pro familia
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung,
Sexualpädagogik + Sexualberatung e.V.

Familienplanungs-RUNDBRIEF

Ausgabe Dezember 2004 Nr. 4

Inhalt

Impressum 2

Einleitung 3

Medikamentöser Abbruch – aktueller Stand und Forschungsschwerpunkte 3

Erfahrungen mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz 10

Komplikationen bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen in den USA 12

Hinweise
- FIAPAC-Kongress in Wien, 10. bis 11.Sept. 04 13
- Gestagenpille Cerazette®: Verspätete Einnahme bis zu 12 Stunden beeinträchtigt nicht den Verhütungsschutz 15
- GyneFix® IUS 16
- Medusa IUP 19
- Abstinence only – Programme in den USA: Untersuchung zu Inhalten der staatlich geförderten Enthaltsamkeitskampagnen 20

Neuerscheinungen 20

Herausgegeben von pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Bundesverband · Stresemannallee 3 · D-60596 Frankfurt am Main
Tel. 069/63 90 02 · Fax 069/63 98 52 · http:/ /www.profamilia.de

Impressum: © 2004
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion. Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Seit 5 Jahren ist der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® in Deutschland zugelassen. Wir haben diesen Zeitpunkt gewählt, um den aktuellen Stand zur Diskussion um die Methode ausführlich im Rundbrief zu besprechen. Der Beitrag von Christian Fiala gibt eine Übersicht über die Situation in Europa und eine Einschätzung über den Stand der Forschung zu Mifegyne® und hat den Focus auf Möglichkeiten und Ansätze, die Methode im Sinn der Frauen weiter zu verbessern.

Während sich international zahlreiche Untersuchungen mit der Anwendung und den Standards zum medikamentösen Abbruch befassen, wird das Thema in Deutschland wissenschaftlich „marginalisiert". Um so erfreulicher ist es, dass in diesem Rundbrief über Ergebnisse aus dem Kantonspital in Basel berichtet werden kann.

In Deutschland liegt der Anteil des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs im Jahr 2004 voraussichtlich bei ca. 9 Prozent der insgesamt durchgeführten Abbrüche. In der Schweiz, die Mifegyne zeitgleich eingeführt hat, beträgt dieser Anteil mindestens 40 Prozent. Um eine genauere Einschätzung der Gründe für diese Diskrepanz zu erhalten, führt der Bundesverband aktuell eine Folgebefragung bei ärztlichen Einrichtungen durch, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sowie bei allen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in Deutschland. Wir erwarten durch diese Befragung aktuelle Informationen zur Beratungs- und Versorgungssituation von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Ergebnisse erhoffen wir in den nächsten 2 Monate und werden darüber berichten. Möglicherweise wird sich auch die Neubewertung des medikamentösen Abbruchs in der Gebührenordnung ab April 2005 auf die Anwendungszahlen auswirken, da sich die Vergütung der ärztlichen Leistungen deutlich verbessert.

Das Engagement für eine selbstbestimmte Entscheidung von Frauen und die Bereitstellung aller Methoden des Schwangerschaftsabbruches durch ÄrztInnen sowie bessere Informationen für Fachpersonal und Öffentlichkeit scheinen zentrale Aspekte, um eine Wahlfreiheit für alle Frauen zu gewährleisten.

Denn noch immer erreichen den Bundesverband Meldungen von deutschen Frauen, die aufgrund falscher Auskünfte für den medikamentösen Abbruch ins Ausland reisen.....

Medikamentöser Abbruch – aktueller Stand und Forschungsschwerpunkte

Christian Fiala
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Wien
christian.fiala@aon.at

Das zugelassene Behandlungsschema des medikamentösen Abbruchs ist seit der erstmaligen Zulassung 1988 in Frankreich nur geringfügig verändert worden. Erst in den letzten Jahren ist zunehmend Bewegung in die Forschung gekommen, mit dem Ziel, den Frauen mehr Autonomie zu geben und den Ablauf der Behandlung zu verbessern. Einige der folgenden Punkte wurden genauer untersucht und werden voraussichtlich in Zukunft auch in die Zulassung aufgenommen.

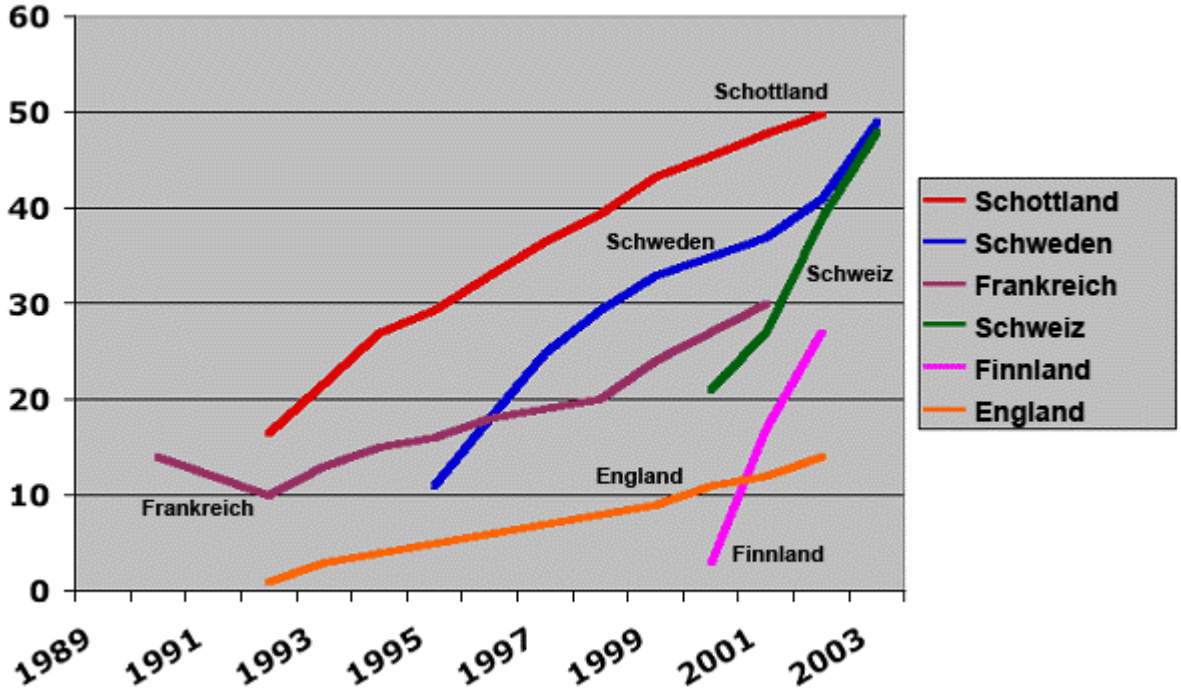
(Die Publikationen sind alle in PubMed www.pubmed.gov oder unter www.mifegyne.com aufgeführt.)

Methoden des Abbruchs in Europa

Es gibt derzeit drei Methoden für den Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon[1]: medikamentös mit Mifegyne®, Absaugung in örtlicher Betäubung und in Vollnarkose.
Die Häufigkeit der Methoden schwankt sehr stark von einem Land zu einem anderen und sogar innerhalb eines Landes sind die Unterschiede sehr groß.
So werden in Holland Prozent aller Abbrüche im ersten Trimenon medikamentös durchgeführt, während es in Schweden um die 50 Prozent sind. Auch in Schottland liegt der Anteil der medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche bei 50 Prozent, während der Anteil in Großbritannien insgesamt bei ca. 15 Prozent liegt. Die Entwicklung der Häufigkeit des medikamentösen Abbruchs in einigen europäischen Länder zeigt die folgende Tabelle.

[1] Erstes Schwangerschaftsdrittel

Graphik 1: Häufigkeit des medikamentösen Abbruchs im ersten Trimenon (Angaben in Prozent)



Quelle: nationale Statistiken

Es gibt auch überraschend große Unterschiede im Gestationsalter[2] zum Zeitpunkt des Abbruchs zwischen den europäischen Ländern. Besonders in England werden Abbrüche erst sehr spät in der Schwangerschaft durchgeführt, während in Holland die meisten Abbrüche sehr früh erfolgen. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass sich englische Frauen in dieser Hinsicht von holländischen unterscheiden und absichtlich erst spät zu einem Abbruch kommen. Deshalb ist anzunehmen, dass die gesetzlichen Regelungen und die Praxis in England zu dieser für englische Frauen nachteiligen Situation führen: die Notwendigkeit der Unterschrift von zwei Ärzten, die Überweisung von einem Arzt zu einem anderen und mehrwöchige Wartezeiten in den staatlichen Krankenhäusern. Mit anderen Worten, die Regelung und die Praxis in England führen zu unnötigen körperlichen und psychischen Belastungen vor einem Abbruch und zu einem erhöhten medizinischen Risiko, sowie zu mehr Schmerzen und Blutungen während des Abbruchs.

[2] Gestationsalter: Schwangerschaftsdauer

Tabelle 2: Gestationsalter zum Zeitpunkt des Abbruchs in einigen europäischen Ländern

Holland	≤ 7 Wochen	77% (2002)
Finnland	≤ 7 Wochen	56% (2002)
Schweden	≤ 7 Wochen	44% (2002)
Deutschland	< 8 Wochen	46% (2003)
Schottland	< 10 Wochen	65% (2003)
UK	< 10 Wochen	57% (2002)
Schweden	< 10 Wochen	79% (2002)

Quelle: nationale Statistiken

Ein anderes Beispiel für eine unzureichende Umsetzung von „evidence based medicine[3]“ im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit von Frauen ist die Vollnarkose bei der Absaugung, in den meisten Ländern ist dies die am häufigsten angewendete Methode mit steigender Tendenz. Lediglich in Holland werden 60% aller instrumentellen Abbrüche in örtlicher Betäubung durchgeführt.
Es ist kaum anzunehmen, dass diese großen regionalen Unterschiede in der angewendeten Methode auf verschiedenen Bedürfnissen der Frauen in den jeweiligen Ländern beruhen. Vielmehr wird den meisten Frauen kaum eine Wahl bezüglich der Methode angeboten.
Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede in der Methode eher regionale Traditionen, Vorlieben der Ärzte oder Krankenhäuser oder gesetzliche Regelungen widerspiegeln als die informierte Entscheidung der betroffenen Frauen. Nicht auszuschließen ist, dass auch finanzielle Aspekte Einfluss auf das ärztliche Dienstleistungsangebot nehmen.
Die vorherrschende Anwendung der Vollnarkose für den chirurgischen Abbruch hat starke Auswirkungen in einer Beziehung, die häufig außer Acht gelassen wird, nämlich auf das Erleben und die Verarbeitung des Abbruchs. Eine Vollnarkose kann bei den Frauen die vorbestehenden Phantasien und Bilder über den Abbruch bestärken. Gleichzeitig nimmt sie den Frauen die Möglichkeit, diese meist falschen und dramatischen Vorstellungen anhand der Realität zu korrigieren.
Für die Mehrheit der Frauen ist es der erste Abbruch. Ihre Vorstellungen und Phantasien über den Eingriff basieren folglich ausschließlich auf Erzählungen aus zweiter oder dritter Hand. Wobei die meisten öffentlich zugänglichen Informationen zu dem Thema einen religiösen Hintergrund haben. Die Institutionen, welche diese Informationen verbreiten, haben keine berufliche Erfahrung in der praktischen Durchführung von Abbrüchen und stellen den Eingriff als sehr dramatisch dar, indem sie falsche Informationen sehr emotionell aufbereiten.
Wenn Frauen zusätzlich zu diesen falschen Vorinformationen dann von einem Arzt/einer Ärztin eine Vollnarkose empfohlen wird, werden die vorbestehenden Phantasien bestätigt.
Anstatt der Frau eine bestimmte Methode zu empfehlen, sollten ihr in der Beratung alle existierenden Methoden ausreichend erklärt werden, damit sie selbst die für sie beste Methode wählen kann. Studien, über die psychische Verarbeitung von Schwangerschaftsabbrüchen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die meisten Frauen mit der jeweiligen Methode zufrieden sind, vorausgesetzt sie konnten wirklich eine selbstbestimmte freie Entscheidung treffen.

Cytotec® -Einnahme zu Hause

Die Zulassungsbestimmungen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs sehen vor, dass sich die Frau 24-48 Stunden nach Einnahme von Mifegyne® für die Prostaglandingabe (Cytotec®) wieder in der Arztpraxis bzw. im Krankenhaus vorstellt und dann für ca. 3 Stunden zur Beobachtung dort bleibt. In ca. 60 Prozent erfolgt in dieser Zeit die Ausstoßung.
Die Vorschrift, dass alle Frauen wegen einer vaginalen Blutung in ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis kommen müssen, stößt nicht immer auf Verständnis und ist auch vom medizinischen Standpunkt nicht nachvollziehbar. Schwere Komplikationen wie eine sehr starke Blutung treten sehr selten auf und dann fast immer nach Ablauf der Überwachungszeit. Für manche Frauen ist es sicher wichtig und beruhigend, in den Stunden nach Einnahme von Cytotec® in medizinischer Betreuung zu sein. Jedoch ist für viele Frauen eine vaginale Blutung nicht notwendigerweise Besorgnis erregend, selbst wenn sie kurzfristig stärker ist. Um besser auf die individuellen Be-

[3] Evidenz-basierte medizinische Praxis

dürfnisse einzugehen, wurden deshalb mehrere Studien durchgeführt, in welchen die Frauen die Wahl hatten, das Prostaglandin (Cytotec®) entweder zu Hause oder in der medizinischen Einrichtung einzunehmen (siehe auch FPR 2.2002). Die neueste Studie hierzu wurde im Karolinska Hospital in Stockholm durchgeführt und vor kurzem veröffentlicht. In allen Studien zeigte sich übereinstimmend, dass die meisten Frauen es vorziehen, für die Cytotec- Einnahme zu Hause zu bleiben und die allermeisten auch im Nachhinein mit ihrer Entscheidung zufrieden waren. Es wurde als sehr positiv empfunden, dass damit statt bisher drei nur noch zwei Arztbesuche notwendig waren. Großen Wert legten die Frauen jedoch auf eine freie Wahlmöglichkeit. Durch die Einnahme zu Hause kam es nicht zu medizinischen Komplikationen.
Seit September 2004 gibt es deshalb in Schweden offiziell die Empfehlung, es den Frauen freizustellen, wo sie das Prostaglandin einnehmen möchten.

Literatur:

Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion, Contraception. 2004 Nov;70(5):387-92 C. Fiala, B. Winikoff, L. Helström, M. Hellborg, Kristina Gemzell-Danielsson

Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. Contraception 1999 Sep;60(3):167-72, Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C,

Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. J Fam Pract 1997 Apr;44(4):353-60, Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P,

Can Women Use Medical Abortion Without Medical Supervision? Reproductive Health Matters; 1997, May, No 9: 149-61, Ellertson C et al.:

Rh-Immunglobuline: Sind sie notwendig?

Während in früheren Jahren Abbrüche häufig spät in der Schwangerschaft und ausschließlich instrumentell durchgeführt wurden, findet seit einigen Jahren der Abbruch in einem deutlich früheren Gestationsalter statt, teilweise sogar zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine fötale Herzaktivität[4] nachweisbar ist. Ferner wird zunehmend die medikamentöse Methode angewendet.

Es stellt sich deshalb die Frage, ob bei den frühen Abbrüchen, insbesondere beim medikamentösen Abbruch die Gabe von Rh-Immunglobulinen (z.B. Rhesogam®) bei Rhesus-negativen Frauen notwendig ist.

Die Gabe von Rh-Immunoglobulinen ist teuer (siehe Tabelle) und kann (selten) eine allergische Reaktion auslösen. Ferner ist sie eine intramuskuläre Gabe von fremdem Humanprotein.

Bei der Literaturrecherche lassen sich nur wenige und meist ältere Publikationen dazu finden. Häufig sind die Daten unbefriedigend. Zusammenfassend kann man sagen, es existieren keine sicheren Erkenntnisse über die Notwendigkeit der Gabe von Rh-Immunglobulinen in der Frühschwangerschaft. Sicher ist allerdings, dass die häufig gegebene Dosis von 250-300µg bis zur 9. Woche p.m.[5] mindestens um den Faktor 30 zu hoch ist, selbst wenn das gesamte fötale Blut in den Kreislauf der Mutter gelangen würde. Derzeit läuft eine große prospektive Studie dazu in Schweden. Diese wird hoffentlich zu einer klaren Empfehlung kommen.

Einige Daten zum Thema:

Die Blutgruppe Rhesus negativ ist ein Merkmal der kaukasischen[6] Ethnie. Die Häufigkeit liegt in Europa bei etwa 15 Prozent, in Afrika und Asien ist sie praktisch null.

Die Gesamtmenge an fötalem Blut in der 12 Woche p.m. wurde in einer Studie mit 4,2 ml angegeben. Aufgrund dieser Studie wird die Menge in der 8. Woche auf 0,3 ml geschätzt.

Etwa 70 Prozent aller Rh-negativen Frauen entwickeln nach einer Exposition von etwa 0,5 ml Antikörper gegen den Rhesusfaktor. Die übrigen Frauen sind durch Unterschiede in den ABO-Faktoren geschützt bzw. sind sog. „Non-responder“.

- In der einzigen Studie die untersuchte, wann die fötalen Erythrozyten frühestens eine Immunisierung auslösen können, wurde der 52. Tag p.m. gefunden.
- Zuverlässige Untersuchungen dazu, wie häufig und in welcher Menge beim medikamentösen Abbruch fötales Blut in den mütterlichen Kreislauf gelangt, gibt es nicht.

[4] Der Nachweis der fötalen Herzaktion gilt als sicheres Zeichen einer intakten Schwangerschaft, er ist meist ca. zu Beginn der 7. Schwangerschaftswoche möglich (≈44. Tag)

[5] p.m.: post mestruationem (gezählt ab erstem Tag der letzten Regel)

[6] Als kaukasische Ethnie werden Menschen aus Europa und weiße Nordamerikaner bezeichnet

- Auch gibt es keine Studie, welche das Risiko einer Rhesus-Sensibilisierung generell nach einem Abbruch in der Frühschwangerschaft oder nach einem medikamentösen Abbruch untersucht hätte.
- Fast alle Gesundheitsbehörden und Organisationen empfehlen undifferenziert auch bei sehr frühen Schwangerschaftsabbrüchen die Gabe von Rh-Immunglobulinen.
- Es wird meist die Dosis von 250-300µg injiziert; damit können 30ml fötales Blut im Kreislauf der Frau neutralisiert werden. In vielen europäischen Ländern gibt es nur – entsprechend teure – Ampullen, bzw. Fertigspritzen mit 200-300µg Rh-Immunoglobulin

Tabelle 3: Rhesusglobuline auf dem Markt, Menge und Preise

Land	µg/UI	Preis	Ausreichend um fötales Blut zu neutralisieren
Belgien	300 µg/ 1.500 UI	45,50 €	24-30 ml
Deutschland	300 µg/ 1.500 UI	80 €	24-30 ml
Frankreich	100 µg/ 500 UI	46 €	8-10 ml
Großbritannien	50µg/250 IU	21,50 €	4-5ml
Holland	75 µg/ 375 UI*	35 €	5-7 ml
Österreich	250 µg/ 1.250 UI	82 €	20-25 ml
Schweiz	200µg/ 1.000 UI	77 €	16-20 ml
Spanien	200 µg/1.000 UI	38 €	16-20 ml

* die Ampulle ist mit 2 Klebeetiketten versehen und kann problemlos für 2 Patientinnen verwendet werden.
www.sanquin.nl

Schmerztherapie

Das betreuende Personal sollte das Thema Schmerz genauso ernst nehmen wie die Patientinnen. Für viele Frauen sind mögliche Schmerzen ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung für die Methode des Abbruchs. Die Schmerztherapie kann sich dabei nicht in der Verabreichung von Analgetika erschöpfen, sondern muss umfassend sein und mehrere Aspekte beinhalten:

Schmerzvermeidung durch:
- frühen ungehinderten Zugang zum Abbruch
- freie Wahl der Methode
- niedrigste wirksame Dosis von Prostaglandinen

Nicht-medikamentöse Schmerztherapie
- Angenehme, entspannte Atmosphäre
- Partner anwesend oder nicht, nach Wahl
- Patientin weiß was auf sie zukommt
- Patientin fühlt sich sicher: zuhause oder in der Klinik

Medikamentöse Schmerztherapie
- 3-Stufen Schema, incl. NSAID (siehe unten)
- frühzeitige Gabe (z.B. Arthotec®[7])
- Patientin hat Analgetika zuhause

[7] Artothec® ist eine Kombination des in Cytotec® enthaltenen Misoprostol mit dem Schmerzmittel Diclofenac (75mg). Die Frau erhält dabei gleichzeitig mit der Einnahme des Prostaglandins ein Schmerzmittel

Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID)[8]
In der Produktinformation zu Mifegyne® wird von der Einnahme von nicht-steroidalen Analgetika (NSAID) abgeraten. Grund ist eine vermutete Abnahme der Wirksamkeit. Diese Interferenz ist jedoch lediglich theoretischer Natur und die Argumentation in sich nicht schlüssig. NSAID blockieren die Biosynthese von Prostaglandinen. Beim medikamentösen Abbruch werden aber Prostaglandine von außen zugeführt, und auf deren Wirksamkeit haben NSAID keinen Einfluss. Es gibt bisher auch keine Studie, welche eine geringere Effizienz durch Anwendung von NSAID belegt.
Zentren, welche häufig oder routinemäßig nicht-steroidale Analgetika verabreichen, haben eine unverändert hohe Erfolgsrate. (Karolinska Hospital Stockholm, Gynmed Ambulatorium Wien) Aufgrund der guten Wirksamkeit sollten nicht-steroidale Analgetika fester Bestandteil der Schmerztherapie beim medikamentösen Abbruch sein.
Dem Hersteller sind diese Details zwar bekannt. Jedoch sind die finanziellen Aufwendungen für eine Änderung der Produktinformation wesentlich größer als mögliche zusätzliche Gewinne. Deshalb wird diese inhaltlich unbegründete Empfehlung vermutlich auch weiterhin in der Produktinformation bleiben.

Literatur:
Uterine activity and decidual prostaglandin production in women in early pregnancy in response to mifepristone with or without indomethacin in vivo.

Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion., Contraception 1997 Sep;56(3):165-8 Creinin MD, Shulman T.

Frauen über 35 Jahre und Rauchen

In der Produktinformation steht unter „Vorsichtsmaßnahmen“ folgende Empfehlung:
„Als besondere Vorsichtsmaßnahme und aufgrund seltener ernster Herz und Gefäße betreffender (kardiovaskulärer) Komplikationen nach der Anwendung eines bestimmten Prostaglandins (Sulproston) sollte bei Ihnen kein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden, wenn Sie über 35 Jahre alt sind und mehr als 10 Zigaretten pro Tag rauchen.“
Ähnlich wie bei NSAID ist auch diese Empfehlung historisch begründet und ohne Fakten für das heute angewendete Therapieschema. - In den ersten Jahren nach der Zulassung wurde das Prostaglandin Nalador® (Sulproston) intramuskulär gegeben, was bei drei Frauen zu einem Herzinfarkt führte. Die Gefährlichkeit von Nalador® war zwar bekannt, aber es gab keine gute Alternative. Erst seit 1992 wird Cytotec® (Misoprostol) verwendet. Dieses ist aber im Gegensatz zu Nalador® ein sog. E1- Prostaglandin und somit selektiv wirksam auf die Gebärmuttermuskulatur. Wie in der Produktinformation von Cytotec® nachzulesen ist, hat es keine Wirkungen auf die Blutgefäße oder die Bronchien, weshalb es diesbezüglich auch bei längerer Anwendung keine Anwendungsbeschränkungen gibt. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, warum die Einmalgabe dieses selektiven Prostaglandins beim medikamentösen Abbruch dieser Einschränkung unterliegen soll.
Leider sind auch hier für die Kosten einer Änderung der Produktinformation den Hersteller größer als ein möglicher zusätzlicher Gewinn. Deshalb wird diese Einschränkung auch weiterhin in der Produktinformation stehen und wir müssen auch in Zukunft den Patientinnen eine relative Kontraindikation erklären, für die es keine Evidence gibt.

Medikamentöser Abbruch bis zum 63. Tag Amenorrhoedauer [9](9. Woche)

Der Wirkungsmechanismen von Mifegyne® und Prostaglandin ist während der ganzen Schwangerschaft identisch. Der Begrenzung auf 49 Tage lagen keine Fakten, sondern vermutete psychologische Auswirkungen zugrunde.
In England und Schweden ist Mifegyne® seit 1991, bzw. 1992 für den medikamentösen Abbruch bis zum 63. Tag p.m. zugelassen. Bei Schwangerschaften nach dem 49. Tag muss allerdings eine höhere Dosierung von Cytotec® (Misoprostol 800 µg vaginal) oder das stärker wirksame Präparat Cergem® (Gemeprost vaginal) angewendet werden, um eine ähnlich hohe Erfolgsrate zu erreichen. Auch ist zu berücksichtigen, dass Schmerzen und Blutungsstärke mit zunehmender Schwangerschaftsdauer zunehmen. In beiden Ländern gibt es nunmehr eine mehr als 10-jährige sehr gute Erfahrung mit der Durchführung des Abbruchs bei dieser längeren Schwangerschaftsdauer. Dabei wurde die Sicherheit und Wirksamkeit der Methode bis zur 9. Woche klar belegt. Aus medizinischer Sicht ist deshalb die bei uns gültige Beschränkung auf 49

[8] Zu den nicht-steroidalen Antophlogistika gehören zum Beispiel die Wirksubstanzen Diclofenac und Ibuprofen

[9] Amennorrhoe: Ausbleiben der Regelblutung

Tage Amenorrhoedauer nicht nachvollziehbar. Diese zeitliche Begrenzung, häufig kombiniert mit länderspezifisch vorgeschriebenen Wartezeiten und anderen Hindernissen im Zugang zu einem Abbruch, führt dazu, dass die medikamentöse Methode für viele Frauen nicht mehr in Frage kommt, obwohl sie ihre Schwangerschaft früh festgestellt haben. Die Anwendung sollte deshalb baldmöglichst auf 63. Tage ausgedehnt werden. Ungeachtet der Verschiebung der Anwendungsgrenze sollte jedoch alles unternommen werden, um Frauen so früh wie möglich einen freien Zugang zu allen Methoden zu ermöglichen.

Ultraschall- bzw. ß-HCG-Kontrolle nach dem Abbruch

Sowohl Ultraschall als auch eine Verlaufskontrolle von ß-hCG im Serum oder im Urin eignen sich zur Therapiekontrolle. Lediglich bei sehr frühen Schwangerschaften ist eine zweimalige ß-hCG Bestimmung zwingend notwendig, weil der Ultraschallbefund am Behandlungsbeginn nicht aussagekräftig ist. Zusätzlich wird die Interpretation der Ultraschallbilder beim Kontrolltermin gelegentlich durch ein hohes Endometrium erschwert, auch in Fällen, in denen die Schwangerschaft erfolgreich beendet und der Fruchtsack ausgestoßen wurde. Das Endometrium beträgt bei der Kontrolluntersuchung im Durchschnitt 10 mm, kann aber in Einzelfällen bis zu 20 mm hoch sein. Gelegentlich erschwert auch verbliebenes Blut in der Gebärmutterhöhle die Beurteilung. Derartige Befunde können bei fehlenden Erfahrungen zu einer nicht unbedingt notwendigen Kürettage verleiten. Falls die Blutung keine Kürettage notwendig macht und die Patientin nicht dazu drängt, kann bis zur nächsten Menstruationsblutung abgewartet werden, ohne dass ein Infektionsrisiko besteht. Der Inhalt der Gebärmutter wird meist bei der folgenden spontanen oder durch Hormonbehandlung ausgelösten Menstruation ausgestoßen.
Die Rate an Nachkürettagen nimmt regelmäßig mit der zunehmenden Erfahrung der nachuntersuchenden ÄrztInnen ab.

Literatur:
Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Aug 15;109(2):190-5. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K.

Sehr frühe Schwangerschaften

Bevor im Ultraschall der Dottersack (etwa ab 5 1/2 Wochen Amenorrhoe) sichtbar ist[10], kann man eine extrauterine[11] Schwangerschaft nicht sicher ausschließen. Da Mifegyne® bei einer extrauterinen Schwangerschaft nicht wirksam ist, muss bei einer sehr frühen Schwangerschaft an diese Möglichkeit gedacht und die Patientin darüber aufgeklärt werden. Dennoch muss nicht zwingend auf den Nachweis einer intrauterinen Schwangerschaft im Ultraschall gewartet werden. Ein wichtiger Vorteil des medikamentösen Abbruchs liegt gerade in der Möglichkeit einer sehr frühen Behandlung bei geringen Nebenwirkungen. Anstatt die Patientin nach einer Woche wiederzubestellen und nichts zu tun, kann Mifegyne® nach einem vaginalen Ultraschall und Abnahme einer Blutprobe zur Bestimmung von ß-hCG verabreicht werden. Das ß-hCG zu Behandlungsbeginn dient lediglich dazu, einen Ausgangswert für spätere Untersuchungen zu haben. Die Behandlung kann unabhängig vom Ergebnis begonnen werden. Das ß-hCG wird nach einer Woche kontrolliert, entweder wieder im Serum oder mit einem Harntest, der einen hohen Schwellenwert hat. (siehe Duo von www.vedalab.com mit einem Schwellwert von 1.000 mIU/ml) Wenn der Wert bei der Kontrolluntersuchung auf weniger als 20 Prozent des Ausgangswertes, abgefallen ist, ist die Schwangerschaft beendet. Bzw. wenn der Harntest bei 1.000 mIU/ml negativ ist. Durch diese Verlaufskontrolle des ß-hCG können eine weiter bestehende Schwangerschaft in der Gebärmutter bzw. eine extrauterine Schwangerschaft ausgeschlossen werden.

Literatur:
Mifepristone and misoprostol for early abortion when no gestational sac is present. Contraception 2001 May;63(5):251-4 Schaff EA, Fielding SL, Eisinger S, Stadalius L.

Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Aug 15;109(2):190-5. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K.

[10] Anmerkung der Redaktion: viele ÄrztInnen sehen auch den Fruchtsack, der 4 1/2 bis 5 Wochen nach Beginn der letzten Regel im Ultraschall sichtbar ist, als ausreichenden Nachweis einer Schwangerschaft in der Gebärmutter an

[11] Schwangerschaft, die sich außerhalb der Gebärmutter, meist im Eileiter, eingenistet hat.

Reduzierung der Dosis von Mifegyne®/Cytotec®

Zahlreiche Studien haben, gezeigt, dass auch eine reduzierte Dosis von Mifegyne® (d.h. 1 Tablette zu 200 mg) in Kombination mit einem Prostaglandin wirksam ist. In diesen Studien wurde jedoch die doppelte Dosis von Misoprostol (800µg = 4 Tabletten Cytotec®) oder das stärker wirksame Cergem® (Gemeprost), jeweils vaginal appliziert, verwendet. Es wurden somit mehr Kontraktionen ausgelöst und mehr Nebenwirkungen, wie Schmerzen und Durchfall bei den Frauen in Kauf genommen, um einen finanziellen Vorteil zu erzielen. (Dabei ist zu berücksichtigen, dass Mifegyne® in den USA mit 300 Dollar pro Packung etwa 3 mal mehr kostet als in Europa und deshalb der wirtschaftliche Druck entsprechend stärker ist.)

Es gibt bisher erst eine einzige publizierte Studie, in der die Dosierung von 200 mg Mifegyne® (=1 Tablette) mit der üblichen Dosis von 400 µg Cytotec® (=2 Tabletten) oral angewendet wurde. In dieser Studie lag die Erfolgsrate bei lediglich 89 Prozent.

Angesichts dieser Daten erscheint eine generelle Empfehlung für eine niedrigere Dosierung von Mifegyne® aus Sicht der betroffenen Frauen derzeit nicht möglich. Vielmehr kann aufgrund der vorhandenen Daten nicht ausgeschlossen werden, dass eine Dosisreduktion zu einem geringfügigen Wirkungsverlust führt, welcher eine Erhöhung der Prostaglandindosis notwendig macht. Weitere Studien sollten abgewartet werden.

Leider wurde bisher keine Studie publiziert, welche die Reduktion des Prostaglandins untersucht hätte, um die Rate an Nebenwirkungen, insbesondere Schmerzen zu senken.

Literatur:
Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. WHO, Genf, BJOG 2000 Apr;107(4):524-30

Medikamentöser Abbruch nach dem 1. Trimenon

Abbrüche im 2. oder 3. Trimenon aus medizinischer Indikation oder bei intrauterinem Fruchttod sind für alle Beteiligten eine große Belastung. Umso wichtiger ist eine schonende und rasche Behandlung mit möglichst wenig Schmerzen und anderen Nebenwirkungen.

Hier hat Mifegyne® einen großen therapeutischen Fortschritt gebracht. Eine Vorbehandlung mit Mifegyne® führt zu einer deutlichen Öffnung des sonst meist fest geschlossenen Muttermundes, sowie zu einer Steigerung der Empfindlichkeit der Gebärmutter für Prostaglandine. Dadurch kann die Prostaglandindosis verringert werden und die Ausstoßung erfolgt schneller und mit weniger Schmerzen. Mifegyne® ist auch für diese Indikation zugelassen.

Derzeit wird folgendes Schema empfohlen:

2. Trimenon:

3 Tabletten Mifegyne® und 24 Stunden später 2 Tbl Cytotec® oral alle 3 Stunden bis zu 4 mal. In den meisten Fällen führt dies zu einer Ausstoßung. Andernfalls sollte am folgenden Tag die Behandlung mit Cytotec® wiederholt werden.

3. Trimenon (reduzierte Dosis von Cytotec®:
3 Tabletten Mifegyne® und 24 Stunden später 1/2 Tbl Cytotec® oral alle 3 Stunden bis zu 4 mal. In den meisten Fällen führt dies zu einer Ausstoßung. Andernfalls sollte am folgenden Tag die Behandlung mit Cytotec® wiederholt werden.

Erfahrungen mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz

In der Zeitschrift Geburtshilfe und Frauenheilkunde wurde eine Studie zu Erfahrungen mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz veröffentlicht (Tschudin S, et al. Erfahrungen mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, insbesondere Nachkontrolle, Nachbehandlung und nachfolgende Kontrazeption. Gebfra 2004; 64: 1299-1304). Sie hat den Schwerpunkt der sonografischen Nachkontrolle und der Effektivität einer Behandlung von sonografisch festgestellten Restbefunden mit Cytotec®.

Vor fünf Jahren wurde der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne(in der

Schweiz eingeführt und inzwischen ist die Methode gut etabliert. Die Behandlung folgt den französischen Standards: Schwangerschaftsabbruch bis zum 49. Tag nach letzten Regelblutung, Dosierung 600 mg Mifepriston (Mifegyne) und 1-2 mal 400µg Misoprostol (Cytotec) nach 48 Stunden.
In der Studie wurden die Daten von 232 Frauen, die innerhalb von einem Jahr in der Universitäts-Frauenklinik Basel einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, retrospektiv untersucht. Ausgewertet wurde die Erfolgsrate, die Häufigkeit, in der die Ausstoßung innerhalb der ersten 4 Stunden erfolgte, der Ultraschallbefund bei der Nachuntersuchung, die Nachbehandlung und, wenn bekannt, die nachfolgende Verhütung. Untersucht wurde auch, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem bei der Nachuntersuchung erhobenen Ultraschallbefund und dem beobachteten Zeitpunkt der Ausstoßung (innerhalb der Überwachungszeit oder danach), sowie der Zusammenhang zwischen dem Blutungsmuster und dem Ultraschallbefund.

Ergebnisse
Die Erfolgsquote lag bei 95 Prozent. Das mittlere Schwangerschaftsalter lag bei 44,5 Tagen.
Bei 61,3 Prozent erfolgte die Ausstoßung innerhalb der 4-stündigen Überwachungszeit.
Die Nachuntersuchung fand im Mittel nach 17 Tagen statt (bei 210 Frauen).
Bei 132 Frauen waren Angaben zur Blutungsstärke zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung dokumentiert. Ca. ein Drittel waren blutungsfrei, 24 Prozent hatten eine Schmierblutung, 36,5 Prozent hatten eine leichtere und 4,5 Prozent eine stärkere Blutung.
Bei 39,5 Prozent bestand auf Grund des Ultraschallbefundes ein Verdacht auf Restmaterial, unabhängig davon, ob die Ausstoßung des Schwangerschaftsgewebes beobachtet worden war.
Bei fast der Hälfte der Frauen wurde im Ultraschall eine Dicke der Gebärmutterschleimhaut von über 10 mm gemessen, bei 16 Prozent sogar über 15 mm. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dicke der Gebärmutterschleimhaut und der Blutungsstärke.
Eine β-HCG-Bestimmung erfolgte nur in Einzelfällen. Da der Nachweis von β-HCG über Wochen positiv bleiben kann, hat eine Bestimmung nur Aussagekraft im Vergleich zu einem früher gemessenen Wert.
Bei Verdacht auf Restmaterial wurde in 45 Fällen eine Nachbehandlung, in der Regel mit Misoprostol (Cytotec®) oral 2-3 mal eine Tablette pro Tag über 5 Tage durchgeführt.
Der sonographische Befund normalisierte sich bei nachfolgenden Ultraschallkontrollen sowohl mit, als auch ohne medikamentöse Behandlung. Demnach erscheint eine solche Behandlung nicht sinnvoll.
Insgesamt wurden 11 Nachkürettagen durchgeführt, eine bei nicht ausgestoßener Schwangerschaft, 6 wegen unvollständiger Ausstoßung und 4 wegen starker Blutungen.

Diskussion und Schlussfolgerungen
Durch größere Zurückhaltung mit einer Nachkürettage könnte nach Ansicht der AutorInnen die Erfolgsrate des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs möglicherweise noch erhöht werden. Durch die vorliegenden Daten scheint es gerechtfertigt, bei Verdacht auf Restmaterial oder einer Dicke der Gebärmutterschleimhaut von maximal 16 mm, - die Zustimmung der Frau vorausgesetzt-, ohne Behandlung zunächst abzuwarten. Außerdem wird vorgeschlagen, die Nachkontrolle statt nach 14 Tagen erst nach 15- 20 Tagen durchzuführen.
Der Zeitpunkt der Ausstoßung innerhalb von 4 Stunden oder später hatte keinen Einfluss auf den weiteren Verlauf des Abbruchs und auf den Erfolg der Methode. Aus diesem Grund befürworten die AutorInnen, dass die Misoprostol-Einnahme auch zu Hause erfolgen kann. Auf Grund der positiven Erfahrungen wurde in der untersuchenden Klinik das Angebot inzwischen dahingehend erweitert, dass Frauen das Prostaglandin zu Hause einnehmen können und eine stationäre Überwachung nur noch in Ausnahmefällen stattfindet. Diese Abweichung des Vorgehens basiert auch auf den internationalen Erfahrungen, die mit diesem Verfahren bereits gemacht und dokumentiert wurden. Die Erfahrungen der Universitäts-Frauenklinik Basel damit werden derzeit ausgewertet.
Bei weniger als der Hälfte der Frauen war bei der Nachkontrolle die Frage der Verhütung geklärt. Dieses Thema sollte bei der Beratung und Betreuung mehr besprochen werden.

Komplikationen bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen in den USA

(www.fda.gov/cder/drug/infopage/mifepristone/mifepristone-qa20041115.pdf)

Aufgrund von gemeldeten Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen mit Mifepriston und Misoprostol hat die US-amerikanische FDA (Food and Drug Administration) eine Änderung der Produktinformationen von Mifepriston angeordnet.
Es wird jetzt darin auf das Risiko von ernsthaften bakteriellen Infektionen, Sepsis und Blutungen hingewiesen, die nach Schwangerschaftsabbrüchen mit allen Methoden, einschließlich des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs auftreten können. ÄrztInnen sollen stärker auf Zeichen von Infektionen achten. Auch auf das Risiko von Todesfällen wird hingewiesen.
Die Produktinformation enthält jetzt auch den Hinweis, dass andauernde starke Blutungen medikamentös behandelt werden müssen und ein chirurgisches Eingreifen erforderlich machen können.
Außerdem muss im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen an extrauterine Schwangerschaften gedacht werden. Die Symptome einer extrauterinen Schwangerschaft können mit den üblichen Begleiterscheinungen eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs verwechselt werden.

Auch in der Produktinformation für Patientinnen wird auf diese Komplikationen aufmerksam gemacht. Symptome einer Infektion werden erklärt (Fieber über 38.0° C für mehr als 4 Stunden, Schmerzen oder Druckempfindlichkeit im Unterbauch). Es wird beschrieben, bei welcher Stärke und Dauer der Blutung (2 Tage lang pro Stunde 2 Binden durchgeblutet) die Patientin ärztliche Hilfe suchen soll.

Hintergrund der Änderungen der Produktinformation sind Meldungen von mehreren schweren Komplikationen nach medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen. In Bezug auf die 350 000 seit der Markteinführung von Mifepriston in den USA durchgeführten medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche ist die Zahl von insgesamt 676 gemeldeten Komplikationen, davon knapp 100 schwere Komplikationen, sehr gering. Allerdings sind auch 3 Todesfälle gemeldet worden. Unter den Komplikationen sind 72 Fälle von starker Blutung, die eine Bluttransfusion erforderlich gemacht haben, eine Rate von 0,02%. Es wurden außerdem 7 schwere Infektionen, zum Teil mit Sepsis (Blutvergiftung), und 17 Eileiterschwangerschaften gemeldet. Von den Todesfällen ist einer durch eine Eileiterschwangerschaft mit starken Blutungen in den Bauchraum zurückzuführen, die beiden anderen auf schwere Infektionen mit septischem Schock. Die FDA gibt an, dass die Todesfälle aufgrund von Infektionen nicht durch Mifepriston verursacht wurden, sondern eine Komplikation von Schwangerschaftsabbrüchen allgemein sind.

Das Risiko von Infektionen im Zusammenhang mit dem medikamentösen Abbruch wird in der deutschen Produktinformation nicht erwähnt und wurde auch in den Studien kaum untersucht. In zwei Vergleichsstudien mit chirurgischem und medikamentösem Schwangerschaftsabbruch wurden bei beiden Methoden relativ häufig Antibiotika wegen aufgetretener Infektionen gegeben (bei 5-11% der Frauen, Henshaw 1994, Jensen 1999). In einer Studie zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wurde bei 0,2% der Frauen eine Gebärmutterinfektion und bei 0,03% eine Eileiterinfektion beobachtet (Ulmann 1992). Eine Untersuchung auf Infektionen in der Vagina oder im Muttermund, eventuell auch ein Screening auf Chlamydieninfektionen scheint daher vor einem medikamentösen Abbruch genauso sinnvoll, wie vor einem chirurgischen, genau so wie das Beachten von Infektionszeichen nach dem Abbruch.
Die aktuellen Änderungen in der Produktinformationen von Mifepriston in den USA haben nicht zu Anwendungsbeschränkungen geführt.

Auf das Problem von extrauterinen Schwangerschaften und die notwendigen Kontrollen geht der Beitrag von Fiala auf S.9 ein.

Literatur

Ulmann A, Silvestre L. Medical termination of early pregnancy with mifepristone followed by a prostaglandin analogue. Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71: 278-83

Jensen JT, Astley SJ, et al. Outcomes of suction curettage and mifepriston abortion in the United States. A prospective study. Contraception 1999; 59: 153-9

Henshaw R, Naji S, et al. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. Human Reproduction 1994; 9: 2167-72

Hinweise

FIAPAC-Kongress in Wien vom 10.-11- September 2004

„United to improve womens health“ im Sinne von „Gemeinsam die Gesundheit von Frauen verbessern“. Unter diesem Motto fand der 6. Kongress der International Federation of Abortion and Contraception Professionals (FIAPAC) statt.

Keine anderen Maßnahmen haben in vergleichbarem Ausmaß Gesundheit und Lebenserwartung von Frauen verbessert, wie der freie Zugang zu sicheren Verhütungsmethoden und legalen, sicheren Schwangerschaftsabbrüchen.
In Europa sind Schwangerschaftsabbrüche inzwischen in den meisten Ländern legal und mit hohem medizinischen Standard verfügbar, doch selbst in einer der fortschrittlichsten Regionen weltweit gibt es noch immer Hindernisse, die den Zugang zu Verhütung und Abbruch erschweren. Dies sind zum einen rechtliche Regelungen: Weiterhin ist die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in Irland, Nordirland, Malta und Polen auf strenge medizinische Indikationen begrenzt. Portugal hat zwar ein liberales Gesetz, aber niemand führt dort Abbrüche durch. Aber auch andere Aspekte und Regelungen behindern den Zugang in Ländern mit liberalen Gesetzen: So sind hohe Kosten eine wichtige Barriere. Die Kosten für Verhütungsmittel sind sehr unterschiedlich und auch für einen Abbruch variieren sie innerhalb der Europäischen Union zwischen 0 und 517 €. Die meisten Länder bieten eine vollständige oder fast vollständige Erstattung der Abbruchkosten für die Mehrzahl der Frauen an. In Osteuropa, aber auch in Österreich dagegen müssen die Frauen die Kosten selbst tragen.
Ein weiteres Hindernis ist der Mangel an Angeboten, zum Beispiel beim medikamentösen Abbruch, oder die ausschließliche Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern. Natürlich erschwert auch die Wartezeit auf einen Beratungs- oder Behandlungstermin, Pflichtberatung und festgelegte Bedenkzeiten zwischen Beratung und Abbruch den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch. Die Regelung, dass eine Erlaubnis des Ehemanns bzw. der Eltern erforderlich ist oder fehlende Vertraulichkeit kann es Frauen unmöglich machen, die Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Sehr oft gibt es auch kein ausreichendes Angebot speziell für Jugendliche oder Migrantinnen. Legaler Schwangerschaftsabbruch ist demnach nicht unbedingt gleich zu setzen mit leichtem Zugang. In Europa existiert auch weiterhin ein Abbruchtourismus für Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Trimester. Andererseits ist illegal nicht gleichbedeutend mit schlechten medizinischen Bedingungen, schwierigem Zugang oder konsequenter Strafverfolgung.

Zwei Tage waren Professionelle aus aller Welt zusammengekommen, um zu diskutieren, wie die Angebote an Verhütungsdienstleistungen und Schwangerschaftsabbrüchen verbessert werden können. Neben Informationen über die Situation in Europa und insbesondere Osteuropa und die Versorgung von speziellen Gruppen wie Migrantinnen ging es auch um die Vermittlung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für die verschiedenen Abbruchmethoden.

Weitere Vortragsthemen waren neue Forschungsansätze im Bereich der **Verhütung** und Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz. Als wesentliche Vorraussetzung für die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften gelten
- Information zu- und Zugänglichkeit von sicheren, nebenwirkungsarmen, effektiven und kostengünstigen Verhütungsmethoden als Grundvoraussetzung für verantwortliches Verhütungsverhalten
- Methoden der Nachverhütung
- Bildung/sexualpädagogische Angebote (Länder mit systematischen Aufklärung- und sexualpädagogischen Programmen zeichnen sich durch durchschnittlich niedrige Schwangerschaftsabbruchzahlen aus
- Kinderfreundliche Gesellschaft

Die **Nachverhütung** und hier besonders neue Erkenntnisse zur Wirkungsweise und die Erfahrungen mit einer rezeptfreien Vergabe durch Apotheken oder Nicht-ärztliches Personal in Familienplanungsstellen waren ein weiterer Schwerpunkt des Kongresses.

[12] Anwendung ohne die Zulassung für die Behandlung

In Frankreich gibt es inzwischen seit 1999 Erfahrungen mit der rezeptfreien Vergabe. In Großbritannien und in Frankreich wenden je über 80 000 Frauen pro Monat die Pille danach an. In Frankreich erhalten Minderjährige die Pille danach in der Apotheke kostenfrei. Unerwartete Nebenwirkungen oder Zwischenfälle sind nicht bekannt geworden. Frauen nutzen die Pille danach nicht als reguläre Verhütungsmethode und die Zahl der Anwenderinnen regulärer hormoneller Verhütungsmethoden steigt. Dies wird zum Teil durch den positiven Effekt der Enttabuisierung von sexuellen Kontakten bei Minderjährigen erklärt.
Auch in Schweden funktioniert die rezeptfreie Abgabe über ApothekerInnen oder Krankenpflegepersonal bzw. Hebammen. Alle drei Berufsgruppen sehen die rezeptfreie Abgabe positiv und halten es für notwendig, dass Frauen in der Verhütungsberatung regelmäßig auch über die Pille danach informiert werden. In der Schweiz wird die Pille danach seit November 2002 ohne Rezept über die Apotheken abgegeben. Die Apotheken verfügen über einen standardisierten Fragebogen zur Beratung. Die Zufriedenheit mit dem neuen Abgabemodus ist hoch und die Veränderung wird als erfolgreich und positiv bewertet.
Vorträge aus Großbritannien und Schweden werteten es als enttäuschend, dass zwar die Anwendungszahlen steigen, es dadurch aber nicht zu einem Rückgang der Abbruchzahlen kommt. Es wird vermutet, dass BeraterInnen bei Verhütungspannen das Risiko einer möglichen Schwangerschaft unterschätzen, und es wird empfohlen, im Zweifelsfall eher zu einer Einnahme der Pille danach zu raten. Die Effektivität der Anwendung hängt nicht nur von der Effektivität der Verhütungswirkung ab, sondern auch von der Einschätzung des Schwangerschaftsrisikos durch die Anwenderinnen. In Großbritannien zum Beispiel hat der überwiegende Teil der ungewollt schwangeren Frauen keine Nachverhütungsmethode angewendet.
Zur Wirksamkeit bzw. Versagerrate der Pille danach können auch aufgrund von Daten der umfassenden Studien der Weltgesundheitsorganisation WHO keine sehr genauen Angaben gemacht werden. Hierzu müssten (ethisch problematische) Placebo-kontrollierte Untersuchungen durchgeführt werden. Festgehalten und vermittelt werden muss jedoch, dass eine frühe Einnahme mit einer höheren Wirksamkeit verbunden ist, da die Wirksamkeit mit zunehmender Zeit zwischen ungeschütztem Verkehr und der Einnahme abnimmt.
Die Sicherheit der Kupferspiral- Einlage postkoital wird als sehr hoch eingestuft. In einer Studie mit 2000 Frauen kam es zu keiner Schwangerschaft.

Bei den Vorträgen und Veranstaltungen zum Schwangerschaftsabbruch stand der **medikamentöse Abbruch mit Mifepriston** im Mittelpunkt. In den USA wurde die Methode vor 3 ein halb Jahren zugelassen und inzwischen werden 22 Prozent der Abbrüche im ersten Trimester medikamentös durchgeführt. Es wurden große Anstrengungen gemacht, die Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen landesweit fortzubilden. Dies hat wesentlich dazu beigetragen, Widerstände und Vorbehalte gegenüber der Methode zu überwinden. Der medikamentöse Abbruch mit der Misoprostol- Einnahme zu Hause gilt als sehr sicher, gut akzeptiert und kosteneffektiv.
In Europa variiert der Anteil der medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in den einzelnen Ländern sehr stark. In Schweden und der Schweiz liegt der Anteil bei mindestens 40 Prozent, in Belgien, Frankreich und Finnland liegt er bei ca. 30 Prozent, in den Niederlanden und Großbritannien sind es ca. 15 Prozent und in den anderen Ländern, in denen Mifegyne zugelassen ist, ist der Anteil noch niedriger. Die Gründe für diese Unterschiede sind vielfältig. Neben der Anwendungsbegrenzung anhand der Schwangerschaftsdauer (Schweden und Großbritannien bis zum 63. Tag p.m., in den anderen Ländern bis 49. Tag p. m.) spielen die Kosten und die Kostenübernahme, aber auch eine zurückhaltende Einstellung der ÄrztInnen gegenüber neuen Methoden eine Rolle. Das Angebot an medikamentösen Abbrüchen könnte verbessert werden, indem sie außerhalb des Krankenhauses und durch geschulte Allgemeinmediziner in deren Praxis durchgeführt werden (Anm. der Redaktion: Dies betrifft insbesondere Frankreich, wo der Abbruch mit Mifegyne bis zum Herbst 2004 nur in Krankenhäusern angeboten werden durfte).
Weitere Untersuchungen, die auf dem Kongress vorgestellt wurden, befassen sich mit Verbesserungen der Methode aufgrund der Erfahrungen der letzten 15 Jahre. Untersucht wurde die optimale Dosis von Mifepriston, die Art und Verabreichungsform des Prostaglandins, das Zeitintervall zwischen Mifepriston- und Misoprostolgabe und die Anwendung in der frühen bzw. sehr frühen Schwangerschaft. In Osteuropa, insbesondere in Russland, ist die „off-label"- Anwendung[13] von Misoprostol nicht erlaubt und deshalb die Anwendung des medikamentösen Abbruchs insgesamt stark behindert.

[13] Anwendung ohne die Zulassung für die Behandlung

Auch beim **instrumentellen Schwangerschaftsabbruch** wurde über die Möglichkeit des sehr frühen Abbruchs berichtet. In den Niederlanden sind die Erfahrungen bei 4 ½ bis 5 Wochen Schwangerschaftsdauer relativ groß. Die Rate an unvollständigen Entleerungen der Gebärmutter bzw. weiterbestehenden Schwangerschaften ist mit ca. 2-5 Prozent mit der Versagerrate beim medikamentösen Abbruch vergleichbar. Meist reicht in diesen Fällen eine medikamentöse Behandlung, Nachsaugungen oder Nachkürettagen sind selten erforderlich.
Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat mehrere Studien zum **„Priming[14]“ vor dem instrumentellen Eingriff** durchgeführt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein „Priming“ nicht nur bei sehr jungen Frauen, Frauen mit Voroperationen, Besonderheiten des Gebärmutterhals oder bei fortgeschrittenen Schwangerschaftsdauer den Eingriff erleichtert und zu einer geringeren Rate an Komplikationen führt, sondern auch Vorteile bei allen Frauen hat. Misoprostol in der Dosis 0,4 mg drei Stunden vor dem Eingriff ist sehr Wirksamkeit (Muttermunderöffnung) und verursacht geringe Nebenwirkungen oder Komplikationen. Die Einnahme von Mifepriston zwei Tage vor der Absaugung hat eine vergleichbare Wirkung bei noch weniger Nebenwirkungen, wird aber wegen der hohen Kosten und dem notwendigen Zeitintervall zwischen Einnahme und Abbruch nicht empfohlen. Misoprostol sollte am besten sublingual oder die vaginal gegeben werden.

Ein weiteres Thema waren die **Methoden des späten Schwangerschaftsabbruchs** im 2. (und frühen 3.) Trimenon. Auch hier bewährt sich die Kombination von Mifepriston und Misoprostol. Entweder wird die Ausstoßung des Feten abgewartet, und dann eine Kürettage durchgeführt. Oder die Gebärmutter wird nach ausreichender Öffnung des Muttermund instrumentell entleert. Letzteres erspart der Frau, die Ausstoßung abzuwarten, erfordert aber höheres Können von der ÄrztIn. Durch die Gabe von Mifepriston 2 Tage vor der Gabe von Misoprostol verkürzt sich die Zeit bis zur Ausstoßung deutlich.

Es fanden zahlreiche **Arbeitskreise** statt, in denen ein intensiverer Austausch zu Themen wie der Pille danach, Abbrüchen im 2. Trimenon oder praktische Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs möglich war, aber auch über gesetzlichen Aspekten, Beratung, die Situation von Immigrantinnen als Patientinnen und der Situation osteuropäischer Frauen hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen bei Verhütung und dem (in Polen illegalen) Schwangerschaftsabbruch diskutiert wurde.
Der Organisation FIAPAC gelingt es mit ihren Kongressen, die weltweite Debatte zum Thema Schwangerschaftsabbruch zu bündeln. Spektakuläre Neuheiten oder Forschungsergebnisse wurden nicht bekannt und waren auch nicht erwartet. Wichtig ist die internationale Vernetzung von Professionellen in diesem Tätigkeitsbereich, der Erfahrungsaustausch und die Diskussion auf hohem Niveau. Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist auch die Solidarität und gegenseitige Unterstützung für die Professionellen, die ihre Arbeit und Forschung zum Teil nur unter enorm schwierigen Bedingungen durchführen können. Aus diesem Grund können die Veranstaltungen als bedeutender Beitrag zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen und Männern betrachtet werden.

Gestagenpille Cerazette®: Verspätete Einnahme bis zu 12 Stunden beeinträchtigt nicht den Verhütungsschutz

Die Firma Organon weist in einer aktuellen Fachinformation darauf hin, dass, wie bereits früher vermutet, eine verspätete Einnahme der Gestagenpille Cerazette®[15] den Verhütungsschutz nicht beeinträchtigt.

Die Information stützt sich auf die Ergebnisse einer Studie, die bisher erst als Kurzfassung veröffentlicht wurde (Korver 2004). Da als eine wesentliche Verhütungswirkung von Cerazette® die Hemmung des Eisprungs angesehen wird, wurde untersucht, ob es bei verspäteter Einnahme zu Eisprüngen kommt.

In der Studie nahmen 103 Frauen über 2 Zyklen (58 Tage) Cerazette®, wobei sie im Laufe dieser Zeit 3 Tabletten 12 Stunden verspätet einnehmen sollten. Es wurde mit Hilfe von Bestimmungen des Gelbkörperhormons im Blut untersucht, ob während der beiden Zyklen Eisprünge auftraten.

Bei einer der Frauen traten zwei Eisprünge auf, die aber nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der verspäteten Einnahme standen. Nach Beendigung der Einnahme hatten die Studienteilnehmerinnen den ersten Eisprung durchschnittlich nach 17 Tagen, der frühste Eisprung wurde nach 7 Tagen beobachtet.

[14] Vorbehandlung des Gebärmutterhals mit Medikamenten zur Erleichterung des Aufweitens

[15] Wirkstoff und Dosierung:75 µg Desogestrel/Tag

Daraus wird geschlossen, dass eine verspätete Einnahme bis zu 12 Stunden nicht mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Eisprungs verbunden ist, und dass Cerazette® eine Verhütungssicherheit hat, die der von Kombinationspräparaten entspricht.

Auf die Bedeutung der Tatsache, dass eine der 103 Frauen unter der Einnahme regelmäßige Eisprünge hatte, wird nicht eingegangen. In einer vorangehenden Untersuchung wurden bei 3 von 59 Frauen mit Ultraschall ein Eisprung beobachtet, bei einer wurde ein erhöhter Progesteronspiegel gefunden (Rice 1999). Allerdings treten bei der Einnahme von Gestagenpillen mit 30µg Levonorgestrel bei etwa der Hälfte der Frauen Eisprünge auf. Die Verhütungswirkung durch Veränderung des Zervixschleims, der Gebärmutterschleimhaut und der Eileiterfunktion sorgt bei diesen Frauen für die Verhütungswirkung. Wie sich bei Frauen mit Eisprüngen eine verspätete Einnahme von Cerazette® auf die Verhütungssicherheit auswirkt, ist unklar.

Die Verhütungssicherheit von Cerazette® wurde in einer Studie mit knapp 1000 Frauen im Vergleich zu einer herkömmlichen Gestagenpille mit 30 µg Levonorgestrel untersucht. Sie war mit einem Pearl Index (PI) von 0,4 für methodenbedingte Versager deutlich geringer als die der Pille mit Levonorgestrel (PI 1,6) Collaborative Study Group 1998). Einen direkten Vergleich mit einer Kombinationspille gibt es nicht.

Für die Versagerrate im Zusammenhang mit Einnahmefehlern besteht bei reinen Gestagenpillen das gleiche Problem wie bei Kombinationspillen: Es gibt nur Studien mit kleinen Untersuchungsgruppen. Wegen der großen individuellen Variationen der Aufnahme, Verstoffwechselung und Wirkung der Hormone ist es schwierig, gut abgesicherte Empfehlungen zu geben.

Literatur

Collaborative Study Group on the Desogestrel-Containing Progestogen-only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progesteron-only pills containing desogestrel 75 µg/day or levonorgestrel 30 µg/day. Eur J Contracept Reproduct Health Care 1998; 3: 169-78

Korver T, Klipping C, et al. Maintenance of consistent ovulation inhibition with the 75 µg Desogestrel-only contraceptive pill Cerazette® after scheduled 12-hour delays in tablet-intake. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2004; FC-07. S 43

Rice CF, Killick SR, et al. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 µg and levonorgestrel 30 µg daily. Human Reproduction 1999; 14: 982-5

GyneFix® IUS

Helga Seyler

Über das rahmenlose kupferhaltige Intrauterinsystem GyneFix® wurde erstmals im Familienplanungs-Rundbrief Nr. 2, Juni 2003. berichtet. Es wurde bereits 1985 entwickelt und seitdem in zahlreichen Studien untersucht.

Es ist in der Europäischen Union zugelassen, und wird auch in Deutschland zunehmend häufiger angewendet. In Großbritannien wird es seit 1997 eingesetzt, insbesondere auch bei jungen Frauen und Frauen, die keine Kinder geboren haben.

Das IUS besteht es aus 6 Kupferelementen, die auf einen Nylonfaden aufgezogen sind. Es ist 3 cm lang und hat eine Kupferoberfläche von 330 mm². Der Nylonfaden wird mit einem Knoten etwa 1 cm tief in der Muskulatur der Gebärmutterwand verankert. Dafür gibt es einen speziellen Inserter.

Das IUS ist für eine Liegedauer von 5 Jahren zugelassen. Laut Hersteller ist jedoch eine längere Liegedauer bis zu 10 Jahren möglich (Wildemeersch 2003).

Als Vorteil des Systems wird vom Hersteller selteneres Verrutschen oder Ausstoßung des Systems genannt. Außerdem soll es weniger zu verstärkten Blutungen führen als herkömmliche Kupfer-IUP.

Inzwischen gibt es auch ein kleineres Modell, das GyneFix® 200 IUS, mit 4 Kupferelementen und einer Oberfläche von 200 mm². Es ist 2 cm lang.

Es gibt umfangreiche Studien über Effektivität, Häufigkeit der Ausstoßung und Nebenwirkungen des GyneFix® IUS. Einige randomisierte Vergleichsstudien mit insgesamt ca. 5800 Frauen wurden 2001 in einem Cochrane Review bewertet (O'Brien 2001), der 2003 noch mal aktualisiert wurde.

Die meisten Studien wurden von Arbeitsgruppen des Entwicklers des IUS durchgeführt. In diesen Studien finden sich durchgehend sehr niedrige Raten an Ausstoßungen, Schwangerschaften und unerwünschten Nebenwirkungen. In zwei größeren Studien von anderen Arbeitsgruppen finden sich dagegen zum Teil höhere Raten an Ausstoßungen und ansonsten kaum Unterschie-

de im Vergleich zu einem herkömmlichen Kupfer-IUP.

Ausstoßung des IUS

In den Studien der Arbeitsgruppen des Herstellers war die Rate an Ausstoßungen (Expulsionen) deutlich geringer, als mit klassischen Kupfer-IUP (0,5-3 Prozent im Vergleich zu 2,7-7,4 Prozent beim T Cu380A (Cao X 2000, Wu S 2000). In den zwei von anderen Arbeitsgruppen durchgeführten Studien war die Expulsionsrate des GyneFix® dagegen höher als beim T Cu380A (6-10 Prozent versus 2-3 Prozent im ersten Jahr) (Rosenberg MJ 1996, UNDP 1995).

Ausstoßungen des GyneFix® werden vorwiegend einer unkorrekten Einlage zugeschrieben, bei der der Knoten nicht ausreichend in der Gebärmuttermuskulatur verankert wird. Die unterschiedlichen in den Studien gefundenen Expulsionsraten hängen wahrscheinlich stark von der Erfahrung beim Einlegen ab.

Bei nicht korrekter Einlage wird das IUS kurze Zeit danach ausgestoßen. Es wurden aber auch Ausstoßungen einige Monate bis Jahre nach der Einlage beobachtet, die demnach nicht durch unkorrekte Einlage verursacht sein können.

Um die Ergebnisse zu verbessern und die Einlage zu erleichtern, wurde der Inserter zweimal verbessert. Für die aktuelle Version (Mark II Inserter) gibt es jedoch keine Vergleichsstudien mit klassischen IUP, und es ist nicht sicher geklärt, ob damit die Probleme beim Einlegen gelöst sind.

In der breiteren Anwendung in Großbritannien und Spanien werden in unkontrollierten Studien weiter Expulsionsraten von 5-8 Prozent berichtet (Martinez F 2002, Dennis J 2001, Geyroushi 2002).

Mit der zunehmenden Erfahrung der ÄrztInnen wird in den Studien wird jedoch ein deutlicher Rückgang von Expulsionen beobachtet.

Versagerrate

Die Versagerraten beim GyneFix® liegen in allen Studien vergleichbar mit denen der klassischen IUP unter 1 Prozent pro Jahr. Im 2.-6. Jahr der Anwendung (wenn es nicht mehr zu Ausstoßungen durch falsche Einlage kam) war die Schwangerschaftsrate in den im Cochrane-Review ausgewerteten Studien beim GyneFix® niedriger als beim T CU380A (insgesamt 1,2 Prozent versus 2,3 Prozent).

Verstärkte Blutungen und Schmerzen

Schmerzen und verstärkte Blutungen sind das häufigste Problem bei der Anwendung von Kupfer-IUP. In den Studien wurde die vorzeitige Entfernung des IUP wegen dieser Beschwerden untersucht. Sie waren in einigen Studien etwas geringer beim GyneFix® im Vergleich zum T CU380A, in anderen fand sich kein Unterschied.

Bei den Benutzerinnen von GyneFix® in Großbritannien kommt es bei der Hälfte der Frauen zu einer verstärkten Blutung (Dennis 2001), bei 5-8% wurde das IUS deswegen vorzeitig entfernt. In den Vergleichsstudien mit dem T Cu380A ist die Rate an vorzeitigen Entfernungen wegen Blutungsproblemen beim GyneFix® zum Teil geringer, zum Teil gleich hoch wie beim T Cu380A (GyneFix® 0,68-5,6%, T Cu380A 3,1-6,9%).

Die Ursache der verstärkten Blutungen bei der Anwendung von Kupfer-IUP ist nicht geklärt. Von den Entwicklern des GyneFix® wird die Fläche des IUP und die Fremdkörperreaktion als Faktor angeführt. Eine große Oberfläche des IUP soll zu stärkeren Blutungen führen. Andere Beobachtungen sprechen dafür, dass die Stärke der Blutung von der Kupferoberfläche und damit von der freigesetzten Kupfermenge abhängt. Kontrollierte Vergleichsstudien zum Einfluss der Größe des IUP bzw. der Kupferoberfläche unabhängig voneinander gibt es nicht.

Möglicherweise sind beide Faktoren an der Verstärkung der Blutungen beteiligt.

Durchstoßung der Gebärmutterwand (Perforationen)

In den kontrollierten Vergleichsstudien wurden keine Perforationen der Gebärmutter bei der Einlage von GyneFix® berichtet. Bei der Anwendung in Spanien wurden bei 1684 Einlagen 3 Perforationen beobachtet (Martinez 2002). In Großbritannien wurden innerhalb von 15 Monaten 10 Perforationen gemeldet, in Belgien 7 Perforationen bei 5000 Einlagen (O'Brien 2001). Ob Perforationen häufiger als bei der Einlage von anderen Kupfer-IUP sind, ist nicht klar. Da bei der Einlage jedoch der Faden in der Gebärmutterwand verankert werden muss und dabei die Gebärmutterwand verletzt wird, während bei der Einlage der herkömmlichen IUP die Verletzung strikt vermieden wird, ist ein höheres Risiko der Durchstoßung vorstellbar.

Es gibt darüber hinaus einzelne Fallberichte über eine Durchwanderung des GyneFix® in die

Bauchhöhle (Vekemans 1999, Ghandi 2001), die sich längere Zeit nach der Einlage ereignet haben.

Möglicherweise reduziert der erneut verbesserte „Inserter“ auch das Risiko von Perforationen.

Frauen, die (noch) nicht geboren haben

Das GyneFix® wird vom Hersteller als besonders geeignet angegeben für Frauen, die keine Kinder geboren haben, da bei ihnen herkömmlichen IUP häufiger ausgestoßen werden. In den großen Vergleichsstudien wurden jedoch nur Frauen, die Kinder geboren hatten, aufgenommen, so dass es für Frauen ohne Geburten kaum Daten gibt.

In den Anwendungsbeobachtungen wurden auch Frauen ohne Geburten aufgenommen, jedoch wurden ihre Daten nur in einer Studie getrennt ausgewertet (Martinez 2002). Danach finden sich keine Unterschiede in der Rate der Ausstoßungen und Blutungsstörungen im Vergleich zu Frauen mit Geburten. Die Rate an Perforationen war bei den Frauen ohne Geburten höher.

GyneFix® 200 mini

Das Gynefix® 200 mini soll wegen der geringeren Kupferoberfläche noch weniger Einfluss auf die Blutungsstärke haben als das GyneFix® der normalen Größe. In einer Studie wurde bei 60 Frauen keine Verstärkung der Blutung nach der IUS-Einlage im Vergleich zu vorher beobachtet (Schwarz 2004). Es fehlen aber Vergleichsstudien zum Einfluss auf die Blutung insbesondere mit herkömmlichen IUP mit geringerer Kupferoberfläche und Rahmengröße (z.B. Multiload 250 short).

Einlage des IUS

Es scheint, dass das Einsetzen des GyneFix® schwieriger ist als die Einlage von konventionellen IUP. Ein spezielles Training ist dafür erforderlich und es wird eine Anleitung während der ersten Einlagen empfohlen.

Es ist ungewohnt und erfordert andere Erfahrung, mit dem Inserter in der richtigen Tiefe von 1 cm in die Gebärmutterwand einzudringen. Das Eindringen in die Gebärmutterwand wird mit den klassischen IUP dagegen strikt vermieden.

Die korrekte Messung der Gebärmutterhöhle und die Austastung des Verlaufs des Gebärmutterhalskanals sind dabei besonders wichtig. Eine Ultraschalluntersuchung wird vor der Einlage empfohlen. Die Krümmung der Gebärmutter muss durch Zug am Muttermund sorgfältig ausgeglichen werden. Der Inserter wird dann bis zum oberen Ende der Gebärmutterhöhle eingeführt und gegen die Wand gedrückt gehalten. Dann wird mit dem Inserter der Knoten in die Gebärmutterwand geschoben. Eine Ultraschalluntersuchung im Anschluss wird ebenfalls empfohlen

Beim Entfernen des IUS ist deutlich stärkerer Zug am Faden nötig als zur Entfernung von klassischen IUP. Wie schmerzhaft das Entfernen im Vergleich ist, wird in keiner der Studien berichtet.

Die Herstellerfirma bietet die Organisation von Trainigsmöglichkeiten auch in Deutschland an. Adressen von deutschen ÄrztInnen, die mit der Einlage von GyneFix® Erfahrung haben, sind über die Internetseite der Firma zu finden (www.contrel.be).

Indikationen für die Einlage von GyneFix®

Da die Studien bisher für die Mehrzahl der Frauen keine eindeutigen Vorteile des rahmenlosen IUS gegenüber herkömmlichen IUP zeigen, scheint wegen der schwierigeren Einlage und der Notwendigkeit eines speziellen Trainings und ausreichend Erfahrung die generelle Bevorzugung nicht sinnvoll.

Das GyneFix® IUS kann eine Alternative für Frauen sein, bei denen klassische IUP mehrfach disloziert[16] sind. Ob dadurch das Risiko reduziert wird, dass das IUP nicht ausgestoßen wird, ist nicht sicher. Auf jeden Fall spielt dabei aber die Erfahrung der einlegenden ÄrztIn mit dem Einlegen eine große Rolle.

Auch bei Verformungen der Gebärmutterhöhle durch Myome könnte GyneFix® besser in der Gebärmutter zu platzieren sein.

Bei der Einlage direkt nach Schwangerschaftsabbrüchen und insbesondere direkt nach Geburten könnte sich die mit klassischen IUP erhöhte Expulsionsrate reduzieren. Es gibt aber keine Daten dazu. Außerdem wäre es dabei wichtig, das Perforationsrisiko zu untersuchen.

Als weitere Indikation wird die postkoitale Einlage angesehen, die wegen des kleinen Durchmessers des IUS von 3,8 mm einfacher sein könnte. Allerdings gibt es dabei auch mit herkömmlichen IUP kaum Schwierigkeiten.

---

[16] Dislokation: Lageveränderung

Literatur

Dennis J, Webb A, Kishen M. Introduction of the GyneFix intrauterine device into the UK: client satisfaction survey and casenotes review. Journal of Family Planning and Reproductive Halth Care 2001; 27: 139-44

Gandhi JD, Withmore J, Iskander MN. Uterine perforation by GyneFix frameless IUD: two case reports. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2001; 27: 153-4

Geyroushi BE, Randall S, Stones RW. GyneFix: a UK expierience. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;: 7: 7-14

Martinez F, Giminez E, et al. Expierience with GyneFix insertions in Spain: favorable acceptance of the intrauterine contraceptive implant with some limitations. Contraception 2002; 66: 315-20

O'Brien RA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; p: CD003282

Rosenberg MJ, Foldesy R, et al. Performance of the Tcu380A and Cu-Fix IUDs in an international randomized trial. Contraception 1996; 53: 197-203

Schwarz E, Wildemeersch D. Kontrazeptive Effekte und Einfluss auf den menstruellen Blutverlust durch ein rahmenloses IUD (Mini-Version) mit einer effektiven Kupferoberfläche von 200 mm². Arch Gyn Obstet 2004; 270 S1:S206

UNDP, UNFPA, and WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, world Bank: IUD Research Group. The Tcu380A IUD and the frameless IUD „the FlexiGard": interim three-year data from an international multicenter trial. Contraception 1995; 52: 77-83

Vekemans M, Verougstraete A. Late uterine perforation with an anchored IUD, the Gynefix: a case report. Contraception 1999; 60: 55-6

Wildemeersch D, Batar I, et al. The ‚Frameless' intrauterine system for long-term, reversible contraception: A review of 15 years of clinical experience. J Obstet Gynecol Res 2003; 29: 160-9

Wu S, Hu J, Wildemeersch D. Performance of the frameless GyneFix and the Tcu380A IUDs in a 3-year multicenter, randomized, comparative trial in parous women. Contraception 2000; 61: 91-8

Medusa IUP

Helga Seyler

Zur Zeit wird ein IUP mit einer neu entwickelten Form, das Medusa IUP, in Deutschland beworben.

Es handelt sich um ein IUP mit Kupferdraht, das außer einem etwas gebogenen T-Schenkel noch zwei weitere glockenförmig abgebogene Seitenarme hat. Es wird, wie das Multiload - IUP in zwei Größen angeboten. Die Größe „Normal" ist 31 mm lang und 24 mm breit, die Größe „Mini" ist 27 mm lang und 20 mm breit. Die Kupferoberfläche beträgt bei beiden Größen 240 mm², der Kupferdraht hat einen Silberkern. Beide Größen werden auch in einer Version mit Goldringen im Bereich der oberen T-Schenkel angeboten. Die empfohlene Liegedauer wird in der Patienteninformation mit 3 Jahren angegeben, eine längere Liegedauer ist laut Hersteller aber auch möglich.

Der Silberkern im Kupferdraht soll Brüche des Drahts verhindern, die jedoch bei einer Dicke des Kupferdrahts von >0,3 mm äußerst selten sind, und keine praktische Bedeutung haben. Die Goldringe sollen einen Schutz vor aufsteigenden Infektionen bieten. Die bakteriostatische Wirkung von Gold (und auch Silber) ist bekannt, es gibt jedoch keine Belege dafür, dass das Risiko für aufsteigende Infektionen bei IUP-Anwendung durch den Goldring verringert wird.

In einer unveröffentlichten Studie (Hamann B 1997) wurde das Medusa-IUP mit dem Nova-T bei 1081 IUP-Einlagen und einer Liegezeit von 5 Jahren verglichen. In der Studie wurde außer den Größen Normal und Mini noch eine größere Version mit untersucht. Die Schwangerschaftsraten waren mit den Medusa-IUP deutlich geringer, als mit dem Nova-T (nach 5 Jahren 1,4 Prozent bzw 2,0 Prozent mit dem Medusa mini bzw normal, und 5,7 Prozent mit dem Nova-T). Die Expulsionsraten waren nach 5 Jahren vergleichbar, Entfernungen wegen Blutungen oder Schmerzen waren seltener mit den Medusa-IUP im Vergleich zum Nova-T (7,9 Prozent, 15 Prozent und 26,1 Prozent nach 5 Jahren beim Medusa Mini, Medusa Normal und Nova-T).

In der Studie werden jedoch keine Angaben zur Altersstruktur und Anzahl von Geburten der Frauen gemacht. Es wird in der Einleitung zwar von einer randomisierten Studie gesprochen, über die Art der Randomisierung gibt es jedoch keine Informationen. Nach persönlichen Informationen des Autors wurden abwechselnd ein Nova-T IUP und zwei Medusa IUP eingelegt. Die Größe des eingelegten Medus-IUP wurde nach unterschiedlichen Kriterien bestimmt. Zum Beispiel wurde Frauen über 35 Jahren, die vorher schon mit einem anderen IUP-Typ verhütet hatten, das Medusa Mini eingelegt. In zwei der Studienzentren waren nur 14 bzw. 20 Prozent der eingelegten IUP Nova-T, in einem Zentrum wurden ausschließlich Medusa IUP eingelegt, was an einer strengen Randomisierung zweifeln lässt.

Aufgrund dieser Mängel sind die Daten der Studie nur mit Einschränkungen zu verwerten, und Angaben über die Eignung des neuen IUP im Vergleich zu den derzeit gebräuchlichen IUP-Typen sind kaum möglich. Insbesondere ist ein Vergleich mit den am häufigsten gebrauchten Typen Multiload bzw. Cu-Safe nicht möglich.

Zugelassen sind die Typen Medusa Normal und Mini (ca. 12 €) und Goldring-Medusa Normal und Mini (ca. 22 €).

Hamann B, Barten G, et al. Intrauterinpessar Medusa der Größen 0, 1, 2 und Nova T – eine Fünfjahresanalyse. Dr. med. habil. Hamann, Wollankstr. 11, 13187 Berlin

Abstinence only – Programme in den USA: Untersuchung zu Inhalten der staatlich geförderten Enthaltsamkeitskampagnen

Unter der Regierung des Präsidenten Bush ist in den USA die staatliche Unterstützung für abstinence-only-Programme von ca. 80 Million US $ im Jahr 2001 auf 167 Millionen US $ im Jahr 2005 gesteigert worden (Präsident Bush hatte eine Vorlage für 270 US $ für das Jahr 2005 gemacht).

Die Programme sprechen sich für Enthaltsamkeit bis zur Ehe aus. Abstinenz wird als einzige Möglichkeit dargestellt, sich vor einer Schwangerschaft, vor sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) und anderen potentiellen Risiken von Sexualität zu schützen. Die Programme enthalten in der Regel keine Basisinformation zu Verhütung. Auf Anfrage eines Abgeordneten wurden nun die Inhalte der meist verwendeten Lehrpläne für die Programme auf deren Inhalt untersucht.

Ergebnisse:
Die Evaluation ergab, dass über 80 Prozent der abstinence-only- Lehrpläne falsche, irreführende oder verfälschende Informationen über reproduktive Gesundheit enthalten.
Im einzelnen wurde festgestellt
- Die Lehrpläne enthalten falsche Informationen zur Sicherheit von Verhütungsmitteln, die als wissenschaftliche Fakten präsentiert werden. Auszüge aus einzelnen Lehrplänen: „Die bekannte Annahme, dass Kondome die Ausbreitung von STD verhindern, wird nicht durch Daten gestützt.“ „Bei Geschlechtsverkehr eines heterosexuellen Paares versagen Kondome bei der HIV-Prävention in ca. 31 Prozent“, „Bei einer von sieben Kondomanwendungen kommt es zu einer Schwangerschaft“.
- Die Lehrpläne enthalten falsche Informationen zu den Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs. Auszüge aus einzelnen Lehrplänen: „5 bis 10 Prozent der Frauen werden unfruchtbar nach legalen Abbruch“. „Nach Schwangerschaftsabbrüchen sind Frühgeburten (ein Hauptgrund für geistige Behinderung), Eileiter- und Zervixschwangerschaften häufiger“.
- Lehrpläne vermischen Religion und Wissenschaft. (Ein 43-Tage alter Fetus wird als „denkende Person“ bezeichnet).
- Lehrpläne gehen mit konservativen Stereotypen von Jungen und Mädchen um, als seien sie wissenschaftliche Fakten.
- Lehrpläne enthalten wissenschaftliche falsche Fakten.

Keiner der evaluierten Lehrpläne informierte darüber, wie eine Verhütungsmethode ausgewählt und angewendet werden kann. Die Programme führen daher nicht dazu, dass Jugendliche sich bei sexuellen Kontakten vor ungewollten Schwangerschaften oder sexuell übertragenen Infektionen schützen. Der Bericht stellt fest, dass die Enthaltsamkeitskampagnen nicht zu einer Prävention von Schwangerschaften bei Minderjährigen oder von sexuell übertragbaren Krankheiten führen.
Der 26 Seiten lange Bericht ist als pdf-Datei aus dem Internet zu beziehen und hat einen gewissen Unterhaltungswert.

Quelle: Waxman- Report zur Abstinenz-Kampagne (PDF)
http://www.democrats.reform.house.gov/Dokuments/20041201102153-50247.pdf

Neuerscheinungen

Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe
Integration von Evidence Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie.
Maria J. Beckermann / Friederike M. Perl (Hrsg.)
Schwabe AG. Basel 2004

Das medizinische Fachbuch haben Expertinnen mit einem großen Erfahrungshintergrund aus Klinik und Praxis verfasst. Damit wird es auch der Realität von Ärzten und Ärztinnen in ambulanten gynäkologischen Praxen gerecht - es ist systematisch und praxisnah zugleich.
Das Buch verfolgt nicht zuletzt das Ziel, der be-

handelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt die kommunikative Kompetenz zu vermitteln, Frauen zu beraten, ohne diese zu manipulieren oder zu bevormunden. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) spielt aus der Sicht von Frauen eine zentrale Rolle im Entscheidungsprozeß: Frauen sind in der Lage, Vorteile und Nachteile diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen vor dem Hintergrund ihrer individuellen Lebenssituation selbst zu gewichten, wenn ihnen Informationen didaktisch und emotional in geeigneter Form angeboten werden. Zudem konfrontiert das Buch die Fachleute auf neuartige Weise mit der Zwiespältigkeit des gynäkologischen Untersuchungsvorganges.
Erstmals gibt ein Gynäkologiebuch den fachärztlichen Kollegen und Kolleginnen eine Anleitung zur nüchternen Bewertung von wissenschaftlichen Publikationen an die Hand. Die Autorinnen werfen einen kritischen Blick auf Themen wie menopausale Östrogen/Gestagen-Therapie, Mammographie-Screening und Zervix-Screening. Die Psychosomatik ist hier wie selbstverständlich in jedes Kapitel integriert und wird nicht wie früher am Rande behandelt. Aus diesem Grund melden sich auch fachfremde Expertinnen zu Wort: Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Psychiaterinnen, Hebammen, Internistinnen, Journalistinnen, Neurologinnen sowie je eine Epidemiologin, Soziologin, Theologin, Physiotherapeutin, Pathologin, Juristin, Ökotrophologin, Sozialarbeiterin, Strahlentherapeutin und Onkologin.

Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern.

medica mondiale e.V. (Hrsg.)
Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main 2004

Dieses Handbuch bietet umfassende Informationen über das Auftreten und die Formen von sexualisierter Gewalt in Kriegs- und Krisengebieten. Es beginnt mit einer ausführlichen Darstellung und Analyse der Geschichte von sexualisierter Kriegsgewalt von der Antike bis zur Gegenwart. Die sozialen, körperlichen und psychischen Folgen für Frauen und Mädchen im kulturellen Kontext werden detailliert auf der Basis des aktuellen Forschungsstands beschrieben.
Weitere Kapitel beschäftigen sich mit der problematischen rechtlichen Situation der Betroffenen als Asylbewerberinnen oder Zeuginnen in Gerichtsprozessen. Darüber hinaus werden fachübergreifende Ansätze zur interdisziplinären Unterstützung betroffener Frauen vor Ort vorgestellt. Im praxisorientierten Teil des Handbuchs werden konkrete Hinweise gegeben zum Umgang mit sexualisierter Gewalt und Trauma in verschiedenen Arbeitsfeldern. Ausführlich wird auf rechtliche Beratung und Begleitung von Flüchtlingsfrauen und die Erstellung von qualifizierten Gutachten für die Ausländerbehörden eingegangen sowie auf die psychotherapeutische Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Für die Gynäkologie und Geburtshilfe werden Hinweise für eine traumasensible Untersuchung und Behandlung sowohl im Zusammenhang mit traumabedingten Verletzungen als auch für die allgemeine Versorgung gegeben.

Brustkrebs Früherkennung. Information zur Mammografie. Eine Entscheidungshilfe
herausgegeben vom Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit

Die gut verständliche Darstellung von Nutzen und Risiken des Mammografie Screenings ist eine gute Basis für eine informierte Entscheidung jeder Frau.

Die Broschüre ist kostenfrei zu bestellen bei:
Nationales Netzwerk Frauengesundheit
Ute Sonntag c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Email: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Broschüren für Teenager zum Themen Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch
erstellt von pro familia Hamburg und dem Familienplanungszentrum Hamburg

Die Broschüren geben sachliche Informationen zu den nach wie vor tabuisierten Themen Teenagerschwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch und gehen in lebendigen Beispielen auf die verschiedenen mit dem Thema verbundenen Gefühle ein. Für Mädchen und Jungen im Alter von 14-18 Jahren.

Zu bestellen bei
Familienplanungszentrum, Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg. Fax: 040 437 491
Email: fpz@familienplanungszentrum.de

Dokumentation der Fachtagung:
Ich – und ein Baby? Schwangerschaft und Elternschaft von Minderjährigen. Möglichkeiten der Prävention und Unterstützung

Die Fachtagung fand Februar 2004 in Hamburg statt. Die Dokumentation kann bestellt werden:
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg, Fax 040 632 58 48 Email: buero@hag-gesundheit.de

Dr. med. Mabuse
Zeitschrift im Gesundheitswesen
Schwerpunktthema: Psychosomatik
Nr.153, Januar / Februar 2005, 30. Jahrgang
www.mabuse-verlag.de
info@mabuse-verlag.de

Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe
Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPFG
Psychosozial- Verlag, Gießen 2004
370 Seiten, 36 €

BzgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 3-2004:
Familie und Beruf
Kostenlos erhältlich unter
BzgA, 51101 Köln
Best.-Nr. 13329170
order@bzga.de