

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Juni 2001 Nr. 2

Inhalt

Einleitung	3
Familienplanung	
- Definition und Wandel des Begriffs	3
- Studien zum Familienplanungsverhalten	4
- Wer bietet Informationen an?	6
- Die Pille – vom kontrazeptiven Medikament zur Lifestyle-Drug	7
- Kontrazeptionsberatung bei unterschiedlichen Zielgruppen	7
- Kontrazeption im Internet	8
- Sicherheit und Versager verschiedener Kontrazeptionsmethoden	9
- Umgang mit Verhütungsversagern	13
- Kontrazeption nach einem Schwangerschaftsabbruch	14
IPPF – Nachrichten	
- Kontrazeption und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen	15
Forum	
- 40 Jahre „Pille“ – und wie viele Jahre „Pille-danach“?	17
Hinweise	
- Mifegyne aktuell	18
- NuvaRingâ	19
- BZgA Studie über AIDS	19
- NFP: Stiftung Warentest	20
- Buchbesprechung	22
Veranstaltungskalender	22

Impressum: © 2001

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Dr. med. Ruth Eichmann, Frankfurt am Main

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Dr. med. Jutta Walter, Heidelberg

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Familienplanung ist seit fast 50 Jahren ein zentrales Thema der pro familia-Arbeit.

Mit den Jahren hat sich die Begrifflichkeit von Familienplanung stark verändert und pro familia hat frühzeitig die Einbindung der verschiedenen Facetten von Familienplanung, sei es zum Beispiel durch die Sexualpädagogik und die Sexual- und Partnerberatung oder durch die interdisziplinären Beratungskonzepte, vollzogen.

Familienplanung ist ein von den Vereinten Nationen 1968 deklariertes Menschenrecht und dies besagt zunächst, dass jede Frau und jeder Mann Zahl und Zeitpunkt der eigenen Kinder selbst bestimmen kann. pro familia hat 1995 der IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte zugestimmt und sich damit verpflichtet, als Fachverband ein umfassendes Informations- und Beratungsangebot bereitzustellen, das KlientInnen befähigt, eine selbstbestimmte auf die individuelle Lebensweise und Bedürfnisse abgestimmte Entscheidung in sexuellen und reproduktiven Fragen zu treffen.

Familienplanung im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte bezieht die gewollte und ungewollte Schwangerschaft, die ungewollte Kinderlosigkeit sowie Fragen von vorgeburtlicher Diagnostik mit ein und integriert soziale Fragen und sexuelle Lebensweisen von Frauen und Männern.

In diesem Sinne ist pro familia immer wieder bemüht, Teilaspekte der Familienplanung auszuwählen und im Familienplanungs-Rundbrief darzustellen. Der vorliegende Rundbrief beschränkt sich auf Gebiete, die für die in der Beratung Tätigen hilfreich sein können. Es geht im Folgenden vor allem um ärztliche, medizinische und psychosoziale Aspekte.

Familienplanung (FP)

Definition und Wandel des Begriffes Familienplanung

War die ursprüngliche Definition der FP die Geburtenregelung unter Einsatz von Methoden der Kontrazeption, d.h. Verhütung von Empfängnis und Schwangerschaft, so erfuhr sie frühzeitig eine Erweiterung. Eine umfassendere Definition die sich nicht auf ärztlich-medizinische Aspekte beschränkte bezog soziale, gesundheitsfördernde und lebensgestalterische Komponenten mit ein.

Im Pschyrembel Wörterbuch „Gynäkologie“ von 1987 ist folgende Beschreibung für FP nachzulesen: „Geburtenregelung durch den selbstbestimmten Einsatz von Methoden der Kontrazeption, die eine den individuellen Wünschen eines Elternpaares bzw. der Mutter angepasste Kinderzahl und Regelung der Schwangerschaft entsprechend den jeweiligen Lebensumständen ermöglichen soll (geplante Elternschaft).“

Diese Definition gründet sich auf den Artikel 16 der Erklärung der Menschenrechtskonferenz in Teheran von 1968, in dem FP als ein verbrieftes Menschenrecht festgelegt wird: „Eltern haben ein grundlegendes Menschenrecht, frei und in eigener Verantwortung über die Zahl und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder zu entscheiden.“ 1974 hat in Bukarest die internationale Weltbevölkerungskonferenz diese Erklärung ergänzt: „Alle Paare und jeder Einzelne hat das Grundrecht, frei und in eigener Verantwortung über Zahl und Zeitpunkt von Kindern zu entscheiden; außerdem haben sie ein Recht auf Information und die Mittel, die es ihnen ermöglichen, Geburtenplanung durchzuführen. Die Verantwortung der Paare und Individuen bei der Ausübung dieses Rechts schließt auch die Lebensbedürfnisse ihrer lebenden und zukünftigen Kinder sowie ihre Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen mit ein.“

Weitere Erklärungen zu dieser Thematik finden sich im Teil III, Artikel 14, vom „Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau“ von 1979: „Die Vertragsstaaten gewährleisten insbesondere das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, einschließlich Aufklärungs- und Beratungsdiensten und sonstigen Einrichtungen auf dem Gebiet der

Familienplanung.“ Auch im „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ von 1989 heißt es im Teil I, Artikel 24: „Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um die Gesundheitsvorsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen.“

Ein weiterer Meilenstein stellte 1994 die Kairoer Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (International Conference on Population and Development – ICPD) dar, auf der eine Neuorientierung internationaler FP hin zu einem Konzept sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte festgelegt wurde. Sexualität, Gesundheit und Menschenrechte wurden zum ersten Mal in der Geschichte institutionalisierter FP in einem Gesamtzusammenhang gesehen. Auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Beijing/China fand dieses Konzept eine Bestätigung und Weiterentwicklung. Auf dieser Basis haben Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die IPPF (International Planned Parenthood Federation) den Begriff FP durch die erweiterte Definition von „sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte“ abgelöst.

1997 befasste sich der jährlich erscheinende Weltbevölkerungsbericht von UNFPA (UN Fund for Population Activities) ausschließlich mit reproduktiven Rechten und reproduktiver Gesundheit. Dabei wurde deutlich, dass sinnvolle und menschenwürdige Bevölkerungsprogramme nichts mit der bloßen Verteilung von Verhütungsmitteln zu tun haben, wie es oft in Entwicklungsländern der Fall ist, sondern vielmehr mit einer umfassenden Verbesserung der Lebenssituation von Frauen, d.h. politische und rechtliche Gleichstellung der Geschlechter, Aufklärung der Frauen, Bekämpfung der Armut, Förderung der Bildung von Frauen und Mädchen und Zugang zu Gesundheitsfürsorge.

Anfangs konzentrierte sich FP auf das Thema „Kontrazeption“. Durch die Reduzierung der Kinderzahl und die Vergrößerung des Abstandes zwischen den Geburten sollte eine Verbesserung von Frauengesundheit erreicht werden. Andererseits wurden aber auch z.T. bevölkerungspolitische Gesichtspunkte verfolgt, wie sich auf der 1927 von *Margret Sanger* einberufenen ersten Weltbevölkerungskonferenz in Genf zeigte. Die später gegründeten Familienplanungsorganisationen lehnten entschieden die bevölkerungspolitische Indienstnahme von FP ab.

Schon bald wurde erkannt, dass in den Bereich der FP neben dem Thema „Geburtenkontrolle“ auch die andere Seite, nämlich die der Verhütung

von Fertilitätsproblemen, Beratung und Vermittlung von medizinischen Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch gehört. Der oben erwähnte neu eingeführte Begriff für FP, „sexuelle und reproduktive Gesundheit“, schließt diesen Bereich mit ein.

Literaturangaben

J. Heinrichs, Globalisierung der Unfruchtbarkeit, Eberhard Verlag, München

Elke Thoß, Pro Familia Magazin 1/95, 6/98, 4/99

Marlene Klein, Pro Familia Magazin 6/98

Studien zum Familienplanungsverhalten

Untersuchungen über die Anwendungen von Verhütungsmitteln können Auskunft darüber geben, wie unterschiedliche Faktoren auf das Familienplanungsverhalten Einfluss nehmen. Die Ergebnisse derartiger Studien sind von Bedeutung für die Verbesserung von Kontrazeptions- und Familienplanungskonzepten.

Nachstehend wird über drei Untersuchungen zum Familienplanungsverhalten berichtet. Davon behandeln zwei die Verhütung, wie sie von Deutschen gehandhabt wird, eine dritte berichtet über die Anwendung von Verhütungsmitteln in fünf europäischen Staaten.

Den beiden deutschen Studien liegt jeweils die Auswertung einer dem EMNID-Institut in Auftrag gegebene Befragung zugrunde.

Ziel der Arbeitsgruppe um *G. Freundl* war es, Veränderungen im FP-Verhalten zwischen 1985 und 1989, insbesondere im Hinblick auf das zunehmende Wissen über AIDS, zu untersuchen. Über die Krankheit AIDS wurde erstmals 1983 berichtet. Insgesamt wurden 1267 (1985) bzw. 950 (1989) Frauen zwischen 15 und 45 Jahren befragt. Die Altersklasse zwischen 18 und 34 Jahren war am stärksten vertreten. Die Befragung fand mündlich und schriftlich statt. Unter den zehn gestellten Fragen seien hier folgende genannt:

“Was ist für Sie oder Ihren Partner die z.Zt. gebräuchlichste Methode eine Schwangerschaft zu verhüten?“

“War das vor 2 Jahren auch schon die gebräuchlichste Methode oder hat sich Ihr Verhalten in dieser Zeit verändert?“

“Wenn sich Ihr Verhütungsverhalten geändert hat: Welche Rolle hat dabei die Angst vor AIDS gespielt? Würden Sie sagen: Eine große – ziem-

liche – geringe – oder gar keine Rolle?“

„Welche Gründe sind für Sie eigentlich bei der Wahl eines Verhütungsmittels besonders wichtig?“

Die Autoren stellten fest, dass sich die Anwendung der Methoden zur FP in ihrer Häufigkeit veränderte. Sie kamen unter anderem zu folgenden Ergebnissen:

1985 und auch 1989 wurde von ca. 87 Prozent aller Frauen, die noch schwanger werden konnten, die Notwendigkeit der Empfängnisverhütung angegeben.

Die gleichzeitige Anwendung von mehreren Methoden nahm von 1985 zu 1989 signifikant zu.

Eine starke, signifikante Zunahme der Anwendung des Kondoms wurde beobachtet, die besonders auffällig in der Altersklasse der 15 bis 17 Jährigen war (von 4,0 Prozent auf 32,5 Prozent). Die Anwendung der Pille nahm in allen Altersklassen signifikant zu. Auch die Benutzung chemischer Mittel nahm zu. Bei der Spirale war die Anwendungshäufigkeit rückläufig. 1989 wurden im Vergleich zu 1985 erste Angaben über die Verwendung der Portiokappe registriert. Die Prozentangaben zur Nutzung des Diaphragmas waren gleichbleibend gering. Auch die Zahl der Anwenderinnen der natürlichen Methoden fiel nicht ins Gewicht. Die Sterilisation (der Frau, des Partners oder beider) wurde mit 6,9 Prozent bzw. 5,7 Prozent angegeben. Die Zahl unerwünschter Schwangerschaften lag bei 26,6 Prozent bzw. 20,9 Prozent. Der Rückgang unbeabsichtigter Schwangerschaften traf mehr für Frauen mit höherer Bildung als mit niedriger Bildung zu.

Bei den Gründen für die Wahl eines Verhütungsmittels hatte sich nichts geändert. Wichtig war weiterhin die Sicherheit, Unbedenklichkeit („natürlich“, „frei von Nebenwirkungen“) und die bequeme Anwendung.

12,3 Prozent der Frauen zwischen 18 und 45 Jahren erklärten, dass sich das FP-Verhalten in den letzten beiden Jahren geändert hatte. Für ca. ein Drittel dieser Frauen hatte bei dieser Entscheidung AIDS eine wichtige Rolle gespielt.

Eine neue Studie über das Verhütungsverhalten der Deutschen stammt aus dem Jahr 2000. Sie wurde von der Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik an der Universität Landau von *N. Kluge* und *M. Sonnenmoser* durchgeführt und stützt sich auf die ausgewerteten Daten einer Befragung zum Sexualleben der Deutschen durch das EMNID-Institut. Es wurden insgesamt 2405 Personen im Alter zwischen 14 und 92 Jahren befragt.

Die Fragestellung lautete:

„Um einer ungewollten Schwangerschaft vorzubeugen, ist es notwendig, Methoden oder Mittel der Empfängnisverhütung sachgemäß und konsequent einzusetzen.

Wie haben Sie im Verlauf des letzten Jahres verhütet, wenn Sie Geschlechtsverkehr hatten und kein Kinderwunsch bestand?

Ich oder mein Partner/meine Partnerin haben in den letzten 12 Monaten hauptsächlich folgende Verhütungsmittel und –methoden angewendet, um nicht leichtfertig die Zeugung/Empfängnis eines unerwünschten Kindes zu riskieren.

Geben Sie bitte nur eine der nachstehenden Antwortmöglichkeiten an!“ (Es folgte die Auflistung von 11 Antwortmöglichkeiten.)

Auch diese Studie zeigt, dass die Pille das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel ist (41,8 Prozent), gefolgt vom Kondom (18,9 Prozent). Die Angaben für Diaphragma, Portiokappe und chemische Mittel lagen weit unter 1 Prozent. Auch die Sterilisation (4,7 Prozent), Spirale (3,3 Prozent), natürliche Methoden (2,5 Prozent) und der vorzeitige Abbruch des Geschlechtsverkehrs (Coitus interruptus, 1,5 Prozent) wurden selten zur Empfängnisverhütung eingesetzt.

Insgesamt gaben 11,5 Prozent der befragten Personen an, nicht zu verhüten, obwohl kein Kinderwunsch bestand. 2,4 Prozent der 14 bis 19 Jährigen verhüteten nicht im Gegensatz zu nur 0,5 Prozent der 20 bis 29 Jährigen. Der Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel nahm mit zunehmenden Alter zu. Keine Methode benutzten 3,2 Prozent der 30 bis 39 Jährigen, 11,9 Prozent der 40 bis 49 Jährigen, 25,7 Prozent der 50 bis 59 Jährigen, 34,2 Prozent der 60 bis 92 Jährigen.

Das Kondom wurde am häufigsten von den 14 bis 29 Jährigen benutzt. Die hormonelle Verhütung nahm bis zum 39. Jahr zu (14 bis 19 Jahre: 34 Prozent; 20 bis 29 Jahre: 58 Prozent; 30 bis 39 Jahre 61 Prozent), um dann rückläufig zu sein.

Keinen Geschlechtsverkehr in den letzten 12 Monaten hatten 50 Prozent der älteren Personen (60 bis 92 Jahre) und ein Drittel der jungen Befragten (14 bis 19 Jahre).

Die Untersuchung wies unterschiedliches Verhütungsverhalten in den einzelnen Bundesländern nach; außerdem wurde ein Einfluss der Schulbildung auf das Verhütungsverhalten festgestellt. Je höher die Schulbildung, desto eher verhüteten die Befragten mit Kondomen bzw. mit der Spirale. Auch mit natürlichen Methoden verhüteten Per-

sonen mit Abitur/Studium eher als Personen mit anderer Schulbildung. Frauen und Männer mit Haupt-/Volksschulabschluss verhüteten auffällig weniger, obwohl kein Kinderwunsch bestand, als Personen mit anderer Schulbildung.

Hinsichtlich des beruflichen Status verhüteten Personen in Ausbildung eher mit Kondomen (31,4 Prozent); bevorzugte Verhütung bei Berufstätigen war die Pille (51,4 Prozent).

Die Europa-Studie aus 5 Ländern (Dänemark, Deutschland, Polen, Italien, Spanien) von *Spinelli, A. et al.* beruht auf den Daten der European Study of Infertility and Subfecundity (1991 bis 1993). Befragt wurden 6630 Frauen im Alter zwischen 25 und 44 Jahren. Ziel der Studie war, einerseits die Anwendung von Verhütungsmitteln in den einzelnen Staaten zu beschreiben und zu vergleichen, andererseits sollte der Einfluss von Alter, Bildung, Arbeit, Partnerschaft, Zahl der Kinder und vorangegangener Schwangerschaftsabbruch auf das kontrazeptive Verhalten untersucht werden.

In Nordwesteuropa wurden effektivere Verhütungsmethoden (Sterilisation, Vasektomie, IUP, Pille) angewendet als in Süd- und Osteuropa. In Dänemark und Deutschland überwog die Benutzung moderner Kontrazeptionsmethoden; periodische Abstinenz ist nach dieser Studie unüblich. Barrieremethoden werden nur vorübergehend zur Fruchtbarkeitskontrolle benutzt. Ältere Frauen gaben als Verhütungsmethode Knaus-Ogino und Coitus interruptus an. Das Verhütungsverhalten war in den letzten 10 Jahren konstant. Es verhüteten vorwiegend alleinstehende Frauen, Frauen mit höherer Bildung, Frauen mit Kindern, Frauen mit vorausgegangenen Schwangerschaftsabbrüchen.

Spanien und Norditalien haben sich in den letzten 10 Jahren an die oben erwähnten Verhältnisse angeglichen, allerdings werden Barrieremethoden und periodische Abstinenz durchaus noch benutzt, wenn nicht soviel Wert auf Sicherheit gelegt wird.

In Süditalien wenden nur wenige Frauen moderne Verhütungsmittel an. Orale Kontrazeptiva werden z.B. laut dieser Studie nur von 13,2 Prozent der süditalienischen Frauen eingenommen. 33 Prozent gaben als Verhütung den Coitus interruptus an, der Rest verhütet mittels einer Kombination von periodischer Abstinenz und Barrieremethoden.

Die Situation in Polen ähnelt der von Süditalien. Moderne Kontrazeption ist auf wenige Frauen mit höherer Bildung beschränkt. Insbesondere allein-

stehende Frauen benutzen Barrieremethoden und ein Großteil wendet Methoden der periodischen Abstinenz an. Auf die weite Verbreitung des Schwangerschaftsabbruchs in Osteuropa wird hingewiesen.

Aus den Ergebnissen ihrer Studie leiten die Autorinnen ab, dass im Süden und Osten Europas hinsichtlich kontrazeptiver Methoden großer Bedarf an Information und Versorgung besteht.

Literaturangaben

Freundl, G. et al.: Hat sich das Familienplanungsverhalten in der BRD seit 1985 verändert? *GebFra* 51 (1991) 127-134

Kluge, N. und M. Sonnenmoser: Sexuelleben der Deutschen. Ergebnisse zum Verhütungsverhalten. <http://www.Landau.de>, *GebFra* 61 (2001) A 80

Spinelli, Angela et al.: Patterns of Contraceptive Use in 5 European Countries. *Am J Public Health*, Sept. 2000, 90 (9) 1403-8

Wer bietet Informationen zum Thema Familienplanung an?

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung und Sexualberatung e.V. Gründung 1952. 1993 wurde „Sexualpädagogik“ in den Titel aufgenommen. Information, Beratung, Broschüren, siehe auch Website: <http://www.profamilia.de>

IPPF = International Planned Parenthood Federation (Internationale Föderation für geplante Elternschaft) Gründung 1952. 1995 wurde auf der Mitgliederversammlung der IPPF die „IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte“ verabschiedet. IPPF-Charta siehe Pro Familia Magazin 6/98, S. 25

FFGZ = Feministische Frauengesundheitszentren in verschiedenen Städten

Malteser Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung

BZgA = Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die BZgA hat 1992 den gesetzlichen Auftrag erhalten zielgruppenspezifische Konzepte und Medien zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu entwickeln. Sie hat sich zur Aufgabe gesetzt, einen interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Kontrazeption und Familienplanung anzuregen und zu fördern. Eine „Materialliste“ informiert über alle Veröffentlichungen der BZgA. Bestelladresse: BZgA, 51101 Köln oder eMail <http://www.order@bzga.de>.

Die Pille – vom kontrazeptiven Medikament zur Lifestyle-Drug?

Die Einführung der Pille (1960 in den USA, 1961 in Deutschland) markierte einen Wendepunkt sowohl in der FP als auch im Hinblick auf die Selbstbestimmung der Frau. Die erstmals mögliche zuverlässige und jederzeit reversible Kontrazeption ermöglichte es Frauen, eine realistische berufliche und private Lebensplanung vorzunehmen. Die Pille war und ist verschreibungspflichtig und bei vielen Ärzten bestanden aus moralischen Gründen zunächst gewisse Vorbehalte bei der Verordnung. So wurde die Pille oft nur mit der **Indikation: „Zyklusregulation“** verschrieben. Die Indikation Kontrazeption wurde insbesondere bei jungen, unverheirateten Frauen nicht erwähnt. Diese Einstellung hielt sich nicht lange. Die Pille eroberte bald den ersten Platz unter den Verhütungsmitteln. Die **Indikation: Kontrazeption** wurde voll akzeptiert.

Das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen war der Anlass, bei Erhalt der kontrazeptiven Wirkung, die Dosis des Ethinylöstradiol (EE) zu reduzieren, neue Gestagene zu entwickeln und vor allen Dingen neben der kontrazeptiven Wirkung andere wünschenswerte Effekte hervorzuheben. Erwähnt seien z.B. die Wirkungen auf die Haut- und Haarstruktur oder der antimineralokortikoide Effekt des Gestagens Drospiron, der zu weniger Flüssigkeitseinlagerung in den Geweben führt. Diese eher das Wohlbefinden, den **Lifestyle**, beeinflussenden Wirkungen werden insbesondere in der Werbung betont, z.B.:

Novial® (Organon) „die Pille mit der man sich sehen lassen kann“

Belara® (Grünenthal) „Schönheit hat einen neuen Namen“

Petibelle® (Jenapharm) „Verhütung, die nicht ins Gewicht fällt“

Yasmin® (Schering) „Eine besondere Pille, die eine gute Figur macht“

Die Pillenverschreibung hat sich heute dahingehend entwickelt, dass neben dem selbstverständlich gewordenen kontrazeptiven Effekt die positiven, in den voranstehenden Zeilen zum Ausdruck gekommenen Begleitwirkungen der Pille zunehmend berücksichtigt werden, z.T. sogar in den Vordergrund treten (non-contraceptive-benefits).

Kontrazeptionsberatung bei unterschiedlichen Zielgruppen

Die Frage, für wen, ab wann und wie lange Verhütung ein Thema ist, erscheint auf den ersten Blick leicht zu beantworten, nämlich: Jede Frau, die nicht schwanger werden will, sollte in der Zeit von der ersten Menstruation (Menarche) bis ein Jahr nach der letzten Regelblutung (Menopause) Maßnahmen zur Verhütung ergreifen. Das entspricht der biologisch fruchtbaren Phase im Leben der Frau von etwa dem 14. bis etwa zum 45. Lebensjahr, abhängig von der individuellen Zyklusanamnese. Würde in dieser Zeitspanne immer korrekt verhütet werden und wären die einzelnen Kontrazeptionsmethoden 100 Prozent sicher (siehe Methodenversager), dürfte es zu keinen ungewollten Schwangerschaften kommen.

Zahlreiche Studien haben sich mit den Faktoren beschäftigt, die Einfluss auf den Umgang mit der Fruchtbarkeit haben können, und somit auf das Verhütungsverhalten. Als Ergebnis wurden unterschiedliche Konzepte entwickelt, wie und welche Zielgruppen anzusprechen sind, um das Wissen über Kontrazeption zu erweitern und die Zahl der ungewollten Schwangerschaften zu reduzieren.

Untersuchungen wiesen nach, dass Unsicherheiten insbesondere am Anfang der reproduktiven Phase auftreten. Diese Erkenntnisse führten zu unterschiedlichen Maßnahmen, die speziell auf die junge Zielgruppe ausgerichtet sind.

In Wien wurde z.B. 1992 an der Krankenanstalt Rudolfstiftung unter der Schirmherrschaft der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung eine „FIRST LOVE“-Ambulanz eingerichtet. Den Namen der Ambulanz wählten Jugendliche aus, die sich laut einer Befragung von 1100 Mädchen, eine Einrichtung für Sexual- und Hygieneberatung wünschten. In dieser Ambulanz arbeitet an zwei Nachmittagen pro Woche ein interdisziplinäres Team mit einer Gynäkologin, zwei Psychologinnen und zwei Krankenschwestern. Die Einrichtung wird u.a. vom Bundesministerium für Jugend und Familie gefördert und beruht auf folgenden Grundprinzipien: anonym, kostenlos, ohne Krankenschein, zeitlich und räumlich von Erwachsenenambulanzen getrennt. Bei der jugendgerechten Information und medizinischen Behandlung wird u.a. auch eine Kontrazeptionsberatung angeboten. Mehr als die Hälfte der Mädchen, die „FIRST LOVE“ aufsuchen sind 15 bis 16 Jahre alt. Der Anteil der 13 bis 14 Jährigen nimmt in letzter Zeit zu.

Auch die Pharmaindustrie sieht die Tendenz, dass Verhütung immer früher zu einem wichtigen

Thema wird. Aus diesem Grund bieten einige Pharmaunternehmen telefonische Beratungsdienste (z.B. die Hotline „Teenie Talk“) an. Jugendliche können sich hier anonym von medizinischen und pädagogischen Fachkräften zu den Themenbereichen Sexualität und Empfängnisverhütung informieren und beraten lassen. Mit welcher Qualität dies geschieht bzw. mit welcher Zielsetzung die Beratung durchgeführt wird, kann von der FPR-Redaktion auf Grund fehlender Daten nicht beurteilt werden. Untersuchungen hierzu wären wünschenswert.

Einige Gynäkologinnen/Gynäkologen sowie viele pro familia-Beratungsstellen bieten eine Jugendsprechstunde an und haben zum Teil auch eine eigene Hotline für Jugendliche.

Neben dieser klar definierten Zielgruppe der Jugendlichen setzen sich Frauen und Männer in ihren unterschiedlichen Lebens- und Altersphasen mit ihrer Fruchtbarkeit auseinander und ändern möglicherweise das Verhütungsverhalten. Eine persönliche Verhütungsgeschichte beginnt häufig mit der Pille als erstes angewendetes Verhütungsmittel, an das der Anspruch hoher Sicherheit gestellt wird. Später tritt bei Frauen häufig das Bedürfnis auf, ihren Körper besser kennen zu lernen und Schwankungen der Fruchtbarkeit wahrzunehmen oder es widerstrebt ihnen, auf lange Zeit Hormone einzunehmen. Barrieremethoden wie Diaphragma, Portiokappe, Lea Contraceptivum oder die Möglichkeiten der Fruchtbarkeitswahrnehmung (NFP) werden in dieser Lebensphase bevorzugt. Schließlich wird bei abgeschlossener Familienplanung z.B. auf die Spirale übergegangen oder sie entscheiden sich für eine Sterilisation.

Das Verhütungsverhalten kann u.a. durch folgende Faktoren beeinflusst werden: Bildung, Alter, Partnerschaft, sozioökonomischer Status, bisherige Erfahrungen mit kontrazeptiven Methoden. Auch Unterschiede bezüglich Konfession und Familienstand können zu unterschiedlichen Konzepten im Umgang mit der Fruchtbarkeit führen, wie eine Vergleichsstudie in Berlin und Krakau zeigte.

Eine weitere Zielgruppe stellen Migrantinnen dar, bei denen in der Kontrazeptionsberatung soziokulturelle Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind.

Literaturangaben

Grünberger, W. et al. Die „FIRST LOVE“-Ambulanz. Erfahrungen einer erfolgreichen Einrichtung. GebFra 2000, Heft 8, 60, M 118-M121

Jugendmesse YOU 2000. GebFra 2001, Heft 2, 61 (Medizin + Markt)

Mikolajczyk, R., Rauchfuß, M. Unterschiedliche Konzepte im Umgang mit der Fruchtbarkeit: Eine Vergleichsstudie in Berlin und Krakau. GebFra 2001, Heft 3, 61, 121-126

Kontrazeption und Internet

Im Zeitalter der modernen Kommunikationsverfahren gewinnt die Information über kontrazeptive Methoden via Internet zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich nur um eine Grundinformation, welche allerdings die individuelle fachlich qualifizierte Beratung nicht ersetzen kann. Über Erfahrungen mit der neuen Form der Beratung bei pro familia berichten *E. Wolz* und *A. Schöppe*. An erster Stelle der abgefragten Themenbereiche stand interessanterweise die Verhütung.

Informationen zu Themen der Familienplanung und Empfängnisregelung sind über das Internet in vielfältiger Form zu erhalten. Prinzipiell gibt es verschiedene Quellen, aus denen die Informationsseiten im Internet gespeist werden.

Zu unterscheiden sind Informationen von - Organisationen /Institutionen wie zum Beispiel pro familia (www.profamilia.de), der BZgA (www.familienplanung.de, www.bzga.de), der Weltgesundheitsorganisation WHO (www.who.int), der International Planned Parenthood Federation IPPF (www.ippf.org), dem Robert-Koch-Institut, Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten (www.rki.de).

- Verhütungsmittel-Produzenten (stichpunktartige Auswertung dieser Angebote legen die Vermutung nahe, dass hier im Sinne des zu vertreibenden Produktes informiert wird, z.B. pillenzentriert, bzw. die dargebotenen Informationen z.T. auf wissenschaftlich überholten Meinungen beruhen). Beispiele für Internet-Angebote sind www.pille.de (Organon GmbH), www.verhueten.de und www.diaries-of-love.de (Asche AG)

- Kommerzielle und nicht-kommerzielle Gesundheitsportale mit und ohne qualitätsgeprüften Informationen. Beispiele hierfür sind www.netdokter.de und www.medizin-forum.de. Internationale qualitätsgeprüfte Gesundheitsportale aber auch viele weitere hilfreiche Informationen erhält man z.B. über

information.de (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln).

- Information von Medien wie Fernsehsendern und Zeitschriften (zum Beispiel www.brigitte.de, www.bravo.de)

- Auch Ärzte, Hebammen und eine unübersichtliche Zahl von selbsternannten ExpertInnen bieten Informationen zu o.g. Themen an

- Unter „websites“ für bestimmte Zielgruppen finden sich ebenfalls Informationen zum Thema (z.B. unter Familie, Schwangerschaft, Baby und Kleinkind)

- Bei gezielter Fragestellung kann die Suche über medizinische Datenbanken und Suchmaschinen sinnvoll sein. (www.medline.de, www.medizinindex.de, www.medmatrix.org)

Darüber hinaus besteht über Foren und Chatrooms auf vielen Internetseiten die Möglichkeit, gezielte Fragen per E-Mail zu stellen.

Literaturangaben

Wolz, E., Schöppe, A. Wegweiser auf der Datenautobahn – Lebensberatung im Internet. Pro Familia Magazin 4/2000, S. 28

Sicherheit und Versager verschiedener Kontrazeptionsmethoden

Das ideale Verhütungsmittel gibt es nicht. Keine Kontrazeptionsmethode ist absolut zuverlässig, und keine ist ohne Nebenwirkungen.

Für Frauen existieren mehr Verhütungsmöglichkeiten als für Männer. Die Wahl der Verhütungsmethode ist immer ein persönlicher Kompromiss mit den individuellen Möglichkeiten. Jede verfügbare Methode hat Indikationen und Kontraindikationen. Bei den hormonellen Verhütungsmitteln sind es vor allem gesundheitliche Risiken; bei Diaphragma, Portiokappe oder Spirale sind es eher anatomische Faktoren, die gegen die Methode sprechen.

Abhängig von der individuellen Lebenssituation – ob jung oder älter, ob noch Kinderwunsch besteht oder die Familienplanung abgeschlossen ist, ob in einer festen Partnerschaft lebend oder nicht – wird die Auswahl unterschiedlich ausfallen.

Gegebenenfalls wird die Verhütungsmethode auch gewechselt. Die Wirksamkeit einer Verhütungsmethode ist entscheidend abhängig vom Verhalten und der Motivation der AnwenderInnen.

Lebensweise, Lebenssituation, Bildung, Alter, Erfahrungen beeinflussen den Umgang mit Verhütungsmitteln. Umfassende Aufklärung und individuelle Beratung verbessern die Wirksamkeit der Verhütungsmittel. Zur Effektivität der Methoden gibt es unterschiedliche Angaben in der Literatur.

Es wird unterschieden in **Methodenversager** und **Anwendungsversager**.

Bei korrekter Anwendung und Auftreten einer Schwangerschaft spricht man von Methodenversagern. Bei typischen Fehlern in der Anwendung und Auftreten einer Schwangerschaft handelt es um einen Anwendungsversager.

Mit dem sogenannten „Pearl-Index“ wird die Versagerrate erfasst, d.h. es wird die Zahl der Schwangerschaften gezählt, die bei 100 Frauen pro Anwendungsjahr auftreten (100 Frauenjahre). (siehe Tab. 1)

Da bei den meisten Methoden die Sicherheit mit der Anwendungsdauer zunimmt, gibt der Pearl-Index (PI) keine genauen Aussagen.

Besser ist die Life-table-Methode, bei der die monatliche Schwangerschaftsrate registriert und daraus die kumulative Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft bei Anwendung einer bestimmten Kontrazeptionsmethode berechnet wird. (siehe Tab. 2)

Tabelle 1 Zu erwartende (bei korrekter Anwendung) und tatsächliche Inzidenz von ungewollten Schwangerschaften im ersten Anwendungsjahr pro 100 Frauen (Pearl-Index)

Methode	Perfekte Anwendung	Typische Anwendung
Keine	85	85
Sterilisation der Frau	0,1	0,4
Sterilisation des Mannes	0,1	0,2
Ovulationshemmer	0,1	1
Minipille	0,5	3
Depot-Gestagen (Medroxyprogesteronacetat)	0,3	0,3
Depot-Gestagen (Norethisteronenanthat)		1,5
Gestagen-Implantat	0,3	0,9
Intrauterinpessar (Kupfer)	0,6	1
Intrauterinpessar (Progesteron)	1,5	2
Intrauterinpessar (Levonorgestrel)	0,1	0,1
Diaphragma und Spermizid	6	18
Kondom (Mann)	3	12
Kondom (Frau)	5	21
Spermizid	6	21
Portiokappe (Nulliparae)	9	18
Portiokappe (Parae)	26	36
Intravaginalschwamm (Nulliparae)	9	18
Intravaginalschwamm (Parae)	20	36
Coitus interruptus	4	19
Periodische Abstinenz		20
- Kalendermethode	9	30
- Basaltemperaturmessung	3	
- Symptothermale Methode	2	
- Methode nach Billings	3	30

(aus „Kontrazeption“, H. Kuhl, C. Jung-Hoffmann, Thieme-Verlag 1999).

Tabelle 2 Kumulative Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft (kumulative Versagerrate) bei Anwendung eines Ovulationshemmers (Life-table-Methode)

Zyklus	Zahl der Frauen	Versager	Konzeptionsrate	Kumulative Versagerrate
1	2000	2	0,001000	0,001000
2	1970	4	0,002030	0,003028
3	1943	1	0,000515	0,003541
4	1901	3	0,001578	0,005114
5	1866	0	0,000000	0,005114
6	1817	1	0,000550	0,005661
7	1788	0	0,000000	0,005661
8	1736	0	0,000000	0,005661
9	1690	0	0,000000	0,005661
10	1648	2	0,001214	0,006868
11	1611	0	0,000000	0,006868
12	1572	1	0,000636	0,007500
Nach 6 Monaten				0,57 %
Nach 12 Monaten				0,75 %

(aus „Kontrazeption“, H. Kuhl, C. Jung-Hoffmann, Thieme-Verlag 1999).

Im folgenden soll kurz auf häufige Anwendungsfehler verschiedener, oft angewandter Verhütungsmethoden eingegangen werden:

Pille

Voraussetzung für die Wirksamkeit der Pille ist die korrekte Einnahme, d.h. alle 24 Stunden muss eine Pille geschluckt werden. Eine Empfehlung für die günstigste Tageszeit gibt es nicht.

Je nach Pillenpräparat wird täglich eine hormonhaltige Tablette 21 oder 22 Tage lang eingenommen. Dann folgt eine Einnahmepause von 7 bzw. 6 Tagen bevor mit der Einnahme der Pillen der folgenden Packung in gleicher Weise begonnen wird. Bei Packungen mit 28 Tabletten ist eine durchgehende Tabletteneinnahme einzuhalten.

Die vorgegebene Reihenfolge bei 2-Phasen- oder 2- und 3-Stufenpräparaten muss genau eingehalten werden.

Das Risiko für ein Versagen der Pille ist besonders groß, wenn die Einnahmepause verlängert wird. Ein Einnahmefehler in der Mitte der Pillenpackung hat das geringste Risiko (siehe FPR 1/2 2000).

Heute werden vorwiegend niedrigdosierte Präparate verordnet, die deutlich „störanfälliger“ sind als die hochdosierte Präparate der ersten Jahre nach der Pillenzulassung. Einphasenpräparate sind etwas sicherer als 2-Phasen oder 2- und 3-Stufenpräparate.

Bei den 2-Phasen-Präparaten (Lyn-ratiopharm Sequenz®, Ovanon®, Oviol®, Sequostat®) kann eine fehlerhafte Einnahme insbesondere in der ersten Phase zu einem kontrazeptivem Versagen führen. Deshalb ist im Falle, dass die Einnahme der Pille nach 24 Stunden vergessen wurde, die Zeitspanne für eine verspätete Einnahme auf 6 Stunden begrenzt. Bei den übrigen Präparaten kann bis zu 12 Stunden später die Pille nachgenommen werden. Die Sicherheit bleibt dabei erhalten. Wird auf ein anderes Präparat gewechselt, ist die Empfehlung, entweder ohne Pause auf das neue Präparat zu wechseln oder mit der Abbruchblutung neu zu beginnen, um in jedem Fall die Sicherheit zu erhalten.

Wird die Pille innerhalb von 3 Stunden nach Einnahme erbrochen, ist ihre Wirksamkeit beeinträchtigt. Innerhalb 2 bis 3 Stunden nach Einnahme erfolgt die Aufnahme der Wirkstoffe im Dünndarm. Gelingt es nicht innerhalb der erlaubten verspäteten Einnahmezeit (12 bzw. 6 Stun-

den) eine entsprechende Pille nachzunehmen, ist keine Sicherheit mehr gegeben.

Die Aussage über die Wirksamkeit der Pille bei Durchfall ist schwieriger. Bei wiederholt durchfälligem Stuhlgang innerhalb 24 Stunden ist das Risiko für eine unerwünschte Schwangerschaft gegeben.

Weiterhin beeinflussen zahlreiche Medikamente die Wirksamkeit der Pille. Da sich aus ethischen Gründen Studien zu dieser Fragestellung verbieten, stützen sich alle Aussagen auf Fallbeobachtungen. Deshalb sind Angaben über Pillenversager unter Medikamenten z.T. unsicher und oft auch nicht erklärbar.

Die Medikamenteninteraktion beruht entweder auf Enzyminduktion in der Leber und demzufolge auf einer beschleunigten Verstoffwechslung der Pille oder auf einer Störung der Rückresorption im enterohepatischen Kreislauf. Im Falle der Enzyminduktion kann die Wirksamkeit über mehrere Wochen herabgesetzt sein.

Es ist nicht geklärt, ob die zeitgleiche Einnahme der Pille mit anderer Medikamente Folgen hat. Es empfiehlt sich deshalb, die Pilleneinnahme zeitversetzt zur Einnahme anderer Medikamente vorzunehmen.

Nach Absetzen der Pille ist auch sofort die Wirksamkeit beendet. Es muss sofort eine andere Verhütungsmethode angewandt werden, wenn kein Kinderwunsch besteht. Die Eierstöcke nehmen in der Regel sehr schnell ihre Funktionen wieder auf.

Minipille

Minipillen, die nur Gestagene in geringer Dosierung enthalten, wirken in erster Linie auf den Schleim im Gebärmutterhalskanal, der undurchgängig für Spermien wird. Eine Ausnahme bildet Cerazette® (0,075 mg Desogestrel), die auch die Ovulation hemmt.

Versager sind in erster Linie durch den streng vorgegebenen Zeitrahmen der Tabletteneinnahme alle 24 Stunden zu erwarten (maximal 3 Stunden Verschiebung). Aber auch Magen- und Darmstörungen und zahlreiche Medikamente können die Wirksamkeit beeinflussen.

Depotpräparate

Zu den Depotpräparaten zählen die Depotinjektionen (Depo-Clinovir®, Noristerat®), das

Implantat Implanon® und die hormonhaltige Spirale Mirena®, die bevorzugt als Intrauterinsystem (IUS) bezeichnet wird, um den Unterschied zu den kupferhaltigen Spiralen hervorzuheben.

Bei korrekter Anwendung (zeit- und fachgerecht) erreichen Depot-Präparate eine sehr hohe Sicherheit. Magen- und Darmstörungen (wie Erbrechen und Durchfall) beeinflussen die Sicherheit nicht.

Da Injektionen und das Implantat systemisch (d.h. über den ganzen Körper) wirken sind auch Medikamenteninteraktionen möglich. Das bedeutet, dass durch die Einnahme bestimmter Medikamente die Sicherheit herabgesetzt sein kann, was bei der niedrigen Dosierung des Implantates eher zum Tragen kommen kann.

Da Mirena®, das IUS, fast ausschließlich lokal wirkt, ist kein Einfluss durch andere Medikamente zu erwarten.

Werden Implantat oder IUS entfernt, tritt die Fruchtbarkeit sofort wieder ein. Nach Depot-Injektionen sind individuell sehr unterschiedliche Zeitspannen beobachtet worden bis die Fruchtbarkeit wieder gegeben ist.

Spirale (Intrauterinpessar, IUP)

In der kontrazeptiven Sicherheit steht die kupferhaltige Spirale nach den hormonellen Verhütungsmitteln an 2. Stelle. Unkorrekte Einlage, falsche Größe, Verrutschen, Überschreiten der Liegedauer führen zu ungewollten Schwangerschaften. Um eine hohe Wirksamkeit zu erreichen, müssen vor der Einlage die anatomischen Voraussetzungen durch Ausmessen der Gebärmutterhöhle (Kavimeter) und/oder Ultraschalluntersuchungen (US) überprüft werden. Nur so ist die korrekte Auswahl eines passenden Pessars möglich. Direkt nach Einlage des IUP ist eine Lagekontrolle durch US durchzuführen. Nach 4 Wochen, 3 Monaten und anschließend alle 6 Monate sollten weitere Kontrolluntersuchungen erfolgen.

In der Zwischenzeit könnte die Frau selbst erlernen, die Lage des Kontrollfadens durch Ertasten zu überprüfen.

Die Liegedauer einer Kupferspirale ist begrenzt abhängig vom Typ und der Kupfermenge. Es wird aus juristischen Gründen empfohlen, die vorgegebene Liegedauer einzuhalten, obwohl Nachuntersuchungen ergeben haben, dass wirksame Kupfermengen z.T. über Jahre hinaus vorhanden sind. Neueinlage und Entfernen einer Spirale

sollten während der Menstruation vorgenommen werden, da zu diesem Zeitpunkt der Muttermund leicht eröffnet ist. Erfolgt die IUP-Einlage während des Zyklus, ist – je nach Zeitpunkt – vorher eine Schwangerschaft auszuschließen.

Möchte die Frau die Kontrazeption nach Ablauf der Liegedauer eines IUP mit einem IUP fortsetzen, kann unmittelbar nach Entfernung der alten Spirale die neue eingelegt werden.

Nach Entfernung der Spirale ist die Frau gleich wieder fruchtbar.

Das Risiko für eine Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter (ektope Schwangerschaft, Extrauterin-Schwangerschaft) ist unter der Kupferspirale leicht erhöht.

Frauen, die mit einer Spirale verhüten, sollten über die Möglichkeit einer Schwangerschaft informiert sein und auf entsprechende Symptome achten, um baldmöglichst den Arzt aufzusuchen.

Bei intrauteriner Schwangerschaft und liegendem Pessar hängt das Vorgehen von der Lokalisation des Pessars, vom Schwangerschaftsalter und der Entscheidung der Frau ab.

Im Allgemeinen wird empfohlen, die Spirale sofort zu entfernen, falls dies möglich ist. Dabei kann es zum Abort kommen.

Unter liegender Spirale wird eine Spontanaborte um bis zu 50 Prozent angegeben. Die Mehrzahl der Aborte findet im zweiten Schwangerschaftsdrittel statt. Die Komplikationsrate ist erhöht. Eine Schwangerschaft mit liegender Spirale ist wegen des erhöhten Infektionsrisikos immer eine Risiko-Schwangerschaft. Bei Auftreten einer Infektion besteht eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.

Das Missbildungsrisiko ist unter der Spirale nicht erhöht.

Barrieremethoden

Insbesondere die Erkenntnisse zur Übertragung von HIV haben seit den 80er Jahren dazu geführt, dass das **Kondom** wieder als Infektionsschutz gefragt ist und auch vermehrt zur Kontrazeption benutzt wird (siehe auch BZgA-Studie über AIDS).

Platzen oder Abrutschen des Kondoms kann zum Versagen der Methode führen. In der Europäischen Norm (EN) werden Normen für Material und Materialeigenschaften (Dicke, Dehnungsfähigkeit, Durchlässigkeit etc.) zur Qualitätssiche-

zung definiert. Dennoch sollte das Haltbarkeitsdatum beachtet werden, und Kondome keinen extremen Temperaturen ausgesetzt werden.

Um ausreichend Raum für den Erguss zu haben, darf das Kondom nicht zu tief übergezogen werden; das überstehende Reservoir darf nicht luftgefüllt sein. Nach dem Erguss muss der Kondomrand festgehalten werden, um das Abrutschen vom erschlafften Glied zu vermeiden. Vor dem Wegwerfen sollte die Intaktheit überprüft werden. Kondombenutzer sollten wissen, dass das Kondom sofort bei Eintreten der Erektion übergezogen werden muss, um einen Kontakt mit dem samenhaltigen „Lusttropfen“ zu vermeiden. Auch sollte ihnen die Möglichkeit der Anwendung der „Pille danach“ zur Schwangerschaftsverhütung im Falle einer Panne oder eines Anwendungsfehlers bekannt sein.

Voraussetzung für die Wirksamkeit bei der Anwendung des Diaphragmas, der Portiokappe, Lea contraceptivum und FemCap ist die korrekte Anpassung und eine Anleitung. Nur wenn diese Verhütungsmittel immer richtig eingesetzt und mit einem entsprechenden Spermizid kombiniert werden, kann ihre optimale Wirksamkeit erreicht werden.

Die richtige Pflege ist für die Haltbarkeit von Bedeutung. Ändern sich die anatomischen Gegebenheiten, z.B. nach Schwangerschaften, Geburt, Operationen, Gewichtsveränderungen, muss die Sicherheit durch Neuanpassung überprüft werden.

Sind z.B. wegen Infektionen in der Scheide Lokalbehandlungen notwendig, ist zu überprüfen, inwieweit sich die verwendeten Medikamente mit dem Material der Verhütungsmittel vertragen. Zahlreiche Medikamente sind gummiunverträglich, d.h. sie greifen Gummi an und zerstören es. (Bis auf das Kondomfabrikat „Avanti“ sind alle Kondome und alle uns verfügbaren Diaphragmen aus Gummi).

Bei den Vaginalzäpfchen handelt es sich um chemische Verhütungsmittel. Wegen ihrer Schaumbildung vor dem Muttermund werden sie auch zu den Barriere-Methoden gezählt.

Die Benutzung der Zäpfchen führt zu keiner hohen kontrazeptiven Sicherheit. Ihre alleinige Anwendung wird deshalb nicht empfohlen.

Die in Deutschland auf dem Markt befindlichen Vaginalzäpfchen können Gummi angreifen, d.h. bei gleichzeitiger Anwendung mit Kondomen wird deren Reißfestigkeit herabgesetzt. Aus diesem

Grund wird heute von der Kombination mit Kondomen abgeraten.

MFW: Möglichkeiten der Fruchtbarkeitswahrnehmung (NFP - Natürliche Familienplanung)

MFW, insbesondere die symptothermale Methode, können nach ausführlicher Information, fachlicher Anleitung und korrekter Anwendung eine hohe Sicherheit erreichen.

Die Rechen- oder Zeitwahlmethode ist wegen der geringen kontrazeptiven Sicherheit nicht zu empfehlen.

Verschiedene Computer sind als technische Hilfsmittel für die MFW entwickelt worden. Ohne ausreichende Kenntnisse über die Methoden und das Wissen, was mit den Computern registriert wird und wann und weshalb Störungen auftreten, sind diese Hilfsmittel wenig hilfreich und führen zu Versagern.

Sterilisation

Sterilisation gilt als endgültige Kontrazeption. Es handelt sich um eine operative Kontrazeption. Sowohl bei der Frau als auch beim Mann kann es in sehr seltenen Fällen zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen.

Die Betroffenen müssen darüber aufgeklärt werden.

Der Erfolg der Operation lässt sich beim Mann durch die obligate Nachuntersuchung des Ergusses feststellen, in dem sich nach dem Eingriff keine Samenzellen mehr befinden dürfen. Späte Rekanalisationen sind möglich. Bei der Frau gibt es keine sichere postoperative Kontrollmöglichkeit.

Umgang mit Verhütungsversagern

In der westlichen Welt gibt es zahlreiche Kontrazeptionsmöglichkeiten (siehe oben). Trotzdem sind viele Schwangerschaften ungeplant. Eine Untersuchung in den USA zeigte, dass nur 40 Prozent der Schwangerschaften gewollt waren. (In Deutschland schätzt man ähnliche Zahlen.)

Etwa die Hälfte der ungewollten Schwangerschaften treten trotz Kontrazeption auf. Mangelndes Wissen, unkorrekte Handhabung der Kontrazeptionsmethoden werden u.a. als Ursachen für ungewollte Schwangerschaften angegeben.

Derartige ungewollte Schwangerschaften können den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch wecken.

Mit der Liberalisierung des § 218 ist in Deutschland nach einer Pflichtberatung im ersten Schwangerschaftsdrittel ein straffreier Schwangerschaftsabbruch möglich.

Frauen haben die Möglichkeit, sich in fachärztliche Behandlung zu begeben, um unter optimalen medizinischen Bedingungen einen Abbruch durchführen zu lassen. Je nach sozialer Lage wird die Durchführung durch den Staat finanziell unterstützt. Das hat zu einer Minimierung der gesundheitlichen Risiken des Schwangerschaftsabbruchs für die Frau geführt. Die positive Auswirkung auf die reproduktive Gesundheit ist immens.

Nicht in allen Ländern ist eine entsprechende Gesetzgebung bzw. Situation vorzufinden, vor allem nicht in den sogenannten „armen Ländern“.

Die WHO gibt regelmäßige Daten zum Thema bekannt. In der Publikation „Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data.“ Third edition 1997 (Globale und regionale Schätzungen der Sterblichkeitsraten, die auf die Durchführung unsachgemäßer Schwangerschaftsabbrüche zurückzuführen sind mit einer Liste der vorhandenen Landeszahlen) werden unter Erläuterung der Probleme, die sich bei weltweiten Datenerfassung ergeben, Zahlen genannt.

- Geschätzte Schwangerschaftsabbrüche weltweit pro Jahr 50 Millionen
- davon in Entwicklungsländern 30 Millionen
- davon illegal bzw. nicht fachgerecht durchgeführt 20 Millionen
- ca. 90 Prozent der nicht fachgerecht durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche werden in Entwicklungsländern durchgeführt
- ca. 80.000 Frauen sterben pro Jahr an den Folgen eines solchen Schwangerschaftsabbruches
- weltweit sind mindestens 13 Prozent der Müttersterblichkeit unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen zu zuschreiben

Weiterhin leiden viele Frauen an chronischen Folgekrankheiten, physischen Beeinträchtigungen und Unfruchtbarkeit

Quelle: WHO, 1998

Kontrazeption nach einem Schwangerschaftsabbruch

Nach einem Schwangerschaftsabbruch in den ersten 3 Monaten stellen Frauen zum einen die Frage nach einem adäquaten Verhütungsmittel und zum anderen, wann sie mit der Verhütung anfangen sollen. Ein Beratungsangebot zu diesen Fragen ist von großer Bedeutung.

Im Allgemeinen normalisiert sich die Ovarialfunktion innerhalb von 2 bis 4 Wochen. Je früher der Zeitpunkt des Abbruchs, um so früher erfolgt die Zyklusregulierung. In einigen Fällen wurde schon 2 Wochen nach dem Abbruch eine Ovulation beobachtet. In seltenen Fällen kann es bis zu 6 Monate dauern, bis die erste Blutung auftritt.

Mit der Einführung der Saugcurette (Vakuumaspiration) ist die Gefahr der Verödung bzw. Entfernung der Gebärmutter Schleimhaut nicht mehr zu befürchten, die früher in einigen Fällen nach einer Ausschabung auftrat (Asherman-Fritsch-Syndrom).

So lange eine Blutung nach dem Abbruch besteht, sollte auf Geschlechtsverkehr verzichtet werden, um das Risiko einer Infektion zu vermeiden.

Bei den Überlegungen zur Kontrazeptionsmethode sind – wie immer – die Wünsche der Frau, des Paares ausschlaggebend.

Besteht der Wunsch nach hormonaler Kontrazeption, empfiehlt es sich, gleich nach dem Abbruch, am besten am gleichen Tag (oder bis spätestens am 5. Tag) mit der Einnahme der Pille zu beginnen, die Depotinjektion durchzuführen oder das Implantat zu legen, um unmittelbar eine Sicherheit zu erreichen.

Hormone haben außerdem einen günstigen Einfluss auf den Abheilungsprozess in der Gebärmutter.

Eine Spirale könnte prinzipiell zeitgleich mit dem instrumentellen Abbruch gelegt werden, vor allem wenn der Abbruch zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft erfolgt ist. Da jedoch die Spirale oft keine optimale Lage in der veränderten Gebärmutterhöhle erreicht und damit die Gefahr des Verrutschens und der Ausstoßung besteht, ist dieser Zeitpunkt eher ungünstig, und es empfiehlt sich, die Spirale nach Abschluss der Rückbildungsprozesse, in der Regel mit der ersten Regelblutung, zu legen. Erfahrungsgemäß tolerieren Frauen, die bereits schwanger waren, die Spirale besser. Im Ausland wurde eine Spirale entwickelt, „Gyne Fix“, die unmittelbar nach einem instrumentellen Abbruch eingeführt wer-

den kann. „Gyne Fix“ endet in einem Knoten, der mit Hilfe eines speziellen Fixationssystem im Fundus der Gebärmutter platziert wird.

Wer sich für MFW (NFP) interessiert, kann gleich nach der Abruptio mit der Messung der Basaltemperatur beginnen. Es kann bis zu 14 Tage dauern, bis der Gelbkörper seine Funktion einstellt, d.h. dass zunächst noch eine Temperaturhochlage über den Abbruch hinaus bestehen bleibt.

Da der Eisprung nach Abruptio zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten stattfindet, ist mit einer längeren Beobachtungszeit zu rechnen, bis Aussagen über fruchtbar und unfruchtbar gemacht werden können.

Das Kondom ist nach dem Abbruch – wenn keine Blutungen mehr bestehen – jederzeit einsetzbar. Es bietet zusätzlich Infektionsschutz.

Beim Verhütungswunsch mit Diaphragma, Portio- oder FemCap sind die Rückbildungsprozesse abzuwarten, um dann zu überprüfen, ob die „alten“ Größen noch passen bzw. sich die anatomischen Verhältnisse verändert haben. Eine Kontrolle mit evtl. Neuanpassung ist nach durchschnittlich 6 bis 8 Wochen d.h. nach Abschluss der Rückbildungsprozesse empfehlenswert.

Eine Sterilisation könnte zeitgleich mit dem Abbruch durchgeführt werden, vor allem wenn dies schon lange geplant war. Im Allgemeinen empfiehlt es sich, diesen Schritt erst nach längerer Entscheidungsphase zu vollziehen. Zeitgleiche Sterilisation erhöht natürlich das Operationsrisiko und beeinträchtigt auch die Sicherheit des Eingriffes.

Literaturangaben

- | | |
|---|---|
| Bátar, I., et al
Gyn Depesche 1/2001, S. 13 | IUP nach Abrasio
sicher verankert |
| BZgA Band 6, 1996
ISBN 3-9804580-8-3 | Kontrazeption, Konzeption,
Kinder oder keine |
| Kuhl, H.; Jung-Hoffmann, C.
Thieme-Verlag 1999 | Kontrazeption |
| Taubert, H.D.; Kuhl, H.
Thieme-Verlag, 1995 | Kontrazeption mit
Hormonen |

IPPF- Informationen

Kontrazeption und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen

Adoleszenz im Sinne der WHO betrifft das Alter vom 10. bis zum 19. Lebensjahr. Trotz individuellen, kulturellen und sozioökonomischen Unterschieden wird davon ausgegangen, dass Jugendliche in hohem Maße sexuell aktiv sind.

Informationen zu Sexualität und jugendfreundliche Dienstleistungen

Jugendzentrierte Informationen sollten jungen Menschen zunächst helfen, ein vertrautes und sicheres Verhältnis zum eigenen Körper und zur Sexualität zu gewinnen, und sie ermutigen, eigene unabhängige Entscheidungen bezüglich der eigenen Sexualität zu treffen. Daneben spielt die Information über Kontrazeption und die Beratung zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten (Abkürzung STD: **S**exual **T**ransmitted **D**iseases) insbesondere der HIV-Infektion eine wichtige Rolle. Informationen für Jugendliche sollten in deren emotionalem und sozialem Kontext vermittelt werden, und die Dienstleistungen sollten leicht zugänglich sein, unabhängig vom Alter, Familienstand und ökonomischen Status der Angesprochenen. Jugendliche setzen ihre Verhütungsmethoden eher ab als ältere Personen. Gründe dafür sind u.a. unerwartete Nebenwirkungen, hohe Kosten, Unsicherheiten in der Anwendung und Ängste.

Die Wahl der Methode

Wie die IPPF (International Planned Parenthood Federation) die verschiedenen Verhütungsmethoden hinsichtlich ihrer Anwendung in der Adoleszenz einschätzt, geht aus dem folgenden Text hervor. IPPF geht insbesondere auf die Vor- und Nachteile der einzelnen Verhütungsmethoden ein.

Kondome

Die Kondomanwendung stellt die einzige Methode dar, die bei korrekter und konsequenter Anwendung einen Schutz vor Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Krankheiten / HIV-Infektion bietet. Deshalb besitzen Kondome eine hohe Bedeutung für diese Altersgruppe.

Vorteile des Kondoms: leichte Verfügbarkeit (keine Verschreibungspflicht), keine Kontraindikationen bekannt, (lokale) Nebenwirkungen werden nur selten benannt.

Nachteile des Kondoms: Die Sicherheit gegen ungewollte Schwangerschaft ist niedriger als bei hormonalen Verhütungsmethoden und bei der Spirale. Die korrekte Anwendung setzt eine hohe Motivation und adäquate Kenntnisse voraus.

Bei den Kondomen für Frauen ist von Vorteil, dass sie insbesondere bei fehlender Motivation des Mannes alternativ angewendet werden können. Nachteil ist die niedrigere Sicherheit der kontrazeptiven Wirkung. Forschungsbedarf stellt die IPPF hinsichtlich der Sicherheit vor sexuell übertragbaren Infektionen fest.

Orale hormonale Kontrazeptiva

Orale Kontrazeptiva sind eine Methode, die von Jugendlichen gut angenommen wird. Bei ordnungsgemäßer Anwendung sind sie sicher und zeichnen sich durch eine hohe Wirksamkeit aus. Für die Verschreibung ist die Feststellung eines regelmäßigen menstruellen Zyklus nicht notwendig, da unregelmäßige Zyklen in diesem Alter häufig sind. Auch von routinemäßigen gynäkologischen Untersuchungen vor der ersten Verschreibung kann abgesehen werden, da sie Jugendliche möglicherweise abschreckt. Es gibt keine Hinweise für einen Einfluss auf das Körperwachstum oder hormonelle Störungen nach Einnahmeende. (Nur wenige Kontraindikationen bei Jugendlichen.)

Für die Wirksamkeit der Minipille ist die regelmäßige Einnahme essentiell. Information über mögliche unregelmäßige Blutungen in der Anfangszeit müssen gegeben werden. Die Minipille kann empfohlen werden, wenn orale Kontrazeptiva gewünscht werden, aber Östrogene kontraindiziert sind.

Hormonale Postkoital-Verhütung

Jugendliche kommen häufig in die Situation, dass sie postkoitale Verhütung benötigen. Sei es, weil sie sexuellen Kontakt ohne Verhütungsschutz hatten, sei es auf Grund von Verhütungsunfällen (Kondom geplatzt, Pille vergessen). Es sollte jede Gelegenheit genutzt werden, Jugendliche über die Möglichkeit der Nachverhütung aufzuklären und sie darüber zu informieren, wo man sie erhalten kann. Adoleszenz stellt keine Kontraindikation zur Verschreibung dar. Weitere Anstrengungen

sollten unternommen werden, die Methode dieser Anwenderinnengruppe leichter verfügbar zu machen.

Lang wirksame hormonale Kontrazeptiva (Depotpräparate)

Der Vorteil, dass nicht jeden Tag an die Verhütung gedacht werden muss, macht Depot-Präparate unter Umständen interessant für jugendliche Frauen. Über mögliche Veränderungen des Blutungsverhaltens (Zwischenblutung, verlängerte oder ausbleibende Blutung) und andere mögliche Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme oder Akne muss informiert werden. Die Depotspritze auf Gestagenbasis wird auf Grund verschiedener möglicher Nebenwirkungen Jugendlichen nur in Ausnahmefällen und nach ausführlicher Aufklärung verordnet. Subdermale Implantate bieten einen hohen Schutz bis zu 5 Jahren. Gewichtszunahmen und Hautprobleme scheinen unter der Norplant-Anwendung häufiger aufzutreten. (In Deutschland ist Implanon® erhältlich, Liegedauer 3 Jahre.)

Kupfer-Spirale

Nicht jugendliches Alter sondern das hohe Risiko für eine sexuell übertragbare Krankheit ist eine Kontraindikation für die Kupfer-Spirale. Die Spirale bietet einen sicheren Schutz für mehr als 5 Jahre (je nach Fabrikat). Für den Fall, dass sich bei liegender Spirale ein erhöhtes Risiko für STD ergibt, sollte die gleichzeitige Anwendung von Kondomen empfohlen werden. Jugendliche Frauen, die noch keine Kinder geboren haben, sollten darüber aufgeklärt werden, dass bei ihnen die Ausstoßungsrate und die Infektionsrate erhöht ist.

Diaphragma

Jugendliche können Diaphragmen anwenden. Zu bedenken gilt, dass die Anwendung ein hohes Maß an Motivation und einer Unterweisung bedarf.

Spermizide

Wegen ihrer im Vergleich zu anderen Verhütungsmethoden schlechten Wirksamkeit sollte Jugendlichen die isolierte Anwendung von Spermiziden nicht empfohlen werden.

Coitus interruptus

Unter Umständen die einzige Möglichkeit zur Verhütung. Aus diesem Grund sollte die Technik genau erklärt werden. Mangels ausreichender Sicherheit ist die Wahl einer sichereren Methode zu empfehlen.

Periodische Abstinenz

Die Anwendung ist schwierig bei unregelmäßigen Menstruationszyklen und bei Personen die nur gelegentlich sexuelle Kontakte haben. Beides ist bei Jugendlichen häufig.

FORUM

40 Jahre „Pille“ – und wie viele Jahre „Pille-danach“?

Waltraud Schulz-Kuttruff
Ärztin, pro familia Beratungsstelle Karlsruhe

Das kann wohl niemand so genau sagen, denn im Gegensatz zur großen Schwester kam die Kleine auf Umwegen. Der Begriff „Pille-danach“ steht für mehrere morning-after-Methoden, wird auch Interception genannt und schließt dann das Einsetzen einer Spirale als weitere Methode mit ein.

Eine Tablette, ein Mal im Monat zu nehmen, um nach einem oder mehreren sexuellen Kontakten eine Schwangerschaft auszuschließen, das wäre es – gibt es aber (noch immer) nicht!

Manche junge Frau, die in den letzten 20 Jahren in die Jugendsprechstunde der Karlsruher pro familia Beratungsstelle kam, hat vielleicht darauf gehofft. Stattdessen wurde und wird noch immer eine ausführliche Anamnese gemacht: Wann war der letzte Verkehr und wann der erste in diesem Zyklus, um welche Zyklustage geht es? Es geht auch um Spermienaktivität, Fruchtbarkeit von Eizellen, welche der morning-after-Methoden in dieser konkreten Situation greift und wie verträglich sie für diese Frau sein wird. Sichtbar wird dabei der individuelle Kalender hinter dem offiziellen und die trockenen Fakten aus dem Biologieunterricht werden, weil sinnlich fassbar, zur Lebenserfahrung. Dass daraus auch eine strategische Denkübung werden kann, liegt an den Bedingungen der einzelnen Methoden, die seit Ende der 60er Jahre, ausgehend von Studien

aus Kanada, USA, Südamerika und den Niederlanden, in der internationalen Fachpresse diskutiert werden.

Obwohl davon auszugehen ist, dass es Kolleginnen gab, die ihre eigenen morning-after-Methoden entwickelten, wurden in Deutschland Postkoitalmethoden, deren Erfolgsrate und Verträglichkeit jahrelang in der medizinischen Fachpresse ignoriert. Informationen kamen von interessierten KollegInnen, der IPPF und über pro familia-Fortbildungen.

Weitergegeben wurde dieses Wissen im Rahmen der sexualpädagogischen Arbeit in Schulklassen, Jugendclubs, Mädchentreffs, während jeder Beratung über Verhütungsmittel in und außerhalb der Jugendsprechstunde und durch die Medien.

Der Erfolg dieser Arbeit im Hinblick auf kontrazeptives Verhalten und Wissen um Postkoitalmethoden zeigt sich auch in der niederen Rate von Teenagerschwangerschaften in Deutschland.

Um welche Methoden geht es?

In den 70er Jahren war die Gabe von 1 x 5 mg Ethinylöstradiol 5 Tage lang eine häufig verordnete Dosierung, die zu Übelkeit und Erbrechen führte und der 500fachen Östrogen-Monatsdosis von Anovlar entsprach.

Besser verträglich war die Gestagen-Methode mit 0,6 mg Levonorgestrel, einzunehmen innerhalb von 12 Stunden postkoital.

Bis noch in die 80er Jahre wurde Duogynon, eine Form von zeitraubendem hormonellen Schwangerschaftstest als „Pille danach“ mit einer postkoitalen Sicherheit von Null, von ÄrztInnen außerhalb der pro familia eingesetzt.

Bewährt haben sich zwei Methoden:

1. Die Östrogen-Gestagen-Methode: 4 Dragees mit je 0,05 mg Ethinylöstradiol (EE) + 0,25 mg Levonorgestrel (Tetragynon®); je zwei Dragees sind einzunehmen im Abstand von maximal 12 Stunden. Spätester Einnahmebeginn 72 Stunden nach einem ungeschützten Verkehr.
2. Die Gestagen-Methode mit 2 Tabletten zu je 0,75 mg Levonorgestrel (duofem®), einzunehmen im Abstand von 12 Stunden mit Einnahmebeginn bis 72 Stunden nach ungeschütztem Verkehr.

Die Östrogen-Gestagen-Methode und die 0,6 mg Levonorgestrel-Methode waren viele Jahre nicht

als fertige, mit dieser Indikation zugelassene Präparate zu verordnen, sondern wurden im Rahmen der Therapiefreiheit aus Antibabypillenpackungen ausgeschnitten und bis zur gewünschten Dosierung in die Hand gezählt.

Das änderte sich als die Firma Schering 1985 die Östrogen-Gestagen-Methode unter dem Präparatenamen Tetragynon® und die Firma Hexal im letzten Jahr die Gestagen-Methode (2 x 0,75 mg Levonorgestrel) unter dem Namen duofem® auf dem Markt brachten, ein Ergebnis auch der Interventionen der pro familia-Ärztinnen. Beide Präparate sind nach wie vor rezeptpflichtig.

Die Sicherheit, mit der eine Schwangerschaft verhindert wird, liegt bei Tetragynon® bei 96,8 Prozent und beträgt bei duofem® 98,9 Prozent. Das ist das Ergebnis einer WHO Multicenter-Studie, die im „The Lancet“ 1998 veröffentlicht wurde, an der 1998 Frauen teilgenommen haben; 997 Frauen nahmen das Kombinationspräparat ein, 1001 Frauen Levonorgestrel (siehe FPR 1998 Nr. 4, S. 9).

Im Laufe der 20 Jahre, die ich selbst überblicke, hat die Informiertheit von Männern und Frauen, auch von Jugendlichen über Postkoitalmethoden deutlich zugenommen. Immer noch ist eine Beratung zur „Pille-danach“ verbunden mit der Frage, ob die gerade praktizierte Verhütung ausreichend oder ob ein Wechsel der Methode sinnvoll ist. Es ist oft ein Innehalten und Überlegen, was eine Schwangerschaft jetzt bedeuten würde. Die eigene Fruchtbarkeit wird erlebt, und damit eine Mann-Frau-Dimension hinter dem sexuellen Erlebnis.

Anmerkung der Redaktion:

Trotz der inzwischen lange bestehenden Verfügbarkeit und den Erfahrungen in der Anwendung der „Pille danach“ registriert der Bundesverband weiterhin Mängel beim Informationsstand und der Versorgungslage. Eine 1996 von pro familia Bundesverband durchgeführte Umfrage in allen 150 Beratungseinrichtungen zur regionalen „postkoitalen“ Versorgungslage hatte ergeben: Der Kenntnisstand als auch die Bereitschaft und Motivation zur Verschreibung der postkoitalen Kontrazeption ist vielerorts bei den niedergelassenen Ärzten niedrig. Auch der Informationsstand in der Bevölkerung ist unzureichend. Damals attestierten nur ca. die Hälfte der befragten Beratungsstellen ihrer Region ein gut funktionierendes Versorgungssystem. Auch die seit letztem Jahr geführte Diskussion um die Verordnungspraxis (durch die Aufhebung der Rezeptpflicht in Frank-

reich und England und die damit erleichterte Zugänglichkeit) hat gezeigt, dass der Wirkmechanismus wenig bekannt ist, Dosis und Nebenwirkungen häufig überschätzt werden (Hormonbombe) und die „Pille danach“ und die „Abtreibungspille“ nur unklar von einander abgegrenzt werden.

Hinweise

Mifegyne® aktuell

Die übliche Vorgehensweise beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch sieht die orale Einnahme oder vaginale Applikation des Prostaglandins Misoprostol zwei Tage nach Einnahme von Mifegyne® vor.

In einer neueren amerikanischen Studie untersuchten E.A. Schaff et al., ob die vaginale Verabreichung von Misoprostol 1, 2 oder 3 Tage nach Mifegyne® zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungen führte.

Mifegyne® wurde oral in der Dosis von 200 mg eingenommen. Die Prostaglandin (Misoprostol)-Dosis von 800 µg konnten die Frauen auch selbst zu Hause 1, 2 oder 3 Tage nach Mifegyne® applizieren. Genaue Verhaltensregeln wurden angegeben.

An der Multicenter-Studie von März 1998 bis Juni 1999 nahmen 2295 gesunde Frauen über 18 Jahre teil; die Schwangerschaftsdauer betrug bis zu 56 Tage.

Es zeigte sich, dass es keinen nennenswerten Einfluss auf die Erfolgsquote des Schwangerschaftsabbruchs oder auf die Nebenwirkungen hatte, ob Misoprostol 1, 2 oder 3 Tage nach Mifegyne® gegeben wurde. Die Abortraten betrugen 98 Prozent (97 bis 99 Prozent), wenn Misoprostol nach 1 Tag oder nach 2 Tagen gegeben wurde und 96 Prozent (95 bis 97 Prozent), wenn Misoprostol nach 3 Tagen gegeben wurde.

In allen drei Gruppen sprachen sich über 90 Prozent der Frauen im Akzeptanzfragebogen positiv für den Eingriff aus. Allerdings war eine Präferenz für die kürzeren Wartezeiten zu verzeichnen.

Die Autoren folgern aus diesen Studienergebnissen, dass eine flexiblere Handhabung, d.h. die Gabe von Misoprostol bis zu drei Tagen nach der Mifegyne®-Einnahme möglich ist.

E.A. Schaff et al., JAMA 2000 Oct 18; 284 (15):1948-53.

NuvaRing® : Ein neues, in 1 bis 2 Jahren verfügbares Verhütungsmittel

NuvaRing® ist ein Vaginalring aus Ethylvinylacetat (EVA). Der Ring aus diesem weichen, flexiblen Material hat einen Durchmesser von 5,4 cm und ist 4 mm dick. Er enthält die Hormone Östrogen und Gestagen. Diese Hormone werden nach dem Einführen in die Scheide gleichmäßig freigesetzt und zwar 15 Mikrogramm Ethinylestradiol und 1200 Mikrogramm Etonogestrel pro Tag. Über die Scheidenhaut werden die Hormone in die Blutbahn aufgenommen.

Der Ring verbleibt 3 Wochen in der Scheide und wird anschließend herausgenommen. Nach einer Woche ohne Hormonring, in der eine menstruationsähnliche Blutung auftritt, wird ein neuer Ring eingesetzt. Bei korrekter Anwendung bewirkt der Ring – wie die Einphasenpille – eine Ovulationshemmung.

Nebenwirkungen und Risiken entsprechen denen der Pille.

Magen-Darmstörungen wie Erbrechen und Durchfall stören die Zuverlässigkeit nicht. Die Anwendung ist einfach. Der Ring wird zusammengedrückt in die Scheide eingeführt, wo er sich entfaltet.

Nach bisherigen Beobachtungen ist die Akzeptanz sehr hoch.

Wenn – wie in einigen Fällen berichtet – der Ring beim Geschlechtsverkehr den Partner stört, kann der Ring bis zu 3 Stunden entfernt werden.

NuvaRing® ist nicht für jede Frau geeignet und muss vom Arzt/Ärztin verordnet werden.

Der Preis ist noch offen. Die Firma Organon rechnet mit der Zulassung in 1 bis 2 Jahren in Deutschland.

In Holland ist er wohl schon erhältlich.

Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids

Eine seit 1987 jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung der BZgA hat zum Ziel, Veränderungen von Wissen, Einstellungen und Verhalten im Hinblick auf HIV und Aids zu erfassen.

Die aktuellen Ergebnisse der Erhebung 2000 haben zu den Schlagzeilen geführt, dass die HIV-Infektion und AIDS in Deutschland in Vergessenheit gerät.

Durch die Ergebnisse der Erhebung lässt sich folgendes feststellen:

Die Berichterstattung in den Medien ist in den letzten Jahren rückläufig. Parallel wird sie auch immer seltener als Informationsquelle für die Bevölkerung genannt. Zusätzliche Kampagnen wie z.B. die „machs-mit-Kampagne“ oder Kinospots sind wichtige Impulsgeber für jüngere Bevölkerungsgruppen.

Die interpersonale Kommunikation (zwischen Freunden, in der Familie) ging ebenfalls zurück, langfristig sinkt in der Bevölkerung das Bewusstsein von Aids als gefährliche Krankheit. 1991 stuften 61 Prozent Aids als gefährliche Krankheit ein, 2000 waren es 37 Prozent. Gründe dafür liegen lt. Erhebung weder in der Verfügbarkeit neuer Therapien noch in einem generellen Desinteresse.

Dennoch ist das Interesse in der Bevölkerung an Informationen zu Aids und an Aufklärung über Schutzmöglichkeiten groß. 72 Prozent der 16- bis 44-jährigen Alleinlebenden befürworten eine Aufklärung und Information über Schutz vor dem HI-Virus auch in der Zukunft. Insbesondere in den jüngeren präventionsrelevanten Altersgruppen ist das Informationsinteresse groß. Das Basiswissen über Aids wird der Erhebung nach in der Bevölkerung als hoch eingestuft. Dennoch besteht weiterhin Bedarf an Aufklärung über Ansteckungsmöglichkeiten und die Krankheit selbst. (Ein Viertel der Bevölkerung ist nicht darüber informiert, dass man sich auch von einem infizierten Partner anstecken kann, wenn die Infektion noch asymptomatisch verläuft; dem zufolge meint ein Drittel der Bevölkerung, dass man HIV-Infizierte an äußeren Krankheitsmerkmalen erkennen kann bzw. ist sich nicht ganz sicher.)

Die Bereitschaft zum Infektionsschutz durch Kondomanwendung ist hoch. Sie stagniert seit 1996 auf hohem Niveau. 74 Prozent der Befragten geben an, sich in riskanter Situation wie z.B. spontanen sexuellen Kontakten mit unbekanntem Partnern immer mit Kondom zu schützen (1990: 40 Prozent). Von den jüngeren Alleinlebenden nutzen 48 Prozent regelmäßig Kondome. Dieser Anteil ist seit 1996 relativ konstant.

Die Ergebnisse lassen eine z.T. dramatisierende Medienreaktion nur schwer nachvollziehen. Offen bleibt die Frage, ob tendenziell mit dem Rückgang der Wahrnehmung von Aids ein Anstieg der

Neuinfektionsrate antizipiert wird. Lt. Aussagen des Robert Koch Instituts ist dies bisher nicht zutreffend. Seit ca. 10 Jahren sind die Neuinfektionsraten in etwa gleichbleibend. Unstrittig ist, dass die Bemühungen um eine umfassende Aufklärung zum Schutz vor HIV-Infektion und zur Infektion selbst auf hohem Niveau fortgeführt werden müssen.

Die vollständige Studie steht unter der Internetadresse <http://www.bzga.de/studien> zur Verfügung.

Prüfung und Bewertung von NFP und Zykluscomputer durch die Stiftung Warentest

Weitere Informationen über den Test können unter der Fax-Nummer (01805) 88 76 84 20 abgerufen werden.

„Natürliche Familienplanung: Von recht sicher bis völlig unsicher“

Beispiele für natürliche Hilfen bei Empfängnischutz und Kinderwunsch aus „test“ 8/2000

Methoden/Produkt	System	Vorteile	Nachteile	Stellenwert
Klassische natürliche Familienplanung mit Thermometer, Bleistift und Kalender	zeigt die fruchtbaren, hochfruchtbaren und unfruchtbaren Tage an. Tägliches Messen der Aufwachttemperatur (Basaltemperatur) mit Thermometer und Beobachten des Zervixschleims, Aufzeichnen der Kurven und Auswertung per Hand. Kurs erforderlich.	Mit einfachen Hilfsmitteln, ohne Eingriff in den Körper, überall einsetzbar. Entwickelt Körpergefühl für den Ablauf des Zyklus.	Methode muss in einem Kurs erlernt werden. Recht anfällig für äußere Einflüsse auf die Körpertemperatur (Reisen, Schichtarbeit). Messung möglichst morgens stets zur gleichen Zeit. Vorlaufzeit mehrere Monate.	Für geschulte und konsequente Anwenderinnen ein recht sicheres Verfahren des Empfängnis-schutzes und bei Kinderwunsch. Etwas längere Enthalt-samkeit erforderlich. Für Frauen mit geregelter Tagesablauf, die eine geringe Unsicherheit des Empfängnis-schutzes in Kauf nehmen können.
Temperaturcomputer Cyclotest 2 plus Babycomp Bioself plus	zeigt die fruchtbaren, hochfruchtbaren und unfruchtbaren Tage an. Tägliches Messen der Aufwachttemperatur (Basaltemperatur) mit elektronischem Thermometer. Der Computer errechnet aus dem Temperaturverlauf den Zeitpunkt des Eisprungs.	Mit elektronischen Hilfsmitteln, aber ohne Eingriff in den Körper, überall einsetzbar.	Kosten für Gerätekauf, Abhängigkeit vom Funktionieren des Systems. Kein Einblick in die Arbeits- und Rechenweise. Recht anfällig für äußere Einflüsse auf die Körpertemperatur (Reisen, Schichtarbeit). Messung morgens immer zur gleichen Zeit. Bis zum optimalen Rechen-ergebnis sechs Monate kontinuierliche Anwendung erforderlich.	Relativ sicheres Verfahren des Empfängnis-schutzes, relativ gute Hilfe bei Kinderwunsch. Längere Enthalt-samkeit erforderlich. Für Frauen mit geregelter Tagesablauf, die eine gewisse Unsicherheit des Empfängnis-schutzes in Kauf nehmen können und sich die Auswertung per Hand ersparen wollen
Hormoncomputer Persona	Zeigt die fruchtbaren, hochfruchtbaren und unfruchtbaren Tage mit Signallicht an. Analysiert mit Hilfe eines Computers die Veränderung des Hormonspiegels im Urin. Mehrere Messungen im Zyklus erforderlich.	Mit elektronischen Hilfsmitteln, aber ohne Eingriff in den Körper, überall einsetzbar. Keine tägliche Messung erforderlich. Im Gegensatz zur klassischen natürlichen Familienplanung erfolgt die Messung unabhängig von äußeren Einflüssen.	Kosten für Gerätekauf. Abhängigkeit vom Funktionieren des Systems. Kein Einblick in die Arbeits- und Rechenweise. Relativ hohe laufende Kosten (Teststreifen). Sechs Monate kontinuierliche Anwendung erforderlich bis zum optimalen Rechenergebnis.	Mäßig sicheres Verfahren des Empfängnis-schutzes und bei Kinderwunsch. Längere Enthalt-samkeit erforderlich. Für Frauen mit unregelmäßigem Tagesablauf und/oder anderen äußeren Einflüssen, die eine Temperaturmethode stören würden. Eine stärkere Unsicherheit des Empfängnis-schutzes muss in Kauf genommen werden.
Speichelmikroskop Maybe Baby PG 53 PC 2000	Zeigt die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage an. Zeigt Veränderungen des Speichels im Verlauf des Zyklus. Während der fruchtbaren Tage kristallisiert dieser beim Trocknen eisblumenartig aus. Das kann mit Hilfe eines Mikroskops beobachtet und interpretiert werden.	Einfaches Gerät, ohne Eingriff in den Körper, überall einsetzbar. Messung nur bei Bedarf. Im Gegensatz zur klassischen natürlichen Familienplanung unabhängig von Tageszeit und äußeren Einflüssen	(Geringe) Kosten für Gerätekauf. Das vom Konzept sehr einfache und wissenschaftlich untermauerte Verfahren ist in der Praxis fast nutzlos: Für Ungeübte sind die verschiedenen Muster und Zwischenstufen nicht sicher unterscheidbar.	In der Praxis unsicheres Verfahren des Empfängnis-schutzes. Auch bei der Ermittlung der fruchtbaren Tage (Kinderwunsch) Unsicherheiten.

Literaturangabe:

NFP-Journal 2-3/2000, November 2000, S. 8-9

G. Freundl, NFP-Journal 4/2000, Dezember 2000, S. 4-7

Buchbesprechung

Einführung in die Evidence-based Medicine – Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin

Trisha Greenhalgh, Hans Huber Verlag, Bern 2000

Kurz gefasst bedeutet Evidence-based Medicine, dass man der individuellen medizinischen Behandlung aktuelle Forschungsergebnisse zugrunde legt. *T.Greenhalgh* richtet ihr Buch an alle medizinisch Interessierten, die bei der Recherche medizinischer Literatur Handwerkszeug für die Überprüfung der wissenschaftlichen Gültigkeit und der praktischen Bedeutung suchen. Die Publikationsflut ist ungebrochen hoch (weltweit werden monatlich ca. 4000 medizinische Fachzeitschriften veröffentlicht), und bei Zeitknappheit ist es natürlich notwendig, relevante medizinische Informationen als solche zu identifizieren. *Greenhalgh*, selbst Ärztin für Allgemeinmedizin und nach eigenen Angaben mathematisch nicht begabt, beschreibt in erfreulich klarer und verständlicher Weise an Hand von pragmatischen Vorgehensweisen, praktischen Beispielen und nachvollziehbaren Kontrollaufgabenstellungen Wege, welche die Beurteilung von Studien im Sinne von Evidence-based Medicine ermöglichen.

Voraussetzung für die Recherche wissenschaftlicher Information ist eine gezielte Fragestellung. Im Buch finden sich wichtige Hinweise für die Recherche medizinischer Literatur in der MedLine Datenbank im Internet. Auf verschiedene Probleme, die dabei auftreten können, wird eingegangen, wie z.B. die Suche nach Artikeln, von denen man weiß, dass sie existieren, die Suche nach speziellen klinischen Fragestellungen, die Suche nach allgemeinen Informationen über ein begrenztes Thema, den Ausschluss irrelevanter Artikel ohne Verlust wichtiger Artikel und Weglassung von Artikeln durch fehlerhafte Suchstrategien. Weiter befasst sich *Greenhalgh* mit der systematischen Beurteilung und der methodischen Qualität der Publikationen (die Kunst, Artikel „wegzuschmeißen“). Statistische Tests zu beurteilen bereitet Nicht-Statistikern häufig große Mühe und hat doch eine große Bedeutung, da oft bereits anhand der Ausgangsfragestellungen und der Testverfahren die Qualität der Studien beurteilt werden kann. *Greenhalgh* setzt kein Detailwissen aus medizinischen Statistikseminaren voraus und führt die wichtigen Parameter in sehr anschaulicher Sprache ein. Insgesamt zeichnet sich das Buch, das sich zusätzlich mit Veröffentli-

chungen zu Diagnostik- und Screeningverfahren, mit Reviews und Meta-Analysen, mit dem Sinn und Zweck von Richtlinien, ökonomischen Analysen und qualitativer Forschung beschäftigt, durch die erfrischend anschauliche Darstellung eines doch eher trockenen Stoffes aus. Das fundierte und mit kritischem Blickwinkel versehene Buch ist auch denjenigen Interessierten zu empfehlen, die mit Termini wie Korrelationskoeffizient, Konfidenzintervalle und zweifaktorielle Varianzanalyse keine große Freundschaft geschlossen haben.

Ines Thonke

Veranstaltungskalender

8. Rheinland-Pfälzischer Frauenarzt-Kongress
14. – 15.09.2001 in Mainz

Information: Dr. med. R. Lange,
Antoniterstr. 55, 55232 Alzey,
Tel.: 06731/420 31,
Fax: 06731/420 32

5. Tagung der Deutschen Menopause Gesellschaft

21.-22.09.2001 in Dresden

Information: COCS-Congress Organisation,
C. Schäfer, Postfach 40 03 05,
80703 München
Tel.: 089/307 10 11
Fax: 089/307 10 21
E-Mail: info@cocs.de

AGO-State of the Art „Zervix- und Endometriumkarzinom“

Veranstalter: AG Gynäkologische Onkologie (AGD)
26.-28.09.2001 in Jena

Information: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Zeiss-Platz 4,
07743 Jena
Tel.: 03641/35 88 55
Fax: 03641/35 88 54
E-Mail: post@conventus.de

6. Mammasymposium „Aktuelle Aspekte in Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Begutachtung des Mammakarzinoms
20.10.2001 in Cottbus
Ausstattung: Frau Schorg, Sekr. Frauenklinik, Carl-Thiem-Klinik, Thiemstr. 111, 03048 Cottbus
Tel./Fax: 0355/46 20 34

8. Jahrestagung Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF)
10. – 11.11.2001 in Kassel-Wilhelmshöhe
Information: AKF e.V., Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen,
Tel./Fax: 0421/434 93 40

2. Europäischer Anti-Aging-Kongress
17. – 18.11.2001 in Baden-Baden
Information: Anti-Aging-Academy Schellingstr. 4, 65191 Wiesbaden
Tel.: 0611/711 94 15,
Fax: 0611/788 88 54

2. Symposium für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin
XV. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren
22.-24.11.2001 in Magdeburg
Information: Frau Aengeneyndt
Kongressorganisation GmbH,
Postfach 31 03 70,
40482 Düsseldorf
Tel.: 0211/47 90-439
Fax: 0211/47 90-964
E-Mail: aa-kongress@t-online.de

20. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin
29.11. – 01.12.2001 in Berlin
Information: CTW-Congress Organisation, Thomas Wiese GmbH, Goßlerstr. 30, 12161 Berlin,
Tel.: 030/85 99 620
Fax: 030/85 07 98 26

3. World Congress: The Aging Male
21. – 24.02.2002 in Berlin
Information: Kenes International
17 Rue du cendrier, P.O. Box 1726
CH – 1211 Geneva 1, Switzerland

In eigener Sache:

Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ist häufig mit einem hohen Kostenaufwand verbunden. Für pro familia MitarbeiterInnen, die Interesse haben einen Kongress zu besuchen, auf dem pro familia-relevante Themen behandelt werden, kann die Bundesgeschäftsstelle beim Veranstalter anfragen, ob eine Teilnahme im Rahmen einer Presse/Berichterstattungsfunktion für den Verband und Erlass der Teilnahmegebühr möglich ist. Voraussetzung ist die Verpflichtung, einen Bericht über die Veranstaltung bzw. über wichtige Informationen für den Familienplanungs-Rundbrief zu verfassen.

Bei Interesse bitte an die Bundesgeschäftsstelle wenden, Ansprechpartnerin ist Ines Thonke.