

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

publiziert bei:



AWMF-Register Nr.	015/006	Klasse:	S2e
--------------------------	----------------	----------------	------------

Leitlinienreport

Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitales (015 – 006)

1. Geltungsbereich und Zweck

○ Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Der Descensus genitales der Frau ist häufig und kann die Lebensqualität stark einschränken. Sowohl durch die längere Lebenserwartung als auch durch Veränderungen des Lebensstils ist mit einer Steigerung von Beckenbodenproblemen zu rechnen, die neben einer adäquaten Diagnostik eine Expertise für eine individuelle konservative und/oder operative Therapie voraussetzen.

○ Zielorientierung der Leitlinie

Es ist das Ziel dieser Leitlinie, einen evidenzbasierten Überblick über die Diagnostik, konservative und operative Therapie des weiblichen Genitalesdescensus zu geben und konkrete Entscheidungshilfen für eine adäquate und individuelle Patientinnenbetreuung bereitzustellen.

○ Patientenzielgruppe

Diese Leitlinie betrifft Patientinnen mit symptomatischem oder asymptomatischem genitalem Descensus mit oder ohne Harninkontinenz.

○ Versorgungsbereich

Ambulant und stationär; überregional Deutsch-sprachige Länder; sektorübergreifend

○ Anwenderzielgruppe/Adressaten

Gynäkologinnen/Gynäkologen
Koloproktologinnen/Koloproktologen
Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten

Die Leitlinie gilt außerdem als Information für Urologinnen/Urologen sowie Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

○ Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Die Leitliniengruppe wurde als multidisziplinäre Expertengruppe für die drei deutschsprachigen Länder Deutschland, Österreich und Schweiz zusammengesetzt. Die jeweiligen Fachgesellschaften der drei Länder haben Experten entsandt, die aktiv an der Gestaltung der Leitlinie mitgearbeitet haben.

Beteiligt waren neben GynäkologInnen auch Koloproktologen und PhysiotherapeutInnen, die Mitglieder verschiedener Fachgesellschaften sind.

Folgende Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften waren durch Vertreter an der Leitlinienerstellung beteiligt:

- Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und Plastische Beckenbodenrekonstruktion (AGUB) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
 - Dr. Stefan Albrich, Mainz
 - PD Kaven Baessler, Berlin (LL-Koordinatorin)
 - Prof. Dr. Christoph Anthuber, Starnberg
 - PD Dr. Dominique Finas, Lübeck
 - Dr. Thomas Fink, Berlin
 - Prof. Boris Gabriel, Wiesbaden
 - PD Markus Hübner, Tübingen
 - PD Katharina Jundt, München
 - Dr. Liane Logé, Hof
 - PD Gert Naumann, Erfurt
 - Prof. Ursula Peschers, München
 - Prof. Alexander Strauss, Kiel
 - Prof. Ralf Tunn, Berlin
- Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie Schweiz (AUG)
 - Prof. Annett Kuhn, Bern
 - Prof. Volker Viereck, Frauenfeld
- Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie Österreich (AUB)
 - Dr. Stephan Kropshofer, Innsbruck
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
 - Prof. Oliver Schwandner, Hamburg
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)
 - PD Dr. Frank Hetzer, Schaffhausen
- Deutscher Verband für Physiotherapie/AG Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (ZVK)
 - Ulla Henscher
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK)
 - Bärbel Junginger

Die Mitglieder der AGUB wurden über die anstehende Leitlinienüberarbeitung per Email informiert und an der Mitarbeit Interessierte wurden gebeten, sich beim Vorstand zu melden. Gleichzeitig wurden AGUB-Mitglieder vom Vorstand kontaktiert und um Ihre Mitarbeit gebeten. Die Co-Autoren der anderen Fachgesellschaften/ Arbeitsgemeinschaften wurden von dem jeweiligen Vorstand benannt und anschließend von der LL-Koordinatorin kontaktiert.

○ **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten**

Patientinnen wurden nicht direkt in die Erstellung der Leitlinie eingebunden, da dies die systematische Evidenzdarlegung erschwert hätte. Der durch die Patientin empfundene Leidensdruck eines Descensus genitalis sowie der Wunsch nach konservativer oder operativer Therapie wurden jedoch im Vorfeld durch validierte Beckenbodenfragebögen erhoben und publiziert (1, 2).

○ **Leitlinienarbeit**

Nach Anfrage von Interessenten innerhalb der AGUB und den Schweizer und Österreicher urogynäkologischen, koloproktologischen und physiotherapeutischen

Fachgesellschaften fand in Berlin am 15.09.2011 unter Federführung der damaligen AGUB-Präsidentin Prof. Christl Reisenauer und PD Kaven Baeßler ein Leitlinientreffen statt. Dieses erfolgte zusammen mit dem Treffen zur Leitlinienerstellung „Belastungsinkontinenz“.

Hier wurden die Ziele diskutiert und die Aufgaben verteilt. Die Moderation erfolgte durch Frau Muche-Borowski von der AWMF.

Die initiale Literatursuche und Erstellung der Evidenztabelle für die Descensus-Leitlinie war zwar bis 2012 erfolgt, jedoch brachten die Kommunikationen der FDA eine dramatische Wende für die operative Therapie der Genitaldescensus: Ein großer Teil der synthetischen Netze wurde vom Markt genommen von den Unternehmen, so dass die Evidenz „alt“ und unzulänglich war. Da neuere Verfahren noch keine weitreichenden Publikationen aufwiesen, wurde die Aktualisierung der Leitlinie verlängert.

Die weitere Kommunikation innerhalb der Gruppen erfolgte hauptsächlich per Email, aber auch an den AGUB-Versammlungen, die zweimal pro Jahr stattfanden. Außerdem wurde die Leitlinie am Jahreskongress der DGGG 2014 in München einem breiten Publikum vorgestellt und diskutiert.

Diagnostik, konservative und operative Therapie, Komplikationen und das perioperative Management wurden in Gruppen bearbeitet. Die Experten analysierten die wissenschaftliche Literatur zu dem Thema anhand von Schlüsselfragen entsprechend der Gliederung der Leitlinie. Patientinnen wurden nicht direkt in die Erstellung der Leitlinie eingebunden, da dies die systematische Evidenzdarlegung erschwert hätte. Der durch die Patientin empfundene Leidensdruck eines Descensus genitales sowie der Wunsch nach konservativer oder operativer Therapie wurden jedoch im Vorfeld durch validierte Beckenbodenfragebögen erhoben und publiziert (1-5).

3. Methodologische Exaktheit

Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

o Schlüsselfragen:

1. Welche Diagnostik ist sinnvoll, um das Bild eines Descensus genitales erfassen und adäquat therapieren zu können?
2. Welche konservativen Therapien stehen mit welcher Evidenz und Indikation zur Verfügung und was sind die Erfolgsraten und Komplikationen?
3. Welche operativen Verfahren stehen mit welcher Evidenz und welchen Indikationen zur Verfügung und was sind die Erfolgsraten und Komplikationen?

o Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Die vorhandene AWMF-S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Descensus genitales wurde aktualisiert und durch eine systematische Literaturrecherche (s.u.) erweitert. Konsultiert wurden außerdem bekannte internationale Leitlinien wie die der ACOG (6), NICE (<https://www.nice.org.uk/guidance/ipg280>, <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg281>, <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg282>, <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg284>), SCENIHR (http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenih_r_o_049.pdf) und die FDA-notification (<http://www.fda.gov/downloads/medicaldevices/safety/alertsandnotices/ucm262760.pdf>).

o Systematische Literaturrecherche

Es fand eine umfassende Literatursuche in Medline, Embase, Cinahl, Pedro und im Cochrane-Register, in den jeweiligen Referenzlisten und in den Abstracts der Annual Meetings der International Continence Society (ICS) und der International Urogynecological Association (IUGA) statt. Um ein Standard an Qualität zu sichern, wurden Abstracts nur eingeschlossen, wenn es sich um randomisierte Studien handelte, die als Podiumpräsentation vorgestellt und diskutiert wurden. Diese beiden Fachgesellschaften lassen nur Abstracts nur Präsentation zu, die ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen haben, wobei die Reviewer geblindet sind hinsichtlich Autoren und Institution.

Der ursprünglich geplante Literatureinschluss bis 2011 wurde nach der 2. FDA-notification im Juli 2011 zum Einsatz von synthetischem Netz in der vaginalen Deszensuschirurgie erweitert. Publikationen (inkl. elektronische) bis 2014 wurden eingeschlossen.

Einschlusskriterien:

- o Originalarbeiten seit 2007
- o Nachkontrollzeitraum von mindestens 12 Monaten für die Beurteilung der Erfolgsraten, für die Beschreibung von perioperativen Komplikationen keine Limitierung.
- o Es gab keine Sprachbeschränkung.

Definition für den anatomischen Erfolg einer Operation:

Deszensus von maximal Stadium 1 entsprechend der IUGA/ICS-Prolaps-Quantifizierung. Ein Stadium-2-Rezidiv gilt als anatomisches Versagen. Ein annäherndes Äquivalent ist der Baden-Walker-Grad 2, d.h. „prolapse to the hymen“, während Grad 1 („prolapse half-way to the hymen“) noch als Erfolg bzw. normal gewertet wird, solange keine Symptome bestehen.

Die Literatursuche erfolgte durch die einzelnen AutorInnen, die den unterschiedlichen Kapiteln der Leitlinie (Kompartimente/konservative und operative Therapien mit und ohne synthetische oder biologische Implantate/Komplikationen) zugeordnet waren. Es erfolgte eine Kontrolle auf Vollständigkeit der Literatur durch die Leitlinienkoordinatorin und durch jeweils andere Vertreter der Fachgesellschaften. Zur Prüfung der vorgeschlagenen Evidenzlevel wurden auch die SIGN-Checklisten des AWMF-Regelwerks orientierend herangezogen.

Suchwörter: pelvic organ prolapse, cystocele, rectocele, enterocele, uterine prolapse AND therapy / pessary / pelvic floor exercises / pelvic floor training / surgery / repair / colporrhaphy / sacrocolpopexy / sacral colpopexy / mesh AND stress urinary incontinence AND ultrasound / ultrasonography / urodynamics / complications

Einzelne Ergebnisse der Literatursuche

Diagnostik mit Ultraschall

Zeitpunkt der Recherche: 2013

Suche in o.g. sowie AWMF-LL: Sonographie im Rahmen der urogynäkologischen Diagnostik. Registernummer 015 - 055. Klassifikation S2k. Stand: 31.12.2013 , gültig bis 31.03.2017

Schlüsselwörter: ultrasound, urogynecology, cystocele, enterocele, rectocele, pelvic floor ultrasound, levator ani avulsion, funneling of urethra, hypermobility of urethra, central defect, lateral defect, mesh, tape, polypropylene mesh, cystocele repair, rectocele repair

Anzahl der eingeschlossenen Paper: 31

Beckenboden-Therapie

Ergebnisse der Recherchen des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) aus PEDro, PubMed, Cochrane und Cinahl (siehe ausführliches Protokoll als Anlage)

n = 15

Ausschluss der Duplikate und Veröffentlichungen, die nicht in englischer oder deutscher Sprache sind, Abstrakt und Volltextprüfung

n = 7

Eingeschlossene Studien (n = 6) und systematischen Reviews (n = 2).

n = 8

Die Suche wurde nach dieser Recherche jedoch auf alle Sprachen und bis 12/2014 ausgeweitet. Eine weitere randomisierte Studie wurde gefunden und eingeschlossen. Des Weiteren wurden fünf Studien zum perioperativen Beckenbodentraining gefunden.

Insgesamt eingeschlossene Studien mit Originaldaten: 11

Pessartherapie

Suchwörter: pelvic organ prolapse/ cystocele/ enterocele/ rectocele AND pessary

1. Recherche: 04/2011

Recherche nach Verlängerung der LL : bis 12/2014

Anzahl der gefundenen Paper: 23

Eingeschlossene Paper: 22

Operationen mit biologischen Implantaten

Suchwörter: Pelvic organ prolapse/genital prolapse AND intestine/ submucosa AND transplants/graft/ pelvicol/dermis/porcine

Treffer 2011: 36 Studien, eingeschlossen 14

Aktualisierung Dezember 2014, keine Änderungen

Mittleres Kompartiment

Sakrokolpopexie

Suchwörter: Pelvic organ prolapse/genital prolapse/vault prolapse/enterocele AND sacrocolpopexy/ sacral colpopexy/ hysteropexy/ promontofixation

Treffer 2007-2014: 117 Studien, eingeschlossen: 14 nach Auswertung zweier systematischer Reviews

Sakrospinale Fixation

Suchwörter: Pelvic organ prolapse/genital prolapse/vault prolapse/enterocele AND sacrospinous fixation / Amreich-Richter

Treffer 2007-2014: 73

Eingeschlossen: 9 nach Auswertung zweier systematischer Reviews

Sakrouterinligament-Fixation

Suchwörter: Pelvic organ prolapse/genital prolapse/vault prolapse/uterine prolapse AND uterosacral / McCall /Shull/ pouch of Douglas obliteration

Treffer 2007-2014: 117 Studien, eingeschlossen: 12 nach Auswertung zweier systematischer Reviews

Anteriores und posteriores Kompartiment: Operationen mit Eigengewebe

Suchwörter: pelvic organ prolapse/ genital prolapse / cystocele/rectocele/ enterocele AND colporrhaphy, anterior/posterior repair, native tissue repair, paravaginal repair, lateral repair/surgery

Treffer 1. Suche 2007-2011: 405

Treffer 2. Suche 2011-2014: 305

Eingeschlossen: anterior: 38, posterior: 15

Anteriores und posteriores Kompartiment: Operationen mit synthetischen Netzen

Suchwörter: pelvic organ prolapse, alloplastic, mesh, cystocele, rectocele, perigee, apogee, elevate

1. Recherche: 02.12.2011: 79

2. Recherche: 21.10.2014: 87

Eingeschlossen: 34 anterior, 8 posterior

Deszensus und Belastungsinkontinenz

Suchwörter: Pelvic organ prolapse/genital prolapse/cystocele/rectocele AND surgery AND incontinence

Ausschlusskriterien

Operationen, die nicht mehr Standard sind oder vom Markt genommen wurden (z.B. IVS, Stamey, Rotundofixation, Marlex oder Teflon-Mesh)

Treffer 1. Suche 2007 bis 2011: 148 Studien

Treffer 2. Suche 2011 bis 2014: 263 Studien, eingeschlossen: 29

Kolpopleisis

Suchwort: Colpocleisis

Treffer 2011: 132

Treffer 2013 145

Eingeschlossen: 6 Studien nach Auswertung eines Reviews

Komplikationen

Suchwörter: pelvic organ prolapse / genital prolapse / cystocele / rectocele / enterocele / uterine prolapse AND therapy / treatment / operation / mesh AND female / women AND complication / mesh shrinkage / mesh erosion / chronic pelvic pain / dyspareunia / adverse event / sacral colpopexy / extrusion / infection / abscess sinus tract / pain / hematoma

Treffer 1. Recherche: 25.11.2011 für Zeitraum 2007-2011: 2505 Studien, eingeschlossenen: 44

Treffer 2. Recherche: 10.1.2014 für den Zeitraum 25.11.2011-10.1.2014: 1620 Studien, zusätzlich eingeschlossen: 6

Perioperatives Management

Zeitpunkt der 1. Recherche: November 2011

Zeitpunkt der 2. Recherche: Dezember 2014

Schlüsselwörter

Pelvic organ prolapse/ hysterectomy AND perioperative management, perioperative pain, perioperative complication, renal function, bleeding, urethral catheter, urogenital surgery

Anzahl der initial gefundenen Paper: 37 (19 RCTs)

Eingeschlossen: 13

Querverweise auf AWMF-Leitlinien

Schmerztherapie (Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen.

Registrierungsnummer: 001-025, Entwicklungsstufe: S3),

Thromboseprophylaxe (Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE).

Registrierungsnummer: 003-001, Entwicklungsstufe: S3),

Ultraschall (Sonographie im Rahmen der urogynäkologischen Diagnostik.

Registernummer 015 - 055. Entwicklungsstufe S2k),

Hysterektomie (Hysterektomie, Indikation und Methodik. Registrierungsnummer: 015-

070, Entwicklungsstufe: S3),

Antibiotikaprophylaxe (Perioperative Antibiotikaprophylaxe. Registrierungsnummer: 029-

022, Entwicklungsstufe: S1) und

Prophylaxe von Lagerungsschäden (Lagerungsbedingte Schäden in der operativen

Gynäkologie, Empfehlungen zur Verhinderung. Registrierungsnummer: 015-077,

Entwicklungsstufe: S1).

o **Auswahl der Evidenz**

Ausgewählt wurden randomisierte, prospektive und retrospektive Studien, die nach Evidenzgrad gelistet und bewertet wurden. Fallberichte wurden bei Komplikationen berücksichtigt. Es wurden Originalarbeiten seit 2008 eingeschlossen, da die vorherige Leitlinie Literatur bis 2007 einschloss. Diese wurde jedoch erneut aufgearbeitet, um Metaanalysen erstellen zu können. Für die Berechnung von Erfolgsraten war ein Nachkontrollzeitraum von mindestens 12 Monaten für die Beurteilung notwendig. Für die Beschreibung von perioperativen Komplikationen gab es keine Limitierung.

Außerdem wurde nach systematischen Reviews zu Operationen bei Genitaldescensus gesucht, die klare und nachvollziehbare Ein- und Ausschlusskriterien dokumentierten und unseren Kriterien entsprachen.

Es gab keine Sprachbeschränkung.

o **Bewertung der Evidenz**

Die Evidenzgraduierung in dieser Leitlinie erfolgte nach Oxford-Kriterien, damit ein leitlinientypischer Empfehlungsgrad formuliert werden kann. Zur Orientierung und Beurteilung wurden die von der AWMF auch empfohlenen SIGN Checklisten für die einzelnen Studientypen genutzt (allerdings nicht komplett ausgefüllt). Kritische Anmerkungen zur Qualität der Studien, deren Einschlusskriterien oder Outcome-Parameter und sonstige Besonderheiten wurden berücksichtigt und jeweils in den einzelnen Kapiteln dargelegt.

Die eingeschlossenen systematischen Reviews entsprachen ebenfalls diesen Kriterien.

○ **Erstellung von Evidenztabelle**

Für alle relevanten Therapieverfahren in den einzelnen Kompartimenten des Beckenbodens wurden Evidenztabelle erstellt und in die Leitlinie integriert. Insbesondere für die Metaanalysen sind diese Tabelle essentiell und erhalten wichtige Informationen, die nicht alle im Text einzeln wiedergegeben sind.

Die Mitglieder der Leitliniengruppe erhielten verschiedene Aufgaben zur Literaturrecherche, die von ihnen in Tabelle zusammengestellt und zusammengefasst wurden. Eine Kontrolle der eingeschlossenen Literatur auch hinsichtlich Vollständigkeit sowie die Metaanalysen erfolgten durch die Leitlinienkoordinatorin.

Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

○ **Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung**

Dies ist eine S2e –Leitlinie und basiert auf einer systematischen Literaturrecherche. Trotzdem wurden alle Empfehlungen durch die Mitglieder der Leitliniengruppe konsentiert, da unter Berücksichtigung von Komplikationen, ökonomischen Aspekten und Patientinnenwünschen durchaus verschiedene Interpretationen der Ergebnisse möglich waren.

○ **Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes**

Der Auswertung von Lebensqualität- und Symptom-spezifischen Fragebögen kam eine besondere Bedeutung zu. Dies war auch aufgrund der zwei FDA-Warnungen zum Einsatz von vaginalen synthetischen Netzen notwendig. Bei der Formulierung der Empfehlungen wurde dies berücksichtigt und sowohl im Text als auch in den Evidenztabelle sind Komplikationen der Verfahren beschrieben.

○ **Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und/ oder Empfehlungsgraden**

Die Formulierung der Empfehlungen erfolgte nach der umfassenden Darstellung der Literatur, spezifischer Komplikationen und Probleme im Text und in den Evidenztabelle und ggf. nach Kalkulation der Metaanalysen. Damit wird eine Transparenz erreicht, die sich aus dem Text erschließt.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

○ **Pilottestung**

Eine Pilottestung der Leitlinie wurde von der Leitliniengruppe nicht als notwendig erachtet, da die Empfehlungen von der Gruppe schon angewendet werden und die Konsentierung auch unter dem Aspekt der klinischen Relevanz und Realisierbarkeit erfolgte.

○ **Externe Begutachtung**

Vor der Verabschiedung der Leitlinie erfolgt die Vorstellung in der Leitlinienkommission der DGGG, die durch konstruktive Kritik und externe Begutachtung die Anwendung der Leitlinie verbessern soll.

○ **Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen**

Die Vertreter der Fachgesellschaften haben ihr Mandat zur Verabschiedung der Leitlinie dargelegt und diese mitverfasst und komplett konsentiert. Sie hatten die Prokura ihrer Fachgesellschaften.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

o Finanzierung der Leitlinie

Die Reisekosten für das Treffen der Leitlinienautorinnen und –autoren wurden von den jeweiligen Fachgesellschaften übernommen. Die Treffen bei den AGUB-Sitzungen wurden nicht finanziert. Ebenso erfolgte keine weitere Finanzierung der Experten; die Expertenarbeit war also unentgeltlich. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) stellte einen Betrag von 1500 Euro zur Verfügung für die Erstellung der Leitlinien Belastungsinkontinenz und Descensus, welcher auf das Konto der AGUB überwiesen wurde. Hiervon wurde das Honorar für die moderierten Leitlinien-Gruppen-Sitzungen beglichen, ebenfalls für beide Leitlinien. Es gab keine finanzielle oder andere Unterstützung von kommerziellen Interessengruppen.

o Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Die Erklärungen über Interessenkonflikte über das Formblatt der AWMF liegen von allen LeitlinienautorInnen vor und sind tabellarisch in der Leitlinie zusammengestellt. Die Originalformblätter vom Beginn der Leitlinienarbeit 2011 sind bei der LL-Koordinatorin hinterlegt.

Neben der Selbstbewertung der Angaben durch die LeitlinienautorInnen erfolgte die Beurteilung durch die Leitlinien-Koordinatorin und Prof. Werner Bader, AGUB Past President: Einige Mitglieder der Leitliniengruppe erhielten Honorare für Vortragstätigkeiten oder finanzielle Zuwendungen für Forschungsvorhaben von Firmen, die auch Materialien für verschiedene Operationsverfahren herstellen, die in der Leitlinie analysiert wurden. Außerdem waren einige Autoren von Studien, die in der Leitlinie beurteilt wurden.

Keiner dieser Mitglieder fühlte sich in der Selbstbewertung dadurch beeinflusst. Die möglichen Interessenkonflikte wurden jedoch bei der Verabschiedung der Leitlinie und ihrer Empfehlungen berücksichtigt. Hätte dieses Mitglied z.B. eine andere Meinung zu den Empfehlungen vertreten, wäre diese zurückgestellt worden, da ein Interessenkonflikt nicht auszuschließen gewesen wäre. Da jedoch alle Empfehlungen einstimmig durch die Mitglieder der Leitliniengruppe angenommen wurden, ist der Einfluss durch potentielle Interessenkonflikte vernachlässigbar.

Öffentliche Diskussionen über die Wertung einzelner Operationsverfahren erfolgten im Vorfeld an den AGUB-Sitzungen und der öffentlichen Präsentation am Kongress der DGGG 2014. Zum Zeitpunkt der Formulierung der Empfehlungen war die Diskussion der Datenlage einvernehmlich abgeschlossen.

6. Verbreitung und Implementierung

o Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Die Leitlinie „Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis“ wird auf der AWMF -Homepage und den jeweilig beteiligten Fachgesellschaften publiziert. Des Weiteren wird eine Veröffentlichung in einer gynäkologischen Fachzeitschrift angestrebt (Geburtshilfe und Frauenheilkunde z.B.). Eine DIA- und Patientinnen-Version sowie Kurzfassung wird zur Verfügung gestellt, die auch Patientinnen helfen soll, einen Überblick zu erlangen.

Auf nationalen Kongressen (inkl. Schweiz und Österreich) sowie Newslettern der Fachgesellschaften wird auf die Leitlinie verwiesen werden, um sie möglichst breit implementieren zu können.

- **Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie**
Kurz- und Dia-Version auch für Patientinnen
- **Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen**
Die Leitlinie enthält auch Hinweise zu möglichen ökonomischen Konflikten. Diese stehen aber zurzeit nicht im Gegensatz zu den Empfehlungen. Im Vordergrund steht die individuelle partizipative Entscheidungsfindung mit der Patientin, wobei es für alle in der Leitlinie dargestellten konservativen und operativen Verfahren genügend Evidenz gibt.
- **Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren**
Messgrößen zum Monitoring existieren derzeit nur in Österreich im Sinne eines Operations-Registers. Die Implementierung eines Registers in Deutschland wird von der AGUB angestrebt.

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

- **Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status**
Die Leitlinie wurde im Oktober 2015 letztmalig überarbeitet. Sie ist 3 Jahre gültig bis Dezember 2018.
07.08.2018: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.09.2020
- **Aktualisierungsverfahren**
Die derzeitigen Mitglieder dieser Leitliniengruppe sind aufgefordert, ihre Aufgaben innerhalb der Leitlinie kontinuierlich fortzuführen und Literatur in die Tabellen einzuarbeiten für eine Aktualisierung. Die Leitlinie soll im Jahr 2018 aktualisiert sein, allerdings kann eine frühere Aktualisierung notwendig werden, wenn sich die Datenlage zu Operationsverfahren oder angewendeten Materialien substantiell ändert und die jetzigen Empfehlungen der Leitlinie damit obsolet werden. Dies wird bei den jährlichen Treffen der AGUB besprochen werden oder von der Leitliniengruppe selbst initiiert werden.

Als Ansprechpartnerin stehen die Leitlinienkoordinatorin PD Kaven Baessler sowie der jeweilige Vorstand der AGUB zur Verfügung.

Referenzen

1. Baessler K, Junginger B. [Validation of a pelvic floor questionnaire with improvement and satisfaction scales to assess symptom severity, bothersomeness and quality of life before and after pelvic floor therapy]. Aktuelle Urol. 2011;42(5):316-22.
2. Baessler K, Kempkensteffen C. Validierung eines umfassenden Beckenboden-Fragebogens für Klinik, Praxis und Forschung. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 2010;in press.
3. Baessler K, O'Neill S, Maher C. Prevalence, incidence, progression and regression of pelvic organ prolapse in a community cohort: Results of a 5-year longitudinal study" Neurourol Urodynam. 2006;25(6):520-2.
4. Baessler K, O'Neill S, Maher C, Battistutta D. Incidence and progression of urinary and faecal incontinence in women in the community: a longitudinal study. Neurourol Urodynam. 2005;24:472-3.
5. Baessler K, O'Neill SM, Maher CF, Battistutta D. A validated self-administered female pelvic floor questionnaire. Int Urogynecol J. 2010;21(2):163-72.
6. ACOG Practice Bulletin No. 85: Pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2007;110(3):717-29.

Tabelle: Zusammenfassung aller Interessenkonflikte

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
Kaven Baessler	-	-	DFG Transferbonus IBB / MTR Stiftung Charité (BIH)	-	-	-	DGGG AGUB IUGA	-	Charité Universitätsmedizin
Stefan Albrich	-	Astellas	-	-	-	-	DGGG, AGUB, IUGA, BVF, BGGF; DEGUM	-	Universitätsmedizin Mainz, Praxis „Frauenärzte Fünf Höfe“ München
Christoph Anthuber		-	-	-	-	-	DGGG AGUB	-	Klinikum Starnberg
Thomas Aigmüller							AUB, OEGGG, MKÖ, IUGA, ICS		Universitätsklinik für Gynäkologie und

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
									Geburtshilfe, Meduni Graz, Österreich
Dominique Finas							DGGG , AGUB, AGO, DKG		Evangelisches Krankenhaus Bielefeld EvKB
Thomas Fink	-	Astellas Pharma München Pharm-Allergan GmbH Frankfurt am Main	-	-	-	-	DGGG, AGUB	-	Sana Klinikum Berlin Lichtenberg
Christian Fünfgeld		Serag-Wiessner, AMS, AMI, PFM, Astellas, Maddaus, Recordati-	Aufwandsentschädigungen auf Drittmittelkonto der Klinik, das von der Verwaltung der Klinik				DGGG, AGUB ICOPF, International Collaboration of Pelvic Floor ISPP,		Klinik Tett nang

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
		Pharma, Bard, Coloplast	verwaltet wird, von den Firmen Serag-Wiessner, AMS, AMI, PFM persönlich: nein				International Society for Pelvi-Perineology		
Boris Gabriel	-	Serag-Wiessner	Serag-Wiessner	-	-	-	DGGG AGUB	-	JoHo Wiesbaden (ab 4/2014) Uni- Frauenklinik Freiburg (bis 3/2013)
Ulla Henscher							ZVK e.V.		
Franz H. Hetzer		Ethicon Endo-Surgery, Norderstedt					DGK (Deutsche Gesellschaft für Koloproktolo-		Spitäler Schaffhausen (bis 8/2015)

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
							gie) SGC, SGVC, DGCH, FMH Schweiz		Spital Linth Uznach (ab 9/2015)
Markus Hübner							DGGG, AGUB, BVF		Uniklinik Tübingen
Bärbel Junginger	-	Workshop der Gesellschaft für Koloproktologie (B.Braun Melsungen) Pharma Garant (Vortrag Clara-Angela-Foundation)			-	-	IFK e.V.	-	Charité Universitätsmedizin Berlin Beckenboden-Zentrum
Katharina Jundt							DGGG		Klinikum der

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
							AGUB BVF		Ludwig- Maximilians- Universität, München
Stephan Kropshofer	-	-	-	-	-	-	OEGGG AUB	-	Tirolkliniken
Annette Kuhn		Astellas					SGGG, AUG FMH Schweiz		Inselspital Bern
Liane Logé							DGGG AGUB AGO DEGUM		Sana Klinikum Hof GmbH
Gert Nauman	Advisory Board Pfleger, Pfizer	AMS, Astellas, Allergan					Vorsitzender AGUB		Universitätsm edizin Mainz Helios

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
									Klinikum Erfurt seit 2013
Tatiana Pfiffer	-	-	-	-	-	-	DGGG		Asklepios Klinik Harburg
Oliver Schwandner	Ethicon Endo-Surgery, Norderstedt; Covidien, Neustadt/Donau)	Ethicon Endo-Surgery, Norderstedt					CACP (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie) DGK (Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie)		Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg
Alexander Strauss							DGGG		Christian-Albrechts-

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit ¹	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften ²	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) ³	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/ Medizinprodukten ⁴	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds ⁵	Persönliche Beziehungen ⁶	Mitgliedschaft Fachgesellschaften/ Berufsverbände ⁷	Politische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen ⁸	Gegenwärtiger und frühere Arbeitgeber (< 3 Jahren)
							ABUB		Universität zu Kiel
Ralf Tunn	Astellas	AMS, Allergan, Astellas, Lilly	AMS	-	-	-	DGGG, AGUB	-	St.Hedwig Krankenhaus, Berlin
Volker Viereck	-	-	Astellas	-	-	-	SGGG, AUG, FMH Schweiz, DGGG, AGUB		Kantonsspital Frauenfeld

1 = Berater-bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

2 = Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

3 = Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

4 = Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)

5 = Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

6 = Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft

7 = Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung

8 = Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten

Erstellungsdatum: 08/1998
Überarbeitung von: 10/2015
Nächste Überprüfung geplant: 12/2018

07.08.2018: Gültigkeit der Leitlinie nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.09.2020

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online