

Hormonstäbchen im Praxistest

Pille, Intrauterinpeessar, Spritze, Sterilisation – die Verhütung wird immer besser, immer individueller, die Auswahl immer schwieriger. Und nun können wir noch eine Methode empfehlen: einen Stift, einfach in den Oberarm eingebracht, drei Jahre wirksam, sicherer als die Sterilisation, völlig pflegefrei, von allen anderen Einflüssen unabhängig, reversibel. Die Regelblutung wird vermindert. Das Ei des Kolumbus? Eine tolle Innovation auf jeden Fall, die Nachfrage beweist es. Eine Verhütung für jedermann? Nun, auch hier müssen Krankheiten, die Familienplanung und andere Umstände berücksichtigt werden.

Die Einlage des Implantats wird zu Beginn der Menstruation empfohlen. Doch keine Regel ohne Ausnahme: Auch die Einlage bei längerer Amenorrhoe und nach sicherem Schwangerschaftsausschluss ist nach meiner Erfahrung möglich.

Auch ohne Menses implantieren

Der Hersteller in seinen Schulungen und auch erfahrene Frauenärzte empfehlen unmittelbar vor der Implantation eine gynäkologische Untersuchung, auch eine vaginale Sonographie zum Ausschluss zwischenzeitlich eingetretener gynäkologischer Erkrankungen. Dies findet auch Eingang in die von Ihnen empfohlene Rechnung.

Eine obligate gynäkologische Untersuchung vor einer Implantation am Arm? Welche Frau lässt sich gern während der Menses untersuchen? Man muss davon ausgehen, dass die gynäkologische Untersuchung vor der Empfehlung und vor der Wahl einer bestimmten Kontrazeptionsmethode erfolgt ist, dass die Angaben der Frau über das allgemeine Wohlbefinden und die gegenwärtige Menstruation glaubhaft sind.

Deshalb läuft das Einlegen von Implanon in meiner Praxis anders ab: Zuvor die erwähnte gynäkologische Untersuchung, die Empfehlung dieser Kontrazeptionsmethode, Besprechung des Termins, der Aufenthaltsdauer am Einlagetag, der uneingeschränkten Fahrtauglichkeit sowie der Rechnungshöhe, da die Einlage des Implantats keine Kassenleistung ist.

Am Tag der Einlage: Beratung zum Ablauf des Eingriffs, zur Wirkung des Langzeit-Kontrazeptivums, zu „Risiken und Nebenwirkungen“, zur Dauer der Verhütung, zur späteren Entfernung, schriftliches Einverständnis. Markierung der Einstichstelle mit wasserfestem Stift (weiträumiges Fadenkreuz unter Aussparung des Zentrums), Auftragen des Lokalanästhetikums (z.B. Emla-Chreme), Pflaster oder Verband.

Eine Stunde Aufenthalt im Wartezimmer, dann Entfernung des Lokalanästhetikums und Hautdesinfektion, Einlage von Implanon nach Anleitung des Herstellers, Desinfektion, Ultraschall-Kontrolle der Implantat-Einlage. Nochmalige Desinfektion, Tupfer, Druckverband mit elastischer Pflasterbinde, Information zur Entfernung des Verbandes, Aushändigung der Implanon-Nachweiskarte und der Rechnung.

Nach ca. eineinhalb bis zwei Stunden Aufenthalt hat die Patientin die Praxis gewöhnlich wieder verlassen.

Ich will meine Regel wieder

95% der Patientinnen sind mit dem Implantat sehr zufrieden. Aber: „Ich komme mit diesem Fremdkörper nicht klar...“ oder: „Ich brauche doch meine Regel ...“ – solche Argumente von einer langjährigen Patientin musste ich auch hören. Wenn die Psyche dominiert, dann helfen auch keine Argumente mehr, entweder man entfernt das Implantat, oder man verliert die Patientin.

Die Entfernung funktioniert, wie vom Hersteller beschrieben, in Lokalanästhesie nicht mühelos, mit Mühe doch. Die Suche nach dem Implantat im Unterhautfettgewebe gleicht (das Implantat ist leider sonographisch nur schwer zu identifizieren) manchmal der Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Da aber die Koordinaten bekannt sind, findet sich das Stäbchen schließlich. Pflasterverband, Rechnung.

Nun haben beide, Patientin und Arzt widersprüchliche Gefühle: Die Patientin, weil sie sich erst für, dann gegen eine bestimmte Verhütung entschieden hat, die auch teuer war. Der Arzt, weil der positive Effekt von Implanon, das Ausbleiben der Rege, so schön schnell eingetreten war. Und, weil die Entfernung sehr viel mühsamer als die Einlage ist, jedoch deutlich weniger Honorar bringt.

Fünf Wochen später sitzt die Patientin wieder vor mir: „Herr Doktor, meine Regel ist immer noch nicht da.“ Was tun? Wie bei den anderen Formen der medikamentös erzeugten Amenorrhoe wird ihr ein Sequenzpräparat verordnet. Nach weiteren fünf Wochen können sich Arzt und Patientin wieder zulächeln.

Was wird uns der Fortschritt noch für Verhütung bescheren?

Dr. Klaus Günterberg
Facharzt für Frauenheilkunde, Berlin

Publiziert: Hormonstäbchen im Praxistest. Gynecol, Tribune, 2. Jahrg., Nr. 3, 6.2.2001