

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Oktober 2004 Nr. 3

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Discofieber und Muttersorgen: Minderjährige Mütter im Casa Luna	3
Schwangerschaften bei minderjährigen Mädchen	6
- Tabelle: Statistik Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen 1995 bis 2003	11
Postkoitalverhütung	12
- Überarbeitete Leitlinien des International Consortium for Emergency Contraception	12
- USA: Neuer Antrag auf Aufhebung der Rezeptpflicht für hormonelle Nachverhütung	12
Hinweise	
- Pille vergessen - Aktualisierte Empfehlungen der WHO	13
- WHO- Übersicht der evidenz-basierten Leitlinien zu Familienplanung	14
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktualisiert ihre Leitlinien zur Anwendung von Verhütungs- methoden	14
- IUD-überarbeitete WHO-Leitlinien und neue Forschungsergebnisse aktueller WHO-Studien	15
- Nationaler Ethikrat	17
- BfArM – Brustimplantate Informationsbroschüre für Frauen	17
- BfArM – Kondome und Nitrosamine	18
- Umfrage der Zeitschrift BRIGITTE zu Frauenärzten	18
- Neu diagnostizierte HIV-Infektionen	19
Neuerscheinungen	19

Impressum: © 2004

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

Die Themen Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Teenagern oder Minderjährigen liefern in den letzten Jahren häufig Schlagzeilen. Obwohl wir bei der Statistik der Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen und Mädchen das Problem der „kleinen Zahlen“ haben (das heißt jede Zahlenveränderung hat sofort eine große Auswirkung auf die prozentualen Angaben), so ist doch der Trend ungebrochen, dass die absolute Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen bei weitgehend gleichbleibender Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche seit 1996 steigt. Die Geburtenzahl bei Minderjährigen ist bis 2001 nicht gestiegen. Minderjährige Schwangere entscheiden sich immer häufiger für einen Schwangerschaftsabbruch. Nach Berechnungen des pro familia Bundesverbands entschieden sich im Jahr 1996 49,8 Prozent der minderjährigen Schwangeren für einen Abbruch, 2001 lag der Anteil bei 59,1 Prozent. Aber auch innerhalb dieser Gruppe gibt es große Unterschiede, für die unterschiedliche Faktoren verantwortlich sind.

Was wissen wir über Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen? In Deutschland gibt es kaum Forschung zu dem Thema. Aus diesem Grund hat der Bundesverband im Herbst 2003 zum Thema Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen ein Fachgespräch durchgeführt.

Mit den Schwerpunktthemen Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen befasst sich auch der vorliegende Familienplanungs Rundbrief.

Der Bericht aus einer Einrichtung für minderjährige Mütter schildert, welche familiären Hintergründe bei den jugendlichen Müttern vorliegen, welche Ursachen die Schwangerschaft und die Entscheidung für das Kind haben. Welche Erfahrungen und Herausforderungen erleben die Jugendlichen aber auch die pädagogischen MitarbeiterInnen?

Der Beitrag zu Schwangerschaft bei Minderjährigen informiert umfassend über den Beratungsbedarf der Schwangeren, über die geeigneten Abbruchmethoden, rechtliche Fragen, psychische Aspekte und mögliche Komplikationen.

Wie in den letzten Ausgaben findet sich wieder eine gesonderte Rubrik zur Postkoitalverhütung. Unter „Hinweise“ haben wir in dieser Ausgabe besonders viele Informationen zu Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation aufgenommen, die die Arbeit der pro familia sinnvoll fördern, unterstützen und ergänzen können.

Discofieber und Muttersorgen: Minderjährige Mütter im Casa Luna

*Anneke Garst, Casa Luna-Kriz e.V., Bremen
Nachdruck aus: Korasion. Fachzeitschrift für Kinder- und Jugendgynäkologie. 18. Jahrgang, Oktober 2003*

Jugendliche haben heutzutage einen relativ problemlosen Zugang zu den verschiedensten Verhütungsmitteln. Warum werden trotzdem jedes Jahr mehrere tausend minderjährige Mädchen in Deutschland schwanger? Die Gründe dieser Schwangerschaften liegen häufig nicht nur in dem Verzicht oder der falschen Anwendung von Verhütungsmitteln, sondern sie liegen tiefer. Sehnsüchte nach Geborgenheit und Anerkennung und Hoffnungen auf einen Neubeginn sollen durch die Schwangerschaft erfüllt werden.

Wenn sich die Mädchen gegen einen Abbruch entscheiden und junge Mütter werden, geraten sie in ein Spannungsfeld zwischen Jugendlichkeit und Erwachsensein, zwischen Verantwortlichkeit und Unabhängigkeitsstreben. Vielerlei Ansprüche werden an sie gestellt, die sie kaum erfüllen können. Auch die pädagogische Arbeit mit den jugendlichen Müttern ist eine Gratwanderung. Meine Erfahrung mit jugendlichen Müttern mache ich seit über zehn Jahren in der Einrichtung für minderjährige Mütter - Casa Luna - in Bremen. Casa Luna ist eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung für junge schwangere Mädchen und junge Mütter im Alter von 13 bis 18 Jahren. Träger ist der Verein Kriz - Bremer Zentrum für Jugend- und Erwachsenenhilfe e.V.

Casa Luna ist eine Mädchenspezifische Einrichtung und arbeitet ganzheitlich. Das bedeutet, dass das Muttersein der Mädchen ebenso zu ihrer Gesamtperson gehört wie ihre Jugendlichkeit. Die Mutterrolle bringt zusätzliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihres Lebens mit sich, reduziert jedoch die Mädchen nicht nur auf diese Rolle.

Ziele der Einrichtung sind:

- Die Entwicklung eines selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Lebens mit dem Kind;
- Der Aufbau einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung;

- Die Sicherung des Kindeswohls;
- Die Alltagsbewältigung;
- Die Entwicklung einer Berufs- und Lebensperspektive.

Familiäre Hintergründe

Die Biographien der jungen Mütter, die in unserer Einrichtung leben, sind von erheblichen Belastungen geprägt. Häufig spielen Faktoren wie Alkoholismus, Vernachlässigung, Erwerbslosigkeit und materielle Not, körperliche Misshandlungen der Eltern untereinander wie auch der Kinder, sexueller Missbrauch durch ein oder mehrere Mitglieder der Familie oder Trennung der Eltern eine Rolle in der Biographie der Mädchen.

Die Mädchen erleben ihre Eltern kaum als orientierende und richtungsweisende Vorbilder. Sie sind verunsichert in ihrer Identitätsfindung. Ihr Selbstwertgefühl ist häufig gering.

Gründe der frühen Schwangerschaft

Die jungen Frauen, die in der Einrichtung wohnen, haben häufig negative Erfahrungen mit Sexualität in ihrer Kindheit machen müssen. Sie mussten erfahren, dass Sex und Gewalt eng beisammen liegen. Ihre Beziehungen sind geprägt von Orientierungs- und Haltlosigkeit. In ihrer Suche nach Geborgenheit und Liebe schafen sie es nicht, stabile Liebesbeziehungen einzugehen. Sie suchen immer wieder die alten, ihnen bekannten Muster, in denen Sexualität mit Gewalt verknüpft ist. Alkohol und Drogen spielen hier vielfach eine Rolle.

Umgang mit Verhütung

Wenn die Mädchen erfahren, dass sie schwanger sind, ist dies meistens erst mal ein Schock. Sie haben sich nicht bewusst für eine Schwangerschaft entschieden. Sowohl unzureichendes Wissen über die verschiedenen Möglichkeiten der Verhütung wie auch eine innere Abwehr vor der Einnahme von Verhütungsmitteln (Pille) und der Benutzung von Kondomen sind Gründe, sich auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr einzulassen. Auch die auf die Stunde genaue regelmäßige Einnahme der Pille erfordert eine starke Disziplin und eine feste Tagesstruktur, was Mädchen in dem Alter noch nicht schaffen. Einige trauen sich nicht, den Weg zum Frauenarzt zu machen, um sich die Pille verschreiben zu lassen. Außerdem wollen viele Frauenärzte die Zustimmung

der Eltern, bevor sie einer Minderjährigen die Pille verschreiben.

Madchen, die schon früh Missbrauch erfahren haben, entwickeln oft nur eine geringe eigene Körperwahrnehmung. Die Körpertemperatur und Körpergerüche spüren sie kaum. Auch die von einer Schwangerschaft verursachten Körperveränderungen werden erst spät wahrgenommen.

Die Entscheidung für das Kind

Die Gründe, warum die Mädchen sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden, sind vielfältig. Bei allen gibt es die Hoffnung eines Neubeginns, eines neuen Lebensimpulses. Es bietet sich die Möglichkeit, den gewohnten Rahmen zu sprengen und die bisherige Lebensbedingung und –situation zu verändern. Mit der Entscheidung, das Baby zu behalten, ist häufig auch die Hoffnung verbunden, erstmals eine Beziehung eingehen zu können, die von ihnen selbst gestaltet wird und in der die Person nicht einfach wieder geht, wenn es Probleme gibt. Außerdem besteht die Hoffnung, der Wunsch und die Sehnsucht nach etwas Eigenem, nach Geborgenheit und Liebe. Auch sexualmoralische Wertvorstellungen des Mädchens spielen bei der Entscheidung für das Kind eine Rolle. Eine Abtreibung empfinden sie als „Tötung“. Manchmal haben sie sogar Ultraschallbilder des Babys gesehen und fühlen sich schon sehr früh mit dem Kind verbunden. Sie können sich nun nicht mehr für eine Abtreibung entscheiden.

Manche Mädchen verheimlichen die Schwangerschaft vor Freunden und Familie über die kritischen zwölf Wochen hinaus und noch länger. Sie haben Angst, den Fragen und vor allem dem Drängen der Familie und später des Jugendamtes nicht gewachsen zu sein und letztendlich zu einer Abtreibung gezwungen zu werden. Die Schwangerschaft kann auch die Möglichkeit bieten, sich erstmalig gegen die Eltern durchzusetzen mit einer eigenen Entscheidung, und zwar für das Kind. Nicht selten passiert dies in Konkurrenz zur eigenen Mutter. Die Schwangerschaft bietet, trotz aller Ambivalenz, gleichzeitig auch die Möglichkeit eines Neubeginns. Durch Konflikte in der Familie, Pflegefamilie oder mit dem Freund wird unter Umständen eine Schwangerschaft unbewusst herbeigewünscht. Die Hoffnung, mit dem Freund zusammenzuleben, endlich die Familie verlassen zu können und eine eigene Wohnung zu beziehen, könnte sich durch eine Schwangerschaft realisieren. Erste Gespräche mit dem Ju-

gendamt machen diese Hoffnung meistens bald zunichte.

Außerdem bietet die Schwangerschaft bzw. die Geburt des Kindes die Chance, auf die Schule verzichten zu können. Der soziale Status in der Schule ist meistens gering. Ein Abschluss ist nicht in Sicht. Die Schwangerschaft/Mutterschaft bietet nun die Legitimation, nicht mehr zur Schule gehen zu müssen. Zusätzlich bietet die Schwangerschaft/Mutterschaft die Möglichkeit, einen von der Gesellschaft, der Familie und den Freundinnen anerkannten Status zu erwerben. Dieser Status bietet Sicherheit und Orientierung. Viele Mädchen haben schon jüngere Geschwister großgezogen und begeben sich durch die Mutterschaft in ein Arbeitsfeld und in eine Rolle, die sie kennen. Der Staat befürwortet dies und belohnt das Verhalten in Form von Erziehungsurlaub und Erziehungsgeld. Es kann Rücksichtnahme der gesellschaftlichen Anforderungen (z.B. Schule, Ausbildung) eingefordert und gleichzeitig Anerkennung – etwas geschafft zu haben – erworben werden. Dies bewirkt zunächst eine Aufwertung des Selbstwertgefühls.

Die Väter

Die letztendliche Entscheidung für oder gegen das Kind wird meistens von der Mutter alleine getroffen. Die Väter scheinen hierbei keine ausschlaggebende Rolle zu spielen. Obwohl häufig mit der Schwangerschaft auch die Hoffnung verbunden ist, den Partner zu halten, realisiert sich dies in den wenigsten Fällen. Die Väter sind oft selber noch sehr jung und nicht bereit, sich schon so früh zu binden. Sie haben häufig eine belastende Kindheit hinter sich und sind instabile, labile Persönlichkeiten. So fehlt nicht nur die notwendige psychische und physische Unterstützung für die junge Mutter und das Kind, sondern es besteht auch die Gefahr, dass Mutter und Kind zusätzlich gefährdet werden.

Dass nun aus dem jugendlichen Spiel, in dem es noch keine konkreten Zukunftsvisionen gibt, so plötzlich bitterer Ernst geworden ist, wollen die zukünftigen Väter nicht akzeptieren. Auf die Feststellung der Schwangerschaft reagieren sie häufig mit Ablehnung. Ihre Mitverantwortung und Mitschuld an der Schwangerschaft wird von ihnen in Frage gestellt.

Aufnahme in der Mutter-Kind-Einrichtung

Die Verantwortung, ein Kind zu haben und es zu erziehen, stellt höchste Anforderungen an die

jungen Mütter. Neben den psychosozialen Voraussetzungen ist es vor allem die Jugendlichkeit der Mütter, die als Anlass gesehen wird, ihnen eine Mutter-Kind-Einrichtung zu empfehlen. Die Jugendlichen haben noch keine realistische Vorstellung von der physischen und psychischen Belastung, die auf sie zukommt.

Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung

Die Lebensphase, in der sich die jungen Mütter befinden, ist von großen Widersprüchen gekennzeichnet. Einerseits sind sie überfordert und fühlen sich massiv eingeengt in ihren Freiräumen, sind sie unsicher und wenig belastbar, fühlen sich Ansprüchen vom Kind, der Familie, den Pädagoginnen, den Freunden, den Mitbewohnerinnen ausgesetzt, andererseits hat das Kind für sie eine positive und sinnstiftende Bedeutung und gibt ihnen ein Gefühl von Zusammengehörigkeit. Die Jugendlichkeit der Mutter stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Die junge Mutter ist selbst noch ein Kind, das betreut und versorgt werden möchte und das sich aufgrund seiner Geschichte und seiner derzeitigen Situation in einer durchaus schwierigen psychischen Verfassung befindet.

Die Bedürfnisse, Träume, die Wünsche nach Ausprobieren verschiedener Verhaltensweisen und Lebensstile, der Wunsch nach Konfrontation und Grenzsetzung sind typisch jugendliche Verhaltensweisen, die jedoch kaum vereinbar sind mit den Bedürfnissen des Kindes nach Beständigkeit, Ruhe, Zuverlässigkeit und Halt sowie Schutz.

Häufige Verhaltensmuster der jungen Mutter

Die pädagogischen Wert- und Verhaltensmaßstäbe, die die Mädchen bei der Erziehung des Kindes anstreben, orientieren sich an denen ihrer Herkunftsfamilien. Oft haben die Mädchen Mühe, das Kind körperlich nah an sich heranzulassen. Sie geben lieber die Flasche als die Brust. Dies ist unverfänglicher und schafft mehr Distanz. Sie interpretieren das Verhalten des Kindes häufig als gegen sie gerichtet. Ihr Umgang mit dem Kind schwankt zwischen Nachlässigkeit und Gewährenlassen auf der einen Seite und plötzlicher Strenge und körperlicher Disziplinierung auf der anderen Seite. Sie sind nicht in der Lage, dem Kind eine eigene Welt mit all seinen Ansprüchen und Empfindungen zu gewähren, sondern treten in Konkurrenz mit ihrem Kind um Liebe, Aufmerk-

samkeit und Zuneigung. Ihr Verhalten schwankt zwischen Annäherung und Distanz.

Vor allem die sehr jungen Mädchen (13, 14) nehmen das Hilfsangebot der Betreuung und Unterstützung durch die Einrichtung gerne an. Sie sind sich bewusst, es ohne Hilfe nicht zu schaffen und können sich noch auf eine kindliche Art und Weise auf fremde Hilfe einlassen.

Wenn eine junge Mutter die Hilflosigkeit spürt, alles, was in ihrer Macht stand, getan zu haben und trotz aller Hilfe den Ansprüchen des Kindes nicht gewachsen zu sein, und sie sich entscheidet, sich von ihrem Kind zu trennen, wird sie in diesem Trennungsprozess von den Pädagoginnen intensiv begleitet. Ob die Jugendlichen es schaffen, eine positive Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, hängt davon ab, wie sie in der Lage sind, Hilfe anzunehmen, Widersprüche auszuhalten und welche Ressourcen sie selber mitbringen.

Gratwanderung der pädagogischen Arbeit

Ziel der Einrichtung ist es, dass sich Mutter und Kind auf dem gemeinsamen Weg zur Selbständigkeit positiv entwickeln können und dass eine liebevolle und verantwortungsvolle Mutter-Kind-Beziehung entstehen kann. Die Sicherung des Wohls des Kindes steht dabei im Mittelpunkt. Die pädagogische Arbeit mit den jungen Müttern befindet sich in diesem Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den Bedürfnissen der Mutter. Sowohl die Bedürfnisse der Mutter nach Jugendlichkeit, Freiheit und Unbefangenheit wie auch die Bedürfnisse des Kindes nach Ruhe und Beständigkeit werden ernst- und wahrgenommen, akzeptiert, und dürfen gelebt werden. Da das Kind besonders hilflos und schutzbedürftig ist und seine Interessen noch nicht allein vertreten kann, verstehen sich die Pädagoginnen in erster Linie als Anwältin der Kinder. In Konfliktfällen zwischen den Interessen von Mutter und Kind können beide eine pädagogische „Anwältin“ auf ihrer Seite bekommen.

Fazit: Junge Mütter durchleben den Prozess des Erwachsenwerdens sehr rapide, sie müssen Verantwortung übernehmen, der sie noch nicht gewachsen sind. Ihr gesamter Alltag strukturiert sich um das Kind und bringt sie manchmal an den Rand ihrer Belastbarkeit. Ihr Leben ist eine Gratwanderung zwischen den eigenen Interessen und denen des Kindes. Ohne Hilfe sind sie kaum in der Lage, das Leben mit dem Kind zu schaffen. In einer Mutter-Kind-Einrichtung kön-

nen sie - gemeinsam mit anderen Müttern - lernen, ihr Leben mit dem Kind zu bewältigen. Dabei ist die pädagogische Arbeit ebenfalls eine Gratwanderung zwischen dem Wohl des Kindes und den Interessen der Jugendlichen.

Schwangerschaften bei minderjährigen Mädchen.

Helga Seyler

Das Problem von Teenagerschwangerschaften ist derzeit ein wichtiges Medienthema. Teenagerschwangerschaften werden als großes Problem angesehen wegen des angeblich dramatischen Anstiegs der Zahlen, oder wegen der dramatischen Folgen für die betroffenen Mädchen.

Tatsächlich ist die absolute Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen in den letzten Jahren bei Frauen bis 18 Jahren von 4724 im Jahr 1996 auf 7645 im Jahr 2003 angestiegen. Bezogen auf die Altersgruppe sind sie von 0,33% auf 0,5% (der Mädchen bis 18 Jahre) angestiegen (Statistisches Bundesamt, 2004, siehe auch S.11)). Die Geburtenrate bei minderjährigen Mädchen ist dagegen in den letzten Jahren relativ konstant bei unter 2 von 1000 Mädchen (Laue 2001). Schwerpunkt der Forschung und der meisten Veröffentlichungen ist die Frage, warum Mädchen ungewollt schwanger werden, warum die Sexuaufklärung versagt, und wie Teenagerschwangerschaften verhindert werden können. In diesem Beitrag geht es stattdessen um die Erfahrung mit schwangeren Mädchen, die Entscheidung zum Abbruch oder zum Austragen der Schwangerschaft, den Ablauf des Abbruchs oder den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt.

Schwangerschaftsabbruch

Angst und Hilflosigkeit

Durch die Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft werden bei den Mädchen meist heftige Ängste ausgelöst. Sie sind sich sehr unsicher, wem sie sich anvertrauen und wo sie sich Hilfe holen können. Dies kann dazu führen, dass sie das Feststellen der Schwangerschaft herauszögern, oder dass ein Mädchen lange mit

zögern, oder dass ein Mädchen lange mit dem Wissen um die Schwangerschaft lebt, bevor es sich Rat und Hilfe zum Schwangerschaftsabbruch holt. Zum Teil wird ein Abbruch dann erst am Ende der Frist durchgeführt. Das Statistische Bundesamt berichtet, dass 2003 29% der bis 20jährigen Frauen den Abbruch zwischen der 10 und 12. Woche nach der Empfängnis durchführen ließen, im Vergleich zu 18% bei den über 20jährigen (Statistisches Bundesamt 2004). Nach unserem Eindruck sind auch Frauen, bei denen die Schwangerschaft erst nach dem 3. Monat festgestellt wird, vermehrt Minderjährige. Die Zahlen dazu werden vom Statistischen Bundesamt jedoch nicht aufgeschlüsselt.

Wichtig ist deswegen, dass schon in der ersten Anlaufstelle, der das Mädchen sich anvertraut, Vorwürfe und Bevormundungen vermieden werden, sondern dass es dort die Informationen und Unterstützung findet, die es braucht. Die Erleichterung darüber ist meist sehr groß, und die Entscheidung für oder gegen Abbruch oft leichter als bei Erwachsenen.

In der Beratung ist auch die verständliche und angemessene Aufklärung über die verschiedenen Abbruchmethoden wichtig und die Unterstützung der Mädchen, sich für die für sie geeignete Methode zu entscheiden.

Abbruchmethoden

Alle Abbruchmethoden – die Absaugmethode in örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose sowie der medikamentöse Abbruch – können auch bei Teenagern ohne Probleme durchgeführt werden, und sind unter medizinischen Gesichtspunkten gleich zu bewerten.

Die Komplikationsraten der Methoden sind vergleichbar gering. Großen Studien belegen, dass die Komplikationsrate insgesamt bei Teenagern eher noch geringer ist als in höheren Altersgruppen. Das in älteren Studien leicht erhöhte Risiko von Verletzungen des Gebärmutterhals kann durch die neuen nebenwirkungsarmen Medikamente zur Erweichung des Muttermundes (z.B. Cytotec®) vermieden werden. Insbesondere negative Folgen für die spätere Fruchtbarkeit oder den Verlauf von späteren Schwangerschaften lassen sich bei Teenagern nicht belegen.

Wichtig für einen komplikationsfreien Abbruch ist die Qualität der medizinischen Versorgung und ausreichende Erfahrung der ÄrztIn, die den Abbruch durchführt.

Deshalb sollten die Mädchen nach ausführlicher und anschaulicher Informationen über die verschiedenen Methoden selbst entscheiden können, welchen Ablauf sie bevorzugen. Dabei müssen auch die Lebensumstände berücksichtigt werden.

Wenn z.B. der Abbruch gegenüber den Eltern verheimlicht werden soll, ist die schnellere Methode der Absaugung mit der größeren Erfolgsrate oft besser zu organisieren, als wenn das Mädchen zum medikamentösen Abbruch mehrfach in die Einrichtung kommen muss und einige Tage lang eine mehr als regelstarke Blutung hat.

Bei fehlender Einwilligung der Eltern muss bei Abbrüchen in Vollnarkose allerdings außer der FrauenärztIn auch die NarkoseärztIn von der Einwilligungsfähigkeit des Mädchens überzeugt sein.

Im Familienplanungszentrum Hamburg haben wir mit der Absaugung mit örtlicher Betäubung bei Teenagern gute Erfahrungen gemacht. Auch wenn sie anfangs in der Beratung sehr ängstlich waren, ist es oft sehr berührend, wie gut sie sich uns beim Abbruch anvertrauen, und dann erstaunlich entspannt und kooperativ sind.

Aber auch der medikamentöse Abbruch ist bei geeigneten häuslichen Voraussetzungen gut bei Teenagern durchzuführen.

Einbeziehen der Eltern

Ein Teil der Mädchen hat Angst vor den Reaktionen der Eltern auf die Schwangerschaft und verschweigt sie ihnen.

Im § 219 ist geregelt, dass auch Minderjährige einen Anspruch auf eigenständige, auf Wunsch auch anonyme Beratung haben. Weitere Personen dürfen nur im Einvernehmen mit der Schwangeren in die Beratung einbezogen werden. Die BeraterIn unterliegt ebenso der Schweigepflicht, wie die ÄrztIn.

Bei minderjährigen Mädchen ist die Einwilligung in den medizinischen Eingriff ohne Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten ein Problem. Es sollte immer mit ihnen darüber gesprochen werden, was sie befürchten, welche Belastung das Geheimhalten bedeutet, und welche Unterstützung sie möglicherweise von den Eltern bekommen können. Oft erzählen die Mädchen danach doch - meistens der Mutter - von der Schwangerschaft.

Wenn jedoch die Eltern auf keinen Fall informiert werden sollen, ist juristisch bedeutsam, ob die Mädchen reif genug sind, die Tragweite der Entscheidung zu übersehen. Zwischen 16 und 18 Jahren kann in der Regel davon ausgegangen werden und die Mädchen werden als einwilligungsfähig betrachtet. Das heißt, hier muss eine Einwilligung der Eltern nicht eingeholt werden. Zwischen 14 und 16 Jahren ist der Eindruck der ÄrztIn darüber entscheidend, ob die nötige Reife vorhanden ist.

Die Mädchen, die die Eltern auf keinen Fall informieren möchten, legen meist gute Gründe dafür dar und sind in der Regel reif genug, selbst zu entscheiden.

Im Zweifelsfall kann das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden und dieses kann anstelle der Erziehungsberechtigten die Einwilligung für den Eingriff geben. Dieser Weg steht zum Beispiel Jugendlichen offen, deren Eltern von der Schwangerschaft wissen und ihre Tochter zum Austragen der Schwangerschaft zwingen wollen.

Diese Rechtsauffassung wird immer wieder in Frage gestellt und es gibt viele ÄrztInnen, die bei minderjährigen Mädchen auf eine Einwilligung der Eltern bestehen. Deshalb sollen hier die verschiedenen Aspekte der Einwilligungsfähigkeit ausführlicher dargestellt werden.

1998 hat das OLG Hamm in einem Entscheid eine Ersetzung des Elternentscheids durch einen gerichtlichen Vormund verweigert (Beschluss vom 16.7.1998, NJW 1998, 342f.). Die Mutter einer 17jährigen Schwangeren hatte die Zustimmung zu einem Schwangerschaftsabbruch verweigert, und das OLG ging davon aus, dass die Elternentscheidung in diesem Fall vorrangig ist vor dem Selbstbestimmungsrecht der Jugendlichen. Die Frage, wie weit Eltern in das Selbstbestimmungsrecht von heranwachsenden Jugendlichen eingreifen dürfen, wurde unter JuristInnen sehr kontrovers diskutiert. Die Entscheidung hat jedoch für die Frage, ob ÄrztInnen sich strafbar machen, wenn sie ohne Einwilligung der Eltern einen operativen Eingriff bei Minderjährigen durchführen, keine Bedeutung.

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen der wirksamen Einwilligung in einen Behandlungsvertrag mit der ÄrztIn, die die Geschäftsfähigkeit im Sinne des Zivilrechts betrifft, und der Einwilligung der Schwangeren zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a Abs. 1 StGB sowie der Einwilligung in einen operativen Eingriff, die beide strafrechtliche Relevanz haben.

Operative Eingriffe ohne wirksame Einwilligung sind als Körperverletzung strafbar. Die wirksame Einwilligung hängt von der Einsichtsfähigkeit ab, das heißt, der Fähigkeit, die Tragweite des Eingriffs und die möglichen Risiken verstehen zu können. Die oben genannten Altersgrenzen sind dafür allgemein anerkannt.

Die Einwilligung der Schwangeren zum Schwangerschaftsabbruch ist nach § 218 a Abs. 1 die Voraussetzung dafür, dass die Durchführung für die ÄrztIn straffrei bleibt. Nach der Rechtsauffassung des OLG Hamm spielt dabei die ethische Bedeutung des Eingriffs eine besondere Rolle, deswegen werden andere Maßstäbe an die Einsichtsfähigkeit angelegt als für die Einwilligung in einen anderen operativen Eingriff. Entscheidend ist aber auch dabei die tatsächliche Fähigkeit, die Entscheidung zum Abbruch zu treffen und nicht das Alter. Das Gesetz betont ausdrücklich die letzte Verantwortung der Schwangeren für die Entscheidung und schützt deren eigene Entscheidung vor Einmischung durch andere Personen. Dies gilt nach Auffassung vieler JuristInnen auch für einsichtsfähige Minderjährige.

Die geschäftlich wirksame Einwilligung in den Behandlungsvertrag mit der ÄrztIn kommt nur bei selbstzahlenden Jugendlichen in Betracht. Im Gesetz zur Kostenübernahme beim Schwangerschaftsabbruch ist ausdrücklich geregelt, dass auch schon 15jährige selbständig eine Kostenübernahme erwirken können. Damit ist eine zivilrechtliche Geschäftsfähigkeit nicht erforderlich.

Wenn die Eltern nichts vom Schwangerschaftsabbruch wissen, ist es besonders wichtig, die Nachsorge zu klären. Wo wird sich das Mädchen nach dem Abbruch aufhalten? Wer weiß von dem Abbruch und kann unterstützen? Was ist im Falle von Komplikationen, wo kann sich das Mädchen Hilfe holen?

Auch bei der Klärung dieser Fragen ergibt sich ein Eindruck von der Reife des Mädchens und von seiner Fähigkeit, für sich zu planen und zu sorgen.

Psychische Folgen

Sehr schwerwiegend werden oft die psychischen Folgen von Abbrüchen gerade für Teenager bewertet. Tatsächlich lassen sich negative Folgen auch für diese Altersgruppe (wie auch für erwachsene Frauen) in Studien nicht belegen. Für die meisten Frauen ist die psychische Belastung in der Zeit vor dem Abbruch durch den Entsch-

dungsdruck und die Angst vor dem Eingriff am größten. Die Belastung lässt nach dem Abbruch deutlich nach, die Frauen sind meist sehr erleichtert, dass sie den Abbruch hinter sich haben. Eine Phase der Trauer ist normal und mit der Reaktion auf andere belastende Lebensereignisse vergleichbar. Nur ein kleiner Teil von Frauen fühlt sich dauerhaft stark belastet, dieser entspricht der Zahl von Frauen mit depressiven Erkrankungen auch ohne Abbruch.

Im Familienplanungszentrum Hamburg berichten Frauen, die einen Abbruch im Teenageralter und einen im späteren Alter hatten, dass sie den ersten Abbruch psychisch leichter verarbeitet hätten. Sie sagen zum Beispiel, dass es damals einfach keine Alternative gab, sie deshalb keinen Entscheidungskonflikt hatten. Als weiterer Grund wurde genannt, dass für sie die Schwangerschaft im Jugendalter keine so große Bedeutung hatte wie später und sie hinterher nicht mehr viel darüber nachgedacht hätten.

In einer US-amerikanischen Studie wurden Teenager 2 Jahre lang begleitet, die sich zum Abbruch oder Austragen einer Schwangerschaft entschieden. Die Mädchen mit Schwangerschaftsabbruch hatten schon zu Beginn der Studie einen besseren Bildungsstand als die Mädchen, die die Schwangerschaft austragen, und der Unterschied vergrößerte sich während der Beobachtungszeit noch deutlich. Im psychischen Zustand unterschieden sich die beiden Gruppen kaum, in beiden wurde im Verlauf der zwei Jahre ein Anwachsen von Selbstachtung und eine Abnahme der Ängstlichkeit beobachtet. Eine spätere Schwangerschaft im Beobachtungszeitraum trat in der Abbruchgruppe seltener auf als in der Gruppe mit ausgetragener Schwangerschaft.

Die Autorinnen der Studie folgern, dass ein Schwangerschaftsabbruch im Teenageralter nicht mit negativen psychischen Folgen assoziiert war, wohl aber mit positiven Folgen für Bildung und ökonomischen Status. Die Studie bestätigt andere Beobachtungen, dass Frauen mit der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch die Erfahrung machen können, eigene Entscheidungen zu treffen und das eigene Leben selbst zu planen und zu gestalten.

Schwangerschaft und Geburt bei minderjährigen Mädchen

Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt

Über den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt bei jungen Frauen gibt es widersprüchliche Informationen. Es gibt insgesamt nur wenige differenzierte Untersuchungen über ausgetragene Schwangerschaften bei Minderjährigen und für Deutschland so gut wie keine Daten und Untersuchungen.

Meist wird davon ausgegangen, dass bei minderjährigen Schwangeren mehr Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft und Geburt auftreten als bei erwachsenen Frauen. Die meisten vorhandenen Studien belegen eine höhere Rate an Frühgeburten, Kindern mit zu geringem Geburtsgewicht und perinatalen Todesfällen¹ unter der Geburt, während Kaiserschnitte bei Teenagern seltener durchgeführt werden (Scholl TO 1994).

Es wird darüber diskutiert, ob die Komplikationen die Folge einer körperlichen Unreife sind oder durch die psychosozialen Probleme verursacht werden. Als weitere Frage stellt sich ob soziale Unterstützung und gute medizinische Versorgung die Komplikationsrate verringern können. Auch bei erwachsenen Frauen ist die Rate dieser Komplikationen bei niedrigerem Sozialstatus erhöht. Dies unterstützt die These, dass soziale Faktoren die Hauptrolle spielen. Auch einige Studien unterstützen diese These und es konnte gezeigt werden, dass die Komplikationsrate durch bessere Unterstützung und medizinische Versorgung verringert werden kann (Rogers MM 1996, Quinlivan JA 2004). Möglicherweise besteht aber insbesondere bei sehr jungen Schwangeren (innerhalb von 2 Jahren nach der Menarche oder vor Abschluss des Wachstums) auch ein durch körperliche Unreife bedingtes Risiko für Komplikationen (Fraser 1995).

Aus Deutschland gibt es dazu so gut wie keine repräsentativen Daten. Drei Kliniken aus unterschiedlichen Regionen haben einige ausgewählte Daten von ihren Entbindungen ausgewertet und veröffentlicht.

Im Klinikum Großhadern, München entbanden von 1989 bis 2002 46 Mädchen bis 18 Jahren,

¹ Tod des Kindes einige Tage vor, während und nach der Geburt – der Zeitraum wird in verschiedenen Studien unterschiedlich definiert.

das sind 3 von 1300 Geburten jährlich (Haerty A 2003). Sie wurden mit jeweils 5 und 10 Jahre älteren Gebärenden verglichen. Es wurden keine vermehrten Komplikationen wie vorzeitige Wehen, Frühgeburten oder Gestosen beobachtet. Auch konnten keine Unterschiede in der Art der Geburt festgestellt werden.

In der Uni-Frauenklinik Magdeburg bekamen von 1990 bis 2002 98 Mädchen bis 16 Jahre ihr Kind (Kuchenbecker C 2003). Es wurde in der Zeit ein Anstieg der Rate an Teenagergeburten bei Rückgang der gesamten Geburtenzahl beobachtet. Da die Gesamt-Geburtenzahl nicht angegeben wird, kann der Anteil an Teenager-Geburten nicht errechnet werden. In Magdeburg waren unter den Mädchen mehr Raucherinnen, als unter den erwachsenen Schwangeren und mehr Kinder wurden zur Adoption frei gegeben. Der Anteil der Frühgeburt zwischen der 34. und 36. SSW war erhöht, der Anteil an Kaiserschnitten war geringer.

In der Frauenklinik Euskirchen entbanden zwischen 1993 und 2003 135 Mädchen von 14-18 Jahren, das sind 1,5% von 8778 Geburten insgesamt in dieser Zeit (Marian H 2003). Es wurden keine vermehrten Komplikationen während der Geburt beobachtet, bei einer geringeren Rate von Kaiserschnitten.

Teenage-Mütter sind sehr unterschiedlich

Auch wenn wir bestimmte Vorstellungen von den Mädchen haben, die aufgrund von Unkenntnis über Verhütung oder aus Sorglosigkeit ungewollt schwanger werden, und sich, ohne über die Zukunft nachzudenken, zum Austragen der Schwangerschaft entscheiden, sind minderjährige Mütter eine sehr heterogene Gruppe.

Es ist unklar, wie viele Mädchen tatsächlich ungewollt schwanger werden, oder für wie viele es zum Beispiel in der Herkunftskultur völlig üblich ist, mit 16 Jahren Mutter zu werden. Für eine sozial eingebundene, abgesicherte und geplant schwangere junge Frau verläuft die Schwangerschaft sicher anders, als für ein im Heim oder auf der Straße lebendes Mädchen. Trotzdem haben Migrantinnen oft schlechteren Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und das Problem der sprachlichen Verständigung.

Über die Lebensbedingungen, den Sozialstatus und ethnischen Hintergrund von minderjährigen Schwangeren und Müttern in Deutschland gibt es keine quantitativen Untersuchungen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich Minderjährige mit besserer Schulbildung und Zukunftsperspek-

tive häufiger für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, und Mädchen mit geringer Bildung und Sozialstatus eher für das Austragen der Schwangerschaft.

Eine niederländische Studie vergleicht differenzierend nach verschiedenen Ethnien den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt von 15- bis 19-jährigen Frauen untereinander und mit erwachsenen Frauen (van Enk 2000). Die Rate von Migrantinnen bei den 15-19jährigen Schwangeren ist mit 55% sehr hoch im Vergleich zu knapp 14% bei Schwangeren aller Altersgruppen. Die Rate an Komplikationen (untersucht wurden perinatale Todesfälle, Frühgeburten, und Kaiserschnitt sowie Saugglockengeburt) ist in den verschiedenen ethnischen Gruppen sehr unterschiedlich. In einer ethnischen Gruppe (Hindustani) ist die Komplikationsrate nicht höher, als bei erwachsenen Frauen der gleichen Ethnie und auch der niederländischen Frauen. In allen anderen Gruppen einschließlich der niederländischen Teenager ist sie unterschiedlich stark erhöht im Vergleich zu den erwachsenen Frauen der gleichen Ethnie. Dies wird von den AutorInnen auf die verschiedenen sozialen Bedingungen zurückgeführt, und nicht auf das Alter der Mädchen an sich. Kaiserschnitte und Saugglockenentbindungen waren auch in dieser Studie bei allen 15-19jährigen Frauen seltener.

Bedürfnisse der Schwangeren

Unumstritten ist, dass minderjährige Schwangere mehr psychosoziale Unterstützung brauchen, als Erwachsene. Es müssen oft zahlreiche Probleme wie Unterkunft, Lebensunterhalt, Betreuung des Kindes, Fortsetzung von Schule oder Ausbildung geklärt werden.

Darüber hinaus brauchen sie auch eine einfühlsame, an ihren Bedürfnissen orientierte gynäkologische Betreuung. Sie brauchen ausreichende und verständliche Informationen über die körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft, über gesunde Lebensweise sowie die notwendigen Untersuchungen. Sie müssen Gelegenheit haben, alle Fragen zu stellen und verständlich beantwortet zu bekommen. Personen aus dem Umfeld (Eltern, Partner) müssen entsprechend den Wünschen des Mädchens einbezogen werden.

Die Betreuung muss auch auf ihre Ängste eingehen. Für manche Mädchen ist die Schwangerschaft der erste Anlass für einen Besuch bei der Frauenärztin. Viele haben Angst vor einer Unter-

leibsuntersuchung und manche auch eine bleibende Abwehr dagegen. Um sie nicht deswegen von der weiteren Betreuung abzuhalten, ist es dann notwendig, diese nicht gegen den Willen der Mädchen durchzuführen, und sie nach Möglichkeit zu vermeiden.

Die Mädchen müssen auch ausreichende Informationen und Vorbereitung für die Geburt bekommen. Wahrscheinlich nehmen eher wenige Mädchen an Geburtsvorbereitungskursen teil. Stattdessen können zusätzliche Vorsorgetermine bei einer Hebamme hilfreich sein, die auch die Wochenbettbetreuung übernehmen kann. Sinnvoll ist auch, den Kontakt mit einer Kinderärztin schon in der Schwangerschaft herzustellen, damit das Mädchen weiß, wohin sie sich nach der Geburt mit den Fragen zur Gesundheit des Kindes wenden kann und wo sie die Vorsorgeuntersuchungen des Kindes durchführen lassen kann.

Literatur

BZgA. Jugendsexualität – Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. 2001

Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New England Journal of Medicine* 1995; 332: 1113-7

Haerty A, Anthuber S, et al. Schwangerschaft bei Jugendlichen: Erfahrungen aus Großhadern – Internationaler Vergleich. Abstracts des Münchener Symposiums für Kinder- und Jugendgynäkologie vom 23. bis 25. Oktober 2003. *Korasion* 2003; 18: 5-6

Kuchenbecker C, Nieder J. Schwangerschaft und Geburt bei 13- bis 16-jährigen Teenagern. Abstracts des Münchener Symposiums für Kinder- und Jugendgynäkologie vom 23. bis 25. Oktober 2003. *Korasion* 2003; 18: 6

Laue E, Heilmann HJ. Geburten und Schwangerschaftsabbrüche junger Frauen in Deutschland. Die Daten des Statistischen Bundesamtes. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Jugendliche Schwangere und Mütter. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 1-2001; 3-6

Marian H, Stübler P, Golz N. Teenager-Mütter und Geburtsleitung. Abstracts des Münchener Symposiums für Kinder- und Jugendgynäkologie vom 23. bis 25. Oktober 2003. *Korasion* 2003; 18: 21

Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. *BJOG* 2004; 111: 571-8

Remberg A. „Sie ist doch selbst noch ein halbes Kind...“ Untersuchung zu Lebensbedingungen, Einstellungen und Verhütungsverhalten jugendlicher Schwangerer und Mütter. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BZgA. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 2001; Nr 1: 7-15

Rogers MM, Peoples-Sheps MD et al. Impact of a social support program on teenage prenatal care use and pregnancy outcomes. *Journal of adolescent health* 2006; 19: 132-40

Reprokult. Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern - Alarmierender Anstieg 2004
www.reprokult.de

Schmid-Tannwald I, Kluge N. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der jugendlichen und ihrer Eltern. *Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung*. BZgA 1998

Scholl TO, Hediger ML, et al. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *Journal of adolescent health* 1994; 15: 444-56

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2004. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 2003.

van Enk WJJ, Gorissen WHM, van Enk A. Teenage pregnancy and ethnicity in the Netherlands: frequency and obstetric outcome. *European journal of contraception and reproductive health care* 2000; 5: 77-84

Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen Statistik der Jahre 1996 bis 2003

	Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen	Davon Mädchen unter 15 Jahren
1996	4724	365
1997	5294	441
1998	5557	453
1999	5733	467
2000	6337	574
2001	7605	696
2002	7443	761
2003	7645	715

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes

Postkoital- verhütung

Überarbeitete Leitlinien des International Consortium for Emergency Contraception (siehe auch FPR Nr.1, 2004)

Das International Consortium for Contraception hat seine Leitlinien zur Nachverhütung aktualisiert: Seit Sommer 2004 ist diese Publikation „Emergency Contraception Pills: Medical and Service Delivery Guidelines“ im Internet unter www.cecinfo.org abrufbar.

Die Informationen wurden von den Organisationen, die das Consortium bilden (u.a. die WHO und die IPPF), zusammengetragen. Die Informationen und Empfehlungen der Leitlinien berücksichtigen die aktuellsten Forschungsergebnisse zur Nachverhütung. Sie wurden von international anerkannten ExpertInnen überprüft. Die Publikation bietet Einrichtungen für reproduktive Gesundheit und Familienplanung sowie praktizierenden Professionellen die notwendigen Informationen, um Nachverhütungsmethoden sicher und wirkungsvoll anzubieten.

Die Richtlinien enthalten Informationen u.a. zu Indikationen, den verschiedenen Möglichkeiten der Nachverhütung, zu Wirkungsweise, Nebenwirkungen und deren Vorbeugung bzw. Umgang mit unerwünschten Begleiterscheinungen. Weitere Themen sind Klientinneninformation und Beratung, Nachuntersuchungen, mögliche Verhütungsmethoden nach der Anwendung sowie der Umgang mit sensiblen Gruppen wie z.B. Frauen, die sexuell missbraucht wurden und Jugendlichen. Im Anhang findet sich eine Liste mit alternativ anwendbaren Präparaten, wenn speziell zur Nachverhütung zugelassene Präparate nicht verfügbar sind (Einnahme Minipille, reguläre Pillenpräparate).

USA: Neuer Antrag auf Aufhebung der Rezeptpflicht für hormonelle Nachverhütung

Nachdem die FDA (Food and Drug Administration = amerikanische Zulassungsbehörde für Arzneimittel) den Antrag auf Aufhebung der Rezeptpflicht im Mai 2004 mit der Begründung abgelehnt hat, dass nur eine unzureichende Datenlage für Mädchen unter 16 Jahren besteht, hat der amerikanische Hersteller Barr Laboratories erneut einen Antrag auf Zulassung gestellt. Dieser Antrag trägt der Ablehnung Rechnung und formuliert Rezeptfreiheit für Mädchen und Frauen ab dem 16. Lebensjahr. Für Mädchen unter 16 soll die Rezeptpflicht bestehen bleiben.

Die Ablehnung der FDA ist gegen die Empfehlung von zwei internen Gutachterkommissionen der FDA vom leitenden Direktor der FDA formuliert worden. Neben den internen Kommissionen hatten sich führende medizinische Gesellschaften für die rezeptfreie Vergabe der hormonellen Nachverhütung auf der Basis von Levonorgestrel ausgesprochen, so die „American Academy of Pediatrics“, das „American College of Obstetricians and Gynecologists“ und die „American Public Health Association“.

Der Hersteller ist zuversichtlich, durch den veränderten Zulassungsantrag eine OTC-Zulassung (OTC = Over The Counter) für über 16jährige zu erhalten. Der Vorsitzende des Nationalen Medizinischen Komitees der „Planned Parenthood of America“ sagte: Der neue Antrag der Firma Barr sei die Antwort auf die politische Realität, die die FDA geschaffen habe. Die Verknüpfung der OTC-Freigabe mit einem Mindestalter sei falsch und scheinheilig. Man könne argumentieren, dass der Bedarf bei jungen Mädchen höher ist als bei älteren Mädchen, da für sie insgesamt weniger Möglichkeiten der Information zu- und Versorgung mit Verhütungsmethoden zur Verfügung stehen.

Quelle: Kaiser Daily Reproductive Health Report; Fri, Juli 23,04

Hinweise

Pille vergessen - Aktualisierte Empfehlungen der WHO Stand Mai 2004

Was können Frauen tun, wenn sie die Einnahme von oralen Kontrazeptiva (COC²) vergessen haben?

Bei Pillen mit 30 -35 µg Ethinylestradiol gilt

bei 1 bis 2 vergessenen Pillen:

- Die Betroffene sollte eine Pille so bald wie möglich einnehmen und dann die tägliche Einnahme fortsetzen
- Sie benötigt keinen zusätzlichen Verhütungsschutz

Wenn 3 oder mehr Pillen vergessen wurden oder die Frau bei einer neuen Packung mit der Einnahme drei oder mehr Tage zu spät beginnt:

- Sie sollte eine Pille so bald wie möglich einnehmen und dann die tägliche Einnahme fortsetzen
- Sie sollte einen zusätzlichen Verhütungsschutz (z.B. ein Kondom anwenden) oder so lange sexuellen Kontakt vermeiden, bis sie an 7 Tagen hintereinander die Pille eingenommen hat
- Wenn die Pilleneinnahme in der dritten Einnahmewoche vergessen wurde, sollte die Frau die Pilleneinnahme der Packung regulär beenden und dann sofort mit einer neuen Packung beginnen (d.h. keine 7tägige Pillenpause einlegen)
- Wenn die Pilleneinnahme in der ersten Einnahmewoche vergessen wurde und die Frau ungeschützten Sexualverkehr hatte, sollte sie, wenn sie dies wünscht, die Anwendung von Nachverhütung erwägen

Bei Pillen mit 20 µg oder weniger Ethinylestradiol gilt

- Wenn die Frau 1 Pille vergessen hat, sollte sie den Empfehlungen folgen, die oben unter „1 bis 2 vergessene Pillen“ gegeben werden.
- Wenn die Frau 2 oder mehr Pillen vergessen hat oder sie bei einer neuen Packung mit der Einnahme zwei oder mehr Tage zu spät beginnt, sollte sie den Empfehlungen folgen, die oben unter „wenn 3 oder mehr Pillen verges-

sen wurden oder sie bei einer neuen Packung mit der Einnahme drei oder mehr Tage zu spät beginnt“ gegeben werden

Für Pillen mit 30 -35 µg und mit 20 µg oder weniger Ethinylestradiol gilt

bei Vergessen der Einnahme von Pillen ohne Wirkstoff

- Die Frau sollte die vergessene Pille (oder mehrere) wegwerfen und mit den restlichen Pillen die tägliche Einnahme wie gewohnt fortsetzen.

(Anmerkung der Redaktion: Da in Deutschland keine Präparate mit wirkstofffreien Pillen mehr existieren, ist diese Empfehlung möglicherweise nur für Frauen hilfreich, die Pillenpräparate aus dem Ausland einnehmen)

Kommentar: Die Expertengruppe der WHO sieht in der inkorrekten oder unregelmäßigen Einnahme von oralen hormonellen Kontrazeptiva die Hauptursache für eine ungewollte Schwangerschaft. Sieben Tage kontinuierliche Einnahme kombinierter oraler Kontrazeptiva werden als notwendig erachtet, um eine Ovulation zuverlässig zu verhindern. Frauen, die die Pilleneinnahme häufig vergessen, wird aus diesem Grund (Zuverlässigkeit der Methode) empfohlen andere Verhütungsmethoden anzuwenden.

Die Expertengruppe bemerkt, dass die Evidenz für die Empfehlungen zu „Pillen vergessen“ hauptsächlich von Studien abgeleitet wurden, in denen Frauen 30-35 µg Ethinylestradiolpräparate angewendet haben.

Viele Frauen haben in ihrer Pillenpackung Markierungen für die jeweiligen Wochentage und folgen einem bestimmten Einnahmeschema, das an einem bestimmten Wochentag beginnt. Für manche dieser Frauen ist es notwendig, die vergessenen Pillen zu verwerfen, um das gewohnte Schema beibehalten zu können. Andere Frauen bevorzugen, diese Pillen zu behalten und einzunehmen. Bei ihnen verändert sich damit das Wochenschema.

Die 4 folgenden Prinzipien unterstreichen die Empfehlungen der Expertengruppe:

1. Wenn eine oder mehrere Pillen vergessen wurden ist es wichtig, eine wirkstoffhaltige Pille so bald wie möglich einzunehmen
2. Wenn die Pilleneinnahme vergessen wurde, so spielt es nicht nur eine Rolle, **wie viele** Pillen vergessen wurden sondern auch **wann** sie vergessen wurden. Basieren auf vorliegenden Kenntnissen zur Ovulation entscheidet die

² COC = Combined oral contraceptives

Expertengruppe, dass das Vergessen von 3 oder mehr Pillen (entsprechend 2 oder mehr vergessene Pillen bei Pillen die 20 µg oder weniger Ethinylestradiol enthalten) zu jeder Zeit im Einnahmezyklus zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen rechtfertigt. Das Risiko einer Schwangerschaft ist am größten, wenn die Pillen am Anfang oder am Ende des dreiwöchigen Einnahmezyklus vergessen wurden, d.h. wenn das hormonfreie Intervall verlängert wird.

3. Durch die begrenzten Daten zu Pillen, die 20 µg oder weniger Ethinylestradiol enthalten, besteht die Möglichkeit, dass das Risiko einer Schwangerschaft in dieser Dosierung höher ist als mit Pillen, die 30-35 µg Ethinylestradiol enthalten. Aus diesem Grund empfiehlt die Expertengruppe prinzipiell die vorsichtiger Vorgehensweise bei vergessenen Pillen, die 20 µg oder weniger Ethinylestradiol enthalten.
4. Die Praxiserfahrungen mit den ersten Empfehlungen in den „Selected practice recommendations for contraceptive use“ haben sehr deutlich gezeigt, dass es einen hohen Bedarf an „einfachen“ Empfehlungen zur Vorgehensweise bei „Pille vergessen“ gibt.

Quelle: WHO: Selected practice recommendations 2nd edition;
Internet: www.who.int/reproductive-health/publications/

Kommentar der Redaktion

Beim Vorgehen bei Einnahmefehlern ist ein wichtiger Aspekt, die Empfehlungen möglichst einfach zu halten, um die korrekte Befolgung zu erleichtern. Der andere Aspekt ist die größtmögliche Sicherheit, eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern. Aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Verstoffwechslung der Pillenhormone und der unterschiedlich ausgeprägten Unterdrückung der Eierstockfunktion ist es kaum möglich, einfache und für alle Anwenderinnen sichere Empfehlungen zu formulieren. Bei sehr hohem Sicherheitsbedürfnis ist aus der Erfahrung mit Pillenversagern bei um 1-2 Tage verspätetem Beginn der Einnahme -auch von Präparaten mit 30-35µg- zu zusätzlicher Verhütung und ggf. Einnahme der Postkoitalpille zu raten.

WHO- Übersicht der evidenz-basierten Leitlinien zu Familienplanung

Im Jahr 1996 hat die WHO bei der Überprüfung ihrer Leit- und Richtlinien die Erstellung neuer Richtlinien für notwendig befunden. Entsprechend hat sie begonnen, eine neue Reihe evidenz-basierter Familienplanungsleitlinien aufzubauen und zur Verfügung zu stellen, die sie die vier „Eckpfeiler“ nennt. Die ersten zwei Eckpfeiler bilden die „Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use“, mit Empfehlungen, **wer** welche Verhütungsmethoden sicher anwenden kann und die „Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use“, mit Informationen, **wie** die Verhütungsmethoden sicher und effektiv angewendet werden können. (Documents for „choosing“ and „using“ contraceptive methods). Die zwei weiteren Eckpfeiler befinden sich in der Entwicklung. Diese sollen als praktische Werkzeuge die KlientInnen bei der informierten Wahl der Verhütungsmethode und die Anbieter in ihrem Beratungs- und Dienstleistungsangebot unterstützen. („Decision-making tool for family planning clients and providers“ und „A handbook for family planning providers“)

Quelle: Progress in Reproductive Health Research, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human reproduction (HRP)
Department of Reproductive Health and Research, World Health Organisation, Genf, Schweiz

Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktualisiert ihre Leitlinien zur Anwendung von Verhütungsmethoden

Die oben erwähnten erstmalig 1996 herausgegebenen Leitlinien „Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use“ wurden im Herbst 2003 von einem ExpertInnengremium überarbeitet. Die Übersicht der WHO bietet Empfehlungen, für welche Verhütungsmittel geeignet sind. Chronische und akute Krankheiten werden in der Übersicht berücksichtigt. Als wichtigste Änderungen in den Leitlinien werden genannt:

- Frauen mit einer HIV-Infektion können im allgemeinen ein Intrauterinpeessar (IUD) anwenden
- Frauen, die eine sexuell übertragbare Erkrankung erwerben, können auch weiterhin mit ihrem IUD verhüten- vorausgesetzt die Infektion wird adäquat medikamentös behandelt. Das

bedeutet, der Erwerb einer sexuell übertragbaren Erkrankung im allgemeinen stellt keinen Grund dar, das IUD zu entfernen. Untersuchungen haben gezeigt, dass sich der klinische Verlauf durch das Entfernen des IUD nicht verändert. Weiterhin ist auch die Diagnose einer sexuell übertragbarer Erkrankungen keine Kontraindikation für die IUD-Einlage. Wichtige Ausnahmen sind die Chlamydien- und die Gonokokkeninfektion, die vor der Einlage behandelt werden sollten.

- Frauen unter antiretroviraler Behandlung können hormonelle Verhütungsmethoden anwenden. Die wichtigsten Bedenken beziehen sich auf eine mögliche Einschränkung der Wirkung hormoneller Kontrazeptiva durch die antiretrovirale Therapie. Die wissenschaftliche Datenlage hierzu ist begrenzt und nicht ausreichend eindeutig, um eine Empfehlung gegen hormonelle Verhütung zu formulieren. In jedem Fall wird HIV-positiven Frauen die Anwendung von Kondomen empfohlen, um HIV-Übertragung und Reinfektionen zu vermeiden. Durch die Kondomanwendung kann eine mögliche Einschränkung der Wirkung der hormonellen Verhütungsmethode kompensiert werden.
- Spermizidanwendung ist nicht für Frauen geeignet, die ein hohes HIV-Infektionsrisiko haben. Eine Meta-Analyse hat gezeigt, dass Frauen, die das Spermizid Nonoxynol-9 mehrmals am Tag anwenden, ein höheres Risiko haben sich mit dem HI-Virus zu infizieren. Es wird vermutet, dass das Spermizid zur Entstehung von Läsionen in der Vagina beiträgt und so die Entstehung von Infektionen fördert. Zwar ist der Zusammenhang nicht statistisch signifikant, jedoch steigt das Risiko der Infektion mit der Häufigkeit der Spermizidanwendung
- Keine Beschränkungen der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva für Frauen mit Depression. Ausnahme sind Depression postpartum und manisch-depressive Erkrankungen.
- Antibiotikaeinnahme und hormonelle Verhütung. Die Annahme, dass Antibiotikagabe die Wirkung hormoneller Verhütung beeinträchtigt, hat sich nicht bestätigt. Mit Ausnahme von Rifampicin können alle Antibiotika verordnet werden, wenn hormonelle Verhütungsmethoden angewendet werden.

Quelle: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC_3/index.htm

IUD³- überarbeitete WHO-Leitlinien und neue Forschungsergebnisse führen zu besserer Verfügbarkeit

Die U.S. Agency for International Development (USAID) beschreibt in einer aktuellen Meldung das IUD als „wiederentdeckte“ Methode. Programme zu reproduktiver Gesundheit und Anbieter von Verhütungs-Dienstleistungen verbessern die Verfügbarkeit dieser Verhütungsmethode. Die Gründe hierfür liegen in der Anerkennung der vielen Vorteile der Methode, den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zu einer neuen Einstufung (Aufhebung der Einschränkungen bei bestimmten sexuell übertragbaren Erkrankungen und HIV) in den Leitlinien der WHO geführt haben⁴ und neuen Strategien in Familienplanungsprogrammen, die sich auf die Ausbildung von Fachkräften konzentrieren, die diese Methode anbieten können.

Die wesentlichen positiven Aspekte von IUD:

Die Kupfer-T-380A IUDs zeichnen sich durch eine hohe Verhütungssicherheit und einen langen Anwendungszeitraum (Jahre: 10+) aus. Die Kosten sind niedrig, die Anwendung ist verbraucherfreundlich und für eine Vielzahl von Frauen geeignet. Die Klientinnenzufriedenheit ist sehr hoch.

Die wesentlichen negativen Aspekte: Die meisten Frauen äußern keine oder zu vernachlässigende Begleitscheinungen, bei einigen kommt es jedoch zu starken Schmerzen, starken Regelblutungen, Zwischenblutungen oder der Ausstoßung des IUD. Frauen mit erhöhtem Risiko einer Chlamydien- oder Gonorrhoe- Infektion haben das Risiko einer aufsteigenden Infektion mit Beteiligung des gesamten kleinen Beckens.

Neue Belege für die Sicherheit: Eine in Kenya durchgeführte Studie zeigte keine Unterschiede bezüglich der Komplikationsrate bei HIV-positiven und HIV-negativen Frauen. Eine mexikanische Studie fand keinen Zusammenhang zwischen IUD- Anwendung und Infertilität. Durch zahlreiche Studien gibt es zunehmende Belege dafür, dass durch die Anwendung eines IUD das absolute Risiko einer aufsteigenden entzündlichen Erkrankung im kleinen Becken relativ niedrig bleibt,

³IUD = Intrauterine device: im deutschen Sprachgebrauch IUP = Intrauterinpeessar oder Spirale

⁴ siehe unter Hinweise „Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktualisiert ihre Leitlinien der Anwendung von Verhütungsmethoden“

sogar in den Regionen, in denen sexuell übertragbare Erkrankungen häufig vorkommen.

Wirkungsweise: Die Hauptwirkung des IUD ist nicht, wie häufig behauptet, die Verhinderung der Einnistung (Implantation), sondern sie wirkt im Wesentlichen durch Verhinderung der Befruchtung (Fertilisation).

Medizinisch unbegründete Barrieren der Anwendung: Hindernisse entstehen häufig durch ungerechtfertigte Anforderungen an das Alter der Frau oder vorausgehende Geburten. (Das IUD kann in jedem Alter und unabhängig von vorausgegangenen Geburten eingesetzt werden). Weitere Einschränkungen entstehen dadurch, dass die Einlage auf den Zeitraum der Menstruation beschränkt wird, sie wegen vaginalem Ausfluss gar nicht eingesetzt- oder dass eine unangemessen hohe Zahl an Kontrolluntersuchungen gefordert wird (aktuell wird eine Nachuntersuchung 3 bis 6 Wochen nach Einlage oder nach der nächsten Menstruationsblutung empfohlen).

Probleme bei IUD- Programmen: Während in einigen Ländern das IUD die meistangewendete Verhütungsmethode ist, spielt sie in anderen Ländern kaum eine Rolle. Faktoren, die dazu beitragen, sind Stigmatisierung der Methode und Nachwirkungen von IUD- Diskussionen und Problemen in den 70er und 80er Jahren. Auch übertriebene Bedenken im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Erkrankungen führen zu Zurückhaltung in der Verordnung.

Neue Ansätze, IUDs einer breiteren Gruppe von Frauen verfügbar zu machen: Als wesentliche Punkte werden genannt: Die Beseitigung medizinisch ungerechtfertigter Barrieren, die Orientierung an den überarbeiteten Leitlinien der WHO sowie eine intensiviertere Schulung von Professionellen. Weitere Informationen im Internet unter www.maqweb.org

Quelle: Global Health Technical Briefs, UNAID

Kommentar der Redaktion

In den USA hat die Spirale bei ÄrztInnen und Anwenderinnen einen eher schlechten Ruf. Nur 2% der Frauen verhüten damit, im Vergleich zu 10% der Frauen in Deutschland und 20% der Frauen in Schweden. Nachdem es in den 60er Jahren zu schweren Entzündungen mit einem Spiralentyp, dem Dalcon-Shield und hohen Schadenersatzforderungen kam, wurden die

meisten IUP-Typen von den Herstellern vom Markt genommen. An der Zurückhaltung gegenüber der Verhütung mit IUP hat sich bis heute nur wenig verändert. Obwohl die weltweit am häufigsten angewendete Spirale, das T CU-380A in den USA hergestellt wird, wird sie dort am seltensten benutzt. Vor diesem Hintergrund sind die Bemühungen der USAID, die Akzeptanz des IUD zu verbessern, auch zu verstehen.

Ergebnisse aktueller WHO-Studien zu IUD

Anwendungsdauer

Im Rahmen von Studienprogrammen wurde im Zeitraum 1989 bis 1998 bei ca. 6000 Frauen eine TCu-380A IUD eingesetzt, die meisten davon in den Jahren 1990-91. Im Jahr 2001 wurden die Daten der 10jährigen Anwendung bei einer ersten großen Gruppe von Frauen ausgewertet. Im Jahr 2003 lagen von über 500 Frauen Daten über 13 Anwendungsjahre vor. Die positiven Ergebnisse wurden bereits genutzt, um die Verlängerung der zugelassenen Liegezeit von 3 Jahren auf 10 Jahre zu unterstützen. Frauen werden auch weiterhin bis zu einer IUD- Liegedauer von 15 Jahren in der Studie erfasst und es wird erwartet, dass die Ergebnisse sogar eine Ausdehnung der zugelassenen Anwendungszeit über 10 Jahre hinaus bestätigen.

Sicherheit verschiedene Kupfer-IUDs

Eine randomisierte Studie zum Vergleich der TCu-380A und der Multiload 375 wurde Anfang der 90er Jahre begonnen und dauert noch an. Die Ergebnisse lassen bisher folgende Aussagen zu. Beide IUDs zeichnen sich durch eine hohe Verhütungssicherheit aus und haben bisher eine vergleichbare Anwendungsdauer. Trotz der insgesamt sehr zufriedenstellenden Daten zeigt die Multiload 375 in etwa doppelt so hohe intrauterine Schwangerschaftsraten wie die TCu-380A.

Hormonspirale

Der Vergleich der Hormonspirale (Intrauterines System auf der Basis des Hormons Levonorgestrel) und der Kupfer-IUD TCu -380A in einer Multicenter-Studie mit über 3800 Einlagen zeigt bislang: Die Anwendung der Hormonspirale ist mit einer signifikant niedrigeren Schwangerschaftsrate verbunden. Die Rate der Entfernungen, hauptsächlich wegen Blutungsstörungen, ist bei der Hormonspirale größer. Die Studie ist noch nicht abgeschlossen.

Quelle: Progress in Reproductive Health Research, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme

of Research, Development and Research Training in Human reproduction (HRP)
Department of Reproductive Health and Research,
World Health Organisation, Genf, Schweiz

Nationaler Ethikrat

Der Nationaler Ethikrat wurde im Juni 2001 auf Beschluss der Bundesregierung gegründet.

Er soll als nationales Forum des Dialogs zwischen den Lebenswissenschaften die interdisziplinäre Auseinandersetzung zwischen Naturwissenschaft, Medizin, Theologie, Philosophie, Sozial- und Rechtswissenschaften bündeln. Weiterhin ist er gefordert, zu ethischen Fragestellungen und neuen Entwicklungen im Bereich der Lebenswissenschaft und deren Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft Stellung zu beziehen.

Der Nationale Ethikrat ist unabhängig und nur an den formulierten Auftrag in seinem Einrichtungs-erlass gebunden. Aufgaben und Arbeitsweise bestimmt er selbst. Stellungnahmen, Empfehlungen und Berichte zu den verschiedenen Themen werden veröffentlicht. Gleiches gilt für Sitzungstermine und Themen. Den Vorsitz hat Prof. Dr.jur.Drs.h.c. Spiros Simitis, stellvertretende Vorsitzende ist Prof. Dr. rer. nat. Regine Kollek, Internetadresse: www.Ethikrat.org.

Im Internet sind im „Forum Bioethik“ Stellungnahmen zu folgenden Themen abzurufen:

- Zur Patentierung biotechnischer Erfindungen unter Verwendung biologischen Materials menschlichen Ursprungs
- Klonen zu Fortpflanzungszwecken
- Polkörperdiagnostik
- Biobanken für die Forschung
- Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft
- Stellungnahme zum Import menschlicher embryonaler Stammzellen

Wortprotokolle findet man zu folgenden Veranstaltungen:

- Unterhalt für das Kind als Schaden? Zur Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs

- Ethische Grenzen der Patentierung biotechnischer Erfindungen- Zur Rechtspraxis des Europäischen Patentamts
- Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung
- Globale medizinische Forschung- ein Testfall der Forschungsethik
- Behind the Ritual of Informed Consent
- Von der Heilbehandlung der Anthropotechnik Krankheit als normatives Konzept
- Zwischen altruistischer Spende und Produkt- Ethische Aspekte der Gewebetransplantation

BfArM – Brustimplantate Informationsbroschüre für Frauen

Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte hat eine Broschüre zum Thema Brustimplantate herausgegeben. Kurz und verständlich werden die wichtigsten Fragen, die in diesem Zusammenhang auftreten, beantwortet. Damit soll die Broschüre Frauen, die solch eine Maßnahme erwägen, eine Grundlage für eine informierte und überlegte Entscheidung bieten.

Inhalte der Broschüre betreffen Geschichte und Entwicklung von Brustimplantaten, rechtliche Anforderungen, Indikationen, Möglichkeiten des Brustaufbaus, Risiken, Erwartungen und Realität, Kontraindikationen, Aufklärung und Einverständniserklärung. Häufig gestellte Fragen werden beantwortet und ergänzende Informationsquellen genannt. Die Broschüre stellt den aktuellen Wissensstand zu Brustimplantate dar.

Sie kann über die Internetseiten des BfArM (www.bfarm.de) als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Einzelexemplare können über das

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Pressestelle
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
D-53175 Bonn

oder per E-Mail pressestelle@bfarm.de bestellt werden.

BfArM – Kondome und Nitrosamine

In Gummiartikeln können N-Nitrosamine enthalten sein. Diese werden durch den sogenannten Vulkanisierungsprozess gebildet. Nitrosamine gelten als hoch karzinogen (krebserzeugend) im Tierversuch und es muss davon ausgegangen werden, dass dies auch für den Menschen zutrifft. Deshalb gehen allgemein die Bestrebungen dahin, Nitrosaminkonzentrationen zu minimieren.

Aufgrund der Normen für Kondome (DIN EN ISO 4047 für Berstdruck, -volumen, Dichtigkeit) und die physikalischen Eigenschaften, die für eine hohe Anwendungsakzeptanz notwendig sind, können die im Herstellungsprozess entstandenen Nitrosamine nicht vollständig ausgewaschen werden.

Wie hoch die aufgenommene Menge an Nitrosaminen durch die Anwendung von Kondomen ist, kann noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die Aufnahme wird jedoch auf etwa ein Tausendstel der nahrungsbedingten täglichen Aufnahme (diese beträgt ca. 0,2-0,3 Mikrogramm) geschätzt. Bisher existieren noch keine standardisierten Verfahren zur Ermittlung des Nitrosamingehalts in Kondomen. Eine grundsätzlich unschädliche Konzentration kann vergleichbar mit anderen krebserzeugende Mittel nicht festgelegt werden, jedoch besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der Höhe des Risikos und der kumulativ (summierend) aufgenommenen Menge.

Umfrage der Zeitschrift BRIGITTE zu Frauenärzten

Die Zeitschrift BRIGITTE hat eine repräsentative Befragung von über 1000 Frauen im Alter ab 14 Jahren vorgenommen. Expertinnen des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF) waren an der Fragebogenentwicklung beteiligt. Zentrale Fragen waren: Fühlen sich Frauen von ihren FrauenärztInnen gut beraten? Werden sie als mündige Patientinnen behandelt? Werden nach der Gesundheitsreform noch alle notwendigen Behandlungen angeboten?

Die Ergebnisse lassen Defizite in folgenden fünf Bereichen erkennen:

1. Individuelle Beratung

Frauen wünschen sich mehr Zeit, bessere Informationen über den aktuellen Stand der Forschung und über alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie mehr Interesse für die eigene

Lebenssituation. Über 50 Prozent der Frauen gaben Verbesserungswünsche in einem der genannten Punkte an.

2. Schamgefühl, Ängste, Vorbehalte

Der Besuch beim Frauenarzt/ bei der Frauenärztin ist für 51 Prozent der befragten Frauen ein ganz normaler Arztbesuch, für 22 Prozent ist er mit gemischten Gefühlen verbunden und 17 Prozent empfinden den Frauenarztbesuch als sehr unangenehm. Bei den Frauen unter 30 Jahren gaben sogar fast die Hälfte der Frauen den Besuch als belastend an. 6,3 Prozent der Frauen beschrieben die Erfahrung, dass ihr persönliches Schamgefühl beim Frauenarzt/ärztin verletzt wurde. Bei 7,8 Prozent wurden Untersuchungen, Diagnosen und Therapien während der Untersuchung oder während des Umkleidevorganges besprochen.

3. Bevormundung

1,8 Prozent gaben an, dass Tests ohne ihr Einverständnis durchgeführt wurden. Weitere 1,8 gaben an, dass operative Eingriffe ohne Einverständnis durchgeführt wurden. Die Dunkelziffer wird deutlich höher eingeschätzt, da ohne Einwilligung durchgeführte Tests mit unauffälligem Ergebnis oft nicht mitgeteilt werden.

4. Hormontherapie

Nur 30,8 Prozent der befragten Frauen zwischen 45 und 65 Jahren gaben an, dass sie über Risiken und Nutzen einer Hormontherapie gründlich aufgeklärt wurden. Alternative Behandlungsmöglichkeiten erhielten nur 22,8 Prozent. In 7,2 Prozent erfolgte die Verschreibung ohne Aufklärung zu den Risiken.

5. Private Leistungen

Jeder vierten Frau wurden vom behandelnden Arzt/Ärztin IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) angeboten. Bei den 30 bis 45 jährigen Frauen betraf es jede dritte Frau. Die Leistungen betrafen im wesentlichen spezielle Untersuchungstechniken und Laborleistungen.

Weitere Informationen zur Umfrage sind im Internet unter www.brigitte.de/gesund/frauenarztumfrage erhältlich.

Neu diagnostizierte HIV-Infektionen- Aktuelle Trends

Das Robert Koch Institut berichtet in regelmäßigen Abständen über Entwicklungen der HIV-Infektionen. Im aktuellen Halbjahresbericht setzt sich der bereits im voran gehenden Halbjahresbericht beschriebene Trend fort: Die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualpartnern stieg im Vergleich zum ersten Halbjahr 2003 deutlich an, ist jedoch mit der im zweiten Halbjahr 2003 vergleichbar. Es lassen sich regionale Unterschiede feststellen: Wenn auch auf niedrigem Niveau, so nimmt die Zahl der Neuinfektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in den östlichen Bundesländern stärker zu. Eine weitere Besonderheit ist der deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Anteil an unter 30 jährigen neu infizierten in den östlichen Bundesländern.

Das Robert Koch Institut formuliert hierzu: Die Zunahme von neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten ist kein auf Deutschland beschränktes Phänomen, sondern ein Trend, der aus den meisten westlichen Industriestaaten berichtet wird. Als Gründe für die Zunahme der Erstdiagnosen werden folgende Faktoren diskutiert:

- eine Zunahme der Testungen in einem frühen Stadium der HIV-Infektion;
- die Zahl der lebenden HIV-Infizierten und damit auch der potentiellen Infektionsquellen steigt in den letzten Jahren durch die verlängerte Überlebensdauer kontinuierlich an;
- eine Zunahme der Zahl ungeschützter Sexualkontakte;
- eine zunehmende Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Infektionen (Syphilis, Gonorrhoe), die als Kofaktoren die HIV-Infektionen erleichtern können;
- ein Anstieg der durchschnittlichen Viruslast in der Gesamtpopulation der HIV-Infizierten dadurch, dass der Behandlungsbeginn im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren nach hinten verschoben wird. Während in den ersten Jahren der Verfügbarkeit von antiretroviralen Kombinationstherapien bereits bei T-Helferzellzahlen von weniger als 500 Zellen/ μ l und einer Viruslast von über 10.000 Kopien/ml eine Behandlungsindikation gesehen wurde, wird heute erst bei einem Abfall der CD4-

Zellzahl auf Werte unter 250-350 Zellen/ μ l eine Therapie empfohlen. Dadurch steigt im Vergleich zu den Vorjahren der Anteil nicht-behandelter HIV-Infizierter.

Wie viel die einzelnen Faktoren zu dem beobachteten Anstieg der neu diagnostizierten HIV-Infektionen beitragen ist noch unklar. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass die frühe Diagnosestellung wesentlich zur Zunahme beiträgt.

Weiterhin gibt der Halbjahresbericht eine bislang auf einzelne Bundesländer begrenzte Zunahme von neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei i.v. Drogengebrauchern an.

In der Gruppe der Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben, ist die Zahl der Neuinfektionen konstant.

Quelle: Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin, 25. August 2004/Sonderausgabe B, www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM.

Neuerscheinungen

AIDS-FORUM DAH Band 48
Schwule Männer und Aids:
Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit
Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Dr. Michael Bochow; Dr. Michael T. Wright; Michael Lange
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin
internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

Die selbstbestimmte Geburt
Handbuch für werdende Eltern
Mit Erfahrungsberichten
von Ina May Gaskin
Kösel-Verlag GmbH & Co., München
ISBN 3-466-34477-8