

Katja Rathje-Hoffmann

Vorsitzende des Sozialausschusses

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 20/4401

Betreff:
Frauengesundheit in Schleswig-Holstein
Drucksache 20/2093

Schriftliche Stellungnahme zum Thema
Endometriose/Regelschmerzen

Campus Lübeck

Endometriosezentrum

Leitung: Dr. med. Christoph Cirkel, MHBA

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Achim Rody
Tel.: 0451 500-41700, Fax: -41704
www.uksh.de

	Telefon	Fax
Allgemeinsekretariat/		
Studentensekretariat :	41752	41758
Ambulanz:	41850	41854
- Dysplasiesprechstunde		
- Endometriosesprechstunde		
- Gynäkologische Onkologie		
- Myomsprechstunde		
- Urogynäkologische Sprechstunde		
Brustzentrum:	41919	41918
Chemoambulanz:	41920	41884
Geburtshilfliche Ambulanz und Kreißsaal:	41900	41784
Pränatale Medizin:	41710	41754
Privatambulanz/Chefsekretariat:	41700	41704

Datum: 08.02.2025

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

gerne möchte ich folgende Stellungnahme zur oben genannten Drucksache zum Thema Endometriose (Abschnitt VI; Fragen 69 bis 73) abgeben.

Starke Regelschmerzen (Dysmenorrhoe) sind ein häufiges Symptom in der Bevölkerung. Die Prävalenz wird in verschiedenen repräsentativen Studien mit einer Prävalenz von 16.8 bis 81% (1-3) geschätzt. Eine zusammenfassende Meta-Studie schätzt die Gesamtprävalenz bei ca. 71.1% der Frauen im reproduktiven Alter(4).

Chronische Unterbauchschmerzen (welche häufig mit Endometriose assoziiert sind und Dysmenorrhoe mit einschließen) können eine große Auswirkung auf die Frauengesundheit und negativen Effekt auf die Lebensqualität, Arbeitsproduktivität, Krankenstand und damit zusätzliche Kosten für die Volkswirtschaft haben(1, 5). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Regelschmerzen nicht bei allen Frauen so stark und störend sind, dass diese einer weitreichenden Behandlung bedürfen.

Auch wenn die genaue Prävalenz der Endometriose unbekannt ist (da diese Diagnose in der Regel operativ gestellt wird), so wird geschätzt, dass 2-10% der weiblichen Allgemeinbevölkerung an Endometriose leidet, sowie bis zu 50% der Frauen mit Unfruchtbarkeit an Endometriose erkrankt sind (6, 7).

Endometriose - definiert als das Vorhandensein von endometriumähnlichen Drüsen und Stroma, die von einem zytogenen Stroma außerhalb der Gebärmutter umgeben sind - kann sehr schmerzhaft Symptome (insbesondere sehr starke Regelschmerzen und / oder Unfruchtbarkeit) verursachen, während andere Patientinnen an keinen Symptomen leiden. Häufig werden die Beschwerden der Frauen vom sozialen Umfeld verharmlost, was dazu führt, dass die Patientinnen sich scheuen sich

deswegen in ärztliche Hilfe zu begeben. Dementsprechend wird die Diagnose einer Endometriose im Mittel erst sehr viele Jahre nach Beschwerdebeginn gestellt - hier wurde eine Diagnoseverzögerung pro Frau von 6,9 - 12,5 Jahren gezeigt(8).

Obwohl es sich um eine gutartige Krankheit handelt, sind die Kosten für die Gesellschaft dadurch enorm.

Für Deutschland wurden die durch Endometriose verursachten Kosten auf 19,67 Mrd US-Dollar geschätzt(9, 10). Während laut einer Studie die Kosten für die Gesundheitsversorgung 3113 € betragen, sind die Kosten verursacht durch Produktivitätsverluste pro Frau mit 6298 € doppelt so hoch wie die Kosten für die Gesundheitsversorgung(9). Endometriose ist mit einem Gesamtverlust von durchschnittlich 10,8 Arbeitsstunden pro Woche und Patientin verbunden, hauptsächlich aufgrund einer verminderten Produktivität während der Arbeit (11). Aktuell rückt die Endometriose als Krankheitsbild mehr in den Fokus der Gesellschaft. Emanuel Marcon hat z.B. am 11. Januar 2022 auf Twitter (nun „X“) verkündet, dass es sich bei der Endometriose nicht nur um ein Problem der Betroffenen Frauen handle, sondern um ein Problem der Gesellschaft handle. In der Vergangenheit war die Endometriose in der klinischen und Grundlagenforschung unterrepräsentiert (12). Dies soll aktuell durch das BMBF verbessert werden, welches vorübergehend 5 Millionen EUR jährlich für die Endometrioseforschung zur Verfügung stellt.

Typische Symptome einer Endometriose sind Dysmenorrhoe, chronische Beckenschmerzen, tiefe Dyspareunie, zyklische Darmbeschwerden, aber auch Müdigkeit / Erschöpfung und Unfruchtbarkeit (13, 14). Dysmenorrhoe, also die schmerzhafte Regelblutung, ist die Hauptbeschwerde, die von 62% bis 77,5% der Patientinnen gemeldet werden(13, 15)

Die Verdachtsdiagnose einer Endometriose wird durch eine typische Krankheitsgeschichte und nach einer spezifischen, klinischen gynäkologischen Untersuchung gestellt.

Unterschieden werden verschiedene Arten der Endometriose je nach Lokalisation (siehe Abbildung 1): Endometriose, die oberflächlich auf dem Bauchfell wächst, wird als eine „peritoneale Endometriose“ bezeichnet. Endometriose, die Zysten im Ovar bildet, nennt man „ovarielle Endometriose“ oder „Endometriom“, eine Endometriose, die Gebärmutterwand befällt wird als „Adenomyosis uteri“ benannt. Wächst die Endometriose tief in die Beckenwände, Darm, Blase oder andere Organe, ist es eine „tief infiltrierende Endometriose“ mit entsprechender Organbeteiligung.

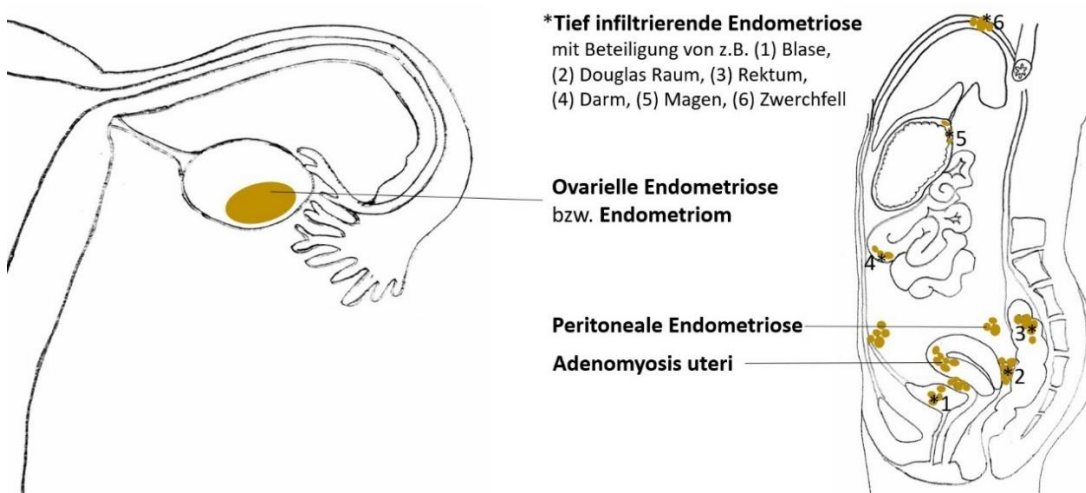


Abbildung 1: Arten der Endometriose abhängig von der Lokalisation

In der ICD 10 Klassifikation wird Endometriose über die Codes N80.0 bis N80.6, sowie N80.8 und N80.9 abgebildet. (Ich möchte daher darauf hinweisen, dass die Tabellen 46 und 47 der Drucksache 20/2093 zu der Frage 72 auf S.69ff zu eng gefasst sind, da diese hier nur einen kleinen Anteil der Endometriosefälle in Schleswig-Holstein abbilden.)

Tief infiltrierende Endometriose lässt sich häufig in der transvaginalen Sonografie oder der MRT nachweisen, während sich peritoneale Endometriose meistens nur indirekt durch nichtinvasive Methoden diagnostizieren lässt.

Endometriosesymptome können durch die operative Entfernung der Endometrioseherde, hormonelle Medikation oder durch die Kombination von beidem behandelt werden. Hormonelle Behandlungsoptionen sind Gestagene, kombinierte orale Kontrazeptiva (KOKs), GnRH Agonisten oder Antagonisten(16).

Die sichere Diagnostik und Therapie ist die Bauchspiegelung (also Operation), in welcher Endometrioseherde visualisiert und im gleichen Zuge operativ exzidiert werden können(16).

70% der Patientinnen mit Unterbauchschmerzen erhalten durch die Operation die gesicherte Diagnose einer Endometriose, während bei 30% der Frauen operativ keine Endometriose nachgewiesen werden kann, trotz entsprechender Beschwerden(13, 17). Von den Patientinnen, die die Diagnose einer Endometriose bekommen, werden ca. 75% durch die operative Exzision der Endometrioseherde eine deutliche Beschwerdebesserung erhalten(18, 19). Im Gegenzug haben jedoch ca. 25% der Patientinnen keinen OP Erfolg im Hinblick auf eine Symptombesserung, obwohl eine Endometriose nachweisbar ist.

Ein nichtoperativer und pragmatischer Therapieansatz der starken Regelschmerzen bei Frauen ohne aktiven Kinderwunsch ist die hormonellen Therapie mittels weiblichen Geschlechtshormonen und medikamentöse Unterdrückung der Regelblutung, welche die Lebensqualität und Abwesenheit von Schule/Arbeit verbessern kann(20).

Eigene Forschung hat jedoch gezeigt (under publication), dass dieser pragmatische Ansatz von vielen Betroffenen nicht durchgeführt wird, obwohl diese Patientinnen eine Endometriosesprechstunde an einem zertifizierten Endometriosezentrum besucht haben oder in Verbindung mit der Endometriosevereinigung Deutschland stehen. So haben sich 56% der Patientinnen mit starken Regelschmerzen ohne operativ nachgewiesene Endometriose (und daher ohne gesicherte Endometriosediagnose) sich weder operieren lassen, noch nehmen diese eine hormonelle Endometriosetherapie ein. Und das obwohl die Regelschmerzen auch unter Schmerzmitteleinnahme hoch sind, diese Frauen sich durch die Regelschmerzen sehr gestört fühlen und meist kein aktiver Kinderwunsch besteht; so dass eine hormonelle Regelschmerztherapie medizinisch möglich wäre.

Hauptgründe für die Nichteinnahme sind der Wunsch keine künstlichen Hormone zuzuführen, sowie Sorge und Angst vor Nebenwirkungen. In Fällen einer Eierstockendometriose vermag die hormonelle Therapie das Rezidivrisiko zu verringern und die reproduktive Gesundheit zu erhalten, aber auch hier sehen wir geringe Einnahmequoten, wie meine Forschungsgruppe eindrücklich zeigen konnte(21).

„Pillenmüdigkeit“ also der Wunsch keine weiblichen Geschlechtshormone einnehmen zu wollen, ist eine Tendenz, welche sich in den letzten Jahren verstärkt hat. Gründe hierfür sind ein schlechtes Image der Pille, sowie Fehlinformation durch die systematische Nutzung von „social media“ als Informationsquelle für Gesundheitsinformationen(22, 23).

Hier könnten Informationskampagnen zur Behandlung von Endometriose und starken Regelschmerzen ggf. helfen die Kosten für unsere Volkswirtschaft durch die Durchführung einer adäquaten Endometriose/Regelschmerztherapie zu verringern.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Christoph Cirkel, MHBA
Leiter Endometriosezentrum

Quellen:

1. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177.
2. Woods NF, Most A, Dery GK. Prevalence of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health*. 1982;72(11):1257-64.
3. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*. 2001;51(468):541-7.
4. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, et al. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(8):1161-71.
5. Huang G, Le AL, Goddard Y, James D, Thavorn K, Payne M, et al. A Systematic Review of the Cost of Chronic Pelvic Pain in Women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(3):286-93 e3.
6. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997;24(2):235-58.
7. Meuleman C, Vandenabeele B, Fieuws S, Spiessens C, Timmerman D, D'Hooghe T. High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. *Fertil Steril*. 2009;92(1):68-74.
8. Brandes I. Die Patientin mit chronischem Unterbauchschmerz in der Versorgungsrealität. In: Sillem M, Siedentopf F, Mechsner S, editors. *Leitsymptom chronischer Unterbauchschmerz der Frau: Interdisziplinär Klinisch Praxisorientiert*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 131-49.
9. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*. 2012;27(5):1292-9.
10. Soliman AM, Yang H, Du EX, Kelley C, Winkel C. The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review. *Hum Reprod*. 2016;31(4):712-22.
11. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96(2):366-73 e8.
12. Schweppe KW. [Endometriosis--a disease that has no lobby]. *Zentralbl Gynakol*. 2003;125(7-8):233.
13. Hudelist G, Oberwinkler KH, Singer CF, Tuttlies F, Rauter G, Ritter O, et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. *Hum Reprod*. 2009;24(5):1018-24.
14. Lemaire GS. More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(1):71-9.
15. Belleli P, Dias JA, Jr., Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrao MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis-a case series. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2010;56(4):467-71.
16. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(2):hoac009.
17. Janssen EB, Rijkers AC, Hoppenbrouwers K, Meuleman C, D'Hooghe TM. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2013;19(5):570-82.
18. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril*. 1994;62(4):696-700.
19. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril*. 2004;82(4):878-84.
20. Schroll JB, Black AY, Farquhar C, Chen I. Combined oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;7(7):CD002120.
21. Cirkel C, Gobel H, Gobel A, Alkatout I, Khalil A, Bruggemann N, et al. Endometrioma patients are under-treated with endocrine endometriosis therapy. *Hum Reprod*. 2025;40(1):69-76.
22. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E. Postoperative recurrence of ovarian endometrioma and hormone phobia: can physicians successfully overcome patient "pill fatigue"? *Fertil Steril*. 2024;122(6):1017-9.
23. Schneider-Kamp A, Takhar J. Interrogating the pill: Rising distrust and the reshaping of health risk perceptions in the social media age. *Soc Sci Med*. 2023;331:116081.