromodulation (SNM) tatsächlich als letzte therapeutische Option gelten soll. Die klare Botschaft: Sind konservative Möglichkeiten wie Blasen- und Beckenbodentraining, Drangkontrolle und Anpassung des Trinkverhaltens und des Lebensstils ausgeschöpft, ist das minimalinvasive Verfahren eine etablierte Drittlinientherapie – gleichrangig mit Injektionen von Botulinumtoxin.

Lässt sich die Kontinenz trotz verschiedener Therapien nicht ausreichend wiederherstellen, kommt der bedarfsgerechten Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen der Tagung wurde das breite Spektrum an aufsaugenden und Hilfsmitteln vorgestellt.

Komplexe Fälle im anorektalen Bereich

Im Themenblock „Komplexe chirurgische Fälle“ wurde die Behandlung von Analfisteln und Rektumprolaps sowie die Folgen tiefer Rektumresektionen (Low Anterior Resection Syndrome, LARS) beleuchtet. Bei Analfisteln gilt es, den Fistelgang dauerhaft zu beseitigen und gleichzeitig die Schließmuskelfunktion zu erhalten. Betont wurde, dass eine Analfistel kein Schicksal, sondern eine Operationsindikation ist. Auch beim Rektumprolaps gilt: „Will man kurieren, muss man operieren“, so MKÖ-Vizepräsidentin OÄ Dr. Michaela Lechner, Koloproktologin im Krankenhaus Göttlicher Heiland in Wien. Zur Wahl stehen mehrere abdominelle und perineale Methoden. Wenn es der Allgemeinzustand der Patient:innen erlaubt, sind abdominelle Methoden zu bevorzugen. Die robotische Operation ermöglicht eine noch genauere Beurteilung der Situation. Beim LARS ermöglichen die präoperative Risikoeinschätzung mittels POLARS-Score und ein abgestuftes Behandlungskonzept – von Ernährungsanpassungen und Beckenbodentraining bis hin zur transanalen Irrigation (TAI) oder sakralen Neuromodulation – die belastenden Beschwerden in den Griff zu bekommen. Denn neben der Heilung der onkologischen Erkrankung sind für Patient:innen unter anderem auch der Erhalt der Sexualfunktion und die Vermeidung eines bleibenden Stomas wichtig.

Körpersprache als Schlüssel beim Tabuthema

Das Rezidiv stellt die Behandler:innen nicht nur therapeutisch vor besondere Herausforderungen, sondern auch im Gespräch mit den Patient:innen. Hier setzte der Festvortrag des Körpersprache-Experten Stefan Verra an, der die medizinischen Inhalte um die Wirkung nonverbaler Kommunikation bei tabuisierten Themen ergänzte. Er betonte, dass fachliche Kompetenz allein nicht ausreicht, um Vertrauen aufzubauen und Patient:innen zu ermutigen, über ihre Beschwerden zu sprechen. Entscheidend sei auch die Atmosphäre, die durch Mimik, Körperhaltung, Blickkontakt und Gestik geprägt wird. Eine empathische Kommunikation auf Augenhöhe kann Vertrauen schaffen, Sicherheit vermitteln und schlussendlich die Adhärenz fördern. Gerade bei schambesetzten Themen zählt daher nicht nur, *was* gesagt wird, sondern auch *wie* es vermittelt wird.

Aktuelle Studien und praxisnahe Workshops

Welche neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse haben das Potenzial, die klinische Praxis zu verändern? Dieser Frage widmete sich die Session „Game changer 2025/26“. Dabei wurden aktuelle Publikationen aus Gynäkologie, Urologie, Koloproktologie, Pflege und Physiotherapie diskutiert. Die Themen reichten von langfristigen Ergebnissen organerhaltender Prolapsoperationen über neue Ansätze zur nichtinvasiven Blasendruckmessung mittels Ultraschall und der intrasphinktären Injektion

von Botulinumtoxin bei stapled Hämorrhoidopexie bis hin zu gezieltem Kontinenztraining vor und nach einer Prostataoperation. Außerdem wurde die TOpClass-Klassifikation für perianale, Morbus Crohn-assoziierte Fisteln vorgestellt und Arbeiten zur Lebensqualität nach Stoma besprochen. Bei allen Themen ging es darum, vielversprechende neue Ansätze kritisch zu bewerten und ihre Relevanz für die klinische Praxis einzuordnen.

Parallel dazu boten Workshops die Gelegenheit, konkrete Fragestellungen aus der Praxis zu vertiefen und Impulse für den Berufsalltag mitzunehmen. Auf dem Programm standen Intermittierender Selbstkatheterismus (ISK), sakrale Neuromodulation, Darmmanagement, Pessartherapie und der Umgang mit Schmerzen beim Sex.

Fünf Kontinenz- und Beckenbodenzentren re-zertifiziert

Um die Entstehung von qualifizierten Anlaufstellen für Patient:innen mit Kontinenz- und Beckenbodenproblemen zu fördern und österreichweit einheitliche Qualitätsstandards in der Diagnostik, Therapie und Versorgung zu schaffen und zu sichern, bietet die MKÖ in Kooperation mit Quality Austria als unabhängiges und interdisziplinäres Expertengremium an, derartige Zentren zu zertifizieren. Im Rahmen des Kongresses wurden heuer fünf Häuser re-zertifiziert: das Krankenhaus der Stadt Dornbirn, die Medizinische Universität Graz, das Klinikum Wels-Grießkirchen, die Landesklinik Hallein und das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien/Landesklinikum Lilienfeld. Sie können das Siegel „Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum (KBBZ)“ für weitere drei Jahre tragen.

Die Tagung machte einmal mehr deutlich, dass eine erfolgreiche Versorgung bei Kontinenz- und Beckenbodenproblemen das Wissen und die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen benötigt. Das Resümee des Tagungspräsidiums: „Es waren zwei spannende Tage der Fortbildung und gelebten Interdisziplinarität, die gezeigt haben, wie essentiell diese fachliche Zusammenarbeit über alle Fächer und Berufsgruppen für die optimale Betreuung von betroffenen Patient:innen ist.“

Save the date: Die 37. Jahrestagung der MKÖ findet am **8. und 9. Oktober 2027** wieder im LFI Linz auf der Gugl statt.

MKÖ: Engagement seit 36 Jahren

Blasen- und Darmschwäche sind ein häufiges Problem, welches zumindest zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung betrifft. Begonnen hat die systematische Inkontinenzhilfe 1990 in Linz, als sich ein kleiner Kreis von Ärzt:innen, wie auch Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufs und der Physiotherapie zusammenschloss. Seit Bestehen ist es das Ziel der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ), Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung der Inkontinenz sowie der einschlägigen Forschung, Lehre und Praxis zu fördern. Dazu gehört die spezielle Schulung des medizinischen Fachpersonals ebenso wie die gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Information und Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen. Heute ist die MKÖ maßgeblich an der Vernetzung von Fachärzt:innen, Ambulanzen, Allgemeinmediziner:innen, Physiotherapeut:innen, Pflegepersonen und der Öffentlichkeit beteiligt. Einen wesentlichen Beitrag dazu liefern auch die seit 1991 jährlich abgehaltenen Jahrestagungen sowie die Kontinenz-Stammtische bzw. -meetings in Oberösterreich, Niederösterreich, Wien, Salzburg und Kärnten.

Kontinenz ist MKÖ!
www.kontinenzgesellschaft.at

Hinweis: Sollten Sie sich für ein Thema mehr in der Tiefe interessieren, bitte um Kontaktaufnahme!

Kontakt für Journalisten-Rückfragen:

Elisabeth Leeb
[Gesundheitskommunikation › Medienarbeit › Text]
T: 0699/1 424 77 79
E: elisabeth@leeb-pr.at

Bildlegende: Die Kongresspräsidenten Dr. Rita Hochwimmer und Priv.-Doz. Dr. Oliver Preyer, MBA
Copyright Fotos: © MKÖ, Abdruck honorarfrei

Mehr Presseinfos und Bildmaterial in Printqualität gibt es auch unter www.kontinenzgesellschaft.at (Aktuelles, Presse)

Elektronische Presseaussendungen/Hinweis Datenschutz
Ich bin stets bemüht, dass Sie nur Informationen erhalten, die für Ihre Arbeit nützlich sein können und gebe Ihre Daten nicht an Dritte weiter. Wenn Sie in Zukunft weiterhin Informationen erhalten möchten, müssen Sie nichts weiter tun. Wenn Sie in Zukunft keine elektronischen Presseaussendungen mehr erhalten wollen, dann antworten Sie bitte auf dieses Mail mit dem Betreff „Keine Presseinformation“. Ich werde Sie dann sofort aus allen Verteilern streichen.