

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe August 2005 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Harninkontinenz bei Frauen	3
Deutsche Kontinenz Gesellschaft	10
Kontinenzzentren	11
Pille danach	12
IPPF News	14
Hinweise	
- Höhere Versagerrate der Pille bei höherem Körpergewicht	15
- Ungewollte Schwangerschaften mit Implanon®	17
- Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch- Wiederholungsbefragung zur Versorgungslage	17
- Mifepriston in die Liste der essenziellen Medikamente der WHO aufgenommen	19
- Zahlen der WHO zum Schwangerschaftsabbruch weltweit	19
- Sehstörungen durch Sildenafil?	19
Neuerscheinungen	20
Veranstaltungen	21

Impressum: © 2005

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

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

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Auch wenn die Informationen über die Inkontinenz besser, das Verständnis der Ursachen umfassender und die Therapiemöglichkeiten vielseitiger und weniger invasiv sind, so bleibt die Inkontinenz doch weiterhin ein Tabuthema, über das sich Frauen in der Beratung oder im ärztlichen Gespräch selten mitteilen.

Der aktuelle Familienplanungs Rundbrief informiert über die Bedeutung des Leidens und die stillschweigende Einbuße von Lebensqualität, die Frauen durch die Tabuisierung auf sich nehmen.

Und er informiert über die unterschiedlichen Formen, die Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten. Ebenso wird die Deutsche Kontinenz Gesellschaft mit ihren Zielen und Konzepten vorgestellt sowie die Kontinenzzentren, die sich als interdisziplinär arbeitende Kompetenzzentren für Beratung, Diagnostik und Therapie verstehen. Es ist zu wünschen, dass die Zahl dieser Zentren in gleichem Maße weiter wächst wie in den letzten 3 Jahren und dadurch die PatientInnenversorgung qualitativ und flächendeckend verbessert wird.

Der Familienplanungs Rundbrief enthält weiterhin aktuelle Informationen zur „Pille danach“. Hier überwiegen natürlich die internationalen Informationen, da sich in der Debatte in Deutschland im letzten Jahr nur wenig getan hat. Auch enthält der Rundbrief aktuelle Informationen der International Planned Parenthood Federation (IPPF), jedoch sind sie zu umfassend, als man sie vollständig im FPR darstellen könnte. Hier sei auf die wertvolle Möglichkeit hingewiesen, im Internet weiter zu lesen.

Unter Hinweise folgen aktuelle Informationen, u.a. auch der Weltgesundheitsorganisation WHO, zu neuen Untersuchungen, die die Sicherheit von Kontrazeptiva betreffen und zu der Wiederholungsbefragung des pro familia- Bundesverbands zur Mifegyneversorgung in Deutschland.

Harninkontinenz bei Frauen¹

Helga Seyler

Harninkontinenz erfährt als ein häufiges Leiden von Frauen in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit. Dadurch werden die betroffenen Frauen ermutigt, ihre Beschwerden bei der ÄrztIn anzusprechen und Hilfe und Behandlung zu suchen. Die Medienöffentlichkeit macht ihnen auch bewusst, dass sie nicht die Einzigen sind, die dieses Problem haben und trägt zu einer Enttabuisierung bei. Inzwischen gibt es auch zahlreiche Selbsthilfegruppen, die unterstützend wirken. In medizinischen Beratungs- und Behandlungszentren (Kontinenzzentren, siehe Seite 11), finden Frauen kompetente Hilfe.

Eine Vielzahl von unterschiedlichen und zum Teil auch neuen Behandlungsansätzen hat die Chance erhöht, dass die Beschwerden gebessert oder geheilt werden können. Notwendig bleibt jedoch die ausreichende Beratung über die Behandlungsmöglichkeiten, die Heilungsaussichten und Risiken, sowie genaue Untersuchung und Abklärung der Inkontinenz, um falsche oder zu eingreifende Behandlungen zu vermeiden.

Die neuen Untersuchungsmethoden haben zu einem differenzierten Verständnis von Senkungszuständen und Ursachen der Harninkontinenz geführt. Es werden verschiedene Formen von Senkungen der Scheidenwände, der Gebärmutter, der Blase und Harnröhre oder des Darms unterschieden. Eine Inkontinenz kann zusammen mit Senkungen dieser Organe auftreten, aber auch unabhängig davon. Es werden gezielt die im Vordergrund stehenden Beschwerden behandelt. Die langjährige Standardoperation der Gebärmutterentfernung und Raffung der Scheidenwände wurde durch individuell angepasste Behandlungs- und Operationsverfahren ersetzt.

Allerdings können neue, scheinbar einfache und risikoarme Operationsmethoden wie das TVT-Verfahren zu häufig und vorschnell durchgeführt werden, ohne durch genaue Diagnostik zu klären,

¹ dieser Beitrag entstand auf der Grundlage von Vortragsmanuskripten und mit fachlicher Beratung von Frau Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Ärztliche Leiterin des Kontinenzzentrum Südwest, Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen. Ich danke ihr sehr herzlich für die Unterstützung.

ob es das passendste Behandlungsverfahren ist, und ohne möglicherweise sinnvolle konservative Maßnahmen wie Beckenbodentraining auszus schöpfen.

Wir häufig beeinträchtigt eine HI das Leben von Frauen?

Unter Harninkontinenz wird ein unkontrollierter Urinverlust verstanden, der ein soziales und hygienisches Problem darstellt. Insgesamt sind deutlich mehr Frauen als Männer betroffen. Die Angaben über die Häufigkeit reichen von einstelligen Prozentzahlen bis zu über 50 % (Cardozo 2004). Eindeutig ist die zunehmende Häufigkeit mit dem Alter.

Die Zahlen über die Häufigkeit sind abhängig von der untersuchten Bevölkerungsgruppe (Altersverteilung, Geburtenzahl), von der zugrunde gelegten Definition der Harninkontinenz und von der Art der Befragung. Einerseits ergeben sich sicher hohe Zahlen, wenn zum Beispiel danach gefragt wird, ob eine Frau jemals bei Belastungen und voller Blase den unfreiwilligen Abgang von einigen Tropfen Urin bemerkt hat, andererseits ist im Praxisalltag von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da viele Frauen sich scheuen, das Thema gegenüber ihrer Ärztin anzusprechen.

Nach Angaben von Schultz-Lampel² sind in der Altersgruppe der 25-34-jährigen Frauen ca. 5% betroffen, bei 35-44-jährigen Frauen ca. 10%, die Zahl steigt auf ca. 18% bei den > 75-jährigen Frauen. In einer norwegischen bevölkerungsbezogenen Studie bei Frauen bis 65 Jahren ergab sich eine Häufigkeit von 21% bei Frauen nach vaginalen Geburten, 15% nach Kaiserschnittgeburten und 10% bei Frauen ohne Geburten (Rortveit 2003). Eine große Übersichtsarbeit fasst die in verschiedenen Studien gefunden Häufigkeiten mit 10-52% Inkontinenzrate insgesamt und 3-17% schwere Inkontinenz (Cody 2003) zusammen.

Über 70% der betroffenen Frauen erleben die Harninkontinenz als störend, bei 40% führt sie zu einer Einschränkung der täglichen Aktivitäten. Viele Frauen haben Angst, dass andere den Urin in der Vorlage riechen könnten. Frauen mit Dranginkontinenz achten darauf, dass immer eine Toilette in der Nähe erreichbar ist und schränken ihre Aktivitäten dementsprechend ein. Das kann Freizeitaktivitäten wie Theater- oder Kinobesuche betreffen oder auch Reisen. Frauen

betreffen oder auch Reisen. Frauen mit Belastungsinkontinenz trauen sich nicht, Sport zu treiben und sich zu bewegen, sie fürchten den Urinabgang beim Heben und Tragen. Besonders tabuisiert ist die Einschränkungen des Sexuallebens, zu der die Scham über den nicht kontrollierbaren Urinabgang führen kann. Im hohen Alter ist die Inkontinenz häufig ein wesentlicher Grund für die Aufnahme in ein Pflegeheim.

Scham hindert Frauen daran, das Thema bei der ÄrztIn anzusprechen oder gar mit Freunden und Bekannten darüber zu sprechen. Noch ist das Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten recht gering und die Frauen unterschätzen die Chancen der Behandlung. Ein großer Teil behilft sich mit Vorlagen.

Deswegen ist es wichtig, dass ÄrztInnen oder BeraterInnen das Thema aktiv ansprechen und nach einer Inkontinenz fragen. Sie sollten auch über spezielle Untersuchungs- und Behandlungsangebote in der Region informiert sein, um die betroffenen Frauen dorthin weiterverweisen zu können.

Warum sind wir kontinent?

Für die Fähigkeit, den Urin in der Blase zu halten, und bei passender Gelegenheit die Blase entleeren zu können, sorgt das Zusammenspiel von verschiedenen Muskeln und Bändern sowie von Nerven im Beckenbereich und Nervenzentren im Rückenmark und Gehirn.

Die Blasenwand enthält einen Muskel, den Detrusor, der sich nur beim Wasserlassen zusammenzieht und so für die Entleerung der Blase sorgt. In der übrigen Zeit ist er entspannt. Den Verschluss der Harnblase sichern verschiedene Muskeln am Übergang von Blase zur Harnröhre und im Beckenboden, die sich umgekehrt beim Wasserlassen entspannen.

Dehnungssensoren in der Blasenwand registrieren den Füllungszustand der Blase und sind für das Gefühl von Harndrang verantwortlich.

Die Nervenimpulse, die die Muskeln steuern und den Füllungszustand der Blase ans Gehirn weiterleiten, werden von verschiedenen Reflexzentren im Rückenmark gesteuert. Diese Zentren im Rückenmark lösen (ohne Steuerung aus dem Gehirn) bei einem bestimmten Füllungszustand der Blase den Reflex zur Entleerung aus. Durch die erlernte bewusste Steuerung aus dem Gehirn kann der Reflex jedoch gehemmt werden und

² Schultz-Lampel, Tabelle aus einem Vortrags-Manuskript.

das Entleeren der Blase auf einen passenden Zeitpunkt verschoben werden.

Die Muskeln und Bänder des Beckenbodens stabilisieren Blase und Harnröhre in ihrer Lage im kleinen Becken, außerdem übertragen sie bei einer Druckerhöhung im Bauch, zum Beispiel durch Husten oder Heben, den erhöhten Druck auf die Harnröhre und sichern damit den Verschluss.

Formen der Harninkontinenz und ihre Ursachen

Die beiden häufigsten Formen der Harninkontinenz sind die Belastungsinkontinenz und die Dranginkontinenz.

Bei der Belastungsinkontinenz besteht eine Schwäche des Blasenverschlusses. Dadurch kommt es bei körperlicher Belastung zu Urinabgang, ohne dass ein Harndrang besteht.

Bei der Dranginkontinenz ist der Blasenmuskel überaktiv. Es kommt zum Harnverlust bei nicht zu unterdrückendem Harndrang.

Die Unterscheidung ist sehr wichtig, da beide Formen unterschiedlich behandelt werden. Manche Frauen haben aber auch Anteile von beiden Formen der Harninkontinenz. Etwa 50 % der betroffenen Frauen haben eine Belastungsinkontinenz, 20 % eine Dranginkontinenz und 30% eine Mischform.

Selten ist eine Harninkontinenz bei Harnverhaltung und Überlaufen der Blase. Dabei führt eine Schwäche des Blasenmuskels zu chronischer Überdehnung der Blase. Die Ursache sind meist Nervenerkrankungen, zum Beispiel als Folge eines Diabetes mellitus.

Ursache der Belastungsinkontinenz ist eine anlagebedingte Bindegewebs- und Muskelschwäche des Beckenbodens. Sie kann durch Überdehnung in der Schwangerschaft und bei Geburten verstärkt werden. Es kann dabei zu einer Lageveränderung von Blase, und Harnröhre kommen, oft sind auch die Scheidenwände, Gebärmutter, oder der Enddarm gesenkt. Die Senkung der verschiedenen Organe kann allerdings unterschiedliche Beschwerden machen, und ist nicht immer mit einer Inkontinenz verbunden; umgekehrt kommt eine Inkontinenz auch ohne Senkung der Gebärmutter oder Scheidenwände vor.

Auch Nervenverletzungen durch Operationen im Beckenbereich oder Gewebeveränderungen

nach Bestrahlung können zu einer Belastungsinkontinenz führen.

Begünstigend sind Schwangerschaften, Geburten, eine Gebärmutterentfernung, Übergewicht, Verstopfung, chronischer Husten (Asthma, chronische Bronchitis, Rauchen).

Geburten als begünstigender Faktor für eine Harninkontinenz haben zu der kontroversen Diskussion geführt, ob zur Schonung des Beckenbodens auf Wunsch der Frau ein Kaiserschnitt durchgeführt werden soll. Immerhin wird dieser Grund häufig von Frauen angegeben, die ohne medizinische Gründe einen primären Kaiserschnitt wollen.

Auch die Schwangerschaft an sich ist schon belastend für den Beckenboden. Untersuchungen zeigen, dass die vaginale Geburt eine zusätzliche Belastung ist. Frauen, die nur Kaiserschnittgeburten hatten, haben etwas seltener eine Harninkontinenz, als Frauen, die eine oder mehrere vaginale Geburten hatten. (ca. 16% vs. 21%, Rortveit 2003). Ein Dammschnitt ist wahrscheinlich kein Schutz vor einer Harninkontinenz, er kann durch die entstehende Narbe den Beckenboden sogar schwächen. Erwiesen ist, dass er nicht vor einer Verletzung des Darm-Schließmuskels und vor der Entwicklung einer Stuhlinkontinenz schützt. Deshalb sollte er nur angelegt werden, wenn es wirklich notwendig ist und nicht aus vorbeugenden Erwägungen.

Da nur ein kleiner Teil der später auftretenden Fälle von Harninkontinenz durch eine primäre Kaiserschnittgeburt verhindert werden kann, sind die damit verbundene größeren gesundheitlichen Risiken im Verhältnis zum Nutzen nicht akzeptabel. Sinnvoll ist dagegen konsequentes Beckenbodentraining bereits in der Schwangerschaft, und nach der Geburt.

Ursachen für eine Dranginkontinenz können chronische Blasenreizungen durch Harnwegsinfekte sein. Auch neurologische Erkrankungen sowie manche Medikamente können eine Dranginkontinenz begünstigen.

Sehr oft wird eine Dranginkontinenz auch durch psychische Faktoren begünstigt. Psychische Belastung kann sich als „Druck auf die Blase“ bemerkbar machen. Die Angst, nicht rechtzeitig eine Toilette erreichen zu können, kann das Dranggefühl verstärken und zu einem Kreislauf der Symptomverstärkung führen. Das häufige vorsorgliche Wasserlassen trägt dazu bei, dass die Dehnbarkeit der Blase abnimmt, und kann damit ebenfalls die Dranginkontinenz verstärken.

Diagnostik

Der erste Schritt ist die genaue Beobachtung und Klärung der Symptome und Beschwerden. Kommt es synchron zu körperlichen Belastungen (Husten, Niesen, Heben) zu Urinabgang ohne dass Harndrang besteht? Oder spürt die Frau starken, nicht unterdrückbaren Harndrang, bevor einige Tropfen Urin abgehen oder sich die Blase sogar vollständig entleert? Wie oft wird die Toilette zur Entleerung der Blase aufgesucht? Muss die Frau auch nachts zur Toilette, und wie oft?

Für die Erfassung der Symptome ist ein Miktionstagebuch sehr hilfreich. Darin wird notiert, wann wie viel getrunken wurde, Zeiten der Blasenentleerung und Urinmenge, wann starker Harndrang gespürt wurde, Zeiten und Menge von unkontrolliertem Urinverlust sowie die begleitenden Tätigkeiten.

Damit lässt sich meist Form und Ausmaß der Harninkontinenz klären. Das Miktionstagebuch ist auch für die betroffene Frau selbst hilfreich, da schon das Bewusstmachen des eigenen Verhaltens Veränderungen bewirken kann.

Auch die Erfassung von vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten sowie Operationen und frühere oder bestehende Erkrankungen ist weiterhin wichtig für die Diagnostik.

Durch eine Unterleibsuntersuchung wird eine mögliche Senkung von Vagina und Gebärmutter festgestellt. Eine ergänzende Ultraschalluntersuchung sowie eine Urinuntersuchung auf Infektionen sollten auch in jedem Fall durchgeführt werden.

Das Ausmaß der Inkontinenz kann bei einer Provokation durch Husten beobachtet werden. Oder es kann die Durchfeuchtung von Vorlagen durch Wiegen festgestellt werden. Dabei führt die Frau bei einer bestimmten Blasenfüllung Übungen wie Husten, Hüpfen oder Treppensteigen durch. Vorher und nachher wird die Vorlage gewogen und damit die Menge des abgegangenen Urins gemessen.

Wenn durch diese Untersuchungen die Form und Ursache der Harninkontinenz nicht eindeutig geklärt werden kann, in jedem Fall aber vor einer geplanten operativen Behandlung, sind spezielle Untersuchungen notwendig. Damit kann festgestellt werden, ob und welche Operation geeignet ist oder ob eher andere Behandlungsmethoden sinnvoll sind.

Durch Ultraschalluntersuchung am Beckenboden oder Scheideneingang kann die Lage von Blase,

Blasenschließmuskel, Harnröhre und Darm dargestellt werden, sowie die Lageveränderung bei Belastungen.

Bei der urodynamischen Untersuchung werden Drucksensoren in die Blase und Harnröhre eingeführt. Die Blase wird durch einen Katheter mit Flüssigkeit gefüllt. Dabei kann beobachtet werden, bei welcher Blasenfüllung die Frau zum ersten mal Harndrang spürt und wann der Harndrang nicht mehr zu unterdrücken ist. Dadurch werden das Füllungsvermögen und die Dehnbarkeit der Blase geprüft. Durch Druckmessung in der Blase kann eine erhöhte Aktivität des Blasenmuskels (Detrusor) festgestellt werden. Anschließend wird bei Belastung durch Husten der Blasendruck und Harnröhrendruck gemessen. Nur durch die urodynamische Untersuchung kann eindeutig zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz unterschieden werden.

Durch eine Blasen- und Harnröhrenspiegelung können Ursachen für eine Dranginkontinenz wie zum Beispiel chronische Entzündung der Blasenwand, Polypen oder Blasensteine festgestellt werden.

Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Maßnahmen

Oft wird bei Übergewicht eine Gewichtsreduktion empfohlen. Es gibt aber kaum Daten darüber, wie weit dies eine Besserung bei Inkontinenzbeschwerden bringt (Pesce 2004).

Auch die Veränderung von Trinkgewohnheiten kann helfen. Wenn abends weniger getrunken wird, müssen die Frauen nachts seltener Wasser lassen. Das Miktionstagebuch ist hilfreich um bestimmte, eine Harninkontinenz begünstigende Verhaltensweisen deutlich zu machen und Veränderungen zu ermöglichen.

Beckenbodentraining

Das Beckenbodentraining ist die Behandlung der ersten Wahl bei der Belastungsinkontinenz. Aber auch Symptome der Dranginkontinenz können damit gebessert werden. Vor jedem operativen Eingriff sollte zunächst eine Behandlung mit Beckenbodentraining durchgeführt werden.

Durch Beckenbodentraining lässt sich bei 30-80% der betroffenen Frauen die Inkontinenz zumindest bessern. Im Gegensatz zu den Operati-

onen, bei denen sich die Symptome nach einigen Jahren wieder verschlechtern können, ist die Wirkung oft dauerhaft. Das Beckenbodentraining ist auch sinnvoll, um den Erfolg von Operationen zu unterstützen und zu sichern.

Wichtig ist dabei eine professionelle Anleitung durch eine Physiotherapeutin. Alleine üben nach schriftlicher Anleitung ist nicht ausreichend. Allerdings müssen die Übungen auch über die physiotherapeutische Behandlung hinaus langfristig und kontinuierlich zu Hause weitergeführt werden. Dies setzt eine hohe Motivation voraus, die nur wenige Frauen aufbringen.

Vor dem Beginn eines Beckenbodentrainings sollte bei der gynäkologischen Untersuchung überprüft werden, ob eine Frau die Beckenbodenmuskeln willkürlich anspannen kann. Ein Teil der Frauen hat so wenig bewusstes Gefühl für den Beckenboden, dass er das nicht kann. Die Anwendung einer intravaginalen Elektrostimulation kann helfen, dass sie diese Muskeln bewusster spüren und anspannen lernen. Diese Behandlung ersetzt jedoch nicht das Beckenbodentraining, das anschließend durchgeführt werden muss.

Auch Bio-Feedback, bei dem Drucksensoren in der Vagina den Erfolg der Übungen anzeigen, können das Training unterstützen. Der Nutzen von konisch geformten Gewichten, die in der Vagina gehalten werden müssen, ist für das Beckenbodentraining nicht geklärt.

Ein spezielles Training bei der Dranginkontinenz besteht darin, bei starkem Harndrang den Beckenboden maximal anzuspannen und zu warten, bis der Harndrang abklingt und erst danach zur Toilette zu gehen. Damit kann die Zeit bis zur Blasenentleerung schrittweise verlängert werden. Auch ein Trainingsplan, bei dem die Zeit bis zum nächsten Wasserlassen schrittweise verlängert wird, kann helfen, das Fassungsvermögen der Blase wieder zu steigern.

Bei der Dranginkontinenz kann auch die Elektrostimulationsbehandlung zu einer wirksamen Entspannung des Detrusors führen.

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung mit Medikamenten ist in erster Linie bei der Dranginkontinenz sinnvoll. Medikamente aus der Gruppe der Anticholinergika wirken entspannend auf den Blasenmuskel. Dadurch erhöht sich das Fassungsvermögen der Blase. Bei etwa 50-70% der Frauen bessern sich

die Beschwerden, sie müssen dann seltener die Toilette aufsuchen, und haben seltener unkontrollierten Urinabgang. Insgesamt ist der Erfolg aber nicht höher, als der von Blasentraining. Beide Behandlungen sollten kombiniert werden.

Die wichtigsten Medikamente sind Oxybutynin, Tolterodine, Trosipiumchlorid und Propiverin. Neue Substanzen wie Solifenacin, Darifenacin oder Oxybutynin mit alternativer Pharmakokinetik in Slow-Release-Formen³ oder Applikation als Pflaster sollen die Nebenwirkungsrate senken. Das Ansprechen auf die einzelnen Wirkstoffe, wie auch das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen ist individuell unterschiedlich. Insbesondere Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Sehstörungen, Verstopfung und Blasenentleerungsstörungen können zum Abbruch der Behandlung führen, so dass nach 12 Monaten nur noch 20% der Frauen die Medikamente weiter nimmt.

Für die medikamentöse Behandlung der Belastungsinkontinenz gibt es seit kurzem ein neues, möglicherweise gut wirksames Medikament, Duloxetin. Durch Beeinflussung von Neurotransmittern wird die Funktion der Harnröhrenschließmuskeln verstärkt. Es liegen Studien mit insgesamt knapp 2000 Frauen vor. Etwa die Hälfte der Frauen verliert unter der Einnahme von Duloxetin deutlich seltener Urin, völlige Kontinenz erreichen damit nicht mehr Frauen, als mit Placebo (Deppe 2004). Die maximale Wirkung wird nach 2-4 Wochen erreicht. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Übelkeit bei 9-28% der Frauen, (allerdings haben nur 3-6% deswegen die Behandlung beendet), Kopfschmerz bei 15% und Mundtrockenheit bei 15%.

Nach den bisherigen Studienergebnissen könnte Duloxetin ein wirksames und sicheres Medikament für die Behandlung der Belastungsinkontinenz sein. Allerdings muss sich erst in der weiteren klinischen Anwendung zeigen, bei wie vielen Frauen tatsächlich eine Verbesserung erzielt werden kann, auch ohne Operation und Physiotherapie.

Die Erfolgsrate ist geringer als die von Operationen. Duloxetin könnte daher in Fällen, in denen keine Operation notwendig ist, die Wirkung des Beckenbodentrainings unterstützen. Ein Ersatz für eine Operation ist es wahrscheinlich nicht.

³ Präparate mit langsamer und kontinuierlicher Freisetzung des Wirkstoffs, um Nebenwirkungen zu verringern

Auch bei Patientinnen, die nicht zu einer Physiotherapie zu motivieren sind, oder die keine Operation wollen, kann diese Behandlung versucht werden.

Die Wirkung von Östrogenen bei Inkontinenzbeschwerden ist umstritten. Als gesichert gilt, dass in den Wechseljahren neu auftretende gehäufte Harnwegsinfekte und die damit verbundenen Drangsymptome durch Östrogengaben gebessert werden können. Eine Besserung von Inkontinenz-Symptomen bei Dranginkontinenz gilt als nicht gesichert. Bei Belastungsinkontinenz bringen Östrogene wohl keine Besserung.

Eine Östrogenbehandlung sollte bei Harnwegsbeschwerden immer lokal mit Creme oder Zäpfchen durchgeführt werden, und es sollte Östriol gegeben werden, das nur in geringem Maße in den Körper aufgenommen wird und nicht das Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut stimuliert.

Inkontinenz-Operationen

Operative Behandlungsmethoden sind nur bei Belastungsinkontinenz hilfreich. Es gibt eine Vielzahl verschiedener und zum Teil neuer Operationsverfahren, von denen hier nur die am häufigsten durchgeführten ausführlicher besprochen werden.

Es gibt sehr unterschiedliche Angaben über die Heilungs- und Besserungsraten durch die operativen Eingriffe. Die meisten Studien bestehen aus Fallserien, bei denen die Eingriffe in spezialisierten Zentren von erfahrenen Operateuren durchgeführt wurden. Dadurch ergeben sich bessere Erfolge als bei der Anwendung einer Methode durch viele ÄrztInnen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist jedoch die genaue Abklärung der Art und Ursachen der Inkontinenz und die sorgfältige Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode. Durch unzureichende Diagnostik und falsche Indikationsstellung wird die Rate an Misserfolgen erhöht.

Solche Faktoren erklären möglicherweise die schlechten Ergebnisse einer US-amerikanischen bevölkerungsbezogene Befragung: von 967 Frauen, die in der Vorgeschichte eine Inkontinenz-Operation hatten, waren nur 27% völlig kontinent, über die Hälfte benutzte zum Zeitpunkt der Befragung Vorlagen (Diokno 2003).

Insgesamt sind die kurzfristigen Heilungsraten der Operationen besser als die langfristigen. Das heißt, bei vielen Frauen verschlechtert sich die

Inkontinenz nach einigen Jahren wieder oder tritt nach anfänglicher Heilung erneut auf. Oft wird dann eine erneute Operation erwogen, deren Heilungsaussichten aber schlechter sind als beim ersten Eingriff. Insbesondere, wenn eine Frau noch Kinder wünscht, sollte die Indikation zur Operation zurückhaltend gestellt werden.

Eine Gebärmutterentfernung ist zur Behandlung der Inkontinenz meist nicht sinnvoll und nur bei zusätzlichen Erkrankungen der Gebärmutter notwendig. Auch die Raffung der vorderen Scheidenwand, die viele Jahre die Standardoperation war, kann eine Harninkontinenz meist nicht bessern und soll nur durchgeführt werden, wenn die Senkung der Scheidenwand selbst störend ist.

Eine seit Jahrzehnten etablierte Standard-Operationstechnik ist die **Kolposuspension**. Dabei wird durch einen Bauchschnitt die Harnröhre und der Übergang zur Blase auf eine „Hängematte“ gebettet, indem die vordere Vaginalwand locker durch Fäden angehoben wird. Es gibt Langzeitbeobachtungen bis zu 20 Jahren und viele Untersuchungen über Erfolgsraten und Nebenwirkungen. Die Heilungsrate beträgt 85-90% im ersten Jahr und etwa 70% nach 5 Jahren (Lapitain 2003). Als Komplikationen treten neu entstandene Drangbeschwerden (bei 8-27% der Frauen) und Blasenentleerungsstörungen (2-27%) auf (Pesce 2004). Nachteilig ist der größere operativer Eingriff mit Bauchschnitt, der eine Vollnarkose und einen längeren Krankenhausaufenthalt (durchschnittlich 6-7 Tage) erforderlich macht.

Neuerdings wird die Kolposuspension auch mit Bauchspiegelung durchgeführt. Es gibt aber noch keine ausreichenden Daten, um die Heilungs- und Komplikationsraten beurteilen zu können.

Relativ neu (1996 in Deutschland eingeführt) sind sogenannte spannungsfreie Schlingen, deren Prototyp das **TVT-Verfahren** (tension free vaginal tape) darstellt. Es wird trotz weniger Daten über Langzeiterfolge und –risiken schon sehr häufig angewendet. Dabei wird ein Band mit einer Netzstruktur aus Kunstfasern locker unter die Harnröhre gelegt. Durch einwachsendes Bindegewebe entsteht ein dauerhafter Halt für die Harnröhre.

Das Band wird durch einen kleinen Schnitt an der vorderen Vaginalwand spannungsfrei unter die Harnröhre eingeführt. Die beiden Enden werden mit einer Nadel seitlich an der Blase vorbei geführt, und durch die Bauchwand im Schamhaarbereich herausgeleitet. Das Band wird dann ge-

kürzt und die Enden werden unter die Haut versenkt. Anschließend muss eine Blasen Spiegelung durchgeführt werden, um eine Verletzung der Blase auszuschließen.

Dieser Eingriff kann zwar in örtlicher Betäubung mit zusätzlichen Schmerzmitteln durchgeführt werden, eine Kurznarkose wird jedoch zunehmend bevorzugt. Der Krankenhausaufenthalt ist mit durchschnittlich 2-3 Tagen kürzer als bei der Kolposuspension.

Inzwischen sind mehr als 500.000 Eingriffe dokumentiert. Die durchschnittliche Heilungsrate, definiert als komplette Inkontinenz unter Belastung, wird im ersten Jahr mit 87% angegeben. Für die längerfristige Heilungsrate gibt es bisher nur wenige Daten, sie wird nach 5 Jahren mit etwa 68% angegeben. Direkte Vergleichsstudien der langfristigen Heilungsraten mit denen der Suspensionsverfahren gibt es nicht.

Die Zufriedenheit wird in erster Linie durch neu auftretende Harndrangsymptome beeinträchtigt, die bei 3-9% der Frauen auftreten. Bei 2-5% kommt es zu einer dauerhaften Entleerungsstörung der Blase, die eine Entleerung mit Blasenkatheeter erforderlich macht (Pesce 2004). Tritt dieser Zustand ein, muss das Band wieder durchtrennt werden.

Die häufigste und für das TVT-Verfahren spezifische Operationskomplikation ist eine Verletzung der Blase, die bei etwa 4% der Eingriffe vorkommt, bei weniger erfahrenen Operateuren bei bis zu 25%. Diese Verletzung heilt jedoch meist ohne Folgen, macht aber für einige Tage die Einlage eines Blasenkatheeters erforderlich. Harnwegsinfekte kommen bei bis zu 10% und vorübergehende Blasenentleerungsstörungen bei bis zu 29% der Frauen vor.

Seltene, aber schwere Komplikationen sind Verletzungen von größeren Blutgefäßen mit starker Blutung und Verletzungen des Darmes. Eine weitere seltene, aber schwerwiegende Komplikation ist die Fistelbildung, bei der der Druck des Bandes mit der Zeit die Harnröhrenwand verletzt, und zu einer Öffnung der Harnröhre in die Scheide führt. Wegen des eingewachsenen Bindegewebes ist das Band nach einiger Zeit nur noch sehr schwer zu entfernen.

Auch wenn die Einlage des TVT ein einfacher kleiner Eingriff zu sein scheint, ist doch eine ausreichende Ausbildung und Erfahrung der Ärztin wichtig, um Komplikationen zu vermeiden.

Es gibt bisher keine ausreichenden Untersuchungen, um die langfristigen Nebenwirkungen

und Komplikationen abschätzen zu können – zum Beispiel, wie häufig es langfristig zu einer Durchwanderung des Bandes in Harnröhre und Scheide kommt. Deswegen wird davon abgeraten, das TVT-Verfahren bei jüngeren Frauen anzuwenden, ihnen wird eher zu der lange erprobten Kolposuspension geraten.

Inzwischen werden auch Abwandlungen dieser Methode angeboten, bei der andere Bandstrukturen benutzt werden oder das Band nicht oberhalb des Schambeins, sondern durch das Foramen obturatorium⁴ ausgeleitet wird. Die Erfolgsraten und Komplikationen sind mit dem TVT-Verfahren vergleichbar. Langzeitbeobachtungen sind jedoch erforderlich, um die Methoden endgültig beurteilen zu können.

Periurethrale Injektionen

Durch Injektion von unterschiedlichen Substanzen (Partikel aus Kunststoff, Kollagen, Fett, Silikon oder Hyaluronsäure) unter die Schleimhaut der Harnröhre wird versucht, bei Belastungsinkontinenz den Verschluss der Harnröhre zu verbessern. Die Injektion wird während einer Harnröhren Spiegelung oder mit einem speziellen Injektionsgerät durchgeführt, meist in einer Kurz-narkose.

Das Verfahren wird selten angewendet, deshalb gibt es auch nur wenige Daten über Wirksamkeit und Risiken. Es ist deutlich weniger wirksam als Operationen. Außerdem lässt die Wirkung nach einigen Monaten meist wieder nach. Für eine längerfristige Besserung muss die Injektion mehrfach wiederholt werden. Auch die Risiken der einzelnen Substanzen wie die Auslösung von Allergien oder Fremdkörperreaktionen sind wenig untersucht.

Allerdings ist die Behandlung wenig eingreifend und hat selbst kaum Risiken, so dass sie für Frauen geeignet ist, die wegen Alter oder Krankheiten nicht operiert werden können. Sie stellt auch möglicherweise eine Option für Frauen dar, die wegen (weiterem) Kinderwunsch noch nicht operiert werden sollten.

Hilfsmittel

Sehr häufig gebrauchte Hilfsmittel sind unterschiedliche Vorlagen und Inkontinenzhosen. Allerdings behelfen sich immer noch 90% der in-

⁴ Öffnung in der seitlichen Wand des kleinen Beckens

kontinenten Frauen mit Monatsbinden, Taschentüchern oder Handtüchern, anstatt professionelle Inkontinenzartikel zu benutzen.

Es gibt auch verschiedene Pessare und Inkontinenztampons, die in die Vagina eingeführt werden, um den Harnröhrenverschluss zu unterstützen. Wenn möglich, sollte die Frau selbst in der Lage sein, das Pessar einzuführen und zu entfernen. Sie kann es dann gezielt in besonderen Belastungssituationen benutzen, zum Beispiel beim Sport. Dauerhaft von der Frauenärztin eingelegte Würfel- oder Ringpessare sind eine Möglichkeit bei Frauen, die wegen allgemeiner Erkrankungen nicht operiert werden können. Dabei kann es jedoch zu Druckstellen und Wundsein in der Vagina kommen.

Es gibt auch Stöpsel, die in die Harnröhre eingeführt werden und diese verschließen.

Insgesamt werden Pessare nur von wenigen Frauen benutzt, die meisten finden die Handhabung zu unangenehm.

Literatur

Cardozo L. New developments in the management of stress urinary incontinence. BJU 2004; 94 Suppl 1: S8-13

Cody J, Wyness L, et al. Systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of tension-free vaginal tape for treatment of urinary stress incontinence. Health technology assessment 2003; 7: iii, 1-189

Deppe C, Dannecker C, et al. Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz. Gynäkologie 2004; 37: 1017-24

Diokno AC, Burgio K, et al. Prevalence of continence surgery in community dwelling women. J Urol 2003; 170: 507-11

Lapitain MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane database of systematic reviews (1);p: CD002912

Moehrer B, Hextall A, Jackson S. Oestrogens for urinary incontinence in women (Cochrane review). database of Systematic Reviews 2003, Issue 2.

Pesce F. Current management of stress urinary incontinence. BJU 2004; 94 Suppl 1; S8-13

Peschers U, Jundt K, Tunn R. Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der weiblichen Harninkontinenz. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: A 3322-5 [Heft 50]

Rortveit G, Daltveit AK, et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003;348:900-7

Viktrup L; Summers KH, Dennett SL. Clinical practice guidelines for the initial management of urinary incontinence in women: a European-focused review. BJU 2004; 94 Suppl 1

Deutsche Kontinenz Gesellschaft

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. ist eine medizinisch-wissenschaftliche Organisation. Zu ihren Mitgliedern gehören Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Betroffene. Seit ihrem Bestehen 1987 engagiert sie sich insbesondere in der Patientenberatung.

Mittlerweile gehören der Gesellschaft 42 Kontinenz-Selbsthilfegruppen an, die im Jahr 2003 von rund 6200 Betroffene besucht wurden. Auch von ihren 2300 Mitgliedern sind 1000 selbst betroffen. Außerdem hat sie derzeit 345 zertifizierte Beratungsstellen und 15 Kontinenzzentren.

Auf der Homepage (<http://www.kontinenz-gesellschaft.de/>) sind Informationen über Harn- und Stuhlinkontinenz für Interessierte, Betroffene und ÄrztInnen zu finden.

Es finden sich Informationen über die verschiedenen Formen der Inkontinenz, über Veranstaltungstermine, wichtige Adressen und weitere Informationen im Internet (Links), Literatur sowie Videos zu diesem Tabuthema. Interessierte und Ratsuchende finden auf der Seite außerdem Übersichten über die zertifizierten Kontinenz-Zentren, Reha-Kliniken, ärztlichen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen der Gesellschaft.

Die Kontinenz Gesellschaft ist über eine Telefon-Hotline von montags bis freitags 15 bis 20 Uhr unter der Nummer 01805-233440 (EUR 0,12/Minute) zu erreichen..

Für LeiterInnen von der Deutschen Kontinenzhilfe angeschlossenen Selbsthilfegruppen werden auch Fortbildungen angeboten. Die LeiterInnen können dort Erfahrungen austauschen und sich über spezielle Themen der Selbsthilfe informieren.

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen ist wichtig, um das Thema Inkontinenz aus der Tabuzone zu holen. Inkontinenz ist eine Krankheit, die jeden irgendwann — direkt oder indirekt — betreffen kann. Trotzdem sprechen mehr als die Hälfte der Erkrankten nicht darüber. Information, Aufklärung und die lokale Arbeit der Selbsthilfegruppen ist

eine Voraussetzung, das Selbstbewusstsein der Betroffenen zu stärken. Sie bekommen damit das Gefühl, mit ihrem Problem nicht allein zu sein.

Selbsthilfegruppen ebnen dem Einzelnen den Weg aus der Isolation, in die ihn die Krankheit häufig treibt.

Die LeiterInnen der Kontinenz-Selbsthilfegruppen sind zum einen selbst Betroffene, zum anderen Pflegekräfte oder Physiotherapeuten, die sich intensiv mit dem Thema Inkontinenz beschäftigt haben.

Die LeiterInnen der Kontinenz-Selbsthilfegruppen wird die Deutsche Kontinenzgesellschaft künftig jährlich zu einer Fortbildung einladen. Wer selbst eine Kontinenz-Selbsthilfegruppe gründen will, kann sich an die Geschäftsstelle der Gesellschaft (Friedrich-Ebert-Straße 124, 34119 Kassel) wenden.

Kontinenzzentren

Daniela Schultz-Lampel, Kontinenzzentrum Südwest, Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen

Die Harn- und Stuhlinkontinenz ist heute eines der größten Gesundheitsprobleme und eine sozialmedizinische Herausforderung. Seit ihrer Gründung als Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (GIH) im Jahre 1987 verfolgt die Deutsche Kontinenzgesellschaft die Aufgabe durch Förderung von Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik, Behandlung und Versorgung. Insbesondere durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Harn- und Stuhlinkontinenz soll die Situation der Betroffenen verbessert werden. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit, Rat und Hilfe für Betroffene sowie gezielte Forschung in Wissenschaft und Praxis soll die Thematik Inkontinenz aus der Tabuzone geführt werden.

Instrumente, um diese Ziele zu realisieren sind neben dem öffentlichen Jahreskongress zahlreichen Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal, Informationsveranstaltungen für Laien, Betroffene und Angehörige, der Versand von Informationsbroschüren, Informationstelefone, das Call-Center und die Website, vor allem die zertifizierten Beratungsstellen, Kontinenzzentren, kooperierenden Reha-Einrichtungen und die Kontinenz-Selbsthilfegruppen.

Ende 2004 waren 326 Praxen bzw. Kliniken als Beratungsstellen der Kontinenz Gesellschaft tätig. Bei weiter steigender Nachfrage war diese Zahl im April 2005 bereits auf 430 angestiegen. Nach wie vor dominieren Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Harninkontinenz; über die Hälfte der Beratungsstellen machen Urologische Praxen oder Abteilungen aus, knapp ein Viertel rekrutiert sich aus dem gynäkologischen Fachbereich. Der Fachbereich zur Stuhlinkontinenz holt jedoch langsam auf und mittlerweile ist der Anteil der allgemeinchirurgischen und gastroenterologischen Beratungsstellen auf 10% gestiegen. Übrige Fachbereiche wie Geriatrie, Kinderheilkunde, Innere Medizin, Neurologie oder Physikalische Therapie machen zusammen weitere 10% der Beratungsstellen aus.

Aus einigen dieser Beratungsstellen heraus, haben sich seit dem Jahr 2000 22 zertifizierte Kontinenzzentren formiert, die als interdisziplinäre Beratungs-, Diagnostik- und Behandlungszentren der Deutschen Kontinenz Gesellschaft arbeiten.

Die Kontinenzzentren der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. sind regionale und überregionale Kompetenzzentren, die sich schwerpunktmäßig den Problemen der Harn- und Stuhlinkontinenz stellen und sich durch besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten der kooperierenden Institutionen auf den Gebieten der Inkontinenz-Diagnostik und -Therapie auszeichnen. Aktuell neu verabschiedete Statuten regeln die Zertifizierung der Kontinenzzentren. Eine obligate Voraussetzung dabei ist unter anderem die interdisziplinäre Kooperation einer Urologischen, Gynäkologischen und Viszeralchirurgischen Klinik an einem Klinikum oder einem Klinikverbund. Zusätzlich müssen zwei weitere Abteilungen wie Neurologie, Gastroenterologie, Pädiatrie, Physikalisch-Rehabilitative Medizin, Pflege- oder Rehabilitations-Einrichtungen mitarbeiten. Die interdisziplinäre Kooperation, aber auch die wichtige Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, der Krankenpflege und Physiotherapie wird in der Regel von einem Kollegen, der als Leiter des Kontinenzzentrums ernannt wird, koordiniert.

Durch das dadurch entstehende konzentrierte Angebot an Experten auf den unterschiedlichen Inkontinenz-Sektoren und deren interdisziplinäre Kooperation stehen den Patienten optimale, sich ergänzende und erweiternde diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung und bietet den Patienten optimale Voraussetzungen für eine adäquate und erfolgreiche Behandlung mit dem gesamten

Spektrum der konservativen wie operativen Therapieformen sowie deren Nachkontrolle.

Eine weitere obligate Aufgabe eines Kontinenz-zentrums ist es, öffentliche Aufklärungsarbeit zum Thema Inkontinenz zu leisten sowie Fort-, Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen durchzuführen und regelmäßig zu besuchen.

Noch besteht keine flächendeckende Versorgung mit Kontinenzzentren. Mit der Bewilligung weiterer Gründungsanträge ist aber in Kürze zu rechnen, so dass wir dem Ziel, die Inkontinenz aus dem Tabu zu rücken und Betroffene optimal abzuklären und versorgen zu können, ein weiteres Stück näher kommen werden.



Pille danach

Pille danach rezeptfrei in Europa

Die Zahl der europäischen Länder, die die „Pille danach“ rezeptfrei zugänglich machen, steigt kontinuierlich an. Im ersten Halbjahr 2005 haben Litauen, Luxemburg und Griechenland den Zulassungsstatus geändert. Damit folgen inzwischen 15 europäische Länder den internationalen Empfehlungen, die sichere und wirkungsvolle Nachverhütungsmethode für Frauen und Paare zeitnah und ohne Arztbesuch verfügbar zu machen.

Länderübersicht

Eine Liste aller Länder weltweit, in denen die Pille danach rezeptfrei zur Verfügung steht, findet sich auf den Internetseiten der pro familia: www.profamilia.de/Themen/Pille-danach/weltweit

Die Auswirkung der Rezeptfreiheit der „Pille danach“ auf das Verhütungsverhalten in Großbritannien

Ob und wie sich das Verhütungsverhalten durch die erleichterte Zugänglichkeit der „Pille danach“ in Großbritannien verändert, wurde in einer umfangreiche Querschnittsbefragung von 7.600 Erwachsenen in dem Zeitabschnitt 2000 bis 2002 untersucht. Die Ergebnisse dieser Befragung sind:

- die rezeptfreie Verfügbarkeit hat nicht dazu geführt, dass die hormonellen Nachverhütung häufiger angewendet wird
- die rezeptfreie Verfügbarkeit hat nicht zu Veränderungen in der Anwendung anderer Verhütungsmethoden geführt
- die rezeptfreie Verfügbarkeit hat nicht zu einer Zunahme ungeschützter Sexualkontakte geführt

Anmerkung der Redaktion: Die Ergebnisse zu ungeschützten Sexualkontakten und dem Verhütungsverhalten decken sich mit denen anderer Studien. Im Unterschied dazu wird die hormonelle Nachverhütung in Frankreich jedoch seit der Rezeptfreiheit und der kostenlosen Abgabe an Jugendliche unter 18 Jahren deutlich häufiger genutzt.

Europa- Liste der Länder, in denen die Pille danach ohne Rezept frei verkäuflich oder über die Apotheke zu erhalten ist

Land	Name der verfügbaren Präparate	Rezeptfrei erhältlich seit
Belgien	NorLevo	Juni 2001
Dänemark	NorLevo	Juni 2001
Estland	NorLevo	September 2003
Frankreich	NorLevo	Juni 1999
Finnland	NorLevo	April 2002
Griechenland	NorLevo	Juni 2005
Lettland	NorLevo, Postinor 2	Mai 2003
Litauen	NorLevo	2005
Luxemburg	NorLevo	Mai 2005
Niederlande	NorLevo	November 2004
Norwegen	NorLevo	Oktober 2000
Portugal	NorLevo, Levonelle, Postinor	November 2000
Schweden	NorLevo	April 2001
Schweiz	NorLevo, Postinor	November 2002
Großbritannien und Nordirland	Postinor 2, Levonelle, One Step	Januar 2001

Stand Juni 2005

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Frage, ob durch die Rezeptfreiheit **die Rate von Schwangerschaften bzw. Abbrüchen** gesenkt werden kann. Hierzu ist anzumerken: Bisher gibt es keine Untersuchungen, die belegen, dass Schwangerschaftsabbrüche durch die leichtere Verfügbarkeit der „Pille danach“ seltener werden. Weder gibt es bevölkerungsbezogene Beobachtungen, noch klinische randomisierte Studien, in denen Frauen entweder die Pille danach vorab erhielten oder sie sich auf bisher üblichen Weg besorgen mussten. Alle Studien bestätigen die o.g. Ergebnisse zu ungeschütztem Verkehr und zum Verhütungsverhalten, sie geben aber deutliche Hinweise darauf, dass Frauen auch weiterhin die hormonelle Nachverhütung nicht in ausreichendem Maße nutzen.

In einer der Studien (Raine) nahm fast die Hälfte der Frauen die „Pille danach“ nach ungeschütztem Verkehr nicht, obwohl sie sie vorab erhalten hatte.

In einer weiteren Studie (Ho) entstanden 6 von 8 Schwangerschaften in der Gruppe von Frauen, die die „Pille danach“ vorab erhalten hatten dadurch, dass sie in dem Zyklus, in dem die Frau schwanger wurde, nicht eingenommen worden war.

Nach Einschätzung von James Trussel, Direktor des Office of Population Research der Princeton University, haben Frauen in den USA in ca. 75

Millionen Zyklen pro Jahr ungeschützten Verkehr, aber insgesamt wird die „Pille danach“ nur 2 Millionen mal pro Jahr verkauft. Nach dieser Schätzung ist es für ihn nicht überraschend, dass sich bisher keine deutliche Reduzierung der Abbruchrate zeigt.

Quelle:

Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ*, 2005, July 30;331 (7511):271

Lo SS, Fan SYS, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behavior: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19:2404-2410.

Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, Darney PD. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:54-62.

Notfallkontrazeption in den USA: Mangelhafte Versorgung in Krankenhäusern

Ca. 55 Prozent der katholischen und 42 Prozent der nicht katholischen Krankenhäuser in den USA versorgen Frauen im Bedarfsfall **nicht** mit der „Pille danach“. Dies ergab eine umfassende

Telefonanfrage, bei der alle 597 katholischen Krankenhäuser und 615 nicht-katholische Krankenhäuser durch geschulte Interviewerinnen angefragt wurden.

Bei den nicht-katholischen Krankenhäusern gaben 45 Prozent an, die „Pille danach“ ausschließlich an Opfer sexueller Gewalt abzugeben, in 44 Prozent der Fälle nur nach Kontakt mit dem/der diensthabenden Internisten/in und in 11 Prozent der Fälle nur nach durchgeführtem Schwangerschaftstest. Bei den katholischen Krankenhäusern war in 79 Prozent der Fälle die sexuelle Gewalt die einzige Situation, in der die hormonelle Nachverhütung abgegeben worden wäre. Als weiteres Ergebnis gaben die Krankenhäuser zwar in 52 Prozent (nicht-katholisch) und 47 Prozent (katholisch) Adressen oder Telefonnummern an, wo Frauen die „Pille danach“ bekommen könnten, jedoch waren in 80 Prozent der Fälle die Angaben entweder falsch, die Einrichtung war am Wochenende geschlossen oder sie gab die „Pille danach“ nicht ab bzw. verordnete sie nicht.

Die Studienleiterin betont, dass diese Studie sichtbar macht, auf welche Widerstände Frauen im Bedarfsfall treffen. Obwohl zum Zeitpunkt der Studie bereits in 6 Bundesstaaten gesetzliche Verordnungen für Krankenhäuser vorlagen, sich an der Versorgung zur Notfallkontrazeption zu beteiligen, haben 40 Prozent der Krankenhäuser das nicht getan.

Quelle: Emergency contraception: Catholic hospitals routinely refuse to offer treatment to rape victims, Kaiser reproductive health report, June 2005, Internet

Kanada: rezeptfreier Zugang zur Pille danach

Im April 2005 hat die kanadische Gesundheitsbehörde die Rezeptpflicht für die hormonelle Nachverhütung mit Levonorgestrel aufgehoben. Die Pille danach ist nun über Apotheken verfügbar. Eine Beratung beim Erwerb ist bisher erforderlich. In den nächsten Wochen wird entscheiden, ob die Pille danach ohne jede Restriktion frei verkäuflich sein wird.

Quelle: health canada, www.hc-sc.gc.ca

IPPF News

Die IPPF hat in ihrem Medical Bulletin vom Juni 2005 ein Statement zu HIV/AIDS veröffentlicht.

Das Thema HIV/AIDS gehört zu den 2003 festgelegten Schwerpunktthemen der IPPF. Unabhängig von der Prävalenzrate in einzelnen Ländern ist es nach Einschätzung der IPPF notwendig, das Thema prioritär in die nationalen Dienstleistungsprogramme zu sexueller und reproduktiver Gesundheit zu integrieren und damit die Bemühungen um eine Reduzierung der Infektionsraten zu unterstützen. Das Medical Bulletin informiert über die Herausforderung, die sich insbesondere für die Länder stellt, in denen sich durch die HIV-Epidemie schwerwiegende Auswirkungen auf die sozialen Strukturen und die ökonomische Situation bemerkbar machen wie zum Beispiel eine erhöhte Kindersterblichkeit, verringerte durchschnittliche Lebenserwartung, deutliche Zunahme verwaister Kinder, erhöhter Bedarf an Gesundheitsdiensten und Absinken der Produktivität. Die IPPF geht weiterhin auf die epidemiologische Situation weltweit ein. Die Region südlich der Sahara ist die am schlimmsten betroffene Region. 70 Prozent der weltweit infizierten Menschen leben im südlichen Afrika. Die wichtigste Infektionsquelle ist der heterosexuelle Sexualkontakt. Osteuropa und Mittelasien erleben aktuell die schnellste Verbreitung der Infektion. Die Übertragung durch intravenösen Drogengebrauch spielt in diesen Regionen eine besondere Rolle. In Ländern mit hohem Einkommen (Nordamerika, Westeuropa, Australien), in denen zu Beginn der Infektion die Ansteckung hauptsächlich über homosexuelle Kontakte erfolgte, werden aktuell zunehmend mehr Infektionen durch heterosexuelle Kontakte und i.v. Drogengebrauch registriert. Die IPPF gibt in einer tabellarischen Übersicht ein ungefähres Risiko der Übertragung bei einmaliger Exposition an.

Übertragungsrisiko bei einmaliger Exposition

Vaginalverkehr	0,1 Prozent
Analverkehr	1,0 Prozent
Nadelstichverletzung	0,3 Prozent
Gemeinsamer Gebrauch von Injektionsnadeln bei i.v. DrogenbenutzerInnen	1,0 Prozent
Mutter-Kind-Übertragung	20-40 Prozent
Bluttransfusion	100 Prozent

(Anmerkung: für vaginalen und analen Verkehr ist das Infektionsrisiko unterschiedlich für die Partner. Zum Beispiel ist bei rezeptivem (passivem)

Analverkehr das Infektionsrisiko deutlich höher als bei insertivem (aktivem) Verkehr. Die Tabelle bezieht sich auf den stärker gefährdeten Partner.

Die Zahl für die Mutter-Kind-Übertragung liegt bei guter medizinischer Versorgung bei unter 2 Prozent.)

Ungeschützte Sexualekontakte (anal, vaginal, oral) sind Ursache für 75-85 Prozent aller HIV-Infektionen bei Erwachsenen. Das Übertragungsrisiko ist neben der Art des Kontaktes weiterhin abhängig von

- dem Virusgehalt im Blut (Virusload)
- dem Vorliegen sexuell übertragbarer Erkrankungen eines oder beider Partner
- fehlender Beschneidung des Mannes

In dem IPPF-Statement werden weiterhin Informationen zu Beratung und HIV-Test, zum Krankheitsverlauf, zur antiretroviralen Therapie und zu den Strategien der IPPF vermittelt. Der vollständige Text ist im Internet über www.ippf.org über Resources und Medical Information abrufbar.

Quelle: IPPF Medical Bulletin, Vol. 39, Number 2, June 2005

Hinweise

Höhere Versagerrate der Pille bei höherem Körpergewicht?

Helga Seyler

Im Familienplanungs-Rundbrief Dezember 2002 wurde bereits über eine Studie berichtet, in der ein Zusammenhang zwischen höheren Versagerraten bei der Einnahme von oralen Kontrazeptiva und höherem Körpergewicht beobachtet wurde (Holt 2002). Die Autorinnen haben das Thema weiter verfolgt und nun eine weitere Studie veröffentlicht (Holt 2005).

In dieser bevölkerungsbezogenen Fall-Kontroll-Studie wurden 248 Frauen mit unerwünschter Schwangerschaft während der Pilleneinnahme mit 533 Kontrollen verglichen. Insgesamt wurde eine Versagerrate von 2.8 pro 100 Frauenjahre gefunden. 138 Schwangerschaften wurden einem Methodenfehler bei korrekter Einnahme zugeschrieben, bei 110 Schwangerschaften konnte ein Einnahmefehler erfragt werden.

Die Frauen wurden in 4 Gewichtsgruppen eingeteilt. Die Frauen in der höchsten Gruppe mit ei-

nem Body Mass Index (BMI) > 27.3 hatten ein um den Faktor 1.58 erhöhtes Risiko für ein Pillenversagen, im Vergleich zu den Frauen in den 3 übrigen Gewichtsgruppen. Bei den Frauen mit BMI > 32.2 war das Risiko um den Faktor 1.72 erhöht.

Wenn nur die Frauen mit regelmäßiger und korrekter Pilleneinnahme betrachtet wurden, war das Risiko bei den übergewichtigen Frauen noch größer: 2.17 bei BMI > 27.3 und 2.22 bei BMI > 32.2, jeweils im Vergleich zu den Frauen mit BMI < 27.3.

Bei der Auswertung nach Körpergewicht hatten Frauen mit > 74.8 kg ein um den Faktor 1.71 erhöhtes Risiko für einen Pillenversager und Frauen mit > 86.2 kg ein um 1.95 erhöhtes Risiko.

Dabei wurde ein Anstieg der Versagerrate erst ab einem BMI von etwa 27 bzw. ab einem Körpergewicht von 75 kg gefunden. Darunter unterschieden sich die Versagerraten nicht.

Als Ursache werden in der aktuellen Studie zwei Mechanismen diskutiert: ein möglicher Faktor ist ein schnellerer Abbau der Pillenhormone durch einen veränderten Stoffwechsel bei Frauen mit höherem Körpergewicht. Eine andere Vermutung ist, dass die Verteilung der Hormone im Fettgewebe zu niedrigeren Blutspiegeln führt.

Während in der vorangegangenen retrospektiven Studie auch die Dosierung der Hormone in die Auswertung einbezogen wurde, und sich die erhöhte Versagerrate besonders bei Pillen mit einem Anteil an Ethinylestradiol von < 35 µg fand, wurde in dieser Studie die Versagerrate nicht in Bezug auf unterschiedliche Dosierungen angegeben. Folgende andere Faktoren wurden auf eine Beeinflussung der Ergebnisse untersucht: Ethnie, Bildungsstand, Einkommen, Rauchen, vorangegangene Schwangerschaften und Geburten, Kinderwunsch in der Zukunft, Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Anwendung von zusätzlichen Verhütungsmitteln, Erkrankungen (chronische entzündliche Darmerkrankungen, Leberkrankheiten, Diabetes Mellitus, Anfallsleiden, Tuberkulose), Medikamenteneinnahme. Die Zahl der vorangegangenen Geburten war der einzige Faktor, der die Ergebnisse beeinflusst haben könnte.

Insgesamt gibt es kaum Studien, in denen die Versagerrate von hormonalen Kontrazeptiva in Bezug auf das Körpergewicht untersucht wird.

Die einzige Studie mit kombinierten hormonellen Kontrazeptiva, in der das Körpergewicht in die Auswertung eingezogen wird, bezieht sich auf

das Verhütungspflaster. Es wird über eine deutlich erhöhte Versagerrate bei Frauen > 90 kg berichtet. Bei diesen 3% der gesamten Gruppe traten 5 der 15 im Untersuchungszeitraum beobachteten Schwangerschaften auf (Zieman 2002).

Für reine Gestagen-Kontrazeptiva gibt es mehr Hinweise auf eine geringere Effektivität bei Frauen mit höherem Körpergewicht. In Studien mit dem Levonorgestrel-Implantat Norplant® wurde eine 5fach höhere Versagerrate bei Frauen mit einem Körpergewicht > 70 kg im Vergleich zu < 50 kg gefunden (Gu 1995, Grubb 1995). Auch für Gestagen-Pillen gibt es Hinweise auf eine höhere Versagerrate bei Frauen mit höherem Körpergewicht (McCann 1994).

In den zahlreichen Studien zur Effektivität der Pille findet sich keine Auswertung der Versageraten in Bezug auf das Körpergewicht. Auch der Einfluss anderer Faktoren auf die Versagerrate ist wenig untersucht, wie zum Beispiel die Dosierung oder der Pillentyp (monophasische oder mehrstufige Dosierung, Gestagenkomponente). Die Effektivität der Präparate mit 20 µg Ethinylestradiol ist zwar in den zahlreichen klinischen Studien mit einer Versagerrate von unter 1 % ebenfalls sehr hoch. Es gibt aber nur wenige Studien, in denen die Versagerrate von Pillen mit 30 µg und 20 µg Ethinylestradiol direkt verglichen werden und die Daten reichen nicht aus, um die gleiche Effektivität zu belegen.

Möglich ist auch, dass insbesondere bei Einnahmefehlern die Versagerrate höher ist (Gallo 2005). Einige Experten sprechen sich für eine Verkürzung der Einnahmepause bei Präparaten mit 20 µg Ethinylestradiol aus, da ein verspäteter Einnahmebeginn besonderes häufig zu einer ungewollten Schwangerschaft führen könnte (Mishell 2005, Creinin 2002).

Es gibt aber keine umfangreicheren Untersuchungen dazu, wie groß das Risiko von ungewollten Schwangerschaften bei verschiedenen Einnahmefehlern ist.

Aus einigen Studien gibt es Hinweise darauf, dass Pillen mit mehrstufiger Dosierung eine etwas höhere Versagerrate haben als Pillen mit monophasischer Dosierung.

Es ist unklar, welche Konsequenzen aus der aktuellen Studie gezogen werden sollen. In Bezug auf die sehr geringe Versagerrate der Pille von deutlich < 1% in den zahlreichen klinischen Studien (was mit der hohen Motivation der Probandinnen und den seltenen Anwendungsfehlern in diesen Studien erklärt wird), könnte man eine

Erhöhung um den Faktor 1.6- 2 für übergewichtige Frauen für akzeptabel halten. In den bevölkerungsbezogenen Studien ist die Versagerrate allerdings mit 1-8% deutlich höher, auch in der vorliegenden Studie lag sie mit 2,8 pro 100 Frauenjahre in diesem Bereich. Eine weitere Erhöhung des Risikos könnte dabei durchaus von Bedeutung sein.

Eine mögliche Empfehlung wäre, dass Frauen mit höherem Körpergewicht (zum Beispiel ab 70 kg) die Pille besser ohne Einnahmepause nehmen, da insbesondere die 7-tägige Pause als Sicherheitsrisiko angesehen wird. Möglicherweise sollte Frauen mit höherem Körpergewicht davon abgeraten werden, Pillen mit 20 µg EE einzunehmen (auch wenn es derzeit keine Datengrundlage dafür gibt). Insbesondere, wenn es schon zu einer unerwünschten Schwangerschaft gekommen ist, sollte die Frau über diese Möglichkeiten informiert werden.

Literatur

Gallo MF, Nanda K, et al. Twenty micrograms vs. >20 µg estrogen oral contraceptives for contraception: systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 2005; 71: 162-69

Gu S, Sivin I, et al. Effectiveness of Norplant implants through seven years: a large-scale study in China. *Contraception* 1995; 52: 99-103

Grubb GS, Moore D, Anderson NG. Pre-introductory clinical trials of Norplant implants: a comparison of seventeen countries experience. *Contraception* 1995; : 287-96

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

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

McCann MF, Potter LS. Progestin-only contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994; 50 Suppl 1: S1-198

Mishell Jr. DR. Rationale for decreasing the number of days of the hormon-free interval with use of low-dose oral contraceptive formulations. *Contraception* 2005; 71: 304-5

Creinin MD, Lippmann JS, et al. The effect of extending the pill-free interval on follicular activity: triphasic norgestimate/35 µg ethinyl estradiol versus monophasic levonorgestrel/20 µg ethinyl estradiol. *Contraception* 2002; 66: 147-52

Zieman M, Guillebaud J, et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal

system: the analysis of pooled data. *Fertility and Sterility* 2002; 77 Suppl 2: S13-18

Ungewollte Schwangerschaften mit Implanon®

Nachdem in den klinischen Studien vor der Markteinführung des Etonogestrel-freisetzenden Implantats Implanon® bei über 4000 Frauen keine ungewollte Schwangerschaft beobachtet wurde, liegt jetzt ein Bericht über 218 gemeldete Schwangerschaften innerhalb von 3 Jahren nach der Markteinführung in Australien vor (Harrison-Woolrych 2005).

Bezogen auf 204 486 vom „Australian Pharmaceutical Benefits Scheme“ bezahlten Implantaten wird die Versagerrate auf 0,1% geschätzt.

Nur 13 der Schwangerschaften werden als Methodenversager klassifiziert. In den anderen Fällen wird der Einfluss von Medikamenten oder der falsche Zeitpunkt der Einlage im Zyklus oder eine Ausstoßung des Implantats als Ursache angesehen. Bemerkenswert sind die 84 Fälle, in denen eine Schwangerschaft wegen eines versehentlich und unbemerkt nicht eingelegten Implantats entstanden ist. In einzelnen Fällen ist dokumentiert, dass das Implantat in der Einführkanüle geblieben war oder dass ein Placebo-Implantat⁵ eingelegt wurde. In anderen Fällen ist unklar, wie es unbemerkt dazu kam, dass das Implantat nicht eingelegt wurde, zum Zeitpunkt der Schwangerschaft konnte jedoch kein Implantat gefunden werden, und es konnte auch kein Etonogestrel im Blut nachgewiesen werden.

Die Gesellschaft der Allgemeinärzte „Royal Australian College of General Practitioners“ hat inzwischen eine Einwilligungserklärung für die Frauen entwickelt, in der darauf hingewiesen wird, dass diese die korrekte Einlage des Implantats überprüfen sollen, indem sie das Implantat unter der Haut tasten.

Auch beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurden 101 ungewollte Schwangerschaften mit Implanon gemeldet (Arzneitelegramm 2005). Wie viele davon durch versehentliche Nicht-Einlage verursacht sind, wird nicht angegeben. In den Niederlanden haben 15 Frauen eine Entschädigung zugesprochen bekommen, bei denen es nach fehlerhafter Implanon-Einlage zu einer Schwangerschaft kam. Bei ihnen war kein Wirkstoff im Blut nachweisbar.

⁵ Placebo-Implantate werden vom Hersteller zu Demonstrations- und Übungszwecken zur Verfügung gestellt

Die deutsche Fachinformation enthält Hinweise darauf, wie Fehler bei der Einlage und versehentliche Nicht-Einlage vermieden werden können. Die Teilnahme an einem praktischen Training wird ÄrztInnen darin ebenfalls dringend empfohlen, bevor sie Implantate einlegen.

Ungewollte Schwangerschaften unter Etonogestrel-Implantat Implanon. *Arznei-Telegramm* 2005; Jg. 38, Nr. 7 : S 65-66

Harrison-Woolrych M, Hill R. Unintended pregnancies with etonogestrel implant (Implanon): a case series from postmarketing experience in Australia. *Contraception* 2005; 71: 306-8

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch – Wiederholungsbefragung zur Versorgungslage bei Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen

Der Bundesverband pro familia hat Ende 2004 eine Befragung von medizinischen Einrichtungen und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen durchgeführt. Diese Befragung stellt eine Folgeuntersuchung dar - bereits im Jahr 2000 wurden im Rahmen eines Projektes zur Einführung von Mifegyne Klientinnen, medizinische Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen befragt⁶.

Zusammenfassende Einschätzung der Ergebnisse

Seit der Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland sind fast 6 Jahre vergangen. Während sich die Methode in zahlreichen Ländern als Maßnahme eines frühen Schwangerschaftsabbruchs etabliert hat⁷ und ein großer Teil der Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne® und einem Prostaglan-

⁶ Beide Untersuchungen wurden vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

⁷ Zum Beispiel wurde Mifegyne® in der Schweiz zur gleichen Zeit eingeführt wie in Deutschland. Die Anwendungszahlen für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch liegen bei über 40 Prozent der insgesamt durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche, in Deutschland liegt der Anteil bei ca. 8 Prozent.

din durchgeführt wird, haben sich die Anwendungszahlen in Deutschland seit der Einführung nur langsam erhöht.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wird der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® deutlich seltener durchgeführt⁸. In der Einführungsphase wurden hierfür die Unkenntnis, Berührungängste der Fachkräfte und die unzureichende Vergütung der ÄrztInnen verantwortlich gemacht.⁹ Ein Ergebnis der aktuellen Befragung ist, dass Frauen in der Regel in der Beratung über den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch informiert werden. Die Zahl der Frauen, die von sich aus nach Mifegyne fragen, hat sich jedoch in den letzten Jahren nur unwesentlich erhöht.

Als mögliche Gründe dafür, dass die Frauen nicht aktiv fragen, kommen in Frage, die betroffenen Frauen wissen nicht von der Methode oder haben falsche Informationen darüber oder sie lehnen die Methode ab bzw. sie bevorzugen den chirurgischen Abbruch.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass die Methode selbst für die Frauen, die ein aktives Interesse am medikamentösen Abbruch zeigen, in (von den Beratungsstellen geschätzten) über der Hälfte der Fälle nicht in Frage kommt. Als häufigster Grund wird genannt, dass die Schwangerschaft schon zu weit fortgeschritten war. Die möglichen Ursachen sollten wegen ihrer Auswirkungen auf die Versorgung besonders geprüft werden. Es sollte geklärt werden, ob die Schwangerschaft in diesen Fällen zu spät festgestellt wurde, ob die Frauen nicht über den begrenzten Zeitraum für den medikamentösen Abbruch informiert waren, oder ob sie nicht schnell genug einen Termin zur Schwangerschaftskonfliktberatung bzw. zur ärztlichen Behandlung bekommen haben. Möglicherweise müsste dann das Angebot an Dienstleistungen verbessert werden.

Die Möglichkeiten für die Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs haben sich insgesamt für Frauen verbessert. Dennoch hat bei weitem nicht jede Frau in Deutschland uneingeschränkte Wahlmöglichkeit zwischen den unterschiedlichen Abbruchmethoden. In hohem Maß sind von diesem Defizit Frauen in ländlichen Regionen betroffen.

Welche Gründe hierfür verantwortlich sind und ob Frauen möglicherweise in ländlichen Regionen generell schlechtere Bedingungen vorfinden, um einen Abbruch durchführen zu lassen, war nicht Inhalt der Befragung.

Der Fortbildungsbedarf zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ist insgesamt niedriger als im Jahr 2000, jedoch besteht weiterhin bei knapp einem Drittel der Beratungsstellen ein hoher bzw. sehr hoher Bedarf an Information.

Bei der Abfrage der Einstellung zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wurden als wichtigste negative Aspekte der komplizierte Ablauf, die psychische Belastung sowie die möglichen Nebenwirkungen genannt. Medizinische Einrichtungen nannten außerdem die hohe Betreuungsintensität und die nicht ausreichende Kostenerstattung. Aus der Befragung lässt sich weiterhin ableiten, dass sich die negativen Aspekte mit zunehmender Erfahrungen relativieren. Die Vergütung des medikamentösen Abbruchs wurde im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im April 2005 (nach der Befragung) deutlich verbessert. Ob dies eine ausreichende und geeignete Maßnahme ist, um das Angebot an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen zu verbessern, bleibt zu überprüfen.

Eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung uneingeschränkter Wahlmöglichkeiten für Frauen scheint die Vermittlung von Informationen zu spielen. Dies betrifft Basisinformationen für Frauen ebenso wie Fachinformationen für BeraterInnen. Welche Faktoren für die unzureichenden Abbruchmöglichkeiten in ländlichen Regionen verantwortlich sind, gilt es, genauer zu klären. Bestehen bei den behandelnden ÄrztInnen weiterhin Berührungängste und welche anderen Gründe gibt es für die fehlende Motivation, ein Dienstleistungsangebot zu etablieren? Besteht auch bei niedergelassenen ÄrztInnen ein Informationsdefizit oder fehlt die Infrastruktur?

Der pro familia- Bundesverband wird sich mit diesen Fragen auch in Zukunft beschäftigen und versuchen, Faktoren, die die Wahlfreiheit von Frauen behindern, zu beseitigen.

Die dokumentierten Ergebnisse sind in Kürze über www.profamilia.de verfügbar.

⁸ Siehe auch Familienplanungs Rundbrief 4/2004

⁹ Vortrag Prof.Dr. M. Link, Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne (pro familia-Fachtagung „Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung im ersten Trimenon“ am 22.11.2003 in Bremen)

Mifepriston (Mifegyne®) in die Liste der essenziellen Medikamente der WHO aufgenommen

Die Weltgesundheitsorganisation definiert essenzielle Medikamente als solche, die auf Grund ihrer Bedeutung für die Volksgesundheit und durch Nachweis ihrer Wirksamkeit und Sicherheit sowie Kosteneffektivität in allen Ländern verfügbar sein sollten, und zwar ständig, in ausreichenden Mengen, in den geeigneten Dosierungen, in geprüfter Qualität und mit angemessenen Informationen versehen. Die Kosten sollten für den/die Einzelne, aber auch für das Gemeinwesen aufzubringen sein. Das wichtigste Argument der WHO, Mifepriston in Kombination mit dem Prostaglandin Misoprostol in die Liste aufzunehmen, war die Einschätzung, dass diese Kombination eine sichere Alternative zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch darstellt, insbesondere in Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch zwar legal ist, es aber kein (ausreichendes) Angebot von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen gibt. Die Aufnahme in die Liste erfolgte gegen den Widerstand der Vereinigten Staaten. Das Zugeständnis, das deshalb gemacht wurde, ist der Zusatz "dort wo der Abbruch durch das Gesetz zulässig ist und kulturell akzeptiert wird". Internationale Familienplanungsorganisationen haben im Vorfeld die Entscheidung befürwortet und an die Weltgesundheitsorganisation appelliert, nicht dem ideologisch motiviertem Druck von außen nachzugeben.

Zahlen der WHO zum Schwangerschaftsabbruch weltweit:

In sogenannten entwickelten Ländern werden pro Jahr von 28 Millionen Schwangerschaften 36 Prozent durch Schwangerschaftsabbruch beendet.

In den Entwicklungsländern werden von 182 Millionen Schwangerschaften ca. 20 Prozent abgebrochen. Ca. 80 Prozent aller durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche werden in Entwicklungsländern durchgeführt.

19 Millionen Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr werden laut WHO unter unsicheren Bedingungen durchgeführt, davon 18,5 Millionen in Entwicklungsländern. Durch Abbrüche unter unsicheren Bedingungen sterben ca. 68.000 Frauen pro Jahr.

Die WHO schätzt, dass ca. 3,6 Prozent der Frauen im reproduktiven Alter zwischen 15 und 44 Jahren pro Jahr einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Insgesamt liegt die Zahl der Abbrüche bei mehr als 46 Millionen pro Jahr.

Quelle: Internet: www.who.int/medicines/

Sehstörungen durch Sildenafil?

Die Amerikanische Arzneimittel-Zulassungsbehörde FDA hat in die Fachinformation der Phosphodiesterase-Inhibitoren (Viagra®, Cialis®, Levitra®), die bei der Indikation erektile Dysfunktion verordnet werden, den Hinweis auf seltene aber schwerwiegende Sehstörungen aufgenommen. Der FDA waren insgesamt 43 Fälle von schweren Sehstörungen gemeldet worden. Es handelt sich um eine nichtarterielle anteriore ischämische Optikusneuropathie (NAION), die in seltenen Fällen zur Erblindung führen kann. Die Sehstörung ist irreversibel und von reversiblen Sehstörungen zu unterscheiden, die zum Beispiel das Farbsehen oder die Lichtempfindlichkeit betreffen und die bei ca. 11 Prozent der Männer auftreten, die Viagra® in höherer Dosierung einnehmen.

Ein kausaler Zusammenhang ist bisher nicht bewiesen und die Hersteller sehen keinen Zusammenhang mit der Einnahme, sondern führen die Ereignisse auf die Grunderkrankung Arteriosklerose zurück.

Patienten sollten im Fall von Sehkraftverschlechterung unverzüglich die Therapie mit Phosphodiesterase-Hemmern beenden und ÄrztInnen sind angewiesen, auf das erhöhte Risiko von NAION aufmerksam zu machen. In den deutschen Fachinformationen wurde der Warnhinweis bisher nicht aufgenommen

Neuerscheinungen

Aktualisierte Dokumentation der BZgA-Kampagne zur AIDS-Prävention

„Gib AIDS keine Chance“ steht für die größte nationale Gesundheitskampagne, die je in Deutschland durchgeführt wurde. 20 Jahre ist es her, dass die BZgA ihre ersten Informationsbroschüren zum Thema AIDS veröffentlichte. Die Schwerpunkt-Kampagne startete damit 1987.

Die aktualisierte, erweiterte Fassung der Dokumentation bietet eine Übersicht über Konzepte, Strategien, Medien und andere Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen sowie über Evaluation und Steuerung der Kampagne.

Die Dokumentation ist kostenlos zu bestellen über BzGA, 51101 Köln oder per Mail: order@bzga.de oder als pdf Datei unter www.gib-aids-keine-chance.de Bestellnummer 70910000.

Hartmut Kreß: Medizinische Ethik, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart 2003

(Text Rückseite des Buches) Die Medizinethik findet in der Gegenwart so hohe Aufmerksamkeit, wie dies in der Ethik- und Kulturgeschichte bislang kaum der Fall war. Genetische Diagnostik und prädiktive Medizin verändern das alltägliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Forschung an embryonalen Stammzellen, Präimplantationsdiagnostik, Transplantationsmedizin oder Sterbehilfe werfen Wertkonflikte auf, die in dieser Zuspitzung neu sind.

Das Buch entfaltet Gesichtspunkte der ethischen Abwägung und betont den Stellenwert von Freiheit, Selbstbestimmung und patientenorientierter Gerechtigkeit sowie das Kindeswohl im Gesundheitswesen. Für diese normativen Prinzipien bietet das „Recht auf Gesundheit“ bzw. „auf Schutz der Gesundheit“, das in mehreren Menschenrechtskonventionen verankert ist, einen Anknüpfungspunkt, der in der ethischen und rechtspolitischen Debatte verstärkt beachtet werden sollte.

Professor Dr. Hartmut Kreß lehrt Ethik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn. Auf der pro familia- Fachtagung zum Thema Reproduktionsmedizin, Erfurt im Mai 2005, hat er den Vortrag zu ethischen Aspekten der Reproduktionsmedizin gehalten.

Wolfgang Beer, Peter Markus, Katrin Platzer (Hrsg.): „Technik ins Gerede bringen“. Der Bioethische und biopolitische Diskurs in Deutschland, Wochenschau-Verlag Schwalbach/Ts. 2004

(Text Rückseite des Buches) Die Biotechnologie bewegt die Menschen ebenso tief und leidenschaftlich wie unterschiedlich – jeweils abhängig von den persönlichen Betroffenheiten, Interessen und Prägungen. Die Vielfalt der Lebenszusammenhänge der am gesellschaftlichen Diskurs um die Biotechnologie Beteiligten ist deshalb so groß wie die der Fragen, um deren Beantwortung gerungen wird:

Ist eine Verwerfung der befruchteten Zelle im Reagenzglas nicht sehr viel humaner als eine Abtreibung im 7. Schwangerschaftsmonat? Ist die Verpflichtung zum Heilen schwerer Krankheiten wirklich höher zu bewerten als die Würde des werdenden Menschenlebens? Wo liegen die Grenzen der Forschungsfreiheit – oder darf es gar keine geben? Welches Menschenbild, welche Vorstellung von Gesellschaft liegt den einzelnen Positionen zugrunde? Ist maximales Glück das zentrale Ziel menschlichen Handelns und politischen Entscheidens? Ist die Utopie züchterischer Eingriffe im „Menschenpark“ mit unserer Vorstellung von Demokratie zusammenzubringen?

Fragen wie diese werden aus den Perspektiven des politischen Streits, des wissenschaftlichen Selbstverständnisses, der ethischen Bewertung, der politischen Bildung und der Chancen aktiver und wirksamer Bürgerbeteiligung beleuchtet.

Indem die unterschiedlichen Zugänge in einen reflektierten Handlungszusammenhang gestellt werden, will der Band seine Leserinnen und Leser ermutigen und unterstützen, sich als Person in die Debatte einzubringen. Und er möchte ausdrücklich motivieren und helfen, biopolitische und bioethische Diskurse selbst zu initiieren – in der politischen Bildung, im Wissenschaftsbereich, in zivilgesellschaftlichen Initiativen.

Michael Fuchs: „Nationaler Ethikrat“: Hintergründe, Funktionen und Arbeitsweisen im Vergleich; Hrsg. Nationaler Ethikrat, 2005, Jägerstr. 22/23, 10117 Berlin, www.ethikrat.org

Die Aufgabe der nationalen Ethikkomitees und Ethikkommissionen ist die Urteilsbildung und Beratung von staatlichen Entscheidungsinstanzen in moralischen Fragen der Wissenschaft und ihrer Anwendung:

Die Publikation stellt eine Übersicht über nationale Ethikgremien mit Beispielen zur Arbeitsweise dar. Der Schwerpunkt liegt auf Europa, jedoch werden Gremien aus allen Kontinenten vorgestellt.

Veranstaltungen

121. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (NGGG)
02.-04.09.2005 in Hannover

Themen: Urogynäkologische Therapiekonzepte / Hebammentätigkeit u. Forschung / Supportivtherapie in der Onkologie / Der zertifizierte Kreißsaal / Unerfüllter Kinderwunsch / Sonographie / Mädchen-Sprechstunde / IGEL / Dysplasiesprechstunde

Leitung: Prof. H. Kühnle, Dr. W. Kauffels

Auskunft: Amelie Aengeneyndt Kongressorganisation GmbH, Prinzenallee 3, 40549 Düsseldorf, Tel. (02 11) 96 86-37 70, Fax -47 70

E-Mail info@aakongress.de, www.aakongress.de

4. Geburtshilflicher Kongress „Wie viel Risiko verträgt die Schwangerschaft?“
10.09.2005 in Wiesbaden

Auskunft: Frauenklinik, Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden, Tel. (06 11) 847 23 91, Fax 847 23 78, E-mail presse@senologie.org

2. European Conference on Cervical Cancer Screening
19.-20.09.2005 in Tübingen

Auskunft: Prof. Dr. Thomas Iftner, Tübingen, Tel. (0 70 71) 298 02 47, Fax 29 54 19, E-Mail bakasper@med.uni-tuebingen.de, www.cervical-cancer.de

Mannheimer Brustkrebstage – Das Mammakarzinom : Mythen, Fakten, Paradigmen
21.-22.09.2005 in Mannheim

Themen: Inzidenz, Mortalität und Heilungsraten / Axilläre Lymphonodektomie – Sentinel Biopsie / Molekulare Tumortestung / Chemotherapie und endokrine Therapie / Genetik / HRT / Nachsorge

Auskunft: Gemeinschaftspraxis Dres. Chat-siproios, Diel, Geberth, Knauß, P 15-17, 68161 Mannheim, Tel. (06 21) 12 50 64 20, Fax 12 50 64 29

9. Tübinger Symposium „Angeborene Fehlbildungen – von der pränatalen Diagnose zur Therapie“

24.09.2005 in Tübingen

Auskunft: Prof. Ch. F. Poets, Dr. R. Goelz, Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Tübingen, Tel. (0 70 71) 29-87 531, Fax 29-59 23,

E-Mail rangmar.goelz@med.uni-tuebingen.de

Symposium: Gynäkologische Endokrinologie, Familienplanung und Reproduktionsmedizin
07.10.2005 in München

Auskunft: COCS Congress Organisation C. Schäfer, München, Tel. (089) 307 10 11, Fax 307 10 21, E-Mail katrin.lehmann@cocs.de

Reproduktionsmedizin in der Frauenärztlichen Praxis

07.-09.10.2005 in Hamburg

Themen: Physiologie / Lebensführung / Hormonbefunde / Amenorrhoe / Habituelle Aborte / Endometriose / PCO / Schilddrüsenfunktionsstörungen / Hyperprolaktinämie / IVF u. ICSI / Systematische Diagnostik

Leitung: PD Dr. med. M. Ludwig

Auskunft: Endokrinologikum Hamburg, Frau Hinz, Frau Rudolph, Lornsenstr. 6, 22767 Hamburg, Tel. (040) 306 28-160 / -164, Fax -109, E-Mail seminare@endokrinologikum.com

Vorankündigung:

Praxisworkshop zur Mifegyneanwendung

Veranstalter: Frauennetzwerk Gesundheit Berlin
Termin 2. Nov.2005, 17.00 Uhr, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr.

Auskunft: pro familia Berlin (Tel.: 030 213 90 20) und Familienplanungszentrum Balance (030 55 36 792)