- Bei Beschlagnahme verbal Widerstand äußern, Helfen beim Heraus-suchen ist aber möglich, Kopien der Unterlagen erstellen!
- Sicherstellungsverzeichnis aushändigen lassen und schriftlich wider-sprechen.

Eizellspende im Ausland

Nimmt eine Frau die in Deutschland verbotene Eizellspende im Ausland in

Anspruch, ist dies nicht strafbar, für den mitwissenden und bei der Vorbereitung helfenden Gynäkologen aber möglicher-weise nach § 1 Embryonenschutzgesetz wegen Anstiftung und Beihilfe schon. Medizinrechtlerin Dr. Dorothea Mag-nus aus Hamburg rät:

- Bei Verdacht auf eine Eizellspende bei der Patienten genau nach dem Zweck der gewünschten Hormontherapie fragen,

- Mithilfe zur Vorbereitung der Eizell-spende ablehnen,
- keine direkten Empfehlungen für Zen-tren im Ausland geben.

Die weitere Betreuung der nach Eizell-spende Schwangeren im Sinne der Mut-terschaftsrichtlinien ist juristisch kein Problem.

Friederike Klein

6. Hauptthema „Rechtliche Brennpunkte in der Gynäkologie“, 5.3.2016

Empfehlungen zur Pessartherapie bei Deszensus und Inkontinenz

Eine Therapie eines Deszensus oder einer Inkontinenz – egal ob chirurgisch oder konservativ – ist nur indiziert, wenn die betroffenen Frauen unter den Beschwerden leiden, betonte Dr. Jacek Kociuszewski vom Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten. Am Anfang einer konservativen Therapie steht die Beratung hinsichtlich der Intimpflege und die Östrogenisierung der Vulva und Vagina. „Die Hälfte der Inkontinenzsymptome geht dann oft schon weg“, ist Kociuszewskis Erfahrung. Die lokale Applikation sollte auch erfolgen, wenn die Frau parallel eine hormonelle Kontrazeption oder eine transdermale oder orale HRT anwendet. In den ersten vier Behandlungswochen empfiehlt er eine Östriolcreme vaginal (es reiche auch das Eincremen von Vulva und Scheideneingang), danach ein-bis zweimal pro Woche abends als Langzeittherapie, an den übrigen Tagen der Woche eine milchsäurehaltige Creme. Eine deutliche Verbesserung der Atrophie – und oft auch der Symptome – ist erstmals meist nach sechs Wochen spür-bar. Wird eine Östrogencreme absolut abgelehnt, können beispielsweise mit einer wasserfreien Intimpflegesalbe ein-mal täglich Vulva und Scheideneingang gut eingefettet werden.

Verhaltenstherapeutisch sollte zur Ge-wichtsabnahme und zum Verzicht auf Noxen wie Nikotin geraten werden – lei-der bleibe dies oft ohne Erfolg.

Eine wichtige Basis für die weitere The-rapie ist die physiotherapeutische Stär-kung des Beckenbodens. „Das gilt auch

für die chirurgische Therapie“, betonte Kociuszewski. Gerade ältere Frauen be-nötigen hier Anleitung, um in Zukunft bei Husten, Aufstehen und anderen Be-lastungen bewusst die vulnerablen Strukturen entlasten zu können. Spezia-lisierte Therapeuten finden sich im Inter-net (z. B. bei der AG GGUP – Gynäkolo-gie Geburtshilfe Urologie Proktologie im Deutschen Verband für Physiotherapie ZVK e.V., www.ag-ggup.de).

Eine Pessartherapie setzt voraus, dass die Frauen regelmäßig zur Kontrolle kommen. Kontraindikationen sind ak-tive vaginale Infektionen, Infektionen des kleinen Beckens und vaginale Blu-tungen unklarer Ursache.

Das bei Inkontinenz angewendete Urethrapessar ist ring- oder schalenförmig und liegt auf den Levatormuskeln auf, diese müssen daher intakt sein. Die eigentliche Funktion hängt von der korrekten Lage der Pellote ab: Sie muss mit-tig vor der Harnröhre anliegen, darf sie aber nicht abdrücken. Damit kann ein Urinverlust verringert oder auch kom-plett verhindert werden. Urethrascha-lenpessare liegen besser an als Ringpes-sare, sagte Kociuszewski.

Würfelpessare haften an der Vaginal-haut und sind daher von der Levatoren-funktion unabhängig bei einer Senkung anwendbar. Die Anpassung erfolgt hier beginnend mit einer relativ großen Grö-ße hin zu kleineren Würfeln. Die Pessa-re können durch kontinuierliche Stimu-lation des Gewebes den Beckenboden soweit stärken, dass immer kleinere Pes-sare nötig sind und schließlich wieder

ganz darauf verzichtet werden kann. Vor Beginn dieser Therapie sollte man dar-auf hinweisen, dass die Behandlung un-ter Umständen eine durch den Organ-vorfall maskierte Inkontinenz zutage fördern kann. Diese müsse dann ent-sprechend behandelt werden.

Würfelpessare mit Löchern erzeugen weniger Ausfluss, weil sich weniger Flüs-sigkeit staut, haften aber weniger gut als solche ohne Löcher. Modelle mit Fäden sollen die Entfernung erleichtern. Aber Vorsicht: immer erst den angesaugten Würfel vorsichtig lösen und zusammen-drücken, nicht einfach herausziehen, empfiehlt Kociuszewski.

Die Anpassung der Pessare sollte im-mer unter der Voraussetzung erfolgen, dass eine Atrophie über einige Wochen mit Östrogen lokal behandelt worden ist. „Setzen Sie daher ein Pessar niemals beim ersten Mal ein“, riet Kociuszewski, „sonst will die Frau nie wieder eines.“ Optimal angepasst ist das Pessar, wenn die Frau nichts spürt. Ist es zu groß, kann es Schmerzen verursachen und die Schleimhaut verletzen, ist es zu klein, verrutscht es oder fällt heraus. „65 mm ist ein guter Durchschnittswert bei deut-schen Frauen“, definierte Kociuszewski.

Nach der Anpassung sollte die erste Kontrolle nach ein bis zwei Wochen er-folgen, Kociuszewski empfiehlt dann bei täglichem eigenhändigem Wechsel wei-tere Kontrollen nach drei Monaten und dann halbjährlich, bei Wechsel des Pes-sars durch den Arzt alle acht Wochen. Bei jedweden Beschwerden sollten Pati-entinnen immer sofort den Arzt aufsu-chen.

Friederike Klein

Kurs „Moderne Pessartherapie bei Deszensus und Harninkontinenz in der Praxis“, 5.3.2016