

# Schweizer Leitlinien zur urogynäkologischen Diagnostik und Therapie

*Genitaleszenus, Belastungsinkontinenz, idiopathische OAB und Harnwegsinfekte*

**Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) stellt für die praktizierenden Ärzte Leitlinien (Guidelines) und Expertenbriefe zur Verfügung und hilft damit der Ärzteschaft, medizinisch und wissenschaftlich à jour zu bleiben. Die Leitlinien werden in Zusammenarbeit mit den einzelnen Arbeitsgruppen zusammengetragen und unterstützen die Entscheidungsfindung in Diagnostik und Therapie.**

DAVID SCHEINER, DANIELE PERUCCHINI, DANIEL FINK, CORNELIA BETSCHART



David Scheiner

Die urogynäkologischen Leitlinien und Expertenbriefe werden national oder länderübergreifend für die deutschsprachigen Gesellschaften unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG) als Kompilation des spezifischen Fachwissens und als Handlungsanleitungen für die aktuelle Praxis zusammengestellt. Der folgende Artikel bietet eine Übersicht über die aktuelle urogynäkologische Leitliniensituation in der Schweiz.

## Guidelines und Expertenbriefe der SGGG

Zur Unterstützung der Entscheidungsprozesse in Prävention, Früherkennung, Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge stehen verschiedene medizinische Leitlinien zur Verfügung. Auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe ist die SGGG für die wissenschaftliche, praktische und ethische Entwicklung zuständig und erarbeitet entsprechende Standards, Guidelines, Expertenbriefe und Patientinformationen, die sie öffentlich und kostenfrei auf ihrer Homepage zur Verfügung stellt ([www.sggg.ch](http://www.sggg.ch))

(D. Surbek. «gynécologie suisse» weist den Weg in die Zukunft. Schweiz Med Forum 2018).

### Erstellung in definiertem Konsensfindungsprozess

Seit 2015 besteht eine Zusammenarbeit mit der Deutschen und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG und ÖGGG). Die Erstellung von Leitlinien und Expertenbriefen beinhaltet einen definierten Konsensfindungsprozess, der die verschiedenen, auch nicht gynäkologischen Disziplinen und Patientenvertreter miteinbezieht. Zeitlich wie auch finanziell (wie im Falle der AWMF-Leitlinien mit Kosten von über 100 000 Euro!) ist die Erarbeitung aufwendig. Als «systematische Reviews mit Handlungsempfehlungen» beruhen diese Leitlinien und Expertenbriefe auf den aktuellen medizinischen Standards und dem Stand der Wissenschaft, womit sie

- Instrumente zur Weiter- und Fortbildung sind und
- das Wissen in den Praxisalltag weitergeben und dort als Orientierung dienen.

Sie sind allerdings nur inhaltlich verbindlich, aber nicht rechtlich bindend. Dennoch sind Abweichungen zu begründen, zumal diese Leitlinien und Expertenbriefe als Bezugspunkte bei Rechtsgutachten beigezogen werden.

## Merkmale

- **Leitlinien und Expertenbriefe kompilieren** das aktuelle medizinische Fachwissen.
- **Sie unterstützen Behandlungsprozesse** und Entscheidungsfindung und dienen als Handlungsanleitungen mit nützlichen Hinweisen für Diagnostik und Therapie.
- **Die SGGG stellt** Leitlinien, Expertenbriefe, Aufklärungsprotokolle sowie Patientinneninformationen kostenfrei zur Verfügung unter [www.sggg.ch](http://www.sggg.ch).
- **Obschon die Leitlinien und Expertenbriefe** inhaltlich, aber nicht rechtlich verbindlich sind, können sie als Bezugspunkte bei Rechtsgutachten beigezogen werden.

### 7 Guidelines und Expertenbriefe in der Urogynäkologie

Derzeit stehen in der Urogynäkologie 7 Guidelines und Expertenbriefe (*Tabelle*) gratis auf [www.sggg.ch](http://www.sggg.ch) zur Verfügung. Dazu können die folgenden präoperativen Aufklärungsprotokolle für Patientinnen genutzt werden:

- Blasenhalsonspritzung zur Behandlung der Harninkontinenz

- Schlingenoperationen bei Harninkontinenz
- Injektion von Botulinumneurotoxin Typ A (Botox) in die Blase
- Operationen bei Senkung/Vorfall der Beckenorgane von der Scheide her sowie
- Operation bei Senkung/Vorfall der Beckenorgane durch Bauchspiegelung oder Bauchschnitt.

Diese Dokumente sind ein wichtiger Beitrag zur evidenzbasierten Medizin und Förderung eines hochstehenden medizinischen Standards. Gerade in einem Fachgebiet wie der Urogynäkologie mit ihren vielen Kontroversen und Dutzenden von Operationstechniken und Netzen sowie der FDA-Warnung\* ist das bei deren Einsatz wichtig. Im Folgenden sollen – mit Ausnahme der beiden letzten geburtshilflichen – die *neueren Dokumente* kurz vorgestellt werden. Eine detaillierte Auflistung und Erörterung der Guidelines und Expertenbriefe würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, weshalb wir dringend empfehlen, die einzelnen Dokumente zu studieren.

### Diagnostik und Therapie des weiblichen Genitaleszenus

(AWMF 015-006 und Expertenbrief Nr. 61)

Die unter Federführung der DGGG erstellte 150-seitige Guideline ist eine systematische Evidenzrecherche und basiert auf Stufe S2e\*\*. Autoren der DGGG, ÖGGG und der SGGG arbeiteten daran gemeinsam mit Autoren anderer Fachrichtungen (Kolonproktologie, Urologie oder Physiotherapie) unentgeltlich. Einbezogen wurden Originalarbeiten aus den Jahren 2007 bis 2014 und auch die FDA-Warnung zum Einsatz von Meshes aus dem Jahr 2011.

Zum Einsatz von Netzen in der chirurgischen Behandlung von Senkungszuständen in der Schweiz nimmt der Expertenbrief Nr. 61 Stellung. Gemäss der bei-

den FDA-Warnungen im Jahr 2011 und 2016 gehören vaginale Netze neu in die Risikoklasse 3 (= hohes Risiko), und in der heutigen Beurteilung übersteigt das Schaden- bzw. Komplikationsausmass deren Nutzen. Erschwerend für die korrekte Lagebeurteilung ist der Umstand, dass gerade die häufig eingesetzten Netze *Prolift, Elevate und Perigee* untersucht und mittlerweile vom Markt zurückgenommen wurden. Damit beruhen aber die FDA-Empfehlungen auf Resultaten von Netztypen, die heute gar nicht mehr zur Verfügung stehen!

Die Senkungsoperationen sollen möglichst wenig invasiv sein, möglichst wenig Komplikationen und ein minimales Rezidivrisiko aufweisen. Die Indikation zur vaginalen Netzeinlage soll kritisch und zurückhaltend gestellt werden. Idealerweise sollen vaginale Netze nur im Rahmen von Studien eingelegt werden. Für nicht resorbierbare Netze sind Materialien der Amid-Klasse I gefordert (monofilamentäres, makroporöses Polypropylen). Entscheidend für den Einsatz von Netzen ist eine fundierte Ausbildung und Schulung an zertifizierten Weiterbildungszentren sowie ausreichende Erfahrung.

Indikation für die operative Behebung des Genitaleszenus ist der konservativ ausgeschöpfte Deszenus mit entsprechend hohem Leidensdruck nach erfolgter urogynäkologischer Diagnostik und präoperativer Aufklärung unter Berücksichtigung des Sexuallebens und der postoperativen Folgen. Es wird ein postoperativer Follow-up sowie eine korrekte Dokumentation gefordert. Bei der vaginalen Senkungsoperation soll primär kein Netz implantiert werden (siehe auch AWMF 015-006). Obschon unter Netzen weniger Rezidive auftreten, ist die subjektive Wahrnehmung der Patientin toleranter hinsichtlich einer Rezidivsenkung, während Netze (z. B. Prolift) doch auch eine Reoperationsrate von 10% aufweisen. Indikationen zur Netzeinlage sind Rezidivsituation, der laterale Defekt oder generell anatomische Befunde, bei denen eine Diaphragmaplastik oder eine apikale Fixation nicht sinnvoll oder möglich ist. In der Behandlung der Rektozele reicht meist die Kolpoperineoplastik mit einer Heilungsrate von 90%, die einer Netzexposition von 6 bis 12% bei netzunterstützten Deszenusoperationen gegenüberzustellen ist.

Ausreichend Evidenz liegt bei der abdominalen oder laparoskopischen Sakrokolpopexie vor, die idealerweise ohne totale, (d.h. nur mit suprazervikaler Hysterektomie) ausgeführt wird und die ungefähr mit der vaginalen sakrospinalen Fixation nach Amreich-Richter vergleichbar ist. Da Letztgenannte mit einer Operationsdauer von 60 bis 90 Minuten deutlich kürzer ist als die laparoskopische Sakrokolpopexie mit 120 bis 240 Minuten, ist das vaginale Vorgehen eine gute Option für ältere, die laparoskopische dagegen für jüngere Patientinnen. Bei Wunsch nach Uteruserhalt sind beide Zugänge vertretbar (AWMF 015-006).

\* <https://www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants>  
 \*\* S2e steht für evidenzbasierte Leitlinie und entspricht einer systematischen Recherche mit Auswahl und Bewertung der Literatur. Muche-Borowski C, Kopp I.: Wie eine Leitlinie entsteht. Z Herz- Thorax- Gefässchir (2011) 25: 217.

**Abkürzungen:**

<b>AUG</b>	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie
<b>AWMF</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>DGGG</b>	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
<b>FDA</b>	U.S. Food and Drug Administration
<b>HWI</b>	Harnwegsinfektion
<b>KLV</b>	Krankenpflege-Leistungsverordnung
<b>OAB</b>	Overactive bladder syndrome (überaktive Blase)
<b>ÖGGG</b>	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
<b>SGGG</b>	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
<b>StAR</b>	Strategie gegen Antibiotikaresistenzen

Tabelle:

**Die in der Schweiz vorhandenen urogynäkologischen Leitlinien und Expertenbriefe der AUG und der SGGG (Stand 4. August 2019).**Sie sind auf der Homepage der SGGG unter [www.sggg.ch/fachthemen](http://www.sggg.ch/fachthemen) aufrufbar oder im Layout der GYNÄKOLOGIE mit u.g. QR-Code.

Typ	Datum	Titel
Guideline AWMF 015-006 S2e	31. 10. 2015 V 1.1	Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis
Expertenbrief 61	7. 12. 2018	Der Einsatz von Netzen bei Senkungsoperationen
Expertenbrief 44	16. 6. 2016	Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz
Expertenbrief 53	13. 6. 2018	Botulinumtoxin Typ A bei idiopathischer OAB
Expertenbrief 58	6. 6. 2018	Akute und rezidivierende Harnwegsinfektionen
Leitlinie AWMF 015-079	2. 10. 2014 V 1.0	Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt
Expertenbrief 29	1. 1. 2012	Der Beckenboden während Schwangerschaft und nach der Geburt

Bei der laparoskopischen Sakrokolpopexie sind in 22% der Fälle eine De-novo-Belastungsinkontinenz und in 2,9% der Fälle Blasenerosionen nach 5 Jahren zu bedenken; bei der abdominalen Sakrokolpopexie sind in 10,5% der Fälle Netzexpositionen nach 7 Jahren beschrieben. Bei der Operationsindikation sind der erhöhten Rezidivrate bei Zystozele mit apikalem Defekt, einem höhergradigen Genitaldeszensus, Rezidivsituation, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und generell erhöhter Belastung des Beckenbodens Rücksicht zu tragen.

### **Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Expertenbrief Nr. 44)**

Die Vielzahl an Inkontinenzschlingen auf dem Schweizer Markt veranlasste das BAG, Qualitätsrichtlinien in der chirurgischen Behandlung der Belastungsinkontinenz zu fordern, worauf der Expertenbrief aktualisiert wurde. Die Leistung Haminkontinenzoperation soll weiterhin verfügbar, der Zugang geregelt und gesichert sein sowie die Qualität verbessert werden. 2003 wurden die Schlingenoperationen – mit Ausnahme des adjustierbaren Inkontinenzsystems Reemex – auf Antrag der AUG in die KLV aufgenommen. Inkontinenzschlingen (und Netze) müssen aus Materialien der Amid-Klasse 1 bestehen.

Indikation für eine Schlingenoperation sind die konservativ ausgeschöpfte Therapie und die von einem Facharzt zumindest mittels urogynäkologischer Basisdiagnostik, eventuell sogar urodynamisch, objektivierte belastungs-(betonte Misch-)Inkontinenz mit einem seitens der Patientin entsprechend hohem Leidensdruck. Bei Genitaldeszensus mit manifester oder schwerer larvierter Belastungsinkontinenz kann die gleichzeitige Schlingeneinlage diskutiert werden. Die transobturatorischen und retropubischen Zugangswege sind vergleichbar geeignet, wobei der retropubische (z. B. das tension-free vaginal tape, TVT) bei hypotoner Urethra der transobturatorischen Technik überlegen ist.

**Hinweis:**

Die Expertenbriefe erscheinen – ausser auf der Homepage der SGGG auch – in verifizierter Printform und in ansprechendem Layout in GYNÄKOLOGIE – [www.ch-gynaekologie.ch](http://www.ch-gynaekologie.ch) – (siehe Archiv).

Per QR-Code können die aktuellen Expertenbriefe abgerufen werden:

- **Der Einsatz von Netzen bei Senkungsoperationen**

Expertenbrief Nr. 61



- **Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)**

Expertenbrief Nr. 44



- **Akute und rezidivierende Harnwegsinfektionen**

Expertenbrief Nr. 58



- **Botulinumtoxin Typ A bei idiopathischer OAB**

Expertenbrief Nr. 53



Weitere SGGG-Expertenbriefe, **die in verifizierter Form in der Schweizer Zeitschrift für Gynäkologie publiziert wurden**, sind auf der Homepage der GYNÄKOLOGIE aufgeschaltet unter:

<https://www.rosenfluh.ch/gynaekologie/expertenbriefe>

Von Minischlingen wird abgeraten; ebenso sollen ausserhalb von Studienbedingungen keine Modifikationen erfolgen. Der Nachweis respektive Ausschluss einer Blasenläsion (in etwa 5% der Fälle bei retropubischen Techniken) erfolgt durch die intraoperative Zystoskopie. Eine zufriedenstellende Miktion liegt bei einer Spontanurinmenge von mindestens 150 ml und einer Restharmmenge von unter 150 ml vor.

Die Arbeitsunfähigkeit soll in der Regel kurz gehalten werden (1–2 Wochen ab Operation). Untersuchungsbefunde, präoperative Aufklärung (SGGG-Aufklärungsprotokoll unter [www.sggg.ch](http://www.sggg.ch) erhältlich), Verlauf und die postoperative Nachkontrolle mit Restharnkontrolle müssen dokumentiert werden.

### **Botulinumtoxin Typ A bei idiopathischer OAB**

**(Expertenbrief Nr. 53)**

Bei überaktiver Blase (OAB) werden Indikation und Anwendung von Botulinumtoxin Typ A (Botox®) definiert und geregelt. Botox® wurde am 9. Dezember 2013 von Swissmedic für die Indikation der idiopathischen OAB zugelassen und ist seit dem 1. Januar 2015 kassenpflichtig. Als Voraussetzung für die Kostenübernahme und Injektion verlangt das BAG das Vorliegen einer therapierefraktären idiopathischen oder neurogenen OAB nach fachärztlicher Beurteilung und urogynäkologischer oder neuro-urologischer Vorabklärung mit Urodynamik in einem Zentrum mit entsprechender Expertise. Therapierefraktär bedeutet, dass die Patientin mindestens ein Medikament zur Behebung der OAB ausprobiert haben muss und dieses wegen fehlender Wirkung oder aufgrund Nebenwirkungen sistiert hat. Ein hoher subjektiver Leidensdruck der Patientin muss vorliegen. Kontraindikationen für die Botox-Injektion sind unter anderem ein unbehandelter florider Harnwegsinfekt, Ablehnung der Patientin gegenüber einem Katheterismus sowie Schwangerschaft und Stillzeit. Der Expertenbrief nimmt zudem Stellung zu Dosierung, Injektionstechnik, postoperativem Follow-up, Komplikationen und Wirkdauer.

### **Akute und rezidivierende Harnwegsinfektionen**

**(Expertenbrief Nr. 58)**

Neu wird nicht mehr auf eine asymptomatische Bakteriurie gescreent, auch nicht in der Schwangerschaft. Ein akuter HWI soll jedoch korrekt und mit einem blasenspezifischen Antibiotikum so kurz wie möglich behandelt werden. Eine asymptomatische Bakteriurie wird nur noch bei Risikopatientinnen oder vor urogynäkologischen Operationen behandelt. Gemäss der Strategie gegen Antibiotikaresistenzen (StAR) des BAG sollen antibiotikafreien Varianten der Vorzug gegeben werden. Hier eignen sich auch nicht steroidale Antiphlogistika. Auch bei einer urodynamischen Untersuchung oder Zystoskopie bedarf es keiner routinemässigen Antibiose und keiner Endokarditisprophylaxe. Dagegen soll eine Antibiotikaprophylaxe bei urogynäkologischen Eingriffen mit oder ohne Netzeinlage mit einem Cephalosporin der zweiten Generation erfolgen. Bei signifikantem Restharn ist die Ursache zu beheben, andernfalls zu katheterisieren, nicht aber antibiotisch zu behandeln. Eine Senkungsoperation scheint die Inzidenz präoperativ bestehender rezidivierender HWI nicht zu verringern. ■

*Dr. med. David Scheiner  
(Erstautor, Korrespondenzadresse)  
E-Mail: [david.scheiner@usz.ch](mailto:david.scheiner@usz.ch)*

*PD Dr. med. Cornelia Betschart  
Prof Dr. med. Daniel Fink  
PD Dr. med. Daniele Perucchini*

*Klinik für Gynäkologie  
Universitätsspital Zürich  
8091 Zürich*

*Interessenkonflikte: keine.*