

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe November 2006 Nr. 3

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Neue Entwicklungen in der Sexualmedizin	3
Pille danach	14
Bericht zum 7. FIAPAC Kongress in Rom	15
Hinweise	
- Impfung gegen Humane Papillomavirus- Infektionen	17
- Neue Spirale mit Kupfer-Silber Draht bzw. Kupfer-Gold Draht	19
- Neue niedrig dosierte Pille mit Drospirenon	20
- Apotheke bietet große Auswahl an Verhütungsgelen für Diaphragma und Portiokappe	20
- Risiken des Verhütungspflasters und Vaginalrings	21
- Informationen zu Brustkrebs in türkischer Sprache	22
- Fachzeitschrift The Lancet thematisiert sexuelle und reproduktive Gesundheit	22

Impressum: © 2006

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

Seit der Einführung von Sildenafil (Viagra®) vollzieht sich in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen ein gesellschaftlicher Wandel. Das Thema wird zunehmend öffentlich, die Pharmaindustrie wirbt für Problembewusstsein und das fachliche Interesse fokussiert die Verbesserung von Diagnostik und Therapie - für Frauen ebenso wie für Männer. Bereits vor drei Jahren (FPR Nr. 2, 2003) berichtete der Familienplanungs-Rundbrief über neue Entwicklungen in der Sexualmedizin. Schwerpunkte waren die Veränderungen der Sexualität in den Wechseljahren und die Forschung zur Behandlung sexueller Störungen von Frauen und Männern mit Sildenafil.

In den letzten drei Jahren wurden neue Studien zur Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen veröffentlicht. Der vorliegende FPR fasst den aktuellen Stand dieser Forschung zusammen. Die medikamentösen Behandlungsansätze konzentrieren sich fast ausschließlich auf die hormonelle Therapie mit Androgenen. Das erste Produkt zur medikamentösen Therapie, ein Testosteron-freisetzendes Pflaster (Intrinsa®, wurde bereits in der EU zugelassen, es wird voraussichtlich Anfang 2007 in Deutschland auf den Markt kommen.

Der FPR berücksichtigt aber auch die Diskussion um die Klassifikation von sexuellen Problemen sowie einen neuen Behandlungsansatz der neben den körperlichen Aspekten die psychosoziale Faktoren hinreichend berücksichtigt. Fallbeispiele verdeutlichen die Erläuterungen.

Alle zwei Jahre tagt FIAPAC, eine internationale Organisation für Verbände und Fachkräfte, die in den Bereichen Schwangerschaftsabbruch und Verhütung tätig sind. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Themen und Debatten der diesjährigen Tagung finden sich in diesem Heft.

Eine Sonderausgabe der Fachzeitschrift *The Lancet* (1. Nov 2006) befasst sich mit dem Thema „Sexuelle und reproduktive Rechte“ und zwar vor dem Hintergrund eines dringenden Handlungsbedarfs, um die Gesundheit und die Menschenrechte von Frauen und Männern zu gewährleisten.

Zu dem Thema Impfung gegen Humane Papillomavirus- Infektionen bleiben noch einige Fragen offen. Trotzdem ist die Verfügbarkeit eines ersten Impfstoffes eine bedeutende Neuerung. Der aktuelle Kenntnisstand findet sich zusammengefasst in diesem Rundbrief. Die Diskussion hierzu sicherlich in den folgenden Ausgaben fortgeführt.

Neue Entwicklungen in der Sexualmedizin

Helga Seyler

Seit 1998, dem Zeitpunkt der Markteinführung von Viagra®, steigt das Interesse der medizinischen Fachwelt und der Industrie an Medikamenten zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Frauen. Weltweit gibt es eine Flut von wissenschaftlichen Studien und Veröffentlichungen zur Wirksamkeit solcher Medikamente sowie zur Häufigkeit von sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen. Es wurden neue Fachorganisationen gegründet und neue Fachzeitschriften zur Veröffentlichung dieser Studien auf den Markt gebracht. Zusätzlich gibt es zahlreiche Fortbildungsaktivitäten für ÄrztInnen sowie Berichte in den Laienmedien über diese Behandlungsansätze.

Diese Entwicklungen, insbesondere der Einfluss der Industrie, werden aber auch von kritischen Stimmen begleitet. Befürchtet wird die Medikalisierung von Sexualität allgemein und der sexuellen Probleme von Frauen. Dadurch könnten andere Faktoren, die für das sexuelle Erleben von Frauen als wesentlich angesehen werden, aus dem Blick geraten.

Um dem entgegenzuwirken, wurde von einer Gruppe von SexualtherapeutInnen und SoziologInnen in den USA ein neuer Ansatz für den beratenden und therapeutischen Umgang mit sexuellen Problemen von Frauen entwickelt. Dieser Ansatz soll die Bedeutung psychosozialer, soziokultureller und sozioökonomischer Zusammenhänge menschlicher Sexualität und sexueller Probleme genauso einbeziehen wie physiologische und biologische Aspekte. Der Ansatz wurde in dem Buch „A New View of Women's Sexual Problems“ (Kaschak, 2001) beschrieben. Eine ausführliche Darstellung findet sich auch in einem Fortbildungsbeitrag in der Internetzeitschrift *Medscape* (Hicks 2005).

Neue Diagnosen für sexuelle Probleme

Die Klassifikation von sexuellen Funktionsstörungen bei Männern und Frauen stützte sich seit den 70er Jahren auf den anhand von Forschungsergebnissen von Masters und Johnson entwickelten „Sexuellen Reaktionszyklus“. Diese Klassifikation wird aus mehreren Gründen als fragwürdig angesehen. Die Allgemeingültigkeit der Forschungsergebnisse von Masters und Johnson ist wissenschaftlich sehr umstritten, da die Ver-

suchspersonen nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung waren und Masters und Johnson den Ablauf der Untersuchungen stark beeinflusst haben. Die Funktionen von Männern und Frauen werden im sexuellen Reaktionszyklus gleichgesetzt, was wahrscheinlich den Abläufen vieler Frauen nicht entspricht. Es gibt keine großen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen, um Normen für sexuelle Funktionen als Basis für die Definition von Störungen zu etablieren; die existierenden Normen werden als kulturspezifisch angesehen.

Aus diesen Gründen scheint eine Veränderung der Diagnoseklassifikationen sinnvoll. Die bisher vorgenommenen Modifikationen dienen jedoch eher der Anpassung der Diagnosen an die Erfordernisse von Studien als an die Erfahrungen von Frauen.

Als wichtige Verbesserung wird angesehen, dass im Jahr 1998 auf einer Konsensus-Konferenz¹ zusätzlich zu den 4 Kategorien von Störungen (Störungen des sexuellen Verlangens, Erregungsstörungen, Orgasmusstörungen und Schmerzstörungen) der Faktor „Leidensdruck“ eingeführt wurde. Das bedeutet, dass ein Problem nur dann als Funktionsstörung angesehen wird, wenn die betroffene Frau darunter leidet (Basson 2000). Darüber hinaus wurde die Klassifikation aber wenig verändert.

Die Schwierigkeiten, die Definitionen der Funktionsstörungen an klinische Studien anzupassen haben zu weiteren Entwicklungen der Nomenklatur geführt. Inzwischen gibt es eine Fülle von neuen diagnostischen Umschreibungen sexueller Probleme von Frauen zum Beispiel "hypoactive sexual desire disorder," "sexual aversion disorder," "female orgasmic disorder," "female androgen deficiency syndrome," "psychotropic-induced sexual dysfunction," "female sexual arousal disorder," und "persistent sexual arousal syndrome".

Die neuen Diagnoseklassifikationen berücksichtigen jedoch nicht die für Frauen als wesentliche Ursachen von Funktionsstörungen angesehenen psychosozialen Faktoren. Diese sind zentral in der Diagnoseklassifikation der „Neuen Sicht“, die wie weiter unten dargestellt wird.

¹ organisiert von Irwin Goldstein, einem Urologen, der zur erektilen Dysfunktion forscht und durch eine urologische Fachgesellschaft und mehrere Pharma-Firmen finanziell unterstützt wird. Die neue Klassifikation wurde in der Zeitschrift des Amerikanischen Urologenverbands veröffentlicht, wodurch die Bedeutung der Urologen für das Management sexueller Probleme von Frauen betont wird.

Sexuelle Störungen bei Frauen sind häufig

In allen Befragungen zu ihrer Sexualität geben Frauen sehr häufig an, dass sie damit Probleme haben. Die Hintergründe und Ursachen bleiben in den meisten Studien offen..

In der medizinischen Fachliteratur und in Laienmedien werden diese Ergebnisse oft zitiert, um den Bedarf an medikamentösen Behandlungsansätzen zu belegen. Eines der am häufigsten zitierten Studienergebnisse ist die Aussage aus einer Studie von 1999 (Laumann 1999), 43% der Frauen hätten sexuelle Funktionsstörungen. Diese Aussage wird selbst von den Autoren der Studie kritisch gesehen. Das Ergebnis kam zustande, indem etwa 1500 Frauen gebeten wurden, mit ja oder nein zu antworten, ob sie im vorangegangenen Jahr für mindestens zwei Monate eines von 7 Problemen hatten. Zu den Problemen gehörte Mangel an sexuellem Verlangen, Sorge um die sexuelle Leistungsfähigkeit und Schwierigkeiten mit dem Feuchtwerden. Wenn die Frauen nur eine der 7 Fragen mit ja beantworteten, wurde dies als sexuelle Dysfunktion gewertet (Moynihan 2003).

Studien, die sich differenzierter mit den Hintergründen für sexuelle Probleme beschäftigen, zeigen, dass psychosoziale Faktoren einen größeren Einfluss auf sexuelle Probleme haben als zum Beispiel Hormone. Ein Großteil der Funktionsstörungen ist demnach wahrscheinlich nicht durch hormonelle Defizite oder körperlich bedingte Erregungsstörungen verursacht ist, sondern durch unpassende äußere Faktoren.

Zum Beispiel waren die 3 am häufigsten angekreuzten Punkte einer Liste von Situationen, die mit sexuellen Problemen zu tun haben: zu müde sein, um Sex zu haben; keine Zeit dafür haben; geringeres sexuelles Verlangen, als gewünscht. Etwa 28% der Situationen hatte mit körperlichen Reaktionen der Frau oder ihres Partners zu tun (Ellison 1993).

Auch in einer Studie, in der der Einfluss hormoneller und Beziehungsfaktoren auf die sexuelle Funktion während des menopausalen Übergangs untersucht wurde, kamen die AutorInnen zu dem Schluss, dass der Einfluss von Beziehungsfaktoren größer ist als der Einfluss der Wechseljahre selbst (Dennerstein 2005).

In den neuesten internationalen Daten von 13882 Frauen und 13518 Männern aus 29 Ländern in der Pfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (Pfizer 2005), wurde der Zusammenhang sexueller Funktionsstörungen sowohl mit

psychosozialen und Beziehungsfaktoren als auch mit körperlichen Faktoren bestätigt. In der Untersuchung verschiedener Aspekte von Sexualität und Beziehung bei 40-80jährigen Erwachsenen waren der Mangel an sexuellem Interesse und Unfähigkeit, zum Orgasmus zu kommen weltweit die häufigsten von Frauen genannten Probleme (26 -43 % bzw. 18-41%). Eine Zunahme von sexuellen Problemen mit dem Alter, unabhängig von anderen Faktoren, war bei Männern deutlich. Bei Frauen waren Probleme mit dem Feuchtwerden das einzige Symptom, das speziell mit dem Alter zunahm.

Doch auch dieses Problem, das Frauen mit zunehmendem Alter in allen Studien berichten und das ausschließlich mit einem Mangel an Östrogenen in Verbindung gebracht wird, kann als eine Folge von unpassenden Umständen gesehen werden. Kirsten von Sydow hat in ihrem Beitrag im FPR von 2003 darauf hingewiesen (v. Sydow 2003), dass bei Frauen in und nach den Wechseljahren die Schleimhäute im Genitalbereich zwar im nicht erregten Zustand trockener werden, die Lubrikation bei sexueller Erregung jedoch meist nicht beeinträchtigt ist. Das heißt, dass Schmerzen und Beschwerden auftreten, wenn Frauen versuchen, in nicht erregtem Zustand Geschlechtsverkehr zu haben. Dies kann jedoch häufig der Fall sein, da sich die Normen sexuellen Handelns nach wie vor eher an männlichen Bedürfnissen orientieren.

Medikamentöse Behandlungsansätze

Zur Zeit konzentriert sich die Forschung zur medikamentösen Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen auf Testosteron und Sildenafil.

Es gibt aber auch andere Forschungsansätze, wie zum Beispiel die Untersuchung einer zentral wirksamen Substanz – ein Hormon, das an die Melanocortin-Rezeptoren bindet und bei Ratten das Paarungsverhalten stimulieren kann. Es wird vermutet, dass daraus eine Substanz zur selektiven Behandlung von Störungen des sexuellen Verlangens entwickelt werden kann (Pfaus 2004, Diamond 2006).

Die Firmen erwarten einen riesigen Markt für diese Pharmaka in der Größenordnung von mehreren Billionen Dollar. Eine Firma informiert BesucherInnen ihrer Web-Site², dass sie Produkte entwickeln und auf den Markt bringen, die die sexuelle Gesundheit wiederherstellen und die Lebensqualität verbessern sollen.

Sildenafil

Schon 1998, kurz nach der Zulassung von Sildenafil, begann bereits die Suche nach Medikamenten, mit denen sich speziell sexuelle Probleme von Frauen behandeln lassen. Es wurden mehrere Studien mit Sildenafil veröffentlicht. Es soll speziell bei Beeinträchtigung der sexuellen Erregbarkeit von Frauen wirksam sein (siehe Familienplanungsrundbrief 2 Juni 2003).

Die Herstellerfirma Pfizer hat inzwischen bekannt gegeben dass sie derzeit keine Zulassung von Sildenafil zur Behandlung von sexuellen Erregungsstörungen bei Frauen anstrebt (Mayor 2004). Placebo-kontrollierte Studien mit etwa 3000 Frauen mit sexuellen Erregungsstörungen hatten widersprüchlichen Ergebnissen gezeigt. Ein Firmensprecher merkt an, dass sexuelle Erregungsstörungen von Frauen viel komplexer sind, als die erektile Dysfunktion bei Männern. Die Diagnose setzt die Erfassung von körperlichen, emotionalen und Beziehungsfaktoren voraus und diese komplexen, voneinander abhängigen Faktoren machen es sehr schwer, den Effekt einer medikamentösen Behandlung zu messen.

Dr. Bancroft, Direktor des Kinsey-Instituts äußerte, dass er nicht überrascht wäre, wenn es eine kleine Gruppe von Frauen gäbe, die von einer Behandlung mit Sildenafil profitieren könnte. Aber für die meisten Frauen sei die Ursache ihres Problems nicht durch Sildenafil zu beheben. Studien im Kinsey-Institut unterstreichen, dass für viele Frauen sexuelle Lust und Erregbarkeit davon abhängen, dass die Situation passend ist, und diese kann auf sehr unterschiedliche Weise unpassend sein (Mayor 2004).

Gestützt auf die Ergebnisse von einigen kleineren Studien wird jetzt in Fachmedien und auf Fortbildungen die (off-Label³) Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen durch Sildenafil bei bestimmten Gruppen von Frauen empfohlen, insbesondere bei Frauen mit Beeinträchtigungen der

2

<http://www.medscape.com/px/linkto?to=www.vivus.com/>

Sexualität unter Behandlung einer Depression mit SSRI⁴ (Gynecol Tribune 2003).

Testosteron - Behandlungsansätze für die sexuelle Lust von Frauen

Testosteron ist die Substanz, die zur Behandlung von sexuellen Problemen von Frauen am intensivsten und längsten untersucht wurde. Ausgehend davon, dass ein Androgenmangel die sexuelle Lust bei Frauen beeinträchtigt, soll die Substitution diesen Mangel ausgleichen.

Dass es Zusammenhänge zwischen bioverfügbarem (freiem⁵) Testosteron und verschiedenen Aspekten des sexuellen Erlebens bei Frauen gibt, und dass die Einnahme von Testosteron das sexuelle Erleben beeinflussen kann, ist seit langem bekannt. In den letzten zwei Jahren wurden zahlreiche Artikel über die Bedeutung der Androgene für die Sexualität von Frauen und über den Effekt einer Androgenbehandlung veröffentlicht.

Die Diagnose des klinischen Androgenmangels und der Zusammenhang mit bestimmten sexuellen Beschwerden von Frauen bleiben jedoch fragwürdig und es gibt viele ungeklärte Probleme.

Als Symptome des Androgen-Mangel-Syndroms werden verminderte sexuelle Lust und Motivation, unerklärte Erschöpfung und allgemeines Krankheitsgefühl beschrieben, also recht unspezifische Symptome, die vielerlei Ursachen haben können. Für die Diagnose müssen deshalb weitere Kriterien erfüllt sein:

- ein möglicher Östrogenmangel muss ausgeglichen sein
- der Serumspiegel des freien Testosteron muss unter oder im unteren Viertel des Referenzbereichs für Frauen im reproduktiven Alter liegen
- andere Ursachen für die Beschwerden müssen ausgeschlossen werden (zum Beispiel Stressfaktoren, Partnerschaftsprobleme, Schilddrüsenerkrankungen, schwere Stoffwechselstörungen oder Mangel an Vitamin D oder Eisen, oder andere Gründe für chronische Erschöpfung und Depressionen)

³ Als off-Label wird die Anwendung von Medikamenten bei Beschwerden und Krankheiten bezeichnet, für die die Medikamente nicht zugelassen sind.

⁴ Selektive Serotonin reuptake inhibitors, eine Gruppe von antidepressiv wirksamen Medikamenten

⁵ Testosteron wird im Blut auch an ein Eiweiß, das Sexualhormon-bindende Globulin (SHBG), gebunden und ist in dieser Form nicht wirksam, nur das freie Testosteron entfaltet seine Wirkung im Gewebe.

- eine Ursache für den Androgenmangel muss feststellbar sein (Bachmann 2002).

Messung des Testosteron-Spiegels

Der Testosteronspiegel ist in erster Linie altersabhängig. Besonders im Alter von 40 bis 50 Jahren wird ein stärkeres Absinken des Spiegels beobachtet, während des menopausalen Übergangs sinkt der Spiegel dagegen nicht überdurchschnittlich. Die wichtigste Ursache für einen Androgenmangel ist die Entfernung der Eierstöcke. Sie führt zu einem Abfall des Testosteronspiegels um 50%. Ein weiterer Grund ist ein Anstieg von SHBG⁶. Dieser wird in erster Linie durch Östrogengaben verursacht, entweder durch Hormonbehandlung in den Wechseljahren oder auch durch orale Kontrazeptiva. Ohne Hormonbehandlung sinkt der SHBG-Spiegel in der Menopause eher, was zu einer Zunahme des freien Testosteron führen kann.

Eine zusätzliche Schwierigkeit bei der Diagnose des Androgen-Mangel-Syndroms ist, dass die üblichen Testverfahren für die Messung der höheren männlichen Testosteronspiegel entwickelt wurden, und im Bereich der unteren Norm für Frauen keine genauen Ergebnisse liefern. Außerdem unterliegt der Testosteronspiegel Tageschwankungen und zyklischen Schwankungen und es gibt keine abgesicherten Daten, um zwischen normalen und zu niedrigen Werten zu unterscheiden.

Es gibt keine Studien, die nach Ausschluss von anderen möglichen Ursachen einen Zusammenhang zwischen einer Beeinträchtigung der sexuellen Lust und niedrigen Testosteronspiegeln eindeutig belegen. Daten aus einer neuen Querschnittsstudie mit 18-75jährigen Frauen zeigten keinen Zusammenhang zwischen niedrigen Androgenspiegeln und niedrigen Werten in den Tests für sexuelle Funktionen (Davis 2005).

Auswirkungen einer Testosterongabe auf sexuelle Funktionen wurden in vielen Studien gefunden. Größere kontrollierte Studien wurde jedoch im Wesentlichen mit Frauen nach Entfernung der Eierstöcke durchgeführt, die gleichzeitig mit Östrogenen behandelt wurden. Für diese Gruppe von Frauen kann bei Beeinträchtigung der sexuellen Lust eine Behandlung mit Testosteron auch nach Meinung kritischer ExpertInnen sinnvoll sein.

⁶ Sexualhormon bindendes Globulin, ein in der Leber gebildetes Protein, an das Testosteron und andere Sexualhormone gebunden sein können

Neues Testosteronpflaster

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studien (Buster 2005, Braunstein 2005) wurde ein Testosteronpflaster im Sommer dieses Jahres von der EMEA (European Medicines Agency) in der EU zugelassen⁷ (Intrinsa®). Es wird voraussichtlich Anfang 2007 in Deutschland auf den Markt kommen.

Die Anwendung bezieht sich entsprechend der Zulassung auf Frauen, denen die Gebärmutter und beide Eierstöcke entfernt wurden, und die an einem Mangel an sexuellen Gedanken und sexuellem Verlangen leiden, der sie seelisch belastet. Die Frauen müssen gleichzeitig ein Östrogenpräparat einnehmen.

Bei der Einnahme von konjugierten Östrogenen war in den Studien die Wirkung von Intrinsa® deutlich geringer, als mit Estradiol oral oder mit transdermalen Östrogenen. Die Anwendung von Intrinsa® bei Frauen über 60 Jahren wird laut Zulassung nicht empfohlen, da es zur Wirkung bei ihnen nicht ausreichend Daten gibt.

Intrinsa® ist in den USA durch Laienmedien als „das Pflaster“ schon allgemein bekannt gemacht worden. Die Zulassung in den USA wurde von der FDA jedoch vorerst abgelehnt (FDA 2004). Die Ablehnung wird mit Bedenken in Bezug auf die klinische Relevanz der Behandlungsergebnisse begründet, da zwar anhand der Fragebögen signifikante Ergebnisse gemessen wurden, aber tatsächlich die Veränderungen in der Sexualität bei Testosteronanwendung im Vergleich zu Placebo gering waren (mit dem Pflaster stieg die durchschnittliche Zahl der befriedigenden sexuellen Erlebnisse pro Monat von 3 auf 5, unter Placebo von 3 auf 4; mehr als die Hälfte der Anwenderinnen berichtete keine positive Veränderung⁸).

Außerdem hat die FDA Bedenken in Bezug auf die Langzeit-Sicherheit der Anwendung. Die Studienergebnisse zu Risiken sind auf die Anwendung von einem Jahr begrenzt.

Bekanntete Nebenwirkungen von Testosteron sind Akne, Stimmveränderung, Bartwuchs, Wassereinlagerung und Gewichtszunahme. Diese Nebenwirkungen sind wahrscheinlich bei der niedri-

gen Dosierung des Testosteronpflasters für Frauen meist gering ausgeprägt. Ungeklärt ist das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus und für Brustkrebs. Es gibt Studien, die ein erhöhtes Brustkrebsrisiko bei Anwendung von Testosteron vermuten lassen, andere zeigen kein erhöhtes Risiko. Auch die Langzeitrisiken der kombinierten Anwendung von Testosteron und Östrogenen sind unklar.

Off-label-Use

Trotz des fraglichen Nutzens und der ungeklärten Risiken einer Testosteronbehandlung und der Ablehnung der Zulassung durch die FDA wird Testosteron in den USA bereits off-label bei sexueller Lustlosigkeit verschrieben, überwiegend bei postmenopausalen Frauen. Eine Befragung von GynäkologInnen ergab, dass diese durchschnittlich 4 Rezepte pro Woche ausstellten (Freeman 2004).

In der Zulassung der EMEA wird die Anwendung von Intrinsa® bei Frauen mit natürlicher Menopause aufgrund fehlender Daten über die Wirksamkeit ausdrücklich „nicht empfohlen“. Trotzdem wird auch in Europa eine off-label Anwendung erwartet. Sie wird in deutschen Fachzeitschriften (z.B. Göretzlehner 2004) bei „Androgeninsuffizienz“ unabhängig vom Menopausenstatus empfohlen.

Da die Wirkung von Testosteron auf die Gebärmutterschleimhaut unklar ist, müssen Frauen mit Gebärmutter wahrscheinlich zusätzlich noch ein Gestagen anwenden.

Eine „neue Sicht“ sexueller Probleme von Frauen

Um der zunehmenden Medikalisierung sexueller Probleme etwas entgegenzusetzen, wurde der in der Einleitung bereits erwähnte Ansatz: A New View of Women's Sexual Problems entwickelt. Das Ziel der VertreterInnen der „Neuen Sicht“ ist es, ein multidimensionales Modell sexueller Funktion anzubieten, das den Erfahrungen von Frauen möglichst gerecht wird. Es soll ÄrztInnen, BeraterInnen und SexualtherapeutInnen unterstützen, im Praxisalltag Frauen mit sexuellen Problemen besser helfen zu können.

Die VertreterInnen der „Neuen Sicht“ empfehlen, die Sexualität von Frauen in einem breiteren Rahmen soziokultureller, wirtschaftlicher und Beziehungsfaktoren zu betrachten, da diese eine große Rolle bei der Entwicklung der Sexualität und sexueller Probleme spielen. Die von den Frauen geäußerten Probleme sollten im Zusam-

⁷ Informationen über die Zulassung und Produktinformationen:

<http://www.emea.eu.int/humandocs/Humans/EPAR/intrinsa/intrinsa.htm>

⁸ Siehe auch Zulassung der EMEA.

<http://www.emea.eu.int/humandocs/Humans/EPAR/intrinsa/intrinsa.htm>

menhang mit ihren Konflikten und ambivalenten Gefühlen und den spezifischen Erfahrungen im gesellschaftlichen Kontext gesehen werden. Ausgangspunkt von Beratung und Therapie sollte die Beschreibung und Definition des Problems durch die Frau selbst sein anstatt primär nach einer Diagnose innerhalb des funktionellen Schemas von Verlangen, Erregung und Orgasmus zu suchen, und diese in den Vordergrund der Betrachtung zu stellen.

Die körperlichen Aspekte sexueller Erfahrungen und medizinische Faktoren sollen nicht vernachlässigt werden. Jedoch wird betont, dass ein umfassendes und angemessenes Verständnis sexueller Probleme die Untersuchung psychosozialer Faktoren beinhalten muss.

Die „Neue Sicht“ bietet ein neues, sehr differenziertes Diagnoseschema an. In diesem werden Problem nicht nach Symptomen (Störungen von Lust, Erregung oder Orgasmus) klassifiziert, sondern nach auslösenden Faktoren und Ursachen (soziokulturelle, partnerschaftliche, innerpsychische und medizinische Faktoren).

Zu den soziokulturellen Faktoren wird zum Beispiel das Fehlen einer Sprache zur Beschreibung des sexuellen Erleben gezählt, der Mangel an Informationen über Körperabläufe sowie der Mangel an Informationen über den Einfluss von Geschlechterrollen auf sexuelles Handeln. Außerdem gehören Ängste in Bezug auf die eigene Attraktivität sowie Verwirrung und Scham in Bezug auf die sexuelle Orientierung dazu. Zu den partnerschaftlichen Faktoren gehören auch ungleiche Machtverteilung, unterschiedliche Bedürfnisse und Kommunikationsprobleme. Als medizinische Faktoren werden Krankheiten, Operationen sowie Nebenwirkungen von Medikamenten berücksichtigt.

Das Schema gibt den individuellen Erfahrungen, dem persönlichen Wissen und den Lebensumständen der Frauen breiten Raum.

Außerdem gibt es einen differenzierten Anamneseleitfaden für das Gespräch mit Patientinnen. Dieser wird ergänzt durch Empfehlungen zum weiteren diagnostischen und therapeutischen Vorgehen.

Die „Neue Sicht“ geht auch auf die Voraussetzungen und Grundlagen der Qualifikation von BeraterInnen ein und gibt Hinweise auf Fortbildungsmöglichkeiten in Seminaren, in der Fachliteratur und im Internet.

Einige der Grundlagen sind

- Reflektion der eigenen Werte und Normen sowie der Vorstellungen von „ge-

sunder und normaler Sexualität“. Reflektion der Toleranz und Akzeptanz für sexuelle Abweichungen von der eigenen Norm.

- Wissen über den Einfluss soziokultureller Faktoren und Geschlechterrollen auf sexuelles Erleben und Handeln
Training und Erfahrung im Sprechen über Sexualität. Übung im genauen Zuhören und Erfragen der individuellen Sicht der Frau (was genau ist zum Beispiel ihre Vorstellung von sexueller Befriedigung und Zufriedenheit)
- Erfahrung im Erfragen von sexueller und häuslicher Gewalt
- Wissen über den Einfluss von chronischen Krankheiten und von Medikamenten auf die Sexualität

Ein großer Stellenwert wird der Sexualaufklärung eingeräumt. Davon ausgehend, dass mangelhafte und falsche Informationen über Körpervorgänge sowie Mythen über normale sexuelle Funktionen weit verbreitet sind und einen großen Anteil an sexuellen Problemen haben wird empfohlen, den Patientinnen Medien wie Bücher und Videos zur Verfügung zu stellen. Die Veröffentlichung im Internet enthält eine Liste empfehlenswerter Medien (Hicks 2005).

Die „Neue Sicht“ gibt eine Fülle von Denk- und Handlungsanregungen für den Umgang mit sexuellen Problemen. Der Ansatz erscheint aber auch sehr anspruchsvoll. Dies könnte insbesondere in der Zeitknappheit der ärztlichen Praxis dazu verleiten, doch eher dem oft geäußerten Wunsch der Patientin nachzugeben und versuchsweise zunächst ein Medikament anzubieten.

Deswegen erscheint es wichtig, darauf hinzuweisen, dass für viele Frauen bereits die Möglichkeit, überhaupt über ihr Problem sprechen zu können oder die Korrektur häufiger Fehlinformationen schon sehr entlastend und hilfreich ist. In Befragungen geben außerdem viele Frauen wie Männer an, dass sie sich wünschen, von ihren ÄrztInnen auf sexuelle Probleme angesprochen zu werden. Das bedeutet, ein Gesprächsangebot ist bereits eine wichtige Hilfe, auch wenn eine schnelle Lösung nicht angeboten werden kann.

Literatur:

Bachmann G, Bancroft J, Braunstein G, et al. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertil Steril* 2002;77:660-665.

Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Urology* 2000; 163:888-893

Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, et al. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2005;165:1582-1589.

Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 Pt 1):944-952.

Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005;294:91-96.

Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 2005;84:174-180.

Diamond LE, Earle DC, et al. An effect on the subjective sexual response in premenopausal women with sexual arousal disorder by bremelanotide (PT-141), a melanocortin receptor agonist. *The journal of sexual medicine* 2006; 3:628-38

Ellison CR. *Women's Sexualities: Generations of women share intimate secrets of sexual self-acceptance.* Oakland, California: New Harbinger Press; 2000

FDA Intrinsic Advisory Committee Transcript, 2004, Dec. 2. Available at: <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/transcripts/2004-4082T1.htm>. Accessed 10/03/05.

Freeman MP. Testosterone supplementation in women: prescribing practices in one community. *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13:239-240.

Göretzlehner G, Göretzlehner U, Feldmann HU. Androgensuffizienz der Frau: Neben Testosteron kommen therapeutisch DHEA, Tibolon sowie E2V + MPA in Frage. *Gyne* 2004; September: 140-144

Hicks K. The "New View" Approach to Women's Sexual Problems. *Medscape* 2005; Nov 7. <http://www.medscape.com/viewprogram/4705>

Kaschak E, Tiefer L (Hrsg.). *A New View of Women's Sexual Problems.* New York, NY: The Haworth Press; 2001.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17: 39-57

Mayor S. Pfizer will not apply for a license for sildenafil for women. *BMJ* 2004;328:542.

Moynihan, R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45-47.

NAMS Board of Trustees. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2005;12:497-511

Pfaus JG, Shadiack A, VanSoest T, Tse M, Molinoff P. Selective facilitation of sexual solicitation in the female rat by a melanocortin receptor agonist. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004;101:10201-10204.

Pfizer. The Pfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Available at: <http://www.pfizerglobalstudy.com/>. Last accessed October 20, 2005.

Seyler H. Medikamentöse Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen. Medikalisierung sexueller Unzufriedenheit? *Familienplanungsrundbrief* 2003; Nr. 2: 8-12

Von Sydow K. Sexualität und Wechseljahre. *Familienplanungsrundbrief* 2003; Nr. 2: 4-8

Fallbeispiele

Um die Möglichkeiten sowohl eines primär psychosozialen Ansatzes als auch eines eher auf körperliche Faktoren fokussierenden Ansatzes deutlicher zu machen, haben zwei ExpertInnen anhand von Fallbeispielen das aus ihrer Fachsicht mögliche diagnostische und therapeutische Vorgehen beschrieben.

Dr. Maria J. Beckermann ist als Frauenärztin seit 1984 in einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis mit psychosomatischem Schwerpunkt in Köln niedergelassen. Sie arbeitet auch psychotherapeutisch mit verschiedenen Ausbildungen und Spezialisierungen; Sexualtherapeutische Weiterbildung an der Abteilung für Sexualforschung, Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf.

Dr. J. H. Sievers ist niedergelassener Frauenarzt in Bad Bramstedt; Schwerpunkte: Sexualmedizin, Psychosomatik, Endokrinologie, gynäkologische Operationen. Er hat eine Privatpraxis für Sexualmedizin in Hamburg (im Internet unter www.sexuelle-stoerungen-der-frau.de).

Frau A

Frau A., 36 Jahre alt, spricht bei der Routineuntersuchung an, dass sie keine Lust auf Sex hat. Sie fragt, ob das an der Pille oder an ihren Hormonen liegen kann. Sie ist seit 12 Jahren verheiratet und hat 3 Kinder im Alter zwischen 5 und 11 Jahren. Sie arbeitet als Haushaltshilfe. Vor 7 Jahren ist die Familie wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten aus Ecuador nach Deutschland migriert. Verhütung seit vielen Jahren mit oralen Kontrazeptiva (OC).

Bei der weiteren Anamnese berichtet sie, ihre Lust auf Geschlechtsverkehr sei zu Beginn der Ehe größer gewesen, und im Laufe der Jahre langsam weniger geworden. Einen Orgasmus hatte sie nie, sie hat auch keine Erfahrung mit Masturbation.

Sie hat Angst, dass sich ihr Mann einer jüngeren Frau zuwendet, deswegen möchte sie jetzt etwas verändern.

Sie arbeitet jeden Tag etwa 5 Stunden in verschiedenen Haushalten. Daneben erledigt sie den eigenen Haushalt und versorgt die Kinder. Abends sei sie meist sehr müde.

Ihr Mann ist voll berufstätig, an der Hausarbeit beteiligt er sich kaum. Sie empfindet die Ehe als gut, auch wenn sie sich mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung von ihrem Mann wünscht.

Dr. Maria Beckermann

An Frau A. gerichtet

„Liebe Frau A., ich würde Ihnen gerne einen Gesprächstermin anbieten, an dem wir genügend Zeit haben, über Ihr Problem zu reden.

.....

Schön dass Sie sich die Zeit genommen haben, über Ihre Sexualität zu sprechen. Das zeigt ja, dass Ihnen dieses Problem sehr am Herzen liegt.“

Zunächst mal habe ich eigentlich mehr Fragen als Antworten. Ich würde Frau A. frei über ihr Problem erzählen lassen und die Fragen anschließen, die aus ihrer spontanen Erzählung nicht beantwortet werden, z.B.

„Frau A., Sie haben angesprochen, dass Sie Angst haben, Ihr Mann könnte sich einer jüngeren Frau zuwenden. Wie kommen Sie JETZT darauf? Ist irgendetwas vorgefallen? Haben Sie einen konkreten Anlass zu dieser Befürchtung?“

Diese Frage soll klären, wie akut für A. unter Druck steht. Wenn konkret eine andere Frau im Spiel ist, ist Krisenmanagement angezeigt. Wenn es nur eine sehr vage Befürchtung ist oder sie

seit jeher zur Eifersucht neigt, haben wir mehr Zeit, uns um ihre eigenen Bedürfnisse zu kümmern.

„Frau A., Sie haben erzählt, dass Sie nie einen Orgasmus hatten. Macht Ihnen der Sex mit Ihrem Mann trotzdem Spaß? Erzählen Sie mal, was und wie Sie heute oder früher besonders genießen können/konnten?“

Mit dieser Frage möchte ich verhindern, dass es nur um die Defizite der Pat. geht. Ich möchte einen Eindruck gewinnen von ihrer Genuss- und Erlebnisfähigkeit. Was immer sie in der Intimität mit ihrem Mann genießen kann, findet Wertschätzung, indem es den Praktiken, die ihr Mann genießt, gegenübergestellt wird. Dadurch wird deutlich, dass nicht einer der beiden Partner Lust hat und potent ist, während die andere keine Lust hat und „gefühlskalt“ ist, sondern dass beide Partner unterschiedliche Vorlieben und Bedürfnisse haben, die gleichermaßen ihre Berechtigung haben und über deren Befriedigung das Paar verhandeln kann.

„Wie sind Sie und Ihr Mann denn damit umgegangen, dass Sie keinen Orgasmus bekamen? Haben Sie viel miteinander ausprobiert und versucht, einen Orgasmus zu bekommen oder war Ihnen das nie so wichtig? Oder hätten Sie sich manchmal gewünscht, dass Ihr Mann sich mehr bemüht hätte oder geschickter ist, damit Sie einen Orgasmus bekommen?“

Hier hat Frau A. die Möglichkeit, ihre Zufriedenheit mit ihrem Mann als Liebhaber zum Ausdruck zu bringen. Das sagt jedoch erst mal nicht viel aus, weil viele Frauen ihren Mann in Schutz nehmen: „Er ist immer so rücksichtsvoll“. Hier kann ich auf darauf eingehen, dass sie offensichtlich nie selbst versucht hat, sich einen Orgasmus zu machen. Wieso nicht?.

„Erzählen Sie doch mal, wie Sie aufgewachsen sind, was Sie als Kind und junges Mädchen an sexuellen Erfahrungen und Eindrücken gewonnen haben?“

Ich möchte herausfinden, ob Frau A. durch ihre Biographie Gründe hat, sexuelles Erleben zu vermeiden, z.B. wenn sie sexuell traumatisiert ist, wenn sie vernachlässigt wurde oder in einem körperfeindlichen Umfeld aufgewachsen ist. Oder ob sie einfach niemals zu genussvollem Sexualleben hingeführt wurde, weder durch Eltern und Erzieher, noch durch Peergruppen noch durch Sexualpartner. Ist ihr Mann ihr erster und einziger

Sexualpartner gewesen? Falls nein – wie hat sie die Sexualität mit anderen Männern erlebt?

„Mich würde interessieren, ob Sie ein geselliger Mensch sind und gerne mit Nachbarn und Freunden zusammen sind oder ob Sie sich hier in Deutschland noch nicht so richtig heimisch fühlen.“

Ich frage nach ihrem allgemeinen Lebensgefühl, weil das natürlich auch Auswirkungen hat auf die sexuelle Vitalität.

„Ich habe den Eindruck, dass Sie sehr viel arbeiten und eigentlich rund um die Uhr beschäftigt sind. Finden Sie denn überhaupt noch Zeit zum Entspannen, Zeit für Dinge, die Ihnen Freude machen und Zeit für die Zweisamkeit mit Ihrem Mann?“

Hausarbeit, egal ob bezahlte oder unbezahlte zuhause, wird ja oft unterschätzt. Ich möchte hier von vornherein klar machen, dass die Hausarbeit zuhause kein Freizeitvergnügen ist.

Je nachdem, welchen Weg die Fragen nehmen, gibt es dann auch eine große Bandbreite möglicher Interventionen, die Frau A. helfen können, ihr Problem zu lösen:

- Mehr Zeit, Ruhe und Freude für sich finden, damit sie nicht immer müde ist
- Mehr Zeit und Aufmerksamkeit in der Beziehung zu finden, z.B. angestoßen durch Paargespräche
- Professionelle Unterstützung für Frau A., wenn sie offen ist, ihre eigene Sexualität mehr zu erkunden, z.B. mit Masturbation und Erregung experimentieren
- Psychosoziale Unterstützung für die Familie, falls sie nicht gut integriert ist
- Psychotherapie für Frau A., falls sie lebensgeschichtliche Ereignisse nicht alleine bewältigen kann

Herr Dr. Sievers

Die prämenopausale 36-jährige Patientin leidet unter einem Libido-Mangel, unter einer primären Orgasmus-Störung. Einnahme eines Ovulationshemmers. Darüber hinaus besteht eine partnerschaftliche Belastung mit Angst, hohe berufliche Belastung mit Stress und Müdigkeit, sie leidet unter Beziehungs-Problemen.

Diagnostik:

Zunächst umfangreiche Anamnese-Erhebung mit spezifischen Fragebögen zum Libido-Verlust und der Orgasmus-Störung. Einschätzung des momentanen Zustandes der Sexual-Störung mittels FSFI (Female Sexual Function Index)⁹, Labor-Analyse mit Blutparametern und Hormon-Diagnostik unter besonderer Berücksichtigung der männlichen Hormone und des SHBG (Sexual-Hormon binding Globulin). Es folgt eine umfassende gynäkologisch-physiologische Untersuchung, Ultraschall des inneren Genitales, doppler-sonographische Messungen der Schwellkörper und der Klitoris¹⁰, neurologische Diagnostik mittels GSA (Genito Sensory Analyzer)¹¹. Bestimmung der Perfusion im Scheidenbereich mittels Photoplethysmographie¹². Auf Wunsch der Patientin kann diese Untersuchung auch unter Erregungs-Bedingungen vorgenommen werden.¹³

Therapie:

In Zusammenarbeit mit einem wohnortnahen Sexual-Therapeuten sollten zunächst die Partnerschafts-Belastung sowie die Beziehungs-Probleme behandelt werden. Die Patientin hat Angst verlassen zu werden. Sofern möglich sollte sie ihre Arbeits- Belastung reduzieren, die berufliche Belastung kann als Stress zu der Müdigkeit und dem Libido-Verlust führen. Sollte man mit diesen Maßnahmen in Bezug auf den Libido-Verlust keine ausreichende Wirkung erzielen, wäre die nächste Frage, ob der Libido-Verlust mit einer Störung im Bereich der männlichen Hormone zusammenhängen könnte. Sollten die Androgene im unteren Drittel liegen, würde ich der Patientin eine kurzfristige Anhebung mittels DHEA empfehlen. Über eine längerfristige Therapie sollte dann erst nach drei Monaten entschieden werden. In Bezug auf die primäre Orgasmus-Störung erhält die Patientin eine Sexual-Beratung.

Sie bekommt Literatur-Empfehlungen um zunächst über Masturbationstechniken einen Or-

⁹ Fragebogen zur sexuellen Funktion

¹⁰ Ultraschall-Verfahren, um Gefäß- und Durchblutungs-Funktionen darzustellen.

¹¹ Sonden zur Messung von Nervenfunktionen im Bereich der Vagina mit Hilfe von Wärme- und Vibrationsreizen

¹² Lichttechnisches, nichtinvasives Verfahren zur Darstellung von Durchblutungs-Veränderungen

¹³ Diese Untersuchungen sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und müssen von den Frauen selbst bezahlt werden

gasmus bekommen zu können. Sobald ein Orgasmus durch Masturbation möglich ist, ist es eine Frage der Kommunikation, um diese Fähigkeit auf den Partner zu übertragen. Auch hier ist aus meiner Sicht eine weitere Zusammenarbeit mit einem Sexual-Therapeuten sinnvoll. Die Patientin sollte den Ovulationshemmer absetzen, da das orale Östrogen oft zu einer Erhöhung des SHBG führt. Dadurch wird Testosteron gebunden, sodass der Libido-Mangel auch hierdurch erklärt werden könnte. Verhütung besser mittels eines Scheidenringes oder östrogenfreier Verhütungs-Methoden.

Frau B

Die 35jährige Frau B., angestellt in einer Werbeagentur, seit 3 Jahren in einer neuen Partnerschaft. Vor einem Jahr hat sie die Pille abgesetzt, wegen Kinderwunsch. Sie kommt in die gynäkologische Sprechstunde wegen des Kinderwunsches und Problemen beim Sex. Sie hat bisher keine medizinische Diagnostik wegen des Kinderwunsches durchführen lassen, beobachtet seit 4 Monaten den Zyklus mit einem Hormonmonitor und hat Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen.

Sie beobachtet seit einem Jahr zunehmende Lustlosigkeit, der Geschlechtsverkehr wird zunehmend schmerzhaft, wohl wegen Trockenheit der Scheide, und sie hat Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen. Sie fragt, ob etwas mit ihren Hormonen nicht stimmt. Außerdem hat sie gehört, dass Testosteron die Lust auf Sex steigern kann.

Bei der weiteren Anamnese ist zu erfahren, dass sie regelmäßige Zyklen von 26-28 Tagen hat, und der Hormonmonitor in den letzten 4 Zyklen einen Eisprung angezeigt hat.

Sie berichtet über ihren sehr stressigen Beruf, in ihrer Agentur ist ein sehr konkurrenzbestimmtes Klima. Sie hat eine leitende Position, um die sie kämpfen muss. Die Arbeit macht ihr aber auch Spaß. Ihr Partner ist ebenfalls voll berufstätig und beruflich stark belastet. Etwas Zeit füreinander haben sie nur ab und zu, wenn sie an einem Wochenende zusammen wegfahren.

Dr. Maria Beckermann

„Frau B., erzählen Sie doch mal, wie sich Ihr Kinderwunsch auf Ihre sexuelle Beziehung ausgewirkt hat.“

Vermutlich wird ein Satz zum Einstieg reichen, Frau B. zu ermutigen, ihr ganzes Leid und ihren ganzen Druck zum Ausdruck zu bringen: der

erzwungene Sex zur Eisprungzeit, wie die Partner sich Mühe geben und sich gegenseitig schonen, um keine Risse in das Bild der harmonischen Familie kommen zu lassen, wie sie emotional auf Rückzug gehen, wie sich bei unterschiedlich ausgeprägtem Kinderwunsch ein Partner zunehmend funktionalisiert fühlt und selbst gar nicht mehr gesehen fühlt usw.

Allein sich den Frust und Druck eingestehen zu dürfen, entlastet Frau B. enorm. So fängt sie an, selbst nach Lösungen zu suchen:

- Dass sie mehr Zeit möchte mit ihrem Partner, auch unabhängig vom Kinderwunsch,
- dass sie im Grunde zutiefst ambivalent ist, weil sie Angst hat vor einem Karriereknick, den sie nie wieder aufholen kann,
- dass sie auch nicht wirklich daran glaubt, dass ihr Mann sich die Elternzeit nehmen wird, wie sie es eigentlich verabredet haben
- dass sie noch überhaupt nicht über ein Kind nachdenken würde, wenn sie jetzt nicht 35 wäre und Angst hat, die Zeit zu verpassen

Sie beschließt, all diese Fragen und Zweifel ganz offen mit ihrem Mann zu besprechen dann weiter zu sehen.

Dr. Sievers

Die 35-jährige prämenopausale Patientin leidet unter einer Libido-Störung, Dyspareunie¹⁴, Vagina sicca¹⁵ und einer sekundären Orgasmus-Störung. Sie ist einer hohen beruflichen Belastung ausgesetzt und abends erschöpft. Sie hat Kinderwunsch, sodass eine Hormontherapie, insbesondere die Gabe von Androgenen derzeit sicher kontraindiziert ist.

Diagnostik:

Umfassende Anamnese-Erhebung mit besonderen Fragen zum Libido-Verlust, der Dyspareunie, der Erregungs-Störung durch die Vagina sicca und der Orgasmus-Störung. Ist-Zustandserhebung durch den Female Sexual Function Index, Analyse der Blutparameter und endokrinologische Abklärung. Es folgt die ausführliche gynäkologische Untersuchung, spezielle Diagnostik der Dyspareunie mittels Q-Tipp-Test¹⁶, Perfusionsmessungen bei Vagina sicca mittels Photoplethysmographie und Doppler-Ultraschall der

¹⁴ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

¹⁵ Trockene Vagina

¹⁶ Untersuchung der Berührungsempfindlichkeit im Scheideneingang mit Wattestäbchen

Schwellkörper und der Klitoris. Neurologische Diagnostik mittels GSA (Genito Sensory Analyzer). Abklärung einer Funktions-Störung, durch Wiederholung der Durchblutungs-Messungen unter Erregungs-Bedingungen, sofern die Patientin dies wünscht.

Therapie:

Die Patientin sollte zunächst versuchen die berufliche Belastung zurückzuschrauben. Es könnte durchaus sein, dass sich die Libido-Hemmung durch Stress-Reduktion verbessern lässt. Die Dyspareunie könnte mit der Scheiden-Trockenheit zusammenhängen. Empfehlung zu einem Gleitgel. Sofern eine Kolpitis vorliegen sollte, ist eine antimykotische bzw. antibiotische Therapie sinnvoll. Sollte ein Vulvovestibulitis-Syndrom¹⁷ vorliegen, Therapie mit dem Lokalanästhetikum Lidocain, gegebenenfalls auch vorübergehende Blockade des Ganglion Impar¹⁸. Versuch einer Therapie der sekundären Orgasmus-Störung mit Hilfe einer Klitoris-Vakuumpumpe¹⁹. Auch wenn die Werte für Testosteron und DHEA bei der Patientin niedrig sein sollten und damit Hinweise auf die Libido-Störung geben könnten, ist eine Therapie mit Androgenen kontraindiziert, solange bei der Patientin Kinderwunsch besteht. Eine Therapie mit Androgenen würde nur bei zuverlässiger Verhütung in Frage kommen. Auf Grund der starken beruflichen Belastung und der partnerschaftlichen Situation halte ich eine psychologische Betreuung durch einen Sexual-Therapeuten für sinnvoll.

¹⁷ Schmerzerkrankung im Bereich der Vulva und des Scheideneingangs, Siehe auch Familienplanungsrundbrief Juli 2004, Nr. 2

¹⁸ Nerven-Schaltzentrum im unteren Bereich des Rückenmarks

¹⁹ Die Klitoris-Vakuumpumpe ist ein kleines medizinisches Gerät, das sexuelle Reaktionen durch einen verbesserten arteriellen Blutdurchfluss in der Klitoris bewirkt. Eine kleine weiche Plastik-Haube wird über der Klitoris platziert, dann wird ein individuell regulierbares Vakuum erzeugt, das die Durchblutung verbessert und die Klitoris vergrößert. Die Scheidenfeuchtigkeit nimmt zu und die Fähigkeit einen Orgasmus zu erlangen wird verbessert. Dieses Instrument wurde in den USA medizinisch geprüft, als therapeutisches Hilfsmittel zugelassen und erfolgreich eingesetzt.

Frau C

Frau C., 49 Jahre, geschieden, zwei erwachsene Kinder, lebt seit 5 Jahren in einer neuen Partnerschaft. Sie hat seit 2 Jahren zunehmend unregelmäßigere Zyklen, zuletzt hat sie seit 5 Monaten nicht mehr geblutet. Sie kommt zur Routineuntersuchung. Nebenbei erzählt sie, dass sie unter Trockenheit der Scheide leidet, was ihren Genuss am Geschlechtsverkehr beeinträchtigt. Deswegen vermeidet sie ihn zunehmend. Außerdem hat sie seit einiger Zeit Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen. Sie fragt, was man da machen könne.

Bei der weiteren Anamnese berichtet sie, dass sie gelegentlich Hitzewallungen hat, die sie aber nicht als besonders unangenehm empfindet. Auch der Schlaf ist nicht stark gestört. Mit ihrer Teilzeitarbeit als Buchhalterin ist sie zufrieden.

Die Partnerschaft bezeichnet sie als gut, aber die Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr belasten sie. Beide Partner sind irritiert und verunsichert dadurch. Zu Beginn der Partnerschaft war die Sexualität sehr befriedigend und beglückend für sie. Sie empfand den Koitus als sehr erregend, zum Orgasmus kam sie oft während des Koitus, manchmal durch Stimulation der Klitoris. Jetzt sei sie schon länger mit dem Partner nicht mehr zum Orgasmus gekommen. Bei der Selbstbefriedigung sei es im Gegensatz zu früher auch schwieriger geworden, zum Orgasmus zu kommen. Sie habe auch wenig Lust dazu.

Dr. Maria Beckermann

„Frau C., da hör ich ja ganz viel Trauer darüber, dass Ihr Sexualleben nicht mehr so erfüllend ist wie früher, obwohl Sie sich noch in einer ganz jungen Beziehung befinden. Dass die Scheide trockener und empfindlicher ist, kann mit den Hormonen zusammenhängen, denn ihre unregelmäßigen Blutungen und die gelegentlichen Hitzewallungen zeigen ja an, dass Sie in den Wechseljahren sind. Da kommt es zu Hormonschwankungen, und wenn die Östrogenspiegel niedrig sind, kann das zu einer trockenen und empfindlichen Scheide führen. Wenn Sie aus diesem Grunde keine Lust haben, den Penis in die Scheide aufzunehmen, weil das unangenehme Empfindungen auslöst oder gar weh tut, kann man das Problem durch Gleitmittel oder durch Einführen von Scheidenzäpfchen in einer ganz niedrigen Dosierung beheben (1 Estriol-Ovulum 1x pro Woche). Es können aber auch andere Faktoren hinzukommen. Wenn nicht die Scheidenwand selbst

trocken ist, sondern Sie trotz angenehmer Stimulation nicht richtig feucht werden, ist das weniger ein hormonelles Problem. Auch die Schwierigkeiten mit dem Orgasmus deuten darauf hin, dass sich vielleicht noch was anderes verändert haben könnte, nicht nur Ihr Hormonstatus. Haben Sie da eine Idee?“

Herr Dr. Sievers

Die 49-jährige Patientin in der Perimenopause, leidet untere Libido-Verlust, Vagina sicca, sekundäre Orgasmus-Störungen. Sie klagt über geringe klimakterische Beschwerden sowie über leichte Schlafstörungen.

Diagnostik:

Umfassende Anamnese-Erhebung insbesondere zu den Problem-Feldern Libido-Verlust, Erregungs-Störung mit Vagina sicca, Orgasmus-Störung.

Ist-Zustandsbestimmung mit dem FSFI, Untersuchung der Blutparameter und der endokrinologischen Situation, wobei vermutlich eine teilweise ovarielle Erschöpfung festgestellt werden wird. Vermutlich sind die Gonadotropine²⁰ erhöht, noch leichte Östrogen-Produktion in den Ovarien. Es folgt eine gynäkologisch physiologische Untersuchung nach sexualmedizinischen Kriterien, Untersuchung der Perfusion im Genitalbereich mittels Doppler-Sonographie, allgemeine genitale Ultraschalluntersuchung, Photoplethysmographie in der Vagina, Diagnostik der neurologischen Situation mittels Genito Sensory Analyzer. Empfehlung an die Patientin zu einer Kontrolle der Parameter unter Erregungs-Bedingungen.

Therapie:

Vermutlich lässt sich die momentane Situation der Patientin durch die hormonellen Veränderungen in den Wechseljahren erklären. Ein Mangel an Östrogenen führt häufig zu dem Bild der Vagina sicca, auch die sekundäre Orgasmus-Störung sehen wir häufiger bei peri- oder postmenopausalen Frauen. Allein auf Grund der klimakterischen Situation ist eine Hormon-Substitution nicht indiziert. Das Beschwerdebild ist im Bezug auf die Hitzewallungen und die Schlafstörungen nur gering ausgeprägt, sodass man hier auch mit einem Phytoöstrogen arbeiten könnte, sofern eine Therapie überhaupt erforderlich ist. Der Leidensdruck jedenfalls ist nicht hoch. Ich würde

der Patientin empfehlen abzuwarten bis die Menopause ein Jahr zurückliegt. Sofern die sexuellen Störungen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen, sollte die Patientin dann das Präparat Liviella²¹ zunächst für einen Zeitraum von drei Monaten erhalten. Es handelt sich um ein synthetisches Östrogen, das zum Teil in Testosteron umgewandelt wird. Mit einem derartigen Medikament lassen sich bei postmenopausalen Frauen die geschilderten Sexual-Störungen oft in einem erheblichen Maße reduzieren. Die Patientin muss über alle Risiken umfassend aufgeklärt werden, insbesondere das Risiko einer Brustkrebserkrankung. Die Brust muss regelmäßig untersucht werden, ebenso können Herz-Kreislaufkrankungen auftreten. Die Beratung muss eine umfassende Nutzen-Risiko-Bewertung einschließen. Schließlich muss die Patientin selber entscheiden, ob sie einen Therapie-Versuch möchte. Das Medikament sollte zunächst nur für drei Monate verschrieben werden. Wenn man weiß, wie die Patientin von dem Präparat profitiert, kann es dann gegebenenfalls längerfristig verschrieben werden. Insgesamt sollte das Präparat nicht länger als fünf Jahre genommen werden. Die Entscheidung zur Hormon-Ersatz-Therapie ist meines Erachtens besser dann zu treffen, wenn man weiß wie das Medikament bei dieser Patientin individuell anspricht. Deshalb sollte die Entscheidung zu einer längerfristigen Therapie erst nach drei Monaten getroffen werden. Die Lebensqualität verbessert sich bei vielen Patienten erheblich, das betrifft nicht nur die Sexual-Störung, sondern auch das allgemeine Wohlbefinden, die Energie, die klimakterischen Beschwerden und die geringere Neigung zu depressiven Verstimmungen.

Pille danach

Die US-Zulassungsbehörde für Arzneimittel FDA hat Ende August 2006 die Rezeptpflicht der „Pille danach“ für Frauen, die 18 Jahre oder älter sind, aufgehoben. Das Präparat Plan B® der Firma Barr Pharmaceuticals wird über lizenzierte Apotheken voraussichtlich Ende 2006 verfügbar sein.

Die Amerikanische Fachgesellschaft „American College of Obstetricians and Gynecologists“, ACOG, die 51 000 Mitglieder repräsentiert, begrüßt diese Entscheidung, die von über 50 ame-

²⁰ Hormone der Hirnanhangsdrüse, die die Produktion von Östrogen und Progesteron stimulieren

²¹ Liviella® enthält Tibolon, siehe auch Familienplanungsrundbrief Mai 2006, Nr. 1

rikanischen Fachgesellschaften aus den Bereichen Medizin, Gesundheit und Recht seit mehreren Jahren gefordert wurde. Dennoch wird bedauert, dass die FDA durch die an ein Mindestalter gebundene rezeptfreie Verfügbarkeit eine wichtige Gelegenheit ungenutzt lässt, die Zahl der ungewollten Schwangerschaften bei Minderjährigen zu reduzieren. Die Fachgesellschaft sieht Sicherheit und Wirksamkeit für alle Altersgruppen hinreichend belegt. Da keine wissenschaftlichen und medizinischen Gründe für eine Altersbeschränkung vorliegen, werde sie sich auch weiterhin für den ungehinderten Zugang der „Pille danach“ in allen Altersgruppen einsetzen. Um den Kenntnissstand in der Bevölkerung zu verbessern, werden sie ihre „Ask me“-Kampagne fortführen (siehe FPR 2.06). Dass die Zulassung als „grundsätzlicher“ Sieg einzustufen ist, sieht das ACOG kritisch. Trotz FDA-Entscheidung sei in zahlreichen US-Bundesstaaten die Apothekervergabe nicht erlaubt bzw. Apotheken würden die Ausgabe verweigern.

Die rezeptfreie Vergabe ist bisher nur in 8 US-Bundesstaaten gesetzlich geregelt.

Bericht zum 7. FIAPAC Kongress in Rom

Am 13. und 14. Oktober 2006 fand in Rom der 7. Kongress der Organisation FIAPAC²² statt. Die internationale Organisation führt alle zwei Jahre Fachkräfte und Organisationen zusammen, die zu den Themen Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption tätig sind. In diesem Jahr befassten sich 460 TeilnehmerInnen aus 36 Ländern

mit den unterschiedlichen Aspekten, die unter dem Motto „Freiheit und Rechte der Reproduktion und Gesundheit“ interdisziplinär behandelt wurden. Neben praxisorientierten Fragestellungen, internationalen Standards der Beratung und Versorgung sowie neuen Entwicklungen der Kontrazeptionsforschung, legte die Tagung einen besonderen Schwerpunkt auf die Situation der Frauen und ihre gesundheitliche Versorgung in einzelnen Ländern.

²² Federation International des Associés Professionnelles de l'Avortement et de la Contraception. Internationale Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption

Das Schwangerschaftsabbruch-Recht innerhalb Europas

Der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ist in europäischen Ländern, z.B. in Irland, Polen und Spanien aufgrund einer restriktiven Gesetzgebung, nicht überall gewährleistet. Die geschätzte Zahl von Frauen, die wegen eines gewünschten Abbruchs ihr Land verlassen (Abbruchtourismus), wird mit 50-60000 angegeben. Die Anzahl illegal durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche wird auf 500-800 000 pro Jahr geschätzt, ein großer Teil davon wird in Russland durchgeführt.

Eine weitere Zugangsbehinderung stellen obligate Wartezeiten zwischen Schwangerschaftsfeststellung und Abbruchmöglichkeit dar (in Deutschland 3 Tage, in Belgien 6 Tage, Frankreich und Italien 7 Tage). Die Auswirkungen von Regelungen wie der Verpflichtung zur Beratung und/oder Bedenkzeiten wurden nie untersucht, ein Nutzen ist demnach nicht belegt. Jedoch führen alle Restriktionen dazu, dass die Abbrüche später in der Schwangerschaft durchgeführt werden, mit den verbundenen negativen psychischen und körperlichen Konsequenzen

Abbruch in der Illegalität

In den europäischen Ländern, in denen der Abbruch weiterhin nicht legal ist, haben Gruppen, die sich für eine Wahlmöglichkeit und für die Zugänglichkeit aktiv einsetzen (pro-choice) in den letzten Jahren sehr erfolgreich die Aufmerksamkeit auf die schwierige Situation der Frauen und den aus der restriktiven Gesetzeslage resultierenden Abbruchtourismus (z.B. in Malta und Irland) gelenkt. Dadurch konnten z.B. in Irland und Portugal Mehrheiten und eine hohe Akzeptanz für diese Bewegungen gewonnen werden.

Diese Erfolge haben grundsätzliche Veränderungen der Strategien bei Aktivisten für und gegen den legalen Schwangerschaftsabbruch zur Folge.

Die über viele Jahre aggressive Angst- und Einschüchterungstaktik, die die sogenannten anti-choice Gruppen von Abtreibungsgegnern aus den USA übernommen haben, wird in Europa inzwischen als gescheitert angesehen. Langsam aber kontinuierlich werden Aktionen wie z.B. die Belagerung von Abbrucheinrichtungen ebenso wie die Beleidigung und Verunglimpfung der dort tätigen Menschen eingestellt. Die Gruppen, die weiterhin versuchen, Zusammenhänge zwischen einem Abbruch und verschiedenen Gesundheitsrisiken wie Brustkrebs, Unfruchtbarkeit und Verkehrsunfällen herzustellen, haben viel von ihrer Glaubwürdigkeit eingebüßt. In den letzten Jahren

haben sie ihre Sprache verändert und bedienen sich zunehmend eines Vokabulars, das die Menschenrechte und die Bedürfnisse bzw. die Schutzwürdigkeit der Frau fokussiert. So habe z.B. eine ungewollt schwangere Frau das Recht auf bessere Optionen als einen Abbruch. Auch werden Parallelen zwischen den Rechten ethnischer Minderheiten und dem Recht des Embryos gezogen.

Bewegungen, die das Recht von Frauen auf die Möglichkeit eines legalen Schwangerschaftsabbruchs stärken wollten, versuchen mittlerweile selbstbewusst, Änderungen über den Rechtsweg zu erreichen. Sie berufen sich auf das Recht von Frauen auf Gleichheit und Freiheit. Der Europäische Gerichtshof ist in mindestens drei Fällen mit dem Thema befasst.

Praxisorientierte Informationen und Forschung zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

In diesen Fragen knüpft der Kongress an die Diskussion vor zwei Jahren an. Seit der Einführung des medikamentösen Abbruchs in ca. 30 Ländern hat sich die Forschung im wesentlichen auf die Fragen nach der optimalen Dosierung von Mifepriston, dem geeignetsten Prostaglandin und seiner Dosierung, seiner wirkungsvollsten Darreichungsform, der Schwangerschaftsdauer, in der Mifepriston sicher angewendet werden kann und den Maßnahmen, die die Akzeptanz der Methode verbessern, konzentriert.

In den letzten 10 Jahren hat sich in der Gynäkologie und Geburtshilfe das Prostaglandin Misoprostol (Cytotec®) im Vergleich zu anderen Prostaglandinen als deutlich überlegen erwiesen. Diese wissenschaftlich belegten Vorteile haben dazu geführt, dass Misoprostol in die WHO-Liste der essentiellen Medikamente aufgenommen wurde: In der Dosierung von 25µg für eine Geburtseinleitung und von 400- 800 µg für den Schwangerschaftsabbruch bis zur 9. Schwangerschaftswoche. Zusätzliche Forschung wird gefordert, um weitere Indikationen in evidenzbasierte Richtlinien der WHO aufzunehmen, so z.B. das Zervixpriming vor einer Vakuumextraktion, die Behandlung eines inkompletten Abbruchs, eines intrauterinen Fruchttods oder die Prävention und Behandlung schwerer Blutungen nach einer Geburt.

Wurde vor einigen Jahren die alleinige Cytotec-Einnahme mit der Absicht, einen Abort auszulösen, im Zusammenhang mit kindlichen Fehlbildungen diskutiert, kann heute eindrücklich aufgezeigt werden, welche wichtige Bedeutung das

Prostaglandin in den Ländern besitzt, in denen es mangels Verfügbarkeit von Mifepriston (Mifegyne®) alternativ als medikamentöse Abbruchmethode angewendet wird. Die Zunahme der Anwendung korrelierte in südamerikanischen Ländern wie Brasilien, Argentinien und Uruguay sehr stark mit der Reduzierung von schwerwiegenden Folgen illegal durchgeführter Abbrüche. Durch die eindrucksvolle Senkung der Müttersterblichkeit und Mortalität wird die Anwendung von Misoprostol auch von Fachgruppen unterstützt. Dort wo die Zulassung und Möglichkeit besteht, gilt für den medikamentösen Abbruch jedoch auch weiterhin die Kombination des Prostaglandins mit Mifepriston als Methode der Wahl, da die Effektivität bei alleiniger Misoprostol-Gabe nur zwischen 85 und 90 Prozent liegt und mit deutlich mehr Nebenwirkungen wie Schmerzen verbunden ist.

In einigen Ländern gehört es beim medikamentösen Abbruch inzwischen zur Routine, den Frauen die Misoprostol-Einnahme in der Praxis/Klinik oder zu Hause freizustellen. Nach Aufklärung über den zu erwartenden Verlauf und die Information, in welchen Fällen eine medizinische Einrichtung aufgesucht werden sollte, hat sich dieses Vorgehen (z.B. bei 230000 Frauen in den USA) bewährt. In den Fällen, in denen wegen starker Blutung eine medizinische Intervention notwendig wurde, war dieses Ereignis nicht in dem Zeitraum der ersten drei Stunden nach Einnahme aufgetreten.

Ob im Rahmen des instrumentellen Abbruchs eine Infektionsprophylaxe vorgenommen werden sollte, wird kontrovers diskutiert. Eine vorgestellte Untersuchung aus Großbritannien sieht gesundheitliche Vorteile der generellen Antibiotika-Prophylaxe gegenüber einem „screen and treat“-Vorgehen²³. Auch wegen der geringeren Kosten wird das Verfahren in den britischen nationalen Richtlinien umgesetzt. Die empfohlenen Antibiotika sind Metronidazol kombiniert mit Doxycyclin oder Azithromycin.

Beim instrumentellen Abbruch werden die verschiedenen Narkosearten länderabhängig unterschiedlich häufig angewendet. Der Parazervikalblockade²⁴ gilt als risikoarme und einfach zu erlernende Technik, die besonders in den Niederlanden und Großbritannien angewendet wird, jedoch gibt es keine einheitlichen Anwendungsstandards.

²³ „untersuchen und behandeln“

²⁴ Örtliche Betäubung des Gebärmutterhals

Die Situation in Osteuropa

In osteuropäischen Ländern stellen sich die Probleme wie auch die Lösungsstrategien im Zusammenhang mit dem Abbruch gänzlich anders dar:

- Schwangerschaftsabbrüche, die nicht sachgemäß durchgeführt werden (unsafe abortions), sind für 24 % der Müttersterblichkeit verantwortlich
- Schwangerschaftsabbruch-Raten sind weiterhin hoch
- Der Anteil an Frauen, der moderne Kontrazeptiva anwendet, ist weiterhin niedrig
- der Schwangerschaftsabbruch ist eine weitverbreitete Maßnahme zur Fruchtbarkeitsregelung
- Außer in Polen und der Slowakei ist der Schwangerschaftsabbruch seit 50 Jahren rechtmäßig
- Für Frauen aus unteren sozialen Schichten ist der Zugang begrenzt
- Im öffentlichen Gesundheitswesen ist die Qualität der Durchführung unzureichend. Die am häufigsten angewendete Methode ist noch immer die Kürettage.
- Für Frauen besteht kein Beratungsangebot, keine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Abbruchmethoden, keine Schmerzprävention, mangelhafter Infektionsschutz und kein Angebot von Verhütung nach dem Abbruch.
- Abbrüche im zweiten Trimenon werden mit veralteten Methoden durchgeführt und sind hauptverantwortlich für die Müttersterblichkeit in der Region

In den letzten Jahren kam es zu stärkeren Behinderungen von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Grund dafür waren sinkende Geburtenzahlen und der Druck religiöser Gruppierungen, die die Unterstützung und Absicherung der Anbieter von Verhütungsmitteln und Abbrüchen behinderten.

In den Jahren 2001 bis 2003 wurden vermehrt Projekte zur Einführung der manuellen Vakuumaspiration umgesetzt. Diese Methode wird von der WHO als Standard für den instrumentellen Abbruch angegeben. Sie führt zu einer hohen Zufriedenheit der Frauen, kann mit lokaler Anästhesie angewendet werden und weist eine hohe Kosteneffektivität auf.

Der medikamentöse Abbruch mit Mifepriston ist in 10 osteuropäischen Ländern zugelassen. Offiziell oder inoffiziell wird er in fast allen Ländern Osteuropas mit hoher Akzeptanz angewendet. Dennoch bedeutet die Zulassung nicht, dass die Methode allen Frauen zur Verfügung steht. Gründe hierfür sind hohen Kosten, fehlende fach-

licher Unterstützung oder fehlende Motivation von Fachkräften. Auch lehnen z.B. in Russland die ÄrztInnen eine off-label- Anwendung von Mifeprostol ab. In Lettland werden Frauen bis zum Nachweis des vollständigen Abbruchs stationär in die Klinik aufgenommen.

Maßnahmen, wie z.B. die Durchführung klinischer Studien in der Region, die Entwicklung und Bereitstellung von Internet-Informationen und Informationsmaterialien für Nichtregierungs-Organisationen, Fachkräfte, Frauen und PolitikerInnen und die Organisation von Fachgesprächen und Fortbildungen werden von internationalen und nationalen Fachorganisationen als nachhaltige Instrumente eingeschätzt, mit denen, die Situation verbessert werden kann.

Die Organisation Fiapac plant, die Kongress-Präsentationen auf ihrer Homepage www.fiapg.org zur Verfügung zu stellen. In der Mitgliederversammlung wurde Christian Fiala, Frauenarzt aus Österreich, als Vorsitzender der Organisation bestätigt. Der international zusammengesetzte Vorstand hat nun auch ein deutsches Mitglied durch die Frauenärztin Gabriele Halder aus Berlin. Der nächste Kongress ist im Oktober 2008 geplant und wird voraussichtlich in Berlin stattfinden.

Hinweise

Impfung gegen Human Papillomavirus (HPV) -Infektionen

Vor kurzem wurde in Deutschland der erste Impfstoff gegen die HPV-Typen 16, 18, 6 und 11 (Gardasil®) zugelassen. Er wird Anfang 2007 hier auf den Markt kommen, kann aber schon aus anderen europäischen Ländern bezogen werden. Nächstes Jahr wird wahrscheinlich der zweite Impfstoff, Cervarix® zugelassen werden, der eine Immunität gegen die HPV-Typen 16 und 18 erzeugt.

Die Human Papillomavirustypen 16 und 18 (siehe FPR Dezember 2003 Nr. 4) sind an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ursächlich beteiligt, HPV 6 und 11 an der Entstehung von Feigwarzen.

Gardasil® und Cervarix® sind die ersten Impfstoffe, die eine Krebserkrankung verhindern können und die Entwicklung wird als Meilenstein in der Medizin und speziell in der Reduktion des Gebärmutterhalskrebs bezeichnet.

Der Impfstoff muss dreimal gespritzt werden, die zweite Dosis wird 2 Monate, die dritte 6 Monate nach der ersten Impfung gegeben.

Geimpft werden sollen Mädchen möglichst bevor sie sexuell aktiv werden. Wenn bereits eine Infektion mit HPV stattgefunden hat, ist der Nutzen der Impfung unklar. Trotzdem wird die Impfung bis zum Alter von 26 Jahren empfohlen. Eine bereits bestehende Zellveränderung kann durch die Impfung nicht beeinflusst werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Impfung die regelmäßige Untersuchung von Krebsabstrichen nicht überflüssig macht, da weiterhin Infektionen mit anderen HPV-Typen auftreten können, die ebenfalls an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs mitwirken. Auch auf den weiter notwendigen Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten sollen die Frauen hingewiesen werden.

Von einer Impfung während der Schwangerschaft wird abgeraten, auch wenn bisher keine negativen Auswirkungen auf die Schwangerschaft oder auf das Kind beobachtet wurden.

Die Entwicklung, Zulassung und Markteinführung dieser Impfstoffe verlief rasant in wenigen Jahren. Große Phase-III Studien sind noch nicht abgeschlossen. Dem entsprechend liegen Studienergebnisse für den Vierfach-Impfstoff für maximal 3 Jahre, für den Zweifach-Impfstoff für 4,5 Jahre vor.

Die Studien zeigen übereinstimmend eine zuverlässige Immunisierung gegen die jeweiligen HPV-Typen. Es traten bei den geimpften Frauen keine persistierenden Infektionen mit den entsprechenden Virustypen und keine Folgeerkrankungen wie Zellveränderungen am Gebärmutterhals oder Feigwarzen auf. Wie lange die Immunität anhält, ist noch nicht ausreichend geklärt. Nach Impfung mit dem Vierfach-Impfstoff war nach drei Jahren nur noch bei 76 % der Frauen Antikörper gegen HPV 18 nachweisbar. Es muss noch geklärt werden, in welchen Abständen eine Auffrischung erforderlich ist.

Die HPV-Typen 16 und 18 sind die häufigsten der krebsverursachenden Virustypen, und sie werden in etwa 70% der Zervixkarzinome und 50% der Krebsvorstufen (CIN²⁵) gefunden. Allerdings ist unklar, ob sich durch die Impfung die Rate an Karzinomen und Krebsvorstufen um diesen Anteil senken lässt, oder ob bei den geimpften Frauen mehr Infektionen und Karzinome mit anderen

Virustypen auftreten. Möglicherweise lässt sich die Zahl der Zervixkarzinome, die durch die effektive Früherkennungsmöglichkeit mit dem Pap-Abstrich in Deutschland sehr gesunken ist (etwa 6700 Neuerkrankungen und 1700 Todesfälle im Jahr 2002) auch nicht mehr deutlich senken. Aber wenn auch die Entstehung von Krebsvorstufen und die zur Behandlung oft notwendigen Konisationen²⁶ (die Zahl wird auf 50 000 pro Jahr geschätzt) reduziert werden könnten, wäre das für viele Frauen ein Gewinn. Eine Konisation ist zwar ein kleiner operativer Eingriff, kann aber durch die Verkürzung des Gebärmutterhals und mögliche Narbenbildung zu Komplikationen bei späteren Schwangerschaften und Geburten führen.

Auf diese Frage geben die Studien noch keine Antwort. Da sich Gebärmutterhalskrebs erst im Verlauf von etwa 10 Jahren nach einer HPV-Infektion entwickelt, ist die bisherige Beobachtungszeit in den Studien viel zu kurz, um dazu Daten liefern zu können. Bisher wurde in den Studien nur die Entstehung von Krebsvorstufen (CIN) beobachtet.

In der Veröffentlichung der 4,5-Jahres-Ergebnisse mit dem Impfstoff gegen HPV 16 und 18 wurde die Zahl der gefundenen (durch sämtliche Virustypen verursachten) Zellveränderungen insgesamt angegeben. In der Placebogruppe wurde bei etwa 5% der Frauen, in der Gruppe der geimpften Frauen bei etwa 2,4% eine CIN gefunden, davon 2,2% bzw. 0,6% CIN 2/3 (Harper 2006)

Für den Vierfach-Impfstoff sind die Ergebnisse von Phase-III Studien noch nicht veröffentlicht. In den Produktinformationen der Zulassung von FDA und EMEA wird nur die Zahl der durch HPV 16 und 18 entstandenen Krebsvorstufen angegeben, jedoch nicht die Gesamtzahl.

Es wird jedoch eine Nutzenberechnung für die Bevölkerung durchgeführt. Bei den Studienteilnehmerinnen, bei denen vor der Impfung eine HPV-Infektion ausgeschlossen wurde, wurde die Rate an CIN 2/3 um 38% reduziert und die Rate an chirurgischen Behandlungen (Konisation) um 28%. Wenn auch Studienteilnehmerinnen in die Berechnung einbezogen werden, die zu Studienbeginn bereits eine HPV-Infektion hatten, konnte durch die Impfung keine Reduktion von CIN 2 gefunden werden (EMEA 2006).

In der Zulassungsinformation wird berichtet, dass Zellveränderungen, die durch andere Virustypen verursacht wurden, bei den geimpften Frauen

²⁵ CIN (Cervicale intraepitheliale Neoplasie) werden in drei Schweregrade, CIN 1-3 eingeteilt

²⁶ Kegelförmige Umschneidung des Muttermund zur Entfernung von Krebsvorstufen

etwas häufiger (5,5%) auftraten, als in der Placebogruppe (EMA 2006).

In den Zulassungsinformationen der FDA wurde aus Studienergebnissen für Gardasil® eine Senkung der Rate an CIN 2/3 bei den geimpften Frauen (mit und ohne HPV-Infektion vor der Impfung) um ca. 12 % berechnet. Die Notwendigkeit einer chirurgischen Behandlung (Konisation) wurde um ca. 16 % gesenkt (FDA 2006).

Diese Zahlen unterstreichen sowohl die Notwendigkeit der weiteren Früherkennungsuntersuchungen bei geimpften Frauen als auch die Notwendigkeit weiterer großer Studien, um den langfristigen Nutzens der Impfung zu klären. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es zu wenige Daten, um den Nutzen der Impfung zu belegen, bzw. eine Empfehlung für oder gegen eine Impfung auszusprechen. Über den Nutzen der Impfung sollte im individuellen Fall nach differenzierter Information entschieden werden.

Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zur HPV-Impfung werden sich von den Informationen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen unterscheiden: Da das empfohlene Alter für eine Impfung bei 9-11 Jahren liegt, stellen Eltern eine wichtige Zielgruppe dar. Weiterhin verbindet sich bei der Impfung gegen HPV das Thema Sexualität erstmals konkret mit dem Thema Krebs und es wird eine besonders sensible und differenzierte Aufklärung erforderlich, um Krebsängste zu vermeiden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass es infolge der Zulassung des Impfstoffes zu einer Vielzahl an HPV-Tests kommen wird und auch dadurch ein hoher Informationsbedarf entsteht. Ob die Impfung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht bekannt. Eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission STIKO liegt bisher nicht vor.

Humanes Papillomvirus (HPV)

Die HPV- Infektion im Genitalbereich gehört weltweit zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen. Es sind über 100 verschiedene HPV-Virustypen bekannt. Diese besitzen eine unterschiedlich hohe Fähigkeit, bösartige Zellveränderungen zu verursachen. So werden z.B. die HPV-Typen 16, 18, 31, 33, 56, 58 und 68 als Hoch-Risiko-Typen eingestuft. Zu den HPV- verursachten Krankheitsbildern gehören Gewebeveränderungen am Genital und After mit unterschiedlichem Schweregrad sowie die häufigste Krebserkrankungen des weiblichen Genitals, der Gebärmutterhalskrebs. Die nach einer HPV- Infektion typischen spitzen Feigwarzen (Condylomata acuminata) werden durch HP-Viren des niedrigen Risikotyps verursacht

Literatur

Harper DM, Franco EL, et al. Sustained efficacy up to 4·5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet* 2006; 367: 1247–55

FDA. Product Approval Information - Licensing Action. Gardasil® [Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, 18) Recombinant Vaccine] <http://www.fda.gov/cber/label/hpvmer060806LB.htm>

EMA 2006. Gardasil European public assessment report. Scientific discussion. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm>

Neue Spirale mit Kupfer-Silber Draht bzw. Kupfer-Gold Draht

In Deutschland wird ein neuer Typ von IUP angeboten, Silverlily® und Goldlily®. Sie sind in verschiedenen Größen erhältlich, Goldlily® gibt es mit unterschiedlichen Ausführungen des Metalldrahts.

Die IUP haben eine T-Form ähnlich dem Nova-T®, der Draht besteht aus einer Kupfer-Gold-Legierung bzw. Kupfer-Silberlegierung.

Es wird eine Liegedauer von 7 Jahren angegeben. Goldlily® wird auch mit einem doppelten Draht umwickelt für eine Liegedauer von 10 Jahren angeboten.

Die Legierung der beiden Metalle soll die Haltbarkeit des Drahtes verbessern und Brüche, die bei langer Liegedauer von Kupfer-IUP entstehen können, verhindern. Das Gold soll aufgrund der hemmenden Wirkung auf das Wachstum von Bakterien und einer entzündungshemmenden Wirkung Infektionen in der Gebärmutter verhindern und die Verträglichkeit verbessern.

Bei der Einlage des IUP werden die Querarme in den Einführstab gezogen, und erst in der Gebärmutter mit Hilfe eines Kolbens aus dem Einführstab geschoben und entfaltet. Das Einlegen ist deshalb, ähnlich wie bei Nova-T® und Mirena® etwas aufwändiger, im Vergleich zur so genannten push-and-pull-Technik anderer IUPs.

In einer umfangreichen Studie wurden die beiden Spiralen in Ungarn mit ca. 8000 Frauen und einer Liegedauer bis zu 10 Jahren untersucht. Die Einlage der IUP wurde jedoch nicht nach dem Zufallsprinzip verteilt, und es gab keine Vergleichsgruppe mit einem anderen IUP.

Die Daten der Studie wurden von der Vertriebsfirma in Deutschland zur Verfügung gestellt. Bei-

de Spiralen zeigten eine hohe Verhütungssicherheit mit einer Versagerrate von etwa 0,7 % im ersten Jahr und etwa 1% pro Jahr im Verlauf der 10 Jahre. Die Rate von Ausstößungen betrug knapp 2 % im ersten Jahr und knapp 13 % nach 10 Jahren. Blutungen und Schmerzen führten bei etwa 6% zu einer Entfernung des IUP im ersten Jahr und bei etwa 35 % bis zum 10. Jahr. Unterschiede zwischen den beiden IUP fanden sich nicht.

Wegen der fehlenden Vergleichsgruppe mit anderen IUP ist eine Beurteilung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen IUP nicht möglich. Auch der Vergleich zwischen Silverlily® und Goldlily® ist aufgrund der fehlenden Randomisierung nicht möglich. Deswegen ist nicht klar, ob die Metall-Legierungen und insbesondere das deutlich teurere Goldlily® tatsächlich Vorteile gegenüber dem Silverlily® oder anderen IUP haben.

Die Firma bietet das IUP auch in einer reinen Plastikversion ohne Metall an. Reine Plastikspiralen sind jedoch wegen der höheren Versagerrate nicht mehr gebräuchlich. Die Vertriebsfirma gibt einen Pearl-Index von 4 an.

Silverlily® und das reine Plastik-IUP kosten 29 €, Goldlily® kostet je nach Ausführung zwischen 50 und 66 €.

Quellen:

www.goldlily.de

Batar I. Silverlily/Goldlily: Ergebnisse nach 10 Jahren. Human IV. Phase, Auswertung des klinischen Vergleichs (1990-2005), Dr. Schittenhelm Pharma, Bamberger Str. 26, 96132 Schüsselfeld

Neue niedrig dosierte Pille mit Drospiren

Die Firmen Schering und Jenapharm haben im September jeweils eine Version von Yasmin® und Petibelle® mit einem geringeren Östrogengehalt von 20 µg Ethinylestradiol auf den Markt gebracht (Yasminelle®, Aida®). Die Dosierung von Drospirenon ist mit 3 mg genau so hoch wie in Yasmin® und Petibelle®.

Der Preis liegt mit 34,34 € bzw. 58,79 € für 3 bzw. 6 Monate noch etwas höher als der für Yasmin® und Petibelle®, aber niedriger als für den Vaginalring und das Verhütungspflaster.

Es werden zwei Studien angegeben. In der einen Studie ohne Vergleichsgruppe wurden bei ca. 500 Frauen über durchschnittlich zwei Jahre Verhütungssicherheit und Nebenwirkungen un-

tersucht (Cibula D 2006). In einer randomisierte Studie wurde die neue Pille mit einer Pille mit 20µg EE und 150 µg Desogestrel in Bezug auf Zykluskontrolle, Verhütungssicherheit und Nebenwirkungen verglichen (Gruber DM 2006). Die Studien zeigten keine Unterschiede zum Profil anderer Pillen.

Im Arznei-telegramm wird auf den Verstoß gegen das Heilmittelwerbegesetz hingewiesen, indem die Präparate direkt bei Laien und außerhalb von Fachkreisen beworben werden. Außerdem werden die Werbeaussagen als unseriös und auf den Lifestylebereich abzielend bezeichnet („Welche Pille verhütet ganz sanft, ist leicht und macht dabei schön? Die neue Pille mit Herz –Aida!“ „Beauty-Effekt“ „Feel-good-Faktor“).

In einem weiteren Beitrag wird über gehäufte Meldungen von thromboembolischen Erkrankungen unter Einnahme von Pillen mit Drospirenon berichtet. Daten zur Häufigkeit im Vergleich zu anderen Pillen gibt es jedoch bisher nicht.

Literatur:

Aida und Yasminelle – Jenapharm und Schering verstoßen gezielt gegen das Heilmittelwerbegesetz. Arznei-telegramm 2006; 37: 93

Thrombosen unter Drospirenon-haltigen Antibabypillen. Arznei-telegramm 2006; 37: 94

Cibula D, Karck U, et al. Efficacy and Safety of a Low-Dose 21-Day Combined Oral Contraceptive Containing Ethinylestradiol 20 µg and Drospirenone 3 mg. Clin Drug Invest 2006; 26:143-50

Gruber DM, Huber JC, et al. A comparison of the cycle control, safety, and efficacy profile of a 21-day regimen of ethinylestradiol 20µg and drospirenone 3mg with a 21-day regimen of ethinylestradiol 20µg and desogestrel 150µg. Treatments in endocrinology 2006; 5:115-21

Apotheke bietet große Auswahl an Verhütungsgelen für Diaphragma und Portiokappe

Nachdem zur Zeit kein Verhütungsgel mit Nonoxinol in Deutschland auf dem Markt ist, und es nur noch Ortho Creme® mit Nonoxinol und Contragel grün® mit Milchsäure gibt, bietet eine Apotheke in Nürnberg ein ausgesprochen großes Sortiment an unterschiedlichen Gelen aus eigener Herstellung an. Es gibt Gele mit Nonoxinol, mit Milchsäure und mit Zitronensäure. Das Verhütungsgel mit Milchsäure gibt es auch mit unterschiedlichen Geschmackszusätzen (Erdbeere, Banane, Orange, Himbeere). Alle Gele enthalten außer den unterschiedlichen Wirkstoffen Gly-

cerin 85%ig, Tylose H 300, Natriumlactat, Wasser, und Sorbinsäure als Konservierungsmittel. Fette, die die Reißfestigkeit von Kondomen beeinträchtigen könnten, sind in keinem Produkt enthalten.

Die Gele werden entweder in den herkömmlichen Metalltuben oder in Pumpspendern angeboten. Sie können auch über das Internet bestellt werden.

www.famplan.de

Risiken des Verhütungspflasters und Vaginalrings

Im Familienplanungsrundbrief Dezember 2005 Nr. 4 wurde berichtet, dass die US-amerikanische FDA vor einem möglicherweise erhöhten Thromboserisiko bei Anwendung des Verhütungspflasters Ortho Evra® warnt. In pharmakologischen Studien waren höhere Hormonspiegel im Blut bei der Benutzung des Verhütungspflasters gefunden worden als bei Anwendung von Pillen der gleichen Dosierung.

Nach bisherigem pharmakologischem Wissen sollte die transdermale Anwendung von Hormonen das Thromboserisiko eher weniger beeinflussen als die orale. Bei der oralen Anwendung gelangen die Hormone aus dem Magen-Darm-Trakt zuerst in die Leber und werden dort schon zu einem Teil verstoffwechselt, bevor sie im Körper ihre Wirkung entfalten können. Deshalb beeinflussen sie den Leberstoffwechsel und damit auch die Produktion von Gerinnungsfaktoren stärker, als bei der Zuführung über die Haut oder die Schleimhaut.

Nun liegen weitere Ergebnisse verschiedener Studien vor, die die Vermutung erhärten, dass die Zuführung der Pillenhormone über die Haut oder die Vagina den Leberstoffwechsel und das Thromboserisiko eher stärker beeinflusst als die orale Anwendung.

Eine Studie untersucht den Einfluss des Verhütungspflasters auf die Produktion von Hormonbindenden Proteinen in der Leber im Vergleich zu einer Pille mit 35 µg EE und 250 µg Norgestimat (Cilest®) (White T 2006). Während der Anwendung des Pflasters wurde die Produktion von SHBG mehr gesteigert als mit der Pille. Dieses Ergebnis unterstützt die Vermutung, dass auch die Produktion von Gerinnungsfaktoren stärker beeinflusst wird und damit das Thromboserisiko höher sein könnte als mit einer Kombinationspille.

Die Zeitschrift Medscape berichtet, dass auch erstmals tatsächlich ein erhöhtes Thromboserisiko bei Anwendung des Pflasters beobachtet wurde (Waknine 2006). Der Hersteller des in den USA verwendeten Pflasters Ortho Evra® und die FDA haben ÄrztInnen auf eine Änderung der Fachinformation hingewiesen (FDA 2006).

In zwei epidemiologischen Studien wurde das Thromboserisiko bei Anwendung des Pflasters mit dem bei Anwendung von Pillen mit 35 µg EE verglichen. Eine Studie fand keinen Unterschied bezüglich des Thromboserisikos (Jick 2006), während sich in der zweiten Studie das Risiko bei Anwendung des Pflasters mehr als verdoppelte (Drug Safety 2006). Dieses Ergebnis bestätigt Befürchtungen aufgrund von früheren pharmakologischen Studien (siehe Familienplanungsrundbrief Dezember 2005).

Die FDA empfiehlt, den Nutzen des Pflasters gegenüber dem möglicherweise erhöhten Thromboserisiko abzuwägen. Bei Frauen mit erhöhtem Thromboserisiko sollten möglichst andere Verhütungsmittel angewendet werden.

Die Studienergebnisse betreffen alle das Verhütungspflaster, das in den USA auf dem Markt ist. Das in Deutschland erhältliche Pflaster (Evra Verhütungspflaster®) enthält eine geringere Gesamtdosis EE und hat ein anderes Trägersystem, das die Hormone in die Haut abgibt. Die täglich abgegebene Hormondosis wird jedoch für beide Systeme mit 20 µg EE angegeben. Für das in Deutschland zugelassene Pflaster gibt es keine eigenen Studien.

Auch für die Anwendung hormonaler Kontrazeptiva in Form des Vaginalrings gibt es neue Daten, die nahelegen, dass die Hormonkonzentrationen im Körper höher sind, als angenommen.

In einer Studie wurde der Einfluss eines Vaginalrings mit 15 µg Ethinylestradiol und 150 µg Nestorone²⁷ auf die Produktion von Gerinnungsfaktoren und SHBG in der Leber im Vergleich zu einer Pille mit 30 µg Ethinylestradiol und 150 µg Levonorgestrel untersucht (Rad M 2006). Die Blutspiegel einiger Gerinnungsfaktoren wurden durch den Vaginalring in gleicher Weise, die von SHBG und einigen anderen Gerinnungsfaktoren sogar stärker beeinflusst.

Die AutorInnen schließen daraus, dass der Einfluss des Verhütungsrings auf die Blutgerinnung und damit auf das Thromboserisiko dem von

²⁷ Dieser Vaginalring wurde in den USA vom Population Council entwickelt. Er kann ein Jahr lang durchgehend in der Vagina liegen bleiben und gibt dort kontinuierlich Hormone ab.

Pillen der 3. Generation²⁸ im Dosisbereich von 30 µg EE vergleichbar ist.

Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in Studien zum NuvaRing®, der mit Etonogestrel ein Gestagen der so genannten 3. Generation enthält. Die Anwendung führte in einer Studie zu deutlich höheren SHBG-Spiegeln im Vergleich zu einer Pille mit 30 µg EE und 150 µg Levonorgestrel (Tuppurainen M 2004). Dies wird von den AutorInnen mit der stärkeren androgenen Wirkung von Levonorgestrel im Vergleich zu Etonogestrel begründet, die einen Anstieg des SHBG hemmen soll. Einer anderen Studie zeigte einen vergleichbaren Einfluss der beiden Präparate auf die Gerinnungsfaktoren (Magnusdóttir EM 2004).

Studien zur Häufigkeit von Thrombosen bei Anwenderinnen des Vaginalrings gibt es bisher nicht.

Literatur

FDA Safety Alerts for Drugs, Biologics, Medical Devices, and Dietary Supplements.
<http://www.fda.gov/medwatch/safety/2006/safety06.htm#Evra>
<http://www.fda.gov/cder/foi/label/2006/021180s022lbl.pdf>

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

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

Magnusdóttir EM, Bjarnadóttir RI, et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception* 2004; 69:461-7

Rad M, Kluff C, et al. Comparative effects of a contraceptive vaginal ring delivering a nonandrogenic progestin and continuous ethinyl estradiol and a combined oral contraceptive containing levonorgestrel on hemostasis variables. *American journal of obstetrics and gynecology* 2006; 195:72-7

Tuppurainen M, Klimscheffskij R, et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid me-

tabolism: a comparative study. *Contraception* 2004; 69:389-94

Waknine Y. Ortho Evra Patch Linked to Risk for Venous Thromboembolism. *Medscape Medical News* 21. September 2006
<http://www.medscape.com/viewarticle/544925?src=mp>

White T, Begüm Özela B, et al. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins *Contraception* 2006; 74:293-6

Informationen zu Brustkrebs in türkischer Sprache

Brustkrebs und Magenkrebs gehören auch in der türkischstämmigen Bevölkerung Deutschlands zu den häufigsten Krebserkrankungen. Betroffen sind überwiegend Menschen aus einer Altersgruppe, die häufig nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt. Der Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) bietet seit 4 Jahren Informationen im Internet an. Jetzt wurden die Informationen zu Brustkrebs vollständig überarbeitet und stehen auch in türkischer Sprache im Netz.

Das Angebot wendet sich ganz bewusst an alle im Gesundheitswesen Tätigen, da sie Betroffenen als Multiplikator und Vermittler beim Zugang zu aktuellem Wissen unterstützen können.

www.krebsinformation.de/tuerkischsprachige-Informationen/index.html

Fachzeitschrift *The Lancet* thematisiert sexuelle und reproduktive Gesundheit

Es wird als „stille Pandemie“ bezeichnet: Weltweit sterben ca. acht Frauen pro Stunde an den Komplikationen eines unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs. Die Fachzeitschrift *The Lancet* widmet eine Sonderausgabe dem Thema „Sexuelle und reproduktive Rechte“ und benennt dieses als dringendes Thema für das öffentliche Gesundheitswesens und die Menschenrechte. Sexualverhalten, Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch, sexuell übertragbare Erkrankungen sind Themen, die sich nicht selbstverständlich in medizinischen Fachzeitschriften wiederfinden. *The Lancet* macht die Dringlichkeit der Thematik deutlich: Die Belastung durch Krankheit, Invalidität und vorzeitigen Tod infolge

²⁸ Als Pillen der 3. Generation werden Präparate mit den Gestagenen Desogestrel und Gestoden bezeichnet, die das Thromboserisiko wahrscheinlich im Vergleich zu Pillen mit Levonorgestrel etwa verdoppeln.

von Problemen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist enorm- und sie steigt. Obwohl sich global die Angebote verbessert haben, haben weiterhin 120 Millionen Paare keinen Zugang zu Verhütung. Ca. 80 Millionen Frauen werden pro Jahr ungeplant bzw. ungewollt schwanger, ca. 45 Millionen entscheiden sich für einen Schwangerschaftsabbruch. Die Zahl der Neuinfektionen sexuell übertragbarer Erkrankungen wird auf 340 Millionen pro Jahr geschätzt, 5 Millionen davon sind HIV-Infektionen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit beinhaltet auch eine bessere Versorgung vor, während und nach einer Geburt. Weiterhin ein umfassendes Angebot zu Familienplanung und Dienstleistungen bei ungewollter Kinderlosigkeit und zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Erkrankungen inklusive HIV, Infektionen des Genitaltrakts und des Zervixkarzinoms.

Ca. ein Viertel der Weltbevölkerung lebt in Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch verboten ist. Janie Benson, verantwortlich für Forschung der Organisation IPAS, kommentiert hierzu, dass die Herausforderungen durch unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche ebenso wie andere Probleme in der Gesundheitsversorgung durch evidenz-basierte Lösungskonzepte angegangen werden müssen. Die jahrzehntelange Forschung im Bereich public health hat klar und unwiderlegbar gezeigt, dass Frauengesundheit sich deutlich messbar schnell verbessert, wenn Schwangerschaftsabbrüche legal und sicher durchgeführt werden können und Frauen auch zur Verfügung stehen. Gesetzliche Einschränkungen führen nicht zu einer Reduzierung der Zahl von Abbrüchen sondern zu einem –oft dramatischen- Anstieg der mütterlichen Sterblichkeit. Die Weltgesundheitsorganisation WHO und der Herausgeber des Lancet unterstützen diesen Standpunkt.

In der Sonderausgabe des Lancet finden sich umfassende Beiträge zu den genannten Aspekten sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, zum Schwangerschaftsabbruch, zu Familienplanung und zu sexuell übertragbaren Erkrankungen.

Sie kann im Internet vollständig abgerufen werden unter www.thelancet.com/collections/series/srh