

F a m i l i e n p l a n u n g s - R U N D B R I E F

Ausgabe September 2001 Nr. 3

Inhalt

Einleitung	3
Frühgeburt – Fehlgeburt	
- A. Frühgeburt	3
- B. Fehlgeburt	6
IPPF – Nachrichten	
- Standpunkt zu Barrieremethoden	10
Forum	
- Brustselbstuntersuchung	11
Hinweise	
- Mifegyne aktuell	12
- Berechnung der fruchtbaren Tage im Menstruationszyklus	13
- Langzeitergebnisse nach einer Hysterektomie	14
- Neue Medikamente zur Behandlung der erektilen Dysfunktion	15
- Seuchenrechtsneuordnungsgesetz	15
- Fortschritte in der männlichen Kontrazeption	16
- Verhütungsschwamm „Protectaid“	17
- Bundesweites Programm zur Quali- tätssicherung der Mammographie	17
Veranstaltungskalender	18

Impressum: © 2001
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion: Dr. med. Ruth Eichmann, Frankfurt am Main
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Dr. med. Jutta Walter, Heidelberg
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Bei manchen Leserinnen und manchem Leser wird vielleicht das Hauptthema des Familienplanungs-Rundbriefes 3/2001, nämlich „Frühgeburten – Fehlgeburten“, die Fragen aufwerfen, ob dies denn Themen der pro familia sind bzw. Themen eines Informationsblattes über Familienplanung. Beide Fragen lassen sich mit ja beantworten. Zum einen fällt das Thema unumstritten unter den von pro familia übernommenen erweiterten Begriff der Familienplanung, der unter dem Titel „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ beschrieben worden ist. Zum anderen werden bei den unterschiedlichen Angeboten der pro familia-Beratungsstellen Fragen zu dieser Thematik gestellt. Unter solchen Angeboten finden sich z.B. Info-Abende für Schwangere, Geburtsvorbereitungskurse, Gespräche über Pränataldiagnostik, Erörterung von Ultraschall-Befunden, Einzelberatungen bei Kinderwunsch, u.v.m. Ganz besonders Frauen, die Erfahrungen mit Fehl- oder Frühgeburten haben, erkundigen sich nach Ursachen oder Möglichkeiten der Wiederholung einer Früh- oder Fehlgeburt und nach Maßnahmen, die das Risiko bei einer erneuten Schwangerschaft vermindern. Oftmals trifft es auch zu, dass Frauen zwar schon unterrichtet sind, aber sich bei pro familia eine „second opinion“ einholen möchten.

Hinzu kommen Frauen, die an der Enttäuschung über eine erfolglose Schwangerschaft schwer tragen. Sie finden bei pro familia fachlich geschulte GesprächspartnerInnen, die ihnen während des Verarbeitungsprozesses begleitend zur Seite stehen.

Für das Thema „Früh- und Fehlgeburten“ konnte Dr. Gisela Walter, Frauenärztin mit Erfahrung in Klinik, Praxis und Beratungsstellen gewonnen werden.

Im FORUM berichtet *Angela Sailer*, Ärztin in der pro familia-Beratungsstelle Pforzheim darüber, wie Veranstaltungen zur Brust-Selbstuntersuchung von Frauen aufgenommen werden.

In den verbleibenden Rubriken des Familienplanungs-Rundbriefes findet wie üblich „Aktuelles“ seinen Niederschlag.

Frühgeburt und Fehlgeburt

Dr. med. Gisela Walter

Einleitung

Frauen, die bereits eine Fehlgeburt oder Frühgeburt hatten, haben häufig ein Bedürfnis nach einer weiteren, umfassenden Beratung. Insbesondere geht es um Fragen nach den Ursachen und Folgen für die weitere Familienplanung und um das Verarbeiten des Erlebten. Frauen wenden sich zum einen an ihren Frauenarzt/ärztin aber auch an Beratungsstellen wie pro familia.

A. Frühgeburt

1. Allgemeines

Die Frühgeburt ist nach wie vor eine Herausforderung für Geburtshilfe und Neugeborenenintensivmedizin. Im Umgang mit dem Thema werden viele größtenteils ungeklärte Fragen von den Betroffenen gestellt. Sie handeln von der biologischen Überlebensfähigkeit des Frühgeborenen bis zu den Grenzen ärztlichen Handelns, medizinisch-technischer Möglichkeiten, ethischen Normen und juristischen Problemen, wie Behandlungspflicht und Behandlungsverweigerungsrecht. Im folgenden werden einige Erkenntnisse und Daten zu den Ursachen und Folgen sowie der Prognose der Frühgeburt aufgeführt.

2. Definition der Frühgeburt

Nach den Empfehlungen der WHO wird als Frühgeburt eine Lebendgeburt bezeichnet, die zwischen dem Beginn der 22. Schwangerschaftswoche und vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche stattfindet. Dies entspricht einem Geburtsgewicht zwischen 500g und 2500g. Eine juristisch, gesetzlich fixierte Definition der Frühgeburt gibt es nicht.

3. Häufigkeit

Die Frühgeburtenrate in Deutschland ist in den letzten 10 bis 15 Jahren konstant geblieben und liegt bei ca. 6 Prozent. Auch die Zahl der besonders gefährdeten Frühgeborenen unter 1500g Geburtsgewicht (kleiner als 33 Schwangerschaftswochen) blieb unverändert um ca. 1 Pro-

zent. Die Neugeborenensterblichkeit unter den Frühchen ist dagegen deutlich gesunken. Dies gilt auch für die Gruppe der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht zwischen 500g und 1500g.

4. Risikofaktoren für eine Frühgeburt

Hierbei ist zwischen Risikofaktoren aus der Vorgeschichte der Frau einerseits, ungünstigen Faktoren in der bestehenden Schwangerschaft andererseits, sowie kritischen Befunden des aktuellen Schwangerschaftsverlaufes zu unterscheiden.

4.1. Anamnestische Risiken

- bereits eine oder mehrere Frühgeburten
- eine oder mehrere späte Fehlgeburten (d.h. nach dem 1. Schwangerschaftsdrittel)
- zwei und mehr Schwangerschaftsabbrüche
- Mehrgebärende (mehr als vier Geburten)
- Konisation (Operation am Gebärmutterhals)

4.2. Jetzige Schwangerschaft

- Mehrlingsschwangerschaft
- ungünstiger sozialer Status
- psychische Belastungssituation (familiäre und/oder berufliche Überlastung)
- Alter unter 18 Jahre/ über 34 Jahre

4.3. Kritische Befunde im Schwangerschaftsverlauf

- Scheideninfektion
- Blutung
- Harnwegsinfektion (auch ohne Symptome)
- Plazenta praevia (vor dem Muttermund gelegener Mutterkuchen)
- Polyhydramnion (zuviel Fruchtwasser)
- Vorzeitige Wehentätigkeit
- Kritischer Gebärmutterhalsbefund (Vorzeitige Verkürzung und/oder Öffnung)
- Diabetes (schwere Formen)
- Ernste fieberhafte Erkrankung der Mutter

5. Ursachen für eine Frühgeburt

In ca. 70 Prozent der Fälle ist eine aufsteigende Genitalinfektion (Scheidenentzündung) der Auslöser für eine Frühgeburt. Die Entstehung einer Infektion verläuft meist über eine Milieustörung in der Scheidenflora und Verminderung der normalen Milchsäurebakterienbesiedelung und damit mit einem Anstieg des Scheiden-pH-Wertes. Die

Scheidenflüssigkeit reagiert weniger sauer und so wird die Vermehrung pathogener (krankmachender) Keime begünstigt. Durch Freisetzung bakterieller Giftstoffe (Endotoxine) kommt es dann zu Veränderungen der Struktur des Muttermundes, vorzeitigen Wehen und vorzeitigem Blasensprung. Auch allgemeine Infektionen der Mutter sowie Harnwegsinfektionen können diesen Entzündungsprozess auslösen. Viele Entzündungen verlaufen subjektiv symptomlos.

Bekanntermaßen ist das Frühgeburtsrisiko bei Nikotinabusus erhöht.

Britische Wissenschaftler veröffentlichten Ergebnisse, nach denen ein verlängertes Intervall zwischen der letzten Menstruation (Regelblutung) und Konzeption (Befruchtung) auch ein Frühgeburtsrisiko darstellt. Hinweis dafür ist eine Diskrepanz zwischen sonographischer Messung und errechnetem Schwangerschaftsalter im 2. Drittel der Schwangerschaft.

6. Diagnostische Möglichkeiten

An erster Stelle geht es darum, potentielle oder beginnende Genitalinfektionen nachzuweisen. Dies geschieht durch die klinische Untersuchung, die Messung des pH-Wertes im Scheidensekret und die Analyse des Nativpräparates unter dem Mikroskop.

6.1. pH-Messung

Die Messung des pH-Wertes erfolgt im Scheidensekret im Scheideneingangsbereich (Introitus) ca. 2 bis 3cm tief in der Scheide. Dazu können entweder pH-Indikatorstreifen oder Testhandschuhe verwendet werden. (z.B. Indikatorstreifen der Firma Merck oder Care-Plan VpH Testhandschuh Firma Selfcare). Der pH-Wert sollte unter oder gleich 4,4 sein.

6.2. Klinische Untersuchung

Es wird auf Ausfluss, Rötung und Amingeruch geachtet. Der Muttermundsbe fund wird erhoben. Dies kann auch sonographisch erfolgen.

6.3. Nativpräparat

Im Nativpräparat können Zeichen einer bakteriellen Vaginose (Schlüsselzellen) erkennbar sein. Trichomonaden oder Hefepilze (Candida) können nachgewiesen werden. Falls erforderlich kann ein

weiterer Abstrich zur weitergehenden bakteriellen Analyse abgenommen werden.

6.4. Andere Hinweiszeichen/Marker im Blut

Eine Erhöhung des fetalen Fibronektins nach der 24. Schwangerschaftswoche kann ein Hinweis für eine Frühgeburt sein. Ähnlich dem fetalen Fibronektin ist auch das c-reaktive Protein (CRP) als Entzündungsmarker eher ein Marker, der auf eine bereits aufgestiegene Infektion hinweist. Corticotropin-releasing-Hormon (CRH) und Nachweis von Zytokinen und Proteasen haben bisher keine Bedeutung für die Praxis.

7. Interventionsmöglichkeiten

Werden Milieustörungen in der Scheide frühzeitig erkannt und behandelt, kann einer Frühgeburt meist rechtzeitig vorgebeugt werden. Es wird eine Ansäuerungstherapie in Kombination mit der Gabe von Laktobazillen (Milchsäurebakterien) lokal empfohlen. Bei ausgeprägtem Bakterienachweis sollte mit Antibiotika lokal oder/ und systemisch behandelt werden. Psychosoziale Belastung sollte vermieden werden.

Die medikamentöse Wehenhemmung durch die parenterale Gabe von Tokolytika ist keine ursächliche Therapie und führt in der Regel nur noch zu einer Verzögerung einer Frühgeburt. Diese Zeit ist jedoch häufig wichtig, um die Wirkung der Lungenreifebehandlung abzuwarten.

8. Folgen der Frühgeburt

Nach einer Frühgeburt gibt es drei Möglichkeiten des weiteren Verlaufs: den Tod, das kranke oder das gesunde Überleben eines Kindes.

Unter dem Begriff der Frühmortalität werden Symptome, die bereits bei/ bzw. kurz nach Geburt vorhanden sind, zusammengefasst. Dazu zählen ausgedehnte Hirnblutungen, Ductus arteriosus (Störung im Blutkreislaufsystem) und Pneumothorax, welche in den letzten Jahren deutlich abgenommen haben. Lediglich die Rate der Frühgeborenen mit einer Retinopathie (Sehbehinderung) blieb konstant.

Zur Abschätzung der Spätmortalität ist die Auswertung von Langzeitstudien erforderlich, um insbesondere neurologische Spätschäden beurteilen zu können. Ca. 30 Prozent der Kinder, die ehemals mit einem Geburtsgewicht unter 1500g

geboren wurden, zeigten im Alter von vier Jahren schwere Beeinträchtigungen. Im Bevölkerungsdurchschnitt zeigten dagegen nur 2,3 Prozent schwere Beeinträchtigungen. Leichtere Behinderungen werden häufig erst im fortgeschrittenen Kindesalter diagnostiziert, wie eine Nachuntersuchung von Kindern mit einem Geburtsgewicht von unter 1000g im Alter von vier und acht Jahren zeigte. Der Anteil an Kindern mit Behinderungen stieg von 31 Prozent mit vier Jahren auf 53 Prozent mit acht Jahren. Es handelte sich hierbei um leichtere Behinderungen. Dazu zählen Defizite der Entwicklung, der Intelligenz, der Sprachentwicklung, der visomotorischen und lokomotorischen Integration, Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen.

Die perinatale Sterblichkeit steigt mit sinkendem Geburtsgewicht sprunghaft an. Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500g haben einen Anteil von ca. 45 Prozent an den insgesamt um die Geburt versterbenden Neugeborenen und bleiben somit eine kritische Gruppe.

9. Prognose der Frühgeburt

Sie ist abhängig vom Entwicklungsstand und Reifegrad des Frühgeborenen und weniger vom reinen Geburtsgewicht. Die verbesserte Prognose Frühgeborener ist auf organisatorische und medizinische Fortschritte zurückzuführen. Sie beruht einerseits auf der Einrichtung von Perinatalzentren mit intensiver Zusammenarbeit der Geburtshelfer und Neonatologen und andererseits auf der Weiterentwicklung der Neugeborenenintensivpflege in den letzten Jahren.

10. Prävention

Es konnte in Untersuchungen gezeigt werden, dass der Zeitpunkt der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft und die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen mit der Frühgeburtenfrequenz korrelieren. Langfristige Erfolge versprechen breitgefächerte Präventionsprogramme zur Gesundheitspflege, Ernährung und Lebensführung, die nicht erst in der Schwangerschaft beginnen.

Außerdem sollte die Schwangerenvorsorge risikoadaptiert erfolgen d.h. sich an spezieller Anamnese und Befund orientieren. Dies ist die Grundlage für das Frühgeburtenvermeidungsprogramm, welches von Prof. Saling initiiert wurde und vier Stadien unterscheidet.

In Stadium 1 besteht ein potentiell erhöhtes Frühgeburtsrisiko bei Belastung durch vorange-

hende späte Fehlgeburten oder Frühgeburten. Hier wird der frühe totale Muttermundverschluss in der 12. Schwangerschaftswoche empfohlen.

In Stadium 2 zeigt sich als Vorstadium der Gefährdung eine Milieustörung der Scheide. Therapie der Wahl ist hier die Gabe von Lactobazilluspräparaten in der Kombination mit einer Milchsäuretherapie. Die Diagnose erfolgt durch pH-Messung (s.oben).

In Stadium 3 liegt bereits eine nachgewiesene Infektion vor (z.B. bakterielle Vaginose, Chlamydien- oder Streptokokkennachweis oder signifikante Bakteriurie). Hier kann je nach Befund eine lokale antiseptische oder antibiotische Behandlung noch ausreichen oder aber eine systemische Therapie erwogen werden.

In Stadium 4 findet sich schon ein kritischer Muttermundsbeefund, vorzeitige Wehen, pathogene Keime und positive Entzündungszeichen. Die Chancen, eine Frühgeburt zu vermeiden, werden immer geringer.

Als Prävention gilt auch das Selbstvorsorgeprogramm für Schwangere, in dem die Schwangere angehalten wird, selbst 2x wöchentlich den pH-Wert im Scheideneingang zu messen (s. oben).

Quellenangaben

Gardosi J. et al.
Early pregnancy predictors of preterm birth
BJOG 107 (2000) 228-237

Kolben M. et al.
Prävention und Therapie der vorzeitigen Wehentätigkeit
GebFra 2000;60:206-211

Rauchfuß M.
Vorzeitige Wehen und Frühgeburt - eine psychosomatische Störung?
Beiträge der Jahrestagung 2000 der DGPPG und der OGGP
Edition psychosozial

Saling E. et al.
Frühgeburtenvermeidungsprogramm
Gynäkologe 1999 32 : 39-45

Saling E. et al.
Vermeidung sehr früher Frühgeburten- Aktueller Stand
Frauenarzt 41 (2000) 952-964

Wulf K.-H.
Frühgeburt und Grenzen
Gynäkologe 1997 30: 539-543

B. Fehlgeburt

1. Allgemeines

Fehlgeburten treten häufiger auf als allgemein bekannt. Die Betroffenen leiden oft sehr unter dem Ereignis. Gefühle wie Trauer, Verlust, Versagensängste sind häufig, und die betroffenen Frauen wünschen eine Erklärung, warum gerade sie betroffen sind. Die Aufklärung der Fehlgeburtursache ist im einzelnen oft nicht möglich.

Ein hoher Anteil der Schwangerschaften wird spontan abgestoßen (50 bis 75 Prozent). Dies geschieht in der Regel unbemerkt und wird nicht als Fehlgeburt wahrgenommen. Häufig kommt es zu einer verspäteten etwas verstärkten Regelblutung bevor überhaupt eine Schwangerschaft durch Nachweis des Schwangerschaftshormones festgestellt werden konnte.

2. Definition

Von einer Fehlgeburt (Abort) spricht man bei Beendigung einer Schwangerschaft vor Erreichen der Lebensfähigkeit des Feten.

Eine Fehlgeburt kann unter verschiedenen Gesichtspunkten klassifiziert werden:

2.1. Frühabort

Fehlgeburt vor Ende des 1. Schwangerschaftsdrittels (vor der 12. Schwangerschaftswoche)

2.2. Spätabort

Fehlgeburt nach dem 1. Schwangerschaftsdrittel (nach der 12. Schwangerschaftswoche)

2.3. Abortus imminens (drohende Fehlgeburt)

Es sind Blutungen aufgetreten bei noch intakter Schwangerschaft. Häufig bleibt die Schwangerschaft erhalten.

2.4. Abortus incipiens (beginnende Fehlgeburt)

Die Fehlgeburt ist schon soweit in Gang, dass auch durch eine Therapie der Verlauf nicht aufgehalten werden kann.

2.5. Abortus incompletus (unvollständige Fehlgeburt)

Trotz Blutungen sind Teile des Schwangerschaftsgewebes und der Nachgeburt noch in der Gebärmutter verblieben, sodass die Fehlgeburt durch eine Curettage (Ausschabung) möglichst rasch beendet werden muss.

2.6. Abortus completus (vollständige Fehlgeburt)

Hierbei ist alles Schwangerschaftsgewebe ausgestoßen worden, die Gebärmutter vollständig entleert und die Blutung zum Stillstand gekommen.

2.7. Missed abortion (verhaltene Fehlgeburt)

Der Fetus ist abgestorben, ohne dass Blutungen oder Wehentätigkeit (Unterleibschmerzen) zu einer Ausstoßung geführt haben. Diese Diagnose wird durch Ultraschall gestellt. Eine anschließende Curettage ist erforderlich.

2.8. Habituelle Aborte

Es handelt sich um mindestens drei aufeinanderfolgende spontane Fehlgeburten mit demselben Partner.

2.9. Vanishing twin

Darunter versteht man den Abgang eines Mehrlings einer Mehrlingsschwangerschaft bei normaler Weiterentwicklung des verbliebenen Embryos im ersten Schwangerschaftsdrittel (Trimenon). Dies verläuft zum Teil ohne Symptome. Die Embryonalanlage wird vollständig resorbiert. Zum Teil tritt auch eine Blutung auf. Diese Art der Fehlgeburt kann nur durch eine Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft festgestellt werden. Sonographische Zeichen für eine drohende Fehlgeburt eines Mehrlings ist eine in Relation zu den anderen Anlagen zu kleine Chorionhöhle (Fruchthöhle) oder Embryonalanlage. In einer Studie von Landy hatten 21 Prozent Schwangere mit initial nachgewiesener Mehrlingsschwangerschaft später nur noch einen Feten. Bei den betroffenen Frauen führt dies oft zu vermehrten Ängsten.

Mehrlingsschwangerschaften haben im Vergleich zu Einlingsschwangerschaften sowohl ein höheres Erkrankungsrisiko als auch ein erhöhtes Sterberisiko pro Fetus. Insbesondere „monochoriale“ Zwillingsschwangerschaften sind besonders gefährdet für frühe Aborte. Diese Form der Zwillingsschwangerschaft lässt sich mit Hilfe der Ultraschalluntersuchung feststellen.

3. Häufigkeit

Das allgemeine Risiko des Frühaborts beträgt nach dem Nachweis einer vitalen Schwangerschaft 2 bis 3 Prozent. Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist desto mehr sinkt das Fehlgeburtsrisiko. So betrug bei Geipel *et al.* das

Abortrisiko in der 7. bis 9. Schwangerschaftswoche 6,3 Prozent und fiel auf 1 Prozent in der 10 bis 12. Schwangerschaftswoche. Frauen mit einer vaginalen Blutung in der Frühschwangerschaft haben ein erhöhtes Risiko eine Fehlgeburt zu erleiden. Die Abortrate wird mit 12 bis 16 Prozent angegeben. Ebenso steigt die Abortrate mit zunehmendem Lebensalter der Frau an. Meistens bleibt der Spontanabort ein einzelnes Ereignis im Leben einer Frau. Die Wahrscheinlichkeit nach einer Fehlgeburt eine Schwangerschaft mit Lebendgeburt auszutragen beträgt 85 bis 90 Prozent. Ca. 0,5 bis 2 Prozent aller Frauen im reproduktionsfähigen Alter leiden unter dem Krankheitsbild des habituellen Abortes (mehr als 3 Fehlgeburten in Folge).

4. Ursachen für eine Fehlgeburt

4.1. Genetische Störungen (Fehlbildungen der Frucht)

Der fetale Chromosomensatz ist in der Mehrzahl der spontanen Fehlgeburten auffällig. Am häufigsten finden sich Trisomien.

4.2. Infektionen, insbesondere Scheideninfektionen

Es wurde nachgewiesen, dass bei Mykoplasmenbesiedelung des Genitaltraktes die Abortrate nach präkonzeptioneller Doxycyclintherapie deutlich absinkt.

4.3. Fehlbildungen der Gebärmutter

Dazu gehören Septen und Synechien in der Gebärmutterhöhle. Ebenso der angeborene Uterus bicornis. Septen und Narbenstränge können auch Folge von operativen Eingriffen an der Gebärmutter sein.

4.4. Myome in der Gebärmutter

Diese gutartigen Gewächse der Gebärmuttermuskelschicht lassen sich durch eine Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) und gegebenenfalls eine Laparoskopie (Bauch Spiegelung) diagnostizieren und unter Umständen operativ sanieren. Dann sind die Aussichten auf eine Schwangerschaft mit anschließender Lebendgeburt vergleichbar jenen Frauen ohne vorangegangene Fehlgeburt.

4.5. Schilddrüsenüber-/unterfunktion der Schwangeren

4.6. Diabetes mellitus der Schwangeren

4.7. Ionisierende Strahlung

Röntgenuntersuchungen in der Frühschwangerschaft können eine Fehlgeburt verursachen.

4.8. Medikamenteneinnahme

Untersuchungen aus Dänemark weisen darauf hin, dass durch die Einnahme nichtsteroidaler Antiphlogistika in der Schwangerschaft das Fehlgeburtsrisiko erhöht ist. Die Daten bedürfen weiterer Bestätigung.

4.9. Vermehrter Koffeingenuss

Die interindividuelle Empfindlichkeit für Koffein schwankt sehr, sodass keine Aussage möglich ist, wie viele Tassen Kaffee in der Schwangerschaft unschädlich sind. Der Konsum sollte insgesamt gering gehalten werden.

4.10. Schwangerschaftsspezifische Funktionsstörungen

Darunter fallen hormonelle Dysfunktionen wie Corpus luteum Insuffizienz. Eine Substitution mit Progesteron bessert die Prognose insbesondere bei Frauen mit habituellem Abort.

4.11. Immunologische Abwehrreaktionen

Bei einer Gruppe von Patientinnen mit wiederholten Spontanaborten wurden antipaternale Antikörper im Blut nachgewiesen. Es handelt sich dabei um Antikörper, die gegen väterliche Zellen, wie sie auch im Embryonalgewebe der Schwangerschaftsanlage vorkommen, gerichtet sind. In diesen Fällen besteht ein Therapieansatz in der parenteralen Gabe von Immunglobulinen.

4.12. Hyperhomozysteinämie

Frauen mit habituellem Abort weisen häufig unphysiologisch hohe Homozysteinenspiegel auf. Eine Substitutionstherapie mit Folsäure bzw. Folsäure/Vitamin B6/Vitamin B12 führt zu einer Normalisierung der Homozysteinwerte. Klinische Studien zum Nachweis eines Absinkens auch der Abortrate stehen noch aus.

4.13. Thrombophilie

Zwei häufig auftretende Genfehler für die Gerinnungsfaktoren Faktor V und Prothrombin gelten auch als Auslöser von Spätaborten. In einer Studie von *Martinelli et al.* fand sich bei 16 Prozent der Frauen mit einem Spätabort eine der beiden Mutationen (Genfehler). Ein Screening von Frauen mit Spätabort empfiehlt sich, da eine Behandlung mit Antikoagulantien in einer weiteren Schwangerschaft eine gute

Chance bietet, einen erneuten Abort zu vermeiden.

5. Symptome einer Fehlgeburt

Verdächtig für das Eintreten einer Fehlgeburt sind einsetzende Blutungen in der Schwangerschaft. Ist die Schwangerschaft bereits weiter fortgeschritten, treten häufig erst Wehen auf, bevor es anschließend zu Blutungen kommt. Diese Wehen werden oft als krampfartige Unterleibsschmerzen oder als eine Art Regelschmerzen empfunden.

6. Diagnostik

Zunächst kann anhand einer gynäkologischen Untersuchung (Spiegeleinstellung) die Blutungsstärke beurteilt werden. Blutungen vor der 8. Schwangerschaftswoche führen häufiger zu Fehlgeburten (13,7 Prozent) als nach der 8. Schwangerschaftswoche (5,9 Prozent).

Die Ultraschalluntersuchung ermöglicht einerseits durch Darstellung der Herzpulsationen die Vitalität des Feten nachzuweisen und kann andererseits Hinweise auf den weiteren Verlauf geben. So sind eine Wachstumsdiskrepanz zwischen Dottersack und Scheitel-Steiß-Länge des Embryos, eine Diskrepanz von mehr als einer Woche zwischen Gestationsalter und sonographisch gemessenem Schwangerschaftsalter und eine verlangsamte Herzfrequenz Risikofaktoren, die das Fehlgeburtsrisiko erhöhen. Auch der sonographische Nachweis eines Hämatoms (Bluterguss) ist mit einer erhöhten Fehlgeburt rate verknüpft, die mit der Größe des Hämatoms ansteigt.

Frühestens zwei Wochen nach der Befruchtung lässt sich eine intrauterine Frühschwangerschaft durch Darstellung der Chorionhöhle (Durchmesser 3mm) per Transvaginalsonographie nachweisen. Normalerweise beträgt das Wachstum der Chorionhöhle 1,1mm/Tag in der Frühschwangerschaft. Außerdem sollte ab einem Chorionhöhlendurchmesser von 20mm ein Dottersack zu sehen sein und ab einem Durchmesser von 25mm eine embryonale Herzaktion nachweisbar sein. Fehlen diese Zeichen und ist das Wachstum geringer, spricht dies für einen gestörten Verlauf der Frühschwangerschaft.

Die embryonalen Herzbewegungen sind frühestens ab dem 35. Tag nach der letzten Regel darstellbar und sollten aber spätestens in der 7. Schwangerschaftswoche nachweisbar sein. Nach

zunächst langsamerer Herzfrequenz pendelt sich die Herzfrequenz in der 12. Schwangerschaftswoche normalerweise auf 150 bis 170 Schläge/Min ein.

Eine erhöhte Rate an Fehlgeburten wurde auch in einer Untersuchung nach Messung einer verbreiterten Nackentransparenz gefunden (dorsonuchales Ödem). Bei einer Nackentransparenz >5mm stieg die Abortrate auf 13 Prozent. Die Nackentransparenz hat einen hohen Vorhersagewert bezüglich des Vorliegens chromosomaler Störungen.

7. Therapie

Eine kausale Therapie des Spontanabortes gibt es nicht. Bei drohender Fehlgeburt unterstützt in der Regel körperliche Schonung die ungestörte Weiterentwicklung der Schwangerschaft und ein Sistieren der Blutung. Der Verlauf in der Frühschwangerschaft reguliert sich nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip.

Beim in Gang befindlichen Abort (Abortus incipiens und incompletus) und beim verhaltenen Abort (missed abortion) ist eine Curettage erforderlich, um das verbliebene Schwangerschaftsgewebe zu entfernen. Anschließend erst kann sich die Gebärmutter Schleimhaut wieder regenerieren.

Bei Vorliegen einer entsprechenden Konstellation im Rhesus-System ist immer darauf zu achten, dass die Frau im Anschluss an die Fehlgeburt eine Rhesusprophylaxe (Anti-D-Gabe) erhält.

Weitere gezielte Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen bestimmter, jedoch seltener Ursachen für eine Fehlgeburt sind im Kapitel „Ursachen“ ausgeführt.

Da das Erleben einer Fehlgeburt in den meisten Fällen als eine außergewöhnliche psychische Belastung empfunden wird, ist die psychologische Betreuung der Betroffenen von besonderer Wichtigkeit.

In Beratungsgesprächen wird immer wieder die Frage gestellt: Wann kann ich wieder schwanger werden? Einheitliche Richtlinien hierzu liegen nicht vor. Es ist jedoch empfehlenswert nach einer Fehlgeburt im ersten Trimenon mindestens eine regelrechte Menstruation abzuwarten, bevor die Frau erneut schwanger wird. Somit ist gewährleistet, dass sich ein normaler Zyklus mit entsprechendem Aufbau funktionsfähiger Gebärmutter Schleimhaut eingestellt hat. Häufig werden Zeitspannen zwischen 3 und 6 Monaten

empfohlen. Fraglich ist, ob eine Festlegung auf ein bestimmtes Zeitintervall sinnvoll ist, da dies zu großer Verunsicherung der Frau führen kann, wenn eine erneute Schwangerschaft vor dem empfohlenen Zeitpunkt eintritt.

Quellenangaben

Cnattingius S. et al.

Caffeine intake and risk of first-trimester spontaneous abortion

N Engl J Med 2000;343:1839-1845

Geipel A. et al.

Sonographische Kriterien zur Beurteilung von Frühschwangerschaften und der Prädiktion von Fehlgeburten im ersten Trimenon

GebFra März 1999; 32:220-224

Landy HJ. et al.

The vanishing twin

Am J Obstet Gynecol 1986;155:14-19

Martinelli I. et al.

Genfehler bei Gerinnungsfaktoren-Spätaborte als Folge

New Engl J Med 2000;343:1015-1018

Nielsen G.L. et al.

Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs

BMJ 2001;322:266-270

Stein J. et al

In-vitro und In-vivo Effekte polyvalenter Immunglobuline bei Patientinnen mit rezidivierenden Spontanaborten und antipaternalen non-HLA-Antikörpern

GebFra 2000;60:251-256

Tempfer C. et al.

Neue Daten zur Ätiologie des habituellen Aborts

GebFra 2000; 60:604-608

Tutschek B. et al

Diagnostik und Prognose von Mehrlingsgraviditäten im I. Trimenon

Gynäkologe 1998;31:209-217

www.eumom.com

www.medicine-worldwide.de

IPPF- Informationen

Standpunkt zu Barriere- Methoden, Mai 2001

Obwohl möglicherweise weniger effektiv als hormonale Methoden, IUD oder Sterilisation stellen Barrieremethoden allgemein sichere und akzeptable Methoden zur Kontrazeption dar. Voraussetzung: Sie werden zuverlässig und konsequent angewendet. Nur durch Barrieremethoden, je nach Methode mit unterschiedlicher Sicherheit, ist der Schutz vor Schwangerschaft **und** STD/HIV („dual protection“) möglich. (STD: Sexuell Transmitted Diseases: Sexuell übertragbare Krankheiten)

Die IPPF unterscheidet nach Wirkmechanismus physikalische (z.B. Kondome, Diaphragma) und chemische Barrieremethoden (z.B. Spermizide).

Die Effektivität der chemischen Barrieremethoden wird generell niedriger eingestuft. Sie sollten nur in Kombination mit anderen Verhütungsmethoden angewendet werden. (In diesem Zusammenhang weist pro familia darauf hin, dass die gleichzeitige Anwendung von Latex-Kondomen und chemischen Verhütungsmitteln im allgemeinen nicht empfohlen wird. Fett- und ölhaltige Substanzen können das Latex-Material angreifen. In jedem Fall sollte eine ausdrückliche Empfehlung des Spermizid-Herstellers vorliegen).

Beratung

Klienten/innenberatung sollte die Sicherheit der Methoden, den unterschiedlichen Schutz vor STD (sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere HIV) und die Bedeutung der korrekten und konsequenten Anwendung beinhalten. Weiterhin sind klare Informationen zum richtigen Gebrauch, zur Lagerung und Pflege notwendig, aber auch zur Möglichkeit der Postkoitalverhütung bei Anwendungsfehlern bzw. Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmethode. Die IPPF schlägt vor, die Mitgabe von hormonaler Postkoital-Verhütung als „back-up“ Methode anzubieten.

Kondom (für den Mann)

Latexkondome stellen einen sicheren Schutz vor Schwangerschaft und STD/HIV dar, wenn sie

zuverlässig angewendet werden. Die Angaben zu Schwangerschaftsraten variieren zwischen 3 bis 14 pro 100 Frauen pro Jahr. Männer haben durch Kondomanwendung die Möglichkeit, die Verantwortung für Verhütung mitzutragen. In der Adoleszenz sind Kondome eines der wichtigsten Verhütungsmittel.

Zur richtigen und konsequenten Anwendung sind genaue Informationen notwendig. Die inkorrekte Anwendung stellt den häufigsten Grund für Reißen und Abrutschen des Kondoms dar.

Polyurethankondome bieten eine Alternative bei Latexallergie. Zerreißen und Abgleiten kommt bei Polyurethankondomen häufiger vor. Sie sind im Vergleich teurer. Zur Verhütungssicherheit als auch zum Schutz vor STD besteht weiterhin Forschungsbedarf.

Kondom (für die Frau)

Die Schwangerschaftsangaben bei Frauenkondomen aus Polyurethan liegen zwischen 5- und 21 pro 100 Frauen/Jahr. Laborstudien ergeben neben Undurchlässigkeit für Spermien auch einen Schutz vor Bakterien und Viren. Diese Ergebnisse bedürfen weiterer klinischer Untersuchungen. Die Kosten des Frauenkondoms sind hoch. Aus diesem Grund sind Studien zur Sicherheit und Durchführbarkeit bei Wiederverwendung im Gange. (Informationen hierzu: WHO/UNAIDS Information update: Consultation on reuse of the female condom.) Derzeit wird die Wiederverwendung nicht empfohlen.

Diaphragma

Schwangerschaftsraten bei Diaphragma-Anwendung liegen zwischen 4 und 18 pro 100 Frauen/Jahr. Die Empfehlung, das Diaphragma in Kombination mit einem Spermizid anzuwenden, geht eher von der Annahme als von sicheren Erkenntnissen aus. (Es gibt bisher keine vergleichenden Untersuchungen, inwieweit die Kombination mit Spermizid die Sicherheit des Diaphragmas erhöht.)

Diaphragmen sollten von geschultem Personal angepasst werden. Informationen zur Pflege und zur richtigen Anwendung müssen gegeben werden. Obwohl die Anwendung des Diaphragmas einen relativen Schutz vor Infektionen des oberen Genitaltrakts bietet, liegen Kenntnisse zum Schutz vor HIV nicht vor. Nach einer Geburt bzw. größeren Gewichtzu- bzw. abnahmen muss der Sitz des Diaphragmas kontrolliert werden.

Spermizide

Spermizidanwendung wird ausschließlich in Kombination mit einer physikalischen Barrieremethode empfohlen. Schwangerschaftsraten variieren zwischen 6 und 36 Pro 100 Frauen/Jahr.

Die Ergebnisse von in vitro Untersuchungen der Spermizide, die einen Schutz vor HIV und andere STD's ergaben, sind nicht auf Menschen übertragbar.

Eher ist davon auszugehen, das häufige Nonoxynol-9 Anwendung durch Irritation der vaginalen und zervikalen Schleimhaut die Möglichkeit der dadurch verursachten HIV-Übertragung erhöht statt verringert.

Portiokappe

Die Schwangerschaftsrate bei Anwendung der Portiokappe variiert zwischen 4 und 36 pro 100 Frauen/Jahr. Sie sollte von geschultem Personal angepasst werden.

Qualitätskontrolle, Aufbewahrung, Verteilung.

Die Effektivität von Barrierekontrazeptiva wird neben den individuellen Eigenschaften der einzelnen Methoden erheblich durch die Qualität (nach Herstellung und nach Lagerung) mitbestimmt. Die leichte Zugänglichkeit für (potentielle) AnwenderInnen ist eine weitere Voraussetzung für generelle Zuverlässigkeit.

FORUM

Brustselbstuntersuchungskurse bei pro familia – mit Wissen gegen die Angst -

Angela Seiler
Ärztin, pro familia Beratungsstelle Pforzheim

Das Thema „Brustgesundheit“ führte lange Zeit ein Schattendasein bei mir: Interesse? Ja. Das Sammeln von Informationen? Ja. Aber so richtig einsteigen mit Vorträgen, Kursen und Beratungen? Dazu konnte ich mich doch nicht entscheiden. Warum? Vielleicht Angst, nicht genug zu wissen, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein.

Erst die unmittelbare Betroffenheit durch die Erkrankung einer Vorstandsfrau gab den entscheidenden Anstoß. Jetzt wollte ich etwas zum Thema Brustgesundheit anbieten. Die Fortbildung „Brustselbstuntersuchung mit dem MammaCare-Modell“ der Firma Kessel und das „Brustbuch“ von Susan Love gaben mir das Gefühl, genug zu wissen, um die Frauen in die Brustselbstuntersuchung einzuführen. Das Team der Beratungsstelle unterstützte mein Vorhaben.

Aber vor dem ersten Kurs standen noch einige Hürden im Weg.

Jede Frau, die die Selbstuntersuchung lernt, sollte ein Brustmodell haben - das hieß die Anschaffung von acht Modellen, Einzelpreis 120.- DM. Das war für unsere Stelle nicht zu finanzieren.

Die erste Idee war, eine Anfrage bei den Krankenkassen – negativ. Die Kassen sahen sich weder in der Lage, Modelle zu sponsern, noch den teilnehmenden Frauen der eigenen Kasse einen Teil der Kursgebühren zu erstatten. Allein die AOK wollte uns bei dem Vorhaben unterstützen und erklärte sich bereit, uns bei der Öffentlichkeitsarbeit zu helfen.

Um das neue Angebot unserer Beratungsstelle bekannt zu machen, entwarf ich ein Faltblatt, das die AOK dann kostenlos in hoher Auflage kopierte. Dieses liegt bei ÄrztInnen, Apotheken, Büchereien, Familienbildungsstätten u. ä. aus.

Und auch bei der Anschaffung der Modelle hatten wir Glück. Ein großes Sanitätshaus machte unsere Sache auch zu der seinen und spendete eine ansehnliche Summe für die Modelle, außerdem bekamen wir den Erlös vom Verkauf der rosa Schleifen der Initiative „Bewusstsein für den Brustkrebs“, den Rest konnten wir selbst finanzieren und die erforderlichen „MammaCares“ kaufen.

Es konnte also losgehen!

Die Veranstaltung sollte an einem Samstag Nachmittag von 14 bis 19 Uhr stattfinden, mit mindestens fünf und höchstens acht Frauen. Der Preis betrug pro Frau 100.- DM, Ermäßigung bei niedrigem Einkommen ist immer möglich.

Es gab dann ein Pressegespräch und eine Information in den Gemeindeblättern der umliegenden Gemeinden – und nach einer Woche waren zwei Kurse schon voll.

Das zeigt deutlich, dass das Interesse für dieses Angebot groß ist. Auch die Höhe der Kursgebühr wurden von den Frauen als angemessen beurteilt.

In den Kursen versuche ich vor allem drei Grundbotschaften zu vermitteln:

- Wissen kann Angst nehmen
- Jede Frau kann sich die Kompetenz für ihre Brust aneignen
- Jede Frau darf selbst entscheiden, ob dieses Angebot der Brustselbstuntersuchung für sie persönlich geeignet ist oder nicht

Schon beim Kennenlernen, für das man sich im Übrigen ausreichend Zeit nehmen sollte, ist die Angst zu spüren, die Frauen beim Thema Brust empfinden. Es ist dann auch sinnvoll, diese Angst zu benennen und in einer Gesprächsrunde herauszufinden, worauf sich die Angst begründet, und was den Frauen die Angst nehmen könnte.

Wichtig finde ich, diesen verunsicherten Frauen das Gefühl zu vermitteln, dass sie mit einer gut gelernten Technik der Selbstuntersuchung wieder ein Stück mehr Kompetenz für ihren Körper haben und mit jeder Untersuchung mehr wissen, wie sich ihre Brust anfühlt und dass vieles, was sie tasten, einfach für sie persönlich „normal“ ist. Man kann dies als „Kennenlernen“ der eigenen Brust bezeichnen. Das geschieht sowohl in einem theoretischen Teil, über Anatomie, Physiologie und Entwicklung der weiblichen Brust, noch viel mehr aber im praktischen Teil, der Anleitung zur Selbstuntersuchung.

Hierbei erlebe ich es wirklich als entlastend für die Frauen, dass die Untersuchungstechnik erst einmal am Modell geübt wird und nicht an der eigenen Brust. Die Wahrnehmung wird damit auf das Modell gerichtet und das Lernen nicht von den Ängsten beeinträchtigt. Im zweiten Schritt wird das Gelernte auf die eigene Brust übertragen. Immer stelle ich es den Frauen frei, ob sie diesen Schritt mitgehen wollen oder nicht. Bisher haben es alle gemacht. Bei diesem Teil ist die persönliche Zuwendung besonders wichtig. Bei jeder Frau sollte man einmal gewesen sein und sich ein Bild gemacht haben, ob sie sich mit der Untersuchung gut fühlt oder nicht. Eine Herausforderung ist es immer, wenn die Frauen etwas getastet haben und möchten, dass man nachtastet. Für diese Situation muss sich wohl jede Kursleiterin eine für sie passende Vorgehensweise aneignen. Für mich ist es am stimmigsten, wenn ich von vorne herein klar stelle, dass ich nach einem Tastbefund auch nicht sagen kann, ob dies normal ist oder nicht. Ich rate den Frauen, dass sie auf jeden Fall zu ihrem/r behandelnden Frauenarzt/Frauenärztin gehen sollen, wenn ihnen dieser Tastbefund erstmalig aufgefallen ist.

Meistens bekomme ich dann auch telefonisch Rückmeldung über das Ergebnis der weiteren Untersuchung.

Nach dem praktischen Lernen der systematischen Untersuchung der Brust sollten die Frauen die Möglichkeit haben, sich über ihre Erfahrungen beim Tasten auszutauschen. An dieser Stelle kann man nochmals darauf hinweisen, dass diese regelmäßige Selbstuntersuchung eine zusätzliche Sicherheit geben soll, dass sie aber nicht Druck machen oder ein schlechtes Gewissen verursachen soll. Jede Frau darf ausprobieren, ob und wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen sie die Selbstuntersuchung durchführen will. Auch ersetzt die Selbstuntersuchung natürlich nicht die Mammographie oder eine Ultraschalluntersuchung, aber sie kann für die Frau ein sicheres Gefühl für ihre eigene Brust bedeuten.

Diese Kurse sind für mich immer wieder eine Bereicherung, denn die Frauen zeigen eine große Offenheit, sich mit diesem schwierigen Thema auseinander zusetzen.

Mittlerweile wurden auch Vorträge angefragt, u.a. von Hebammen und Landfrauen. In Zusammenarbeit mit anderen Stellen, die sich mit Gesundheitsvorsorge befassen, soll im Oktober eine gemeinsame Veranstaltung durchgeführt werden, eventuell mit einem Stand in der Fußgängerzone und Abendveranstaltungen zu verschiedenen Schwerpunkten.

In Baden-Württemberg bieten ab Herbst die Mehrzahl der pro familia-Beratungsstellen Veranstaltungen zum Thema Brustgesundheit an, mit Kooperationspartnern, aber auch allein. Die pro familia-Beratungsstellen sind mit ihren multidisziplinären Teams eigentlich fast ideale Stellen, an denen dieses Thema verankert werden sollte.

Hinweise

Mifegyne aktuell

In internationalen Studien findet die Frage um die optimale Dosis von Mifepriston (Mifegyne) beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zunehmend Beachtung.

1. Die Studie zur Optimierung der Mifegyne- und Gemeprost-Dosis der WHO untersuchte das Vorgehen mit 200 mg und 50 mg Mifepriston beim Schwangerschaftsabbruch bis zum 57.

Tag. Gemeprost wurde jeweils in den Dosierungen 0,5 und 1 mg vaginal untersucht. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Erfolg der Behandlung und der Mifepristondosis. Das relative Risiko des Versagens der Methode liegt bei der Dosierung mit 50 mg um das 1,6 fache höher. Die niedrigere Gemeprostgabe war nicht signifikant mit einem höheren Versagen der Methode verbunden. Bei den Nebenwirkungen fanden sich in allen 4 Behandlungsgruppen keine signifikanten Unterschiede.

Quellenangabe

Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial
WHO Task Force on Post-ovulation Methods for Fertility Regulation
BJOG 2001 Jul; 108 (7): 738-42

2. Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zwischen dem 57. und 63. Tag Gestationsalter untersuchte die WHO die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen von Mifegyne in den Dosierungen 200 mg und 600 mg. Als Prostaglandin wurde Gemeprost 1 mg vaginal angewendet. Die Abortrate lag bei der 600 mg Gruppe bei 92,4 Prozent und bei der 200 mg Gruppe bei 91,7 Prozent. Die Zeitabläufe sowie das Auftreten von Nebenwirkungen war in beiden Gruppen vergleichbar. In der Gruppe mit höherer Mifepriston-Dosierung wurde lediglich häufiger über Erbrechen berichtet. Das Fazit, das aus den Ergebnissen gezogen wird, ist, dass die 200 mg Dosis Mifepriston eine vergleichbare Wirksamkeit wie das Vorgehen mit 600 mg besitzt. Mit dem Prostaglandin Gemeprost bleibt der Erfolg des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs auch in der fortgeschrittenen Frühschwangerschaft bis zum 63. Tag hoch.

Quellenangabe

Medical abortion at 57 to 63 days gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomised controlled trial.
WHO Task Force on Post-ovulation Methods of Fertility Regulation. Acta Obstet Gynecol Scan 2001, May; 80 (5): 447-51

Der Population Council führt seine internationalen Studien mit einer Dosierung von 200 mg Mifegy-

ne aus. *Beverly Winikoff* führte dazu auf der Mifegyne-Fachtagung im Oktober 2001 in Berlin folgendes an: Die Studien des Population Council kommen zu dem Ergebnis, dass die isolierte Senkung der Dosis von Mifepriston zu erhöhter Versagerrate führt. Mit der Kombination: Niedrigere Mifepristondosis und höhere Misoprostoldosis wird jedoch eine Absenkung der Versagerrate erreicht.

Frankreich sieht keine Veranlassung, die 600 mg Dosis von Mifegyne zu verändern. Wichtigste Argumente sind die Sicherheit und das Bestreben, die Nebenwirkungen für die Frauen so gering wie möglich zu halten.

Die IPPF hat in dem aktuell veröffentlichten **Statement on Safe Abortion** zu der Dosisfrage keine Stellung genommen.

Anwendung in den Vereinigten Staaten

Im September 2001 wurde eine nationale Untersuchung zur Anwendung von Mifepriston (Mifeprex®) ein Jahr nach Zulassung in den USA vorgestellt.

595 GynäkologInnen wurden von der Kaiser Family Foundation befragt. Nur 6 Prozent der befragten Ärzte gaben an, den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifeprex anzubieten. Als Gründe, Mifeprex nicht anzuwenden, machten 40 Prozent die Aussage, sie lehnen das Medikament ab, 62 Prozent gaben an, sie werden von ihren Patientinnen nicht gefragt oder haben Angst vor Protest oder Gewalt.

Amerikanische Frauen scheinen noch nicht hinreichend über die Methode informiert zu sein: 42 Prozent von 1000 befragten Frauen verwechselten die „Abtreibungspille“ mit der „Pille danach“.

Quellenangabe: Internet

Berechnung der fruchtbaren Tage im Menstruationszyklus

In einer prospektiven Studie gingen *Wilcox, A.J. et al.* der Frage nach, wie sicher sich die fruchtbaren Tage im Zyklus einer Frau vorhersagen lassen. An der Studie nahmen 221 gesunde Frauen, im Alter von 25 bis 35 Jahren mit College-Schulabschluss teil, die schwanger werden wollten. 2/3 waren Nulliparae. Der Zeitpunkt der

Ovulation wurde mittels täglicher Bestimmung der Konzentration von Östrogen- und Progesteron-Metaboliten im Morgenurin ermittelt.

Als „fruchtbares Fenster“ („fertile window“) wurde die Zeitspanne im Zyklus bezeichnet, in der die Frau nach einem Geschlechtsverkehr schwanger werden kann. Die Autoren gelangten zu folgenden Ergebnissen:

2 Prozent der Frauen befanden sich im „fruchtbaren Fenster“ am 4. Zyklustag,
17 Prozent am 7. Zyklustag und
54 Prozent am 12. und 13. Zyklustag.

Bei verzögerter Ovulation und einem Zyklus von 5 Wochen befanden sich 4 bis 6 Prozent der Frauen in der 5. Woche noch im „fertilen Fenster“.

Ferner stellten die Autoren fest, dass das „fruchtbare Fenster“ ausgedehnter ist, als bisher angenommen: Im Mittel befanden sich mindestens 10 Prozent der Frauen mit regelmäßigen Zyklen vom 6. bis zum 21. Zyklustag im „fertile window“. Für Frauen mit unregelmäßigen Zyklen, wie z.B. bei Jugendlichen und Frauen in den Wechseljahren, ist das „fruchtbare Fenster“ noch weniger vorher-sagbar.

Laut der vorliegenden Studie ist die Annahme, dass die Ovulation 14 Tage vor der nächsten Menstruation stattfindet, nicht allgemein gültig. Nur bei 10 Prozent der 69 exakt 28 Tage dauernden Zyklen fand der Eisprung 14 Tage vor der nächsten Menstruation statt. Der Abstand zwischen Ovulation und nächster Regelblutung schwankte im Durchschnitt zwischen 7 und 19 Tagen.

Diese Resultate weisen auf die Unsicherheit der rechnerischen Methoden zur Vorhersage der fruchtbaren Tage im Zyklus der Frau hin. Sie bestätigen damit, dass Kalendermethoden als Kontrazeptions-Methoden ungeeignet sind. Dennoch werden sie weltweit von Paaren zur Empfängnisverhütung angewendet. Auch Paare mit Kinderwunsch können sich nach Ansicht der Autoren Berechnungen ersparen, wenn 2 bis 3 mal pro Woche Geschlechtsverkehr stattfindet.

Quellenangabe

Wilcox, A.J. et al., *BMJ* 2000; 321: 1259-62

Langzeitergebnisse nach einer Hysterektomie

Bericht über eine interdisziplinäre Langzeitstudie (aus Mannheim 1983 bis 1988)

In Zusammenarbeit mit Gynäkologen, Psychologen, Neurologen mit psychoanalytischer Ausbildung und Hausärzten wurden Frauen bis zu 3 Jahren nach einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie, Uterusexstirpation) verfolgt.

Ziel war es, einen umfassenden klinischen Blick zu ermöglichen.

Es wurde eine möglichst homogene Probandinnengruppe zur besseren Vergleichbarkeit zusammengestellt (64 Frauen). Voraussetzung war, dass sich die Frauen im generativem Alter (Durchschnitt 39 Jahre) befanden, keine bösartige Erkrankung hatten und mindestens ein Eierstock erhalten blieb.

In **keinem** Fall lag eine vitale Indikation zur Operation vor.

Über 70 Prozent der Frauen hatten einen Organbefund (62,6 Prozent Myome, 4,7 Prozent Adnextumoren, 3,1 Prozent Endometriose). Bei 15,6 Prozent waren Beschwerden wie Unterbauchschmerzen und Blutungsstörungen als Grund zur Operation angegeben.

7,8 Prozent der Frauen wurde die Gebärmutter wegen abgeschlossener Familienplanung oder Unverträglichkeit der „Pille“ entfernt. Die Operation wurde in 70,3 Prozent von der Scheide aus (vaginal) durchgeführt.

In 45,3 Prozent wurde die Operation auf die Gebärmutterentfernung beschränkt. In den übrigen Fällen wurden zusätzliche Operationen zeitgleich durchgeführt: 23,5 Prozent Beckenbodenplastik, 25 Prozent Operationen am Eierstock u.a.m.

70 Prozent der Frauen gaben bis zu einem Jahr nach der Operation Beschwerden an. Fragestellungen im Hinblick auf Auswirkungen von Lebensqualität und Sexualität standen im Vordergrund.

78 Prozent gaben 3 Jahre nach der Operation Unzufriedenheit an. Die Mehrzahl der Frauen hatten nach 3 Jahren das Ereignis integriert. Ein Drittel der Frauen hatten auch nach 3 Jahren die Operation nicht verarbeitet.

Die Uterusexstirpation kann nicht als generell gesundheitsstabilisierender Faktor angesehen werden, so vor allem aus Sicht der Hausärzte.

Positive Auswirkungen haben eine reife Entscheidungsfindung nach umfassender Beratung, besserer Aufgeklärtheit und Beteiligung der Frau an der Entscheidung, sowie eine strengere Operations-Indikation.

Unterschiedliche Lebenseinstellungen haben unterschiedliche Auswirkungen. Vor allem eine geglückte weibliche Identifikation und die Qualität der Beziehung sind protektive Faktoren. Als ungünstig wirkten sich insbesondere Komplikationen im Zusammenhang mit der Operation und vor der Operation bestehende psychiatrische Erkrankungen aus.

Erstaunlich war die hohe Rate an „sexueller Dysfunktion“: Vor der Operation 37 Prozent, nach der Operation 20 Prozent. Aus den vorliegenden Unterlagen konnte leider keine nähere Differenzierung dieser Störungen entnommen werden.

Die Studie hat gezeigt, dass 3 Jahre Nachverfolgung noch zu kurz sind.

Frauen reagieren auf eine Hysterektomie sensibel. Die gewonnenen Erkenntnisse lassen die Forderung nach besserer Beratung zu. Durch umfassende Information sollten Frauen zu einer größerer Aufgeklärtheit bei der Entscheidung kommen. Gleichzeitig sollten sich die o.g. Langzeitergebnisse auf eine strengere Indikationsstellung auswirken.

Quellenangabe:

Zintl-Wiegand, A., Krumm, B., Köhler, F., Wiest, W. Langzeitergebnisse nach einer Hysterektomie - Eine interdisziplinäre Verlaufsstudie GebFra 2001; 60: 53-62-

Neue Medikamente zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ED)

Ixense® beziehungsweise Uprima® sind inzwischen auf dem deutschen Markt erhältlich (siehe Familienplanungs-Rundbrief 2000, Nr. 4, S. 21). Die beiden Präparate enthalten als Wirkstoff Apomorphinhydrochlorid und sind in den Dosierungen von 2 mg und 3 mg als Sublingualtablette erhältlich. Sie sind verschreibungspflichtig.

Die Akzeptanz wird von den Nebenwirkungen abhängig sein; die Nebenwirkungen, vor allem Übelkeit und Brechreiz, sind bei niedriger Dosierung geringer.

Im Jahre 2002 will das Pharmaunternehmen Bayer ihr neues Präparat zur Behandlung der erektilen Dysfunktion auf den Markt bringen.

Voraussichtlicher Produktname ist Vardenafil®. Die 3. Phase der klinischen Erprobung wird zur Zeit abgeschlossen.

Vardenafil® ist - wie Viagra - ein PDE-5-Hemmer (Phosphodiesterasehemmer). Neben der hohen Wirksamkeit seien unter Vardenafil® „kaum Nebenwirkungen“ aufgetreten, so der Leiter der Studie Dr. Porst, Hamburg.

Seuchenrechtsneuordnungsgesetz (SeuchRNeuG)

Seit dem 01.01.2001 ist das Seuchenrechtsneuordnungsgesetz in Kraft. Am 01.06.2001 sind die Übergangsregelungen abgelaufen.

Kernstück dieses umfassenden Gesetzes bildet das Infektionsschutzgesetz (IFSG), in dem verschiedene alte Gesetze und Verordnungen zusammengefasst sind.

Damit treten unter anderem außer Kraft das bisherige Bundesseuchengesetz (BSeuchG) und das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit seinen Zusatzverordnungen.

„Zweck des Gesetzes:

1. Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.
2. Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. Die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, Lebensmittelbetrieben, Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll verdeutlicht und gefördert werden.“

Als **wesentliche Neuerungen** werden genannt:

- die Neustrukturierung des Meldewesens, mit der dem Auftreten neuer und dem Erkennen von Veränderungen in der Verbreitung be-

kannter Infektionskrankheiten bundesweit schneller Rechnung getragen werden kann,

- Verbesserung der Information zwischen Bund und Ländern,
- der Ausbau des Robert Koch-Institutes als epidemiologisches und koordinierendes Zentrum,
- Maßnahmen in der Krankenhaushygiene zur Reduzierung nosokomialer Infektionen,
- Festlegung von Dokumentationen in der Impfprävention,
- Anpassung der Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen, für
- Personal bei Tätigkeitsaufnahme im Lebensmittelverkehr und beim Umgang mit Lebensmitteln,
- Tätigkeiten mit Krankheitserregern sowie
- Stärkung der Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes insgesamt als Teil der öffentlichen Verwaltung und Partner im Gesundheitswesen.

Das neue IFSG bringt für sexuell übertragbare Krankheiten (STD) folgende Neuerungen:

Es gibt kein Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten mehr.

Der direkte und indirekte Nachweis von Krankheitserregern folgender STD ist nicht namentlich zu melden:

- *Treponema pallidum* (Syphilis = Lues)
- HIV (AIDS)

Es besteht eine namentliche Meldepflicht für den direkten und indirekten Erregernachweis von:

- Hepatitis B
- Hepatitis C

Herausgenommen aus der Meldepflicht sind die STD, die durch *Haemophilus ducreyi* (Weicher Schanker, *Ulcus molle*) und *Neisseria gonorrhoeae* (Tripper, Gonorrhoe) verursacht werden. Das heißt Weicher Schanker und Gonorrhoe müssen nicht mehr gemeldet werden.

Mit dem neuen Gesetz werden dem Robert Koch-Institut neue Aufgaben zugewiesen, die zur Neugründung eines Zentrums für Infektionsepidemiologie geführt haben.

Über Internet können das umfangreiche Gesetz und notwendige Informationen zum IFSG eingesehen werden (www.rki.de).

Fortschritte in der männlichen Kontrazeption?

Bei der Erprobung eines hormonellen Verhütungsmittels für den Mann konnten Erfolge erzielt werden. Die Untersuchungen an 66 Männern in Schottland und China wurden unterstützt durch das Britische Department für International Development und dem United Kingdom Medical Research Council.

Mittels der täglichen Einnahme einer desogestrelhaltigen Pille (150 mg bzw. 300 mg), 6 Monate lang, bei gleichzeitiger Testosteron-Verabreichung in Form eines Implantats (400 mg Testosteron in 2 Pellets unter die Bauchhaut implantiert), konnte die Spermienproduktion aufgehoben bzw. erheblich reduziert werden.

Bei 26 Männern, die 300 mg Desogestrel/Tag einnahmen, wurden keine Spermien mehr im Ejakulat nachgewiesen. 150 mg Desogestrel täglich führten bei 85 Prozent der Schotten und bei 61 Prozent der chinesischen Männer zu einer Azoospermie.

Nach Absetzen von Desogestrel normalisierten sich die Spermienkonzentrationen. Während der Studie waren die Testosteron-Konzentrationen bei allen Männern *normal*.

11 Männer, bei denen eine Azoospermie aufgetreten war (6, die 150 mg Desogestrel einnahmen und 5, die 300 mg Desogestrel einnahmen) setzten die Desogestrel-Einnahme während weiterer 6 Monate fort. Das Testosteronimplantat wurde alle 3 Monate erneuert. Die Azoospermie blieb erhalten, es trat keine Schwangerschaft bei den Partnerinnen auf. Die Wissenschaftler der Edinburgher Universität und des Familienplanungsinstituts in Shanghai trugen die Ergebnisse ihrer von der Firma Organon (Niederlande) unterstützten Studie auf einer Tagung der Internationalen Föderation Gynäkologie und Geburtshilfe in Washington im September 2000 vor.

Quellenangabe:

Network, Volumen 20, Nr. 4, 2001, Seite 2, News Briefs.

Anmerkung der Redaktion:

Einen umfassenden Überblick zum Thema Andrologie und die neueste deutsche Übersicht über den Stand der Forschung zur hormonellen Kontrazeption beim Mann ist nachzulesen in der 2000 im Springer-Verlag erschienenen 2. Auflage

des Buches „Andrologie, Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes“ von E. Nieschlag, H. Behre (Hrsg.), 519 Seiten, 172 Abbildungen, 43 Tabellen, DM 278,-, ISBN 3-540-67425-X

Verhütungsschwamm „Protectaid“ auf dem Markt in United Kingdom und Spanien

Da Reisenden in andere Länder möglicherweise das als neu angekündigte Verhütungsmittel auffällt, werden hier die der Redaktion vorliegenden allerdings unvollständigen Daten wiedergegeben.

Der bereits in Kanada und Hongkong auf dem Markt befindliche vaginale Verhütungsschwamm „Protectaid“ kann seit Oktober 2000 auch in United Kingdom und Spanien erworben werden. Er enthält in relativ kleinen Mengen (genaue Konzentrationsangaben fehlen) Nonoxynol-9, Natriumsalz der Cholsäure und Benzalkoniumchlorid. Die Wirkung des „Protectaid“-Schwamms wird sowohl einem Barriere- als auch einem spermiziden Effekt zugeschrieben. Der Schwamm muss spätestens 15 Minuten vor dem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt werden und ist bis zu 6 Stunden wirksam. Insgesamt kann „Protectaid“ bis zu 12 Stunden in der Scheide gelassen werden. Bei liegendem Schwamm kann mehrmals Geschlechtsverkehr stattfinden. Es werden keine Angaben über Materialbeschaffenheit des Schwamms, Sicherheit, Nebenwirkungen und Verträglichkeit gemacht.

Quelle:
Network, Vol. 20, Nr. 4, 2001, S. 35 News Briefs.

Bundesweites Programm zur Qualitätssicherung der Mammographie

Die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zur Verbesserung der Röntgenuntersuchungen der Brust ein Programm entwickelt, das ab Januar 2002 umgesetzt wird.

Mit der neuen vertraglichen Regelung ist jeder niedergelassene Arzt, der Mammographie-Untersuchungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen will, verpflichtet, seine Qualifikation auf dreifache Weise nachzuweisen:

1. Kernelement ist eine spezielle Zusatzqualifikation für alle, die in Zukunft Mammographien durchführen wollen. Frauenärzte, die Mammographien schon anbieten, müssen sich erneut einer Prüfung unterziehen. Nur nach Bestehen darf weiter mit den Kassen abgerechnet werden.
2. Obligate regelmäßige Fortbildungen mit Prüfung. Bei Mängeln ist der Besuch von anerkannten Fortbildungen sowie eine zusätzliche Prüfung nachzuweisen.
3. Kontrollen der Aufnahmequalität des Röntgenbildes und des ärztlichen Befundes

Die Koordination und Auswertung der Qualitätssicherung liegt bei der Planungsstelle „Mammographie-Screening“ die heute bereits für die Umsetzung der Modellprojekte zur Einführung des Mammographie-Screenings verantwortlich ist.

pro familia hat sich im letzten Jahr in einer gemeinsamen Erklärung mit dem Deutschen Ärztenbund u.a. für eine Umsetzung der EU-Richtlinien zur Mammographie eingesetzt. Diese sehen z.B. eine Doppelbefundung, eine Mindestzahl an Mammographiebefundungen, strenge Wartungsaufgaben für die Röntgengeräte und standardisierte, qualitätsgesicherte Vorgehensweise in der Untersuchung von Gewebeproben und im Therapieablaufverfahren vor. Diese Forderungen finden in dem vorliegenden Programm noch keine ausreichende Berücksichtigung.

Veranstaltungskalender

19. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe in Zusammenarbeit mit Arbeitskreis für Andrologie der Österreichischen Gesellschaft für Urologie

26.-27. Oktober 2001 in Wien

Information: Institution für Reproduktionsmedizin und Psychosomatik der Sterilität, Wien

Tel.: +43 1 894 63 30

Fax: +43 1 894 63 30 18

Evangelische Akademie Tutzing, Tutzinger Forum Bioethik (Selbstbestimmung der Frau? Hormone, Operationen, Biotechnologien in der Kritik.)

26.-29. Oktober 2001 in Tutzing

Information: Angela Hrozek-Abraham

Tel.: 08158/25 11 27

Fax: 08158/99 64 27

13. Deutscher Kongress Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.

9.-10. November 2001 in Bamberg

Information: GIH-Geschäftsstelle, Friedrich-Ebert-Str. 124, 34119 Kassel

Tel.: 0561/78 06 04

Fax: 0561/77 67 70

Perinatologie im Wandel. Geburtshilfe und Neonatologie als Einheit.

15.-17. November 2001 in München

Information: Hannelore Sotsane, Klinikum Großhadern, München

Tel.: 089/70 95-45 41

Fax: 089/70 95-75 41

Reprokult – Frauenforum Fortpflanzungsmedizin (gefördert durch die BZgA)

15.-17. November 2001 in Berlin

Information: Steinrücke + ich GmbH, Bismarckstr. 12
50672 Köln

Tel.: 0221/56 96 560

Fax: 0221/56 96 56 20

Brustkrebs – aktueller Stand, gesicherte Erkenntnisse

21. November 2001 in Stuttgart

Ort: pro familia Beratungsstelle, Schloßstr. 60,
70176 Stuttgart, Erdgeschoss

Information: pro familia Landesverband Baden-Württemberg, Haußmannstr. 6,
70188 Stuttgart

Tel.: 0711/25 99 354

Fax: 0711/25 99 355

E-Mail: profabw@t-online.de

MEDICA 21. – 24. November 2001

Schwangerschaftsvorsorge aus humangenetischer Sicht: Die Betreuung der Schwangeren mit pathologischem Befund.

Freitag, 23. November 2001 in Düsseldorf

Information über: <http://www.messe-duesseldorf.de/medica2001/>

MEDICA 21.- 24. November 2001

Informationsveranstaltung: Verlorene Kinder. Wie gehen wir mit dem Tod eines Kindes vor seiner Geburt um?

Öffentliche Podiumsdiskussion

Samstag, 24. November 2001 in Düsseldorf

Information über: <http://www.messe-duesseldorf.de/medica2001/>

20. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin

29. November – 1. Dezember 2001 in Berlin

Information: Kongressorganisation GmbH Amelie Aengeneyndt, Postfach 31 03 07,
40482 Düsseldorf

Tel.: 0211/47 90 439

Fax: 0211/47 90 964

31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPF)

20.-23. Februar 2002 in Hannover

Information: Prof. Dr. Dr. med. Mechthild Neises,
Med. Hochschule Hannover

Tel.: 0511/905-35 60

Fax: 0511/905-35 62