



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

DGGG e.V.
Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 514 88 33 40
Telefax: +49 (0) 30 514 88 34 4
E-Mail: stellungennahmen@dggg.de

Berlin, im April 2019

267. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB), der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin e.V. (AGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)

zum Thema

Vaginale Geburt und Veränderungen am weiblichen Beckenboden

Die vaginale Geburt ist ein physiologischer Vorgang, der meist auch ohne medizinische Intervention problemlos abläuft. Da jedoch bei einem kleineren Teil Schwierigkeiten für Mutter und Kind bis hin zu bedrohlichen Komplikationen auftreten können, ist es Aufgabe der modernen Medizin, in diesen Fällen bei der „Geburt zu helfen“ („Geburtshilfe“). Nachdem in den entwickelten Ländern die Entbindung für Mutter und Kind in Bezug auf fetale und maternale Morbidität und Mortalität weitgehend sicher geworden ist, kommen nun bisher weniger beachtete Aspekte von Schwangerschaft und Geburt in den Fokus einer gesellschaftlichen Diskussion.

Die Schwangerschaft und insbesondere die vaginal operative Entbindung kann zu einem potenziellen Risikofaktor bei der Entwicklung von Beckenbodenfunktionsstörungen wie Belastungsharninkontinenz und Descensus genitalis werden. Einige Faktoren lassen sich nicht beeinflussen: Genetisch veranlagte Bindegewebsschwäche, Anatomie des Beckens, Anlage der Muskulatur und auch in vielen Fällen das Kindsgewicht sind nicht oder nur wenig beeinflussbar. Andere Faktoren lassen sich durchaus beeinflussen: Adipositas, Nikotinabusus, maternales Alter bei der ersten Geburt und eine wenig trainierte Beckenbodenmuskulatur gehören dazu.

Aufklärung über mögliche Beckenbodenveränderungen

Schwerpunkt der AGUB ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Behandlung, aber auch Prävention von Beckenbodenfunktionsstörungen unabhängig davon, welche Ursachen zugrunde liegen. Aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft gibt es verschiedene Zeitpunkte und Möglichkeiten, Frauen über mögliche Veränderungen am Beckenboden aufzuklären. Im Allgemeinen sollte darüber informiert werden, dass Übergewicht und Nikotinabusus mit negativen Effekten behaftet sind, ganz unabhängig



von einer Schwangerschaft und Geburt. Spätestens jedoch in der Schwangerschaft sollte beides thematisiert werden: Die Faktoren, die das Risiko eines makrosomen Kindes erhöhen, steigern auch das Risiko eines Beckenbodenschadens bei einer vaginalen Geburt, insbesondere, wenn vaginal operativ (Vakuum oder Forzeps) entbunden werden muss.

Die meisten Frauen wünschen sich eine vaginale Entbindung. Zunehmend fragen Schwangere und werdende Elternpaare aber auch nach den Risiken und möglichen Folgeschäden einer vaginalen Geburt. Hier gilt es, diese über die Vorteile der natürlichen Geburt aufzuklären. Es muss aber auch auf die Ängste der Frauen eingegangen werden. Dies verlangt bei der Beratung sehr viel Fingerspitzengefühl. Wir wissen im Voraus nicht mit Sicherheit, wer eine Schädigung des Beckenbodens durch die Geburt erleiden wird. Daher sollten wir wie in der Medizin üblich – aus einer Intention-to-treat-Perspektive – evidenzbasiert, emotionsfrei und nicht wertend aus „Ex-ante“-Sicht beraten.

Einschätzung des Risikos für Beckenbodenerkrankungen

Wissenschaftlich gesichert ist eine erhöhte Prävalenz von Harninkontinenz und Descensus genitalis für Frauen mit einer Körpergröße von weniger als 160 cm mit einem Kindsgewicht von mehr als 4.000 g. Hinzu kommen Alter über 35 Jahre und die positive Familienanamnese für Beckenbodenerkrankungen.

International wurde durch die Auswertung verschiedener Langzeitstudien ein System der Risikostratifizierung entwickelt, das als UR-CHOICE-Rechner online verfügbar ist (http://riskcalc.org/UR_CHOICE/). Das System berechnet langfristige Prävalenzen von Beckenbodenfunktionsstörungen in Abhängigkeit des Geburtsmodus anhand zahlreicher, individueller Parameter. Dies kann bei der Information der Frau helfen, ähnlich der Information mit sogenannten Faktenboxen, die Nutzen und Risiken übersichtlich gegenüberstellen.

Mit dem UR-CHOICE-Rechner kann den betroffenen Frauen wertneutral dargestellt werden, wie ihr individuelles Risiko für eine Beckenbodenschädigung durch Schwangerschaft und Geburt objektiv ist. Für den individuellen Fall lässt sich daraus ableiten, ob und wie stark eine Sectio das Risiko reduzieren könnte. Der protektive Effekt einer Sectio ist dabei bei einer Patientin ohne Risikoprofil marginal, bei einer Hochrisikopatientin kann die Sectio aber durchaus zu einer deutlichen Reduktion des Risikos für eine Beckenbodenschädigung führen, das betrifft insbesondere die schwere Harninkontinenz. Wohlgemerkt, die UR-CHOICE-Risikostratifizierung trägt vor allem dazu bei, das große Normalkollektiv darin zu bestärken, natürlich zu gebären, denn sie zeigt auch, dass die protektiven Effekte einer elektiven Sectio nur bei erheblichen Risikokonstellationen wirksam werden.

Abwägung von Vor- und Nachteilen der Geburtsmodi

Die DGGG, AGG und AGUB unterstützen nachdrücklich die Zielsetzung der Reduktion unnötig hoher Sectioraten und sprechen sich gegen den weltweit zu beobachtenden Trend medizinisch nicht indizierter Sectiones aus. Durch evidenzbasierte Indikationen auf der Basis individueller Risikoprofile können unnötige Kaiserschnitte vermieden und die Gesundheit von Mutter und Kind unterstützt werden. Hierzu gehört auch die



Risikoabwägung bei der Betrachtung der Vor- und Nachteile einer vaginalen Geburt im Vergleich zur Sectio caesarea.

Grundsätzlich müssen die Risiken potenzieller und auch lebensbedrohlicher Plazentationsstörungen, die Folge von wiederholten Sectiones sein können, bei der Diskussion um mögliche beckenbodenprotektive Effekte einer elektiven Sectio mitberücksichtigt werden. Auch wenn die elektive Sectio, auch dank moderner anästhesiologischer Verfahren, immer sicherer wird, sollten grundsätzliche operative Risiken mit bedacht werden. Da die Wahl um den in einer individuellen Situation idealen Geburtsmodus nicht nur die werdende Mutter, sondern auch das Neugeborene betrifft, ist es auch für die DGGG, AGG und AGU B selbstverständlich, neonatologische Aspekte in eine entsprechende Risikoaufklärung zu integrieren.

Ziel: eine individualisierte und spezifische Beratung

Wir wünschen, dass die frauenärztliche Versorgung die genannten Themenkomplexe in eine individualisierte und spezifisch beratende Betreuung von schwangeren Frauen implementiert. Hierzu ist die fachliche Expertise der Frauenärzte wesentlich, da wir häufig alle Bereiche unseres Fachs überblicken und damit eine individuelle Risikostratifizierung und Beratung gewährleisten können.

Es sei darauf hingewiesen, dass auch die AGUB die vaginale Geburt als einen natürlichen Vorgang ansieht, in den nur mit Sorgfalt eingegriffen werden sollte.

Gleichwohl weist das Kollektiv der Schwangeren, die wir als Frauenärzte sehen, häufig nicht nur natürliche, sondern auch erhebliche zusätzliche Risikofaktoren auf. Die DGGG, AGG und AGUB sehen sich aus wissenschaftlicher Sicht auch in der Pflicht, auf gesellschaftliche Veränderungen wie zum Beispiel ein zunehmendes maternales Alter und erhöhtes Gewicht bei der ersten Geburt und auch damit verbundene weitere Risikoprofile zu reagieren und über Aspekte einer beckenbodenprotektiven Geburtshilfe zu informieren. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist es, weiter an sekundären und tertiären Prophylaxen zu arbeiten und dem Forschungsbedarf auf diesem weiten Feld nachzukommen.

Das zu identifizierende Hochrisikokollektiv wird überschaubar klein sein. Auf diese Weise erhalten die Frauen, bei denen es im späteren Leben zu einer signifikanten Beckenbodenfunktionsstörung kommen könnte, eine Option, sich über die elektive Sectio beraten zu lassen. Die große Mehrheit der schwangeren Frauen, die kein erhöhtes Risikoprofil aufweisen, kann so darin bestärkt werden, auf normale Art und Weise zu gebären.

Die DGGG, AGG und AGU B begrüßen die Interdisziplinarität zwischen der Geburtsmedizin und der Urogynäkologie, die das Ziel hat, eine langfristige, qualitativ hochwertige Versorgung unserer werdenden Mütter sicherzustellen. Nur gemeinsam mit der Geburtsmedizin, den Hebammen und Wochenbettpflegenden, der Neonatologie, Anästhesie und Physiotherapie kann eine differenzierte Betrachtung dieses komplexen Themas möglich sein.



Die Bereiche des Beckenbodens, der Blasen-, Darm- und Sexualfunktion spielen lebenslang eine Rolle. Die AGUB sieht ihre Aufgabe darin, nicht nur therapeutisch, sondern auch präventiv zu agieren und hierbei die gesamte Lebensspanne der Frau im Blick zu haben.

Die Stellungnahme wurde verfasst von:

- Prof. Dr. med. Boris Gabriel, Vorsitzender der AGUB
- PD Dr. med. Kaven Baeßler, 2. Vorsitzende der AGUB
- Prof. Dr. med. Ursula Peschers, Pastpräsidentin der AGUB
- Dr. med. Christian Fünfgeld, Schatzmeister der AGUB
- Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn, Vertreter der AGG im Vorstand der DGGG
- Prof. Dr. med. Anton J. Scharl, Präsident der DGGG
- PD Dr. Gert Naumann, Schatzmeister der DGGG