

# Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe April 2009 Nr. 1

## Inhalt

Impressum	2
Aktuelle Informationen über Verhütungsmittel	3
Wechselwirkungen zwischen hormonalen Kontrazeptiva und anderen Medikamenten	13
IPPF News	17
Pille danach	18
Hinweise	
- HPV-Impfung – Kritische Stellungnahme	19
- HPV-Impfung – Informationen zu unerwünschten Nebenwirkungen	19
- „Berliner Erklärung“ zur HPV-Impfung	20
- Prostatakrebs: Nutzen des PSA-Tests zur Früherkennung bleibt umstritten	20
- Tibolon nach Brustkrebs	21
Veranstaltungen	22
Publikation	23

Impressum: © 2009  
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](mailto:rundbrief@profamilia.de)  
Internet: [www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief](http://www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief)  
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA).

# Aktuelle Informationen über Verhütungsmittel

Helga Seyler

## Einleitung

Für einen Rundbrief, der den Begriff Familienplanung bereits im Titel enthält, ist die regelmäßige Information zu aktuellen Entwicklungen der Empfängnisverhütung selbstverständliches Programm. Neben der laufenden Berichterstattung zu aktuellen Themen aus diesem Bereich in den Rundbriefen wurden erstmals im Familienplanungs-Rundbrief 1-04 neue Informationen in einer Übersicht als Verhütungsmittel-Update präsentiert. In diesem Rundbrief gibt es nun erneut eine Zusammenfassung aktueller Informationen. Ausführlichere Artikel zu einzelnen Themen finden sich zum Teil in vorangehenden Rundbriefen.

## Spiralen

### GyneFix® IUS<sup>1</sup>

Das GyneFix® IUS (Kupferkette) stößt auf zunehmendes Interesse bei den Anwenderinnen, da es vom Hersteller mit der Aussage beworben wird, es sei den herkömmlichen Kupferspiralen überlegen. Als Vorteile werden selteneres Verrutschen oder Ausstoßung genannt. Außerdem käme es seltener zu verstärkten Blutungen als mit herkömmlichen Kupfer-IUP.

Die Kupferkette besteht aus 6 (GyneFix® 330) bzw. 4 (GyneFix® 200) Kupferelementen, die auf einen Nylonfaden aufgezogen sind. Die größere Version ist 3 cm lang und hat eine Kupferoberfläche von 330 mm<sup>2</sup>, die kleinere ist 2 cm lang und besitzt 200 mm<sup>2</sup> Kupferoberfläche. Der Nylonfaden wird mit einem Knoten etwa 1 cm tief in der Muskulatur der Gebärmutterwand verankert. Dafür gibt es einen speziellen Applikator.

In der Fachinformation wird eine Liegedauer von 5 Jahren empfohlen. Laut Hersteller ist jedoch eine längere Liegedauer von bis zu 10 Jahren möglich (Wildemeersch 2003).

### Studienergebnisse zu GyneFix®

Es gibt umfangreiche Studien über Effektivität, Häufigkeit der Ausstoßung und Nebenwirkungen des GyneFix® IUS. Sie wurden auch in einem Cochrane Review bewertet (O'Brien 2009).

Die meisten Studien führten Arbeitsgruppen des Entwicklers des IUS durch. In diesen Studien finden sich durchgehend sehr niedrige Raten an Ausstoßungen, Schwangerschaften und unerwünschten Nebenwirkungen.

### Ausstoßungen

Im Gegensatz zu den Studien der o. g. Arbeitsgruppen finden sich in zwei größeren Studien von anderen Arbeitsgruppen zum Teil höhere Raten an Ausstoßungen beim GyneFix® im Vergleich zum Kupfer-IUP. In einer neueren Studie mit einem verbesserten Applikator war die Rate nicht mehr erhöht. Ausstoßungen des GyneFix® werden vorwiegend einer unkorrekten Einlage zugeschrieben. Das Einlegen des GyneFix® ist schwieriger als bei dem IUP mit Kunststoffrahmen und erfordert ein besonderes Training. Anwendungsbeobachtungen zeigen, dass bei Ärzten mit wenig Erfahrungen im Einlegen des GyneFix® die Rate an Ausstoßungen erhöht ist. Daher ist ausreichende Erfahrung für eine korrekte Einlage notwendig.

Beim Entfernen des IUS ist deutlich stärkerer Zug am Faden nötig als zur Entfernung von klassischen IUPs. Größere Schmerzen wurden dabei im Vergleich zum TCu380A von den Frauen nicht berichtet (D'Souza 2003).

### Verhütungssicherheit

Die Versagerraten beim GyneFix® sind in allen Studien vergleichbar mit denen der klassischen IUP und liegen unter 1 % pro Jahr. Im zweiten bis sechsten Jahr der Anwendung (wenn es nicht mehr zu Ausstoßungen durch unkorrekte Einlage kam) war die Schwangerschaftsrate in den im Cochrane-Review ausgewerteten Studien beim GyneFix® niedriger als beim T CU380A (insgesamt 1,2 % versus 2,3 % in 5 Jahren).

Vorzeitige Entfernungen wegen Schmerzen und verstärkten Blutungen waren in einigen Studien beim GyneFix® etwas seltener im Vergleich zum T CU380A, in anderen fand sich kein Unterschied.

<sup>1</sup> Siehe auch FPR 4-04

### *Verletzungen der Gebärmutterwand*

In den kontrollierten Vergleichsstudien wurden keine Perforationen (Verletzungen der Gebärmutterwand) bei der Einlage von GyneFix® berichtet. In der Anwendungspraxis außerhalb von Studien wurden mehrere Perforationen berichtet (O'Brien 2009). Es kann keine Aussage dazu gemacht werden, ob sie häufiger vorkommen als bei der Einlage anderer Kupfer-IUPs. Da bei der Einlage jedoch der Faden in der Gebärmutterwand verankert werden muss und dabei die Gebärmutterwand verletzt wird, während bei der Einlage der herkömmlichen IUP die Verletzung strikt vermieden wird, ist ein höheres Perforationsrisiko zumindest vorstellbar.

### *Frauen ohne Geburten*

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

### *Bewertung und mögliche Indikationen*

Die bisherigen Studien zeigen für die Mehrzahl der Frauen keine eindeutigen Vorteile des rahmenlosen IUS gegenüber herkömmlichen IUPs. Deshalb erscheint die generelle Bevorzugung nicht sinnvoll, da die Einlage des GyneFix® schwieriger ist und ein spezielles Training sowie ausreichende Erfahrung erfordert. Das GyneFix® IUS kann jedoch eine Alternative für Frauen sein, bei denen klassische IUPs mehrfach verrutscht sind. Ob die Chance dann größer ist, dass das IUS nicht ausgestoßen wird, ist nicht sicher. Auf jeden Fall spielt dabei aber die Erfahrung der behandelnden ÄrztIn mit dem Einlegen eine große Rolle.

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

Als weitere Indikation wird die Anwendung zur Notfallverhütung angegeben, die wegen des kleinen Durchmessers des IUS von 3,8 mm einfacher sein könnte. Allerdings zeigt eine Studie, dass die Einlage eines herkömmlichen IUPs nicht schwieriger war als die der Kupferkette (D'Souza 2003).

### **Verschiedene Typen von Kupfer-IUP**

In Deutschland sind zahlreiche verschiedene Typen von Kupfer-IUPs auf dem Markt, außerdem gibt es einzelne Typen in verschiedenen Größen und Varianten von unterschiedlichen Vertrieben. Neben der Form des Kunststoffträgers unterscheiden sich die Größen und die Oberflächen des Kupferdrahts. Bei manchen IUPs hat der Kupferdraht einen Silberkern, andere haben Goldringe an den Seitenarmen.

### *Unzureichende Datenlage*

Es ist kaum möglich, einen vollständigen Überblick über alle IUP-Typen zu geben. Für viele Typen gibt es nur wenige Daten zu Effektivität und Nebenwirkungen. Noch unbefriedigender ist die Datenlage hinsichtlich vergleichender Studien. Aus diesem Grund ist es auch schwierig, abzuschätzen, ob bestimmte Typen Vorteile gegenüber anderen haben oder ob bestimmte Größen für Frauen mit oder ohne Geburten besser geeignet sind.

Es scheint, dass die Verhütungssicherheit mit der Kupferoberfläche zunimmt und durch Kupfermanschetten auf den Seitenarmen zusätzlich erhöht wird. Ob ein Silberkern im Kupferdraht die Haltbarkeit des Kupferdrahts und die langfristige Verhütungswirkung beeinflusst, ist unklar. Auch liegen keine Belege für die Behauptung vor, dass Goldringe bei IUPs eine infektionshemmende Wirkung besitzen. Welche Faktoren Blutungsstärke, Schmerzen sowie die Rate an Ausstößen beeinflussen, ist unklar.

Am meisten Daten gibt es für das international am häufigsten verwendete TCu 380A und Multiload Cu 375 (beide Formen gibt es mit anderem Namen auch von unterschiedlichen Vertrieben). Weniger Daten gibt es zum Nova-T 200, Multiload 250 und Cu-Safe.

Zur Verhütungssicherheit zeigen Vergleichsstudien übereinstimmend die höchste Effektivität für das TCu380 A, etwas geringere Effektivität für das Multiload Cu 375 und deutlich geringere Effektivität für das Nova-T 200. In Bezug auf Nebenwirkungen wie Blutungsstörungen, Schmerzen und Infektionen zeigen die Studien keine eindeutigen Unterschiede (Kulier 2007).

### *Frauen ohne Geburten*

Für Frauen ohne Geburten bzw. junge Frauen gibt es nach wie vor nur wenige Daten zur Verhü-

tungssicherheit und Komplikationsrate (Rate an Ausstoßungen, Rate an vorzeitigen Entfernungen wegen Blutungsproblemen) verschiedener IUPs. In die großen Studien wurden entweder nur Frauen mit Geburten aufgenommen oder es gab keine getrennte Auswertung der Ergebnisse bei Frauen mit und ohne Geburten. Deswegen ist nicht klar, ob bei Frauen ohne Geburten bzw. jungen Frauen z. B. kleinere IUP-Typen bevorzugt werden sollten.

In den Empfehlungen der WHO (WHO 2004) überwiegen auch bei Frauen ohne Geburten die Vorteile der Verhütung mit IUP generell die Nachteile.

### *Liegedauer des Kupfer-IUPs<sup>2</sup>*

In Deutschland werden Kupfer-IUPs immer noch häufig nach zwei bis drei Jahren entfernt bzw. gewechselt, obwohl in anderen Ländern deutlich längere Liegezeiten für die gleichen IUPs üblich sind und auch die Fachinformationen der meisten IUPs längere Liegezeiten angeben.

Da die Frequenz des IUP-Wechsels u. a. einen erheblichen Kostenfaktor für die Anwenderinnen darstellt, lohnt es sich, Empfehlungen der Hersteller und evidenzbasierte Richtlinien genauer zu betrachten. Für das Multiload Cu 375®, femina®, Multisafe Cu 375®, Nova-T 200®, Ancora 250/375® wird in den Fachinformationen eine Liegedauer von fünf Jahren angegeben, bei Goldlilly® beträgt die empfohlene Liegedauer sieben Jahre. Für das Flexi-T® 300 und 380+ wird in der Fachinformation für optimale Verhütungssicherheit eine Liegedauer von drei Jahren angegeben: „Eine längere Liegedauer erscheint möglich“.

Dass die Verhütungswirkung der Kupfer-IUP nach drei oder fünf Jahren nachlässt, ist unwahrscheinlich. Die Freisetzungsrates des Kupfers ins Endometrium ist abhängig von der Kupferoberfläche des Drahtes. Sie wird durch rasche Ausbildung eines Belags aus Kupfersulfat, Polypeptiden und Salzen wenige Stunden nach IUP-Einlage stark reduziert und bleibt dann über viele Jahre konstant. Sie lässt nach Ablauf der zugelassenen Liegedauer nicht nach.

Für die meisten in Deutschland üblicherweise benutzte IUPs gibt es zwar nur wenige Daten über die Verhütungssicherheit bei einer Liegedauer von mehr als drei bis fünf Jahren, jedoch wird bei keiner der Studien ein Ansteigen der

Versagerrate beobachtet, wenn das IUP über die empfohlene Liegedauer hinaus in der Gebärmutter belassen wird. Eine Ausnahme stellt das Nova-T® dar: In einer Veröffentlichung von WHO-Daten wird über eine zunehmende Versagerrate im vierten und fünften Jahr gegenüber dem ersten bis dritten Jahr berichtet, bei einer im Vergleich zu anderen IUPs insgesamt deutlich höheren Versagerrate (WHO 1990, Chi 1993).

Die WHO empfiehlt für den international am häufigsten verwendeten IUP-Typ TCu 380 A eine Liegedauer von zehn Jahren. In großen Studien ist eine anhaltend hohe Verhütungssicherheit bis zu 15 Jahren belegt (kumulative Schwangerschaftsrate nach 15 Jahren 22/1000, im 11-16. Jahr trat keine Schwangerschaft auf), und eine noch längere Liegedauer wird untersucht.

In den Niederlanden empfiehlt eine Leitlinie der NHG (Wissenschaftliche Gesellschaft der niederländischen Hausärzte) für das Multiload Cu 375® eine Liegedauer von zehn Jahren. Die Versagerrate ist in WHO-Studien höher als für das TCu 380 A, steigt jedoch bis zu einer Liegedauer von zehn Jahren nicht an (kumulative Schwangerschaftsrate nach zehn Jahren 53/1000) (UNDP 2002/2003, Treiman 1995).

### *Vorteile einer langen Liegedauer des IUP*

Komplikationen wie Verrutschen oder Ausstoßung des IUPs, Infektionen, verstärkte Blutungen oder Schmerzen treten mit zunehmender Liegedauer immer seltener auf (Sivin 2007). Das Risiko für Infektionen in der Gebärmutter und im kleinen Becken ist besonders in den ersten Wochen nach der Einlage erhöht, was dafür spricht, das IUP möglichst selten zu wechseln (Freundl, 1992). Auch Schmerzen und das Perforationsrisiko beim IUP-Wechsel, sowie die Kosten sind Argumente für eine möglichst lange Liegezeit.

### **Hormonspirale Mirena®**

Seit 2007 schreibt die Fachinformation vor der Einlage der Hormonspirale eine schriftliche Aufklärung und Unterschrift vor<sup>3</sup>. Die Anwenderin muss die Gebrauchsinformation vor der Einlage bekommen und lesen können.

Diese Vorgabe soll die Aufklärung der Frauen über mögliche Nebenwirkungen verbessern. Eine Fragebogenaktion des Frauengesundheitszentrums Graz bestätigte Erfahrungen, dass viele

<sup>2</sup> Siehe auch FPR 2-08

<sup>3</sup> Siehe auch FPR 2-07

Anwenderinnen ungenügend informiert werden und dass dies ein wesentlicher Faktor für Unzufriedenheit bei den Nutzerinnen ist (Groth 2003). Insbesondere über die möglichen Nebenwirkungen der Hormone wie depressive Verstimmungen, Libidoverlust, Akne, Gewichtszunahme und Brustspannen, die bei 1 bis 10 % der Frauen auftreten können, wird oft nicht oder nicht ausreichend informiert. Auch über die Häufigkeit von Eierstockzysten (bei 10 % der Frauen) werden viele Frauen nicht aufgeklärt.

In der geänderten Fachinformation von 2007 wird auch auf das Perforationsrisiko hingewiesen, das zwischen 1-26/10 000 Einlagen liegt. Zur Verletzung der Gebärmutter kommt es meist während der Einlage der Spirale, wobei das Perforationsrisiko hier wahrscheinlich nach Geburten und bei stillenden Frauen erhöht ist sowie bei Lageanomalien der Gebärmutter. Nach einer Geburt soll Mirena® erst nach vollständiger Rückbildung der Gebärmutter eingelegt werden, frühestens nach sechs, eventuell auch erst nach zwölf Wochen.

Auch das Risiko von Eileiterschwangerschaften wurde neu in die Fachinformation aufgenommen. Es ist, ähnlich wie bei Kupferspiralen, geringer als bei Frauen ohne Verhütung. Wenn es unter der Anwendung zu einer Schwangerschaft kommt, handelt es sich jedoch häufiger um eine Eileiterschwangerschaft. Die Häufigkeit wird mit 0,06 pro 100 Frauenjahre angegeben.

#### *Kleinere Version der Hormonspirale*

Bayer-Schering hat angekündigt, in naher Zukunft eine kleinere Version der Hormonspirale auf den Markt zu bringen. Für junge Frauen wäre das eine wichtige Ergänzung des Verhütungsspektrums. Da mit der Hormonspirale Regelblutungen und Regelschmerzen schwächer werden, ist sie für Frauen, die mit der Pilleneinnahme nicht zurecht kommen oder keine kombinierten hormonalen Kontrazeptiva anwenden dürfen, eine gute Alternative zur Kupferspirale. Aufgrund der Länge von 3,4 cm ist Mirena® jedoch oft zu groß für die Gebärmutterhöhle von jungen Frauen und Frauen ohne Geburten. Dies kann zu Schmerzen und Ausstoßung führen.

#### **Literatur**

AkdÄ. Newsletter 2007-108 der Arzneimittelkommission. [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

Chi IC. What we have learned from recent IUD studies: a researcher's perspective. *Contraception* 1993; 48: 81-108.

D'Souza R, Masters T, et al. Randomised controlled trial assessing the acceptability of GyneFix versus Gyne-T380S for emergency contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2003; 29: 23-9

D'Souza R, Bounds W, et al. Comparative trial of the force required for, and pain of, removing GyneFix versus Gyne-T380S following randomised insertion. *The journal of family planning and reproductive health care* 2003; 29: 29-31

Freundl G. Does infection occur with modern intrauterine devices? *Lancet* 1992; 339: 783-4

Groth S. Die Hormonspirale – Verhütung mit unerwünschten Wirkungen. *Hormonspirale Umfrage*. Graz 2007.

[http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene\\_dateien/bilder/themen/Verh\\_tung/Hintergrund\\_Hormonspirale.pdf](http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/themen/Verh_tung/Hintergrund_Hormonspirale.pdf)

Kulier R, O'Brien P, et al. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4. Art. No.: CD005347

NHG Practice guideline „intrauterine device“ 2004. <http://nhg.artsennet.nl/upload/104/guidelines2/E14.htm>

O'Brien RA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. *The Cochrane Library* 2009 Issue 1

Sivin I. Utility and drawbacks of continuous use of a copper T IUD for 20 years. *Contraception* 2007; 75: S70-S5

Treiman K, Liskin L, et al. IUDs – an update. *Population Reports*. 1995; 12 Series B Nr 6. Baltimore: John Hopkins School of Public Health

UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme and Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Research on reproductive health at WHO – pushing the frontiers of knowledge. Biennial report 2002/2003*

WHO: The TCu380A, TCu220C, Multiload 250 and Nova T IUDs at 3,5 and 7 Years of use – results from three randomized multicentre trials. *Contraception* 1990; 42: 141-58

WHO: *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 3<sup>rd</sup> edition 2004. 2008 updates.

[http://www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html)

## Hormonelle Kontrazeptiva

### Neues Einnahmeschema<sup>4</sup>

Durch ein neues Einnahmeschema, bei dem an 24 Tagen Hormone und an vier Tagen wirkstofffreie Pillen eingenommen werden, soll sowohl die Verhütungssicherheit als auch die Verträglichkeit verbessert werden. In Deutschland wurde 2008 das Präparat Yaz® auf den Markt gebracht. Es enthält das Gestagen Drospirenon und Ethinylestradiol in der Dosierung von 20 µg. In den USA sind bereits zwei weitere Präparate mit diesem Einnahmeschema und unterschiedlichen Gestagenen zugelassen.

Die Pause von sieben Tagen im üblichen Einnahmeschema wird besonders bei den sehr niedrig dosierten Pillen als Sicherheitsrisiko angesehen. Durch die verkürzte Pause soll sich das Versagerisiko bei Einnahmefehlern am Anfang der neuen Packung verringern.

Als weiterer Vorzug wird genannt, dass mit der kürzeren Pause Beschwerden wie Brustspannen, Kopf- oder Unterleibsschmerzen verringert werden, unter denen manche Frauen in der Einnahmepause leiden.

### Pilleneinnahme im Langzyklus

In Deutschland ist, anders als in den USA, weiterhin kein Pillenpräparat für die Anwendung im Langzyklus zugelassen. Alle niedrig dosierten Einphasenpräparate (mit 20-30 µg Ethinylestradiol) können ohne Einnahmepause angewendet werden, diese Anwendung erfolgt jedoch außerhalb der Zulassung. Auch der Vaginalring kann ohne Pause angewendet werden. Da das Hormondepot für eine gleichmäßige Hormonabgabe von vier Wochen ausreicht (Fachinformation), soll der Ring bei der Langzyklus-Anwendung jeweils vier Wochen in der Vagina belassen und dann gewechselt werden.

Einnahmepausen können je nach Wunsch entweder alle drei bis sechs Monate oder gar nicht gemacht werden. Meist treten in unregelmäßigen Abständen leichte Blutungen auf, die mit zunehmender Dauer der Langzyklusanwendung immer seltener werden. Manchmal kann es auch zu Dauerblutungen kommen.

Ob durch das Weglassen der Einnahmepause das Risiko für Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebserkrankungen ansteigt, ist nicht geklärt.

In der Praxis ist die kontinuierliche Langzyklusanwendung eher selten. Die meisten Frauen, die ein entsprechendes Pillenpräparat einnehmen, nutzen aber die Möglichkeit, entsprechend ihren Bedürfnissen die Menstruation durch gelegentliches Auslassen der Einnahmepause zu verschieben.

Empfohlen wird die Langzyklus-Anwendung für Frauen, bei denen Regelschmerzen durch die zyklische Pilleneinnahme nicht ausreichend gebessert werden, und für Frauen, die unter anderen zyklusabhängigen Beschwerden und Erkrankungen leiden, z. B. unter gehäuften epileptischen Anfällen oder Migräne während der Regel.

### Unterschiedliche Gestagene

Während die Kombinationspräparate alle das gleiche Östrogen Ethinylestradiol enthalten, gibt es zehn verschiedene Gestagene. Als Gestagene der zweiten Generation werden Levonorgestrel (LNG) und Norethisteronacetat (NETA) bezeichnet, als Gestagene der dritten Generation Desogestrel (DSG) und Gestoden (GSD). Dienogest (DNG) und Drospirenon (DSP) sind die neuesten in Kontrazeptiva angewandten Gestagene.

Einzelne Gestagene haben mehr androgene Wirkungen (LNG, NETA), andere wirken eher antiandrogen (DNG, DSP, Chlormadinoacetat CMA, Cyproteronacetat CPA). Letztere sollen sich günstiger auf Akne und Haarausfall auswirken. Drospirenon hat neben antiandrogenen auch antimineralokortikoide<sup>5</sup> Wirkungen<sup>6</sup>. Deshalb soll es auch verschiedene prämenstruelle Beschwerden bessern, wie Wassereinlagerungen im Gewebe, Brustspannen, Völlegefühl, geblähter Bauch und prämenstruelle depressive Verstimmungen.

Nach dem Zeitpunkt der Markteinführung richtet sich der Preis der Präparate, so dass ältere Präparate meist deutlich günstiger sind als neuere.

Zu der Frage, ob sich Pillenpräparate mit unterschiedlichen Gestagenen in Bezug auf Verhütungssicherheit, Verträglichkeit und gesundheitliche Risiken unterscheiden, gibt es nur wenig aussagekräftige Daten.

<sup>4</sup> Siehe auch FPR 3-08

<sup>5</sup> Mineralokortikoide sind Hormone aus der Nebennierenrinde, die den Wasser- und Salzhushalt regulieren. Die antimineralokortikoide Wirkung soll Wassereinlagerungen ins Gewebe entgegenwirken.

<sup>6</sup> Siehe auch FPR 3-08 und FPR 4-07

### *Einfluss auf das Körpergewicht*

In Bezug auf Gewichtszunahme – die häufigste Sorge von Frauen bei der Pilleneinnahme – zeigen Studien keinen Unterschied zwischen verschiedenen Gestagenen. Die Studien belegen allerdings auch im Vergleich zur Placebogruppe keine Gewichtszunahme während der Pilleneinnahme. Zwar nehmen einzelne Frauen deutlich zu, dies wird in der statistischen Auswertung durch Gewichtsverluste bei anderen Frauen allerdings ausgeglichen (Gallo 2008).

### *Einfluss auf die Haut*

Eine positive Wirkung auf Akne haben alle Kombinationspillen. Die Überlegenheit von Gestagenen mit antiandrogener Wirkung ist jedoch nicht so klar belegt. CMA und CPA wirken wahrscheinlich besser als LNG. Vergleichsstudien mit CPA und DSG, sowie Studien mit DSG im Vergleich zu LNG zeigen widersprüchliche Ergebnisse (Arowojolu 2007).

### *Blutungsstörungen*

Unregelmäßige Blutungen treten insbesondere am Anfang der Pilleneinnahme bei allen Präparaten häufig auf. Sie scheinen bei Kombinationspillen mit DSG etwas seltener aufzutreten als bei solchen mit LNG. Zwischen DSP und DSG wurden keine Unterschiede gefunden (Maitra 2004).

### *Prämenstruelles Syndrom (PMS)*

Zur Wirksamkeit von DSP bei prämenstruellem Syndrom bzw. bei prämenstruellen depressiven Verstimmungen (PMDD) gibt es widersprüchliche Daten. Im Vergleich zum Placebo wurden diese Beschwerden durch DSP stärker gebessert, mit DSP traten dafür mehr Nebenwirkungen wie Brustspannen, Übelkeit und Zwischenblutungen auf (Yonkers 2005). Im Vergleich zu anderen Pillen gab es widersprüchliche Studienergebnisse. In einer Studie über sechs Monate wirkte DSP besser, in einer anderen über zwei Jahre gab es keine Unterschiede (Lopez 2008).

### *Gesundheitliche Risiken*

Zur Frage, ob sich Pillen mit verschiedenen Gestagenen in Bezug auf gesundheitliche Risiken (für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Thrombose, Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Krebser-

krankungen) unterscheiden, gibt es weiterhin widersprüchliche Daten.

Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs sind bei Frauen in den Altersgruppen, die hormonelle Verhütung benutzen, sehr selten. Aus diesem Grund sind mögliche Unterschiede zwischen verschiedenen Präparaten in Studien nicht festzustellen.

Die Diskussion bezieht sich daher im Wesentlichen auf Unterschiede beim Thromboserisiko.

Für Kombinationspräparate mit Gestagenen der zweiten Generation (DSG, GSD) wird inzwischen von einem etwa auf das Doppelte erhöhten Risiko gegenüber Präparaten mit Levonorgestrel ausgegangen.

Auch für CPA gibt es Hinweise auf ein höheres Thromboserisiko im Vergleich zu LNG (Vasilakis-Scaramozza 2001) sowie ein höheres Risiko für Lungenembolien im Vergleich zu LNG, DSG und GSD (Parkin 2000). Für Gestagene der dritten Generation gibt es keine ausreichenden Daten zum Thromboserisiko.

### **Verhütungssicherheit hormonaler Kontrazeptiva**

Klinische Studien, die hormonale Kontrazeptiva mit unterschiedlichen Gestagenen, in unterschiedlichen Dosierungen oder mit unterschiedlicher Anwendung vergleichen, zeigen keine Unterschiede in der Verhütungssicherheit (Gallo 2008). Für das Pflaster und den Vaginalring wurden in Studien zwar seltener Anwendungsfehler beobachtet, eine höhere Verhütungssicherheit ist jedoch nicht belegt. Die Studien haben oft zu wenig Teilnehmerinnen und eine zu kurze Dauer, um kleinere Unterschiede mit Sicherheit feststellen zu können. Wichtiger ist aber ohnehin die Verhütungssicherheit in der Alltagsanwendung, die deutlich geringer ist als in klinischen Studien. Vergleichende Daten für Pflaster und Vaginalring im Vergleich zu Pillen fehlen leider.

### *Übergewicht und Verhütungssicherheit*

Unklar ist weiterhin, ob hormonale Kontrazeptiva bei Frauen mit Übergewicht eine höhere Versagerrate haben. Insgesamt gibt es nur wenige Studien, in denen der Einfluss des Körpergewichts auf die Versagerrate von hormonalen Kontrazeptiva untersucht wird. In vielen klinischen Studien wurden nur wenige Frauen mit Übergewicht aufgenommen.



Vier Studien aus den USA, die sich direkt mit der Auswirkung des Körpergewichts auf die Versagerrate von hormonalen Kontrazeptiva beschäftigen, zeigen widersprüchliche Ergebnisse. In zwei Studien wurde bei Frauen mit Übergewicht (BMI von > 27, Gewicht von > 75 kg) eine höhere Versagerrate gefunden (Holt 2005, Holt 2002). Auch für das Verhütungspflaster wurde eine erhöhte Versagerrate bei Frauen mit über 90 kg Körpergewicht festgestellt (Zieman 2002).

Zwei weitere Studien aus den USA fanden keinen Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Versagerrate, nachdem eine Beeinflussung der Ergebnisse durch Alter, Ethnie und Geburtenzahl kontrolliert wurde. (Brunner Huber 2007, ACOG 2006). Auch in einer europäischen Beobachtungsstudie wurde kein Zusammenhang von Körpergewicht und Versagerrate der Pille belegt (Dinger 2007). Zwei dieser Studien wurden von der Pharmaindustrie finanziert.

### Verhütungspflaster und Vaginalring<sup>7</sup>

Inzwischen liegen praktische Erfahrungen mit dem Vaginalring und dem Verhütungspflaster aus mehreren Jahren vor. Während der Vaginalring recht beliebt ist, wird das Pflaster eher selten angewendet.

Die Anwendung des Vaginalrings wird von vielen jungen Frauen nach der ersten Skepsis als bequem empfunden. Allerdings haben viele Frauen auch die falsche Vorstellung, dass die Hormone des Vaginalrings nur örtlich wirken. Sie erwarten deswegen weniger Nebenwirkungen im Vergleich zur Pille. Wegen der geringen täglich freigesetzten Dosis von 15 µg Ethinylestradiol wird der Vaginalring auch als das am niedrigsten dosierte kombinierte hormonale Verhütungsmittel beworben. Allerdings werden die Hormone durch die Vagina anders in den Körper aufgenommen als über den Magen und Darm, so dass die Dosierung nicht direkt verglichen werden kann.

Wegen der gleichmäßigen Freisetzung der Hormone sind Zwischenblutungen beim Vaginalring möglicherweise etwas seltener als bei der Pilleneinnahme. Dafür haben Frauen, die den Vaginalring anwenden, etwas häufiger störenden Ausfluss (Lopez 2008).

Die Akzeptanz des Verhütungspflasters wird bei vielen Frauen durch die Größe und Sichtbarkeit des Pflasters beeinträchtigt.

Inzwischen ist durch Studien belegt, dass die wirksame Hormondosis im Körper beim Pflaster deutlich höher ist, als bei Kombinationspillen mit 30-35 µg Ethinylestradiol. Die Fachinformation in den USA gibt eine um 60 % höhere Östrogendosis an. Studien zeigen, dass die Anwendung des Pflasters häufiger wegen Nebenwirkungen wie Brustspannen, Übelkeit und Menstruationsbeschwerden abgebrochen wurde als die Pilleneinnahme (Lopez 2008). Die Datenlage spricht auch für ein etwa verdoppeltes Thromboserisiko im Vergleich zu einer Pille mit LNG (Jick 2006, Cole 2007, I3 Drug Safety 2006).

Zwar kamen Anwendungsfehler beim Pflaster seltener vor als bei der Pilleneinnahme (Lopez), eine höhere Verhütungssicherheit ist für das Verhütungspflaster aber nicht belegt. Speziell in Gruppen mit hohem Risiko für Verhütungsversager schnitt das Pflaster im Vergleich zur Pille eher schlechter ab. (Bakhrü 2006).

### Neue Verhütungspille mit Estradiolvalerat

Anfang dieses Jahres wurde eine neue Verhütungspille in Deutschland zugelassen<sup>8</sup>, die im Mai auf den Markt kommt. Während alle bisherigen kombinierten hormonellen Kontrazeptiva Ethinylestradiol enthalten, enthält Qlaira® das sonst in Präparaten zur Hormonersatztherapie verwendete Estradiolvalerat. Als Gestagen enthält Qlaira® Dienogest (wie zum Beispiel auch Valette®), allerdings in einem Teil der Dragees in höherer Dosierung.

Die Verwendung der so genannten natürlichen Östrogene in oralen Kontrazeptiva scheiterte bisher an der mangelnden Zykluskontrolle, d. h. es traten zu viele unregelmäßige Blutungen auf. Um die Zykluskontrolle zu verbessern, enthält das neue Präparat vier unterschiedliche Wirkstoffdosierungen: zwei Tabletten mit 3 mg E2Valerat, fünf Tabletten mit 2 mg E2Valerat und 2 mg Dienogest, 17 Tabletten mit 2 mg E2Valerat und 3 mg Dienogest, zwei Tabletten mit 1 mg E2Valerat. Zusätzlich enthält die Packung zwei Tabletten ohne Wirkstoff.

Bisher wurden zu der neuen Pille nur wenige Daten veröffentlicht. Von einer Studie mit 1377 Frauen über 20 Zyklen gibt es eine Zusammenfassung der Daten (ACOG 2008): Die Versagerrate war 1,42 % in der Gruppe der 18 bis

<sup>8</sup> Fachinformation Qlaira:  
[https://portal.dimdi.de/websearch/servlet/FlowController/Documents-display#\\_DEFANCHOR\\_](https://portal.dimdi.de/websearch/servlet/FlowController/Documents-display#_DEFANCHOR_)  
<http://db.cbg-meb.nl/mri/spc/nlh-1230-001.pdf>.

<sup>7</sup> Siehe auch FPR 1-08; FPR 4-07, FPR 4-05

35jährigen Frauen und 1,09 % in der gesamten Gruppe (18-50 Jahre).

10 % der Frauen brachen die Studie vorzeitig wegen Zwischenblutungen ab, weniger als sonst in anderen Pillestudien. In der Fachinformation wird angegeben, dass bei 10 bis 18 % der Frauen eine Zwischenblutung auftreten und bei 15 % die Entzugsblutung ausbleiben kann.

Ob die Pille mit dem „natürlichen“ Östrogen besser verträglich ist oder weniger gesundheitliche Risiken birgt, ist noch nicht abzuschätzen. Die Dosierung von Estradiolvalerat entspricht insgesamt der in hoch dosierten Wechseljahrspräparaten, die Dosierung von Dienogest ist in 17 Dragees um 50 % höher, als in Valette®. Mit fünf verschiedenen Phasen ist die Einnahme komplizierter als bei Einphasen-Präparaten. Besonders bei Einnahmefehlern gibt es keine einfache Regel für das Vorgehen.

Für den Fall eines Wechsels von einer anderen Pille auf Qlaira® ist es wichtig, dass keine Einnahmepause gemacht werden soll.

### Gestagenpille Cerazette®

Cerazette® ist eine Gestagenpille, die aufgrund der Dosierung des Gestagens den Eisprung hemmt. Damit bietet sie wahrscheinlich die gleiche Verhütungssicherheit wie Kombinationspillen und eine deutlich höhere Sicherheit als die älteren Gestagenpillen (Collaborative Study Group 1998). Seit der Markteinführung hat die Anwendung von Gestagenpillen deutlich zugenommen.

Da die Dosierung des Gestagens eine Eisprung hemmende Wirkung besitzt, erlaubt die Gestagenpille die gleiche Einnahmeverzögerung wie Kombinationspillen von bis zu zwölf Stunden, ohne dass die Verhütungssicherheit beeinträchtigt wäre. (Korver 2005) (Gestagenpillen mit LNG dürfen nicht mehr als 3 Stunden zu spät eingenommen werden).

Im Vergleich mit den älteren Gestagenpillen treten bei der Anwendung von Cerazette® mehr Blutungsstörungen auf. Laut Fachinformation haben 50 % der Anwenderinnen Blutungsstörungen, davon 20 bis 30 % häufige Blutungen, 20 % seltene oder keine Blutung. Auch verlängerte Blutungen kommen vor.

Gestagenpillen können eine Alternative für Frauen sein, die wegen erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen keine kombinierten hormonalen Kontrazeptiva anwenden dürfen (z. B. Raucherinnen über 35 Jahre, Frauen mit erhöh-

tem Blutdruck oder nach einer Thrombose). Daten für ältere sehr niedrig dosierte Gestagenpillen mit LNG zeigen keinen Einfluss auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Für Cerazette® gibt es dazu allerdings keine Daten.

### Implanon®

Anlässlich der regelmäßigen Überprüfung der Zulassung des Hormonimplantats Implanon® durch die europäische Arzneimittelbehörde EMEA wurden vom deutschen Arzneimittelinstitut BfArM Bedenken zur Sicherheit von Implanon® geäußert<sup>9</sup>.

Die Bedenken basierten insbesondere auf häufigen Berichten über Schwierigkeiten bei der Entfernung von Implanon® sowie auf Meldungen über Schwangerschaften bei fehlerhafter Einlage. Das BfArM erhielt Meldungen von 101 Schwangerschaften, bei denen kein Implantat nachweisbar war. Die Häufigkeit von Schwierigkeiten bei der Einlage bzw. Entfernung wird auf 4/1000 Anwendungen geschätzt.

In einigen Fällen waren mehrfache operative Eingriffe notwendig, bis das Stäbchen entfernt werden konnte. Es sind Einzelfälle bekannt, in denen das Stäbchen nicht mehr gefunden wurde.

Außerdem äußerte das BfArM Bedenken, dass die Anwenderinnen über die Häufigkeit von unregelmäßigen bzw. verlängerten Blutungen nicht ausreichend aufgeklärt wären. Wegen dieser Nebenwirkung lassen sich etwa 10-20 % der Frauen das Implantat vorzeitig entfernen.

Ein weiterer Kritikpunkt ergibt sich aus den fehlenden Daten zur Verhütungssicherheit des Implantats bei Übergewicht. In den vorhandenen Studien wurden nur wenige Frauen mit einem Körpergewicht von mehr als 70 kg eingeschlossen und bei vielen wurde das Implantat vorzeitig entfernt.

Trotz dieser Bedenken hat die EMEA die Zulassung von Implanon® verlängert, da aus ihrer Sicht der Nutzen überwiegt. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass alle ÄrztInnen eine Schulung machen müssen, bevor sie Implantate einlegen, da Schwierigkeiten beim Entfernen meist durch eine fehlerhafte Einlage verursacht werden.

<sup>9</sup> [http://www.bfarm.de/nn\\_917236/SharedDocs/Publikationen/DE/Pharmakovigilanz/gremien/RoutinesitzungPar63AMG/63Sitzung/pkt-3-1-1,templatedId=raw,property=publicationFile.pdf/pkt-3-1-1.pdf](http://www.bfarm.de/nn_917236/SharedDocs/Publikationen/DE/Pharmakovigilanz/gremien/RoutinesitzungPar63AMG/63Sitzung/pkt-3-1-1,templatedId=raw,property=publicationFile.pdf/pkt-3-1-1.pdf).

Auf die Häufigkeit von Blutungsstörungen soll in der Fachinformation deutlicher hingewiesen werden.

Während die deutsche Fachinformation (Stand Juni 2007) keine detaillierten Angaben zu Häufigkeit und Art von möglichen Blutungsstörungen macht, enthält die Fachinformation in den USA folgende Informationen: Blutungen oder Schmierblutungen von mehr als 21 Tagen innerhalb von 90 Tagen treten bei 35 % der Anwenderinnen auf, verlängerte Blutungen von mehr als 14 Tagen bei 18 %, häufige Blutungen bei 7 %.

Auch zur Verhütungssicherheit werden in der deutschen Fachinformation keine Angaben gemacht. In der Information der USA wird ein Pearl-Index von 0.38 angegeben.

Wegen der fehlenden Daten zur Verhütungssicherheit im dritten Anwendungsjahr für Frauen mit erhöhtem Körpergewicht wird in der deutschen Fachinformation geraten: „...der Arzt kann daher bei Frauen mit erhöhtem Körpergewicht eine frühere Entfernung in Betracht ziehen.“

## Literatur

ACOG 54th Annual Clinical Meeting: Abstract 50S. Presented May 9, 2006

ACOG. New Oral Contraceptive With Novel Estradiol Formulation Shows Efficacy. Abstracts 1 and 9. Presented May 5, 2008. American College of Obstetricians and Gynecologists 56th Annual Meeting 2008

Arowojolu A, Gallo M, et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004425

Bakhr A and Stanwood N. Performance of contraceptive patch compared with oral contraceptive pill in a high-risk population. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108:378-86

Brunner Huber L and Toth J. Obesity and Oral Contraceptive Failure: Findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *Am J Epidemiol* 2007; 166:1306-11

Cole JA, Norman H, et al. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 109: 339-46

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

Dinger JC, Heinemann LAJ, et al. Contraceptive efficacy of oral contraceptives in real world clinical practice: The impact of age, weight, BMI, dose, and duration of use. Poster presented at: American College of Obstetricians and Gynecologists 55th Annual Clinical Meeting; May 5-9, 2007; San Diego, Calif.

Gallo M, Nanda K, et al. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003989

Gallo M, Lopez L, et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003987

Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 820-7

Holt VL, Scholes D, et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 46-52

I3 Drug Safety, The risk of venous thromboembolism, myocardial infarction, and ischemic stroke among women using the transdermal contraceptive system compared to women using norgestimate-containing oral contraceptives with 35 mcg ethinyl estradiol. (June 2006) Data on file.

Jick SS, Kaye JA, Russmann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 mcg of ethinyl estradiol. *Contraception* 2006; 73: 223-228.

Korver T, Klipping C, et al. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-microg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception* 2005; 71:8-13

Lopez L, Kaptein A, et al. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD006586

Lopez L, Grimes D, et al. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD003552

Maitra N, Kulier R, et al. Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD004861

Parkin L, Skegg DC, et al. Oral contraceptives and fatal pulmonary embolism. *Lancet* 2000; 355: 2133-4

Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. *Lancet* 2001; 358: 1427-9

Wooltorton E. Diane 35 (cyproterone acetate): safety concerns. *CMAJ* 2003; 168: 455-6

Yonkers K, Brown C, et al. Efficacy of a New Low-Dose Oral Contraceptive With Drospirenone in Pre-

menstrual Dysphoric Disorder. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106: 492-501

Zieman M, Guillebaud J, et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertility and Sterility* 2002; 77 Suppl 2: S13-18

## Immer weniger Barrieremethoden für Frauen verfügbar

Immer mehr gut untersuchte und erprobte Barrieremethoden für Frauen verschwinden vom Markt. Nachdem bereits seit 2007 Portiokappen aus Latex (Prentif, Vimule, Dumas) nicht mehr hergestellt werden, wird in diesem Jahr auch die Produktion des Latex-Diaphragmas eingestellt.

Für das Latex-Diaphragma bieten Silikon-Diaphragmen Ersatz mit gleicher Anwendung und wahrscheinlich ähnlicher Verhütungssicherheit und ähnlichen Nebenwirkungen. Ein Problem ist jedoch, dass es für das Silikondiaphragma keinen passenden Einführungsstab gibt. Frauen, bei denen der Gebärmutterhals weit in die Scheide hineinragt, gelingt die korrekte Einführung des Diaphragmas zumindest am Anfang oft nur mit diesem Einführstab.

### Als Portiokappe gibt es nur noch die Fem-Cap® aus Silikon.

Durch ihre Form soll sie am Gebärmutterhals besseren Halt finden als die älteren Kappen. Eine Lasche erleichtert das Entfernen. Die verbesserte Form scheint jedoch die Verhütungssicherheit nicht zu erhöhen. Allerdings gibt es zur Fem-Cap® deutlich weniger Daten als zur Prentif-Kappe. In einer Studie mit 120 Frauen ohne Vergleichsgruppe war die Versagerrate pro Jahr 4,8 % (Shiata 1991). In einer sechsmonatigen Vergleichsstudie mit FemCap® und Diaphragma, an der etwa 800 Frauen teilnahmen, hatte die Fem-Cap mit 23 % pro Jahr insgesamt eine deutlich höhere Versagerrate im Vergleich zum Diaphragma. Bei Frauen, die keine Kinder geboren hatten, lag sie bei 14 %, bei Frauen mit Geburten bei 29 %. Bei perfekter Anwendung lag die Versagerrate bei etwa 18 % (Mauck 1999).

Die FemCap® ist in drei Größen mit 22, 26 und 30 mm Durchmesser erhältlich, wobei die kleinste laut Hersteller für Frauen gedacht ist, die keine Kinder geboren haben, die mittlere für Frauen, die mit Kaiserschnitt entbunden haben und die

größte für Frauen, die ihr Kind vaginal geboren haben. pro familia empfiehlt jedoch eine individuelle Anpassung der Kappen. Ausführliche Informationen gibt es auf den Internetseiten der pro familia (<http://www.profamilia.de/article/show/8944.html>).

Über das Lea Contraceptivum® gibt es keine neuen Daten. Anhand der Daten aus einer kleinen Studie lässt sich die Verhütungssicherheit nur schlecht abschätzen. Die Versagerrate pro Jahr betrug etwa 15 %. In der Studie war der Anteil der Frauen, die bereits ein Kind geboren haben, überdurchschnittlich hoch, und es ist bekannt, dass die Versagerrate von Portiokappen bei dieser Gruppe gegenüber Frauen ohne Geburten deutlich erhöht ist. Bei Frauen ohne Geburten kann die Versagerrate von Lea aus den vorliegenden Daten nicht abgeschätzt werden.

### Diaphragma-Gel

Auf dem Markt ist nur noch ein Diaphragma-Gel mit Milchsäure (Contragel®) verfügbar. Nonoxinolhaltige Gels können nur noch aus einer Apotheke bezogen werden, die diese selbst herstellt ([www.famplan.de](http://www.famplan.de)).

Da jedoch die Verhütungssicherheit des Diaphragmas mit spermizidfreiem Gel im Vergleich zu nonoxinolhaltigem Gel inzwischen durch eine Studie belegt ist, kann diese Anwendung ohne Bedenken empfohlen werden (Barnhart 2007). Wegen der gesundheitlichen Risiken (Schädigung der Schleimhaut bei höherer Dosis, Veränderung der Vaginalflora, höheres Risiko für sexuell übertragbare Infektionen sowie für Harnwegsinfektionen) wird von der Anwendung von Spermiziden mit Nonoxinol-9 bei Menschen mit einem erhöhtem Risiko für STD abgeraten.

### Literatur:

Barnhart K, Rosenberg M, et al. Contraceptive Efficacy of a Novel Spermicidal Microbicide Used With a Diaphragm. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110: 577-86

Mauck C, Callahan M, et al. A comparative study of the safety and efficacy of FemCap, a new vaginal barrier contraceptive, and the Ortho All-Flex diaphragma. *Contraception* 1999; 60: 71-8

Shiata AAT, Trussell J. New female intravaginal barrier contraceptive device. Preliminary clinical trial. *Contraception* 1991; 44: 11-18

## Natürliche Familienplanung

### Software für NFP-Methoden

Im Bereich der natürlichen Familienplanung geht der Trend von den Verhütungscomputern zur Software wie z. B. „May I?“ oder „Zykla“, die die Anwenderin bei der Auswertung der beobachteten Körperzeichen unterstützt. Die Software kann auf PCs, Palms oder auch auf neuen Mobiltelefonen angewendet werden.

Die Software wertet die Körperzeichen der symptomthermalen Methode entsprechend den Regeln der NFP-Arbeitsgruppe aus. Das Programm „May I?“ wurde auch von dieser Arbeitsgruppe getestet<sup>10</sup>. Im Vergleich zu den Verhütungscomputern bietet die Software mehr Möglichkeiten der Auswertung der Körperzeichen: so kann zum Beispiel der Temperaturverlauf angezeigt werden. Wie gut mit Hilfe der Software-Unterstützung die fruchtbaren Tage eingegrenzt werden können und welche Auswirkung sie auf die Anwendung und die Verhütungssicherheit der Methoden hat, ist bisher nicht bekannt.

### LAM

Mit „Lactational Amenorrhoea Method“ (Still-Amenorrhoe-Methode) werden bestimmte Kriterien bezeichnet, nach denen in der Stillzeit ohne zusätzliche Verhütung eine kontrazeptive Sicherheit von etwa 98 % erreicht werden kann. Die Kriterien wurden 1995 von einem Expertengremium<sup>11</sup> formuliert. Die Effektivität der LAM-Kriterien wurde inzwischen in mehreren internationalen Studien überprüft. Die Versagerrate beträgt demnach 0,45-2,45 % innerhalb der ersten sechs Monate (Van der Wijden 2003).

Die Kriterien der LAM sind:

- Das Kind wird voll oder annähernd voll gestillt: Die Stillabstände betragen tagsüber höchstens vier, nachts höchstens sechs Stunden. Es werden nur geringe Mengen von Flüssigkeit (Wasser, Tee) zugefüttert. Abpumpen der Milch und Fütterung mit der Flasche zählt nicht als Stillen.
- Es ist noch keine Regelblutung aufgetreten: Als erste Regelblutung wird definiert, wenn mehr als acht Wochen nach der Geburt eine Blutung von mindestens zwei Tagen auftritt.

- Das Kind ist weniger als sechs Monate alt.

Wenn eins der Kriterien nicht mehr zutrifft, ist der Verhütungsschutz deutlich geringer und es sollten andere Verhütungsmethoden benutzt werden.

### Literatur

Van der Wijden C, Kleijnen J, et al. Lactational amenorrhoea for family planning. Cochrane database of systematic reviews 2003; Issue 4. Art. No.: CD001329

## Wechselwirkungen zwischen hormonalen Kontrazeptiva und anderen Medikamenten

Helga Seyler

Wenn Frauen im reproduktiven Alter Medikamente verschrieben bekommen, sollte immer an mögliche Wechselwirkungen mit hormonalen Kontrazeptiva gedacht werden. Die Frauen sollten nach ihrer Verhütungsmethode gefragt und, falls sie hormonale Kontrazeptiva benutzen, über die Möglichkeit von Wechselwirkungen informiert werden.

Wenn hormonale Kontrazeptiva verordnet werden, sollte auch nach der Einnahme von Medikamenten (auch pflanzlichen Medikamenten) gefragt werden. Außerdem ist es wichtig, die Frauen zu informieren, dass sie bei Verschreibung von Medikamenten auf die hormonelle Verhütung hinweisen und nach möglichen Wechselwirkungen fragen sollen.

In der Praxis gibt es jedoch viele Unsicherheiten in Bezug auf mögliche Beeinträchtigungen der Wirkung von hormonalen Kontrazeptiva durch die Einnahme von anderen Medikamenten. Diese lassen sich auch nicht vollständig ausräumen, da es kaum aussagekräftige Daten gibt, auf deren Grundlage das Versagerrisiko abgeschätzt oder

<sup>10</sup> <http://www.sektion-natuerliche-fertilitaet.de/technologien.html>.

<sup>11</sup> Conference on Lactational Amenorrhoea Method for Family Planning, 1995: Bellagio-Consensus.

Verhaltensempfehlungen zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften gegeben werden können.

Die meisten Informationen über mögliche Wechselwirkungen beruhen auf theoretischem Wissen über den Stoffwechsel der Medikamente oder auf Einzelfallberichten über ungewollte Schwangerschaften. Bei Einzelfallberichten ist jedoch nicht gesichert, ob die Medikamenteneinnahme tatsächlich die Ursache für das Versagen der Verhütung war. In mehreren Studien mit kleinen Fallzahlen wurde der Einfluss von Medikamenten auf die Blutspiegel der Hormone oder das Auftreten von Eisprüngen untersucht.

Studien zur Versagerrate von hormonellen Kontrazeptiva in einer größeren Gruppe von Frauen bei Anwendung einzelner Medikamente gibt es nur sehr wenige.

Es gibt außerdem große individuelle Unterschiede und Schwankungen der Hormonspiegel bei der Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva, und auch Wechselwirkungen können individuell sehr unterschiedlich sein. Das erschwert zusätzlich im Einzelfall das Abschätzen der Verhütungssicherheit.

### **Einflüsse auf den Stoffwechsel von Hormonen**

Ein wesentlicher Mechanismus, über den die Wirksamkeit hormoneller Kontrazeptiva beeinflusst werden kann, ist der beschleunigte Abbau in der Leber. Verschiedene Medikamente verstärken die Aktivität von Leberenzymen, die am Abbau von Hormonen beteiligt sind. Diese werden Enzyminduktoren genannt. Allerdings ist die Enzym induzierende Wirkung einzelner Medikamente unterschiedlich stark und muss nicht immer zu einer Beeinträchtigung der Verhütungswirkung führen. Auch die Wirkung des Verhütungspflasters, des Vaginalrings und von Implantaten kann durch den beschleunigten Abbau der Hormone beeinträchtigt sein.

Andere Medikamente, speziell Antibiotika, können über eine Veränderung der Darmflora den Stoffwechsel von hormonellen Verhütungsmitteln beeinflussen. Darmbakterien sind daran beteiligt, dass wirksame Stoffwechselprodukte der Hormone, die über die Galle in den Darm ausgeschieden werden, von dort wieder ins Blut gelangen (der so genannte enterohepatische Kreislauf). Wird die Darmflora durch Antibiotika geschädigt, kann die Wiederaufnahme dieser Stoffwechselprodukte ins Blut beeinträchtigt werden.

## **Medikamentengruppen**

### **Antiepileptika**

Seit langem ist bekannt, dass einige Antiepileptika starke Enzyminduktoren sind. Eine höhere Versagerrate von hormonalen Kontrazeptiva bei der Einnahme dieser Medikamente wurde schon früh belegt.

Antiepileptika mit Enzym induzierender Wirkung sind Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenytoin, Phenobarbital, Primidon und Topiramate.

Wenn Frauen hormonell verhüten wollen, sollte geprüft werden, ob sie auf Antiepileptika ohne diese Wirkung wechseln können. Das sind: Ethosuccimid, Gabapentin, Levetiracetam, Valproat und Vigabatrin.

Lamotrigin hat wahrscheinlich einen geringen Einfluss auf die Wirksamkeit von hormonalen Kontrazeptiva. Studien zeigen jedoch, dass der Blutspiegel von Lamotrigin durch die Einnahme von Ethinylestradiol gesenkt wird (Contin 2006, Reimers 2005). Er ist während der Einnahme von Kombinationspillen niedriger und steigt in der Einnahmepause an. Durch die Schwankung der Blutspiegel bei zyklischer Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva können Über- und Unterdosierungen von Lamotrigin auftreten. Deshalb wird bei dieser Medikation eine Anwendung der Kontrazeptiva ohne Einnahmepause empfohlen. Gestagene beeinflussen den Blutspiegel von Lamotrigin anscheinend nicht (Reimers 2005).

### **Antibiotika**

Antibiotika führen nicht zu beschleunigtem Abbau von hormonalen Kontrazeptiva in der Leber. Es wird aber diskutiert, ob sie durch eine Veränderung der Darmflora deren Effektivität beeinträchtigen können.

Es gibt viele Einzelfallberichte über ungewollte Schwangerschaften nach Einnahme von Antibiotika, ein kausaler Zusammenhang ist jedoch nicht gesichert.

In mehreren kleinen Studien wurde dagegen kein Einfluss von Antibiotika auf den Hormonspiegel von Kontrazeptiva nachgewiesen. Solche Studien gibt es für Ciprofloxacin, Ofloxacin, Ampicillin, Tetracyclin und Doxycyclin.

### **Tuberkulosemittel**

Rifampicin und Rifabutin sind starke Enzyminduktoren. Eine Beeinträchtigung der Wirksamkeit

hormonaler Kontrazeptiva ist wahrscheinlich, es gibt aber nur wenig Daten dazu.

### **Antiretrovirale Medikamente**

Einige Antiretrovirale Medikamente zur Behandlung von HIV-Infektionen beschleunigen den Abbau von Medikamenten in der Leber. Da meist Kombinationen von mehreren antiretroviralen Medikamenten eingesetzt werden, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass mindestens eins davon die Wirkung von hormonalen Kontrazeptiva beeinträchtigt. Umgekehrt können hormonelle Kontrazeptiva auch den Stoffwechsel antiretroviraler Medikamente beeinflussen und deren Wirkung beeinträchtigen.

### **Medikamente gegen Pilzinfektionen**

Griseofulvin ist ein starker Enzyminduktor und eine Beeinträchtigung der Wirksamkeit hormonaler Kontrazeptiva ist wahrscheinlich.

Andere Pilzmedikamente haben keine Enzym induzierende Wirkung. Es gibt jedoch widersprüchliche Daten über den Einfluss auf die Blutspiegel von kontrazeptiven Hormonen und Einzelfallberichte über ungewollte Schwangerschaften.

Für Fluconazol, das am häufigsten von Frauen angewendete Anti-Pilz-Medikament, wurden in Studien keine Senkung der Hormonspiegel und keine Eisprünge beobachtet.

### **Johanniskraut**

Es gibt keine ausreichenden Daten zum Einfluss von Johanniskraut auf die Wirksamkeit hormonaler Verhütung. Die Möglichkeit einer Beeinträchtigung hormoneller Verhütung beruht auf Daten über den beschleunigten Abbau von anderen Medikamenten während der Einnahme von Johanniskraut. In zwei kleinen Studien wurden bei Pilleneinnahme und der Gabe von Johanniskraut keine Eisprünge beobachtet.

### **Andere Medikamente**

Es gibt zahlreiche andere Medikamente, die zumindest schwache Enzym induzierende Wirkung in der Leber zeigen, für die es jedoch keine Daten zum Einfluss auf die Wirksamkeit hormonaler Kontrazeptiva gibt. Informationen dazu finden

sich zum Beispiel in der Arzneimitteldatenbank des arznei-telegramms.

## **Praktische Empfehlungen**

Für das Vorgehen in der Praxis bei gleichzeitiger Einnahme der genannten Medikamente und hormonalen Kontrazeptiva existieren nur wenige Empfehlungen auf der Basis von Leitlinien. Eine sehr ausführlich begründete Leitlinie mit detaillierten Empfehlungen steht in Großbritannien zur Verfügung (FFHRC 2005). WHO und IPPF geben in ihren Leitlinien nur kurze Empfehlungen. Die AWMF-Leitlinie „Empfängnisverhütung“ der Deutschen Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin erwähnt Wechselwirkungen durch Enzyminduktoren, spricht aber keine Empfehlungen zum Vorgehen aus (DGGEF 2006).

Die meisten anderen Empfehlungen beruhen auf der Meinung einzelner Expertinnen und sind widersprüchlich.

### **Enzyminduktoren**

Bei der kurzzeitigen Einnahme von Enzyminduktoren wird zusätzlicher Verhütungsschutz durch Barrieremethoden empfohlen. Dieser Schutz muss bis vier Wochen nach Ende der Einnahme fortgesetzt werden, da die Enzym induzierende Wirkung so lange anhalten kann (FFHRC 2005).

Bei langfristiger Einnahme von Enzyminduktoren gibt die WHO-Empfehlung an (WHO 2008), dass die Risiken der Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva im allgemeinen gegenüber dem Nutzen überwiegen. Diese Empfehlung bezieht sich auch auf das Verhütungspflaster und den Vaginalring. Wenn kombinierte hormonale Kontrazeptiva angewendet werden, sollten sie mindestens 30 µg EE enthalten. Bei Implantaten überwiegt entsprechend der WHO-Empfehlung der Nutzen der Anwendung, auf eine mögliche Beeinträchtigung der Verhütungswirkung wird jedoch hingewiesen. Verhütung mit der Dreimonats-Spritze und der Hormonspirale ist ohne Einschränkungen möglich.

Die IPPF rät, nur bei Auftreten von Zwischenblutungen von einer Beeinträchtigung der Verhütungswirkung auszugehen. In diesem Fall sollten andere Verhütungsmittel benutzt werden. (IPPF 2004)

Die FFHRC empfiehlt, orale Kontrazeptiva mit mindestens 50 µg Ethinylestradiol anzuwenden. Außerdem soll nur nach jeweils drei Zyklen eine Einnahmepause gemacht werden und verkürzt auf vier Tage. Zwischenblutungen werden nicht als Kriterium für eine Beeinträchtigung der Wirksamkeit angesehen und umgekehrt kann bei regelmäßiger Blutung nicht von einer ausreichenden Verhütungssicherheit ausgegangen werden.

Da es so gut wie keine Präparate mit 50 µg Ethinylestradiol mehr gibt, wird empfohlen gleichzeitig jeweils eine Pille mit 20 und 30 µg Ethinylestradiol zu nehmen.

ExpertInnen aus Deutschland empfehlen, sich an der Gestagenkomponente des Präparates zu orientieren. Sie weisen darauf hin, dass diese im Wesentlichen für die Verhütungswirkung verantwortlich ist. Deshalb raten sie, unabhängig von der Östrogendosis, orale Kontrazeptiva mit Gestagenen in doppelter Ovulationshemmdosis anzuwenden, und die Einnahmepause ganz wegzulassen (Schwenkhagen 2008). Dazu gehören Pillen mit mindestens 0.125 mg Levonorgestrel, 0.15 mg Desogestrel, 2 mg Dienogest, 1mg Norethisteron, 2 mg Cyproteronacetat.

Daten zur Effektivität gibt es für keine der Empfehlungen.

### **Antiretrovirale Medikamente**

Wegen der komplexen gegenseitigen Beeinflussung der Wirkung von antiretroviralen Medikamenten und hormonalen Kontrazeptiva sollten andere Verhütungsmethoden bevorzugt werden. Neben der Beeinträchtigung der Wirksamkeit von Kontrazeptiva ist auch die Beeinträchtigung der Wirksamkeit der antiretroviralen Medikamente folgenreich, da es dadurch zu Resistenzentwicklung bei den HI-Viren kommen kann.

Da ständig neue antiretrovirale Medikamente auf den Markt kommen und laufend neue Studienergebnisse auch zu den Wechselwirkungen mit Hormonen veröffentlicht werden, empfiehlt die FFHRC, das Vorgehen jeweils mit ExpertInnen auf der Basis der aktuellen Daten abzusprechen.

Die WHO empfiehlt, Nutzerinnen von hormonalen Kontrazeptiva, auf die konsequente Anwendung von Kondomen sowohl zum Schutz vor ungewollten Schwangerschaften als auch vor Infektionen hinzuweisen. Kombinierte Kontrazeptiva sollten mindestens 30 µg EE enthalten (WHO 2008).

### **Antibiotika**

Für die Einnahme von Antibiotika bei hormoneller Kontrazeption empfehlen die Medical Eligibility Criteria der WHO keine speziellen Maßnahmen. Dort wird auf zahlreiche Studien verwiesen, die für die meisten Antibiotika belegen, dass sie die Blutspiegel hormoneller Kontrazeptiva nicht beeinflussen.

Die IPPF erwähnt Antibiotika nicht.

Die FFHRC empfiehlt bei kombinierten hormonalen Kontrazeptiva zusätzliche Verhütung bis sieben Tage nach Ende der Antibiotika-Einnahme. Gestagenmethoden können laut dieser Empfehlung ohne zusätzlichen Schutz angewendet werden.

### **Empfehlungen für die Notfallpille**

Es gibt keine Daten zur Wirksamkeit der hormonalen Notfallverhütung bei Einnahme von anderen Medikamenten.

Die IPPF gibt deswegen keine abweichenden Empfehlungen, Klientinnen sollen jedoch über die möglicherweise geringere Wirksamkeit informiert werden (IMAP 2004).

Die FFHRC empfiehlt bei der Einnahme von Enzyminduktoren eine Dosiserhöhung auf 2,25 mg Levonorgestrel, das entspricht drei Tabletten Levogynon® bzw. eineinhalb Tabletten Unofem®. Es wird auch empfohlen, stattdessen die Einlage eines IUPs zur Notfallverhütung zu erwägen.

### **Fazit**

Die verfügbaren Daten sind wegen praktischer Probleme bei der Durchführung entsprechender Studien unzureichend. Aufgrund der hohen Nutzerinnenzahl hormonaler Kontrazeptiva sind jedoch übersichtliche, verständliche und leicht verfügbare (Fach-)Informationen gleichermaßen für die Rat suchenden Anwenderinnen wie auch für die an der medizinischen Versorgung Beteiligten dringend notwendig. Evidenzbasierte Informationen sollten für eine schnelle Orientierung und Einordnung der Medikamente zur Verfügung stehen.



## Literatur

Arzneimitteldatenbank des arznei-telegramms  
<http://www.arznei-telegramm.de/db/wwneu.php3?&knr=&nummer=orale%20Kontrazeptiva&ord=uaw>

Contin M, Albani F, Ambrosetto G, et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 1573-5

DGGEF Deutsche Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin. Empfängnisverhütung. Familienplanung in Deutschland. AWMF-Leitlinien 2006; 015/015

El-Ibiary SY, Cocohoba JM. Effects of HIV antiretrovirals on the pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2008; 13: 123-32

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. FFPRHC Guidance: Drug interactions with hormonal contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2005; 31: 139-51

IMAP Statement on Emergency Contraception. *IPPF Medical Bulletin* 2004; 38 Nr. 1

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

Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia* 2005; 46: 1414-7

Schwenkhagen A, Stodiek S. Which contraception for women with epilepsy. *Seizure* 2008; 17: 145-50

Weaver K, Glasier A. Interaction between broad-spectrum antibiotics and the combined oral contraceptive pill. A literature review. *Contraception* 1999; 59: 71-78

WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2004

WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Update 2008

Schwangerschaft und Geburt oder durch Stillen übertragen werden. Zusätzlich erhöhen verschiedene sexuell übertragbare Erkrankungen das Übertragungsrisiko für HIV.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie HIV-Infektionen werden von den gleichen Faktoren unmittelbar beeinflusst. Die IPPF nennt hier als wichtigste Armut, erschwerten Zugang zu Informationen und Dienstleistungen, Ungleichbehandlung der Geschlechter, kulturelle Normen und soziale Ausgrenzung von gefährdeten Bevölkerungsgruppen.

Deshalb erscheint es effektiv, Maßnahmen der beiden Bereiche zu verbinden, um Menschen, die HIV gefährdet sind oder bereits mit einer HIV-Infektion leben, zu erreichen.

Die Verknüpfung der Themen in gesundheitspolitischen Programmen, (Präventions-)Strategien und Dienstleistungen ist ein relativ neuer Ansatz. Das International Medical Advisory Panel (IMAP) der IPPF hat sieben Leitsätze formuliert, auf denen Verknüpfungen von Strategien und Programmen aufbauen sollten.

Diese sind (gekürzt dargestellt):

1. Der Einsatz für koordinierte und kohärente Maßnahmen mit Monitoring- und Evaluationsystem.
2. Die Benennung der strukturellen Determinanten wie z. B. der Grundursachen für HIV-Infektionen.
3. Das Fokussieren auf Menschenrechte und Genderaspekte.
4. Das Einbeziehen von Menschen, die mit HIV leben.
5. Die Förderung einer breiten gesellschaftlichen Beteiligung.
6. Den Abbau von Stigmata und Diskriminierung.
7. Die Anerkennung der zentralen Bedeutung von Sexualität.

Das Bulletin untersucht die gegenwärtig verfügbaren Daten, die das Konzept der Verknüpfung der Programme stützen. Es legt den Nutzen von Programmen und Dienstleistungen dar, bei denen die Verbindung der Themen gelungen ist. Darüber hinaus enthält es Empfehlungen und Vorschläge für praktische Maßnahmen, die den Mitgliedsorganisationen bei der Verbesserung ihres Angebotes in diesen Bereichen nutzen können. (Vol 43, No 01, March 2009)

## IPPF News

### Medical Bulletin März 2009, Nr. 1

Die erste Ausgabe des IPPF Medical Bulletins 2009 widmet sich ausführlich der Zusammenführung von Programmen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und HIV. Im Bereich der sexuellen Gesundheit ist HIV das beherrschende Thema. Die Bedeutung der Verknüpfung ergibt sich aus der Tatsache, dass die Mehrzahl der HIV-Infektionen sexuell oder während einer

**Medical Bulletins 2008**

Die Themen der Ausgaben des Jahres 2008 sind:

- Stellungnahme zu Familienplanung und sicherem Schwangerschaftsabbruch. Lücke bei Angeboten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Krisensituationen (Vol 42 Nr. 4 Dezember 2008)
- Stellungnahme zu Kontrazeption nach der Geburt und in der Stillzeit (Vol 42 Nr. 3 September 2008)
- Müttersterblichkeit im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen, die nicht unter sicheren Bedingungen durchgeführt werden: Vermeidbar, doch immer noch Realität. (Vol 42 Nr. 2 Juni 2008)
- IMAP Stellungnahme zu umfassender Sexualaufklärung (Vol 42 Nr. 1 März 2008)

Die Medical Bulletins der IPPF sind als pdf-Datei unter <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical> abrufbar.

## Pille danach

**„Pille danach“ rezeptfrei: Mindestalter in den USA gesenkt**

Im April 2009 wurde durch richterliche Intervention die Altersbeschränkung der rezeptfreien „Pille danach“ in den USA abgesenkt. Damit ist die „Pille danach“ dort in Zukunft für Mädchen ab 17 rezeptfrei erhältlich. Ein Richter hatte der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA<sup>12</sup> im März eine 30-Tagefrist gesetzt, die „Pille danach“ auch für 17jährige rezeptfrei verfügbar zu machen. Daraufhin hat die FDA bekannt gegeben, dass sie gegen diese Entscheidung keinen Widerspruch einlegen werde. Die FDA hat dem Hersteller bereits mitgeteilt, dass unter Vorbehalt eines Antrags die Zulassungsänderung erfolgen kann.

Da nach Presseberichten auch Männer über 17 Jahren die Pille für ihre Partnerin in der Apotheke kaufen können, ist hormonelle Nachverhütung in

den USA künftig für die meisten Frauen niederschwellig zugänglich. Möglich ist auch, dass in Kürze die Altersgrenze ganz fällt, da die FDA ebenfalls angewiesen wurde, die Aufhebung jeglicher Altersbeschränkungen zu prüfen.

Die Zulassung der „Pille danach“ im OTC-Status („over the counter“ bzw. rezeptfrei) hat in den USA eine lange Geschichte. Obwohl durch FDA-interne und externe ExpertInnen-Gremien bereits im Jahr 2003 eine leichtere Verfügbarkeit durch Aufhebung der Rezeptpflicht ohne Altersbeschränkung empfohlen wurde, ist dies auch nach öffentlicher Forderung durch über 60 Organisationen (u. a. die gynäkologischen Fachorganisationen) zunächst nicht umgesetzt worden. Erst als die Organisation Center for Reproductive Rights im Jahr 2005 gerichtlich gegen die Entscheidung der FDA voring, hat die FDA im Jahr 2006 die Rezeptpflicht für Frauen ab 18 aufgehoben. Seit 2006 war die „Pille danach“ auf Levonorgestrel-Basis in den USA für Frauen ab 18 Jahren ohne Rezept erhältlich. Die Verzögerungsstrategie der FDA wie auch die Altersbeschränkung galt unter vielen ExpertInnen als politisch motiviert (siehe auch FPR 3/2005 und FPR 3/2004).

**Quellen im Internet:**

<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/planB/default.htm> (Plan B (0.75mg levonorgestrel) Tablets Information)

<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2009/NEW01999.html> (Statement April 22, 2009)

[www.aerzteblatt.de/nachrichten/36297/USA\\_Pille\\_danach\\_schon\\_ab\\_17\\_rezeptfrei.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/36297/USA_Pille_danach_schon_ab_17_rezeptfrei.htm) -

[www.apotheke-adhoc.de/index.php?m=1&id=5937](http://www.apotheke-adhoc.de/index.php?m=1&id=5937)

Internetadresse der Organisation Center for Reproductive Rights: <http://reproductiverights.org/>

<sup>12</sup> FDA: U.S. Food and Drug Administration

# Hinweise

## HPV-Impfung – Kritische Stellungnahmen

In den letzten Monaten wurde Kritik an der Vermarktung der HPV-Impfung und den Informationen dazu von WissenschaftlerInnen und Fachgesellschaften zunehmend öffentlich geäußert.

Im November 2008 forderten 13 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler führender deutscher Forschungseinrichtungen in einer Stellungnahme eine Neubewertung der HPV-Impfung durch die Ständige Impfkommission der Bundesrepublik Deutschland (STIKO) (Gerardus 2009).

Die Wirksamkeit der Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV-Impfung) sei nicht angemessen geprüft worden. Noch immer fehlten Daten des Herstellers, die neben neuen Studienergebnissen bei einer Neubewertung berücksichtigt werden müssten. Mädchen und Frauen würden mit nicht haltbaren wissenschaftlichen Informationen und falschen Angaben zum Risiko konfrontiert, was zu Angst und Schuldgefühlen führen könne. Statt falsche Erwartungen an den Impfstoff zu wecken, fordern die Wissenschaftler, dass über die unsichere Datenlage informiert werde.

„Die in den Studien ermittelten Ergebnisse stehen in deutlichem Widerspruch zu vielen sehr optimistischen Verlautbarungen. Mädchen und Frauen haben aber ein Recht auf angemessene gesundheitliche Information.“

Eine weitere Stellungnahme mehrerer Fachgesellschaften vom 27.1.09 legt ebenfalls die Mängel der bisher veröffentlichten Daten dar und formuliert offene Fragen zur Wirksamkeit und den Risiken der Impfung. Sie fordert eine effektive Forschungsstrategie, um Wirksamkeit und Risiken der „derzeit unorganisiert und unkontrolliert verbreiteten HPV-Impfung“ zu klären (Klug 2009).

Das Paul-Ehrlich-Institut, die deutsche Zulassungsbehörde für Impfstoffe, hat daraufhin in einer Stellungnahme die Grundlagen für die Zulassung der Impfung ausführlich erläutert, nach denen der Impfstoff „wirksam und verträglich“ sei. Außerdem wird der Nutzen der Impfung beschrieben (Löwer 2009).

## Literatur:

Gerardus A. Wie wirksam ist die HPV-Impfung? Deutsches Ärzteblatt 2009; 106: 330-4; <http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html>

Klug S, Hense HW, et al. HPV-Impfung: Notwendigkeit der Begleitforschung und Evaluation

Stellungnahme der Arbeitsgruppe Krebsepidemiologie

Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGepi),

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (gmds),

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 27.1.2009, Aktualisierung 23.3.2009

[http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/institute/ism/dgsmp/aktuelles/HPV%20Impfung%20Stellungnahme%20V8.4.4\\_INTERNETVERSION.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/institute/ism/dgsmp/aktuelles/HPV%20Impfung%20Stellungnahme%20V8.4.4_INTERNETVERSION.pdf)

Löwer J, Stöcker S. Paul-Ehrlich-Institut: Wie wirksam ist die HPV-Impfung? Dtsch Arztebl 2009; 106: A386-8

## HPV-Impfung – Informationen zu unerwünschten Nebenwirkungen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)<sup>13</sup> berichtet über 158 Verdachtsfälle von Impfkomplicationen im Zusammenhang mit Gardasil® für den Zeitraum von Mai 2007 bis September 2008.

Am häufigsten wurden Kopfschmerzen und Schwindelgefühle berichtet, außerdem Fieber und Schwächegefühle. Etwas seltener wurden Kreislaufsymptome und Ohnmacht gemeldet.

Außerdem wurden über zwei Fälle von Nervenentzündungen mit Lähmungen im Armbereich berichtet.

Durch die Impfung einer großen Bevölkerungsgruppe innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums kommt es zwangsläufig zum Auftreten von Erkrankungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung, ohne dass ein kausaler Zusammenhang bestehen muss. Auch wenn keine mögliche Ursache für eine Reaktion bekannt ist, reicht ein plausibler zeitlicher Zusammenhang zwischen Impfung und Reaktion definitionsgemäß aus, um eine Kausalität als "möglich" einzustufen. Aus Sicht der AkdÄ ist daher die Durchführung einer epidemiologischen Studie erforderlich, um zufällig in zeitlichem Zusammenhang auftretende Ereignisse von tatsächlich impfungsbedingten Reaktionen besser abzugrenzen. Nur dann können Nutzen und Risiko der HPV-Impfung verlässlich abgewogen werden.

<sup>13</sup> Die AkdÄ informiert die Ärzteschaft aktuell über rationale Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit. Gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterhält sie den Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit. Sie verfügt über eine Datenbank zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

**Literatur:**

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Armplexusneuritis im Zusammenhang mit Gardasil® (Aus der UAW-Datenbank)

<http://www.akdae.de/20/20/Archiv/2008/20081031.html>

Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: A 2346

**„Berliner Erklärung“ zur HPV-Impfung<sup>14</sup>**

In einer gemeinsamen Presseerklärung haben im April 2009 zehn Berliner Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens eine gemeinsame Erklärung zur HPV-Impfung veröffentlicht. Unter den beteiligten Organisationen finden sich u. a. die Berliner Ärztekammer, die pro familia Berlin und der Berufsverband der Frauenärzte Berlin. Ziel ist eine Versachlichung der Diskussion um die HPV-Impfung auf der Grundlage von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Vor der Impfung fordern sie eine umfassende und verständliche ärztliche Beratung.

Die wichtigsten Punkte der "Berliner Erklärung" (Übernommen aus dem Text der Ärztekammer Berlin) :

Bislang gibt es noch keine Studien, die eine Wirksamkeit der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs belegen, ebenso sind die langfristigen Nebenwirkungen der Impfung noch nicht bekannt. Dies müssen Langzeitstudien zeigen. Die HPV-Infektion ist eine sehr häufige Infektion (70-80 % aller sexuell aktiven Frauen infizieren sich mindestens einmal im Leben). Gebärmutterhalskrebs kann eine mögliche Folge dieser sehr häufigen Infektion sein.

15 HPV-Typen werden zur Zeit als potenziell krebserregend eingestuft. Die Impfungen mit den bisher entwickelten zwei Impfstoffen schützen vor zwei dieser HPV-Typen (Typ 16 und 18), die bei ca. 70 % aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs nachzuweisen sind. Allerdings können auch andere HPV-Typen Gebärmutterhalskrebs verursachen, gegen die die Impfung nicht immunisiert. Daher sollten alle Frauen, unabhängig davon, ob sie geimpft wurden oder nicht, weiterhin regelmäßig die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (jährlicher Abstrich des Gebärmutterhalses) wahrnehmen. Langzeitstudien haben gezeigt, dass seit Einführung des Krebsfrüherkennungsprogramms die Anzahl der Neuerkrankungen und

die Sterblichkeit durch diese Erkrankung um rund 75 % zurückgegangen sind. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit von regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen.

Für die Zielgruppe der Mädchen und Frauen, haben die genannten Organisationen und Institutionen gemeinsam einen Informationsflyer entworfen, der in drei Sprachen (Deutsch, Türkisch und Russisch) in vielen Institutionen angeboten wird (Gesundheitsämter, Schulen, Beratungsstellen, Mädchen- und Frauenprojekte etc.) Den Mädchen sollen damit ausreichend verständliche Informationen an die Hand gegeben werden, um sich selbst für oder gegen eine HPV-Impfung entscheiden zu können.

Der Flyer kann im pdf-Format abgerufen werden unter:

[http://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/10\\_pressemitt/803\\_pak08\\_2009/803\\_HPV\\_Flyer\\_Deutsch.pdf](http://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/10_pressemitt/803_pak08_2009/803_HPV_Flyer_Deutsch.pdf)

**Prostatakrebs: Nutzen des PSA-Tests zur Früherkennung bleibt umstritten**

Durch die Veröffentlichung der Zwischenergebnisse von zwei großen randomisierten Studien aus den USA bzw. Europa zum PSA-Screening kann ein Nutzen auch weiterhin nicht eindeutig belegt werden.

Die Studien untersuchen als Endpunkt die Sterblichkeit an Prostatakrebs.

In der Studie aus den USA (PLCO<sup>15</sup>) nahmen 77000 Männer im Alter zwischen 50 und 77 Jahren teil. Eine Verringerung der Todesfälle konnte in den ersten sieben Jahren der Studie nicht nachgewiesen werden. Die mit 162 000 Männern zwischen 55 und 69 Jahren deutlich größere Studie aus Europa (ERSPC<sup>16</sup>) fällt positiver aus: Die Zahl der Todesfälle durch Prostatakarzinome in der Gruppe der Screening-Teilnehmer ist um 20 % niedriger, die Minderung ist signifikant.

In beiden Studien wurden bei den Screening-Teilnehmern mehr Prostatakarzinome gefunden als in der Gruppe ohne Screening. Experten gehen davon aus, dass es sich dabei häufig um Überdiagnosen handelt. Prostatakrebs ist eine im Alter häufig auftretende Erkrankung, die jedoch

<sup>14</sup> Informationen zur „Berliner Erklärung“ finden sich auf der Seite der Berliner Ärztekammer <http://www.aerztekammer-berlin.de> unter Bürger/ Presse/Presseerklärung.

<sup>15</sup> PLCO: Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Trial.

<sup>16</sup> ERSPC. European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer.

oft zu Lebzeiten nicht klinisch auffällig wird. Beim Screening werden Karzinome entdeckt und dann behandelt, es kann aber nicht unterschieden werden, ob es sich um einen Krebs handelt, der ohne Behandlung tödlich ist, oder um einen, der unauffällig bleibt. Dieses Dilemma des Prostatascreenings kann nicht aufgelöst werden: Ohne Screening würden viele Tumore nicht entdeckt und die Verringerung der Lebensqualität durch die anschließende Therapie vermieden. Wird jedoch ein erhöhter PSA-Wert festgestellt, folgen aufwändige und belastende Diagnoseverfahren. Das Entdecken von Tumorzellen zieht Therapien mit belastenden Nebenwirkungen wie Harninkontinenz und Impotenz nach sich sowie psychische Belastungen durch die Krebsdiagnose, die die Lebensqualität stark einschränken können.

#### *Regelung in Deutschland*

Das gesetzliche Früherkennungsprogramm sieht in Deutschland für Männer ab 45 einmal jährlich das Abtasten der Prostata durch den After vor. Die PSA-Untersuchung im Blut ist nicht Teil des gesetzlichen Früherkennungsprogramms und muss von gesetzlich versicherten Männern derzeit selbst bezahlt werden (etwa 15 bis 45 €), wenn sie zur Früherkennung eingesetzt werden soll<sup>17</sup>.

In den USA sehen Fachorganisationen den Nutzensnachweis des PSA-Screenings als nicht ausreichend an, um eine Empfehlung auszusprechen.

Eine informative und verständliche Übersicht über die aktuellen Studienergebnisse und den aktuellen Kenntnisstand zur Wirksamkeit der möglichen und gängigen Früherkennungsuntersuchungen und zahlreiche weiterführende Quellen- und Informationshinweise findet sich auf den Seiten des Krebsinformationsdienstes.

<http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/psa-test-frueherkennung.php>

#### *Entscheidungshilfe zum PSA-Test online*

Männer, denen ein PSA-Test angeboten wurde oder die sich dafür interessieren, finden seit dem August 2008 eine Hilfestellung im Internet. Ziel ist es, Männern durch ausgewogene Informationen

eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Unter der Adresse [www.psa-entscheidungshilfe.de](http://www.psa-entscheidungshilfe.de) steht eine Möglichkeit zur Verfügung, sich neutral zu Nutzen und Risiken der Untersuchung zu informieren. Erstellt wurden die Informationen vom Krebsinformationsdienst, der AOK und der Universität Bremen.

#### **Literatur**

Arznei-telegramm 4/09

PSA-Screening auf Prostatakarzinom- Nutzen belegt?

Deutsches Ärzteblatt 19.3.2009

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35872/>

#### **Tibolon nach Brustkrebs**

Tibolon ist ein synthetisches Hormon, dessen Stoffwechselprodukte östrogene, progesterone und androgene Wirkungen aufweisen. Es ist in 90 Ländern weltweit für die Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden<sup>18</sup> und in 45 Ländern zur Behandlung der Osteoporose zugelassen.

Die Resultate einer aktuellen Studie bestätigen, dass Tibolon bei Brustkrebspatientinnen das Risiko für Rezidive und Metastasen erhöht. Von den mit Tibolon behandelten Frauen erlitten ca. 15 % ein Rezidiv, unter Placebobehandlung ca. 10 %.

Bei einer Untergruppe von 202 Frauen, die zum Schutz vor Rezidiven Aromatasehemmer einnahmen, kam es in der Tibolongruppe zu 18, in der Placebogruppe zu 7 Rezidiven.

Nach den vorliegenden Erkenntnissen sollte Tibolon bei Brustkrebspatientinnen nicht zur Behandlung klimakterischer Beschwerden angewendet werden.

#### **Literatur**

Kenemans P, Bundred NJ, Foidart J-M et al., on behalf of the LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2009;10: 135-146

Untch M, Beckmann M, et al. Bericht vom San Antonio Breast Cancer Meeting 9-14 Dezember, 2008, SABCS - LIBERATE Studie

<sup>17</sup> Die Messung des PSA-Wertes zur Früherkennung muss von der Verlaufskontrolle des PSA-Wertes bei bereits diagnostiziertem Prostatakarzinom unterschieden werden. Hierbei werden die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

<sup>18</sup> In Deutschland ist Tibolon für die Behandlung klimakterischer Beschwerden für Frauen zugelassen, deren letzte Blutung mindestens ein Jahr zurückliegt.

[http://www.dggg.de/\\_download/unprotected/sabcs\\_liberate\\_studie.pdf](http://www.dggg.de/_download/unprotected/sabcs_liberate_studie.pdf)

Familienplanungs-Rundbrief 2/2006, S. 20: Änderung der Fachinformation zu Liviella® (Tibolon) (erhöhtes Schlaganfall-Risiko)

### **Bundesweites Adressverzeichnis für psychonkologische Unterstützung**

Das Pharmaunternehmen GlaxoSmithKlein (GSK) hat ein umfassendes Verzeichnis von Psycho-Onkologen auf seiner Internetseite bereitgestellt. Das Verzeichnis "Sprechstunde für die Seele" dient Patienten mit einer Krebserkrankung und deren Angehörigen als übersichtliche Hilfestellung auf der Suche nach einer kompetenten psychosozialen Betreuung.

Nach Postleitzahlen geordnet finden sich neben den Kontaktdaten auch Angaben zur Qualifikation und Informationen zu den Therapieangeboten der Psycho-Onkologen. In einem weiteren Kapitel sind die Adressen von Selbsthilfeorganisationen und Fachverbänden aufgeführt.

Im Internet unter: <http://www.gsk-onkologie.de> bei Informationsangeboten für Patienten

## **Veranstaltungen**

### **Hauptstadtkongress 2009 Medizin und Gesundheit**

*27.-29. Mai 2009 in Berlin*

Im Mittelpunkt stehen neben aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen neue Anforderungen an die Akteure der Gesundheitsbranche. Darüber hinaus werden innovative Versorgungsformen und aktuelle Trends vorgestellt.

*Information und Anmeldung:*

Palisadenstr. 48  
10243 Berlin

E-Mail: [info@hauptstadtkongress.de](mailto:info@hauptstadtkongress.de)

Internet: [www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

### **Gesundheit für's Leben**

#### **Bessere medizinische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung**

*15.-16. Mai 2009 in Potsdam*

Stichworte: Verbesserung der Zusammenarbeit und Kooperationsmöglichkeiten zwischen ÄrztInnen aus unterschiedlichen Disziplinen, Spezifizierung der Ausbildung der Professionellen im Gesundheitswesen. Schwerpunkt der Tagung: Übergang von der Jugend ins Erwachsenenalter, ältere und alte Menschen mit geistiger Behinderung

*Information und Anmeldung:*

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.  
Raiffeisenstr.18

35043 Marburg-Cappel

Telefon 06421-491116

E-Mail: [christina.fleck@lebenshilfe.de](mailto:christina.fleck@lebenshilfe.de)

Interent: [www.gesundheitfuersleben.de](http://www.gesundheitfuersleben.de)

### **16. AKF Jahrestagung 2009**

#### **Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit**

*31. Oktober-1. November 2009 in Kassel*

### **Kooperationsseminar von TERRE DES FEMMES und dem Deutschen Institut für Menschenrechte**

#### **Zwangsverheiratung: Hintergründe – Praxiserfahrungen – menschenrechtliche Strategien**

*12.-13. Juni 2009, Berlin*

Seit das Thema Zwangsheirat Gegenstand einer breiten öffentlichen Debatte geworden ist, suchen Menschen, die in Schulen, Sozialarbeit, Verwaltung und anderen Praxisfeldern tätig sind, verstärkt Rat bei TERRE DES FEMMES und anderen einschlägig spezialisierten Organisationen. Das von TERRE DES FEMMES und dem Deutschen Institut für Menschenrechte gemeinsam getragene Grundlagenseminar möchte einen Überblick über soziale und kulturelle Hintergründe von Zwangsehen sowie über menschenrechtliche Normen und politisch-rechtliche Handlungsoptionen im Vorgehen gegen Zwangsverheiratungen geben. Ziel ist es außerdem, einen Erfahrungsaustausch aus der Praxis zu ermöglichen. Das Angebot richtet sich an Personen, die in

ihrem beruflichen oder ehrenamtlichen Engagement mit der Problematik Zwangsverheiratung konfrontiert werden.

Programm und Anmeldung:  
Internet: [www.terres-des-femmes.de](http://www.terres-des-femmes.de)

### **Religion Revisited – Politisierung von Religion und deren Einfluss auf Geschlechterrollen**

#### **Internationale Konferenz der Heinrich-Böll-Stiftung**

5. -6. Juni.2009 in Berlin

Im Mittelpunkt dieser internationalen Konferenz steht die Frage, welche Trennung von Politik und Religion ein Land braucht, um die Gleichberechtigung von Mann und Frau zu garantieren: Sind religiöse Bewegungen Bedrohung oder Verbündete im Kampf für Frauenrechte? Ist Säkularismus eine notwendige Voraussetzung für Geschlechtergerechtigkeit?

Gemeinsam mit WissenschaftlerInnen, PolitikerInnen und AktivistInnen aus über zehn Ländern thematisiert die Heinrich-Böll-Stiftung die Zusammenhänge zwischen Religion, Politik und Frauenrechten.

Kontakt:

Jill Scherneck

E-Mail: [scherneck@boell.de](mailto:scherneck@boell.de)  
Telefon 49 (0) 30-28534-318

### **Ärztin MACHT Prävention 31. Wissenschaftlicher Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes**

10.-13. September 2009 in Leipzig

Weitere Informationen über

Deutschen Ärztinnenbund e.V.  
Telefon 030/ 400456540  
Internet: [www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de)

## **Publikationen**

### **Broschüre Genitalverstümmelung**

Wir schützen unsere Töchter. Aufklärungsbroschüre zum Thema Genitalverstümmelung für in Deutschland lebende Migrantinnen.

TERRE DES FEMMES (Hg.)

Ziel ist es, MigrantInnen aus betroffenen Ländern über Formen und Gefahren der Genitalverstümmelung zu informieren und über die Rechtslage in Deutschland aufzuklären.

In folgenden Sprachen verfügbar:

Deutsch, Englisch, Französisch, Kiswahili, Somali und Arabisch

Bezug über: Terre des Femmes e.V.  
Postfach 2565, 72015 Tübingen

Telefon 07071-7973 0  
E-Mail: [tdf@swol.de](mailto:tdf@swol.de)

### **Frauenlust – und was ist mit sexuell übertragbaren Krankheiten?**

Broschüre der Deutschen AIDS-Hilfe für Frauen, die Sex mit Frauen haben.

Inhalt: Safer Sex, STD-Risiko zwischen Frauen, Schutzmaßnahmen für Frauen, die häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten mit Informationen zu Übertragungsweg, Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten.

Zu bestellen unter [versand@dah.aidshilfe.de](mailto:versand@dah.aidshilfe.de)

Bestellnummer 023009

### **Zeitschrift: Frauenrat – Informationen für die Frau. 1/2009**

Last und Lust im Plural. Weibliche Sexualität(en)  
Die Zeitschrift Frauenrat erscheint alle zwei Monate.

Informationen: [www.frauenrat.de](http://www.frauenrat.de)