

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Mai 2002 Nr. 1

Inhalt

Einleitung	3
Langzeitverhütung	4
Stillen nach Brustoperation	6
IPPF-Nachrichten - Zur Sicherheit von Implantaten zur Kontrazeption	7
Hinweise - Qualifizierungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitsförderung	9
- Pille danach – rezeptfrei nicht nur in England und Frankreich	9
- Arzt verweigert Abgabe der »Pille danach«	9
- Änderung des Mutterschutzgesetzes	9
- Sexualpädagogik in den USA	10
- Lernkurve bei Apomorphin-Einnahme	10
- AIDS-Aufklärung	10
- AIDS-Prävention durch Spermizide	10
- Infomappe – Telefonberatung in AIDS-Hilfen	11
- Hypothyreose-Therapie und HET	11
- Endometriosetherapie	11
- Empfehlungen zur Varizellen-Impfung	11
- Schweiz: Volksabstimmung zur Fristenlösung	12
Neuerscheinungen	12
Veranstaltungskalender	13
Stichwortverzeichnis 2001	14

Impressum: © 2002

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Dr. med. Helga Seyler, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Redaktionswechsel

Pro familia feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Jubiläum. Die Ärztinnen Dres. med. Ruth Eichmann und Jutta Walter können auf nicht ganz so lange Zeit zurückschauen (so alt sind sie ja noch nicht...), doch sind sie dem Verband als langjährige Mitarbeiterinnen verbunden. Neben ihren Tätigkeiten in den Ortsverbänden Frankfurt und Heidelberg haben sie den Bundesverband mit ihrer Fachlichkeit über 20 Jahre lang unterstützt.

Als engagierte, informierte Beraterinnen haben sie an Fach- und Arbeitsausschüssen teilgenommen, sie haben bis heute an der Aktualisierung der pro familia Broschürenreihe mitgearbeitet. Über viele Jahre leiteten sie die medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungen für Ärztinnen. Frau Dr. Eichmann und Frau Dr. Walter haben mit dem Jahr 2001 nun die Redaktion des Familienplanungs-Rundbriefes abgegeben. Mit großer Sorgsamkeit und hoher Fachlichkeit haben sie diese Aufgaben wahrgenommen. Zuverlässigkeit, größtmögliche Objektivität und Verständlichkeit der Informationen hatten immer oberste Priorität. Die außerordentlich gute Bewertung des Familienplanungs-Rundbriefes durch die Leserschaft spricht für sich.

Für all die geleistete Arbeit, aber nicht nur für die, sondern auch für die kollegiale und freundliche Zusammenarbeit, die oft genug ehrenamtlich war, und für ihre Ansprechbarkeit quasi rund um die Uhr möchten wir uns bedanken und wünschen ihnen (wenn auch nun ohne die Familienplanungs-Rundbrief-Redaktion) das Allerbeste für die kommende Zeit.

Die Redaktion haben bis auf weiteres Frau Helga Seyler, Frauenärztin im Familienplanungszentrum Hamburg und Frau Dr. Ines Thonke, Referentin für Familienplanung und Gesundheit in der Bundesgeschäftsstelle übernommen. Ein drittes Redaktionsmitglied wird noch gesucht. Der Redaktionswechsel und die neue Gestaltung des Rundbriefes haben die Herausgabe des ersten FPR in diesem Jahr verzögert. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.

Der Redaktionsplan für 2002 sieht folgende Themen vor: FPR 1 Langzeitverhütung und Stillen bei Brustkrankungen. Zur Langzeitverhütung haben sich in den letzten Jahren neue Methoden etabliert. Eine Übersicht und auch eine ausführliche IPPF-Beurteilung der unerwünschten gesundheitlichen Begleiterscheinungen

scheint aus diesem Grund sinnvoll. Zu diesem Themenkomplex wird aktuell vom Bundesverband auch eine Informationsbroschüre entwickelt.

Wie in jedem ersten Heft des Jahres wurde auch diesmal ein Stichwortverzeichnis der Themen des letzten Jahres aufgenommen.

Der FPR 2 wird sich mit dem aktuellen Stand der pränataldiagnostischen Untersuchungen in der Frühschwangerschaft befassen.

Hauptthema des FPR 3 sind rezidivierende Entzündungen der Scheide. Der FPR 4 widmet sich den Besonderheiten bei der gynäkologischen Beratung und Behandlung von Migrantinnen.

In jedem Heft gibt es Raum für Hinweise zu aktuellen Themen und Informationen der IPPF. Gerne werden auch Beiträge über Projekte, Aktionen und Erfahrungen aus dem Verband aufgenommen. MitarbeiterInnen, die Rezensionen für aktuelle Buchneuerscheinungen durchführen, werden immer gesucht. Inhaltliche Vorschläge und Anmerkungen zu den Rundbriefen sind willkommen. Ansprechpartner bei Fragen bleibt die Bundesgeschäftsstelle. In diesem Sinne: Ein frohes Arbeiten und Lesen.

Zur Neugestaltung der Titelseite

Auf der Mitgliederversammlung 2001 hat sich der Verband für das neue Logo entschieden. Im Juni 2001 hat der Bundesvorstand den zeitlichen Rahmen bis zur nächsten Mitgliederversammlung vorgegeben, das Logo in beschlossener Form und Farbe auf Briefbögen, Publikationen etc. umzusetzen. „Nur so kann ein einheitliches Erscheinungsbild von pro familia gewährleistet werden“. Diesem Beschluss wurde bei der Neugestaltung der Titelseite des FPR Rechnung getragen.

Langzeitverhütung

In Anlehnung an die „Empfehlungen für die Anwendung von Langzeitkontrazeptiva“ der AG Langzeitkontrazeption des Berufsverbandes der Frauenärzte (LAKON) wird in diesem Familienplanungs-Rundbrief eine kurze Übersicht über die derzeit in Deutschland verfügbaren Langzeitverhütungsmethoden gegeben.

Definition

Langzeitverhütungsmittel besitzen eine über einen ovariellen Zyklus hinausgehende Wirksamkeit. Man unterscheidet zwischen irreversiblen und reversiblen Methoden.

Irreversible Methoden

Sterilisation der Frau

Wirkungsweise: Bei der Sterilisation werden die Eileiter verschlossen und (zur Erhöhung der Sicherheit) durchtrennt. Ei- und Samenzelle können sich nicht mehr vereinigen.

Der operative Eingriff: In der Regel werden durch Endoskopie die Eileiter auf einer Länge von 2 bis 3 cm koaguliert und anschließend durchtrennt.

Sicherheit: Pearl-Index 0,2 – 0,4

Vorteile: einmalige Behandlung
hohe Sicherheit

Nachteile: Operativer Eingriff mit erforderlicher Narkose
(Ovarial- Funktionsstörungen werden immer wieder diskutiert)

Wichtige Information für die Klientin:

- die Methode ist endgültig / irreversibel
- psychische Folgereaktion sind möglich
- Eileiterschwangerschaft nach Eileiter- (Tuben-) sterilisation ist möglich
- Entzündungen im kleinen Becken werden durch Tubensterilisation nicht verhindert
- Langzeitkontrazeptiva können möglicherweise eine Alternative darstellen.

Reversible Methoden

Spiralen-

Kupferspirale

Wirkung: Durch kleinste Mengen Kupferabgabe Veränderungen des Milieus in Gebärmutter, Gebärmutterhals und Eileitern

Sicherheit: Pearl Index 0,2 bis 2 pro 100 Frauenjahre

Vorteile: - hohe Effektivität
- reversibel
- keine systemische Wirkung
- Anwendungsfehler ausgeschlossen
- Stillen möglich
- Kein Einfluss auf Milchbildung

Nachteile: - Mögliche verlängerte, verstärkte Blutung
- Zwischenblutung möglich
- Dysmenorrhoe-Rate erhöht (starke Schmerzen im Zusammenhang mit der Menstruationsblutung)
- Ausstoßung möglich
- Kein Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten

Beratung: Hinweis auf Blutungsstörungen

EUG-Rate ist bei Kupferspiralen in Vergleichskollektiv ohne Kontrazeptiva niedriger. (EUG= Extrauterin-Gravidität, Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter)

Liegedauer: je nach Spiralentyp bis zu 5 oder mehr Jahren

Levonorgestrel-Intrauterinpessar (Hormonspirale)

Wirkung. Viskositätserhöhung des Zervixschleims
Atrophie (Rückbildung) der Gebärmutter Schleimhaut

Sicherheit: Pearl-Index 0,14

Vorteile: 5 Jahre sichere Kontrazeption
Compliance - unabhängig
- Abnahme von Blutungsstärke und Dauer
- Abnahme von Dysmenorrhoebeschwerden
- Infektionsrisiko für aufsteigende sexuell übertragbare Krankheiten nimmt ab
- Stillen möglich
- Hohe Sicherheit

Nachteile: - in den ersten Monaten nach Einlage häufige Blutungen möglich

- später meist seltene schwache Blutungen, häufig auch Ausbleiben der Periode
- Ausstoßung möglich
- Subjektive Beschwerden durch das Hormon sehr selten, können auch durch Absetzen der Pille oder die Veränderung der Eierstocksfunktion durch die Hormonspirale verursacht sein (Gewichtsveränderungen, Ovarialzysten, Kopfschmerzen, Hautveränderungen, Brustspannen)

Beratung: Für die Akzeptanz ist der Hinweis auf Blutungsstörungen und sekundär das Ausbleiben der Menstruation von großer Bedeutung
 Die Rate der Extrauterin Schwangerschaften ist deutlich niedriger als bei Vergleichskollektiva ohne Kontrazeptiva

Gute Behandlungsmöglichkeit bei sehr starken Blutungen zum Beispiel in den Wechseljahren oder bei Myomen

Vor Intrauterinpessar-Einlage wird eine zytologische und kolposkopische Untersuchung empfohlen.

„Dreimonatsspritze“, Injektate (MPA, NETE)

Wirkung: Ovulationshemmung, Viskositäts-erhöhung des Zervixschleims, Gebärmutter-schleimhautaufbau wird reduziert

Sicherheit: 0,1 bis 0,6

- Vorteile:
- kann angewendet werden, auch wenn Östrogene kontraindiziert sind (allerdings ist das Risiko von Thrombosen und Schlaganfall bei Hypertonus und Rauchen auch erhöht)
 - Stillen möglich
 - Positiver Effekt bei Endometriose, Dysmenorrhoe, Myomen in der Gebärmutter und sehr starken Menstruationsblutungen
 - Anwendung bei Sichelzellanamnese möglich
 - Unter der Anwendung reduziert sich die Anfallshäufigkeit einiger Epilepsieformen

Nachteile:

- Blutungsstörungen besonders in den ersten Anwendungsmo-naten, später oft Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruationsblutung)
- Compliance-Abhängigkeit (re-gelmäßige Injektionen alle 3 Monate erforderlich)
- Z.T. erhebliche Verzögerung des Wiedereintritts der Fertilität
- Nicht bei marcumarisierten Frauen (Therapie zur Gerin-nungshemmung)
- Bei Langzeitanwendung insbe-sondere bei jungen Frauen Os-teoporosegefährdung
- Akne, Gewichtszunahme, Stimmungsveränderungen sind häufig
- Kann bei Nebenwirkungen nicht sofort abgesetzt werden

Beratung:

- Langzeitanwenderinnen sollten bezüglich ihrer Knochendichte beobachtet werden
- Injektion intramuskulär

Implantat (Etonogestrel)

(der Pearl-Index und die Liegedauer gelten nicht für andere Implantate)

Wirkung:

Ovulationshemmung, Viskosi-täts-erhöhung des Zervix-schleims, Gebärmutter-schleimhautaufbau wird reduziert.

Sicherheit:

0 pro 100 Frauenjahre

Vorteile:

- 3 Jahre sichere Verhütung
- Compliance unabhängig
- Anwendung möglich, auch wenn Östrogene kontraindiziert sind
- Nach Entfernung des Implan-tats umgehende Wiederher-stellung der Fertilität
- Stillen möglich
- Besserung von Dysmenorrhoe und Abnahme der Blutungs-stärke und Dauer
- Besserung von zyklisch wie-derkehrenden Beschwerden (Migräne)

Nachteile:

- Blutungen sind unregelmäßig in Häufigkeit, Dauer und Stär-

ke, am Anfang of häufige Blutungen, später meist seltener, oft Amenorrhoe

- Mögliche Verschlechterung einer bestehenden Akne

- Beratung:
- Auch hier muss auf die möglichen Blutungsstörungen insbesondere in den ersten Anwendungsmonaten hingewiesen werden
 - Um die Verträglichkeit zu testen, kann einige Monate Cerazette genommen werden (außer in Bezug auf das Blutungsmuster)

Blutungsstörungen können z.T. kurzfristig hormonell behandelt werden.

Verfügbare Präparate und deren Kosten (Stand: 2002)

Injektate: Noristerat®; Preis 29,20 Euro

Depo-Clinovir®; Preis 29,20 Euro

Implantat: Implanon®; Preis 193,78 Euro*

Hormonspirale: Mirena®; Preis 181,34 Euro*

Kupferspiralen: Multiload Cu 375 oder 250 short;
Preis 24,87 Euro*

Nova T; Preis 39,25 Euro*

* zuzüglich der Kosten für die Einlage

(Bei Frauen unter 20 übernimmt die Krankenkasse die Kosten, ab dem 18.Lebensjahr evtl. Zuzahlung erforderlich)

Stillen nach Brustoperationen

Mit dieser Frage befasst sich ein Beitrag von *Christina Drexel-Fink* und *Friedolf Peters* im *Frauenarzt* 43 (2002) Nr.4 S 401-03.

Die AutorInnen fassen zusammen, dass nach Brustoperationen in den meisten Fällen das Kind gestillt werden kann, oft jedoch mit eingeschränktem Erfolg, das heißt mit geringerer Milchmenge und Stilldauer an der operierten Brust. Die Frauen sollten also zum Stillen ermutigt und unterstützt werden. Die Gewichtszunahme des Säuglings muss aber kontrolliert werden und rechtzeitig zugefüttert werden.

Bei der Entnahme einer **Gewebeprobe** ist die Schnittführung sehr wichtig. Der Mamillenschnitt (bogenförmig entlang des Randes des Warzenhofs) und auch eine Gewebeentnahme im Bereich des Warzenhofs sind besonders häufig mit ungenügender Milchsekretion verbunden, da hierbei Milchgänge durchtrennt und die dazugehörigen Drüsen nicht entleert werden können.

Deshalb wird bei Frauen im gebärfähigen Alter geraten, Gewebeproben durch einen Schnitt abseits der großen Milchgänge zu entnehmen. Bei dieser Schnittführung und bei Gewebeentnahme abseits der großen Milchgänge ist nicht mit einer Beeinträchtigung des Stillens zu rechnen.

Auch mögliche Störungen der Berührungsempfindlichkeit der Brustwarzen und Warzenhöfe, die nach Durchtrennung von Hautnerven auftreten können, beeinträchtigen das Stillen nicht.

Nach einer **Brustvergrößerung** mit Implantaten kommt es (außer bei einem Zugang durch einen Schnitt im Bereich des Warzenhofs) nicht zu einer Verletzung von Milchgängen. Besonders bei beweglichen Prothesen kann aber das Anlegen des Kindes erschwert sein und erfordert eine besondere Anleitung der Mutter. Die AutorInnen weisen auch darauf hin, dass das kosmetische Ergebnis durch das Stillen nicht beeinträchtigt wird. Die Brust nimmt nach der Stillphase bei den allermeisten Frauen wieder die Form an, die sie vor dem Stillen hatte.

Auch konnte bei Silikonimplantaten kein erhöhter Silikongehalt in der Muttermilch festgestellt werden. In den USA wurde vermutet, dass sklerodermieähnliche Symptome, die bei einem Säug-

ling auftraten, mit den Silikonimplantaten bei der Mutter zusammenhängen könnten. In einer größeren Untersuchung an über 1000 stillenden Frauen mit Silikonimplantaten konnten jedoch keine Zusammenhänge mit solchen Symptomen bei den Kindern festgestellt werden.

Bei einer **Brustverkleinerung** wird zwar ein mehr oder weniger großer Teil des Drüsengewebes entfernt, es bleibt aber in der Regel ein Teil des Drüsenkörpers mit den Milchgängen in Verbindung, so dass die Stillfähigkeit in den meisten Fällen erhalten bleibt. Allerdings ist das Milchvolumen begrenzt, so dass die meisten Frauen nicht über mehrere Monate voll stillen können. Wichtig für die Milchmenge ist die Schnittführung, wahrscheinlich aber auch die Menge des entfernten Drüsengewebes. Manchmal kann auch eine Einziehung der Brustwarze das Stillen erschweren. Auch nach einer Brustverkleinerung ist die Angst vieler Frauen, dass sich durch das Stillen das kosmetische Ergebnis verschlechtert, unbegründet. Nach einer freien Verpflanzung der Brustwarze ist Stillen nicht mehr möglich.

Da zunehmend Frauen im gebärfähigen Alter an **Brustkrebs** erkranken, aber auch wegen der immer häufigeren brusterhaltenden Behandlung stellt sich auch die Frage, ob danach an der behandelten Brust gestillt werden kann. Nach bisherigen Erfahrungen können etwa ein Drittel der Frauen nach brusterhaltender Behandlung von Brustkrebs mit Entfernung der Achselhöhlenlymphknoten und Bestrahlung der Brust an der behandelten Brust stillen. Die Milchproduktion ist auch bei diesen Frauen geringer. Als Ursache wird zum Einen die Schnittführung und die Menge des entfernten Drüsengewebes angesehen. Aber auch die Bestrahlung der Brust führt wahrscheinlich zur eingeschränkten Stillfähigkeit. Bei den Müttern, die anfangs an beiden Brüsten stillen, bevorzugen die Säuglinge meist nach kurzer Zeit die gesunde Brust, mit der jedoch ausreichend gestillt werden kann.

IPPF-Nachrichten

Zur Sicherheit von Implantaten zur Kontrazeption

Für die Langzeitkontrazeption mit Gestagenen stehen weltweit unterschiedliche Präparate mit unterschiedlichen Gestagene und unterschiedlicher Wirkdauer zur Verfügung. Allen gleich ist die Wirkungsweise: Nach Einsetzen unter die Haut wird Gestagen in kleinsten Mengen abgegeben. Niedrigere Dosen als bei oralen hormonellen Kontrazeptiva oder Injektaten, aber ausreichend für die sichere Kontrazeption.

Das Sechs-Kapsel-System Norplant war das erste zugelassene Implantat. Es wird heute in mehr als 60 Ländern angewendet. Schätzungsweise 11 Millionen Frauen verwenden Norplant oder haben es in der Vergangenheit angewendet. Implantate besitzen eine hohe Zuverlässigkeit und wie bei anderen hormonellen Kontrazeptiva existieren Bedenken zur Sicherheit und die Zuverlässigkeit, insbesondere bei Langzeitanwendung.

Polymere

Die Trägersubstanzen von Norplant und Implanon sind Silicon Elastomere und Ethylen Vinyl Acetat (EVA). Zu auf Silikon-Basis implantierten Präparaten wurden zahlreiche Studien durchgeführt und auch neu gesichtet.

Die Auswertungen ergeben, dass Implantate auf Siliconbasis sicher und frei von schädigenden Kurz- und Langzeiteffekten für die Gesundheit sind. Obwohl für EVA weniger klinische Daten zur Verfügung stehen, werden sie in ihrer Verträglichkeit ähnlich eingeschätzt.

Gestagene

Die zwei, in den gängigen Implantaten verwendeten Gestagenen sind Levonorgestrel und Etonogestrel.

Das Gestagen Levonorgestrel, Wirkstoff in Norplant und Jadelle, ist seit 30 Jahren eine gängige Substanz in oralen hormonalen Kontrazeptiva. Etonogestrel ist der biologisch aktive Metabolit (Stoffwechselprodukt) von Desogestrel.

Toxikologische Untersuchungen von oral verabreichtem Levonorgestrel und Desogestrel ergeben insgesamt eine hohe Zuverlässigkeit. Die parenterale Gabe wird ähnlich eingeschätzt. Für Etonogestrel selbst liegen vergleichbare Daten nicht vor.

Allgemeine gesundheitliche Probleme bei Implantat-Anwenderinnen

Viele der gesundheitlichen Probleme von Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen, finden sich auch im Zusammenhang mit Implantat-Anwenderinnen.

Unglücklicherweise wurde bei Studien zur Implantat-Verträglichkeit häufig versäumt, eine Kontrollgruppe mit zu untersuchen, die keine orale hormonale Verhütungsmethode anwendet. Aus diesem Grund kann nicht endgültig festgestellt werden, ob Beschwerden auf die Anwendung zurückzuführen sind oder ob sie mit der Anwendung (zufällig) zusammentreffen.

Einzig für Norplant existieren verlässliche Studien, die Beschwerden und Krankheiten bei Implantat - Anwenderinnen und Kontrollgruppen ohne hormonale Kontrazeptivaeinnahme untersucht haben. Auch Vergleichsstudien von Norplant, Jadelle und Implanon existieren. Das Auftreten von Beschwerden variiert und mögliche Gründe hierfür sind: Methodische Unterschiede der Studien, Einfluss des Untersuchers, kulturelle und soziale Unterschiede der untersuchten Bevölkerungen.

Blutungsstörungen

Blutungsstörungen (besonders im ersten Jahr der Anwendung) sind die am häufigsten genannten unerwünschten Begleiterscheinungen. Über unregelmäßige und verlängerte Blutungen klagten viele Norplant-Anwenderinnen. Mit der Dauer der Anwendung verbesserte sich die Regelmäßigkeit der Blutung.

Auch bei Implanon wurden diese Beschwerden genannt. Nach dem ersten Jahr der Anwendung hatten 75 Prozent der Frauen eine Amenorrhoe (Ausbleiben der Regel). Trotz unregelmäßiger Blutungsmuster kam es nur selten zur Anämie (Blutarmut).

Die Mechanismen, die den unregelmäßigen Blutungen zu Grunde liegen, sind bis heute nicht erklärbar.

Kopfschmerzen

Kontrollierte Studien ergeben ein zwei- bis dreimal häufigeres Auftreten von Kopfschmerzen bei Implantat-Anwenderinnen als bei Frauen ohne hormonale Kontrazeption.

Schwindel und Stimmungsschwankungen

zeigen sich häufiger bei Implantat - Anwenderinnen. Diese Beschwerden werden bei 1 bis 10 Prozent angegeben.

Über **Hautprobleme** wie Akne berichten 3 bis 22 Prozent der Anwenderinnen. Eine kontrollierte Studie zeigt nur eine geringfügige Zunahme der Akne und eine weitere, in der vor und nach Anwendung des Implantats die Hautprobleme registriert wurden, zeigt keinerlei Veränderungen der Haut.

Gewichtszunahmen, eine häufig genannte Begleiterscheinung der Implantat-Anwendung, wurde in einer kontrollierten Studie nicht bestätigt. Eine weitere kam zu dem Ergebnis, dass Implantat-Anwenderinnen jährlich 0,2 kg mehr an Gewicht zunehmen als Frauen, die keine hormonellen Kontrazeptiva verwenden.

Infektionen im unteren und im oberen Genitaltrakt sind bei Implantat-Anwenderinnen seltener (verglichen mit Intrauterinpessar-Trägerinnen und Frauen nach Sterilisation).

Die **Hemmung des Eisprungs** wird durch Levonorgestrel-Implantate nicht vollständig, unterdrückt. Bei einem Teil der Frauen kommt es zur Entwicklung von Follikeln, die bis zu 6 Wochen persistieren können. Bei Implanonanwendung wird dies nicht beobachtet. Es wird angenommen, dass dies mit der starken Unterdrückung der Ovarialfunktion zusammenhängt.

Extrauterinschwangerschaften treten im Vergleich zu Frauen, die keine Kontrazeptiva anwenden seltener auf. Dies lässt sich auf die hohe Sicherheit der Methode zurückführen. Wenn allerdings eine Schwangerschaft auftritt so ist bei Implantat- ähnlich wie bei IUD (Spirale)- Anwenderinnen das Risiko höher als bei der kontrazeptivafreien Kontrollgruppe. Stimmungsschwankungen sind eine häufig genannte unerwünschte Begleiterscheinung von Norplant. Große kontrollierte Studien haben hinsichtlich von Depressionen und psychiatrischen Diagnosen keine Unterschiede zur nicht verhütenden Bevölkerungsgruppen gefunden.

An **Stoffwechselveränderungen** durch Implantate wird eine diskrete Insulinresistenz ohne Risiko für die Entwicklung eines Diabetes mellitus beobachtet, Gallenblasenleiden und Bluthochdruck zeigen sich diskret vermehrt bei Norplant-Anwenderinnen. Implantate scheinen keinen Einfluss auf die Knochendichte zu nehmen. Anwendung 6 Wochen nach der Geburt hat keinerlei Einfluss auf Stilldauer und Entwicklung des Kindes.

Obwohl kein Zusammenhang zwischen Implantat-Anwendung und kardiovaskulären- und Krebserkrankungen gefunden wurde, wird ein leicht erhöhtes Brustkrebsrisiko ähnlich dem bei Ein-

Einnahme von oralen hormonalen Kontrazeptiva nicht ausgeschlossen.

Zu Fragen nach dem Einfluss auf Infektionsrisiko, Übertragung und Verlauf einer HIV-Infektion gibt es keinerlei Informationen.

Die IPPF stellt fest: Unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen gehören Implantate zu den sichersten hormonalen Kontrazeptiva. Wahrscheinlich sind sie aktuell auch die zuverlässigste reversible Verhütungsmethode.

Die häufig auftretenden Blutungsstörungen machen eine gute Information und Beratung vor Anwendung notwendig.

Quelle: IPPF-Bulletin, Vol. 36 No. 1, Feb. 2002

Anmerkung der Redaktion: Bei Norplant ist ein Nachteil die oft schwierige, langwierige Entfernung des Implantats

HINWEISE

Qualifizierungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitsförderung

Die Hochschule Magdeburg Stendal (FH) bietet in Form eines berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiums zwei neue Studienangebote an

1. Die Weiterbildung „**Gemeindebezogene Gesundheitsförderung**“ dient als Qualifizierungsangebot für lokale Netzwerkarbeit und Projektentwicklung. Dieses Studienangebot wird in Kooperation mit regionalen Bildungsträgern – in der Regel Volkshochschulen – angeboten.
Ansprechpartnerin: Ines Mula,
E-Mail: gcf@sgw.hs-magdeburg.de,
Tel.: 0391-886 47 12
2. Der Master-Studiengang „**Health Promotion and Sustainability in Europe**“ (EU-MAHP) qualifiziert für europäische Netzwerk-Projekte und die Mitarbeit in europäischen Kooperationen, die im Rahmen des neuen Gesundheitsprogramms der EU eine zunehmende Bedeutung auch in Deutschland gewinnen.
Ansprechpartner: Dr. Stefan Etgeton,
E-Mail: eumahp@sgw.hs-magdeburg.de,
Tel.: 0391-886 46 91

Informationen im Internet über:

www.sgw.hs-magdeburg.de/gcf und
www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp

Pille danach - rezeptfrei nicht nur in England und Frankreich

Ohne große Aufmerksamkeit durch die Medien ist die rezeptfreie Zulassung der rein gestagenhaltigen Postkoitalpille in einigen europäischen und außereuropäischen Ländern erfolgt. Ohne Rezept.

Aktuell ist die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel in Frankreich, Portugal, Norwegen, Schweden, Finnland, Belgien, Dänemark, Südafrika, England, Israel, Kamerun, Quebec rezeptfrei erhältlich. Die rezeptfreie (OTC = over the counter = über den Ladentisch) Abgabe in der Schweiz wird nach Angaben des französischen Herstellers aktuell vorbereitet.

Im Europarat haben das „Public Health Committee“, Committee of Experts on Pharmaceutical Questions“ und „Committee of Experts on Medicines Subject to Prescription“ im März 2001 die rezeptfreie Abgabe der levonorgestrelhaltigen Postkoital-Pille mit der Dosis 750 µg, Dauer der Anwendung 2 Tage, empfohlen.

Quelle: HRA-Pharma, Internet, Veröffentlichung des Europarats

Arzt verweigert Abgabe der „Pille danach“

Ein Arzt/Ärztin hat das Recht auf Gewissensfreiheit. Mit dieser Begründung wurde die Klage einer Frau abgewiesen, die einen Arzt verklagt hatte, der ihr im nächtlichen Notdienst die „Pille danach“ nach Geschlechtsverkehr mit gerissem Kondom nicht verschrieb und sie daraufhin schwanger wurde. Eine ärztliche Verpflichtung des Arztes/der Ärztin besteht demnach nicht, einer Frau die „Pille danach“ zu verschreiben. Demnach entstehen durch den möglichen Eintritt einer Schwangerschaft keine Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche an den Arzt/die Ärztin.

Quelle: Gyn Depeche

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Frauen stehen auf jeden Fall 14 Wochen Mutterschutz zu. Der Bundestag hat eine Gesetzeslücke geschlossen und damit auch die europäischen Mutterschutz-Richtlinien erfüllt. Während nach altem Recht die 14- Wochenfrist nicht in

jedem Fall gewährleistet war – bei Entbindung vor dem errechneten Geburtstermin verfielen die nicht beanspruchten Tage des Mutterschutzes vor der Geburt – verlängert sich nun die Mutterschutzfrist nach der Geburt um die Anzahl der Tage, die vor der Geburt nicht beansprucht werden konnten.

Die neue Mutterschutzregelung tritt sofort in Kraft und gilt auch bei Frühgeburtlichkeit für maximal 18 Wochen Mutterschutz.

Mutterschutzfristen als auch andere Beschäftigungsverbote für Schwangere und Mütter werden wie Beschäftigungszeiten bei der Berechnung des Jahresurlaubes berücksichtigt. Die Frauen haben den Anspruch auf Übertragung von Resturlaub auf das laufende oder nächste Jahr.

Quelle: Ärztezeitung 30.04.02

Sexualpädagogik in den USA

Mit 50 Mill. Dollar pro Jahr fördert die amerikanische Regierung Sexualkundeunterricht, der den Focus ausschließlich auf Enthaltsamkeit und Jungfräulichkeit bis zur Ehe legt. Erschreckend hoch ist die (scheinbare) Akzeptanz dieser Vorgehensweise. Nur der Staat Kalifornien lehnt mit der Begründung ab, dass auch diese Vorgehensweise im Unterricht nicht zu einer Abnahme der Schwangerschaften bei Teenagern geführt habe. Ob Informationen zu Kontrazeptionsmethoden überhaupt Bestandteil des Sexualkundeunterrichts sein sollen, ist noch nicht entschieden. Zitat Bush: „Wenn unsere Kinder die Wahl haben zwischen Enthaltsamkeit und Selbstzerstörung, sollte die Regierung nicht neutral sein.“

Quelle: Ärztezeitung 25.04.02

Anmerkung der Redaktion: Nach einer aktuellen UNICEF-Studie zu Teenager-Schwangerschaften in Industrieländern leben die meisten „Teenager-Mütter“ (Alter zwischen 15 und 19 Jahren) in den USA. Dort ist die Geburtenrate in dieser Altersgruppe mehr als doppelt so hoch wie in den meisten anderen Industrieländern. (Ausführlicher Bericht folgt im FPR 2/2002)

Lernkurve bei Apomorphin-Einnahme

Die Behandlung der erektilen Dysfunktion mit Apomorphin sublingual führte in 3 Studien von J. Heaton, aus Kingston, Kanada bei 50 Prozent der Männer schon bei erstmaliger Einnahme zu

einer befriedigenden Erektion. Mit der Häufigkeit der Anwendungen nahm die Erfolgsquote deutlich zu. Nach der Einnahme von 4 bis 6 Tabletten wurde ein Plateau von etwa 70 Prozent erfolgreicher Erektionen erreicht. Begründung von Heaton: Paare müssen erst lernen, wieder ein befriedigendes Sexualleben aufzubauen. Bevor Patienten als Non-Responder eingestuft werden, empfiehlt er mindestens vier Therapieversuche mit 3 mg Apomorphin. Auch die Nebenwirkungen wie Unwohlsein, Schwindel oder Kopfschmerz gingen bei mehrmaliger Apomorphinanwendung zurück.

Quelle: Ärztezeitung 23.04.02

AIDS-Aufklärung

AIDS-Aufklärung existiert seit etwa 15 Jahren. Bis 1996 hat der Anteil der Bevölkerung, der „Safer Sex“ praktiziert zugenommen. Seit dieser Zeit stagniert dieser Anteil.

Laut Dr. Elisabeth Pott (BZgA) benutzen 70 Prozent der Alleinlebenden unter 45 Jahren Kondome. Durch Geld- und Ressourcenmangel als auch durch nachgelassenes Interesse der Medien werden jedoch nicht mehr alle Zielgruppen erreicht. Ein weiteres Problem stellt eine häufig fehlende Compliance bei AIDS-kranken Migranten aus Entwicklungsländern dar (die zweitgrößte Gruppe der HIV-Infizierten in Deutschland). Als Ursachen hierfür werden kulturelle Missverständnisse zwischen Ärzten und Patienten und die mangelnde Berücksichtigung von Faktoren wie Armut, Tabuisierung von Sexualität, patriarchalisierte Familienstruktur und Vorstellung von traditioneller Medizin angegeben.

Quelle: Ärztezeitung über 9. Münchner AIDS-Tage, Febr. 2002

AIDS-Prävention durch Spermizide

Der Population Council hat klinische Studien für das in den 90er Jahren entwickelte Spermizid Carraguard im zweiten Halbjahr 2002 angekündigt.

Erstmals werden damit klinische Studien mit einem Spermizid begonnen, die vielversprechend Ergebnisse in der Reduzierung der HIV-Infektion und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten erwarten lassen.

Die Forscher gehen von einer 4jährigen Studiendauer aus. Ergebnisse werden somit für das Jahr 2006 erwartet.

Quelle: Population Council

Infomappe – Für die Telefonberatung in AIDS Hilfen

Dieses Material für BeraterInnen in AIDS-Hilfen, erstellt von der AG „Qualitätssicherung in der Telefonberatung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.“, soll die Beratungsarbeit am Telefon durch eine Zusammenstellung der wichtigsten Informationen erleichtern. In der Infomappe finden sich übersichtliche Informationen zu :

- HIV und AIDS
- Übertragungswege/Schutzmöglichkeiten
- Risikoeinschätzung
- Safer-Sex-Utensilien
- Sexuell übertragbare Krankheiten
- HIV-Test
- Therapiemöglichkeiten
- Post-Expositions-Phrophylaxe (PEP)
- Safer Use bei i.v. Drogenbrauch
- AIDS-Phobie
- Sexanrufer in der Beratung
- AIDS-Leugner

Die Infomappe wird regelmäßig aktualisiert. Rückmeldungen der Anwender/innen sind erwünscht.

Bestellt werden kann die Mappe kostenfrei über:

Deutsche AIDS-Hilfe e.v.
Herrn Karl Lemmen
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

Hypothyreose-Therapie und Hormonersatztherapie

Bei Frauen, die auf Grund von Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) eine Substitutionstherapie mit Thyroxin erhalten, kann es bei gleichzeitiger östrogenhaltiger Hormonersatztherapie (HET) zu einem Anstieg von Serum-Thyroxin und Thyroxin-bindendem Globulin mit Konzentrationsabnahme von freiem Thyroxin kommen. Nach Beginn der HET wird deshalb eine Kontrolle der Schilddrüsenwerte empfohlen. Die Thyroxindosis muss gegebenenfalls erhöht werden.

Quelle: Arafah BM: Increased need for thyroxine in women with hypothyroidism during estrogen therapy. N Engl J /Med 344 (2001)

Anmerkung der Ärztezeitung: Die Empfehlungen gelten auch für substituierte Frauen die östrogenhaltige Kontrazeptiva einnehmen.

Endometriosetherapie

Eine Übersichtsarbeit berichtet über neueste Erkenntnisse der optimalen Endometriosetherapie. Eine wirklich effektive Therapie wurde dabei nicht benannt. Bei **Schmerzen** durch Endometrioseherde werden als Therapiemaßnahmen die Gabe von nicht-steroidalen Antiphlogistica oder oralen Kontrazeptiva werden empfohlen. Wenn sich die Beschwerden nicht bessern, wird die GnRH-Agonisten-Therapie in Kombination mit Östrogen-Progesteron angeraten. Erst bei Erfolglosigkeit der Hormontherapie wird die Entfernung der sichtbaren Endometrioseherde durch Bauchspiegelung mit nachfolgender Wiederholung der Hormontherapie empfohlen. Bei dem Leitsymptom **Infertilität** durch Endometriose scheint der operative Eingriff der Hormontherapie deutlich überlegen. Eine IVF-Behandlung (künstliche Befruchtung) erhöht zusätzlich die Erfolgsrate an Schwangerschaften.

Quelle: Olive DL et al. Treatment of endometriosis, N Engl/Med. 342 (2001)

Internet-Adressen zu Endometriose:

<http://www.rcog.org.uk/guidelines/endometriosis>
<http://www.pta.net.au/endo/>
<http://www.geocities.com/HotSprings/12/inf.htm>

Empfehlungen zur Varizellen-Impfung

Eine Varizellen-(Windpocken)Impfung wird empfohlen bei seronegativen Personen mit Grunderkrankungen wie Leukämie, Tumoren, Immunschwäche, Neurodermitis und deren Familienangehörigen. Neu ist die Impf-Empfehlung für 12 bis 15-jährige Kinder, bei denen bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Windpockeninfektion bekannt ist.

Gründe dafür sind: durch die Schutzimpfung können schwere Verlaufsformen vermieden werden, die in diesem Alter häufig auftreten; Immunitäts-lücken werden geschlossen und die Exposition von nicht-immunen Schwangeren vermieden.

Quelle: Epidemiologisches Bulletin Nr. 29, Hinweise auf Neuerungen in den Impfempfehlungen der STIKO

(Ständige Impfkommission) Robert Koch-Institut, Juli 2001

In der ersten Hälfte der Schwangerschaft kann die mütterliche Erstinfektion mit Windpocken das fetale Varizellen-Syndrom verursachen (mögliche Extremitäten-, Haut-, Augen- und Zerebralschäden). Das kindliche Risiko liegt zwischen ein und zwei Prozent. Die neonatale Varizelleninfektion eines Neugeborenen, deren Mutter 5 Tage vor bis 2 Tage nach der Geburt Varizellen durchmacht kommt bei ca. 30 Prozent der betroffenen Neugeborenen vor. Unbehandelt liegt die Mortalität dieser schweren Infektion bei 30 Prozent.

Varizellen-Impfung während der Schwangerschaft

Da die aktive Varizellen-Impfung mit Lebendimpfstoff durchgeführt wird, ist sie 3 Monate vor und während der Schwangerschaft kontraindiziert (fetales Varizellen-Syndrom siehe oben).

Fälle von versehentlichen Impfungen vor und während der Schwangerschaft wurden in den USA gesammelt und wissenschaftlich begleitet. In den ersten 5 Jahren wurde von 701 Fällen berichtet. 92 der Frauen waren sicher seronegativ, bei 270 Schwangeren war der Immunstatus unklar. In keinem Fall trat trotz Impfung ein fetales (kongenitales) Varizellen-Syndrom auf, was heißt, dass die Gefahr der Schädigung des Kindes durch Impfung gering zu sein scheint. Trotzdem sollte die Impfung mit Lebendimpfstoff in der Schwangerschaft vermieden werden. Bei Windpockenkontakt ist die passive Immunisierung mit Immunglobulinen indiziert.

Quelle: Shields KE et al.: Varicella vaccine exposure during pregnancy: data from the first 5 years to the pregnancy registry. Obstet Gynecol 98 (2001)

Schweiz: Volksabstimmung zur Fristenlösung

Am 2. Juni 2002 haben die Schweizer Stimmberechtigten in einer Volksabstimmung die Fristenregelung mit 72 Prozent angenommen. Sie gibt Frauen und Paaren das Recht, in den ersten 12 Wochen eigenverantwortlich über den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft zu entscheiden. Obligat ist eine ärztliche Beratung vor dem Abbruch. Der Arzt/ die Ärztin muss auch Adressen von Beratungsstellen weitergeben, wo die

Frau weitere Informationen und mögliche Hilfen erhalten kann. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung wird vom Bundesrat noch festgelegt, der früheste Termin ist der erste Januar 2003

Quelle: Presseerklärung der Schweiz. Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

Internetadresse: www.svss-uspa.ch

Neuerscheinungen

Vererbung und Ererbtes – Ein Humangenetischer Ratgeber, Jörg Schmidke
2. veränderte Auflage. GUC-Verlag, Chemnitz

Aus dem Inhalt: Genetisches Risiko und erbliche Erkrankungen, vorgeburtliche Untersuchungen und Schwangerschaftsvorsorge, Vererbung und Umwelt, Gentests, Genterapie, das Genomprojekt

Regellose Frauen – Wechseljahre im Kulturvergleich

HG: Godula Kosack/Ulrike Krasberg
Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus 2002
Preis: E 18,90

Aus dem Umschlagtext:

Über Medikalisierung, Pharmabroschüren und Osteoporose, die Biokultwellen und politischen Prozesse sowie die soziale Konstruktion der Wechseljahre in verschiedenen Kulturen berichtet dieses Buch. Nicht zuletzt vermittelt es anschaulich das Leben von Frauen nach dem Klimakterium in verschiedenen Ländern.

Was macht Ihr Sohn denn da?

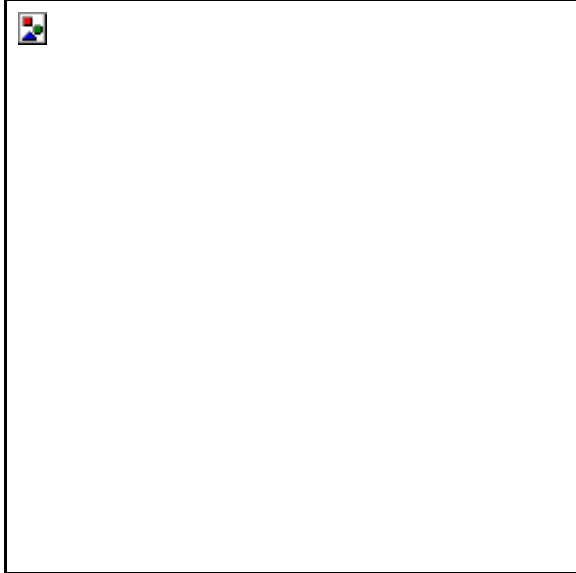
Geistige Behinderung und Sexualität, Ilse Achilles
Ernst Reinhardt Verlag München Basel,
3. Aufl. 2002

Forschung an embryonalen Stammzellen

Ethische und rechtliche Aspekte, G. Bockenheimer-Lucius (Hrsg.)
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2002, 180 Seiten,
€ 39,95, ISBN 3-7691-0417-X

Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie der Zeitschrift PRAXIS DER KINDERPSYCHOLOGIE UND KINDERPSYCHIATRIE Ausgabe 9/10/01 zu bestellen unter:



http://www.bmfsfj.de/dokumente/Bestellservice/ix_66838.htm

Veranstaltungs- kalender

22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

6. – 8. Juni 2002, Nürnberg

Leitung: Prof. Dr. R. Sauer, Erlangen

Information: Congress Organisation Thomas

Wiese GmbH,

Goßlerstr. 30, 12161 Berlin,

Tel.: 030/85 99 62 16/17,

Fax: 030/85 07 98 26

E-Mail: senologie@ctw-congress.de

<http://www.ctw->

[congress.de/seno2002](http://www.ctw-congress.de/seno2002)

1st European Conference on Cervical Cancer
Screening in Europe

7. bis 8. Juni 2002

Registrierung unter der website:

<http://www.cervical-cancer.de>

Information: Institut der Medizinischen Virologie,

Tübingen

Tel.: 07071/29-81 552 od.

29-80 247

10th World Congress on the Menopause

10.-14. Juni 2002, Berlin

Leitung: Prof. Dr. H.P.G. Schneider

Information: 10th World Congress of the Menopause

CPO hanser Service GmbH

Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin

Stichwortverzeichnis 2001

	<u>Heft</u>	Anhang bzw. Seite
Brustselbstuntersuchung	3	11
Bundessozialgericht zu ICSI, Grundsatzurteil	1	18
BZgA Studie über AIDS	2	19
DHEA und Wohlbefinden älterer Menschen	1	19
Erektile Dysfunktion, Neue Medikamente zur Behandlung	3	15
Familienplanung		
- Definition und Wandel des Begriffs	2	3
- Studien zum Familienplanungsverhalten	2	4
- Wer bietet Informationen an	2	6
- Die Pille – vom kontrazeptiven Medikament zur Lifestyle-Drug	2	7
- Kontrazeptionsberatung bei unterschiedlichen Zielgruppen	2	7
- Kontrazeption im Internet	2	8
- Sicherheit und Versager verschiedener Kontrazeptionsmethoden	2	9
- Umgang mit Verhütungsversagern	2	13
- Kontrazeption nach einem Schwangerschaftsabbruch	2	14
Fortschritte in der männlichen Kontrazeption	3	16
Frauenkondom	4	17
Frühgeburt – Fehlgeburt		
- A. Frühgeburt	3	3
- B. Fehlgeburt	3	6
Hormon-Ersatz-Therapie	4	4
Hyalofemme™, ein Vaginalgel	4	17
Internet-Forum der GebFra	1	21
Johanniskrauthaltige Medikamente	1	18
Klick, Gleitgel von RFS	4	18
Kongressbericht – Lifestyle-und Anti-Aging-Medizin	1	8
Kongressbericht „Menopause-Andropause 2001	4	9
Kontrazeption und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen	2	15
Langzeitergebnisse nach einer Hysterektomie	3	14
Mammographie, bundesweites Programm zur Qualitätssicherung	3	17
Männerberatung in Frankfurt/Main, Erfahrung bei pro familia	1	15
Menstruationszyklus, Berechnung der fruchtbaren Tage	3	13
Mifegyne	1	16
	2	18
	3	12
	4	15
MRE: Brustkrebsdiagnostik für die Zukunft	1	18

	<u>Heft</u>	Anhang bzw. Seite
NFP: Stiftung Warentest	2	20
Novial®, eine neue Pille	1	19
NuvaRing®	2	19
Orale Kontrazeptiva	1	18
Pille – 40 Jahre – und wie viele Jahre „Pille-danach“	2	17
Pille – bei Krankheiten und anderen außergewöhnlichen Situationsen	1	4
Pille-danach, neue Studie	1	19
Präparatliste zur HET, Anhang	4	20
Runder-Tisch zum § 218	4	14
Seuchenrechtsneuordnungsgesetz	3	15
Standpunkt zu Barrieremethoden	3	10
Standpunkt zum sicheren Schwangerschaftsabbruch	4	14
Verhütungsschwamm „Protectaid“	3	17
Wide-Seal, ein Silikon-Diaphragma	4	17