

Pessartherapie – aber wie?

Rainer Lange, Werner Harlfinger

■ **Mindestens jede zehnte Wöchnerin hat eine behandlungsbedürftige Harninkontinenz. Pessare haben sich als die effizienteste Therapie gegenüber Rückbildungskursen und Physiotherapie erwiesen. Probleme dabei sind die mangelhafte bis fehlende Ausbildung in der Pessartherapie in der Facharztweiterbildung, der Zeitdruck in der Praxis sowie die inadäquate Vergütung. Eine Lösung bietet die Delegation des nichtärztlichen Teils der Behandlung an eine MFA und die Kooperation mit einem Beckenbodenzentrum.**

Harninkontinenz und Prolaps beginnen in der Regel mit Schwangerschaft und Geburt. In der BREST-Studie (Abb. 1) zeigte sich durch eine Pessartherapie eine wesentlich bessere Erfolgsrate (> 90 %) gegenüber Rückbildungskursen (47 %) oder Physiotherapie (29 %). So kann vielen Frauen einfach und schnell eine Einschränkung der Lebensqualität durch Harninkontinenz erspart werden. Die Mutterschafts-Nachsorgeuntersuchung sollte um eine entsprechende Diagnostik und Therapie-Induktion erweitert werden. Eine frühe Behandlung kann nicht nur die Beschwerden beseitigen, sondern auch spätere Operationen vermeiden. Die Diagnose „Harninkontinenz post partum“ lässt sich einfach durch die Anamnese stellen. Beim Prolaps ist das etwas diffiziler. Im fortgeschrittenen Stadium ist der Prolaps natürlich sichtbar, jedoch im Anfangsstadium können die Patientinnen zwar Prolapsbeschwerden haben, aber es zeigt sich bei der normalen klinischen Untersuchung und sogar oft in der 2D Beckenbodensonografie noch kein Descensus. In der sonografischen Computertomografie (3/4 D Sonografie) lassen sich in diesen Fällen aber Levatoravul-

sionen und/oder eine Vergrößerung des Hiatus deutlich erkennen. Durch eine Pessartherapie können auch hier die Beschwerden schnell behoben werden (Abb. 2–4). Es ergibt sich somit die Frage auch bei der Harninkontinenz post partum, wie stark sind die Defekte am Beckenboden nach der Geburt und damit: Wie lange sollte die Pessartherapie durchgeführt werden? Wir müssen sowohl die Diagnostik als auch die Therapie ins 21. Jahrhundert bringen.

Das bisherige Vorgehen, die Patientin erst einmal zur Physiotherapie oder zum Rückbildungskurs zu schicken, kann nicht mehr als zeitgemäß angesehen werden

Oft wenden sich die Wöchnerinnen mit den Beckenbodenbeschwerden zunächst an die medizinische Person ihres Vertrauens, mit der sie täglich zusammen sind, an die Hebamme. Oder sie besuchen Kurse bei PhysiotherapeutInnen. Bei diesen Berufsgruppen sollte das

Wissen um die Pessartherapie auch optimiert werden, damit die jungen Mütter nicht frustrane Behandlungen über Monate durchführen und die Harninkontinenz nur durch Vermeidungsstrategien in den Griff bekommen, wie z. B. Walken statt Joggen. Ratschläge, den Sport ganz zu lassen oder nie mehr Trampolin zu springen, sind im 21. Jahrhundert nicht mehr adäquat. Harninkontinenz und Prolaps post partum sind in erster Linie ein Problem des Bindegewebes. Physiotherapie allein und damit primäres Krafttraining ist bei einem überdehnten Bindegewebe nicht förderlich.

Pessartherapie

Aber wie soll man eine Pessartherapie durchführen, wenn man

- das in der Facharztweiterbildung nicht gelernt hat? Denn diese findet immer noch fast ausschließlich in der Klinik statt.
- schon jetzt mit den „täglichen“ Arbeiten mehr als ausgelastet ist? Der

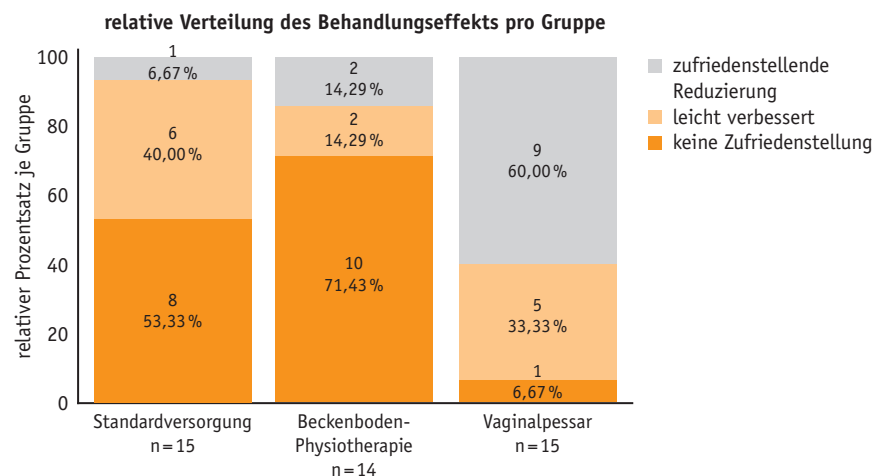


Abb. 1: Beckenboden-REhabilitations-Studie BREST 2023 (Rainer Lange, Elham Tabibi, Thomas Hirschold, Sören Lange, Gert Naumann)

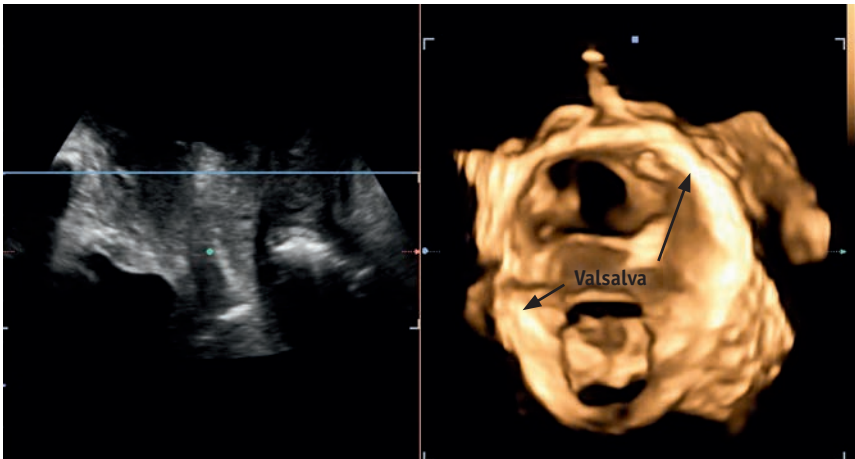


Abb. 2: 32 j. Patientin post partum mit Prolapsbeschwerden ohne Prolaps: Levatoravulsion rechts

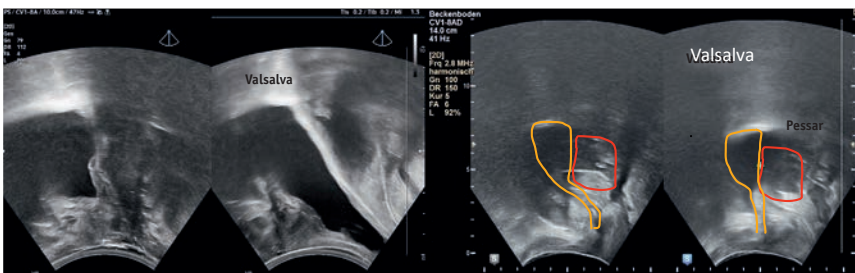


Abb. 3: Korrekt sitzendes Pessar: Kein Prolaps mehr bei Belastung.

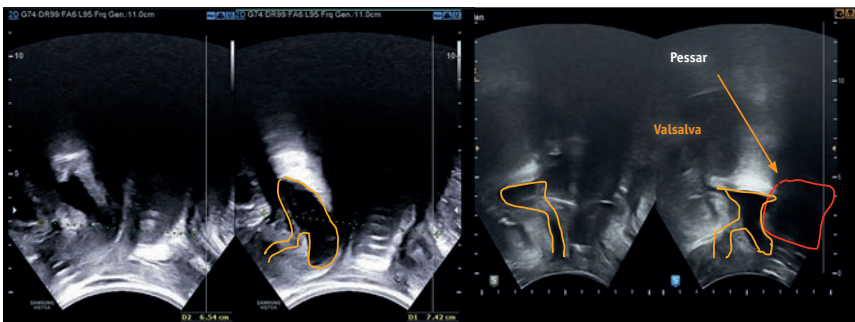


Abb. 4: Unzureichend sitzendes Pessar: Prolaps persistiert bei Belastung.

- Mutterpass ist in den letzten 50 Jahren um das Zehnfache erweitert worden – und damit auch die Routineuntersuchungen pro Schwangere.
- eine Pessaranpassung nicht honoriert bekommt? (diese dauert, wenn sie sorgfältig gemacht wird, etwa eine halbe Stunde (Abb. 5, Seite 682).
 - und letztlich: Welches Pessar soll man für welche Patientin nehmen? Es werden mehrere Dutzend verschiedene Pessare angeboten, und jedem werden von den Herstellern spezielle Eigenschaften zugeschrieben.

In der Facharztweiterbildung nicht gelernt

Ende der 60er-Jahre vollzog man im deutschen Gesundheitswesen eine unsägliche Trennung zwischen Klinik und Praxis, ohne die Folgen auf die Ausbildung zu beachten. Die Krankenhäuser durften nicht mehr ambulant behandeln, aber die ganze Facharztweiterbildung blieb in der Klinik. Somit fiel die ganze konservative Therapie aus der Weiterbildung heraus. Wie groß das Interesse an der Pessartherapie ist, zeigt sich an dem großen Zuspruch der Pessarkurse, die auf fast allen gynäkologischen Kongressen inzwischen angeboten werden.

Keine Zeit

Das Wissen und Können hat sich in der Gynäkologie in den letzten 50 Jahren

Bestens informiert zwischen den Ausgaben.

Nichts mehr verpassen mit dem FRAUENARZT-Newsletter!

Unser Service für Sie:

- Highlights der aktuellen Ausgabe
- Vorschau auf Artikel der kommenden Ausgabe
- Aktuelle News & Meldungen aus der Industrie
- Veranstaltungen

Jetzt anmelden unter frauenarzt.de



Verpassen Sie keine wichtigen Fachbeiträge der „Nummer 1“ unter den Facharzttiteln für Gynäkologinnen und Gynäkologen in Klinik und Praxis – jetzt auch digital im Newsletter!



Pessar Anpassung

1. Patientin über den Vorgang aufklären
2. Scheideneingang mit „2-Fingermethode“: mögliche Größe messen/tasten, mit der kleinsten Größe beginnen
3. Mit einem kleinen Pessar beginnen, die Patientin aufstehen und ein paar Schritte laufen lassen
4. Wenn das Pessar rutscht: das nächstgrößere; wenn es drückt: das nächstkleinere Pessar verwenden. Bei Patientinnen post partum das größte Pessar, das gut vertragen wird, nehmen
5. Wenn das Pessar nicht drückt oder verrutscht soll die Patientin für ca. 0,5–1 Stunde spazieren gehen, Treppen steigen und zur Toilette gehen um zu sehen, ob die Blasenentleerung problemlos funktioniert
6. Sonografische Kontrolle des Pessarsitzes
7. Instruktion über Handhabung und Selbstmedikation

Detailliertere Anleitung in den Kursen der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenrekonstruktion

Abb. 5: Pessar Anpassung

explosionsartig erweitert. Der fantastische Abfall der perinatalen Mortalität um einen Faktor zehn (!) ist einer sehr intensiven Mutterschaftsvorsorge durch die niedergelassenen GynäkologInnen zuzuschreiben, ebenso die Erfolge in der Krebsfrüherkennung und der Endokrinologie. Das bedeutet aber einen stark vermehrten Arbeitseinsatz. Der Mutterpass ist in den letzten 50 Jahren von einer auf zwölf Seiten angeschwollen. Folglich müssen wir pro Schwangere mindestens zehnmal so viel Arbeit investieren, da man die Anzahl der Fachärzte nicht adäquat angepasst hat. Außerdem haben die meisten KollegInnen heute eine viel gesündere Einstellung zur Work-Life-Balance. Die meisten Patientinnen müssen heute schon wochenlang auf einen Termin bei den FrauenärztInnen warten. Summe summarum: für eine zusätzliche Aufgabe besteht kaum Zeit, wenn man es etwas realistisch betrachtet.

Keine Vergütung

Selbst wenn sich nun jemand in selbstausbeuterischer Absicht auf dem Gebiet der Pessartherapie durch angebotene Kurse weiterbildet und dies in der Praxis durchführt, hat er/sie mit Zitronen gehandelt: Es wird nicht adäquat vergütet. Für die Anpassung eines Pessars gibt es keine spezielle Ziffer. Die EBM Ziffer 08330 steht aber für das Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines Pessars. Ein Mehrfachansatz in der gleichen Sitzung ist nach Angaben der KBV nicht möglich. Die ganze Prozedur dauert etwa eine halbe Stunde und

sollte durch eine geschulte MFA durchgeführt werden. Da das Ganze der Schulung von Diabetikern entspricht und es hierfür noch keine adäquate Gebührenpositionen gibt, ist zu überlegen, es als IGeL anzubieten.

Die Beckenbodensonografie ist weder als 2D Sonografie noch als 3/4D Computertomografie im EBM aufgenommen. In der GOÄ gibt es für die Computertomografie eine entsprechende Ziffer GOÄ 5121. Inzwischen läuft zum wiederholten Male der Antrag, die Beckenbodensonografie in den EBM aufzunehmen.

Conclusio

Das Anpassen eines Pessars ist wie die Blutentnahme oder die i.m.-Injektion eigentlich keine Aufgabe, die unbedingt ein Arzt ausführen muss. Sie kann und sollte an eine MFA mit entsprechender Ausbildung delegiert werden. Hierzu werden spezielle Kurse auch online angeboten. Nun ist es mit dem Einlegen eines Pessars nicht einfach getan, denn es muss auch eine adäquate, zeitgemäße Diagnostik erfolgen, die inzwischen so subspezialisiert ist, dass nicht jede/jeder niedergelassene GynäkologIn dies können muss. Optimal sollte sonografisch kontrolliert werden, dass bei Belastung die Blase eutop bleibt. Dafür gibt es Spezialprechstunden an Beckenbodenzentren mit denen man entsprechend kooperieren sollte. Wenn wir die Mutterschaftsnachsorge ins 21. Jahrhundert bringen wollen, müssen neue, zeitgemäße Wege beschritten werden.

Wie lange soll eine Pessartherapie erfolgen?

Wie lange ein Pessar wegen einer Harninkontinenz oder Prolapsbeschwerden post partum getragen werden soll, hängt von den Schädigungen des Beckenbodens ab. Hierzu müssen zwei Kriterien evaluiert werden: Ist der Hiatus vergrößert und liegt eine Levatoravulsion vor? Bei nicht wesentlich vergrößertem Hiatus und ohne Levatoravulsion sollte nach unserer Erfahrung das Pessar so lange getragen werden, wie Beschwerden vorliegen. In der Regel sind das sechs bis zwölf Monate. Dann können die Patientinnen oft wieder aufs Trampolin, ohne Urin zu verlieren. Bei vorliegender Levatoravulsion sollte mit der Patientin diskutiert werden, ob sie das Pessar weiter bei schwerer körperlichen Belastung trägt, um einen Prolaps zu vermeiden.

Die genaue Diagnose der Beckenbodenschädigung kann heute mittels 3/4D Ultraschall (sonografischer Computertomografie) erfolgen. Hierzu ist die Kooperation mit einer Beckenbodensprechstunde eines Beckenboden-Zentrums nötig.

Um durch die Pessartherapie nach der Schwangerschaft eine optimale restitutio ad integrum zu erzielen, reicht es nicht, die Patientin nur zu fragen, ob sie das Gefühl hat, dass das Pessar gut sitzt. Die Eutopie der Blase unter Belastung sollte sonografisch kontrolliert werden. Das kann mit dem Abdominalschallkopf bei liegendem Pessar erfolgen.

Welche Pessar für welche Patientin?

Die Anzahl der Pessartypen ist fast unüberschaubar geworden. In den Beschreibungen der Hersteller, aber auch in einigen Lehrbüchern werden gewisse Pessare bei spezifischen Erkrankungen empfohlen. So wurde das Würfelpessar ausschließlich zur Behandlung des Prolaps empfohlen. Allerdings gibt es praktisch keine vergleichenden Studien zwischen den einzelnen Pessartypen. In erster Linie handelt es sich hier also um „Eminence based medicine“. Tatsächlich zeigte die BREST-Studie eine sehr hohe

Erfolgsrate des Würfelpessars bei der Behandlung der Belastungsinkontinenz. Wir haben uns damals für dieses Pessar entschieden, weil es im Handling das einfachste ist. Außerdem ist es bereits mit einem Fangfaden versehen, sodass durch die Patientin eine Selbstmedikation möglich ist. Dadurch, dass das Pessar nachts entfernt wird, sieht man praktisch keine Kolpitiden. Bei älteren Patientinnen haben wir die gleiche Erfahrung gemacht. Allerdings nehmen wir hier auch konsequent Estriol-Vaginal Creme, was bei jüngeren Patientinnen postpartum nicht notwendig ist.

Wenn man keine große Erfahrung in der Pessartherapie hat, empfehlen wir die Pessare zu nehmen, die auch im Handling für die Patientin am einfachsten sind: Würfel und Bügelpessar (*Restifem*). Diese Pessare können von den Patientinnen problemlos morgens nach der Miktion eingeführt und abends wieder entfernt werden. Ebenso kann es bei manchen Patientinnen bei liegendem Pessar zu Defäkationsproblemen kommen, sodass hier dann einfach die Entfernung des Pessars während der Defäkation empfohlen werden kann.

Verordnung des Pessars

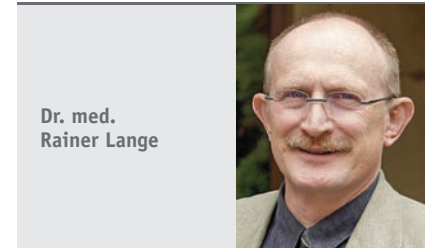
Pessare sind Hilfsmittel und unterliegen demnach keiner Budgetierung. Aller-

dings kann die Krankenkasse die Kostenübernahme verweigern, oder der Patientin ein anderes, meist billigeres Pessar zur Verfügung stellen. Die Pessargröße der einzelnen Firmen ist jedoch nicht deckungsgleich. Probleme kann es bereiten, wenn die Patientin nicht weiß, wo sie mit dem Rezept hingehen soll. Apotheken und Sanitätshäuser sind damit oft überfordert. Es dauert manchmal sehr lange, bis das Pessar besorgt werden kann, und oft kommt dann ein falsches. Dieses Problem haben einige kleine Firmen als Marktlücke entdeckt und bieten den Service an, dass man ihnen die Rezepte zusendet. Sie übernehmen den Verwaltungsaufwand mit den Krankenkassen und schicken dann meist innerhalb weniger Tage den Patientinnen das Pessar zu. Schwierigkeiten machten in der letzten Zeit nur die TKK beim Bügelpessar aus uns nicht nachvollziehbaren Gründen.

Die Kenntnisse in der Medizin werden jeden Tag größer und umfassender. Es wird notwendig sein, Spezialsprechstunden in unsere Tätigkeiten einzubinden. Keinesfalls sollten Inkontinenz und Prolaps aber als Banalitäten abgehandelt werden, denn sie bedeuten eine wesentliche Einschränkung für viele Frauen. Wir dürfen die Patienten nicht im Nassen stehen lassen.

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Rainer Lange
Die Gyn-Praxis Alzey
Bleichstraße 1
55232 Alzey
rainer.lange@coma-ug.de



Dr. med.
Rainer Lange

San.-Rat Dr. med. Werner Harlfinger
Mitglied VV LÄK RLP
stv. Vorsitzender BVF-Landesverband
Rheinland-Pfalz
Die Gyn-Praxis Mainz
wharlfing@googlemail.com



San.-Rat Dr. med.
Werner Harlfinger



PESSARKURS FÜR GYNÄKOLOGINNEN & GYNÄKOLOGEN

Dieser Kurs ist speziell für **niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte**. Die **Pathophysiologie des Beckenbodens** wird dargestellt und die **konservative Behandlung von Harninkontinenz und Prolaps**.

- Welche Pessare bei welcher Patientin
- Anpassen und Einlegen von Pessaren
- Fallstricke bei der Verordnung von Pessaren und Physiotherapie
- Management in der (überfüllten) Praxis
- Einbindung der MFA

PESSARKURS FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Die MFA spielen eine wesentliche Rolle in der **Pessartherapie**. Neben **Grundkenntnissen der Urogynäkologie** werden die speziellen **Fertigkeiten in der Pessartherapie** dargestellt.

- Handhabung von Pessaren
- Arbeitsanleitung Pessar Anpassung
- Pessarpflege

INFORMATIONEN & KURSBUCHUNG

www.coma-ug.de

In Kürze wird eine Publikation erscheinen, die Themen behandelt, welche in der Facharztweiterbildung oft zu kurz kommen:

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT & BECKENBODEN

R. Lange, S. Lange, G. Naumann, E. Tabibi



SCAN ME