

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



**Editorial: Potemkin, Bachmann, Allmende –
Was hat das alles mit der Wiener Gesundheitsversorgung zu tun?**

**Die rechtlichen Rahmenbedingungen
der Frühschwangerschaft**

Insertio velamentosa und Vasa praevia

**Zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren
in Österreich**

Die Zukunft des Zervixkarzinom-Screenings

Mitteilungen der ÖGPPM



Science For A Better Life



Für Frauen, die nicht mehr täglich die Pille nehmen möchten

Jaydess®: Keine Pille mehr – und trotzdem eine hohe kontrazeptive Wirksamkeit

- Hoch wirksame Empfängnisverhütung (Pearl-Index von 0,33*) für bis zu 3 Jahre¹
- Sehr kleines Intrauterinsystem (IUS) mit einem schmalen Insertionsröhrchen¹
- Eine sowohl bei nulliparen als auch paren Frauen untersuchte Option^{1**}



¹ Jaydess Fachinformation, Stand Juni 2016

* 3-Jahres-Pearl-Index

** Jaydess: Gemäß der Fachinformation ist Jaydess® nicht die 1. Wahl zur Kontrazeption bei nulliparen Frauen, da klinische Erfahrungen nur begrenzt vorliegen. Nutzen und Risiken einer Anwendung von Jaydess müssen sorgfältig erwogen werden.

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:** 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; gestagen-sensitive 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:** Juni 2016

P. Husslein

Editorial: Potemkin, Bachmann, Allmende –

Was hat das alles mit der Wiener Gesundheitsversorgung zu tun?..... Seite 5

C. Brezinka

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Frühschwangerschaft in Österreich.

Kündigungsschutz, Fristen für Abbruch, vorzeitiger Mutterschutz..... Seite 7

G. Yerlikaya, K. M. Chalubinski

Insertio velamentosa und Vasa praevia..... Seite 12

E. Hanzal, H. Kölbl

Zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren in Österreich – Brauchen wir das? .. Seite 17

E. A. Joura

Die Zukunft des Zervixkarzinom-Screenings in Österreich Seite 23

RUBRIKEN**Mitteilungen der ÖGPPM**..... Seite 26**F. A. Chervenak, L. B. McCullough**

The Professional Responsibilities of Obstetrician-Gynecologists

in Managing Clinically Significant Medical Errors..... Seite 27

Pharma-News

Regelmäßige Verhütung ist eine Herausforderung im stressigen Alltag junger Frauen Seite 29

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: Wallig Ennstaler Druckerei und Verlag Ges.m.b.H., A-8962 Gröbming, Mitterbergstraße 36
Erscheinung: bis zu 4× jährlich
Sponsor dieser Zeitschrift ist die Fa. Bayer Austria
Abonnementwünsche und Adressenänderungen:
 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 leichten 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
der Herausgeber und die Chefredakteurin
des Speculums

P. Husslein

K. Chalubinski

Editorial

Potemkin, Bachmann, Allmende

Was hat das alles mit der Wiener Gesundheitsversorgung zu tun?

P. Husslein

Am 23. September 2016 fand eine vom österreichischen Hebammengremium organisierte Pressekonferenz mit dem Titel „Gravierender Mangel an Kassenhebammen in Wien“ statt. Dabei konnte gezeigt werden, dass es in Wien derzeit lediglich 17 Kassenvertragshebammen gibt, womit bei 19.931 Geburten im Jahr 2015 in Wien rein rechnerisch auf 1172 Frauen und ihre Neugeborenen eine Kassenhebamme kommt. Damit ist Wien einsamer – negativer – Spitzenreiter; in allen anderen Bundesländern kommen im Durchschnitt rund 320 Geburten auf eine Kassenhebamme.

Dieser Mangel an niedergelassenen, mit einem Kassenvertrag ausgestatteten Hebammen wirkt sich vor allem deshalb negativ auf die Gesundheitsversorgung von Frauen und ihrer Kinder aus, weil Frauen heute nach einer Entbindung nicht mehr so lange im Krankenhaus bleiben wie noch vor einigen Jahren: Der Anteil der Frauen, die am 3. Tag nach der Geburt nach Hause entlassen werden, ist von 17 % im Jahr 2000 auf 28 % im Jahr 2014 gestiegen; und in den letzten 2 Jahren hat der Prozentsatz dieser so genannten „vorzeitigen Entlassungen“ weiter zugenommen.

Diese Entwicklung ist medizinisch sinnvoll – gesunde Wöchnerinnen gehören nicht ins Spital, bedürfen aber zu Hause durchaus einer weiteren Betreuung – eben durch Hebammen. Der Trend – kurzer Spitalsaufenthalt bei Geburten und anderen Operationen – wird weiter zunehmen und das ist gut so; es ist eine Verschwendung von Ressourcen, lediglich aufgrund organisatorischer Unzulänglichkeiten z. B. Wöchnerinnen – aber auch alle anderen Patienten – ohne medizinisch fundierte Begründung präoperativ und unnötig lange post-

operativ im Spital zu belassen – das macht unnötig Arbeit, beinhaltet alle möglichen Risiken (u. a. Infektion) und verhindert sogar sehr oft eine adäquate Erholung bzw. Rehabilitation.

Um das zeitgemäß zu organisieren, müssen die Spitalsstrukturen verschlankt, die Organisation verbessert und die Finanzierungsform radikal verändert werden. Gleichzeitig muss aber die Überwachung bzw. Versorgung außerhalb des Spitals, also im niedergelassenen Bereich, wesentlich verbessert werden.

Der eklatante Mangel an Hebammen mit Kassenvertrag charakterisiert die Situation der österreichischen und speziell der Wiener Gesundheitsversorgung sehr gut:

Einerseits wird die Behandlung in Spitälern heruntergefahren – in der Planung des SMZ Nord geht man von 30 % ambulanten Geburten aus!! –, gleichzeitig finden aber die Patienten im extramuralen Bereich nicht ausreichend (vor allem öffentlich finanzierte) Strukturen vor – ein typisches „Potemkinsches Dorf“.

Ein Potemkinsches Dorf wird als etwas bezeichnet, das fein herausgeputzt ist, um den tatsächlichen verheerenden Zustand zu verbergen – oberflächlich wirkt es ausgearbeitet und beeindruckend, es fehlt aber die Substanz. Potemkin, Gouverneur unter der Zarin Katharina II., habe nach dieser Legende vor dem Besuch seiner Herrscherin entlang der Wegstrecke Dörfer aus bemalten Kulissen zum Schein errichten lassen, um das wahre Gesicht der Gegend zu verbergen ...

Wer aber glaubt, dass das Phänomen „außen hui, innen pfui“ nur das Problem nie-

dergelassener Hebammen betrifft, für den sei noch das eine oder andere Beispiel aus der Frauenheilkunde angeführt:

Im *Sozialmedizinischen Zentrum* Süd und Ost müssen Schwangere als Voraussetzung für die Anmeldung zur Geburt nachweisen, dass sie *privat zu bezahlende* pränataldiagnostische Untersuchungen durchführen haben lassen, weil das öffentliche System offenbar nicht mehr in der Lage ist, die aus populistischen Gründen vorgegebene Parole „Alles, was medizinisch sinnvoll ist, wird von der öffentlichen Hand für die Patienten unentgeltlich angeboten“ umzusetzen.

Noch weitere Beispiele gefällig?

Das Neugeborenenhörscreening, dessen Ziel es ist, möglichst alle Neugeborenen zu untersuchen, weil ein Früherkennen einer Hörschädigung die Chancen erhöht, das vorhandene Restgehör während der kritischen Periode des Spracherwerbs zu stimulieren, funktioniert im niedergelassenen Bereich einfach nicht. Nicht unbedingt, weil das Know-how nicht vorhanden ist, sondern weil die Finanzierung fehlt. Als Folge davon treten vereinzelt bedauerliche, vermeidbare Fälle von heranwachsenden Kindern mit ausgeprägten Hör- und Sprachentwicklungsschäden auf.

„Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar“ – ein Zitat von Ingeborg Bachmann, der Kärntner Dichterin, nach der Literaturpreise genannt werden, deren bekanntestes Zitat aber kaum Beachtung findet – weder in der Gesundheitsorganisation noch in anderen Bereichen der Politik ...

Wenn man sich und anderen laufend etwas vormacht und sich scheut, der Wahrheit ins Auge zu sehen, perpetuiert man zwangsläufig den – zunehmend desolaten – Ist-Zustand. Nur durch eine ehrliche und offene Analyse besteht eine Chance, veraltete oder nicht mehr effiziente Strukturen zu ändern.

Betrachtet man die Entwicklung der Gesundheitsorganisation in den letzten Jahren, so ist das System vor allem dadurch charakterisiert, dass die Anforderungen – weitgehend zu Recht – enorm zugenommen haben: aufwendigere, komplexere und differenziertere Medizin, anspruchsvollere Patienten, höhere Anforderungen an Auf-

klärung durch die – gerechtfertigte – Zunahme der Patientenautonomie, erhöhte Dokumentationspflicht als forensische Vorgabe (u. a. um sich vor ungerechtfertigten Klagen besser schützen zu können), zeitaufwendigere Interaktion mit den Patienten (u. a. wegen Sprachschwierigkeiten und kulturellen Unterschieden) bei gleichzeitig stagnierenden Investitionen.

Verstärkt wird dieses schleichend an Brisanz zunehmende Problem durch die abrupte Umsetzung der EU-Arbeitszeitregelung, die seit mehr als 10 Jahren bekannt war, jahrelang ignoriert, dann aber mehr oder weniger von einem Tag auf den anderen eingeführt wurde.

Es wurden zwar in der Folge die Ärztegehälter so recht und schlecht angepasst, die Spitalsträger erwarten aber, dass mit demselben Personal – das jetzt wesentlich weniger arbeiten darf – dieselben (und eigentlich vermehrte) Leistungen erbracht werden.

In abgewandelter Form kann man hier von der **Tragik der Allmende** sprechen – laut Wikipedia ein sozialwissenschaftliches Modell, nachdem begrenzte Ressourcen durch Übernutzung bedroht sind.

Plakativ dargestellt: Wenn einzelne Hirten gemeinsam ein Rinderweideland nutzen, besteht die Gefahr, dass einzelne Hirten ihre Rinder unkontrolliert – über das Ernährungspotenzial der Weide hinausgehend – auf die Weide treiben. Das geht lange gut, bis dann ein zusätzliches Rind das ganze System zusammenbrechen lässt und alle – nicht nur das letzte – verhungern.

Das Gesundheitssystem – vor allem in Wien – ist zweifelsohne in der Phase der (fast sprichwörtlich verwendeten) „dürren Allmendekuh“. „Wie viel Kühe man noch auf die Weide treiben“ (also zusätzliche Anforderungen stellen) oder die Weide verkleinern kann (also dem System Ressourcen entziehen), bleibt letztlich offen.

Klug wäre es allerdings, nicht bis zum völligen Zusammenbruch zu warten.



o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein

Vorstand der Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Frühschwangerschaft in Österreich

Kündigungsschutz, Fristen für Abbruch, vorzeitiger Mutterschutz

C. Brezinka

Die Frühschwangerschaft ist in vieler Hinsicht eine einmalige Phase der Entwicklung – sowohl in der menschlichen Biologie als auch im Medizinrecht. Nirgendwo sonst treffen Strafrecht, Zivilrecht und Arbeitsrecht so deutlich zusammen. Es beginnt mit der Frage, ab wann eine Frau „juristisch“ schwanger ist und damit Kündigungsschutz genießt. In ganz anderem Kontext stellt sich die Frage des Beginns der Schwangerschaft bei der Berechnung der „Frist“ der österreichischen Fristenlösung, der Zeit, in der ein Schwangerschaftsabbruch straffrei bleibt. Für alle Schwangeren in Österreich gilt eine 8-Wochen-Frist des völligen Arbeitsverbots, zurückgerechnet vom Geburtstermin. Diese Frist kann bei entsprechender medizinischer Indikation auch vorverlegt werden. Wie weit in die Frühschwangerschaft bis hinein in die Zeit um die Konzeption dieser „vorzeitige Mutterschutz“ gehen kann, ist ein tagtäglich in Ordinationen und Ambulanzen umstrittenes Thema.

Ab wann ist die Frau schwanger?

Die Berechnung des Schwangerschaftsalters beruht auf einer einfachen, kalenderbasierten Rechenregel, die mit dem Namen des Heidelberger Frauenarztes Franz Karl Naegle (1778–1851) verbunden ist. Er selbst schrieb, dass er sie von dem niederländischen Gelehrten Herman Boerhave (1668–1738) übernommen und lediglich vereinfacht hatte. Die Naegle'sche Regel geht davon aus, dass die Ovulation exakt 14 Tage nach dem 1. Tag der letzten Regel stattfindet. Der errechnete Geburtstermin (EGT) – genau 40 Kalenderwochen nach der letzten Regel – ergibt sich folglich aus:

[erster Tag der letzten Regelblutung] + 7 Tage – 3 Monate + 1 Jahr = EGT

In der Zeit zwischen Regelblutung, Ovulation und Konzeption ist die Frau nicht schwanger. Die exakte Konzeption lässt sich bis heute nur im Bereich der assistierten Reproduktion festlegen. Somit bleibt das Datum der letzten Regel, trotz aller ihrer Ungenauigkeiten, was Zykluslänge, Ovulationszeitpunkt und Erinnerung betrifft, eine tagtäglich gebrauchte, relativ verlässliche Grundlage zur Bestimmung des Schwangerschaftsalters.

Kündigungsschutz in der frühen Frühschwangerschaft

§ 10. (1) Dienstnehmerinnen kann während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbin-

derung rechtswirksam nicht gekündigt werden, es sei denn, dass dem Dienstgeber die Schwangerschaft beziehungsweise Entbindung nicht bekannt ist.
[Mutterschutzgesetz (MSchG) 1979]

Vor über 20 Jahren hatte der österreichische OGH einen Fall zu entscheiden, in dem es darum ging, ob einer Frau unrechtmäßig während einer bereits bestehenden Schwangerschaft ihr Arbeitsverhältnis gekündigt worden war: Sie bekam am 11. Mai die Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses zum 30. Juni ausgesprochen. Sie erfuhr am 3. Juni, dass sie schwanger war, auf Basis einer letzten Regelblutung am 23. April wurde der 30. Jänner des Folgejahres als errechneter Geburtstermin festgelegt. Tatsächlich wurde die Frau dann am 28. Jänner im folgenden Jahr von einem reifen Knaben entbunden.

Sie klagte gegen die Kündigung vom 11. Mai, da sie damals bereits schwanger gewesen sei. Das Gericht rekonstruierte, sachverständig beraten, dass die Ovulation um den 6. Mai stattgefunden haben musste, die Konzeption also zwischen dem 5. und 7. Mai erfolgt war. Demnach war die Klägerin am 11. Mai, dem Tag der Kündigung, am 19. Zyklustag – also schon *„einige Tage schwanger“*. In der Urteilsbegründung wies der OGH darauf hin, dass juristisch die Schwangerschaft „mit dem Eindringen der Samenzelle in die Eizelle“ beginnt (OGH 9ObA23/95).

Diese Erkenntnis des OGH mit einer betont arbeitnehmerfreundlichen Auslegung des Schwangerschafts-Kündigungsschutzes bereits ab dem 19. Zyklustag fiel zeitlich mit der Verbreitung der damals noch „Retortenbaby“ genannten Methoden der medizinisch assistierten Reproduktion in Österreich zusammen. Zunehmend stellte sich die Frage, ob denn jede Frau, die Kryo-Embryonen in einem IVF-Zentrum aufbewahren ließ und damit nachweislich die Stufe von „Eindringen der Samenzelle in die Eizelle“ überwunden hatte, dadurch in ihrem Arbeitsverhältnis schon pragmatisiert war und Kündigungsschutz genoss, solange die Embryonen weiter gekühlt wurden.

Genau diese Fragestellung sollte einige Jahre später den OGH beschäftigen, der sie dem Europäischen Gerichtshof in Luxemburg vorlegte.

In diesem Fall war die Klägerin ab dem 3.1.2005 als Kellnerin beschäftigt, sie wur-

de am 10.3.2005 gekündigt. Am 13.3.2005 hatte sie einen Embryotransfer, die Follikelpunktion hatte am 8.3.2005 stattgefunden, vom Tag der Follikelpunktion bis zum Tag des Embryotransfers war sie vom Hausarzt krankgeschrieben gewesen. Sie wurde erfolgreich schwanger und klagte gegen die Kündigung mit einer Begründung, die ausdrücklich auf das OGH-Erkenntnis **9ObA23/95** aus dem Jahr 1995 Bezug nahm: *„Es ist davon auszugehen, dass zum Kündigungszeitpunkt die der Klägerin entnommenen Eizellen bereits mit den Samenzellen ihres Partners verschmolzen waren, also ‚Embryonen in vitro‘ vorhanden waren“*. Der vom OGH angerufene Europäische Gerichtshof (EuGH) entschied am 26.2.2008, dass sich eine gekündigte Frau nicht auf den Schutz der „Mutterschutzrichtlinie“ berufen kann, wenn zum Zeitpunkt des Ausspruchs der Kündigung zwar bereits befruchtete Eizellen existieren, diese aber noch nicht in die Gebärmutter der Frau eingesetzt worden sind (**RS C-506/06 Mayr**).

Diese Entscheidung scheint den „juristischen Beginn der Schwangerschaft“ wieder um einige Tage von der Vereinigung von Samen und Eizelle in Richtung der Implantation im Uterus zu verschieben.

Strafffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich – die Frist der „Fristenlösung“

§ 97 StGB Die Tat ist ... nicht strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird.

Der Gesetzespassus, der in Österreich die Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs regelt, stammt aus dem Jahr 1975 und ist für heutige Verhältnisse ausgesprochen unpräzise. Das Gesetz stammt aus der Vor-Ultraschall-Ära, als die Schwangerschaftsdauer nur sehr grob mittels Anamnese und Tastbefunden geschätzt werden konnte. Mit dem Schlagwort „Fristenlösung“ sollte eine Zeitspanne festgelegt werden, in der die Schwangerschaft straffrei abgebrochen werden konnte. Im Gegensatz zu allen anderen Abtreibungsgesetzen der Nachbarstaaten wurden die österreichischen Bestimmungen nie novelliert, um sie an die

geänderten Gegebenheiten, vor allem die Entwicklungen in der Pränatalmedizin seit 1975, anzupassen [1].

Die Zeit zwischen Ovulation und Konzeption beträgt rund 24 bis maximal 48 Stunden. Die Zeit zwischen Ovulation und Implantation, also dem Zeitpunkt, der nun im Arbeitsrecht als Beginn der Schwangerschaft gilt, beträgt 5–6 Tage. In der Reproduktionsmedizin wird der Moment der Implantation, also knapp eine Woche nach dem Eisprung, als Beginn der Schwangerschaft berechnet. Durch die Formulierung im Strafgesetzbuch „drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft“ kommt man nicht darum herum auszurechnen, welche Zeiten die möglichen Kombinationen von 3 Monaten im Lauf eines Kalenderjahres ergeben (Tab. 1).

Beginnt man mit dem ersten Tag der letzten Menstruation und bleibt innerhalb der Naegle'schen Regel, dann dauert es 14 Tage bis zur Ovulation, weitere 2 Tage bis zum Abschluss des Vorgangs des „Eindringens der Samenzelle in die Eizelle“, dann beginnt die Schwangerschaft 16 Tage nach der letzten Regel. Die Frist der straffreien 3 Monate – 13 abgeschlossene Kalenderwochen – beginnt dann zu laufen. Von der letzten Regel an gerechnet ist die Frist damit 15+2 Wochen. Nimmt man die „arbeitsrechtliche“ Frist, wonach die Schwangerschaft ab der Implantation, also 20 Tage nach der letzten Regel, besteht, dann wäre der Schwangerschaftsabbruch in Österreich bis zur abgeschlossenen 16. SSW (nach Naegle'scher Regel) straffrei.

Derartig späte Schwangerschaftsabbrüche sind selten und müssen mit medikamentösen Methoden eingeleitet werden. Schwangerschaftsabbrüche aus mütterlicher Indikation (um Gesundheit und Leben der Schwangeren zu schützen) und fetaler Indikation (bei pränatal diagnostizierten schweren Fehlbildungen) unterliegen in Österreich nicht der „Fristenregelung“, können also auch zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Dieser Problematik wurde in diesem Journal schon viel Raum gewidmet [2, 3]. Bei der „Fristenregelung“ – also ohne maternale und fetale Indikation – ist ungeklärt, ob der sich meist über mehrere Tage hinziehende Prozess der medikamentösen Abortinduktion 112 Tage (16 Wochen) nach der letzten Regel begonnen werden darf oder bereits abgeschlossen sein muss.

Tabelle 1: Anwendung des Gesetzestextes „die ersten 3 Monate nach Beginn der Schwangerschaft“: Im Schnitt betragen die 3 aufeinanderfolgenden Monate 91 Tage, was 13 Wochen entspricht.

Jänner + Februar + März	90 Tage (Schaltjahr 91 Tage)
Februar + März + April	89 Tage (Schaltjahr 90 Tage)
März + April + Mai	92 Tage
April + Mai + Juni	91 Tage
Mai + Juni + Juli	92 Tage
Juni + Juli + August	92 Tage
Juli + August + September	92 Tage
August + September + Oktober	92 Tage
September + Oktober + November	91 Tage
Oktober + November + Dezember	92 Tage
November + Dezember + Jänner	92 Tage
Dezember + Jänner + Februar	90 Tage (Schaltjahr 91 Tage)

Vorzeitiger Mutterschutz – Frühkarenz

§ 3. (1) *Werdende Mütter dürfen in den letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung (Achtwochenfrist) nicht beschäftigt werden.*

(2) Die Achtwochenfrist (Abs. 1) ist auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses zu berechnen. Erfolgt die Entbindung früher oder später als im Zeugnis angegeben, so verkürzt oder verlängert sich diese Frist entsprechend.

(3) Über die Achtwochenfrist (Abs. 1) hinaus darf eine werdende Mutter auch dann nicht beschäftigt werden, wenn nach einem von ihr vorgelegten Zeugnis eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet wäre.

[Mutterschutzgesetz (MSchG 1979)]

Im Jahr 1931 erklärte das Hygiene-Komitee des Völkerbundes (aus dem später die WHO wurde) auf Basis einer der ersten multinationalen arbeitsmedizinischen Studien: „Schwere körperliche Arbeit als Domestik in oder in der Fabrik ist eine wichtige Ursache von Frühgeburten“ [4]. Alle europäischen Staaten führten nach 1945 Mutterschutzbestimmungen mit Arbeitsverbot in den Wochen vor der Geburt ein. In Österreich gilt die oben aufgeführte gesetzli-

Tabelle 2: Indikationsliste für vorzeitigen Mutterschutz des Sozialministeriums aus dem Jahr 2010 (BMAK-462.320/0012-VII/A/4/2010).

Gründe für Freistellung gem. § 3. Abs. 3 MSchG

1. Anämie mit Hb < 8,5 g/dl mit zusätzlicher kardiopulmonaler Symptomatik
2. Auffälligkeiten im pränatalen Ultraschall mit drohendem Risiko einer Frühgeburt unter laufender Therapie (z. B. Polyhydramnion)
3. Belastende Anamnese mit Status post spontanem Spätabort oder Frühgeburt eines Einlings (16.–36. SSW)
4. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus, wenn schwer einstellbar
5. Kongenitale Fehlbildung
6. Mehrlinge
7. Organtransplantierte (Niere, Herz) Schwangere
8. Placenta praevia bzw. partialis ab 20. SSW
8. Präeklampsie, EPH-Gestose
10. Sonographisch bewiesene subamniotische oder subplazentare Einblutungen (Hämatome) mit klinischer Symptomatik
11. Status post Konisation
12. Thromboembolische Geschehen in der laufenden Schwangerschaft
13. Uterusfehlbildungen
14. Verdacht auf Placenta increta/percreta inklusive Narbeninvasion ab 20. SSW
15. Wachstumsretardierung mit nachgewiesener Mangelversorgung des Fetus
16. Zervixinsuffizienz: Zervixlänge < 25 mm Länge und/oder Cerclage in laufender Schwangerschaft
17. Grunderkrankungen der Schwangerschaft (internistischer, pulmonologischer, neurologischer, psychiatrischer Art) jeweils vom jeweiligen FA begutachtet und selbiger beantragt eine Freistellung, wenn eine Gefährdung für Mutter und Kind vorliegt.

Tabelle 3: Hinweise und Präzisierungen der Indikationsliste für vorzeitigen Mutterschutz des österreichischen Sozialministeriums aus dem Jahr 2010 (BMAK-462.320/0012-VII/A/4/2010).

- a. Vorzeitiger Mutterschutz ist erst ab der 15. SSW möglich.
- b. Nicht angeführte Pathologien sind im Einzelfall zu entscheiden.
- c. Hyperemesis, Lumbalgie, Blutungen in der Frühgravidität, Hypotonie mit Kollapsneigung stellen keine Freistellungsgründe dar, sondern begründen einen Krankenstand.
- d. Die Tatsache, dass es sich um eine ältere Schwangere handelt (> 35 a), ergibt nicht automatisch einen Freistellungsgrund.
 - Sind die Beschwerden der werdenden Mutter nicht medizinisch begründet, sondern durch Nichteinhaltung der Beschäftigungsverbote bedingt, so kommt eine Freistellung gem. § 3. Abs. 3 MSchG nicht in Betracht.
 - Gefahren für die Sicherheit oder Gesundheit am Arbeitsplatz können keine Freistellung gem. § 3. Abs. 3 MSchG bewirken.
 - Liegen Gefahren vor ... ist eine Änderung der Arbeitsbedingungen anzustreben. Besteht kein geeigneter Arbeitsplatz, ist die werdende Mutter vom Arbeitgeber von der Arbeit freizustellen.

che 8-Wochen-Frist. Zur Praxis des vorzeitigen Mutterschutzes in Österreich nach § 3. Abs. 3 MSchG gibt es auffallend wenig Literatur. Die Handhabung ist von Bundesland zu Bundesland und innerhalb der Bundesländer von Bezirk zu Bezirk sehr unterschiedlich [5].

Im Jahr 2010 erließ das österreichische Sozialministerium Bestimmungen, nach welchen Kriterien von ärztlicher Seite mit der Freistellung gem. § 3. Abs. 3 Mutterschutzgesetz 1979 vorzugehen ist: „Eine werdende Mutter darf ... nicht beschäftigt werden, wenn Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind bei Fortdauer der Be-

schäftigung gefährdet wären ... Die Begründung für einen Antrag auf Freistellung gem. § 3. Abs. 3 MSchG obliegt der Fachärztin des jeweiligen medizinischen Fachgebietes, in dessen Bereich die Indikation fällt“ (BMAK-462.320/0012-VII/A/4/2010). Der Erlass enthält auch eine 18-Punkte-Liste mit Gründen für die Freistellung gem. § 3. Abs. 3 MSchG (Tab. 2), weiters Präzisierungen und Hinweise (Tab. 3).

In den Präzisierungen des Erlasses wird deutlich darauf hingewiesen, dass vorzeitiger Mutterschutz erst ab der 15. SSW möglich ist. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen Schwangere, denen die Fortsetzung der

Arbeit nicht zumutbar ist, vom Arzt nach § 120 Abs. 1 ASVG krankgeschrieben werden [6].

Alle Ärzte, die Schwangere betreuen, kennen die vielen Alltagsprobleme, die die gut gemeinten Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes mit sich bringen. Gerade im ärztlichen Bereich beobachten wir oft ein Unterlaufen der Bestimmungen, wobei Frauen ihre Schwangerschaften so spät wie möglich melden, um in ihrer beruflichen Entwicklung nicht durch die vielen Verbote behindert zu werden, die die Schwangerschaft schützen sollten [7]. Hier geraten Verschwiegenheitspflicht, die ungeschriebenen Regeln der Kollegialität und dienstrechtlich vorgegebene Fürsorgepflichten in schwer zu lösende Konflikte. Wie in anderen Bereichen der Sozialgesetzgebung kommt in Teilen der Arbeitswelt auch Missbrauch vor – etwa durch Weiterarbeiten in Schwarzarbeit im vorzeitigen Mutterschutz. Diese Probleme lassen sich, im Rahmen des Möglichen, nur in enger Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Gynäkologen, Schwerpunktspitälern und Amtsärzten lösen. Ähnlich wie in anderen Ländern Europas sollte auch in Österreich eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Problem der Arbeit, aber auch der Arbeitslosigkeit und den Risiken für Schwangerschaft und Geburt erfolgen [8, 9]. Die Sachkompetenz bei der Bewertung des Risikos einer jeden Schwangerschaft liegt zweifellos bei den Gynäkologen. Es ist daher zu fordern, dass diese sich im Wege ihrer Fachgesellschaften in die Debatte einbringen und von den Entscheidungsträgern auch gehört werden.

LITERATUR:

1. Brezinka C. Gesetze, Rechtsprechung und Einstellung zu Schwangerschaftsabbruch bei Fehlbildung in Europa. *Gyn Praxis* 2011; 35: 616–27.
2. Arzt W, Chalubinski K, Dadak C, et al. Konsensus-Statement: „Spät-Abbruch“. *Speculum* 2002; 20 (4): 6–9.
3. Husslein P, Langer M. Fetoizid-abstoßende Horrorvision oder denkbare Therapiealternative? *Speculum* 2002; 20 (1): 3.
4. Saurel-Cubizolles MJ, Kaminsky M. Work in pregnancy: its evolving relationship with perinatal outcome (a review). *Soc Sci Med* 1986; 22: 431–42.
5. Ludescher K, Baumgartner E, Roner A, et al. Der vorzeitige Mutterschutz in Tirol. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 1998; 38: 211–5.
6. Spitzl A. Die Krankschreibung im Sozialrecht. *Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht (ZAS)* 2003; 27: 148–54.
7. Bühren A. Mutterschutz ja – Berufsverbot nein. *Der Frauenarzt* 2011; 52: 17–21.
8. Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Di Renzo GC, et al. Risk factors for 14–21 week abortions: a case-control study in Europe. The Europop Group. *Hum Reprod* 2000; 15: 2426–32.
9. Vigoureux S, Blondel B, Ringa V, et al. Who are the women who work in their last month of pregnancy? Social and occupational characteristics and birth outcomes of women working until the last month of pregnancy in France. *Matern Child Health J* 2016; 20: 1774–9.

Korrespondenzadresse:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka
Vorsitzender der AG Medizin und Recht der OEGGG
Universitätsklinik für gynäkologische
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-Mail: christoph.brezinka@i-med.ac.at

Insertio velamentosa und Vasa praevia

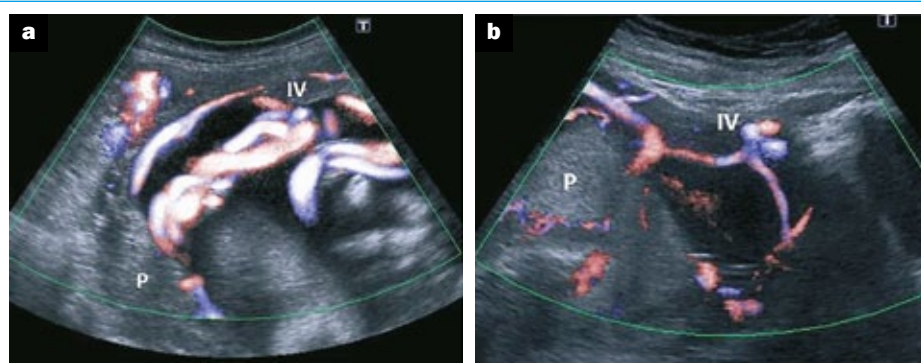
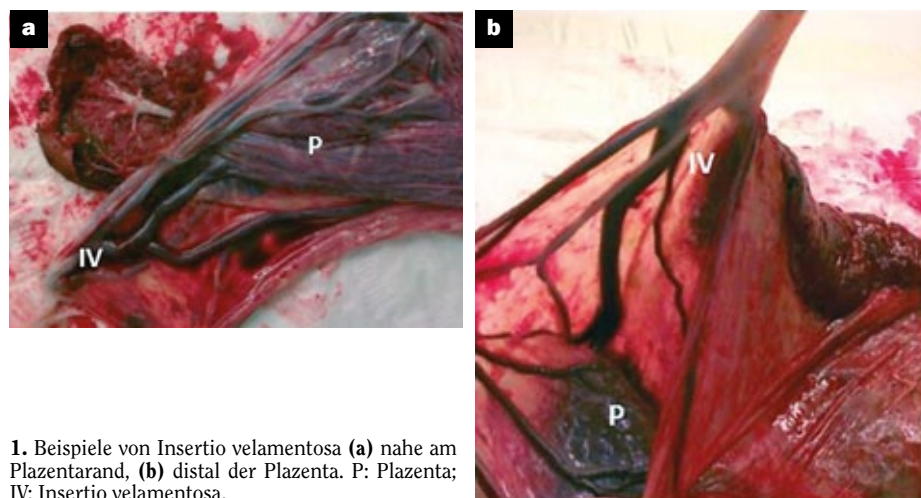
G. Yerlikaya, K. M. Chalubinski

Insertio velamentosa (IV) ist eine Anomalie des Nabelschnuransatzes mit einer Insertion direkt an den Eihäuten und somit mit einem freien, ungeschützten Gefäßverlauf zur Plazenta, da die Wharton'sche Sulze hier fehlt (Abb. 1, 2).

Die Inzidenz wird bei Einlingsschwangerschaften mit 1 % angegeben. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich jedoch bei einer

Mehrlingsgravidität deutlich und beträgt bei Zwillingen 6 % und bei Drillingen bis zu 50 %.

Vasa praevia (VP) stellt eine Sonderform der tief im unteren Uterinsegment lokalisierten Insertio velamentosa dar, bei der die frei liegenden umbilikalen Gefäße in der Nähe des inneren Muttermundes verlaufen (Abb. 3). VP kann auch bei tiefem



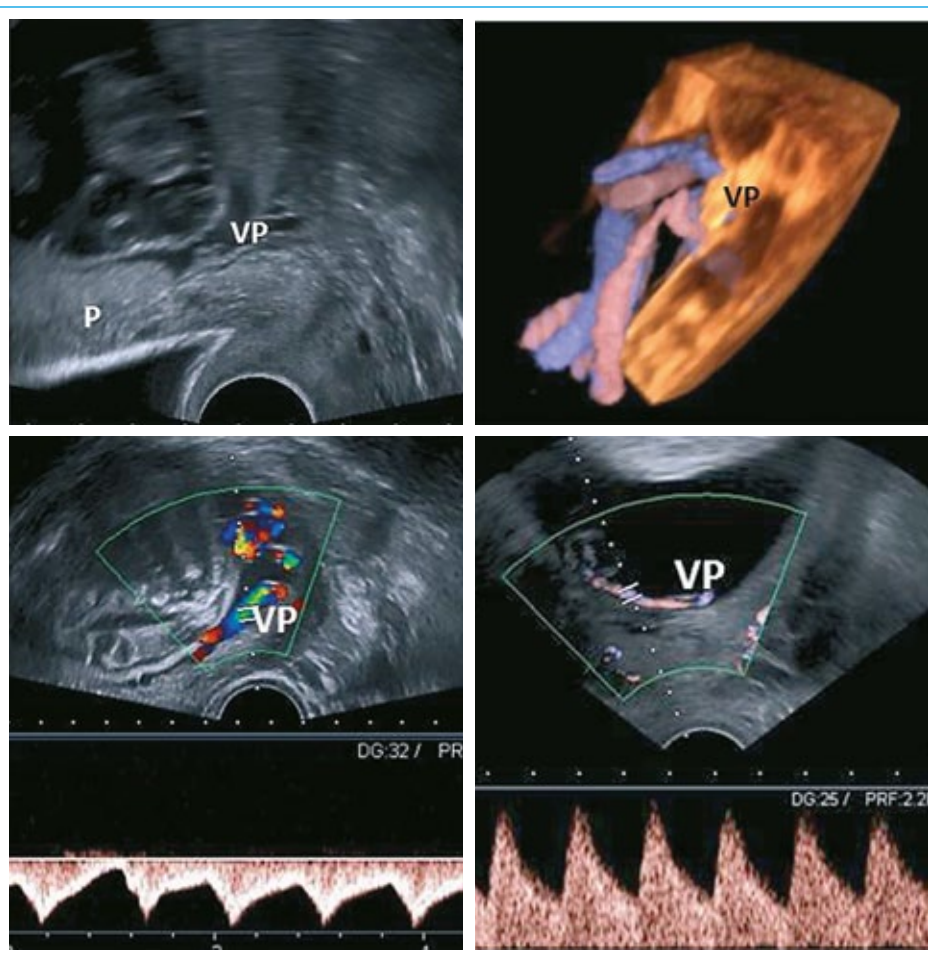
Plazentasitz mit einem Nabelschnur-Ansatz am kaudalen Rand sowie bei einer Placenta bilobata/succenturiata vorkommen (Abb. 4, 5).

Die Häufigkeit wird mit 1:1200–5000 Schwangerschaften angegeben. Eine vorausgegangene IVF-Behandlung erhöht die Auftrittswahrscheinlichkeit; eine Steigerung der Inzidenz ist aufgrund der weltwei-

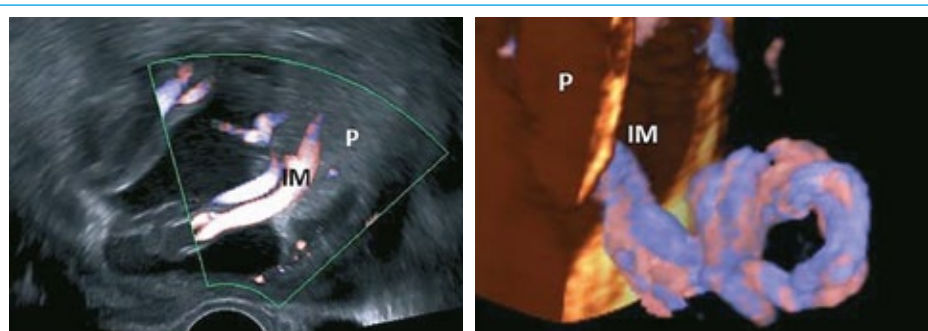
ten Zunahme der artifiziiellen Reproduktionsmedizin zu erwarten.

Entstehungstheorie

Ein Zusammenhang einer auffälligen Plazentastruktur mit Auftreten von VP wurde bereits mehrfach beschrieben. Eine Assoziation zwischen VP und einem tiefen Plazenta-



3. Beispiele von Vasa praevia in unterschiedlicher sonographischer Darstellung. P: Plazenta; VP: Vasa praevia.



4. Insertio marginalis z. T. velamentös am kaudalen Plazentarand. P: Plazenta; IM: Insertio marginalis.



5. Insertio velamentosa bei Plazenta bilobata. P: Plazenta; IV: Insertio velamentosa.

sitz wurde bewiesen, jedoch ist die ursächliche Entstehung dieser Pathologie nach wie vor unklar. Die bekannteste Hypothese ist die so genannte Trophotropismus-Theorie, in der am Anfang der Schwangerschaft eine regelrechte, zentrale Insertion der Nabelschnur in das Plazentabett vorliegt, jedoch kommt es im Verlauf der Schwangerschaft zu einer „Plazentawanderung“, bei der die Chorionzotten den ungünstigen Nährboden, an dem sie haften, verlassen und sich in Bereiche besserer Uterusdurchblutung im oberen Corpus bzw. Fundus uteri festsetzen. Die Nabelschnur kann dieser Verschiebung nicht folgen und somit kommt es zur Entstehung von IV. Es ist darauf hinzuweisen, dass die „Plazentamigration“ kein aktiver motorischer Vorgang ist, sondern vielmehr aufgrund einer Atrophie im proximalen Bereich der Nabelschnurinsertion bei gleichzeitiger Ausbildung des distalwärts gelegenen Plazentaabschnittes entspricht.

Eine weitere Theorie vermutet die Entstehung der IV in Abhängigkeit von der Ausrichtung der Blastozyste zum Zeitpunkt der Nidation. Falls der Embryo nicht mit seiner anterioren Seite zur Implantationsfläche eingenistet ist, kommt es zur stärkeren Ausdehnung des gefäßführenden Bauchstiels und in Folge können die Umbilikalgefäße eine marginale oder velamentöse Mündung aufweisen.

Prä- und perinatale Gefährdung

Trotz der Seltenheit ist diese Anomalie pränataldiagnostisch eine sehr bedeutende.

Eine der möglichen Komplikationen stellt die Kompression der umbilikalen Gefäße dar, welche im Schwangerschaftsverlauf zu einer fetalen Mangelentwicklung und intrapartal zu einer wehenbedingten Asphyxie führen kann.

Die aberrierenden Gefäße sind beim Blasensprung bzw. bei der Amniotomie stark rupturgefährdet und dies kann zu einer lebensbedrohlichen fetalen Blutung führen.

Bei pränatal nicht erkannter VP wird die fetale Mortalität mit 50 % bei intakten Eihäuten angegeben und steigt in Zusammenhang mit einem Blasensprung auf 75 %. Im Falle des Überlebens benötigen

Tabelle 1: Pränatal diagnostizierte Fälle mit Vasa praevia und fetales Outcome. CS: Kaiserschnitt; k.A.: keine Angabe; IVF: *In-vitro*-Fertilisation; Kortison: Gestationswoche bei Kortison-Applikation zur Lungenreifeinduktion.

Fall	Konzeption	Einweisung Krankenhaus	Kortison	Geburtsmodus	SSW	Gewicht	Apgar	pH	Plazentaanomalie
1	Spontan	32+3	–	Elektiver CS	34+5	2120 g	9/9/9	7,38	Placenta praevia totalis bipartita
2	Spontan	36+4	–	Elektive CS	36+6	2920 g	10/10/10	7,36	–
3	Spontan	33+2	33+2/3	Elektive CS	35+6	2730 g	7/8/10	7,29	Placenta praevia totalis
4	Spontan	34+6	34+6/35+0	Elektive CS	35+0	2790 g	9/10/10	7,23	Tiefer Plazentasitz
5	IVF	33+5	33+5/6	Elektive CS	35+3	2490 g	7/8/9	7,34	Placenta bipartita
6	IVF	27+3	27+3/4	Elektive CS	30+5	1233 g 1340 g	9/9/9 8/8/8	– 7,35	Placenta praevia totalis Fet I
7	IVF	28+2	–	Notsectio	28+2	1340 g 1200 g	7/9/9 5/7/7	– –	Placenta praevia partialis Fet I
8	Spontan	36+0	–	Elektive CS	36+1	2880 g	9/10/10	7,24	Tiefer Plazentasitz
9	Spontan	k.A.	–	Elektive CS	34+3	2310 g	9/10/10	7,35	Placenta bipartita
10	Spontan	37+5	–	Elektive CS	37+6	2730 g	9/10/10	7,34	Placenta bipartita
11	Spontan	37+1	–	Elektive CS	37+2	2630 g	9/10/10	7,30	–

mehr als 50 % der Neugeborenen eine Bluttransfusion.

Pränatale Diagnostik

Eine gezielte Ultraschalluntersuchung macht die Früherkennung möglich und durch eine risikoadaptierte Betreuung kann das perinatale Outcome durch eine rechtzeitige Entbindung per Sectio massiv verbessert werden.

Ältere Studien zu diesem Thema sowie die „International Vasa Previa Foundation“ empfehlen nach einer Steroidapplikation zur Induktion der fetalen Lungenreife die Schnittentbindung bereits in der 35. SSW. Nun stellt sich die Frage, ob eine frühzeitige Entbindung zwingend notwendig ist oder ob eine individuelle, risikoangepasste Betreuung es zulässt, den Entbindungszeitpunkt hinauszuzögern, um die kindliche Prätermaturität zu verringern.

An der Abteilung für Geburtshilfe und Feto-Maternale Medizin der Universitätsfrauenklinik Wien wird seit einigen Jahren ein individuelles Vorgehen im Rahmen eines VP-Managements durchgeführt.

Eigenes Kollektiv

Im Zeitraum von 2003 bis 2014 konnten bei 11 Schwangeren VP pränatal erkannt werden. In 8 von 11 Fällen ist zugleich eine Plazentationsanomalie festgestellt worden.

In allen Fällen wurde eine elektive Sectio durchgeführt. In einem Fall musste aufgrund einer vorzeitigen Plazentalösung in der SSW 28+2 ein Notkaiserschnitt durchgeführt werden und ein weiterer ungeplanter Kaiserschnitt wurde bei einer Zwillingsschwangerschaft in der SSW 30+5 wegen plötzlich eingetretener starker vaginaler Blutung bei bekannter VP durchgeführt. In keinem der 11 Fälle kam es zum Tod des Neugeborenen und keines der Kinder war transfusionspflichtig.

Der früheste Entbindungszeitpunkt lag bei 28+2 SSW, der späteste bei 37+2 SSW. Die Terminisierung der Sectio wurde individuell in Abhängigkeit der medizinischen Vorgeschichte und des klinischen Verlaufes (vorzeitige Wehentätigkeit, vaginale Blu-

tung, sonstige drohende Frühgeburt) bestimmt (Tab. 1).

Literaturübersicht

■ Detektion der Nabelschnurinsektion

Die Darstellung der Nabelschnurinsektion und somit die mögliche Detektion von VP ist bereits zwischen der 9. und 14. SSW möglich. Im 2. Trimester beträgt die Sensitivität 100 % und die Spezifität 99,8 %. Um eine frühzeitige Detektion von VP zu ermöglichen, empfiehlt die Arbeitsgruppe um Hasegawa ein VP-Screening im späten 1. Trimester oder am Beginn des 2. Trimesters, ggf. mit weiteren Verlaufskontrollen bei Schwangerschaften, welche einen tiefen Nabelschnuransatz aufweisen. Dieselben Autoren konnten in früheren Studien zeigen, dass Ansatzanomalien häufiger bei Plazentation im unteren Drittel des Uterinsegmentes vorkommen.

■ Geburtshilfliches Management bei Vasa praevia

Obwohl die Detektionsrate pränatal sonographisch gut diagnostizierbar ist und folglich die Letalität des Fetus deutlich gesenkt werden kann, gibt es keine einheitlichen Empfehlungen zu Diagnostik und Management von VP. Ein generelles Screening zur Darstellung der Nabelschnurinsektion wurde bis dato nicht gefordert. Lediglich in einigen Arbeiten werden Kontrollen der Nabelschnurinsektion bei Patientinnen mit erhöhtem VP-Risiko während des 2. Trimesters, meist im Rahmen des Organscreenings, empfohlen.

Trotz einiger Studien (aufgrund der Seltenheit weisen diese nur kleine Fallzahlen auf) gibt es keine Angaben zum optimalen Entbindungszeitpunkt.

In den älteren Studien wird eine elektive Sectio in der 34.–35. SSW empfohlen. Diesem gehen die stationäre Aufnahme bereits zwischen der 26.–32. SSW und die Kortisonapplikation zur Lungenreifeinduktion voraus. Im Gegensatz dazu wird in einer neueren Studie ein individuelles Vorgehen angeboten, in dem der geplante Kaiserschnitt zwischen der 35. und 37. SSW durchgeführt wird. Dies entspricht auch der Vorgehensweise an unserer Klinik, wo sich ein individuelles Vorgehen bewährt hat.

Basierend auf den eigenen Daten sowie den neueren Literaturempfehlungen erscheint folgendes Management bei Vasa praevia empfehlenswert:

- 1. Trimester-Screening: Dokumentation der Nabelschnurinsertion.
- Organscreening: erneute Beurteilung des umbilikalen Ansatzes. Bei tiefem Plazentasitz mit Insertion im kaudalen Plazentaabschnitt sollte zusätzlich eine farbkodierte transvaginale Sonographie erfolgen, um ggf. einen zervixnahen umbilikalen Gefäßverlauf detektieren zu können.
- Bei nachweisbarer Vasa praevia, jedoch auch bei Insertio velamentosa im isthmusfernen Cavumabschnitt, sollten regelmäßige Wachstums- und Dopplerkontrollen zum Ausschluss einer Mangelversorgung durchgeführt werden.
- Bei Vasa praevia soll zusätzlich eine Risikoevaluierung mit Bezug auf Frühgeburts tendenz mit Bestimmung der Zervixlänge, Sekretkontrollen und ggf. Fibronektin-Test erfolgen. In Abhängigkeit davon wird das individuelle Vorgehen bestimmt. Bei Patientinnen

mit einem geringen Frühgeburtsrisiko kann eine Entbindung bis zur vollendeten 37. SSW hinausgezögert werden. Eine stationäre Überwachung ist hier jedoch ab der 35. SSW vorerst zu empfehlen.

Das Auftreten von Vasa praevia ist zwar sehr selten, jedoch ist die Inzidenz aufgrund der Zunahme der artifiziellen Reproduktion steigend. Pränatal unentdeckt stellt diese Pathologie eine akute Gefährdung für das Kind dar. Daher erscheinen ein diesbezügliches Screening und die Erarbeitung von einheitlichen Guidelines sinnvoll.

LITERATUR: bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. Gülen Yerlikaya

Abteilung für feto-maternale Medizin

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: guelen.yerlikaya@meduniwien.ac.at

Zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren in Österreich – Brauchen wir das?

E. Hanzal, H. Kölbl

Einleitung

Fall 1: Sie sehen eine 75-jährige Patientin, die sich mit chronischem, wechselnd starkem, weißlich-gelblichem vaginalem Fluor vorstellt, der manchmal übel riecht und zum Tragen von Vorlagen zwingt. Die Symptome nehmen zu und beeinträchtigen Lebensqualität und Sexualleben. Anamnestisch wurde vor 9 Jahren eine offene Sakrokolpopexie mit Hysterektomie durchgeführt, 5 Jahre zuvor eine partielle vaginale Explantation des Mesh-Implantates vorgenommen. Bei der Speculum-Untersuchung ist kein Rezidiv-Prolaps zu erkennen, im Apexbereich des Scheidenblindsackes sieht man Anteile eines Polypropylen-Netzes, dahinter eine Abszesshöhle, aus der sich reichlich eitriges Sekret entleert. Die Patientin ist schmerz- und fieberfrei.

Fall 2: Frau P.H., 78 Jahre, wird in einem Landeskrankenhaus mit Basisversorgung wegen eines massiven Scheidenblindsackprolaps untersucht, dabei fällt ein suspekt imponierendes Ulkus an der vorderen Vaginalwand auf. Die Biopsie ergibt ein Plattenepithelkarzinom. Die Patientin nimmt wegen Vorhofflimmern Marcoumar, hatte bereits einen Schlaganfall und ist Diabetikerin.

Fall 3: Die 80-jährige Frau W.I. leidet unter einer starken Obstipation (Darmentleerung ist nur einmal pro Woche möglich) bei massiver Rektozele, zusätzlich besteht eine überaktive Blase mit 4–5 Inkontinenzepisoden pro Tag. Drei verschiedenen Anticholinergika waren erfolglos, wegen der schlecht einstellbaren Hypertonie wurde eine Kontraindikation für Mirabegron gesehen. Die Patientin ist sehr adipös, wegen diverser Be-

gleiterkrankungen wurden 7 verschiedene Dauermedikationen verordnet.

„Kontinenz- und Beckenbodenzentren sind interdisziplinäre Einrichtungen, die sich schwerpunktmäßig Problemen der Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Erkrankungen des Beckenbodens widmen. Sie beschäftigen sich mit Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Versorgung. Ebenso obliegt ihnen die Fort- und Weiterbildung sowie Forschung. Ihr Ziel ist die Optimierung einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit aller beteiligten ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachbereiche zum Wohle der Betroffenen. MKÖ-zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren zeichnen sich durch besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten der kooperierenden Institutionen auf den Gebieten der Diagnostik und Therapie bei Harn- und Stuhlinkontinenz sowie bei Erkrankungen des Beckenbodens aus.“

So ist es auf der Website der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (www.kontinenzgesellschaft.at) zu lesen. Fälle, wie oben beschrieben, kommen heute gar nicht so selten vor. Die Altersstruktur der Bevölkerung, verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für chronische Erkrankungen und eine hohe Erwartungshaltung gegenüber den Fortschritten der Spitzenmedizin bringen aber neue Herausforderungen mit sich. Dieser Anspruch trifft jedoch auf Strukturen, die vielfach nicht mehr zeitgemäß erscheinen. Haben Sie sich vielleicht beim Lesen der Fallvignetten unwillkürlich gefragt, welche klinische Abteilung, welches Fach hier zuständig ist? Natürlich hat es solche komplexen klinischen Probleme schon gegeben und der traditionelle Zugang, die

Betroffenen in die dem eigenen Fach entsprechende Ambulanz zu schicken, war immer eine gute Idee – und ist es bis heute. Auch einen interdisziplinären Ansatz hat es schon gegeben und die Möglichkeit, ein anderes Fach über Konsilien einzubinden, ist ein Konzept, das sich ja durchaus bewährt und vielen Patienten geholfen hat. In Zeiten schwindender Personal-, Zeit- und Geldressourcen – Stichwort: Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz – geraten jedoch Organisationsstrukturen selbst großer Universitätskliniken gehörig unter Druck.

Können wir unter diesen Voraussetzungen den Spagat schaffen, die Expertise mehrerer Fach- und Berufsgruppen effizienter einzusetzen? Wie machen das die anderen? Es gibt mittlerweile viele multidisziplinäre Einrichtungen bei der Versorgung anderer Erkrankungen. Patientinnen mit Mammakarzinom werden in Österreich praktisch ausschließlich in Brustgesundheitszentren behandelt, Ähnliches gilt für Beckenmaligome und andere onkologische Krankheiten.

Deutschland wieder einmal Vorbild?

Bei unseren Nachbarn waren schon vor fast 20 Jahren Pioniere am Werk, die in einer verbesserten Zusammenarbeit mehrerer Fächer Vorteile sahen. Das Deutsche Beckenbodenzentrum unter seinem Koordinator Ralf Tunn darf hier wohl als richtungsweisend gelten. Die Gründung dieser Einrichtung hatte so eingeschlagen, dass sich plötzlich alles, was nur im Entferntesten etwas mit Kontinenz oder Beckenboden am Hut hatte, mit einem Mal „Beckenbodenzentrum“ nannte und bald war nicht mehr klar, ob man unter so etwas nun eine große universitäre Einrichtung oder eine bescheidene Physiotherapiepraxis verstehen durfte – es war eine Situation der Unübersichtlichkeit, vor allem für die Patienten, entstanden.

Das rief die Deutsche Kontinenzgesellschaft auf den Plan, die als einzige Vereinigung sämtliche befassten medizinischen Fächer und Berufsgruppen unter einen Hut brachte. Sie entwickelte, nicht ganz ohne Reibereien zwischen den einzelnen Fachgruppen, ein Zertifikat für „Kontinenz- und Beckenbodenzentren“, das die Mindestanforderungen klar definierte und damit Klarheit

für alle schaffte. In der Folge entstanden in Deutschland um die 70 solcher Zentren, der größte Teil davon bewirbt sich regelmäßig um die Rezertifizierung, was als Indiz dafür gelten kann, dass es sich dabei um kein allzu schlechtes Konzept handelt. Zumindest wurden dadurch Konflikte zwischen den Fächern spürbar mitigiert und für Betroffene ist nun besser erkennbar, welche Leistungen sie sich von zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren erwarten dürfen.

Der österreichische Weg

Noch unter der Präsidentschaft des rühmigen Helmut Madersbacher, dem ehemaligen Leiter der renommierten Neurourologie in Innsbruck und emsigen internationalen Netzwerker, wurde nach deutschem Vorbild 2008 auch in der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) ein Zertifikat für Kontinenz- und Beckenbodenzentren auf den Weg gebracht. Die Voraussetzungen für die Verleihung eines Zertifikates sind (nach http://www.inkontinenz.at/pdf/MKOe_Zertifizierung_Kriterien.pdf):

■ Allgemein:

1. Kooperation von mindestens 5 voneinander unabhängigen Fachdisziplinen, die sich schwerpunktmäßig mit der Behandlung von Kontinenz- und Beckenbodenproblemen befassen.
2. Obligate so genannte Kerndisziplinen: Urologie, Gynäkologie und Chirurgie, die als eigenständige Fachabteilung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausverbandes fungieren bzw. kooperierende Krankenhäuser.
3. Sie müssen eine besondere Expertise zur Beratung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Versorgung von Harnblasen-, Darm- und Beckenbodenfunktionsstörungen haben.
4. Die Kompetenz muss für Ärzte, Pflegepersonal und Physiotherapie nachgewiesen werden.
5. Die weiteren Disziplinen können z. B. sein: Geriatrie, Innere Medizin, Gastroenterologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, medizinische Psychologie, Ernährungsberatung.
6. Eine Kooperation mit weiteren Einrichtungen ist wünschenswert, insbesondere auch z. B. mit niedergelassenen Arztpra-

zen, ambulanten Pflegediensten, Reha-Einrichtungen oder einer Kontinenz-Selbsthilfegruppe.

■ **Administrativ:**

1. Bestimmung eines Koordinators, der einer der 5 geforderten Fachrichtungen angehört.
2. Ihm obliegt die Einberufung der regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Konferenz mit Anwesenheit jeweils eines Vertreters der Kooperationspartner aus dem ärztlichen und/oder nicht-ärztlichen Bereich, mindestens 4×/Jahr.
3. Er ist auch Ansprechpartner für die Kommunikation mit der MKÖ in organisatorischen Fragen, zumindest dieser Koordinator muss Mitglied der MKÖ sein.
4. Erstellung eines Flyers (Faltbroschüre) mit der Präsentation der kooperierenden Abteilungen.

■ **Fachlich/personell:**

1. Spezielle Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten und wissenschaftliches Engagement auf den Gebieten der Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Versorgung von Harnblasen-, Darm- und Beckenbodenfunktionsstörungen.
2. Nachweis einschlägiger themenbezogener Fort- und Weiterbildungen durch Einreichung von Publikationen oder Vorträgen zum Thema.
3. Mitarbeit in themenbezogenen Arbeitsgruppen.
4. Zum Team eines Kontinenz- und Beckenbodenzentrums gehören Fachärzte aus mindestens 5 Disziplinen, weiters
5. spezialisierte Pflegefachkräfte und spezialisierte Physiotherapeuten.
6. Ergänzend können weitere Fachkräfte in das Team eingebunden werden, z. B. Ernährungsberater, Verhaltenstherapeuten, Sozialarbeiter etc.

■ **Apparativ/technisch:**

1. Sonographie inklusive Perineal-/Introitussonographie und Endosonographie
2. Urodynamischer Messplatz (bevorzugt videourodynamischer Messplatz)
3. Anorektaler Messplatz
4. Endoskopie mit Urethrozystoskopie, Vaginoskopie, Rekto-/Proktoskopie
5. Radiologische Diagnostik
6. Fakultativ: neurophysiologische Untersuchungsmöglichkeiten

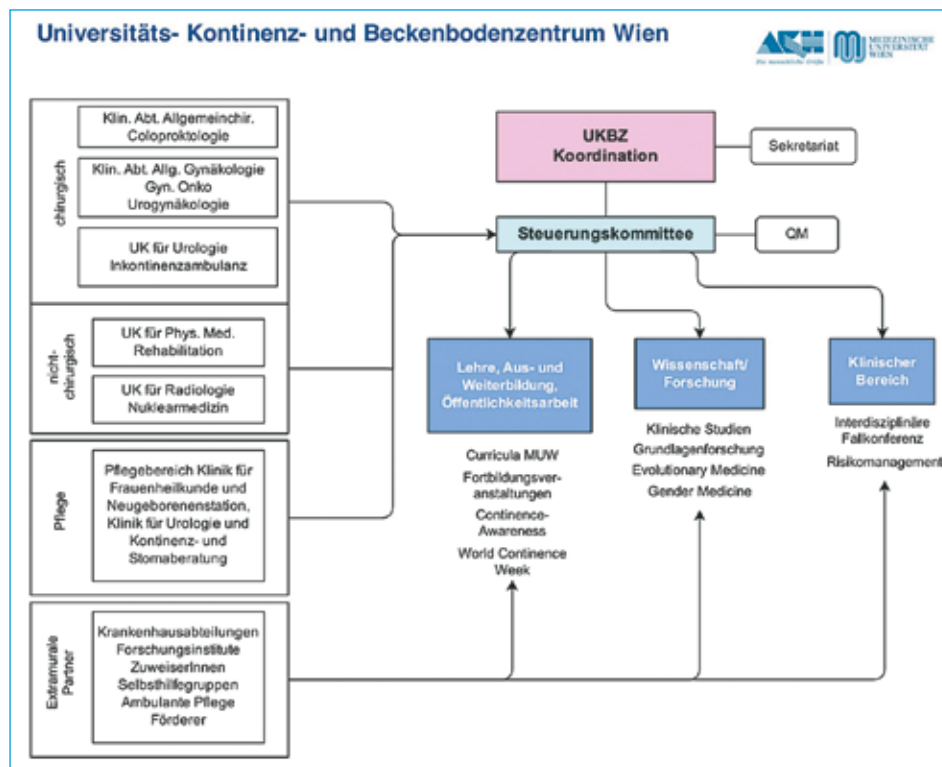
In Österreich wurden von der MKÖ seit 2009 insgesamt 8 Zentren zertifiziert, 6 davon haben derzeit ein aktives Zertifikat, darunter seit Oktober 2014 auch das Universitäts-Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (UKBZ) an der Medizinischen Universität Wien.

Besonderheiten eines Universitätsklinikums

In Wien sind neben den Kerndisziplinen die Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation und die Universitätsklinik für Radiologie vertreten, als assoziierter Partner auch die Schmerzmedizin der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Der Startschuss für die Etablierung des Zentrums erfolgte auf Initiative von Heinz Kölbl, dem damals neu bestellten Professor für allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, und seinem Pendant auf der Universitätsklinik für Urologie, Shahrokh Shariat. Beide sahen eine solche multidisziplinäre Einrichtung nach ihren Erfahrungen im Ausland als essenziell an. Unter der Koordination von Engelbert Hanzal wurden die notwendigen Voraussetzungen für ein erfolgreiches Audit im Laufe von 8 Monaten geschaffen. Zahlreiche Mitarbeiter bewältigten die erheblichen Vorarbeiten in kürzester Zeit.

Als Kernstück für die Arbeit des UKBZ wurde eine Geschäftsordnung entwickelt, die festlegt, wie die Eckpunkte der klinischen, administrativen und wissenschaftlichen Schwerpunkte wahrgenommen werden, sowie jene in der Lehre, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit. Hier sind auch die Jobprofile und Beziehungen der Zentrumspartner abgebildet (Abb. 1).

Im Rahmen des Projektes „Universitätsmedizin 2020“ ist das UKBZ zunächst als so genanntes „virtuelles Zentrum“ eingeplant, das nach und nach zu einem „Comprehensive Center“ nach Vorbild des „Comprehensive Cancer Center“ der MUW ausgebaut werden kann. Der Hauptprozess im klinischen Bereich ist die monatliche Fallkonferenz. Dort werden die Patientinnen über ein standardisiertes Formular über die Spezialambulanzen eingebracht und von den Experten der jeweiligen Fachrichtungen bzw. Pflegedienst und Physiotherapie diskutiert,



1. Organigramm des Universitäts-Kontinenz- und Beckenbodenzentrums (UKBZ) an der Medizinischen Universität Wien (die Abteilung für Schmerzmedizin ist hier noch nicht berücksichtigt, wird aber bei der Rezerifizierung 2017 eingepflegt).

das weitere Management wird nach Möglichkeit evidenzbasiert besprochen.

Zentral ist die Aufgabe des Case-Managers, der für jeden Fall definiert ist und bei dem sämtliche Fäden zusammenlaufen. Er oder sie ist auch für die Kommunikation mit den Betroffenen und die Umsetzung des Planes verantwortlich. Sofern es sinnvoll ist, werden auch die Verläufe der Be-

handlungen in der Fallkonferenz behandelt. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Besprechung und Dokumentation von Komplikationen und sonstigen Kennzahlen wie spezifische Operationen und Ambulanzfrequenzen. Für die Zukunft ist eine monatliche Erfassung und graphische Aufarbeitung dieser Daten geplant, um eine verbesserte Steuerung des Zentrums mittels Control Charts zu ermöglichen.

Tabelle 1: Fortbildungsveranstaltungen vom UKBZ (mit-) organisiert.

Titel	Verantwortlich	Ko-Organisation
First pelvic floor masterclass	Stefan Riss, Anton Stift	–
Zentrumstreffen aller MKÖ-zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren	Engelbert Hanzal, Heinz Kölbl	–
Modul Kolporrhaphie Fortbildungszertifikat Urogyn	Franz Roithmayer, Engelbert Hanzal	AG Urogyn
Wer zahlt, schafft an? Sponsoring an der MUW	Engelbert Hanzal, Heinz Kölbl	–
Intensivseminar Urogynäkologie	Engelbert Hanzal, Ingrid Geiss, Oliver Preyer	AG Urogyn
Simulationsworkshop laparoskopische Sakrokolpopexie mit Boris Gabriel, Wiesbaden (Abb. 2)	Engelbert Hanzal	



2. Simulationsworkshop laparoskopische Sakrokolpopexie mit Boris Gabriel, Wiesbaden.

Forschung und Lehre

Die Arbeit des UKBZ fließt auch in die Lehre an der MUW ein. Der Koordinator ist in die Tertialvorlesung involviert, wo die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Urogynäkologie thematisiert wird, und Studierende werden im Rahmen von Diplomarbeitprojekten betreut. Gemeinsam mit der City University London betreut der Koordinator eine PhD-Kandidatin, mit den Ko-Autoren Christine Stelzhammer, Elisabeth Udier und Bernhard Bartosch wurde 2015 das Kursbuch „Palpation für das Beckenbodentraining“ herausgegeben. Über das Sekretariat werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen, zum Teil als Alleinveranstalter, zum Teil gemeinsam mit anderen organisiert (Tab. 1).

Als Forschungsschwerpunkt hat sich das UKBZ die Evolutionsmedizin gewählt. Die-

ses Gebiet ist in Europa ziemlich neu und einstweilen vor allem in der Infektiologie und Onkologie – Stichwort: Resistenzbildung – von zunehmender Relevanz. Da es diesbezüglich kaum Studien im Bereich Kontinenz und Beckenboden gibt, soll hier in Wien ein Anfang gemacht werden. Relevante Fragen wären: Wie ist die Kontinenz evolutionsbiologisch entstanden? Wo liegen die Überlebens- und Reproduktionsvorteile? Was wäre dafür ein relevanter Selektionsdruck? Solche und ähnliche Fragen können über das Studium anderer Organismen bzw. die Embryologie den Weg zu genetischen Spuren weisen und die Tür zu zukunftsweisenden Forschungsprogrammen öffnen. Die Herausforderungen liegen in der Zusammenarbeit mit bisher ungewohnten Wissenschaftszweigen, wie Evolutionsbiologie, Anthropologie und Paläontologie. Um ein solches Programm voranzutreiben, soll eine offene Forschungsplattform gebildet werden, die es den diversen Disziplinen

erleichtert, miteinander in Verbindung zu treten.

Zusammenfassung – nach der Zertifizierung ist vor der Zertifizierung

Mit dem UKBZ ist in den letzten 3 Jahren eine multidisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Struktur entstanden, die es Betroffenen und Betreuern von komplexen Kontinenz- und Beckenbodenproblemen erleichtert, eine adäquate Therapie zu erhalten, da die Kommunikationswege und damit die Zusammenarbeit im klinischen Bereich verbessert werden konnten. Dazu ist allerdings eine ständige Qualitätskontrolle und Anpassung an geänderte Bedingungen notwendig. Die Planung

für die Einbindung neuer Partner und die Implementierung der Forschungsplattform Evolutionsmedizin begannen unmittelbar nach der Überreichung des ersten Zertifikates 2014. Die Uhr für die Rezertifizierung tickt – bereits 2017 steht das neuerliche Audit an. Es ist zu hoffen, dass es mit Flexibilität und Phantasie gelingen wird, das UKBZ weiterzuentwickeln, um den Zielen der Medizinischen Universität Wien und letztlich den Menschen mit Kontinenz- und Beckenbodenproblemen immer besser gerecht zu werden.

Korrespondenzadresse:

*Ao. Univ.-Prof. Dr. Engelbert Hanzal
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: engelbert.hanzal@meduniwien.ac.at*

4. Geburtshilflich-Anästhesiologisches Symposium

15.–16. September 2017, Wien

Veranstalter:

Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin
MedUni Wien/AKH Wien

Universitätsklinik für Frauenheilkunde
MedUni Wien/AKH Wien

Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin
AKh Linz

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz



Landes- Frauen- und
Kinderklinik Linz
Eine Gesundheitsrichtung der gespag
Universitäts-Lehrklinikhaus



Die Zukunft des Zervixkarzinom-Screenings in Österreich

E. A. Joura

Vor einem Jahr wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG) eine Stellungnahme zum Thema des primären HPV-Screenings veröffentlicht (www.oeggg.at) [1]. Erstellt wurde dieses Positionspapier von der „HPV Task Force“ der ÖGGG, einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der niedergelassenen Frauenärzte, die die Vorsorgeuntersuchung täglich durchführen, sowie Vertretern der Spitalsärzte und der klinischen Forschung, die in den Dysplasie-Sprechstunden die Frauen mit HPV-assoziierten Erkrankungen betreuen. Notwendig geworden ist diese Stellungnahme aufgrund einer Publikation, die 4 Studien mit insgesamt > 170.000 Frauen im Sinne einer Metaanalyse zusammenfasste. War bisher bekannt, dass der HPV-Test früher und effektiver höhergradige Krebsvorstufen am Gebärmutterhals entdeckt, so wurde durch die Publikation von Ronco und hochrangigen Ko-Autoren [2] nachgewiesen, dass in Europa auch eine primäre HPV-Testung gegenüber einem zytologischen Screening das Auftreten von invasiven Zervixkarzinomen um 70 % reduzieren kann.

Warum ist die HPV-Testung effektiv?

Bereits im Jahre 1999 wurde der Beweis erbracht, dass nahezu alle invasiven Zervixkarzinome durch onkogene HPV-Stämme verursacht werden. Eine persistierende Infektion mit diesen onkogenen Stämmen ist somit die Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines Zervixkarzinoms. Vor dem 30. Lebensjahr sind HPV-Infektionen sehr häufig, haben aber eine hohe Spontanremissionsrate. Die Prävalenz bei Frauen im 3. Lebensjahrzehnt beträgt > 30 %. Ab dem 30. Lebensjahr ändert sich die Prävalenz, HPV-Infektionen sind nur mehr bei < 10 %

der Frauen nachweisbar, in diesen Fällen liegt jedoch sehr häufig bereits eine persistierende Infektion und somit ein Risiko für eine Karzinomvorstufe vor. Aufgrund der hohen Sensitivität von 95 % können durch einen HPV-Test nahezu alle Frauen mit einem Risiko identifiziert werden. Durch die weitere Abklärung mit Zytologie, Kolposkopie und Biopsie findet man letztendlich die erkrankten Frauen. Die große Stärke des HPV-Tests ist der negative Vorhersagewert, das heißt eine Frau über 30 mit einem negativen HPV-Test hat ein sehr niedriges Risiko, in den nächsten Jahren an einem invasiven Zervixkarzinom zu erkranken.

Ein weiterer Vorteil des HPV-Tests ist die Entdeckung von Adenokarzinomen bzw. der Vorstufen, diese werden nahezu ausschließlich durch HPV-16, HPV-18 und zu einem kleinen Teil durch HPV-45 ausgelöst. In Österreich sind zumindest 15 % der invasiven Zervixkarzinome Adenokarzinome, die Zytologie ist hier im Vergleich zu den Vorstufen der Plattenepithelkarzinome deutlich weniger aussagekräftig. Zudem liegen diese Läsionen sehr oft endozervikal und entziehen sich häufig der Entdeckung durch die Kolposkopie.

Die Vorteile der Zytologie

Die zytologische Untersuchung hat somit eine sehr gute Spezifität, die Sensitivität liegt im Vergleich zur HPV-Testung deutlich niedriger. Diese hohe Spezifität wird letztendlich durch die hohe Qualität ermöglicht, die in den letzten Jahrzehnten von den österreichischen Zytologen aufgebaut wurde. Die Akzeptanz des PAP-Abstriches ist bei den Frauen sehr hoch, auf die Vorteile dieser etablierten Untersuchung soll in Zukunft keinesfalls verzichtet werden. Als diagnostischer Test nach einem positiven HPV-Screening wird die Zytologie

weiterhin ihre Bedeutung behalten und das Potenzial durch den Einsatz von Biomarkern wie p16/Ki67 oder dem Nachweis des L1-Proteins weiter ausbauen.

Was sind die Kernpunkte des ÖGGG-Positionsapiers?

- Die Sicherheit hat höchste Priorität und die jährliche gynäkologische Untersuchung stellt einen wichtigen Beitrag zur Frauengesundheit dar.
- Neben der etablierten Vorsorgeuntersuchung soll auch die Möglichkeit einer primären HPV-Testung gegeben sein.
- Die Ko-Testung, das heißt die gleichzeitige HPV-Testung verbunden mit einem zytologischen Abstrich, wie sie seit einigen Jahren in den USA üblich ist, soll in Österreich nicht durchgeführt werden, da die Kombination gegenüber dem alleinigen HPV-Test keine Vorteile bringt. Eine alternierende Anwendung ist möglich.
- Die Wahl der Methode liegt beim betreuenden Facharzt in Absprache mit der Patientin, eine Vorgabe durch die Behörde oder andere Organisationen, wie sie in Deutschland durch den gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt ist, soll in Österreich vermieden werden.
- Bereits vorliegende und im Detail gut durchdachte internationale Algorithmen müssen an die österreichische Situation adaptiert werden.
- Es soll zu keinen abrupten Änderungen kommen, sondern die angewendete Technik behutsam an die neue wissenschaftliche Evidenz angepasst werden.
- Bei Frauen, die im österreichischen Schulimpfprogramm HPV-geimpft wurden, soll sinnvollerweise in den nächsten Jahren die primäre HPV-Testung zur Verfügung stehen, da ein deutlicher Rückgang der Karzinomvorstufen zu erwarten ist und daher der positive Vorhersagewert der Zytologie absinken wird. Diese Jahrgänge werden frühestens in 10 Jahren in einem Alter sein, in dem ein Zervixscreening Sinn macht.

Wer profitiert besonders von einer abgenommenen HPV-Testung?

- Frauen ab dem 30. Lebensjahr; HPV-Tests, die HPV 16 und 18 nachweisen, könnten auch schon ab dem 25. Lebensjahr zum Einsatz kommen (Adenokarzinome!).

- Alle Frauen, die bereits eine HPV-assoziierte Erkrankung hatten oder zumindest eine HPV-assoziierte zytologische Veränderung bzw. deren Partner an einer HPV-assoziierten HPV-Erkrankung leidet.
- Insbesondere bei Frauen, bei denen nicht sichergestellt ist, dass sie an der jährlichen Vorsorgeuntersuchung teilnehmen können oder wollen, sollte eine primäre HPV-Testung angewendet werden.

Wie ist die Situation in anderen Ländern?

Neben verschiedenen Pilotprojekten z. B. in Wolfsburg oder in italienischen Provinzen war letztendlich die Türkei im Jahr 2016 das erste Land weltweit, das ein primäres HPV-Screening eingeführt hat. Für dieses Jahr war sowohl für Holland als auch für Australien die Einführung eines nationalen HPV-Screening-Programmes angesetzt. Aufgrund von zahlreichen logistischen Schwierigkeiten hat sich dies auf das Jahr 2017 verschoben. Aus den ausländischen Erfahrungen ist auch erkennbar, dass eine radikale Umstellung zahlreiche logistische Probleme mit sich bringt, die erst bewältigt werden müssen: z. B. ein unregelmäßiger Anfall von Proben, die Verschiebung der Kapazitäten und letztendlich auch der Schulungsbedarf, der mit solchen Änderungen verbunden ist.

Welche Bedingungen soll ein HPV-Test erfüllen?

In Europa muss der Test CE-zertifiziert sein. Wichtig ist das Vorliegen einer FDA-Zulassung zum primären Screening. Der Test muss klinisch validiert, das heißt in angemessen großen klinischen Studien erprobt worden sein. HPV-Tests, die HPV-16 und -18 getrennt ausweisen, können Frauen mit dem höchsten Risiko besser identifizieren, persistierende Infektionen erkennen, Adenokarzinome entdecken, aber auch mehr diagnostische Maßnahmen und unnötige Behandlungen vermeiden.

Was mache ich bei einem positiven HPV-Test?

Zunächst sollte als diagnostische Triage eine Zytologie abgenommen werden. Ist diese auffällig, sollte eine forcierte Abklärung mit Kolposkopie und Biopsie erfolgen.

Liegt eine Positivität für HPV-16 oder -18 vor, dann sollte bereits im ersten Schritt, gemeinsam mit der Zytologie, auch eine Kolposkopie und histologische Abklärung erfolgen. Entsprechende Algorithmen sind für Österreich noch zu publizieren.

Was mache ich bei einem positiven HPV-Test und unauffälliger Zytologie?

In diesem Fall sind verschiedene Strategien möglich. Die Wiederholung des HPV-Tests nach einem Jahr ist zur Feststellung der Persistenz sinnvoll, dies ist besonders effektiv mit einem typenspezifischen HPV-Test. Durch den Einsatz von Biomarkern kann auch hier das Risiko weiter stratifiziert werden: Liegt ein negativer Befund von p16/Ki67 vor, dann ist die Entwicklung einer höhergradigen Dysplasie sehr unwahrscheinlich. Sind diese Marker positiv, sollte eine kolposkopische Abklärung erfolgen, da trotz der unauffälligen Zytologie ein signifikantes Risiko einer Karzinomvorstufe vorliegt.

Zusammenfassung

In Österreich soll in den nächsten Jahren die jährliche zytologische Untersuchung durch die primäre HPV-Testung ergänzt werden, eine Ko-Testung ist nicht vorgesehen. Diese Entwicklung muss von der Gynäkologie gesteuert werden. Bei einem erfolgreichen Schulimpfprogramm mit dem nonavalenten HPV-Impfstoff wird es in einigen Jahren zu einem deutlichen Rückgang von Karzinomvorstufen am Gebärmutterhals (und anderen Körperstellen) kommen, zu diesem Zeitpunkt sollte die primäre HPV-Testung etabliert sein. Der Vorteil der primären HPV-Testung ist die hohe Sensitivität, der Vorteil der Zytologie als diagnostischer Test die Spezifität. So wie durch eine

von allen zuständigen US-Fachgesellschaften unterstützte „Interim Guidance“ zum primären HPV-Screening publiziert [3], soll auch durch das ÖGGG-Positionspapier den österreichischen Frauen die Möglichkeit zur primären HPV-Testung gegeben werden. Die jährliche gynäkologische Untersuchung bleibt fixer Bestandteil der Vorsorgemedizin. Das Untersuchungsintervall kann ausschließlich in einem organisierten Screening verändert werden, nicht allerdings bei einem opportunistischen. In Zukunft müssen die Algorithmen der Vorsorgeuntersuchungen und die Abklärung auffälliger Befunde an den aktuellen Wissensstand adaptiert werden. Gemeinsam mit der HPV-Impfung wird es in Zukunft möglich sein, durch die primäre HPV-Testung, aber auch durch den sinnvollen Einsatz der klassischen Methoden wie Zytologie und Kolposkopie in Kombination mit innovativen Biomarkern, das Auftreten neuer Krebserkrankungen zu verhindern.

LITERATUR:

1. Braune G, Fiedler T, Hefler L, et al. HPV Task Force der ÖGGG: Positionspapier zum HPV-Screening. *Frauenarzt* 2016; 57: 527–8.
2. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2014; 383: 524–32.
3. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, et al. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Gynecol Oncol* 2015; 136: 178–82.

Weitere Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Elmar Joura
 Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde
 Medizinische Universität Wien
 A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
 E-Mail: elmar.joura@meduniwien.ac.at

Mitteilungen der ÖGPPM

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

Immer wieder spielen sich Tragödien im Kreißsaal ab. Die Erwartungshaltung der Bevölkerung ist ja sehr groß, da wir üblicherweise nur mit positiven Erlebnissen und Forschungsergebnissen aus der Geburtshilfe/Neonatologie an die Öffentlichkeit gehen.

Daher ist ein negatives Ereignis mit zum Teil schweren körperlichen Schäden der Mutter und/oder des Kindes für alle eine Katastrophe. Wenn sich dann noch zusätzlich herausstellt, dass ein schwerer „Kunstfehler“ diese Situation verursacht hat, ist das Entsetzen darüber riesengroß. Wie geht man damit gegenüber der Patientin und den dafür Verantwortlichen um?

Bei den Betroffenen (Arzt od. Hebamme), dessen strafrechtliche Unschuld sich vielleicht erst Monate oder Jahre später herausstellt, kann aber eine posttraumatische Belastungsstörung auftreten. Diese Störung kann zu depressiven Perioden, Angststörungen und Suchtmittelmissbrauch führen [Griesbeck F, 2016]. Weiters kommt es zu Schlafstörungen mit Albträumen, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an die Situation auslösen können. Man muss daher auch dem Arzt und/oder der Hebamme Hilfe und Unterstützung anbieten, nicht nur psychotherapeutische, sondern auch rechtliche.

Wie geht man damit aber gegenüber den Patienten um?

Um diese Fragestellung eingehend betrachten zu können, habe ich Herrn Prof. Frank A. Chervenak, Given Foundation Professor and Chairman of the Department of Obstetrics and Gynecology, Weill Medical College of Cornell University New York, und Herrn Prof. Laurence B. McCullough, Dalton Tomlin Chair in Medical Ethics and Health Policy Center for Medical Ethics and Health Policy Baylor College of Medicine Houston, gebeten, sich mit dieser Frage eingehend auseinanderzusetzen. Dieser Artikel ist neu und wird in diesem Medium erstmals publiziert.

Falls Ihnen dazu ein Kommentar auf der Zunge brennt, ersuche ich Sie, mir diese per Mail zukommen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Dadak
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Prä- und Perinatale Medizin
E-Mail: christian.dadak@meduniwien.ac.at



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR
PRÄ- UND PERINATALE MEDIZIN

SAVE THE DATE:

11. März 2017, Wissenschaftliche Tagung mit Generalversammlung in Wien

The Professional Responsibilities of Obstetrician-Gynecologists in Managing Clinically Significant Medical Errors

F. A. Chervenak¹, L. B. McCullough²

Before the 1990s in the United States and many other countries, the professional ethics of managing clinical errors was controversial. Many physicians and healthcare organizations were opposed to disclosure of medical errors to patients, for reasons mainly concerned with individual and organization self-interest in preventing increased liability, in spite of the fact that there was no evidence to support this belief.

Non-disclosure created a clinical ethical challenge for professional responsibility: What should patients be told about why additional clinical management was needed after an error had occurred, of which the patient was unaware? At the very least, non-disclosure put the physician in the awkward situation of deceiving the patient by withholding clinically significant information. Moreover, the ethics of informed consent are clear: there is a professional responsibility to explain to the patient the nature of her condition, the medically reasonable alternatives for managing it, and the clinical benefits and risks of each medically reasonable alternative. The nature the patient's condition is that it was caused by a medical error, which occurs when the wrong clinical management is provided or when the correct clinical management is provided in the wrong way.

Early in the first decade of the new millennium, consensus rapidly formed that there is indeed a professional responsibility to identify and report medical errors internally, so that appropriate review can be performed, to identify causes of the error and how they might be prevented by changes to organizational policies and practice. The process for such reporting and evaluation should be non-punitive, to encourage routine reporting of medical errors internally. Some medical errors are clinically significant: they result in a patient's condition that requires further clinical evaluation and management. The ethics of informed consent clearly apply at this point: As noted above, there is strict professional responsibility of the physician responsible for the medical error to inform the patient: about her condition; that it was caused by a medical error; about the medically reasonable alternatives for managing the patient's condition and the clinical benefits and risks of each such alternative; and about measures that will be instituted to reduce the probability of the error's recurrence. The strength of this professional responsibility is directly proportionate to the seriousness of the patient's condition. It is essential that organizational policies support routine internal reporting of medical errors and support physicians in disclosing medical errors to patients. There is no evidence that such organizational policies and practices increase the cost of professional liability.

Leaders in obstetrics and gynecology have the professional responsibility to create an organizational culture of evidence-based patient quality and safety as the context

¹Frank A. Chervenak, M.D., Given Foundation Professor and Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Weill Medical College of Cornell University, New York, New York; ²Laurence B. McCullough, Ph.D., Dalton Tomlin Chair in Medical Ethics and Health Policy, Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

within medical errors should be prevented, internally reported and evaluated, and disclosed to patients. We emphasize three essential components of this organizational culture.

First, physician leaders should support open and unbiased peer review of all medical errors, with no one exempt from this process. Second, physician leaders should strongly discourage a preventable source of medical error: idiosyncratic and other clinical practices that are not evidence-based.

Third, physician leaders should see to it that there is appropriate and sustained organizational support to assist physicians in the disclosure of medical errors to patients.

Physician leaders should emphasize the advantage of such practices. Physicians will no longer have to manage deception of patients, which corrodes professional integrity and risks loss of trust by patients in their physicians and in healthcare organizations.

Physicians will also be free to abandon the groundless belief that deception reduces professional liability. Physicians will also be in better position to sustain and strengthen their professional integrity by participating in an organization culture of evidence-based patient quality and safety that supports medical professionalism.

SUGGESTED READING:

Chervenak FA, McCullough LB. The Professional Responsibility Model of Perinatal Ethics. Walter de Gruyter, Berlin, 2014.

Correspondence:

Frank A. Chervenak, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology

Weill Cornell Medicine

525 East 68th St, Room J-130

New York, NY 10065

212 746 3012

E-mail: fac2001@med.cornell.edu

Pharma-News

Regelmäßige Verhütung ist eine Herausforderung im stressigen Alltag junger Frauen

Frauen aus der so genannten Generation der „Millennials“, die kurz vor der Jahrtausendwende geboren wurden und nun zwischen 21 und 29 Jahre alt sind, werden laufend mit Veränderungen ihrer Lebensumstände, einer ständig wechselnden Alltagsroutine und einem vollen Terminkalender konfrontiert. Eine von Bayer anlässlich des Weltverhütungstages in Auftrag gegebene internationale Umfrage zeigt, wie häufige und größere Änderungen der gewohnten Routine zu höheren Stresspegeln führen, so dass Alltägliches öfter einmal vergessen wird – so auch die Einnahme der Pille [1].

Die Umfrage hat ergeben, dass die befragten Frauen im vergangenen Jahr durchschnittlich zwei und manche sogar bis zu sechs größere Veränderungen erlebt haben – sei es das Zusammenziehen mit einem Partner, eine Trennung oder ein Jobwechsel. Drei Viertel der befragten Frauen (75 %) haben übereinstimmend berichtet, dass diese Veränderungen ihren Stresspegel erhöht haben [1].

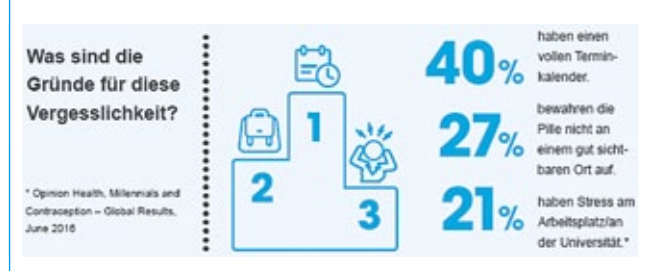
Pilleneinnahme wird häufig vergessen

Sämtliche an der Umfrage teilnehmenden „Millennials“ und Anwenderinnen oraler Kontrazeptiva haben berichtet, dass sie ihre Alltagsaktivitäten regelmäßig ver-

nachlässigten, wie etwa die Einnahme der Pille, das Abschminken vor dem Zubettgehen oder das Aufladen ihres Mobiltelefons. Die Pilleneinnahme zählt zu jenen täglichen Aufgaben, die im vorangegangenen Monat am ehesten vergessen wurden, wie 39 % der befragten Frauen angaben. Es zeigte sich, dass einige Frauen sogar ein- oder mehrmals pro Woche die Pilleneinnahme vergessen hatten. Ein hektischer Alltag und die Aufbewahrung der Pille außerhalb der Sichtweite wurden als Hauptgründe für das Vergessen genannt [1].

Aufklärung über alle Optionen der Empfängnisverhütung erforderlich

Die renommierte britische Gynäkologin Dr. Tina Peers bemerkt dazu: „Während das Vergessen mancher Aufgaben – wie etwa das Abschminken vor dem Zubettgehen – nur geringe Auswirkungen für Frauen dieser Altersgruppe hat, können andere, wie die tägliche Pilleneinnahme, lebensverändernde Konsequenzen nach sich ziehen und Zukunftspläne durchkreuzen. Frauen sollten sich von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin über alle Möglichkeiten der Empfängnisverhütung beraten lassen, um jene Option herauszufinden, die für sie die beste Lösung ist und perfekt zu ihrem Lebensstil passt.“ Dr. Peers ist Mitglied der globalen INTRA-Gruppe. INTRA (Intrauterine



coNtraception: Translating Research into Action) besteht aus globalen Experten auf dem Gebiet der intrauterinen Kontrazeption und hat zum Ziel, Ärztinnen und Ärzte bei der Beratung ihrer Patientinnen in diesem Bereich zu unterstützen.

In Österreich steht jungen Frauen und Männern seit Kurzem die neue Website www.meine-verhuetung.at zur Verfügung. Diese bietet umfassende Informationen rund um die Themen „Frau sein“, Verhütungsmethoden und Verhütungsmythen.

Über die Umfrage „Millennials and Contraception – Why do we forget?“

Die Umfrage „Millennials and Contraception – Why do we forget?“ wurde im Auftrag von Bayer von Opinion Health mittels Online-Fragebogen in folgenden neun Ländern durchgeführt: Belgien, Brasilien, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, Mexiko, Spanien und den USA. Insgesamt wurden 4500 Pillenanwenderinnen im Alter zwischen 21 und 29 Jahren in allen neun Ländern befragt (500 Frauen je Land). Die

Umfrage untersuchte die innerhalb einer kurzen Zeitspanne erfolgten Änderungen von Lebensgewohnheiten bei jungen Frauen aus der Generation der „Millennials“ und erforschte, wie diese Änderungen möglicherweise die täglichen Gewohnheiten und Tätigkeiten – einschließlich der Pilleneinnahme – beeinträchtigten.

QUELLE:

1. Opinion Health, Millennials and Contraception – Global Results, June 2016 (4500 Frauen im Alter von 21 bis 29 Jahren, die täglich orale Kontrazeptiva verwenden, aus 9 Ländern: Belgien, Brasilien, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, Mexiko, Spanien, USA).

Weitere Informationen:



Science For A Better Life

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

L.AT.COM.10.2016.4751

Fachkurzinformation zum Inserat auf der 3. und 4. Umschlagseite

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:** 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; gestagen-sensitive 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:** Juni 2016

Fachkurzinformation zum Inserat auf der 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 Myome, mit Verformungen des Cavum uteri, akute Lebererkrankungen oder Lebertumoren, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten 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:** März 2016



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

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



Jaydess® - das kleinste erhältliche LNG-IUS¹:

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

 jaydess®

FKIs befinden sich auf Seite 30.

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

**im Vergleich zu Mirena®

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

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,*}
- » **Kleinste erhältliche 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 30.

* **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 veröffentlichte Fachinformation Jaydess®

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 veröffentlichte Fachinformation Mirena®

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