



„Die operative Therapie im reproduktiven Alter oder die LASH nach abgeschlossenem Kinderwunsch sind für mich nach wie vor der Goldstandard bei symptomatischen Myomen.“

PD Dr. med. univ. Maximilian Franz
 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in München

Myomtherapie und potenziell drohende Ultraschallkosten

Die Beiträge dieser Ausgabe, die sich dem Thema „Myome“ widmen (S. 34–46), geben ein umfassendes Bild der derzeit verfügbaren Therapieformen. Dazu möchte ich ein paar Gedanken aus eigener Erfahrung einbringen. Die operative Therapie im reproduktiven Alter oder die laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LASH) nach abgeschlossenem Kinderwunsch sind für mich nach wie vor der Goldstandard bei symptomatischen Myomen.

Sehr interessant ist die Entwicklung eines neuen Medikamentes, eine Kombination aus GnRH-Antagonist mit Estradiol und Norethisteronacetat. Die Hemmung der Hirnanhangdrüse ist hier schneller reversibel als bei GnRH-Analoga und mit der Zugabe von 1 mg Estradiol wird ein etwa frühfollikulärer Estradiolwert von circa 33–38 pg/ml erreicht. Noch spannender als zur Myomtherapie ist allerdings der Einsatz dieses Medikamentes bei Endometriose und Adenomyose. Speziell hier wird mit dem niedrigen Estradiolwert entsprechend der „estrogen threshold hypothesis“ ein Wert erreicht, bei dem das Wachstum von Endometrioseherden noch nicht gefördert, aber einem Knochendichteverlust vorgebeugt wird. Es ist zu erwarten, dass dieses neue Medikament einen fixen Platz in der zukünftigen Therapie der Endometriose bekommt und hier die GnRH-Analoga komplett verdrängen wird.

Aus eigener Erfahrung mit den interventionellen Therapien der Myomembolisation und fokussierten Ultraschallbehandlung kann ich nur berichten, dass die Schmerzen nach der Embolisation manchmal für mehrere Tage nur mittels Opiaten und Periduralanästhesie in den Griff zu bekommen sind. Diese Beschwerden sind verglichen mit denen nach einer laparoskopischen Myomenukleation oder einer LASH um ein Vielfaches gravierender, weshalb ich mich schon immer gefragt habe, warum man diesen Weg wählen sollte. Zudem behindert ein nekrotisiertes

Myom im Ultraschallsichtfeld anschließend weitere sonografische Diagnostik, bei Kinderwunsch ist es eine umstrittene Therapie und last but not least verödet man ein Gewebe, dessen Dignität nicht klar ist.

Ich möchte aber noch ein ganz anderes, dringliches Thema ansprechen: Bei der Diskussion um die Pläne zur Entbudgetierung von Hausarztpraxen drängt sich als Frage auf, warum nur diese Gruppe für alle Tätigkeiten, die sie erbringt, voll entlohnt werden soll, Fachärztinnen und Fachärzte weiterhin aber nur einen Teil der tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet bekommen. Noch schwieriger wird die Situation aber, wenn man bedenkt, was uns mit einer möglichen neuen Betreiberverordnung der KRINKO zum Thema Desinfektion der intravaginalen Ultraschallköpfe ins Haus stehen könnte. Sollte tatsächlich die Wischdesinfektion verboten und nur noch eine maschinelle Desinfektion zugelassen werden, so drohen uns pro Ultraschallgerät Zusatzkosten von 10.000 € plus hohe laufende Zusatzkosten (H₂O₂-Desinfektion) bis zu 22.000 € (UV-C-Desinfektion). Die Kosten für zusätzlich notwendige Sonden und deren Verschleiß sind da noch gar nicht eingerechnet. Spätestens dann muss man auch die Vergütung für den vaginalen Ultraschall signifikant erhöhen und gleichzeitig komplett entbudgetieren, da er sonst nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden kann. Egal, ob man routinemäßige gynäkologische Ultraschalluntersuchungen für sinnvoll hält oder nicht, die Tatsache, dass wir ihn dringend großflächig und in jeder Praxis vorhalten müssen, ist wohl unbestritten.

Ihr