

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Oktober 2008 Nr. 3

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus / ohne Krankenversicherung	3
Verhütungsberatung bei MigrantInnen	7
Erfahrungen aus der aufsuchenden Arbeit mit Migrantinnen der pro familia Beratungsstelle Bonn	12
Prostaglandinanwendung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch	14
Hinweise	
- Ratgeber der Bundesregierung für Zuwandererfamilien	16
- Präventionsmappe „Körperwissen und Verhütung“ der BZgA für MigrantInnen	16
- „deinkondom – merhabakondom“ – neue deutsch-türkische Internetseite der pro familia	17
- Untersuchung zum Gesundheitszustand von „Illegalen“	17
- Zulassung eines neuen hormonalen Kontrazeptivums	17
- Internetseite mit Informationen zur Myomembolisation	19
- Bremer Erklärung zu HPV-Impfung	19
- HPV-Impfung	19
Neuerscheinungen	20

Familienplanungs-
RUNDBRIEF

Impressum: © 2008
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

Der vorliegende Familienplanungs-Rundbrief nimmt sich zum zweiten Mal eines Themas an, das zwar nur eine kleine Gruppe in unserer Gesellschaft betrifft, die MigrantInnen, bei dem es aber um ein zentrales Anliegen in einer paritätischen Gesellschaft geht: Sicherung des Zugangs zur medizinischen Versorgung. Trotz anders lautender Beteuerungen ist dieser für MigrantInnen nicht immer und in gleichem Maße wie für Menschen ohne Migrationshintergrund gewährleistet, zum Beispiel, wenn sie sich nämlich illegal in Deutschland aufhalten, ihren Aufenthaltsort ohne behördliche Genehmigung wechseln oder ihre Versicherungssituation unklar ist. Dargelegt werden die rechtliche Situation der Betroffenen, aber auch die der Helfer zwischen Übermittlungs- und Schweigepflicht, die politische Diskussion zu diesem Thema und mögliche Lösungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.

Daneben ist die Verbesserung der Verhütungsberatung für MigrantInnen Thema dieses Rundbriefes. Konkrete Informationen zeigen die Probleme in der Beratung von MigrantInnen auf – einer sehr unhomogenen Gruppe aus unterschiedlichen Ländern und Kulturen, die einen stark divergierenden Umgang mit Sexualität und Verhütung hat – und es werden konkrete Lösungsvorschläge angeboten.

Der Erfahrungsbericht aus der Praxis einer pro familia Beratungsstelle rundet das Thema ab.

Ein weiterer Beitrag befasst sich mit der Prostaglandin-Anwendung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Durch die veränderte Zulassung und den verlängerten Anwendungszeitraum für Mifegyne® bis zur 9. Woche haben sich Fragen hinsichtlich des Haftungs- und Versicherungsrechts für ÄrztInnen ergeben, die nun geklärt werden können.

Schließlich berichtet der Rundbrief noch über aktuelle Veröffentlichungen zur HPV-Impfung. Da diese Impfung nach wie vor kontrovers diskutiert wird, ist es umso wichtiger, betroffenen Mädchen und Frauen niederschwellig unabhängig und aktuelle Informationen zu diesem sensiblen Thema zur Verfügung zu stellen, die sie in die Lage versetzen eine individuelle und informierte Entscheidung zu treffen. Einen weiteren Schritt auf diesem Weg versuchen wir mit dem vorliegenden Bericht zu gehen.

Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus / ohne Krankenversicherung

Helga Seyler

In Deutschland leben trotz der gesetzlichen Pflicht zur Krankenversicherung viele Menschen, deren gesundheitliche Versorgung nicht abgesichert ist. Davon betroffen sind besonders viele MigrantInnen mit unklarem Aufenthaltsstatus – manche halten sich „illegal“ in Deutschland auf, andere befinden sich in einem Asylverfahren, halten sich aber nicht am Ort des Verfahrens auf, wieder andere kommen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten in Osteuropa und haben zwar Aufenthaltsrechte in Deutschland, aber keinen Anspruch auf Sozialleistungen.

Die rechtliche Situation und die praktische Möglichkeiten der medizinischen Behandlung waren schon Thema des FPR Nr. 4 vom Dezember 2002. Seitdem hat sich an der Situation wenig geändert. Die Probleme in der medizinischen Versorgung dieser Menschen können allerdings immer weniger ignoriert werden und finden auch zunehmend öffentliche Aufmerksamkeit. Seit einigen Jahren entwickelt sich eine politische Diskussion über mögliche Lösungsansätze, die besonders auf kommunaler Ebene geführt und von den großen Wohlfahrtsverbänden und Flüchtlingsorganisationen vorangetrieben wird.

Rechtliche Situation und Praxis der medizinischen Versorgung

Flüchtlinge im Asylverfahren, Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtlinge oder Flüchtlinge mit Duldung aufgrund von Krankheit oder anderen Abschiebehindernissen haben Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Das betrifft auch Menschen, die „vollziehbar ausreise-

pflichtig“ sind, d. h. die abgeschoben werden sollen, und Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus. Die Leistungen beinhalten eine gesundheitliche Versorgung im Falle akuter oder schmerzhafter Erkrankungen, bei Gefahr einer Verschlechterung chronischer Krankheiten oder wenn ohne Behandlung eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung droht. Zudem besteht ein Anspruch auf Leistungen bei einer Schwangerschaft und auch Impfungen werden übernommen.

Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, brauchen die Betroffenen jedoch einen vom Sozialamt ausgestellten Krankenschein. Da das Sozialamt verpflichtet ist, die Ausländerbehörde zu informieren, wenn es vom illegalen Aufenthalt eines Menschen erfährt, nehmen Menschen mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus diese Möglichkeit aus Angst vor Abschiebung in der Praxis zumeist nicht in Anspruch.

Menschen, die sich in einem Asylverfahren befinden, dürfen sich nur an einem bestimmten Wohnort aufhalten, und haben nur dort Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Das Verlassen der Region ohne Erlaubnis ist bereits eine Straftat und gilt als „illegaler“ Aufenthalt.

Die meisten MigrantInnen ohne Krankenversicherung zahlen so weit wie möglich die medizinische Versorgung bei akuten und schweren Erkrankungen privat. In vielen Großstädten hat sich ein Netz von nichtstaatlichen Strukturen wie Praxen und Einrichtungen entwickelt, wo den Betroffenen zu bezahlbaren Preisen oder sogar umsonst Hilfe geleistet wird. Auch Familienplanungszentren und pro familia-Einrichtungen sind Anlaufstellen für diese Menschen. Zudem bieten manche Krankenhäuser für bestimmte Leistungen, wie zum Beispiel Entbindungen, reduzierte Preise oder ermöglichen Preisabsprachen. Einzelne Angebote der öffentlichen Gesundheitsdienste können von MigrantInnen unabhängig vom Aufenthaltsstatus kostenlos genutzt werden. Das betrifft zum Beispiel die Behandlung von Infektionen, wie Tuberkulose und einigen sexuell übertragbaren Erkrankungen, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit steht.

In vielen Städten gibt es Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und medizinische Beratungsstellen, die über Adresskarteien verfügen und PatientInnen an passende ÄrztInnen und medizinische Einrichtungen vermitteln (siehe Abschnitt Beratungsstellen). Aus Spendenfonds können Teile der Behandlungskosten erstattet werden.

Wenn teure Untersuchungen oder Behandlungen notwendig werden, erreicht das vorhandene Netz jedoch schnell seine Grenzen.

Im Notfall und bei dringenden Behandlungen sind die Krankenhäuser zur Hilfeleistung verpflichtet. Wenn die Krankenhausverwaltungen jedoch die Kostenübernahme klären möchten, müssen sie sich an die Sozialämter wenden. Eine Weitergabe von Daten an die Ausländerbehörde ist dann nicht mehr auszuschließen, auch wenn viele Krankenhäuser Notfallversorgung ohne Einschaltung der Behörden durchführen.

Bei planbaren und nicht dringenden Behandlungen ist im Einzelfall festzustellen, ob eine Reiseunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen vorliegt und die Person deswegen nicht abgeschoben werden kann. Zum Beispiel besteht eine Reiseunfähigkeit bei Schwangeren ab dem 8. Schwangerschaftsmonat, bei Schwangerschaftsrisiken eventuell auch schon vorher. Dann kann auf der Basis eines entsprechenden ärztlichen Gutachtens eine Duldung erteilt werden und es besteht Anspruch auf Leistungen entsprechend dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Ist die medizinische Versorgung einer Krankheit im Herkunftsland nicht möglich, kann auch eine Duldung aus humanitären Gründen möglich sein.

In diesen Fällen sollten sich die Betroffenen vor dem Kontakt mit der Ausländerbehörde von im Ausländerrecht erfahrene AnwältInnen oder Flüchtlingsberatungsstellen beraten lassen und sich auch im weiteren Verlauf des Verfahrens begleiten lassen.

Sehr häufig werden die Betroffenen zwar nicht ins Heimatland abgeschoben, aber an einen anderen Ort innerhalb von Deutschland verwiesen. An diesem zugewiesenen Aufenthaltsort müssen sie sich aufhalten und auch die gesundheitliche Versorgung ist auf diesen Ort beschränkt. Das bedeutet, dass die Menschen aus ihren vertrauten Umfeld und sozialen Netz herausgerissen werden.

Bei der Geburt eines Kindes muss auch bedacht werden, dass das Kind eine Geburtsurkunde braucht. Falls Schwangere den Kontakt mit der Ausländerbehörde vermeiden wollen und die Krankenhauskosten selbst tragen wollen, ist es in der Praxis nicht sicher, dass das Kind eine Geburtsurkunde erhält. Das Vorgehen der Standesämter ist in diesen Fällen unterschiedlich und es besteht das Risiko, dass das Standesamt die Ausländerbehörde über den illegalen Aufenthalt der Mutter informiert.

Besondere sozialrechtliche Schwierigkeiten ergeben sich bei Personen aus den neu beigetretenen EU-Ländern. Hier ist die rechtliche Situation in Bezug auf das Aufenthaltsrecht und den Anspruch auf Sozialleistungen so kompliziert, dass auch viele ExpertInnen sowie die zuständigen Behörden unterschiedliche Auffassungen vertreten.

Wenn Menschen aus einem EU-Mitgliedsstaat in ihrem Heimatland krankenversichert sind, trägt ihre Versicherung eventuell die Kosten einer medizinischen Versorgung in Deutschland. Diese Personen sollten einen Auslandskrankenschein – in EU-Amtssprache das Formular „E 111“ – vorlegen und können dann in Deutschland eine gesetzliche Krankenkasse wählen.

Rechtliche Situation für HelferInnen

Öffentliche Stellen sind gemäß § 87 Aufenthaltsgesetz von 2005 verpflichtet, die Ausländerbehörde zu informieren, wenn sie Kenntnis vom illegalen Aufenthalt einer Person erhalten. Neben Standesämtern, sind Sozial-, Jugend- und Arbeitsämter zu dieser Meldung verpflichtet, allerdings nach überwiegender Rechtsmeinung nicht ÄrztInnen, SchulleiterInnen und RichterInnen.

Bei ÄrztInnen und medizinischem Personal hat die Schweigepflicht Vorrang vor der Datenübermittlungspflicht. In Bezug auf Krankenhausverwaltungen gibt es unterschiedliche Rechtsauffassungen. In der Praxis gehen die Krankenhausverwaltungen mit PatientInnen ohne Aufenthaltsstatus unterschiedlich um. In einigen Fällen bemühen sie sich um Kostendeckung, ohne den Status der PatientIn zu gefährden, in anderen Fällen informieren sie die Behörden.

Bei wiederholter Hilfe für mehrere Ausländer kann möglicherweise eine Beihilfe zum illegalen Aufenthalt (nach § 96 Aufenthaltsgesetz von 2005) strafrechtlich relevant werden. Ob medizinische Versorgung unter bestimmten Umständen diesen Tatbestand erfüllen kann, ist umstritten, bisher gab es jedoch noch keinen Fall von Strafverfolgung aus diesem Grund.

Beratungsstellen für die Vermittlung medizinischer Hilfe

In vielen Großstädten existieren so genannte „Büros für medizinische Flüchtlingshilfe“¹, die ehrenamtlich arbeiten und sich aus Spenden finanzieren. Diese Anlaufstellen helfen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung bei gesundheitlichen Problemen. Direkte medizinische Hilfe wird hier nicht geleistet. Die MitarbeiterInnen erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie an eine geeignete Fachpraxis bzw. medizinische Einrichtung. Die ÄrztInnen, die mit den Büros zusammenarbeiten, behandeln die Flüchtlinge meist kostenlos und die PatientInnen können auf Wunsch anonym bleiben. Im Bedarfsfall können DolmetscherInnen vermittelt werden, die die PatientInnen in die Praxis begleiten. Sind weitere Untersuchungen, Medikamente, die nicht in der Praxis vorrätig sind, oder medizinische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Brillen notwendig, versuchen die Büros diese zu organisieren. Hierfür bestehen Kontakte zu kooperierenden Einrichtungen, die bestimmte Leistungen zum Selbstkostenpreis anbieten.

Eine weitere Anlaufstelle sind die Beratungsstellen der Malteser Migranten Medizin (MMM)². Hier werden Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus bzw. ohne Krankenversicherung bei plötzlichen Erkrankungen, Verletzungen oder einer Schwangerschaft beraten. Eine ÄrztIn führt eine Erstuntersuchung und Notfallbehandlung im Rahmen der Möglichkeiten der Beratungsstelle durch. Die PatientInnen werden bei Bedarf an Praxen und Krankenhäuser vermittelt. Die Kooperation mit Kirchen, Verbänden und Vereinen ermöglichen weitere Hilfen.

MMM-Beratungsstellen gibt es in Berlin, Köln, München, Darmstadt, Frankfurt, Hannover, Münster und Hamburg.

Politische Diskussion um die Sicherung der medizinischen Versorgung

Auf Bundes- und Länderebene gibt es derzeit keine Diskussion um konkrete Ansätze, die Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zu lösen. Es besteht die politische Auffassung, dass das Problem durch eine Verhinderung von illega-

¹ Adressen der Büros:

http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_medizin.html

<http://www.medibuero.de/de/Links.html>

² http://www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/default.htm

lem Aufenthalt und Abschiebungen gelöst werden muss. Bestrebungen, die medizinische Versorgung dieser Menschen zu verbessern, werden eher als Unterstützung für den illegalen Aufenthalt gewertet.

Auf kommunaler Ebene hat inzwischen allerdings eine Diskussion eingesetzt, da hier die Probleme mangelnder gesundheitlicher Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen nicht mehr zu ignorieren sind: Verschleppte und dadurch verschlimmerte Krankheiten führen zu kostspieligen Notfallbehandlungen in Krankenhäusern. Die Notfallambulanzen vieler Krankenhäuser sind überlastet mit MigrantInnen, die mit ihren gesundheitlichen Problemen nicht in eine Praxis gehen wollen. Der Mangel an Schwangerenvorsorge führt zu Komplikationen bei Schwangerschaften und Geburten. Besondere die Zahl von HIV-infizierten Kindern, bei denen die Infektion wahrscheinlich hätte vermieden werden können, wenn die HIV-Infektion der Mutter bekannt gewesen wäre und entsprechende Maßnahmen getroffen worden wären, lässt eine Lösung der Probleme dringend erscheinen³.

Aufgrund dieser bedrohlichen Situation beraten die Kommunen im Rahmen von gemeinsam mit Flüchtlingsorganisationen und Wohlfahrtsverbänden veranstalteten Fachtagen und runden Tischen über verschiedene Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der genannten Personengruppen.

Mögliche Lösungsansätze

Eine zentrale Forderung an die Bundesregierung ist, die Übermittlungspflicht so weit einzuschränken, wie es für die geschützte Wahrnehmung des Rechts auf medizinische Versorgung nötig ist. Die Pflicht zur Meldung an Ausländerbehörden sollte überall dort aufgehoben werden, wo es um medizinische Behandlung geht. Diskutiert wird die geschützte Vergabe von Krankenscheinen durch eine Stelle, die nicht der gesetzlichen Übermittlungspflicht unterliegt, das heißt, entweder eine nichtstaatliche Beratungsstellen, oder eine staatliche Stelle, die unter ärztlicher Leitung steht und somit der Schweigepflicht unterliegt.

Ein weiterer Ansatz ist der Zugang zu privaten Krankenversicherungen zum Basistarif oder zu reduzierten Tarifen. Dieser Zugang müsste durch

gesetzliche Regelungen ermöglicht werden. Zum Beispiel müssten die privaten Krankenversicherungen bei reduzierten Tarifen einen Teil der Prämien von den Sozialämtern erstattet bekommen. Diese sind aber zur Zeit meldepflichtig. Wegen der hohen Kosten privater Krankenversicherungen käme dieser Ansatz allerdings nur für einen kleinen Teil von MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus in Frage, denen damit aber eine Möglichkeit gegeben wäre, sich selbst gegen Krankheitskosten abzusichern.

Diskutiert wird auch die Einrichtung von Fonds aus privaten oder öffentlichen Geldern für Behandlungskosten, die nicht von den PatientInnen selbst getragen werden können. Es wird kontrovers diskutiert, ob eine Beteiligung von öffentlichen Geldern an solchen Fonds rechtlich möglich ist – staatliche Stellen lehnen dies ab. Als Problem bei der Fonds-Lösung wird zudem der große Verwaltungsaufwand für die Abwicklung der Kostenerstattung gesehen.

Ein weiterer Baustein könnte der Ausbau der Versorgung in örtlichen Gesundheitsämtern sein. Derzeit werden in vielen kommunalen Gesundheitsämtern schon Untersuchungen auf bestimmte Infektionen sowie die Behandlung einiger Infektionskrankheiten durchgeführt und zudem Impfungen vorgenommen. Diese Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten könnte zum Beispiel ausgeweitet werden. In einigen Städten übernehmen Einrichtungen der Gesundheitsämter bereits einen Teil der medizinischen Versorgung der örtlichen Bevölkerung.

In der Diskussion besteht Konsens darüber, dass die verschiedenen Ansätze nicht alternativ zueinander gedacht werden können, sondern nur in gegenseitiger Ergänzung dazu beitragen können, die notwendige gesundheitliche Versorgung abzudecken.

Entwicklung von Lösungsansätzen in der Praxis

Die skizzierten Lösungsmodelle wurden bisher in Deutschland nicht umgesetzt, bis auf eine Ausnahme: in München wurde ein lokaler Fond für nicht versicherte Personen eingerichtet. Träger ist ein dafür gegründeter gemeinnütziger Verein mit dem Vereinszweck, für „bedürftige Personen im Sinne dieser Satzung die Finanzierung von medizinischen Maßnahmen und Therapien zu übernehmen und dadurch auch die notwendige, kostenintensive medizinische Behandlung zu ermöglichen.“ Der Fond soll ausschließlich über private Spenden finanziert werden, da die Stadt

³ siehe auch: Expertise „Entwicklung von Qualitätsstandards für die frauenärztliche Beratung und Versorgung von HIV-positiven Frauen“. S.34: Die besondere Situation von Migrantinnen. pro familia Bundesverband 2008

München und die Landesregierung von Bayern eine Zuwendung von öffentlichen Geldern für rechtlich nicht zulässig halten.

Literatur

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.). Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Berlin 2007

http://medibuero.de/attachment/39b520617b75d0e45fa5eb4f5da202aa/5c6a4adb6a4120a3f1651f5d1d530ba7/Nov2007_Bericht_BAG_WEB_ES.pdf

Jessica Groß. Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat Berlin. 2005

www.fluechtlingsrat-berlin.de

Verhütungsberatung bei MigrantInnen

Helga Seyler

Migration ist eine weltweite Realität, die im Zuge der Globalisierung zunimmt. Es gibt viele unterschiedliche Gründe dafür, und MigrantInnen sind eine sehr heterogene Gruppe in Bezug auf Herkunftsregionen, Sozialstatus, Bildung, ethnische Zugehörigkeit und Gründen für die Migration.

Deutschland ist im internationalen Vergleich kein besonders gefragtes Ziel für MigrantInnen. 9% der Bevölkerung haben keinen deutschen Pass und 10% der Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit haben einen Migrationshintergrund.

Entsprechend dem Schwangerschaftskonfliktgesetz haben alle Frauen und Männer das Recht auf Beratung und Information über Fragen zu Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft. Die Praxis hat aber erwiesen, dass für MigrantInnen der Zugang zu Beratung und Unterstützung erschwert ist. Deswegen müssen Barrieren bei der Nutzung des vorhandenen Angebotes abgebaut werden.

Verhütungsberatung berührt besonders sensible Bereiche wie Sexualität, Normen und das Ge-

schlechterverhältnis. Deswegen ist es hilfreich, wenn die BeraterInnen Wissen über die unterschiedlichen Herkunftsregionen der Ratsuchenden mitbringen, über ihren soziokulturellen Hintergrund, die Kenntnisse der KlientInnen über Körpervorgänge und Verhütung zu sowie den gesellschaftlichen Umgang damit. Ebenso wichtig ist jedoch die jeweilige Person mit ihrem individuellen sozialen Hintergrund, ihrer Erfahrungen und ihrer Persönlichkeit wahr zu nehmen. Persönliche Erfahrungen und Einstellungen, zum Beispiel in Bezug auf Verhütungsmethoden, sollten erfragt werden um auf die individuellen Bedürfnisse der KlientIn eingehen zu können.

Viele Informationen in diesem Beitrag beruhen auf der praktischen Beratungserfahrung im Familienplanungszentrum Hamburg. Hier sind knapp die Hälfte der BesucherInnen MigrantInnen, im medizinischen Bereich ist der Anteil noch deutlich höher. Die wesentlichen Herkunftsregionen sind Westafrika, Südamerika, Osteuropa sowie die Türkei.

Viele der Besucherinnen haben keine Krankenversicherung und kommen mit gynäkologischen Problemen bzw. zur Schwangerenvorsorge ins Zentrum, ein weiterer Schwerpunkt im medizinischen Bereich ist jedoch auch die Verhütungsberatung.

Sprachprobleme

Ein zentraler Faktor, der den Kontakt mit Migrantinnen erschwert, sind Verständigungsprobleme aufgrund geringer oder fehlender Deutschkenntnisse. Dabei wäre es ideal, in der Einrichtung Beratungsangebote in den Sprachen der Ratsuchenden anbieten zu können. Zwar gibt es in einigen Regionen Dolmetscherdienste für den gesundheitlichen Bereich, aber diese Dienste werden, anders als in einigen anderen europäischen Ländern, in Deutschland weder vom Staat noch von den Krankenkassen finanziert. Deshalb müssen die Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in der Regel die Dolmetscher bezahlen. Neben der finanziellen Belastung ist auch die Organisation gemeinsamer Termine mit DolmetscherInnen eine Hürde. Einfacher ist es manchmal, Telefontermine zu verabreden.

Angesichts der oft sehr eingeschränkten und schwierigen Verständigungsmöglichkeit bei MigrantInnen mit geringen Deutschkenntnissen ist die Vermittlung durch professionelle kulturelle MediatorInnen in der Beratung eine unschätzbare Hilfe für beide Seiten und die Voraussetzung für

eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung.

Eine Übersetzung durch Begleitpersonen ist oft nicht unproblematisch. Partner der Frauen können zum Beispiel andere Interessen haben als diese selbst, zum Beispiel bei einem Schwangerschaftskonflikt oder bei Verhütungsanliegen, und deshalb nicht neutral übersetzen. Es kann auch vorkommen, dass eine Frau bestimmte Dinge nicht in Gegenwart des Partners ansprechen will.

Kinder als DolmetscherInnen sind regelmäßig überfordert, nicht nur mit der sprachlichen Übermittlung von Gesundheitsinformationen, sondern auch mit vielen heiklen Themen, die im Gespräch auftauchen können.

Analphabetinnen

Besonders in Ländern südlich der Sahara können viele Menschen, insbesondere Frauen, nicht lesen und schreiben. Der Anteil der Frauen, die Analphabetinnen sind, beträgt dort 30-70%. In der Beratung muss deshalb damit gerechnet werden, dass Frauen aus diesen Ländern keine oder geringe Lese- und Schreibkenntnisse haben.

Das bedeutet, dass sie keinen Nutzen von schriftlichem Informationsmaterial haben, das in den Beratungseinrichtungen oft in verschiedenen Sprachen verfügbar ist. Auch einen Flyer oder eine Visitenkarte mit der Adresse einer Einrichtung, an die die Patientin verwiesen wird, können diese Frauen nicht ohne fremde Hilfe nutzen. Direkte Fragen, ob eine Person lesen kann, sind oft sehr unangenehm für sie und sollten vermieden werden. Sinnvoll ist dagegen die konkrete Frage, ob eine schriftliche Information in einer bestimmten Sprache hilfreich ist, oder ob eine Person mit Hilfe der Visitenkarte in der Lage ist, eine Einrichtung zu finden.

Da besonders für AnalphabetInnen und Menschen, die die Landessprache nicht beherrschen, auch die Verständigung per Telefon häufig problematisch ist, sollte die Einrichtung immer auch für einen unangemeldeten, persönlichen Erstkontakt zugänglich sein, um Informationen über das Angebot zu bekommen oder einen Termin vereinbaren zu können.

Verhütungsverhalten in verschiedenen Herkunftsregionen

Das Verhütungsverhalten unterscheidet sich in verschiedenen Regionen und Ländern der Welt sehr stark. Es wird beeinflusst von der gewünschten Zahl der Kinder und von Wissen und Erfahrung im Umgang mit Verhütung sowie dem Zugang zu Verhütungsmitteln. Besonders in Schwellenländern hat sich mit zunehmendem Lebensstandard und Bildung die gewünschte Kinderzahl verringert und der Wunsch nach Anwendung von modernen Verhütungsmitteln steigt. Nicht überall gibt es ausreichende Angebote, um diesen gestiegenen Bedarf zu decken.

Bei der Erfassung des Verhütungsverhaltens wird zwischen modernen und traditionellen Methoden unterschieden. Mit letzteren wird der Coitus Interruptus sowie das Vermeiden von Geschlechtsverkehr an bestimmten, als fruchtbar angesehenen Tagen bezeichnet.

In Nord- und Westeuropa benutzen etwa 75 % der Frauen im fruchtbaren Alter Verhütungsmittel, die übrigen haben keinen Verhütungsbedarf, weil sie sich ein Kind wünschen, schwanger oder unfruchtbar sind oder aus anderen Gründen. Etwa 1 % der angewendeten Verhütungsmethoden sind traditionellen Methoden⁴.

Am wenigsten verbreitet ist die Anwendung von Verhütung in vielen afrikanischen Ländern südlich der Sahara. Hier benutzen nur etwa 10-20 % der Frauen im fruchtbaren Alter Verhütungsmethoden, etwa die Hälfte davon benutzt moderne Methoden.

In vielen südamerikanischen und asiatischen Ländern verhüten dagegen ähnlich viele Frauen, wie in Europa und dort dominieren auch die modernen Methoden. Ecuador ist ein Beispiel für sehr erfolgreiche Informationsmaßnahmen zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs. Alle Ecuadorianerinnen, die ins FPZ kommen, kennen den „Papanicolau“⁵, und kommen regelmäßig zu dieser Untersuchung, zum Teil explizit deswegen und ohne anderes Anliegen.

In Osteuropa gibt es sehr große Unterschiede im Verhütungsverhalten zwischen einzelnen Ländern. Außerdem hat sich dort das Verhütungsverhalten nach der Wende stark verändert, da seitdem mehr Informationen über Verhütungsmitt-

⁴ United Nations Population Fund. Country Profiles for Population and Reproductive Health, Policy Developments and Indicators 2005. <http://www.unfpa.org/worldwide/>

⁵ Nach dem Arzt Papanicolau ist der Krebsabstrich vom Gebärmutterhals benannt, in anderen Ländern auch in der Abkürzung als Pap-Test bekannt

tel verfügbar sind, und sich der Zugang zu Verhütungsmitteln verbessert hat. Bemerkenswert ist, dass in Polen aufgrund des Einflusses der katholischen Kirche traditionelle Methoden das Verhütungsverhalten dominieren, etwa 40% der Frauen, die verhüten, wenden solche Methoden an.

Auch die angewendeten modernen Methoden variieren stark in unterschiedlichen Ländern und Regionen. In Deutschland ist die Pille nach wie vor die am häufigsten benutzte Methode, über die Hälfte der Frauen verhüten damit. Gut 10 % verhüten mit IUP, 2 % der Frauen und 3 % der Männer sind sterilisiert (BZgA 2007). In weniger entwickelten Ländern nehmen nur ca. 10 % der Frauen, die verhüten, die Pille. Hier dominieren das IUP, das ein Viertel der Frauen verwendet, und die Sterilisation der Frau mit einem sehr hohen Anteil von etwa 40%. Der Anteil von sterilisierten Männern beträgt etwa 7% (UNFPA 1998). Dabei gibt es große regionale Unterschiede sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Länder.

Die Wahl der Verhütungsmethoden wird auch davon beeinflusst, in welcher Lebensphase und mit welchem Ziel verhütet wird. In einigen Kulturkreisen/Regionen werden Verhütungsmittel überwiegend von verheirateten Frauen genutzt, die die gewünschte Kinderzahl erreicht haben und deswegen endgültige und dauerhafte Methoden bevorzugen. In wirtschaftlich entwickelten Ländern und in gesellschaftlichen Gruppen mit höherem Sozialstatus wird Verhütung in der Regel auch schon vor dem ersten Kind und zwischen den Geburten zur zeitlichen Regulierung der Geburtenfolge und zur Planung der Kinderzahl eingesetzt. In diesen Fällen werden Methoden bevorzugt, die leicht abgesetzt werden können und bei denen die Fruchtbarkeit nach der Anwendung rasch wieder hergestellt ist.

Allgemeine Fragen in der Verhütungsberatung

Aktives Ansprechen von Familienplanung

Viele Frauen, die ins FPZ in Hamburg kommen, äußern als primäres Anliegen den Wunsch nach einer gynäkologischen Untersuchung und geben im Gespräch mit der Ärztin verschiedene Beschwerden an. Auf die Frage, ob sie sich zur Zeit ein Baby wünschen, oder nicht, reagieren sie oft zunächst erstaunt. Dann machen sie aber immer eine klare Aussage (selbst wenn das „ich bin mir nicht sicher“ ist), und die Frage erweist sich als sehr hilfreich für ein besseres Verständnis des

Anliegens. Oft wird deutlich, dass hinter den Beschwerden zum Beispiel die Angst steht, nicht schwanger werden zu können, oder umgekehrt die Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft. Bei Frauen, die keinen aktuellen Kinderwunsch haben, ermöglicht das aktive Anschneiden des Themas, ihnen eine Verhütungsberatung anzubieten. Erstaunlich oft scheint dies ein wesentliches Anliegen der Frau zu sein, das sie selbst beim Besuch einer Beratungsstelle für Familienplanung nicht primär nennen konnte.

Kosten von Verhütungsmitteln

Ein großes Problem sind die Kosten von Verhütungsmitteln. Zurzeit gibt es nur noch für gesetzlich krankenversicherte Jugendliche unter 20 Jahren die Möglichkeit, kostenlos Kontrazeptiva zu bekommen. Oft schränken die Kosten die Auswahl der Verhütungsmethoden deutlich ein oder die Verhütung scheitert ganz an den Kosten.

Bedeutung der Menstruation

Die Menstruation ist nicht nur für Migrantinnen wichtig. Je nach persönlichem und kulturellem Hintergrund hat die Blutung jedoch unterschiedliche Bedeutungen.

In einigen muslimischen Kulturen ist z. B. Geschlechtsverkehr während der Blutung nicht üblich und Frauen dürfen keine Moscheen besuchen.

Für viele Frauen ist die regelmäßig und in gewohnter Stärke auftretende Blutung ein Zeichen für ihre Gesundheit und Fruchtbarkeit.

Da alle hormonellen Verhütungsmethoden sowie die Kupferspirale die Menstruation verändern, ist es sehr wichtig, zu besprechen, was die zu erwartenden Veränderungen für die jeweilige Frau bedeuten, und ob sie akzeptabel sein werden. Wenn die Wirkweise der Methoden und die Auswirkungen auf die Blutung genau erklärt werden, können mögliche Sorgen der Klientin in Bezug auf ihre Gesundheit oft aufgelöst werden.

STD in der Verhütungsberatung

MigrantInnen sind sehr unterschiedliche von STD und HIV betroffen, einige Gruppen haben ein sehr geringes Risiko, andere ein überdurchschnittlich hohes. Wie bei der übrigen Bevölkerung spielen der soziale Hintergrund sowie die

Lebensweise eine Rolle und das Risiko für eine HIV-Infektion ist auch von der Herkunftsregion abhängig.

Für viele Migrantinnen, die ins FPZ kommen, ist der Schutz vor STD kein Thema.

Wenn bei der Untersuchung Infektionen festgestellt werden, taucht die Frage, woher sie diese Infektion haben könnten, erstaunlich selten auf. Dies ist ein großer Unterschied zu deutschen Frauen, die diese Frage fast immer stellen. Ein möglicher Grund könnte sein, dass viele Migrantinnen mit Kindern und ohne eigenes Einkommen in größerer Abhängigkeit vom Partner leben, und es sich deswegen nicht erlauben (können), Fragen nach möglichen sexuellen Außenkontakten zu stellen. Gelegentlich müssen sie sich bei einer Infektion sogar gegen den Verdacht wehren, dass sie selbst „fremdgegangen“ sind.

Bei der Information über die Behandlung des Partners kann es auch notwendig sein, darüber zu sprechen, wie der Partner zu einer Behandlung motiviert werden kann.

Für die präventive Arbeit zu sexuell übertragbaren Krankheiten ist wahrscheinlich die Motivierung der Männer zur Anwendung von Schutzmaßnahmen vorrangig.

Beratung zu verschiedenen Verhütungsmethoden

Pille

Da die Pille die in Deutschland am häufigsten benutzte Verhütungsmethode ist, wird sie auch den meisten Migrantinnen als erste Methode empfohlen. Dabei ist den meisten ÄrztInnen bzw. BeraterInnen nicht bewusst, wie schwierig die Regeln der korrekten Anwendung zu verstehen und einzuhalten sind. Es ist sehr unterschiedlich, wie viel Wissen Frauen dazu bereits haben. Die Informationen sollten sich auf dieses Wissen beziehen, und möglichst ausführlich und anschaulich gegeben werden. Dennoch ist damit zu rechnen, dass bei der Anwendung Fehler gemacht werden. Die Klientin sollte ermutigt werden, sich bei Fragen und Problemen jederzeit zu melden, oder es kann auch direkt ein weiterer Termin wenige Wochen nach dem ersten Beratungsgespräch vereinbart werden, um Fragen zu besprechen.

Die häufigsten Missverständnisse und Unsicherheiten, die in Beratungen im FPZ Hamburg auftauchen, beziehen sich auf die Einnahmepause. In vielen Ländern (zum Beispiel Südamerika,

Afrika) sind Pillenpackungen mit 28 Dragees üblich, von denen 7 keinen Wirkstoff enthalten. Die Frauen sind dann irritiert darüber, dass sie bei deutschen Präparaten eine Einnahmepause machen müssen.

Zudem ist schwer zu vermitteln, dass während der Einnahmepause von 7 Tagen Verhütungssicherheit besteht, während beim Vergessen von einer Pille während des Einnahmezyklus die Verhütungssicherheit schon beeinträchtigt sein kann. Außerdem ist es schwer zu verstehen, dass die Einnahme zunächst am Anfang der Menstruation beginnen soll, der Beginn der Einnahme nach der Pause aber unabhängig von der Menstruation erfolgt.

Zwischenblutungen und die Veränderungen bzw. das Ausbleiben der Menstruation führen außerdem häufig zu Verunsicherungen und zum Absetzen der Pille. Wenn eine Frau berichtet, dass die Regel ausgeblieben ist, muss in Erwägung gezogen werden, ob sie vielleicht keine Einnahmepause gemacht hat, da Missverständnisse dazu häufig sind.

In Bezug auf die Pille kursieren auch viele falsche Informationen, die Ängste schüren, z. B. dass die Pille unfruchtbar macht. Veränderungen der Menstruation oder Zwischenblutungen können von den Frauen so als Anzeichen von Krankheit (vermeintlich durch die Pille verursacht) oder Zeichen der dauerhaften Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit gedeutet werden.

Eine weitere Hürde für eine regelmäßige Pilleneinnahme ist, dass immer rechtzeitig ein neues Rezept besorgt werden muss. Deshalb ist es sinnvoll, bei der Vergabe des Rezepts möglichst wenig zusätzliche Hürden (wie zum Beispiel eine gynäkologische Untersuchung als Voraussetzung) aufzubauen und die Pille möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten zu verschreiben⁶.

Spirale

Kupfer-IUPs werden in vielen Ländern deutlich häufiger angewendet als in Deutschland, und viele Migrantinnen kennen sie oder haben bereits Erfahrungen damit.

Viele Frauen aus westafrikanischen Ländern, die zur Verhütungsberatung ins FPZ Hamburg kommen, haben jedoch diffuse Ängste vor der Anwendung und lehnen die Spirale grundsätzlich ab

⁶ Das wird auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch empfohlen.

(bisher habe ich auch durch Nachfragen keine konkreten Ängste genannt bekommen). Frauen aus anderen Regionen nennen hier Angst vor dem „Einwachsen“ der Spirale und vor einer Schwangerschaft trotz Spirale.

Die verstärkten Blutungen bei der Anwendung von Kupfer-IUPs können ein Problem sein, da Blutarmut und Eisenmangel aufgrund von schlechterer Ernährung bei Migrantinnen häufiger vorkommen.

Gestagen-Langzeitmethoden

Gestagen-Langzeitmethoden wie das Implantat oder die Dreimonats-Spritze sind in vielen Herkunftsregionen der Migrantinnen sehr verbreitet, und die Frauen fragen danach.

Diese Methoden einschließlich der Hormonspirale und Gestagenpille verändern die Menstruation sehr stark. Dauerblutungen können zumindest in den ersten Monaten der Anwendung häufig auftreten, und oft bleibt die Blutung bei längerer Anwendung ganz aus. Diese Veränderungen, die individuell unterschiedlich sind und deshalb im Einzelfall kaum vorhergesagt werden können, beeinträchtigen die Akzeptanz der Methoden stark.

Deshalb sind ausführliche Informationen dazu notwendig, bevor eine Frau sich dafür entscheidet.

Bei allen Gestagen-Methoden ist die Information wichtig, dass „die Menstruation nicht mehr jeden Monat kommt“, dass es sein kann, „dass sie mal kommt, und mal nicht kommt“, und dass sie manchmal „gar nicht mehr kommt“. Da die bei der Anwendung der Hormonspirale anfänglich häufig und verlängert auftretenden Blutungen fast immer nach 2-3 Monaten verschwinden, sollte den Frauen geraten werden, „Geduld zu haben“ und diese Zeit abzuwarten.

Bei der Anwendung der Dreimonats-Spritze sind die Blutungen auch nach dem Absetzen häufig über viele Monate völlig unregelmäßig bzw. bleiben ganz aus. Dies führt oft zu starken Beunruhigungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, einige Frauen kommen in kurzen Abständen in die Sprechstunde und drängen auf eine Behandlung, um endlich wieder ihren normalen Zyklus zu haben. Deswegen rate ich von der Anwendung der Spritze meist ab.

Traditionelle Methoden

In vielen Regionen der Welt werden traditionelle Methoden wie die Vermeidung von Geschlechtsverkehr an als fruchtbar angesehenen Tagen oder der Coitus Interruptus häufig angewendet.

Besonders Paare aus muslimischen Ländern verhüten häufig mit Coitus Interruptus. Die Zufriedenheit der Frauen ist sehr unterschiedlich. Einige fühlen sich damit unsicher und haben Angst vor ungewollten Schwangerschaften, andere berichten, dass sie die Methode seit vielen Jahren erfolgreich anwenden.

Für die Versagerrate der Methode wird international die große Spanne von 4 % bei perfekter Anwendung bis 27 % bei typischer Anwendung angegeben (WHO 2004). Wie hoch sie bei türkischen Paaren ist, ist nicht untersucht. Bei einer Befragung von 200 türkischen Patientinnen einer Praxis in Berlin gaben 38 % der Befragten den Coitus Interruptus als aktuelle Verhütungsmethode an. 23% gaben an, schon einmal mit dieser Methode schwanger geworden zu sein (Yüksel 2005).

Literatur:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2007.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: Kurzfassung "frauen leben" - Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung, 2000

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. Im Internet unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/9/>

Levels and trends of contraceptive use assessed in 1998. New York UNFPA (United Nations Publication. Sales No. E.99.XIII.4)

WHO. Eligibility criteria for contraceptive use. 2004

Yüksel E. Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug auf Sexualität und Verhütung. BzgA: Forum Sexualaufklärung 2005; Nr. 3:16.-19

Erfahrungen aus der aufsuchenden Arbeit mit Migrantinnen der pro familia Beratungsstelle Bonn

Interview mit Stéphanie Berrut

Seit 2000 führt die pro familia Beratungsstelle in Bonn aufsuchende Arbeit mit Migrantinnen durch⁷. In der vertrauten Umgebung der Migrantinnen (Räume von Migrantinnenorganisationen, Schulen, Kindergärten der Kinder) werden Gruppenveranstaltungen für unterschiedliche Zielgruppen durchgeführt, in denen Informationen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit vermittelt werden. Die Zielsetzung ist, die Handlungsmöglichkeiten der Migrantinnen zu erweitern.

Ein Großteil der Angebote wird in Kursen für Deutsch als Fremdsprache durchgeführt. Dabei werden unter anderem Vokabeln erklärt, die für den Besuch bei einer Frauenärztin wichtig sind, wie z.B. Bezeichnungen für Teile des weiblichen Körpers, Krankheitssymptome oder Verhütungsmittel. Von diesen Vokabeln ausgehend werden Körperfunktionen und die Anwendung und Wirkweise von Verhütungsmitteln erklärt.

Weitere Themen der Veranstaltungen orientieren sich stark an den Wünschen der Frauen.

Im Jugendbereich sind die Veranstaltungen stärker sexualpädagogisch orientiert.

Das Konzept der aufsuchenden Arbeit basiert u.a. auf der Beobachtung, dass bestimmte Gruppen von Migrantinnen die präventiven Angebote von pro familia eher wenig nutzen, dafür aber in der Schwangerschaftskonfliktberatung überrepräsentiert sind. Langfristiges Ziel der Arbeit ist es, die Angebote so zu öffnen, dass sich alle Gruppen der Bevölkerung in gleichem Maße davon angesprochen fühlen.

Stéphanie Berrut, die die aufsuchende Arbeit seit 2000 durchführt, (inzwischen unterstützt von einer weiteren Mitarbeiterin, Shohreh Ghavidel-Taghavi) berichtet in einem Interview über ihre Erfahrungen, speziell zum Thema Verhütung.

Aus welchen Herkunftsländern bzw. Regionen kommen die Teilnehmerinnen der Gruppen vorwiegend?

Die größte Gruppe ist arabisch-stämmig, dicht gefolgt von Frauen türkischer Herkunft, ferner Spätaussiedlerinnen. Ansonsten kommen die Frauen aus einer Vielzahl unterschiedlicher Länder aus der ganzen Welt.

Welche Erfahrungen mit Verhütung bringen die Frauen mit und welche speziellen Probleme gibt es?

Diese Frage ist nicht allgemein zu beantworten, da die Erfahrungen der Frauen sehr unterschiedlich sind. Man muss bei dieser Frage Faktoren wie Alter und Kinderzahl der Frauen sowie den Bildungsstand, die finanzielle Situation und die Aufenthaltsdauer in Deutschland berücksichtigen.

Ein Großteil der 30- bis 50jährigen Frauen in den Veranstaltungen ist verheiratet, hat meist mehrere Kinder und lebt schon seit geraumer Zeit in Deutschland. Wenn man berücksichtigt, dass viele dieser Frauen einen geringen sozioökonomischen Status haben, unterscheiden sich ihre Erfahrungen mit Verhütung möglicherweise nur wenig von denen deutscher Frauen mit ähnlichem Bildungs- und Einkommenshintergrund.

Die Spirale ist bei diesen Frauen, vor allem bei türkischem und arabischem Hintergrund, eine sehr bekannte Methode. Bei den meisten, die die Spirale aus eigener Erfahrung kennen, handelt es sich um die Kupferspirale, was oft mit den geringeren Kosten zu tun hat. Die Frauen beurteilen sie in der Regel sehr positiv da sie, z. T. seit vielen Jahren, gute Erfahrungen damit gemacht haben. Nichtsdestotrotz tauchen auch Geschichten, insbesondere von Kindern, die mit der Spirale auf dem Kopf geboren wurden, gelegentlich als Ausdruck von Skepsis auf – allerdings kennen die Frauen diese oft eher vom Hören-Sagen als aus eigener Erfahrung. Bedenken gegenüber der Spirale bestehen in Einzelfällen bei sehr gläubigen christlichen Frauen, geäußert zum Beispiel von einigen SpätaussiedlerInnen, da für sie ein Verhütungsmittel, das möglicherweise die Einnistung einer bereits befruchteten Eizelle verhindert,

⁷ Gesundheitsförderung für MigrantInnen. Ein Angebot der pro familia Beratungsstelle Bonn. www.profamilia.de/getpic/5291.

nicht akzeptabel ist. Akzeptanzprobleme gibt es bisweilen auch bei der Hormonspirale sowie anderen hormonellen Methoden, bei denen es passieren kann, dass die Periode nicht mehr regelmäßig kommt. Viele Frauen, gerade auch aus südlichen Kulturkreisen (Nahe Osten, afrikanischer Kontinent), befürchten, dass sich in ihnen das Blut staut, wenn es nicht regelmäßig abfließt. Allerdings sind sie sehr aufgeschlossen, wenn sie die Vorgänge in den Eierstöcken und der Gebärmutter während des Zyklus erklärt bekommen, und ihre Ängste gegenüber der Verhütungsmethode relativieren sich dadurch eindeutig.

Die Pille ist auch immer sehr bekannt. Eine Ausnahme stellen hier nur jung verheiratete Frauen dar, die noch nicht lange in Deutschland sind. Sie haben zwar oft auch schon von der Pille gehört, sind aber mit der Anwendungsweise nicht vertraut. Bisweilen hat die Pille bei einigen Spätaussiedlerinnen einen auffallend schlechten Ruf. Die Annahme, die Pille sei sehr schädigend für den Körper, bringen sie aus ihren Herkunftsländern mit und geben sie leider auch an ihre Töchter weiter.

Eine ebenfalls von Frauen berichtete Methode ist der Coitus Interruptus. Insbesondere Frauen türkischer und arabischer Herkunft, die schon mehrere Kinder geboren haben, erzählen sehr zufrieden von langjährige Anwendung dieser Methode. Von häufigen Versagen ist dort nicht die Rede, was verschiedene mögliche Schlüsse zulässt. So kann es sein, dass diese Methode in einer Lebensphase angewandt wird, in der ein (weiteres) Kind zwar nicht geplant, jedoch auch nicht gänzlich unerwünscht ist, somit auch nicht als ärgerliches Versagen der Methode betrachtet wird. Auch kann es sein, dass sich vorwiegend eher diejenigen Frauen äußern, bei denen die Methode bis zum aktuellen Zeitpunkt gut funktioniert hat. Und es ist möglich, dass neben dem Coitus Interruptus auch andere Aspekte intuitiv oder bewusst berücksichtigt werden, z.B. Anzeichen für fruchtbare Tage oder ein Abschätzen der Zyklusphase. An dieser Stelle sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass eine Reihe von Frauen in den Veranstaltungen nur sehr vage Vorstellungen davon haben, wie der Zyklus verläuft und wann die fruchtbaren Tage sind. Nahezu alle Frauen gehen ferner davon aus, dass bei Geschlechtsverkehr während der Periode keine Schwangerschaft entstehen kann.

Entsprechend ist auch die so genannte „natürliche Familienplanung“ mit all ihren empfohlenen Facetten in den Gruppen, mit denen ich arbeite, unbekannt. Dies ist sicher auch bei deutschen

Frauen ähnlichen Bildungshintergrunds der Fall. So gut wie gar nicht bekannt ist auch die Pille danach. Möglicherweise gibt es bei den Methoden, die von den Frauen überwiegend angewendet werden, hierfür auch kaum (erlebten) Bedarf.

Barrieremethoden sind in der Regel eher unbeliebt. Die unpraktischen Seiten des Diaphragmas sowie die Notwendigkeit, sich selbst in der Scheide zu berühren, um die Lage zu überprüfen, sind für viele Frauen wenig akzeptabel. Kondome haben die älteren verheirateten Frauen oft noch nie gesehen. Bei der Idee, diese anzuwenden, müssen viele lachen und können sich nicht vorstellen, ihren Mann dazu zu motivieren. Dies ist ganz anders bei jüngeren Frauen, insbesondere Studentinnen, die, egal welcher Herkunft, Kondome sehr wichtig finden und dabei die Krankheitsprävention im Blick haben.

Das Spektrum der angewandten Methoden ist wegen der oft geringen finanziellen Mittel der Familien nicht zuletzt auch von den Kosten abhängig. In Bonn gibt es seit einigen Monaten einen Fonds für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel für Frauen mit wenig Geld. Seitdem scheint mir der Anteil der Frauen, die sich eine (insbesondere Hormon-)Spirale einsetzen lassen, zu steigen. Damit hätte der Fonds eventuell Einfluss auf das Spektrum der benutzten Methoden.

Welche Erfahrungen gibt es in Bezug auf Schutz vor STD?

Entsprechend der Zusammensetzung der Gruppen und ähnlich wie bei deutschen verheirateten Frauen sind für die meisten Frauen sexuell übertragbare Krankheiten kein Thema. Eine Übertragung auf sexuellem Wege schließen sie aus. Ein Interesse kann nur über andere Schienen (gemeinsame Benutzung von Handtüchern, Frage nach der Gefahr, die von öffentlichen Toiletten ausgeht) geweckt werden. Anders sieht es bei sexuell aktiven jüngeren Frauen, z.B. Studierenden, aus. Hier ist das Interesse größer. In Einzelfällen sprechen auch jung verheiratete Frauen das Thema an, da sie vermuten, dass ihr Mann auch vor der Heirat sexuelle Kontakte hatte. Eine Ansteckung durch außereheliche Kontakte des Mannes ist für viele ein Tabu oder jenseits dessen, was sie sich vorstellen können.

Das Thema Scheidenhygiene ist hingegen etwas, wo die Frauen an fachliche Information interessiert sind. Hier ist mein Ziel, vor allem zu häufigem Waschen bzw. der Anwendung ungünstiger Methoden vorzubeugen. Bestimmte schädigende Praktiken finden sich aus unterschiedlichen

Gründen bei verschiedenen Migratinnengruppen (z.B. Wunsch nach trockener Scheide bei manchen Frauen aus dem südlichen Afrika, häufige Waschungen vor dem Gebet bei manchen muslimischen Gläubigen).

Das Thema HPV und die angebotene Impfung ist meines Erachtens noch nicht so stark zu den Frauen durchgedrungen wie ich es bei deutschen Frauen erlebe – auch unter Berücksichtigung des Bildungshintergrunds.

Welche Veränderungen der bestehenden Angebote wären sinnvoll, damit sie von Migrantinnen besser genutzt werden?

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist die Mitarbeit von MigrantInnen in den Einrichtungen. Hierbei spielt zum einen die Möglichkeit eine Rolle, Beratung in Migrantensprachen anbieten zu können. Wer selber mehrere Sprachen spricht, wird die Dankbarkeit und die schlagartige Verbesserung der Beratungsatmosphäre kennen, wenn eine gemeinsame Sprache entdeckt wird. Zum anderen sind MigrantInnen als MitarbeiterInnen aber auch wichtig, selbst wenn sie selber aus einem anderen Herkunftsland kommen als die KlientInnen. Die KlientInnen gehen von geteilten Erfahrungen aus und fühlen sich besser verstanden. Allerdings sollte es nicht zu einer Spaltung des Teams kommen, bei der alle KlientInnen mit Migrationshintergrund bei der MitarbeiterIn mit Migrationshintergrund landen. Im Prinzip sollten alle für alle da sein.

Außerdem wären Möglichkeiten der Kinderbetreuung sicher geeignet, die Nutzung der Angebote zu verbessern. Viele Familien haben hier in Deutschland kein ausreichendes soziales Netz, um eine Kinderbetreuung während des Besuchs einer Beratungsstelle selbst zu organisieren. Und häufig fehlt es an Finanzen für einen Babysitter.

Wichtig sind außerdem ausreichende und zielgruppenorientierte Informationen über vorhandene Angebote. Oft wissen die Frauen nicht, was es alles gibt, worauf sie ein Anrecht haben (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) und wie die Zugangsbedingungen sind (Versichertenkarte, Praxisgebühr, Kosten).

Hat die aufsuchende Arbeit die Nutzung präventiver Angebote in der Beratungsstelle verändert?

Das Angebot ist sicher zu klein, um zu eindeutig zuordenbaren deutlichen Steigerungen der statis-

tischen Fallzahlen zu führen. Aber wir können zweierlei feststellen: Zum einen werden häufig vor Ort, unmittelbar im Anschluss an die Veranstaltungen, Beratungen gewünscht, so dass dafür auch schon immer Zeit eingeplant wird. Auch sprechen die Frauen bereits in der Veranstaltung persönliche Themen so offen an, dass die Beantwortung Beratungscharakter annimmt.

Zum anderen kommen mehr Frauen aus den Veranstaltungen in die Beratungsstelle, seit die aus dem Iran stammende Kollegin einen Großteil der Gruppenarbeit durchführt. Ihre Empfehlung ist offensichtlich sehr wirksam, egal, ob sie den medizinischen oder Paar- und Sexualberatungsbereich „bewirbt“. Hin und wieder, wie es auch in der Fachwelt zur psychologischen Arbeit mit MigrantInnen beschrieben wird, zeigen sich dann allerdings auch ungewöhnliche Erwartungen an die Beratung. Die Frauen wünschen oft ein aktiveres Eingreifen und Einwirken auf den Ehemann und sind manchmal enttäuscht über die therapeutische Arbeitsweise. Auch dies ist aber ja kein völlig unbekanntes Phänomen in der Paar- und Sexualberatung.

Stéphanie Berrut ist Diplom-Psychologin und in der Schwangerschaftskonflikt-, Paar- und Sexualberatung tätig. Sie leitet das Präventionsprojekt „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“

Prostaglandin-anwendung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch

Prüfung aktueller medizinrechtlicher Fragen durch den pro familia-Bundesverband

Im Familienplanungs-Rundbrief 1/2008 wurde über die veränderten Bestimmungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch berichtet, die sich durch die europaweit einheitliche Zulassung von Mifegyne ergeben. Hierunter fallen auch Änderungen bei der Prostaglandin-Anwendung.

Während in den meisten Ländern, in denen me-

dikamentöse Schwangerschaftsabbrüche schon seit einigen Jahren bis zum 63. Tag durchgeführt werden, Misoprostol (Cytotec®) vaginal (off-label) angewendet wird, empfiehlt die Europäische Zulassungsbehörde EMEA die Anwendung von Gemeprost. Dies hat zu uneinheitlichen rechtlichen Einschätzungen geführt.

Zum Hintergrund

Nach wissenschaftlichen Kriterien wird die orale Gabe von Misoprostol nach dem 49. Tag p.m. als nicht ausreichend wirksam beurteilt. Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation WHO und des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) empfehlen neben Gemeprost auch die Gabe von 800 µg Misoprostol (Cytotec®) vaginal. In dieser Dosierung ist es genau so wirksam wie Gemeprost, verursacht aber wahrscheinlich geringere Nebenwirkungen wie Schmerzen, Erbrechen, Durchfall und Blutdruckabfall. Zudem ist Cytotec® billiger und benötigt keine durchgängige Kühlkette. Die Zulassung durch die Europäische Zulassungsstelle EMEA empfiehlt jedoch die Anwendung von 1 mg Gemeprost vaginal.

Die EMEA-Empfehlung weicht damit von der weltweit überwiegenden, wissenschaftlich abgesicherten Praxis der Anwendung von vaginalem Misoprostol ab.

Dies wird damit begründet, dass es kein Misoprostolpräparat gebe, das für die vaginale Applikation zugelassen sei. Außerdem raten viele Fachgesellschaften in den USA von der vaginalen Anwendung von Misoprostol beim medikamentösen Abbruch ab, da dort seltene, aber tödlich verlaufende Clostridium sordelli-Infektionen im zeitlichen Zusammenhang mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und der vaginalen Anwendung von Misoprostol aufgetreten sind. In Europa wurde bisher kein Fall einer Clostridium sordelli-Infektion bekannt. (Siehe auch FPR 1/2006, S. 12). Ob ein ursächlicher Zusammenhang der Todesfälle mit der vaginalen Anwendung von Misoprostol besteht, ist unter ExpertInnen umstritten. Die EU-Kommission sieht einen solchen Zusammenhang nicht als gesichert an, hat jedoch die Warnung vor Infektionen mit Clostridium sordelli bei vaginaler Anwendung von Misoprostol übernommen.

Wegen der Warnung der EMEA vor der Anwendung von vaginalem Misoprostol und der Empfehlung von Gemeprost wurde medizinrechtlich geprüft, ob die vaginale Anwendung von Cytotec® ab dem 49. Tag p.m. ebenso zulässig ist

und einen vergleichbarer Off-Label-Use darstellt wie die orale Anwendung bis zum 49. Tag p.m.

Eine aktuelle rechtliche Einschätzung führt aus, dass ein Off-Label-Use prinzipiell berufsrechtlich anerkannt ist, wenn er medizinisch vertretbar ist. Dies ist der Fall, wenn die Verabreichung des Medikaments außerhalb der zugelassenen Indikation für eine andere Krankheit medizinisch-wissenschaftlich erprobt ist und keine unverträglichen Nebenwirkungen bekannt sind.

Misoprostol ist nicht zum Schwangerschaftsabbruch zugelassen. Die orale Einnahme von Cytotec® zum Schwangerschaftsabbruch ist jedoch als Off-Label-Use anerkannt. Die vaginale Verabreichung zwischen dem 49. und dem 63. Tag p.m. wird in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sowohl zur Abortinduktion bis zum 49. Tag als auch zur Schwangerschaftsbeendigung bis zur 14. Schwangerschaftswoche als eine Möglichkeit empfohlen. Daher kann die vaginale Anwendung von Misoprostol als medizinisch anerkannt angesehen werden.

An Nebenwirkungen traten bei vaginaler Verabreichung von Misoprostol in den USA in sehr seltenen Fällen tödliche toxische Schocks auf. In der Gebrauchsinformation des Präparats Cytotec® wird auch die Gefahr einer schweren Dehydratation (Wasserverlust des Körpers) sowie Blutdruckabfall genannt. Das könnte bei Patientinnen mit Durchblutungsstörungen im Gehirn oder koronarer Herzkrankheit zu Problemen führen.

Nach medizinrechtlicher Einschätzung ist die vaginale Anwendung von Misoprostol (Cytotec®) zulässig, sofern die Patientinnen über den Off-Label-Use und die bekannten Nebenwirkungen ausdrücklich informiert werden.

Auch die Frage des Deckungsschutzes der Berufshaftpflichtversicherung wurde bewertet:

Deckungsschutz besteht zunächst in all denjenigen Off-Label-Anwendungen, in denen die Voraussetzungen vorliegen, die das Bundessozialgericht für die Erstattungsfähigkeit im Rahmen der GKV aufgestellt hat. Anders als bei der restriktive gehandhabten Erstattungsfähigkeit dürfte es für den Deckungsschutz der Haftpflichtversicherungen ausreichen, dass in einschlägigen Fachkreisen Konsens über den voraussichtlichen Nutzen des Off-Label-Use besteht und das Präparat nach gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis

für die nicht zugelassene Indikation sinnvoll eingesetzt werden kann. Dies ist für die Verordnung von Misoprostol-Tabletten zu bejahen, auch wenn die Verabreichung vaginal erfolgt und nach dem 49. Tag p.m. Zugelassen für diese Anwendung ist nur Gemeprostat, das jedoch stärkere Nebenwirkungen verursacht.

In der medizinrechtlichen Bewertung des Haftpflicht-Deckungsschutzes wird auch die Gefahr eines toxischen Schocks beachtet. Zwar wäre diese Folge erheblich gravierender als die Nebenwirkungen von Gemeprostat, jedoch ist das Risiko eines solchen Schocks sehr gering. Deshalb ändert diese Gefahr nichts am Deckungsschutz der Haftpflichtversicherung. Wichtig ist auch, dass der Arzt/die Ärztin die Patientinnen auch hinsichtlich dieses Risikos umfassend aufklärt, da der Arzt/die Ärztin nach ordnungsgemäßer Aufklärung der Patientin auch im Fall eines toxischen Schocks keine Haftung übernehmen muss.

Hinweise

Ratgeber der Bundesregierung für Zuwandererfamilien

Informationen über Leistungen, Rechte und Pflichten in Bereichen wie Gesundheitsvorsorge, Kinderbetreuung, Schule, Beruf gibt die Broschüre „Chancen auf Integration – Ratgeber für Familien“. Der Ratgeber ist zweisprachig in deutsch-türkisch und deutsch-russisch erhältlich. Bestellung oder download kostenlos unter:

http://www.bundesregierung.de/nn_1342/Content/DE/Publikation/Bestellservice/chancen-durch-integration-deutsch-tuerkisch.html

Präventionsmappe „Sexuell übertragbare Krankheiten“ der BZgA für MigrantInnen

Die "Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten" wurde für die Präventionsarbeit mit Menschen verschiedener Herkunft entwickelt. Die Verwendung von Bildmaterial und eine sehr einfache deutsche Sprache kommen der Zielgruppe entgegen. Die Mappe hat die Form eines Ordners mit Text- und Bildtafeln, der auf unterschiedliche Weise genutzt werden kann. Er kann flipchartartig aufgestellt werden, so dass die BeraterInnen die Texttafeln sieht, und das Gegenüber die Bildtafeln. Oder man kann den Ordner

liegend benutzen und nebeneinander sitzend gemeinsam Text- und Bildtafeln ansehen. Die Bildtafeln können auch als Overhead-Folien benutzt werden.

Zusätzlich können aus den Text- und Bildtafeln Präsentationen für unterschiedliche Anlässe zusammengestellt werden.

Die Präventionsmappe wurde unter Einbezug von Fachkräften mit Migrationshintergrund entwickelt und einem Praxistest in multikulturellen Präventionskontexten unterzogen. Ein einführender Text gibt Empfehlungen für Beratungen und Veranstaltungen im interkulturellen Kontext.

<http://www.gib-aids-keine-chance.de/materialien/fremdsprachig/index.php>

Präventionsmappe „Körperwissen und Verhütung“ der BZgA für MigrantInnen

Die Mappe wird zur Zeit entwickelt und voraussichtlich 2009 erscheinen. Sie richtet sich in erster Linie an Jugendliche und erwachsene Männer und Frauen mit Migrationserfahrung. Aufgrund der einfachen Sprache und der verständlichen Illustrationen ist sie aber auch für die Aufklärung von Menschen mit geringem Bildungsniveau geeignet. Sie kann von MultiplikatorInnen verschiedenster Disziplinen, z. B. in Arztpraxen und Beratungsstellen eingesetzt werden. Die Folien können auch als Kopiervorlagen für Handouts zum Mitgeben genutzt werden. Der zielgruppenspezifische Einsatz in verschiedenen Handlungsfeldern wird in einem einführenden Kapitel erläutert.

Die Präventionsmappe beinhaltet folgende Themen: weiblicher und männlicher Körper, Zyklus und Befruchtung, Sexualität, Funktionsweise und Anwendung von Verhütungsmitteln und -methoden, Hilfe bei Verhütungsspannen, Besuch beim Frauenarzt, Besuch beim 'Männerarzt', Schwangerschaft und Geburt.

In jedem Kapitel sind kulturspezifische Besonderheiten durch Text, Sprache und Bild integrierend berücksichtigt, wo erforderlich (wie z. B. bei Menstruation, Virginität und FGM/Genitalverstümmelung) auch gesondert angesprochen.

In einer einfachen und prägnanten Sprache, unterstützt durch erläuternde Illustrationen und Zeichnungen, werden diese komplexen Sachverhalte auf je einer Text- und Bildtafel beschrieben. Die Texttafeln sollen auch als Orientierung für die

MultiplikatorInnen in Bezug auf eine eigene einfache Wortwahl dienen. In Themenauswahl, Sprache und Art der Bebilderung wird einer kultursensiblen Herangehensweise Rechnung getragen. Die Mappe kann flipchartartig aufgestellt werden, so dass die BesucherInnen die Bildtafeln sieht und die BeraterInnen die Texttafeln. Die Mappe kann aber auch so auf den Tisch gelegt werden, dass BeraterInnen und Beratene gemeinsam Text- und Bildtafeln sehen.

„deinkondom - merhabakondom“ – neue deutsch-türkische Internetseite der pro familia

Die Internetseite richtet sich an deutsch- und deutsch-türkisch-sprachige Jugendliche und informiert über Kauf, Anwendung und Lagerung des passenden Kondoms. Beide Sprachen wurden im Text, der Gestaltung und dem Aufbau der Seite gleichrangig berücksichtigt. Die Seite ist über eine deutsch- und türkischsprachige Adresse zugänglich. Sie kann deshalb auch von Jugendlichen in der Türkei aufgerufen und gelesen werden.

Die Jugendlichen lernen z. B., wie man die passende Kondomgröße findet und dass Kondome auch bei gleichgeschlechtlichen Kontakten schützen. Homosexualität wird als gleichberechtigte Lebensform verstanden.

www.merhabakondom.de www.deinkondom.de

Untersuchung zum Gesundheitszustand von „Illegalen“

Die Pflegewissenschaftlerin Mareike Tolsdorf hat eine Untersuchung zum Gesundheitszustand von Menschen, die ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, durchgeführt. Die Untersuchung wurde als Buch veröffentlicht:

Mareike Tolsdorf: *Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckter lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz.* Verlag Hans Huber, Bern 2008.

ISBN 978-3-456-84554-8, 26,95 Euro

Zulassung eines neuen hormonalen Kontrazeptivums

Im September kam in Deutschland eine neue Pille mit dem Namen Yaz® auf den Markt. Sie wurde von der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA für Europa zugelassen. Yaz® enthält, wie die Pillen Yasminelle® und Aida® das Gestagen Drospirenon (3 mg) und 20 µg Ethinylestradiol. Neu ist das Einnahmeschema mit 24 wirkstoffhaltigen Pillen, gefolgt von einer Pause von 4 Tagen, für die die Packung wirkstofffreie Dragees enthält. Dieses Einnahmeschema soll sowohl die Verhütungssicherheit als auch die Verträglichkeit verbessern. In den USA wurden außer Yaz® bereits zwei weitere Präparate mit diesem Einnahmeschema und unterschiedlichen Gestagenen zugelassen.

Die Pause von 7 Tagen im üblichen Einnahmeschema wird besonders bei den sehr niedrig dosierten Pillen als Sicherheitsrisiko angesehen. Durch die verkürzte Pause soll sich das Versagerisiko bei Einnahmefehlern am Anfang der neuen Packung verringern.

Außerdem sollen mit der kürzeren Pause Beschwerden wie Brustspannen, Kopfschmerzen oder Unterleibsschmerzen verringert werden, die manche Frauen in der Einnahmepause bekommen.

Verhütungssicherheit

Die Verhütungssicherheit von Yaz® wird in der Zulassung der FDA (Yaz® wurde zuerst 2006 in den USA zugelassen) mit einem Pearl-Index von 1,41 angegeben. In der deutschen Fachinformation wird der Pearl-Index bei typischer Anwendung mit 0,8 und bei perfekter Anwendung mit 0,41 angegeben.

Die Angaben beruhen auf zwei Studien zur Verhütungssicherheit über jeweils 1 Jahr mit insgesamt ca. 2 000 Frauen. In einer wurde ein PI von 1,29 insgesamt und von 0,72 für perfekte Anwendung ermittelt (Bachmann 2004). Eine weitere Studie ergab einen Pearl-Index von 0,49 bei typischer und 0,22 bei perfekter Anwendung (Hernadi 2008).

Diese Daten sind vergleichbar mit Studienergebnissen für andere hormonelle Kontrazeptiva. Direkte Vergleichsstudien mit anderen Kontrazeptiva gibt es nicht, daher ist eine höhere Verhütungssicherheit durch die kürzere Einnahmepause nicht belegt.

Hormonelle Kontrazeptiva zur Behandlung von Beschwerden

Drospirenon ist ein Gestagen, das antiandrogene und antimineralokortikoide⁸ Eigenschaften hat. Aufgrund dieser Eigenschaften soll es sich nicht nur günstig auf Akne auswirken, sondern auch günstige Auswirkungen auf verschiedene prämenstruelle Beschwerden haben, wie Wassereinlagerungen im Gewebe, Brustspannen, Völlegefühl, geblähter Bauch und prämenstruelle depressive Verstimmungen.

In den USA ist Yaz® außer zur Verhütung auch zur Behandlung von Akne und prämenstruellen depressiven Verstimmungen (PMDD) zugelassen.

Die Zulassung von hormonellen Kontrazeptiva für zusätzliche Indikationen erweitert den Markt für Verordnungen, erhöht aber insbesondere auch die Akzeptanz und Attraktivität der Pille bei Frauen, die sie primär zur Verhütung anwenden.

In Deutschland sind einzelne hormonale Kontrazeptiva auch zur Behandlung von Akne (verschiedene Präparate mit Cyproteronacetat, mit Dienogest oder Clomadinonacetat) oder zur Behandlung von Hirsutismus⁹ und androgenbedingtem Haarausfall (Präparate mit Cyproteronacetat, Clormadinonacetat) zugelassen. Das bedeutet, dass sie bei diesen Indikationen auf Kosten der Krankenkassen verordnet werden können. Zur Behandlung der Dysmenorrhoe oder prämenstrueller Beschwerden sind in Deutschland bisher keine Pillen zugelassen. Die Firma Bayer Schering strebt auch für Europa die Zulassung von Yaz® zur Behandlung von Akne und prämenstruellen depressiven Verstimmungen an (Pressemitteilung Juni 2008). Unabhängig davon wird aber bereits jetzt mit der positiven Wirkung bei diesen Beschwerden auch in Deutschland geworben.

Wirkung von Yaz® bei PMS-Beschwerden

Der Nutzen von Pillen mit Drospirenon zur Behandlung des prämenstruellen Syndroms bzw. von prämenstruellen depressiven Verstimmungen (PMDD) wurde in einem Cochrane Review zusammengefasst (Lopez 2008). Es gibt dazu meh-

rere Studien mit insgesamt 1600 Frauen. In zwei Studien über jeweils 3 Monate wurde Yaz® mit Plazebo verglichen. In beiden Gruppen wurde eine Besserung der prämenstruellen Beschwerden beobachtet, diese war bei der Einnahme von Yaz® ausgeprägter (Besserung der Beschwerden um mindestens 50 % bei 48% der Frauen mit Pilleneinnahme und 36% der Frauen mit Plazebo, (Yonkers 2005). Dafür hatten die Frauen mit Pilleneinnahme mehr Nebenwirkungen wie Übelkeit, Zwischenblutungen und Brustspannen.

Beim Vergleich einer Pille mit Drospirenon und 30 µg EE mit einer anderen Pille waren die Beschwerden in einer Studie über 6 Monaten mit Drospirenon mehr gebessert, in einer Studie über 2 Jahre wurden keine Unterschiede gefunden.

Es ist nicht geklärt, ob die neue Pille bei längerer Einnahme tatsächlich besser wirkt, als andere Pillen, und ob längerfristig die positiven Wirkungen gegenüber den Nebenwirkungen der Pilleneinnahme überwiegen.

Vermarktung von „Zusatznutzen“

Unabhängig von der Zulassung der Pillen wird in der Werbung der so genannte Zusatznutzen bei vielen Präparate gegenüber dem eigentlichen Zweck der Einnahme in den Vordergrund gestellt, wie zum Beispiel eine positive Wirkung auf Regelschmerzen oder Akne. Damit soll das Image der Pille als Dickmacher und Verursacher von unangenehmen Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Brustspannen, depressive Verstimmungen und sexueller Lustlosigkeit verbessert werden. Um sich in dem großen Angebot von konkurrierenden Präparaten abzuheben, werden hormonale Kontrazeptiva inzwischen als Lifestyle-Medikamente zur Steigerung des Wohlbefindens und der Attraktivität vermarktet. Der Aufbau eines solchen Image wird bei Yaz® besonders deutlich. Ein weiteres Beispiel für diesen Trend bietet die Markteinführung der Pillenpräparate Petitbelle/Yasmin im Jahr 2000, wo die Suggestion einer möglichen Gewichtsabnahme ein zentrales Thema der Vermarktung war.

Literatur

Bachmann G, Sulak P, et al. Efficacy and safety of a low-dose 24-day combined oral contraceptive containing 20 micrograms ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Contraception* 2004; 70:191-8

Hernadi L, Marr J, De Leo V, Petraglia F. Efficacy and safety of a low-dose combined oral contraceptive containing drospirenone 3 mg and ethinylestradiol 20 µg in

⁸ Mineralokortikoide sind Hormone aus der Nebennierenrinde, die den Wasser- und Salzhauhalt regulieren. Die antimineralokortikoide Wirkung soll Wassereinlagerungen ins Gewebe entgegenwirken.

⁹ Mit Hirsutismus wird verstärkter Haarwuchs bei Frauen im Gesicht, an der Brust, am Rücken und den Oberschenkeln bezeichnet.

a 24/4-day regimen. Contraception, submitted for publication 2008.

Lopez L, Kaptein A, et al. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 1:CD006586

Yonkers K, Brown C, et al. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with Drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106:492-501

Internetseite mit Informationen zur Myomembolisation

Eine Internetseite bietet ausführliche Informationen zur Behandlung von Myomen mit dem Verfahren der Embolisation. Bei dieser neuen Technik werden über einen von der Leiste aus in die Blutgefäße der Gebärmutter vorgeschobenen Schlauch kleine Kunststoffpartikel gespritzt. Diese führen zu einem Verschluss der Gefäße, die die Myome mit Blut versorgen. Dadurch stirbt das Gewebe der Myome ab und die Myome verkleinern sich deutlich. Für viele Frauen mit starken Blutungen oder anderen Beschwerden ist diese Behandlung eine Alternative zur Gebärmutterentfernung.

Die Seite wird von der Deutschen Röntgengesellschaft erstellt und gepflegt. Sie informiert über die Methode und über Kliniken, in denen die Behandlung durchgeführt wird. In einem Forum können sich betroffene Frauen austauschen.

<http://www.myomembolisation.org/index.php?page=home>

Bremer Erklärung zu HPV-Impfung

Ein gemeinsames Papier zur HPV-Impfung wurde in Bremen von den Gesundheitsämtern Bremen und Bremerhaven, der Ärztekammer, den Berufsverbänden der Frauen-, Kinder- und AllgemeinärztInnen, der zuständigen Senatorin sowie der Bremischen Gleichstellungsstelle herausgegeben. Das Papier wurde in einer Pressemitteilung vom 12.9.08 vorgestellt.

Die Erklärung beschreibt den aktuellen Wissensstand sowie offene Fragen rund um die Impfung. „Wir setzen auf die Fähigkeit mündiger Frauen, für sich und ihre Töchter eine informierte Entscheidung zu fällen“, so die Bremer Landesfrauenbeauftragte Ulrike Hauffe, die die Vorlage für die Erklärung verfasst hat, „hierfür liefern wir

ihnen die Grundlage“. Mit der gemeinsamen Erklärung haben sich alle örtlichen Verantwortlichen des Gesundheitswesens auf eine vorsichtige und vor allem aufklärende Haltung festgelegt.

Damit sollen der uneingeschränkten Impfpfehlung der StiKo und der massiven und irreführenden Werbekampagne für die Impfung differenzierte und ausgewogene Informationen entgegen gesetzt werden.

http://www.frauenseiten.bremen.de/fastmedia/36/hpv_impfung.pdf

Die Fachwelt gratuliert. Bremer Papier zur HPV-Impfung macht bundesweit Furore. Pressemitteilung 12.9.08

http://www.frauenseiten.bremen.de/sixcms/detail.php?template=12_texte_d&id=7183910&_hauptid=&_subid=3639802

HPV-Impfung

Kosten-Nutzen-Bilanz wegen vieler offener Fragen unsicher

arznei-telegramm¹⁰ bewertet den Nutzen weiterhin als unklar.

Einen wesentlichen Kritikpunkt an der HPV-Impfung stellen die (auch im Vergleich zu anderen Impfungen) sehr hohen Kosten dar, die das Gesundheitswesen belasten. Mehrere Untersuchungen beschäftigen sich deswegen mit der Frage der Kosteneffizienz. Diese Kosten-Nutzen-Analysen sind wegen vieler ungeklärter Aspekte (Dauer des Impfschutzes, Zahl der trotz Impfung auftretenden Vorstufen und Zervixkarzinome, Rate der geimpften Frauen) schwierig.

Eine aktuelle Kosten-Nutzen-Analyse aus den USA kam zu dem Ergebnis, die Impfung sei kosteneffektiv unter der Voraussetzung, dass die Impfung lebenslange Immunität bewirkt (Kim 2007). Bei einer Zunahme von Infektionen mit von der Impfung nicht abgedeckten HPV-Typen (Replacement) um 5 % wäre diese Kosteneffizienz allerdings bereits nicht mehr gegeben. Wenn Auffrischimpfungen erforderlich werden, steigen die Kosten immens und die Kosten-Nutzen-Bilanz verschlechtert sich ebenfalls. Die Kosten-Nutzen-Analysen sind aber nicht unmittelbar auf andere Länder übertragbar. Eine Ana-

¹⁰ Das **arznei-telegramm** (a-t) ist eine medizinische Fachzeitschrift. Es erscheint monatlich, ist werbefrei und nach eigener Darstellung unabhängig von der Pharmaindustrie und anderen Interessengruppen.

lyse aus Österreich berechnete unter den oben genannten optimistischen Annahmen ebenfalls eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz, führte aber auch an, dass die finanziellen Mittel für andere präventive Maßnahmen effektiver eingesetzt werden könnten (Zechmeister 2007). Aufgrund dieser Analyse wurde die HPV-Impfung in Österreich nicht ins gesetzliche Impfprogramm aufgenommen.

Nach Einschätzung des *arznei-telegramms* verdeutlicht die Analyse aus den USA vor allem, dass weiterhin viele Fragen zur HPV-Impfung nicht geklärt sind:

- Senkt die Impfung die Gesamtzahl an höhergradigen Zellveränderungen an der Zervix?
- Wird die Zahl an Karzinomen und Todesfällen abnehmen?
- Wie lange besteht ein Impfschutz?
- Welchen Einfluss hat die Impfung auf Infektionen mit anderen onkogenen Viren?
- Welche Auswirkung hat sie bei vorpubertären Mädchen, bei denen die Immunantwort nur in einer kleinen Studie mit kurzer Zeitdauer untersucht wurde?
- Verändert sich durch die Impfung das Screeningverhalten?
- Verändert sich durch die Impfung das Sexualverhalten?

Viele Fragen werden, wenn überhaupt, erst nach Jahrzehnten beantwortet werden können.

Das *arznei-telegramm* weist darauf hin, dass junge Mädchen, die gegen HPV geimpft werden sollen, und ihre Eltern über die offenen Fragen wie den tatsächlichen Nutzen (siehe FPR 4/2007) die unklare Schutzdauer und mögliche Interaktionen mit anderen HPV-Typen aufgeklärt werden müssen. Weiterhin weist es auf die schlechte Datenlage von Cervarix®¹¹ hin: Der durchschnittliche Beobachtungszeitraum in der veröffentlichten Zulassungsstudie betrug bisher nur 15 Monate.

Aufgrund der Datenlage hält das *arznei-telegramm* eine möglichst schnelle Impfung möglichst vieler Mädchen für nicht gerechtfertigt.

Literatur

arznei-telegramm 2008; 39(9): 92-94

Kim J, Goldie S. Health and Economic Implications of HPV Vaccination in the United States. *NEJM* 2008; 359: 821-32

Zechmeister I, Freiesleben de Blasio B, et al. Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich. HTA Projektbericht. 2007

Neuerscheinungen

Kinderwunsch und professionelle Beratung.

Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID).

Dorothee Kleinschmidt, Petra Thorn, Tewes Wischmann (Hrsg.), Verlag Kohlhammer, 1. Auflage 2008, ISBN 978-3-17-019940-8, 25,- €

Ungewollte Kinderlosigkeit nimmt weiter zu und damit auch der Wunsch nach vielfältigen Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland veranschaulicht kompetent, gut verständlich und aktuell einen Großteil des gesamten Spektrums, einschließlich alternativer Perspektiven. Es enthält Erfahrungsberichte, Fallbeispiele, Beschreibungen unterschiedlicher Konzepte sowie wissenschaftliche Grundlagendarstellungen und bietet damit eine Übersicht über aktuelle psychosoziale Ansätze.

Dorothee Kleinschmidt ist als Ärztin und systemische Therapeutin bei pro familia in Bochum tätig.

Dr. Petra Thorn ist Dipl.-Sozialarbeiterin und arbeitet als Familientherapeutin in eigener Praxis in Mörfelden.

PD Dr. Tewes Wischmann ist als Dipl.-Psychologe und Psychoanalytiker am Universitätsklinikum Heidelberg tätig.

¹¹ Cervarix ist neben Gardasil der zweite Impfstoff. Er richtet sich ausschließlich gegen die Hochrisiko-HPV-Typen 16 und 18. Die Zulassung von Cervarix® ist bisher in den USA nicht erfolgt.

In meiner Not rief ich die Eule.

Eine junge Türkin in Deutschland von Betül Licht

Hoffmann und Campe, Hamburg 2008

Die Autorin, 1955 in der Türkei geboren, war zehn Jahre alt, als sie mit ihren Eltern nach Deutschland kam. Heute arbeitet sie in einem sozial-psychiatrischen Beratungszentrum in Hamburg und begleitet dort Migrantinnen und Migranten. Ihre Erfahrungen hat Betül Licht in dem ergreifenden Buch verarbeitet.

Es beschreibt die Erlebnisse der jungen Fatma, die in den 60er Jahren im Alter von 8 Jahren mit ihren Eltern nach Deutschland kommt. In eindringlichen Briefen an eine Freundin schildert sie als junge Frau die traumatischen Erlebnisse ihrer Kindheit in der Familie und mit dem Leben in der Fremde. Die Erzählungen zeigen jedoch neben den spezifischen kulturellen Gegebenheiten und den Erfahrungen mit der Migration auch die persönlichen und psychischen Verstrickungen der Familienmitglieder, und vieles könnte auch in einer deutschen Familie passiert sein. Vielleicht deswegen sind die Schilderungen so berührend, dass die LeserInnen in einen Bann gezogen werden, das Buch nicht mehr weglegen zu können.

„Wer dieses Buch gelesen hat, wird es leichter haben, in Türken und Migranten Menschen zu sehen, die den hochkomplexen Vorgang der Integration zu leisten haben“, schreibt die Psychotherapeutin Marianne Röhl im Nachwort.