

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe August 2011 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Sterilisation bei Frauen und Männern	3
Restriktionen beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch	8
Hinweise	
- WHO – Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use	11
- Verbessert ein erleichterter Zugang zu hormonalen Kontrazeptiva die effektive Anwendung?	12
- Thromboserisiko bei oralen Kontrazeptiva mit Drospirenon	15
- Erkrankungen der Gallenblase und orale Kontrazeptiva	16
- Krebs und Sexualität	17
Veranstaltungen	18
Verhütung – Aktuelle Preise und Zusatzkosten August 2011	19

Impressum: © 2011

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).

Sterilisation bei Frauen und Männern

Aktuelle Informationen

Helga Seyler

Während in Deutschland die Sterilisation immer seltener durchgeführt wird, dominiert sie in vielen Ländern noch das Spektrum der Verhütungsmethoden. Daher ist die Entwicklung neuer Techniken und die Forschung zur Effektivität und den Risiken der Methode weiterhin international ein wichtiger Bereich der reproduktiven Gesundheit.

Häufigkeit

Weltweit haben 19 % der Frauen im fruchtbaren Alter die Sterilisation als Verhütungsmethode gewählt. Demgegenüber sind weniger als 3 % der Männer sterilisiert (World contraceptive use 2011. UN Department of Economic and Social Affairs). Von den Frauen, die verhüten, sind weltweit etwa ein Drittel sterilisiert sowie 5,6 % ihrer Partner. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen entwickelten und weniger entwickelten Regionen. Die Sterilisation dominiert als Verhütungsmethode in weniger entwickelten Regionen. Hier sind etwa 33 % der Frauen, die verhüten, sterilisiert, gegenüber knapp 12 % in entwickelten Regionen. Länder mit besonders hohem Anteil von Frauen (bis zu 40 %) mit einer Sterilisation finden sich in Ostasien und Südamerika. Bei der Vasektomie ist das Verhältnis umgekehrt, in den entwickelten Regionen sind knapp 7 % der Männer sterilisiert, gegenüber 3,6 % in den weniger entwickelten Regionen.

In Deutschland ist die Zahl der Sterilisationen bei Frauen rückläufig. Nach Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2007 sind von den 20- bis 44-Jährigen im Durchschnitt 2 % der Frauen und 3 % der Männer sterilisiert. 2003 waren es noch 4 % der Männer und 4 % der Frauen.

Ein Grund dafür könnte das wachsende Angebot an sicheren Langzeit-Verhütungsmethoden sein. Es könnte aber auch eine Rolle spielen, dass Frauen immer später ihre Kinder bekommen und deshalb über einen immer längeren Zeitraum reversible Verhütungsmethoden benutzen. Außerdem spielt wahrscheinlich die Veränderung

der Kostenregelung eine Rolle. Seit 2004 werden die Kosten für eine Sterilisation nur noch bei strenger medizinischer Indikation von den Krankenkassen übernommen.

Eine Studie von 2004, die einen Vergleich im Verhütungsverhalten zwischen fünf europäischen Ländern zog, zeigte, dass Deutschland in Bezug auf die Rate an Sterilisationen im Mittelfeld liegt, zwischen Großbritannien, wo mehr als 20 % der Männer und Frauen sterilisiert sind, und Italien mit weniger als 1 % Sterilisationen bei Männern und Frauen (Skouby 2004). In dieser Studie gaben von den befragten Frauen aus Deutschland 15 % an, dass entweder sie selbst oder ihr Partner sterilisiert wären. Ein Grund für die gegenüber den BZgA-Daten deutlich höhere Zahl könnte sein, dass auch Frauen zwischen 44 und 49 Jahren einbezogen wurden.

In Großbritannien findet sich die in Europa höchste Rate an Sterilisationen bei Männern. In den Daten des UN Department of Economic and Social Affairs waren es 2007 19 % der Partner von Frauen, die verhüten. Weitere Spitzenreiter bei der Zahl sterilisierter Männer sind Kanada mit 22 %, Australien und Neuseeland mit ca. 15 % und die USA mit knapp 10 %. In Asien sind China mit 4,5 % und Korea mit 17 % Länder mit einer überdurchschnittlichen Rate an sterilisierten Männern (World contraceptive use 2011. UN Department of Economic and Social Affairs. Daten von 2002 bis 2009).

Warum die Zahl von sterilisierten Männern in verschiedenen Ländern so unterschiedlich ist, dazu gibt es keine Untersuchungen.

Sterilisation bei Frauen

Sterilisationen bei der Frau werden in Deutschland zumeist mithilfe einer Bauchspiegelung durchgeführt, auch nach einer vaginalen Geburt im Wochenbett.

Für den Verschluss der Eileiter gibt es unterschiedliche Methoden, von denen in Deutschland weit überwiegend die Technik der bipolaren Koagulation angewendet wird.

Zuverlässigkeit

Zur Verhütungssicherheit bzw. der Versagerrate von Sterilisationen gibt es unterschiedliche Angaben. Die Versagerrate wird zum Teil durch die Technik des Tubenverschlusses beeinflusst, aber auch durch die Erfahrung der Operateure und das Alter der Frau. Schwangerschaften können

auch noch viele Jahre nach dem Eingriff auftreten.

Im Vergleich zur Versagerrate anderer Verhütungsmethoden wird die Versagerrate der Sterilisation nicht auf ein Jahr bezogen angegeben, sondern meist auf zehn Jahre. Das muss bei der Effektivität im Vergleich mit anderen Verhütungsmethoden berücksichtigt werden.

Prospektive Daten aus den USA ergaben insgesamt für alle Techniken des Tubenverschlusses eine Versagerrate von 1,8 % pro zehn Jahre. Für die in Deutschland übliche bipolare Koagulation wurde eine Versagerrate von 2,4 % pro zehn Jahre ermittelt (Petersen 1996).

In Deutschland gibt es keine Daten, die ähnlich verlässlich sind wie die aus den USA. In den vorhandenen Studien wurden die Versagerraten rückblickend ermittelt und möglicherweise wurden die Schwangerschaften nicht vollständig erfasst. Außerdem wurde die Schwangerschaftsrate zum Teil nicht auf einen definierten Zeitraum bezogen und sie ist daher nicht mit der Versagerrate aus anderen Studien vergleichbar.

In zwei Veröffentlichungen wurden sehr niedrige Versagerraten von 0,26 % angegeben (Riedel 1995, Bosche 2000). Wahrscheinlich wurden hier jedoch nicht alle Schwangerschaften ermittelt. In einer weiteren Erhebung, in der die Zahl der Schwangerschaften wahrscheinlich vollständiger erfasst wurde, wurde eine Versagerrate von 0,85 % über sechs bis zwölf Jahre ermittelt (Kolmorgen 2006).

Die Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften zur Beratung von Frauen enthalten widersprüchliche Angaben zur Versagerrate.

Auf der Basis der Daten von Riedel und Bosche wird in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) eine Versagerrate von 1 bis 2 bei 1.000 Eingriffen angegeben (DGGG 2001). Diese Versagerrate wird von ExpertInnen der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie (AGE) für zu niedrig gehalten. Diese Fachgesellschaft empfiehlt in einer Stellungnahme auf der Basis der Daten von Kolmorgen und internationaler Daten, dass in der Aufklärung von Frauen zur Sterilisation eine Versagerrate von 1 bis 2 %¹ genannt werden sollte. Dies entspricht in etwa den Empfehlungen der International Planned Parenthood Federation (IPPF), die eine Versagerrate von 1 bis 2 % über zehn Jahre angibt (IPPF 2009).

¹ Gemeint ist dabei vermutlich die lebenslange kumulative Versagerrate.

Etwa die Hälfte der Schwangerschaften nach einer Sterilisation sind extrauterine Schwangerschaften. Insgesamt sind solche Schwangerschaften aber deutlich seltener als bei Frauen ohne Verhütung. Wenn eine Frau trotz Sterilisation schwanger wird, muss jedoch eine extrauterine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Auch darauf sollten die Frauen in der Beratung vor einer Sterilisation hingewiesen werden.

Ein kleiner Teil der Schwangerschaften nach einer Sterilisation entsteht, wenn der Eingriff nach dem Eisprung durchgeführt wird und es vorher bereits zu einer Befruchtung des Eis gekommen ist. Daher sollten Sterilisationen in der zweiten Zyklushälfte nur durchgeführt werden, wenn eine Empfängnis in diesem Zyklus sicher ausgeschlossen ist.

Unzufriedenheit und Wunsch nach Refertilisierung

Die Sterilisation ist ein endgültiger Eingriff und Frauen und Männer müssen mit den Folgen der Entscheidung leben. Da sich die Lebenssituation verändern kann, kann sich auch der Wunsch nach (weiteren) Kindern ergeben. Daher ist ein kleiner Teil der Menschen nicht dauerhaft mit dem Eingriff zufrieden.

Zwischen 2 und 13 % der Frauen bereuen den Eingriff später. Etwa 1 bis 3 % lassen ihn rückgängig machen. Ein operativer Eingriff, bei dem die Eileiter wieder durchgängig gemacht werden, ist sehr aufwändig und der Erfolg unsicher. Abhängig von der Art der Sterilisation und anderen Faktoren werden 25 bis 80 % der Frauen nach einem solchen Eingriff schwanger. Eine andere Möglichkeit besteht darin, eine Schwangerschaft durch eine IVF-Behandlung herbeizuführen. Auch diese Behandlung ist sehr aufwändig. Die Kosten müssen von den Paaren selbst getragen werden.

Viele Studien beschäftigen sich mit Faktoren, die Einfluss auf die Zufriedenheit mit einer Sterilisation bzw. den Wunsch nach einer Refertilisierung haben. Den deutlichsten Einfluss darauf, ob Frauen den Eingriff später bereuen, hat das Alter bei der Sterilisation: Jüngere Frauen wollen den Eingriff deutlich häufiger revidieren. Das ist leicht damit zu erklären, dass ältere Frauen nur noch wenige potentiell fruchtbare Jahre haben, in denen sie noch einmal schwanger werden könnten. Die Zahl der Kinder hat demgegenüber nur einen geringen Einfluss auf die dauerhafte Zufriedenheit mit einer Sterilisation.

Andere Risikofaktoren für spätere Unzufriedenheit sind eine Sterilisation im Wochenbett, oder

bei einem Kaiserschnitt (Korell 2000). Außerdem ist eine Entscheidung unter äußerem Druck ungünstig, wenn zum Beispiel gesundheitliche Risiken im Falle einer neuen Schwangerschaft bestehen oder der Partner Druck ausübt.

Sehr wichtig sind eine ausreichende Beratung und ausreichend Zeit zum Überlegen und Abwägen. Dabei muss deutlich gemacht werden, dass der Eingriff endgültig ist. Abgeraten wird von einer Sterilisation in Phasen emotionaler Belastung und in Umbruchsituationen, besonders wenn diese mit Krisen oder Veränderungen in der Partnerschaft oder mit Schwangerschaften zu tun haben.

Zur Beratung gehört immer eine umfassende Information über reversible Verhütungsmethoden als Alternative.

Sterilisation durch Gebärmutter Spiegelung (Essure)

Außer der Sterilisation über eine Bauchspiegelung oder einen Bauchschnitt werden schon seit den 1970er Jahren Möglichkeiten erprobt, den Verschluss der Eileiter zu erzielen, indem Substanzen bei einer Gebärmutter Spiegelung durch die Vagina in die Eileiter eingebracht werden.

Das Einspritzen von Quinacrin in die Eileiter hat, obwohl es nie dafür zugelassen wurde, seit den 1970er Jahren in vielen weniger entwickelten Ländern große Verbreitung gefunden. Die Substanz bewirkt eine Entzündung in den Eileitern, die zum Verschluss durch Narbenbildung führt. Die Methode wurde ebenso wie die Umstände der Anwendung – die Frauen werden zumeist nicht ausreichend aufgeklärt und eine Kontrolle möglicher Komplikationen fehlt häufig – stark kritisiert und als ethisch sehr bedenklich bewertet (IPPF 2000).

2001 wurde in Europa eine Methode auf den Markt gebracht, bei der kleine Spiralen aus Metall und Kunststoff durch eine Gebärmutter Spiegelung in die Eileiter eingesetzt werden und einen Verschluss durch Narbengewebe bewirken (siehe auch FPR 2003, Nr. 4).

Unter dem Namen Essure® wurde dieses Produkt 2001 durch die Europäische Arzneimittelbehörde EMA als Medizinprodukt zertifiziert. 2002 wurde es von der US-amerikanischen Behörde FDA zugelassen.

Das Einsetzen der Spiralen durch eine Gebärmutter Spiegelung kann in den meisten Fällen unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Dieser Eingriff ist deutlich kleiner und mit weniger

Risiken verbunden als eine Bauchspiegelung. Er wird immer ambulant durchgeführt. Allerdings dauert es anschließend etwa drei Monate, bis das Narbengewebe die Eileiter verschlossen hat. Außerdem muss die korrekte Lage der Spiralen und der Verschluss der Eileiter durch Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel (Hysterosalpingografie) überprüft werden. Bis dahin ist eine zusätzliche Verhütung notwendig.

Weltweit wurden inzwischen etwa 60 000 Eingriffe dieser Art durchgeführt. Bei etwa 1 bis 8 % der Frauen gelingt es nicht, die Spiralen in beiden Eileitern korrekt zu platzieren. Bei weiteren etwa 5 % liegen die Spiralen bei der Kontrolluntersuchung nicht korrekt.

Mit ungewollten Schwangerschaften nach einer Sterilisation mit Essure® befasst sich ein Aufsatz aus den Niederlanden (Veersema 2010). Dort wurden zwischen 2002 und 2008 bei 6.000 Eingriffen zehn Versager beobachtet, bei einer Nachbeobachtungszeit zwischen einem und vier Jahren. In den meisten Fällen waren die Spiralen nicht korrekt platziert. Dies wurde aber entweder bei den Kontrolluntersuchungen² nicht erkannt oder die Frauen kamen nicht zu einer Kontrolluntersuchung. Eine der Schwangerschaften bestand schon zum Zeitpunkt des Eingriffs.

Zwei der Schwangerschaften entstanden trotz korrekter Lage der Spiralen und bei der Kontrolluntersuchung verschlossen erscheinender Eileiter. In den klinischen Studien vor der Zulassung waren bei korrekt platzierten Spiralen und einer Nachbeobachtung von bis zu drei Jahren keine Schwangerschaften aufgetreten.

Weltweit wurden 64 Schwangerschaften bei etwa 50 000 Eingriffen beobachtet. Die Versagerrate ist also sehr gering.

Allerdings gibt es noch wenige Langzeit-Daten zur Effektivität und zu Komplikationen. In einer Studie wurde die Lage der Spiralen bei 45 Frauen nach fünf Jahren kontrolliert (Franchini 2011). Bei korrekter Einlage der Spiralen wurde auch nach fünf Jahren eine korrekte Lage in allen Fällen bestätigt. Die AutorInnen schließen daraus, dass keine weiteren Nachuntersuchungen erforderlich sind, wenn die Spiralen bei der Kontrollun-

² Bis 2005 wurde immer eine Hysterosalpingografie durchgeführt. Danach wurde zunächst eine Ultraschalluntersuchung und nur bei Unklarheiten eine Hysterosalpingografie durchgeführt.

tersuchung drei Monate nach dem Eingriff korrekt platziert sind.

Die Essure®-Methode ist wegen der hohen Kosten für die Spiralen teurer als die Sterilisation durch Bauchspiegelung. Der Vorteil ist, dass damit eine Laparoskopie und Vollnarkose vermieden werden können. Dafür ist eine aufwändige Nachuntersuchung erforderlich sowie zusätzliche Verhütung für mindestens drei Monate, bis der Verschluss der Eileiter bestätigt ist.

Sterilisation bei Männern

Die Standardmethode der Sterilisation bei Männern wird seit 50 Jahren durchgeführt. Dabei werden die Samenleiter durch einen oder zwei 1 bis 2 cm lange Hautschnitte am Hodensack freigelegt, durchtrennt und unterbunden.

Die Vasektomie wird in den meisten Fällen in Lokalanästhesie durchgeführt. Eine Vollnarkose wird empfohlen, wenn wegen Vernarbungen nach einer Voroperation oder anderer Besonderheiten zu erwarten ist, dass die Vasektomie komplizierter wird.

Seit mehreren Jahren wird außerdem die sogenannte Non-Skalpell-Technik durchgeführt. Diese Methode wurde in den 1970er Jahren in China entwickelt. Sie hat weltweite Verbreitung gefunden und wird seit einigen Jahren auch in Deutschland angeboten.

Der Unterschied zur herkömmlichen Methode ist, dass die Haut mit einem speziellen Instrument zunächst punktiert und dann durch Spreizen des Instruments geöffnet wird. Die Öffnung der Haut ist dabei kleiner als bei der Skalpell-Technik. Außerdem werden beide Samenleiter durch eine Öffnung aufgesucht und verschlossen. Die Samenleiter werden dabei in der gleichen Weise verschlossen wie bei der herkömmlichen Technik. Meist ist bei der Non-Skalpell-Technik keine Naht zum Verschluss der Haut notwendig.

Als Vorteile der neuen Methode wird angegeben, dass sie weniger Schmerzen verursache, dass seltener Blutergüsse und weniger Komplikationen bei der Heilung auftreten. Allerdings verursachen bei der Sterilisation von Männern die Hautschnitte wenig Schmerzen, schmerzhaft ist vielmehr das Anheben und Unterbinden der Samenleiter.

Für die Non-Skalpell-Technik ist ein spezielles Instrument zum Eröffnen der Haut erforderlich.

Außerdem müssen die OperateurlInnen in der Methode speziell geschult werden.

Mit der Frage, ob die Non-Skalpell-Technik schonender ist als die herkömmliche Technik, beschäftigte sich ein Cochrane-Review (Cook 2007), in dem zwei Vergleichsstudien bewertet wurden. Die Auswertung ergab, dass die Sterilisation mit der Non-Skalpell-Technik mit weniger Schmerzen verbunden war und die Eingriffe weniger lang dauerten. Anschließend traten weniger Blutergüsse und Infektionen auf. Nach dem Eingriff waren die Männer früher wieder sexuell aktiv.

Insgesamt sind jedoch Komplikationen bei beiden Methoden selten und die Unterschiede gering. Außerdem sind die besseren Ergebnisse bei der Non-Skalpell-Technik abhängig von einem ausreichenden Training und Erfahrung der OperateurlInnen mit dieser Methode.

In der größeren der beiden Vergleichsstudien (Sokal 1999) traten während dem Eingriff mäßige oder starke Schmerzen mit knapp 5 % bei beiden Methoden gleich häufig auf. Leichte Schmerzen hatten bei der Non-Skalpell-Technik 28 %, bei der Skalpell-Technik 35 % der Männer, keine Schmerzen hatten 67 % bzw. 60 %.

Auch nach dem Eingriff gab es Unterschiede bei den Schmerzen. Mäßige oder starke Schmerzen hatten 6 % der mit der Non-Skalpell-Technik operierten Männer, bei der Skalpell-Technik waren es 11 %. Große Blutergüsse traten bei der Skalpell-Methode bei 0,7 % der Männer auf, bei der Non-Skalpell-Methode bei keinem von 537 Männern. Auch zu Hautinfektionen kam es sehr selten mit 1,5 % bei der Skalpell-Methode und 0,2 % bei der Non-Skalpell-Methode.

Schwere Komplikationen (Infektionen des Hoden und Nebenhoden, Fieber, starke Blutungen) waren bei beiden Methoden sehr selten. Hier fanden sich keine Unterschiede. Auch bei der Verhütungssicherheit wurden keine Unterschiede festgestellt.

Effektivität der Vasektomie

Während der ersten Wochen befinden sich noch befruchtungsfähige Spermien im Samenerguss. Deshalb ist in dieser Zeit eine zusätzliche Verhütung notwendig. Der Erfolg der Vasektomie muss durch ein oder mehrere Spermioogramme bestätigt werden.

Es gibt keine einheitlichen Empfehlungen dazu, wann diese Spermioogramme durchgeführt und wie oft sie wiederholt werden sollen. Die IPPF

empfiehlt ein Spermogramm nach drei Monaten (IPPF 2004). Andere Empfehlungen für das erste Spermogramm reichen von sechs bis acht Wochen bis zu 16 Wochen nach dem Eingriff (Weiske 2004, bpas 2011). Wichtig ist auch, dass vor dem ersten Spermogramm eine gewisse Anzahl von Samenergüssen erfolgt ist. Die Empfehlungen reichen hier von zehn bis 24 Ejakulationen. Meist wird unabhängig vom Ergebnis der ersten Samenanalyse ein zweites Spermogramm einige Wochen nach dem ersten empfohlen. Wenn in zwei Samenanalysen keine Spermien gefunden wurden, ist keine weitere Verhütung mehr erforderlich.

Die Versagerrate der Vasektomie wird mit 0 bis 2 % angegeben. In den meisten Studien wurde eine Versagerrate von unter 1 % festgestellt. Sehr selten kann es nach Monaten bis Jahren zu einer Öffnung der Samenleiter mit nachfolgender Schwangerschaft kommen, die Häufigkeit wird mit 1 von 2.000 angegeben (IPPF 2009).

Post-Vasektomie-Schmerz-Syndrom

Einige AutorInnen berichten über dauerhafte Schmerzen im Bereich des Nebenhodens, die erst einige Monate nach einer Vasektomie auftreten können und als „Post-Vasektomie-Schmerz-Syndrom“ bezeichnet werden. Es ist sehr umstritten, wie häufig solche Beschwerden auftreten. Bei den meisten AutorInnen wird eine Häufigkeit von 2 bis 8 % angegeben. Vereinzelt finden sich auch Angaben von bis zu 33 % (Christiansen 2003). Andere AutorInnen geben an, dass sie trotz einer großen Zahl von durchgeführten Vasektomien keinen solchen Fall beobachtet haben (Weiske 2004). In den Informationen der IPPF und der bpas zur Vasektomie wird diese Komplikation nicht erwähnt.

Die Ursache dieser Schmerzen ist unklar. Als mögliche Faktoren werden diskutiert: ein erhöhter Druck im Nebenhoden durch den Stau der Spermien, Nervenreizungen im Bereich der Narbe, chronische entzündliche Veränderungen im Nebenhoden. Diskutiert wird, ob diese Komplikation vermieden werden kann, wenn der vom Nebenhoden kommende Teil des durchtrennten Samenleiters nicht verschlossen wird und damit ein Aufstau der Samen im Nebenhoden vermieden wird. Diese Maßnahme könnte tatsächlich das Auftreten des Schmerzsyndroms reduzieren, denn bei einigen Männern konnten die Beschwerden durch eine Refertilisierungs-Operation beseitigt werden (Christiansen 2003, Weiske 2004).

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie (AGE): Stellungnahme zu Schwangerschaften nach laparoskopischer bipolarer Tubensterilisation. *Frauenarzt* 2002; 43: 678

Black T, Francome C. Comparison of Marie Stopes scalpel and electrocautery no-scalpel vasectomy techniques. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003; 29: 32–4

British Pregnancy Advisory Service (bpas). My guide to vasectomy. 2011

http://www.bpas.org/js/filemanager/files/my_guide_to_vasectomy_v07.pdf

Brosche T, Riedel HH. Pelviskopie – Umfragen 1994–1998. *Endoskopie heute* 2000; 3: 95–102

Christiansen C and Sandlow J. Testicular pain following vasectomy: a review of postvasectomy pain syndrome. *Journal of Andrology* 2003; 24: 293–8

Cook L, Pun Asha Gallo M, et al. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2009; CD004112 /2007 2. Issue

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin. Stellungnahme zur kontrazeptiven Sicherheit der Tubensterilisation. 2001

Franchini M, Boeri C, et al. Essure transcervical tubal sterilization: a 5-year x-ray follow up. *Fertil Steril* 2011; 95: 2114–5

IPPF. Quinacrine for female sterilization: health and ethical concerns. *IPPF Medical Bulletin* 2000; 34 (Nr. 2): 3–4

IPPF. IMAP Statement on voluntary surgical sterilization. *IPPF Medical Bulletin* 2009; 43 (Nr. 4): 1–3

IPPF. Medical and Service and Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services. 2004

Kolmorgen K, Lueken A, et al. Schwangerschaften nach laparoskopischer bipolarer Tubensterilisation. Ergebnisse einer retrospektiven Pilotstudie an zwei Laparoskopiezentren. *Frauenarzt* 2002; 43: 674–7

Korell M, Englmaier R, Hepp H. Effekt der Tubensterilisation. *Zentralbl Gynäkol* 2000; 122: 28–34

Miño M, Arjona J, et al. Success rate and patient satisfaction with the Essure™ sterilisation in an outpatient setting: a prospective study of 857 women. *BJOG* 2007; 114: 763–6

Peterson HB, Xia Z, et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. collaborative review of sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1161–1170

Riedel HH, Brosche T, et al. Die Entwicklung der gynäkologischen Endoskopie in Deutschland – eine statistische Erhebung der Jahre 1989 bis 1993. *Zentralbl Gynäkol* 1995; 117: 402–412

Sinha D, Kalathy V, et al. The feasibility, success and patient satisfaction associated with outpatient hysteroscopic sterilisation. *BJOG* 2007; 114: 676–83

Skouby S. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *European journal of contraception & reproductive health care* 2004; 9: 57–68

Sokal D, McMullen S, et al. A comparative study of the no scalpel and standard incision approaches to vasectomy in 5 countries. *Journal of Urology* 1999; 162: 1621–5

Spinelli A, Talamanca I, et al. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. *Am J Public Health* 2000; 90: 1403–8

Veersema S, Vleugels M, et al. Unintended pregnancies after Essure sterilization in the Netherlands. *Fertil Steril* 2010; 93: 35–8

Weiske W. Vasektomie aktueller Stand. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2004; 1: 222–7

Restriktionen beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch:

Zahl der Gesetzesvorhaben in den USA erreicht Rekordhöhe

Die aktuelle Entwicklung in den USA wird als Herausforderung für das Grundsatzurteil des Obersten Gerichtshofs aus dem Jahr 1973 gewertet. Das sogenannte „Roe-versus-Wade-Urteil“ leitete aus dem Grundrecht einer Frau auf persönliche Freiheit und Schutz der Privatsphäre auch das Recht auf Schwangerschaftsabbruch ab.³

Bereits in der ersten Hälfte des Jahres 2011 wurden in den USA so viele gesetzliche Änderungen, die die reproduktiver Gesundheit betreffen, vorgenommen wie seit Jahrzehnten nicht mehr. Von insgesamt 162 dieser Gesetzesmaßnahmen schränken 49 % in ihrer Konsequenz den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und begleitenden Angeboten ein. Schon jetzt gilt 2011 als Rekordjahr mit der höchsten Anzahl von gesetzlichen Einschränkungen in diesem Bereich seit Jahrzehnten. Zahlreiche AutorInnen und Institutionen bewerten diese Entwicklung als Erfolge der Anti-Abtreibungsbewegung.

Das Ziel, durch gesetzliche Maßnahmen Frauen einen Schwangerschaftsabbruch so schwer und unangenehm wie möglich zu machen, und auch den in diesem Bereich Tätigen die Arbeit zu erschweren, offenbart sich in Regelungen aus unterschiedlichen Bereichen:

a) **Beratung und Wartezeiten**

Insgesamt haben fünf US-amerikanische Bundesstaaten eine gesetzlich vorgeschriebene Beratung und Wartezeit vor dem Abbruch eingeführt. Die gesetzliche Maßnahme des Staates South Dakota vom März 2011 ist dabei die härteste. Hier wird eine vorgeschriebene Wartezeit von 72 Stunden vor einem Abbruch eingeführt, gleichzeitig besteht die Verpflichtung, ein sogenanntes „Pregnancy Crisis Center“ aufzusuchen. Der

³ Durch das bis heute umstrittene Urteil Roe vs. Wade wurde gesetzlich geregelt, dass eine Schwangere die Schwangerschaft bis zu dem Zeitpunkt der Lebensfähigkeit des Fötus abbrechen darf. Lebensfähigkeit wurde damals auf die Zeit vor Ablauf der 28., heute der 24. Schwangerschaftswoche festgelegt.

Arzt/die Ärztin, die den Abbruch vornehmen, muss die Frau persönlich beraten und dabei auf alle bekannten Abbruchrisiken hinweisen, selbst wenn diese Informationen medizinisch nicht anerkannt und wissenschaftlich belegt sind. Dieses Gesetz ist noch nicht in Kraft getreten, weil gerichtliche Klagen dagegen noch nicht entschieden sind.

b) **Die Dauer der bestehenden Schwangerschaft**

15 US-Bundesstaaten haben in diesem Jahr Regelungen auf den Weg gebracht, die sich auf eine Gesetzesänderung in Nebraska aus dem Jahr 2010 beziehen und die einen Abbruch nach der 20. Schwangerschaftswoche prinzipiell untersagen. Begründet wird die zeitliche Festlegung mit der fragwürdigen Annahme, dass der Fetus ab diesem Zeitpunkt Schmerzen empfindet. Ein Abbruch nach der 20. Woche ist mit Verabschiedung des Gesetzes nur noch bei Lebensgefahr oder zu erwartender schwerwiegender, irreversibler körperlicher Beeinträchtigung der Schwangeren möglich. Eingeführt wurden solche Regelungen bereits in fünf Staaten. Allerdings stehen diese im Widerspruch zu Urteilen des obersten Gerichtshofs: Da auf Bundesebene der Abbruch durch das im Jahr 1973 gefällte Grundsatzurteil bis zur potentiellen Lebensfähigkeit des Fötus als zulässig gilt, dürfen Bundesstaaten keine Regelungen einführen, die einen Abbruch vor diesem Zeitpunkt verhindern.

c) **„Herzschlag“-Regelung**

In Ohio wartet ein Gesetz auf die Bestätigung durch den Senat, das vorsieht, einen Abbruch ab dem Zeitpunkt zu verbieten, zu dem erstmals der fetale Herzschlag dargestellt werden kann. Fetale Herzaktivität lässt sich in der Regel zwischen der 6. und 10. Schwangerschaftswoche nachweisen.

d) **Einschränkung der Versicherungsleistungen**

Im Zusammenhang mit einer Reform des Gesundheitswesens wurde in 24 US-Bundesstaaten der Ausschluss von Leistungen der Krankenversicherung für einen Abbruch erwogen, in acht Staaten wurden Restriktionen dieser Art bereits umgesetzt. In acht Staaten ist eine Kostendeckung des Abbruchs durch eine private Krankenversicherung untersagt.

e) **Medikamentöser Abbruch**

Durchführung nach veralteten Standards: Die medikamentöse Methode wird in den USA inzwischen sehr häufig angewendet: 17 % aller Abbrüche werden medikamentös

in ambulanten Einrichtungen durchgeführt. Im Jahr 2011 wurden erstmals gesetzliche Maßnahmen eingebracht und umgesetzt, die sich gezielt mit dieser Methode befassen. Einige Bundesstaaten haben Gesetze erlassen, nach denen der medikamentöse Abbruch entsprechend dem in der Zulassung aus dem Jahr 2000 vorgesehenen Regime durchgeführt werden muss. Alle Aktualisierungen des Regimes auf der Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse und Erfahrungen können in diesen Bundesländern nicht mehr angewendet werden. Dies betrifft die Erweiterung des Anwendungszeitraums von 49 auf 63 Tage, die von der WHO empfohlene Dosisreduzierung von 600 auf 200 mg Mifepriston und die Möglichkeit der Prostaglandineinnahme im häuslichen Umfeld. Diese Gesetzgebung führt zu einer deutlichen Einschränkung, da der medikamentöse Abbruch nur bis zur 7. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden darf, er ist deutlich teurer, weil die dreifache Dosis von Mifegyne gegeben werden muss, und er ist für die Frauen aufwändiger, da sie zur Einnahme des Prostaglandins noch mal den Arzt/die Ärztin aufsuchen müssen. Das kann insbesondere in ländlichen Regionen mit großen Entfernungen zur nächsten Praxis ein gravierendes Hindernis darstellen. Bereits seit mehreren Jahren ist es in den USA üblich, dass die Frauen das Prostaglandin beim ersten Arzttermin für die Einnahme zu Hause bekommen. (siehe auch

www.profamilia.de/Dokumentation/Mifegyne im häuslichen Umfeld)

f) **Telemedizin**

Telemedizin findet in den USA eine zunehmende Verbreitung. Dabei arbeitet der oder die behandelnde Arzt/Ärztin in einer räumlich entfernten medizinischen Einrichtung und kann nach einer Videokonferenz mit der betroffenen Frau das medizinische (nicht-ärztliche) Personal vor Ort zur medikamentösen Behandlung, zum Beispiel bei einem medikamentösen Abbruch, autorisieren. Fünf Staaten haben die Telemedizin im Zusammenhang mit dem medikamentösen Abbruch untersagt.

Gesetzliche Regelungen, die Telemedizin für die Versorgung im Zusammenhang mit dem medikamentösen Abbruch untersagen, treffen wie alle Einschränkungen im Kontext des medikamentösen Abbruchs besonders Frauen in ländlichen Regionen, für die ärztli-

che Dienstleistungen häufig schwer bzw. gar nicht erreichbar sind.

g) **Familienplanungsprogramme**

Zum ersten Mal seit einigen Jahren kam es 2011 zu gesetzlichen Regelungen, die zu finanziellen Kürzungen bei Familienplanungsprogrammen führen. In sechs US-Bundesstaaten wurden diese im Rahmen von allgemeinen Etatkürzungen im Gesundheitssektor vorgenommen. In drei weiteren Staaten jedoch kam es zu einer überproportional hohen Kürzung von 57 und 68 %, bzw. zu einer vollständigen Streichung der Förderung für Familienplanungsprogramme.

h) **Förderung von Einrichtungen mit Angeboten zur Familienplanung**

Mehrere Staaten haben die Förderung von Einrichtungen im Bereich der Familienplanung gekürzt, bei denen es irgendeinen Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen gibt. In einigen Staaten sind speziell Einrichtungen der Planned Parenthood betroffen. Weitere Staaten beschränken die Förderung auf Gesundheitsbehörden, Krankenhäuser und staatliche Gesundheitszentren, oder diese Einrichtungen werden bei der Förderung bevorzugt.

Was bedeuten diese Regelungen für die Praxis?

Unabhängige Familienplanungsorganisationen verlieren ihre Finanzierungsgrundlage und sind dadurch in ihrer Existenz ernsthaft und ohne Aufschub gefährdet.

In Kansas muss der Frau bei der Aufklärung der Fetus als „whole, separate, unique, living human being“⁴ beschrieben werden. Minderjährige benötigen vor einem Abbruch das schriftliche Einverständnis beider Eltern.

In South Dakota müssen sich Frauen vor einem Abbruch durch eine Pro-Life⁵-Schwangerschaftseinrichtung beraten lassen.

Arizona verbietet staatlichen Universitäten die Nutzung staatlicher Gelder zur Fort- und Weiterbildung im Bereich Schwangerschaftsabbruch.

In Mississippi darf in Schulen nicht formuliert werden, dass ein Abbruch durchgeführt werden kann, um die Geburt eines Kindes zu verhindern (!).

In New Hampshire müssen Anbieter bei Minderjährigen 48 Stunden vor dem Abbruch die Eltern informieren.

In North Dakota wird Informationsmaterial verbreitet, das den unseriösen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen einem Abbruch und Brustkrebs enthält.

Bereits seit März 2010 ist in Utah ein Gesetz in Kraft, nach dem Frauen wegen Mordes angeklagt werden können, wenn sie versuchen, eine Fehlgeburt herbeizuführen.

Florida und Kansas möchten gesetzlich verankern, dass schwangere Frauen vor dem Abbruch ein Ultraschallbild und die Herzaktivität des Fetus sehen müssen.

Der stark wachsende Einfluss von Pro-Life-Aktivitäten wird für diese seit 35 Jahren schwerwiegendsten Einschnitte in die reproduktiven Rechte von Frauen verantwortlich gemacht. Der Grund dafür ist, dass sich seit den Wahlen im Jahr 2010 mehr und mehr US-Gouverneure offen als Abtreibungsgegner positionieren.

Veränderte Argumentation

Obwohl sich die kontroverse Debatte der Abbruchgegner, die sich der sogenannten Pro-Life-Bewegung zuordnen, und der Pro-Choice-Bewegung⁶ mit Termini wie „Abtreibungskrieg“, „Schlacht“ und „Sieg“ noch immer eines Vokabulars aus der Kriegsberichterstattung bedient, hat sich die Argumentation der Pro-Life-AnhängerInnen in den letzten Jahren merklich verändert. Statt christlich geprägter moralischer Aspekte werden nun wissenschaftliche Argumente angeführt. Diese spielen innerhalb der Argumentation der neuen Gesetzestexte eine Rolle – verwiesen sei nur auf den fetalen Schmerz, den Herzschlag des Fetus, die Visualisierung über Ultraschall etc. Daneben spielen auch unseriöse „pseudowissenschaftliche“ Hinweise eine Rolle, wie zum Beispiel die Verbindung zwischen Krebserkrankungen und Abbruch. Auch die Existenz eines sogenannten „Post-Abortion-Syndroms“, das, abgeleitet von der posttraumatischen Belastungsstörung, über Jahre hinweg von Pro-Life- bzw. „Anti-Choice“-Gruppierungen als Risiko eines Schwangerschaftsabbruchs angeführt wurde, konnte inzwischen eindeutig wissenschaftlich widerlegt werden.

⁴ Vollständiges unabhängiges einzigartiges lebendes menschliches Wesen

⁵ Als **pro life** wird eine Lebensrechtsbewegung bezeichnet die in den 1960er Jahren in den USA ihren Anfang nahm

⁶ **Pro-Choice** steht politisch für Wahlfreiheit für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Der Begriff stammt ebenso aus den USA.

Literatur

Melissa Martin: States enact record number of abortion restrictions in first half of 2011 (2011). The Guttmacher Institute [online unter: www.guttmacher.org]

Auf dieser Internetseite finden sich außerdem:

- Informationen zu US-bundesstaatlichen Regelungen und politischen Aktivitäten unter: "Monthly State Update" und "State Policies in Brief series".
- Informationen und Daten zu reproduktiver Gesundheit unter: „Guttmacher's State Center“ und „Guttmacher's Data Center“.
- Spezifische Informationen zum Schwangerschaftsabbruch unter: „State Facts About Abortion“.

Gee A. Anti-abortion laws gain more ground in the USA. The Lancet 2011; 377: 1992–1993

Langer A. Abtreibungsgegner: US-Politiker will Fehlgeburten mit Todesstrafe ahnden. SpiegelOnline vom 4.3.2011 [online unter: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,748859,00.html>]

Naral Pro Choice America Foundation. Who Decides? The Status of Women's Reproductive Rights in the United States (2011) [online unter: www.WhoDecides.org.]

Hinweise

WHO – Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use

Helga Seyler

Die WHO veröffentlicht seit 1996 die "Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use", die regelmäßig aktualisiert werden. Die jüngste aktualisierte Ausgabe (4th Edition 2009) wurde 2010 veröffentlicht.

Dieses Werk der WHO enthält auf 130 Seiten umfassende und evidenzbasierte Angaben zur Sicherheit bzw. den Risiken und Einschränkungen der Anwendung aller Verhütungsmethoden bezogen auf eine Vielzahl von Krankheiten und gesundheitlichen Risikosituationen sowie auf unterschiedliche Lebenslagen von Frauen. Eine Kommission aus wissenschaftlichen ExpertInnen wertet die gesamte wissenschaftliche Literatur aus und erarbeitet auf dieser Basis die einzelnen Empfehlungen.

Die Eligibility-Criteria gelten als international anerkannte Leitlinie für die Anwendung von Verhütungsmethoden. Allerdings weichen die Empfeh-

lungen teilweise von denen in den deutschen Fachinformationen für die jeweiligen Mittel ab. Diese werden im Rahmen der Zulassung durch die europäische Arzneimittelbehörde EMA oder die deutsche Zulassungsbehörde BfArM vorgegeben.

Die Anwendung von Verhütungsmethoden wird in den Eligibility-Criteria in vier Kategorien bewertet.

- Kategorie 1: Es gibt keine Einschränkungen bei der Anwendung der Methode für die jeweilige Risikosituation.
- Kategorie 2: Die Vorteile der Anwendung der Methode sind größer als die damit verbundenen Risiken und die Anwendung der Methode wird empfohlen.
- Kategorie 3: Die theoretischen oder erwiesenen Risiken sind meist größer als die Vorteile der Anwendung dieser Verhütungsmethode. Die Entscheidung über die Anwendung erfordert eine sorgfältige ärztliche Beurteilung und Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Für diese Frauen muss der Schweregrad der gesundheitlichen Störung bedacht werden und geprüft werden, ob andere Verhütungsmethoden angewendet werden können. Die Verhütungsmethode soll nicht angewendet werden, außer wenn besser geeignete Methoden nicht verfügbar oder akzeptabel sind. Eine sorgfältige medizinische Überwachung ist bei der Anwendung notwendig.
- Kategorie 4: Die Methode soll nicht angewendet werden, weil die Anwendung mit einem unangemessenen gesundheitlichen Risiko verbunden ist.

Für jede Verhütungsmethode gibt es ein eigenes umfangreiches Kapitel. Den Schwerpunkt bildet die tabellarische Auflistung der unterschiedlichen Lebenslagen (Altersgruppen, Geburten, Wochenbett, Stillzeit) und aller für die Anwendung der Methode relevanten gesundheitlichen Störungen und Risiken (wie z. B. Rauchen oder Übergewicht). Für jede Situation wird die Anwendung der Methode mit einer der vier Kategorien bewertet. Die Tabelle enthält teilweise auch kurze Erläuterungen zur Einordnung in die jeweilige Kategorie. Im Anschluss an diese Auflistung werden viele der Bewertungen ausführlicher begründet. Jedes Kapitel schließt mit einer umfassenden Literaturliste.

Einige der Änderungen in der neuesten Ausgabe der Eligibility-Criteria der WHO im Überblick

Es gibt eine neue Bewertung für die Anwendung kombinierter hormonaler Verhütungsmethoden im Wochenbett. Diese sollen während der ersten drei Wochen nach einer Geburt wegen des in dieser Zeit deutlich erhöhten Thromboserisikos nicht angewendet werden. In der Zeit von drei bis sechs Wochen nach der Geburt wird die Anwendung bei Frauen ohne zusätzliche Risikofaktoren mit Kategorie 2 bewertet, bei Frauen mit zusätzlichen Risikofaktoren für eine Thrombose mit Kategorie 3.

Die Zuverlässigkeit von hormonalen Kontrazeptiva bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten wird ausführlich bewertet.

Besonders für die Wechselwirkungen zwischen hormonalen Kontrazeptiva und antiretroviralen Medikamenten gibt es neue Daten. Bei einigen Stoffgruppen (NNRTI und Ritonavir-boosted Proteaseinhibitoren) gibt es relevante Wechselwirkungen. Dabei kann sowohl die Wirksamkeit der Kontrazeptiva als auch die Wirksamkeit der antiretroviralen Medikamente beeinträchtigt werden. Deshalb sollen diese Mittel nicht zusammen mit hormonalen Kontrazeptiva angewendet werden. Bei anderen Gruppen von antiretroviralen Medikamenten (NRTI) gibt es keine Einschränkungen bei der Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva.

Bei Antiepileptika hat sich besonders die Bewertung der Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva bei einer Behandlung mit Lamotrigin geändert. In diesem Fall sollen keine kombinierten hormonalen Kontrazeptiva angewendet werden, weil Ethinylestradiol den Lamotriginspiegel senkt, und damit die Wirksamkeit beeinträchtigen kann (Kat. 3). Gestagenmethoden können aber ohne Einschränkungen angewendet werden.

Bei einer Behandlung mit enzyminduzierenden Antiepileptika kann die Dreimonats-Spritze angewendet werden. Die Anwendung von oralen Kontrazeptiva, Pflaster und Ring wird mit Kategorie 3 bewertet. Falls kombinierte hormonale Kontrazeptiva angewendet werden, sollen sie mindestens 30 µg EE enthalten.

Bei einer Behandlung mit Breitspektrum-Antibiotika oder Antipilzmittel gibt es in den Eligibility-Criteria keine Einschränkung für die Anwendung hormonaler Kontrazeptiva. Die Erläuterung lautet knapp: Die meisten Breitspektrum-Antibiotika beeinflussen die Wirksamkeit von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva nicht.

Nur für die Tuberkulostatika Rifampicin und Rifabutin besteht eine Einschränkung. Diese Medikamente beeinträchtigen die Wirksamkeit von hormonalen Kontrazeptiva (mit Ausnahme der Dreimonats-Spritze und von Implantaten). Deshalb sollen hormonale Kontrazeptiva während der Behandlung mit diesen Medikamenten nicht angewendet werden.

Aktualisierte Bewertungen gibt es auch für die Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva bei verschiedenen Lebererkrankungen und bei Lupus Erythematoses.

Literatur

Gaffield ME, Culwell KR. New recommendations on the safety of contraceptive methods for women with medical conditions: World Health Organization's Medical eligibility criteria for contraceptive use, fourth edition. IPPF Medical Bulletin 2010; Vol. 44 Nr. 1: 1-4

WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th Edition 2009. WHO 2010

[online unter:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

Verbessert ein erleichterter Zugang zu hormonalen Kontrazeptiva die effektive Anwendung?

Helga Seyler

Hormonale Kontrazeptiva haben bei korrekter und konsequenter Anwendung eine sehr hohe Zuverlässigkeit. Die Versagerrate beträgt in verschiedenen Studien zwischen 0,3 und 2 %. Die absolut zuverlässige Anwendung gelingt in der Praxis aber selten, daher beträgt die Versagerrate in der Alltagsanwendung bis zu 8 %. Neben dem Vergessen einzelner oder mehrerer Pillen ist ein wesentlicher Grund für ungewollte Schwangerschaften, dass Frauen die Pille nicht weiternehmen, weil sie es nicht schaffen, sich rechtzeitig neue Pillenpackungen zu besorgen.

In den USA und anderen Ländern wird diskutiert, wie die kontinuierliche Anwendung erleichtert und verbessert werden kann. Dazu gehört die Überlegung, ob hormonale Kontrazeptiva rezeptfrei zugänglich sein sollten. Eine weitere Überlegung ist, ob diese Verhütungsmittel jeweils für ein Jahr

verordnet werden sollten. Mehrere aktuelle Studien beschäftigen sich mit der Frage, ob diese Maßnahmen die Effektivität der Anwendung verbessern und ob sich daraus Risiken für die Anwenderinnen ergeben.

Abgabe von mehr als drei Packungen

Eine Studie aus Kalifornien untersucht die Kontinuität der Anwendung von oralen Kontrazeptiva und die Zahl der Schwangerschaften in Abhängigkeit von der Zahl der an die Frauen abgegebenen Packungen (Foster 2011). Frauen mit geringem Einkommen bekommen die Pille dort kostenlos in staatlichen Familienplanungseinrichtungen.

Insgesamt wurden 84 401 Frauen in die Studie aufgenommen. Von den Frauen, die jeweils Pillenpackungen für zwölf Monate bekamen, nahmen nach 15 Monaten noch 40 % die Pille. Bei den Frauen, die Pillen für jeweils drei Monate bekamen, waren es dagegen nur 25 %.

Von denen, die jeweils drei Pillenpackungen erhielten, wurden 3,3 % schwanger im Vergleich zu 1,2 % der Frauen, die jeweils zwölf Packungen bekamen. Die Rate der Schwangerschaftsabbrüche war 0,63 % bei den Frauen, die jeweils drei Packungen bekamen, im Vergleich zu 0,18 % bei der Abgabe von zwölf Packungen.

Die Zahl der Schwangerschaften ist allerdings nicht als Versagerrate zu werten, da nicht ermittelt wurde, ob die Schwangerschaften ungeplant oder geplant waren. Außerdem konnte weder die Zahl der Schwangerschaften noch die der Schwangerschaftsabbrüche vollständig erfasst werden. Die Zahl der Abbrüche ist in der vorliegenden Untersuchung im Vergleich zur durchschnittlichen Rate in den USA insgesamt sehr niedrig. Daher konnte in dieser Studie nicht die tatsächliche Versagerrate und Rate an Schwangerschaftsabbrüchen bei der Abgabe von drei bzw. zwölf Pillenpackungen ermittelt werden. Bedeutsam ist aber der ermittelte Unterschied: Frauen, die jeweils drei Packungen bekamen, wurden fast dreimal so häufig schwanger und hatten mehr als dreimal so oft einen Schwangerschaftsabbruch.

Eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse könnte dadurch verursacht sein, dass die ÄrztInnen zwölf Pillenpackungen eher an zuverlässige Frauen abgaben, als an weniger zuverlässige.

Eine weitere Studie schaltete diesen Faktor aus, indem Frauen zufällig zwei Gruppen zugeteilt wurden, die Pillen entweder für jeweils drei oder sieben Monate bekamen. Von den Frauen, die jeweils sieben Packungen bekamen, nahmen

nach sechs Monaten noch 51 % weiterhin die Pille, von den Frauen, die jeweils drei Packungen bekamen, waren es 35 % (O'Connell White 2010).

Rezeptfrei verkaufte Pille

Mit der Frage, ob sich das Einnahmeverhalten von Frauen verändert, je nachdem ob sie die Pille verschrieben bekommen oder sie rezeptfrei erhalten, beschäftigte sich eine andere Studie (Potter 2011). Die in dieser Studie befragten Frauen lebten alle in der Grenzregion zu Mexiko und hatten die Möglichkeit, sich dort die Pille rezeptfrei und sehr kostengünstig zu besorgen. Insgesamt gut 1.000 Frauen, von denen die eine Hälfte die Pille in einer Familienplanungseinrichtung in den USA verschrieben bekam, die andere Hälfte die Pille rezeptfrei in Mexiko kaufte, wurden durchschnittlich neun Monate lang beobachtet. Untersucht wurde, wie viele Frauen die Einnahme abbrachen bzw. weiterführten. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen den Frauen, die ein Rezept für jeweils sechs Monate bekamen und den Frauen, die sich die Pille ohne Rezept besorgten. Jeweils 20 % nahmen die Pille nach neun Monaten nicht mehr. Die Frauen, die ein Rezept für weniger als sechs Monate bekamen, brachen die Einnahme häufiger ab. Von ihnen nahmen 25 % die Pille am Ende der Beobachtungszeit nicht mehr. Der häufigste Grund, die Pille nicht mehr weiter zu nehmen waren Nebenwirkungen (54 bzw. 63 %). Als zweithäufigster Grund wurde Kinderwunsch genannt (17 bzw. 20 %). Bei jeweils 15 % war eine ungewollte Schwangerschaft der Grund, die Pille abzusetzen. Nur 4 bzw. 9 % der Frauen nannten als Grund, dass sie sich für eine andere Verhütungsmethode entschieden hätten.

Auch in dieser Studie könnte es zu einer Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein. Zum einen haben die Frauen selbst entschieden, wie sie sich die Pille besorgen, und es könnte Unterschiede zwischen den Frauen geben, die sich die Pille in Mexiko besorgten und denen, die sie in den USA bekamen. Außerdem könnte es Unterschiede zwischen den Frauen geben, die in den USA jeweils ein Rezept für sechs Monate bekamen und denen, die weniger Packungen verschrieben bekamen.

Insgesamt sahen die AutorInnen beide Maßnahmen als sinnvoll an, um den Zugang zur Pille zu verbessern: Die Verordnung von jeweils mindestens sechs Packungen und den Zugang ohne Rezept.

Um die Sicherheit der rezeptfreien Vergabe der Pille abschätzen zu können, wurde in der gleichen Studie auch untersucht, wie viele Frauen in beiden Gruppen gesundheitliche Risiken hatten, die gegen die Pilleneinnahme sprachen (Grossmann 2011). Die Frauen wurden nach möglichen Kontraindikationen entsprechend den Eligibility-Criteria der WHO befragt (WHO 2009). Außerdem wurde bei allen Frauen der Blutdruck gemessen und es wurden Symptome für eine Migräne mit Aura erfragt.

Insgesamt fanden sich bei 18 % der Frauen gesundheitliche Probleme, die von der WHO mit Kategorie 3 oder 4 bewertet werden.⁷ Probleme der Kategorie 3 waren häufiger bei Frauen, die sich die Pille ohne Rezept in Mexiko besorgten (13 vs. 9 %). Bei gesundheitlichen Problemen der Kategorie 4 gab es keine signifikanten Unterschiede (7 vs. 5 %). Am häufigsten war ein Hypertonus der Grund für eine Kontraindikation (knapp 8 %), außerdem Rauchen und Alter über 35 Jahren (knapp 5 %) sowie eine Migräne mit Aura (4 %).

Die AutorInnen waren überrascht über die hohe Zahl von Pillennutzerinnen mit Kontraindikationen entsprechend der Kategorie 3 und 4 der WHO: insgesamt 21 % in der Gruppe, die sich die Pille ohne Rezept besorgte, und immerhin noch 13 % in der Gruppe mit ärztlicher Verordnung der Pille.

Die AutorInnen vermuteten aufgrund dieser Zahlen, dass Frauen, für die die Pille die bevorzugte Verhütungsmethode ist, sich diese rezeptfrei in Mexiko besorgt haben könnten, nachdem ÄrztInnen ihnen wegen gesundheitlicher Risiken die Pille nicht mehr verordnen wollten. Sie führen eine andere Studien aus Mexiko an, in der sich kein Unterschied in der Rate an Kontraindikationen bei Frauen zeigte, die dort die Pille ärztlich verordnet bekamen und solchen, die die Pille ohne Rezept kauften. Außerdem belegen weitere

⁷ Kategorie 3 bedeutet, dass die theoretischen oder erwiesenen Risiken meist gegenüber den Vorteilen der Anwendung dieser Verhütungsmethode überwiegen. Die Entscheidung über die Anwendung erfordert eine sorgfältige ärztliche Beurteilung und Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Für diese Frauen muss der Schweregrad der gesundheitlichen Störung sowie die Möglichkeit der Anwendung alternativer Verhütungsmethoden abgewogen werden. Die Verhütungsmethode soll nicht angewendet werden, außer, wenn besser geeignete Methoden nicht verfügbar oder akzeptabel sind. Sorgfältige medizinische Überwachung ist notwendig.

Kategorie 4 bedeutet, dass eine Methode nicht angewendet werden soll, weil die Anwendung mit einem unangemessenen gesundheitlichen Risiko verbunden ist.

Studien, dass Frauen gesundheitliche Risiken, bei denen die Pille nicht eingenommen werden sollte, mithilfe einer Checkliste eigenständig zuverlässig feststellen können. Allerdings hatten die Frauen in der zitierten Studie keinen Zugang zu einer solchen Checkliste.

Empfehlung für die rezeptfreie Vergabe der Pille

Das Women's Health Practice and Research Network des American College of Clinical Pharmacy hat auf der Basis der vorhandenen Studien und der Erfahrungen mit der rezeptfreien Vergabe der Pille danach die Empfehlung ausgesprochen, auch orale Kontrazeptiva aus der Rezeptpflicht zu entlassen (McIntosh 2011). Aus Sicht dieser Organisation ist die rezeptfreie Vergabe der Pille eine mögliche Maßnahme, um die Zahl ungewollter Schwangerschaften zu reduzieren. Die vorhandenen Daten zeigen, dass orale Kontrazeptiva die Voraussetzungen erfüllen, die an die Sicherheit von rezeptfrei erhältlichen Medikamenten gestellt werden. Studien belegen, dass Frauen vorhandene Kontraindikationen selbst genauso gut erkennen können wie ÄrztInnen.

Als Voraussetzung für den rezeptfreien Zugang sieht die genannte US-amerikanische Organisation, dass hormonale Kontrazeptiva direkt durch ApothekerInnen verkauft werden. Dabei wird auch problematisiert, dass Frauen, die eine Kostenerstattung im Rahmen des Medicaid Programms bekommen, diese auch bei der rezeptfrei erworbenen Pille bekommen. Für Frauen, die sich die hohen Preise für hormonale Verhütungsmittel in den USA nicht leisten können, muss die Kostenerstattung auch für rezeptfrei erworbene Pillen möglich sein.

Situation in Deutschland

Deutschland ist eines der wenigen Länder in Europa, in dem die Pille danach nicht ohne Rezept zugänglich ist, obwohl es zahlreiche Studien und praktische Erfahrungen gibt, die die Sicherheit der Vergabe ohne Rezept belegen. Daher ist kaum zu erwarten, dass eine Entlassung von hormonalen Kontrazeptiva aus der Rezeptpflicht in naher Zukunft ernsthaft diskutiert wird. Aber auch schon die Verordnung von sechs oder sogar mehr Monatspackungen kann die Anwendung der Pille erheblich vereinfachen und verbessern und wird in den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschuss aus-

drücklich empfohlen.⁸ Trotzdem ist dies nur in wenigen Praxen Routine.

Literatur

Foster DG, Hulett D, et al. Number of oral contraceptive pill packages dispensed and subsequent unintended pregnancies. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 566–72

Grossman D, White K, et al. Contraindications to combined oral contraceptives among over-the-counter compared with prescription users. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 558–65

McIntosh J, Rafie S, et al. Changing oral contraceptives from prescription to over-the-counter status. An opinion statement of the Women's Health Practice and Research Network of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2011; 31: 424–37

O'Connell White K, Roca C, et al. The impact of pack supply on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Contraception* 2010; 82:185–6

Potter J, McKinnon S, et al. Continuation of prescribed compared with over-the-counter oral contraceptives. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 551–7

WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th Edition 2009

Thromboserisiko bei oralen Kontrazeptiva mit Drospirenon

Helga Seyler

2002 kam es zu ersten Fallberichten über Thrombosen und Embolien bei Einnahme eines oralen Kontrazeptivums mit Drospirenon. In den folgenden Jahren wurden mehrere Studien veröffentlicht, die das Thromboserisiko bei Drospirenon-haltigen Kontrazeptiva im Vergleich zu Präparaten mit anderen Gestagenen untersuchten (siehe auch FPR 2009 Nr. 3). Zwei Studien fanden ein erhöhtes Thromboserisiko (Van Hycklama Vlieg 2009, Lidegaard 2009). Zwei weitere, von der Pharmaindustrie finanzierte Studien fan-

den dagegen kein erhöhtes Risiko (Seeger 2007, Dinger 2007).

Im April dieses Jahres wurden zwei weitere Studie veröffentlicht, in denen ein erhöhtes Thromboserisiko bei der Einnahme von oralen Kontrazeptiva mit Drospirenon im Vergleich zu Präparaten mit Levonorgestrel gefunden wurde (Parkin 2011, Jick 2011).

Eine Fall-Kontroll-Studie wurde in Großbritannien durchgeführt (Parkin 2011). Untersucht wurde das Thromboserisiko bei der Einnahme von Präparaten mit 30 µg Ethinylestradiol und Drospirenon bzw. Levonorgestrel. Die betroffenen Frauen hatten keine Risikofaktoren für eine Thrombose.

Bei Anwendung von Präparaten mit Drospirenon war das Thromboserisiko dreifach erhöht im Vergleich zu Levonorgestrel. Insgesamt kam es zu Thrombosen bei 23 von 100 000 Frauen pro Jahr mit Drospirenon und bei 9 von 100 000 pro Jahr mit Levonorgestrel.

In dieser Studie wurden alle Faktoren kontrolliert, die möglicherweise die Ergebnisse der beiden bevölkerungsbezogenen Studie von Lidegaard und van Hycklama Vlieg beeinflusst und ein erhöhtes Thromboserisiko mit Drospirenon nur vorgetäuscht haben könnten. Daher werden die Ergebnisse als sehr zuverlässig angesehen.

Die zweite Fall-Kontroll-Studie stammt aus den USA. Sie fand ein um den Faktor 2,3 erhöhtes Thromboserisiko bei der Anwendung von Kontrazeptiva mit Drospirenon im Vergleich zu Levonorgestrel. Auch in dieser Studie wurden Faktoren geprüft, die möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnten. In absoluten Zahlen kam es mit Drospirenon zu 30 Thrombosen/100 000 Frauen pro Jahr, mit Levonorgestrel waren es 12/100 000.

Augrund der Daten aus den verschiedenen Studien ist sehr wahrscheinlich, dass orale Kontrazeptiva mit Drospirenon das Thromboserisiko stärker erhöhen als solche mit Levonorgestrel. Insgesamt ist das Thromboserisiko bei der Anwendung oraler Kontrazeptiva aber gering, wenn die Frauen keine anderen Risikofaktoren haben. Trotzdem empfehlen die StudienautorInnen die Anwendung von Präparaten mit Levonorgestrel, wenn es keine speziellen Gründe dafür gibt, ein Präparat mit Drospirenon zu verordnen.

Konsequenzen der Zulassungsbehörden

⁸ <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/9/>. Siehe dort Punkt 12: Die Verordnung von Arzneimitteln zur Empfängnisverhütung soll möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten erfolgen.

Die Zulassungsbehörde für Arzneimittel in den USA, FDA hat angekündigt, dass sie die Sicherheit von oralen Kontrazeptiva mit Drospirenon aufgrund der neuen Daten überprüfen will. Sie kündigte auch die baldige Veröffentlichung von Ergebnissen einer weiteren großen von der FDA finanzierten Studie zu dieser Frage an (Hitt 2011).

Auch die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat auf die Veröffentlichung der neuen Daten reagiert. Sie kündigte eine Aktualisierung der Produktinformationen auf der Basis der neuen Daten an. Bereits im April 2010 wurde in die Produktinformationen für Kontrazeptiva mit Drospirenon ein Hinweis aufgenommen, dass das Thromboserisiko möglicherweise höher sein könnte als bei oralen Kontrazeptiva mit anderen Gestagenen und die Daten der beiden Studien von 2009 wurden zitiert.

In der Bewertung der aktuellen Datenlage kommt die EMA zu dem Schluss, dass das Thromboserisiko bei der Anwendung von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva weiterhin sehr gering ist. Die Daten zeigen aber, dass Pillen mit Drospirenon das Thromboserisiko stärker erhöhen als Pillen mit Levonorgestrel und dass das Risiko wahrscheinlich ähnlich hoch ist wie bei Pillen mit Desogestrel und Gestoden. Diese neuen Erkenntnisse sollten in die Fachinformationen aufgenommen werden. Die EMA weist auch darauf hin, dass es keinen Grund gibt, die Einnahme von Pillen mit Drospirenon abzubrechen.

Literatur

arznei-telegramm. Neues zu Thromboembolien unter Drospirenon-Pillen (in Yasmin u. a.). *arznei-telegramm* 2011; 42: 48

Dinger JC, Heinemann LAJ, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007;75: 344–54

Jick SS, Hernandez RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ* 2011;340: d2151

Lidegaard O, Lokkegaard E et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow up study. *BMJ* 2009;339: b2890

Hitt E. FDA reviews drospirenone for VTE-risk. *Medscape Medical News*. May 31, 2011 [online unter: <http://www.medscape.com/viewarticle/743703>]

Parkin L, Sharples K, et al. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ* 2011; 340: d2139

Pharmacovigilance Working Party. May 2011 Plenary Meeting. Ethinylestradiol + drospirenone-containing oral contraceptives (Yasmin, Yasminelle and other products) – Risk of venous thromboembolism. EMA, 26 May 2011 [online unter: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/05/WC500106708.pdf]

Seeger JD, Loughlin J et al. Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/ drospirenone and other oral contraceptives. *Obstet Gynecol* 2007;110: 587–93.

VanHylckama Vlieg A, Helmerhorst FM et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339: b2921

Erkrankungen der Gallenblase und orale Kontrazeptiva

Es ist bekannt, dass während der Einnahme von oralen Kontrazeptiva das Risiko für Gallensteine, eine Erkrankung der Gallenblase und für eine Cholezystektomie (operative

Entfernung der Gallenblase) erhöht ist. Das relative Risiko ist um den Faktor 1,3 bis 1,5 erhöht.

Eine aktuelle Studie aus den USA beschäftigt sich mit der Frage, ob es Unterschiede zwischen Pillen mit verschiedenen Gestagenen in Bezug auf dieses Risiko gibt.

Insgesamt hatten etwa 1 % von 2 721 014 Frauen eine Cholezystektomie.

Es gab geringe Unterschiede zwischen verschiedenen Gestagenen. Für Desogestrel, Drospirenon, und NETA wurde ein minimal höheres Risiko im Vergleich zu Levonorgestrel, NET und Norgestimat gefunden.

Die StudienautorInnen gehen aber davon aus, dass diese Unterschiede wegen des retrospektiven Studiendesigns durch Verzerrungen der Ergebnisse verursacht sein könnten. Sie schließen aus ihren Ergebnissen, dass die Unterschiede nicht bedeutsam sind.

Literatur

Etminan M, Delaney J et al. Oral contraceptives and the risk of gallbladder disease: a comparative safety study. CMAJ 2011; 183. DOI:10.1503/cmaj.110161

Krebs und Sexualität

Zwei Ratgeber vom Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums dkfz

Zahlreiche Anfragen beim Krebsinformationsdienst von Betroffenen nach Informationen zu Themen rund um Sexualität und Kinderwunsch bei und nach Krebserkrankungen machen deutlich, dass es in diesem Bereich einen großen Bedarf an Information und Unterstützung gibt, der in den vorhandenen Betreuungsangeboten nicht gedeckt wird. Die Probleme in diesem Bereich sind für die Betroffenen sehr belastend, werden aber aus Scham nur selten angesprochen. Auch ÄrztInnen, die Krebskranke betreuen, sprechen diese Themen selten von sich aus an. Deshalb hat der Krebsinformationsdienst zwei neue Broschüren erstellt.

Die Ratgeber greifen Themen rund um Sexualität und Kinderwunsch bei und nach Krebserkrankungen auf. Es geht darum, welche körperlichen und psychischen Auswirkungen die Erkrankung auf die Sexualität haben kann. Sie geben sachliche und gleichzeitig einfühlsame Informationen zu häufigen Problemen, jeweils spezifisch für Frauen und für Männer.

Die Betroffenen werden ermutigt, die Scham, die mit diesen Themen oft verbunden ist, zu überwinden und miteinander über die Probleme und Fragen zu sprechen bzw. sich mit ihren Fragen auch an ÄrztInnen zu wenden oder psychologische Unterstützung zu suchen.

Die Broschüren können von den Internetseiten des Krebsinformationsdienstes heruntergeladen und kostenlos beim Krebsinformationsdienst angefordert werden.

Weibliche Sexualität und Krebs – Ein Ratgeber für Patientinnen und ihre Partner

Männliche Sexualität und Krebs – Ein Ratgeber für Patienten und ihre Partnerinnen

Online unter:
<http://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/broschueren/sexualitaet.php>

Veranstaltungen

18. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)

Gesichter der Frauengesundheit: Diskussionen und Standpunkte

05.–06.11.2011 in Berlin-Spandau

Politik allein kann die Anliegen von Frauen nicht umsetzen. Die Tagung greift aktuelle frauenspezifische Diskussionen zu wichtigen gesundheitlichen Fragestellungen auf, lädt Expertinnen aus Wissenschaft, Politik und Gesellschaft ein und trägt zu positiven Entwicklungen und neuen Wegen zur Gesundheit für Frauen bei.

Weitere Informationen online unter: www.akf-info.de

Internationaler Kongress : „30 Jahre Terre des Femmes. Selbstbestimmt leben. Mädchenrechte stärken – weltweit“

29. Oktober 2011 in Berlin

Seit 30 Jahren setzt sich Terre des femmes – Menschenrechte für die Frau e. V. dafür ein, dass Mädchen und Frauen weltweit selbstbestimmt leben können. Anlässlich des 30-jährigen Jubiläums veranstaltet der Verein eine internationale Konferenz in Berlin.

Terre des Femmes möchte auf der Tagung einen Wissens- und Erfahrungsaustausch von MenschenrechtlerInnen und AkteurInnen aus Deutschland und anderen Ländern ermöglichen. Zu den Themen Bildung, Gewalt im Namen der Ehre/Zwangsheirat, Jungfräulichkeit und weibliche Genitalverstümmelung werden vier Podien stattfinden. Das Abschlusspodium soll zusammenfassend die Zukunftsvisionen und erfolgreiche Arbeitsansätze diskutieren.

Weitere Informationen und Anmeldung:

Tel: 030 40 50 46 99 0,
E-Mail: kongress@frauenrechte.de

Fachtagung des Nationalen Netzwerkes Frauengesundheit

10 Jahre Frauengesundheitsbericht – Zukunft der Frauengesundheit

29.–30. September 2011 in Berlin

Vor zehn Jahren erschien der erste und bisher einzige Frauengesundheitsbericht für Deutschland. Hat er heute noch Gültigkeit? Was hat er bewirkt? Wie ist die Entwicklung in der Frauengesundheit in Deutschland weitergegangen? Die Fachtagung feiert zum einen das Jubiläum, zeichnet zum anderen thematische Entwicklungslinien nach und spürt die Trendthemen der Zukunft auf.

Die Fachtagung wird vom Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit organisiert, einem

Zusammenschluss von Organisationen, die bundes- oder landesweit zur gesundheitlichen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention von und für Mädchen und Frauen arbeiten. Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit war an dem Vorlauf und der Entstehung des ersten Frauengesundheitsberichtes beteiligt und nimmt den Ball für eine Positionsbestimmung 2011 auf.

Foren finden statt zu den Themen:

- Essstörungen
- Reproduktive Gesundheit, Schwangerschaft und Geburt (Beteiligung des pro familia-Bundesverbands)
- Gewalt gegen Frauen und deren gesundheitliche Versorgung
- Migration und Frauengesundheitsversorgung
- Gesundheitsversorgung für lesbische und bisexuelle Frauen
- Psychische Gesundheit von Frauen

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
[www. Nationales-netzwerk-frauengesundheit.de](http://www.Nationales-netzwerk-frauengesundheit.de)

Auch der erste und einzige Frauengesundheitsbericht aus dem Jahr 2001 ist von dieser Webseite als pdf-Datei abrufbar.

Triebe – Freiheit – Schicksal? Licht und Schatten der Sexualität

Gemeinsame wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) und der Akademie für Sexualmedizin (ASM) vom 4. bis 6. November 2011, Goethe Universität Frankfurt am Main (Campus Westend)

Im Fokus stehen die verschiedenen Aspekte der Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft. Es finden verschiedene Workshops statt zu folgenden Themen:

- Besondere Aspekte in der Sexualtherapie von Schwulen und Lesben
- Ressourcenaktivierung in Sexualtherapie und Sexualberatung
- Weiblich, sinnlich, lustvoll: Gesprächsführung und Beratung bei weiblichen Sexualproblemen
- Geschlechtsidentitätsstörungen
- Sexualität und Krebs
- Gynäkologische Problempatientinnen durch chronifizierte larvierte Sexualstörungen
- Sexualmedizinische Aspekte der Kontrazeption
- Paare in Beratung

Weitere Informationen und Anmeldung unter
<http://www.sexualmedizin-kongress.de/>

VERHÜTUNG – Aktuelle Preise und Zusatzkosten August 2011

Informationen des Medizinischen Arbeitskreises pro familia NRW

Verhütungsmittel	Kosten	Kosten incl. Einlage
*Hormonhaltige Verhütungsmittel		
„Pille“ und Pille danach		
„Pille“	4,41 € - 21 € monatlich je nach Präparat und Packungsgröße	
z.B. Femigyne-ratiopharm®	12,07 € 1 Monat, 26,49 € 6 Monate	
z.B. Qlaira®	21 € 1 Monat, 75,90 € 6 Monate	
z.B. PiDaNa® (Pille danach)	17,49 €	
z.B. ellaOne® (Pille danach)	35,30 €	
NuvaRing®	1 Monat 22,56 € 3 Monate 47,95 €	
EVRA® Pflaster	1 Monat - 3 Pflaster 19,86 € 3 Monate - 9 Pflaster 39,42 €	
Implanon NXT® (3 Jahre)	198,81 €	Ca. 300 - 350€
Dreimonatspritze	1 Dosis ca. 30,81 € bis 34,99 € für 3 Monate je nach Präparat und Hersteller	Kosten für Injektion: 0 bis ca. 15 €
Mirena® – Hormonspirale (5 Jahre)	195,35 €	Ca. 250 - 350€
Kupferhaltige Spiralen Angaben zur Anwendungsdauer in Klammern = Herstellerangaben	Zusätzliche Kosten: Jährliche Ultraschallkontrolle 0 bis ca. 40 €	Ca. 120 - 200€
z.B. Femena® (T-Form) (5 Jahre)	20,47 €	
z.B. Femena gold® (5 Jahre)	24,57 €	
z.B. Multiload Cu 375® (5 Jahre)	26,74 €	
z.B. Nova-T® (Bis zu 5 Jahren)	41,84 €	
z.B. Goldlily® normal, kurz und mini (7 J.)	49,99 €	
z.B. Goldlily® double (10 Jahre)	79,98 €	
Kupferkette	Zusätzliche Kosten: Jährliche Ultraschallkontrolle 0 bis ca. 40 €	Ca. 200 - 330 €
GyneFix 330® (5 Jahre)	Bezug in Belgien	
GyneFix 200® (3 Jahre)	Bezug in Belgien	

Kondome		
Latexkondome	0,19 – 1.20 € pro Stück	
Latexfreie Kondome (Avanti)	Ca. 3,19 € pro Stück	
Barrieremethoden / Frau Angaben zur Anwendungsdauer in Klammern = Herstellerangaben		
Femidom (Frauenkondom latexfrei)	9.98 € 3er Pack./59,98 € 30er Packung	
Femcap® (keine Angabe) Portiokappe	49.98 €	
Lea® Contraceptivum (1 Jahr) Portiokappe	47,98 €	
Silikon Diaphragma / Wide seal (Unterschiedliche Angaben der Vertreiber: von keine Angabe bis 1 - 2 Jahre je nach Anwendung)	48.95 €	Kosten für Anpassung erfragen
Verhütungsgels- und zäpfchen	Zu verwenden in Verbindung mit Barrieremethoden	
Contragel grün® (Milchsäure)	9,60 € pro 60 ml	
Gynol II (Nonoxinol 2%) rezeptpflichtig	35,98 € pro 108 g	
Diverse Gels Stand August 2011 :	Nicht lieferbar	
Patentex Oval® (latexverträglich)	12 Vaginalzäpfchen 9.99 €	
Contraceptivum® (latexverträglich)	10 Vaginalzäpfchen 7.76 €	
Systeme zur Temperatur- bzw. Hormonmessung		
Persona	Starterpaket Gerät+16 Stäbch. 99.00€ 24 Stäbch. Ca. 32 € (ca. 3 Monate)	
Domotherm Digitalthermometer	3.99€ mit Speicherung des Messwertes	
Cyclotest Lady- Präzisionsdigitalthermometer	14.38 € mit Speicherung des Messwertes	
Cyclotest2 plus	169 €/ Zusatzkosten bei Hormonbest.	
Cyclotest Baby	189 €/ Zusatzkosten bei Hormonbest.	
Pearly	345 €	
Ladycomp	495 €	
Baby Comp	695 €	

Auf Grund ständiger Veränderungen ohne Gewähr und ohne Anspruch auf Vollständigkeit

Einige Produkte können über Internetanbieter deutlich günstiger bezogen werden

***Zusätzliche Kosten für Verhütungsmittel, die von Arzt/Ärztin verschrieben werden müssen incl. Pille, Pille danach, Evra Pflaster® und NuvaRing®:**

Unter 18 Jahre:

Kassenrezept: Kostenlos – keine weiteren Gebühren

Privatrezept: Kosten des Medikaments - keine weiteren Gebühren

Unter 20:

Kassenrezept: Medikament kostenlos

5 € Rezeptgebühr, ab Medikamentenpreis über 50 € - 10 € Rezeptgebühr

10 € Praxis/ bzw. Notdienstgebühr (Praxisgebühr entfällt bei Folgerezepten)

Privatrezept: Kosten des Medikaments - keine weiteren Gebühren

Ab 20:

Außer bei medizinischer Begründung keine Kassenleistung

Medikamentenkosten

Keine Rezeptgebühr, ev. 10 € Praxis/ Notdienstgebühr (Praxisgebühr entfällt bei Folgerezepten)