



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
Fr. Katharina Rommel
gesundheitsinformation@iqwig.de

cc/ s-iqwig@awmf.org
cc/ Fr. Prof. Seelbach-Göbel, Fr. Fragale, Fr. Nalewalski
cc/ Hr. Prof. Naumann

Per Mail

Präsidentin
Prof. Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel

Direktorin
Geburtshilfe
Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Universität Regensburg – St. Hedwig

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
D – 10117 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 514883333
Telefax: +49 (0) 30 51488344
info@dggg.de
www.dggg.de

DGGG-Stellungnahmensekretariat
Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 21-23
91054 Erlangen
Telefon: +49 (0) 9131-85-44063
+49 (0) 9131-85-33507
Telefax: +49 (0) 9131-85-33951
E-Mail: fk-dggg-stellungnahmen@uk-erlangen.de
www.frauenklinik.uk-erlangen.de

14.06.2018

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

zur IQWiG-Gesundheitsinformation, Themenpaket „Genitalprolaps“

Im Namen der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) geben wir zu dem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellten Entwurf zu Gesundheitsinformationen „Mehr Wissen zu Scheiden- und Gebärmuttersenkung, Beckenbodentraining und Pessare, Operationen bei Scheiden- und Gebärmuttersenkung sowie Entscheidungshilfe Gebärmuttersenkung – soll ich meine Gebärmutter entfernen lassen“ nach kritischer Durchsicht und Diskussion folgende Stellungnahme ab:

Das grundsätzliche Anliegen, der Öffentlichkeit allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen zu Risikofaktoren, Auftreten und Behandlungsmöglichkeiten einer Genitalsenkung zur Verfügung zu stellen, ist von großer Wichtigkeit und Bedeutung, da es sich hier um eine häufige Erkrankung von Frauen in der zweiten Lebenshälfte handelt.

Die Informationen wurden vom IQWiG eigenverantwortlich im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit erstellt. Im einleitenden Teil „Überblick Scheiden- und Gebärmuttersenkung“ wird zunächst in der Einleitung auf typische Symptome einer bestehenden Scheiden- und Gebärmuttersenkung eingegangen. Mögliche Ursachen und Risikofaktoren der bestehenden Bindegewebsschwäche und daraus folgenden Beckenbodeninsuffizienz durch geburtshilfliche Faktoren, zunehmendes Alter, werden klar aufgezeigt. Die Problematik des Zusammenhanges mit starkem Übergewicht und häufigerer Senkung wird diskutiert. Ebenso wird auf den Fakt eingegangen, dass eine Gebärmutterentfernung das nachfolgende Risiko von Senkungserkrankungen erhöhen kann.



Bezüglich der Angaben zu Häufigkeit von Senkungserkrankungen von Gebärmutter und Scheide sollten die Häufigkeitsangaben modifiziert werden. In der Tat kommt es bei der Hälfte der Frauen im Laufe des Lebens zu einer leichten Schwächung und Veränderung der Beckenbodenfunktion. Hier gibt die Literatur 30 bis 75 Prozent an. 3 bis 6 Prozent dieser Frauen zeigen eine Senkungssymptomatik außerhalb des Scheideneinganges. In Studien wurde nachgewiesen, dass bis zu 3 Prozent der Frauen über ausgeprägte Symptome einer Scheidensenkung klagen.

Die verschiedenen Ausprägungsgrade von Senkungserkrankungen werden anschaulich beschrieben. Ebenso wird auf den Zusammenhang zwischen leichter Beckenbodensenkung und auftretender Belastungsharninkontinenz hingewiesen. Bei höhergradigem Deszensus wird auf eine Blasenentleerungsstörung hingewiesen. Hier sollte ggf. ergänzt werden, dass die Verschlusskraft der Harnröhre ebenso herabgesetzt sein kann, jedoch durch die starke Senkung eine Abknickung der Harnröhre erfolgt und daher die vollständige Blasenentleerung erschwert wird.

Im Weiteren werden Behandlungsmöglichkeiten wie konservative und operative Maßnahmen beschrieben. Hier wird bereits auf die Möglichkeit einer Erhaltung der Gebärmutter und Neufixierung hingewiesen. Bei konservativen Maßnahmen sollte eine lokale Estrogenisierung mit aufgeführt werden. Die lokale vaginale Gabe von dreiwertigem Estrogen erhöht die Durchblutung und verbessert die Trophik der Vaginalschleimhaut und kann so ein Voranschreiten der Bindegewebsinsuffizienz vermindern. Es gibt klare Studienergebnisse, die die Sicherheit und Effektivität dieser lokalen hormonellen Behandlung belegen. Bei Bedarf können hier Literaturhinweise hinzugefügt werden.

Mehr Wissen: Beckenbodentraining und Pessare

Im weiterführenden Teil werden Informationen zu konservativen Maßnahmen mit Beckenbodentraining und Pessaren gegeben. Im ersten Teil erfolgen Informationen zum Beckenbodentraining und der wichtige Hinweis, dass leichtgradige Senkungen sich zumeist durch konservative Maßnahmen beheben oder zumindest langfristig beherrschen lassen. Wichtig ist der Hinweis auf eine Langfristigkeit des Beckenbodentrainings. Die Effekte des Beckenbodentrainings sind nur so lange nachweisbar, wie dieses durchgeführt wird. Daher sollte nochmals klar der Hinweis auf eine lebenslange Übung erfolgen. Irreführend ist der Hinweis, dass sich Übungen bei Beschwerden nicht mehr beeinflussen lassen könnten, wenn eine operative Sanierung erfolgt wäre. Wir würden diesen Kommentar streichen und eher auf eine Notwendigkeit einer lebenslangen Beübung hinweisen. Senkungen im vorderen Becken betreffen Harnblase und Harnröhre. Der Begriff Harnleiter sollte hier gestrichen werden. Wichtig ist auch der Hinweis zur Behandlung mit Pessaren, die als Schalen, Würfel oder Ringe aus Gummi oder modernen Silikon bestehen. Bei Senkungssymptomatik werden zumeist Würfelpessare angewandt, die von der Patientin selber eingelegt und abends entfernt werden. Günstig wäre der zusätzliche Hinweis, dass die Patientin diese Selbstversorgung mit Würfelpessar selber durchführen kann und, dass eine Entfernung und Reinigung durch den Arzt aller 6 bis 8 Wochen nur in der Ausnahmesituation bei Patientinnen erfolgen sollte, die selbst nicht in der Lage sind, eine eigenständige Pessartherapie durchzuführen. Ebenso könnte noch ein nützlicher Hinweis an die Wirkungsweise des Pessars gerichtet sein. Das eingelegte Pessar eleviert nicht nur die vorhandene Senkung, sondern führt zu einer unwillkürlichen Beckenbodenkontraktion, die die Senkungssymptomatik in vielen Fällen bessert, so dass nach



einer gewissen Zeit ein Pessar in kleinerer Größe verwendet werden kann. Hier ist der Hinweis auf die zusätzliche Benutzung einer lokalen Hormoncreme wichtig, um Arrosionen des Scheidenepithels zu verhindern.

Mehr Wissen – Operationen bei Scheiden- und Gebärmutterensenkung

Die hier vorliegenden Informationen zu Operationen bei Scheiden- und Gebärmutterensenkung sind ausgewogen und anschaulich erklärt. Wichtig ist der wiederholte Hinweis, dass eine Gebärmutterentfernung meist nicht notwendig ist und es verschiedene Methoden zur Neufixierung der Gebärmutter gibt. Die vaginalen Techniken mit vorderer und hinterer Scheidenplastik rekonstruieren das Bindegewebe in der Scheide durch Faszien duplication. Eine Straffung von Muskulatur wird nicht mehr durchgeführt und ist bitte hier zu streichen! Der Hinweis auf eine kombinierte Behandlung von Blasenschwäche und Senkung ist vielfach in der Literatur untersucht. Die hier angegebene Quelle berichtet aktuell von einer deutlichen Reduzierung der Harninkontinenz nach kombinierter Deszensus- und Inkontinenz-Operation, belegt aber auch eine deutlich erhöhte Rate an Nebenwirkungen und Komplikationen.

Die aktuelle Leitlinie „Belastungsharninkontinenz der Frau der DGGG“ empfiehlt ein sequenzielles Vorgehen. Zunächst Korrektur der Scheiden- und Gebärmutterensenkung durch eine Operation, dann erneute Kontrolle auf die Veränderung der bestehenden Blasenschwäche und dann ggf. in zweiter Sitzung eine Einlage einer Kunststoffschlinge, die dann in gezielter einzelner Operation noch genauer und ungefährlicher eingesetzt werden kann.

Weiterhin werden die unterschiedlichen Zugangswege vaginal, Endoskopie und offener Bauchschnitt erklärt und eine gute Wertung gegeben.

Die Verwendung von alloplastischem Material bei vaginalen Rekonstruktionen zeigt ein deutlich geringeres Risiko einer erneuten Senkung in anatomischer Sicht, jedoch zeigt der Vergleich zwischen subjektiven Parametern und Lebensqualität keinen Unterschied bezüglich der Verwendung von körpereigenem Material und Kunststoffnetz. Das Risiko der unterschiedlichen Zugangswege bezüglich Verletzungen von Nachbarorganen und die zu erwartende Haltbarkeit werden ausgewogen dargestellt. Die expliziten Vor- und Nachteile von Kunststoffnetzen werden gut aufgezählt und es wird die klare Empfehlung gegeben, den Einsatz von Kunststoffnetzen zurückhaltend zu sehen und nur Frauen anzubieten, die ein hohes Risiko für einen Rückfall haben oder bereits einen Rückfall im Sinne eines Rezidivs hatten. Ergänzt werden sollte, dass hierzu eine ausgewogene und ausführliche Aufklärung der Patientin über die geplante Methode und mögliche Alternativen erfolgen sollte.

Die Entfernung der Gebärmutter ist nur noch in wenigen Situationen bei Gebärmutterensenkung notwendig, wie zum Beispiel Verwachsungen oder bestehendem Uterus myomatosus. In vielen Fällen kann eine Gebärmutter erhalten werden und diese fixiert werden. Vorteilhaft sollten hier eine verkürzte Op.-Zeit und eine verringerte Komplikationsrate sein. Es gibt in der Literatur keine Hinweise, dass die Belassung der Gebärmutter zu mehr Rückfällen führen könnte.

Wichtig ist auch der Hinweis auf die Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung. Gerade bei Empfehlung zu einer Gebärmutterentfernung soll diese klar begründet werden, ob sich durch die Entfernung der Gebärmutter Vor- und Nachteile ergeben und ebenso die Möglichkeit einer Gebärmuttererhaltung aufgezeigt werden. Im Zweifelsfalle sollte eine zweite ärztliche Meinung eingeholt werden. Zu klären ist, ob eine gesetzlich versicherte Patientin wirklich darauf



hinzuweisen ist, dass sie einen Anspruch auf eine Zweitmeinung hat. Auch eine privat versicherte Patientin hat diesen Anspruch auf eine zweite Meinung.

Entscheidungshilfe Gebärmuttersenkung – soll ich meine Gebärmutter entfernen lassen?

Die Entscheidungshilfe zur möglichen Gebärmuttersenkung ist sehr gut gelungen, sehr übersichtlich und sehr nützlich für die gemeinsame Besprechung des operativen Vorgehens zwischen Patientin und Arzt/Ärztin.

Vor- und Nachteile von Beckenbodentraining und Pessar sowie Vor- und Nachteile einer Operation mit Gebärmutterentfernung oder gebärmuttererhaltender Operation werden gegenübergestellt und typische Fragen erklärt. Bei gebärmuttererhaltenden Operationen sollte zusätzlich mit erwähnt werden, dass es auch eine Reihe von neuen modernen vaginalen Operationstechniken gibt. D. h., auch von der Scheide aus kann in kurzer Zeit eine gebärmuttererhaltende Operation mit Anhebung der Scheidenwände und Fixierung der Gebärmutter durchgeführt werden. Bei der Frage „Kann ich nach der Behandlung noch Kinder bekommen?“ sollte der Kommentar „Ja, eine Schwangerschaft ist möglich“ ebenso noch durch den Hinweis, dass „Senkungsoperationen zumeist erst nach abgeschlossener Familienplanung erfolgen sollen“ ergänzt werden. Das Diagramm „Hilfe für Ihre Entscheidung“ ist sehr gut gelungen. Hier können Patientin und Arzt durch persönliche Einträge das Aufklärungsgespräch individuell gestalten und mögliche Gründe für ein entsprechendes Vorgehen aufzeichnen. Es ist eine gute Möglichkeit für eine individualisierte und personalisierte Therapie für jede Patientin mit Scheiden- und Gebärmuttersenkung.

Insgesamt handelt es sich bei diesen Texten um eine sehr allgemeinverständliche Erläuterung von Auftreten, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten von Scheiden- und Gebärmuttersenkung. Aus unserer Sicht würde diese Gesundheitsinformation von den oben aufgeführten kleinen Änderungsvorschlägen profitieren.

Die Stellungnahme wurde von Herrn Priv.-Doz. Dr.med. Gert Naumann, Chefarzt der Frauenklinik Helios-Klinikum Erfurt, erstellt.

Die Stellungnahme wurde von

Herrn Priv.Doz. Dr.med. Gert Naumann, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 99089 Erfurt

erstellt.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel
Präsidentin der DGGG e.V.

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Stellungnahmebeauftragter der DGGG e.V.