

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Mai 2008 Nr. 1

Inhalt

| | |
|---|----|
| Impressum | 2 |
| Einleitung | 3 |
| Schmerzkontrolle beim chirurgischen Schwangerschaftsabbruch – Wissenschaft und Praxis | 3 |
| Fortbildung „Schmerzmanagement beim ambulanten Schwangerschaftsabbruch“ | 6 |
| Zulassungsänderung für Mifegyne® | 8 |
| Schwangerschaftsabbruch – Behandlungstourismus in Europa | 10 |
| USA: Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch: Zahlen zu Anwenderinnen und Angebot | 13 |
| Der Europarat beschließt Resolution zum Schwangerschaftsabbruch | 15 |
| Hinweise | |
| - Pille und Krebs | 16 |
| - Thromboserisiko beim Verhütungspflaster | 17 |
| - Screening auf Chlamydieninfektionen – Neue Vorsorgeuntersuchung implementiert | 18 |
| - Muster-Gesundheitsaufklärung für Früherkennungsmaßnahmen | 18 |
| Neuerscheinung | 19 |

Impressum: © 2008
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

Der vorliegende Familienplanungs-Rundbrief widmet sich fast ausschließlich dem Thema Schwangerschaftsabbruch. Schmerzen während und nach dem Schwangerschaftsabbruch sind ein wichtiges Thema, das in der Literatur nur selten berücksichtigt wird. In dieser Ausgabe findet sich eine Übersicht über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse verbunden mit den Erfahrungen aus langjähriger praktischer Arbeit. Passend dazu wird über die Fortbildung der Familienplanungszentren berichtet, die sich im November 2007 auch mit dem Thema Schmerzmanagement beim ambulanten Schwangerschaftsabbruch befasste. Diese Ausgabe kann Einzelheiten nur anreißen; für die Lokalanästhesie gibt es z. B. zahlreiche unterschiedliche Techniken, die mehr auf persönlicher Erfahrung als auf wissenschaftlicher Evaluation basieren. Und zur Schmerzkontrolle beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entwickelt sich die Forschung erst langsam.

Wird akzeptiert, dass es ein Recht auf Schmerzfreiheit bei medizinischen Behandlungen gibt, so sollten besonders diese Nebenwirkungen der Wirkstoffe und Dosierungsempfehlungen der Prostaglandingabe beim medikamentösen Abbruch mehr beachtet werden.

In diesem Sommer tritt eine Zulassungsänderung für Mifegyne in Kraft. Der Rundbrief geht auf die neuen Bestimmungen ein, die den Zugang zum medikamentösen Abbruch in Deutschland verbessern können. Außerdem widmet er sich einem Thema, das wahrscheinlich in der Praxis aller pro familia Beratungseinrichtungen auftaucht, zu dem es jedoch nur wenig Daten gibt: Frauen, die wegen eines Abbruchs ins Ausland reisen bzw. aus dem Ausland kommend in Deutschland medizinische Unterstützung suchen. Dazu passend wurde im Europarat erstmalig eine Resolution verabschiedet, die sich mit dem Zugang zum Schwangerschaftsabbruch befasst. Diese Resolution der wahrscheinlich ältesten Menschenrechtsorganisation Europas soll hier ausdrücklich gewürdigt werden.

Schmerzkontrolle beim chirurgischen Schwangerschaftsabbruch – Wissenschaft und Praxis

Helga Seyler

In Deutschland ist die Vollnarkose beim chirurgischen Schwangerschaftsabbruch Standard, nur etwa 12 % werden in Lokalanästhesie durchgeführt. In den Familienplanungszentren, die beide Möglichkeiten anbieten, wächst die Nachfrage nach Absaugungen in Vollnarkose.

Dem gegenüber wird in Leitlinien der WHO¹ und der britischen gynäkologischen Fachgesellschaft Royal College of Gynaecology and Obstetrics (RCOG) die Lokalanästhesie als die Methode mit der geringeren Komplikationsrate als Standard empfohlen. Diese Empfehlung stützt sich allerdings auf Studien aus den 1970er und 80er Jahren mit Narkosetechniken, die heute beim Schwangerschaftsabbruch nicht mehr benutzt werden. Für die heute üblichen Methoden der Vollnarkose und Lokalanästhesie gibt es keine vergleichenden Untersuchungen. Die Komplikationsrate bei Schwangerschaftsabbrüchen ist in Deutschland aber insgesamt sehr gering, und es ist zu vermuten, dass es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Anästhesieverfahren gibt.

Wenn keine wesentlichen medizinischen Kriterien die Entscheidung für die Anästhesie beeinflussen, könnten Unterschiede im Erleben des Abbruchs ein Aspekt der Wahl sein. Da ein Abbruch in Lokalanästhesie meist mit leichten oder stärkeren Schmerzen verbunden ist, ist zu erwarten, dass die schmerzfreie Methode der Vollnarkose für die Frauen angenehmer und besser akzeptiert ist.

Die Praxis zeigt aber, dass es Frauen gibt, die eine Vollnarkose als unangenehm empfinden und sie vermeiden möchten. Zum Beispiel ist die Vermeidung einer Vollnarkose ein sehr wichtiger

¹ WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2003

Faktor, der von Frauen bei der Entscheidung zum medikamentösen Abbruch genannt wird. Einige von ihnen bevorzugen jedoch den chirurgischen Abbruch, wenn ihnen eine Lokalanästhesie angeboten wird.

Zwei Studien aus Indien bzw. Italien belegen: Unter der Voraussetzung, dass sich Frauen selbst für eine Lokalanästhesie entscheiden konnten, ist die Zufriedenheit sehr hoch, auch wenn die Frauen Schmerzen erlebt haben (Donati 1996, Clark 2002).

Deshalb erscheint es sinnvoll, weitere chirurgische Schwangerschaftsabbrüche in Lokalanästhesie anzubieten. Da außerhalb der pro familia-Zentren viele Frauen nicht über diese Möglichkeit informiert werden und oft keinen Zugang zu entsprechenden Angeboten haben, sollten solche Informationsmöglichkeiten und Angebote geschaffen werden.

Große Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung

Die Praxis zeigt, dass es bei der Vakuumaspiration in Lokalanästhesie große individuelle Unterschiede im Schmerzerleben und in der Zufriedenheit der Frauen gibt. Von knapp 200 Frauen in Italien, die sich selbst für eine Lokalanästhesie entschieden, empfanden über 50% die Schmerzen als gering oder mäßig stark, 30% als stark, und 18% als zwar sehr unangenehm, aber vorübergehend (Donati 1996). Dies entspricht etwa den Erfahrungen im FPZ Hamburg. Die Studie bestätigt auch Erfahrungen aus pro familia-Zentren, dass eine Stunde nach dem Eingriff die Frauen mit Vollnarkose mehr Schmerzen empfanden, als die Frauen mit Lokalanästhesie.

Es stellt sich die Frage nach den beeinflussenden Faktoren für die Schmerzwahrnehmung. Welche Rolle spielt die Technik der Lokalanästhesie oder von Begleitmedikamenten? Welche Möglichkeiten gibt es, durch die Abbruchtechnik die Schmerzen möglichst gering zu halten? Welche Faktoren auf Seiten der Frauen haben Einfluss? Gibt es Kriterien, nach denen Frauen vorher erkannt werden können, die bei einer Lokalanästhesie unakzeptabel starke Schmerzen haben werden und denen deshalb eine Vollnarkose empfohlen werden sollte?

Techniken der Lokalanästhesie und Begleitmedikation

Es gibt eine Fülle unterschiedlicher Methoden und Varianten der Lokalanästhesie (Parazervikalblockade). Die Techniken unterscheiden sich in der Wahl und Konzentration des Medikaments, in der benutzten Menge, der Lokalisierung sowie der Tiefe der Injektionen. Eine weitere Variable ist die Wartezeit zwischen Anästhesie und Eingriff. Außerdem kann die Lokalanästhesie mit unterschiedlichen Schmerz- und Beruhigungsmitteln kombiniert werden, die vorher oral oder intravenös verabreicht werden.

Diese Methodenvielfalt spiegelt sich auch in der wissenschaftlichen Literatur.

Es gibt zahlreiche Studien (siehe Literaturliste), in denen zwei oder drei Varianten einer Methode oder auch unterschiedliche Methoden miteinander verglichen werden, meist bei hundert bis einigen hundert Frauen. Studien, die ähnliche Varianten untersuchen, haben zum Teil widersprüchliche Ergebnisse. Einen kleinen Einblick in diese verwirrende Datenfülle gab eine Literaturübersicht im FPR Nr.3 Oktober 2007 (S.15). Aufgrund der derzeitigen Wissensbasis scheint keine der Methoden oder Varianten im Hinblick auf die Schmerzkontrolle anderen Methoden eindeutig überlegen zu sein.

Bei der Begleitmedikation verringert eine Sedierung nicht die Schmerzwahrnehmung, erhöht aber in einigen Studien die Zufriedenheit der Frauen. Schmerzmedikamente verringern die Schmerzwahrnehmung (wobei die Schmerzen direkt beim Eingriff zum Teil nur wenig verringert wurden).

Es stellt sich die Frage, ob die gut steuerbare Kurznarkose mit weitgehender Schmerzfreiheit während dem Eingriff der Analgosedierung (Sedierung plus starkes Schmerzmittel) nicht vorzuziehen ist. Für Frauen, die den Abbruch selbst bezahlen, ist das auch eine Kostenfrage, da eine Kurznarkose immer die Anwesenheit einer Narkoseärztin mit entsprechend höheren Kosten erfordert, während die Analgosedierung meist von der Frauenärztin durchgeführt wird.

Durchführung der Vakuumaspiration

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Schmerzempfindung sind Unterschiede in der Durchführung der Vakuumaspiration. Es kann für das Schmerzempfinden zum Beispiel relevant sein, wie weit der Zervikalkanal aufgedehnt wird, ob mit Cytotec oder Mifegyne zum Weiten des Zervikalkanals vorbehandelt wurde, oder ob nach der Aspiration eine Nachkürettage angeschlossen

sen wird. Aber auch kleinere Unterschiede im „Handling“, zum Beispiel der Umgang mit dem Speculum, das Abtupfen von Blut aus der Vagina, der Zug am Uterus während des Eingriffs können viel zur Schmerzempfindung beitragen. Diese Details sind zum Teil nicht durch Standards definiert und können oft auch nicht durch Ausbildung vermittelt werden.

Individuelle Faktoren der Schmerzwahrnehmung und –verarbeitung

In Studien wurde der Einfluss verschiedener Faktoren auf die Angabe von Schmerzen beim Schwangerschaftsabbruch in Lokalanästhesie untersucht. Ein Zusammenhang mit der Wahrnehmung von größeren Schmerzen fand sich mit Ängstlichkeit, Depression, Schmerzerwartung, hohem Schmerzmittelgebrauch in der Vergangenheit, Dysmenorrhoe, Frauen ohne Geburten, und mangelnder Wahlmöglichkeit für die Anästhesie.

Weitere Faktoren, die die Schmerzwahrnehmung beeinflussen, wurden in der Fortbildung „Schmerzmanagement beim ambulanten Schwangerschaftsabbruch“ (siehe S. 6/7) aufgeführt.

Allerdings gibt es keine Empfehlung für Kriterien, anhand derer eine eindeutige Entscheidung für Lokalanästhesie oder Vollnarkose getroffen werden kann.

Die Erfahrung im FPZ Hamburg zeigt, dass entgegen der Erwartung Frauen, bei denen viele der oben aufgeführten Kriterien wie zum Beispiel Angst, jugendliches Alter und keine Geburt starke Schmerzen erwarten lassen, nicht selten nur wenig Schmerzen erleben. Umgekehrt können einzelne Frauen, bei denen viele Faktoren für einen schmerzarmen Eingriff sprechen, doch zumindest kurzzeitig starke Schmerzen haben. Aus dieser Erfahrung erscheint eine Vorhersage von Schmerzen bei Lokalanästhesie wenig zuverlässig.

Die Entscheidung für die Anästhesie bleibt deswegen eine individuelle Entscheidung, die die Frau selbst im Gespräch mit der Beraterin bzw. ÄrztIn auf der Basis von möglichst konkreten und für sie verständlichen Informationen treffen sollte.

Einfluss der Betreuung beim Abbruch

Durch das Vorgehen des medizinischen Personals beim Abbruch kann die Schmerzwahrnehmung beeinflusst werden.

Vor dem Abbruch erscheint eine ausreichende, sachliche und korrekte Aufklärung über den Ablauf des Eingriffs und die zu erwartende Schmerzen wichtig, auch um noch mal zu klären, ob die Frau ausreichende Informationen für ihre Entscheidung hatte. Während des Eingriffs ist eine empathische Betreuung und Unterstützung der Frau hilfreich, bei der Schmerzen anerkannt und Schmerzáußerungen zugelassen werden. Bei manchen Frauen sind auch ablenkende Gespräche oder andere Ablenkungen hilfreich.

Eine routinemäßige Gabe von Schmerzmitteln wird zwar nicht als sinnvoll angesehen, da die Schmerzwahrnehmung der einzelnen Frauen so unterschiedlich ist. Individuell sollten aber während und nach dem Eingriff adäquate Schmerzmittel angeboten werden (entsprechende Präparate und Dosierungen siehe S.7).

In den pro familia Zentren werden außerdem verschiedene weitere Maßnahmen zur Schmerzlinderung angeboten, wie Akupunktur, Akupressur, Wärmflasche nach dem Abbruch, oder Anleitung zur Entspannung. Eine wichtige Unterstützung sind auch Angebote der Mitarbeiterinnen an die Frauen, über das Erleben und die emotionale Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs zu sprechen.

Literatur

Allen RH, Kumar D, et al. Pain management of first-trimester surgical abortion: effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception* 2006; 74: 407-13.

Cetin A, Cetin M. Effect of deep injections of local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception* 1997; 56: 85-7.

Clark S, Krishna U, et al. Women's preferences for general or local anesthesia for pain during first trimester surgical abortion in India. *Contraception* 2002; 66: 275-9.

Donati S, Medda E, et al. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 1996; 70: 145-9.

Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *International journal of gynaecology and obstetrics* 2001; 72: 171-8.

Miller L, Jensen MP, et al. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstetrics and gynecology* 1996; 87: 600-4.

Phair N, Jensen JT, et al. Paracervical block and elective abortion: the effect on pain of waiting between injection and procedure. *American journal of obstetrics and gynecology* 2002; 186: 1304-7.

Wiebe ER. Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *American journal of obstetrics and gynecology* 1992; 167: 131-4.

Wiebe ER, Rawling M. Pain control in abortion. *International journal of gynaecology and obstetrics* 1995; 50: 41-6.

Wong CY, Ng EH, et al. A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human reproduction* 2002; 17: 1222-5.

Fortbildung „Schmerzmanagement beim ambulanten Schwangerschaftsabbruch“

Christiane Tennhardt

Im November 2007 fand das jährliche Treffen der Familienplanungszentren Deutschlands in Bremen statt.

Thema der interdisziplinären Fortbildung war das „Schmerzmanagement beim ambulanten Schwangerschaftsabbruch (SAB)“. Die wesentlichen Punkte wurden für den FPR zusammengefasst.

Der Vortrag von Dr. Gisbert Müller befasste sich mit dem „Ganzheitlichen Schmerzmanagement“ im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch. Dr. Müller ist in eigener Praxis für Anästhesie und Schmerztherapie tätig und arbeitet seit 18 Jahren mit der pro familia Kassel zusammen.

Mittels einer Animation wurden die Vorgänge im Körper während des Schmerzes demonstriert. In Bruchteilen von Sekunden werden Schmerzreize zum Zentralnervensystem (ZNS) übertragen. Neue Ergebnisse der Schmerzforschung beweisen, dass sich Schmerzreize im ZNS in unter-

schiedlich starker Aktivität wieder spiegeln. Auch liegen Areale der emotionalen (Schmerz-) Verarbeitung neben Zentren der (körperlichen) Schmerzverarbeitung (aus diesem Grund kann z.B. Eifersucht körperliche Schmerzen verursachen). Die Schmerzempfindung ist in hohem Maß situationsabhängig. Die Aktivität der Schmerzrezeptoren korreliert nur mäßig mit der Schmerzempfindung. Diese Mechanismen sind bislang nur wenig aufgeklärt.

Dr. Müller machte darauf aufmerksam, wie eng die Schmerz- und Stressverarbeitung im Gehirn an einander gekoppelt sind. Daraus lässt sich ableiten, dass Menschen, die über einen längeren Zeitraum unter Stress stehen, schmerzanfälliger sind und schlechtere Ausgangsbedingungen haben um mit akuten Schmerzen um zu gehen.

Ein emotionales Erlebnis kann derart heftige Folgen haben, als würde es eine Narbe im Hirngewebe hinterlassen. (William James, 1890)

Unsere Aufmerksamkeit bei der Patientin sollte darauf fokussiert werden, wie sie und ihr Umfeld im Laufe des Lebens mit Schmerz umgegangen ist. Welche familiären Muster, Erfahrungen, Bilder haben das individuelle Empfinden geprägt? (siehe Kasten zu biographischen Risiko- und Schutzfaktoren). Ergebnisse der Neurobiologie zeigen, dass Schmerz in Konfliktsituationen auch als Bewältigungsmuster dienen kann.

Die weitere Diskussion befasste sich im wesentlichen mit dem Umgang mit Schmerzen während des SAB in lokaler Betäubung.

Mit dem Wissen, dass Schmerzerleben ein multifaktorielles Geschehen ist, sollte die aufklärende ÄrztIn schon beim Vorgespräch folgende Punkte hinterfragen:

Dysmenorrhoe (Schmerzen bei der Monatsblutung):

- Wie geht die betroffene Frau damit um?
- Was tut ihr gut bei Unterleibsschmerzen?
- Geburtsschmerz/Geburtserleben: Wie hat sie die Schmerzen während der Geburt erlebt/verarbeitet?
- Was hat ihr geholfen?
- Sonstige Schmerzen (Migräne, Schmerzen nach Unfällen, etc), wie erlebt sie diese?

Biographische Risikofaktoren für schlechteren Umgang mit Schmerzen

- niedriger sozioökonomischer Status
- mütterliche Berufstätigkeit während des 1. Lebensjahres
- schlechte Schulbildung der Eltern
- große Familie und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der "sozialen Kontrolle"
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- chronische Disharmonie/ Beziehungspathologie in der Familie
- unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat
- psychische Störungen der Mutter/des Vaters
- allein erziehende Mutter
- autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- häufig wechselnde frühe Beziehungen
- sexueller und/ oder aggressiver Missbrauch
- schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate

Biographische Schutzfaktoren im Umgang mit Schmerzen

- dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Großfamilie/ kompensatorische Elternbeziehungen/ Entlastung der Mutter
- überdurchschnittliche Intelligenz
- robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament
- sicheres Bindungsverhalten
- soziale Förderung, z. B. in Jugendgruppe, Schule, Kirche
- verlässlich unterstützende Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter
- lebenszeitlich späteres Eingehen "schwer auflösbarer Bindungen"

Auf die Frage, ob ein operativer Eingriff überhaupt schmerzfrei bewältigt werden müsse, antwortete Dr. Müller, dass es ein Recht auf Schmerzfreiheit gibt. Ansonsten müsste auf jeden Fall darüber aufgeklärt werden, dass es zu Schmerzen kommen kann. Für die Praxis bedeutet das: in der Beratung muss über die Narkose (L.A.) informiert werden, Fantasien bzw. Vorstellungen der Frau, die möglicherweise stark von dem realen Geschehen abweichen, sollten geklärt und gegebenenfalls korrigiert werden und das mögliche Erleben von Schmerzen sollte thematisiert werden.

Wichtig sei eine emotional harmonische Ebene zwischen Arzt/Ärztin und Patientin, da die Patientin vor einem SAB in einer emotional „übererregten“ Situation sei. Es könnte z.B. vor dem SAB ein Medikament mit einer positiven Suggestion verabreicht werden („... dieses Medikament hilft besonders gut bei Ihnen...“). Die Verabreichung von Schmerzmitteln im Voraus sei in der Anästhesiegesellschaft allerdings umstritten. Dr. Müller hat jedoch in der Praxis damit gute Erfahrungen gemacht.

Zur Schmerzkontrolle könne zudem hilfreich sein:

- die Anleitung zu bestimmten Atemmethoden
- eine bewusste Körperwahrnehmung/Vermittlung von Entspannungsmethoden

Hierfür spielt das betreuende Personal eine besondere Rolle, das die Patientin während des Eingriffs unterstützen und ggf. ablenken kann.

Folgende Medikamente sind für die Schmerzlinderung geeignet:

Ca. 1 Stunden vor dem Eingriff:

- Paracetamol, z.B. Perfalgan® 1g i.v. (sehr teuer), Paracetamol 1g oral
- Ggf. kombinieren mit Codein 1-2 ml
- Dexametoprolen-Trometamol, z.B. 25mg Tabletten oder 50 mg Injektionslösung
- Hinweis in der Packungsbeilage: Aufgrund des theoretischen Risikos, dass Prostaglandinsynthesehemmer die Wirkung von Mifepriston verändern können, sollten NSAR (=Sympal® innerhalb von 8 – 12 Tagen nach der Mifepriston-Gabe nicht angewendet werden. Wie wir wissen, haben NSAR keinen Einfluss auf die Wirkung von Cytotec.
- Metamizol, z. B. 0,5-1 g Novamin Tabl./Tropf./i.v.
- Ibuprofen, 800g, Tabl./Supp.
- Diclofenac, 100-150mg, Tabl./Supp.
- Naproxen, z. B. Dolormin® 500mg Tabl.

Fragen und Antworten der TeilnehmerInnen

Frage: Haben ängstliche Frauen mehr Stress und Schmerzen?

Dr. Müller: Nicht unbedingt. Ängstliche Frauen haben i. d. R. eine gut funktionierende Schmerzhemmung.

Frage: Bringt eine örtliche Betäubung weniger Belastung mit sich als eine Vollnarkose?

Dr. Müller: Es ist eine gute Einstellung der Patientin zum Schmerz wichtig. Eine Vollnarkose ist nicht belastender als eine Teilnarkose.

Frage: Warum ist die Schmerzerfahrung bei jüngeren Frauen anders als bei älteren?

Dr. Müller: Die Schmerzerfahrung wird nicht körperlich sondern durch Lebenserfahrung beeinflusst.

Zudem müsse auch akzeptiert werden, dass bestimmte Frauen beim SAB Schmerzen spüren möchte, um den Abbruch zu bewältigen.

Hier wurde angemerkt, dass für manche Frauen der Schmerz beim SAB im Zusammenhang mit Strafe stehen würde und sie sich durch das Schmerzerleben selbst bestrafen möchten. Manche Patientinnen bräuchten zudem eine negative Wahrnehmung des SAB, um das Erlebnis für sich verarbeiten zu können.

Zulassungsänderung für Mifegyne®

Auf Antrag der französischen Zulassungsbehörde wurden die Zulassungsbestimmungen für Mifegyne® von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA geprüft und im Sommer 2007 europaweit vereinheitlicht. In Deutschland tritt diese Zulassungsänderung am 1.7.2008 in Kraft.

Die neue Zulassung beinhaltet im Wesentlichen folgende Änderungen:

- die Verlängerung der Anwendung zum Schwangerschaftsabbruch bis 63 Tage nach Beginn der letzten Regelblutung
- wenn als Prostaglandin Gemeprost 1 mg vaginal gegeben wird, kann die Dosierung von Mifepriston von 600 mg auf 200 mg reduziert werden
- Zwischen dem 50. und 63. Tag wird in der Zulassung die Anwendung von 1 mg Gemeprost vaginal als Prostaglandin vorgegeben
- Rauchen und Alter über 35 Jahre sind keine Kontraindikation mehr
- Das Zeitfenster für die Kontrolluntersuchung wurde erweitert auf 2-3 Wochen
- Für die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs wird nur noch auf die gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Länder verwiesen
- Eingefügt wurde eine Warnung vor Infektionen mit Clostridium sordellii, die bisher sehr selten in den USA beobachtet wurden.
- Die Empfehlung, keine nicht-steroidalen Schmerzmittel anzuwenden, wurde deutlich

abgeschwächt, womit die Anwendung dieser sehr wirksamen Medikamente erleichtert wird

Kommentar

Die Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen bis zum 63. Tag der Schwangerschaft p.m. (nach Beginn der letzten Regelblutung) ist in einigen europäischen Ländern bereits seit vielen Jahren Praxis, so z.B. in Großbritannien seit 1991, in Schweden seit 1992 und Norwegen seit 2000. Es ist zu begrüßen, dass auch in Deutschland nun das bisher sehr enge Zeitfenster für den medikamentösen Abbruch erweitert wird.

Das bisher in Deutschland angewendete Standard-Regime von 600 mg Mifepriston gefolgt von mit 400 µg Misoprostol bis zum 49. Tag p.m. bleibt in der Zulassung unverändert. Eine Reduzierung der Dosis von Mifegyne® auf 200 mg ist entsprechend der Zulassung möglich, wenn das stärker wirksame Gemeprost (1mg als Vaginalzäpfchen, Cergem®) angewendet wird.

Nach dem 49. Tag p.m. wird die orale Gabe von Misoprostol generell als nicht ausreichend wirksam angesehen. Stattdessen sieht die Zulassung die Anwendung von 1 mg Gemeprost vaginal vor. Gemeprost ist dieser Dosierung wesentlich potenter als orales Misoprostol (Cytotec®), verursacht aber auch stärkere Nebenwirkungen wie Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Blutdruckabfall. Die evidenz-basierten Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation WHO² und des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG³ empfehlen alternativ zu Gemeprost die Gabe von 800 µg Misoprostol vaginal. In dieser Dosierung hat es die gleiche Effektivität, wahrscheinlich aber auch ähnliche Nebenwirkungen wie Gemeprost. Nachteil von Gemeprost ist der deutlich höhere Preis und die Notwendigkeit von tiefgekühltem Transport und Lagerung.

Bei der Anwendung von Misoprostol handelt es sich um einen sogenannten Off-label-use. Die orale Anwendung wird in der EU-Zulassung aufgrund der internationalen umfassenden Erfahrungen in Bezug auf den Nutzen und die Risiken empfohlen.

Wegen einzelner seltener, aber tödlich verlaufenden Infektionen mit dem Erreger Clostridium sordellii, die in den USA im zeitlichen Zusammenhang mit dem medikamentösen Schwanger-

² Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems

³ National Evidence-Based Clinical Guidelines: The Care of Women Requesting Induced Abortion

schaftsabbruch und der Anwendung von vaginalem Misoprostol beobachtet wurden, haben viele Fachgesellschaften in den USA von der vaginalen Anwendung von Misoprostol beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch abgeraten. Die EU-Kommission schließt zwar einen ursächlichen Zusammenhang aus, hat jedoch die Warnung vor Infektionen mit *Clostridium sordelli* bei vaginaler Anwendung von Misoprostol übernommen. Deswegen empfiehlt sie stattdessen die Gabe von Gemeprost.

Die Voraussetzungen an die Institution für die Anwendung des medikamentösen Abbruchs sind europaweit nicht mehr so streng geregelt, es wird nur noch auf die nationalen Ausführungsbestimmungen verwiesen. Eine 3-stündige Überwachung nach der Prostaglandingabe in einer medizinischen Einrichtung ist jedoch weiter vorgesehen. Für Deutschland gilt auch weiterhin, dass Mifegyne und das Prostaglandin in Anwesenheit des Arztes/der Ärztin oder des medizinischen Personals angewendet werden müssen, nach der Prostaglandingabe muss weiterhin eine Überwachung für 3 Stunden im Behandlungszentrum erfolgen.

Die Anwendungsgebiete für Mifegyne® in der Europäischen Zulassung werden im folgenden zusammengefasst:

1. Medikamentöser Abbruch einer frühen intrauterinen Schwangerschaft bei anschließender Verwendung eines Prostaglandinanalogs, bis zum 63. Tag der Amenorrhoe
2. Erweichung und Erweiterung der Cervix uteri vor dem chirurgischen Abbruch der Schwangerschaft während des ersten Trimesters
3. Vorbereitung für die Wirkung von Prostaglandinanalogen beim Abbruch der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen (nach dem ersten Trimester)
4. Einleitung von Wehen bei Tod des Fetus in utero bei Patientinnen, bei denen Prostaglandin oder Oxytocin nicht verwendet werden können.

Dosierung und Art der Anwendung

1. Medikamentöser Abbruch einer frühen intrauterinen Schwangerschaft
Bis zum 49. Tag der Amenorrhoe
600 mg Mifepriston als Einzeldosis oral und 36-48 Stunden später Verabreichung eines Prostaglandinanalogs:
Misoprostol 400 µg oral oder Gemeprost 1mg vaginal

Alternativ möglich:

200 mg Mifepriston oral
36-48 Stunden später Gemeprost 1 mg vaginal

Zwischen dem 50. und 63. Tag der Amenorrhoe

600 mg Mifepriston als Einzeldosis oral und 36-48 Stunden später Verabreichung eines Prostaglandinanalogs:
Gemeprost 1mg vaginal

Alternativ möglich

200 mg Mifepriston oral
36-48 Stunden später Gemeprost 1 mg vaginal

2. Erweichung und Erweiterung der Cervix uteri vor dem chirurgischen Abbruch der Schwangerschaft während des ersten Trimesters 200 mg Mifepriston, 36-48 Stunden vor chirurgischem Schwangerschaftsabbruch
3. Vorbereitung für die Wirkung von Prostaglandinanalogen beim Abbruch der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen (nach dem ersten Trimester) 600 mg Mifepriston als Einzeldosis oral und 36-48 Stunden vor der geplanten Verabreichung eines Prostaglandinanalogs, die so oft wiederholt wird, wie es indiziert ist
4. Einleitung von Wehen bei Tod des Fetus in utero 600 mg Mifepriston als tägliche Einzeldosis oral für zwei aufeinander folgende Tage. Die Wehen sollen durch die üblichen Maßnahmen eingeleitet werden, wenn sie nicht innerhalb von 72 Stunden nach der ersten Verabreichung von Mifepriston eingesetzt haben

"Off-label use" bedeutet sinngemäß: "Nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch". Gemeint ist damit der Einsatz eines Arzneimittels gegen eine Krankheit, für die das Medikament von den Zulassungsbehörden keine Genehmigung hat. Wenn ein Arzt ein Arzneimittel im "Off-label use" verordnet, sind damit auch für ihn Risiken verbunden. Daher empfehlen ärztliche Fachgesellschaften aus Haftungsgründen "Off-label"-Verordnungen nur dann vorzunehmen, wenn gültige Leitlinien, Empfehlungen oder anerkannte wissenschaftliche Literatur Belege liefern, dass der Einsatz sinnvoll ist.

Quelle: IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; www.iqwig.de

Quellen:

EMA, European Medicines Agency, Press release: Meeting highlights from the Committee for Medicinal Products for Human Use. EMEA/132706/2007, London 23. März 2007

WHO 2003: Safe abortion : technical and policy guidance for health systems
Internet: www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Evidence-Based Clinical Guidelines The Care of Women Requesting Induced Abortion, UK, September 2004 http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/induced_abortion_full.pdf

Fiala C, Gemzel-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception* 2006; 74:66-86

Fiala C. New European Recommendations for medical abortion. 9th ESC Seminar, 21-22 September 2007, Bucharest, Romania, www.contraception-esc.com/bucharest/abstracts/W1.htm

Weeks AD, Fiala C, Safar P. Misoprostol and the debate over off-label drug use. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005;112:269-72
www.misoprostol.org/File/offlabedebate.pdf

Viele Informationen zu Cytotec finden Sie auf der Homepage: www.misoprostol.org

Schwangerschaftsabbruch-Behandlungstourismus in Europa

Zusammenfassung des Artikels *Women travelling between countries in Europe for abortions* von Christian Fiala

Abbruchtourismus im ersten Trimester

Dass Frauen wegen eines Schwangerschaftsabbruchs in andere Länder reisen, wird Realität bleiben, so lange sich der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in benachbarten Ländern unterscheidet. Das Phänomen wird in Europa seit über 30 Jahren beobachtet. Damals wurde der Schwangerschaftsabbruch in den ersten europäischen Ländern legalisiert.

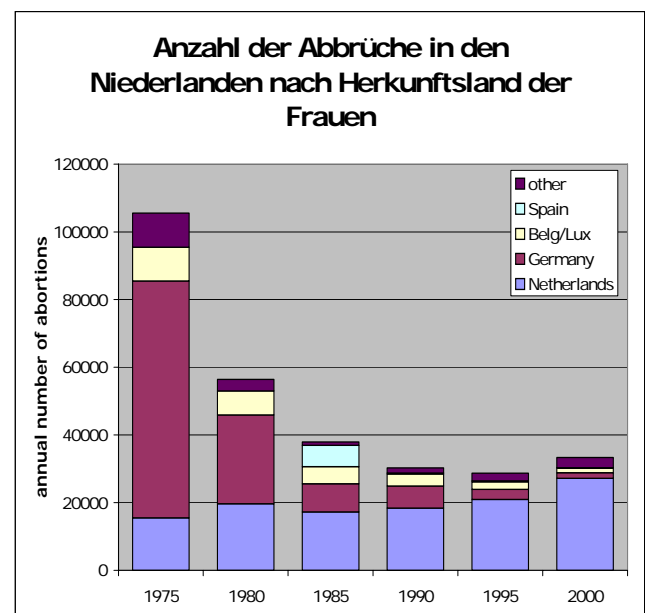
Länder der ehemaligen Sowjetunion waren die ersten, die den legalen Schwangerschaftsabbruch gesetzlich verankerten. Durch den Eisernen Vorhang war es Frauen aus Westeuropa jedoch nahezu unmöglich, dort einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Ledig-

lich Möglichkeiten in Ungarn und dem ehemaligen Jugoslawien wurden genutzt.

In Westeuropa waren es Großbritannien (1967) und die Schweiz (1970), die den Abbruch auch für Frauen aus dem Ausland legalisierten. Auch die Niederlande boten ab 1970 den frühen Abbruch an, obwohl dort eine Gesetzesänderung noch nicht stattgefunden hatte. So wurde die „voyage Suisse“, die Reise in die Schweiz, in Frankreich ein Euphemismus für eine Abtreibung. Irische Frauen „nahmen das Boot nach England“ während deutsche Frauen nach Holland fuhren.

Alle Maßnahmen einzelner Länder, diese Praxis zu unterbinden, sei es durch rechtliche Schritte, Einschränkungen der Reisemöglichkeiten oder gar körperliche Untersuchungen vor dem Grenzübertritt sind letztendlich gescheitert.

Als Frankreich realisierte, dass die Zeitbegrenzung des Abbruchs auf 12 Wochen p.m. (nach letzter Periode) die Frauen veranlasst, für den Abbruch ins Ausland zu reisen, wurde die Frist für einen legalen Abbruch um 2 Wochen zu verlängert. Dadurch konnte der Anteil der ins Ausland reisenden Frauen erheblich reduziert werden.



Doch obwohl Schwangerschaftsabbrüche inzwischen fast in ganz Europa legal durchgeführt werden, gibt es immer noch Frauen, die für einen Schwangerschaftsabbruch ihr eigenes Land verlassen müssen. Mit der Liberalisierung der gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch in der Mehrzahl der europäischen Länder in den 70er Jahren sank die Zahl dieser Frauen zwar deutlich, der Abbruchtourismus hat

jedoch auch heute noch ein beträchtliches Ausmaß.

Die Gründe dafür sind ins besondere:

- Schwangerschaftsabbruchverbote in Polen, Irland und Malta
- Gesetzliche Beschränkungen der Abbrüche im 2. Trimester

Schwangerschaftsabbruchverbote in Polen, Irland und Malta

Wenn Frauen in den o.g. Ländern ungewollt schwanger werden, so haben sie im Wesentlichen zwei Möglichkeiten: Die Reise ins Ausland oder die Illegalität. Die Situation irischer Frauen ist in England und Wales gut dokumentiert. Ein weiteres Land, das durch kostengünstige Anreise und Behandlung für Irinnen eine wichtige Anlaufstelle darstellt, ist Belgien. Die Zahl der im Ausland durchgeführten Abbrüche bei irischen Frauen wird auf mindestens 7000 pro Jahr geschätzt. Für Frauen in Polen stellt das Reisen eine deutlich größere Hürde dar, aber es besteht häufig auch nicht die Notwendigkeit. In den Jahren 1956 bis 1993 war der Schwangerschaftsabbruch in Polen liberal geregelt. Unter dem zunehmenden Einfluss der katholischen Kirche wurde der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch gesetzlich radikal eingeschränkt. Viele FrauenärztInnen aus dieser Zeit sind jedoch gut ausgebildet und es ist allgemein bekannt dass sie Abbrüche in Privatkliniken oder eigener Praxis zu sehr hohen Preisen anbieten. Mit Kleinanzeigen in lokalen Zeitungen wie: „Pharmakologisch, schmerzlos. Wiederherstellung der Periode“ machen Ärztinnen sogar Werbung für ihr Angebot.

Abbrüche im 2. Trimester

Während sich der Zugang zum Abbruch im ersten Schwangerschaftstrimester in den letzten 30 Jahren sehr verbessert hat, sieht die Situation für Frauen mit einer fortgeschrittener Schwangerschaft völlig anders aus.

Folgende Tabelle zeigt die Frist einzelner europäischer Länder, bis zu welcher ein Schwangerschaftsabbruch aus sozialen bzw. psychischen Gründen zulässig ist

| | Schwangerschaftsdauer Grenze |
|----------------|------------------------------|
| Niederlande | 24 |
| Großbritannien | 24 |
| Schweden | 18 |
| Österreich | 16 |
| Frankreich | 14 |
| Spanien | Grenze nicht klar geregelt |
| Deutschland | 14 |
| Belgien | 14 |
| Italien | 13 |
| Dänemark | 12 |

(Schwangerschaftsdauer nach Beginn der letzten Menstruation)

In vielen Ländern ist es schwierig, in fortgeschrittenem Schwangerschaftsalter einen Abbruch durchführen zu lassen. In diesem Fall nehmen Frauen auch weiterhin Reisen in Länder mit längeren Abbruchfristen auf sich (z.B. die Niederlande, Großbritannien und Spanien).

In den Niederlanden kann ein Abbruch auf Wunsch der Frau bis zur 24. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden und sie stellen deshalb eine wichtige Anlaufstelle für Frauen aus Nachbarländern dar. Das Hauptklientel für Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche stellen dort Frauen aus dem Ausland.

Die Gründe, warum sich Frauen in einer fortgeschrittenen Schwangerschaft um einen Abbruch bemühen sind vielfältig. Bei einem signifikanten Anteil der Frauen liegt der Grund in der pränatalen Diagnose einer schwerwiegenden Fehlbildung bzw. Erkrankung des Feten. Fiala nennt Deutschland als Beispiel dafür, dass die Gesetzesänderung 1995 mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation zu einem restriktiveren Vorgehen geführt hat. Im Jahr 2004 wurden in Deutschland ca. 2200 späte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, weitere 600 erfolgten in den Niederlanden. Auch Großbritannien wird als Anlaufstelle bei fortgeschrittenen Schwangerschaften genutzt, Zahlen werden jedoch nicht genannt. So führten die gesetzlichen Regelungen dazu, dass 20 % der betroffenen Frauen aus Deutschland medizinische Unterstützung im Ausland suchen. Seit den 1990er Jahren ist Spanien ein neues Ziel für Frauen, die einen Abbruch im späteren Schwangerschaftsalter vornehmen lassen wollen. Einige Kliniken dort haben sich bereits auf die Behandlung ausländischer Frauen mit medizinischer Indikation spezialisiert. Zahlen sind jedoch nicht verfügbar.

Auswirkungen auf die Frau

Sucht eine Frau im Ausland Hilfe, gibt es zahlreiche Aspekte die als negativ für die Frau gewertet werden müssen. Sie befindet sich in einer Stress- bzw. Krisensituation, die durch den vermeintlich gesetzeswidrigen oder zumindest ethisch sehr kontrovers diskutierten Kontext schwieriger zu verarbeiten ist. Häufig können die Frauen mit ihrem Umfeld nicht offen über den Abbruch sprechen und müssen für die Zeit des Auslandsaufenthalts Notlügen finden sowie ihre Kinder während der Abwesenheit unterbringen. Die deutlicher werdenden Zeichen einer nicht (mehr) gewollten Schwangerschaft belasten psychisch und physisch gleichermaßen. Die finanzielle Belastung kommt unerwartet, das Geld für die Behandlung muss schnell verfügbar sein – auch hier kann die Frau oft nicht offen sagen, wofür sie das Geld benötigt. Aus medizinischer Sicht steigen mit der Schwangerschaftsdauer auch die Risiken des Abbruchs. Auch sind die Behandlungsoptionen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft begrenzt. Wenn Frauen den Aufenthalt so kurz wie möglich halten wollen/müssen, bedeutet dies auch eine Einschränkung der Abbruchmöglichkeiten. So kommt zum Beispiel die Anwendung der Kombination Mifepriston/Misoprostol aufgrund der benötigten Zeit für die Behandlung nicht in Frage, obwohl sie als schonendes Verfahren in einigen Ländern bereits die Standardmethode für den Spätabbruch ist. Auch die medikamentöse Zervixreifung („priming“) kann unter Zeitdruck kaum angewendet werden.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Zunahme medizinischer Risiken eine wichtige Begleiterscheinung des sogenannten Abbruch-Tourismus ist. Für das Ziel, durch landesspezifische Einschränkungen die Zahl der Spätabbrüche zu reduzieren, ist die Effektivität nicht belegt. Stattdessen richten sich die Maßnahmen gegen die betroffenen Frauen und behandelnden ÄrztInnen.

Auch ÄrztInnen reisen....

Während, wie bereits erwähnt, der Abbruch in den meisten europäischen Ländern legal verfügbar ist, werden jedoch die Techniken des Schwangerschaftsabbruchs in der medizinischen Aus- und Weiterbildung nur wenig gelehrt oder Behandlungsstandards weiterentwickelt. Die Niederlande gehören zu den wenigen Ländern, wo es die Möglichkeit einer spezialisierten Ausbildung gibt. Aus diesem Grund können dort Schwangerschaftsabbrüche auf hohem fachlichen Niveau angeboten werden und es gibt dort Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern keinen Mangel an Fachpersonal. Aus die-

sem Grund sind niederländische Fachkräfte in Abbruchkliniken im gesamten Europa tätig.

Fazit

Die Ausweichmöglichkeiten in benachbarte Länder bieten für Frauen eine sichere Möglichkeit zum Abbruch, die im eigenen Land nicht verfügbar ist. Dennoch ist dies eine große Belastung und erhöht die Risiken der Behandlung. Es stellt sich die Frage, warum nur wenige europäische Länder sich in der Lage sehen, Dienstleistungen zum Abbruch im fortgeschrittenen Schwangerschaftsalter bereitzustellen, die den Bedürfnissen der betroffenen Frauen entsprechen. Es ist besorgniserregend, dass sie sich nicht in der Lage sehen, evidenz-basierte Erkenntnisse umzusetzen, wohl aber die negativen Konsequenzen ihrer restriktiven Politik tolerieren. Für die Hälfte der Bevölkerung werden Gesundheit, Rechte und Selbstbestimmung einer politischen bzw. religiösen Agenda untergeordnet.

Literaturangaben

Willems F. Abortion tourism-women and doctors on the move in Europe, presented at: Enquete Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht, 26. November 2001, Vienna, Austria. A German versions available at: www.abtreibung.at/downloads/Abbruch_in_EU.pdf Accessed 10 November 2007

Pennings G. Legal harmonization and reproductive tourism in Europe Human. Reproduction 2004;19(12):2689–94.

Von Baross J. Abortion checks at German-Dutch border. Planned Parenthood Europe 1991;20(1):26.

Irish Family Planning Association, www.ifpa.ie/abortion/hist.html Accessed 10 November 2007

BBC, 3rd May 2007, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6618911.stm>. Accessed 10 November 2007

Fiala C. Abortion in Europe: Are the Laws and Practices Patient centered? Entre Nous magazine, UNFPA/WHO 2005;59:23-5.

Government Statistical Service, Abortion Statistics, England and Wales: 2004, Statistical Bulletin 2005/11, London

Payne D. More British abortions for Irish women. British Medical Journal 1999;318(7176):77.

Nowicka W. The effects of the 1993 anti-abortion law in Poland. Entre Nous 1996;(34-35):13-5.

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2005,
www.destatis.de. Accessed 10 November 2007

Cecile Wijsen, Laura van Lee LANDELIJKE ABORTUS
REGISTRATIE 2004, Utrecht, 2005 Rutgers Nisso
Groep

Fiala C. Who pays for abortions in Europe?, a presen-
tation given at the sixth conference of FIAPAC, 10/11
September 2004 - Vienna, Austria, www.fiapac.org.
Accessed 10 November 2007

USA: Medikamen- töser Schwanger- schaftsabbruch: Zahlen zu Anwen- derinnen und An- gebot

In den USA steigt die Zahl der Frauen, die den Abbruch medikamentös mit Mifepriston durchführen, ebenso die Zahl der Anbieter von Abbruchdienstleistungen

35 Jahre nach dem Grundsatzurteil des amerikanischen Obersten Gerichtshofs, das den Schwangerschaftsabbruch für zulässig erklärte, hat die Einführung des medikamentösen Abbruchs die Bedingungen für Frauen in den USA deutlich verändert. In einer Phase, in der die Abbruchzahlen insgesamt abgenommen haben, hat der Anteil der medikamentös induzierten Abbrüche kontinuierlich zugenommen. In den USA werden inzwischen ca. 13 % aller Abbrüche mit Mifepriston durchgeführt. Bei den Abbrüchen bis zur 9. Schwangerschaftswoche beträgt der Anteil ca. 22 %. Insgesamt wurden 2005 1,2 Millionen Abbrüche durchgeführt, 160 000 davon medikamentös. Seit der Einführung von Mifepriston wurden insgesamt bis 2005 840 000 Schwangerschaften medikamentös beendet. Die im Vorfeld häufig formulierte Einschätzung, dass die Einführung von Mifepriston zu großen Veränderungen im Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen führen würde, hat sich nicht bestätigt. Dennoch hat die Möglichkeit, einen Abbruch diskreter und

mit mehr Privatsphäre anzubieten, in den USA dazu geführt, dass immer mehr ÄrztInnen den medikamentösen Abbruch anbieten, darunter auch solche, die vorher keine Abbrüche durchgeführt haben. Dem Trend, dass immer weniger ÄrztInnen Schwangerschaftsabbrüche anbieten, konnte damit deutlich entgegengewirkt werden. Seit dem Jahr 2000 sank die Zahl um 2 %, erwartet wurden 8 %.

Medikamentöse Abbrüche können in der Praxis so diskret durchgeführt werden, dass es unter Umständen nicht einmal die eigenen Angestellten wissen. Dies sollte in den USA für die Entscheidung, Abbrüche anzubieten nicht unterschätzt werden. Dort können Arztpraxen, von denen bekannt ist, dass sie Abbrüche durchführen, durch Blockaden, Mahnwachen, Demonstrationen und Drohungen von organisierten Abbruchgegnern häufig erhebliche Probleme bekommen und öffentlichen Vorwürfen ausgesetzt werden.

**Geschätzte Zahl der Anbieter
(medikamentöser Abbruch)**

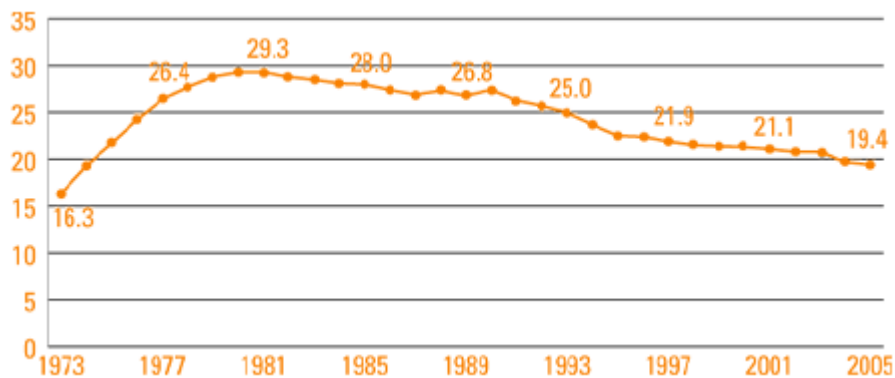
| | 2001 | 2005 |
|---------------------|------|------|
| Abortion clinics | 229 | 308 |
| Other clinics | 174 | 338 |
| Hospitals | 112 | 178 |
| Physicians' offices | 88 | 202 |

**Anzahl der medikamentösen Abbrüche,
Angebot außerhalb von Krankenhäusern**

| | 2001 | 2005 |
|---------------------|--------|--------|
| Abortion clinics | 51,700 | 91,100 |
| Other clinics | 17,100 | 65,200 |
| Hospitals | n/a | n/a |
| Physicians' offices | 1,700 | 4,800 |

Quelle: Perspectives on Sexual and Reproductive Health | Grafik: The Washington Post, Januar 2008

USA: Zahl der Abbrüche pro 1,000 Frauen im Alter 15-44, pro Jahr



In den USA war 2005 die Abbruchrate 19/1000 Frauen. Im Vergleich dazu liegt sie in Deutschland bei etwa 7/1000 Frauen. Mindestens die Hälfte aller amerikanischen Frauen wird im Alter bis 45 Jahre einmal ungewollt schwanger, und auf die aktuellen Zahlen bezogen, ein Drittel der Frauen hat einen Schwangerschaftsabbruch.

Quellen:

Jones R, Zolna M, Henshaw S, Finer, L. Abortion in the United States: Incidence and Access to Services 2005. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2008 40(1):6-16
www.guttmacher.org/publ/journals74000608.pdf

Guttmacher Institute, State facts about abortion: New York, 2006, <http://www.guttmacher.org/pubs/sfaa/new_york.html>, accessed Oct. 31, 2007.
http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html

Rob Stein, Washington Post, January 22, 2008; A01

Jones RK, et al. Repeat abortion in the United States, Occasional Report, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 29.

Der Europarat beschließt Resolution zum Schwangerschaftsabbruch

Der Europarat, der am 5. Mai 1949 als erste der großen europäischen Nachkriegsorganisationen gegründet wurde, hat sich seit seiner Gründung nachhaltig für die Förderung der Menschenrechte, pluralistischer Demokratie und der Rechtsstaatlichkeit eingesetzt sowie Leitlinien für ein demokratisches Europa geschaffen.

Ihm gehören 47 Mitgliedsstaaten an und er vertritt 800 Millionen Europäer.

Die zwei Hauptorgane des Europarats sind das Ministerkomitee, in welchem die Mitgliedstaaten durch ihren Außenminister vertreten werden, sowie die Parlamentarische Versammlung, in welche die Parlamente der Mitgliedstaaten Vertreter entsenden.

Am 16. April 2008 hat die Parlamentarische Versammlung erstmalig in ihrer Geschichte eine Resolution verabschiedet, die sich mit dem Zugang zu einem sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch befasst.

Der Inhalt der Resolution wurde für den FPR 1/2008 sinngemäß aus dem englischen übersetzt.

Access to safe and legal abortion in Europe Resolution 1607 (2008)¹

1. Die Parlamentarische Versammlung des Europarates betont, dass der Schwangerschaftsabbruch unter keinen Umständen als eine Methode der Familienplanung angesehen werden kann. Abbrüche müssen, soweit möglich, vermieden werden. Alle Möglichkeiten müssen genutzt werden, um sowohl Abbrüche wie auch ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden.
2. In den meisten Mitgliedsstaaten des Europarats ist der Abbruch erlaubt, um das Leben der Frauen zu retten. In der Mehrzahl der Länder ist er ebenfalls aus diversen anderen Gründen erlaubt wie z.B. zum Schutz der körperlichen und seelischen Gesundheit der Frau, bei Vergewaltigung, Inzest, fetalen Fehlbildungen, sozialen Gründen oder in einigen Ländern auf Wunsch. Die Versammlung ist darüber besorgt, dass einige der Staaten Bedingungen schaffen, die einen effektive Zugang zu sicheren, bezahlbaren und angemessenen Abbruchdienstleistungen einschränken. Diese Einschränkungen wirken diskriminierend, da Frauen die gut informiert sind und /oder über hinreichende finanzielle Mittel verfügen, bessere Zugangsmöglichkeit zu einem legalen und sicheren Abbruch haben.
3. Die Versammlung stellt fest, dass Mitgliedsstaaten den Abbruch zwar aus diversen Gründen erlauben, durch die vorhandenen Bedingungen jedoch nicht immer den Zugang zu den Abbruchdienstleistungen gewährleisten: so zum Beispiel durch das Fehlen regionaler medizinischer Einrichtungen, einen Mangel an ÄrztInnen, die bereit sind, Abbrüche durchzuführen, wiederholten ärztlichen Konsultationen als Voraussetzung, die Bedenkzeit sowie die vorgeschriebene Wartezeit vor dem Abbruch. Diese Bedingungen können den Zugang erschweren oder unter Umständen unmöglich machen.
4. Die Versammlung ist der Meinung, dass der Schwangerschaftsabbruch innerhalb einer angemessenen Schwangerschaftsdauer nicht verboten sein sollte. Verbote führen nicht zu einer Reduzierung der Abbruchzahlen, sondern hauptsächlich zu heimlichen Abbrüchen, die traumatischer sind und die mütterliche Sterblichkeit erhöhen und/oder zu "Abbruchtourismus", der kostspielig ist, Abbrüche verzögert und zu sozialer Ungerechtigkeit ist. Die Rechtmäßigkeit des Abbruchs verändert nicht den Bedarf der Frauen an Abbrüchen, sondern nur Zugang zu einem sicheren Abbruch.
5. Gleichzeitig ist belegt, dass angemessene Methoden und Strategien zur Umsetzung der Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, die verpflichtende altersgemäße, geschlechtsspezifische Sexualaufklärung für Jugendliche einschließt, zu weniger Abbrüchen führt. Dieser Unterricht sollte folgende Aspekte berücksichtigen: eigene Wertschätzung, Beziehungsfragen, die Freiheit, den Beginn sexueller Aktivität zu verzögern, das Vermeiden von Gruppendruck, Verhütungsberatung, und die Wahrnehmung der eigenen Verantwortung.
6. Die Versammlung bestätigt das Recht aller Menschen, Frauen eingeschlossen, dass ihre körperliche Integrität respektiert wird und sie über den eigenen Körper selbst bestimmen können. In diesem Zusammenhang

sollte die letzte Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bei der betroffenen Frau liegen und sie sollte die Möglichkeit haben, dieses Recht tatsächlich umzusetzen.

7. Die Versammlung fordert die Mitgliedsstaaten des Europarats auf:
 - 7.1. den Schwangerschaftsabbruch innerhalb einer angemessener Schwangerschaftsdauer zu entkriminalisieren;
 - 7.2. Frauen die wirksame Ausübung ihres Rechts auf Zugang zu sicherem und legalem Abbruch zu garantieren.
 - 7.3. Frauen die Wahlfreiheit zu ermöglichen und die Bedingungen für eine freie und informierte Entscheidung zu schaffen, ohne Abbrüche besonders zu fördern;
 - 7.4. Beschränkungen aufzuheben, die den Zugang zum Abbruch *de jure* oder *de facto behindern*, im Besonderen sollten die notwendigen Schritte unternommen werden, um angemessenen Bedingungen herzustellen für die gesundheitliche, medizinische und psychologische Versorgung. Eine angemessene Kostenübernahme sollte angeboten werden;
 - 7.5. Evidenz-basierte angemessene Strategien und Verfahren für die Rechte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einzuführen. Die kontinuierliche Verbesserung und Verbreitung von nicht bewertender Information und Aufklärung zu Sexualität und Beziehungen, sowie von Verhütungsangeboten sollte sicher gestellt werden. Die Verbesserung des Gesundheitssystem sowie der Informationen und Angebote im Bereich reproduktiver Gesundheit sollten durch eine Erhöhung der staatlichen finanziellen Mittel verwirklicht werden;
 - 7.6. Frauen und Männer den Zugang zu Verhütungsberatung und zu Verhütung zuverlässig zu ermöglichen. Verhütung sollte im Preis zumutbar, für die Betroffenen geeignet und von ihnen selbst gewählt worden sein;
 - 7.7. Obligate, altersangemessene, geschlechtsspezifische Aufklärungsmaterialien zum Thema Sexualität und Beziehung für Jugendliche einzuführen. Ziel ist es, ungewollte Schwangerschaften und damit auch Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden;

- 7.8. Informationskampagnen sollten ein positiveres Bild von Familie zeichnen. Beratung und praktische Hilfeleistung sollten dann angeboten werden, wenn Frauen einen Abbruch aus familiären oder finanziellen Gründen erwägen.

¹. *Assembly debate* on 16 April 2008 (15th Sitting) (see Doc. 11537 rev., report of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men, rapporteur: Mrs Gisela Wurm; and Doc. 11576, opinion of Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mrs Christine McCafferty). *Text adopted by the Assembly* on 16 April 2008 (15th Sitting). <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>

Weitere Quellen: Homepage Europarat, Wikipedia, Auswärtiges Amt

Hinweise

Pille und Krebs

Helga Seyler

Seit der Bewertung hormonaler Kontrazeptiva als krebserregend durch das IARC (siehe FPR 2005 Nr.3) wurden mehrere Arbeiten veröffentlicht, in denen die vorhandenen Daten zum Einfluss der Pilleneinnahme auf Krebserkrankungen erneut ausgewertet wurden bzw. neue Daten erhoben wurden.

Eine Metaanalyse beschäftigt sich mit dem Einfluss kombinierter hormonaler Kontrazeptiva auf das Risiko von Eierstockkrebs (Collaborative Group 2008). Es wurden Daten aus 45 Studien ausgewertet. Die Analyse bestätigt, dass Frauen, die die Pille nehmen bzw. genommen haben, ein insgesamt um den Faktor 0,73 geringeres Risiko haben, Eierstockkrebs zu bekommen. Das Risiko sinkt mit zunehmender Einnahmedauer. Der Schutz hält auch nach dem Ende der Einnahme für viele Jahre an (eine Risikoreduktion wurde bis zu 30 Jahre nach der Einnahme beobachtet), wird aber im Lauf der Zeit geringer. Die Einnahme der Pille für 10 Jahre reduziert das Risiko, bis zum Alter von 75 an Eierstockkrebs zu erkranken von 1,2 auf 0,8 von 100 Frauen und das Risiko, daran zu sterben von 0,7 auf 0,5 von 100 Frauen.

Eine weitere Metaanalyse wertet die Ergebnisse von 24 Studien zum Risiko von Gebärmutterhalskrebs bei Pilleneinnahme aus (International Collaboration 2007). Sie zeigt erneut, dass bei Anwendung von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva das Risiko für Gebärmutterhalskrebs abhängig von der Einnahmedauer ansteigt. Bei

Einnahme für 5-9 Jahre ist es um den Faktor 1,25 erhöht, bei Einnahme über 10 Jahre und länger um den Faktor 3,2. Nach Beendigung der Pilleneinnahme verringert sich das Risiko im Laufe der Jahre. Am höchsten ist es während der Anwendung mit einem relative Risiko von 1,9 bei einer Einnahmedauer von 5 Jahren und länger. Etwa 10 Jahre nach Beendigung der Einnahme ist das Risiko nicht mehr erhöht. Die AutorInnen der Studie berechnen, dass die Einnahme der Pille für 10 Jahre im Alter von etwa 20-30 Jahren die kumulative Inzidenz⁴ für Gebärmutterhalskrebs bis zum Alter von 50 Jahren von 3,8 auf 4,5 pro 1000 Frauen in den entwickelten Ländern erhöht (in weniger entwickelten Ländern, in denen Gebärmutterhalskrebs häufiger ist, steigt die kumulative Inzidenz von 7,3 auf 8,3 von 1000 Frauen). Die Pilleneinnahme hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von HPV-Infektionen. Wie es zu der häufigeren Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs kommt, ist unklar. Bekannte Faktoren wie das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Anzahl der Sexualpartner, Rauchen und andere Faktoren wurden in den Studien berücksichtigt.

Diese Veröffentlichungen bestätigen das bisherige Wissen, dass hormonale Kontrazeptiva das Risiko für einige Krebsarten leicht erhöhen (Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Leberkrebs), und für andere Krebsarten senken (Eierstockkrebs, Gebärmutterhalskrebs).

Da die Häufigkeit von Krebserkrankungen bei jungen Frauen sehr gering ist, und erst bei Frauen um 50 ansteigt, ist die Auswirkung einer früheren Pilleneinnahme auf die Krebshäufigkeit in späteren Jahren besonders relevant. Wichtig ist also auch, wie lange die Risikoerhöhung bzw. –minderung nach Ende der Einnahme anhält. Dies wurde in den aktuellen Studien mit berücksichtigt.

Wegen des gegensätzlichen Einfluss hormonaler Kontrazeption auf unterschiedliche Krebsarten stellt sich auch die Frage, wie sich die Einnahme auf das Krebsrisiko insgesamt auswirkt. Mit dieser Frage beschäftigt sich eine Kohortenstudie aus Großbritannien (Hannaford 2007). Ausgewertet wurden die Daten von 339 000 Frauen und 744 000 Anwendungsjahren. Zum Zeitpunkt der Auswertung waren alle Frauen bereits postmenopausal.

Die frühere Pilleneinnahme reduzierte in dieser Studie das Risiko für Krebserkrankungen insgesamt (relatives Risiko 0,88) ebenso wie das Risiko für Unterleibs- und Brustkrebs insgesamt. Im

Einzelnen war das Risiko für Gebärmutterhalskrebs in der Gruppe der (ehemaligen) Pillen Anwenderinnen gering und nicht signifikant erhöht, für Brustkrebs gab es keine Unterschiede. Das Risiko für Eierstock- und Gebärmutterhalskrebs sowie Dickdarmkrebs war verringert. Die durchschnittliche Einnahmedauer der Pille betrug 44 Monate. Dies könnte das nur geringfügig erhöhte Risiko für Gebärmutterhalskrebs erklären. In einer Untergruppe mit Einnahmedauer von > 8 Jahren war das Risiko, wie auch in anderen Studien, um den Faktor 2,73 erhöht. In dieser Gruppe war auch das Risiko für Krebserkrankungen insgesamt etwas (Faktor 1,22) erhöht. Das Brustkrebsrisiko sowie das Risiko für Brust- und Unterleibskrebs insgesamt waren in der Gruppe mit langjähriger Pilleneinnahme leicht und nicht signifikant erhöht.

Literatur

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet* 2008; 371: 303-14.

Hannaford, P., S. Selvaraj, et al. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ* 2007.

International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370: 1609-21.

Thromboserisiko beim Verhütungspflaster

Die FDA hat im Januar dieses Jahres eine Ergänzung der Fachinformationen für das Verhütungspflaster Ortho Evra® bekannt gegeben.

Die Ergebnisse einer weiteren Studie wurden aufgenommen, die erneut ein höheres Risiko für thromboembolische Komplikationen bei der Anwendung des Verhütungspflasters im Vergleich zu Kombinationspillen zeigt. Zwei vorherige Studien hatten widersprechende Ergebnisse, in einer fand sich kein erhöhtes Risiko, in der anderen war das Risiko auf das Doppelte erhöht (siehe FPR Nr.3 November 2006).

Die neue Studie wurde im Auftrag der Herstellerfirma Johnson & Johnson durchgeführt (BCDSP

⁴ Zahl der gesamten Neuerkrankungen bis zum Alter von 50 Jahren

2007). Das Risiko für thromboembolische Komplikationen bei Anwendung des Pflasters wurde mit dem einer Kombinationspille mit 30 µg EE und LNG verglichen. Das Risiko war mit dem Pflaster etwa verdoppelt.

In der US-amerikanischen Patienteninformation für Ortho Evra® wird darauf hingewiesen, dass die durchschnittliche Östrogendosis im Körper mit dem Pflaster etwa 60% höher ist, als mit oralen Kontrazeptiva mit 35 µg EE. Auf die unterschiedlichen Ergebnisse der Studien zum Thromboserisiko wird ebenfalls hingewiesen. Den Frauen wird geraten, wegen des möglicherweise erhöhten Thromboserisikos mit ihrer Ärztin zu sprechen.

In der deutschen Fachinformation wird lediglich darauf hingewiesen, dass ein erhöhtes Risiko für thromboembolische Erkrankungen im Vergleich zu kombinierten oralen Kontrazeptiva nicht auszuschließen ist. Das Pflaster, das in Deutschland auf dem Markt ist (Evra Verhütungspflaster®), enthält eine geringere Hormonmenge im Vergleich zu Ortho Evra® (6 mg NMG und 600 µg EE im Vergleich zu 6 mg NMG und 750 µg EE). Die tägliche Freisetzung der Hormone wird jedoch identisch angegeben (150 µg NMG, 20 µg EE).

Für das in Deutschland zugelassene Pflaster gibt es keine eigenen Studien zur Pharmakokinetik oder zum Thromboserisiko.

Literatur

BCDSP
(Boston Collaborative Drug Surveillance Program).

Postmarketing study of ORTHO EVRA® and levonorgestrel oral contraceptives containing hormonal contraceptives with 30 µg of EE in relation to non-fatal venous thromboembolism, ischemic stroke and myocardial infarction. 2007

<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00511784>

Birkhäuser M, Braendle W, et al. Metabolische Wirkungen der oralen, transdermalen und vaginalen Ovulationshemmer. Frauenarzt 2007; 48:1050-2

Screening auf Chlamydieninfektionen – Neue Vorsorgeuntersuchung implementiert

Seit April 2008 wird das vom Gemeinsamen Bundesausschuss im letzten Jahr beschlossene Screening auf Chlamydieninfektionen in der Praxis angeboten. Frauen bis zum Alter von 25 Jah-

ren, die gesetzliche Krankenversichert sind, können auch ohne Beschwerden und Infektionszeichen einmal jährlich einen Chlamydientest durchführen lassen. Auch vor einem Schwangerschaftsabbruch wird ein Chlamydien-Screening angeboten. Die Untersuchung wird aus einer Urinprobe mit einem Nukleinsäureamplifizierenden Test (NTA) durchgeführt. Übergangweise kann bis Ende 2008 auch ein Abstrich vom Gebärmutterhals auf Chlamydien untersucht werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch ein Informationsblatt für Frauen erstellt, mit dem Titel „Warum wird mir ein jährlicher Chlamydientest angeboten?“.

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss und Text des Merkblattes für Frauen:

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=59196>

Muster-Gesundheitsaufklärung für Früherkennungsmaßnahmen

Nachdem bei der letzten Gesundheitsreform eine Aufklärung über Früherkennungsmaßnahmen für alle Anspruchsberechtigten gesetzlich festgeschrieben wurde, hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) nun eine Vorlage dafür erarbeitet, welche Inhalte in dieser Aufklärung vermittelt werden sollen. Die Muster-Gesundheitsaufklärung wurde im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt. Sie soll als Grundlage für die Erstellung von Aufklärungsmaterialien dienen und listet die wesentlichen Punkte auf, über die in Aufklärungsmedien informiert werden soll.

Neben Informationen über den Nutzen der Maßnahmen soll auch über Grenzen der Aussagefähigkeit und über Risiken informiert werden. Diese Informationen fehlen in vielen vorhandenen Informationsbroschüren.

„Es gibt eine Vielzahl von Aufklärungsbroschüren über Früherkennungsuntersuchungen. Die meisten sind jedoch als Entscheidungshilfen nicht geeignet, da wichtige Angaben, die eine Entscheidung beeinflussen könnten, fehlen. Dazu gehören zum Beispiel die Risiken der Untersuchung oder die Konsequenzen falsch positiver oder falsch negativer Testergebnisse.“

„Nicht der politische Wille für ein flächendeckendes Screening darf an erster Stelle stehen, son-

dem die informierte Entscheidung für oder gegen Früherkennungsmaßnahmen auf der Basis valider Informationen und evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen.“

Die „Muster-Gesundheitsaufklärung“ ist unter www.aerzteblatt.de/plus1408 abrufbar

der darzustellen als auch auf die Problematik rassistischer Bevölkerungspolitik hinzuweisen. Doch solange es an sexueller Aufklärung, Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln und dem selbstverständlichen Recht auf sexuelle Selbstbestimmung von Frauen mangelt (was nicht nur in der „Dritten Welt“ der Fall ist), ist das Recht auf Abtreibung „das Recht auf reproduktive Sicherheit“ (die Herausgeberin).

Neuerscheinung

Sarah Diehl (Hrsg.):
Deproduktion. Schwangerschaftsabbruch im internationalen Kontext.

Alibri Verlag, 2006; 260 Seiten, broschiert
€ D 17,00/€ A 17,50/sFr 30,20
ISBN: 3-86569-016-5

Gesellschaftliche Konstellationen bringen Frauen weltweit dazu, ihr Leben bei Schwangerschaftsabbrüchen zu riskieren. International ist das kein Thema. In diesem Band wird dieses Tabu endlich gebrochen.

Diese Anthologie verbindet unterschiedliche Aspekte des Themas und stellt die Selbstverständlichkeit in Frage, mit der Frauen moralisch, sozial und politisch immer noch ihre vollen reproduktiven Rechte (die auch den Verzicht auf Fortpflanzung umfassen) und ihre körperliche Selbstbestimmung verwehrt werden.

Große Themenbereiche sind

- Die Situation in einzelnen Ländern
- Abtreibung in Medien, Film und Literatur
- Die Geschichte der Selbstbestimmung
- Persönliche Erfahrungen

Weltweit stirbt alle 7 Minuten eine Frau an einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch. Zugang der Frauen zu einer sicheren Abtreibung reduziert die Lebensgefahr in deutlichem Maß, das belegen alle Untersuchungen.

Wirtschaftlicher Druck und gesellschaftliche Moralvorstellungen schränken Frauen weltweit in ihrer Wahlfreiheit ein und können in beide Richtungen wirken: ungewollte Schwangerschaften auszutragen oder auch gewollte zu beenden. In den Beiträgen werden die finanziellen, sozialen, gesellschaftlichen, moralischen Zusammenhänge aufgezeigt, die Frauen oft zu einer Abtreibung zwingen - ein „freiwilliger“ Entschluss, der unter dem Druck der Verhältnisse erfolgt. Dabei achten die Autorinnen sowohl darauf, Abtreibung nicht als Allheilmittel für so genannte Entwicklun-