

Natürliche Familienplanung

M. Ludwig

- 2.1 Mittelschmerz – 12
- 2.2 Zervikalschleim – 12
- 2.3 Basaltemperaturkurve – 13
- 2.4 Computergestützte Hormonbestimmung und Konzeptionsoptimierung – 17

Kurzüberblick

Der Begriff »natürliche Familienplanung« hat auf den ersten Blick in einem Buch zur Kinderwunschbehandlung in der täglichen Praxis nichts zu suchen. Bei näherer Betrachtung stellt die Familienplanung jedoch die Grundlage einer jeden Beratung des unerfüllten Kinderwunsches dar. Im Besonderen hat sich um die Pflege der natürlichen Familienplanung sowie Forschungen in diesem Bereich Prof. Freundl (Düsseldorf) verdient gemacht und soll daher an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Von ihm bzw. seiner Arbeitsgruppe steht auch entsprechende Literatur zur Verfügung (Freundl et al. 2001).

Auf drei Punkte, die der Frau das ansonsten nicht wahrnehmbare ovarielle Geschehen während eines normalen Menstruationszyklus näherbringen, soll hier eingegangen werden: den Mittelschmerz, die Zervikalschleimveränderung und die Basaltemperaturkurve.

Das unterschiedliche Verständnis der körpereigenen Funktionen auf Seiten des Paares sowie auf Seiten des beratenden Arztes wird in eindeutiger Weise durch eine Studie von Kentenich (Berlin) illustriert, der in Berlin türkische sowie deutsche Bewohnerinnen befragen ließ. Dabei ging es u. a. darum, inwieweit der optimale Konzeptionstermin während des Menstruationszyklus bekannt sei. Dabei stellte sich heraus, dass in bis zu 10% der Fälle dieser Zeitpunkt auf die Phase der Menstruationsblutung bzw. auf die Phase kurz davor oder kurz danach gelegt wurde. Dieses Bewusstsein muss den beratenden Arzt im Rahmen der Kinderwunschbehandlung dazu führen, zumindest eine Anamnese des bisherigen Sexualverhaltens zu erheben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 2003).

Dabei sei auch darauf hingewiesen, dass nicht in jedem Fall die Notwendigkeit des vaginalen Verkehrs für die Konzeption im Bewusstsein des Paares vorausgesetzt werden kann.

2.1 Mittelschmerz

Der Mittelschmerz ist selbstverständlich kein Instrument zur natürlichen Familienplanung. Er sei hier jedoch aus einem anderen Grund erwähnt.

Nicht selten wird man mit der Situation konfrontiert, dass die Partnerin beim unerfüllten Kinderwunsch das Gespräch mit der Information beginnt, sie könne nicht schwanger werden, da sie keinen Eisprung habe. Erst bei näherem Befragen wird man feststellen, dass diese Auffassung darauf beruht, dass Freundinnen oder Bekannte über das stete Erleben des Mittelschmerzes berichten und damit den Eindruck erwecken, dass ein solches Ereignis im Rahmen eines normalen Zyklusgeschehens zwangsläufig auftreten muss.

Ob der Mittelschmerz durch die deutliche Vergrößerung der Follikel direkt präovulatorisch entsteht, durch die Freisetzung des Follikels mit Blutbeimengungen in die Bauchhöhle oder durch die konsekutive Entstehung des Corpus luteum erst am Tag danach, mag individuell komplett unterschiedlich sein. In diesem Zusammenhang gilt es im Einzelfall auch nichts zu klären. Viel wichtiger ist, der Patientin klarzumachen, dass ein fehlender Mittelschmerz nicht Ausdruck einer fehlenden Ovulation ist!

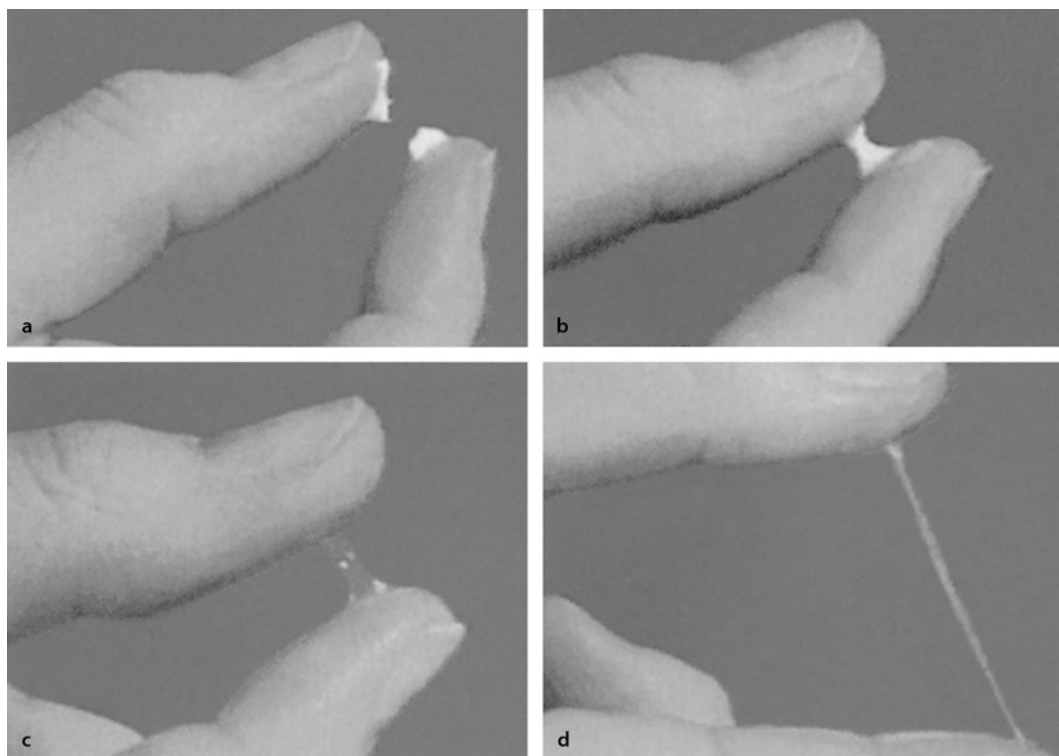
➤ Wichtig

Dieses Beispiel mag illustrieren, dass bestimmte Dinge aktiv erfragt werden müssen, da nicht selten das Rat suchende Paar völlig andere Vorstellungen von den physiologischen Abläufen hat als der Arzt, der das Paar berät.

Ein anderes Beispiel in diesem Zusammenhang ist, dass sich die wenigsten Paare vorstellen können, dass nach einer Salpingektomie das Ovar noch funktionsfähig ist. Meist wird angenommen, dass nach einer Salpingektomie das Ovar seine Funktion einstellt, da ja die Eizelle nicht mehr durch die Tube aufgenommen werden kann.

2.2 Zervikalschleim

Das **Aussehen** und die **Spinnbarkeit** des Zervikalschleims, die auch nach dem »**Insler Score**« objektiv bewertbar sind, sind altbekannt. Einem Rat suchenden Paar, insbesondere dem Paar, welches erst seit 2–3 Monaten einen Kinderwunsch hegt, können über die Erklärung der Veränderungen des



■ **Abb. 2.1** Zervikalschleim (Bildnachdruck mit freundlicher Genehmigung von Pro Familia)

Zervikalschleims und der Basaltemperaturkurve die körpereigenen Abläufe sehr gut näher gebracht werden. Zur Beurteilung des Zervikalschleims sei auf ■ Abb. 2.1 verwiesen.

Zu **Zyklusbeginn**, in der frühen Follikelphase, ist der Zervikalschleim wenig durchsichtig und nicht spinnbar, wie auf dem rechten oberen Bild der ■ Abb. 2.1 gezeigt. Ein Auseinanderziehen der Finger führt zum Zerreißen des Schleims. Demgegenüber ist periovulatorisch der Schleim durchsichtig und sehr gut beim Auseinanderziehen der Finger spinnbar, ohne zu zerreißen.

Die Beurteilung des Zervikalschleims ist sicherlich nicht für jede Patientin geeignet. Ein gewisses Selbstverständnis beim Umgang mit der eigenen Sexualität und dem eigenen Körper ist dabei Voraussetzung und muss aktiv angesprochen werden. Eine einfache Frage wie: »Können Sie sich vorstellen...« ist dabei hilfreich und hat sich in der Praxis als Einstiegsfrage bewährt. Die Frau muss zur Beurteilung des Zervikalschleims lediglich mit

dem Zeigefinger zwischen den kleinen Schamlippen entlangfahren und dann den Schleim beurteilen, wie in ■ Abb. 2.1 gezeigt (Freundl et al. 2001).

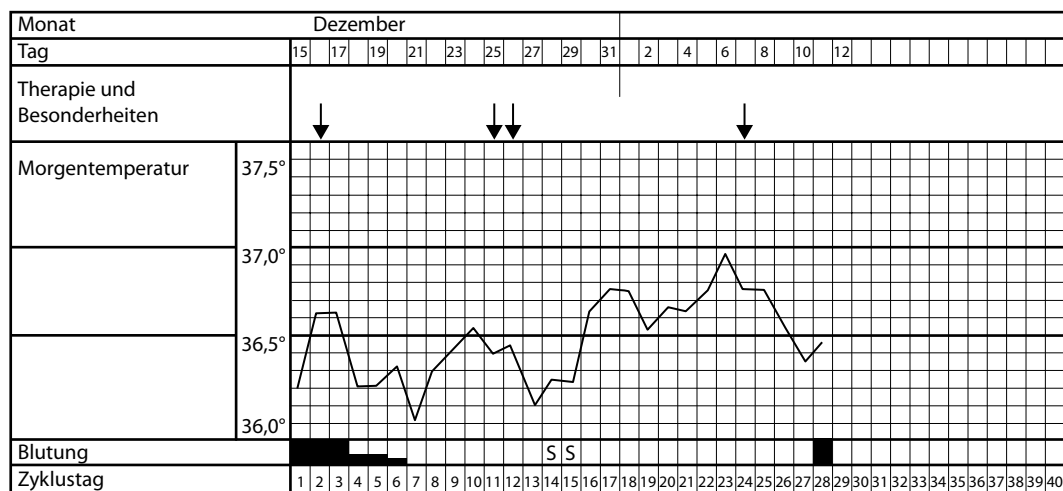
2.3 Basaltemperaturkurve

Wie bereits in ► Kap. 1.6 besprochen, führt der Anstieg von Progesteron in der Lutealphase zu einem Anstieg der Körpertemperaturkurve. Beispielhaft seien ■ Abb. 2.2 und ■ Abb. 2.3 gezeigt.

Definition

Signifikanter Temperaturanstieg: Innerhalb von 48 h ablaufend, an drei aufeinander folgenden Tagen $\geq 0,2^\circ\text{C}$ höher als an den 6 Tagen zuvor.

Bei der Interpretation der Basaltemperaturkurve ist es wichtig, dass diese auch unter normalen



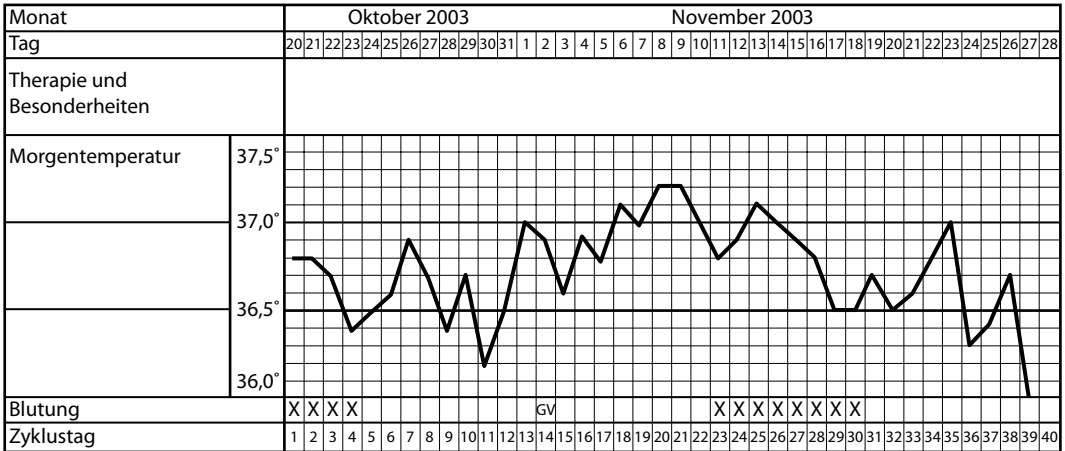
■ **Abb. 2.2** Basaltemperaturkurve: Die notwendigen Veränderungen der Basaltemperaturkurve für eine stattgehabte Ovulation sind gegeben

- Messung immer vor dem Aufstehen,
- Messung immer zur gleichen Zeit,
- Messung immer mit demselben Thermometer,
- Messung immer an derselben Stelle (oral, axillär, vaginal, rektal).

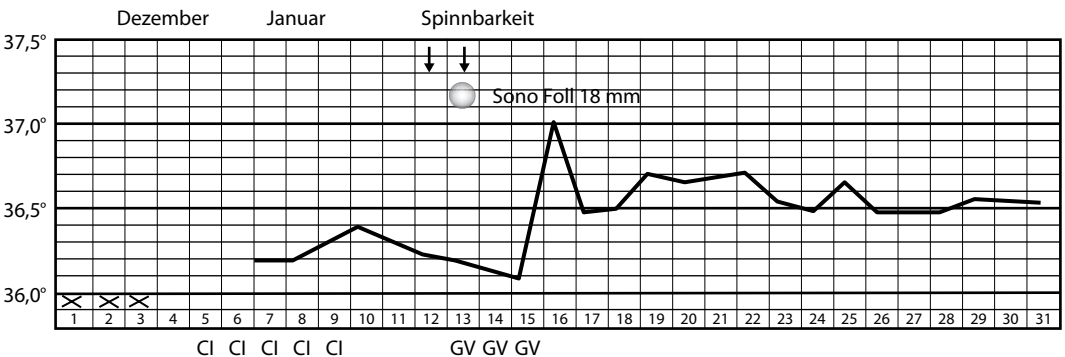
➤ Wichtig

Ein Einsetzen der sexuellen Aktivität zum Zeitpunkt des Temperaturanstiegs wird nur noch mit einer Wahrscheinlichkeit von $<3\%$ zu einer Konzeption führen können.

Auch dies ist vielen Paaren nicht bewusst. Für den optimalen Zeitpunkt zur Konzeption wird auf die



■ **Abb. 2.4** Pathologische Basaltemperaturkurve bei Corpus-luteum-Insuffizienz. Es kommt bereits an den Tagen 11–13 zu einem Temperaturanstieg. Insofern ist die Follikelreifung etwas verkürzt. Die Lutealphase ist etwa 12 Tage lang mit einer allerdings nur treppenförmig ansteigenden und dann wiederum treppenförmig abfallenden Temperatur. Der markante Anstieg und insbesondere der markante Abfall zum Ende der Lutealphase fehlen komplett, sodass hier tatsächlich zumindest in diesem Zyklus von einer Corpus-luteum-Insuffizienz ausgegangen werden muss. Dies wird nicht zuletzt durch die einsetzenden Schmierblutungen am Tag 23 und die dann verlängerte Blutung bis Tag 30 dokumentiert



■ **Abb. 2.5** Basaltemperaturkurve bei eingetretener Schwangerschaft. (Cl = Clomifen. GV = Geschlechtsverkehr)

Nicht selten wird die Patientin akribisch geführt, z. T. mit dem Computer generierte Temperaturkurven vorlegen. Auch wenn im Rahmen der Basaltemperaturkurvenmessung aufgrund anderer Ergebnisse der klinischen Untersuchungen oder Angaben der Patientin keine zusätzliche Information erhältlich ist, erfordert der Respekt gegenüber der Patientin definitiv die Interpretation der Temperaturkurven. Es wird den beratenden Arzt kaum eine halbe bis eine Minute Zeit kosten, auf die Temperaturkurven einzugehen, sie einzeln zu begutachten und mit einigen Worten zu bewerten.

➤ Wichtig

Wenn die Basaltemperaturkurve stets zum richtigen Zeitpunkt einen Temperaturanstieg (Zyklusmitte) zeigt und dieser Temperaturanstieg während der gesamten Lutealphase aufrecht erhalten wird, wie dies in den

■ **Abb. 2.2**, ■ **Abb. 2.3** und ■ **Abb. 2.5** gezeigt worden ist, so kann man damit rein klinisch eine Lutealphaseninsuffizienz ausschließen. Man kann sich dann bei der hormonellen Diagnostik auf die frühe Follikelphase beschränken.

Andererseits ist natürlich die Empfehlung der Führung einer Basaltemperaturkurve nur dann **sinnvoll**, wenn man sich davon überhaupt zusätzliche Informationen verspricht, die man nicht durch eine einmalige oder zweimalige Hormonkontrolle erreichen kann. Nach Ansicht des Autors sollte das Führen von Basaltemperaturkurven nur dann empfohlen werden, wenn ein junges Paar bereits nach wenigen Monaten nicht stattgehabter Kontrazeption auf eine Behandlung bzw. Diagnostik drängt.

Ein Übergehen der Basaltemperaturkurven, die die Patientin unaufgefordert mitgebracht hat, oder ein Abtun als »überflüssig« wird nicht gerade zu einer Stärkung der Bindung zwischen Patientin und behandelndem Arzt bei diesem extrem sensiblen Thema führen.

2.4 Computergestützte Hormonbestimmung und Konzeptionsoptimierung

Mittlerweile können Paare zu Hause auch ohne ärztliche Intervention computergestützt Methoden anwenden, um die Konzeptionschance durch ein optimales Timing zu steigern. Erwähnt sei hier der »**Clearblue Monitor Iverness**«. Dieser misst Derivate bzw. Abbauprodukte von LH und Östradiol im Urin. Durch Programmierung des Computers wird an bestimmten Zyklustagen morgens ein Urinteststreifen der Patientin angefordert. Der Computer kann dann aus der Hormonanalytik das Konzeptionsoptimum bestimmen und es durch ein entsprechendes, einfach zu interpretierendes Signal auf dem Monitor anzeigen. Diese computergestützte Methode ist hilfreich bei Zykluslängen bis zu 42 Tagen.

Kinderwunschsprechstunde

Ludwig, M.; Nawroth, F.; Keck, C.

2015, XV, 159 S. 85 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-46013-9