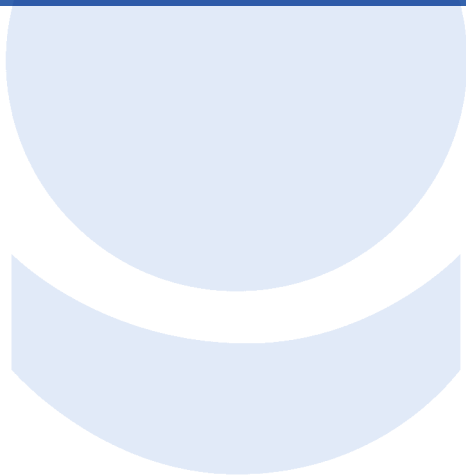




# Pessartherapie in der Gynäkologie

Medizinische Fachinformation für die Praxis





*Die Pessartherapie stellt eine etablierte konservative Behandlungsoption bei unterschiedlichen Formen der Beckenbodendysfunktion dar.<sup>1</sup>*

*Dennoch ergeben sich im Praxisalltag häufig Fragen hinsichtlich der korrekten Indikationsstellung, Auswahl des geeigneten Pessartyps, Anpassung und Nachsorge.*

*Mit dieser Broschüre werden alle relevanten Informationen kompakt und übersichtlich zusammengefasst, um Gynäkologinnen und Gynäkologen in der täglichen Versorgung ihrer Patientinnen zu unterstützen und ihnen eine praxisnahe Orientierung zu geben – von den Grundlagen bis hin zu konkreten Handlungsempfehlungen.*

## **Wirkmechanismus**

- **Reposition der Beckenorgane in eine physiologische Ausgangsposition**
- **Mechanische Stabilisierung mit funktioneller Entlastung der Beckenbodenstrukturen bei Genitalprolaps**

## Indikation

Ein Pessar kann sowohl temporär, als auch als langfristige Therapieoption eingesetzt werden. Die Auswahl und Anwendung richten sich nach den individuellen Bedürfnissen und Beschwerden der Patientin.

### ○ **Konservative Erstlinientherapie:**

Nach den aktuellen Leitlinien sollte bei einem symptomatischen Beckenorganprolaps zunächst eine konservative Behandlung mit einem Pessar angeboten werden – insbesondere bei Frauen, die eine Operation vermeiden oder hinauszögern möchten.<sup>1</sup>

### ○ **Symptomatische Senkungsbeschwerden:**

Bei typischen Beschwerden wie einem ausgeprägten Fremdkörpergefühl, unvollständiger Blasen- oder Darmentleerung, wiederkehrenden Harnwegsinfekten oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr kann ein Pessar rasch zur Linderung beitragen und stellt eine unkomplizierte Sofortmaßnahme dar.

### ○ **Begleitend zum Beckenbodentraining:**

In Kombination mit funktionellem Beckenbodentraining kann ein Pessar die muskuläre Rehabilitation unterstützen und den Therapieerfolg verbessern.

### ○ **Präoperative Anwendung:**

Ein Pessar kann präoperativ zur Symptomkontrolle bis zur geplanten Operation eingesetzt werden. Zudem kann es helfen, eine bisher unbemerkte Belastungsinkontinenz zu erkennen.

### ○ **Postpartale Anwendung:**

Nach der Geburt kann ein Pessar vorübergehend zur Stabilisierung und Unterstützung des Beckenbodens sowie zur Entlastung und Stabilisierung des Blasenhalsses während der Rückbildungsphase dienen. Dadurch kann sich auch eine Belastungsinkontinenz verbessern.<sup>4</sup>

### ○ **Pessartherapie in der Schwangerschaft:**

Bei Senkungsbeschwerden kann ein Pessar grundsätzlich während der gesamten Schwangerschaft angewendet werden. In der Praxis ist der Einsatz jedoch meist nur in der Frühschwangerschaft erforderlich.

## Anpassung und Anwendung

Individuelle Anpassung von Pessar-Typ und -Größe durch die Gynäkologin/den Gynäkologen<sup>1,3</sup>

- Es sollte stets das kleinstmögliche, zugleich wirksame Pessar gewählt werden, das eine adäquate Reposition des Prolapses ermöglicht, ohne Druckstellen zu verursachen.
- Beim Gehen, Husten, Pressen oder in der Hocke darf kein Pessarverlust auftreten.
- Zudem sollte das Pessar von der Patientin weder als schmerzhaft noch als unangenehm empfunden werden und darf weder die Blasen- noch die Darmentleerung beeinträchtigen.
- Bei Neuanpassung eines Pessars empfiehlt sich eine kurzfristige Kontrolle zur Überprüfung von Sitz und Handhabung.

Wenn möglich, sollte die Patientin das Pessar im Rahmen einer *Self-Care-Anwendung* selbst täglich am Morgen einsetzen und am Abend entfernen. Ist dies nicht praktikabel, erfolgt die Reinigung und der Wechsel bei der Fachärztin/dem Facharzt alle drei Monate. **Würfelpessare** stellen eine Ausnahme dar und müssen grundsätzlich täglich entfernt werden. Die Auswahl des passenden Pessartyps richtet sich nach dem individuellen Beschwerdebild, den anatomischen Verhältnissen und dem jeweiligen Therapieziel.<sup>6</sup>

Es gibt auch Situationen, in denen es sinnvoll ist, ein Pessar nur situativ anzuwenden: z.B. bei sportlichen Aktivitäten oder in sonstigen Situationen, in denen die Patientin entweder Urin verliert oder Senkungsbeschwerden angibt.

## Häufig eingesetzte Pessare <sup>7</sup>

### ○ Ringpessar (dick/dünn):

Standardpessar zur Behandlung einer Genitalsenkung, idealerweise im Self-Care mit täglichem Wechsel. In Ausnahmefällen, wenn das tägliche Entfernen für die Patientin nicht möglich ist, Wechsel bei der gynäkologischen Fachärztin/beim Facharzt alle 3 Monate.



### ○ Würfelpessar (geloht/ungeloht):

selbsthaftend, zur Behandlung von Genitalsenkungen, ausschließlich Anwendung im Self-Care.



### ○ Siebschalpessar (geloht/ungeloht):

gezielte Stabilisierung bei Zystozele, Uterusprolaps oder Rektozele; wenn möglich im Self-Care, alternativ ärztlicher Wechsel alle 3 Monate.



## Spezialpessare für besondere Indikationen <sup>7</sup>

### ○ Hybridpessar:

bei Senkung II.–III. Grades (nicht IV. Grad), auch bei Inkontinenz, postpartal, insbesondere auch bei Levatoravulsion; durchlässig für Menstruationsblut; in festerer oder weicherer Ausführung verfügbar, verschiedene Größen; Self-Care oder ärztlicher Wechsel alle 30 Tage.<sup>4</sup>



### ○ Bügelpessar:

zur Behandlung einer leichten bis mittelgradigen Belastungsinkontinenz und zur Stabilisierung der vorderen Vaginalwand bei leichten Senkungsbeschwerden; üblicherweise im Self-Care.



### ○ Inkontinenz-Tampon (mehrere Größen oder auch Startersets):

bei Belastungsinkontinenz, für Belastungssituationen, Inkontinenz-Tampon nicht zu tief in die Vagina einführen, im mittleren Scheidendrittel am wirksamsten; nass machen, ausdrücken, einführen, nach Belastung entfernen.



### ○ Würfel-Tampon (mehrere Größen oder auch Startersets):

bei Senkung Würfel-Tampon, Anwendung z. B. bei körperlicher Belastung nach einer Senkungsoperation – zur Prävention eines Rezidivs; nass machen, ausdrücken, mit Gleitgel/Pflegesalbe einführen (ganz hochschieben), abends entfernen.



### ○ Keulenpessar (Gellhorn-Pessar):

bei Rektozelen oder komplexen Senkungszuständen; exakte individuelle Größen-Anpassung erforderlich.



### ○ Donutpessar:

bei ausgeprägtem Uterus- oder Vaginalprolaps; großflächige Auflagefläche, geeignet für Langzeitanwendung oder bei Kontraindikationen zur operativen Therapie.



### ○ Knopf-pessar/Urethrapessar:

bei Genitalprolaps mit gleichzeitiger Belastungsinkontinenz.



### ○ Tandempessar:

bei kombinierter Belastungsinkontinenz, Genitalprolaps und weiter Scheide.



### Einführen des Pessars

- Vor dem Einführen ist eine gründliche Händehygiene mit Wasser und Seife durchzuführen.
- Die Einführfläche soll – entsprechend der ärztlichen Empfehlung – mit einem wasserlöslichen Gleitgel, einer östrialhaltigen Creme oder Milchsäuregel mit Hyaluronsäure benetzt werden.
- Das Pessar wird in entspannter Beckenbodenposition (stehend, sitzend oder liegend) vorsichtig in die Vagina eingeführt.
- Ring- und Siebschalenpessare werden dabei zwischen den Fingern zusammengedrückt, um das Einführen zu erleichtern.
- Die Lage ist korrekt, wenn die Patientin kein Druck- oder Fremdkörpergefühl verspürt.
- Kommt es zum Herausrutschen, z. B. im Rahmen der Defäkation, soll das Pessar mit Wasser gereinigt und erneut eingesetzt werden.

### Pessaranpassung durch spezialisierte Fachkräfte<sup>8</sup>

Mit einer fachärztlichen Verordnung zur Pessartherapie können spezialisierte Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kontinenz- und Stomaberaterinnen und -berater die Anpassung eines Pessars vornehmen. Die Versorgung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der behandelnden Gynäkologin /dem Gynäkologen, welche/r die Kontrolle der Vaginalschleimhaut übernimmt und – wenn notwendig – eine östrialhaltige Lokaltherapie verordnet.

### Qualifikation und Grenzen der Delegation

- Die Anpassung sollte ausschließlich durch entsprechend geschulte Fachkräfte erfolgen.
- Bei Beschwerden, Schleimhautveränderungen oder unklaren Symptomen muss die Patientin unmittelbar ärztlich vorgestellt werden.
- Anpassungs-Sets müssen nach jeder Patientin aufbereitet und sterilisiert werden.

### ○ Self-Care – tägliches Einsetzen und Entfernen:

Wird eine östrialhaltige Creme verordnet, diese zweimal pro Woche direkt auf das Pessar auftragen. An den restlichen Tagen ein Gleitgel verwenden.

### ○ Lokale Pflege:

Bei empfindlichem oder trockenem Scheideneingang und Vaginalepithel können an den übrigen Tagen Präparate auf Paraffinbasis sowie mit Hyaluronsäure, Milchsäure oder Dexpanthenol zur Verbesserung des Wohlbefindens eingesetzt werden.

### ○ Wenn Self-Care nicht möglich ist:

Pessarwechsel und Reinigung alle drei Monate durch die Gynäkologin/ den Gynäkologen. Zweimal pro Woche abends durch die Patientin ein östrialhaltiges Vaginalzäpfchen tief in die Scheide einführen.

### ○ Adjuvante Maßnahmen:

Bei Bedarf können vaginale Spülungen mit Benzylamin oder Milchsäurelösung unterstützend angewendet werden.

### ○ Kontrollintervalle:

- Bei Self-Care-Pessartherapie: gynäkologische Kontrolle alle 6-12 Monate
- Wenn Self-Care nicht möglich ist: Reinigung und Wechsel bei der Fachärztin/beim Facharzt alle 3 Monate

### ○ Verordnung:

Maximal alle 6 Monate werden die Kosten für ein neues Pessar von der Sozialversicherung übernommen. Dafür ist das Ausstellen von einem Heilbehelfsschein erforderlich.

## Kontraindikationen

Für eine sichere und effektive Pessartherapie sollten folgende Kontraindikationen berücksichtigt werden<sup>3</sup>:

- **Akute Kolpitis, vaginale Erosionen oder Ulzera:**  
Therapiepause bis zur Abheilung; bei Persistenz sollte eine Biopsie erfolgen.
- **Schmerzen, Blutungen oder pathologischer Fluor vaginalis:**  
Erfordern eine sofortige fachärztliche Abklärung.
- **Kognitive Einschränkungen oder Pflegebedürftigkeit ohne ausreichende Unterstützung:**  
Ohne adäquate Hilfe durch Angehörige oder Pflegepersonal ist eine Pessartherapie kontraindiziert.
- **Nachgewiesene Silikonunverträglichkeit**

### Faktoren, die den Therapieerfolg beeinträchtigen können<sup>5</sup>

- kurze Vaginallänge ( $\leq 6$  cm)
- weiter Introitus (Hiatus genitalis  $\geq 4$  Finger breit)
- Zustand nach Hysterektomie
- Zustand nach Prolapschirurgie
- ausgeprägte Rektozele
- bestehende Stressharninkontinenz

## Komplikationsmanagement bei Erosion oder Druckkulus

- Pessartherapie vorübergehend pausieren.
- Vaginale Spülungen mit Benzylamin oder Milchsäurelösung und Applikation eines speziellen „Vaginaltampons“ das reichlich Östriol- und Dexpanthenolhaltige-Creme aufnehmen kann, Spülung und Neueinlage dieses Vaginaltampons alle 1–2 Tage.
- Fortführung der Maßnahmen bis zur vollständigen Abheilung.
- Anschließend neuerliche Pessareinlage, ggf. anderes Modell und/oder andere Größe.

## Literatur

1. Rantell A, Abdool Z, Fullerton ME, et al (2025) International Urogynecology Consultation Chapter 3 Committee 1 – Pessary Management. *Int Urogynecol J* 36:533–550
2. (2017) American Urogynecologic Society Best Practice Statement: Evaluation and Counseling of Patients With Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 23:281–287
3. Vasconcelos CTM, Gomes MLS, Geoffrion R, Saboia DM, Bezerra K de C, Vasconcelos Neto JA (2020) Pessary evaluation for genital prolapse treatment: From acceptance to successful fitting. *Neurourol Urodyn* 39:2344–2352
4. Lange S, Lange R, Tabibi E, Hitschold T, Müller VI, Naumann G (2024) Comparison of Vaginal Pessaries to Standard Care or Pelvic Floor Muscle Training for Treating Postpartum Urinary Incontinence: a Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 84:246–255
5. Wu V (1997) A Simplified Protocol for Pessary Management. *Obstetrics & Gynecology* 90:990–994
6. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL (2004) Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 190:345–350
7. [https://dr-arabin.de/wp-content/uploads/Beilecke\\_et\\_al.\\_2020\\_Update\\_zur\\_gyn%C3%A4kologischen\\_Pessartherapie.pdf](https://dr-arabin.de/wp-content/uploads/Beilecke_et_al._2020_Update_zur_gyn%C3%A4kologischen_Pessartherapie.pdf)
8. McIntosh L. (2025) The role of the nurse in the use of vaginal pessaries to treat pelvic organ prolapse and/or urinary incontinence: a literature review. *Urol Nurs* 25:41–48

## Impressum

### **Medieninhaber:**

Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich – MKÖ  
Skodagasse 19/1  
1080 Wien  
Telefon: +43 664 73040312  
E-Mail: [info@kontinenzgesellschaft.at](mailto:info@kontinenzgesellschaft.at)  
Website: [www.kontinenzgesellschaft.at](http://www.kontinenzgesellschaft.at)  
Facebook: [www.facebook.com/kontinenz](http://www.facebook.com/kontinenz)

### **Für den Inhalt verantwortlich:**

OÄ Dr. Maria Trattner, Dr. Evi Reinstadler, a.o. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Umek  
OÄ Dr. Daniela Gangl, Dr. Franz Roithmeier  
KSB Monika Pezeshki, PT Dagmar Rötzer, PT Margit Haag

### **Grafische Gestaltung:**

Jasna P. Hübner, jp designplus+

### **Fotos:**

Chris Rogl, [foto@chrisrogl.com](mailto:foto@chrisrogl.com)  
Mohammed Maab, Uniklinikum Salzburg

### **Druck:**

Druckerei Fuchs, Korneuburg