

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



**Editorial: Überall heißt es,
wir haben zu wenig Ärzte ...**

Die „übersehene“ Fehlbildung im Ultraschall

**Screening auf Down-Syndrom:
Reicht ein Bluttest?**

Die Behandlung des frühen Aborts

**Mammographie nach dem 1. Juli 2014 –
11 FAQs**

Mitteilungen der ÖGPPM



Science For A Better Life



Bestellen Sie Ihr
Gratis-e-Abo

[www.kup.at/journals/
speculum/gratis-abo.html](http://www.kup.at/journals/speculum/gratis-abo.html)



Science For A Better Life

 jaydess®



Abbildung in Originalgröße

Jaydess® eine neue Option in der Verhütung



Dünneres Insertionsröhrchen^{1*}

- 3,8 mm Durchmesser*
- Einfachere und schmerzärmere Insertion^{1,2}



Kleinere Abmessungen^{1*}

- 28 mm x 30 mm



Minimale Dosierung¹

- Durchschnittliche Freisetzungsrate 6 µg/24 h über 3 Jahre
- Zuverlässige Verhütung für 3 Jahre

* im Vergleich zu Mirena®,
Jaydess® - Abmessungen: 28x30 mm, Ø Insertionsröhrchen 3,8 mm
Mirena® - Abmessungen: 32x32mm, Ø Insertionsröhrchen 4,4 mm

1 Jaydess® Fachinformation, Stand April 2014

2 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

P. Husslein

Überall heißt es, wir haben zu wenig Ärzte ... ganz besonders fehlen Fachärzte Seite 5

C. Brezinka, M. Häusler, N. Winkler, A. Herzog

Die „übersehene“ Fehlbildung im Ultraschall – Arzthaftung, Versicherung und
Praxiskonkurs Seite 7

E. Krampfl-Bettelheim

Screening auf Down-Syndrom: Reicht ein Bluttest?
Vorteile und Grenzen der Untersuchung der zellfreien DNA Seite 10

A. Ciresa-König

Die Behandlung des frühen Aborts: Ist die medikamentöse Therapie
eine wirkliche Alternative zur Curettage? Seite 12

C. Singer

Mammographie nach dem 1. Juli 2014 – 11 FAQs Seite 16

RUBRIKEN

Mitteilungen der ÖGPPM Seite 19

Fetal Movement as a monitoring technique Seite 20

Buchbesprechung

Farbatlas der Vulvaerkrankungen Seite 22

Pharma-News

49 % der jungen Menschen sind nicht sehr vertraut mit den verschiedenen Verhütungsformen [1]
Jugendliche kennen nur 4 von 15 heute verfügbaren Formen der Verhütung [2]
Aufklärung über Vielfalt der Verhütungsmethoden ist auch heute noch von
großer Bedeutung Seite 23

Titelbild: Kinga Chalubinski

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: Faidrucker GmbH, 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.
Zur leichteren Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und männliche Personen gemeint.
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.



Eine
besinnliche, ruhige
Weihnachtszeit

wünschen Ihnen die Herausgeber

und die Chefredakteurin des SPECULUMS

P. Husslein

J. Huber

K. Chalubinski

Editorial

Überall heißt es, wir haben zu wenig Ärzte ... ganz besonders fehlen Fachärzte

P. Husslein

Haben wir wirklich zu wenig Ärzte? Oder haben wir eine völlig veraltete Gesundheitsorganisation?

In Österreich stehen für jährlich 79.330 Geburten 82 geburtshilflich-gynäkologische Abteilungen und 1756 Fachärzte zur Verfügung (2013), wobei jedes Jahr rund 60 neue Fachärzte akkreditiert werden. Das ist im Vergleich mit den allermeisten Ländern – auch mit solchen der so genannten 1. Welt – eine sehr hohe Zahl und auch eine ganz besonders hohe Dichte an Spitälern. Auch die Liegedauer der Österreicher ist international besonders lang und Fr. und Hr. Österreicher gehen auch sehr gerne ins Spital; die Anzahl der Spitalsaufenthalte ist in kaum einem Land der Welt so hoch wie bei uns.

Bleiben wir aber zunächst bei der Frauenheilkunde und im Speziellen bei der Geburtshilfe. Wenn ungefähr 80.000 Geburten in rund 80 Spitälern stattfinden, dann sind das im Durchschnitt 1000 Geburten pro Spital. Nachdem aber zahlreiche Spitäler deutlich mehr Geburten haben, muss es auch etliche Spitäler geben, die sehr viel weniger Geburten haben. Jeder kennt sie, besonders rund um die Landeshauptstädte gibt es eine hohe Dichte solcher „Klein-spitäler“. Das ist auch historisch erklärbar: Früher war der Verkehr kompliziert und die Medizin einfach, daher war es sinnvoll, die Gesundheitsorganisation dezentral aufzuziehen. Heute ist es genau umgekehrt: Das Straßennetz ist weitgehend gut ausgebaut, sogar zumeist mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die Medizin ist aber so kompliziert geworden, dass in kleineren Einheiten die notwendige Qualität der Versorgung nicht mehr geboten werden kann. Leider hat das die Bevölkerung noch nicht verstanden. Man fährt zwar problemlos zum

Friseur in die Großstadt oder geht dort einkaufen, initiiert aber eine Bürgerbewegung, wenn das lokale Spital geschlossen werden soll, auch wenn es nur mit Mühe ausgelastet werden kann.

Aber es macht einfach keinen Sinn, Spitäler weiterhin nur halbtags zu betreiben – und das nur Montag bis Freitag –, was eine Tatsache ist, unabhängig davon, was die Verantwortlichen öffentlich behaupten, wobei dieser Kritikpunkt nicht nur kleinere Spitäler betrifft. Im Gegensatz dazu haben Privatspitäler beispielsweise längst ein durchgehendes Operationsprogramm von frühmorgens bis spätabends und das sechs, ja oft schon sieben Tage in der Woche.

Zu allem Überfluss müssen jetzt noch die Vorgaben des Europäischen Arbeitszeitgesetzes eingehalten werden und die meisten Spitäler brauchen in Zukunft deutlich mehr Ärzte, sonst droht Ungemach aus Brüssel.

Ja, für so eine Struktur haben wir tatsächlich zu wenige Fachärzte, aber vielleicht ist der Zeitpunkt gekommen, endlich einmal unsere Strukturen zu hinterfragen. Statt unnötig viele Spitäler mit der halben Kapazität zu betreiben, ist es aus ökonomischen und Qualitätsgründen zweifelsfrei besser, eine eingeschränkte, der jeweiligen geographischen Situation angepasste Anzahl voll ausgelasteter Spitäler zu führen.

Auch muss der niedergelassene Bereich massiv gestärkt werden, sodass die Anzahl der Spitalsaufenthalte gesenkt und die Liegedauer verkürzt werden kann. Im Gegensatz zur herkömmlichen Meinung würde

das den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung heben und nicht senken. Und billiger ist es in jedem Fall ...

Wenn man schon bei ökonomischen Überlegungen ist: Derzeit müssen Ärzte – ja sogar Fachärzte – Unmengen an Dokumentationsarbeit leisten, Blut abnehmen, Infusionen anhängen und vieles mehr, was andere Berufsgruppen, z. B. Krankenpfleger oder Dokumentationsassistenten, billiger und besser (weil motivierter) machen könnten. Dann könnte man Ausbildungsassistenten auch tatsächlich ausbilden und sie nicht als – teure – Systemerhalter missbrauchen.

In so einer Struktur bräuchte man wesentlich weniger – allerdings besser ausgebildete – Ärzte.

Wenn wir aber nichts ändern, dann droht tatsächlich ein massiver Ärztemangel, und zwar auch noch aus einem weiteren Grund: Immer mehr Frauen wenden sich heute dem Arztberuf zu, was durchaus begrüßenswert ist. Naturgemäß entsteht aber dadurch für die Betroffenen die bisher in keinem Ansatz wirklich gelöste Problematik, Beruf, Familie und Reproduktion unter einen Hut zu bringen. Nachweisbar – wiewohl nicht erwünscht – führt das dazu,

dass immer mehr gut ausgebildete Ärztinnen sich über Jahre aus dem Beruf zurückziehen, oft nur mehr halbtags arbeiten wollen und viele die Ordinationstätigkeit einer normalen Anstellung im Spital vorziehen.

Fazit: Wenn wir nicht endlich überfällige Strukturänderungen im Gesundheitswesen vornehmen, werden wir in naher Zukunft tatsächlich einen katastrophalen und wirklich bedrohlichen Ärztemangel in Österreich haben.

Und wenn wir unsere Ärzte so schlecht bezahlen wie bisher, werden sie auch nicht in Österreich bleiben ...

o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Wien

Die „übersehene“ Fehlbildung im Ultraschall – Arzthaftung, Versicherung und Praxiskonkurs

C. Brezinka, M. Häusler, N. Winkler, A. Herzog

Welchem Zweck die Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft genau dienen sollen und welche Konsequenzen sie in welchem Gestationsalter haben sollen, wurde in Österreich vonseiten der Gesundheitspolitik nie näher definiert. Diese Unschärfe in der Festlegung erweist sich nun als problematisch – man hat damit nämlich die Festlegung den Gerichten überlassen. Österreich war eines der ersten Länder, welches das Ultraschallscreening für alle Schwangeren einführt: Ab dem Jahr 1988 bekamen alle Schwangeren im Rahmen des Mutter-Kind-Passes 2 Ultraschalluntersuchungen. Das wurde als Triumph der Schwangerenfürsorge gesehen, die Proponenten der Untersuchung waren bemüht, sie mit positiven Bildern von gesunden Kindern und Erfolgen der Pränatalmedizin zu assoziieren. Auch von den Schwangeren wurde die Einführung des „Ultraschalls für alle“ freudig aufgenommen: Die werden den Eltern, Omas, Opas und designierten Taufpaten wollten ohne Zusatzkosten „Baby schauen“ und interessierten sich in erster Linie für die Geschlechtsdiagnostik.

So wie in allen anderen Ländern stellte sich aber mit der Einführung des Ultraschalls das Problem der fetalen Fehlbildung und vor allem das Problem der beim Ultraschall übersehenen fetalen Fehlbildung. Seit 1999 befand der Oberste Gerichtshof (OGH) in mittlerweile 4 Erkenntnissen, dass der Zweck des Ultraschalls in der Entdeckung von Fehlbildungen liegt und die Möglichkeit eines Schwangerschafts-

abbruchs (nach österreichischer Rechtslage bei Fehlbildungen bis zum Geburtstermin möglich) angeboten werden müsse. Dies führte den Ultraschall in der Schwangerschaft aus dem Bereich des netten Baby-Fernsehens in ein Gebiet der hochriskanten Arzthaftung mit enormen Schadenssummen.

Qualitätsstandards im Ultraschall

Die Ultraschallbestimmungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes regeln nur ein kursorisches „Drüberschauen“ mit Messung von Parametern, die 1975 erstmals publiziert wurden. Kursorischer, oberflächlicher Ultraschall bedeutet zwangsläufig, dass es übersehene Fehlbildungen gibt, die erst spät in der Schwangerschaft oder nach der Geburt entdeckt werden und dann zu Vorwürfen und Haftungsklagen führen – mit dem Inhalt, dass die „Chance zur Abtreibung“ durch unterlassene Diagnostik vertan worden sei. Andererseits sind die Qualitätsstandards für den so genannten „Combined Test“, der aus einer gründlichen Ultraschalluntersuchung und einer biochemischen Analyse zum frühen Fehlbildungsausschluss besteht, schon lange bekannt und für jeden motivierten Arzt erreichbar. Dies bedeutet Teilnahme an den entsprechenden Kursen und Erwerb von Zertifikaten, Teilnahme an jährlichen Audits und Verwendung der Software am eigenen PC. Allein schon die Verpflichtung, die Nackenfalte und das Nasenbein des Fetus korrekt in der richtigen Ebene zu dokumentieren, führt beim Anwender zu einer gründlicheren und konzentrierter vorgenommenen Ultraschalluntersuchung und damit zu früherer Diagnostik von Auffälligkeiten neben der Nackenfalte. Dies ist frei-

Zusammenfassung des Seminars, das im Rahmen der OEGGG-Jahrestagung in Eisenstadt von der Arbeitsgemeinschaft Medizin und Recht am 20.06.2014 organisiert wurde

lich in dem Zeitrahmen, der im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Honorars in einer Praxis dafür eingeplant werden kann, schlicht nicht möglich: Eine gründliche Nackenfaltenmessung braucht mit Erläuterung mindestens 30 Minuten, 45 Minuten sind keine Seltenheit. Das Labor, zu dem man die Blutproben schickt, muss an monatlichen Ringversuchen teilnehmen. Die Vorgaben der strukturierten Fehlbildungsdiagnostik sind nicht leicht, sie sind zeitaufwendig, verlangen auch einen hohen Gerätestandard, aber sie sind erfüllbar. Nichts ist für den Gynäkologen haftungsrechtlich problematischer als eine so nebenbei betriebene, oberflächliche „Pränataldiagnostik light“, die meist mit der festen Überzeugung einhergeht, dass man von den eigenen Patientinnen so geliebt und geschätzt wird, dass diese niemals auf den Gedanken kämen, zu klagen. Ultraschall in der Schwangerschaft muss, wenn er betrieben wird, hinsichtlich Gerätetechnik, Dokumentation und Kenntnisstand des ultraschallenden Mediziners auf einem zeitgemäßen Niveau sein. Qualitätsstandards der 1970er-Jahre haben in keinem Gebiet der Medizin mehr Platz, erst recht nicht im Ultraschall in der Schwangerschaft.

Versicherung

Die dem Versicherungsfall zugrunde liegende gesetzliche Haftung, um die es in der Pränataldiagnostik geht, ist anders gelagert als bei nahezu allen anderen ärztlichen Berufen. Der Arzt, der eine Fehlbildung übersehen hat, ist ja nicht an der Fehlbildung an sich schuld. Er muss aber den Vermögensschaden – also die Kosten, die der Aufwand für die Betreuung des behinderten Kindes sein ganzes Leben lang verursacht („wrongful life“) – ersetzen. Es erstaunt dabei nicht wenig, dass in Österreich für Ärzte erst seit 2010 der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung als Voraussetzung zur freiberuflichen Berufsausübung notwendig ist – und dies unabhängig davon, ob die Berufsausübung in einer Einzelordination oder in einer Gruppenpraxis stattfindet. Die Höhe der Mindestversicherungssumme ist pro Versicherungsfall – unabhängig davon, ob es sich um einen Sach-, Personen- oder Vermögensschaden handelt – auf € 2.000.000,- festgelegt. Ärzte und Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes in der Ärzteliste bereits eingetragen sind, mussten den Nachweis der

gesetzlich geforderten Berufshaftpflichtversicherung für ihre freiberufliche ärztliche Tätigkeit innerhalb eines Jahres ab diesem Zeitpunkt erbringen. Alle anderen Ärzte und Gruppenpraxen müssen seit In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes diesen Nachweis sofort erbringen.

Jeder Arzt, der im Rahmen eines Arztkontaktes mit einer Schwangeren in irgendeiner Weise den Eindruck vermittelt, beratend oder diagnostisch zum Zustand des Ungeborenen tätig zu sein, sollte sich seiner potenziellen Haftung bewusst und entsprechend versichert sein. D. h. es empfiehlt sich, Vermögensschäden bzw. eine entsprechende „Wrongful-life“-Klausel mit einer höheren als die gesetzlich vorgesehene Versicherungssumme mitzuversichern.

Auch bei bester Qualifikation und gewissenhaft durchgeführtem Schall kann es nach der Geburt des Kindes zu einer erfolgreichen Klage kommen – etwa weil das Gericht erkannt hat, dass der Arzt die Schwangere nicht drastisch genug auf die Möglichkeit genau jener spezifischen Fehlbildung aufgeklärt hatte, die das Kind dann aufwies –, obwohl die Fehlbildung an sich so früh in der Schwangerschaft noch niemand erkennen konnte.

Letzter Ausweg Praxiskonkurs?

Ein typisches Urteil zu einer im Rahmen einer Schwangerenbetreuung übersehenen Fehlbildung lautet, dass dem Kind auf Lebenszeit wertbesichert 2500 € monatlich zu zahlen seien. Bei einer Lebenserwartung von 70 Jahren für Menschen mit Down-Syndrom sind dies > 2 Millionen Euro die, wenn sie – mangels ausreichender Versicherungssumme – nicht von der Haftpflichtversicherung des Arztes getragen werden, dann eben von ihm selbst, seinem Nachlass und seinen Erben zu stemmen sind.

Wie trägt dies eine Kassenpraxis mit einem 60-jährigen Praxisinhaber mit gerichtlich sanktionierten Forderungen, die um Jahrzehnte über die Lebenserwartung des Praxisinhabers hinausreichen? Der in vielen Ärztestammtischen empfohlene gezielte Praxiskonkurs, wobei vorher noch schnell alles der Ehefrau überschrieben wird, ist eine Illusion: Alle Rechtshandlungen zum Nachteil eines Gläubigers (in diesem Fall die Eltern, die erfolgreich ein „wrongful

life“ für ihr Kind eingeklagt haben), die innerhalb der vergangenen 10 Jahre in der bekannten Absicht, den Gläubiger zu schädigen, gesetzt wurden, sind anfechtbar, ebenso wie alle Rechtshandlungen zum Nachteil eines Gläubigers zwischen nahen Angehörigen innerhalb der letzten 2 Jahre, wenn die Schädigungsabsicht bekannt sein musste.

Konsequenzen für den Gynäkologen-Alltag

Mit Übernahme des Ideengebäudes und des Instrumentariums des Pränatalscreenings ist der Arzt in den Augen der Gerichte zum Wächter geworden, der persönlich verantwortlich ist, dass nur perfekte Wunschkin- der zur Geburt kommen. Dies bedeutet:

- Überlegen, ob man sich den Themenkomplex „Ultraschall in der Schwangerschaft“ überhaupt antut. Vor dem Ultraschall überreichte wortreiche Reverse und Disclaimer, wonach die Schwangere zwar geschallt wird, der Untersucher aber gleich erklärt, dies eigentlich nicht zu können und dass spätere Klagen daher zwecklos seien, müssen ihre Haltbarkeit vor Gericht erst unter Beweis stellen.
- Das kleine Paket an Fertigkeiten, das man sich aus der Facharztausbildungszeit am Spital erhalten hat, genügt Jahre später einfach nicht mehr, vor allem nicht im Ultraschall. An der eigenen Qualifikation arbeiten, Kurse, Kongresse, Fortbildungen besuchen, sich Video-Tutorials der DEGUM, FMF und ISUOG ansehen, Prüfungen und Audits mitmachen: je qualitativvoller der Ultraschall, umso weniger haftungsanfällig ist der Arzt.
- Die der Schwangeren als Souvenir mitgegebene DVD reicht heute als Dokumentation wirklich nicht mehr. Man muss Dokumentationssoftware ebenso anwenden wie eine konsistente Diktion bei der Befundung und man muss auch dafür sorgen, dass regelmäßig Sicherheitskopien außerhalb der Ordinationsräume gelagert werden – und dies für viele Jahre!
- Mit dem eigenen Versicherungsberater reden, die verschiedenen Haftungsszenarien durchgehen und gegebenenfalls die bestehende Berufshaftpflichtversicherung ergänzen oder den Anbieter wechseln. Nicht darauf vertrauen, dass „eh alles gut gehen“ wird.
- Im Klagsfall sachlich reagieren, alle Befunde sammeln; sie müssen klar und plausibel der klagenden Patientin zuordnen sein. Auch bei Gericht muss man kühl und sachlich bleiben, auch wenn sich die Patientin – anwaltlich gecoacht – tränenreich als Opfer eines inkompetenten und herzlosen Mediziners darstellt, der nie für ein Wort der Aufklärung und Erläuterung Zeit hatte.

Der Ultraschall, der lange Zeit eines der netten Highlights einer jeden Schwangerschaft war, ist dabei, zum irritanten Pflichtscreening zu verkommen, ähnlich den Sicherheitskontrollen an Flughäfen. Nachdem es der Gesundheitspolitik nicht gelungen ist, Normen und Standards für die pränatalen Untersuchungen festzulegen, tun dies nun die Gerichte.

Korrespondenzadressen:

ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka
Vorsitzender der AG Medizin und Recht der OEGGG

E-Mail: christoph.brezinka@i-med.ac.at

ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Häusler
Univ.-Frauenklinik der medizinischen Universität Graz

E-Mail: martin.haeusler@medunigraz.at

Mag. Andreas Herzog
Fachabteilung Haftpflicht, Unfall und Rechtsschutz

Donau Versicherung AG

E-Mail: a.herzog@donauversicherung.at

Dr. Norbert Winkler
Rechtsanwaltskanzlei Doerge-Winkler,
Innsbruck

E-Mail: office@doerge-winkler.at

Screening auf Down-Syndrom: Reicht ein Bluttest?

Vorteile und Grenzen der Untersuchung der zellfreien DNA

E. Krampfl-Bettelheim

Das Down-Syndrom, bei dem in allen Zellen das Chromosom 21 dreifach vorliegt (Trisomie 21), ist die häufigste genetische Ursache für geistige Behinderung.

Nachdem sich zunächst – vor 20–30 Jahren – viele Schwangere einer Amniozentese unterzogen haben, erreicht heute der Combined Test am Ende des ersten Trimenons eine Entdeckungsrate für Trisomie 21 von > 90 % bei einer Falsch-positiv-Rate von < 5 %.

Der Untersuchung der zellfreien DNA (cfDNA), bis vor gut 2 Jahren von einem amerikanischen Labor auch als „non-invasive prenatal diagnosis“ (NIPD) bezeichnet, wurde damals diagnostisches Potenzial zugesprochen. Seither haben alle Studien sowohl falsch-positive als auch falsch-negative Ergebnisse gezeigt und somit sind die Untersuchungsergebnisse nicht mehr als Diagnosen aufzufassen.

Positioniert ist die Untersuchung der cfDNA jetzt als der beste Screening-Test auf Trisomie 21. Zwei rezente, groß angelegte Studien haben die Untersuchung der cfDNA mit dem Combined Test verglichen. Dabei hat sich sowohl im High-risk- als auch im Low-risk-Kollektiv ganz klar die bessere Performance der Untersuchung der zellfreien DNA gezeigt: Die Entdeckungsrate für Trisomie 21 liegt bei 99 % und die Falsch-positiv-Rate bei < 0,1 %. Letzteres ist im Hinblick auf die große Belastung der werdenden Eltern durch einen falsch-positiven Befund ein besonderer Vorteil der cfDNA-Untersuchung.

Der einzige Grund, warum nicht allen Schwangeren primär in der Schwan-

gerschaftswoche 10 eine cfDNA-Untersuchung angeboten wird, wenn sie sich für ein Screening auf Trisomie 21 entscheiden, sind die Laborkosten. Ein „bedingtes“ Screening verursacht geringere Kosten: Wird die cfDNA-Untersuchung nach einem Combined Test mit einem erhöhten Risiko – zum Beispiel zwischen 1:10 und 1:2500 – durchgeführt, so sind das nur rund 20 % aller Schwangeren. Die Kosten sind dadurch auf ein Fünftel reduziert und die Entdeckungsrate für Trisomie 21 ist praktisch genauso hoch, als ob man alle mittels cfDNA primär screenen würde.

Der Vorteil eines primären Screenings mittels cfDNA ist das frühere Ergebnis. Das sollte man besonders in Betracht ziehen, wenn eine Schwangere > 38 Jahre alt ist. Ab etwa 38 bleibt nach dem aktuellen Algorithmus des Combined Tests als bestes Ergebnis für Trisomie 21 das Risiko über 1:2500.

Die Performance der cfDNA-Untersuchung als Screening-Test auf Trisomie 21 ist also wirklich sehr nahe an einer diagnostischen Genauigkeit. Alle anderen möglichen Ursachen für Tod und Behinderung erfasst dieser Test aber schlechter (Trisomie 18 und 13, geschlechtschromosomale Aneuploidien) oder gar nicht. Das gilt für andere genetische Defekte, wo die Datenlage für die zum Teil bereits angebotenen Tests noch völlig unzureichend ist, und – naturgemäß – für anatomische Fehlbildungen, Plazentainsuffizienz und Frühgeburtlichkeit. Die Untersuchung der cfDNA ist daher nur unter Beibehaltung der bestehenden Untersuchungsstandards sinnvoll.

Dazu ein Fallbeispiel aus einer Praxis in Niederösterreich: Eine Schwangere mit ei-

ner dichorialen Zwillingsschwangerschaft unterzog sich einem Combined Test, bei dem zunächst aufgrund einer erhöhten Herzfrequenz die Wahrscheinlichkeit für Trisomie 13 erhöht war. Die Eltern entschieden sich für eine cfDNA-Untersuchung und aufgrund des hohen Body-Mass-Index der Schwangeren wurde erst bei der zweiten Blutabnahme ein Befund erstellbar: niedriges Risiko für Trisomie 13. Der Anteil fetaler DNA war 4,5 %, also knapp über der Grenze von 4 %, unter der von seriösen Labors kein Befund mehr erstellt wird. Die nächste durchgeführte Untersuchung war ein Organscreening in der Schwangerschaftswoche 22. Dabei kamen eine alobäre Holoprosencephalie und Kleinhirn-Fehlbildung (Abb. 1), eine Gesichtsspalte, ein Herzfehler und polyzystische Nieren zur Darstellung – also Fehlbildungen, die typisch für Trisomie 13 sind. Eine Amniozentese in der Schwangerschaftswoche 32 hat die Trisomie 13 bestätigt. Dieses Beispiel zeigt die bekannte Limitierung der cfDNA-Untersuchung bei Trisomie 13, bei Zwillingsschwangerschaften und bei niedrigem Anteil fetaler DNA.

Zusammenfassend ist die cfDNA-Untersuchung der beste Screening-Test auf Trisomie 21 und ab 38 Jahren als First-line-Screening-Test zu erwägen. Die Ultraschallunter-



1. Alobäre Holoprosencephalie und Fehlbildung des Kleinhirns in der Schwangerschaftswoche 22 bei Trisomie 13.

suchungen der fetalen Anatomie, Durchblutung und Zervixlänge bleiben die besten Screening-Untersuchungen auf Fehlbildungen, Plazentainsuffizienz und Frühgeburtlichkeit.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. Elisabeth Krampl-Bettelheim
FetoMed – Zentrum für Fetalmedizin
A-1190 Wien, Heiligenstädter Straße 55–63
E-Mail:
elisabeth.krampl-bettelheim@fetomed.at

Die Behandlung des frühen Aborts: Ist die medikamentöse Therapie eine wirkliche Alternative zur Curettage?

A. Ciresa-König

Über Jahrzehnte stellten Abortab-
rasio oder Saugcurettage Methoden der
Wahl zur Beendigung eines verhalte-
nen Abortes im ersten Trimenon dar.
Erst als in den 1970er-Jahren die Wir-
kung der Prostaglandine auch auf die frü-
he Schwangerschaft untersucht wurde, ent-
standen Bestrebungen, eine abgestorbene
Schwangerschaft durch medikamentöse Be-
handlung zu beenden. Die Entwicklung von
Mifepriston war ein weiterer Schritt in Rich-
tung medikamentöse Beendigung einer ge-
störten Gravidität.

Dies führte dazu, dass zahlreiche, aller-
dings oft auch kleine Studien zur Über-
prüfung der Wirksamkeit sowie Dosisfin-
dung der Medikamente durchgeführt wur-
den. Die Auswertung der Untersuchungen
zeigte Akzeptanz bei den Patientinnen und
eine Erfolgsrate zwischen 80 und 90 % ab-
hängig von Schwangerschaftswoche, Dosie-
rung, Applikationsweg, Beachtung der Kon-
traindikationen, Behandlung der Nebenwir-
kungen und v. a. Definition des „Erfolges“
[1–4].

Nach wie vor scheuen sich aber viele Gy-
näkologen davor, eine medikamentöse The-
rapie der Schwangerschaftsbeendigung als
Alternative zur Curettage anzubieten, und
dies, obwohl zahlreiche Studien zeigen
konnten, dass sowohl expektatives Vorge-
hen [5] als auch die medikamentöse Abort-
induktion sichere Methoden in der Behand-
lung von Patientinnen mit gestörter/abge-
storbener Schwangerschaft sind. Allerdings
ist Mifepriston/Misoprostol (Mifegyne/Cy-
prostol) in Österreich derzeit nicht für die
Behandlung von Aborten zugelassen.

Wir entschlossen uns trotzdem, die Ap-
plikation von Misoprostol bis zur 12. SSW

(55 mm SSL) „off-label“ als tagesklinische
Behandlung einzuführen – tagesklinisch,
um einerseits eine bessere und standardi-
sierte Schmerz- und antiemetische Thera-
pie durchführen zu können und anderer-
seits die Patientinnen auch psychosozial
besser zu betreuen. Nach der 13. SSW wird
von uns dasselbe Vorgehen vollstationär
empfohlen, da höhere Gaben von Cyprostol
bis zum Gewebsabgang notwendig werden
können [6] und Blutung und Schmerzen oft
deutlich stärker ausfallen. Ab der 14. SSW
erhöhen wir auch die Dosis von Mifepriston
von 200 auf 600 mg.

An der Frauenklinik in Innsbruck wur-
de eine Auswertung der Erfolgsquote 6 Jah-
re nach Einführung der medikamentösen
Abortinduktionen durchgeführt [7]. Das
Regime wurde entsprechend der eigenen
klinischen Erkenntnisse und der interna-
tionaler Studien angepasst und wiederum
nach einem Jahr (01.03.2012–28.02.2013)
ausgewertet. Daraus erfolgte eine Adap-
tierung des Patienteneinwilligungsbogens
(siehe „Für Ärzte“, „Leitlinien und Formu-
lare“ unter www.frauenklinik.at) und eine
neuerliche Optimierung des klinischen Ab-
laufs, was sich nun in einer Erfolgsquote
von 85 % und hoher Patientenzufriedenheit
niederschlägt.

Ausschlaggebend für die höhere Erfolgs-
quote und auch Patientinnenzufriedenheit
bis zur 12. SSW waren mehrere Faktoren:

- Wertungsfreies Aufklärungsgespräch
(ev. mit Dolmetscher) mit Angebot der
3 Möglichkeiten „Abwarten“, „Opera-
tion“ oder „medikamentöse Therapie“
mit Einbindung der Entscheidung in
die psychosoziale Situation der Patien-
tin und Aushandigung eines Aufklä-
rungsbogens

Tabelle 1: Leitfaden

1. Gestörte Gravidität („miscarriage“, „blighted ovum“) bis zur 12. SSW (max. SSL 55 mm)	
Ambulanz	SSW berechnen, klinische Untersuchung, EU ausschließen, sonographisches Gestationsalter bestimmen (Fruchtsack muss sichtbar > 5 mm sein!), BG/Rh + Labor für Aufnahme abnehmen! Aufklärung: Abwarten (Ko 2 Wo vereinbaren) oder medikamentöses Vorgehen (Mifegyne/Cyprostil) oder chirurgisches Vorgehen (Abrasio/Saugcurettage) anhand des Aufklärungsbogens
Therapie mit Mifepriston/Misoprostol (Mifegyne/Cyprostil) Nach Ausschluss von Kontraindikationen: entzündliche Darmerkrankung, Z. n. mehrfacher Uterus-Op, schwerwiegendes Asthma, septischer Abort	
Ambulanz	Einverständniserklärung unterschreiben lassen (Versagerquote ca. 15 %) 1 Tbl. Mifegyne oral in Ambulanz verabreichen, 36–48 h später tagesklinische Aufnahme um 7:15 h nicht nüchtern
Tagesklinik	7:30 h: vag. Sonographie, Leitung legen, 500 Ringer-Lactat mit 1 Ampulle Metoclopramidhydrochlorid i.v., 4 Tbl. Cyprostil vaginal vom Stationsarzt mit Spiegeleinstellung zu applizieren + Paracetamol 1000 mg i.v. + ev. zusätzliche Schmerzmedikation (Diclofenac/Naproxen ...) Aufklärung über Möglichkeit der psychosozialen Unterstützung (med. Psychologie) Bei Gewebeabgang: sonographische Kontrolle Wenn tolerable Blutung, kein Fruchtsack mehr und Endometrium < 20 mm (= Abortus completus): Entlassung nach ev. Rh-Prophylaxe, Sono-Ko nach 6 Wochen Wenn kein (kompletter) Abgang (= FS noch sichtbar oder Endometrium > 20 mm), tolerable Blutung: Demissio nach ev. Rh-Prophylaxe und Aufklärung über weitere Blutung; Abgangswahrscheinlichkeit ca. 70 % innerhalb von 7 Tagen! Sonographische Kontrolle nach 1 Woche in allg. Ambulanz
Ambulanz Ko 1 Wo	Wenn kein FS und Endo < 20 mm (= Abortus completus): Ko beim Facharzt in 6 Wochen Wenn FS oder großer, durchbluteter Rest noch sichtbar: stationäre Aufnahme für Curettage (oder 2. Versuch mit 4 Cyprostil vaginal mgl.)
2. Gestörte Gravidität SSW 12+1 bis 13+6 (SSL 55–70 mm)	
Ambulanz	SSW berechnen, Untersuchung, sonographisches Gestationsalter bestimmen, BG/Rh-Faktor + Labor für Aufnahme abnehmen! Aufklärung: med. Vorgehen (Mifegyne/Cyprostil), kann bis zu 72 h dauern! Aufklärung unterschreiben lassen (Versagerquote ca. 20 %) 1 Tbl. Mifegyne oral in Amb., 36–48 h später stat. Aufnahme 8:00 h nicht nüchtern!
Station	8:00 h Leitung legen, 500 Ringer-Lactat mit 1 Ampulle Metoclopramidhydrochlorid i.v., 4 Tbl. Cyprostil vaginal vom Stationsarzt zu applizieren + Paracetamol 1000 mg i.v. + ev. Gabe von bedarfsgerechter zusätzlicher Schmerzmedikation (Diclofenac/Naproxen ...) Gewebeabgang: Sono-Ko, wenn tolerable Blutung, kein Fruchtsack/Fetus mehr darstellbar und Endometrium < 20 mm (= Abortus completus): Demissio, ev. Rh-Prophylaxe! Sono-Ko nach 6 Wochen Aufklärung der Patientin: Blutung kann noch bis zu 21 Tage dauern! Wenn kein Abgang, Cyprostil 2 Tbl. oral 14:00 h, danach Pause Tag 2, 8:00 h: 500 Ringer-Lactat mit 1 Ampulle Metoclopramidhydrochlorid i.v. + 4 Tbl. Cyprostil vaginal; 14:00 h: 2 Tbl. Cyprostil oral + i.v. Schmerzmedikation, Pause über Nacht Oberärztliche Entscheidung bzgl. weiterem Vorgehen am Tag 3: nüchtern Abrasio oder Nalador
3. Gestörte Gravidität ab SSW 14+0 (SSL > 70 mm)	
Ambulanz	Aufklärung: medikamentöses Vorgehen, kann bis zu 3 Tage dauern! Verabreichung 3 Tbl. Mifegyne, stationäre Aufnahme 48 h später
Station	8:00 h: Cyprostil 2 Tbl. alle 4 Stunden (max. 1200 mg/24 h über maximal 2 Tage) oder osmotische Zervixdilatation (z. B. Dilapan) bei Z. n. Sectio, dann Sulproston lt. oberärztlicher Anordnung

- Tagesklinisches Setting mit zügigem Therapiebeginn am Morgen bis zur 12. SSW nicht nüchtern
- Rechtzeitige i.v. antiemetische und Schmerztherapie
- Optimierung der Dosierung und des Applikationsweges der verabreichten Medikamente: ambulante Verabreichung von Mifepriston 200 mg oral, 36–48 Stunden später vaginale Applikation von 800 mg Misoprostol als Einzeldosis mittels Spiegeleinstellung in den Fornix oder CK durch einen Arzt (früher orale Verabreichung niedrigerer Einzeldosierungen in 4-stündlichen Intervallen)
- Angebot der psychosozialen Unterstützung
- Ausdehnung des Kontrollintervalls (Sonographie) nach erfolgreicher medikamentöser Abortinduktion auf 6 Wochen nach Intervention
- Aufklärung, dass die vaginale Blutung 3–4 Wochen dauern kann, aber eine Schwangerschaft theoretisch in Kürze wieder eintreten kann

In der Folge entstand ein hausinterner „Leitfaden“ für unsere Ärzte, der den Ablauf der Behandlung unserer Patientinnen mit gestörter Schwangerschaft systematisch regelt (Tab. 1).

Unsere Erfahrungen mit der medikamentösen Abortinduktion mittels Mifegyne/Cyprostit sind eindeutig positiv und haben sich durch die Optimierung des klinischen Ablaufs noch weiter gebessert. Am wichtigsten scheint uns nach wie vor eine ausführliche Aufklärung zu sein, die die eventuell verstärkte bzw. verlängerte Blutung, den möglicherweise auftretenden Schmerz und die Versagerquote von ca. 15 % beinhalten

soll. Unter diesen Voraussetzungen sehen wir die Anwendung von Mifegyne/Cyprostit als gute alternative Behandlungsmethode zur Curettage zur Beendigung einer gestörten Schwangerschaft.

LITERATUR:

1. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2013; (3): CD007223.
2. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, et al. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev 2011; (11): CD002855.
3. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, et al. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. Contraception 2013; 87: 26–37.
4. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al. National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. N Engl J Med 2005; 353: 761–9.
5. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, et al. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 35: 223–7.
6. Wildschut H, Both MI, Medema S, et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2011; (1): CD005216.
7. Colleselli V, Schreiber CA, D'Costa E, et al. Medical management of early pregnancy failure (EPF): a retrospective analysis of a combined protocol of mifepristone and misoprostol used in clinical practice. Arch Gynecol Obstet 2014; 289: 1341–5.

Korrespondenzadresse:

OÄ Dr. Alexandra Ciresa-König
 Department Frauenheilkunde
 Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
 A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
 E-Mail: a.ciresa-koenig@i-med.ac.at

47. FORTBILDUNGSTAGUNG FÜR GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE OBERGURGL, 1. BIS 6. FEBRUAR 2015

VORTRÄGE

- DYSPLASIE
- SENOLOGIE
- ONKOLOGIE
- ENDOKRINOLOGIE
- GEBURTSHILFE
- ULTRASCHALL
- UROGYNÄKOLOGIE
- INFEKTILOGIE
- PRÄ- & PERINATAL-MEDIZIN

HANDS-ON-WORKSHOPS

POSTERPREIS – CALL FOR ABSTRACTS

DEADLINE 16. DEZEMBER 2014

DEGUM-ZERTIFIZIERTER MAMMA-SONOGRAPHIE- KURS

AG CPC-ZERTIFIZIERTER KOLPOSKOPIE-KURS

VERANSTALTER

Univ. Prof. Dr. Günther Häusler
Prof. Dr. med. Clemens Tempfer, MBA

KONGRESS-SEKRETARIAT CONVENTIVE OG

Leopold Gattringer-Straße 7/10
2345 Brunn am Gebirge, Österreich
Tel: +43-(0)2236 38 27 32
Fax: +43-(0)274 222 210 015
kongress@gynobergurgl.at

www.gynobergurgl.at



Mammographie nach dem 1. Juli 2014 – 11 FAQs

C. Singer

Ein deutlicher Abfall von Screening-mammographien in den ersten Wochen nach der Einführung des Nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms im Jänner 2014 und landesweit frustrierte Frauenärzte sprechen eine deutliche Sprache: In ganz Österreich hat die übereilte und medial kaum vorbereitete Einführung des Früherkennungsprogramms bei Frauen und Ärzten gleichermaßen zu einer großen Verunsicherung geführt. Dass gerade jene Berufsgruppe, die traditionell die Funktion des „Gesundheitsberaters“ der Frau wahrnimmt, nicht ausreichend vorinformiert wurde, ist ein schweres gesundheitspolitisches Versäumnis: Wer nicht ausreichend informiert wird, kann auch nicht adäquat beraten. Die Zahlen zeigen auf, wie wichtig es gewesen wäre, schon von Beginn an – und nicht erst im Rahmen der „Nachbesserung“ – Vertreter unserer Fachgruppe adäquat einzubinden. Deren Involvierung und die nun gemeinsam getragene Erweiterung der Indikationsliste haben immerhin dazu geführt, dass das Programm nun niederschwelliger und deutlich praktikabler wurde. Und das gemeinsame Vorgehen hat schon erste Früchte getragen: Seit Programmstart wurden österreichweit inzwischen 375.000 Mammographien durchgeführt und der Anteil an Früherkennungsmammographien liegt seit August bei 60 %. Auch eine dringend notwendige, breit angelegte Informationskampagne soll demnächst initiiert werden, um die Akzeptanz insbesondere bei Frauen aus der Zielgruppe zu erhöhen.

Wir möchten einen Beitrag zum besseren Umgang mit dem „Früherkennungsprogramm 2.0“ leisten und haben den Hauptverband um Antworten auf die nachfolgenden 11 von Kollegen am häufigsten gestellten Fragen gebeten:

1. Eine 78-jährige Frau, die bislang jährlich eine Früherkennungsmammographie durchführen hat lassen, möchte dies auch weiter tun. Was empfehlen Sie?

Im Rahmen des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms kann die Frau alle 2 Jahre eine Früherkennungsmammographie durchführen lassen. Sie meldet sich dafür bei der Telefonserviceline oder auf www.frueh-erkennen.at zum Programm an und geht mit dem Einladungsbrief, den sie per Post erhält, und ihrer e-card zur Mammographie zu einem teilnehmenden radiologischen Standort, bei dem sie zuvor einen Termin für die Untersuchung vereinbart hat. Die Entscheidung für ein 2-jähriges Untersuchungsintervall beruht auf den Empfehlungen internationaler Untersuchungen. **Wichtig:** Das Programm richtet sich an gesunde Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung und ohne familiär erhöhtes Risiko.

Derzeit gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg für einen zusätzlichen Nutzen von Screeningprogrammen mit jährlich durchgeführten Mammographien gegenüber Screeningprogrammen mit längeren Intervallen. Durch die steigende Anzahl an Mammographien bei 1-jährigen Intervallen wäre eine Zunahme der falsch-positiven Befunde (auffällige Befunde, obwohl keine Brustkrebserkrankung vorliegt) und Überdiagnosen (eine Brustkrebserkrankung, die zu Lebzeiten der Frau nicht auffällig geworden wäre und keine Beschwerden hervorgerufen hätte) sowie Übertherapien (wie operative Eingriffe bis hin zur Brustentfernung, Chemotherapie, Strahlentherapie) zu erwarten, was zu einer Verschlechterung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses führen würde.

Es ist grundsätzlich möglich, dass eine Frau in kürzeren Intervallen (z. B. jähr-

lich) als im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm vorgesehen zur Früherkennungsmammographie geht. Allerdings sollten in diesem Fall Nutzen und Risiken gut abgewogen werden. Die Untersuchungskosten müssen von der Frau selbst getragen werden.

2. Eine 50-jährige Patientin kommt in die Ordination und möchte eine Zuweisung zur Screening-MG haben. Sie hat die letzte MG vor 3 Jahren durchgeführt. Sie kann sich nicht erinnern, je eine Einladung bekommen zu haben.

Da die Frau zwischen 45 und 69 Jahre alt ist und zur Kernzielgruppe des Programms zählt, kann sie nach Vereinbaren eines Termins bei einem teilnehmenden radiologischen Standort mit ihrer e-card zur Untersuchung gehen. Eine Zuweisung oder Einladung ist nicht notwendig. Trotzdem erhält die Frau die Einladung weiterhin zur Erinnerung alle 2 Jahre per Post.

3. Eine 62-jährige Frau mit Brustkrebsanamnese kommt in die Ordination und erzählt, dass sie eine Einladung zur Früherkennungs-MG erhalten hat. Ihr wurde eine jährliche Nachsorge-MG empfohlen. Was tun?

Da sich die Frau in der Nachsorge nach einer Brustkrebserkrankung befindet, wird sie außerhalb des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms betreut. Sie wird wie bisher von ihrem Arzt behandelt und im Rahmen der Nachsorge in regelmäßigen Abständen zu einer diagnostischen Mammographie zugewiesen. Will die Frau die Einladung zur Früherkennungsmammographie nicht mehr erhalten, so kann sie sich vom Programm abmelden. Die Telefonserviceline 0800 500 181 informiert gerne darüber.

4. Der niedergelassene Gynäkologe möchte in seiner Eigenschaft als „Gesundheitsberater der Frau“ gerne die Mammographie-resultate seiner Patientinnen für die Patientenkartei erfahren. Die schriftliche Information, dass eine seiner Patientinnen bei der MG war, ist ihm nicht ausreichend. Wie kann er das erreichen?

Auf Anforderung des Gynäkologen kann der Befund nach Zustimmung der Frau an den Gynäkologen geschickt werden.

5. Eine Patientin stellt sich in der Ordination mit einem 3-cm-Knoten vor. Der Arzt schreibt eine Zuweisung zur kurativen MG. Diese ergibt einen gutartigen Befund (BI-

RADS II). Wann wird die Patientin wieder zur Früherkennungs-MG eingeladen?

Bei unauffälligem Befund kann die Frau 2 Jahre nach Durchführung einer diagnostischen Mammographie wieder zur Früherkennungsmammographie gehen. Gehört die Frau zur Kernzielgruppe zwischen 45 und 69 Jahren, wird die e-card nach 2 Jahren wieder für die Früherkennungsmammographie freigeschaltet und die Frau erhält zur Erinnerung eine Einladung. Wenn die Frau zwischen 40 und 44 bzw. ≥ 70 Jahre alt ist, meldet sie sich zum Programm an und erhält dann ebenfalls alle 2 Jahre eine Einladung zur Früherkennungsmammographie.

6. Ein Gynäkologe möchte über das Ergebnis der Früherkennungs-MG einer seiner Patientinnen informiert werden. Er schreibt ihr eine Zuweisung mit dem Stempel seiner Ordination und bittet die Patientin, diese Zuweisung gemeinsam mit der Einladung zum nationalen Screening mitzubringen, um auf diesem Wege eine Information zu bekommen. Ist dieses Vorgehen korrekt?

Es gibt keine Zuweisung zur Früherkennungsmammographie. Auf Anforderung des Gynäkologen kann der Befund nach Zustimmung der Frau an den Gynäkologen geschickt werden. Die Zustimmung kann auch einfach aus der Übergabe jeder geeigneten schriftlichen Befundanforderung des Gynäkologen im Zuge der Mammographie abgeleitet werden.

7. Eine Gynäkologin muss eine aufgebrachte 66-jährige Patientin, die sich vom nationalen Screening diskriminiert fühlt, ausführlich (mindestens 30 min lang) beruhigen. Kann die Gynäkologin den Mehraufwand abrechnen?

Dieses Gespräch muss im Rahmen einer üblichen Konsultation und der jeweiligen Verrechnungsbestimmungen stattfinden.

8. Eine symptomlose Frau, die sich große Sorgen macht, dass sie an Brustkrebs erkrankt sein könnte, möchte unbedingt jährlich eine Mammographie durchführen lassen. Es gibt eine Tante, die mit ca. 70 Jahren an Brustkrebs erkrankt ist. Sie besteht darauf, dass „jetzt irgendwie abgeklärt wird, ob sie nicht vielleicht doch Krebs hat“. Die letzte MG ist ca. 14 Monate her. Was tun?

Hier liegt keine erhöhte familiäre Disposition vor. Derzeit gibt es keinen wissen-

schaftlichen Beleg für einen zusätzlichen Nutzen von Screeningprogrammen mit jährlich durchgeführten Mammographien gegenüber Screeningprogrammen mit längeren Intervallen. Es ist grundsätzlich möglich, dass eine Frau in kürzeren Intervallen (z. B. jährlich) als im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm vorgesehen zur Früherkennungsmammographie geht. Allerdings sollten in diesem Fall Nutzen und Risiken gut abgewogen werden. Die Untersuchungskosten müssen von der Frau selbst getragen werden.

9. Eine 49-jährige Frau ohne Familienanamnese möchte alle 2 Jahre zur Früherkennungs-MG gehen. Die letzte MG ist vor etwas mehr als 2 Jahren durchgeführt worden. Sie kann sich nicht daran erinnern, dass sie eine Einladung bekommen hat, und glaubt, dass sie diese für einen Werbefrospekt gehalten und daher weggeworfen hat. Kann sie mit der e-card einfach in ein Diagnosezentrum gehen?

Da die Frau zwischen 45 und 69 Jahre alt ist und zur Kernzielgruppe des Programms zählt, kann sie nach Vereinbaren eines Termins bei einem teilnehmenden radiologischen Standort mit ihrer e-card zur Untersuchung gehen. Eine Zuweisung oder Einladung ist nicht notwendig. Trotzdem erhält die Frau die Einladung weiterhin alle 2 Jahre per Post zur Erinnerung.

10. Eine Frau ist kürzlich umgezogen und möchte die MG nicht in einem der vorgeschlagenen Institute durchführen lassen, sondern bei dem Institut, in dem sie immer war. Das liegt in einer anderen Stadt. Kann sie mit dem Einladungsbefund auch in ihr „altes Institut“ zurück?

Wenn das „alte Institut“ ein zertifizierter Standort ist, der die Früherkennungsmammographien im Rahmen des Programms durchführt, kann die Frau zur Untersuchung weiter dorthin gehen. Grundsätzlich können Frauen die Früherkennungsmammographie bei allen teilnehmenden radiologischen Standorten in ganz Österreich durchführen lassen. Die Standorte kann die Frau bei der Telefonserviceline 08 00 500 181 erfragen oder auf der www.frueh-erkennen.at nachlesen.

11. Ein Gynäkologe möchte auch weiterhin – unabhängig vom Früherkennungsprogramm – alle Frauen ab 35 jährlich zur

MG zuweisen, so wie er das seit vielen Jahren getan hat. Geht das?

Wie im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm waren auch bisher Früherkennungsmammographien alle 2 Jahre für Frauen ≥ 40 Jahre vorgesehen. Es gibt keine Zuweisung zur Früherkennungsmammographie mehr. In jüngeren Jahren ist das Brustgewebe meist so dicht, dass bei einer Mammographief Aufnahme viel schwieriger gesundes von krankem Gewebe unterschieden werden kann. Dadurch kann es auch öfter zu Fehlalarmen kommen. Zudem ist Brustkrebs bei jungen Frauen viel seltener und ihr Brustgewebe ist empfindlicher gegenüber Röntgenstrahlen. Daher wird die Mammographie als systematische Früherkennungsuntersuchung für < 40 -jährige Frauen weltweit von keiner medizinischen Fachgesellschaft empfohlen. Wenn Bedenken wegen eines familiär erhöhten Risikos bestehen, sollte die Frau jedenfalls mit ihrem betreuenden Arzt darüber sprechen.

Zur Abklärung von Beschwerden, bei Krankheitsverdacht, bei einer Brustkrebs-erkrankung oder im Rahmen der Nachsorge und bei familiär erhöhtem Risiko gibt es altersunabhängig weiterhin eine Zuweisung durch den Arzt zur diagnostischen Mammographie.

Derzeit gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg für einen zusätzlichen Nutzen von Screeningprogrammen mit jährlich durchgeführten Mammographien gegenüber Screeningprogrammen mit längeren Intervallen. Durch die steigende Anzahl an Mammographien bei 1-jährigen Intervallen wäre eine Zunahme der falsch-positiven Befunde (auffällige Befunde, obwohl keine Brustkrebserkrankung vorliegt) und Überdiagnosen (eine Brustkrebserkrankung, die zu Lebzeiten der Frau nicht auffällig geworden wäre und keine Beschwerden hervorgerufen hätte) sowie Übertherapien (wie operative Eingriffe bis hin zur Brustentfernung, Chemotherapie, Strahlentherapie) zu erwarten, was zu einer Verschlechterung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses führen würde.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Christian Singer, MPH
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: christian.singer@meduniwien.ac.at

Mitteilungen der ÖGPPM

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin – www.perinatal.at

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Werter Kollege!

Ich habe Prof. Dan Farine von der University of Toronto gebeten, seinen Vortrag über „Fetal Movement as a monitoring technique“, gehalten am 8th World Congress of Perinatal Medicine in Mexiko, in eine Kurzform zu bringen, um ihn Ihnen vorzustellen.

Die Zählung der fetalen Bewegungen ist, wie er selbst schreibt, eine attraktive Messmethode, da sie weder zusätzlichen technologischen Aufwand noch spezialisiertes Personal benötigt, bei jeder Frau durchführbar ist und sehr leicht erkennen lässt, ob eine Plazentainsuffizienz vorliegt. Mit dieser Methode ließe sich die Zahl der Totgeburten ohne jeden weiteren Aufwand um ein Drittel senken.

Ich glaube, es ist wert, diese einfache Methode auch im europäischen Raum publik werden zu lassen, und darf sie Ihnen daher auf den folgenden Seiten vorstellen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich den Mitgliedern der Österreichischen Gesell-

schaft für Prä- und Perinatale Medizin nochmals den Otto-Thalhammer-Preis in Erinnerung rufen, den die ÖGPPM für besondere wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Prä- und Perinatalmedizin mit EUR 3000,- auslobt. Die Richtlinien entnehmen Sie bitte der Homepage der Gesellschaft. Die Einreichfrist für die Arbeiten endet am 31.12.2014.

Wissenschaftler, die noch nicht Mitglied der Gesellschaft sind, können sich nur dann für diesen Preis bewerben, wenn sie noch heuer Mitglied unserer Gesellschaft werden. Das Anmeldeformular dafür steht Ihnen online auf unserer Homepage zur Verfügung.

Ich darf Ihnen eine angenehme Zeit mit der Lektüre dieses spannenden Artikels wünschen!

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Dadak
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Prä- und Perinatale Medizin



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR
PRÄ- UND PERINATALE MEDIZIN

SAVE THE DATE:

28. Februar 2015

Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für
Prä- und Perinatale Medizin, Jugendstilhörsaal der MedUni Wien
(1090 Wien, Spitalgasse 23)

Fetal Movement as a monitoring technique

D. Farine

Quickening, or first perception of fetal movement, varies considerably amongst pregnant women, but is generally experienced between 16–20 weeks, long before fetal viability. Consciously or not, women come to rely on these movements as an indicator of fetal well-being.

Fetal movement awareness, or a more formal fetal movement count (FMC), is attractive, as it requires no additional technology or specialized personnel, is free and available to all women regardless of locale or proximity to specialized obstetrical care, and can alert the obstetrical care provider to impending fetal demise as a result of impaired placental perfusion.

The formal adoption FMC as an antenatal test is dependent upon several assumptions:

1. A distressed fetus will move significantly less than a healthy one.
2. A pregnant mother can consistently perceive these movements.
3. Further testing can distinguish between a compromised and a healthy fetus.
4. In a compromised fetus, timely obstetrical intervention improve outcome and reduce stillbirth.

Recommendations about fetal movement awareness and more formal fetal movement counting vary significantly across the globe, from official policies of encouragement and support in Canada [1] to specific recommendations against counting in Great Britain [2] with the US ACOG guidelines outlining the options but not having specific recommendations [3].

In 2007, the SOGC released a comprehensive document on Fetal Health Surveillance, including a section on fetal movement counting [1]. Specifically, the recommendations stated:

*“1. Daily monitoring of fetal movements starting at 26 to 32 weeks should be done in all pregnancies **with** risk factors for adverse perinatal outcome. (I-A)*

*2. Healthy pregnant women **without** risk factors for adverse perinatal outcomes should be made aware of the significance of fetal movements in the third trimester and asked to perform a fetal movement count if they perceive decreased movements. (I-B)*

3. Women who do not perceive six movements in an interval of two hours require further antenatal testing and should contact their caregivers or hospital as soon as possible. (III-B)”

The Canadian guidelines requiring awareness of FM are based on Froen’s extensive review [4] that documented a significant reduction in mortality in both high- (OR = 44 [22.3–86.8]) and low-risk (OR = 0.64 [0.41–0.99]) pregnancies. This data was confirmed by a prospective study by Tveit [5] that once again showed a reduction of about ⅓ of stillbirths (from 3.0/1,000 to 2.0/1,000) once a Norwegian policy of FMC was compared to the period before this policy was introduced. In contrast, the British guidelines are based solely on a large RCT by Grant et al. [6] that showed that 1250 women will have to perform FMC to eliminate one stillbirth. The conclusion of that study states that *“routine formal fetal-movement counting should not be offered”*. The Grant study had several methodological flaws reviewed elsewhere [4], the major one was that reporting decreased FM was intentionally delayed by 48 hours resulting in stillbirths in 85 % of fetuses whose mothers presented with decreased FM.

There are a plethora of schemes for FMC ranging from 2–12 hours [7–9] or counting the time required to record 10 movements [9]. There exists no single study compar-

ing these different schemes. The Canadian guidelines require counting to 6 FM. Once this is achieved, FM counting is stopped. If 6 movements are not noticed in 2 hours, further fetal testing is required. This allows most women to spend < 20 minutes performing the FMC. The rationale for these recommendations is based on data generated from research on fetal activity and behaviour and from previous studies on kick count, specifically those of Sadovsky [10], Moore [7], and Nedlam [11]. In most pregnancies, an average of 10 fetal kicks occurs in a window of 20 minutes [12–14]. Patrick et al. showed that the fetal sleep cycle is normally about 20–40 minutes, and practically never exceeds 90 minutes in the normal fetus [15]. Sadovsky suggested that less than 3 kicks per hour (or 6/2 hrs) to be abnormal [10].

The Canadian guidelines call for a NST/CTG and a biophysical profile in women with decreased FM. The rationale behind the scan is to rule out oligohydramnions and in women with no previous scan to detect anomalies that are often associated with decreased fetal movements [16, 17].

REFERENCES:

1. SOGC Clinical Practice Guideline No. 197. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynecol Can* 2007; 29: S11–S14.
2. National Institute for Clinical Excellence and National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline CG62. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: National Institute for Clinical Evidence, 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>
3. ACOG Practice Bulletin: Antepartum Practice Surveillance #145, July 2014. http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2014/07000/Practice_Bulletin_No__145__Antepartum_Fetal.35.aspx
4. Froen JF. A kick from within – fetal movement counting and the cancelled progress in antenatal care. *J Perinatal Med* 2004; 32: 13–24.
5. Tveit JV, Saastad E, Stray-Pedersen B, et al. Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines – a clinical quality improvement. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2009; 9: 32.
6. Grant A, Elbourne D, Valentin L, et al. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. *Lancet* 1989; 2: 345–9.
7. Moore TR, Piacquadio, K. A prospective evaluation of fetal movement screening to reduce the incidence of antepartum fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1075–80.
8. Baskett TF, Liston RM. Fetal movement monitoring: clinical application. *Clin Perinatol* 1989; 16: 613–25.
9. Pearson JF, Weaver JB. Fetal activity and fetal wellbeing: An evaluation. *Br Med J* 1976; 1: 1305–7.
10. Sadovsky E, Weinstein D, Even Y. Antepartum fetal evaluation by assessment of fetal heart rate and fetal movements. *Int J Gynaecol Obstet* 1981; 19: 21–6.
11. Neldam S. Fetal movements as an indicator of fetal well-being. *Dan Med Bull* 1983; 30: 274–8.
12. Velazquez MD, Rayburn WF. Antenatal evaluation of the fetus using fetal movement monitoring. *Clinical Ob Gyn* 2002; 45: 993–1004.
13. Smith CV, Davis SA, Rayburn WF. Patients' acceptance of monitoring fetal movement. A randomized comparison of charting techniques. *J Reprod Med* 1992; 37: 144–6.
14. Valentin L, Lofgren O, Marsal K, et al. Subjective recording of fetal movements. I. Limits and acceptability in normal pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63: 223–8.
15. Patrick J, Fetherston W, Vick H, et al. Human fetal breathing and gross body movements at weeks 34 to 35 of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130: 693–9.
16. Sadovsky E, Rabinowitz R, Yaffe H. Decreased fetal movements and fetal malformations. *J Fetal Med* 1981; 1: 62.
17. Rayburn WF, Barr M. Activity patterns in malformed fetuses. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 1045.

Correspondence to:

Dan Farine MD, Professor of Ob/Gyn
Department of Obstetrics & Gynecology
Mount Sinai Hospital
University of Toronto
Toronto ON, Canada
e-mail: dfarine@mtsinai.on.ca

Buchbesprechung

Farbatlas der Vulvaerkrankungen

Eiko E. Petersen. Kaymogyn, Freiburg, 2013. 3. Aufl., 260 Seiten, ca. 830 Abbildungen. ISBN: 978-3-00-04-3086-2; € [D] 115,00.

Die Inzidenz von vulvären Erkrankungen nimmt aufgrund der geänderten Pflege- und Hygienemaßnahmen sowie auch Steigerung der sexuellen Aktivität deutlich zu. Eine rasche Abklärung und Therapie der Beschwerden im äußeren Genitalbereich stellt inzwischen für den Frauenarzt eine sehr häufige Aufgabe dar.

Der *Farbatlas der Vulvaerkrankungen* von Prof. E. Petersen ist seit 2004 als Standardwerk etabliert, die 3. Auflage wurde jedoch noch deutlich erweitert und durch neues Bildmaterial hervorragend ergänzt.

Das klinische Bild ist diagnostisch oft entscheidend und diesem widmet sich dieses Werk in einem ganz außergewöhnlichen Ausmaß.

Der erste Teil des Buches bietet einen kurzen Überblick über die Anatomie der Vulva und die diagnostischen Abklärungsmöglichkeiten. Die folgenden Kapitel sind vorerst nach der Symptomatik gegliedert. Der Pruritus-Abschnitt befasst sich mit den Infektionen sowie anderen inflammatorischen und/oder immunbedingten Dermatosen. Vergleichbar ist das Kapitel über die Abklärung der Schmerzsymptomatik, bei welcher auch Infektionen, Immunerkrankungen und Verletzungen ursächlich dominieren.

Auf die Pigment- und Gefäßveränderungen wird in einem eigenen Abschnitt eingegangen. In weiterer Folge werden die gutartigen Tumoren, Zysten sowie vulväre Dysplasien und Malignome sehr ausführlich vorgestellt; dieses besonders bildreiche Kapitel erleichtert auch die differenzialdiagnostische Trennung der oft ähnlich imponierenden Veränderungen. Der letzte Buchabschnitt setzt sich mit Erkrankungen der Urethralzone und den häufigeren Problemen im Analbereich auseinander.

In jedem Kapitel wird nach der Kurzbeschreibung der jeweiligen Erkrankung, welche mit zahlreichen Abbildungen optisch perfekt dargestellt wird, auf die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten hingewiesen, welche sorgfältig und vor allem sehr praxisorientiert zusammengestellt sind.

Das vorliegende Buch kann als eines der besten, kompetentesten Werke zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum betrachtet werden.

*Univ.-Prof. Dr. K. Chalubinski
Chefredaktion Speculum*

Pharma-News

49 % der jungen Menschen sind nicht sehr vertraut mit den verschiedenen Verhütungsformen [1]

Jugendliche kennen nur 4 von 15 heute verfügbaren Formen der Verhütung [2]
Aufklärung über Vielfalt der Verhütungsmethoden ist auch heute noch von großer Bedeutung

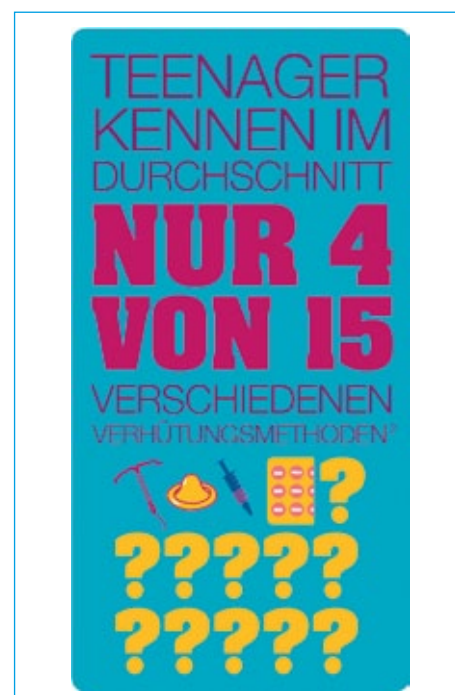
Heute bieten unterschiedliche Verhütungsmethoden individuelle, an die Bedürfnisse und Lebenssituationen der Frauen angepasste Lösungen. Trotzdem sind weltweit über 41 % der jährlichen 208 Millionen Schwangerschaften ungeplant und etwa die Hälfte dieser Schwangerschaften wird abgebrochen [3]. Teenager und junge Frauen sind besonders häufig betroffen – nicht nur in Entwicklungsländern, sondern auch in Ländern mit guter Gesundheitsversorgung und einem breiten Zugang zu Sexualaufklärung und Verhütungsmitteln.

Ein Grund dafür ist noch immer mangelndes Wissen zum Thema Familienplanung. Das zeigen Umfragen unter Jugendlichen sehr deutlich. 49 % der jungen Menschen sind nicht sehr vertraut mit den verschiedenen Verhütungsformen [1] und Jugendliche kennen nur 4 von 15 heute verfügbaren Formen der Verhütung (Abb. 1) [2].

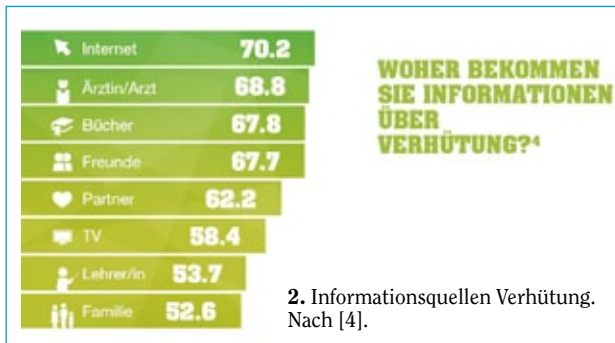
Neue Ergebnisse der weltweiten World-Contraception-Day-Umfrage „Youth Love Check“ sind besorgniserregend. Über die Hälfte der befragten jungen Frauen und Männer (55 %) kennt jemanden aus Familie oder Freundeskreis, der in den letzten Jahren eine ungeplante Schwangerschaft erlebt hat [4]. Außerdem hatten 44 % der Befragten schon einmal Sex mit einem neuen Partner, ohne zu verhüten. Darüber hinaus zeigt diese Umfrage, welchen unterschiedlichen Quellen junge Leute vertrauen, wenn es um Informationen zum Thema Verhü-

tung geht. An erster Stelle steht das Internet, gefolgt vom persönlichen Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt (Abb. 2) [4].

Jedes Jahr werden weltweit 188 Millionen ungeplante Schwangerschaften durch Empfängnisverhütung vermieden, was zu 112 Millionen weniger Abtreibungen und 150.000 weniger Fällen von Müttersterblichkeit führt [5]. Mit der richtigen Verhütung kann also viel Leid vermieden werden.



1. Wissen über Verhütung. Nach [2].



Die Qual der Wahl

Kurzzeitig wirkende Methoden wie die Pille sind manchmal nicht die beste Lösung [6]. In diesem Fall kann ein Langzeitverhütungsmittel wie eine Spirale oder ein Implantat eine sinnvolle und wirksame Alternative darstellen [7]. Aber oft sind solche reversiblen Langzeitverhütungsmittel den Frauen gar nicht bekannt [8]. 47 % der Frauen, die Beratung vor der Wahl einer Verhütungsmethode erhalten, entscheiden sich für eine andere als ursprünglich geplant (Abb. 3) [9]. Werden Frauen umfassend über Verhütungsmethoden aufgeklärt, wählen einer Studie zufolge 75 % eine Option zur Langzeitverhütung [7]. Wichtig ist und bleibt aber in jedem Fall, dass die Frauen mit der gewählten Methode vertraut sind und diese korrekt anwenden.



3. Verhütungsberatung. Nach [9].

Zur Tat schreiten – „Framework for Action“

Bereits 2007 wurde mit dem Weltverhütungstag (jährlich am 26. September) eine multinationale Kampagne mit der Vision einer Welt, in der jede Schwangerschaft erwünscht ist, ins Leben gerufen. Ziel des WCD ist es, das Bewusstsein für alle Verhütungsmethoden zu verbessern und es so jungen Menschen zu ermöglichen, Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit bewusst zu treffen.

Die WCD-Koalition besteht aus 11 internationalen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen sowie wissenschaftlichen und medizinischen Gesellschaften, die den Zugang zu Familienplanungsdiensten erweitern und verbessern wollen. Sie haben sich zusammengeschlossen, damit junge Menschen Informationen zur Verhütung aus glaubwürdiger Quelle erhalten können. Damit sollen sie in die Lage versetzt werden, mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt sowie mit ihrem Partner über Verhütung zu sprechen, um dieses wichtige Thema in ihre Zukunftsplanung zu integrieren. Bayer HealthCare fördert den WCD finanziell und organisatorisch.

2014 gehen die Partner noch einen Schritt weiter als in den vergangenen Jahren. Sie haben einen Handlungsauftrag (engl. „Framework for Action“) veröffentlicht. Darin geben sie gemeinsame Empfehlungen, wie ungeplante Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen erfolgreich verhütet werden können und sollten. Der Aufruf richtet sich an Regierungen, Organisationen und jeden Einzelnen der erwachsenen Bevölkerung, den Zugang zu Informationen und Verhütungsmitteln für junge Menschen zu verbessern, kulturelle und soziale Tabus rund um Jugend und Sexualität zu überwinden und die Gleichberechtigung der Geschlechter weltweit voranzubringen.

LITERATUR:

1. Bayer HealthCare. Data on file. Contraception: Whose responsibility is it anyway? Survey. Fieldwork carried out by GfK Healthcare. May 2010 (5253 interviews in 25 countries: Argentina, Australia, Austria, Brazil, Chile, China, Colombia, France, Great Britain, Italy, Malaysia, Mexico, Norway, Peru, Poland, Russia, Singapore, Slovenia, South Korea, Spain, Sweden, Thailand, Turkey, USA, Venezuela) (Daten können auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt werden).
2. Bayer HealthCare. Data on file. Clueless or clued up: Your right to be informed about contraception. Survey. Fieldwork carried out by GfK

Healthcare. April–May 2011 (6026 interviews in 29 countries: Argentina, Australia, Brazil, China, Chile, Colombia, Egypt, Estonia, France, Great Britain, India, Indonesia, Italy, Kenya, Korea, Latvia, Lithuania, Mexico, Norway, Poland, Russia, Slovenia, Singapore, Sweden, Thailand, Turkey, Uganda, USA, Venezuela) (Daten können auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt werden).

3. Singh S, Dedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann* 2010; 41: 241–50.

4. World-Contraception-Day-Umfrage „Youth Love Check“, <http://www.your-life.com/en/sex-talk/facts-on-contraception> [gesehen: 29.09.2014] – Die Daten für die Umfrage „Youth Love Check“ wurden zwischen November 2009 und Juni 2014 online auf der Webseite www.your-life.com mit Hilfe einer interaktiven Umfrage-Plattform erhoben. Insgesamt nahmen 13.986 junge Leute aus 35 Ländern an der Umfrage teil, davon 81,1 % Mädchen und junge Frauen und 18,9 % Jungen und junge Männer. Das Alter der Teilnehmer bewegte sich zwischen 10 und 30 Jahren, die meisten (n = 4122) waren zwischen 16 und 18 Jahre alt.

5. Alan Guttmacher Institute & IPPF. Facts on Satisfying the Need for Contraception In Developing Countries. November 2010.

6. Pan European FC Study 2009, Ergebnisse Österreich (Daten können auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt werden).

7. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, et al. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1291–7.

8. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* 2008; 78: 211–7.

9. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, et al. The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012; 17: 65–78.

Weitere Informationen:



Science For A Better Life

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

L-AT.10.2014.1108

SPECULUM

Geburtshilfe – Frauenheilkunde – Strahlen-Heilkunde – Forschung – Konsequenzen

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Speculum und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Speculum. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Warum ein e-Journal?

Das e-Journal für Speculum

- steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ist jederzeit abrufbar
- bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ist leicht im Volltext durchsuchbar
- umfasst neben Texten und Bildern auch eingebettete Videosequenzen



Hier die derzeit kostenlose elektronische Version (PDF) von Speculum anfordern.

<http://www.kup.at/journals/speculum/gratis-abo.html>



L-AT.10.2014.1204

Fachkurzinformation zu den Inseraten auf der 2. und 4. Umschlagseite sowie zur Beilage:

Jaydess 13,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem. ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8. **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:** April 2014.

Mirena 20 Mikrogramm/24 Stunden Intrauterinpessar. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Intrauterinpessar 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:** Mai 2014.

7. Frühjahrsfortbildung in St. Moritz 21. - 28. März 2015

www.sggg-fortbildung.ch



**BLOCKKURS
ANERKANNT**

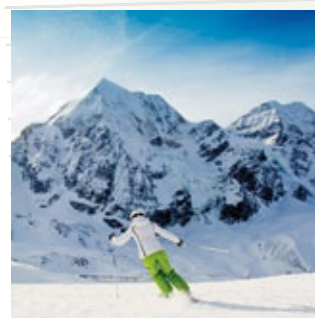


**MIBB
Zertifizierung**

**Zertifizierter
Kurs der SGUM**



**Kongressort:
Kulm Hotel
St. Moritz**





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 26.

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

^{**}im Vergleich zu Mirena®

¹Jaydess® Fachinformation, Stand: April 2014

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