



Kongreß- Berichte

26. Nürnberger Fortbildungskongreß

Berichterstatter: D. Müller-Plettenberg, Wuppertal

Für die von der bayrischen Landesärztekammer veranstaltete Fortbildungstagung in der Nürnberger Meistersingerhalle, die alljährlich gewissermaßen den Abschluß der bundesrepublikanischen Kongreßsaison darstellt, hatte R. Schubert (Nürnberg) als ständiger Tagungsleiter wiederum einige praxisnahe Themen ausgewählt.

Die Vortragsreihe über **Methoden der Antikonzepktion und Sterilisation** begann mit einem Beitrag von F. Kubli (Heidelberg), der sich mit den **Vor- und Nachteilen der Intra-Uterin-Pessare (IUP)** auseinandersetzte, die in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung erlangt haben. Er begann mit einem kurzen historischen Rückblick und erwähnte, daß die ersten IUP bereits vor langer Zeit in der Wüste angewendet wurden, und zwar bei Kamelen, denen die Eingeborenen zur Antikonzepktion flache Steine in den Uterus legten, weil sie in gravidem Zustand als Lastenträger offenbar wenig taugen. Bei Menschen fanden die ersten Versuche mit intrauteriner Kontrazeption anfangs des 20. Jahrhunderts in den USA statt, praktische Bedeutung erlangte diese Methode jedoch erst Ende der 50er Jahre, als die Modelle der ersten Generation auf dem Markt erschienen, deren bekannteste Vertreter die *Lippes-Schleife* und die *Margulis-Spirale* waren. Die IUP der zweiten Generation waren solche mit möglichst großer Berührungsfläche mit dem Uterus, deren bekanntester Vertreter das inzwischen wieder aus dem Handel gezogene *Dalcon-Shield* ist. Die Besonderheit der IUP der dritten und gegenwärtigen Generation besteht darin, daß hier zusätzlich zum Plastikgerüst Kupfer intrauterin appliziert wird.

Bei Verwendung von kupferhaltigen IUP (z. B. Kupfer-T 200, Gyne-T) kommt neben der mechanischen Wirkung des Kunststoffpessars noch eine vorwiegend biochemische Wirkung des Kupfers zum Tragen, und zwar durch Enzymhemmung, welche die endometrialen Enzymprozesse, die Spermatozoen und die Blastozyste betrifft. Weiterhin beruht der kontrazeptive Effekt offensichtlich auf einer gesteigerten Produktion von endogenem Prostaglandin $F_{2\alpha}$ in den Endometriumzellen. Nach Kublis Ansicht dürften die kupferhaltigen IUP heute die Pessare der Wahl darstellen, da sie sowohl hinsichtlich Verträglichkeit als auch Sicherheit am besten abschneiden dürften.

Geeignet sind die IUP für alle Frauen, die eine vorübergehende Antikonzepktion wünschen und die infolge objektiver oder subjektiver Nebenwirkungen oder auch wegen emotionaler Ablehnung Ovulationshemmer nicht (mehr) nehmen können oder wollen. Auch hier müssen die Kontraindikationen beachtet werden, wozu Entzündungen im Bereich des

Genitale ebenso gehören wie Uterus myomatosus und Deformitäten der Gebärmutter sowie Gerinnungsstörungen. Als relative Kontraindikationen gelten Entzündungen in der Anamnese und Promiskuität, weil hierbei mit einer erhöhten Infektionsgefahr gerechnet werden muß. Wenn als einer der wesentlichen Vorteile der kupferhaltigen IUP geltend gemacht wird, daß diese auch von Nulliparen gut vertragen werden, so ergibt sich hier doch eine besondere Problematik dadurch, daß im Falle einer schweren infektiösen Komplikation mit einer massiven Einschränkung der späteren Fertilität gerechnet werden muß. Deshalb empfahl der Heidelberger Gynäkologe, die Einlage von Kupfer-T bei Jugendlichen und Nulligraviden besonders gut zu überdenken und schon bei den geringsten Prodromen, also bei Entzündungserscheinungen, Unterbauchschmerzen und Dyspareunie, das Pessar möglichst rasch zu entfernen.

Auch bei der intrauterinen Kontrazeption – und gerade hier – ist eine umfassende Aufklärung der Patientin absolut notwendig; sie muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß neben einer Frühkontrolle (im Anschluß an die erste Menstruation nach der Einlage) weitere regelmäßige Kontrollen in halbjährlichen Abständen erforderlich sind. Weiterhin muß die Trägerin eines IUP wissen, daß die Sicherheit dieser Methode mit einem Pearl-Index zwischen 0,8 und etwas über 2,0 nicht ganz so groß ist wie bei den Ovulationshemmern. Schließlich muß auch auf die Möglichkeit von Nebenwirkungen, nämlich Blutungsstörungen, Schmerzen, Ausstoßung, Perforation und Infektion aufmerksam gemacht werden, auch wenn die Quote dieser Nebenwirkungen gering ist. Nach Kublis Erfahrungen sind etwa 70–80% der Frauen zufriedene Trägerinnen eines IUP. Die Häufigkeit einer unerwünschten Schwangerschaft nimmt mit zunehmender Liegedauer ab, sie variiert mit dem Alter der Patientin und nicht zuletzt auch mit der Sorgfalt der Einlage.

Auf dem Gebiet der **hormonalen Kontrazeption**, mit dem sich Ch. Lauritzen (Ulm) befaßte, gibt es zwar keine prinzipiellen Neuentwicklungen, doch haben sich in letzter Zeit einige praktisch wichtige Gesichtspunkte klarer erkennen lassen:

- Nach dem heutigen Stand der Kenntnisse braucht die Forderung nach einer »Pillenpause«, die hierzulande noch immer häufig praktiziert wird, nicht mehr weiter aufrechterhalten zu werden. Diesbezügliche Empfehlungen stammen aus der ersten Zeit, als man noch unsicher war, welche Spätfolgen nach einer jahrelangen Einnahme von Ovulationshemmern vor allem im Hinblick auf die Fertilität und auf den

Gesundheitszustand später geborener Kinder zu erwarten sind. Inzwischen haben sich 3 verschiedene Expertenkomitees mit dieser Frage auseinandergesetzt und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß eine »Pillenpause« im allgemeinen nicht notwendig ist. Ein weiterer Grund für diese veränderte Einstellung ist die Erfahrung, daß es nach Absetzen der Ovulationshemmer besonders leicht zu einer unerwünschten Schwangerschaft kommt, weil die Frauen nicht rechtzeitig auf eine andere, zuverlässige kontrazeptive Methode überwechseln.

● In letzter Zeit wurden Kriterien erarbeitet, anhand derer der Arzt entscheiden kann, ob bei jungen Mädchen der Einsatz von hormonalen Kontrazeptiva sinnvoll und vertretbar ist. Eines dieser Kriterien ist das sogenannte gynäkologische Alter, worunter man die Jahre versteht, die seit Eintritt der Menarche vergangen sind. Die Empfehlung lautet, daß das gynäkologische Alter mindestens 3, besser noch 4 Jahre betragen sollte, bevor ein solches Hormonpräparat eingenommen wird; außerdem sollte der Menstruationsrhythmus einigermaßen regelmäßig sein und zwischen 26 und 32 Tagen liegen. Ein brauchbares Kriterium sind auch die von dem englischen Gynäkologen *Tanner* aufgestellten Reifestadien, die sich an der Entwicklung der Brüste und der Genitalbehaarung orientieren. Was die Hemmwirkung der in der Pille enthaltenen Hormone auf das Knochenwachstum anbetrifft, so kann als Faustregel gelten, daß man bei einem Mädchen, welches bereits eine Körpergröße von 165 cm erreicht hat, mit einer Wachstumshemmung nicht mehr gerechnet zu werden braucht.

● Es scheint noch zu wenig bekannt zu sein, daß es gewissermaßen eine »Notbremse« gibt, die man ziehen kann, wenn ein Verkehr stattgefunden hat, der möglicherweise zu einer unerwünschten Schwangerschaft führte. Hierzu sind allerdings große Mengen von Östrogenen erforderlich, nämlich täglich 18 Tabletten von Gynolet oder 25 Tabletten von Progyon M, und zwar über 5 Tage. Da solche hohen Östrogendosen oft schlecht vertragen werden, sollten die Tabletten nach dem Essen mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden, eventuell kann man zusätzlich noch ein Antiemetikum geben. Nach neuesten Meldungen aus den USA kann man anstelle dieser »Pillen für den Morgen danach« auch ein IUP einsetzen. Bei 50 Frauen, denen aus dieser Indikation eine *Lippes*-Schleife eingesetzt wurde, kam es in keinem Fall zu einer Gravidität; weitere Erfahrungen sind nötig, um diese Methode wirklich beurteilen zu können.

G. Stark (Nürnberg) begann seinen Vortrag über die **Sterilisation der Frau** mit dem bemerkenswerten Hinweis, daß 1974 in den USA 76 000 Frauen und fast 1 Million Männer (!) sterilisiert wurden und daß auch in der Bundesrepublik diese Methode in den letzten Jahren in zunehmendem Maße angewendet wird. Bei den mehr als 2300 Frauen, die seit Anfang 1970 an der Nürnberger Frauenklinik sterilisiert wurden, bestand in der Mehrzahl der Fälle eine medizinische Indikation. 70% der sterilisierten Frauen waren 30 Jahre und älter, bei den jungen Frauen unter 20 Jahren handelte es sich ausschließlich um streng medizinische Indikationen, wie schwere Herz- und Nierenerkrankungen, Malignome, neurologische und psychiatrische Erkrankungen. 87% der Frauen hatten vor dem Eingriff bereits 2 oder mehr Kinder.

Aus den weiteren Ausführungen von *Stark* war zu entnehmen, daß er ohne Einverständnis beider Ehepartner keine Sterilisation durchführt und daß er vor einem solchen Eingriff die Patientin eingehend darüber aufklärt, daß die Möglichkeit einer Refertilisierung sehr gering ist. Außerdem werden die Frauen dahingehend informiert, daß bei jeder Methode der

Sterilisation Komplikationen möglich sind, die weitere Eingriffe notwendig machen können.

Wegen des relativ kleinen Eingriffs und der guten Übersichtlichkeit bei der Operation wird heute in den Kliniken im allgemeinen die Sterilisation mit dem Laparoskop bevorzugt. Doch kann es auch bei diesem Eingriff zu verschiedenen Komplikationen kommen. Man rechnet heute mit 1 Todesfall auf etwa 12 500 Laparoskopien, was 0,08‰ entspricht. Tödliche Komplikationen wurden vorwiegend durch Narkosezwischenfälle, Blutungen infolge Verletzung großer Gefäße, Luftembolien sowie durch entzündliche Veränderungen im Sinne einer Peritonitis mit Ileus verursacht.

Um die Quote der Komplikationen möglichst gering zu halten, empfahl der Vortragende, eine Reihe von Patientinnen von der Methode der Sterilisation per Laparoskopie auszuschließen, nämlich Frauen mit einem Laparotomieängstschnitt, Patientinnen, bei denen ein Ileus oder eine Peritonitis vorausgegangen sind, solche mit einer tiefgezogenen Narbe nach Gallenoperation oder Nabelbruchoperation. Denn in all diesen Fällen muß man mit Verwachsungen im Bauchraum rechnen, wodurch die Gefahr einer Verletzung einer Darmschlinge oder von Gefäßen relativ groß ist. Für solche Patientinnen eignet sich besser die vaginale Tubensterilisation vom hinteren Scheidengewölbe aus.

In einem kritischen Beitrag setzte sich *P. Matussek* (München) mit den **Grundsätzen psychotherapeutischer Tätigkeit in der Allgemeinpraxis** auseinander, wobei er mit dem Hinweis begann, daß der Arzt, der sich freundlich, konzentriert und offen auf den Kranken einstellt – ohne in plumpe Vertraulichkeit zu verfallen – in gewisser Hinsicht schon psychotherapeutisch wirkt, weil er eine Atmosphäre des Vertrauens und der Wärme schafft, in welcher der Patient seine Anamnese genauer erzählen und damit zur richtigen Diagnose beitragen kann. Nur schwer werde sich ein Patient dazu bewegen lassen, sein Gewicht zu reduzieren, das Rauchen einzustellen oder weniger zu trinken, wenn er dazu wie von einer Art Roboter aufgefordert wird, der einfach auf Befunde pocht.

Der ohne psychotherapeutische Intentionen praktizierende Arzt, so gab *Matussek* zu bedenken, läuft Gefahr, daß er bestimmte Klagen eines Patienten als Grund für die vorgetragenen Beschwerden annimmt, etwa Überarbeitung, eine eifersüchtige Ehefrau, lärmende Kinder, enge Wohnverhältnisse, Krach mit den Nachbarn. Bei solchen oder ähnlichen Schilderungen ist man leicht geneigt, hierin die Ursache für das Symptom zu sehen. Wenn der Arzt etwa bei Erschöpfungszuständen Vitaminspritzen verabreicht und weniger Arbeit empfiehlt, hat er in den meisten Fällen eine falsche Diagnose gestellt und eine falsche Therapie eingeleitet.

Der richtige Weg in solchen oder ähnlich gelagerten Fällen besteht nach Darstellung des Münchner Psychotherapeuten darin, daß sich der behandelnde Arzt ein genaues Bild über Qualität und Quantität der Arbeit seines Patienten macht, am besten aufgrund der detaillierten Schilderung eines Wochentages, notfalls auch eines Sonntags. Je subtiler er fragt, desto mehr wird sich das Bild von dem ersten Eindruck verschieben. Was zunächst noch als Überarbeitung aussah, wird auf einmal eine Flucht vor der Familie, vor dem Mann oder auch eine Flucht vor sich selbst. Solche Patienten können mit einem stillen Nachmittag oder einem ruhigen Abend einfach nichts anfangen. Weder das Zeitunglesen, noch ein Konzert, noch das Gespräch mit Frau oder Freund bedeutet für sie eine Entspannung, es strengt sie noch mehr an als die Lektüre von Akten oder einige Überstunden auf dem Bau.

Wer hier psychotherapeutisch helfen will, muß sich um den Nachweis des Ich-Anteils an dem Symptom bemühen, und