

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen



**Editorial –
Speculum als Informationsorgan der ÖGPPM**

Management der postpartalen Blutung

Hämorrhoiden in der Schwangerschaft

**Frühgeburtenstatistik Österreich –
falsche Inzidenzzahlen**

**Fortpflanzungsmedizingesetz –
Reformempfehlungen**



Science For A Better Life



Ich habe die Pille seit 2 Jahren, 3 Monaten und 4 Tagen

nicht genommen und bin zu 99,6%* vor einer
Schwangerschaft geschützt.

NEU



Abbildung in Originalgröße

Jaydess® - eine **neue** Option in der Verhütung:

- zuverlässige Verhütung für 3 Jahre¹
- kleinste Hormonspirale¹
- 3-Jahres Pearl-Index: 0,33¹
- östrogenfrei und minimal dosiert¹
- einfachere und schmerzärmere Insertion^{**2}

 jaydess®

FKIs befinden sich auf Seite 27.

¹Pearl Index Jaydess®: 0,41 (1-Jahres Pearl-Index); 0,33 (3-Jahres Pearl-Index)

^{**}im Vergleich zu Mirena®

¹Jaydess® Fachinformation, Stand: Mai 2013

²Gemzell-Danielsson et al. A randomized phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. Fertility and Sterility 2012; 97(3):616-22.e1-3

P. Husslein, J. Huber, K. Chalubinski

Editorial Seite 4

B. Resch

Die Zeitschrift Speculum auch als Organ der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin Seite 5

M. G. Mörtl, D. Schlembach, T. Girard, et al.; Interdisziplinäre D-A-CH-Konsensusgruppe PPH (Deutschland-Österreich-Schweiz)

Management der postpartalen Blutung (PPH) – Der D-A-CH-Algorithmus Seite 7

R. Promberger-Ott, U. Satzinger

Hämorrhoiden in der Schwangerschaft/Stillzeit Seite 16

H. Helmer, J. Klimont

Frühgeburten in Österreich – Die Zahlen waren falsch Seite 19

C. Egarter

Dringende Reform des österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes notwendig Seite 22

RUBRIKEN**Ankündigung**

Million Women March for Endometriosis Seite 13

Hormonersatztherapie in Österreich Seite 14**Pharma-News**

Jaydess® – eine neue Option zur östrogenfreien Langzeitverhütung. Bis zu drei Jahre nicht an Verhütung denken müssen Seite 25

Titelbild: Kinga Chalubinski
Hemorrhage, Mischtechnik auf Holz

Mit den Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGPPM)

IMPRESSUM: **Herausgeber:** o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein und Univ.-Prof. DDr. Johannes Huber
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Redaktion: Univ.-Prof. Dr. Kinga Chalubinski, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Medieninhaber, Produktion: Krause & Pachernegg GmbH, A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10, Tel. 02231/61258-0, Fax DW 10, Homepage: www.kup.at/speculum
Herstellung: Demczuk Faidrucker Ges.m.b.H., A-3002 Purkersdorf, Wintergasse 52
Erscheinung: 4× jährlich
Sponsor dieser Zeitschrift ist die Fa. Bayer Austria
Abonnementwünsche und Adressenänderungen:
Schweiz: Bayer (Schweiz) AG, Bayer Schering Pharma, Woman's Healthcare, Grubenstrasse 6, CH-8045 Zürich, Fax 044/465 83 99
Österreich: Krause & Pachernegg GmbH, A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10, Fax 02231/61 258-10

Besonderer Hinweis: Namentlich gezeichnete Artikel, Leserbriefe, sonstige Beiträge und die darin enthaltenen Therapieangaben sind die wissenschaftliche und/oder persönliche Meinung des Verfassers und müssen daher nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Druckwiedergabe wird sorgfältig geprüft, erfolgt jedoch ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellennachweis gestattet. Für Angaben zur Anwendung von Arzneimitteln bzw. Einsatz von Geräten kann keine Gewähr übernommen werden. Der Leser muss diese Angaben in jedem Einzelfall anhand der Anwendungsrichtlinien und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüfen.
Angaben lt. Pressegesetz § 25, Abs. 4: SPECULUM ist eine internationale medizinische Fachzeitschrift zur wissenschaftlichen Information und Weiterbildung von Gynäkologen und gynäkologisch interessierten Ärzten.

Editorial

Editorial

Herausgeber und Redaktion freuen sich, dass SPECULUM ab 2014 das offizielle Informationsorgan der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin darstellt.

Wir bedanken uns beim Präsidenten Univ.-Prof. Dr. Bernhard Resch und beim Vorstand der Gesellschaft für das ausgesprochene Vertrauen.

In den 33 Jahren seit Bestehen hat SPECULUM versucht, den FrauenärztInnen Österreichs und der Schweiz (und in eingeschränkter Form Deutschlands) Unterstützung im notwendigen Bemühen zu bieten, laufend am Stand des Wissens des sich immer dynamischer entwickelnden Faches zu bleiben. Es wurden neben Übersichtsartikeln von ausgewiesenen ExpertInnen auch häufig Leitlinien von wissenschaftlichen Gesellschaften, wie z. B. der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin, veröffentlicht – insgesamt waren das bis heute 15 solcher Leitlinien.

Als eindrucksvolles Beispiel für die Beeinflussung einer medizinischen Vorgangsweise durch die Publikation von Leitlinien kann die folgende Empfehlung herangezogen werden:

Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin zur Einweisung der Hochrisikoschwangeren in ein Perinatalzentrum (PZ) und zur Organisation des Neugeborenenentransports [1, 2]

Es war zweifelsohne die Publikation dieser Leitlinie und in der Folge der verpflichtende Auftrag bspw. des Wiener Krankenanstaltenverbundes an die geburtshilflichen Primarii Wiens, diese Leitlinie tatsächlich einzuhalten, die dazu geführt haben, dass es in Österreich – weit besser als im umliegenden Ausland – gelungen ist, den Antenataltransport und die präpartale Lungenreife-Stimulation sehr rasch weitgehend lückenlos umzusetzen und somit eine effiziente Regionalisierung der Geburtshilfe zum Wohle von Risikoschwangeren und deren Kindern zu erreichen.

Wir begrüßen die Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin auch deshalb, weil sie – was bei medizinischen Gesellschaften nicht so häufig ist – eine interdisziplinäre Gesellschaft von Geburtshelfern, Neonatologen und Anästhesisten bzw. Intensivmediziner darstellt. Interdisziplinarität ist zunehmend eine Voraussetzung für die differenzierte Behandlung immer komplexerer Krankheitsbilder. Gerade die Geburtshilfe hat sich in letzter Zeit – auch durch die Zunahme des mütterlichen Alters – immer mehr zu einem Fach entwickelt, wo gute Ergebnisse nur mehr durch die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen ermöglicht werden.

Die eindrucksvolle Verbesserung der Ergebnisse bei der Behandlung von Frühgeburten ist z. B. vor allem durch die Verzahnung der Geburtshilfe mit der Neonatologie ermöglicht worden; eine gute Betreuung von Schwangeren mit bspw. internistischen Begleiterkrankungen kann heute nur durch eine optimale logistische Anbindung an die Intensivmedizin erreicht werden.

Naturgemäß werden auch unter dieser neuen Kooperation Redaktion und Herausgeber ihre Unabhängigkeit bewahren und Anträge auf Publikationen von Mitteilungen der Gesellschaft auf ihre Kompatibilität mit dem „Mission Statement“ von SPECULUM überprüfen.

Wir sind überzeugt davon, dass diese Entwicklung für alle Beteiligten eine klassische „Win-win-Situation“ darstellt.

*o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
Univ.-Prof. DDr. Johannes Huber
ao. Univ.-Prof. Dr. Kinga Chalubinski*

LITERATUR:

1. Pollak A. Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin zur Einweisung der Hochrisikoschwangeren in ein Perinatalzentrum (PZ) und zur Organisation des Neugeborenenentransports. Perinat Medizin 1995; 7: 75–6.
2. Husslein P, Bernaschek G, Pollak A. Zur Frage des optimalen Entbindungsortes. Speculum 1995; 13 (2): 3–4.

Die Zeitschrift Speculum auch als Organ der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin

B. Resch

Die Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGPPM) feierte vom 15. bis 16. März 2013 ihr 40-jähriges Bestandsjubiläum mit einer großen wissenschaftlichen Veranstaltung und einem festlichen Abend im Palais Eschenbach in Wien. Wien war bewusst als Veranstaltungsort gewählt worden, da die Gründung durch die Professoren Thalhammer (Neonatologe), Baumgarten (Geburtshelfer) und Mayrhofer (Anästhesist) am 8. Mai 1973 als „Österreichische Gesellschaft für Perinatale Medizin“ hier stattgefunden hatte. Zudem war jahrelang bis zu seiner Emeritierung Univ.-Prof. Dr. Hugo Husslein (1908–1985), Vorstand der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien, Schirmherr und Hausherr in Personalunion unserer Gesellschaft. Somit war die Wiener Frauenklinik Heimstätte der neu gegründeten Gesellschaft, und das nicht nur in administrativen Belangen; Hörsaal und selbst die Kreißsäle, namentlich der sog. Intensivkreißsaal, wurden für wissenschaftliche Sitzungen und abzuhaltende Kurse zur Verfügung gestellt (Zitat Anton Schaller: „30 Jahre Österreichische Gesellschaft für Perinatale Medizin“). Auch in weiterer Folge blickte die ÖGPPM auf eine Tradition von wissenschaftlichen Sitzungen und Vorstandssitzungen im März eines jeden Jahres in Wien zurück.

Ein interessantes zeitgleiches 40-Jahr-Jubiläum konnte das 1973 gegründete *Journal of Perinatal Medicine* feiern, das seit 1983 unter dem Editor-in-Chief Prof. J. W. Dudenhausen steht, den wir zu unserer Jubiläumsveranstaltung in Wien als Referenten begrüßen durften. Auch die Aktion „Licht ins Dunkel“ des ORF feierte 2013 ihr 40-Jahr-Jubiläum.

Zwanzig Jahre davor, 1953, erschien der bedeutende Artikel von Virginia Apgar „A proposal for a new method of evaluation of the new born infant“ in *Current Research in Anaesthesia and Analgesia*. Virginia Apgar starb 1974, ein Jahr nach Gründung unserer Gesellschaft, in New York City. Im selben Jahr erfolgte die Einführung des Mutter-Kind-Passes unter der Gesundheitsministerin Ingrid Leodolter.

Ziele der ÖGPPM in ihrem Gründungsjahr 1973 waren die Verbesserung, vor allem aber auch Vereinheitlichung, der Schwangerenvor- und -fürsorge, eine optimale Geburtsüberwachung – nicht nur bei Risikofällen – an allen geburtshilflichen Abteilungen sowie eine optimale Versorgung des Neugeborenen, insbesondere auch des Risikokindes. Der Zweck der Gesellschaft (nach Satzung §2) war und ist es, die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der prä- und perinatalen Medizin zu fördern, Erkenntnisse zum Wohl der Schwangeren und ihres Kindes zu verbreiten und die Durchsetzung prä- und perinatologischer Notwendigkeiten voranzutreiben. Weitere Zwecke beinhalten die Ausrichtung von Versammlungen, Vorträgen und wissenschaftlichen Sitzungen, Demonstrationen, Diskussionen und anderen Veranstaltungen, die Organisation, Durchführung und Unterstützung von Schulungen, Erstellung von Lehrprogrammen und Aufklärungsaktionen der Bevölkerung auf dem Gebiet der Prä- und Perinatalmedizin, die Behandlung sämtlicher das Gebiet der Prä- und Perinatalmedizin betreffenden Fragen, die Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten und Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Prä- und Perinatalmedizin (Ver-

leihung des Thalhammer-Preises) und die Pflege der wissenschaftlichen Beziehungen zu den entsprechenden wissenschaftlichen Organisationen und Gesellschaften des In- und Auslandes, welche sich mit der Prä- und Perinatalmedizin beschäftigen.

1995 änderte bzw. ergänzte die Gesellschaft ihre ursprüngliche Bezeichnung in „Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin“. Heute ist die ÖGPPM eine interdisziplinäre und interaktive Schnittstellengesellschaft, bestehend aus Geburtshelfern, Pränatalmedizinerinnen, Neonatologen, Anästhesisten, Radiologen und Kinderchirurgen. In diesem Zusammenhang darf ich auf die Homepage unserer Gesellschaft unter www.perinatal.at verweisen.

In meiner Funktion als Präsident der ÖGPPM darf ich mich herzlichst für das Vertrauen einer medialen Zusammenarbeit unserer Gesellschaft mit der Zeitschrift SPECULUM bedanken. Meiner Meinung nach spielt eine nach außen sichtbare Darstellung einer wissenschaftlichen Ge-

sellschaft in Form einer wissenschaftlichen Zeitschrift eine wichtige Rolle – einerseits als Wertschätzung für die Mitglieder einer wissenschaftlichen Gesellschaft und andererseits als Ausdrucksmittel derselben und Ergänzung zu den Beiträgen bei verschiedenen wissenschaftlichen Veranstaltungen. Für die Zukunft wünsche ich mir eine gute Zusammenarbeit mit dem Verlag und den Herausgebern, eine gute Akzeptanz bei den Mitgliedern unserer Gesellschaft und natürlich gute Beiträge aus dem Bereich der Prä- und Perinatalmedizin.

*Univ.-Prof. Dr. Bernhard Resch
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGPPM)*

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Bernhard Resch
Klinische Abteilung für Neonatologie
Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 34/2
E-Mail: bernhard.resch@medunigraz.at*

Management der postpartalen Blutung (PPH) – Der D-A-CH-Algorithmus

M. G. Mörtl^{*#}, D. Schlembach^{*#}, T. Girard^{*}, W. Arzt, C. Brezinka, K. Chalubinski, D. Fries, W. Gogarten, B.-J. Hackelöer, H. Helmer, W. Henrich, I. Hösli, P. Husslein, F. Kainer, U. Lang, G. Pfanner, W. Rath, E. Schleussner, H. Steiner, D. Surbek, R. Zimmermann;
Interdisziplinäre D-A-CH-Konsensusgruppe PPH (Deutschland-Österreich-Schweiz)

Einleitung

Die postpartale Blutung (PPH) zählt zu den Hauptursachen der Müttersterblichkeit auch in der westlichen Welt und stellt eine Notfallsituation dar, die eine rasche Entscheidung und v. a. eine exakte Diagnose und Ursachenanalyse notwendig macht, um die korrekten therapeutischen Maßnahmen in interdisziplinärer Zusammenarbeit rechtzeitig einzuleiten.

Neben etablierten Leitlinien ist der Nutzen standardisierter Therapiealgorithmen belegt. Ein Therapiealgorithmus für den geburtshilflichen Notfall „Postpartale Hämorrhagie“ fehlte bisher im deutschsprachigen Raum. Die Erstellung des länderübergreifenden (Deutschland-Österreich-Schweiz = D-A-CH) „Handlungsalgorithmus Postpartale Blutung“ erfolgte interdisziplinär basierend auf den bisherigen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften (Anästhesie & Intensivmedizin, Geburtshilfe) sowie vergleichbaren internationalen Algorithmen zur Therapie der PPH.

Die Seltenheit, mit der das Ereignis für den Einzelnen auftritt, sowie die vitale Bedrohung in der Situation erfordern ein strukturiertes Vorgehen nach vorgegebenen Handlungsalgorithmen. Dies kann mit dem nun ausgearbeiteten Algorithmus er-

folgen. Darüber hinaus bietet dieser Algorithmus die Möglichkeit, den Notfall im interdisziplinären Team zu trainieren.

Die Inzidenz der postpartalen Hämorrhagie (PPH) steigt kontinuierlich, vor allem bedingt durch die Zunahme von Uterusatonien und Plazentaimplantationsstörungen infolge eines zunehmenden Uterotonikaesatzes zur Geburtseinleitung oder Wehenunterstützung sowie durch steigende Raten an vaginaloperativen und Kaiserschnittentbindungen. Weltweit sterben jährlich ungefähr 150.000 Frauen aufgrund einer PPH. Das Risiko, an einer PPH zu versterben, beträgt in den Industrieländern ca. 1:100.000, in den Entwicklungsländern 1:1000 Geburten, hinzu kommt die schwere maternale Morbidität bei ca. 4–7/1000 Geburten.

Die Prävalenz der PPH wird mit ca. 6 % bzw. 1,9 % (schwere PPH) aller Geburten angegeben. Allerdings ist zu beachten, dass der peripartale Blutverlust selten gemessen wird und bei visueller Beurteilung das Ausmaß der Blutung um 30–50 % unterschätzt wird.

Eine rechtzeitige und korrekte Diagnostik der zugrunde liegenden Ursachen ist entscheidend, um ein ursachenadaptiertes Vorgehen durchzuführen. Im angloamerikanischen Sprachgebrauch definiert man die so genannten „4 Ts“ (Tonus, Trauma, Tissue, Thrombin) als mögliche Ursachen einer PPH. Durch eine stufenweise Diagnostik gilt es, rasch die Ursache einer PPH zu differenzieren, um eine adäquate Therapie einzuleiten.

^{*} = Hauptverantwortliche Autoren bei der Manuskripterstellung

[#] = Leitung des Konsensusteam

Die Therapie einer PPH beinhaltet neben allgemeinen Maßnahmen (u. a. zur Kreislaufstabilisierung) die ursachenadaptierte medikamentöse und/oder chirurgische Therapie, die rasch, koordiniert und oft zeitgleich durchgeführt werden muss. Die PPH stellt einen Notfall dar, der eine rasche Entscheidung und v. a. eine exakte Diagnose und Ursachenanalyse notwendig macht, um die korrekten therapeutischen Maßnahmen in interdisziplinärer Zusammenarbeit rechtzeitig einzuleiten. Neben dem Erkennen der Notfallsituation ist somit auch das Wissen um die Ursachen sowie deren Diagnostik für ein optimales Management essenziell. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung, dass der Großteil der maternalen Todesfälle aufgrund einer PPH als vermeidbar angesehen werden muss, da in 60–80 % aller Fälle „major substandard care“ vorliegt.

Als Hauptprobleme im Risikomanagement der PPH werden angeführt:

1. Verzögerung der Diagnose und/oder Therapie durch eine Unterschätzung des tatsächlichen Blutverlustes
2. Verzögerung in der Bereitstellung von Blut- respektive Gerinnungsprodukten
3. Fehlen oder Nichtbefolgen von einfachen Handlungsanweisungen
4. Fehlen von adäquater Fortbildung und Training
5. Schlechte Kommunikation im interdisziplinären Team
6. Defizite in der Organisationsstruktur
7. Verzögerung bei der Initiierung eines Behandlungsstandards

Aktuelle Berichte belegen den Sinn und Nutzen standardisierter Therapiealgorithmen sowie deren Überprüfung im Rahmen von regelmäßigen Audits. Ein solcher interdisziplinärer Algorithmus soll hier vorgestellt werden (Abb. 1).

Der Algorithmus

Das Handlungsschema soll für jede geburtshilfliche Abteilung anwendbar sein und richtet sich interdisziplinär an die bei der Geburt beteiligten Berufsgruppen (Geburtshelfer, Anästhesisten und Intensivmediziner, Hebammen sowie Pflegekräfte der jeweiligen Disziplinen).

Der Handlungsalgorithmus ist in 4 Schritte unterteilt und vertikal zur besseren Diffe-

renzierung farblich unterschiedlich gestaltet. Diese 4 Schritte sind in der durchzuführenden Aktion definiert, zum Teil zeitlich begrenzt und an die gegebenen Organisationsstrukturen der jeweiligen Institutionen adaptierbar. Einführend zu jedem Schritt sind die – nach Meinung der Experten – personellen Mindestanforderungen aufgeführt. Da abhängig von der Organisationsstruktur im Verlauf der Behandlung früher oder später ein Transfer der Patientinnen erforderlich werden kann, sind Kriterien für einen Transport definiert.

Der horizontale Aufbau ist in die 3 Spalten klinische Symptome, allgemeine/operative Maßnahmen und Medikamente/Zielkriterien untergliedert.

Die Aufführung der Maßnahmen in einzelnen Schritten bedeutet nicht, dass diese zeitlich nacheinander durchgeführt werden müssen, sondern richtet sich vor allem nach der klinischen Symptomatik, d. h. bei einer hämodynamischen Instabilität muss vom zeitlichen Ablaufschema abgewichen werden.

Von geburtshilflicher Seite steht die ursachenadaptierte Therapie der PPH nach den 4 Ts im Vordergrund. Neben Maßnahmen zur Kontraktion oder Tamponade des Uterus werden operative Therapieschritte aufgeführt.

Von anästhesiologisch-intensivmedizinischer Seite stehen bei der PPH die Therapie der Mikrozirkulationsstörung, Hypothermieausgleich und Korrektur der Gerinnungsstörung im Mittelpunkt. Im Algorithmus werden die Zielkriterien für die notwendigsten hämodynamischen und Laborparameter aufgelistet.

Die Kombination aus Hypothermie, Azidose und Gerinnungsstörung erhöht die Mortalität. Die Folgen der Azidose auf die Hämostase sind mittels Puffertherapie nicht reversierbar. Daher ist ein adäquates Volumen- und Kreislaufmanagement essenziell, um das Auftreten einer Azidose zu verhindern bzw. zu vermindern.

Step 1

Initiiert werden sollte der Handlungsalgorithmus bei jeder postpartalen vaginalen Blutung, in welcher der Endverantwort-

POSTPARTALE BLUTUNG | Handlungsalgorithmus

nach vaginaler Geburt oder in der postoperativen Überwachungsphase nach Sectio caesarea

© 2012: PPH-KONSENSUS – Gruppe (D-A-Ch)

	klinische Symptome	allgemeine/operative Maßnahmen	Medikamente
	Dauer max. 30 min nach Diagnosestellung	HINZUZIEHEN Oberarzt Facharzt Geburtshilfe INFORMATION Anästhesie	
STEP 1	• vaginale Blutung >500 ml nach vaginaler Geburt >1000 ml nach Sectio caesarea • CAVE: Unterschätzung ! Messsystem ! • Patientin kreislaufstabil	• 2 i.v.-Zugänge (mindestens 1 großlumiger) • Kreuzprobe / Notfalllabor / EK's bereitstellen • Volumengabe (z.B. Kristalloide / Kolloide) • Blase katheterisieren • Blutverlust messen • rasche Abklärung der Blutungsursache (4T's) • Uterustonus (Tonus-Atonie?) • Plazentainspektion (Tissue-Plazentarest?) • Speculumeinstellung (Trauma-Geburtskanal?) • Gerinnung (Thrombin-Laborwerte?) • Uteruskompression – Ultraschall	• OXYTOCIN 3-5 IE (1 Amp.) als Kurzinfusion und 40 IE in 30 min (Infusion/Perfusor) • ODER • CARBETOCIN (off label use) 100 µg (1 Amp.) in 100 ml NaCl 0,9% als Kurzinfusion • bei starker persistierender Blutung STEP 2, bei moderat persistierender Blutung evtl. • MISOPROSTOL (off label use) 800 µg (4 Tbl. à 200 µg) rektal
STEP 2	• Dauer max. weitere 30 min (= 60 min nach Diagnosestellung) • anhaltend schwere Blutung • Patientin kreislaufstabil	• HINZUZIEHEN Anästhesie Alarmierung OP Team ORGANISATION OP-Saal • TRANSFERKRITERIEN überdenken • OP-Vorbereitung • Ausschluss Uterusruptur • Nachtastung / Ultraschall • bei V. a. Plazentarest (nach US oder Inspektion) • manuelle Nachtastung • ggf. Cürettage (US-Kontrolle)	• Bestellung FFP / EK / TK (kreuzen und in den Kreissaal/OP bringen lassen) • SULPROSTON 500 µg (1 Amp.; max. 3 Amp. pro 24 h) nur über Infusomat/Perfusor • 2 g TRANEXAMSÄURE i.v. vor Fibrinogengabe • Bei persistierender schwerer Blutung (ca. 1500 ml Gesamtblutverlust) • FIBRINOGEN 2-4 g • FFP / EK erwägen
STEP 3	• therapierefraktäre schwere Blutung und kreislaufstabile Patientin • oder • hämorrhagischer Schock • ZIEL • hämodynamische Stabilisierung (temporärer) Blutungsstopp • Optimierung von Gerinnung und Erythrozytenkonzentration • Organisation von STEP 4	• TRANSFERKRITERIEN überdenken HINZUZIEHEN Oberarzt Anästhesie • INFORMATION der bestmöglichen personellen Expertise • CAVUMTAMPONADE • BALLONAPPLIKATION • Balloneinführung unter Ultraschallkontrolle • ausreichendes Auffüllen des Ballons (Sulproston weiter) • leichten Zug applizieren • alternativ Streifentamponade • BLUTUNGSSTOPP • Intensivüberwachung • BALLONDEBLOCKADE nach 12-24 Std. (ggf. nach Transfer im Zentrum) • PERSISTIERENDE oder ERNEUTE BLUTUNG (Blutung bei liegendem Ballon oder nach Deblockade) • ggf. erneute Ballonapplikation („bridging“) • obligat STEP 4	• ZIELKRITERIEN • Hämoglobin > 8-10 g/dl (5-6,2 mmol/l) • Thrombozyten > 50 Gpt/l • RR systolisch > 80 mmHg • pH ≥ 7,2 • Temperatur > 35° C • Calcium > 0,8 mmol/l
STEP 4	• persistierende Blutung	• HINZUZIEHEN der bestmöglichen personellen Expertise • Definitive Versorgung (chirurgische) Therapie • KREISLAUFINSTABILITÄT • BLUTSTILLUNG ↓ Laparotomie / Gefäßklemmen / Kompression • STABILISIERUNG Kreislauf / Temperatur / Gerinnung eventuell rekomb. Faktor VIIa	• KREISLAUFSTABILITÄT • DEFINITIVE CHIRURGISCHE THERAPIE Kompressionsnähte Gefäßligaturen Hysterektomie • EMBOLISATION
	Transferkriterien • Fehlen von operativem oder interventionellem Equipment oder fehlende Anwesenheit von geschultem Personal • temporärer Blutungsstopp durch Cavumtamponade • hämodynamische Transportstabilität der Patientin • existierende SOP zw. Zielkrankenhaus und transferierendem Krankenhaus	rekombinanter Faktor VIIa (off label use !) • initial 90 µg/kg KG (Bolus) • ggf. Wiederholungs-dosis bei persistierender Blutung nach 20 min	Voraussetzungen - pH ≥ 7,2 - Fibrinogen > 1,5 g/l - Thrombozyten > 50 Gpt/l - Hyperfibrinolyse ausgeschlossen/therapiert

liche einen Interventionsbedarf sieht. Zugrunde liegen hier die Definitionskriterien der PPH, d. h. ein Blutverlust > 500 ml nach vaginaler Geburt bzw. > 1000 ml nach Sectio caesarea bei kreislaufstabiler Patientin.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollte ein geburtshilflicher Facharzt hinzugezogen werden sowie die Vorabinformation der Anästhesie erfolgen.

Parallel erfolgen hier diagnostische Maßnahmen zur raschen Abklärung der Blutungsursache und ggf. deren adäquate Therapie sowie wesentliche allgemeine Maßnahmen. Um das Herzminutenvolumen und die Mikrozirkulation aufrecht zu erhalten, ist eine adäquate Volumenzufuhr notwendig. Werden größere Volumina benötigt, sollten Infusionswärmer eingesetzt werden, um eine zusätzliche Auskühlung der Patientin zu verhindern.

Die Dauer von Step 1 wurde auf ca. 30 min nach Diagnosestellung limitiert. Bei weiter bestehender Blutung kann abhängig von der Blutungsstärke vorgegangen werden:

- Besteht Aussicht auf baldiges Sistieren der Blutung, kann – als Sicherungstherapie von Step 1 – Misoprostol (800 µg entsprechend 4 Tbl. à 200 µg) rektal appliziert werden.
- Besteht eine starke, persistierende Blutung, muss unmittelbar der nächste Schritt erfolgen. Bei der kreislaufstabilen Patientin ist dies Step 2, bei der kreislaufinstabilen Patientin Step 3.

Step 2

Organisatorisch wird die Anästhesie hinzugezogen und das OP-Team zur Organisation des OP-Saals alarmiert. Abhängig von der Organisationsstruktur ist es zu diesem Zeitpunkt sinnvoll, einen eventuell notwendigen Transfer vor einer Eskalation zu überdenken. Neben der OP-Vorbereitung erfolgt ggf. nochmals ein Ausschluss einer Geburtsverletzung oder eines Plazentarsidiums (mit entsprechender Therapie bei auffälligen Befunden). Evtl. erforderliche Blutprodukte (FFP, EK, TK) werden in den Kreißaal bzw. OP beordert.

Der Schwerpunkt in Step 2 liegt im Bereich der medikamentösen interdisziplinä-

ren Therapie, d. h. einerseits in der uteruskontrahierenden Medikation mit Prostaglandin E₂ und andererseits in der Aufrechterhaltung respektive Stabilisierung der hämodynamischen Parameter, der Koagulation und der Körpertemperatur.

■ Anämie und Gerinnung

Gesunde Patientinnen tolerieren einen Abfall des Hämoglobins < 7 g/l (4,4 mmol/l) bzw. des Hämatokrits < 21 % relativ problemlos. Es kommt jedoch bei einem Hämatokrit von < 20 % zu einer klinisch relevanten Beeinträchtigung der Hämostase. Bei starken Blutungen fällt das Fibrinogen als erster Gerinnungsfaktor auf kritische Werte ab. Die Plazenta hat eine stark fibrinolytische Wirkung und deshalb ist schon früh in der PPH an die Gabe eines Antifibrinolytikums zu denken. Tranexamsäure in der Dosierung von 2 g hat sich in einer großen Studie zum präklinischen Trauma als sicher und blutsparend erwiesen.

Retrospektive Untersuchungen weisen darauf hin, dass ein erniedrigter Fibrinogenspiegel auf eine schwere PPH deutet. Die Fibrinogenkonzentration liegt gegen Ende der Schwangerschaft physiologisch bei ca. 5 g/l, es scheint also vorteilhaft zu sein, Fibrinogen frühzeitig (jedoch nach Applikation eines Antifibrinolytikums) zu substituieren.

Wird FFP zur Therapie einer Gerinnungsstörung eingesetzt, sind Volumina von mindestens 20–30 ml/kg Körpergewicht notwendig.

■ Aufrechterhaltung der Normothermie

Ohne präventive Maßnahmen führt eine massive Blutung unweigerlich zur Hypothermie. Unter 33–34 °C ist mit einer klinisch relevanten Beeinträchtigung der plasmatischen Gerinnung zu rechnen. Aus diesem Grund kommt einer frühzeitigen, präventiven respektive therapeutischen Wärmezufuhr mit Warmluftgebläse und gewärmten Infusionsleitungen eine zentrale Bedeutung zu. Ebenso sollte die Temperatur des Operationssaals erhöht werden.

Stellt sich nach weiteren 30 min (d. h. insgesamt 60 min nach Initiierung des Handlungsalgorithmus) kein therapeutischer Erfolg ein, wird Step 3 initiiert.

Step 3

Der Einsatz der Cavumtamponade wird mit 2 Zielsetzungen durchgeführt: einerseits die Therapie der PPH, d. h. der definitive Blutungsstopp, und andererseits das Ziel des „bridging“, d. h. ein (temporärer) Blutungsstopp, um eine hämodynamische Stabilisierung oder die Organisation von Step 4 zu ermöglichen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollen ein anästhesiologischer Oberarzt und die bestmögliche personelle Expertise (Operator) hinzugezogen werden. Abhängig von der Einrichtung sind bei kreislaufstabiler Patientin die Transferkriterien in ein größeres Zentrum zu überdenken. Zur Tamponade des Cavum uteri stehen heute kommerziell erhältliche Ballonsysteme zur Verfügung, die den Vorteil einer frühzeitigen Erkennung einer persistierenden Blutung bieten.

Step 4

Die nach Ausschöpfen aller konservativen Therapiemaßnahmen persistierende PPH zwingt letztendlich zu einem chirurgischen Vorgehen. In dieser Situation erfordert die hämodynamische Instabilität der Patientin kombiniert mit einhergehender Gerinnungsstörung, Azidose und Hypothermie ein unverzügliches, interdisziplinäres strukturiertes Vorgehen. Der Algorithmus unterscheidet in Step 4 – bei weiter persistierender Blutung – zwischen kreislaufstabiler und -instabiler Patientin.

■ Kreislaufinstabilität

Bei persistierender Blutung und Zeichen eines hämorrhagischen Schocks kann eine sofortige chirurgische Intervention auch bei ausgeprägter Gerinnungsstörung unumgänglich sein, um den fatalen Ausgang zu verhindern.

Aus diesem Grund empfiehlt der Algorithmus in der Situation der letalen Trias – anhaltende Blutung, hämorrhagischer Schock und Koagulopathie – ein Vorgehen in 3 Phasen:

- Phase 1: Chirurgische Blutstillung in einer akzeptablen Zeitspanne auch mit chirurgisch-geburtshilflicher „Basisexpertise“ per Pfannenstiel- oder medianer Laparotomie, Eventration des Uterus mit Zug nach kranial und Uterusmassage so-

wie Setzen von atraumatischen Klemmen im Bereich der Aa. uterinae, um die Perfusion zu minimieren.

- Phase 2: Operationspause und Stabilisierungsphase mit Korrektur von Volämie, Temperatur, Säure-Basen-Haushalt und Koagulation durch die beschriebenen anästhesiologisch-intensivmedizinischen Maßnahmen.
- Phase 3: Definitive (chirurgische) Versorgung (Kompressionsnähte, Gefäßligaturen, Hysterektomie) der jetzt stabilen Patientin durch einen Operator mit entsprechender chirurgischer Expertise. Bei vorhandener Infrastruktur kann hier optional auch eine interventionell radiologische Embolisation der zuführenden uterinen Arterien vorgenommen werden.

■ Kreislaufstabilität

Ist die Patientin kreislaufstabil, so empfiehlt der Algorithmus die definitive Versorgung entsprechend der oben beschriebenen Phase 3.

Zusätzliche Bemerkungen

■ Rekombinanter Faktor VIIa

Der Nutzen des rekombinanten Faktor VIIa („off-label-use“) als Ultima ratio zur Vermeidung einer Hysterektomie oder zur Wiederherstellung der Hämostase nach einer Hysterektomie wird derzeit diskutiert. Voraussetzungen für die Wirksamkeit des Präparates sind hierbei jedoch die Korrektur einer bestehenden Azidose ($\text{pH} \geq 7,2$), ein ausreichender Fibrinogenspiegel ($> 1,5 \text{ g/l}$), eine Körperkerntemperatur $> 35^\circ \text{C}$ sowie der Ausschluss bzw. die Therapie einer Hyperfibrinolyse und eine Thrombozytenzahl $> 50 \text{ Gpt/l}$.

■ Transfer der Patientin

Da der Transport einer kreislaufinstabilen Patientin ein großes Risiko darstellt, gilt es – abhängig von den organisatorischen Voraussetzungen der betreuenden Einheit – im Verlauf des Managements einer PPH den Transfer der kreislaufstabilen Patientin zu überdenken. Hier gilt es, bereits im Vorfeld den Handlungsablauf zwischen Zielkrankenhaus und transferierendem Krankenhaus schriftlich festzuhalten. Alternativen

tiv kann – wenn entsprechende Vereinbarungen bestehen – bei Instabilität der Patientin auch ein Expertenteam herbeigeholt werden.

■ Training

Das geburtshilfliche und anästhesiologische Personal muss für den Notfall eine ausreichende Expertise trotz geringer Fallzahl besitzen. Die Seltenheit, mit der das Ereignis für den Einzelnen auftritt, sowie die vitale Bedrohung in der Situation erfordern ein strukturiertes Vorgehen nach vorgegebenen Handlungsalgorithmen sowie das wiederholte Training dieser Notfallsituation im Team (z. B. durch regelmäßige Simulationsübungen in den jeweiligen Klini-

ken bis hin zu Teamübungen im Simulationskreißsaal).

Originalartikel und Literaturverzeichnis:

Frauenarzt 2013; 54: 1072–80 bzw. Schweiz Med Forum 2013; 13: 1033–8.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Dr. Manfred G. Mörtl, MBA
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Perinatalzentrum
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
A-9020 Klagenfurt am Wörthersee,
Feschnigstraße 11
E-Mail: manfred.moertl@kabeg.at*

Ankündigung

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Endometriose ist eine häufige Erkrankung (sie betrifft ca. 7 % aller Frauen im Reproduktionsalter), die nach einer europäischen Studie pro Patientin und Jahr ca. 10.000 € an Kosten verursacht. Damit ist die sozioökonomische Belastung ähnlich massiv wie bei chronischer Polyarthritits oder Morbus Crohn.

Ein modernes Behandlungskonzept umfasst nicht nur eine rein hormonelle oder operative Therapiestrategie, sondern muss individuell auf die einzelne Patientin in multimodalen Behandlungskonzepten angepasst und laufend modifiziert werden. Ein aktiver interdisziplinärer Zugang kombiniert mit unterstützenden Lifestyle-Veränderungen vor allem im Ernährungssektor kann die Effektivität der Schmerzreduktion verbessern. Die Fertilitätstherapie wird zu-

nehmend von der potenziell auftretenden „reduzierten ovariellen Reserve“ dominiert.

Trotz intensiven medialen Aktivitäten ist die durchschnittliche Latenzzeit von den ersten Symptomen bis zur korrekten Diagnose immer noch durchschnittlich 7 Jahre! Das ist für die betroffenen Frauen nicht akzeptabel.

Um die Awareness für diese chronische Erkrankung auszubauen, findet weltweit am 13. März 2014 der „Endometriosis March“ statt. Das Team des zertifizierten Endometriosezentrums der MUW unterstützt diese Aktivität.

Wir freuen uns auf Ihre aktive Teilnahme!

*René Wenzl
Leiter des zertifizierten Endometriosezentrums der MUW Wien*

Endometriosezentrum Wien
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE

MILLION WOMEN MARCH FOR ENDOMETRIOSIS

13. MÄRZ 2014, 19:00

**WOMEN HEALTH
ENDOMETRIOSIS DAY**

Akademie der Wissenschaften
Theatersaal - 1. Stock
Sonnfeldgasse 19, 1010 Wien

CHAIR
Christine Kurz, Klaus Mayerhofer, Katharina Walch

ORGANISATION KOMITEE
Christian Egarter, René Wenzl, Yassi Miremadi

BEITRÄGE
René Wenzl, Kazem Nouri, Lilly Sucharipa, Maria
Stammler-Safar & Endometriose Vereinigung Austria

Endometriosezentrum Wien
Klinische Abteilung für Gynäkologische
Endokrinologie & Reproduktionsmedizin
AKH

Hormonersatztherapie in Österreich

Auf Anfrage unserer Leser stellen wir Ihnen diese Übersicht über die derzeit in Österreich zugelassenen HRT-Präparate zur Verfügung.

Herausgeber und Redaktion von Speculum

	Präparat	Einheiten/Zyklus		Östrogengehalt		Gestagengehalt	
Kombinationen							
Oral	Activelle® Filmtabletten	28		1 mg	Estradiol	0,5 mg	Norethisteronacetat
	Angeliq® Filmtabletten	28		1 mg	Estradiol	2 mg	Drospirenon
	Climen® Dragees	21	11× 10×	2 mg 2 mg	Estradiolvalerat Estradiolvalerat	– 1 mg	– Cyproteronacetat
	Climen® 28-Tage Dragees	28	16× 12×	2 mg 2 mg	Estradiolvalerat Estradiolvalerat	– 1 mg	– Cyproteronacetat
	Femoston®/Femoston® mite Filmtabletten	28	14× 14×	2 mg/1 mg 2 mg/1 mg	Estradiol Estradiol	– 10 mg	– Dydrogesteron
	Femoston® conti Filmtabletten	28		1 mg/0,5 mg	Estradiol	5 mg/ 2,5 mg	Dydrogesteron
	Kliogest® Filmtabletten	28		2 mg	Estradiol	1 mg	Norethisteronacetat
	Parapanol® duo/Parapanol® duo mite Filmtabletten	28		2 mg/1 mg 2 mg/1 mg	Estradiol Estradiol	– 1 mg	– Norethisteronacetat
	Parapanol® kombi	28		2 mg	Estradiol	1 mg	Norethisteronacetat
	Trisequens® Filmtabletten	28	12× 10× 6×	2 mg 2 mg 1 mg	Estradiol Estradiol Estradiol	– 1 mg –	– Norethisteronacetat –
Transdermal	Estalis® transdermales Pflaster	2× wöchentl.		50 µg	Estradiol/24 h	0,25 mg	Norethisteronacetat/24 h
	FemSeven® Combi Depotpflaster	1× wöchentl.	2× 2×	50 µg 50 µg	Estradiol/24 h Estradiol/24 h	– 10 µg	– Levonorgestrel/24 h
	Sequidot® 2-Phasen transdermales Matrixpflaster	2× wöchentl.	4× 4×	50 µg 50 µg	Estradiol/24 h Estradiol/24 h	– 0,25 mg	– Norethisteronacetat/24 h

	Präparat	Einheiten/Zyklus	Östrogengehalt		Gestagengehalt	
Östrogene						
Oral	Estrofem® Filmtabletten	28	1 mg/2 mg	Estradiol	–	–
	Ovestin® Tabletten	–	1 mg	Estriol	–	–
	Parapanol® Filmtabletten	28	1 mg/2 mg	Estradiol		
	Progynova® mite Dragees	–	1 mg	Estradiolvalerat	–	–
Lokal	Estrogel® Gel	–	0,75 mg	Estradiol	–	–
	Ovestin® Creme	–	1 mg	Estriol	–	–
	Ovestin® Ovula	–	0,5 mg	Estriol	–	–
Transdermal	Climara® transdermales Pflaster	1× wöchentl.	50 µg	Estradiol/24 h	–	–
	Estradot® transdermales Pflaster	2× wöchentl.	37,5 µg/ 50 µg/75 µg	Estradiol/24 h	–	–
	Estramon® Depotpflaster	2× wöchentl.	25 µg/50 µg/ 75 µg/100 µg	Estradiol/24 h	–	–
	FemSeven® Depotpflaster	1× wöchentl.	50 µg	Estradiol/24 h		
Injizierbar	Gynodian® Depot Fertigspritze	–	4 mg	Estradiolvalerat	200 mg	Prasteronenantat (DHEA-Enantat)
Gestagene						
Oral	Arefam® Weichkapseln	–	–	–	200 mg	Progesteron
	Duphaston® Filmtabletten	28	–	–	10 mg	Dydrogesteron
	Orgametril® Tabletten	–	–	–	5 mg	Lynestrenol
	Prodafem® Tabletten	–	–	–	5 mg/ 10 mg	Medroxyprogesteron-acetat
	Utrogestan® Kapseln	–	–	–	100 mg	Progesteron
Lokal	Mirena® Intrauterinpessar	–	–	–	20 µg	Levonorgestrel/24 h
Sonstige						
Oral	Liviel® Tabletten	28	–	–	2,5 mg	Tibolon

Hämorrhoiden in der Schwangerschaft/Stillzeit

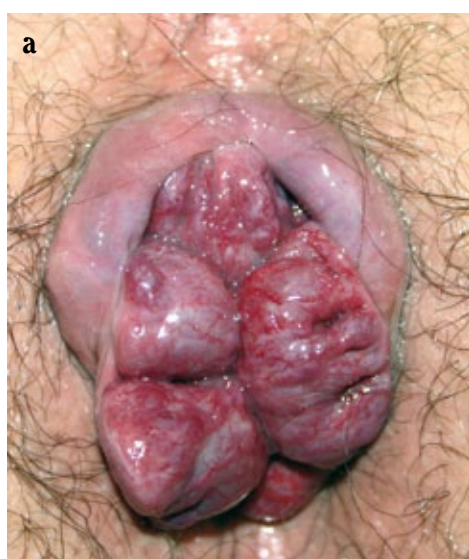
R. Promberger-Ott, U. Satzinger

Definition und Epidemiologie

Hämorrhoiden gehören zu den häufigsten gutartigen Erkrankungen des Enddarmbereichs. Unter Hämorrhoiden versteht man pathologisch vergrößerte Gefäßkissen in der anorektalen Übergangszone (Transitionszone) über der Linea dentata. Man unterscheidet klinisch folgende 4 Grade:

- I°-Hämorrhoiden: Prolabieren nicht, sondern sind nur proktoskopisch sichtbar.
- II°-Hämorrhoiden: Prolabieren beim Pressen, ziehen sich jedoch nach der Defäkation spontan zurück.
- III°-Hämorrhoiden: Prolabieren ebenfalls, müssen jedoch digital reponiert werden.
- IV°-Hämorrhoiden: Sind irreponibel (Abb. 1).

Die Ursachen des Hämorrhoidalleidens sind multifaktoriell, wobei es evidenzbasiert ist, dass eine Schwangerschaft die Entstehung fördert [1]. Obwohl man die genaue Prävalenz der Erkrankung bei schwangeren Frauen nicht kennt und in der Literatur Raten von 10–40 %, im 3. Trimester sogar bis 85 % angegeben werden, weiß man, dass die Prävalenz von symptomatischen Hämorrhoiden höher ist als in einem nichtschwangeren Kollektiv [2–5]. Ursächlich dürften mehrere schwangerschaftsassoziierte Faktoren wie erhöhte Progesteronspiegel, gesteigerte Eisenzufuhr, der wachsende Uterus bzw. sein vermehrtes Blutvolumen, Obstipation und der erhöhte intraabdominelle Druck bei vaginalen Geburten sein [5, 6]. Studien konnten zeigen, dass ältere schwangere Frauen (> 35 Jahre) und Mehrgebärende gehäuft unter Hämorrhoiden leiden [7, 8].



1. IV°-Hämorrhoiden vor der Behandlung

Therapie

Die Problematik der adäquaten Therapie des Hämorrhoidalleidens ergibt sich daraus, dass gerade bei schwangeren und stillenden Frauen manche Medikamente nicht verabreicht werden dürfen und Operationen mit Vollnarkosen auch eher gemieden werden sollten. In erster Linie sollten präventiv bei bereits bestehenden Hämorrhoiden stuhlregulierende Maßnahmen mittels ballaststoffreicher Nahrung, ausreichender Flüssigkeitszufuhr, ausreichend Bewegung, Vermeidung von langem Pressen bei der Defäkation, Nahrungsergänzungsmitteln und gegebenenfalls stuhlregulierender Medikamente begleitend eingesetzt werden [1].

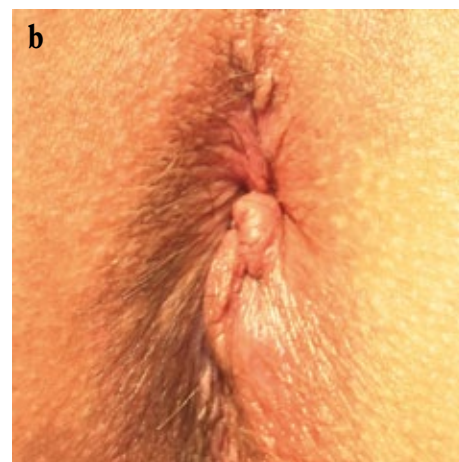
Grundsätzlich gilt, dass symptomatische Hämorrhoiden primär konservativ behandelt werden sollten. Medikamentöse Maßnahmen wie lokale Applikation von anästhesierenden Salben (Emla®, Xylocain®) oder kühlende Umschläge helfen in vielen Fällen. Zusätzlich können bei Schmerzen Paracetamol und bei nicht stillenden Müttern nach der Geburt nichtsteroidale Antirheumatika verabreicht werden [2].

Zusätzlich sollte ein konservativer Therapieansatz mittels Daflon® 500-mg-Tabletten (bestehend aus 450 mg Diosmin und 50 mg Flavonoiden) angestrebt werden, für dessen Verabreichung eine gute Datenlage existiert.

Es hilft sowohl bei akuten als auch chronischen Hämorrhoidalbeschwerden und wirkt zudem stark schmerzlindernd und blutungshemmend. Eine multizentrische Studie aus Österreich konnte zeigen, dass nach einer durchschnittlichen Therapiedauer von 9 Tagen bereits am 2. Tag signifikant weniger Schmerzen auftraten [9]. Dieses Medikament kann außerdem auch postoperativ zur Blutungsvermeidung eingesetzt werden. Laut Fachinformation zeigt die Verabreichung keine nachteiligen Auswirkungen auf die Schwangerschaft oder auf die Gesundheit des Fetus oder des Neugeborenen. Auch wenn es keine klare Empfehlung gibt, darf das Medikament stillenden Müttern verabreicht werden.

Auch konnten einige Studien zeigen, dass Proctofoam-HC® (bestehend aus Hydrokortisonacetat und Pramoxin) sämtliche Hämorrhoidalsymptome inklusive Schmerzen, Juckreiz, Schwellung, Kratzen und somit die gesamte Lebensqualität durch die Verabreichung deutlich verbessert [10] und keine nachteiligen Effekte auf das Geburtsgewicht, Gestationsalter oder (Geburts-) Komplikationen hat [3]. Topische Glukokortikoide sollen allerdings wegen der Gefahr einer Atrophie der Perianalhaut nur sehr kurzfristig verabreicht werden [1].

Nur bei Versagen der konservativen Therapie, massiven Beschwerden oder thrombosierten Hämorrhoidalknoten nach frus-



2. IV°-Hämorrhoiden nach der Behandlung mit der HAL/RAR-Methode

tranter vorangegangener Therapie mit Diosmin-Tabletten soll eine chirurgische Sanierung in Erwägung gezogen werden. Während bei den Verfahren wie der Methode nach Milligan Morgan oder Parks (ausschließlich für III°- und IV°-Hämorrhoiden geeignet) das überschüssige Hämorrhoidalgewebe reseziert wird, basiert die HAL/RAR-Methode auf dem Prinzip der Hämorrhoidalarterienunterbindung und Rückverlagerung der nach außen gefallen Hämorrhoidalknoten (postoperatives Ergebnis: Abb. 2). Es soll noch einmal erwähnt werden, dass nur sehr selten eine Hämorrhoidenoperation als Notfall durchgeführt werden muss [1].

LITERATUR:

1. Aigner F, Conrad F, Haunold I, et al.; Konsensusgruppe der Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP) der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Fortelny R, Fritsch H, Glöckler M, et al. Consensus statement haemorrhoidal disease. Wien Klin Wochenschr 2012; 124: 207–19.
2. Abramowitz L, Benabderrhamane D, Philip J, et al. Haemorrhoidal disease in pregnancy. Presse Med 2011; 40: 955–9.
3. Ebrahimi N, Vohra S, Gedeon C, et al. The fetal safety of hydrocortisone-pramoxine (Proctofoam-HC) for the treatment of hemorrhoids in late pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2011; 33: 153–8.
4. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, et al. Hemorrhoids in pregnancy. Can Fam Physician 2008; 54: 189–90.
5. Kukla L, Bouchalova M, Shkiriak-Nyzhnyk Z, et al. Chronic morbidity in women, namely in pregnancy. (Comparative study between West, Central and East European centres). Lik Sprava 2008; (1–2): 43–60.
6. Gaj F, Trecca A, Crispino P. Haemorrhoid disease during pregnancy: focus on delivery unit. Clin Ter 2007; 158: 285–9.
7. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. Clin Evid (Online) 2010; 2010. pii: 1411.
8. Klemetti R, Kurinczuk JJ, Redshaw M. Older women's pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 154: 157–62.
9. Hämorrhoiden: Erfolg durch orale Medikation. <http://www.medizin.at/news/medartikel.asp?id=3070> [Zugriff: Dezember 2013].
10. Vohra S, Akoury H, Bernstein P, et al. The effectiveness of Proctofoam-HC for treatment of hemorrhoids in late pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31: 654–9.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Regina Promberger-Ott
Abteilung für Allgemeinchirurgie
Universitätsklinik für Chirurgie
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail:
regina.promberger@meduniwien.ac.at*

Frühgeburten in Österreich – Die Zahlen waren falsch

H. Helmer, J. Klimont

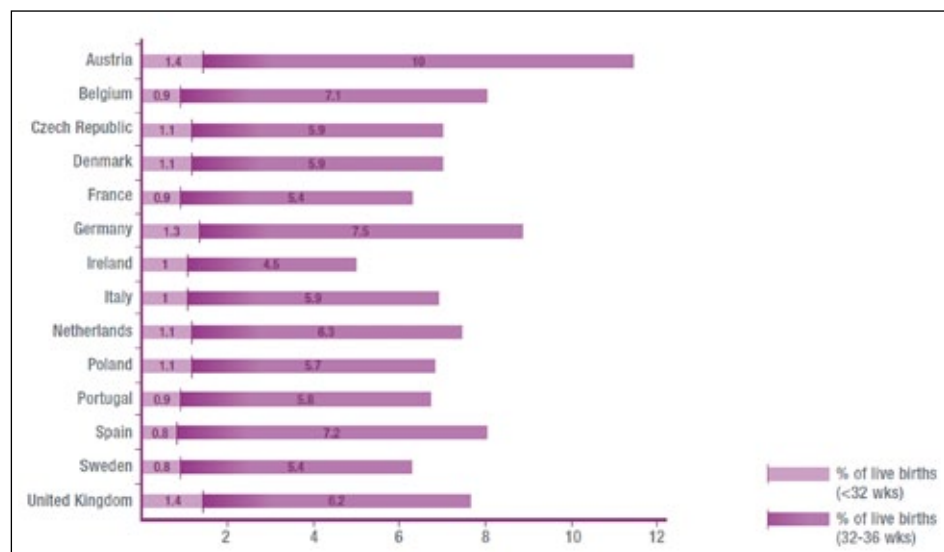
Ganz Europa hat eine Frühgeburtenrate unter 10 %. Ganz Europa? Nein! Ein kleines Land im Zentrum Europas hörte nicht auf, ständig mit 2-stelligen Zahlen Widerstand gegen alle Bemühungen zu leisten. Sollten die Bewohner dieses Landes andere genetische Voraussetzungen haben, die dieses Phänomen erklären, oder waren die Geburtshelfer schuld, weil sie schlechtere Perinatalmedizin betrieben?

Seit 2 Dekaden steigen die Frühgeburtenzahlen in allen Ländern an, bedingt durch den vermehrten Einsatz der Reproduktionsmedizin, das zunehmende mütterliche Alter sowie den generellen Trend, späte Frühgeburten wie Geburten am Termin zu behandeln. Österreich hat seit Langem im europäischen Vergleich die höchste Frühgeburtenrate, sowohl bei Einlings- als auch Mehrlingsschwangerschaften (Abb. 1).

Die Schwangerschaftsdauer wird in Österreich seit 1984 erhoben. Nach dem Per-

sonenstandsgesetz werden Aufzeichnungen über Geburten ebenso wie über Eheschließungen und Sterbefälle durch Meldung an die 1400 Standesämter Österreichs erfasst. Die Meldung erfolgt nach dem Hebammengesetz unter anderem durch Angabe der Schwangerschaftsdauer und des Geburtsgewichts, wobei auf dem Formblatt „Anzeige der Geburt“ die Schwangerschaftsdauer in angefangenen Wochen zu erheben ist. Anhand dieser Angabe an das Standesamt wurde bisher von der Statistik Austria die Anzahl der Frühgeburten ermittelt und die Frühgeburtenrate berechnet [2].

Seit einigen Jahren wird vom Institut für klinische Epidemiologie der Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH (TILAK) ein Geburtenregister für Österreich geführt, an das alle geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser Österreichs ihre Daten liefern. Bei einem Vergleich der beiden Datenquellen zeigte sich, dass die Angaben zur Schwangerschaftsdauer auf den Formblät-



1. Frühgeburtenraten in Europa – Lebendgeburten bei einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 32 Wochen sowie 32–36 Wochen, in Prozent. Daten für Österreich aus 2008. Mit freundlicher Genehmigung der European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) aus [1].

Tabelle 1: Anteil der Frühgeburten (vor Vollendung der 37. SSW) an allen Lebendgeburten in Prozent. Bedeutung „altersstandardisiert“: Bei einer Altersverteilung der Mütter wie im Jahr 1984 wäre die Frühgeburtenrate im Jahr 2011 um 0,6 Prozentpunkte niedriger, nämlich bei 7,7 %, gelegen. Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.

Berichtsjahr	Frühgeburtenrate der ...			Frühgeburtenrate	
	Lebend- geborenen insgesamt	Einzel- geburten	Mehrlings- geburten	Alters- standardisiert	Alters- und mehrlings- standardisiert
1984	8,5	7,7	53,2	8,5	8,5
1985	8,4	7,5	54,6	8,4	8,4
1986	8,3	7,4	55,8	8,3	8,2
1987	8,3	7,4	56,4	8,3	8,2
1988	8,4	7,4	56,5	8,3	8,2
1989	7,9	7,0	54,0	7,9	7,8
1990	8,1	7,1	54,2	8,1	8,0
1991	7,8	6,9	55,0	7,8	7,7
1992	8,6	7,5	58,4	8,5	8,4
1993	8,1	7,1	55,0	8,0	7,9
1994	8,4	7,2	57,1	8,3	8,0
1995	8,5	7,2	60,1	8,4	8,2
1996	8,6	7,4	57,9	8,5	8,3
1997	8,3	6,9	61,9	8,1	7,8
1998	8,1	6,8	60,8	8,1	7,8
1999	8,3	6,8	64,0	8,0	7,7
2000	8,3	6,7	65,1	8,0	7,7
2001	8,2	6,4	64,2	7,9	7,4
2002	8,2	6,4	66,1	7,9	7,5
2003	8,4	6,5	64,5	8,1	7,6
2004	8,7	6,8	68,3	8,5	8,0
2005	8,4	6,5	67,9	8,0	7,6
2006	8,6	6,5	68,6	8,0	7,5
2007	8,7	6,5	71,1	8,2	7,6
2008	8,9	6,7	71,1	8,2	7,6
2009	8,7	6,7	65,3	8,0	7,4
2010	8,4	6,3	66,0	8,0	7,3
2011	8,3	6,3	62,4	7,7	7,1
2012	8,3	6,5	63,8	7,8	7,4

tern für die Standesämter nicht durchwegs korrekt erfolgten. Es wurde in vielen Fällen „37“ eingetragen, was von der Statistik Austria als 37. angefangene Schwangerschaftswoche interpretiert wurde, die Hebammen jedoch 37 vollendete Schwangerschaftswochen meinten. Somit kam es zu einer Überschätzung der Frühgeburtenrate. Das Geburtenregister Österreich der TILAK stellte nun die Daten der Jahre 2008–2012 zur Verfügung, anhand derer ein Abgleich der beiden Datenquellen erfolgen konnte. Bei

40 % der Geburten wurden die Informationen über die Schwangerschaftsdauer in den Daten der Statistik Austria durch die Werte aus dem Geburtenregister der TILAK überschrieben. Zur Korrektur der Jahre 1996–2007 wurde ein Modell unter Berücksichtigung der Änderungen für 2008–2011 entwickelt.

Allerdings liegt Österreich auch nach dieser einschneidenden Korrektur mit einem Wert von 8,7 % für das Jahr 2009 noch im-

mer nach Deutschland und Ungarn im europäischen Vergleich an 3. Stelle. Hier gilt es, wissenschaftlich erwiesene Präventionsmaßnahmen wie die Anwendung von Progesteron zur Reduktion der Frühgeburt durch Implementierung von Leitlinien oder ähnlichen Empfehlungen zu realisieren. Interessant ist auch die unterschiedliche Entwicklung der Frühgeburtenraten bei Einlings- und Mehrlingsschwangerschaften. Während die Frühgeburtenrate der Einlinge einen sinkenden Trend zeigt (1984 lag die Frühgeburtenrate bei 7,7 %, 2012 bei 6,5 %), stieg jene der Mehrlinge um 17 % (Tab. 1).

Untergrenze für Angabe einer Frühgeburt

Die Definition der Frühgeburt ist zwar an ihrer Obergrenze klar mit der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW), also mit SSW 37+0 gegeben, jedoch gibt es international eine Divergenz der Untergrenze. Die Gruppe Euro-Peristat, die sich mit Aufzeichnungen zur Verbesserung der Perinatalgesundheit in der Europäischen Union beschäftigt, empfiehlt als Untergrenze zur Auswertung von Lebend- und Totgeburten SSW 22+0. An dieser Stelle sei auf das Österreichische Hebammengesetz hingewiesen, in dem seit 1995 in Anlehnung an die Definition der WHO „eine Leibesfrucht unabhängig von der Schwangerschaftsdauer dann als lebend geboren gilt, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung einsetzt oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln“. In Österreich wurden im Jahr 2011 29 Lebendgeburten registriert, die vor der SSW 22+0 geboren wurden [2]. Mit 0,04 % aller Lebendgeburten ist die Bedeutung dieser Gruppe für die Berechnung der Frühgeburtenrate relativ gering.

Die Statistik Austria folgt bereits den Empfehlungen der Euro-Peristat-Gruppe und schließt alle Lebendgeburten und Lebendgeborene vor der SSW 22+0 von den Berechnungen der österreichischen Frühgeburtenrate aus, um eine einheitliche und international vergleichbare Statistik zu erzielen.

Zusammenfassung

Die Änderung der österreichischen Frühgeburtenraten der vergangenen 18 Jahre stellt eine wichtige Korrektur der perinatalogischen Datenerhebung dar. Im internationalen Vergleich war man bisher mit der schlechtesten Frühgeburtenrate Europas konfrontiert, nun gilt es, die neuen, richtigen Daten auch entsprechend in nationalen und internationalen Statistiken zu korrigieren. Der zugrunde liegende Fehler, das Gestationsalter nicht in vollendeten Wochen anzugeben, soll in den neu erstellten Geburtenzählblättern berücksichtigt werden. Ab 1. November 2014 werden neu gestaltete Anzeigen der Geburt/Totgeburt in Verwendung gesetzt, die im Anhang der Personenstandsgesetz-Durchführungsverordnung 2013 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008627> abrufbar sind.

Frühgeburten haben in österreichischen Erhebungen von Perinataldaten internationalen Empfehlungen folgend eine Untergrenze des Gestationsalters von SSW 22+0. Die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Lebendgeburt“ entsprechend der WHO-Definition und „Frühgeburt“ wird hervorgehoben.

LITERATUR:

1. EU Benchmarking Report 2009/2010. EFCNI (European Foundation for the Care of Newborn Infants), Brüssel, 2011; 100.
2. Klimont J. Frühgeburten in Österreich. Statistische Nachrichten 2012; 9: 660–8.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Hanns Helmer
Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: hanns.helmer@meduniwien.ac.at

Mag. Jeannette Klimont
Projektleiterin
Statistik Austria, Direktion Bevölkerung
Bereich Demographie, Gesundheit,
Arbeitsmarkt
A-1110 Wien, Guglgasse 13
E-Mail: jeannette.klimont@statistik.gv.at

Dringende Reform des österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes notwendig

C. Egarter

Verbot der Präimplantationsdiagnostik

In einem Verfahren des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) wurde Italien 2011 in erster Instanz von der Kleinen Kammer wegen seines Verbots der Diagnostik an Embryonen wegen Verstoßes gegen Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention verurteilt (Costa + Pavan gg. Italien). Dabei hatte ein Ehepaar mit einem Kind, das an Mukoviszidose erkrankt war, bei der 2. Schwangerschaft eine Pränataldiagnostik durchführen lassen und, da das Kind ebenfalls erkrankt war, anschließend eine Schwangerschaftsbeendigung. Darauf beehrte das Paar eine Präimplantationsdiagnostik (PID) vor Einpflanzung des Embryos, die in nur mehr wenigen europäischen Ländern wie Italien, Schweiz und Österreich nach wie vor nicht erlaubt ist. Im Juli 2011 stimmte beispielsweise selbst der Deutsche Bundestag unter enormem öffentlichem Interesse für eine Zulassung der PID, wenn Paare eine Veranlagung für eine schwere Erbkrankheit aufweisen.

Am 12. März 2013 entschied jedenfalls die Große Kammer beim EGMR im Falle Italiens die Ablehnung des Falles, womit das Urteil der Kleinen Kammer rechtskräftig wurde. Diese Entscheidung gilt natürlich auch für andere Konventionsstaaten, wenn sie – wie Österreich – von einer ähnlichen Rechtslage ausgehen. Zumindest der Abschnitt über das Verbot der PID im Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) bedarf in Österreich somit einer dringenden Sanierung und manche Juristen sprechen bereits von einer eindeutigen Verfassungswidrigkeit des derzeitigen FMedG. Aus ethischen Gesichtspunkten ist bezüglich PID darüber

hinaus die Tatsache schwer erklärlich, dass durch das FMedG auf der einen Seite die PID verboten, auf der anderen Seite jedoch die genetische Abklärung in der Schwangerschaft gestattet ist. Die paradoxe Folge ist, dass nun ein noch nicht der Mutter zurücktransferierter Embryo im Reagenzglas einen höheren rechtlichen Schutz genießt als ein bereits lebendes Kind mit positiver Herzaktion innerhalb der Gebärmutter. Dies wird beispielsweise auch von vielen Mitgliedern der österreichischen Bioethikkommission als äußerst bedenklich angesehen. Der letzte Versuch einer Novellierung dieser Gesetzesstelle schlug dabei im Jahre 2004 fehl, obwohl es sich damals um einen insofern sehr ausgewogenen Vorschlag gehandelt hatte, weil nur besondere Risikokonstellationen ähnlich wie in Deutschland für eine Freigabe vorgesehen waren.

Im Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention ist klar das Recht auf Achtung des Familienlebens – zu dem natürlich auch die Fortpflanzung gehört – festgehalten und der Gesetzgeber kann nur dann in dieses Recht eingreifen, wenn beispielsweise der Schutz der Gesundheit oder der Moral zweckmäßig erscheint. In Artikel 14 derselben Konvention ist darüber hinaus ein Diskriminierungsverbot insbesondere im Hinblick auf das Geschlecht, aber auch politische oder sonstige Anschauungen festgehalten.

Österreichisches Verbot der Samenspende in bestimmten Konstellationen sowie der Eizellspende

In einem weiteren Verfahren des EGMR ist Österreich 2010 in erster Instanz we-

gen des absoluten Verbotes von Eizellspenden sowie des Verbotes einer *In-vitro*-Fertilisation (IVF) mit Fremdsamen verurteilt worden. Auf Antrag der österreichischen Regierung wurde die Rechtssache dann an die Große Kammer des EGMR verwiesen, die jedoch im November 2011 einen Grundrechtsverstoß in dieser Sache im Gegensatz zum Ersturteil verneinte. Antragsteller waren zwei verheiratete Frauen, die auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen konnten, und aufgrund eines unfruchtbaren Ehemannes wäre eine IVF nur mit Samenspende eines dritten Mannes möglich gewesen. Die Samenspende eines Dritten ist aber nur zur „normalen“ Insemination in Österreich zugelassen, nicht in einem IVF-Zyklus. Der EGMR argumentierte, dass es zwar unbestritten das Recht eines Paares gibt, Kinder zu zeugen und zu diesem Zweck die Fortpflanzungsmedizin zu nutzen; im Hinblick auf die ethische Problematik könne aber die im FMedG vorgesehene Beschränkung der Samenspende bei IVF als gerechtfertigt angesehen werden. Allerdings betonte der EGMR, dass sich seine Beurteilung auf den Anlassfall des Jahres 1999 beziehe und aufgrund des raschen wissenschaftlichen Fortschritts und einer gewissen Liberalisierung die Beurteilung heute anders ausfallen könnte.

Da somit vom EGMR beanstandet wurde, dass es in den letzten Jahren keine rechtspolitische Evaluierung des FMedG vom österreichischen Gesetzgeber gab, scheint eine diesbezügliche Novelle auch hinsichtlich anderer Aspekte dringend gefordert. Es ist für jeden Laien vermutlich schwer nachvollziehbar, weshalb eine Fremdsamenspende bei einem kranken Mann und einer gesunden Frau durch Inseminierung erlaubt ist; wenn in derselben Paarkonstellation auch zusätzlich die Eileiter der Frau verklebt sind und sie deshalb nur über IVF schwanger werden könnte, ist diese Fremdsamenspende aber derzeit in Österreich verboten.

Ein weiterer Aspekt, der aus heutiger Sicht mit Blick auf das Diskriminierungsverbot dringend reformierungsbedürftig erscheint, ist das Verbot der Eizellspende für die Frau. Das FMedG sieht wie oben erwähnt vor, dass unter gewissen Umständen die Samenspende (ohne IVF) erlaubt ist; für eine Eizellspende muss man aber ins nahegelegene Ausland ausweichen. Bei Verlust oder Funktionslosigkeit beider Hoden kann

ein Mann in Österreich noch völlig regulär und im Rahmen des Gesetzes durch Samen eines Dritten Vater werden; bei Verlust beider Eierstöcke ist die Mutterschaft nur durch eine „illegale“ Eizellspende möglich.

Problem „überzählige Embryonen“?

Ein weiteres Problem in der täglichen Praxis einer IVF-Institution sind überzählige Embryonen, die entstehen können und die, wenn sie nicht gebraucht werden, z. B. weil keine weitere Schwangerschaft erwünscht ist, nach einer Aufbewahrungsdauer von höchstens 10 Jahren vernichtet werden müssen. Sie dürfen keiner anderen Frau gespendet und es darf an ihnen auch keine Forschung betrieben werden. Gegen dieses Verbot der Forschung an Embryonen, die letztlich ohnehin der Vernichtung preisgegeben sind, bestehen nach wie vor erhebliche Bedenken. Dieser Paragraph des FMedG zielt offenbar primär auf die Verhinderung der Forschung und nicht auf den Existenzschutz des Embryos und steht daher im begründeten Verdacht des Eingriffes in die Forschungsfreiheit, die in Österreich grundsätzlich garantiert ist.

Reproduktionshilfe nur für heterosexuelle Partnerschaften

Schließlich sei noch die Einschränkung des Gesetzes bezüglich der ausschließlichen Fortpflanzungshilfe für verschiedengeschlechtliche Paare in aufrechter Ehe oder Lebensgemeinschaft in Österreich erwähnt. Einerseits sollten dadurch alleinstehenden Frauen wegen der damit verbundenen Missbrauchsgefahr wie beispielsweise der Leihmutterschaft keine medizinisch assistierten Zeugungshilfen geleistet werden. Die Leihmutterschaft, die – auch für den Laien ersichtlich – eine besondere Situation aufgrund der beabsichtigten Rückgabe des Kindes an die biologische Mutter darstellt, ist an anderer Stelle des FMedG allerdings ohnehin verboten. Somit bleibt diesbezüglich zunächst die Frage, weshalb man glaubt, dass alleinstehende Frauen eher zu Missbrauch neigen sollten als jene in aufrechter Partnerschaft.

Darüber hinaus gibt es – was die Beschränkung auf heterosexuelle Partnerschaften betrifft – auch massive verfas-

sungsrechtliche Bedenken, da das Gesetz hier in die durch die Europäische Menschenrechtskonvention garantierte Verfassungsfreiheit eingreift und insbesondere Menschen allein aufgrund ihrer sexuellen Orientierung benachteiligt. Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war dabei die Vermeidung „ungewöhnlicher persönlicher Beziehungen“ durch Inanspruchnahme medizinischer Methoden. Was diesen Punkt betrifft, gibt es in den letzten Jahren in den verschiedenen europäischen Ländern eine zunehmende Liberalisierung, die diese Diskriminierung vermeiden möchte. Ein durchaus wichtiger Grund, der von den Gegnern einer Liberalisierung immer wieder angeführt wird, ist das potenzielle Kindeswohl, das möglicherweise mit Gefahren bei homosexuellen Paaren verbunden sein könnte. Ehrlich gesagt, hatte ich persönlich diesbezüglich auch eher Vorbehalte. Nun besteht zu meiner eigenen Überraschung mittlerweile eine nahezu unüberschaubare Anzahl an wissenschaftlichen Studien und Langzeitbeobachtungen, die zeigen, dass Kinder aus gleichgeschlechtlichen Partnerschaften sich nicht wesentlich von Kindern aus verschiedengeschlechtlichen Partnerschaften unterscheiden; manche Studien weisen sogar auf einen Vorteil bezüglich des Selbstbewusstseins bei Kindern aus homosexuellen Partnerschaften hin. Andere Parameter wie Sozialstatus und Qualität der innerfamiliären Beziehungen sind für die Entwicklung der Kinder offenbar viel wesentlicher als die tatsächliche Struktur der Familie. Angesichts dieser sehr umfang-

reichen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse erscheint die Annahme, Kinder gleichgeschlechtlicher Paare seien in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, offensichtlich ein Vorurteil zu sein. Auch das aus der Kinderrechtskonvention resultierende Recht jedes Kindes, seine Eltern zu kennen, steht dem nicht entgegen, da es ohnehin nach einem anderen Abschnitt des FMedG ab dem 14. Lebensjahr einen Anspruch darauf hat zu erfahren, wer seine genetischen Eltern sind.

Medizinisches Problem Mehrlingsschwangerschaften

Abschließend sollte die dringend notwendige Novellierung des Gesetzes auch die entsprechenden Richtlinien unserer IVF-Fachgesellschaften bezüglich der Förderung des so genannten Single-Embryo-Transfers berücksichtigen, da damit die Rate an Mehrlingsschwangerschaften mit ihrem exponentiell steigenden Schwangerschaftsrisiko vermindert werden könnte.

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter
Leiter Klin. Abteilung für Gynäkologische
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail:
christian.egarter@meduniwien.ac.at*

Pharma-News

Jaydess® – eine neue Option zur östrogenfreien Langzeitverhütung. Bis zu drei Jahre lang nicht an Verhütung denken müssen! [1]

Zusätzlich zum beliebten Levonorgestrel-haltigen Intrauterinpressar Mirena® wird nun das Spektrum der intrauterinen hormonellen Kontrazeption mit einem kleineren und noch niedriger dosierten System (Jaydess®) erweitert [1, 2].

Die Pille ist nach wie vor das beliebteste Verhütungsmittel österreichischer Frauen [3]. An zweiter Stelle der wirksamen Methoden findet sich jedoch bereits die Hormonspirale [3].

Einer der Gründe dafür ist, dass Anwenderinnen oft Schwierigkeiten bei der Anwendung der Pille haben. Je häufiger ein Präparat eingenommen werden muss, desto wahrscheinlicher können Fehler auftreten. Man kann davon ausgehen, dass etwa 45 % aller Anwenderinnen innerhalb von 3 Monaten ein Fehler bei der Pilleneinnahme unterläuft [4]. Auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Zeitverschiebungen oder Magen-/Darmprobleme können die Wirkung oraler Kontrazeptiva beeinträchtigen [5].

Mit Jaydess® sind Anwendungsfehler so gut wie ausgeschlossen. Das neue Levonorgestrel-Intrauterinsystem (LNG-IUS) 13,5 mg ist für die Empfängnisverhütung für eine Dauer von bis zu 3 Jahren zugelassen. Jaydess® verhütet mit einem 1-Jahres-Pearl-Index von 0,41 und einem 3-Jahres-Pearl-Index von 0,33, unabhängig von Alter, Parität und BMI, über die gesamte Anwendungsdauer [1, 6]. Die kontrazeptive

Sicherheit von Jaydess® wurde in einer Phase-III-Studie an 1432 Frauen untersucht. 39 % der Frauen waren unter 25 Jahre und 39 % waren Nulliparae* [7].

Jaydess® ist mit nur 28 × 30 mm (bei entfalteten Querarmen) die kleinste am Markt verfügbare Hormonspirale [1]. Das Insertionsröhrchen von Jaydess® weist einen im Vergleich zu Mirena® reduzierten Durchmesser von 3,8 mm auf [8].

Dies erlaubt eine im Vergleich zu Mirena® einfachere und schmerzärmere Insertion. In einer Vergleichsstudie beurteilten 94,6 % der Prüffürzte die Insertion als „einfach“. Über 70 % der Frauen gaben an, bei der Insertion keine bis milde Schmerzen gespürt zu haben [8].

Bei einer Gesamtdosierung von 13,5 mg Levonorgestrel beträgt die tägliche Hormonfreisetzung zu Beginn der Anwendung 14 µg/d und nimmt im Laufe der Anwendung auf 5 µg/d ab. Jaydess® wirkt bei sehr geringer systemischer Hormonbelastung vorwiegend lokal. Unter dem niedrig dosierten LNG-IUS kommt es praktisch zu keiner Ovulationshemmung. Die normale Ovarialfunktion und die natürlichen Estradiolspiegel bleiben erhalten, selbst bei einer Amenorrhö [1].

Jaydess® verfügt über einen Silberring am vertikalen Schaft, der im Ultraschall sichtbar ist. Dies ermöglicht eine bessere

* Anwendung bei nulliparen Frauen – Jaydess® ist nicht 1. Wahl zur Kontrazeption bei nulliparen Frauen, da klinische Erfahrungen nur begrenzt vorliegen [1].

sonographische Detektierbarkeit und Unterscheidung von Mirena® [1].

Aufgrund einer starken Endometrium-suppression kommt es bei Jaydess® im Laufe der Anwendung zu einer kürzeren und schwächeren Menstruation [1]. Bei zu Beginn vermehrt unregelmäßigen Blutungen und Spottings zeigt sich im Laufe der Anwendung eine deutliche Reduktion, besonders in den ersten 3–6 Monaten. Nach 12 Monaten haben > 50 % der Patientinnen in einer 3-monatigen Referenzperiode 5 oder weniger Blutungstage [9]. Bei 11,6 % der Anwenderinnen kommt es allmählich zu einer Amenorrhö [1].

Jaydess® wird im Allgemeinen gut vertragen [6]. Die Nebenwirkungsrate von Jaydess® ist vergleichbar mit anderen LNG-IUS [8]. Wie bei anderen Intrauterinsystemen ist ca. die Hälfte der auftretenden Schwangerschaften wahrscheinlich ektopisch. Die absolute Rate an extrauterinen Schwangerschaften ist jedoch bei 0,11 pro 100 Frauenjahre niedrig, verglichen mit 0,3–0,5 % bei Frauen, die keine Empfängnisverhütung anwenden [1, 10].

Insgesamt sind 76 % der Frauen mit Jaydess® sehr zufrieden [7].

Fazit

Mit Jaydess® steht Frauen ab sofort eine neue Option zur reversiblen Langzeit-verhütung für bis zu 3 Jahre zur Verfügung, die eine verlässliche, wirksame Alternative zur täglichen Einnahme oraler Verhütungsmittel darstellt [1].

LITERATUR:

1. Jaydess® Fachinformation, Stand Mai 2013.
2. Mirena® Satisfaction Study. Global Market Research. Bayer HealthCare, Mai 2008 (Daten können auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt werden).
3. Österreichischer Verhütungsreport 2012. Integral Meinungsforschung, September 2012.
4. Pan European FC Study 2009. Ergebnisse Österreich (Daten können auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt werden).
5. Yaz® Fachinformation, Stand März 2013.
6. Nelson A, Apter D, Hauck B, et al. A global, randomized, phase III, pearl index study comparing the efficacy and safety of two lowdose levonorgestrel-releasing intrauterine systems (LNG-IUSS) in nulliparous and parous women. *Fertil Steril* 2012; 98 (3 Suppl): S5.
7. Nelson A, Apter D, Hauck B, et al. Two low-dose levonorgestrel intrauterine contraception systems: a randomized control trial. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 1205–13.
8. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril* 2012; 97: 616–22.e1–3.
9. Nelson A, Hauck B, Apter D, et al. Bleeding profiles of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems (LNG-IUSs) used for contraception in nulliparous and parous women: results of a global, randomized, phase III study. *Fertil Steril* 2012; 98 (3 Suppl): S194.
10. Mirena® Fachinformation, Stand April 2013.

Weitere Informationen:



Science For A Better Life

Bayer Austria Ges.m.b.H.
A-1160 Wien, Herbststraße 6–10
Internet: www.bayerhealthcare.at

LAT.01.2014.0038



Fachkurzinformation zu nebenstehendem Text und zur 2. und 4. Umschlagseite:

Jaydess 13,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Das intrauterine Wirkstofffreisetzungssystem enthält 13,5 mg Levonorgestrel. Details zu Freisetzungsraten (siehe Abschnitt 5.2). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polydimethylsiloxan-Elastomer, Hochdisperses Siliciumdioxid, wasserfrei, Polyethylen, Bariumsulfat, Eisenoxid schwarz (E172), Silber. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Plastik-IUP mit Gestagen, ATC-Code: G02BA03. **Anwendungsgebiete:** Empfängnisverhütung für eine Dauer von bis zu 3 Jahren. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft; akute oder rezidivierende entzündliche Beckenerkrankung (PID) oder Krankheiten, die mit einem erhöhten Risiko für Beckeninfektionen verbunden sind; akute Zervizitis oder Vaginitis; postpartale Endometritis oder septischer Abort in den vorangegangenen drei Monaten; zervikale intraepitheliale Neoplasie bis zur Rückbildung; maligne Erkrankung von Uterus oder Zervix; gestagensensitive Tumoren, z. B. Mammakarzinom; anomale vaginale Blutung unbekannter Ätiologie; angeborene oder erworbene Fehlbildung des Uterus einschließlich Uterusmyome, die die Einlage und/oder Retention des intrauterinen Wirkstofffreisetzungssystems behindern würden (d. h. wenn sie die Gebärmutterhöhle verformen würden); akute Lebererkrankung oder Lebertumor; Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6–10, 1160 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** September 2013.

Fachkurzinformation zu nebenstehendem Text und zur 4. Umschlagseite:

Mirena 20 Mikrogramm/24 Stunden Intrauterinpressar. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Intrauterinpressar enthält 52 mg Levonorgestrel. Die initiale Freisetzungsrate beträgt 20 Mikrogramm/24 Stunden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polydimethylsiloxan-Elastomer, Polyethylen, Bariumsulfat, Eisenoxid schwarz (E172). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Plastik-IUP mit Progesteron, ATC-Code: G02BA03. **Anwendungsgebiete:** Kontrazeption, Hypermenorrhoe, Endometriumprotektion während einer Östrogen-Substitutionstherapie. **Gegenanzeigen:** Bestehende oder vermutete Schwangerschaft, bekannte oder vermutete durch Sexualhormone beeinflusste Malignome (z. B. Mammakarzinom), akute oder rezidivierende Infektionen innerer Genitalorgane, Zervizitis, Infektion im unteren Genitaltrakt, postpartale Endometritis, septischer Abortus innerhalb der letzten 3 Monate, erhöhte Anfälligkeit für Infektionen, Zervixdysplasie, Malignome von Uterus bzw. Zervix, abnorme Uterus-Blutungen unklarer Genese, angeborene oder erworbene Uterus-Anomalien, sowie Fibroide, mit Verformungen des Cavum uteri, akute Lebererkrankungen oder Lebertumoren, Überempfindlichkeit gegen Levonorgestrel oder einen der sonstigen Bestandteile des IUS. **Inhaber der Zulassung:** Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6–10, 1160 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** **Rezept- und apothekenpflichtig.** Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** April 2013.

75% der Frauen wählen eine Option zur
Langzeitverhütung, wenn sie umfassend
über **Verhütungsmethoden** aufgeklärt wurden.¹



Science For A Better Life

- » Zuverlässige Verhütung für **3 Jahre**³
- » Auch für **junge Frauen**^{2,*}
 - » Jaydess® Phase III-Studie: 39% der Anwenderinnen waren unter 25 Jahre^{2,*}
- » Neue, **kleinere Hormonspirale**^{3,**}
 - » niedriger dosiert^{3,**}
 - » einfachere und schmerzärmere Insertion^{4,**}
- » Silberring zur besseren sonographischen Detektierbarkeit und Unterscheidung von anderen LNG-IUS³
- » Indikation: Empfängnisverhütung für eine Dauer von bis zu 3 Jahren³

 jaydess®

- » Zuverlässige Verhütung für **5 Jahre**⁵
- » Z.B. nach abgeschlossener Familienplanung
- » Reversible Alternative zur Sterilisation⁶
- » Deutliche **Reduktion** des **menstruellen Blutverlustes**⁵
- » Indikationen⁵:
 - » Kontrazeption
 - » Hypermenorrhoe
 - » Endometriumprotektion während einer Östrogen-Substitutionstherapie

 Mirena®

BAYER – Ihr Partner im Bereich Langzeitverhütung

FKIs befinden sich auf Seite 27.

* Anwendung bei nulliparen Frauen - Jaydess® ist nicht 1. Wahl zur Kontrazeption bei nulliparen Frauen, da klinische Erfahrungen nur begrenzt vorliegen.³

** im Vergleich zu Mirena®

1 Peipert et al. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. Obstet Gynecol 2012;120:1291-97

2 Nelson et al. Two low-dose levonorgestrel intrauterine contraception systems: a randomized control trial. Obstet Gynecol 2013;122(6):1205-13

3 Jaydess® Fachinformation, Stand Mai 2013

4 Gemzell-Danielsson et al. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. Fertility and Sterility 2012;97(3):616-22.e1-3

5 Mirena® Fachinformation, Stand April 2013

6 Mansour D. The benefits and risks of using a levonorgestrel-releasing intrauterine system for contraception. Contraception 2012;85:224-34