

Familienplanungs- RUND BRIEF

Ausgabe August 2002 Nr. 2

Inhalt

Einleitung	2
Pränataldiagnostik – Screening-Untersuchung im ersten Schwangerschaftsdrittel	3
Bericht 5. Fiapac-Kongress (Internationale Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption)	8
Sexualität nach Schwangerschaftsabbruch	13
Hinweise	
– Bericht des Europäischen Parlaments zu sexueller und reproduktiver Gesundheit	14
– Hormonersatztherapie: Multicenter-Studie vorzeitig beendet	14
– Informationen zu Postkoital-Verhütung im Internet	14
– Informationen des AKF zu IgeL-Leistungen	15
Buchbesprechungen / Neuveröffentlichungen	15
Veranstaltungen	16

Impressum: © 2002

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

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Der zweite Familienplanungs-Rundbrief beschäftigt sich, wie angekündigt, mit neuen Erkenntnissen der vorgeburtlichen Untersuchungen in der Frühschwangerschaft. Der Zugewinn an Wissen über die Aussagekraft der Methoden, die sich in den letzten Jahren etabliert haben aber auch die zunehmende Auflösung der Grenzziehung zwischen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und vorgeburtlichen Untersuchungen machen es notwendig, den aktuellen Sachstand mit seinen Konsequenzen für die Beratung darzustellen. Kurz bevor dieser Rundbrief in den Druck ging, erreichte uns die Meldung, dass die von vielen Stellen angestrebte Maßnahme, die Festschreibung des Rechtsanspruchs auf psychosoziale Beratung während der Schwangerschaft im Mutterpass, durchgesetzt sei. Eine Bestätigung hierfür haben wir jedoch noch nicht. Fest steht dennoch: Der Wille und die Erkenntnis für die Bedeutung von frühzeitigen Informationen besteht auch auf Seiten der PolitikerInnen.

Der zweite große Beitrag befasst sich mit dem Fiapac-Kongress in Amsterdam. Fiapac, eine internationale Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption, übernimmt die verantwortungsvolle Aufgabe, sich für frei zugängliche Methoden und für beste medizinische- und Versorgungsstandards im Bereich der Verhütung und des Schwangerschaftsabbruchs einzusetzen. Aufgaben, die nach unserer Einschätzung im nationalen Bereich häufig vernachlässigt werden. Neben den Vorträgen und Studien die vorgestellt wurden, war es insbesondere der Mut und der Einsatz der TeilnehmerInnen, mit dem sie sich in verschiedenen Ländern unter zum Teil schwierigsten Bedingungen für die Rechte von Frauen und Männern einsetzen.

Der auf dem Kongress gehaltene Vortrag von Kristina Hänel wurde für diesen Rundbrief schriftlich fixiert. Er kann die Diskussion um das Thema Sexualität nach dem Schwangerschaftsabbruch anregen und möglicherweise dazu führen, die Empfehlungen in der Beratung und Behandlung zu überdenken.

Der restliche Teil folgt dem üblichen Muster des Rundbriefs. Auf IPPF-Mitteilungen wurde aus Platzgründen verzichtet. Zunehmend werden als Quelle oder für weitere eigene Recherchen Internetadressen angegeben. Es spiegelt die schnelle und in der Regel einfache Möglichkeit der weiteren Information und Kommunikation. Wir sind stets bemüht, eine

sinnvolle Auswahl zu treffen. Weiterhin gilt, dass unter der Rubrik „Forum“ Projekte, Konzepte o.ä. aus den Beratungsstellen vorgestellt werden können. Für Anfragen, Vorschläge und Anregungen hierzu bitte an die Redaktion wenden.

Pränataldiagnostik- Screening-Unter- suchungen im ersten Schwanger- schaftsdrittel

Helga Seyler

Fehlbildungs- Screening in der Schwanger- schaft

In den 80er Jahren wurde erstmals eine Screeninguntersuchung auf Fehlbildungen allen Schwangeren angeboten, der Triple-Test. Dabei werden in der 15.-18. Schwangerschaftswoche drei Substanzen im Blut der Schwangeren bestimmt (β HCG= humanes Chorion-Gonadotropin, freies Östriol und AFP= α -Fetoprotein) und damit ein Risikowert beim Feten für das Down-Syndrom, einige andere Chromosomenveränderungen und Fehlbildungen des zentralen Nervensystems berechnet. Der Triple-Test wurde und wird Schwangeren in allen Altersgruppen angeboten, oft ohne ausreichende Aufklärung der Frauen über die möglichen Konsequenzen und informierte Zustimmung. Von manchen ÄrztInnen wird er sogar ohne Wissen der Frauen durchgeführt.

Bedeutung der Nackentransparenz

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Risikomarker für Chromosomenveränderungen und andere Fehlbildungen beschrieben. Einer davon ist die verdickte Nackentransparenz. Anfang der neunziger Jahre wurden Zusammenhänge zwischen einer im Ultraschall gesehenen verdickten Nackentransparenz und Chromosomenveränderungen beim Embryo beobachtet. Mehrere Untersuchungen haben den Zusammenhang bestätigt und dazu geführt, dass diese Messung allgemein empfohlen wurde, bevor ausreichendes Wissen darüber vorhanden war. Sehr schnell, hat diese Untersuchung sogar Eingang in den Mutterpass gefunden, indem bei der Dokumentation der ersten Ultraschalluntersuchung zwischen der 9. und 12. Schwangerschaftswoche „Aufälligkeiten z.B. Dorsonuchales Ödem“ mit ja oder nein angekreuzt werden soll.

Die Nackentransparenz (im englischen „nuchal translucency“, NT), manchmal auch Nackenödem oder Nackenfalte genannt, ist eine bei **allen** Feten im Ultraschall sichtbare und messbare Struktur. Wie die beobachteten Verdickungen entstehen und welche Bedeutung sie haben, weiß man nicht. Die durchschnittliche NT nimmt mit dem Schwanger-

schaftsalter bis zur 14. Woche zu, danach nimmt sie oft wieder ab, auch Verdickungen verschwinden dann wieder. Die NT ist oft auch bei gesunden Feten verbreitert, häufiger aber bei bestimmten Chromosomenveränderungen wie dem Down-Syndrom, Trisomie 13 und 18, dem Turnersyndrom, bei Herzfehlern, Fehlbildungen des Zentral-Nervensystems, Bauchwanddefekten und einigen anderen Fehlbildungen.

Mit der Messung der NT kann man nicht feststellen, ob der Fetus eine bestimmte Chromosomenveränderung oder eine andere Fehlbildung hat oder ob er gesund ist. Um dies festzustellen oder auszuschließen, muss eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie durchgeführt werden oder zu einem späteren Zeitpunkt (18.-20. Woche) eine spezielle Ultraschalluntersuchung auf Fehlbildungen.

Standards der NT- Messung

Es gibt keinen bestimmten Wert, bis zu dem die NT-Messung normal und über dem sie abnormal ist. Auch die Messung selbst ist schwierig. (Wenn die NT-Messung ohne Berücksichtigung weiterer Angaben beurteilt werden soll, wird häufig ein relativer Grenzwert, meist die 95. Perzentile der Normbefunde, zugrunde gelegt.) Von Bedeutung sind Abweichungen um zehntel Millimeter, so genau ist aber die Auflösung selbst der besten Ultraschallgeräte nicht. Die Abweichungen bei wiederholten Messungen oder verschiedenen Untersuchern betragen 0,5-0,6 mm (Souter 2001), in einer Untersuchung aber auch 1-2 mm (Roberts 1995). Bei einer durchschnittlichen Dicke der NT von 1,5-2 mm haben solche Abweichungen entscheidende Auswirkung auf die Risikoberechnung.

Für die Messung der NT und den Umgang mit den Ergebnissen gibt es in Deutschland zur Zeit keine verbindlichen Richtlinien und Standards. Sie wird in der Praxis sehr unterschiedlich gehandhabt. Manche ÄrztInnen suchen nicht gezielt bei der ersten Ultraschalluntersuchung danach, reagieren aber, wenn ihnen eine erweiterte Nackentransparenz auffällt. Andere suchen gezielt danach, benutzen aber unterschiedliche Grenzwerte, bei denen sie zu einer weitergehenden Diagnostik raten. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, aus der Dicke der NT und dem „Hintergrundrisiko“ (dem Altersrisiko der Mutter) mit Computerprogrammen einen Risikowert für bestimmte Chromosomenveränderungen (Trisomie 21, 13, 18, Turnersyndrom) zu errechnen. Zusätzlich können auch zwei Blutwerte (für das freie β HCG und das PAPP-A), die zwischen der 10. und 14. Schwangerschaftswo-

che bestimmt werden, in die Berechnung des Risikowertes einbezogen werden.

Auch der Zeitpunkt der Messung ist unterschiedlich. Die erste Routine-Ultraschalluntersuchung soll in der 9.-12. Woche durchgeführt werden, für die NT-Messung wird die 12.-14. Woche als bester Zeitpunkt angegeben. Viele niedergelassene ÄrztInnen führen die Messung in der eigenen Praxis selbst durch, andere überweisen die Frauen dafür zu den SpezialistInnen Pränataler Diagnostik.

Das Erst-Trimester-Screening der Fetal Medicine Foundation

Die internationale Gesellschaft „Fetal Medicine Foundation“ in London, hat auf der Grundlage von Messungen an über 100 000 Feten ein Computerprogramm zur Errechnung von Risikowerten erstellt, wobei die Dicke der NT, das Altersrisiko der Schwangeren und, wenn sie bestimmt wurden, auch das freie β hCG und PAPP-A im mütterlichen Blut in die Berechnung eingehen. Die Gesellschaft hat Qualitätskriterien für die Messung der NT festgelegt, führt Fortbildungen durch und vergibt Zertifikate. Das Computerprogramm zur Risikoberechnung wird nur nach der Zertifizierung zur Verfügung gestellt. In Deutschland wächst die Zahl von Praxen und Zentren, die dieses Zertifikat vorweisen können. Die Richtlinien der Gesellschaft sowie die Adressen der zertifizierten Einrichtungen sind unter www.fetalmedicine.com im Internet zu finden.

Gemessen werden soll nach diesen Standards in der 12.-14. Schwangerschaftswoche (11+3-12+6), bei einer Scheitelsteißlänge von 45-84 mm. Für die Einstellung des Embryos im Ultraschallbild, die Haltung des Embryos sowie die Geräteausstattung gibt es genaue Kriterien. Meist wird von der Bauchdecke aus untersucht, die Untersuchung mit einer Vaginalsonde ist auch möglich. Etwa 80-100 Messungen sollten zum Erlernen der Methode erfolgen, bevor diagnostische Messungen durchgeführt werden.

Ab welchem errechneten Risiko zu einer Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie geraten wird, wird in verschiedenen Zentren und Praxen unterschiedlich gehandhabt. Meist wird bei einem Risikowert von über 1:300 oder 1:400 den Frauen dazu geraten. Letztendlich können sie aber selbst entscheiden, ob und bei welchem Risikowert sie das tun.

Aussagekraft der Ergebnisse

Die Rate an falsch positiven Ergebnissen – das heißt, es wird eine verdickt NT bei einem gesunden Kind gemessen und ein erhöhter Risikowert errechnet – liegt in unterschiedlichen Untersuchungen zwischen 5 und 13

Prozent (abhängig vom Alter und anderen Merkmalen der untersuchten Frauen und der Einhaltung von Standards bei der Untersuchung). Bei diesen Frauen muss ein (unnötiger) invasiver Eingriff (Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie) durchgeführt werden. Es müssen etwa 30 Eingriffe durchgeführt werden, um ein Kind mit Chromosomenveränderung zu „entdecken“.

Wenn alle schwangeren Frauen mit dieser Methode untersucht werden und bei entsprechendem Risikowert eine invasive Untersuchung durchführen lassen, werden mehr Chromosomenveränderung „entdeckt“ (66-80 Prozent), bei weniger invasiven Untersuchungen (5-13 Prozent), als wenn invasive Diagnostik nur aufgrund des mütterlichen Alters ab 35 Jahren durchgeführt wird (ca. 40 Prozent „Entdeckungsrate“ bei einer Eingriffsrate von ca. 14 Prozent) (Tercanli 2001). Die „Entdeckungsrate“ ist auch höher als beim Triple-Test (60 Prozent). Wenn zusätzlich das PAPP-A und freies β hCG in die Risikoberechnung einbezogen werden, steigt die „Entdeckungsrate“ auf ca. 87 Prozent.

Untersuchungsergebnisse in Abhängigkeit vom Alter

Die Rate an falsch positiven Ergebnissen und die „Entdeckungsrate“ von Fehlbildungen hängt aber auch vom Alter der untersuchten Frauen ab, beide nehmen mit dem Alter zu. Die „Entdeckungsrate“ steigt von ca. 78 Prozent bei 20jährigen Frauen auf ca. 98 Prozent bei 45jährigen, die Rate falsch positiver Ergebnisse von 2,3 Prozent bei 20jährigen auf 52 Prozent bei 45jährigen. Bei 20jährigen Frauen werden bei 100 Eingriffen drei Feten mit Down-Syndrom „entdeckt“, bei 45jährigen Frauen sind es 11 Feten mit Down-Syndrom (Spencer 2001). Bei jungen Frauen ist zwar die Rate an falsch positiven Ergebnissen niedriger, insgesamt müssen aber mehr Eingriffe bei Schwangerschaften mit gesunden Kindern durchgeführt werden (97 von 100 Eingriffen), als bei älteren Frauen.

Für jüngere Frauen mit einem geringen Altersrisiko, denen die invasive Diagnostik nicht empfohlen wird, bietet die NT-Messung die Möglichkeit, einen spezifischeren Risikowert als das Altersrisiko zu bekommen. Häufig jedoch wird ein erhöhter Risikowert trotz gesundem Feten errechnet und führt zu großer Angst und Beunruhigung bei der Frau und zu einem Eingriff (Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasseruntersuchung) mit dem Risiko einer Fehlgeburt, den die Frau sonst nicht durchgeführt hätte.

Bei älteren Frauen kann durch die Messung ein niedrigeres Risiko errechnet werden, als

ihrem Alter entspricht, und sie können sich dann entscheiden, auf eine invasive Diagnostik zu verzichten. Da aber das Altersrisiko in die Berechnung mit einfließt, wird mit zunehmendem Alter immer seltener ein Risikowert von unter 1:400 oder 1:300 errechnet (ab diesem Wert wird allgemein eine invasive Diagnostik empfohlen). Im Alter von 45 Jahren beträgt die falsch positive Rate über 50 Prozent (*Spencer 2001*), das heißt, über der Hälfte der Frauen wird dann zu einer invasiven Diagnostik geraten. Die Frauen können natürlich selbst entscheiden, bei welchem Risikowert sie einen Eingriff durchführen lassen, aber auf die Schwierigkeit, statistische Risikowerte zur Grundlage einer persönlichen Entscheidung zu machen, wird an späterer Stelle eingegangen.

Wenn durch die Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie eine Chromosomenveränderung ausgeschlossen ist bleibt ein erhöhtes Risiko für bestimmte Organfehlbildungen, die oft erst durch eine Ultraschalluntersuchung in der 20. Woche festgestellt oder ausgeschlossen werden können.

Beratung

Entgegen der für den Triple Test beschriebenen Praxis besteht unter FrauenärztInnen und ÄrztInnen für Pränatale Diagnostik Konsens darüber, dass die Frauen vor Screeninguntersuchungen auf Fehlbildungen ausreichend aufgeklärt werden müssen, um eine eigene Entscheidung zu treffen.

Eine ausreichende Beratung muss auf viele Aspekte eingehen. Zunächst muss die beschränkte Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse erklärt werden und eine Vorstellung über die Bedeutung von Risikowerten und Wahrscheinlichkeiten vermittelt werden.

Es muss darüber gesprochen werden welche Sicherheit, aber auch welche Ängste und Verunsicherung die Ergebnisse bringen können und über die Möglichkeit und Häufigkeit falsch positiver Ergebnisse. Auch mögliche Folgeuntersuchungen mit ihren Risiken, die zur genaueren Abklärung notwendig werden können müssen besprochen werden.

Der Schwangeren bzw. dem Paar muss vermittelt werden, dass die Konsequenz der möglicherweise festgestellten Auffälligkeiten nicht Behandlung oder Heilung sondern Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch bedeutet. Die Beratung muss auf die Einstellung der Frau bzw. des Paares gegenüber Behinderung allgemein und gegenüber einem eigenen behinderten Kind eingehen und auf die Bedeutung eines möglichen späten Schwangerschaftsabbruchs.

Und es muss darüber aufgeklärt werden, dass trotz aller möglichen Untersuchungen kein gesundes Kind garantiert werden kann, son-

dern immer nur einzelne wenige Erkrankungen oder Fehlbildungen oder Chromosomenveränderungen festgestellt werden können.

Da durch die Nackenfaltenmessung auch im ersten Trimenon schon Aspekte der Schwangerenvorsorge beim Ultraschall und pränataldiagnostische Ziele vermischt werden, müsste eigentlich auch vor jeder Ultraschalluntersuchung über die Möglichkeiten und Konsequenzen der Pränataldiagnostik aufgeklärt werden, was aber in der Praxis nicht möglich ist und eine Überforderung für viele Schwangere darstellt. Im Falle eines auffälligen Ergebnisses führt die unerwartete Konfrontation der Schwangeren dazu, dass sie unvorbereitet, unter Schock und Zeitdruck weitreichende Entscheidungen treffen muss und keine Zeit und Gelegenheit hat, sich über ambivalente Gefühle und Konflikte klar zu werden.

Eine Beratung, die alle oben genannten Aspekte einbezieht, und in der auch die Schwangere (und Ihr/e Partner/in) die Möglichkeit haben, ihre Ängste und Befürchtungen zu äußern und sich über ihre Haltung klar zu werden, erfordert neben ausreichender Zeit auch eine entsprechende Fachkompetenz, die komplexes somatisches und psychosomatisches Wissen umfasst sowie die Fähigkeit zur kommunikativen Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung (*Rauchfuß 2000*). Beides ist im Praxisalltag der frauenärztlichen Schwangerenvorsorge „in der Regel“ nicht ausreichend vorhanden (*Rauchfuß 2001*).

Deswegen wird ein Angebot ergänzender Beratung in unabhängigen Einrichtungen gefordert, das für alle Schwangeren zugänglich ist. Ein solches Angebot gibt es derzeit nicht. In der politischen Diskussion ist eine Pflichtberatung vor der Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik ähnlich der vor einem Schwangerschaftsabbruch. *pro familia* hält dagegen die Schaffung eines für alle zugänglichen Beratungsangebots sowie niederschwellige Informationsmöglichkeiten (z.B. durch Öffentlichkeitsarbeit) für sinnvoller, um den derzeit bestehenden Rechtsanspruch aller Schwangeren und Paare auf ausreichende Beratung bekannt zu machen.

Bewertung

PD für alle Schwangeren, unabhängig vom Alter

Die Einführung von nicht invasiven Screeningtests ist für jüngere Frauen, die sich im Falle eines Down-Syndroms für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden würden, eine Möglichkeit, ihr persönliches Risiko näher einzugrenzen, ohne eine mit Fehlgeburtsrisiko behaftete Fruchtwasseruntersuchung durchführen lassen zu müssen.

Alle Tests, die Frauen unabhängig vom Alter angeboten werden, haben aber auch zur Folge, dass praktisch alle Schwangeren mit Pränataldiagnostik konfrontiert und darüber aufgeklärt werden müssen. Sie müssen eine eigene Entscheidung mit möglicherweise weitreichenden Konsequenzen treffen und das zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft, in dem sie gerade erst damit beschäftigt sind, was es überhaupt für sie bedeutet, schwanger zu sein und Mutter zu werden. Dies kann eine Zumutung und Überforderung bedeuten. Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Frühschwangerschaft (Schwangerschaft auf Probe) sind möglich.

Derzeit gibt es keine klaren Richtlinien, ob und welchen Schwangeren diese Untersuchungen angeboten werden sollen oder müssen. In den Mutterschaftsrichtlinien ist das Angebot einer invasiven Diagnostik ab dem 35. Lebensjahr vorgesehen. Eine Aufklärungspflicht **aller** Schwangeren über Methoden der PD ist dort nicht verankert. Auch die „Richtlinien zur Pränatalen Untersuchung von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ der Bundesärztekammer lassen offen, welchen Schwangeren die Screening-Untersuchungen angeboten werden sollen (Bundesärztekammer 1998). Einige ÄrztInnen argumentieren damit, dass, weil es diese Techniken gibt, auch eine Aufklärungspflicht besteht. Auch durch die Einführung des „Dorsonuchalen Ödems“ in die Dokumentation der ersten Ultraschalluntersuchung im Mutterpass werden die GynäkologInnen unter Druck gesetzt, diese Untersuchung durchzuführen, ohne dass Standards für die Qualifikation und Durchführung bestehen. Aufgrund der Mutterschaftsrichtlinien wird die Pränatale Diagnostik bei Frauen unter 35 Jahren ohne spezielle Indikation nicht als Kassenleistung angesehen und meist privat abgerechnet.

Mangelhafte Aufklärung

Es ist davon auszugehen, dass wie beim Triple-Test viele Schwangere nicht über die Zielrichtung und Problematik des NT-Screenings aufgeklärt werden.

Die meisten Schwangeren lassen diese Untersuchungen durchführen, um bestätigt zu bekommen, dass ihr Kind gesund ist und rechnen nicht damit, dass die Untersuchung auch ein anderes Ergebnis haben könnte. Viele Schwangere sehen sie als normalen Bestandteil der Schwangerenvorsorge an und zahlreiche Informationsblätter von pränataldiagnostischen Einrichtungen, in denen Schwangere über die Angebote informiert werden, unterstützen diese Tendenz, indem die Zielrichtung der Screening-Untersuchungen verschleiert wird. Es wird zum Teil suggeriert, dass diese Untersuchungen wichtig seien für die Gesund-

heit von Mutter und Kind. Die mögliche Konsequenz eines Schwangerschaftsabbruchs bleibt häufig unerwähnt.

Auch viele FrauenärztInnen empfehlen gerade jüngeren Schwangeren die Untersuchung mit dem Argument, damit könne die Gesundheit des Kindes bestätigt werden.

Außer durch den gesellschaftlichen Druck wird auch damit die Akzeptanz für diese Untersuchungen gefördert und die Bereitschaft der Schwangeren erhöht, solche Untersuchungen durchführen zu lassen ohne sich mit der Bedeutung und den Konsequenzen auseinandergesetzt zu haben.

Wenn Schwangere ein unauffälliges Testergebnis mitgeteilt bekommen, sind sie mit dem Ablauf und der Durchführung der Untersuchungen auch zufrieden. Die Problematik dieses Vorgehens und die Defizite in der Beratung werden jedoch dramatisch sichtbar, wenn einmal nicht alles in Ordnung ist.

Bedeutung von Risikowerten

Ein großes Problem des NT-Screenings bleibt, wie auch beim Triple-Test die Schwierigkeit, mit statistischen Risikowerten umzugehen. Sie sind abstrakt und es ist schwierig für einzelne Frauen, sie zur Grundlage von persönlichen Entscheidungen zu machen. Die Aussage von Risikowerten bezieht sich auf eine große Anzahl von Personen. Für die Einzelne ist ihre Aussagekraft jedoch gering. Bei einem Risikowert von zum Beispiel 1:400 ist von 400 Frauen eine von einem Ereignis betroffen. Für eine einzelne Frau gilt jedoch, dass sie das Ereignis treffen kann oder nicht, und niemand kann ihr aufgrund des Risikowertes darüber eine genaue Aussage machen. Untersuchungen zeigen, dass Risikowerte sehr unterschiedlich verstanden und eingeschätzt werden, oft auch in Abhängigkeit von der persönlichen Bewertung des Ereignisses. Zum Beispiel wird das Risiko für ein Ereignis subjektiv als größer empfunden, wenn die Angst davor groß ist. Das heißt, die Risikowahrnehmung ist eng verknüpft mit der Risikobewertung (*Waldschmidt 2000*). Andererseits gibt es auch eine Tendenz, das eigene Risiko als gering einzuschätzen um Ängste zu reduzieren.

So kommt auch eine schweizer Studie zu dem Schluß: „Der Einfluss des NT-Screenings auf die individuelle Entscheidung der Schwangeren für oder gegen einen invasiven Eingriff ist relativ beschränkt“ (*Tercanli 2002*).

Auch ÄrztInnen sind oft nicht in der Lage, die Bedeutung von Risikowerten zu verstehen und den Frauen zu vermitteln.

Früher Zeitpunkt der Untersuchung

Als Vorteil des NT-Screenings im Vergleich zum Triple-Test wird gesehen, dass es früher durchgeführt werden kann. In Großbritannien

wird bei erhöhtem Risikowert meist eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt, so dass die Diagnose einer Chromosomenveränderung oft schon im ersten Trimenon gestellt wird. Auch die Fruchtwasseruntersuchung kann ab der 14. Woche durchgeführt werden und das Ergebnis liegt dann früher vor, als wenn sie erst nach dem Ergebnis des Triple-Tests durchgeführt wird. Ob ein früher durchgeführter Schwangerschaftsabbruch bei einer eigentlich erwünschten Schwangerschaft für die Frauen weniger belastend ist, ist aber nicht geklärt. (Zur Verarbeitung von Schwangerschaftsabbrüchen nach PD siehe: *Rauchfuß* 2001) Durch den frühen Zeitpunkt der Nackenfaltenmessung erhöht sich der Zeitdruck zur Entscheidung **vor** der Durchführung der Messung.

Ein Problem der frühe Diagnostik ist, dass Chromosomenveränderung bei Feten erkannt werden, die im weiteren Verlauf der Schwangerschaft absterben würden. Feten mit Chromosomenveränderung haben ein erhöhtes Risiko für intrauterinen Fruchttod, und es gibt Schätzungen, dass 40 Prozent der Feten mit Trisomie 21 zwischen der 12. Woche und dem Geburtstermin sterben, und 32 Prozent zwischen der 10. und 16. Schwangerschaftswoche.

Die Frauen müssen sich dadurch unnötigerweise mit der Problematik auseinandersetzen, ein behindertes Kind zu bekommen oder abzutreiben (*Baez* 2002).

Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Nackentransparenz besonders bei den Feten verdickt ist, die so schwere Fehlbildungen haben, dass sie vor der Geburt versterben. Somit würden mit der NT-Messung eher die Feten entdeckt werden, die ohnehin vor der Geburt versterben (*Baez* 2002).

Selektion durch PD

Ein grundsätzlicher Aspekt in der Diskussion um Pränatale Diagnostik ist die Selektion, das heißt die Identifizierung und Aussonderung von Behinderten. PränataldiagnostikerInnen betonen, dass es ihnen nicht um Selektion sondern um individuelle Entscheidungsmöglichkeiten von Schwangeren und werdenden Eltern geht.

Insbesondere Screening- Untersuchungen haben aber zum Ziel, eine bestimmte Bevölkerungsgruppe möglichst vollständig zu untersuchen (im Gegensatz zu individuell begründeten Untersuchungen) um möglichst viele Feten mit Auffälligkeiten zu entdecken. Das Argument für die Durchführung von Screening-Tests, dass damit die vielen Kinder mit Down-Syndrom entdeckt werden, die bisher von Frauen unter 35 Jahren geboren wurden (es sind ca.50 Prozent der Kinder mit Down-

Syndrom), legt selektive Ziele nahe, ebenso wie der Begriff der „Entdeckungsrate“, der im Zusammenhang mit der NT-Messung benutzt wird.

Das Angebot dieser Untersuchungen und die Erwartungen, die damit verbunden sind, fördern eine Haltung in der Gesellschaft, dass es Behinderte doch nicht mehr geben müsste. Diese Einstellung übt auch Druck auf Schwangere aus, sich für solche Untersuchungen zu entscheiden und schränkt ihre Autonomie und Selbstbestimmung vor, während und nach einer möglichen Untersuchung ein.

Literatur

Baez E, Steinhard J, et.al. GebFra-Refresher: Ersttrimester-Sonografie – Teil 1. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2002; 62:R81-R100

Bundesärztekammer. Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. Dt Ärzteblatt 1998; 95:A-3232-42 [Heft 50]

Pauer HU, Rauskolb R. Blutuntersuchungen bei Schwangeren zur pränatalen Risikopräzisierung für Chromosomenanomalien und Neuralrohrdefekte (Triple-Test). Zusammenfassender Bericht über die 4. Konsensustagung im Januar 1998. Frauenarzt 1999; 40:518-22

Rauchfuß M. Beratung zu Pränataldiagnostik aus medizinischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2001; 50:704-722

Roberts LJ, Bewley S, et.al. First trimester fetal nuchal translucency: problems with screening the general population 1. BJOG 1995;102:381-5

Souter VL, Nyberg DA. Sonographic screening for fetal aneuploidy: first trimester. J Ultrasound Med 2001;20:775-90

Spencer K. Age related detection and false positive rates when screening for Down's Syndrome in the first trimester using fetal nuchal translucency and maternal serum free β hCG and PAPP-A. BJOG 2001;108:1043-46

Tercanli S, Holzgreve W, et.al.Nackentransparenz im 1. Trimenon: Ergebnisse einer prospektiven Studie bei 1980 Feten aus einem Zentrum in der Schweiz. Ultraschall in Med 2002;81:22-26

Waldschmidt A. Genetische Diagnostik in der Normalisierungsgesellschaft. Pränataldiagnostik in ihrer Bedeutung für behinderte Menschen und ihre Angehörigen. Dokumentation des Fachtages vom 16.-17. Juni 2000 in Bonn. Herausgegeben vom Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin, Große Johannisstraße 110, 28199 Bremen, Tel 0421/ 5978480

Zum Weiterlesen

Nicolaidis KH, Sebire NJ, Snijders RJM. Die Ultraschalluntersuchung in der 11.-14. Schwangerschaftswoche. Diagnostik fetaler

Fehlbildungen. London, New York: Parthenon Publishing Group Ltd. 2000

Sonderheft „Rechtsgutachten“
Rundbrief Nr 13 „Rechtsgutachten zur Betreuung schwangerer Frauen nach den Mutterschaftsrichtlinien“

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik c/o Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf, Tel 0211/64004-0

In dem Rechtsgutachten geht es um die Vermischung von Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik, insbesondere beim Ultraschall, und den Schutz des Selbstbestimmungsrechts der Frau bei der Betreuung nach den Mutterschaftsrichtlinien.

Außerdem gibt es beim Netzwerk verschiedene Materialien und Informationen zu Pränataler Diagnostik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. 2001; 50 Ausgabe 9/10/01

Enthält wissenschaftliche Beiträge aus dem Modellprojekt des Bundesfamilienministeriums zur Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes.

Zu bestellen unter:

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

Bericht 5. Fiapac-Kongress (Internationale Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption)

Dr. Ines Thonke

Am 23. und 24. Mai 2002 fand in Amsterdam der 5. Kongress der FIAPAC statt. Die Organisation verfolgt die aufgeführten Ziele:

Unterstützung von Frauen und Männern bei der Suche nach der geeigneten Verhütungsmethode sowie Einsatz für flächendeckende und frei zugängliche Versorgung mit Verhütungsmethoden

Jede Frau hat das freie Recht zu entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte. Im Fall einer Entscheidung für einen Abbruch soll sie die freie Wahl haben und mit bestem medizinischen Standard behandelt werden. Sicherung des derzeitigen medizinischen Standards des Schwangerschaftsabbruch. Angebote zur psychologischen und sozialen Unterstützung von Frauen bei ungewollter Schwangerschaft auf freiwilliger Basis.

Einleitung

Seit 1997 organisiert FIAPAC den internationalen Austausch zu o.g. Themen. Wie wichtig es selbst in Europa noch ist, sich zu den Realitäten von Frauen und Paaren zu verständigen, wurde in den Beiträgen aus 11 Ländern schnell klar. In der ersten Vortragsreihe ging es um folgende Fragen:

Wie kann für Frauen die Entscheidungsfreiheit verbessert werden? Wie sieht die Realität für Frauen in und außerhalb Europas aus, die sich einen sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch wünschen? Was sind die Schlüsselprobleme und wo liegen die Herausforderungen? Welche Rolle spielt der Arzt/die Ärztin bzw. wo liegen seine/ihre Möglichkeiten, die Situation für Frauen in der Beratung und Behandlung zu verbessern?

Situation in Europa

Obwohl in Europa etwa 22 Prozent der Frauen ihre Schwangerschaft durch Schwangerschaftsabbruch beenden, ist eine Normalisierung des Themas bisher nicht eingetreten. Die unterschiedlichen Rechtslagen in Europa von liberaler Fristenlösung bis zu striktem Abbruchverbot deutet auf eine für Frauen unzumutbare Situation: der sogenannte Abtreibungstourismus existiert weiter hin zu Ländern mit liberaleren Gesetzgebungen. So reisen z.B. auch heute noch jährlich 7000 Frauen von Irland nach England, um einen Abbruch durchführen zu lassen. Aber auch innerhalb der Länder müssen Frauen größere Distanzen zurücklegen, weil in der eigenen Region die medizinische Dienstleistung nicht angeboten wird. Fortbestehende Tabuisierung und Diskriminierung ermöglicht eine willkürliche Preisgestaltung im Dienstleistungsbereich des Schwangerschaftsabbruchs und hohe Kosten machen die Inanspruchnahme, geschweige denn die Wahlmöglichkeit verschiedener Methoden, für finanziell schwach gestellte Frauen unerreichbar. So werden z.B. in Polen 630 bis 1250 US Dollar für einen (illegalen) Abbruch verlangt. In Frankreich wurde ein Gesetz, das Frauen das Recht auf hinreichende Informationen und freie Entscheidung zubilligt, in der Praxis noch nicht umgesetzt. Aus diesem Grund ist in naher Zukunft eine Öffentlichkeitskampagne zu dem ausdrücklichen Recht auf Schwangerschaftsabbruch geplant. In Frankreich ergeben sich weitere Hindernisse aus der Regelung, dass Abbrüche stationär durchgeführt werden müssen. Auch besteht nur in wenigen Zentren die Wahl zwischen Vollnarkose und Lokalanästhesie. Die in Frankreich geforderten 8 Tage zwischen Beratung und dem Abbruch, die Zustimmungspflicht der Eltern bei Minderjährigen und die fehlende professionelle und finanzielle Anerkennung des durchführenden medizinischen Personals sind Aspekte, die einer dringenden Änderung bedürfen, um eine verbesserte Situation für Frauen zu erreichen. Auch für weitere Länder wurden unterschiedliche Aspekte identifiziert, die dazu führen, dass Bedürfnisse von Frauen nicht hinreichend erfüllt werden können. Die ungewollte Schwangerschaft ist für Frauen in der Regel ein Ereignis, auf das sie nicht vorbereitet sind. Es bedeutet eine Stresssituation, mit der nicht offen umgegangen werden kann. Die Bedürfnisse sind in dieser Lage individuell sehr unterschiedlich. Informationsbeschaffung gestaltet sich oft schwierig, ein Vergleich von Anbietern in Qualität und Kosten ist nahezu unmöglich. Gesetzliche Restriktionen haben zwar keinen Einfluss auf die absolute Zahl der Schwangerschaftsabbrüche, beeinträchtigen jedoch die Qualität der Beratung und der me-

dizinischen Behandlung. Als Beispiele werden die Beratungspflicht, vorgeschriebene personelle Trennung von Beratung und Durchführung des Abbruchs und wiederholt die obligatorischen Wartezeiten zwischen Beratung und Abbruch genannt. Weitere Restriktionen betreffen willkürliche Regelungen beim medikamentösen Abbruch, wie z.B. die Einnahme der Medikamente im Krankenhaus und eine Kostenerstattung für Ärzte, die den Aufwand finanziell nicht abdeckt

Für Berater/innen und Anbieter/innen des Schwangerschaftsabbruchs gelten weitere Erschwernisse: verschiedene Abbruchtechniken erfordern unterschiedliches Personal und Ausstattung, die verschiedenen Abbruchverfahren können in unterschiedlicher Höhe abgerechnet werden, der Schwangerschaftsabbruch ist nicht Bestandteil der medizinischen Ausbildung, der professionelle Austausch wird durch moralische/ ethische Vorbehalte und fundamentalistische Widerstände behindert, der soziale Status „abtreibender“ Ärzte ist niedrig, Informationen bzw. öffentlichkeitswirksame Maßnahmen sind nicht erlaubt.

Welche Handlungsoptionen gibt es?

Die aufgezählten Hindernisse weisen auch auf die Handlungsoptionen: MedizinerInnen können und müssen Einfluss nehmen. Ihre professionelle Expertise und ihr politisches Engagement ist gefordert. In diesem Zusammenhang wurde die Bedeutung der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal betont:

Der Schwangerschaftsabbruch sollte fester Bestandteil der Aus- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe sein, – auch bei Hebammen und in den Pflegeberufen. Das erfordert die Entwicklung und Weiterentwicklung allgemeingültiger Informations-, Beratungs- und Qualitätsstandards, denn nur die Information nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen garantiert Frauen eine wirkliche Wahlfreiheit. Gesetzliche Einschränkungen müssen in dem Maße aufgehoben werden, in dem sie die Verbesserung der einzelnen Methoden be- oder verhindern. Hinterfragt werden müssen sie auch dann, wenn ein niederschwelliges Informationsangebot inklusive Anbieter, Qualität und Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nicht garantiert werden kann.

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch- neue Entwicklungen

Das seit 1989 in Frankreich angewendete Schema mit 600mg Mifepriston und der zwei Tage später folgenden oralen oder vaginalen Gabe von 400 µg Misoprostol wird inzwischen in fast allen europäischen Ländern in gleicher Form angewendet. Viele Studien beschäftigen sich mit der Vereinfachung der Vorgehens-

weise beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Folgende Aspekte stehen hierbei im Vordergrund:

- Einnahme des Prostaglandins zu Hause
- Erweiterung des Anwendungszeitraums von Mifepriston
- Dosisvariation von Mifepriston und Misoprostol
- Verabreichungsformen des Prostaglandins
- Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch durch ausschließliche Prostaglandin-Gabe

Prostaglandineinnahme zu Hause

Bisher wird das Prostaglandin standardisiert in einer ärztlichen Einrichtung gegeben. Die Mitgabe und Einnahme zu Hause ist eine Möglichkeit, Frauen einen Arzt- bzw. Krankenhausbesuch zu ersparen. Eine vorgestellte Studie befasste sich in diesem Zusammenhang mit folgenden Fragen:

Wird die Anwendung zu Hause von Frauen gewünscht?

Ist sie genauso sicher?

Ist sie für Frauen akzeptabel?

Die Untersuchung wurde in Tunesien, der Türkei und Vietnam durchgeführt. Zwischen 80 und 88 Prozent der Frauen bevorzugten die Einnahme zu Hause. Die angegebenen Gründe hierfür waren größere Vertraulichkeit, niedrigere Kosten, weniger Zeitaufwand, höhere Sicherheit, es ist angenehmer. Die Frauen, die sich für die Anwendung unter ärztlicher Aufsicht entschieden, gaben ähnliche Gründe an: Auch sie empfanden ihre Wahl als angenehmer und vertraulicher. Die Ergebnisse zeigen vergleichbare Erfolgsraten für die Heim- und Klinikanwendung. Nebenwirkungen und Schmerzen waren bei den Frauen zu Hause ebenso kontrollierbar wie in der Klinik und die Akzeptanz war in beiden Gruppen hoch. Als Fazit wurde festgestellt: Frauen befinden sich in unterschiedlichen Lebenssituationen und haben deshalb auch unterschiedliche Erwartungen an die Behandlung. Die Anwendung zu Hause wird von vielen Frauen gewünscht. Sie hat die gleiche Effektivität wie die Klinikanwendung, sie ist einfach für die Frauen durchzuführen und stellt daher eine sichere Option zur Klinikanwendung dar.

Erweiterung des Anwendungszeitraums-Dosisveränderungen

Die Anwendung von Mifepriston ist nach französischen Vorgaben bis zum 49. Tag p.m. (erster Tag der letzten Blutung) möglich. Die meisten Länder haben Mifegyne nach diesem Schema mit der Dosierung 600 mg Mifepriston und 400 µg Misoprostol zugelassen. Ausnahmen bilden England, Schweden, China und die USA, dort kann der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne bis zum 63.

Tag erfolgen. Zwei vorgestellte Studien untersuchten die Anwendung mit der reduzierten Dosis von 200 mg Mifepriston und 800 µg Misoprostol in der 10.-13. Schwangerschaftswoche. Ein vollständiger Abort wurde bei dieser Vorgehensweise in 95 Prozent der Fälle erreicht.

Obwohl der Vergleich zwischen instrumentellem und chirurgischem Vorgehen deutlich mehr Nebenwirkungen in der Gruppe des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zeigte, wird aufgrund der hohen Akzeptanz und der Effektivität von 94-95 Prozent der medikamentöse Abbruch als Alternative für die Frauen in der 10.-13. Schwangerschaftswoche angesehen, die einen chirurgischen Eingriff und eine Narkose vermeiden möchten.

Abbruch mit Misoprostol (Cytotec®)

- Die Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen durch isolierte Verabreichung von Misoprostol (Prostaglandin) vaginal im frühen Schwangerschaftsstadium ergab in den 1999 und 2001 durchgeführten Studien Abortraten von 85 und 84 Prozent und stellt bei Verfügbarkeit von Mifepriston auf Grund der höheren Misserfolgsrate keine Alternative der etablierten Verfahren dar.

Unterschiedliche Verabreichungsformen von Misoprostol (Cytotec®)

Misoprostol zeigt nach oraler Gabe die höchsten Blutplasmawerte nach 30 Minuten. Bei vaginaler Gabe werden die höchsten Werte nach 1-2 Stunden gemessen. Die Bioverfügbarkeit, die sich proportional zur Kontraktibilität der Gebärmutter verhält, ist nach vaginaler Gabe zwar später zu beobachten, aber dennoch etwa dreimal so hoch wie nach oraler Gabe. Höchste Bioverfügbarkeit wird nach sublingualer Verabreichung (Aufnahme durch die Mundschleimhaut) beobachtet.

Nach dem 49. Tag wird i.d.R. die vaginale Gabe des Prostaglandins empfohlen.

Abbruch und Verhütung in einer multikulturellen Gesellschaft

Ein Vortrag beschrieb die Entwicklungen in den Niederlanden, - über viele Jahre das Land mit der niedrigsten Schwangerschaftsabbruchrate weltweit. Entsprach die Abbruchrate 1996 noch 6,5 pro 1000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren so ist sie im Jahr 2000 auf 8 pro 1000 Frauen gestiegen. 60 Prozent der durchgeführten Abbrüche werden bei Frauen nicht-niederländischer Herkunft durchgeführt. Die Zahl ungewollter Schwangerschaften bei Minderjährigen steigt und Migrantinnen stellen

eine Risikogruppe sowohl für ungewollte Schwangerschaften als auch für sexuell übertragbare Krankheiten dar. Anbieter von Dienstleistungen müssen die vorhandenen kulturelle Unterschiede berücksichtigen. So gibt es grundlegende Unterschiede in der Auffassung zu Mutterschaft, Körperwahrnehmung, sexueller Gesundheit und Ethnophysiologie (Idee über Funktionsweise des Körpers). Es wurden Beispiele dafür genannt, wie sich die Auffassung zu Normen und Werten, zu Fruchtbarkeitsregulierung und zu moderner Kontrazeption unterscheiden: Während in den Niederlanden die Kontrolle des Körpers eine zentrale Rolle spielt, ist es in Japan die Beziehung, die kontrollierbar ist. In Südafrika stellt die Pille ein magisches Objekt dar und in Nigeria spielt nicht die Verhütung, sondern die (Angst vor) Sterilität eine bedeutende Rolle im Zusammenhang mit der Fruchtbarkeit. In einigen Ländern erklärt man sich die Wirkung der Pille durch die Erwärmung oder Austrocknung des Körpers und sie wird aus diesem Grund abgelehnt. In Jamaika ist man der Überzeugung, dass der Fluss der Energie durch die Pille gestoppt wird. Sie wird aus diesem Glauben nur unmittelbar vor dem Geschlechtsverkehr eingenommen. Diese Vorstellungen, die in unterschiedlichen ethnischen Gruppen vorhanden sein können, sind nur durch angemessene Gesundheitsaufklärung zu korrigieren.

Die Wirksamkeit von Verhütungsprogrammen kann auch dadurch be- oder verhindert werden, dass Gewaltverhältnisse zwischen den Geschlechtern unzureichend beachtet werden. Die gesellschaftliche Situation der Frauen ist häufig von Isolation, niedrigem Status, der Dominanz des Mannes und der Toleranz männlicher Gewalt geprägt.

Das Fazit des Vortrags: Leben in einer multi-kulturellen Welt bedeutet einen niemals endenden Lernprozess, in dem gegenseitiger Respekt der kulturellen Werte mit dem Ziel der Umsetzung der Menschenrechte gefördert werden müssen.

Arbeitskreis zu den Standards medizinischer Ausbildung

Eine Arbeitsgruppe zum Thema medizinischer Ausbildungsstandards konnte die Unterschiede einzelner Länder nur anreißen. Beispielhaft existieren in Schottland feste Ausbildungsmodule zum Thema Fruchtbarkeit und Kontrazeption sowohl für das Studium als auch in der ärztlichen Weiterbildungsphase – hier sogar unterschieden für praktische Ärzte mit Basismodulen und Fachärzten in leitenden Tätigkeiten mit spezifischen Ausbildungskatalogen. Auch für die USA existiert ein Curriculum zum Themenbereich Schwangerschaftsabbruch.

In vielen Ländern ist die Ausbildung zum Thema jedoch nicht oder unzureichend standardisiert. Aus diesem Grund wurde die Entwicklung von verbindliche Studien- und Ausbildungsrichtlinien und eigener Ausbildungsbezeichnungen diskutiert. In diesem Kontext wurde immer wieder betont, dass das Engagement zum Thema nicht nur durch die eigene Einstellung beeinflusst werden darf. Abbruchtätigkeit bedeutet häufig einen niedrigen Berufsstatus und es ist notwendig, ethisch-moralische Grundlagen neu zu diskutieren, da junge Ärzte/Ärztinnen die Abbruchthematik nur in negativem Kontext erleben keine Erfahrungen mit den Folgen illegaler Abbrüche haben.

(Anmerkung: Die verbesserungswürdige Ausbildung zu Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch im deutschen Studium und in der Facharztausbildung zum Frauenarzt/ärztin war schon Inhalt eines Vortrags der vom Bundesverband pro familia veranstalteten Mifegyne-Fachtagung im Oktober 2000 in Berlin und wurde auch in dieser Arbeitsgruppe wieder diskutiert.)

Postkoitalverhütung „over the counter“

In Frankreich besteht seit Dezember 1999 die Möglichkeit, die Postkoitalpille auf Gestagenbasis rezeptfrei zu erhalten. Im Jahr 2000 wurde sie in Portugal und Norwegen freigegeben, 2001 in Schweden, Belgien, Dänemark und England. 2002 in Südafrika und Sri Lanka.

Befürchtungen haben sich nicht bestätigt, dass Frauen / Paare durch diese Möglichkeit reguläre Kontrazeption vernachlässigen. In Frankreich wird das mit steigenden Verkaufszahlen für Kontrazeptiva belegt. Auch die Kenntnis, dass die Wirksamkeit niedriger ist und die Kosten höher sind, führt dazu, dass Notfallverhütung dem Notfall vorbehalten bleibt.

Bei über 2 Millionen Anwendungen wurden bisher keine Zwischenfälle, keine Zunahme von Eileiterschwangerschaften und keine Meldungen von Komplikationen bekannt.

Auch eine schwedische Studie untersuchte die Kenntnisse, die Haltung und die Erfahrungen von Frauen im Zusammenhang mit der rezeptfreien Abgabe der Postkoitalpille. Die rezeptfreie Abgabe ist der Versuch, eine umgehende Verfügbarkeit der Postkoitalmethode zu gewährleisten, da die Sicherheit in engem Zusammenhang mit einem frühen Einnahmebeginn steht. Alle befragten Frauen begrüßten die rezeptfreie Abgabe. Zeitersparnis war hierbei ein wichtiger Aspekt. Die Hauptinformationsquelle für die Frauen stellten die Medien dar. Im Kontakt mit ApothekerInnen wurden positive als auch negative Erfahrungen geschildert. Unterschiedliche Einstellungen und

uneinheitliche Bereitschaft zur Routine - Abgabe wurden in diesem Zusammenhang angegeben. Frauen erwarteten aktuelle Informationen zur Postkoitalmethode, was die Bedeutung aller Professionellen im Gesundheitswesen unterstreicht, Informationen fachlich korrekt zu kommunizieren...

(Auch ein Studienvergleich unterschiedlicher Postkoitalmethoden wurde auf dem Kongress vorgestellt. Darüber wird zu späterem Zeitpunkt ausführlicher berichtet.)

Mifepriston als Postkoitalmethode

Zahlreiche Studien wurden zu dieser Fragestellung unternommen, die erste bereits 1992 in England. Die 1999 und 2002 von der WHO durchgeführten Studie mit 10 mg, 50 mg, und 600 mg Dosis Mifepriston innerhalb von 120 Stunden nach dem ungeschützten Koitus, ergaben eine Schwangerschaftsrate von 1,5 Prozent. Während Mifepriston als Postkoitalmethode eine hohe Zuverlässigkeit zeigt und es in der Regel politische Gründe sind, die die Forschung bzw. Einführung be- oder verhindern, so ist Mifepriston als Dauerverhütung trotzdem nicht geeignet. Tendenzen in den vorgestellten Studien waren: Mit zunehmender Verzögerung der Einnahme nimmt die Schwangerschaftsrate zu. Je höher die Dosis, desto höher ist das Auftreten von Blutungsstörungen, hier ist insbesondere die Menstruationsverschiebung zu nennen. Die Dosis hatte keinen Einfluss auf sonstige Nebenwirkungen.

Bei nochmaligen Geschlechtsverkehr im gleichen Zyklus steigt das Schwangerschaftsrisiko durch die Ovulationsverschiebungen. Bei wiederholter Gabe in einem Zyklus kam es außer zu irregulären Blutungen zu keinen weiteren Nebenwirkungen. Die Sicherheit betrug bei jeder Einnahme 80 Prozent, d.h. insgesamt sinkt dadurch die Sicherheit bei wiederholter Gabe.

Warum gibt es noch immer ungewollte Schwangerschaften? (unveränderte Abbruchzahlen bei einem ständig verbesserten Angebot von Kontrazeptiva?)

Warum sinken die Abbruchzahlen nicht in Ländern wie Frankreich, in denen mehr als 80 Prozent der Frauen/Paare Verhütungsmethoden anwenden? Eine soziologische Studie aus Frankreich untersuchte die Gründe für gleichbleibende Abbruchzahlen. „Nur“ 54 Prozent Frauen, die einen Abbruch wünschten, hatten keinerlei Verhütungsmethoden angewendet. 18 Prozent gaben die Pille als aktuelle Verhütungsmethode an, 9 Prozent die Spirale und 6 Prozent das Kondom.

Zwar wird – zumindest in entwickelten Ländern – eine Pflicht zur Verhütung anerkannt (Verhü-

tungsnorm), dennoch kann die Compliance (in diesem Fall Bereitschaft der Frau/ des Paares mitzuwirken) dieser Norm durch unterschiedliche Faktoren gestört sein:

- Methodenversager (bei Anerkennung der Norm)
- Falsche oder fehlende Informationen zur Verhütung
- Angenommene Unfruchtbarkeit
- Ambivalenz
- Inadäquate Methodenanwendung (ohne Nennung der Gründe)
- Misserfolg auf Grund von Dominanz des Mannes
- Magisches Denken
- Ablehnung von Verhütung (keine Anerkennung einer Verhütungsnorm)
- Sorgloses Verhalten
- Soziale, wirtschaftliche Probleme (an Verhütung wird in dieser Situation nicht gedacht)
- Die gewollte ungewollte /d.h. eigentlich gewollte Schwangerschaft)

Neben diesen genannten Möglichkeiten spielt auch die Veränderung von kontrazeptiven Mustern in unterschiedliche Lebensphasen eine Rolle.

Verhütung nach Schwangerschaftsabbruch

Die Beratung zu Verhütungsmethoden ist ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit induzierten Abbrüchen. Hormonelle Methoden können unmittelbar nach dem Abbruch verordnet werden. Das Abwarten der ersten Menstruation wird nicht empfohlen. Bei der Spirale (IUD) wird bei Aborten im 2. Trimester eine verzögerte Einlage angeraten, weil mit einer leicht erhöhten Ausstoßungsrate zurechnen ist. Weiterhin sollten Frauen ermutigt werden, eine „back-up“ Absicherungs- bzw. Rückversicherungsmethode (i.d.R. Postkoital) selbstverständlich zur Verfügung zu Hause zu haben.

Allgemeine Anmerkung: Der Bericht kann nur Auszüge der Vorträge und vorgestellten Studien wiedergeben. Einzelne Studien werden in späteren Rundbriefen detaillierter vorgestellt. Rückfragen können hierzu an die Redaktion gestellt werden. Die Internetadresse der Organisation fiapac ist im Internet über die Adresse www.fiapac.org zu erreichen.)

Auf Zitierung von Studien und Namen wurde in diesem Bericht verzichtet. Zwei Namen aber nun doch noch zum Schluss: Madame Elisabeth Aubèny, maßgeblich mitverantwortlich für die Einführung und wissenschaftliche Begleitung der Mifegyne®- Anwendung in Frankreich und aktuell aktiv zu dem Thema „rezeptfreie

Abgabe der Gestagen-Postkoitalpille“, hat die Präsidentschaft von fiapac abgegeben. Nachfolger wurde Christian Fiala, der ebenso mit großem Engagement die Einführung von Mifegyne® in Österreich frühzeitig umgesetzt hat und in Deutschland die Einführung fachlich, durch Öffentlichkeitsarbeit (Interviews bis zum Abwinken...) und Fortbildungen unterstützt hat. Im Modellprojekt der pro familia zur Unterstützung der Einführung von Mifegyne® hat er eng mit dem Bundesverband zusammengearbeitet und ist deshalb auch vielen MitarbeiterInnen von pro familia bekannt.

Sexualität nach Schwangerschaftsabbruch

Kristina Hänel

Anlässlich des fünften FIAPAC- Kongresses in Amsterdam im Mai 2002 wurde dieses Thema diskutiert. Zielsetzung war eine Überprüfung der gängigen Verhaltensanleitungen nach Schwangerschaftsabbruch. Es handelt sich um ein Thema, das seit vielen Jahren wiederholt diskutiert wird, dennoch wurden die geltenden Empfehlungen nie ernsthaft in Frage gestellt. Auch bei der Literaturrecherche konnte keine einzige Studie gefunden werden, die sich direkt auf die Fragestellung bezieht. Meine Gedankengänge gründen sich also überwiegend auf theoretische Überlegungen.

Übliche Verhaltensregeln nach Schwangerschaftsabbruch

Allgemein wird nach dem Schwangerschaftsabbruch Sexualität (in der Regel explizit als Geschlechtsverkehr benannt) verboten, ebenso die Benutzung von Tampons sowie Schwimmen gehen oder Baden in der Badewanne. Auf den Homepages von Abtreibungseinrichtungen in verschiedenen Ländern fand ich diese Verbote länderübergreifend. Als Zeitraum werden zwei bis drei Wochen oder die Zeit bis zur nächsten Menstruation angegeben. Einige wenige Zentren sprechen das Verbot nicht explizit aus oder beziehen es nur auf eine Methode des Abbruchs. In einigen Fällen gilt das Verbot speziell für den chirurgischen Abbruch, in einigen sogar nur für den medikamentösen Abbruch, nicht aber für den frühen chirurgischen Abbruch. Diese widersprüchlichen Kodexes finden sich auch in der entsprechenden Fachliteratur. Obwohl dort betont wird, dass es nicht bekannt sei, ob das Infektionsrisiko erhöht ist, werden gleichzeitig die

üblichen Abstinenzempfehlungen ausgesprochen. Als Begründung für die Empfehlungen wird ein erhöhtes Infektionsrisiko angegeben. Als Argumente gelten drei Annahmen: die offene Zervix, die Gebärmutter als Wunde und der Penis als Infektionsbringer. Wir wollen die einzelnen Annahmen genauer betrachten.

Argument 1: Offener Muttermund (Zervix)

Dazu ist zu bemerken, dass wir nicht exakt wissen, wie lange die Zervix tatsächlich geöffnet ist. Wir wissen, dass sie sich bereits am Ende des Abbruchs bei der Kontraktion des Uterus mit zusammenzieht. Andererseits müssen wir anerkennen, dass eine geöffnete Zervix allein kein Geschlechtsverkehrsverbot begründen kann. Denn sonst müssten wir den Verkehr auch für die Menstruation, den Zeitraum nach der Geburt und insbesondere während des Eisprungs verbieten. Ich habe im übrigen auch nach Literatur gesucht, welche die Frage des Infektionsrisikos während der Periode oder nach Geburten beleuchtet, aber auch hier habe ich definitiv keine wirklich relevante statistische Zahl finden können, die ein Risiko belegt oder aber widerlegt.

Argument 2: Gebärmutter ist eine Wunde

Da es keine Studien gibt, ist auch hier unsere medizinische Sichtweise wahrscheinlich von unserer ideologischen Einstellung geprägt: Je nachdem, ob wir die ungewollte Schwangerschaft als eine Einheit mit der Gebärmutter betrachten oder als ein biologisches Gebilde, das durch autonomes, krebsähnliches Wachstum gekennzeichnet ist, sehen wir nach dem Abbruch die Wiederherstellung eines ursprünglichen physiologischen Zustandes oder eine Wunde. Wenn wir von der Annahme einer Wunde ausgehen sollten, dann wäre auch zu diskutieren, ob es einen Unterschied zwischen chirurgischem und medikamentösem Abbruch gibt.

Argument 3: Penis ist Infektionsquelle

Wir können davon ausgehen, dass bei einem gesunden Mann eine physiologische Flora vorliegt. Sollten pathogene Keime vorhanden sein, hat eine Infektion wahrscheinlich schon vor dem Abbruch stattgefunden. Wirklich bekannte Gründe für eine erhöhte Infektionsrate sind: das Vorliegen pathogener Keime, unsteriles Arbeiten und Gewebereste.

Einfluss von Sexualität

Die hier genannten Vorteile von Sexualität sind natürlich auch durch Sexualpraktiken ohne Penetration (Masturbation, Petting) erreichbar. Sexuelle Begegnungen nach dem Abbruch können verschiedene positive Aspekte beinhalten: emotionale, psychische (oder sind physiologische, das heißt körperliche gemeint?) und kognitive. Z.B. kann es für Frauen

wichtig sein, Nähe und Anlehnung leben zu können, zu wissen, dass alles normal ist, etc... Auf physiologischer Ebene können die Kontraktionen der Gebärmutter Spannungen lösen und damit schmerzlindernd wirken.

Negative Aspekte könnten sein: die Angst vor erneuter Schwangerschaft und auch die Tatsache, dass es für Frauen, die keine selbstbestimmte Sexualität leben, von Vorteil sein kann wenn es für die Männer ein klares Verbot gibt. Dies berührt aber eine ganz andere Fragestellung.

Fazit: Nutzen des Geschlechtsverkehrs Verbotenes ist nicht erwiesen

Da die Notwendigkeit der Empfehlungen nach Schwangerschaftsabbruch nicht wirklich bewiesen ist, wäre eine Diskussion sinnvoll mit dem Ziel der Entwicklung neuer Standards. Eine verbreitete Meinung auf dem internationalen Kongress war, dass viele in der Praxis Tätige bereits jetzt zwar noch offizielle Empfehlungen aussprechen, aber inoffiziell schon lange von dem Verbot des Geschlechtsverkehrs nach Schwangerschaftsabbruch abgewichen sind. Eine entsprechende Revidierung der Informationsmaterialien wäre wünschenswert.

Literatur bei der Verfasserin:
Kristina Hänel, Ärztin, Neuen Bläue 22, 35390 Gießen
www.kristinahaenel.de

Hinweise

Bericht des Europäischen Parlaments zu sexueller und reproduktiver Gesundheit

Das Europäische Parlament hat am 3. Juli 2002 mit einer deutlichen Mehrheit den Bericht „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ des Ausschusses für die Rechte der Frau und Chancengleichheit beschlossen. Der Bericht greift langjährige Forderungen der pro familia zum Thema auf und das Europäische Parlament setzt mit seiner Entschliessung ein deutliches Signal, sich für das Recht von Menschen auf ein gesundes und befriedigendes Sexualleben einzusetzen.

Da hierzu eine Sonderveröffentlichung des BuGe-Telegramms ausführlich berichtet wird, verzichten wir an dieser Stelle auf inhaltliche Ausführungen.

Der Bericht kann in deutscher Sprache unter www.europarl.eu.int/activities/default_de.htm unter ABC → Suchanleitung → Berichte des Europäischen Parlaments → Dokumenten-

nummer eingeben: A5-0223/2002 aus dem Internet abgerufen werden.

Hormonersatztherapie: Multicenter- Studie vorzeitig beendet

In den USA wurde eine große Studie zu Nutzen und Risiko der Hormonersatztherapie bei gesunden, in und nach der Menopause befindlichen Frauen vorzeitig abgebrochen. Die Women's Health Initiative (WHI) –Studie die mit 16 608 Teilnehmerinnen durchgeführt wurde, fand in der Gruppe der Frauen, die ein Kombinationspräparat bestehend aus konjugierten Östrogenen und Medroxyprogesteronacetat einnahmen, ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall und thromboembolische Ereignisse im Vergleich zu der Gruppe, die im gleichen Zeitraum ein Placebopräparat eingenommen hatten. Zwar wurde auch ein Nutzen der Kombinationstherapie, die Reduzierung von Hüftfrakturen und Dickdarmkrebs, festgestellt, doch überwogen die Risiken diesen Nutzen. Die auf 8,5 Jahre angelegte Studie wurde nach 5 Jahren beendet. Eine weitere Studie, die die Vor- und Nachteile der reinen Östrogentherapie nach Entfernung der Gebärmutter untersucht, wird fortgeführt. Ergebnisse werden für das Jahr 2005 angekündigt.

Die Ergebnisse lassen sich nicht unmittelbar auf Deutschland übertragen, da hier Präparate mit unterschiedlichen Hormonkomponenten und verschiedenen Gestagenen zur Hormonersatztherapie zur Anwendung kommen. Über die Diskussion, dass die Art des Gestagens den Einfluss auf koronare Herzerkrankungen bestimmt, berichtete der FPR 2/1998. Dennoch müssen diese Ergebnisse bei der Beratung von Frauen berücksichtigt werden. Zurückhaltende Verschreibung, stärkere Berücksichtigung der internationalen Ergebnisse und die Forderung nach unabhängiger deutscher Forschung ergeben sich nach erster Einschätzung aus diesen Ergebnissen.

Quelle: NIH (National Institutes of Health).
www.nhlbi.nih.gov/new/press/02-07-09.htm
Die Studie erscheint in der Ausgabe 17. Juli 2002, im Journal of the American Medical Association (JAMA).

Informationen zu Postkoital-Verhütung im Internet

Das „Consortium for Emergency Contraception“ ist ein Zusammenschluss internationaler, im Bereich Familienplanung tätiger Organisationen, u.a. die Weltgesundheitsorganisation (WHO), International Planned Parenthood Federation (IPPF) und der Population Council. Ihre Aufgabe sieht das Consortium in der weltweiten Sicherung der Verfügbarkeit von adäquaten Postkoitalangeboten, da dies nach

eigener Einschätzung eine wirkungsvolle Maßnahme zur Reduzierung ungewollter Schwangerschaften darstellt. Über die Internetseiten sind zahlreiche Materialien verfügbar. Unter „downloadable materials“ können z.B. die wissenschaftliche Literaturdatenbank der WHO zum Thema (aktuell bis Januar 2002), „Medical and delivery service guidelines“, „Materials for clients, Materials for advocacy“ und „Materials for program planning“ abgerufen werden. In der Regel sind die Materialien in englischer Sprache. Manches ist auch auf spanisch verfügbar. Auch eine Tabelle der weltweit vertriebenen Postkoitalprodukte liegt vor.

Internetadresse: www.cecinfo.org

Informationen des AKF zu Igel-Leistungen

Der AKF hat eine Stellungnahme zu den sogenannten Igel-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen, die von niedergelassenen ÄrztInnen angeboten und privat abgerechnet werden) erarbeitet, sowie ein Informationsblatt für Patientinnen. Beide können in der Geschäftsstelle angefordert werden (Adresse siehe oben) oder sind aus dem Internet herunterzuladen: www.akf-info.de

Ebenfalls vom AKF erarbeitet ist ein Informationsblatt zur Hormonersatzbehandlung in den Wechseljahren.

Buchbesprechungen / Neuveröffentlichungen

Ratgeber „Verhütung – Welche Methode passt zu mir?“, Silvia Knöpfel und Dr. med. Knut O.K. Hoffmann, Trias Verlag 2002.

Krebs – So finden sie Hilfe im Internet, Anja Forbriger, Trias Verlag 2002
(Ist in Kooperation mit www.inkanet einem Netzwerk für Krebs-Patienten entstanden. Es versteht sich als Handbuch für Informationssuche im Internet und informiert über Grundlagen des Internet und der Internet-Kommunikation und über gezielte Suche im Netz zum Thema Krebs. Es enthält zahlreiche hilfreiche Adressen und Informationen unter anderem zu Themen wie Diagnose, Leitlinien, Therapien, neue und alternative Therapieansätzen, Studien,

dien, Tumor-Marker, Arzt- und Kliniksuche, Schmerztherapie, Selbsthilfegruppen).

„Grundlagen der Pharmakoepidemiologie und Pharmaökonomie“, Eva Susanne Dietrich, Govi Verlag 2002
(Überschaubares Lehrbuch, Einführung in Grundlagen der pharmazentrischen und medizin-statistischen Grundlagen und zur Erweiterung der Wissensbasis berufs- und gesundheitspolitischer Prozesse)

„Die Wunschgeneration. Basiswissen zur Fortpflanzungsmedizin“, Sabine Riewenherm Orlanda Verlag, Berlin, 2001
(Die Autorin ist langjährige Redakteurin des Gen-ethischen Informationsdienstes (GID) in Berlin)

„Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung“ Petra Kolip (Hrsg.), Juventa Verlag Weinheim, München, 2002

Clio 54. (Be) Fundort Unterleib- Pilze, Pap & Co. Hrsg.: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin. Preis € 3,60
Best. unter Tel.: 030-2139597, Fax.: 030-2141927, E-mail.: ffgzberlin@snafu.de

Gen-ethischer Informationsdienst Nr. 151
Thema: Gentest, Einzelheft: 6,50 Euro
Bezug: Gen-ethischer Informationsdienst, Brunnenstr. 4, 10119 Berlin,
Tel.: 030/685 60 88,
E-mail: gid@gen-ethisches-netzwerk.de

Ärztin Nr. 2/2002
Sonderheft der Zeitschrift des Deutschen Ärztinnenbundes zum Thema „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“
Einzelheft: 4,86 Euro
Bezug: Deutscher Ärztinnenbund, Hagener Str. 31, 82418 Murnau,
Tel.: 08841/27 03, Fax: 08841/27 08
www.aerztinnenbund.de

Frauenrat 3/2002
Schwerpunkt Frauengesundheit
Bezug: Deutscher Frauenrat, Axel-Springer-Str. 54a, 10117 Berlin, Tel.: 030/20 45 690
www.frauenrat.de

Veranstaltungen

Pränatalmedizin + Ultraschall in Gynäkologie,
Reproduktionsmedizin und Brustdiagnostik
20. Juli 2002 in Stuttgart

Information: Frau C. Mielke,
Stohrerweg 23,
72070 Tübingen,
Tel.: 07071/64 09 80
Fax: 07071/64 09 90

E-Mail: cg.mielke@t-online.de

Kongress der Europäischen Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe in deutscher und
französischer Sprache zusammen mit der 37.
Jahresfortbildungsveranstaltung der Universi-
tätsfrauenklinik Basel

(Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Holzgreve)
4.-6. September 2002 in Basel, Schweiz

Information: AKM Congress Service
Tel.: +41616867766
Fax: +41616867788

54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe

10.-14. September 2002 in Düsseldorf

Information: CPM, Frau Sachs,
Letzter Hasenpfad 61,
60598 Frankfurt,
Tel.: 069/60 90 95 31,
Fax: 069/60 90 95 40

E-Mail: cpm.sachs.ssm@t-online.de

Gender & Health Conference

16.-18. September 2002 in Wien/Österreich

Information: Medical Connection,
Cobenzlgasse 32,
A-1190 Wien
Tel.: (0043 1) 367 18 00-23,
Fax: (0043 1) 367 18 00-20

E-Mail: office@medicalconnection.at

Intensivkurs „Gynäkologische Endokrinologie“
20. September 2002 + 26. Oktober 2002 in
Heidelberg

Information: Prof. Dr. Dr. h.c. T. Rabe,
Prof. Dr. T. Strowitzki,
Universitäts-Frauenklinik,
Voßstr. 9, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221/56 79 13
Fax: 06221/56 57 13

Intensivkurs „Fortpflanzungsmedizin“

21. September 2002 + 25. Oktober 2002 in
Heidelberg

Information: Prof. Dr. Dr. h.c. T. Rabe,
Prof. Dr. T. Strowitzki,
Universitäts-Frauenklinik,
Voßstr. 9, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221/56 79 13
Fax: 06221/56 57 13

Intensivkurs „Anti-Aging Medizin“

22. September 2002 in Heidelberg

Information: Prof. Dr. Dr. h.c. T. Rabe,
Prof. Dr. T. Strowitzki,
Universitäts-Frauenklinik,
Voßstr. 9, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221/56 79 13
Fax: 06221/56 57 13

Umgang mit traumatisierten Menschen

26.-27. September 2002 in Berlin

Information und Anmeldung:
Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe
Berlin, Straßburger Str. 56, 10405 Berlin,

Tel.: 030/90 20-58 13

E-Mail: ruth.gerdes@ags.verwalt-berlin.de

Jahrestagung des AKF (Arbeitskreis Frauen-
gesundheit in Medizin, Psychotherapie und
Gesellschaft):

9./10. November in Kassel "Tüchtig und Süch-
tig" - Frauen, Sucht und Essstörungen"

Informationen unter www.akf-info.de
Oder: AKF, Knochenhauerstr. 20/25, 28195
Bremen, Tel 0421/4349340,

Fax 0421/1604960

5. Kongress Psychische Erkrankung bei Frau-
en

21.-23. November 2002 in Münster

Information: Frau G. Schnieders
Tel.: 0251/83 56 610

E-Mail: schnieg@uni-muenster.de

Menopause – Andropause – Anti-Aging 2002

05.-07. Dezember 2002 in Wien/Österreich

Information: Austropa-Interconvention,
Friedrichstr. 7
A-1010 Wien
Tel.: 0043 1/ 588 00-518,
Fax: 0043 1/588 00-520

E-Mail: menopause@interconvention.at

www.menopausekongress.at