



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Heft 37
Gebärmuttererkrankungen



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Heft 37

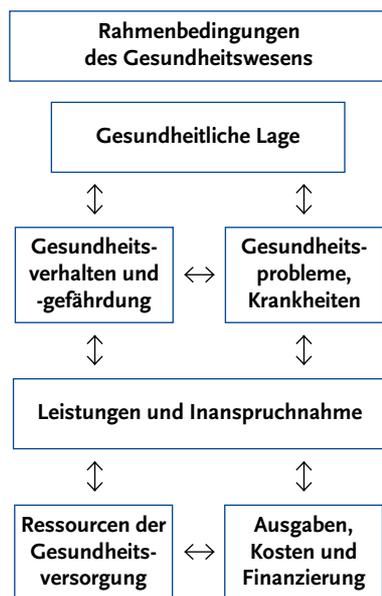
Gebärmuttererkrankungen

*Autorinnen: Ingeborg Jahn, Andrea Eberle, Christiane Niehues
unter Mitarbeit von Anjuli Birn und Kerstin Horch*

Herausgeber: Robert Koch-Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können

gebündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

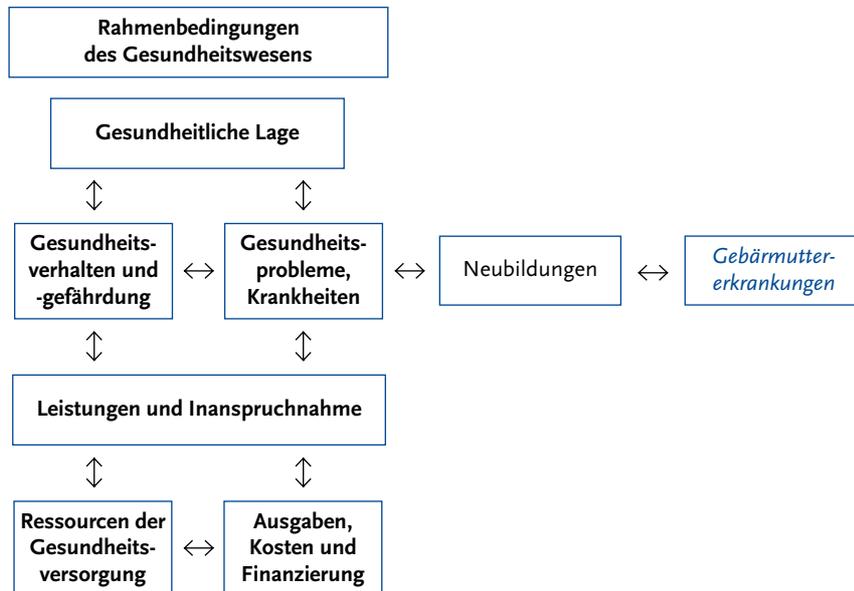
- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte sowie weitere GBE-Publikationen abgerufen werden.
www.gbe-bund.de

- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.
www.rki.de

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Das vorliegende Heft 37 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Gebärmuttererkrankungen« lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Bislang sind folgende Themenhefte der GBE erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«
- Heft 11 »Schuppenflechte«
- Heft 12 »Dekubitus«
- Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«
- Heft 14 »Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter«
- Heft 15 »Hepatitis C«
- Heft 16 »Übergewicht und Adipositas«
- Heft 17 »Organtransplantation und Organspende«
- Heft 18 »Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten«
- Heft 19 »Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit«
- Heft 20 »Ungewollte Kinderlosigkeit«
- Heft 21 »Angststörungen«
- Heft 22 »Hautkrebs«
- Heft 23 »Selbsthilfe im Gesundheitsbereich«
- Heft 24 »Diabetes mellitus«
- Heft 25 »Brustkrebs«
- Heft 26 »Körperliche Aktivität«
- Heft 27 »Schlafstörungen«
- Heft 28 »Altersdemenz«
- Heft 29 »Hörstörungen und Tinnitus«
- Heft 30 »Gesundheitsbedingte Frühberentung«
- Heft 31 »HIV und AIDS«
- Heft 32 »Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen«
- Heft 33 »Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt«
- Heft 34 »Doping beim Freizeit- und Breitensport«
- Heft 35 »Tuberkulose«
- Heft 36 »Prostataerkrankungen«

Adressen:

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 03018-754-3400
Fax: 03018-754-3513
gbe@rki.de
www.rki.de

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 03018-644-8121
Fax: 03018-644-8996
gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Schwerpunktberichte der GBE

- ▶ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- ▶ Pflege
- ▶ Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter

Gebärmuttererkrankungen

Einleitung

Das vorliegende Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes befasst sich mit den wesentlichen gutartigen und bösartigen Erkrankungen der Gebärmutter bzw. Erkrankungen, an denen die Gebärmutter beteiligt ist. Berücksichtigung finden – gemäß ICD-10 – insbesondere folgende Diagnosen bzw. Diagnosegruppen:

- ▶ Bösartige Neubildungen des Gebärmutterkörpers (C54, C55), des Gebärmutterhalses (C53) und der Eierstöcke (C56),
- ▶ Gutartige Neubildungen (D25–D28), insbesondere Myome (D25),
- ▶ Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (N70–N77), insbesondere der Gebärmutter (N71) und des Gebärmutterhalses (N72),
- ▶ Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80–N98), insbesondere Endometriose (N80), Genitalprolaps (N81), Blutungsstörungen (N92 + N93) und Regelschmerzen (N94).

Es werden die Verbreitung gutartiger und bösartiger Erkrankungen der Gebärmutter, Risiken für deren Entstehung und Aspekte der Versorgung dargestellt. Dabei spielen folgende Fragestellungen eine Rolle: Welche qualitative und quantitative Bedeutung haben Gebärmuttererkrankungen für Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen? Welche Behandlungsmethoden und Versorgungsangebote stehen zur Verfügung? Worin liegen Ansatzpunkte für die Verbesserung der Versorgungssituation?

Gutartige Erkrankungen der Gebärmutter sowie Funktionsstörungen und Beschwerden sind durch spezifische Charakteristika gekennzeichnet: Sie haben oftmals einen unmittelbaren Bezug zu spezifischen Lebensphasen von Frauen und die Grenze zwischen alltäglichen Beschwerden und Störungen und medizinisch behandlungsbedürftigen Diagnosen ist häufig verwischt. Körperliche, soziale und seelische Dimensionen der Beeinträchtigungen stehen zudem in einem engen Zusammenhang zu persönlichen Lebensumständen,

wie Partnerschaft und Sexualität, aber auch zu gesellschaftlichen Geschlechterverhältnissen [1]. Das Themenheft umfasst des Weiteren aktuelle Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung einschließlich der verstärkten Bedeutung der Patientinnensouveränität.

Die Datenlage in Bezug auf Krebserkrankungen hat sich mit der Etablierung bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in den letzten Jahren deutlich verbessert. Demgegenüber besteht für die sehr viel häufigeren gutartigen Erkrankungen, die vor allem durch ihren Einfluss auf die Lebensqualität von Frauen von Bedeutung sind, keine einheitliche bevölkerungsbezogene Routinedatenbasis. Zur Beschreibung der Häufigkeit und Verbreitung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter werden in diesem Bericht verschiedene Datenquellen herangezogen: Bevölkerungsbezogene Einzelstudien (u. a. Bundes-Gesundheitssurvey), die Krankenhausdiagnosestatistik sowie Informationen der gesetzlichen Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeit.

Wesentliche Versorgungsaspekte von Gebärmuttererkrankungen sind: Krebsfrüherkennung, operative Gynäkologie, alternative Heilverfahren und Selbsthilfe sowie gynäkologische Rehabilitation. Außerdem kommt der Prävention eine wichtige Rolle zu. Neben Kostenaspekten werden auch Ressourcen und ausgewählte Handlungsbedarfe der Versorgung dargestellt.

Krankheiten und Beschwerdebilder

Gutartige Gebärmuttererkrankungen

Gutartige Neubildungen

Die wichtigste Form gutartiger Neubildungen der Gebärmutter sind Myome (Uterusleiomyom, Uterus myomatosus). Myome sind rundliche Verdickungen des Myometriums (der Muskelschicht) der Gebärmutter und bestehen zum größten Teil aus Bindegewebsfasern. Myome treten gehäuft ab dem 35. Lebensjahr bei circa einem Drittel aller Frauen unseres Kulturkreises auf. Nach der Menopause verkleinern sich die Myome aufgrund niedrigerer Östrogenspiegel wieder. Ob Myome für die einzelne Frau Krankheitswert haben, das heißt Beschwerden verursachen, hängt von ihrem Sitz

und von ihrer Größe ab. Myome können auch die Empfängnis erschweren oder mitverantwortlich für eine Fehlgeburtneigung sein. Symptomlose Myome sind nicht therapiebedürftig.

Für die Behandlung von Myomen gibt es je nach Lage, Anzahl und Größe sowie in Abhängigkeit vom Auftreten von Symptomen mehrere Optionen, die von medikamentös-hormoneller Behandlung über organerhaltende Verfahren (hysteroskopische und laparoskopische Entfernung, radiologische Behandlung) bis hin zur Entfernung der Gebärmutter reichen.

Weitere gutartige Neubildungen der Gebärmutter sind Schleimhautpolypen im Bereich des Gebärmutterkörpers oder des Gebärmutterhalses sowie Hyperplasien (Zunahme der Zellschicht) der Gebärmutterinnenhaut. Auch gutartige Neubildungen an den Eierstöcken, insbesondere so genannte »funktionelle Zysten«, können mit Erkrankungen bzw. Eingriffen an der Gebärmutter in Verbindung stehen.

Entzündliche Krankheiten

Die entzündlichen Erkrankungen des inneren Genitale (im englischen Sprachraum: »pelvic inflammatory disease« (PID)) entstehen meist durch Aufsteigen pathogener Erreger vom Gebärmutterhals (Zervizitis) über die Gebärmutterinnenhaut (Endometritis), evtl. mit Beteiligung der Muskulatur (Myometritis), zu den Eileitern (Salpingitis), wobei häufig die Adnexe insgesamt, d. h. Eileiter und Eierstöcke, betroffen sind (Adnexitis). Klassische Symptome der Entzündung sind heftige Unterbauchschmerzen, Fieber und Blutbildveränderungen. Die Therapie der Wahl sind Antibiotika, Ruhe und abschwellend wirkende Medikamente. Bei fortschreitender Entzündung können Abszesse entstehen, die unter Umständen operativ behandelt werden müssen. Eine weitere Ausbreitung der Keime im Bauchraum kann zu Beckenbauchfellentzündung (Pelveoperitonitis) und bei Einbruch in die Blutbahn zur Sepsis (sog. Blutvergiftung) führen. Etwa ein bis zwei Prozent junger sexuell aktiver Frauen erkranken jährlich an einer Adnexitis, wobei bakterielle Scheideninfektionen, ein liegendes IUP (Intrauterinpessar, Spirale), soziale Faktoren und Rauchen begünstigende Faktoren sind. Problematisch ist die Entwicklung

chronisch-rezidivierender Entzündungen in deren Folge Adhäsionen (Vernarbungen), Schmerzen und Sterilität gehäuft auftreten.

Nichtentzündliche Krankheiten

Endometriose

Endometriose ist eine chronisch-rezidivierende meist östrogenabhängige Erkrankung, bei der sich endometriumähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutter ansiedelt: Am Eierstock als Zysten, an den Haltebändern der Gebärmutter, hinter der Gebärmutter (im so genannten Douglasraum), auf dem Peritoneum (Bauchfell) des kleinen Beckens, in der Gebärmutterwand, an Eileitern, Darm, Blase und Scheide, selten in Operationsnarben und entfernten Körperregionen. Endometriose zeigt sehr unterschiedliche Verläufe, nach Schätzungen sind zwischen fünf und 15 % der Frauen im gebärfähigen Alter davon betroffen. Die Symptome korrelieren nicht unbedingt mit dem Schweregrad der Erkrankung. Typisch sind an den Zyklus gebundene heftige Schmerzzustände. Schmerzarme Formen werden oft erst bei der Diagnostik eines unerfüllten Kinderwunsches entdeckt, bei dem die Endometriose – altersabhängig – in 30–50 % der Fälle eine Rolle spielt.

Endometriose ist aufgrund der Verschiedenartigkeit ihrer Erscheinungsformen häufig schwer zu diagnostizieren. Die bisher einzig sichere Möglichkeit der Feststellung ist die Bauchspiegelung mit Entnahme von Probestebe. Die Diagnose wird derzeit im Mittel erst nach sechs Jahren gestellt. Je nach Symptomatik, Ausdehnung und bisherigem Verlauf der Erkrankung sowie der Lebensplanung sollte eine individuell zugeschnittene und differenzierte Behandlung (z. B. Hormonbehandlung, Operation) erfolgen. Bei vielen Frauen steht die Erreichung von Schmerzfreiheit oder die Erfüllung des Kinderwunsches im Vordergrund [2].

Genitalprolaps, Senkung

Ein Genitalprolaps (Vorfall der Gebärmutter und/oder von Teilen der Scheide) ist die Folge einer Senkung (Deszensus) der Gebärmutter, auch von Blase und/oder Enddarm, aufgrund einer Schwächung der Haltestrukturen dieser Organe (Bindegewebe, elastische Strukturen, Beckenbodenmuskulatur). Mögliche Symptome sind Harninkontinenz, beginnend bei Belastung, z. B. bei Husten, später auch erschwerte Miktions (Harnlassen) und Restharn, verbunden mit gehäuften Infekten der Blase. Weiter können z. B. Probleme bei der Stuhlentleerung und ziehende Kreuzschmerzen auftreten. Bei der urogynäkologischen Diagnostik zur genauen Abklärung ist eine Harninkontinenz durch eine sog. »Drangblase« (Urge-Symptomatik) von den Senkungsbeschwerden abzugrenzen.

Leichte bis mittelstarke Senkungen der Gebärmutter lassen sich konservativ mit einem konsequenten Training (Beckenbodentraining) gut bessern. Bei der operativen Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass jede Rezidiv-Operation bei Deszensus und Inkontinenz das Risiko einer weiteren Verschlimmerung birgt, sodass auch nach einer Operation der Prävention einer erneuten Senkung besondere Bedeutung zukommt.

Blutungsstörungen und Unterbauchschmerzen

Blutungsstörungen können sowohl Symptom ernsthafter Erkrankungen als auch hormoneller (Dys-)Regulationen sein, die verstärkt in Belastungssituationen und perimenopausal vorkommen. Differentialdiagnostisch werden häufiger funktionelle Blutungsstörungen, die nicht mit einer organischen Erkrankung einhergehen, erfasst. Ein Therapiebedarf besteht z. B., wenn durch chronischen Blutverlust eine Eisenmangelanämie auftritt.

Unterbauchschmerzen treten mit unterschiedlicher Intensität bei natürlichen Ereignissen (wie beim Eisprung) sowie in Folge von Erkrankungen auf. Ursächlich können Entzündungen, Endometriose, Myome, Eierstockzysten, Verwachsungen oder eine Gebärmutterensenkung sein. Aber auch Gewalterfahrungen und Missbrauch, aktuelle Partnerschaftskonflikte und andauernde körperliche oder seelische Überlastung können Schmerzen im Genitalbereich auslösen oder ver-

stärken. Zur differentialdiagnostischen Klärung, d. h. zur Unterscheidung ähnlicher Krankheitsbilder, ist eine Laparoskopie indiziert.

Besonders Narbenschmerzen und verwachsungsbedingte Beschwerden (Adhäsionen) sind in der Praxis oftmals Anlass zu wiederholten chirurgischen Interventionen. Durch jede Intervention können weitere Adhäsionen entstehen, die eine Chronifizierung in Richtung einer Schmerzkrankheit begünstigen können. Demgegenüber sind konservative Maßnahmen, wie Balneo- und Physiotherapie, gezielte medikamentöse Schmerztherapie und Verhaltensänderungen (z. B. blähfreie Ernährung, Entspannung) sowie psychotherapeutische Unterstützung langfristig Erfolg versprechender.

Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane

Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom)

Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers (Corpus uteri) sind meist endometriale, das heißt von der Schleimhaut der Gebärmutter ausgehende, Karzinome. Als Vorstufe gilt die adenomatöse Hyperplasie des Endometriums (Hyperplasie = Zunahme der Zellzahl, Endometrium = Gebärmutter Schleimhaut).

Das Uterussarkom ist eine bösartige Bindegewebsgeschwulst und sehr selten.

Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom) macht sich durch unregelmäßige meist postmenopausale Blutungen bemerkbar. Die Diagnostik erfolgt durch Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) und fraktionierte Abrasio (Ausschabung). Therapie der Wahl beim Korpuskarzinom ist die Entfernung der Gebärmutter mit beiden Eierstöcken und Eileitern sowie des oberen Anteils der inneren Scheide unter Mitentfernung der Lymphknoten über einen Bauchschnitt. Die Nachbehandlung mittels Bestrahlung hängt von der Ausbreitung und dem feingeweblichen Befund ab. Bei Inoperabilität ist eine primäre Strahlentherapie möglich, infrage kommt z. B. auch eine Gestagentherapie.

Krebs des Gebärmutterhalses (Zervixkarzinom)

Als Krebs des Gebärmutterhalses wird die maligne Veränderung der Oberflächenzellen (Plattenepithel) des Gebärmutterhalses (Cervix uteri) bezeichnet. Ein kleinerer Teil der Zervixkarzinome ist im oberen Teil des Gebärmutterhalses lokalisiert und stammt von Drüsengewebe ab (Adenokarzinom). Frühe Veränderungen am Gebärmutterhals verlaufen ohne Symptome; treten Schmerzen und Blutungen auf, ist der Tumor häufig schon weiter fortgeschritten. Die Früherkennungsuntersuchung dient der Entdeckung von Krebsvorstufen (vgl. Abschnitt Verbreitung und Risiken). Bei sichtbarem Tumor erfolgt die Diagnosesicherung mittels Biopsie (Entnahme einer Gewebeprobe). Beim Abstrich festgestellte Dysplasien (Fehlbildungen von Zellen) werden je nach Befundkonstellation und individuellem Risiko beobachtet oder behandelt. Als Verfahren zur Abklärung gilt bei Fortbestehen von schweren Dysplasien die gezielte Gewebsentfernung, manchmal auch die Konisation (kegelförmige Umschneidung des Muttermundes). In frühen Stadien ist dies gleichzeitig eine ausreichende Therapie. Bei Vorliegen eines invasiven Karzinoms erfolgen eine erweiterte Operation und eine Nachbestrahlung je nach Histologie. Eine primäre Bestrahlung kann bei fortgeschrittenem Zervixkarzinom auch in kurativer Absicht eingesetzt werden; ggfs. ist auch Kombination von Bestrahlung und Chemotherapie möglich.

Krebs der Eierstöcke (Ovarialkarzinom)

Krebs der Eierstöcke (Ovarialkarzinom) wird meist erst im fortgeschrittenen Stadium entdeckt, z. B. bei Bauchumfangvermehrung durch Aszites (d. h. Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle). Da typische Frühsymptome fehlen, ist die Diagnose eines frühen Stadiums eher zufällig. Therapie der Wahl ist die Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke sowie die zytologische Untersuchung der Flüssigkeit im Bauchraum und eine radikale Lymphknotenentfernung. In allen Fällen – außer bei Frühstadien – ist eine adjuvante, d. h. unterstützende, Chemotherapie mit platinhaltiger Kombination indiziert. Eine organerhaltende Operation mit alleiniger Entfernung des betroffenen Eierstocks wird auch im Frühstadium nur

ausnahmsweise vorgenommen, z. B. bei jungen Frauen mit bestehendem Kinderwunsch.

Verbreitung und Risiken

Krebserkrankungen

Zur Verbreitung von Krebserkrankungen werden von der Dachdokumentation Krebs, die am Robert Koch-Institut in Berlin angesiedelt ist, jährliche Schätzungen zur Neuerkrankungsrate (Inzidenz) in Deutschland veröffentlicht.

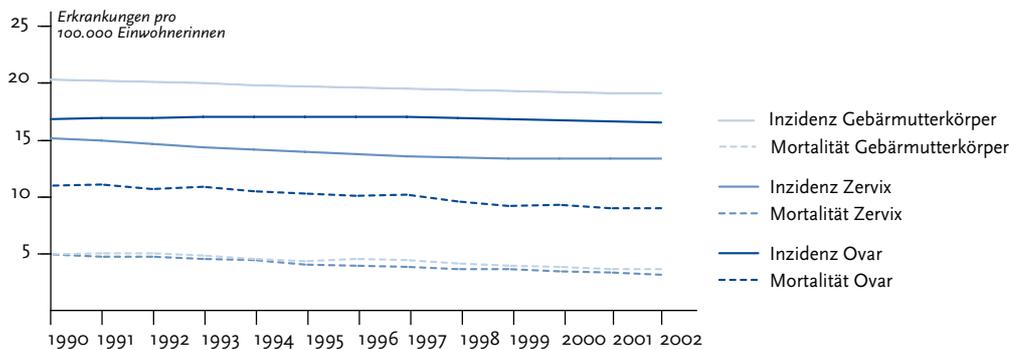
Die häufigsten bösartigen, gynäkologischen Unterleibserkrankungen sind Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses (Cervix uteri), des Gebärmutterkörpers (Corpus uteri) sowie der Eierstöcke (Ovarien). An diesen Lokalisationen erkrankten in Deutschland im Jahr 2002 27.800 Frauen neu, dies waren 13,5 % der geschätzten 206.000 Krebsneuerkrankungen bei Frauen insgesamt. Für die äußerst seltenen Tumorerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane – Karzinome der Vulva, der Vagina und der Tuben (in Ovarien enthalten) – existieren für Deutschland keine Schätzungen der Neuerkrankungsfälle.

Daten zur Mortalität (Sterblichkeit) werden in Deutschland über die Amtliche Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts in Wiesbaden erfasst. Im Jahr 2004 verstarben in Deutschland 98.316 Frauen an einer Krebserkrankung; davon etwa 9 % (8.392 Frauen) an Karzinomen des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers bzw. der Ovarien.

Krebserkrankungen können in allen Altersgruppen auftreten; mit zunehmendem Alter kommt es jedoch zu einem Anstieg der Erkrankungswahrscheinlichkeit. Bei Frauen liegt das mittlere Erkrankungsalter für alle Krebserkrankungen bei etwa 69 Jahren.

Im Folgenden werden Informationen zur Verbreitung (Inzidenz und Mortalität, jeweils altersstandardisierte Raten) sowie zu Erkrankungsalter und Risikofaktoren für Krebs des Gebärmutterkörpers, des Gebärmutterhalses und der Eierstöcke gegeben.

Abbildung 1
Altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten pro 100.000 Einwohnerinnen
für Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers, der Zervix und der Ovarien;
Europastandard; Schätzungen für Deutschland, 1990 bis 2002



Gebärmutterkörperkrebs

Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers sind nach Brust-, Darm- und Lungentumoren die vierthäufigste Tumorerkrankung bei Frauen in Deutschland. Jährlich erkranken etwa 11.350 Frauen neu an dieser Lokalisation. Die altersstandardisierte Erkrankungsrate (Europastandard) beträgt 19,1 und die Mortalitätsrate liegt bei 3,5 je 100.000 Einwohnerinnen. Aufgrund der guten Prognose bei Gebärmutterkörperkrebs ist die Mortalitätsrate vergleichsweise niedrig und ähnlich derjenigen bei dem insgesamt selteneren Krebs des Gebärmutterhalses (vgl. Abbildung 1). In Deutschland ist seit Beginn der 1980er Jahre ein leichter Rückgang der Inzidenz (Neuerkrankungsrate) zu verzeichnen. Die Mortalität ist ebenfalls rückläufig.¹

Tabelle 1
Altersgruppenspezifische Inzidenzraten von Gebärmutter,
Zervix- und Ovarialkrebs, Deutschland 2002. Fälle pro
100.000 Personen (Rohe Erkrankungsrate)
 Quelle: Dachdokumentation Krebs (2006)

Alter	Zervix- karzinom	Korpus- karzinom	Ovarial- karzinom
≥ 44 Jahre	10,3	1,4	5,0
45–59 Jahre	26,7	30,9	24,4
60–74 Jahre	15,7	75,7	49,7
≤ 75 Jahre	21,4	73,8	77,1
insgesamt	15,4	27,0	23,5

Das mittlere Erkrankungsalter beträgt beim Gebärmutterkörperkrebs 68 Jahre; es ist damit in etwa genauso hoch wie für Krebs insgesamt. Bei Frauen über 60 Jahren ist die Inzidenzrate mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen zwischen 45 und 60 Jahren (Tabelle 1).

Im EU-Vergleich liegt die Neuerkrankungsrate in Deutschland auf einem mittleren Rang. Die mit Abstand niedrigste Rate weist Griechenland auf und die höchsten Raten sind in Malta und Tschechien zu verzeichnen. Im weltweiten Vergleich zeigen die europäischen Länder und Nordamerika eine etwa vierfach höhere Inzidenzrate als afrikanische und asiatische Länder, die Mortalitätsraten liegen jedoch auf dem gleichen Niveau.

¹ Die bislang zur Verfügung stehenden Inzidenz- und Mortalitätsraten von Krebserkrankungen der Gebärmutter beziehen sich auf die gesamte weibliche Bevölkerung. Bei der Abschätzung wird nicht berücksichtigt, dass Frauen, die keine Gebärmutter mehr haben, auch keine Krebserkrankung an diesem Organ bekommen können. Wie die berichteten Daten aus Bremen zeigen (siehe Abschnitt Gutartige Erkrankungen), kann dieser Anteil – je nach Altersgruppe – bis zu 40% der weiblichen Bevölkerung betragen. Dieser Sachverhalt wurde vor einigen Jahren im Rahmen eines EU-Projekts untersucht, in dem – für verschiedene europäische Länder bzw. Regionen – um Hysterektomiehäufigkeiten korrigierte Inzidenzraten vorgestellt wurden. Demnach zeigten sich beispielsweise für Gebärmutterkörperkrebs in der Altersgruppe 60 bis 65 Jahre folgende Inzidenzraten (pro 100.000): Für Deutschland 61,3 (nicht korrigiert) vs. 88,6 (korrigiert), für Portugal 42,1 vs. 47,7, für Finnland 74,8 vs. 95,8 und für Granada/Spanien 54,7 vs. 62,8. (vgl. [11]). Die Auswirkungen nicht nur auf die nationalen Raten sondern auch im internationalen Vergleich sind offensichtlich.

Karzinome des Gebärmutterkörpers haben vor allem hormonelle Ursachen, hauptsächlich ein im Lebensverlauf erhöhter Östrogeneinfluss auf die Gebärmutter Schleimhaut. Indikatoren dafür sind eine frühe Menarche (erste Regelblutung) und eine späte Menopause (letzte Regelblutung) sowie Kinderlosigkeit und Adipositas (Übergewicht). Des Weiteren ist nachgewiesen, dass eine postmenopausale Östrogentherapie (ohne Gestagenkombination) eine Risikoerhöhung mit sich bringt. Andererseits lassen Studien vermuten, dass die Einnahme oraler Kontrazeptiva vom Kombinationstyp das Risiko für ein Karzinom des Gebärmutterkörpers senken [3].

Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist die dritthäufigste gynäkologische Tumorerkrankung, an der in Deutschland derzeit jährlich ca. 6.500 Frauen erkranken. Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate lag im Jahr 2002 bei 13,3 Erkrankungsfällen je 100.000 Einwohnerinnen (Europastandard). Dies entspricht einem Anteil von 3,2 % an allen Krebsneuerkrankungen. Damit liegt die Inzidenz des Zervixkarzinoms an zehnter Stelle der Krebs-Neuerkrankungen bei Frauen.

Am Zervixkarzinom erkranken häufiger jüngere Frauen; das mittlere Erkrankungsalter beträgt 50,4 Jahre und liegt damit ca. 19 Jahre unter dem mittleren Erkrankungsalter für alle Krebserkrankungen. Frauen unter 45 Jahren erkranken deutlich häufiger an einem Zervixkarzinom als an einer Krebserkrankung des Gebärmutterkörpers oder der Ovarien (Tabelle 1).

Im europäischen Vergleich ist die Zervixkarzinom-Inzidenz Deutschlands im Mittelfeld angesiedelt. Die niedrigsten Raten in der EU weisen Malta und Finnland auf, wobei die Erkrankungshäufigkeit in diesen Ländern nur in etwa halb so hoch ist wie in Deutschland. Im weltweiten Vergleich liegen die Erkrankungsraten in europäischen Ländern im unteren Drittel. Die höchsten Raten finden sich im östlichen und südlichen Afrika mit einer viermal so hohen Inzidenz wie in Europa.

Die Inzidenz des Gebärmutterhalskrebses nimmt sowohl in Deutschland (Abbildung 1) als auch europaweit bis Mitte der 1980er Jahre er-

heblich ab. Seitdem gehen die Raten nur noch geringfügig zurück, während der Rückgang der Mortalität sich fortsetzt. Im Jahr 2002 verstarben in Deutschland 1.763 Frauen an einem Zervixkarzinom, dies entspricht einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 3,0 je 100.000 Einwohnerinnen (Europastandard). Der Anteil an allen Krebssterbefällen bei Frauen lag bei 1,9 %.

Der Rückgang von Inzidenz und Mortalität, der in Deutschland bereits seit Beginn der 1970er Jahre zu beobachten ist, trat zeitgleich mit der Einführung des jährlichen Zervixabstriches (Pap-Test) im Rahmen der Krebsfrüherkennung auf (siehe Abschnitt Krebsfrüherkennung). Es gilt als mit relativ hoher Zuverlässigkeit belegt, dass der Pap-Test, mit dem die Diagnose von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses möglich ist, das Risiko, an dieser Krebsform zu erkranken und zu sterben, verringert [4]. Neben der verbesserten klinischen Diagnose und Therapie hat auch das Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung einen bedeutenden Anteil an diesem Rückgang.

Haupttrisikofaktor für ein Zervixkarzinom ist die Infektion mit Humanen Papillomaviren (HPV), insbesondere mit so genannten Hochrisikotypen dieses Virus (hauptsächlich HPV 16 + 18). Bei 90–95 % der Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs wurden HPV-Viren nachgewiesen. Der häufigste Übertragungsweg sind sexuelle Kontakte, so dass fast alle sexuell aktiven Menschen im Laufe ihres Lebens eine HPV-Infektion durchmachen. Zwar gilt die Infektion mit HPV als Hauptursache, aber für die Krebsentstehung müssen zusätzliche Faktoren (so genannte Ko-Faktoren) hinzukommen. Für Gebärmutterhalskrebs werden u. a. Rauchen, Pilleneinnahme, zusätzliche Infektionen mit Chlamydien oder Herpes simplex Viren diskutiert, deren Rolle ist bislang jedoch nicht geklärt.

Ovarialkrebs

Krebserkrankungen der Eierstöcke (Ovarialkrebs) treten jährlich mit ca. 9.900 neuerkrankten Frauen fast ebenso häufig auf wie Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers. Die altersstandardisierte Inzidenzrate (Europastandard) lag für das Jahr 2002 bei 16,6 pro 100.000 Einwohnerinnen. Der

Anteil an allen Krebsneuerkrankungen beträgt 4,8%. Aufgrund der eher schlechten Prognose des Ovarialkrebses ist die Mortalitätsrate mit 8,9 pro 100.000 Einwohnerinnen im Vergleich zu anderen gynäkologischen Krebserkrankungen mehr als doppelt so hoch.

Die Erkrankungsrate des Ovarialkarzinoms ist in den letzten zehn Jahren weitestgehend konstant geblieben. Dagegen nimmt die Mortalitätsrate deutlich ab. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 68 Jahren, d. h. ein Jahr unter dem mittleren Erkrankungsalter für Krebs insgesamt.

Im EU-Vergleich liegen die Erkrankungs-raten in Deutschland im Mittelfeld. Innerhalb Europas zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle: Die höchsten Raten finden sich in Litauen und die niedrigsten in den südeuropäischen Ländern Italien, Portugal und Griechenland. Weltweit sind die Inzidenzraten – ähnlich wie beim Gebärmutterkörperkarzinom – in den europäischen Ländern und in Nordamerika etwa doppelt so hoch wie in afrikanischen und asiatischen Staaten.

Das Erkrankungsrisiko für Ovarialkrebs steigt mit der Gesamtzahl an Ovulationen (Eisprünge). Eine frühe Menarche und eine späte Menopause wirken sich entsprechend aus. Ein erhöhtes Risiko haben auch kinderlose Frauen, die keine Kontrazeptiva zur Unterdrückung der Ovulation eingenommen haben. Weiterhin konnten genetische Prädispositionen (BRCA-1- oder -2-Gen) nachgewiesen werden. Auch weisen Frauen, deren Verwandte ersten Grades an Brust- oder Ovarialkrebs erkrankt sind bzw. die selbst bereits an Brust-, Darm- oder Gebärmutterkörperkrebs erkrankt sind, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf. Faktoren, die die Ovulation unterdrücken, verringern dagegen das Erkrankungsrisiko: Geburten, Stillen, orale Kontrazeption [5].

Gutartige Erkrankungen

Die gesundheitliche Bedeutung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter liegt in ihrem Einfluss auf die Lebensqualität von Frauen und den damit verbundenen Einschränkungen im Alltag. Ein wichtiges Charakteristikum dieser Erkrankungsgruppe ist die häufig große Spannbreite des Schweregrades: Von normal bis pathologisch, von akut bis chronisch, von leichtem Unwohlsein über

kurzzeitige Einschränkungen der alltäglichen Aktivitäten bis hin zur Behandlungsbedürftigkeit durch umfassende operative Eingriffe (z. B. Entfernung der Gebärmutter). Charakteristisch für gynäkologische Symptome und Beschwerden ist, dass es – z. B. bei Endometriose und Myomen – häufig keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Erkrankungen bzw. dem Organbefund und dem Ausmaß der Beschwerden gibt. Andererseits werden Schmerzen auch dann real gespürt, wenn es keinen sichtbaren Organbefund gibt [6].

Im Fokus dieses Berichtes liegen als bedeutendste gutartige Erkrankungen der Gebärmutter insbesondere gutartige Neubildungen/Myome sowie entzündliche und nichtentzündliche Erkrankungen. Im Hinblick auf die Häufigkeit und Verbreitung dieser Diagnosen sind einige Besonderheiten zu berücksichtigen:

Diese Erkrankungsgruppe besteht sowohl aus abzugrenzenden Erkrankungen (Myome, Endometriose etc.) als auch aus Diagnosen, die zugleich Symptome für andere Erkrankungen der Gebärmutter sein können (Blutungsstörungen, Schmerzen); zudem sind Mehrfachdiagnosen häufig. Es handelt sich sowohl um akute Erkrankungen (z. B. Infektionen) als auch um Erkrankungen mit chronischem Verlauf (z. B. chronischer Unterbauchschmerz); der Schweregrad variiert zudem erheblich.

Die Beschreibung von Häufigkeit und Verbreitung gutartiger Erkrankungen kann nicht – wie bei Krebserkrankungen – auf Grundlage einer einheitlichen bevölkerungsbezogenen Routinedatenbasis erfolgen. Unter Verwendung verschiedener Datenbasen mit jeweils eigenen Stärken und Schwächen können jedoch wichtige Ausschnitte des Gesamtbildes beschrieben werden:

- ▶ Bevölkerungsbezogene Daten zu Häufigkeit und Verteilung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter liegen nur aus Einzelstudien vor. In diesem Bericht werden Ergebnisse der beiden aktuellsten bevölkerungsrepräsentativen Querschnittstudien Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und Bremer Befragung »Gynäkologische Unterleibserkrankungen und deren Behandlung ...« aus dem Jahr 2000 genutzt.
- ▶ Daten zur stationär behandelten Morbidität – das sind tendenziell die schwereren Fälle – lie-

fert die Krankenhausdiagnosestatistik, die sich auf die Gesamtbevölkerung bezieht und ab dem Berichtsjahr 1993 auch Daten über die Diagnosen der stationär behandelten Patientinnen und Patienten enthält.²

- Informationen zur Arbeitsunfähigkeit aufgrund gutartiger Erkrankungen liefert auf Bundesebene die Krankheitsartenstatistik (KG 8 des BMG)³. Da aus der KG 8 vollständige Daten nur bis zum Jahr 1996 erhältlich sind, werden in diesem Bericht aus Gründen der Aktualität Daten der AOK als größter gesetzlicher Krankenkasse dargestellt und Daten der BKK zum Vergleich herangezogen.

Die folgende Darstellung erfolgt datenquellenbezogen. Innerhalb der Datenquellen wird soweit möglich nach Diagnosen bzw. Diagnosegruppen unterschieden. Ein Abschnitt zu Risiken gutartiger Erkrankungen schließt dieses Kapitel ab.

Prävalenzdaten aus bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudien

Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) steht eine umfassende Datenbasis zu Gesundheitsthemen zur Verfügung.

Für die Abschätzung der Häufigkeit von Gebärmuttererkrankungen bzw. -beschwerden liegen in dieser Datenbasis folgende Informationen vor: Frauen wurden gefragt, ob sie jemals »Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern (außer Krebskrankheiten)« hatten (Frage 3). Im Rahmen der Frage nach Schmerzen wurden auch die 12-Monats- sowie die 7-Tage-Prävalenz von »Schmerzen im Unterleib« erhoben (Frage 10), berücksichtigt wird im Folgenden nur die 12-Monats-Prävalenz.

Es wird auch der Frage nachgegangen, ob Sozialschichtunterschiede, die in der Literatur berichtet werden [7–10], auch in diesen Daten aufgezeigt werden können. Für die Operationalisierung der sozialen Schicht wurde die Variable Schulabschluss verwendet.

Die Verteilungen für diese Indikatoren in den Altersgruppen, insgesamt und nach Schulabschluss differenziert, zeigt die Tabelle 2.

Rund jede fünfte Frau in den untersuchten Altersgruppen gab an, irgendwann eine Krankheit von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern gehabt zu haben. Der Anteil steigt im Lebensverlauf – insbesondere ab der dritten Lebensdekade bis zum 60. Lebensjahr – deutlich und bleibt dann etwa gleich bleibend hoch. Da es sich um Querschnittsdaten handelt, vermischen sich wahrscheinlich verschiedene Effekte (Kohorten-, Perioden-, Alters-, Erinnerungseffekte etc.), sodass eine weitergehende Interpretation nicht möglich ist. Unterschiede nach sozialer Schicht (Schulabschluss: Höchstens Hauptschule vs. Mittlere Reife und höher) sind für die Gesamtgruppe (χ^2 : $p=0.001$) sowie für die Altersgruppen 30–39 (χ^2 : $p=0.006$) und 50–59 (χ^2 : $p=0.003$) statistisch signifikant.

Im Durchschnitt gab jede vierte befragte Frau an, in den letzten 12 Monaten »Schmerzen im Unterleib« gehabt zu haben, fast jede zehnte Frau bejahte dies für die letzten 7 Tage. Dabei weist eine deutliche Altersabhängigkeit auf die lebensphasenspezifische Bedeutung dieser Indikatoren hin. Bei Frauen bis ins fünfte Lebensjahrzehnt dürfte es sich zu einem großen Teil um menstruationsbedingte Schmerzen handeln; bei den älteren Frauen hingegen sind andere Ursachen (z. B. chronische Krankheiten) zu vermuten. Betrachtet man auch hier wiederum die Häufigkeit der Angabe von »Schmerzen im Unterleib in den letzten zwölf Monaten« differenziert nach Schulabschluss, zeigt sich in allen betrachteten Altersgruppen tendenziell ein höherer Anteil von Nennungen in den höheren Schulabschlussgruppen als in den niedrigeren. Die Sozialschichtunterschiede (Schulabschluss: Höchstens Haupt-

² Über die ambulante Versorgung von gutartigen Gebärmuttererkrankungen liegen aussagekräftige Routinedaten auf Bundesebene bislang nicht vor. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland führt ein sog. ADT-Panel, welches Behandlungsdaten von Patientinnen und Patienten des GKV-Bereiches aus circa 900 Arztpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (seit 1998) und Brandenburg (seit 2000) enthält.

³ Die sog. KG 8-Statistik beinhaltet für die gesetzliche Krankenversicherung die Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten mit folgenden Variablen: Kassenart, Region, Versichertengruppe, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Altersgruppe, Krankheitsart (ICD), Leistungsart, Dauer/Tage, Fälle. Datenhalter ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Tabelle 2
Häufigkeit von Erkrankungen der Gebärmutter und Unterleibsschmerzen nach
Altersgruppen, insgesamt sowie in den Subgruppen nach Schulabschluss*
 (gewichtet nach W98, Anteile gerundet)

Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen

Altersgruppen	18–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	Gesamt
N gewichtet	93,9	535,88	765,18	635,8	607,55	561,81	462,88	3.663
Anteil der Frauen, die jemals eine Krankheit von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern hatten								
Gesamt	5 %	7 %	6 %	22 %	31 %	30 %	26 %	21 %
Höchstens Hauptschule	5 %	6 %	22 %	21 %	34 %	32 %	27 %	26 %
Mittlere Reife	3 %	8 %	14 %	22 %	26 %	25 %	31 %	18 %
Fach-(Abitur)	10 %	7 %	13 %	24 %	29 %	34 %	26 %	17 %
Anteil der Frauen, die in den letzten 12 Monaten Schmerzen im Unterleib hatten								
Gesamt	64 %	42 %	36 %	28 %	15 %	9 %	7 %	25 %
Höchstens Hauptschule	60 %	31 %	39 %	27 %	15 %	9 %	9 %	19 %
Mittlere Reife	71 %	45 %	33 %	27 %	14 %	5 %	1 %	28 %
Fach-(Abitur)	52 %	48 %	41 %	36 %	18 %	15 %	8 %	37 %

* Die Personen ohne Angabe des Schulabschlusses oder mit einem anderen Schulabschluss (N gewichtet=171,20) wurden im Gesamt berücksichtigt, nicht aber in der Stratifizierung nach Schulabschluss.

schule vs. Mittlere Reife und höher) können für die Gesamtgruppe ($\chi^2: p=0.001$) und für die Altersgruppe 20–29 Jahre auch statistisch gesichert werden. Es muss zudem berücksichtigt werden, dass der Begriff »Unterleib« nicht nur gynäkologische Diagnosen beinhaltet: Es können z. B. auch Schmerzen im Harntrakt gemeint sein, somit ist die Interpretation dieser Daten ebenfalls schwierig.

Bremer Befragung »Gynäkologische Unterleibserkrankungen und deren Behandlung ...« aus dem Jahr 2000

Das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) hat von April bis Dezember 2000 im Rahmen eines von der EU geförderten Projektes »Impact of early detection on incidence rates of female genital cancers and the importance of estimating the prevalence of hysterectomies« rund 3.000 Bremerinnen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren zum Thema »Gynäkologische Unterleibserkrankungen und deren Behandlung« (Titel der Befragung) überwiegend telefonisch befragt (Beteiligungsrate ~70 %). In der Langfas-

sung⁴ des Fragebogens wurden die wesentlichen gynäkologischen Unterleibserkrankungen und Beschwerden erhoben.⁵ Weiterhin wurden einige Charakteristika der Regelblutung erfragt.⁶

Als häufigste Diagnose wurde die »Senkung der Gebärmutter« (31 %) genannt, gefolgt von »Myomen« (27 %), »Entzündungen« (20 %), »Zysten und anderen gutartigen Tumoren der Eierstöcke« (17 %), »Vergrößerung der Gebärmutter« (12 %), »Verwachsungen« (11 %), »Polypen und

4 Der Fragebogen lag in verschiedenen Versionen vor: Eine ausführliche Version (Langfassung) in Deutsch und Englisch sowie eine Kurzversion in Deutsch, Englisch, Türkisch und Russisch.

5 Dies waren: Entzündungen der Unterleibsorgane, Verwachsungen im Unterbauchbereich, eine Senkung der Gebärmutter, eine Vergrößerung der Gebärmutter, Myome, Polypen an der Gebärmutter oder andere gutartige Tumoren der Gebärmutter, Zysten oder andere gutartige Tumoren der Eierstöcke, Endometriose sowie »eine andere – bisher nicht genannte – gutartige Erkrankung des Unterleibs«. Die Frage war: »Hat ein Arzt bzw. eine Ärztin bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?«

6 Dauer, Regelmäßigkeit, Schmerzen (bei Frauen, die ihre Regelblutung noch hatten »für die letzten 5 Jahre« und bei Frauen die ihre Regelblutung nicht mehr hatten »für die 5–10 Jahre vor Ausbleiben der Regelblutung«).

Tabelle 3
Anzahl der genannten gutartigen Erkrankungen nach Altersgruppen und Schulabschluss
(Bremer Befragung 2000, Anteile gerundet)

Altersgruppen	39–49 Jahre	50–59 Jahre	60–70 Jahre	Gesamt
Anzahl N	938	857	891	2.686
Keine der Unterleibserkrankungen genannt				
Gesamt	36 %	26 %	28 %	30 %
Höchstens Hauptschule	32 %	25 %	27 %	27 %
Mittlere Reife	39 %	26 %	29 %	31 %
(Fach-)Abitur	37 %	30 %	30 %	34 %
Eine der Unterleibserkrankungen genannt				
Gesamt	29 %	30 %	32 %	31 %
Höchstens Hauptschule	31 %	31 %	32 %	31 %
Mittlere Reife	26 %	29 %	33 %	30 %
(Fach-)Abitur	30 %	32 %	34 %	31 %
Zwei der Unterleibserkrankungen genannt				
Gesamt	19 %	20 %	21 %	20 %
Höchstens Hauptschule	18 %	20 %	21 %	20 %
Mittlere Reife	20 %	20 %	19 %	20 %
(Fach-)Abitur	20 %	19 %	24 %	21 %
Drei und mehr Unterleibserkrankungen genannt				
Gesamt	16 %	23 %	19 %	19 %
Höchstens Hauptschule	19 %	24 %	20 %	21 %
Mittlere Reife	16 %	24 %	19 %	20 %
(Fach-)Abitur	13 %	19 %	11 %	14 %

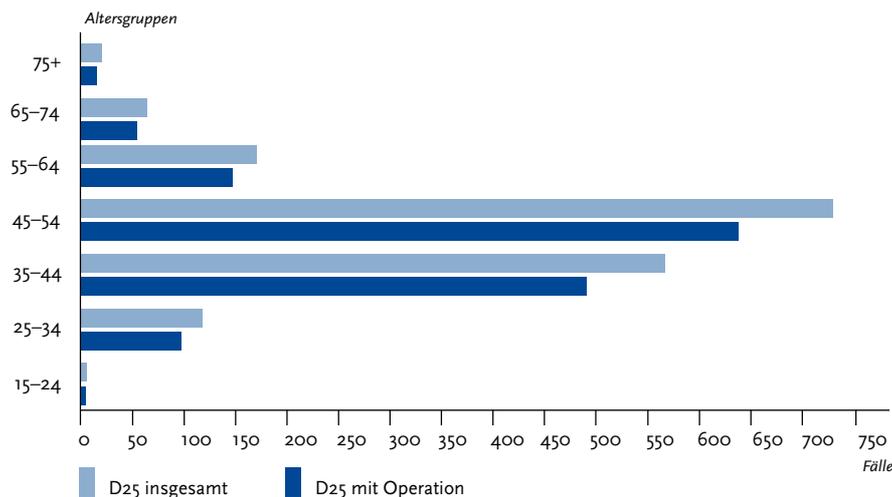
anderen gutartigen Tumoren der Gebärmutter« (9 %), »Endometriose« (3 %). Die altersgruppenspezifischen Häufigkeiten sind im Bremer Frauengesundheitsbericht ausführlich dargestellt.

Betrachtet man nicht Einzelerkrankungen und Beschwerden sondern die Anzahl der genannten Erkrankungen und Beschwerden zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 3): Insgesamt haben jeweils rund 30 % der befragten Frauen keine bzw. eine der erfragten Erkrankungen angegeben. Jeweils jede fünfte Frau gab zwei bzw. drei und mehr Erkrankungen an.

In der nach Schulabschluss differenzierten Analyse zeigt sich tendenziell ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der angegebenen Krankheiten bzw. Beschwerden und dem Schulabschluss: In allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen, die keine der genannten gutartigen Erkrankungen angegeben haben, in der Gruppe

mit (Fach-)Abitur höher als in der Hauptschulabschluss-Gruppe. Gleichzeitig ist – ebenfalls in allen Altersgruppen – der Anteil der Frauen mit drei und mehr Krankheiten in der Gruppe mit (Fach-)Abitur niedriger als in der Hauptschulabschluss-Gruppe. Die gefundenen Anteilsunterschiede sind für die Gesamtgruppe (nicht aber in den einzelnen Altersgruppen) statistisch signifikant (χ^2 : $p < 0,05$). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für den Indikator »Schmerzen bei Regelblutung« bei signifikanten Unterschieden (χ^2 : $p < 0,05$) sowohl in der Gesamtgruppe als auch in der Altersgruppe 39 bis 49 Jahre (nicht aber bei den älteren Frauen).

Abbildung 2
Aus stationärem Krankenhausaufenthalt entlassene Patientinnen mit Hauptdiagnose
»Leiomyom des Uterus« (ICD-10: D25) (insgesamt und mit Operation),
Fälle (einschließlich Sterbe-, ohne Stundenfälle) pro 100.000 Einwohnerinnen
nach Altersgruppen, Deutschland insgesamt 2002
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik



Zusammenfassende Bewertung der bevölkerungsrepräsentativen Prävalenzdaten

In den Ergebnissen der beiden betrachteten bevölkerungsbezogenen Datensätze zeigen sich gemeinsame Tendenzen bezüglich der altersabhängigen Häufigkeit von Gebärmuttererkrankungen (hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz) sowie erste Hinweise auf Sozialschichtunterschiede. Der größte Unterschied zwischen beiden Datenquellen liegt in der berichteten Häufigkeit der Erkrankungen: Während in den vergleichbaren Altersgruppen im Bundes-Gesundheitssurvey rund 30 % der Frauen angaben, schon einmal eine Krankheit von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern gehabt zu haben bzw. zu haben, berichteten im Bremer Survey 70 % der Frauen über mindestens eine Erkrankung. Dies dürfte überwiegend auf die Art der Fragestellung zurückzuführen sein: Eine summarische Abfrage wie im Bundes-Gesundheitssurvey aktiviert wahrscheinlich weniger Erinnerung als eine detaillierte Abfrage wie im Bremer Survey. Für diese Interpretation spricht auch, dass eine Befragung Bremer Frauen im Jahr 1996 mit summarischer Abfrage Ergebnisse ergab, die dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 vergleichbar waren.

Daten der Stationären Versorgung (Krankenhausdiagnosestatistik)

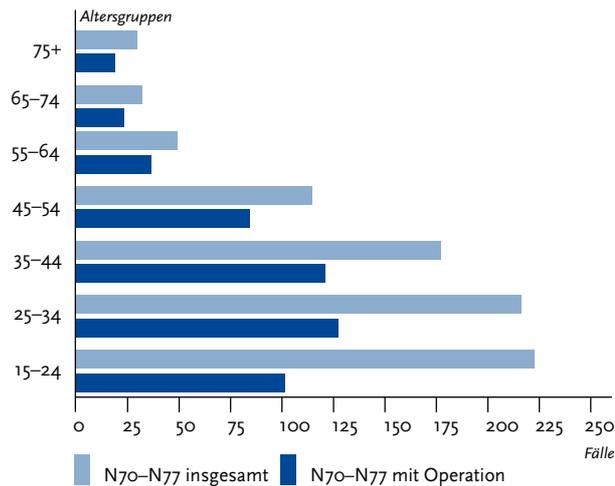
Uterusleiomyom (Myome)

Im Jahr 2002 betrug die Anzahl der stationären Fälle⁷ mit der Hauptdiagnose »Uterusleiomyom« (ICD-10: D25) in Deutschland absolut insgesamt 95.473, wobei in 83,3 % der Fälle eine Operation erfolgte. Bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen sind dies 226 erkrankte Frauen, wobei in 189 Fällen auch operiert wurde. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug 8,4 Tage, mit Operation 8,6 Tage. Die Häufigkeit von stationären Behandlungen ist in den Altersgruppen sehr unterschiedlich: In Abbildung 2 werden die Fälle (insgesamt und mit Operation) pro 100.000 Einwohnerinnen nach Altersgruppen getrennt gezeigt. Die Erkrankungshäufigkeit ist in den Altersgruppen 35 bis 54 Jahre am höchsten: 562 Fälle in der Altersgruppe 35 bis 44 Jahre bzw. 699 Fälle

⁷ Diese Formulierung ist der Tatsache geschuldet, dass in der Krankenhausdiagnosestatistik »Fälle« und nicht »Personen« gezählt werden, d.h. eine Patientin taucht mehrfach auf, wenn sie im Erhebungszeitraum mehrfach mit der selben Hauptdiagnose stationär aufgenommen wurde.

Abbildung 3

Aus stationärem Krankenhausaufenthalt entlassene Patientinnen mit Hauptdiagnose »Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N70–N77), (insgesamt und mit Operation), Fälle (einschließlich Sterbe-, ohne Stundenfälle) pro 100.000 Einwohnerinnen nach Altersgruppen, Deutschland insgesamt 2002
Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik



in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre (jeweils pro 100.000 Einwohnerinnen). Danach – d. h. nach den Wechseljahren – sinkt sie deutlich ab. Es ist zu erwarten, dass sich die Zahlen zur stationären Versorgung durch eine Zunahme der ambulanten Operationen und insbesondere der LASH (laparoskopische suprazervikale Hysterektomie) deutlich verändern werden.

Im Zeitverlauf zeigt sich seit 1994 – tendenziell in allen Altersgruppen, insbesondere aber in den Altersgruppen 35 bis 54 Jahre – ein Anstieg der Häufigkeit stationärer Behandlungen aufgrund der Diagnose »Uterusleiomyom« bis zum Jahr 1999, die danach – teilweise nach einem leichten Abfall – weitgehend stabil bleibt. Die Gründe für diesen Verlauf sind nicht bekannt. Für Bremen konnte ab ca. 1990 eine Abnahme altersspezifischer Hysterektomieraten gezeigt werden [u]. Da Myome die Hauptindikation bei Entfernungen der Gebärmutter sind, kann dies als Hinweis auf eine geringere Anzahl stationär behandelter Myome gedeutet werden.⁸

Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane

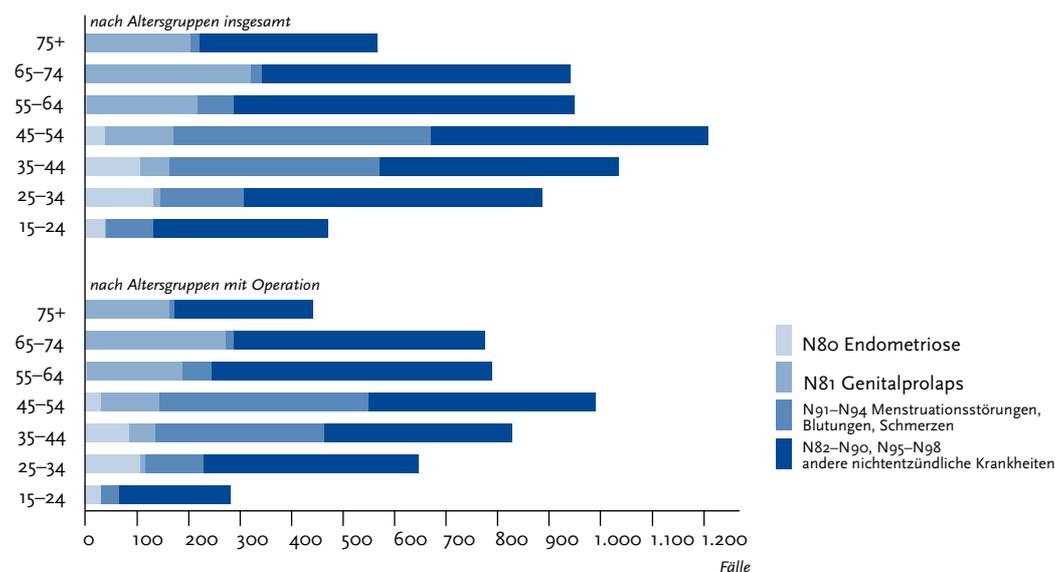
Im Jahr 2002 betrug die Anzahl der stationären Fälle mit der Hauptdiagnose »Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N70–N77) in Deutschland absolut insgesamt 45.233, davon erfolgte in 61,6% der Fälle eine Operation. Bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen erkrankten somit 107 Frauen, wobei in 66 Fällen auch eine Operation erfolgte. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug 5,6 Tage, mit Operation 5,7 Tage. Die Häufigkeit von stationären Behandlungen ist in den Altersgruppen sehr unterschiedlich: In Abbildung 3 werden die Fälle (insgesamt und mit Operation) pro 100.000 Einwohnerinnen nach Altersgruppen getrennt gezeigt. Die Erkrankungshäufigkeit ist in jüngeren Altersgruppen am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

⁸ Im zeitlichen Zusammenhang damit steht auch eine Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln vom 7.4.1994 (Bundesärztekammer 1994). Während früher eine bestimmte Zahl (30) an Hysterektomien zu jeder gynäkologischen Facharztausbildung gehörte, sind nach der Änderung selbst durchgeführte Hysterektomien nur noch für die »Fakultative Weiterbildung Spezielle Operative Gynäkologie« erforderlich.

Abbildung 4

Aus stationärem Krankenhausaufenthalt entlassene Patientinnen mit Hauptdiagnose »Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N80-N98), (insgesamt und mit Operation), Fälle (einschließlich Sterbe-, ohne Stundenfälle) pro 100.000 Einwohnerinnen nach Altersgruppen, Deutschland insgesamt 2002

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik



Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane

Im Jahr 2003 betrug die Anzahl der stationären Fälle mit der Hauptdiagnose »Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N80-N98) in Deutschland absolut insgesamt 307.249, davon erfolgte in 74,6 % der Fälle eine Operation. Bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen sind dies 729 erkrankte Frauen, wobei in 544 Fällen auch eine Operation erfolgte. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug 5,2 Tage, mit Operation 5,4 Tage. Die Häufigkeit von stationären Behandlungen ist wiederum in den Altersgruppen sehr unterschiedlich: In Abbildung 4 werden sowohl für die Nichtentzündlichen Erkrankungen insgesamt als auch für Einzeldiagnosen bzw. Diagnosegruppen die Fälle (insgesamt und mit Operation) pro 100.000 Einwohnerinnen nach Altersgruppen getrennt gezeigt. Die Erkrankungshäufigkeit insgesamt steigt bis Mitte der 50er Lebensjahre kontinuierlich an und fällt danach. Der Anteil der Krankenhausaufenthalte mit Operation ist in allen Gruppen hoch. Die Diagnosegruppe »Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane«

enthält sehr verschiedene Erkrankungen, die in den Altersgruppen sehr unterschiedliche Bedeutung haben: Während von Endometriose und Menstruationsstörungen vor allem die jüngeren Altersgruppen betroffen sind, steigt der Genitalprolaps mit zunehmendem Alter deutlich an.

Regionale Unterschiede

Die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik erlauben lediglich einen Blick auf den Ausschnitt der stationär behandelten Morbidität an gutartigen Gebärmuttererkrankungen. In regionalvergleichenden Analysen der Krankenhausmorbidität aufgrund verschiedener gynäkologischer Diagnosen (auf der Ebene von Kreisen/kreisfreien Städten) konnte am Beispiel Nordrhein-Westfalens eine erhebliche regionale Streubreite aufgezeigt werden: Für die Diagnose »Uterusleiomyom« z. B. für das Jahr 1999 zwischen (altersstandardisiert) 103 und 294 Krankenhausfällen pro 100.000 Einwohnerinnen. »Auch bei Verdichtung der Diagnosen auf alle gynäkologischen Erkrankungen ergibt sich (zwischen verschiedenen Kreisen/kreisfreien Städten in NRW, Anm. der Autorinnen) eine nicht

ausgewogene stationäre Behandlungshäufigkeit mit Unterschieden von 100%« (LÖGD NRW 2003). Eine wissenschaftliche Untersuchung der Gründe hierfür steht bislang noch aus. Internationale Studien verweisen beispielsweise für Hysterektomien auf Zusammenhänge nicht nur zu medizinischen, sondern auch nichtmedizinischen Faktoren, wie dem Vorhandensein medizinischer Ressourcen (ärztliches Angebot, ambulante Operationsmöglichkeiten, Bettenzahl, Belegbetten) und dem professionellen Umgang mit Diagnosen (z. B. dem Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte/Ärztinnen) [12, 13].

Arbeitsunfähigkeit aufgrund gutartiger Gebärmuttererkrankungen

Die Daten zur Arbeitsunfähigkeit werden auf Bundesebene im Rahmen der GKV-Statistik des Bundes durch das Bundesministerium für Gesundheit zusammen geführt: Die Leistungsfälle und -zeiten in der KG 2⁹, die Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten in der KG 8¹⁰. Da bundesweite Daten letztmalig aus dem Jahr 1996 vollständig vorliegen, wurde entschieden, den Indikator »Arbeitsunfähigkeit« anhand aktueller Daten einzelner Krankenkassen zu beleuchten. Dazu haben die AOK und die BKK Sonderauswertungen der Daten aus dem Jahr 2002 bereitgestellt. Ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird nur bei Vorliegen einer ärztlichen Bescheinigung gezählt, d. h. in der AU-Statistik werden kurzfristige AU-Fälle »ohne gelben Schein« nicht berücksichtigt (was im Themenfeld Gebärmuttererkrankungen z. B. bei Regelbeschwerden von Bedeutung ist). Dies führt tendenziell zu einer Unterschätzung der Krankheitslast. Demgegenüber ist zu berücksichtigen, dass die in der AOK und den BKKen versicherten Personen nicht repräsentativ für alle GKV-Versicherten sind und tendenziell stärker von Arbeitsunfähigkeit betroffen sind als die Ersatzkassen für Angestellte. Sofern Sozialschichtunterschiede dahingehend vorhanden sind, dass die Krankheitslast in unteren Sozialschichten größer ist als in höheren Sozialschichten (wofür es bezüglich Gebärmuttererkrankungen einige Hinweise gibt), führt eine Verallgemeinerung dieser Daten tendenziell zu einer Überschätzung der Krankheitslast. Gleich-

wohl geben diese Daten einen wichtigen Einblick in das Krankheitsgeschehen.

In der Krankheitsartenstatistik der AOK und der BKK werden nicht nur die diagnose-spezifischen AU-Fälle und -Tage erfasst, sondern auch die Krankenhausfälle und -tage. Diese werden hier ebenfalls berücksichtigt¹¹.

Uterusleiomyom

Im Jahr 2002 lag bei den Pflichtmitgliedern der AOK der Anteil der AU-Fälle mit der Diagnose »Uterusleiomyom« zwischen 5,2 (Altersgruppe »unter 25 Jahre«) und 293,2 (Altersgruppe »45 bis unter 55 Jahre«), jeweils pro 100.000 Personen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, sind die AU-Fälle zugleich Krankenhausfälle (siehe Abbildung 5).

Die Auswertung der BKK-Daten zeigt einen vergleichbaren Altersgang, dies allerdings auf einem ca. 1,5fach höheren Niveau: Die Anzahl der AU-Fälle pro 100.000 beträgt in der Altersgruppe 25 bis 35 Jahre: 55 (vs. AOK 39), 35 bis 45 Jahre: 338 (vs. AOK 210), 45 bis 55 Jahre: 456 (vs. AOK 293), 55 bis 65 Jahre: 157 (vs. AOK 62).¹²

Vergleicht man die Krankenhausfälle der weiblichen AOK-Pflichtmitglieder mit der auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Krankenhausdiagnosestatistik (Abbildung 2), zeigt sich in allen Altersgruppen ein deutlich niedrigerer Anteil

9 Die sog. KG 2-Statistik beinhaltet für die gesetzliche Krankenversicherung u. a. Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Leistungsfälle bei Schwanger- und Mutterschaft, von Entbindungs- und Sterbegeld. Datenhalter ist das Bundesministerium für Gesundheit.

10 Zu KG 8-Statistik vgl. Fußnote 4

11 Die Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle werden im Folgenden nur für die Pflichtmitglieder berichtet, d. h. die Frauen die aufgrund eigener Erwerbstätigkeit und einem Einkommen innerhalb der Pflichtversicherungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung – hier AOK bzw. einer BKK – versichert sind. Nicht berücksichtigt werden sowohl die freiwillig versicherten als auch die mitversicherten Frauen, letztgenannte können wg. fehlender Erwerbstätigkeit kein »AU-Fall« (jedoch ein Krankenhausfall) werden, was die Vergleichbarkeit der beiden Indikatoren einschränken würde.

12 Für die Diagnose »Leiomyom des Uterus« sind in den BKK-Daten – anders als in den AOK-Daten – mehr Krankenhaus- als AU-Fälle dokumentiert. Ob und ggfs. welche Datenprobleme sich dahinter verbergen, konnte im Rahmen dieses Berichtes nicht geklärt werden.

Abbildung 5
Arbeitsunfähigkeits-Fälle (AU) und Krankenhaus-Fälle (KH) aufgrund der Diagnose »Leiomyom des Uterus« (ICD-10: D25), nach Altersgruppen, AOK-Pflichtmitglieder, Frauen, 2002
 Quelle: AOK, eigene Berechnungen

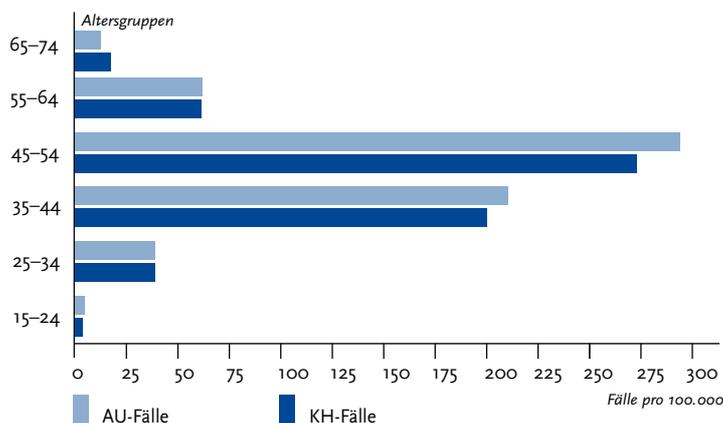
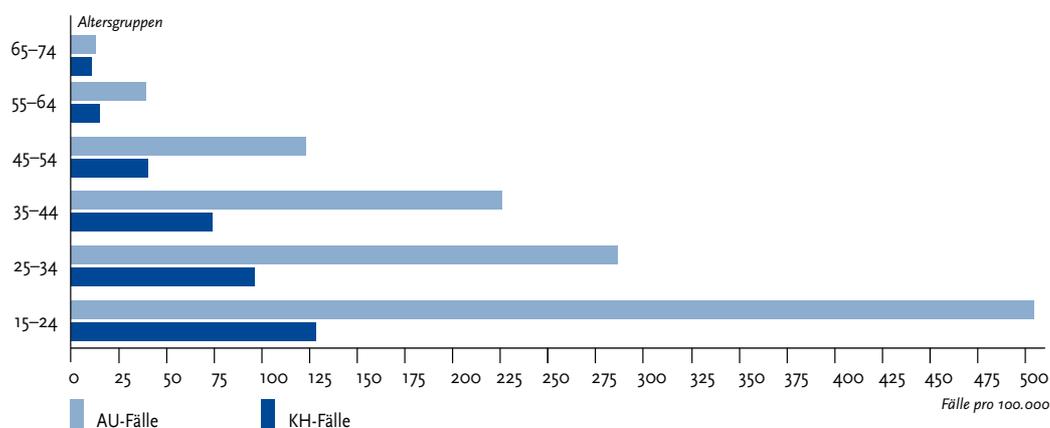


Abbildung 6
Arbeitsunfähigkeits-Fälle (AU) und Krankenhaus-Fälle (KH) aufgrund der Diagnose »Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N70-N77), nach Altersgruppen, AOK-Pflichtmitglieder, Frauen, 2002
 Quelle: AOK, eigene Berechnungen



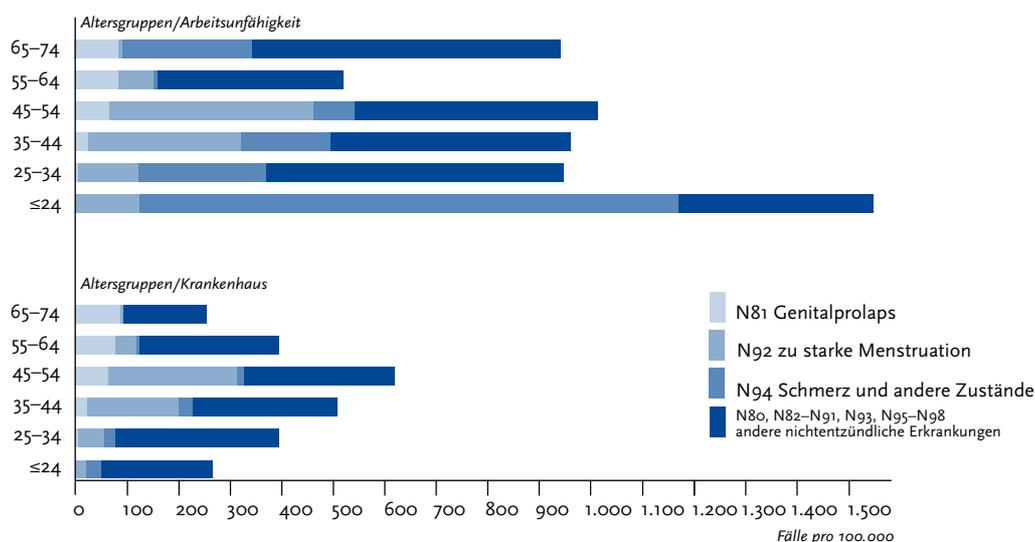
von Krankenhausfällen bei den erwerbstätigen AOK-Pflichtmitgliedern als in der Gesamtbevölkerung.¹³

Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane

Im Jahr 2002 lag bei den Pflichtmitgliedern der AOK der Anteil der AU-Fälle mit der Diagnose »Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« zwischen 13,2 (Altersgruppe »65 bis unter 75 Jahre«) und 507 (Altersgruppe »unter

¹³ Die in den BKK-Daten dokumentierten Krankenhausfälle liegen demgegenüber meist darüber.

Abbildung 7
Arbeitsunfähigkeits-Fälle (AU) und Krankenhaus-Fälle (KH) aufgrund der Diagnose
»Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N80-N98),
nach Altersgruppen, AOK-Pflichtmitglieder, Frauen, 2002
Quelle: AOK, eigene Berechnungen



25 Jahren«), jeweils pro 100.000 Personen. Bei dieser Diagnose ist die Arbeitsunfähigkeit in jedem dritten bis vierten Fall mit einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus verbunden (siehe Abbildung 6).

Auch in den BKK-Daten zeigt sich eine Abnahme der AU-Fälle pro 100.000 Versicherte mit zunehmendem Alter, allerdings wiederum auf höherem Niveau, und zwar in den Altersgruppen wie folgt: Unter 25 Jahre: 642 (vs. AOK 507), 25 < 35 Jahre: 483 (vs. AOK 288), 35 < 45 Jahre: 473 (vs. AOK 227), 45 < 55 Jahre: 307 (vs. AOK 125), 55 < 65 Jahre: 154 (vs. AOK 40). Das Verhältnis von AU-Fällen zu Krankenhausfällen ist wie bei der AOK ca. 3:1.

Vergleicht man die Krankenhausfälle der weiblichen AOK-Pflichtmitglieder mit der auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Krankenhausdiagnosestatistik (Abbildung 3) fällt wiederum auf, dass der Anteil der Krankenhausfälle in der Gesamtbevölkerung vielfach höher ist als bei den AOK-Pflichtmitgliedern. Die von der BKK berichteten Daten liegen im Bereich der Daten aus der Krankenhausdiagnosestatistik.

Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane

Im Jahr 2002 lag bei den Pflichtmitgliedern der AOK der Anteil der AU-Fälle mit der Diagnose »Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« zwischen 267 (Altersgruppe »65 bis unter 75 Jahre«) und 1.547 (Altersgruppe »unter 25 Jahre«), jeweils pro 100.000 Personen. Je älter die betroffenen Frauen sind, desto häufiger ist damit zugleich ein Krankenhausaufenthalt verbunden (Abbildung 7).

Die in den BKK-Daten dokumentierten AU-Fälle pro 100.000 liegen – mit Ausnahme der unter 25jährigen – in allen Altersgruppen ca. doppelt so hoch wie die der AOK-Versicherten. Das Verhältnis von AU- und Krankenhausfällen ist vergleichbar.

Die verschiedenen in der Diagnosegruppe »Nichtentzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« zusammengefassten Erkrankungen bzw. Diagnosegruppen haben in den Altersgruppen sehr unterschiedliche quantitative Bedeutung (Abbildung 7). So entfällt bei den Frauen unter 25 Jahren der größte Anteil der AU-Tage auf die Diagnose (bzw. das Symptom) »Schmerz und andere Zustände im Zusammen-

hang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus«, deren Anteil im Lebensverlauf danach abnimmt. Die zweithäufigste Diagnose ist »Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation«, die am häufigsten in den mittleren Altersgruppen zwischen 35 und 55 Jahren zu Arbeitsunfähigkeit (und meist auch Krankenhausbehandlung) führt. Bei der Bewertung der Diagnose »Genitalprolaps«, die mit zunehmenden Alter häufiger wird und eher selten zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, ist zu bedenken, dass diese Diagnose klinisch sehr viel geringere Bedeutung hat, als die – vorausgehende – Senkung der Genitalorgane.

Der Vergleich der Anzahl der AU-Fälle pro 100.000 Personen mit den BKK-Daten fällt unterschiedlich aus: Für die Diagnose »Menstruationsschmerz« (N94) ist die Häufigkeit bei den Frauen unter 25 Jahren den AOK-Daten vergleichbar, während in allen anderen Altersgruppen wiederum ca. 1,5 bis 2-fach höhere Zahlen dokumentiert sind; bezüglich der Diagnose »Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation« liegen die BKK-Daten – mit Ausnahme der Altersgruppe unter 25 Jahren – wiederum deutlich über den AOK-Daten. Die in den BKK-Daten dokumentierten AU-Fälle pro 100.000 für die Diagnose »Genitalprolaps« liegen recht nahe an den AOK-Daten.¹⁴

Auch für diese Diagnosegruppe gilt im Vergleich der Krankenhausesfälle der weiblichen AOK-Pflichtmitglieder mit der auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Krankenhausdiagnosestatistik (Abbildung 4), dass bei letzteren deutlich mehr Krankenhausaufenthalte dokumentiert sind als bei den AOK-Pflichtmitgliedern. Die BKK-Daten liegen demgegenüber – mit Ausnahme der Altersgruppe 65 bis unter 75 tendenziell in der Größenordnung der Krankenhausdiagnosestatistik.

Risiken

Insgesamt gibt es kaum belastbare epidemiologische Studien zu den Risiken gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter. Dies hängt auch mit den Eigenarten dieser Erkrankungen und Beschwerden zusammen, die eine epidemiologische Untersuchung erschweren oder problematisch erscheinen lassen: Unterschiedliche Schweregrade, multifaktorielle Ursachengese, keine generelle

Behandlungsbedürftigkeit, mangelnde Möglichkeiten für Prävention und Früherkennung (vgl. [14] am Beispiel von Myomen).

Ein Teil der bislang beschriebenen Ursachen gutartiger Erkrankungen und Beschwerden der Gebärmutter betrifft sozusagen die Natur des weiblichen Lebensverlaufs. Hierzu gehören sowohl der Zeitpunkt der ersten Regelblutung, die Monatszyklen (schmerzhafte Menstruation) als auch hormonelle Umbruchzeiten, wie z. B. die Wechseljahre, in denen es perimenopausal zu verstärkten Blutungen kommen kann. Auch Uterusmyome wachsen nur unter bestimmten hormonellen Bedingungen: Die Entstehung und das Wachstum von Myomen wird auf die Stimulation des Myometriums durch Östrogene zurückgeführt, wobei neuerdings auch dem Progesteron eine Bedeutung beigemessen wird [15, 16]. Andere Ursachen, wie z. B. genetische Faktoren, sind bislang noch nicht hinreichend untersucht [17]. Diese Risiken sind – zum Beispiel durch Prävention – nicht oder kaum beeinflussbar.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die sexuelle Übertragbarkeit von Erkrankungen, wie z. B. entzündliche Erkrankungen, bei denen die Infektion mit Chlamydien eine Bedeutung hat und die durch Sexualverhalten und Sexualhygiene vermieden werden können. Auch sekundäre und tertiäre Prävention, d. h. frühzeitige Behandlung und Vermeidung von Chronifizierung sind hierbei wichtig (z. B. [18]).

In diesem Zusammenhang sind auch die gesundheitlichen Folgen von Gewalt- und Missbrauchserlebnissen anzusprechen: Zusätzlich zu den akuten gesundheitlichen Auswirkungen wurden langfristige Folgewirkungen, wie psychische Störungen, Suchterkrankungen, psychosomatische und gynäkologische Erkrankungen (chronische Unterbauchbeschwerden) gefunden [19].

Für eine frauengerechte Gynäkologie und ein entsprechendes Risikoverständnis wird zunehmend eine psychosomatische Sichtweise eingefordert, die sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Perspektiven mit einbezieht. Neben körperlichen Faktoren werden auch psychische Ursachen und gesellschaftliche Einflüsse berück-

¹⁴ Bei der Diagnose »Genitalprolaps« liegt wiederum die Anzahl der dokumentierten Krankenhausesfälle über der Anzahl der AU-Fälle, allerdings in weit geringerem Ausmaß als bei der Diagnose »Leiomyom«.

sichtigt, die – z. B. vermittelt über die Beeinflussung der hormonellen Situation im Körper – zum Entstehen von Myomen beitragen können.

Ein weiterer Risikokomplex für gutartige gynäkologische Erkrankungen liegt in der (Um-)Definition normaler Körpervorgänge zu – in letzter Konsequenz behandlungsbedürftigen – medizinischen Diagnosen. Dieser Prozess der Normierung, Pathologisierung und Regulierung, in dem gesunde weibliche Lebensphasen zu Krankheiten, zumindest aber zu Risiken, umgedeutet werden, wird in der Frauengesundheitsbewegung und -forschung mit dem Begriff Medikalisierung beschrieben [20]. Die Gefahr von Medikalisierungsprozessen besteht vor allem dann, wenn normale Phasen körperlicher Veränderungen zum Anlass genommen werden, systematisch nachzusehen »ob alles in Ordnung ist« (z. B. in sog. Teenager-Sprechstunden für Mädchen in der Pubertät). An diesem Prozess sind sowohl Ärzte und Ärztinnen beteiligt als auch die Frauen selbst, die z. B. eine Bestätigung ihrer Normalität wünschen oder Sicherheit im Umgang mit körperlichen Umbruchphasen suchen.

Prävention

Die Prävention von Gebärmuttererkrankungen und ihren Folgen bezieht sich sowohl auf primäre als auch auf sekundäre und tertiäre Prävention und umfasst verschiedene Bereiche:

Wo gesichertes Wissen über vermeidbare Risiken vorliegt, kann mit Prävention auf die Reduzierung dieser Risiken hingewirkt werden. Dies betrifft vor allem Erkrankungen, die mit Sexualverhalten und Hygiene zusammen hängen. Primärpräventiv ist insbesondere die Förderung von Safer Sex-Praktiken zu nennen, z. B. Nutzung von Kondomen zum Schutz gegenüber sexuell übertragbaren Krankheiten, wie Infektionen durch Chlamydien, dem Humanpathogenen Papillomavirus (HPV), HIV und Hepatitis. Im September 2006 wurde in der Europäischen Union der erste Impfstoff gegen humane Papillomaviren (HPV) mit dem Handelsnamen Gardasil® zugelassen, seit Oktober 2006 auch in Deutschland erhältlich ist. Dieser Impfstoff hat sich in klinischen Studien als wirksamer Schutz vor der Infektion mit den beiden häufigsten Hochrisikotypen HPV 16 + 18

erwiesen. Da noch keine Empfehlung der Ständigen Impfkommision des Robert Koch-Institutes vorliegt, ist die Kostenübernahme durch die Krankenkassen bislang nicht geklärt.

Sekundärpräventiv sind die frühe Erkennung sowie eine schnelle Diagnose und Behandlung von Bedeutung. Präventionsprogramme sollten ethische Aspekte berücksichtigen und Stigmatisierungen vermeiden [21]. So ist es mitunter für Frauen in Beziehungen, die durch Macht und Unterordnung gekennzeichnet sind, schwierig, eine krankheitspräventive (und gesundheitsförderliche) Sexualität einzufordern und umzusetzen.

Zur Vermeidung von Gebärmutterosenkungen und ggfs. Genitalprolaps wird das gezielte Training des Beckenbodens als Präventionsmaßnahme empfohlen. Dazu gehört auch die Rückbildungsgymnastik im Wochenbett. Dies scheint biologisch plausibel und unschädlich, der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis steht jedoch noch aus [22].

Ein weiterer Präventionsbereich liegt darin, die bereits beschriebenen Medikalisierungstendenzen zu vermeiden. Ein Beispiel hierfür sind Fälle nicht unbedingt notwendiger Hysterektomien bei gutartigen Erkrankungen. Erklärungsbedürftig ist auch die am Beispiel der Daten aus Nordrhein-Westfalen gezeigte erhebliche regionale Streubreite der Krankenhausmorbidity aufgrund verschiedener gynäkologischer Diagnosen (vgl. Abschnitt Regionale Unterschiede) Hierzu fehlt bislang eine systematische Identifizierung nicht-medizinischer Einflussfaktoren (Bettenangebot, Einweisungsverhalten etc.). Außerdem wäre bei allen Beteiligten eine Haltung hilfreich, die die Zyklizität des Lebensverlaufs bei Frauen und den lebenslangen Alterungsprozess als etwas Normales begreift und respektiert.

Zur Vermeidung langfristiger Folgen von Gewalterfahrungen (z. B. chronischen Unterbauchbeschwerden) ist eine verbesserte Versorgung bei sexueller Gewalt und Missbrauch eine wichtige präventive Maßnahme.

Eine interdisziplinäre Versorgung, die die multifaktorielle Genese von Unterleibserkrankungen mit ihren körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Anteilen, regelmäßig und systematisch berücksichtigt, kann zu einer verbesserten Diagnosestellung und Behandlung beitragen. Durch eine umfassende Perspektive kann erreicht

werden, dass Erkrankungen frühzeitig erkannt und rechtzeitig angemessen behandelt werden. Damit können unter Umständen auch Chronifizierungen vermieden werden.

Versorgung

Krebsfrüherkennung

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden im allgemeinen Sprachgebrauch häufig als »Krebsvorsorge« bezeichnet. Dieser Begriff ist jedoch irreführend, da durch diese Maßnahmen keine Erkrankungen verhindert werden können. Es findet somit keine Vorsorge im engeren Sinne statt, sondern die möglichst frühe Erkennung einer Erkrankung bei Personen, die beschwerdefrei sind. Die Ziele der Krebsfrüherkennung liegen in einer Verringerung der Krebs-Sterblichkeit durch die möglichst frühe Behandlung einer Krebserkrankung bzw. ihrer Vorstufen.

In Deutschland sind seit 1971 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einbezogen (§ 25, Abs. 2, SGB V i.d.F. vom 27. Dezember 2003). Das Gesetzliche Krebs-Früherkennungsprogramm für Frauen (i.d.F. vom 21. Juni 2002) beinhaltet in Bezug auf Krebserkrankungen der Gebärmutter bzw. der weiblichen Genitalorgane ab dem 20. Lebensjahr eine jährliche Untersuchung, die aus einer Anamnese, der körperlichen Untersuchung und dem zytologischen Zervixabstrich (Untersuchung nach Papanicolaou – PAP-Test) besteht. Die Zulassung der HPV-Testung im Rahmen der Früherkennung wird derzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss beraten.

Die Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsuntersuchungen ist stark altersabhängig, sie ist hoch in den jüngeren Altersgruppen und sinkt mit zunehmendem Alter zunächst langsam, ab dem 7. Lebensjahrzehnt dann deutlich ab. Im Jahr 2003 nahmen in den Altersgruppen 20 bis 40 Jahre zwei von drei Frauen teil und in den mittleren Altersgruppen (40 bis 65 Jahre) rund jede zweite Frau.

Der zytologische Zervixabstrich (PAP-Test) im gesetzlichen Früherkennungsprogramm zielt auf die Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses. Die Problematik dieser zytologischen

Tests besteht in ihrer geringen Sensitivität, das heißt Fähigkeit, die vorhandenen Krebsvorstufen auch als solche zu erkennen. Die Effizienz dieser Früherkennungsuntersuchung wurde bisher in keiner randomisierten Screeningstudie belegt. Untersuchungen zeigten jedoch in verschiedenen Ländern einen Zusammenhang zwischen dem Anteil der untersuchten Bevölkerung und dem Rückgang der Inzidenz und Mortalität [23, 24]. Vorteile neuerer Techniken (z. B. Dünnschichtpräparationen) gegenüber dem PAP-Test konnten bislang wissenschaftlich nicht belegt werden. Die Verbesserung der Effektivität von Zervixkarzinom-Screenings wird insbesondere durch Qualitätssicherungsmaßnahmen erwartet. Die Verlängerung der Untersuchungsintervalle von einem auf drei bis fünf Jahre wird nur für Frauen mit einem geringen Risiko empfohlen [25, 26].

Sowohl für das Gebärmutterkorpuskarzinom als auch für Krebs der Eierstöcke gibt es derzeit keine Früherkennungsprogramme. Rund 75 % aller Uteruskarzinome werden, aufgrund des relativ früh auftretenden Leitsymptoms, der Postmenopausenblutung, in einem prognostisch günstigen Stadium diagnostiziert. Eine geeignete, wenig invasive Untersuchungsmethode für die Früherkennung des Uteruskarzinoms scheint die transvaginale Sonographie (Ultraschall) zu sein. Mit diesem Verfahren kann die Dicke und Struktur des Endometriums bestimmt werden: Eine Zunahme der Schleimhaut geht bei postmenopausalen Frauen mit einer pathologischen Veränderung einher. Es besteht jedoch Uneinigkeit darüber, welche Endometriumdicke als Grenzwert für eine histopathologische Abklärung gilt [3].

Bei malignen Veränderungen der Ovarien fehlen häufig jegliche Frühsymptome, so dass bei etwa zwei Drittel der Patientinnen die Diagnose erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium gestellt wird.

Gynäkologische Operationen

Gynäkologische Operationen sind die häufigsten operativen Eingriffe bei Frauen. Es können unterschieden werden (nach [27]):

- ▶ Kleinere Operationen, die sowohl zur Diagnostik als auch zur Therapie eingesetzt werden: Ausschabung (Abrasio, Kürettage), Konisation (kegelförmige Entfernung von Gewebe am Muttermund), Hysteroskopie (Gebärmutter- Spiegelung)
- ▶ Bauchspiegelung (Laparoskopie, Pelviskopie) zur Diagnose und Therapie
- ▶ Organerhaltende Operationen bei Myomen (z. B. Myomenukleation, Hysteroskopie) und Blutungsstörungen (z. B. Endometriumblation, Uterus-Ballon-Therapie)
- ▶ Operationen bei Senkung und Harninkontinenz (organerhaltend oder mit Gebärmutterentfernung)
- ▶ Gebärmutterentfernung (Hysterektomie, Uterusexstirpation)

Auskunft über die Häufigkeit gynäkologischer Operationen insgesamt geben die Krankenhausdiagnosedaten. Demnach ist die stationäre Behandlung gynäkologischer Erkrankungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit Operationen verbunden.

Aktuelle bevölkerungsbezogene Daten über gynäkologische Operationen liegen für Deutschland aus der bereits zitierten Bremer Befragung aus dem Jahr 2000 vor. Die drei häufigsten Operationen waren in dieser Befragung:

- ▶ Die Ausschabung (36 % der Frauen hatten mindestens eine Ausschabung),
- ▶ die Entfernung der Gebärmutter (jede vierte Bremer Frau im Alter zwischen 40 und 70 Jahren hatte eine Hysterektomie),
- ▶ die Bauchspiegelung (jede sechste Frau hatte schon einmal eine Bauchspiegelung).

Anhand der Daten dieser Studie konnte für Hysterektomien aufgrund gutartiger Diagnosen erstmals für Deutschland der – in der internationalen Literatur bekannte – Risikofaktor »Soziale Schicht« bzw. ein sozialer Gradient aufgezeigt werden: Im Vergleich zu Frauen mit Abitur oder

Fachhochschulreife hatten Frauen mit Realschulabschluss ein 1,7fach und Frauen mit höchstens Hauptschulabschluss ein 2,5fach erhöhtes Risiko einer Hysterektomie (statistisch signifikant, kontrolliert für Alter und Anzahl der Geburten). Die Ursachen hierfür sind weitgehend ungeklärt. Infrage kommen sowohl Unterschiede in den Krankheitshäufigkeiten als auch in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [10, 28]. Unter dem Stichwort »informierte Patientin« sollten auch soziale Unterschiede bezüglich der Information und Beratung im Vorfeld von Eingriffen überprüft werden. Die herausragende Bedeutung von Information und Beratung in Bezug auf die Entscheidung, ob Frauen bei schweren Blutungen eine Gebärmutterentfernung vornehmen lassen oder nicht, wurde eindrucksvoll in der randomisierten kontrollierten Studie von Kennedy et al. [29]¹⁵ gezeigt.

Seit den 1990er Jahren hat es immer wieder Kritik an der Häufigkeit von Gebärmutterentfernungen gegeben. Davon zu unterscheiden ist die Frage nach den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Verfahren einer Entfernung der Gebärmutter.

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland 88.700 Hysterektomien dokumentiert. Insbesondere die Zahl von Hysterektomien bei Patientinnen unter 35 Jahren mit benignen (d. h. gutartiger) Erkrankung wird seit Jahren als zu hoch bewertet.¹⁶

In den letzten Jahren scheint es eine Entwicklung dahingehend zu geben, dass später und evtl. auch seltener eine Gebärmutterentfernung erfolgt [11]. Dies wird auf verschiedene Faktoren zurückgeführt: Zum Beispiel die Entwicklung organchonender Operationsverfahren, das gestiegene Bewusstsein der Bedeutung der Gebärmutter für Frauen über die reine Reproduktionsfunktion hinaus und die zunehmende Bedeutung von Qualitätssicherung in der Gynäkologie.¹⁷ Sollte eine Gebärmutterentfernung notwendig werden, erfahren derzeit Operationsformen, bei denen der Gebärmutterhals erhalten bleibt, erneut Interesse, da möglicherweise weniger unerwünschte Folgen,

¹⁵ Vgl. ausführlich in Abschnitt Kosten

¹⁶ Im Jahr 2002 wurden 2.322 und im Jahr 2003 2.482 Hysterektomien bei Frauen unter 35 Jahren mit gutartiger Grunderkrankung dokumentiert.

¹⁷ Vgl. dazu Abschnitt Ressourcen in diesem Bericht

wie eine Senkung der Blase und des Darmes oder Störungen der Empfindungsfähigkeit, zu erwarten sind.

Internationale Studien zeigen, dass seltener und organschonender operiert wird, wenn Leitlinien bzw. Standards vorhanden sind [30, 31] bzw. wenn im Rahmen der gynäkologischen Versorgung eine systematische und ausführliche Information der Patientinnen, z. B. über Behandlungsalternativen, erfolgt [29, 32]. In Deutschland wurden Behandlungsstandards bzw. Leitlinien für Hysterektomien bislang weitgehend abgelehnt, da »... die Indikationsstellung (...) individuell und nach Meinung der Fachgesellschaft nicht zu definieren (ist)« [33, 129] und entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen über die Einflussfaktoren gynäkologischer Operationen nicht durchgeführt wurden. Gefordert wird die Diskussion um die Indikationsstellung zur Hysterektomie unter Aspekten der Qualitätssicherung, der Gesundheitsökonomie und der Ethik neu aufzunehmen.

Seit den 1970er Jahren haben endoskopische Methoden, zunächst als Diagnose- und später auch als Operationsverfahren, in der gynäkologischen Chirurgie einen erheblichen Stellenwert bekommen. Die wichtigste Methode ist die Laparoskopie, d. h. die Bauchspiegelung. Nach Daten aus Hessen betrug der Anteil laparoskopischer Operationen in den Jahren 1997 bis 1999 durchschnittlich etwa 20 %. Aus medizinischer Sicht gelten heute 80–90 % aller gynäkologischen Operationen als potentiell mit minimal-invasiven Techniken durchführbar. Allerdings zeigen vorliegende Daten große Unterschiede zwischen Kliniken sowohl in der Anwendungshäufigkeit als auch in der Radikalität (organerhaltend, organentfernend) laparoskopischer Operationsverfahren [34]. Bezüglich der Durchführung von Bauchspiegelungen wird ein vorsichtiger Einsatz, z. B. beim Umgang mit Zysten, angemahnt und die Erstellung von Leitlinien gefordert [35]. Studien hierzu fehlen jedoch.

Tabelle 4
Reha-Leistungen (Stationäre Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung) bei Gebärmuttererkrankungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2003
Quelle: Verein Deutscher Rentenversicherer (VDR), 2004

Diagnose	Anzahl	Durchschnittsalter in Jahren
Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		
C51–C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	9.181	58,5
Davon: C53 Gebärmutterhals (Cervix uteri)	2.158	50,1
C54 Gebärmutterkörper (Corpus uteri)	2.901	63,4
C56 Eierstock (Ovar)	3.081	58,6
D25: Myome (Leiomyom des Uterus)	524	46,7
N70–N77: Entzündliche Krankheiten der weibl. Beckenorgane	240	42,4
N80–N98: Nichtentzündliche Krankheiten des weibl. Genitaltraktes	941	44,2
Davon: N80 Endometriose	329	38,6
N81 Genitalprolaps bei der Frau	255	51,7
Anschlussheilbehandlungen		
C51–C58: Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	3.453	61,6
Davon: C53 Gebärmutterhals (Cervix uteri)	864	52,2
C54 Gebärmutterkörper (Corpus uteri)	1.421	65,8
C56 Eierstock (Ovar)	718	62,7
D25: Myome (Leiomyom des Uterus)	162	47,0
N70–N77: Entzündliche Krankheiten der weibl. Beckenorgane	51	41,9
N80–N98: Nichtentzündliche Krankheiten des weibl. Genitaltraktes	266	47,2
Davon: N80 Endometriose	60	39,3
N81 Genitalprolaps bei der Frau	128	51,7

Alternative Heilverfahren und Selbsthilfe

Für Gebärmuttererkrankungen gibt es eine Vielzahl von alternativen Heilverfahren und Methoden der Selbsthilfe. Vor allem von der Frauengesundheitsbewegung und in den Frauengesundheitszentren wurde dazu in den letzten Jahrzehnten ein Fundus an Erfahrungswissen zusammengetragen. Die Empfehlungen beinhalten bestimmte Ernährungsformen, Bewegung (Beckenbodentraining, Luna-Yoga, Bauchtanz), Verfahren aus der Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), der Homöopathie, der Traditionellen Chinesischen Medizin etc. In der Frauenheilkunde ist inzwischen auch eine Verknüpfung von alternativen und schulmedizinischen Heilverfahren im Rahmen ganzheitlicher Behandlungskonzepte häufiger zu beobachten. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung können keine Empfehlungen für einzelne Beschwerden oder Krankheitsbilder dargestellt werden. Hinweise können zum Beispiel bei den Frauengesundheitszentren erfragt werden.

Gynäkologische Rehabilitation

Der Anspruch auf Rehabilitationsleistungen ist im Sozialgesetzbuch geregelt. Für Karzinom-erkrankungen ist diese Möglichkeit einer qualifizierten strukturierten Nachsorgeleistung gut bekannt und wird von Frauen nach Mamma- karzinom und Genitalkarzinom genutzt. Auch bei gutartigen, problematisch verlaufenden oder chronischen gynäkologischen Erkrankungen oder Problemen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt ist eine Rehabilitation indiziert. Dies betrifft z. B. Endometriose, rezidivierende Harninkontinenz, chronische Adnexitis, chronischen Unterbauchschmerz und stark verzögerte Rekonvaleszenz nach einer Operation, starke Wechseljahrsbeschwerden, Operations-Komplikationen (wie Wundheilungsstörungen, Peritonitis, Thrombose, Embolie, behandlungsbedürftige Anämie) sowie die Verarbeitung einer Totgeburt oder eines unerfüllbaren Kinderwunsches.

Eine medizinische Rehabilitation kann im unmittelbaren Anschluss an eine Operation im Krankenhaus (Anschlussheilbehandlung) oder auch unabhängig von operativen Eingriffen erfolgen. Um die Zuweisung in eine gynäkologische

spezialisierte Rehabilitationsklinik sicherzustellen, ist bei der Antragstellung die gynäkologische Hauptdiagnose mit Begründung wichtig.

Die Rehabilitation ermöglicht mit einem multiprofessionellen Team einen ganzheitlichen, fachübergreifenden Therapieansatz. Dieser beinhaltet fachspezifische medizinische gynäkologische/ onkologische Betreuung, Balneo- und Physiotherapie, Krankengymnastik und Sport, psychosoziale Beratung und Therapie sowie Schulungsprogramme zu einzelnen Krankheitsbildern.

Zusätzlich schafft das Gruppenerleben mit Gleichbetroffenen den Frauen einen anderen Zugang zum Krankheitsgeschehen und hat damit einen wichtigen therapeutischen Effekt, der systematisch genutzt werden kann. Die individuellen Lebens-, Arbeits- und Alltagsbedingungen werden in Bezug zu den jeweiligen gesundheitlichen Problemen thematisiert. Die Mitaufnahmemöglichkeit von Kindern zur Rehabilitation trägt den Bedürfnissen jüngerer Frauen Rechnung.

Ressourcen

Gynäkologische Versorgung

In Deutschland gibt es – Stand 31.12.2004 – 15.490 berufstätige Ärztinnen (Anteil 47%) und Ärzte (Anteil 53%) im Fachgebiet Gynäkologie und Frauenheilkunde. Je jünger die Ärzte und Ärztinnen der Frauenheilkunde, desto höher ist der Frauenanteil: Bei den 50 bis 59-Jährigen beträgt dieser 35%, bei den unter 40-Jährigen 70%. Insgesamt sind rund ein Drittel der Frauenärzte und -ärztinnen im stationären und zwei Drittel im niedergelassenen Bereich tätig.

An der ambulanten Versorgung bei Gebärmuttererkrankungen sind neben Gynäkologen und Gynäkologinnen auch – insbesondere bei älteren Frauen – Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie Internisten und Internistinnen beteiligt. Genaue Zahlen darüber gibt es jedoch nicht.

Im Jahr 2003 gab es in Deutschland insgesamt 1.084 Krankenhäuser mit Abteilungen für Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe. Die genaue Zahl der für diesen Bericht vor allem interessierenden Fachabteilungen für Frauenheilkunde ist nicht bekannt, da für rund ein Drittel der Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Frauenheil-

Tabelle 5
Krankenhäuser mit Fachabteilungen Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe nach
Bettenzahl, Fallzahl und durchschnittlicher Verweildauer – Deutschland 2003
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2005), eigene Berechnungen

Krankenhäuser mit Fachabteilungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Krankenhäuser N insgesamt	Betten N insgesamt	Belegbetten N (%)	Fallzahl N	Verweildauer Ø Tage
Insgesamt	1.084	44.974	7.590 (100)	2.053.578	5,2
Davon: Frauenheilkunde	679	17.551	2.294 (13)	761.300	5,4
Geburtshilfe	589	10.929	1.205 (11)	520.159	5,2
Sonstige Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe*	411	16.494	3.560 (22)	759.953	5,2

* Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes handelt es sich dabei um Fachabteilungen, bei denen aus den Meldungen eine eindeutige Zuordnung zu Geburtshilfe oder Frauenheilkunde nicht möglich ist.

kunde und Geburtshilfe keine genaue Zuordnung vorhanden ist. Die Bettenausstattung, Fallzahlen und Verweildauern für Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zeigt Tabelle 5.

Der Bereich Frauenheilkunde zählt zu den größten Bereichen innerhalb der stationären Versorgung, in der Größenordnung vergleichbar mit der Inneren Medizin/Kardiologie, der Unfallchirurgie und der Urologie.

In der stationären Versorgung sind im Jahr 2003 insgesamt 4.489 Ärzte (Anteil 58 %) und Ärztinnen (Anteil 42 %) mit abgeschlossener Weiterbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe beschäftigt. Die Geschlechterverteilung ist erwartungsgemäß je nach Position in der Hierarchie unterschiedlich. Während in der Gruppe der Assistenzärzte und -ärztinnen 63 % Frauen und 37 % Männer sind, kehrt sich das Verhältnis bei den Oberärzten- und -ärztinnen um (Frauen 34 %, Männer 66 %). In leitenden Positionen ist das Geschlechterverhältnis 5 % Frauen zu 95 % Männer.

In Deutschland gibt es insgesamt 15 so genannte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Stand 2003) mit einer Fachabteilung Frauenheilkunde mit insgesamt 612 Betten. Die Fallzahl betrug im Jahr 2003 7.200 mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 23,8 Tagen.

Ein wichtiges qualitatives Thema in der gynäkologischen Versorgung ist die Psychosomatik. Der Förderung einer psychosomatischen Perspektive in der Gynäkologie widmet sich die 1981 gegründete Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe DGPFGE.V. Eine Anerkennung und Aufwertung dieser

Perspektive in der ärztlichen Praxis bedeutet auch der Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages im Jahr 2003, mit dem die psychosomatische Grundversorgung «verpflichtend für die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin» sowie zum Facharzt/zur Fachärztin für »Frauenheilkunde und Geburtshilfe« in die (Muster-)Weiterbildungsordnung eingefügt wurde [36]. Die Schwierigkeiten der Integration einer psychosomatischen Sichtweise in den Klinikalltag liegen nach Debus & Kiefer [37] weniger in äußeren Hemmnissen (z. B. hoher Dokumentationsaufwand) als in inneren Widerständen.

Ein Modell gynäkologisch psychosomatischer Versorgung ist die an der Universitätsklinik Bonn seit 1997 eingerichtete Professur für Gynäkologische Psychosomatik. Diese hat das Ziel, spezielle Versorgungsangebote für Frauen einzurichten und die Frauenperspektive in die allgemeine Gynäkologie einzubringen [38].

Als Methoden der Qualitätssicherung in der Gynäkologie sind Standards und Leitlinien sowie – insbesondere zur Indikationsstellung bei Hysterektomie – Second Opinion-Modelle in der Diskussion.¹⁸

Für Aspekte der Versorgung, die in diesem Bericht angesprochene Krankheiten betreffen, gibt es in Deutschland eine Reihe von Leitlinien, überwiegend der Entwicklungsstufe 1¹⁹.

¹⁸ Die Regelung von Grundsätzen zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen im Rahmen der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung obliegt nach § 137 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

¹⁹ In der Klassifikation von Leitlinien der AWMF werden drei Entwicklungsstufen unterschieden. Entwicklungsstufe 1 hat den Charakter von Handlungsempfehlungen von Experten.

Ein Angebot im Bereich »Second-Opinion« bietet in Deutschland das Internationale Zentrum für FrauenGesundheit gGmbH – IZFG in Bad Salzuflen mit der »Sprechstunde ‚Informierte Entscheidung‘ Beratung, Untersuchung und Entscheidungsfindung bei schwierigen gynäkologischen Fragestellungen«.

In Deutschland ist die Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie durch die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen hervorzuheben, die Daten zu Uteruseingriffen, Diagnosen, Operationsverfahren, Komplikationen, etc. veröffentlicht. Die Arbeit erfolgte ab 1992 zunächst im Rahmen eines Pilotprojektes, 2002 wurde mit der Sanktionierung nicht dokumentierter Fälle begonnen. Im Jahr 2002 wurde der Bereich Gynäkologische Operationen in die externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V aufgenommen.

Frauengesundheitszentren/Selbsthilfe

Seit den 1970er Jahren wurden durch Initiativen der Frauengesundheitsbewegung Frauengesundheitszentren gegründet. Zurzeit gibt es in Deutschland in 17 Städten Frauengesundheitszentren. Ein Schwerpunkt dieser Zentren ist Beratung bei Gebärmuttererkrankungen, hauptsächlich bei vaginalen Infektionen, Myomen und Zysten, Endometriose, Zellveränderungen am Gebärmutterhals, Vor- und Nachsorge bei gynäkologischen Operationen, Krebsfrüherkennung und Krebs an den weiblichen Organen. Eine Zeitschrift für Frauengesundheitsthemen (Clio), Broschüren zur gesundheitlichen Selbsthilfe sowie online-Beratung werden herausgegeben bzw. angeboten.

Beispielhaft für Selbsthilfe ist auch das Endometriose-peer-to-peer-Beratungstelefon der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.

Kosten

Die Kostenseite von Erkrankungen der Gebärmutter wird in diesem Bericht anhand von drei Aspekten angesprochen: Welche Kosten entstehen durch ambulante und stationäre Versorgung (direkte Kosten) und wie hoch ist die Zahl verlorener Lebens- und Erwerbstätigkeitsjahre, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod entstehen (Grundlage der Berechnung indirekter Kosten)? Weiterhin wird die Frage der Kosteneffektivität verschiedener Behandlungsoptionen erörtert. Schließlich sind grundsätzliche Fragen der Zuordnung von Gesundheitskosten, die im Zusammenhang mit Erkrankungen der Reproduktionsorgane von Frauen (und Männern) entstehen, anzusprechen.

Das Statistische Bundesamt erstellte für diesen Bericht – soweit möglich – Sonderauswertungen der Krankheitskosten für die entsprechenden Krankheiten zur Verfügung.²⁰

Im Jahr 2002 betragen die direkten Kosten für Krebs des Gebärmutterkörpers 131 Millionen Euro, von denen 74 Millionen Euro auf die Krankenhausversorgung entfielen. Die entsprechenden Kosten für Krebs der Eierstöcke beliefen sich auf 279 Millionen Euro, davon entfielen 149 Millionen Euro auf Krankenhäuser. Für Krebs des Gebärmutterhalses gibt es gegenwärtig keine Kostenangaben.

Für die Behandlung bei »Entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane« insgesamt (ICD-10: N70–N77) betragen die Kosten im Jahr 2002 632 Millionen Euro, davon entstanden Kosten für ambulante Behandlungen in Höhe von 310 Millionen Euro und für stationäre Behandlungen in Höhe von 105 Millionen Euro. Daten zu einzelnen Diagnosen dieser Krankheitsgruppe liegen nicht vor.

Für die Behandlung bei »Nichtentzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktes« (ICD-10: N80–N98) betragen die Kosten im Jahr 2002 2.995 Millionen Euro. Davon wurden für Leistungen von Arztpraxen 977 Millionen Euro, von Krankenhäusern 765 Millionen Euro sowie von Apotheken 609 Millionen Euro ausgegeben.

²⁰ Die Frauen zugeordneten Krankheitskosten betragen im Jahr 2002 insgesamt 13,2 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2004) [44]

Detaillierte Kostenberechnungen zu einzelnen Erkrankungen, so auch für die in diesem Bericht besonders betrachteten Diagnosen »Endometriose« (N80), »Genitalprolaps« (N81) und »Menstruationsstörungen« (N92–N94), wurden bislang nicht vorgenommen.

Auf die genannten Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen entfielen im Jahr 2002 insgesamt 42.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre und 164.000 verlorene Lebensjahre.²¹

Für die im Krankheitsgeschehen quantitativ bedeutsamen gutartigen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane (vor allem Leiomyome des Uterus) liegen gegenwärtig keine Angaben zu Kosten und verlorenen Lebens- bzw. Erwerbstätigkeitsjahren vor.

Im Kontext der Debatten um die Entwicklung der Gesundheitskosten erhalten ökonomische Kriterien zunehmend einen Stellenwert für die Beurteilung verschiedener Behandlungsoptionen. Ein Beispiel im Zusammenhang mit Gebärmuttererkrankungen, für das empirische Daten aus einer randomisierten Studie [29] vorliegen, sind verlängerte oder zu starke Menstruationsblutungen, die – wie gezeigt – vor allem bei jüngeren Frauen relativ häufig auftreten. Die Behandlungsoptionen dafür sind vielfältig bis hin zur Entfernung der Gebärmutter.

Kennedy et al. [29] konnten für diese Diagnose in einer multizentrischen randomisierten klinischen Studie in England beispielhaft zeigen, dass umfangreiche Aufklärung sowohl zu weniger operativen Eingriffen führte als auch kosteneffektiv war.

Von eher grundsätzlicher Bedeutung ist die Frage nach der Zuordnung von Krankheitskosten zu Personengruppen bzw. zu den Geschlechtern. Dies betrifft einerseits die Kosten für Schwangerschaft und Geburt im engeren Sinne, andererseits auch das Krankheitsgeschehen in Bezug auf die Reproduktionsorgane von Frauen (und Männern) insgesamt (geschlechtsspezifische Erkrankungen). König und Zoike [39] haben eine Modellrechnung ohne Berücksichtigung der Inanspruchnahme geschlechtsspezifischer medizinischer Behandlungen durchgeführt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die durchschnittlichen Kosten für Frauen (696 Euro) um knapp 9 % höher sind als die Kosten für Männer (640 Euro). Bei Bereinigung der Alterseffekte

ergibt sich, dass Frauen durchschnittlich 9 % preiswerter sind als die männlichen Versicherten. Sie plädieren daraufhin für eine differenzierte Betrachtungsweise der Krankheitskosten, wozu nicht nur die Frage nach der Zuordnung der Kosten von Schwangerschaft und Geburt sowie für geschlechtsspezifische Erkrankungen gehört, sondern auch der Einbezug von Alterseffekten sowie vertiefende Betrachtungen von Gruppen gleichartig Erkrankter. Eine empirische Analyse (anhand von Daten für die Schweiz) und theoretische Aufarbeitung im Hinblick auf gendersensible Kostenbetrachtungen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Kategorien Gerechtigkeit und Solidarität wurde von Camenzind & Maier [40] vorgelegt.

Handlungsbedarf

In diesem Bericht soll insbesondere auf zwei Handlungsfelder hingewiesen werden: Auf die Verbesserung der Wissensgrundlagen (Forschung, Gesundheitsberichterstattung) einerseits und der Versorgung andererseits.

Erkrankungen der Gebärmutter und deren (vor allem operative) Behandlung sind sehr stark lebensphasenabhängig. Anhand der vorliegenden Routinedaten sind keine Aussagen über Einfach- oder Mehrfachbetroffenheit von Frauen, über Erst- oder Wiederholungsbehandlungen, d. h. über Krankheitskarrieren, möglich. In Deutschland fehlen Forschungen über die Entwicklung von Krankheitsbiographien (bzw. Gesundheitsbiographien) und deren Einflussfaktoren für den Bereich gynäkologischer Erkrankungen. Solches Wissen ist jedoch für eine auf Prävention ausgerichtete Versorgung notwendig. Dabei ist die Bestimmung von Risikokonstellationen bzw. Risikogruppen eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung zielgruppengerechter Präventions- und Versorgungsangebote.

Weiterhin sind aus der Perspektive der Gesundheitsberichterstattung vertiefende Untersuchungen sowohl zur Qualität und Aussagefähigkeit von Routinedaten als auch zur Verbesserung des epidemiologischen Wissens erforderlich.

21 Statistisches Bundesamt 2004

Für den Bereich der Versorgung lassen sich verschiedene Handlungsfelder aufzeigen, die auch unter dem Stichwort »Frauengerechte Versorgung« diskutiert werden:

- ▶ Stärkung allgemeiner handlungsleitender Grundprinzipien in der Versorgung, die auf die Förderung ganzheitlicher Perspektiven abzielen, durch Schaffung eines Bewusstseins der im Gesundheitswesen Tätigen für die Bedeutung der verschiedenen Lebensbedingungen für Gesundheit und Krankheit von Frauen (Alter, soziale Lage, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, etc.) sowie stärkere Einbeziehung der Patientinnenperspektive, Vernetzung verschiedener Versorgungsangebote.
- ▶ Verbesserung der Versorgung bei Gebärmuttererkrankungen durch stärkere Integration psychosomatischer Perspektiven und durch Etablierung von partizipationsorientierten Entscheidungsmodellen in der Gynäkologie (»Informierte Patientin«, »shared decision making«, Transparenz des Behandlungsangebotes). Dabei sollen auch kulturelle und soziale Unterschiede berücksichtigt werden [41–43].
- ▶ Förderung eines Dialogs der an der Versorgung und Beratung von Frauen mit Gebärmutterproblemen beteiligten medizinischen und nichtmedizinischen Fachgruppen.
- ▶ Verbesserung der wissenschaftlichen Evidenz für präventive Angebote. Dazu gehören sowohl Qualitätsstandards für Früherkennungsuntersuchungen (PAP-Abstrich) als auch Untersuchungen zur Wirksamkeit und Inanspruchnahme von HPV-Impfungen.
- ▶ Bereitstellung von qualitativ hochwertigen unabhängigen Beratungsangeboten für Frauen in allen Regionen Deutschlands: Durch Absicherung von vorhandenen und Schaffung weiterer unabhängiger Einrichtungen (u. a. Frauengesundheitszentren, Patientinnenberatung), Verbesserung des Zugangs zu unabhängiger Beratung. Eine Möglichkeit hierfür wäre, unabhängige Informationsangebote (z. B. Broschüren der Frauengesundheitsbewegung) in Praxen von Ärztinnen und Ärzten auszulegen.
- ▶ Ausbau der Qualitätssicherung, Entwicklung von Standards für die Diagnose, Behandlung und Rehabilitation bei Gebärmuttererkrankungen auf der Grundlage der Integration von wissenschaftlicher Evidenz, medizinischer Erfahrung und Problemsichten der Frauen bzw. Patientinnen. Hierzu gehört auch eine Integration dieser Perspektiven und von Gender-Wissen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Literatur

1. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe Band 209. Kohlhammer, Stuttgart
2. Schweppe KW (2003) Differentialdiagnose und Behandlungsstrategien bei Endometriose: Was tun – wann? *Journal für Fertilität und Reproduktion* 13: 8–12
3. Ortmann O, Dietrich K (2002) Screening auf Endometriumkarzinom. *Der Gynäkologe* 35: 548–552
4. Koch K (2005) Untersuchungen zur Früherkennung. Krebs. Nutzen und Risiken. Stiftung Warentest in Zusammenarbeit mit dem Verein für Konsumenteninformation, Österreich, Berlin
5. Scharf A, Günther HH, Sohn C (2002) Screening auf Ovarialkarzinom. *Der Gynäkologe* 35: 537–547
6. Beckermann MJ, Perl FM (Hrsg) (2004) Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe, 3 Bände, 1. Auflage. Schwabe Verlag, Basel
7. Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G (1993) The socioeconomic correlates of hysterectomies in the United States. *Am J Public Health* 83: 106–108
8. Lake J, Power C, Cole T (1995) Significant social class gradient in menstrual disorders. *BMJ* 311: 1503
9. Materia E, Rossi L, Spadea T et al. (2002) Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 56: 461–465
10. Settnes A, Lange AP, Jorgensen T (1997) Gynaecological correlates of hysterectomy in Danish women. *Int J Epidemiol* 26: 364–370
11. Giersiepen K, Luoto R, Eberle A (Hrsg) (2003) Hysterectomy Prevalence and its Effect on Uterine Cancer Incidence Registration, 1. Auflage. Verlag für Wissenschaft und Forschung, Berlin
12. Domenighetti G, Casabianca A (1997) Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *BMJ* 314: 14–17
13. Geller SE, Burns LR, Brailer DJ (1996) The impact of nonclinical factors on practice variations: the case of hysterectomies. *Health Serv Res* 30: 729–750
14. Schwartz SM, Marshall LM, Baird DD (2000) Epidemiologic contributions to understanding the etiology of uterine leiomyomata. *Environ Health Perspect* 108: 821–827
15. Faerstein E, Szklo M, Rosenshein NB (2001a) Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. I. African-American heritage, reproductive history, body size, and smoking. *Am J Epidemiol* 153: 1–10
16. Faerstein E, Szklo M, Rosenshein NB (2001b) Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. II. Atherogenic risk factors and potential sources of uterine irritation. *Am J Epidemiol* 153: 11–19
17. Van Voorhis BJ, Romitti PA, Jones MP (2002) Family history as a risk factor for development of uterine leiomyomas. Results of a pilot study. *J Reprod Med* 47: 663–669
18. Paavonen J (1998) Pelvic inflammatory disease. From diagnosis to prevention. *Dermatol Clin* 26: 747–756
19. Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR et al. (1998) A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *Br J Obstet Gynaecol* 105: 87–92
20. Kolip P (Hrsg) (2000) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa Verlag, Weinheim, München
21. Fogel CI, Woods NF (Hrsg) (1995) Women's Health Care. A Comprehensive Handbook. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi
22. Hagen S, Stark D, Maher C et al. (2004) Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2: i-17
23. Boyle P, Maisonneuve P, Autier P (2000) Update on cancer control in women. *Int J Gynecol Obstet* 70 (263–303)
24. Tomatis L (Hrsg) (1990) Cancer: Causes, Occurrence and Control. IARC Scientific Publication No. 100. Lyon

25. Raffle AE, Alden B, Quinn M et al. (2003) Outcomes of screening to prevent cancer: analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modelling of cases and deaths prevented. *BMJ* 328: 1272–1273
26. Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL et al. (2003) Risk of Cervical Cancer Associated with Extending the Interval between Cervical-Cancer Screenings. *N Engl J Med*: 1501–1509
27. Zimmermann A, FrauenGesundheitsZentrum Heidelberg (Hrsg) (2001) Gebärmutterentfernung und alternative Methoden zur Organerhaltung. Diametric Verlag, Würzburg
28. Marks NF, Shinberg D (1997) Socioeconomic differences in hysterectomy: the Wisconsin Longitudinal Study. *Am J Public Health* 87: 1507–1514
29. Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A et al. (2003) A multicentre randomised controlled trial assessing the costs and benefits of using structured information and analysis of women's preferences in the management of menorrhagia. *Health Technol Assess* 7: 1–76
30. Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS et al. (2000) The Appropriateness of Recommendations for Hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 95: 199–205
31. Kovac SR (2000) Decision-directed hysterectomy: a possible approach to improve medical and economic outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 71: 159–169
32. Vuorma S, Rissanen P, Aalto AM et al. (2003) Impact of patient information booklet on treatment decision – a randomized trial among women with heavy menstruation. *Health Expect* 6: 290–297
33. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2000) Operationshäufigkeiten in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 129. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 98. S 129. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
34. Hessler PA, Stillger R, Kugler C (2001) Qualitätssicherung in der minimal-invasiven operativen Gynäkologie. Erste Auswertungen der Daten der »Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie« an hessischen Kliniken 1997–1999. *Der Gynäkologe* 34: 130–141
35. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (1998) Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Autoren: Geraedts M, Berg D, Koester H, Rauskolb R, Scheidel P, Selbsmann HK. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 98. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
36. Veit I, Jansen PL (2004) Psychosomatische Grundversorgung in der Weiterbildungsordnung. *Westf Ärztebl* 10: 16–17
37. Debus G, Kiefer A (2003) Die Integration der Psychosomatik in den klinischen Alltag. Hemmnisse, Widerstände, Chancen. *Der Gynäkologe* 36: 1085–1091
38. Rohde A, Wendt A, Pantien A (2003) Gynäkologische Psychosomatik. 6 Jahre Erfahrung mit dem Bonner Modell. *Der Gynäkologe* 36: 1078–1084
39. König C, Zoike E (2004) Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter – Sind Frauen wirklich teurer? *Die BKK* 10: 445–448
40. Camenzind P, Maier C (Hrsg) (2004) Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Hans Huber, Bern
41. Le Cornu J (1999) The need for counselling of women who undergo hysterectomy: a feminist perspective. *Contemp Nurse* 8: 46–52
42. Lewis CE, Groff JY, Herman CJ et al. (2000) Overview of women's decision making regarding elective hysterectomy, oophorectomy, and hormone replacement therapy. *J Womens Health Gend Based Med* 9: 5–14
43. Lindberg CE, Nolan LB (2001) Women's decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 30: 607–616
44. Stastistisches Bundesamt (2004) Gesundheit. Krankheitskosten 2002

Informationsquellen

- www.frauengesundheitszentren.de (Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V.) Enthält u. a. Adressen der Frauengesundheitszentren in Deutschland, Hinweise auf Materialien und eine online-Beratung. Einzelne Frauengesundheitszentren unterhalten darüber hinaus www-Seiten mit umfassenden Informationen.
- www.fgz.co.at (Frauengesundheitszentrum Graz, Österreich)
Enthält zahlreiche Informationen (Literatur, LINKS etc.) u. a. zu den Stichworten »Gebärmutter«, »Endometriose«, »Myome«
- www.endometriose-vereinigung.de (Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.) Angeboten wird u. a. eine peer-to-peer-Beratung
- www.dysplasiezentren.de (Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie)
»Die sich auf dieser Seite vorstellenden Einrichtungen sind von der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie zur Zeit empfohlene Dysplasiesprechstunden und Dysplasiezentren, die sich mit der Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen des unteren weiblichen Genitale beschäftigen. Sie befinden sich im Prozess der Zertifizierung nach europäischem Standard (Richtlinien der Europäischen Förderation für Zervixpathologie und Kolposkopie – EFC).« (aus der Selbstdarstellung, Zugriff 25.10.04)
- <http://medlineplus.gov> Informationsseite der US Library of Medicine und der National Institutes of Health für Laien (in englischer, zum Teil auch in spanischer Sprache)
- <http://www.gqhnet.de> (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen)
Enthält u. a. die jährlichen Auswertungen zur Qualitätssicherung im Projektbereich Operative Gynäkologie (seit 1999)

Weiterführende Literatur

- Gros R (2001) Gynäkologie für Frauen. Georg Thieme Verlag (Trias), Stuttgart
- Kitchenham S, Bopp A (2001) Beckenboden-Training. Georg Thieme Verlag (Trias), Stuttgart
- Kleine-Gunk (1997) Die Gebärmutter: Gezielte Hilfe bei Erkrankungen. Georg Thieme Verlag (Trias). Stuttgart
- Northrup C (2000) Frauenkörper Frauenweisheit. Zabert Sandmann, München
- Sillem M (2003) Endometriose: gutartig, aber gemein. Georg Thieme Verlag (Trias), Stuttgart
- Struck D, Billker M, Tsolodimos Ch (2000) Wirksame Hilfe bei Myomen, Georg Thieme Verlag (Trias), Stuttgart

Glossar

Abrasio	Ausschabung
Adhäsion	Vernarbung
Adjuvante Therapie	Eine Therapie bei Krebserkrankungen, die nach vollständiger operativer Entfernung aller erkennbaren Tumoranteile angewandt wird, um mögliche, bisher aber noch nicht nachweisbare Tumorabsiedlungen (Mikrometastasen) zu bekämpfen und dadurch die langfristigen Heilungsaussichten zu verbessern
Adnexitis	Entzündung der sog. Adnexe (Anhangsgebilde). In der Regel beschreibt dieser Begriff die Kombination der Entzündung von Eileiter und Eierstock
Anamnese	Krankengeschichte
Aszites	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle
Balneotherapie	Die Anwendung der natürlichen kurortgebundenen Heilmittel (Heilwässer, Heilgase, Heilpeloide)
Beckenboden (-training)	Der bindegewebig-muskulöse Boden der Beckenhöhle. Die Beckenbodenmuskulatur ist insbesondere zur Erhaltung der Kontinenz bei Frauen wichtig, eine Schwächung kann zu mangelnder Kontrolle der Ausscheidungsorgane führen. Diese Schwäche kann aber in den meisten Fällen durch entsprechendes Beckenbodentraining behoben werden
Biopsie	Entnahme einer Gewebeprobe zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung
Clamydrien	Bakterien, die insbesondere Erkrankungen der Schleimhäute im Augen-, Atemwegs- und Genitalbereich auslösen
Corpus uteri	Gebärmutterkörper
Deszensus	Senkung
Dysplasie	Fehlbildung von Zellen
Endometriose	Gutartige Wucherungen von Gebärmutter Schleimhaut ähnlichem Gewebe der Gebärmutter
Endometritis	Entzündung der Gebärmutter Schleimhaut
Endometrium	Gebärmutter Schleimhaut
Endoskopie	Ein Verfahren zur Untersuchung von Körperhöhlen und Hohlorganen, wie z. B. Luftröhre, Bronchien, Magen oder Dickdarm, durch die direkte Betrachtung mit Hilfe eines Endoskops. Im Deutschen wird oft auch der Begriff der Spiegelung verwendet
Corpus uteri	Gebärmutterkörper
(Patho-)Genese	(Krankheits-)Entstehung
Genitalprolaps	Vorfall der Genitalorgane vor die Scheide
Gestagene	Neben den Östrogenen die zweite wichtige Klasse der weiblichen Geschlechtshormone; Gelbkörperhormone
Histologie	Lehre vom Feinbau der Körpergewebe
Humane Papillomaviren (HPV)	Die häufigsten sexuell übertragenen viralen Infektionserreger. Neben einer Vielzahl gutartiger Läsionen der Haut und der Schleimhäute können einige Formen des HPV-Virus (u. a. HPV 16 + 18) auch zu einer der häufigsten malignen Erkrankungen der Frau, dem Zervixkarzinom, führen
Hyperplasie	Die (reversible) Vergrößerung eines Gewebes oder Organs durch Zunahme der Zellzahl
Hysterektomie	Gebärmutterentfernung
Hysteroskopie	Gebärmutter Spiegelung
ICD-10	International Classification of Diseases: Internationale Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, 10. Revision
Indikation	Der Grund oder Anlass für die Durchführung einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung
Inkontinenz	Unvermögen den Harn- oder Stuhlabgang willentlich zu kontrollieren
Inzidenz	Epidemiologische Kennzahl, die aussagt, wie viele Individuen einer bestimmten Population an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Zeit neu erkrankt sind

Kolposkopie	Gebärmuttermundspiegelung
Konisation	Kegelförmige Entfernung von Gewebe am Muttermund
Kontrazeptiva	Verhütungsmittel
Laparoskopie, Pelviskopie	Bauchhöhlenspiegelung
Mamma	weibliche Brust
Menarche	Erste Regelblutung
Menopause	Zeitpunkt der letzten Monatsblutung der Frau
Miktion	Harnlassen
Morbidität	Morbidität ist ein epidemiologisches Krankheitsmaß, das die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe angibt
Mortalität	Sterblichkeit. In der Epidemiologie werden verschiedene Mortaliätsmaße verwendet, die die Zahl der Gestorbenen auf die Bevölkerung beziehen, z. B. Sterberaten (Gestorbene pro 100.000 der Bevölkerung)
Myom, Uterusleiomyom, Uterus myomatosis	Gutartige Tumoren der Muskelschicht der Gebärmutter
Myometritis	Entzündliche Erkrankung des inneren Genitale mit Beteiligung der Muskulatur
Myometrium	Muskelschicht der Gebärmutter
Östrogen	Weibliches Geschlechtshormon
Ovar	Eierstock
Ovulation	Eisprung
Palliativ	Lindernd. Palliativmedizin: Auf Linderung von Leiden ausgerichtete Medizin, wenn eine kurative, d. h. auf Heilung ausgerichtete, Behandlung nicht möglich ist
PAP-Test	Oder PAP-Abstrich (Abstrichtest nach Dr. George Papanicolaou): Zur Krebsfrüherkennung wird ein Zellabstrich vom Gebärmuttermund entnommen. Diese Zellen werden mikroskopisch untersucht und das Untersuchungsergebnis wird dann in verschiedene Klassen eingeteilt
Pathologisierung	Deutung von Verhaltensweisen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken, sozialen Verhältnissen oder zwischenmenschlichen Beziehungen als krankhaft
Pelveoperitonitis	Beckenbauchfellentzündung
Perimenopause	Die Zeit des Klimakteriums, die ein bis zwei Jahre vor und nach der letzten Blutung (Menopause) liegt, hauptsächlich in dieser Phase äußern Frauen Beschwerden
Peritoneum	Bauchfell
Physiotherapie	Äußerliche Therapieform, die auf natürliche, physiologische Reaktionen des Organismus abzielt (z. B. Muskelaufbau, Stoffwechsellanregung) zur Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Gesundheit; Anwendungen sind z. B. Kranken-gymnastik, Massagen, Wärme- und Kältetherapie
Postmenopause	Die Zeit nach der letzten Regelblutung (Menopause)
Prädisposition	Erbte genetisch bedingte Anlage oder Empfänglichkeit für bestimmte Krankheiten
Prävalenz	Epidemiologische Kennzahl, die aussagt, wieviele Individuen einer bestimmten Population an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind, z. B. zu einem bestimmten Stichtag (Punktprävalenz)
Prävention, primär, sekundär, tertiär	In der Medizin bezeichnet Prävention Krankheitsvorbeugung. Primärprävention hat zum Ziel, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern; mit Sekundärprävention sollen Krankheiten möglichst früh (z. B. mit der Methode des Screenings) entdeckt werden, um so die Heilungschancen zu verbessern. Als Tertiärprävention wird die Vermeidung der Verschlimmerung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen bezeichnet.

Progesteron	Weibliches Geschlechtshormon, Gelbkörperhormon
Rekonvaleszenz	Wenn das Akutstadium einer Krankheit überschritten ist, beginnt die Phase der Rekonvaleszenz, d. h. der Genesungsprozess setzt ein. Ziel der Bemühungen ist die Wiederherstellung jenes Gesundheitszustandes vor Beginn der Erkrankung
Rezidiv, rezidivierend	Wiederauftreten einer Krankheit nach einer symptomfreien Periode
Salpingitis	Entzündliche Erkrankung der Eileiter
Sepsis	Blutvergiftung
Sonographie	Ultraschall
Urogynäkologie, urogynäkologisch	Diagnostik und Therapie gynäkologischer- oder schwangerschaftsbedingter Erkrankungen der unteren Harnwege und des Beckenbodens, einschließlich ihrer Rückwirkungen auf die oberen Harnwege und Nieren
Uterussarkom	Seltener, bösartiger Tumor der Gebärmutter
Zervix (Cervix uteri)	Gebärmutterhals, das ist der untere Teil der Gebärmutter, der die Öffnung zur Scheide, den Muttermund, enthält
Zervizitis	Entzündung im Bereich des Gebärmutterhalses
Zyste	Mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume im Gewebe. Eierstockzysten entwickeln sich in den meisten Fällen aus der normalen hormonellen Funktion des Eierstocks (funktionelle Zysten)
Zytologie	Zellbiologie

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Kerstin Horch, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autorinnen

Dr. phil. Ingeborg Jahn
Dipl.-Biol. Andrea Eberle, MPH
Dr. med. Christiane Niehues
Anjuli Birn
Bremer Institut für Präventionsforschung
und Sozialmedizin (BiPS)
Dr. Kerstin Horch
Robert Koch-Institut

Abonentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Jahresabonnement
oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/GBE
Tel.: 03018-754-3400
Fax: 03018-754-3513

Grafik/Satz

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Oktoberdruck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

978-3-89606-176-8

ISSN

1437-5478

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

Heft 37
Januar 2007

Gebärmuttererkrankungen

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-176-8
ISSN 1437-5478

Uterine diseases comprise different malign and benign diseases of the uterus and disease patterns with involvement of the uterus.

About 28,000 women (incidence data from 2002) per year develop cancer of the corpus of the uterus (about 11,500), cervix (about 6,500), and ovaries (about 9,900). These are about 13.5% of the total estimated cancer incidence in women. Of all women died of cancer in 2004, about 9% died of carcinoma of cervix, the corpus of the uterus, and the ovaries respectively.

For benign uterine diseases which are characterised by a span of degrees of severity, no consistent standardised population-based data are existent.

Depending on how questions are formulated, self-reported morbidity (lifetime prevalence) in surveys ranges between 30% and 70%. Myomas are the most frequent benign disease: in 2003, 95,473 women have been hospitalised with this diagnosis, of these about 9 from 10 cases had to undergo an operation.

Gynaecological operations are the most frequent surgical interventions in women. This is particularly true for hysterectomies and laparoscopies. In Germany, too, a social gradient has been reported for hysterectomies.

Prevention of uterine diseases refer to different areas: (1) reduction of risks, e.g. for diseases related to sexual behaviour and hygiene, (2) avoidance of medicalisation (ordinary corporal processes, short-term or symptomless malfunctions must not be hastily turned into diseases requiring medical treatment), (3) improvement in diagnosis and treatment by appropriate interdisciplinary health care.

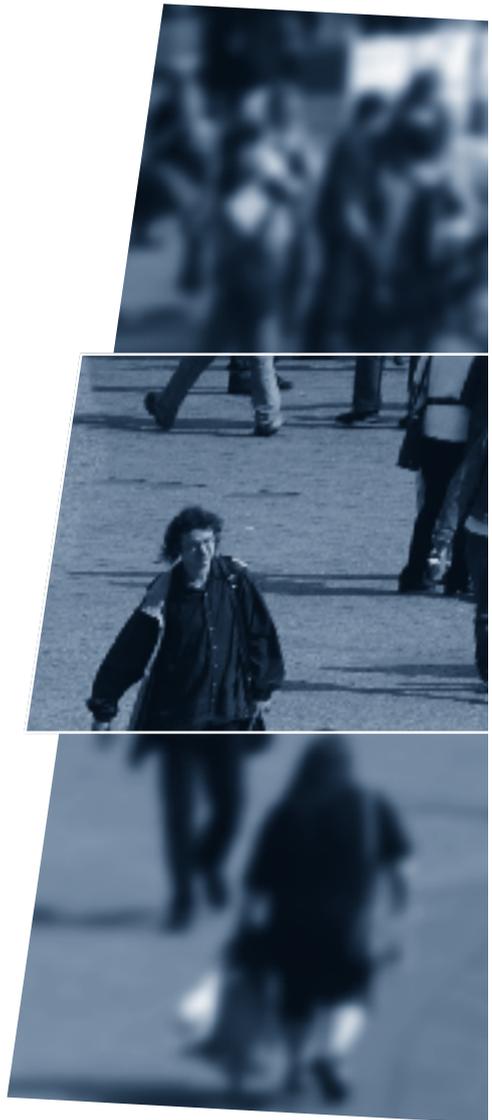
Gebärmuttererkrankungen umfassen verschiedene bösartige und gutartige Erkrankungen der Gebärmutter sowie Krankheitsbilder, an denen die Gebärmutter beteiligt ist. Jährlich erkranken schätzungsweise (Daten aus 2002) rund 28.000 Frauen neu an Krebs unter Beteiligung des Gebärmutterkörpers (ca. 11.500), des Gebärmutterhalses (ca. 6.500) und der Eierstöcke (ca. 9.900). Dies sind ca. 13,5% der geschätzten Krebsneuerkrankungen bei Frauen insgesamt.

Etwa 9% der im Jahre 2004 insgesamt an Krebserkrankungen gestorbenen Frauen verstarben an Karzinomen des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers bzw. der Eierstöcke. Für gutartige Gebärmuttererkrankungen, die durch eine große Spannweite des Schweregrades charakterisiert sind, liegen keine einheitlichen bevölkerungsbezogenen Daten vor. Je nach Frageformulierung liegt die selbst berichtete Morbidität (Lebenszeitprävalenz) in Bevölkerungsbefragungen zwischen 30 und 70%. Die häufigste gutartige Erkrankung sind Myome: Mit dieser Diagnose wurden im Jahr 2003 95.473 Frauen stationär behandelt, wobei in ca. 9 von 10 Fällen eine Operation erfolgte.

Gynäkologische Operationen sind die häufigsten operativen Eingriffe bei Frauen. Dies betrifft insbesondere Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), für die auch für Deutschland ein sozialer Gradient aufgezeigt werden kann, sowie Bauchspiegelungen (Laparoskopien).

Die Prävention von Gebärmuttererkrankungen bezieht sich auf verschiedene Bereiche:

- ▶ eine Risikoreduktion für Erkrankungen, die mit Sexualverhalten und Hygiene zusammenhängen,
- ▶ die Vermeidung einer Medikalisierung (normale Körpervorgänge, kurzfristige oder symptomlose Störungen dürfen nicht vorschnell zu behandlungsbedürftigen Erkrankungen gemacht werden),
- ▶ eine Verbesserung der Diagnosestellung und Behandlung durch angemessene interdisziplinäre Versorgung.



Themenheft 37 – Gebärmuttererkrankungen

Ergänzende Wertetabellen zu den Abbildungen

Stand: 2007



Abbildung 1, Seite 11

Altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsraten pro 100.000 Einwohnerinnen für Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers, der Zervix und der Ovarien; Europastandard; Schätzungen für Deutschland, 1990 bis 2002
Erkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen

Jahr	Inzidenz Gebärmutterkörper	Inzidenz Zervix	Inzidenz Ovar	Mortalität Gebärmutterkörper	Mortalität Zervix	Mortalität Ovar
1990	20,3	15,1	16,8	4,8	4,8	10,9
1991	20,2	14,9	16,9	4,9	4,6	11,0
1992	20,1	14,6	16,9	4,9	4,6	10,6
1993	20,0	14,3	17,0	4,7	4,4	10,8
1994	19,8	14,1	17,0	4,4	4,3	10,4
1995	19,7	13,9	17,0	4,2	3,9	10,2
1996	19,6	13,7	17,0	4,4	3,8	10,0
1997	19,5	13,5	17,0	4,3	3,7	10,1
1998	19,4	13,4	16,9	4,0	3,5	9,5
1999	19,3	13,3	16,8	3,8	3,5	9,1
2000	19,2	13,3	16,7	3,7	3,3	9,2
2001	19,1	13,3	16,6	3,5	3,2	8,9
2002	19,1	13,3	16,5	3,5	3,0	8,9

Abbildung 2, Seite 17

Aus stationärem Krankenhausaufenthalt entlassene Patientinnen mit Hauptdiagnose

»Leiomyom des Uterus« (ICD-10: D25) (insgesamt und mit Operation),
Fälle (einschließlich Sterbe-, ohne Stundenfälle) pro 100.000 Einwohnerinnen
nach Altersgruppen, Deutschland insgesamt 2002

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik

Hauptdiagnose	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre	65–74 Jahre	75+ Jahre
D25 mit Operation	5,27	97,93	490,84	637,98	147,63	54,85	16,56
D25 insgesamt	6,64	118,05	566,64	729,65	170,98	65,14	20,77

Abbildung 3, Seite 18

Aus stationärem Krankenhausaufenthalt entlassene Patientinnen mit Hauptdiagnose

»Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane« (ICD-10: N70–N77),
(insgesamt und mit Operation), Fälle (einschließlich Sterbe-, ohne Stundenfälle)
pro 100.000 Einwohnerinnen nach Altersgruppen, Deutschland insgesamt 2002

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik

Hauptdiagnose	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre	65–74 Jahre	75+ Jahre
N70-N77 mit Operation	100,10	125,86	119,88	83,13	36,27	23,16	18,42
N70-N77 insgesamt	219,80	214,31	175,56	113,17	48,27	31,55	29,24