

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Mai 2005 Nr. 1

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Schwangerschaftsabbrüche nach dem ersten Trimenon	3
Politische und gesellschaftliche Debatte über Spätabbrüche und pränatale Diagnostik	10
Tabu – und trotzdem Routine	11
(Späte) Schwangerschaftsabbrüche in Europa	16
Pille danach	18
Hinweise	
- Memorandum: Informationen zur Hormontherapie in den Wechseljahren	20
- Erfolgsabschätzung bei operativer Rekonstruktion von Eileitern	21
- Prophylaxe von Pilzinfektionen im Scheidenbereich nach Antibiotikatherapie mit Laktobazillus unwirksam	21
- Plötzlicher Kindstod	
- Östrogene zur Beeinflussung des Längenwachstums bei jungen Mädchen	
Welchen Einfluss hat die Therapie auf die Fertilität?	22
- Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch	22
- Beschneidung von Frauen in Deutschland	22
- Gemeinsame Pressemitteilung zu HIV/AIDS des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	22
Buchbesprechungen	23
Veranstaltungen	24
Stichwortverzeichnis 2004	25

Impressum: © 2005

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Das Thema des vorliegenden Familienplanungs Rundbriefs ist der späte Schwangerschaftsabbruch. Wenn ein Abbruch nach der 23sten Schwangerschaftswoche auch nur 0,1 Prozent aller durchgeführten Abbrüche ausmacht, so stellt er dennoch die Schwangere, aber häufig auch alle an diesem Prozess Beteiligten vor eine außerordentlich schwierige Situation. Realität in deutschen Krankenhäusern und trotzdem Tabu, über dieses Thema schreibt Antje Kkehrbach, die im Rahmen ihrer Krankenschwestern- und Hebammentätigkeit mit dem Thema späte Schwangerschaftsabbrüche konfrontiert war. Der erste Beitrag gibt einen umfassenden Überblick zu den wichtigen Aspekten des späten Schwangerschaftsabbruchs: er fasst die rechtlichen Rahmenbedingungen zusammen, beschreibt die geläufigen Techniken und in diesem Zusammenhang auch neue Entwicklungen. Auch die Indikationsstellung, - wer stellt medizinische Indikationen aus und mit welchen Problemen sind Frauen nachfolgend konfrontiert? - sowie Komplikationen, Risiken und die psychische Verarbeitung werden geschildert. Eine Übersicht gibt Auskunft über die Rechtslage in anderen europäischen Ländern.

Auf Grund einer aktuellen Gesetzesinitiative der CDU/CSU, die Regelungen zur medizinischen Indikation zu verschärfen, hat pro familia im November 2004 zu den gemachten Vorschlägen eine Stellungnahme verfasst. Auch hierzu finden sich in diesem Heft Informationen.

Der späte Schwangerschaftsabbruch ist auch eine Schattenseite der pränatalen Diagnostik. Alle Beraterinnen, die zu vorgeburtlichen Untersuchungen informieren und beraten, sind auch gefordert über die möglichen Konsequenzen nach Diagnosestellung zu informieren.

Wir hoffen, mit diesem Heft einen umfassenden Beitrag zum aktuellen Kenntnisstand und der aktuellen Praxis zu leisten.

Schwangerschaftsabbrüche nach dem ersten Trimenon¹

Helga Seyler

Schwangerschaftsabbrüche nach dem dritten Monat werden in Deutschland im Vergleich zur Gesamtzahl der Abbrüche selten durchgeführt. 2003 wurden 2044 der ca. 128 000 Abbrüche zwischen der 12. und 22. Woche nach Empfängnis durchgeführt, nach der 23. Woche waren es noch 217. Trotzdem gibt es eine gesellschaftliche und politische Debatte über Spätabtreibungen, hauptsächlich wegen des Zusammenhangs dieser Abbrüche mit einer umstrittenen Praxis in der pränatalen Diagnostik.

Späte Abbrüche werden in erster Linie als Folge der pränatalen Diagnostik gesehen. Das heißt dass eine dabei festgestellte kindliche Erkrankung oder Fehlbildung der Grund für den Abbruch ist. Es fehlen jedoch Zahlen darüber, bei wie vielen der Abbrüche die medizinische Indikation tatsächlich aufgrund von Befunden der pränatalen Diagnostik gestellt wird und bei wie vielen der Grund in einer körperlichen Erkrankungen der Schwangeren oder einer psychosozialen Notlage liegt. Im zweiten Trimenon sind Abbrüche bei psychosozialen Notlagen wahrscheinlich ein noch größeres Tabu als Abbrüche wegen fetalen Fehlbildungen. Da sie in Deutschland kaum durchgeführt werden und eine unbekannte, aber sicher nicht unbedeutende Anzahl von Frauen deswegen ins Ausland reist, können diese Abbrüche auch verdrängt und verleugnet werden.

Die verschiedenen Gründe für den Abbruch werden unterschiedlich bewertet und bestimmte gesellschaftliche Gruppen unterscheiden sich in der Bewertung und Akzeptanz.

So finden sich bei KritikerInnen von pränataler Diagnostik eher ethische Bedenken, wenn ein ursprünglich erwünschtes Kind wegen vorgeburtlich festgestellter Krankheit oder Fehlbildung abgetrieben wird. Sie gestehen aber Frauen die grundsätzliche Entscheidung zu, ob sie eine Schwangerschaft austragen wollen, oder nicht.

¹ Zeit von drei Monaten

Viele ÄrztInnen, die pränatale Diagnostik durchführen, bewerten dagegen die Abtreibung bei einem gesunden Kind als ethisch bedenklicher als bei einer nachgewiesenen Fehlbildung.

In den medizinischen Einrichtungen finden Frauen in letzterer Situation auch mehr Verständnis und Hilfe, als Frauen, die sich wegen einer psychosozialen Notlage für einen Abbruch entscheiden.

Rechtlicher Rahmen

Bis zur 12. Woche nach Empfängnis sind in Deutschland Abbrüche nach der Beratungsregelung straffrei. Danach ist eine medizinische Indikation erforderlich.

§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Eine Beratung nach § 219 ist beim Vorliegen einer medizinischen Indikation nicht vorgeschrieben. Die Krankenkassen übernehmen in diesem Fall die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch.

Die Indikationsstellung ist gesetzlich nicht an bestimmte fachliche Voraussetzungen gebunden. Das heißt, jede Ärztin und jeder Arzt ist dazu berechtigt, eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu stellen. Der Abbruch darf nicht von der Person durchgeführt werden, die die Indikation gestellt hat, jedoch können beide ÄrztInnen in derselben Einrichtung arbeiten. Indikationen müssen schriftlich ausgestellt werden. Die Bescheinigung muss auf jeden Fall beinhalten, ob eine und welche Indikation vorliegt. Ob die Indikation im Einzelnen ausgeführt und begründet werden muss, lässt das Gesetz offen. Bei der medizinischen Indikation ist dies jedoch übliche Praxis.

Die schriftliche Ausführung der Fakten und Annahmen, die der Indikationsstellung zugrunde liegen, erleichtert der abbrechenden ÄrztIn die Überprüfung der Indikation und ist eine hilfreiche Grundlage für deren Gespräch mit der Patientin vor dem Abbruch. Sie muss im Gespräch mit der Frau die Richtigkeit der Indikation prüfen. Dabei darf sie jedoch von der Sorgfalt der indikationsstellenden ÄrztIn ausgehen und deren Angaben vertrauen, wenn nicht deutliche Hinweise dafür vorliegen, dass die Indikation unrichtig ist.

Die medizinische Indikation ist im Gesetzestext weit gefasst und beinhaltet schwere körperliche und seelische Beeinträchtigungen der Gesundheit der Frau, die nicht anders als durch einen Schwangerschaftsabbruch abgewendet werden können. Das heißt, die im früheren Gesetz enge medizinische Indikation wurde auf eine medizinisch-soziale Indikation erweitert. Eine eindeutige Festlegung, was als medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch angesehen werden kann und was nicht, gibt es demnach nicht. Auch eine Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit durch eine psychosoziale Notlage, zum Beispiel eine psychische Dauerüberlastung durch wirtschaftliche oder familiäre Belastungen oder eine nachhaltige Störungen der psychischen oder sozialen Entwicklung bei sehr jungen Schwangeren kann eine medizinische Indikation darstellen².

Eine Befristung für Abbrüche aufgrund einer medizinischen Indikation gibt es nicht. Das hat dazu geführt, dass zum Teil Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik erst sehr spät durchgeführt wurden (bei außerhalb der Gebärmutter überlebenden Kindern). Es sind einige Fälle bekannt, in denen diese tatsächlich den Abbruch überlebt haben. In einem solchen Fall besteht die Pflicht, die Kinder intensivmedizinisch zu versorgen. Oft haben die Kinder außer einer Fehlbildung oder Erkrankung noch zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Unreife auf Grund der Frühgeburt. Ethisch und rechtlich sind durch diese Praxis äußerst schwierige Situationen entstanden.

Inzwischen hat die Ärzteschaft eine zeitliche Begrenzung von Abbrüchen nur bis zur Überlebendigkeit des Kindes (die 22. Woche nach Emp-

² siehe auch: Aspekte des Schwangeren- und Familienhilferechts. Ausgewählte Gesetzestexte mit Ausführungen zu Beratung, Beratungsstellen und Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch. pro familia Bundesverband 1995

fängnis) standesrechtlich festgelegt, mit wenigen Ausnahmen: „In besonderen Ausnahmefällen schwerster unbehandelbarer Krankheiten und Entwicklungsstörungen des Ungeborenen, bei denen postnatal in der Regel keine lebenserhaltenden Maßnahmen ergriffen würden, kann nach Diagnosesicherung und interdisziplinärer Konsensfindung von dieser zeitlichen Begrenzung abgewichen werden.“ (Bundesärztekammer 1998). Welche Maßnahmen und Schritte bei späteren Abbrüchen aus juristischen Gründen einzuhalten sind, ist im sogenannten „Kieler Modell“ beschrieben (Kaisenberg 2005)

Feten mit einem Geburtsgewicht von über 500 Gramm gelten als Totgeburten, sie müssen beim Standesamt gemeldet und beerdigt werden. Dieses Gewicht wird etwa in der 22. Woche nach Empfängnis erreicht. Feten mit einem geringeren Gewicht gelten als Fehlgeburt. Sie können auf Wunsch der Eltern beerdigt werden.

Praxis der Indikationsstellung

Die Auslegung der medizinischen Indikation hat sich im Laufe der Zeit verändert. Sie wird heute in der Praxis deutlich zurückhaltender gehandhabt und medizinische Indikationen werden seltener gestellt als zum Beispiel in den 70er Jahren und restriktiver als in anderen europäischen Ländern.

Auch vor der 12. Woche p.c. wird bei ernsthaften körperlichen Risiken und Beeinträchtigungen der Gesundheit der Frau durch die Schwangerschaft selten eine medizinische Indikation gestellt. Den betroffenen Frauen wird von den ÄrztInnen nahegelegt, den Abbruch nach Beratungsregelung durchführen zu lassen (Konsequenz davon ist, dass die Frauen den Abbruch selbst zahlen müssen, wenn sie keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme haben; außerdem müssen sie die Pflichtberatung durchführen lassen).

In der Praxis sind Ergebnisse der pränatalen Diagnostik mit (zu befürchtenden) Fehlbildungen und Erkrankungen des Kindes häufig der Grund für späte Abbrüche. Die embryopathische Indikation wurde aus der neuen Fassung des § 218 gestrichen, weil sie als ein Sonderstatus mit geringem Lebensschutz für Kinder mit festgestellten Fehlbildungen verstanden werden konnte, indem solche Diagnosen allein als Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch angesehen werden konnten.

Nach dem neuen Gesetz wird beim Wunsch nach Abbruch in diesen Fällen eine medizinische Indikation gestellt. Dabei soll die psychische Belastung der Schwangeren durch die zu erwartende Krankheit oder Fehlbildung des Kindes beurteilt werden. In der Realität wird aber weiterhin die Indikation für einen Abbruch meist anhand des zu erwartenden Ausmaßes der Behinderung des Kindes gestellt, es wird hauptsächlich über medizinische Aspekte und Prognosen beim Kind gesprochen und kaum darüber, wie es der Frau damit gehen wird, ein krankes Kind zu haben oder es abzutreiben. Eine psychosoziale Beratung wird selten durchgeführt.

Kindliche Fehlbildungen sind meist gut akzeptierte Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch. Für die betroffenen Frauen gibt es keine Schwierigkeiten, eine Indikation zu bekommen und eine Einrichtung zu finden, in der der Abbruch durchgeführt wird. Es besteht eher ein gesellschaftlicher Druck zum Schwangerschaftsabbruch, der eine eigene Entscheidung erschwert. Tatsächlich entscheiden sich über 90% der Frauen und Paare für einen Abbruch, wenn beim Kind ein Down-Syndrom festgestellt wurde (Mansfield 1999).

Andere Gründe für den Wunsch nach einem Abbruch nach der 12. Woche sind, dass entweder die Schwangerschaft erst danach festgestellt wurde, oder dass sich die Lebensumstände der Schwangeren dramatisch verändert haben. In diesen Fällen muss ebenfalls die psychische und psychosoziale Belastung der Schwangeren beurteilt werden. In der Praxis wird von den meisten Einrichtungen, die in diesen Fällen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, dafür ein psychiatrisches Gutachten verlangt.

Es gibt nur wenige PsychiaterInnen, die bereit sind, Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch zu stellen. Außerdem sind sehr wenige Einrichtungen bereit, Abbrüche mit solchen Indikationen durchzuführen. Einige Kliniken erkennen nur Gutachten aus bestimmten psychiatrischen Kliniken an. In manchen Regionen von Deutschland gibt es überhaupt keine Möglichkeiten, in dieser Situation einen Abbruch nach dem 3. Monat durchführen zu lassen. Eine aktuell durchgeführte Umfrage bei den pro familia Beratungsstellen bestätigt diese Situation.

Für die betroffenen Frauen ist es sehr schwierig, diese Hürden ohne professionelle Unterstützung zu überwinden. Eine Alternative ist die Reise ins Ausland, meist in die Niederlande. Aber auch

dafür ist es notwendig, Adressen von Kliniken herauszufinden, die Reise, Übernachtung und Abbruchkosten bezahlen zu können, und Papiere zum Reisen zu besitzen.

2003 ließen 1254 Frauen aus Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch in den Niederlanden durchführen (Jaarrapport 2003). Zwar gibt es keine Angaben über das Schwangerschaftsalter, es ist aber zu vermuten, dass die meisten davon nach dem ersten Trimenon durchgeführt wurden. Im Vergleich zu den 2044 in Deutschland durchgeführten Abbrüchen im zweiten Trimenon ist diese Zahl sehr hoch.

Abbruchtechniken

Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Woche nach Empfängnis werden mit sehr unterschiedlichen Methoden durchgeführt. Meist werden dabei medikamentöse und chirurgische Techniken kombiniert.

In Deutschland werden in fast in allen Einrichtungen Prostaglandine benutzt, um Wehen ein zu leiten und die Öffnung des Muttermunds zu bewirken. Die Medikamente werden so lange wiederholt gegeben, bis der Fetus und Mutterkuchen ausgestoßen werden.

Die Prostaglandine der Wahl sind entweder Gemeprost (Cergem®) vaginal oder Misoprostol (Cytotec®) oral oder vaginal. Die Zeit bis zur Ausstoßung kann einige Stunden bis zu mehr als 2 Tage betragen (im Durchschnitt 15-18 Stunden) (Winkler 1997, Stubblefield 2004, Ashok 2004). Die Behandlung wird üblicherweise stationär im Krankenhaus durchgeführt.

Schmerzen werden mit Schmerzmitteln, falls notwendig auch mit einer Rückenmarksbetäubung behandelt. 70-80% der Frauen benötigen Schmerzmittel (Winkler 1997). Als weitere Nebenwirkungen der Prostaglandine kann es zu Übelkeit und Erbrechen sowie Fieber kommen.

Nach der Ausstoßung des Feten (und des Mutterkuchens) wird in Deutschland meist eine Ausschabung durchgeführt, um den Mutterkuchen oder Reste davon zu entfernen. Wenn die Frau bereits eine Rückenmarksbetäubung hat, ist diese für die Ausschabung ausreichend. Andernfalls wird eine Vollnarkose notwendig.

In den USA und Großbritannien wird die Ausschabung nur durchgeführt, wenn der Mutterkuchen nicht vollständig ausgestoßen wird, bei etwa 8-20 % der Frauen (Autry 2002, Ashok 2004).

Besteht die Möglichkeit, dass der Fetus den Abbruch überleben könnte, wird ab der etwa 20.

Schwangerschaftswoche vor der Einleitung ein sogenannter Fetozid herbeigeführt. Dabei wird dem Feten (durch die Bauchwand der Schwangeren und die Gebärmutterwand) ein Medikament (Kaliumchlorid) in das Herz gespritzt, das einen Herzstillstand bewirkt. In den USA wird stattdessen oft ein Medikament (Digoxin) durch den Muttermund in die Fruchthöhle gespritzt. Diese Methode ist einfacher und ohne den technischen Aufwand spezieller Ultraschallgeräte durchführbar.

Eine Vorbehandlung mit Mifepriston (Mifegyne®) zwei Tage vor der Einleitung mit Prostaglandinen verkürzt die Zeit bis zur Ausstoßung des Feten um mehr als die Hälfte (Durchschnitt 69 Stunden) und reduziert die Schmerzen (Ashok 2004, Stubblefield 2004) sowie die notwendige Prostaglandindosis. Sie sollte deshalb zur Routine gemacht werden. Mifegyne® ist dafür auch in Deutschland zugelassen. Bisher wird jedoch diese Vorbehandlung nur in wenigen Einrichtungen durchgeführt. Die Verabreichung von 200 mg hat sich dabei als genau so wirksam wie 600 mg erwiesen (Ashok 2004).

In anderen Ländern werden Fetus und Mutterkuchen mit chirurgischen Methoden (genannt Dilation and Evacuation, kurz D&E) aus der Gebärmutter entfernt. Wegen der Größe des Fetus und der für die Entleerung der Gebärmutter notwendigen Weite des Muttermunds muss dieser langsam geöffnet werden. Üblicherweise werden dafür Prostaglandine benutzt (Misoprostol oder Gemeprost). Eine andere Möglichkeit besteht darin, sogenannte Laminarstifte in den Gebärmutterhals einzulegen, die im feuchten Milieu aufquellen und den Gebärmutterhals dabei langsam mechanisch aufdehnen. Das Einlegen der Stifte erfordert einen kleinen gynäkologischen Eingriff, und wird in örtlicher Betäubung, manchmal auch in Vollnarkose durchgeführt. Sowohl mit Prostaglandinen als auch mit den Laminarstiften dauert das Weiten des Muttermunds mehrere Stunden und wird üblicherweise über Nacht durchgeführt. Bei fortgeschrittener Schwangerschaft kann diese Zeit auch 1-2 Tage betragen. Dabei entstehen meist nur geringe Schmerzen, und die Frau muss sich nicht in der Klinik aufhalten.

Der Abbruch selbst wird meist unter Vollnarkose durchgeführt, manchmal auch mit Lokalanästhesie und Beruhigungsmitteln. Der Fetus wird dabei mit Instrumenten zerkleinert und dann mit dem Mutterkuchen aus der Gebärmutter entfernt. Anschließend wird eine Ausschabung oder Absaugung zur Entfernung von Resten des Mut-

terkuchens durchgeführt. Häufig kann die Frau am gleichen Tag entlassen werden. Bei fortgeschritteneren Schwangerschaften bleibt sie meist eine Nacht in der Klinik.

Vergleich der Methoden

In den Niederlanden, Großbritannien und den USA, wo überwiegend die chirurgische Entleerung der Gebärmutter durchgeführt wird, wird diese Methode als angenehmer für die Frauen angesehen. Der Abbruch ist damit viel schneller beendet als bei der medikamentösen Einleitung der „Geburt“, und die Frau erlebt durch die Vollnarkose den wesentlichen Teil des Eingriffs nicht mit. Außerdem ist der Klinikaufenthalt bei dieser Methode auf einige Stunden begrenzt.

Insbesondere in den USA werden über 95% der Abbrüche im 2. Trimenon mit der D&E-Methode durchgeführt (Stubblefield 2004). Eine Untersuchung, die die Bedingungen für eine Vergleichsstudie zwischen medikamentösem und chirurgischem Abbruch klären sollte, ergab, dass dort 93% der Frauen selbst einen schnelleren medikamentösen Abbruch (mit Mifepriston und Misoprostol) ablehnten (Grimes 2004).

Auch in Deutschland berichten Beraterinnen, dass Frauen sehr häufig nach der Möglichkeit eines chirurgischen Abbruchs im 2. Trimenon fragen. Sie empfinden die Vorstellung des medikamentösen Abbruchs als sehr belastend.

Für manche Frauen kann andererseits der langsame Prozess der medikamentösen Methode hilfreich für die Verarbeitung sein, ähnlich wie bei Abbrüchen im ersten Trimenon. Sie haben auch die Möglichkeit, den Feten zu sehen, zu berühren, und sich von ihm zu verabschieden, und sie können ein Foto von ihm behalten. In einer deutschen und einer niederländischen Studie geben die Frauen und Paare an, dass dieser bewusste Kontakt zum toten Kind und der Abschied für sie für die psychische Verarbeitung hilfreich waren (Geerinck-Vercammen 2003, Lorenzen 1995).

Vergleichende Studien zum Erleben und der Verarbeitung des Abbruchs mit den unterschiedlichen Methoden gibt es nicht.

Für die ÄrztInnen erfordert die chirurgische Technik viel Können und Erfahrung. In den Leitlinien der britischen RCOG³ wird die D&E deshalb nur als sicher bezeichnet, wenn die ÄrztIn in dieser Technik ausgebildet ist und sie ausreichend

häufig durchführt, um ihre Fähigkeiten zu erhalten (RCOG 2004). Dort wird in privaten Kliniken die D&E durchgeführt, in den staatlichen die medikamentöse Einleitung.

Die D&E ist außerdem für viele ÄrztInnen psychisch wegen der notwendigen Zerkleinerung des Feten sehr belastend. Auch in einer US-amerikanischen Veröffentlichung wird der Eingriff als „distastefull“⁴ bezeichnet. Dies ist wahrscheinlich der Hauptgrund, warum diese Methode in Deutschland selten angeboten wird.

Weiterhin brauchen die Frauen während der Zeit der Einleitung der „Geburt“ viel Unterstützung und einfühlsame Betreuung, da sie diese Zeit oft als sehr belastend erleben. Diese Betreuung wird in den Kliniken von Hebammen oder Krankenschwestern durchgeführt, die sich ihrerseits oft mit dieser Situation überfordert fühlen. Somit wird bei dieser Technik im Vergleich zur D&E möglicherweise die Belastung des medizinischen Personals von den ÄrztInnen auf die Hebammen und Krankenschwestern verlagert (siehe auch Beitrag von Antje Kehrbach).

Komplikationen

Über die Häufigkeit von Komplikationen im Zusammenhang mit Abbrüchen nach dem ersten Trimenon gibt es wegen der geringeren Fallzahlen weniger Daten als über Abbrüche im ersten Trimenon. Die umfassende Dokumentation der Komplikationen in den USA bezieht die in Deutschland üblichen Einleitungsmethoden nicht mit ein (Epner 1998, Barlett 2004).

Das Risiko von Komplikationen insgesamt steigt mit dem Schwangerschaftsalter leicht an. Todesfälle traten in den USA zwischen 1988 und 1997 in der 16-20. SSW bei 3,4 von 100 000 Fällen auf, nach der 21. SSW lag die Zahl der Todesfälle bei 8,9 von 100 000 (Bartlett 2004). In Deutschland wurden seit 1998 keine Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen gemeldet.

Verletzungen des Gebärmutterhalses treten bei mechanischer Weitung in 1-2% der Fälle auf. Bei medikamentöser Weitung sind sie seltener. In der Erhebung des statistischen Bundesamts⁵ werden sie in durchschnittlich 0,1% angegeben. Verletzungen der Gebärmutter werden in ca. 0,1% der Fälle angegeben.

⁴ unangenehm, abscheulich

⁵ Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 3: Schwangerschaftsabbrüche; die Zahlen beziehen sich auf die Jahre 1998 bis 2002

³ Royal College of Obstetricians and Gynecologists, die Fachgesellschaft der FrauenärztInnen in GB

Auch verstärkte Blutungen treten bei späten Abbrüchen etwas häufiger auf. In der Bundesstatistik werden sie bei ca. 0,5% angegeben, Blutübertragungen waren bei etwa 0,2% der Fälle notwendig.

Bei Frauen, die in der Vorgeschichte eine Kaiserschnittgeburt haben, kann es bei der medikamentösen Einleitung von Wehen selten zum Aufreißen der Narbe an der Gebärmutter kommen. Es gibt mehrere Fallberichte über diese Komplikation, aber keine Zahlen über die Häufigkeit (Stubblefield 2004). Zwei Studien, die 108 bzw. 56 Frauen mit einem Kaiserschnitt in der Vorgeschichte in ihre Untersuchung einbezogen, beobachteten keine Gebärmutterverletzung (Daskalakis 2005, Herabutya 2003).

Nach Abbrüchen im 2. und 3. Trimenon ist die Fruchtbarkeit nicht beeinträchtigt, es gibt aber Hinweise dafür, dass es etwas häufiger zu Frühgeburten kommt, wahrscheinlich als Folge von Verletzungen des Gebärmutterhals.

Es gibt nur wenige kleine Studien, in denen die Komplikationsrate der D&E im Vergleich zur Einleitung mit Prostaglandinen allein bzw. in Kombination mit Mifepriston untersucht wird. Die Komplikationsrate wird (entgegen der Fachmeinung in Deutschland) bei der Einleitung deutlich höher angegeben. Dabei wurde jedoch auch die Notwendigkeit einer Nachkürettage bei unvollständig ausgestoßenem Mutterkuchen als Komplikation aufgeführt. Dieser Eingriff wird in Deutschland als übliche Ergänzung der Methode angesehen. Wenn dies berücksichtigt wird, finden sich vergleichbare Komplikationsraten. Insgesamt ist die Komplikationsrate der D&E in den USA sehr gering, und liegt kaum höher als die der Vakuumaspiration im ersten Trimenon (Autry 2002, Stubblefield 2004). Das liegt wahrscheinlich an der großen Erfahrung mit der Methode, da die Komplikationsrate in sehr hohem Maße vom Können und der Erfahrung der OperateureIn abhängt.

Psychische Verarbeitung

Im Bezug auf psychische Belastungen und Komplikationen ergibt sich bei späten Abbrüchen ein ähnliches Bild, wie bei Abbrüchen im ersten Trimenon. Es gibt viele Einzelfallberichte mit sehr negativen psychischen Folgen wie schweren und lang anhaltenden Schuldgefühlen und Depressionen, während in Studien mit größeren Fallzahlen andauernde psychische Beeinträchtigungen selten sind.

Studien mit größeren Gruppen von Frauen gibt es auch zu späten Abbrüchen nach pränataler Diagnostik, meist mit einer Nachbeobachtungszeit von einigen Monaten bis zu einem Jahr (Geerinck-Vercammen 2003, Salvesen 1997, Lorenzen 1995). Dabei wird bei den meisten Frauen eine Phase von Trauer, Schuldgefühlen und psychischer Belastung nach dem Abbruch beobachtet, langfristige Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens jedoch nur bei wenigen Frauen.

Problematisch für die Verarbeitung von Abbrüchen nach pränataler Diagnostik ist, dass die meisten Frauen vor der Durchführung der Diagnostik keine Beratung über die möglichen Konsequenzen haben. Sie setzen sich nicht mit der Möglichkeit von auffälligen Ergebnissen und der Konsequenz eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs auseinander, um dann eine bewusste Entscheidung für oder gegen diese Untersuchungen zu treffen. Meist lassen sie die Untersuchungen durchführen, um sich bestätigen zu lassen, dass beim Kind alles in Ordnung ist. Sie werden dann völlig unvorbereitet von der Diagnose getroffen, sind meist im Schock und nicht in der Lage, sich mit der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu beschäftigen. Oft wird der Abbruch dann sehr schnell, innerhalb von wenigen Tagen, durchgeführt, und die Auseinandersetzung mit dieser Entscheidung fängt erst danach an.

In einer Studie (Dallaire 1995) wurden Frauen, die vor der pränatalen Diagnostik eine ausführliche Beratung hatten (wegen bestehender familiärer Risiken) und sich deshalb auch mit der Möglichkeit von auffälligen Ergebnissen befassten mit Frauen verglichen, die unvorbereitet und unerwartet mit einem auffälligen Befund konfrontiert wurden. Die Frauen der zweiten Gruppe hatten nach dem Abbruch mehr Schuldgefühle. Nach eigenen Angaben hätten sich mehr Zeit gewünscht, um sich mit verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten zu beschäftigen. Beide Gruppen unterschieden sich nicht im Ausmaß der Trauer und beide Gruppen fanden vorgeschriebene oder organisatorische bedingte Wartezeiten auf den Abbruch belastend.

Nahmen Paare bewusst Abschied vom Kind, sahen sich das Kind an und berührten es, so führte das direkt nach dem Abbruch zu stärkerer Trauer als bei Paaren, die das Kind nicht sehen wollten. Für die langfristige Verarbeitung wurde der bewusste Abschied von den Paaren jedoch als hilfreich angesehen.

Wichtig für die Verarbeitung ist auch die soziale Unterstützung durch Angehörige sowie durch das Klinikpersonal. Die Unterstützung durch das medizinische Personal ist oft erschwert durch fehlende Ausbildung für diese Aufgabe und ambivalente Gefühle gegenüber diesen Frauen und ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (siehe auch Beitrag von Antje Kehrbach).

Literatur

Ashok PW, Templeton A, et al. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004; 69: 51-58

Autry AM, Hayes EC, et al. A comparison of medical induction and dilatation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 393-7

Bartlett LA, Berg CJ, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 729-37

Bundesärztekammer. Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. *Dt. Ärzteblatt* 1998; 95: A-3013-16

Dasalakis GJ, Mesogitis SA, et al. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG* 2005; 112: 97-9

Epner JE, Jonas HS, et al. Late-term Abortion. *JAMA* 1998; 280: 724-9

Geerinck-Vercammen CR, Kanhai HH. Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn* 2003; 23: 543-8

Grimes DA, Smith MS, et al. Mifepristone and misoprostol versus dilatation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 148-53

Herabutya Y, Chanarachakul B, et al. Induction of labour with vaginal misoprostol for second trimester termination of pregnancy in the scarred uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 83: 293-7

Jaarrapport 2003. Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl

Kaisenberg C, Jonat W, Kaatsch HJ. Spätinterruption und Fetozyd – das Kieler Modell. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: A133-6

Lorenzen J, Holzgreve W. Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons. *Fetal Diagn Ther* 1995; 10: 147-56

Mansfield C, Hopfer S, Marteau TM. Termination rates after prenatal diagnosis of Down syndrome, spina bifida, anencephaly, and Turner and Klinefelter syndromes: a systematic literature review. *Prenatal Diagnosis* 1999; 19: 808-12

RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. The care of women requesting induced abortion evidence-based guideline no 7. London RCOG Press, 2004

Salvesen KA, Oyen L, et al. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound in obstet gynecol* 1997; 9: 80-5

Stubblefield PG, Carr-Ellis C, Borgatta L. Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 174-85

Winkler M, Rath W. Aktuelles Vorgehen bei der vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigung mit Prostaglandinen im II. und III. Trimenon. *Z Geburtsh Neonatol* 1997; 2001: 39-43

Politische und gesellschaftliche Debatte über Spätabbrüche und pränatale Diagnostik

Verschiedene gesellschaftliche Gruppen haben ethische Bedenken im Zusammenhang mit der aktuellen gesetzlichen Regelung und Praxis der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach pränataler Diagnostik. Insbesondere das Fehlen einer Pflicht zur psychosozialen Beratung vor dem Abbruch und das Fehlen einer Bedenkfrist wird als problematisch angesehen; außerdem wird die fehlende statistische Erfassung getrennt von den Abbrüchen aus anderen medizinischen Indikationen kritisiert.

Ein Gesetzesentwurf der CDU/CSU⁶ zur „Nachbesserung“ des § 218 hat auch zu einer Diskussion im Bundestag geführt. Darin wird eine umfassende medizinische und psychosoziale Beratung vor der Durchführung von pränataler Diagnostik gefordert. An die Durchführung der Beratung soll die Kostenübernahme für die Diagnostik durch die Krankenkassen gebunden sein. Vor einem Abbruch aufgrund von Befunden der pränatalen Diagnostik werden eine ärztliche und psychosoziale Pflichtberatung sowie eine Bedenkfrist von 3 Tagen gefordert. Die medizinische Indikation soll von einer interdisziplinär besetzten Kommission gestellt werden. Ob die betroffene Frau selbst vor dieser Kommission erscheinen muss, wurde offen gelassen. Die Begründung für die medizinische Indikation soll geändert und eingeschränkt werden. So soll „ein embryopathischer Befund allein“ nicht die Abwehr einer „Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer „schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren“ begründen. ÄrztInnen sollen aus Haftungsfragen entlassen werden.

Viele andere gesellschaftliche Gruppierungen lehnen eine erneute Änderung des § 218 und die Einführung weiterer Pflichtberatungen ab und

fordern stattdessen die Erweiterung des Beratungsangebots. Wichtig ist es, späte Schwangerschaftsabbrüche im Kontext und als Folge des gesellschaftlichen Umgangs mit pränataler Diagnostik und Behinderungen zu sehen. Die daraus entstehenden Konflikte und Probleme können nicht den schwangeren Frauen aufgebürdet werden, sondern es muss darüber eine breite gesellschaftliche Auseinandersetzung geben.

Auch der pro familia Bundesverband hat zusammen mit dem AWO Bundesverband und dem Deutschen Roten Kreuz in einer Stellungnahme⁷ zu diesem Themenkomplex eine Änderung des § 218 und einen erschwerter Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen für Frauen ausdrücklich abgelehnt.

Zur Stellungnahme der pro familia^{8,9}

Die Stellungnahme geht ausdrücklich davon aus, dass es sich bei späten Schwangerschaftsabbrüchen um menschlich höchst tragische Einzelschicksale von Frauen und Paaren handelt. Der Anteil der Abbrüche nach der 23-ten Woche liegt bei 0,1 Prozent bzw. jährlich etwa 200 Fällen. Frauen haben Anspruch auf umfassende Informationen und ärztliche Beratung über Chancen und Risiken vor, während und nach pränatalen Untersuchungen. Dieser Anspruch im Verlauf der Schwangerschaft ist Grundlage des geltenden Schutzkonzeptes. Im Weiteren spricht sich pro familia für freiwillige psychosoziale Beratungsangebote aus. Es wird die Bereitstellung eines ausreichenden und qualifizierten Angebots von medizinischer und psychosozialer Beratung gefordert. Dieses Beratungsangebot muss ausreichend bekannt gemacht werden und gut zugänglich sein. ÄrztInnen sollen verpflichtet werden, die Frauen darauf hin zu weisen. Es soll

⁷ Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, pro familia. Eckpunkte zum Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation aufgrund eines Auffälligen Befundes nach Pränataldiagnostik. Februar 2005

⁸ Stellungnahme pro familia gegen eine Verschärfung des Paragraphen 218a 2 StGB bei einem Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation, November 2004

⁹ Stellungnahme Ulla Ellerstorfer, stellv. Vorsitzende pro familia Bundesverband: Anhörung des Bundestags- Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Februar 2005

⁶ Deutscher Bundestag. Drucksache 15/3948 vom 19. 10. 2004

Frauen und Paare darin unterstützen, eine abgewogene Entscheidung für oder gegen die Durchführung von pränatalen Untersuchungen zu treffen oder ihnen im Falle eines Schwangerschaftskonflikts bei „auffälligen Befunden“ Unterstützung und Begleitung bieten. Die psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation darf nicht zu einer strafbewehrten Pflichtberatung werden, da Pflichtberatungen den fachlichen Grundsätzen psychosozialer Beratung widersprechen, denen Fachverbände institutioneller Beratung verpflichtet sind.

pro familia wendet sich gegen die Einführung eines Gutachtergremiums, da es für die schwangere Frau um eine sehr problematische und aus vielfältigen Gründen individuelle Entscheidung für ihr weiteres Leben geht und diese vor einem Gremium rechtfertigen müsste. Das geltende Recht sieht schon jetzt vor, dass die Schwangere dem abschließenden Urteil von zwei ÄrztInnen unterworfen ist (Arzt /Ärztin der Indikationsfeststellung und Votum des Arztes /der Ärztin, die den Abbruch durchführt). In dieser Regelung wird das verfassungsrechtlich geschützte Arzt/ÄrztIn / Patientinnenverhältnis berücksichtigt.

Zu den Einschränkungen in der Begründung „embryopathischer Befund“ stellt pro familia fest, dass bereits in der bestehenden Gesetzesregelung das Vorliegen eines auffälligen Befundes des Kindes keine ausreichende Begründung für eine medizinische Indikation darstellt. Weiterhin wird an die Neuregelung des §218 erinnert, in der die embryopathische Indikation als Diskriminierung von Menschen mit Behinderung gesehen wurde und die Gefahr besteht, hinter diesen mühevoll gefundenen gesellschaftlichen Kompromiss zurückzufallen.

pro familia sieht keine Notwendigkeit, das Haftungsrecht von ÄrztInnen zu ändern, da juristische Gutachten feststellen, das Haftungsrisiken von ÄrztInnen bei sorgfältiger Information und qualifizierter Behandlung der schwangeren Frau auszuschließen sind.

Die von der CDU/CSU vorgeschlagenen Neuregelungen stören das bestehende Schutzkonzept des geltenden §218 a Absatz 2 StGB empfindlich.

Tabu - und trotzdem Routine

Vorgeburtliche Diagnostik und die Praxis des eingeleiteten Todes

von Antje Kehrbach, geb. 1958,
Krankenschwester, Hebamme, Studentin "Lehramt Pfliegewissenschaft" Universität Osnabrück

Ich möchte mich in diesem Artikel der für mich dunkelsten Seite von pränataler Diagnostik zuwenden: Über die Praxis des eingeleiteten Todes im Krankenhaus, über den Umgang mit Frauen, die keiner haben will, werde ich berichten. Eine Praxis, die Routine geworden, dennoch gesellschaftliches Tabu geblieben ist, und, wie mir scheint, in "Stille" stattzufinden hat.

Es ist ein Irrglaube, vorgeburtliche Diagnostik ver helfe zu gesunden Kindern. Sie korrigiert keine genetischen Defekte, sie heilt keine erkrankten Föten. Es geht kein Weg daran vorbei: Ihre Kehrseite ist der künstlich herbeigeführte Tod. Pränataldiagnostik suggeriert den Frauen: Wenn das medizinische Angebot angenommen wird, lässt sich viel Leid ersparen. Bestätigt sich die Annahme eines genetisch defekten Fötus, beginnt meines Erachtens ein anderes Leid.

Über einen langen Zeitraum meiner Hebammentätigkeit war ich in das geburtsmedizinische Management diverser Großkliniken Deutschlands eingebunden. In all diesen Kliniken gab es Abteilungen für Pränataldiagnostik, wurden indizierte Abbrüche nach pränataler Diagnostik durchgeführt, bis auf ein katholisches Krankenhaus mit dem Anspruch der familienorientierten - ganzheitlichen Geburtshilfe, welches lediglich die Diagnostik (Amniozentesen und Chorionzottenbiopsien) durchführte und aus religiösen Beweggründen keine Abbrüche begleitete.

Erinnerungen

Im Herbst 1985, ich war frisch examinierte Hebamme, erreichte mich der „Notruf“ einer Krankenschwester, die Nachtdienst auf einer gynäkologischen Station machte: Es handele sich um eine Prostaglandin-Einleitung bei Trisomie 21 in der 22. Schwangerschaftswoche. Die Patientin habe starke Schmerzen, sie glaube, das Kind komme bald, wisse sich aber nicht mehr zu helfen. Den Arzt vom Dienst habe sie schon angeru-

fen, der sei aber unwillig und verordne eh nur Valium. Ob ich nicht mal untersuchen könne, um zu sagen wie weit die Geburt wäre.

Die Not der ebenfalls sehr berufsungen Krankenschwester war deutlich. Also ging ich trotz des vollen Kreißsaals auf die Station.

Das kleine Einzelzimmer der Patientin war von der Krankenschwester mit viel Mühe umgebaut worden: Rechts und links, in Kopfhöhe der Frau, standen Infusionsständer, an denen mit Klemmen ein Laken befestigt war. So wurde die Frau sozusagen in zwei Teile geteilt: Unterkörper von Oberkörper getrennt. Die Frau konnte nicht über das Laken hinwegsehen, sie sah also weder sich selbst noch mich. Für mich hatte die verzweifelte Krankenschwester ins Bild gebracht, was emotional im Raum stand: Die Trennung und Zerrissenheit zwischen Kopf und Bauch; der Wunsch, eine „Begegnung“ vermeiden zu wollen. Die Krankenschwester vermied die Begegnung mit der Frau, ihrem Leid, ihrem Tun und ihrer Verantwortung; die Frau sollte sich selbst, dem Fötus und der Schwester nicht begegnen.

Wieder nachts, einige Jahre später. Die Nachtschwester der Station ruft um Hilfe: Eine vierzigjährige Frau - drittes Kind, jetzt 22. Schwangerschaftswoche, nach pränataler Diagnostik durch Amniozentese der Befund Trisomie 21 - würde psychisch dekompensieren. Auf der Station angekommen fand ich folgendes Bild: Die Frau hatte sich selbständig, mitten in der Geburtseinleitung, den Tropf entfernt. Sie sagte, sie wolle das Kind doch behalten, sie sei Christin, erst vor wenigen Tagen habe sie den Befund erfahren und sich schnell entschließen müssen. Sie wirkte aufgelöst, verzweifelt und war nicht zu beruhigen, aber der Muttermund hatte sich schon weit geöffnet.

Das Begonnene wurde über eine Vollnarkose im Operationssaal beendet.

Wieder Jahre später, eine andere Klinik, es klingelt an der Kreißsaaltür. Eine Frau, Anfang vierzig, begleitet von ihrer circa 16jährigen Tochter, bittet darum, ihr Kind sehen zu dürfen. Sie hätte gestern den Abbruch gehabt und heute wolle sie es nun doch sehen. Ich kenne die Frau nicht, nichts über ihre Geschichte. Ihr wurde gesagt, sie könne in den Kreißsaal gehen und nach dem Fötus fragen. Tatsächlich befindet sich im Kreißsaal der Kühltisch für die Föten, die in die Pathologie kommen. Ich finde ihr Kind, mindestens 20 Zentimeter groß, 200 bis 250 Gramm schwer. Äußerlich ist nichts Auffälliges zu erkennen. Es ist ein Mongölchen", sagt sie und

wiederholt dann immer wieder: "So groß, das habe ich nicht gewusst."

Ich habe viele Frauen durch eine Geburtseinleitung begleitet, diese habe ich nie vergessen.

Nach dem Befund

Den Gang einer betroffenen Frau, die sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheidet, möchte ich im folgenden chronologisch beschreiben.

Niedergelassene ÄrztInnen, Spezialpraxen für pränatale Diagnostik oder die an manchen Kliniken angeschlossenen pränataldiagnostischen Abteilungen weisen die betroffenen Frauen zum Abbruch in die Klinik ein. Häufig liegen zwischen Information über den Befund und der Einweisung nur wenige Stunden und Tage. Die Aufnahme erfolgt zumeist auf der gynäkologischen Station, an wenigen Großkliniken werden neuerdings sogenannte "pränatale Stationen" errichtet, auf denen die Aufnahme erfolgt. Das übliche Aufnahme-prozedere, die Aufklärung der MedizinerInnen über das Abbruchgeschehen, eine körperliche Untersuchung etc. folgen. Hier erfahren die meisten Frauen zum ersten Mal, dass ein Abbruch zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft eine *Geburtseinleitung* bedeutet.

„Nach dem der Befund feststand - unser Kind hatte einen genetischen Defekt, Trisomie 18 - sagte mir meine Frauenärztin: es wäre ein Klacks, ein bisschen Gel an den Muttermund, und ein paar Stunden später sei alles vorbei. In der Klinik eröffnete uns der Oberarzt, dass mir eine ‚kleine Geburt‘ bevorstehe, die auch Tage dauern könne.“ (Betroffene Frau aus Hamburg, 1995)

Dieses Einstimmen auf einen längeren Geburtsprozess entspricht häufig nicht den spontanen Erwartungen und Wünschen der Frau, das Ganze schnell hinter sich zu bringen. Mit dieser "Schnell-Loswerden-Mentalität" werden sie aber auch von "außen" konfrontiert.

Eine betroffene Frau beschreibt dies in einem Radiointerview: "Ich habe immer das Gefühl, dass ein Befund von einer Fehlbildung wie ein Befund von einem bösartigen Tumor gehandhabt wird, nämlich wir versuchen, das Ding möglichst schnell herauszuoperieren, dass das Ding keine Metastasen bekommt, und das ist das Beste." (Schindele 1997: 16)

Nach der eben beschriebenen ärztlichen Tätigkeit wird die Frau dem pflegenden Personal der entsprechenden Station sozusagen "über-

geben". Von diesem Zeitpunkt an wird das Pflegepersonal zur Hauptbezugsperson für die betroffene Frau.

Die Geburtseinleitung

Ein Schwangerschaftsabbruch jenseits der 16. Schwangerschaftswoche ist nicht vergleichbar mit einem Abbruch zu einem früheren Zeitpunkt. Der Fötus muss geboren werden, er ist entwickelt und kann zwischen 200 und 700 Gramm wiegen. Durch die bekannten Verfahren, wie Absaugen / Ausschaben, würde die Gefahr der Verletzung des Muttermundes und der Gebärmutter zu groß sein. So muss die Wehentätigkeit der Gebärmutter der Frau künstlich initiiert werden. Die Muttermundsreife sowie die hormonelle Ansprechbarkeit der Gebärmutter sind physiologisch zu diesem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft sehr gering. Der Körper der Frau ist auf "Schwangersein" eingestellt. Häufig müssen über Tage Prostaglandine an den Muttermund gelegt werden, um die Wehentätigkeit der Muskulatur zu provozieren, häufig unterstützt ein zusätzlicher "Wehentropf" diese Stimulation.

Nebenwirkungen dieser Hormongaben sind nicht selten Übelkeit, Durchfälle, Temperaturerhöhung und Frösteln, was eine regelmäßige Überwachung des Kreislaufes nötig macht. Die Zeitspanne zwischen der Gabe von Medikamenten und dem Geburtsvorgang unterliegt großen Schwankungen und ist nicht vorhersehbar.

Erfahrungsgemäß wird nach der Geburt des Fötus die Plazenta nicht von selbst geboren, und es muss im Anschluss eine Ausschabung, häufig unter Vollnarkose, durchgeführt werden. Wegen der zu erwartenden Narkose bleiben die betroffenen Frauen über einen längeren Zeitraum nüchtern.

In dieser Phase beginnt der "Kampf" um die körperliche Geburtsbereitschaft der Frau.

Professionelle Kompetenzen bei der Betreuung

Die Geburt einzuleiten bedeutet ein oft langwieriges, komplexes, von viel Erfahrung in der Geburtshilfe abhängiges Tun.

Die routinemäßige Arbeitsteilung, die personelle Diskontinuität auf den gynäkologischen Stationen - der Arzt / die Ärztin legt in regelmäßigen Intervallen die Prostaglandine; die Pflegenden betreuen die Frau rund um die Uhr; seltener, bei kräftigen Wehen und wenn stärkere Schmerzmittel benötigt werden, wird die Frau in den Kreißaal verlegt und dort von Hebammen be-

gleitet - wird dieser Komplexität nicht gerecht.

Die Angst und Unsicherheit, die ich bei der jungen Krankenschwester in meinem Fallbeispiel in Erinnerung behalten habe, wurde mir häufig in Gesprächen auf den Gynäkologie-Stationen von den Pflegenden bestätigt.

Den Hauptbezugspersonen, den Pflegenden, fehlt das Wissen und die Erfahrung um den Geburtsprozess. Die Fertigkeit, zum Beispiel einen Muttermundbefund - Reife und Weite - erheben zu können, eine Frau zum Atmen und zur Entspannung anzuleiten, die Entscheidung über schmerzlindernde physikalische oder medikamentöse Maßnahmen, liegen außerhalb ihres Erfahrungs- und Kompetenzbereiches. Dennoch sind sie häufig die einzigen kontinuierlichen Begleiterinnen während vieler Stunden und Tage. Sie erleben die Frau im Geburtsprozess, können aber nicht ausreichend helfen. Viele fühlen sich alleingelassen, schlecht informiert und überfordert.

Neben diesen geburtshilflichen Kenntnissen erfordert die Begleitung einer Frau mit Geburtseinleitung nach vorgeburtlicher Diagnose ein hohes Maß an Einfühlung in ihr psychisches Erleben: einführendes Verstehen und Wahrnehmen der individuellen Situation der betroffenen Frau / des Paares, aber auch der eigenen Gefühle, Einstellungen, Haltungen.

Brigitte Carmen Hahlweg (1993: 3) spricht von einem "emotionalen Chaos, einer Gefühlslage angefüllt mit: Verzweiflung, Todessehnsucht, Nutzlosigkeit, Verlust des Selbst, Hilflosigkeit, Trauer, Angst, Versagen", denen die betroffene Frau ausgesetzt ist. Ulrike Schmidt, Gerhard Wolff und Christine Jung belegen, dass das Schulterleben der Frau in der späteren Verarbeitung des Abbruches große Bedeutung habe. Die AutorInnen plädieren für eine offene Thematisierung der Schuldfrage schon vor und während der Geburtseinleitung. Häufig sei die notwendige Trauerarbeit - durch ein Nicht-Ansprechen der Schuldthematik - blockiert.

Die unterschiedlichen Gefühlspole sind Inhalte eines emotionalen Ausnahmezustandes, in dem sich die betroffene Frau befindet. Während der vielen Stunden der Begleitung durch die Geburtseinleitung begegnen wir dieser „Zerrissenheit zwischen Bauch und Kopf“, die sich über den leiblichen und seelischen Schmerz der Frau ausdrückt.

Die Überforderung der Pflegenden und Hebammen

An uns, die Pflegenden und Hebammen, sind die Anforderungen einer hochsensiblen, komplexen Beziehungs- und Gefühlsarbeit gestellt, für die die meisten von uns in keiner Weise vorbereitet beziehungsweise ausgebildet wurden. Viele fühlen sich alleingelassen und überfordert. Diese Überforderung drückt sich dann häufig in einem Vermeidungsverhalten aus: "Frauen, die keiner haben will."

Einige Krankenschwestern drücken ihre Angst offen aus und lehnen die Betreuung von Frauen mit Geburtseinleitung ab. Andere versorgen die Frauen mit dem „Nötigsten“ und vermeiden so eine tiefere Begegnung.

Manchmal entfacht sich eine „Zuständigkeitsdebatte“ zwischen Hebammen des Kreißaals und Schwestern der Station, bei der sich im Streit darum, wer nun die Frau betreuen soll und muss, ebensolche Ängste verdeutlichen. Viele drückten im Gespräch vor allem ihre Angst vor der Begegnung mit dem Fötus aus. Was ist, wenn der Fötus noch lebt? Wie verhalte ich mich dann? Beziehe ich die Frau / das Paar mit in den Sterbeprozess des Fötus ein, und wie? Was ist der Frau zuzumuten, hat sie sich doch gegen dieses Kind entschieden?

Mitte der achtziger Jahre habe ich erlebt, dass engagierte Krankenschwestern in Eigeninitiative Wärmebetten organisiert haben und die Fötus mit ins Schwesternzimmer nahmen, um dort ihr Sterben *irgendwie* zu begleiten. Ihr Tun wurde in der Klinik diskutiert, misstrauisch beäugt und häufig mitleidig belächelt. Hebammen erleben nicht selten die Paradoxie, gleichzeitig bei einem Frühgeborenen in der 23.-24. Schwangerschaftswoche bei Wiederbelebungsmaßnahmen assistieren zu müssen (mit dem Wissen um die hohe Morbiditätsrate) und eine Frau im gleichen Schwangerschaftsalter bei der Geburtseinleitung zu begleiten.

Wenn der Fötus intrauterin verstorben ist und tot geboren wird, stellen sich für die Betreuenden ähnlich drängende Fragen.

Hebammen entwickelten in den letzten Jahren ein gut durchdachtes, interdisziplinär und mit Selbsthilfegruppen erarbeitetes Handlungskonzept (z.B. "Bremer Thesen für den Arbeitskreis Kindstod" 1984) im Umgang mit Totgeburten, welches grundsätzlich der Frau / dem Paar ermöglicht, Abschied von ihrem Kind zu nehmen. Die notwendige Trauerarbeit wird durch diese Beziehung zum toten Kind häufig erst möglich.

Macht die freiwillige Entscheidung gegen das Leben eines zum Beispiel genetisch erkrankten

Fötus einen Unterschied im professionellen Umgang mit der Frau / dem Paar? Sollten wir diese Trauerarbeit unterstützen, den Abschied vom toten / sterbenden Kind begleiten? Was bewirken wir damit, vor allem im Kontext mit dem Schulerleben der Frau?

Einen professionelleren Umgang, ein inhaltliches Arbeitskonzept, das der Komplexität um vorgeburtliche Diagnostik und dem Schwangerschaftsabbruch gerecht würde, ist nach meiner Erfahrung nicht vorhanden. Es gibt viel liebevollen, persönlichen und fundierten Einsatz von Pflegenden und Hebammen bei der Betreuung der Frauen mit Geburtseinleitung nach pränataler Diagnostik. Dieser persönliche Einsatz verbraucht Energie und brannte viele meiner Kolleginnen aus. Ihre Arbeit fand selten positive Resonanz, es gab nie Raum, über ihre eigenen Gefühle und Ambivalenzen zu sprechen, ihre schwere Arbeit mit anderen zu reflektieren.

Den Kliniken, die ich kenne, ist gemein, dass die Abteilungen für pränatale Diagnostik großes Ansehen haben, in denen namhafte Spezialisten arbeiten. Die technische Ausstattung ließ nichts zu wünschen übrig, was auch über die finanziellen Investitionen Auskunft gibt. Diesen Kliniken ist auch gemein, daß die Stationen und die Arbeit der Pflegenden und Hebammen dort kaum bemerkt beziehungsweise gewürdigt wurden, geschweige denn daß der Besonderheit der Ausnahmesituation einer Geburtseinleitung nach pränataler Diagnostik im Arbeitskonzept Rechnung getragen wurde. Der Eingriff gilt aus medizinischer Sicht als Nebensache, hier wird "der Fötus ausgestoßen" (Muth, Exler, Holzgreve 1989,97).

Unreflektierte, zur Routine gewordene Praxis

Mediziner stellen Diagnosen und Indikationen. Für ihre Konsequenzen fühlen sie sich dann nicht mehr zuständig. Damit müssen dann *andere* fertig werden. Wer annimmt, eine Frau brauche nur auszustoßen, wird all die Ambivalenzen und das emotionale Chaos in ihr, bei sich und bei allen anderen Beteiligten nicht wahrnehmen.

Doch die betroffenen Frauen tragen seelische wie körperliche Traumatisierungen davon. Eva Schindele (1995) zeigt auf, dass Frauen mit schweren Depressionen reagieren und somatische Beschwerden entwickeln können. Es komme zu Krisen in der Partnerbeziehung bis hin zu Scheidungen. Nachfolgende Schwangerschaften seien häufig mit Komplikationen be-

lastet.

Was ich aus meiner Praxis bestätigen kann: „Als ich nach dem Abbruch nach Hause kam, fiel ich in ein großes schwarzes Loch. Ich hatte mich doch so auf das Kind gefreut; ich fühlte mich nun leer und traurig ohne dieses Kind, trug aber doch gleichzeitig die Verantwortung dafür, dass es nicht mehr da war. Ich bin nach vier Wochen wieder arbeiten gegangen. Da war ich abgelenkt. Zuerst wollte ich nie wieder ein Kind und plötzlich ganz schnell ein neues. Heute (in der 35. Schwangerschaftswoche mit Zwillingen nach Hormontherapie, liegend seit acht Wochen, wegen vorzeitiger Wehentätigkeit, A.K.) weiß ich manchmal nicht, ob es nicht doch zu schnell war.“ (Hamburg 1995)

Alle Verheißungen und Verlockungen vom heilen und perfekten Kind lassen schnell vergessen, dass diese Qualitätskontrolle des Fötus *nur über den weiblichen Leib möglich ist*. Es sind die Frauen, die die Kosten und Konsequenzen dieser Diagnostik tragen. Viel persönliches Leid, so die Argumentation der Mediziner und Genetiker, ließe sich ersparen, wenn pränatale Diagnostik vorgeschaltet würde. Frauen, die ein Risiko ausschließen wollen, gehen ein anderes dafür ein. Bestätigt sich die Annahme eines genetisch defekten Fötus, beginnt ein anderes Leid. Um die Verarbeitung dieses Leides hat sich die einzelne Frau dann selbst zu kümmern. Es war doch auch ihre *subjektive* Entscheidung. Statt ihre Konflikte in die Öffentlichkeit zu tragen, schweigen die betroffenen Mütter und Väter - oft aus Scham- und Schuldgefühlen.

Ich habe als Hebamme viele Male von diesem Leid erfahren und mich oft gefragt, wie es möglich ist, dass so ein brisantes Geschehen so wenig gesellschaftliche Beachtung findet. Frauen wissen in dieser Gesellschaft, dass sie nur funktionieren können, wenn auch ihre Kinder funktionieren. Um nicht angreifbar zu sein, übertragen sie den Kampf gegen ihre gesellschaftliche Missachtung auf ihre Ungeborenen. Aber auf diese Missachtung treffen sie auch, wenn sie sich für einen Abbruch entscheiden. Alle professionell Mitwirkenden trifft dann in Folge diese Missachtung. Diese "dunkle Seite" von vorgeburtlicher Diagnostik soll in Stille und unbemerkt stattfinden.

Mein Wunsch ist es, aus dieser "dunklen Ecke" herauszutreten.

Voraussetzungen professioneller Betreuung

Wenn Frauen / Paare gut und in Ruhe beraten und vorbereitet (und darüber, wie das auszu- sehen hat, muss noch ausführlich beraten wer-

den) sich für eine vorgeburtliche Diagnostik und in Konsequenz gegen ein genetisch krankes Kind entscheiden, haben sie das Recht auf professionelle Betreuung - vor, während und nach der Geburtseinleitung. Voraussetzungen professioneller Betreuung sind:

- ~ Die Initiierung einer breiten, gesellschaftlichen Diskussion, welche in den Mittelpunkt Fragen nach dem Menschenbild und dem Weltbild stellt; eine offene Diskussion unseres Verhaltens zu vorgeburtlicher Diagnostik.
- ~ Eine vernetzende, interdisziplinäre, sich gegenseitig akzeptierende Zusammenarbeit von Hebammen, Pflegenden, MedizinerInnen, HumangenetikerInnen, Beratungsstellen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Selbsthilfegruppen, Behindertenverbände etc. mit dem Ziel, die Frau qualifiziert, ohne zusätzliche Traumatisierung, vor, während und nach vorgeburtlicher Diagnostik zu begleiten.
- ~ Einrichtung von Ethikkommissionen (in o.g. personeller Besetzung) an den Kliniken, die vor einer Entscheidung zum Fetozid nach der 24. Schwangerschaftswoche beraten und Transparenz gewährleisten.
- ~ Die gemeinsame Entwicklung eines inhaltlichen Arbeits- und Denkmodells, Initiierung von wissenschaftlichen Forschungen zum Abbrucherleben.
- ~ Regelmäßige, qualifizierte Reflexion der geleisteten Arbeit durch Supervision, die den Mitarbeitern finanziert wird.

Inhalte professionellen Handelns

- ~ Die betroffene Frau / das Paar mit ihrer individuellen Lebensgeschichte, ihrer subjektiven Lebenswelt und Selbstempfinden wahrnehmen;
- ~ persönliche Wahrhaftigkeit im Umgang mit den betroffenen Frauen und Paaren;
- ~ als Betreuende keine Bewertung vornehmen;
- ~ Zeit gewähren, um der Frau / dem Paar zu helfen, zu einem individuellen Entscheidungsprozeß zu kommen;
- ~ eine Atmosphäre schaffen, wo alle gefühlsmäßigen Ambivalenzen gelebt werden dürfen;
- ~ die Geburtseinleitung / die Geburt des Fötus so gestalten, dass es für die Frau zumutbar ist;
- ~ die Frau nicht alleine lassen, den Partner / die Begleitperson integrieren;
- ~ der Frau / dem Paar die Möglichkeit geben, sich nach der Geburt von "ihrem Kind" ein Bild zu machen, sich zu verabschieden;

~ der Frau / dem Paar nach der Geburtseinleitung Betreuungsangebote machen, wo der Abbruch verarbeitet werden kann;

Wir, die BegleiterInnen bei der Geburtseinleitung, sollten letztlich fähig sein, eine Begegnung/den Kontakt mit den betroffenen Frauen zuzulassen. Schmerz kann oft nur in der vertrauensvollen Begegnung mit anderen ausgehalten werden und kann sich in dieser Begegnung wandeln.

Literatur

Hahlweg, Brigitte Cannen (1993): Verlust eines Kindes - psychische Reaktion vor und nach dem Abbruch einer Schwangerschaft nach Indikationsstellung, Vortrag zur 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe (DGPGG e. v.) in Berlin

Hepp, H. (1996): Pränatalmedizin und reformierter § 281 a StGB - oder die 'versteckte Indikation', in: Der Gynäkologe, Heft 29, S. 407-411

Muth, eh. / Exler, U. / Holzgreve, W. (1989): Die psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus genetischer Indikation im zweiten Trimenon, in: Zentrum für Frauenheilkunde und Institut für Humangenetik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster: Geburtsh. und Perinat, S. 96-99

Netzwerk, Unabhängige Beratung und kritische Information zur Vorgeburtlichen Diagnostik (1995): Frankfurter Erklärung

Schindele, E. (1995): Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Hamburg

Schindele, E. (1997): Gesunde Kinder sind nicht machbar, Süddeutscher Rundfunk Stuttgart: Reihe Medizin und Gewissen - 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß

Schmidt, U. / Wolff, G. / Jung, Ch.: Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs nach pathologischem Amniozentesebefund: Schulterleben und Schuldgefühle, Freiburg: Institut für Humangenetik der Universität Freiburg

Nachdruck (in gekürzter Fassung) aus Mabuse 113, Mai/Juni 1998,

Wir danken der Autorin und dem Mabuse-Verlag für die freundliche Genehmigung zum Abdruck

(Späte) Schwangerschaftsabbrüche in Europa

Abbrüche im zweiten Trimenon sind in fast allen europäischen Ländern bei fetalen Fehlbildungen möglich, auch in solchen, die ein extrem restriktives Abtreibungsgesetz haben, wie zum Beispiel Polen und Portugal.

Ansonsten gibt es meist medizinische Indikationen, die unterschiedlich weit formuliert sind (nur bei Lebensgefahr, bei schwerer Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit oder auch bei Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit). Diese Indikationen werden auch unterschiedlich liberal ausgelegt.

In den Niederlanden, Großbritannien und Schweden sind Abbrüche im zweiten Trimenon mit ärztlicher Indikation explizit auch bei psychosozialen Notlagen erlaubt.

In einigen Ländern gibt es bei Schwangerschaften in Folge von sexueller Gewalt längere Fristen für einen Abbruch (in Norwegen und Italien bis Ende des 2. Trimenons, in Portugal bis 16. SSW). Auch Minderjährigkeit ist in einigen Ländern ein Grund für längere Fristen beim Schwangerschaftsabbruch (in Norwegen Alter < 16 Jahren, in Österreich < 14 Jahren).

Neben der gesetzlichen Regelung ist auch die Praxis in den Ländern sehr unterschiedlich. In Portugal sind kaum ÄrztInnen und Einrichtungen bereit, Abbrüche durchzuführen, ebenso in vielen Regionen Italiens, so dass Frauen dort, obwohl es gesetzlich möglich wäre, keine Möglichkeit zu einer legalen Abtreibung haben.

Überblick über die Regelung in einzelnen Ländern

Niederlande

In den Niederlanden werden Schwangerschaftsabbrüche bis zur 13. Woche¹⁰ auf Wunsch der Frau und bis zur 24. Woche mit Indikation durchgeführt. Indikationen sind körperliche und psychische Beeinträchtigung der Gesundheit der Schwangeren, festgestellte Fehlbildungen beim Kind und psychosoziale Notlagen.

Nach der 24. Woche werden Schwangerschaftsabbrüche bei schweren Fehlbildungen durchgeführt. (Leitlinien des 1994 report of the Netherlands Association for Obstetrics and Gynecology)

¹⁰ Informationsquellen am Ende des Beitrags. In den Quellen wird oft nicht angegeben, ob sich die Schwangerschaftswoche auf die letzte Regel oder Empfängnis bezieht.

Die meisten Abbrüche werden in speziellen Abtreibungskliniken durchgeführt und nur wenige in allgemeinen Krankenhäusern.

2003 ließen 1254 Frauen aus Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch in den Niederlanden durchführen. über das Schwangerschaftsalter gibt es keine Zahlen. Die Zahl der Frauen aus Deutschland, die zum Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande reisen, geht seit vielen Jahren kontinuierlich zurück.

Großbritannien

Bis zur 24. SSW werden Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation aufgrund von sozialen, psychischen und körperlichen Problemen durchgeführt. Die Indikation muss von zwei ÄrztInnen gestellt werden.

Nach der 24. SSW werden Abbrüche bei schwerwiegenden Fehlbildungen des Feten und bei schwerwiegendem gesundheitlichem Risiko für die Schwangere durchgeführt, ebenfalls mit Gutachten von 2 ÄrztInnen.

Die Hälfte der Abbrüche wird in Privatkliniken durchgeführt, die übrigen in staatlichen Krankenhäusern.

Dänemark

Bis zur 12. Woche werden Schwangerschaftsabbrüche auf Wunsch der Frau, bis zum Ende des 2. Trimenons mit Indikation bei gesundheitlichen Risiken der Frau und fetalen Fehlbildungen durchgeführt. Die Indikation muss durch eine Kommission von 4 Personen gestellt werden. Abbrüche werden nur bei Frauen mit Wohnsitz in Dänemark durchgeführt.

Schweden

Schwangerschaftsabbrüche werden bis zur 12. Woche auf Wunsch der Frau, bis zur 22. Woche mit Indikation vom Gesundheitsamt bei allgemeinen schwerwiegenden Gründen durchgeführt.

Norwegen

Bis zur 12. Woche werden Abbrüche auf Wunsch der Frau durchgeführt. Bis zum Ende des 2. Trimenons ist eine Indikation von 2 ÄrztInnen erforderlich. Gründe sind körperliche und seelische Beeinträchtigungen der Gesundheit der Frau und festgestellte fetalen Fehlbildungen, sexuelle Gewalt und Alter der Frau < 16 Jahren. Nach der 18. Woche müssen die Gründe besonders schwerwiegend sein

Belgien

Bis zur 12. Woche ist eine Notlagenindikation erforderlich. Danach sind Abbrüche (ohne Frist) bei ernsthaftem Gesundheitsrisiko für die Frau und dem Risiko für ernsthafte fetale Erkrankungen zugelassen. Die Indikation muss von 2 ÄrztInnen gestellt werden.

Frankreich

Bis zur 12. Woche werden Abbrüche auf Wunsch der Frau durchgeführt. Bis zum Ende des 2. Trimenons ist eine Indikation von 2 ÄrztInnen sowie einer PsychologIn oder SozialarbeiterIn erforderlich, Gründe sind schwere gesundheitliche Risiken für die Frau und fetale Fehlbildungen.

Spanien

Bei sexueller Gewalt sind Abbrüche bis zur 12. Woche möglich, es muss eine Anzeige erstattet werden. Bei fetalen Fehlbildungen können Abbrüche bis zur 22. Woche durchgeführt werden. Unbefristet können Abbrüche bei Gefahr für das Leben der Frau durchgeführt werden. Die Indikation muss von einer ÄrztIn gestellt werden, die nicht den Abbruch durchführt.

Abbrüche werden in Spanien fast nur in Privatkliniken durchgeführt. In einigen Kliniken wird die medizinische Indikation weit ausgelegt und von ÄrztInnen gestellt, die mit der Klinik zusammen arbeiten.

Dadurch ist es in einigen Kliniken möglich, dass Abbrüche auch nach dem 2. Trimenon wegen psychosozialen Notlagen durchgeführt werden. Das Gesetz erlaubt private Anzeigen wegen illegalen Abbrüchen, was zu vielen Anzeigen durch Abtreibungsgegner oder Angehörigen führt. Im Rahmen dieser Praxis sind Klagen und Prozesse häufig.

Portugal

Bis zur 12. Woche sind Abbrüche mit strenger medizinischer und psychiatrischer Indikation möglich, bis zur 16. Woche bei sexueller Gewalt, bis zur 24. Woche bei fetalen Fehlbildungen. Die Indikation muss von 2 ÄrztInnen gestellt werden. In der Praxis gibt es kaum Einrichtungen, die legale Abbrüche durchführen, deswegen gibt es viele illegale Abbrüche.

Österreich

Bis zum 3. Monat nach Empfängnis werden Abbrüche auf Wunsch der Frau durchgeführt, danach (ohne Frist) bei gesundheitlichen Risiken für die Frau, und bei Jugendlichen < 14 Jahren.

Es gibt in vielen Regionen und außerhalb der großen Städte keine Einrichtungen, die Abbrüche durchführen. Abbrüche müssen selbst bezahlt werden und sind sehr teuer.

Schweiz

Bis zur 12. Woche werden Abbrüche auf Wunsch der Frau durchgeführt. Für Jugendliche unter 16 Jahren ist eine spezielle Beratung Pflicht. Danach ist eine medizinische Indikation erforderlich. Die Indikation muss von einer dafür zugelassenen ÄrztIn gestellt werden. Abbrüche werden nach der 12. Woche meist wegen fetaler Fehlbildungen durchgeführt, obwohl diese im Gesetz nicht in der medizinischen Indikation aufgeführt werden.

Italien

Bis zum Schwangerschaftsalter von 90 Tagen werden Abbrüche mit Notlagenindikation durchgeführt, danach nur bei psychischen oder körperlichen gesundheitlichen Risiken für die Frau, fetalen Fehlbildungen und nach sexueller Gewalt. Wegen der verbreiteten Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen gibt es nur wenige Einrichtungen, die legale Abbrüche durchführen und viele illegale Abbrüche.

Polen

In Polen gibt es seit 1993 das neben dem irischen restriktivste Abtreibungsrecht und eine entsprechend restriktive Praxis. Bis zur 12. Woche sind Abbrüche nach sexueller Gewalt möglich, diese muss aber durch die Staatsanwaltschaft bestätigt sein. Bis zum Ende des 2. Trimenon sind Abbrüche bei Lebensgefahr für die Frau und bei fetalen Fehlbildungen möglich.

In der Praxis werden Abbrüche zum Teil nicht einmal bei solchen Gründen durchgeführt und die Frauen reisen überwiegend ins Ausland. In Polen gibt es auch die Praxis illegaler und teuer bezahlter Abbrüche.

Die folgenden Internetseiten bieten Übersichten über die gesetzliche Regelung und Praxis von Abtreibungen in verschiedenen Ländern:

<http://annualreview.law.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm>

<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>

Jaarrapport 2003. Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl

<http://www.ippfen.org/site.html?lang=en&page=15>

www.ippfen.com/files/105.pdf

Pille danach

Pille danach in ganz Kanada rezeptfrei zugelassen

In Kanada wurde im April 2005 die hormonelle Nachverhütung auf der Basis von Levonorgestrel bundesweit rezeptfrei zugelassen. Eine aktualisierte Tabelle der Länder, die inzwischen über eine rezeptfreie Abgabe verfügen, wird in den nächsten Tagen auf den Internetseiten der pro familia bereitgestellt (in Europa sind es inzwischen 14 Länder, weltweit insgesamt 40 Länder).

Untersuchung über die Pille danach in den Medien

Verhütung oder Abbruch?– ungenaue Beschreibungen der Methode der hormonellen Nachverhütung (Pille danach) in den Medien

In den USA haben im Jahr 2004 sechs Bundesstaaten den rezeptfreien Zugang der Pille danach (EC – Emergency Contraception) ermöglicht. In mindestens sechs weiteren Staaten wurde die Pille danach eingeführt.

Im Jahr 2003 hat die amerikanische Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) entgegen der Empfehlung der eigenen Expertengremien und entgegen der Empfehlung verschiedener medizinischer Fachgesellschaften (u.a. American College of Obstetricians and Gynecologists) die Entscheidung des Antrags auf Aufhebung der Rezeptpflicht von EC zunächst verzögert, später wurde der Antrag abgelehnt. Der Auseinandersetzung um die Rezeptfreiheit wird auf Bundesstaatenebene weitergeführt. Der wichtigste öffentliche Streitpunkt betrifft die Frage, ob es sich bei der hormonellen Nachverhütung um eine Verhütungsmethode oder um einen Schwangerschaftsabbruch handelt. Die Gemeinsamkeit, dass beides - die hormonelle Nachverhütung und die Präparate für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch - nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen werden, haben ebenso wie Aufsehen erregende Medienberichte über die Zulassung und Anwendung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zu einer

weitverbreiteten Konfusion zwischen beiden Methoden geführt.

(In Deutschland können die umgangssprachlichen Bezeichnung für Mifepriston (Mifegyne®) „Abtreibungspille“ und „Pille danach“ für die Nach- oder Notfallverhütung Verwechslungen befördern.)

Zahlreiche Studien belegen bereits, dass Emergency Contraception häufig mit Methoden des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs verwechselt wird. So zeigte sich in Befragungen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Befragten glaubt, EC verursache einen Abbruch. Diese Überzeugung war signifikant assoziiert mit der Anwendung: Frauen, die nicht glaubten, EC sei ein Abortivum, waren mehr als doppelt so häufig bereit, die Pille danach anzuwenden, und ebenso waren Frauen die glaubten, die Pille danach wirke noch in der Schwangerschaft, signifikant seltener bereit, die Methode anzuwenden.

Verwechslungen der Methoden beruhen möglicherweise auf einer inkonsistenten Verwendung der Begriffe. Die vorgestellte Studie untersuchte, ob in Medienberichten (Zeitung /Zeitschriften) die Methoden präzise unterschieden werden.

Zwischen den Jahren 1992 und 2002 wurden 1.077 Artikel in die Untersuchung einbezogen. Die Artikel wurden über definierte Schlüsselwörter in einer Datenbank gesucht. Entgegen der Erwartung waren nicht die medizinischen und wissenschaftlichen Aspekte Hauptbestandteile der Artikel, sondern rechtliche Fragen. Weiterhin wurde - auch entgegen der Erwartungen - die Qualität der Berichterstattung im Zeitverlauf nicht besser.

50 Prozent der Artikel behandelten die hormonelle Nachverhütung als Hauptthema. Bei 25 Prozent war es der Schwangerschaftsabbruch und 25 Prozent enthielten beides oder ein Thema, das nicht in direktem Zusammenhang mit dem Thema stand.

Knapp die Hälfte der Artikel enthielt mindestens eine nicht zutreffende Information. Die Hälfte der Artikel erklärte ausdrücklich die Wirkmechanismen von EC und Abbruch, davon enthielten über 50 Prozent falsche Informationen.

Die Studie belegt, dass es für die Öffentlichkeit schwierig ist klare und präzise Informationen über den EC zu erhalten.

Sie unterstreicht weiterhin die Tatsache, dass die Unterscheidung zwischen EC und Abbruch hoch politisiert wird.

Einfluss der Ergebnisse hat möglicherweise die Einbeziehung von Artikel aus Aktivistengruppen

und die gewählte Suchstrategie. Dennoch sollte laut Autoren das Fehlen korrekter Informationen nicht unterschätzt werden. Die Verfügbarkeit von präzisen Informationen sollte Priorität in der Diskussion um die Rezeptfreiheit haben. MitarbeiterInnen im öffentlichen Gesundheitswesen, PolitikerInnen, JournalistInnen und medizinische Fachkräfte sollten bemüht sein, die korrekte Terminologie zu verwenden und irreführende und ungenaue Beschreibungen wie z.B the morning – after- pill vermeiden.

Quelle: Contraception or abortion? Inaccurate descriptions of emergency contraception in newspaper articles, 1992-2002. Contraception. 2005 Jan; 71 (1): 14-21.

Anmerkung: Wenn auch nicht systematisch untersucht, so findet sich eine unklare Berichterstattung sowie unklare Trennung der o.g. Methoden auch in der deutschen Berichterstattung und im Kontakt des pro familia-Bundesverbands mit MedienvertreterInnen. Aus diesem Grund hat der Bundesverband Anfang dieses Jahres Informationsmaterial zur klaren Unterscheidung der Methoden auf der Internetseite von pro familia bereitgestellt.

Unter Pille danach FAQ findet sich die Rubrik „Unterschied zwischen Pille danach und medikamentösem Schwangerschaftsabbruch“, die auch eine kurze Übersichtstabelle beider Methoden enthält.

Hinweise

Memorandum: Informationen zur Hormontherapie in den Wechseljahren

- Zur Notwendigkeit unabhängiger Entscheidungshilfen für Patientinnen, Verbraucherinnen, Ärztinnen und Ärzte

Erstellt auf der Arbeitstagung der Bundeskoordination Frauengesundheit "Hormontherapie in den Wechseljahren – Umsetzung der Ergebnisse der WHI-Studie in Deutschland"

von Elke Anna Eberhard, Martina Dören, Mareike Koch, Ingrid Mühlhauser, Norbert Schmacke, Gerd Glaeske

Langfassung unter www.bkfrauengesundheit.de

Kurzfassung

Obwohl die Wechseljahre der Frau eine natürliche Lebensphase sind, fördern insbesondere wirtschaftliche Interessen in der Medizin die Medikalisierung dieser wie auch anderer weiblicher Lebensphasen (z.B. Zeit der ersten Menstruation, Schwangerschaft(en) und Schwangerschaftsverhütung). Bei dieser Medikalisierung muss aber immer wieder berücksichtigt werden, dass es sich um eine Therapie für gesunde Frauen handelt. Risiken, die aktuell oder als Folge der Medikalisierung auftreten können, sind daher besonders sorgfältig in Betracht zu ziehen, vor allem, wenn der Nutzen einer Therapie über die Wirksamkeit bei Hitzewallungen hinaus, wie im Fall der Hormontherapie in den Wechseljahren, in Frage steht.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Informationen im Bereich der Hormontherapie in den Wechseljahren müssen nach den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin erarbeitet und leicht zugänglich sein. Damit soll es sowohl den Frauen als auch den ÄrztInnen ermöglicht werden, in der individuellen Situation eine angemessene Entscheidung für oder gegen eine Anwendung von Hormonpräparaten, von anderen Arzneimitteln oder von (alternativen) Therapien zu treffen.

Derzeit dominieren interessensgeleitete Informationen pharmazeutischer Hersteller bzw. der von ihnen mitfinanzierten Publikationsorgane oder auch ärztliche Multiplikatoren die Informationen

über eine Hormontherapie in den Wechseljahren („Eminenzbasierte Medizin“). Erforderlich sind vielmehr industrie-unabhängig erarbeitete Informationen und Entscheidungshilfen, die aufeinander abgestimmt, evidenzbasiert und aktuell sowie nach den Bedürfnissen und Kenntnissen der verschiedenen Zielgruppen aufbereitet sein müssen.

In der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten fundierte wissenschaftliche Methodenkenntnisse vermittelt werden. Das Wissen über die anwendungsbezogene Pharmakotherapie unter Einbeziehung des Alters und des Geschlechts sollte vertieft werden und salutogenetische Ansätze sollten stärker als bisher vermittelt werden. Der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Fortbildung muss offen gelegt werden, Referentinnen und Referenten müssen ihre Unabhängigkeit nachweisen, wenn die Fortbildung anerkannt werden soll.

Im Bereich der Apotheken soll verstärkt auf die Beratungsqualität geachtet werden – sowohl im Rahmen der Selbstmedikation als auch im Rahmen der verordneten Arzneimittel. ApothekerInnen müssen über bekannte unerwünschte Wirkungen aufklären und bei Medikamenten zu kritischen Gebrauch beraten, schließlich werden viele angebliche Alternativen zu Hormonpräparaten (Phytoestrogene) ohne Rezept in der Apotheke verkauft. Daher bedarf es dringend der Förderung von Strategien zur Qualitätssicherung und Fortbildung.

Verschiedene Professionen sollten in ein evidenzbasiertes Informationsmanagement eingebunden sein: JournalistInnen und PolitikerInnen sollten souveräne evidenzbasierte Aussagen erkennen und einordnen können. Bereits in Schulen sollte evidenzbasiertes Informationsmaterial genutzt werden. Wo immer möglich sollten Kooperationen mit Institutionen eingegangen werden, die „frauengerechte“ Informationen vertreten, dies können z. B. Frauengesundheitszentren sein.

Medikamente dürfen nicht unkritisch durch andere ersetzt werden. Auch Präparate der besonderen Therapierichtungen (Phytotherapie, Homöopathie, Anthroposophie) müssen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin bewertet werden. Es müssen Forschungsstrategien verstärkt werden, die mit Blick auf die Patientinnen längst überfällige Fragen von Wirksamkeit und Sicherheit bearbeiten, an denen Hersteller bislang kein Interesse entwickelt haben: Lücken in der Evidenz müssen aufgearbeitet werden.

Die Informationen zur Behandlungsmöglichkeit in den Wechseljahren dürfen nicht von einem „Moral-Bias“ getragen sein: Wenn eine Frau sich für oder gegen eine Hormontherapie entscheidet, muss für jeden dieser Entscheidungsfälle die Information bestmöglich aufbereitet sein.

Jede Diskussion über den bestmöglichen Umgang mit Beschwerden in der Lebensmitte ist unvollständig, wenn die sozialen Lebensumstände von Frauen nicht berücksichtigt werden. So müssen dringend Maßnahmen zur Wiedereingliederung auch von älteren Frauen in ein Berufsleben angeboten werden, die dem jeweiligen Ausbildungsstand entsprechen. Altern ist ebenso wenig eine Krankheit wie der Beginn der Wechseljahre – und eine Medikalisierung solcher biographischen Umbruchphasen keine Notwendigkeit.

Erfolgsabschätzung bei operativer Rekonstruktion von Eileitern

Um die Erfolgsaussichten von operativen Eingriffen zur Rekonstruktion von durch Entzündungen oder Voroperationen geschädigten Eileitern besser einschätzen zu können, wird von einer englischen Arbeitsgruppe eine Klassifikation von Eileiterschäden in verschiedene Schweregrade vorgenommen. Die Diagnose und Eingruppierung wird durch eine Bauchspiegelung vorgenommen.

Grad I: leichte Tubenschäden, keine tubäre Fibrose¹¹, keine Hydrosalpinx¹², schleierartige Adhäsionen¹³

Grad II: moderate Tubenschäden, mit oder ohne kontralateralen leichten Einschränkungen, feste Adhäsionen an Eileitern oder Eierstöcken

Grad III: Schwerwiegende beidseitige Tubenschäden, ausgeprägte Tubenfibrose, Hydrosalpinx, ausgedehnte feste Adhäsionen.

In der retrospektiven Studie mit 192 Sterilitätspatientinnen waren die Frauen mit standardisierter Operationstechnik operiert worden und der Verlauf wurde über 3 Jahre postoperativ verfolgt.

Je höher der Grad der Schäden, um so häufiger kam es zu einer extrauterinen Schwangerschaft (z.B. Eileiterschwangerschaft). Die Rate der Lebendgeburten in der Zeit der Nachbeobachtung nahm mit dem Schweregrad der Eileiterschädigung deutlich ab: Bei Grad I hatten 69 % der Frauen eine Lebendgeburt, bei Grad II 48 % und bei Grad III 9%. Wenn noch weitere Faktoren

einbezogen wurden, denen eine negativer Einfluss auf die Fertilität zugeschrieben wird (z.B. das Alter der Frau, die Dauer der Unfruchtbarkeit, primäre oder sekundäre Sterilität), so waren die beschriebenen Unterschiede noch deutlicher. Das Klassifikationsschema muss noch in einer prospektiven Studie bestätigt werden, scheint aber geeignet, um mit einfachen Mitteln die Entscheidung zwischen mikrochirurgischem Eingriff und anderen reproduktionstechnischen Maßnahmen (meist In-vitro-Fertilisation) zu erleichtern.

Quelle: A. Akande et al.,BJOG2004;11:1236-1241

Prophylaxe von Pilzinfektionen im Scheidenbereich nach Antibiotikatherapie mit Laktobazillus unwirksam

Um Pilzinfektionen nach Antibiotikatherapie zu verhindern, werden häufig Probiotika eingesetzt. Eine australische Studie mit 235 Teilnehmerinnen hat nun gefunden, dass Laktobazillen weder in oraler noch in vaginaler Verabreichung das Risiko einer Pilzinfektion vermindert. Das Ergebnis lässt jedoch keine Aussagen bezüglich der prophylaktischen Wirksamkeit von anderen Probiotika zu.

Quelle: M. Pirota et al; BMJ 2004; 329: 548-551

Plötzlicher Kindstod

Ist im zweiten Schwangerschaftstrimenon der AFP -(Alpha-Fetoprotein) Wert im mütterlichen Serum erhöht, so deutet dies auf ein erhöhtes Risiko einer Totgeburt. C.S. Gordon et al haben nun neben diesem Zusammenhang auch eine Korrelation zwischen einem erhöhten AFP- Wertes im zweiten Trimenon und dem plötzlichen Kindstod festgestellt.

Hierzu wurden Daten aus Pränataluntersuchungen mit Säuglingssterblichkeitsstatistiken von 214 532 Lebendgeburten verknüpft. Durch den Wert allein ist jedoch keine genaue Risikoabschätzung möglich, da noch weitere Faktoren einen Einfluss auf das Ereignis plötzlicher Kindstod haben (z.B. Lagerung des Kindes in Bauch- oder Rückenlage)

Quelle: NEJM 2004; 351: 978-986

Östrogene zur Beeinflussung des Längenwachstums bei jungen Mädchen

¹¹ Verhärtung und Vernarbung der Eileiter

¹² Verschlossene und flüssigkeitgefüllte Eileiter

¹³ Verklebung

Welchen Einfluss hat die Therapie auf die Fertilität?

Wird bei jungen Mädchen ein überdurchschnittliches Längenwachstum vorausgesagt, kann dies durch eine hoch dosierte Östrogenbehandlung über mindestens 2 Jahre aufgehalten werden. Als Langzeiteffekte dieser Therapie auf die Fertilität zeigt sich:

Hochdosierte Östrogentherapien in der Jugend haben einen negativen Einfluss auf die Fruchtbarkeit in dem Sinn, dass die Zeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft verlängert ist. Die Chance auf eine Schwangerschaft ist insgesamt jedoch nicht geringer als in der Normalbevölkerung.

Quelle: Lancet 2004; 364:1513-1518

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch - Risikostatistik

Medienberichte aus den USA über schwere Zwischenfälle beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston (Mifegyne®) haben dazu geführt, dass die Risiken von Abbrüchen insgesamt überschätzt werden. In den USA sind 3 Frauen im Zusammenhang mit einem medikamentös durchgeführten Abbruch verstorben. Eine Frau starb in Folge einer Eileiterruptur nach nicht erkannter Eileiterschwangerschaft und zwei Frauen verstarben nach einer Infektion.

DA Grimes hat dies zum Anlass genommen, die Risiken der verschiedenen Abbruchmethoden zu vergleichen. Er fand bei Abbrüchen mit Mifepriston und Misoprostol 0,8 Todesfälle pro 100 000 Abbrüche¹⁴, bei chirurgischen Abbrüchen 0,7 pro 100 000. In Bezug auf alle Abbrüche ergeben sich 0,7/100 000 Todesfälle.

Im Vergleich beträgt die schwangerschaftsbezogene Sterblichkeitsrate 12,9 Todesfälle pro 100 000 Frauen (? oder Schwangere?). Zusammenfassend stellt Grimes fest, dass sich das Todesfall-Risiko der unterschiedlichen Abbruchmethoden nur unwesentlich unterscheidet. Das Risiko ist deutlich geringer als bei der Fortsetzung der Schwangerschaft. Der septische Abort bleibt dennoch ein wichtiges Thema und die drei wesentlichen Faktoren, die es hierbei zu verbessern gilt, sind: 1. die verspätete Wahrnehmung einer Infektion, 2. die verzögerte medizinische Hilfe sowie 3. die verzögerte Behandlung.

¹⁴ Ca. 360 000 Frauen in den USA haben Mifepriston zum Schwangerschaftsabbruch angewendet

Quelle: DA Grimes, Risks of mifepristone abortion in context. Contraception 2005; 71:161

Anmerkung: Die IPPF weist darauf hin, dass Grimes die schwangerschaftsbezogene Sterblichkeit mit 12,9 angibt, wogegen die WHO/ UNICEF/ UNFPA von 17 Todesfällen pro 100 000 Frauen (oder schwangere?) ausgeht. (im Vergleich liegt dieser Wert in Schweden bei 2, in Österreich bei 4, Irland bei 5, Finnland und Kanada bei 6 und in Großbritannien bei 13)

Quelle: IPPF- Abortion Abstract 27, 4. April 2005 im Internet

Beschneidung von Frauen in Deutschland

Eine bundesweite Umfrage unter FrauenärztInnen, durchgeführt vom UN- Kinderhilfswerks UNICEF und der Organisation Terre des Femmes, hat ergeben, dass 43 % der deutschen FrauenärztInnen bereits Frauen mit Genitalverstümmelung in ihrer Praxis behandelt haben. Jede/r Zehnte gab an, von Beschneidungen in Deutschland gehört zu haben. UNICEF und Terre des Femmes sehen dadurch ihren Verdacht bestätigt, dass das Ritual der Genitalverstümmelung auch in Deutschland durchgeführt wird. UNICEF erklärt, deutsche ÄrztInnen hätten in Fällen, in denen sie hierzu Informationen erhalten, die Pflicht, ihre ärztliche Schweigepflicht zu brechen.

Quelle: Internet Pressemitteilung, Terres des Femmes und UNICEF

Gemeinsame Pressemitteilung zu HIV/AIDS des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

„Keine Entwarnung bei HIV/Aids in Deutschland“ Die Zahl der Neuinfektionen ist im Jahr 2004 mit knapp 2000 Fällen im Vergleich zu den Vorjahren gleich geblieben. Der Anstieg der HIV-Erstdiagnosen um 6 % bei Männern, die mit Männern sexuellen Kontakt haben, setzt jedoch die Tendenz der Vorjahre fort..

Auch bei Syphilis ist in der genannten Gruppe ein Anstieg der gemeldeten Fälle deutlich (2003: 2934 gemeldete Fälle; 2004 3345 gemeldete Fälle)

Das Schutzverhalten hat sich nach einer neuen Repräsentativbefragung in einzelnen Gruppen verschlechtert.

Die Feststellung von HIV-Erstdiagnosen weist regionale Unterschiede auf: am deutlichsten ist der Anstieg in Berlin, gefolgt von Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein.

Eine Kurzfassung der Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004“ findet sich unter www.bzga.de/entry.php?id=Seite1417 oder unter www.rki.de

Buchbesprechungen

Gabriele Dennert: Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Centaurus Verlag, Herbolzheim 2005

In der Diskussion um Frauengesundheit wird meist stillschweigend eine heterosexuelle Lebensweise unterstellt. In diesem Buch werden die Ergebnisse der bisher größten deutschen Befragung von Lesben über ihre gesundheitliche Situation dargestellt und diskutiert. Im Vergleich mit internationalen Erkenntnissen zur Gesundheit lesbischer Frauen werden Thesen für die weitere Forschung und den praktischen medizinischen Alltag entwickelt.

Gesundheit von Flüchtlingen – zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis / 2. Dokumentation im Rahmen des GI- Equal- Projektes SpuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung
Redaktion: Karin Loos, Karim Al Wasiti, Sigmar Walbrecht

Gesundheit von Flüchtlingen – zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – ein Spannungsfeld in dem sich vor allem die handelnden Personen im Gesundheitswesen befinden.

Ein wesentliches Hindernis für die Erkennung von Krankheiten sind die Verständigungsschwierigkeiten. Sprachmittlung ist keine Kassenleistung und über kulturelle Missverständnisse fangen wir gerade an, nachzudenken. Informationen über das Gesundheitssystem hier und seine realistischen Möglichkeiten fehlen den Flüchtlingen. Die Restriktionen im Hinblick auf alle elementaren Lebensinhalte wie Aufenthalt, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Gesundheitsleistungen, Zukunft und die damit verbundenen Folgen sind den BehandlerInnen oft nicht bekannt, ebenso wenig wie die Möglichkeiten, dem entgegen zu wirken. Für alle die im skizzierten Spannungsfeld arbei-

ten, sowie für alle, die sich für die Arbeit mit Flüchtlingen interessieren, will die vorliegende Dokumentation Denkanstöße geben und Wege aufzeigen. Ausgehend von 150 dokumentierten Einzelfällen und auf der theoretischen Grundlage der Ottawa Charta der WHO werden Probleme in der Gesundheitsversorgung und im Aufenthaltsrecht für besonders belastete und kranke Flüchtlinge erörtert. In jedem Kapitel sind auch Beispiele und Anregungen für eine gute Praxis dargestellt.

Bestelladresse: Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit, Nds. Flüchtlingsrat, Langer Garten 23 B, 31137 Hildesheim. pdf-download www.spuk.info

Positiv Schwanger

Viersprachige Broschüre zum Thema HIV-positiv und Schwangerschaft der Deutschen AIDS Hilfe (**Nicht fertig**)

virus hepatitis

Info Broschüre für BeraterInnen und interessierte Laien zum aktuellen Kenntnisstand der virusbedingten Lebererkrankungen und beinhaltet Informationen zu den Themen Prävention, Therapie sowie zu Übertragung, Vorbeugung, Diagnose Verlauf und Behandlung der einzelnen Leberentzündungen, Februar 2005

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dieffenbachstr.33

10967 Berlin

Email dah@aidshilfe.de

Bestellnummer: 020070

Wechseljahre – Aufbruch in eine neue Lebensphase

Broschüre des FeministischenFrauenGesundheitsZentrums e.V., Berlin

Ratgeber für Frauen, der sich für einen Entmedikalisierung der Wechseljahre ausspricht und Alternativen im Umgang und eventuellen Beschwerden aufzeigen will.

Bezug über das FFGZ e.V. Berlin, Bamberger Str.51 in 10777 Berlin, Email:

ffgzberlin@snaflu.de oder über den Buchhandel ISBN 3-930766-10-8, Kosten: 5,50 €

Veranstaltungen

Jahrestagung des AKF, am 05./06.11.2005 in Leipzig

Linientreu?

Leben und Gesundheit von Frauen im Wandel

Schwerpunktt Themen:

- Ost-West-Differenzen und verbindende Ansätze
- Lesbengesundheit
- Gesundheit alter Frauen
- Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Vorträge:

- Weibliche Lebensentwürfe in Ost und West – ein Zwiegespräch

Dr. Ulrike Ley, Susanne Brose

- Lesben: benachteiligte Randgruppe oder selbstbewusste Vorreiterinnen in Sachen Frauengesundheit?

Helga Seyler

- Arbeitslosigkeit als Gesundheitsrisiko

Yves Ströbel-Richter

- Alter, Gesundheit und Geschlecht

Prof. Dorothea Alfermann

Stichwortverzeichnis 2004

	Heft	Anhang bzw. Seite
Abstinence only – Programme in den USA: Untersuchung zu Inhalten der staatlich geförderten Enthaltensamkeitskampagnen	4	20
Aufhebung der Verschreibungspflicht für die Pille danach – Procedere	1	16
Beratung von Frauen mit Vaginismus (und ihrer Partner)	2	3
BfArM – wichtige Änderung der Zulassung zur Hormonersatztherapie	1	16
Brustimplantate: BfArM-Informationsbroschüre für Frauen	3	17
Brustkrebs: Anzahl der Neuerkrankungen in Norwegen und Schweden während der landesweiten Einführung des Mammografie-Screenings	2	19
Brustkrebs: Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt erhöhen nicht das Risiko	2	20
Discofieber und Muttersorgen: Minderjährige Mütter im Casa Luna	3	3
Erfahrungen mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz	4	10
FIAPAC-Kongress in Wien, 10.-11.09.2004	4	13
Gestagenpille Cerazette®: Verspätete Einnahme bis zu 12 Stunden beeinträchtigt nicht den Verhütungsschutz	4	15
Gesundheitsberichterstattung des Bundes	1	18
Gesundheitsreform 2004. „Pille danach“ wird teuer	1	16
GyneFix® IUS	4	16
Hormonimplantat zur Verhütung für den Mann	1	17
IUD – überarbeitete WHO-Leitlinien und neue Forschungsergebnisse aktueller WHO-Studien	3	15
Komplikationen bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen in den USA	4	12
Kondome und Nitrosamine: BfArM	3	18
Lesben und Kinderwunsch	2	13
Medikamentöser Abbruch – aktueller Stand und Forschungsschwerpunkte	4	3
Medusa IUP	4	19
Nationaler Ethikrat	3	17
Neue diagnostizierte HIV-Infektionen	3	19
Pille vergessen – aktualisierte Empfehlungen der WHO	3	13
Postkoitalverhütung	3	12
- Überarbeitete Leitlinien des International Consortium for Emergency Contraception		
- USA: Neuer Antrag auf Aufhebung der Rezeptpflicht für hormonelle Nachverhütung		
Postkoitalverhütung: Wie wirkt die „Pille danach“	1	13
Risiko von Thromboembolien mit Diane 35®	1	17
Schwangerschaften bei minderjährigen Mädchen	3	6
Sexualpädagogik und Familienplanung: gestufte Weiter- und Fortbildung	1	18
Tabelle: Statistik Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen 1995 bis 2003	3	11

Umfrage der Zeitschrift Brigitte zu Frauenärzten	3	18
Verhütungsmittel Update – neue Methoden – neue Erkenntnisse	1	3
Vulvodynie – Schmerzen und Beschwerden im Vulvabereich	2	9
Wechseljahre und Hormontherapie: Broschüre	1	18
WHI-Studie: Auch Studienarm mit Östrogen-Monotherapie vorzeitig abgebrochen	1	19
WHO aktualisiert ihre Leitlinien zur Anwendung von Verhütungsmethoden	3	14
WHO-Übersicht der evidenz-basierten Leitlinien zu Familienplanung	3	14