

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Dezember 2009 Nr. 4

Inhalt

Impressum	2
Verhütung in der Perimenopause	3
Nichthormonale Konzepte in der Behandlung von menopausalen Beschwerden	8
Hinweise	
- Neue Notfallpille seit Oktober verfügbar - Bisher nur wenige Daten veröffentlicht	20
- Bericht des Allan Guttmacher Institut zur weltweiten Entwicklung bei Schwangerschaftsabbrüchen	20
- Todesfall im Zusammenhang mit der Einnahme von Yaz®	21
- Neue Studie untersucht das Wissen zu Früherkennungsuntersuchungen in Europa	22
- Internetportal zu Zwangsheirat	22
- Internetauftritt der BZgA in ihrer Funktion als Kooperationspartnerin der WHO	23
- Mädchenbroschüre: „Wann/Muss ich zur Frauenärztln“ neu aufgelegt	23
- „Pille danach“ auch in Österreich rezeptfrei	23
- Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation	24
Veröffentlichungen	24
Veranstaltung	25

Impressum: © 2009

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)

Verhütung in der Perimenopause

Helga Seyler

In den Jahren vor der Menopause, etwa ab 40 bis 45 Jahren, ergeben sich für die Verhütung neue Fragen. Eine davon ist, wie lange eigentlich verhütet werden sollte. Eine andere ist, welche Verhütungsmittel noch in Frage kommen. Die Wahl der Verhütungsmethode verändert sich mit zunehmendem Alter. Während von den 20- bis 29-jährigen Frauen 72 % die Pille nehmen, und 3 % eine Spirale haben, benutzen von den 30- bis 44-jährigen Frauen 44 % hormonale Kontrazeptiva (16% verhüten mit der Pille). Kondome benutzen 40 % der Frauen von 20 bis 29 Jahren (als alleiniges Verhütungsmittel oder zusätzlich), bei den 30- bis 44-jährigen sind es 33 % (BzG 2007). In einer Befragung aus den 1990er Jahren hatten 8 % der 35- bis 39-jährigen Frauen eine Sterilisation durchführen lassen, bei den 40- bis 45-jährigen waren es 23% (Oddens 1994). Möglicherweise ist der Anteil aktuell aufgrund der inzwischen selbst zu tragenden Kosten niedriger.

Wenn der Zyklus immer unregelmäßiger wird, wenn Hitzewallungen, Schlafstörungen oder Scheidentrockenheit auftreten, stellt sich die Frage, ob diese Beschwerden durch die Wechseljahre bedingt sind und wie Verhütung und mögliche Behandlung der Beschwerden kombiniert werden können.

Veränderung der Fruchtbarkeit

Dass die Fruchtbarkeit von Frauen mit dem Alter abnimmt, ist bekannt. Allerdings ist die Fruchtbarkeit individuell sehr unterschiedlich und es ist sehr schwierig, praktisch relevante Zahlen für die Fruchtbarkeit bzw. das Risiko für eine Schwangerschaft in einem bestimmten Alter zu nennen. In der Literatur findet sich sehr oft die Aussage, mit 42 Jahren hätte eine Frau nur noch eine Wahrscheinlichkeit von 2 %, ein Kind zu gebären und ab 45 sei die Wahrscheinlichkeit praktisch Null. Es ist aber unklar, auf welche Daten sich diese Aussagen stützen.

Untersuchungen zur tagesbezogenen Fruchtbarkeit (d. h. die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft für jeden Tag im Zyklus) bei Zyklusbeobachtungen mit NFP-Methoden zeigen einen Rückgang schon ab 30 Jahren (Dunson 2002). Dieser Rückgang führt aber bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr nicht dazu, dass es bis zum

Eintritt einer Schwangerschaft insgesamt länger dauert, und hat damit für die Praxis keine Konsequenzen. Deutlich wahrnehmbar lässt die Fruchtbarkeit wohl ab 35 Jahren nach. Dann dauert es im Durchschnitt länger, bis eine Schwangerschaft eintritt, und der Anteil von Frauen, die nicht schwanger werden, nimmt zu.

Da kontrollierte Beobachtungen der Fruchtbarkeit bei einer größeren Zahl von Frauen nur in der Sterilitätsbehandlung möglich sind, gibt es außer den Erfolgsstatistiken der IVF-Methode hauptsächlich Zahlen von Frauen, die wegen Unfruchtbarkeit des Partners eine intrauterine Insemination durchführen lassen. Die aus diesen Untersuchungen gewonnenen Zahlen lassen sich jedoch nicht auf die Allgemeinheit der Frauen, die schwanger werden wollen, übertragen. Auch aus diesen Untersuchungen gibt es nur sehr wenige Daten für Frauen über 40 Jahren, da nur wenige eine solche Behandlung durchführen lassen. In einer Studie wurde eine zyklusbezogene Schwangerschaftsrate von 5,4 % bei Frauen über 40 Jahren gefunden, 13 von 61 Frauen wurden nach bis zu 24 Zyklen schwanger (Ferrara 2002).

Bevölkerungsbezogene Beobachtungen gibt es aus Gesellschaften, in denen keine Verhütung betrieben wird. Bei der Schwangerschaftsrate dieser Frauen spielen neben der eigenen Fruchtbarkeit allerdings auch andere Faktoren eine Rolle, wie zum Beispiel die nachlassende Fruchtbarkeit der älter werdenden Partner¹ sowie der mit dem Alter und mit der längeren Beziehungsdauer seltener werdende Geschlechtsverkehr. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich: Bis Mitte 30 werden über 40 % der Frauen pro Jahr schwanger. In der Altersgruppe der 35- bis 39-jährigen sind es ca. 33 %, bei den 40- bis 44-jährigen Frauen ca. 18 % und ab 45 Jahren unter 5 % (Heffner 2004).

Der Rückgang der Fruchtbarkeit ist zum einen auf die reduzierte Chance einer Schwangerschaft zurückzuführen. Zum anderen steigt aber auch die Rate an Fehlgeburten. Sie wird bei 35-jährigen Frauen zwischen 12 und 20 %, bei 40-jährigen mit 25 bis 35 % und bei 45-jährigen mit ca. 50 % angegeben (Tarlitzis 2003, Heffner 2004). Insgesamt wird die Alterung der Eizellen mit häufiger auftretenden Veränderungen der Chromosomenzahl (Aneuploidien) als wesentliche Ursache sowohl für den Rückgang der Emp-

¹ Für die altersbezogene Fruchtbarkeit von Männern gibt es sehr unterschiedliche Daten. In einigen Studien wurde ein Rückgang der Fruchtbarkeit ab Mitte 30 gefunden, in anderen erst ab 50 Jahren. Die meisten Samenbanken haben eine Altersgrenze von 40 Jahren für Samenspende (Dunson 2002, Lansac 1995).

fängnismöglichkeit als auch für die hohe Fehlgeburtenrate angesehen. Bei einer Eizellspende von jüngeren Frauen werden auch bei 50-jährigen Frauen noch hohe Raten an Schwangerschaften erreicht.

Verhütung wie lange?

Angesichts der geringen Fruchtbarkeit bei Frauen über 45 Jahren stellt sich die Frage, wie lange eine Frau überhaupt verhüten sollte. Allerdings ist die individuelle Fruchtbarkeit sehr unterschiedlich und auch die Fruchtbarkeit des Partners spielt eine große Rolle, so dass von den statistischen Daten nicht auf das Schwangerschaftsrisiko bei einer einzelnen Frau geschlossen werden kann.

Da in der Zeit des Wechsels die Aktivität der Eierstöcke sehr stark schwanken kann und nach längeren Phasen mit nur geringer Hormonproduktion und ausbleibender Regel doch wieder Zyklen mit Eisprung auftreten können, ist es auch nicht leicht, für die jeweilige Frau das endgültige Ende der Fruchtbarkeit zu bestimmen.

Hormonanalysen haben wegen der wechselnden Aktivität der Eierstöcke nur eine begrenzte Aussagekraft. Deswegen gibt es keine einfache und zuverlässige Aussage auf der Basis von Hormonuntersuchungen. Bei mehrmonatigem Ausbleiben der Regel können FSH und Estradiol bestimmt werden. Wenn mehrfach im Abstand von einigen Wochen hohe FSH- und niedrige Estradiol-Werte gemessen werden, wird das Risiko einer Schwangerschaft als sehr gering eingeschätzt.

In der Reproduktionsmedizin werden auch neue Parameter untersucht, mit denen die individuelle Fruchtbarkeit eingeschätzt werden kann. Dazu gehört das AMH (Anti-Müller-Hormon), das in den heranwachsenden Eibläschen im Eierstock produziert wird. Wenn der Blutspiegel niedrig bzw. nicht nachweisbar ist, wird die Chance auf eine Schwangerschaft als sehr gering angesehen. Ein zweites Maß ist die Zahl der antralen Follikel (Follikel in einem frühen Entwicklungsstadium), die bei einer Ultraschalluntersuchung gezählt werden können. Auch aufgrund dieser Zahl wird die aktuelle Fruchtbarkeit geschätzt. Diese Faktoren werden jedoch nur im Hinblick auf die Erfolgsaussichten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung bzw. einer spontan entstehenden Schwangerschaft untersucht, und nicht mit der Frage, wann keine Verhütung mehr notwendig ist.

Da jedoch Schwangerschaften auch bei nicht nachweisbarem AMH beschrieben wurden, sind diese Faktoren (Fraise 2008) bisher nicht zuverlässig

für eine Entscheidung über die Notwendigkeit weiterer Verhütung nutzbar.

Als Altersgrenze, bis zu der eine Frau verhüten sollte, wird in der Literatur allgemein das Alter von 51 Jahren angesehen. Bei Frauen mit natürlichen Zyklen wird das Ausbleiben der Regelblutung für mindestens ein Jahr als endgültiges Ende der Fruchtbarkeit betrachtet.

Hormonelle Kontrazeptiva

Wenden Frauen im Alter über 40 Jahren hormonelle Kontrazeptiva an, müssen besonders die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen beachtet werden, da diese mit dem Alter zunehmen. Diese Risiken werden unterschiedlich bewertet.

Das Risiko für Thromboembolien, Herzinfarkt und Schlaganfälle ist während der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva erhöht. Da diese Erkrankungen bei Frauen etwa ab einem Alter von 45 bis 50 Jahren deutlich häufiger auftreten, stellt sich die Frage, ab wann das Risiko bei zusätzlicher Pillen-Einnahme unverträglich ansteigt. Einen großen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko haben dabei auch zusätzliche Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Übergewicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Familie.

Die Vorteile der hormonellen Verhütung sind, dass sie starken und unregelmäßigen Regelblutungen entgegen wirken. Kombinationspräparate bessern oft, aber nicht immer, Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen und trockene Schleimhäute.

In vielen neueren Publikationen wird die Einnahme von kombinierten hormonellen Verhütungsmitteln bei Frauen bis zur Menopause für unbedenklich erklärt, wenn sie keine Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben und nicht rauchen (Schneider 1997, Kovacs 2003). In den Eligibility Criteria der WHO wird angegeben, dass für Frauen über 40 Jahren ohne Risikofaktoren die Vorteile der Einnahme üblicherweise gegenüber den Risiken überwiegen. Raucherinnen sollten nach Angaben der WHO und auch nach Angaben der US-amerikanischen Zulassungsbehörde für Arzneimittel FDA ab 35 Jahren keine kombinierten hormonellen Kontrazeptiva anwenden. In den deutschen Fachinformationen von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva wird eine Altersgrenze von 30 Jahren genannt.

Frauen sollten über die individuellen Risiken und Vorteile der Anwendung sowie über mögliche Alternativen beraten werden und auf dieser Grundlage abwägen, ob und wie lange sie mit Hormonen verhüten möchten. Falls Frauen über 40 sich für die Pilleneinnahme entscheiden, soll-

ten Risikofaktoren wie ein erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutfette und eine Zuckerkrankheit ausgeschlossen werden.

Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose

Die Einnahme von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva erhöht das Herzinfarktrisiko unabhängig vom Alter etwa auf das Doppelte. In einer Studie hatten Pillen mit Levonorgestrel und Norethisterat eine stärkere Auswirkung auf das Herzinfarktrisiko (RR 2,5), bei Pillen mit Desogestrel und Gestoden war das Risiko nicht signifikant erhöht (Tanis 2001). In einer aktuellen Metaanalyse fand sich bei niedrig dosierten kombinierten Pillen (bis 30 µg EE) eine Risikoerhöhung um den Faktor 1,84. Auch in dieser Studie war die Risikoerhöhung bei Pillen mit Desogestrel und Gestoden nicht signifikant (Baillargeon 2005).

Das Schlaganfallrisiko ist bei Anwendung von niedrig dosierten, kombinierten hormonalen Kontrazeptiva bei allen Gestagenen gleichmäßig um den Faktor 2,1 erhöht.

Im Vergleich dazu erhöht Rauchen das Risiko für einen Herzinfarkt auf das achtfache und das Schlaganfallrisiko auf das zwei- bis dreifache.

Das Thromboserisiko erhöht sich bei Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva um den Faktor 3 bis 6, abhängig vom Gestagen und von der Dosierung (Siehe FPR Nr. 3/ 2009).

Um das individuelle Risiko abschätzen zu können, sind jedoch Angaben zum absoluten Risiko auf der Basis der Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung notwendig. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes² wird die Häufigkeit von Herzinfarkten bei Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren mit 2,4 je 10.000 Frauen angegeben, im Alter von 45 bis 49 Jahren sind es 4,8 je 10.000, im Alter von 50 bis 54 Jahren 8,6 von 10.000.

Einen Schlaganfall erleiden nach Daten der Gesundheitsberichterstattung³ in der Altersgruppe von 35 bis 44 Jahren 2,9 von 10.000 Frauen und in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre 8,1 je 10.000 Frauen.

Thromboembolische Erkrankungen treten im Alter von 40 bis 44 Jahren bei 0,6 von 10.000 Frauen auf (WHO 1998), für das Alter von 40 bis 54 Jahren wird eine Häufigkeit von 7,4 auf 10.000 Frauen angegeben (Rosendaal 1997).

Herzinfarkt	40-44 J.	45-49 J.	50-54 J.
	2,4	4,8	8,6
Schlaganfall	35-44 J.	45-54 J.	
	2,9	8,1	
Thromboembolie	40-44 J.	40-54 J.	
	0,6	7,4	

Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in verschiedenen Altersgruppen pro 10.000 Frauenjahre. Quellen siehe Text.

Auch eine mögliche Risikoerhöhung für Krebserkrankungen bekommt bei zunehmendem Alter größere Bedeutung, da die meisten Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger auftreten.

Brustkrebsrisiko

Das Risiko für Brustkrebs ist während der Einnahme von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva gering erhöht auf den Faktor 1,2. Bei Frauen über 45 Jahren wurde eine Erhöhung um den Faktor 1,5 gefunden (Marchbanks 2002). Wegen der geringen Zahl von Frauen war dieses Ergebnis jedoch nicht statistisch signifikant. Das absolute Erkrankungsrisiko wird in Deutschland im Alter von 40 bis 44 Jahren mit ca. 10 von 10.000 Frauen pro Jahr angegeben, im Alter von 45 bis 49 mit 17 von 10.000 und in der Altersgruppe 50 bis 54 mit 22 je 10.000 (Robert-Koch-Institut 2008).

Nach Beendigung der Anwendung normalisiert sich das Risiko im Verlauf von wenigen Jahren wieder, so dass die frühere Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva in späteren Jahren keinen Einfluss auf das Brustkrebsrisiko hat.

	40-44 J.	45-49 J.	50-54 J.
Brustkrebs	10	17	22
Gebärmutterhalskrebs	2-3	2-3	3
Gebärmutterschleimhautkrebs	0,1	0,1	3
Eierstockkrebs	0,1	0,15	2,8

Häufigkeit von Krebserkrankungen in verschiedenen Altersgruppen pro 10.000 Frauenjahre. (Robert-Koch-Institut 2008)

Risiko Gebärmutterhalskrebs

Das Risiko für Gebärmutterhalskrebs ist während der Pilleneinnahme etwa auf das Doppelte erhöht. Da die Häufigkeit dieser Erkrankung in der Zeit der Wechseljahre nicht ansteigt (etwa 3/10.000 Frauen pro Jahr), spielt dieser Aspekt für die Frage, in welchem Alter die Pilleneinnahme beendet werden sollte, keine Rolle.

² Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten zu Herzinfarkten in der Region Augsburg <http://www.gbe-bund.de/>.

³ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten zu Schlaganfällen in Erlangen 1994-96 <http://www.gbe-bund.de/>.

Die Pilleneinnahme verringert das Risiko für Gebärmutter-schleimhautkrebs und Eierstockkrebs. Diese Erkrankungen nehmen um die Wechseljahre leicht zu, sind jedoch insgesamt relativ selten (siehe Tabelle).

Gestagenpräparate

Für Verhütung mit reinen Gestagenpräparaten gibt es kaum ausreichende Daten in Bezug auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die vorhandenen Daten zeigen keine Risikoerhöhung für Herzinfarkte. Der Einfluss auf das Risiko von Schlaganfällen oder Thrombosen ist nicht ausreichend untersucht. Die meisten Experten gehen aber davon aus, dass das Risiko bei reinen Gestagenpillen oder Implantaten niedriger ist, als bei kombinierten Pillen. Für die Anwendung der deutlich höher dosierten Depot-Gestagen-Injektionen wird zumindest ein erhöhtes Thromboserisiko vermutet, bei erhöhtem Blutdruck auch ein erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall (WHO 1998, Contraception).

Auch für den Einfluss von Gestagenpräparaten auf das Brustkrebsrisiko gibt es deutlich weniger Daten als für kombinierte hormonelle Kontrazeptiva. Wahrscheinlich haben sie nur geringen Einfluss.

Die Eligibility Criteria der WHO geben an, dass bei bestehenden Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der Anwendung von Gestagenpillen und Implantaten der Nutzen im Allgemeinen größer ist als die Risiken. Depot-Gestagene sollen möglichst nicht angewendet werden. Bei Frauen ohne zusätzliche Risikofaktoren gibt es für Gestagenpillen und Implantate keine Einschränkungen, bei Depot-Gestagenen sollte bei Frauen ab 45 Jahren abgewogen werden, ob die Vorteile die Risiken überwiegen.

IUP

Für die Anwendung der Hormonspirale werden keine altersbedingten Einschränkungen gesehen. Sie wird stattdessen als geradezu ideale Verhütung für Frauen ab 40 angesehen, da sie die in dieser Altersgruppe häufiger auftretenden stärkeren Blutungen reduziert. Außerdem kann sie im Fall von starken Wechseljahrbeschwerden auch mit einer Östrogen-therapie kombiniert werden, da sie den durch Östrogene verursachten Aufbau der Gebärmutter-schleimhaut hemmt und dem Entstehen von Gebärmutter-schleimhautkrebs entgegenwirkt. Allerdings ist die Mirena® nicht zum Schutz der Gebärmutter-schleimhaut bei der Hormonbehandlung von Wechseljahresbeschwer-

den zugelassen, so dass die Anwendung mit dieser Indikation off-label erfolgt.

Auch die Kupferspirale wird als geeignetes Verhütungsmittel für ältere Frauen angesehen, da diese ein insgesamt geringes Risiko für Unterleibsinfektionen aufweisen, die bei der Anwendung von Kupferspiralen etwas häufiger auftreten. Die oft vorangegangenen Geburten erleichtern die Einlage von Spiralen. Bei starken Regelblutungen ist die Kupferspirale allerdings nicht geeignet.

Ein Problem für die Anwendung von IUPs können die mit zunehmendem Alter häufiger auftretenden Myome sein. Wenn sie die Gebärmutterhöhle verformen, ist es oft schwierig bzw. unmöglich, eine Spirale richtig zu platzieren, und das Risiko der Ausstoßung ist erhöht.

Andere Methoden

Die Methode der Fruchtbarkeitswahrnehmung, die so genannten NFP-Methode, ist nur noch eingeschränkt nutzbar, wenn die Zyklen sehr unregelmäßig werden und wenn der Eisprung häufiger ausbleibt. Die Zahl der Zyklen ohne Eisprung steigt ab 40 bis 45 Jahren von etwa 5 % auf etwa 15 % (Raith 1994). In diesen Zyklen kann das Ende der fruchtbaren Zeit nicht bestimmt werden, was zu sehr langen potentiell fruchtbaren Perioden führt. Auch der Beginn der fruchtbaren Tage ist bei sehr unregelmäßigen und oft auch verkürzten Zyklen nicht sicher zu ermitteln.

Wenn das Diaphragma oder die Portiokappe gut sitzt, kommen ältere Frauen, die sich und ihren Körper gut kennen, mit diesen Methoden meist gut zurecht.

Bei einer Schwäche des Beckenbodens kann das Diaphragma schlecht sitzen. Es hält dann oft nicht in der Nische hinter dem Schambein, sondern rutscht in den Scheideneingang. Sport und Beckenbodengymnastik können dann manchmal auch den Sitz des Diaphragmas verbessern.

Die Portiokappe ist bei einer Beckenbodenschwäche manchmal eine Alternative. Bei einer Senkung der Gebärmutter kann sie aber in den Scheideneingang ragen und leichter beim Geschlechtsverkehr abkippen. Nachdem die gut erprobte Prentif-Kappe vom Markt genommen wurde, steht derzeit nur die FemCap zur Verfügung. Für diese gibt es nur wenige Daten zur Verhütungssicherheit, die eine geringere Sicherheit im Vergleich zum Diaphragma zeigen (siehe auch FPR Nr. 1 / 2004, FPR Nr.1 / 2009).

Die Sterilisation ist ebenfalls eine geeignete Verhütungsmethode für Frauen, die sich keine weiteren Kinder mehr wünschen. Je älter Frauen bei der Entscheidung zu diesem Eingriff sind, desto seltener bereuen sie die Entscheidung später.

Allerdings ist bei Frauen über 45 Jahren, die nur noch ein sehr geringes Schwangerschaftsrisiko haben und nicht mehr lange verhüten müssen, abzuwägen, ob der Aufwand und die Risiken des operativen Eingriff noch angemessen sind, insbesondere da die Frauen die Kosten selbst tragen müssen.

Hormonelle Behandlung von Wechseljahresbeschwerden

Wechseljahresbeschwerden sind kein sicheres Anzeichen dafür, dass eine Frau nicht mehr schwanger werden kann. Deswegen stellt sich bei einigen Frauen gleichzeitig die Frage nach der Behandlung dieser Beschwerden und der Verhütung.

Wenn eine Frau sich für eine Hormonbehandlung entscheidet, können Spiralen und Barrieremethoden ohne Probleme mit einer Hormontherapie kombiniert werden.

Bei der Verhütung mit einer Hormonspirale müssen keine Gestagene zusätzlich zum Schutz vor Endometriumkarzinomen gegeben werden (allerdings ist Mirena® nicht für diese Anwendung zugelassen).

Hormonelle Verhütungsmittel, die Ethinylestradiol enthalten, wirken meist auch gegen Wechseljahresbeschwerden. Bei sehr niedrig dosierten Präparaten treten bei einigen Frauen jedoch weitere Beschwerden auf.

Hoch dosierte Gestagene in Depot-Injektionen können Hitzewallungen verringern, die Wirkung ist aber geringer als die von Östrogenen. Östrogene zur Behandlung der Beschwerden können zusätzlich angewendet werden. (Depot-Injektionen sind allerdings nicht zum Schutz vor Endometriumkarzinomen bei einer Hormonbehandlung in den Wechseljahren zugelassen).

Bei niedrig dosierten Gestagenen (Minipille, Implantate) ist kein Einfluss auf Wechseljahresbeschwerden zu erwarten. Ob die Gestagendosis zum Schutz vor Endometriumkarzinomen ausreicht, wenn gleichzeitig (natürliche) Östrogene eingenommen werden, ist nicht untersucht.

Einige Präparate zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden enthalten Gestagene in ausreichender Dosierung, um den Eisprung zu unter-

drücken⁴. Allerdings gibt es keine Untersuchungen zur ihrer Verhütungssicherheit. Wenn Frauen, die noch spontane Menstruationsblutungen haben, diese Präparate einnehmen, bekommen sie sehr oft Zwischenblutungen.

Das Risiko für Herzinfarkte oder Schlaganfälle wird durch Präparate mit Estradiol möglicherweise weniger beeinflusst als durch Präparate mit Ethinylestradiol, während für die Erhöhung des Thromboserisikos wahrscheinlich kein Unterschied besteht. Direkte Vergleichsstudien fehlen.

Mit Qlaira® ist seit 2009 auch ein Präparat mit Estradiol zur Verhütung zugelassen. Zu den Auswirkungen dieser Pille auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es bisher keine Daten.

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung 20-44-jähriger. BZgA 2007

Dunson DB, Colombo B, Baird DD. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Human reproduction* 2002; 17: 1399-1403

Ferrara I, Balet R, Grudzinkas JG. Intrauterine insemination with frozen donor sperm. Pregnancy outcome in relation to age and ovarian stimulation regime. *Human Reproduction* 2002; 17: 2320-4

Heffner LJ. Advanced maternal age – how old is too old? *N Eng J Med* 2004; 351: 1927-9

Kovacs L. Oral contraception over the age of 40. *Ann N.Y. Acad Sci* 2003; 997: 194-198

Lansac J. Delayed parenting. Is delayed childbearing a good thing? *Human Reproduction* 1995; 10: 1033-6

Marchbanks PA, McDonald JA, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J med* 2002; 346: 2025-32

Oddens BJ, Visser AP, et al. Contraceptive use and attitudes in reunified Germany. *European Journal of Obstetrics and Gynecology* 1004; 57: 201-8

Raith E, Frank P, Freundl G. *Natürliche Familienplanung heute*. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1994

Robert-Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland. *Krebs in Deutschland 2003-2004. Häufigkeiten und Trends*. Berlin 2008

<http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/kid2008.pdf>

Rosendaal FR. Thrombosis in the young: epidemiology and risk factors on venous thrombosis. *Thromb Haemostat* 1007; 78: 1-6

⁴ Auf dem Markt sind monophasische Präparate mit Estradiol und 0,5-1 mg Norethisteronacetat, mit 2 mg Drospirenolon oder mit 2 mg Dienogest. Sie werden kontinuierlich ohne Pause eingenommen.

Schneider HP. Hazards in perimenopausal contraception. *European Journal for Contraception and Reproductive Health Care* 1997; 2: 95-100

Tanis B, van den Bosch M, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *NEJM* 2001; 345: 1787-93

Tarlatzis B and Zepiridis L. Perimenopausal conception. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003; 997: 93-104

WHO Scientific Group. Cardiovascular disease and steroid hormone contraception. *WHO Technical Report Series* 1998; 877

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. *Contraception* 1998; 57: 315-24.

WHO: Eligibility criteria for contraceptive use. 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MEC-3/index.htm>

Nichthormonale Konzepte in der Behandlung von menopausalen Beschwerden

Maria J. Beckermann

1. Eine kurze Definition menopausaler Beschwerden und differentialdiagnostische Abgrenzung

Die aktuelle S3-Leitlinie zur Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause (<http://leitlinien.net/>) weist als Symptome, bei denen der Zusammenhang mit dem menopausalen Übergang gesichert ist, vasomotorische Beschwerden (Hitzewallungen, Schweißausbrüche, evtl. auch Herzrasen und Schwindel) sowie Urogenitalsymptome wie trockene Scheide und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aus (Beckermann 2001). Vasomotorische Beschwerden können im Sinne eines Dominoeffektes weitere Symptome (Müdigkeit, Reizbarkeit etc.) nach sich ziehen, besonders wenn sie nachts gehäuft auftreten und zu Schlafstörungen führen, und dann auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinträchtigen.

Andere Beschwerden wie Schmerzen, Harnwegsbeschwerden, sexuelle Probleme, Stimmungsschwankungen und Schwankungen der Lebensqualität weisen nur in einigen Studien Zusammenhänge zu den Wechseljahren auf, in anderen nicht.

Als mögliche andere Ursachen der Beschwerden müssen vor allem Schilddrüsenfunktionsstörungen, Angstzustände und Depressionen ausgeschlossen werden, denn sie weisen eine große Symptomähnlichkeit auf. Außerdem können bereits vorher bestehende Erschöpfungszustände in der menopausalen Übergangsphase dekompenzieren.

2. Das Dilemma randomisierter Studien in den Wechseljahren: Kontrollgruppen zeigen intra- und interindividuelle Schwankungen im Symptomverlauf

Eigentlich ist die evidenzbasierte Medizin eine Methode, die alle Heilmethoden vollkommen unvoreingenommen auf den Prüfstand stellen kann. Denn sie fragt nicht nach Überzeugungen oder Vorstellungen darüber, welche Prozesse im Körper durch eine Behandlung ausgelöst werden. Sie fragt nur danach, ob bzw. wie effektiv etwas im Vergleich zu Placebo oder im Vergleich zu einer bewährten Heilmethode wirkt.

Oft wird gesagt, die nichthormonalen Behandlungsmethoden von Wechseljahrbeschwerden seien nicht so gut untersucht und deswegen sei ihre Wirksamkeit nicht bekannt. Dies trifft nur zum Teil zu. Sicher könnten gut angelegte, große Studien mehr aussagen als wir momentan wissen. Aber es gibt immerhin eine ganze Reihe von Studien, darunter auch randomisierte kontrollierte Doppelblindstudien (RCT)⁵, der Goldstandard der evidenzbasierten Medizin.

Die Studien, die Auswirkungen von Phytoöstrogenen auf vasomotorische Beschwerden untersucht haben, mögen als Beispiel für das Dilemma dienen, dass nämlich trotz der derzeit vorhandenen Studien keine einheitliche Aussage gemacht werden kann.

⁵ Bei RCT werden die StudienteilnehmerInnen nach dem Zufallsprinzip in Gruppen aufgeteilt. Die Gruppen erhalten eine unterschiedliche Intervention, z. B. ein Medikament. Weder die ProbandInnen noch die StudienleiterInnen wissen, welche Personen welches Medikament erhalten.

So findet Heidi Nelson alleine zu Phytoöstrogenen 195 Studien, und sie analysiert 21 RCTs mit akzeptabler methodischer Qualität (Nelson 2005). Die Ergebnisse sind jedoch nicht einheitlich. In den meisten Studien besserten sich die Beschwerden sowohl in der Behandlungsgruppe als auch in der Kontrollgruppe. Manchmal war die Besserung in der Behandlungsgruppe stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe, manchmal jedoch auch umgekehrt. Etwa ein Drittel der Studien fanden keinen Unterschied zwischen Soja und Placebo.

Zu kritisieren ist, dass die Teilnehmerinnenzahl sehr klein ist: Die meisten Studien hatten zwischen 30 und 80 Probandinnen, nur vier Studien schlossen mehr als 100 Frauen ein. Da die Ausprägung von Wechseljahrbeschwerden unter Frauen ohnehin sehr stark variiert, sind so kleine Zahlen selten geeignet, signifikante Unterschiede bei der Behandlung mit Phytoöstrogenen zu zeigen.

Ein weiterer Schwachpunkt sind die kurzen Laufzeiten der Studien: 18 der 21 Studien liefen nur bis zu sechs Monate, zwei liefen ein Jahr und eine zwei Jahre. Wenn Ergebnisse zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden, gab es auch da Schwankungen, was eher gegen einen nachhaltigen Effekt spricht. Das größte Manko der kurzen Laufzeiten ist aber, dass keine Aussage über die Arzneysicherheit gemacht werden kann.

Weiterhin sind die untersuchten Maßnahmen nicht vergleichbar, schon gar nicht standardisiert: So werden Isoflavone aus Sojaprodukten der Nahrung bzw. Nahrungsmittelergänzung untersucht, z. B. Mehl, Getränke, Müsli, Pulver, diätetische Zubereitungen. Bei Tabletten schwankt die Menge der Isoflavone zwischen 20 und 100 mg, manchmal ist sie auch gar nicht definiert. Bei Sojaextrakten schwankt die Menge zwischen 50 und 400 mg.

Im Unterschied zu den Studien mit Phytoöstrogenen kommen die Studien mit synthetischen bzw. konjugierten Östrogenen zu wesentlich einheitlicheren Ergebnissen: Signifikante Wirkunterschiede im Vergleich zur Placebogruppe sind belegt und die Wirksamkeit hält an, solange die Hormone eingenommen werden. Eine durchschnittlich wirksame Menge ist festgelegt (auch wenn Untergrenzen der Wirksamkeit noch nicht untersucht wurden) und es gibt Daten über die Risiken der Behandlung. Aber eine Metaanalyse der Studien zur Östrogen- bzw. Östrogen-Gestagen-Behandlung (MacLennan 2004) weist

auf eine Auffälligkeit hin: Während Hitzewallungen in der Hormongruppe zu 70 % gebessert werden, nehmen sie in der Placebogruppe immerhin bei 58 % der Frauen ab. Bei mehr als der Hälfte aller Frauen vergehen die Hitzewallungen also auch ohne eine Wirksubstanz. Das passt zu klinischen Beobachtungen von Spontanschwan- kungen vasomotorischer Symptome. Bei den meisten Frauen „kommen und gehen“ Hitzewal- lungen in individuellen Rhythmen. Um Aussagen über die Wirksamkeit einer Behandlung machen zu können, müsste zunächst mehr Wissen über die intra- und interindividuellen Spontanschwan- kungen vasomotorischer Beschwerden bei Frau- en in den Wechseljahren vorliegen.

Solange das nicht der Fall ist, muss sich jede Intervention an der Wirksamkeitsrate von 58 % messen lassen, die in Kontrollgruppen nachge- wiesen wurde. Das gelingt **keiner** nichthormona- len Methode durchgängig. Ob das durch metho- dische Mängel bedingt ist oder ob die Wirkung nichthormonaler Methoden zu fein ist, um sich gegenüber den dominierenden Spontanschwan- kungen durchsetzen zu können, spielt für die praktischen Konsequenzen keine Rolle. Fakt ist, dass wir weder eine eindeutige Evidenz für die Effektivität noch für die Sicherheit nichthormona- ler Interventionen haben und darauf angewiesen sind, andere Zugangswege zu einer Entschlei- dungsfindung zu beschreiten.

3. Die Datenlage bietet wenig gesi- cherte Evidenz

Zunächst sollen aber die Ergebnisse aller unter- suchten Behandlungsmethoden in Bezug auf die Effektivität (Wirksamkeit) und Arzneimittelsicher- heit, d. h. die Einschätzung des Risikopotentials, einer Methode dargelegt und bewertet werden (Nelson 2005 und 2006).

Der Evidenzgrad A bedeutet, dass eine hohe Evidenz durch gute Studien gegeben ist.

Der Evidenzgrad B bedeutet, dass die Studien nur eine mittlere Qualität haben oder die Ergeb- nisse nicht eindeutig sind.

Der Evidenzgrad C bedeutet, dass es keine Stu- dien oder nur Studien geringer Qualität gibt und/oder dass die Ergebnisse widersprüchlich sind.

Tabelle 1: Therapieoptionen bei vasomotorischen Beschwerden

	Effektivität gesichert	Effektivität möglich	Keine Effektivität
Risikoarmut kann als gesichert gelten	Placebo A ⁶	Phytoöstrogenhaltige Ernährung B Isoflavone kurzfristig ^{****} B Akupunktur C Angelica sinensis + Matricaria chamomilla C Hypnotherapie C Osteopathie B Sport C Entspannungsmethoden B ⁷ Verhaltenstherapie B	Nachtkerzenöl B Ginseng B Don quai (Angelikawurzel) B Fußreflexzonenmassage B
relevante Risiken vorhanden	Östrogene A Tibolon A Veralipride B ^{**}	Propranolol ^{***} C Clonidin ^{***} C	SSRIs ^{**} : Citalopram Testosteron B Progesteron transdermal C Methyldopa B
Risiko nicht ausreichend untersucht	Gabapentin ^{**} A Moclobemide C ^{**} SSRIs ^{**} : Paroxetin B ^{**} Fluoxetin B ^{**} Venlafaxine B ^{**}	Cimicifuga B Rotklee kurzfristig ^{*****} B Türkischer Rhabarber ^{****} C Soja-Isoflavone langfristig C TCM ^{****} C MPA [*] B	Melatonin B ⁸ Yamswurzel B DHEA B

* MPA = Medroxyprogesteronacetat

** Gabapentin (Antiepileptikum), Veralipride und Antidepressiva sind in Deutschland nicht für die Indikation vasomotorische Beschwerden in den Wechseljahren zugelassen

*** Clonidin 0,025-0,05 mg 2x tgl.

**** Die Einordnung der chinesischen Kräuter erfolgt in diese Gruppe, weil die Qualität der Kräuter keiner Kontrolle in Bezug auf toxische Belastungen unterliegt

***** bis zu 12 Monaten

Zur Arzneimittelsicherheit gehört auch der Nachweis, dass Medikamente – zumal wenn sie mit dem Prädikat „natürlich“ auf sich aufmerksam machen – frei sind von Schadstoffen. Das ist bei Produkten aus Ländern mit geringer Kontrolle (z. B. Asien, Südamerika) weniger gewährleistet als bei inländischen Mitteln und bei Produkten zur

Nahrungsmittelergänzung weniger als bei Medikamenten. Unter den Umweltschadstoffen, die das weibliche Hormonsystem belasten können, sind vor allem Holzschutzmittel (PCB, HCH, DDT und DDE), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Quecksilber), Klebstoffe und Weichmacher bekannt. Verunreinigte pflanzliche Präparate könn-

⁶ MacLennan 2004.

⁷ Irvin 1996.

⁸ Secreto 2004.

ten auf diese Weise genau die Symptome auslösen, die sie bekämpfen wollen, (Schulte-Uebbing 1995) und darüber hinaus das Krebsrisiko erhöhen.

4. Die Empfehlungen für die Praxis basieren auf beziehungsorientierten Ansätzen und Erfahrungswissen

Behandlungsziel: Prävention

Viele Frauen gehen gerne pfleglich mit ihrem Körper um und möchten ihm Gutes tun. Besonders wenn sie älter werden, entwickeln sie häufig ein ausgesprochenes Bedürfnis, gut für ihn zu sorgen in der Hoffnung, dass sie dann leichter durch die Wechseljahre kommen und im Alter lange fit bleiben. Die Selbstfürsorge ist eine kostbare Ressource von Frauen, die durch die Vermittlung von gesicherten Informationen gefördert werden sollte. Sie macht Frauen aber auch verführbar für Werbeversprechungen, hinter denen sich nicht nur unwirksame, sondern sogar potentiell schädliche Produkte verbergen können, zumal wenn sie über lange Zeit hinweg eingenommen werden (sollen).

Deswegen die Empfehlung:

- Keine medikamentöse Behandlung der Wechseljahre, wenn keine Beschwerden vorliegen (auch keine Phytoöstrogene als Nahrungsmittelergänzung)
- Keine langfristige oder ununterbrochene Dauerbehandlung (mehr als zwei Jahre) mit Medikamenten in den Wechseljahren (auch nicht mit Phytoöstrogenen als Nahrungsmittelergänzung)

Eine allgemeine Prävention orientiert sich an den Haupterkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken, d.h. in erster Linie an Herz-Gefäß-Krankheiten.

Herz-Gefäß-Krankheiten

Vorbeugende Maßnahmen betreffen zu allererst den Lebensstil und psychosoziale Faktoren:

- nicht rauchen;
- körperliche Bewegung (z. B. Ausdauersport 2-3 x pro Woche 30-40 Minuten Training mit einer durchschnittlichen Pulsfrequenz von etwa 130 pro Minute);
- gesunde Ernährung (z. B. saisonale Mischkost, Vollwertkost, frisch zubereitete Mahlzeiten, 1 x pro Woche Fisch, reichlich Obst und Gemüse, pflanzliche Öle mit gemischt ungesättigten Fettsäuren);
- Vermeidung von Unter- und Übergewicht;
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr;
- Kontrolle bzw. Behandlung von Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, hohe Blutfette, Diabetes mellitus;
- Stressbewältigung.

Osteoporose

Die Primärprävention von Osteoporose fokussiert Sport, Bewegung an der frischen Luft und gezielten Muskelaufbau (Rücken, Oberschenkel/Hüfte, Handgelenk/Unterarm) sowie auf die ausreichende Aufnahme von Calcium, Vitamin D, Fluor, Magnesium sowie weiterer Elektrolyte und Spurenelemente. Untergewicht und Störungen der Nahrungsaufnahme im Darm (Durchfall) sollten vermieden werden.

Brustkrebs

Soweit das Brustkrebsrisiko durch Lebensstilfaktoren beeinflussbar ist, ist dies hauptsächlich über die Reduktion von Östrogenen möglich: Zum einen über die Aufnahme von Östrogenen als Medikament oder mit der Nahrung, zum anderen über eine Reduktion der Östrogenproduktion im Körper bzw. eine Förderung der Östrogenausscheidung.

- Vermeidung einer Östrogenbehandlung nach den Wechseljahren;
- Vermeidung von Übergewicht;
- Vermeidung von regelmäßigem Alkoholgenuß;

- möglicherweise durch Vermeidung von zuviel hoch gesättigten Fetten (Butterfett, Schmalz etc.);
- möglicherweise wird die Östrogenausscheidung gefördert durch ballastreiche Kost,
- regelmäßiger Sport.

Hautalterung

Die Hautalterung ist teilweise erblich determiniert, teilweise kann sie durch Lebensstilfaktoren beeinflusst werden, so:

- nicht rauchen;
- Vermeidung von zuviel UV-Strahlung;
- Vermeidung von Untergewicht.

Wechseljahrbeschwerden

Wenn Wechseljahrbeschwerden durch Lebensstil und psychosoziale Faktoren beeinflussbar sind, dann durch folgende:

- regelmäßigen Sport;
- positive Einstellung zu den Wechseljahren;
- Selbstsicherheit und Fähigkeit zur Selbstbehauptung;
- Vermeidung von körperlicher und psychischer Erschöpfung;
- möglicherweise Gefäßtraining (Sport, Sauna, Wechselduschen);
- Behandlung von Erkrankungen, die Risikofaktoren darstellen könnten (Angststörungen, Depressionen).

Behandlungsziel:

Wechseljahrbeschwerden lindern

Hitzewallungen und Schweißausbrüche

Vasomotorische Beschwerden sind die typischen Wechseljahresanzeichen, die etwa 60 % der Frauen in westlichen Ländern erleben. Sie werden nicht von allen Frauen als unangenehm empfunden, manche beschreiben sie als angenehme Wärmewallung, manche haben ein ganz neutra-

les Verhältnis dazu, andere fühlen sich von ihnen mehr oder weniger gestört und nur etwa 10 bis 20 % der Frauen fühlen sich von ihnen so beeinträchtigt, dass sie eine effektive Behandlung wünschen. Diese Frauen sollten wissen, dass eine Hormontherapie mit Östrogenen/Gestagenen die wirksamste Behandlung ist.

Lebensstil

Wenn Frauen sich durch die Beschwerden nicht sehr gestört fühlen, wenn sie keine Hormontherapie wünschen oder wenn sie zusätzlich zur Hormontherapie etwas für eine längerfristige Linderung tun möchten, bieten sich in erster Linie die unter Prävention beschriebenen Lebensstilfaktoren an. Hinzu kommen Verhaltensvorschläge, die die Frauen in der akuten Situation einer Hitzewallung entlasten können:

- Kleidungsstücke ablegen (Zwiebelschalensprinzip);
- Fenster öffnen, frische Luft zufächeln;
- Kühles Schlafzimmer, leichte Bettdecke über einem Bettlaken;
- Kühlung mit Coldpack, Eiswürfeln, kaltem Tuch;
- Vermeidung gefäßerweiternder Nahrungsmittel wie Kaffee, Alkohol und scharfen Gewürzen.

Evidenzbasierte Phytotherapie

In der Phytotherapie gibt es Behandlungsansätze, die vasomotorische Beschwerden möglicherweise bei manchen Frauen lindern können und mit gewissen Einschränkungen (s. u.) ausreichend sicher erscheinen:

1. Phytoöstrogene aus Sojaprodukten, entweder als pflanzliches Arzneimittel oder als Nahrungsmittelergänzung, enthalten meistens Isoflavone und/oder Genistein, in einer Dosierung von 50 bis 100 mg Isoflavone oder Genistein pro Tag. Zusatzstoffe wie Vitamine haben keinen nachweisbaren Zusatznutzen, aber verteuern meistens das Produkt. Eine Einnahmedauer von bis zu zwei Jahren scheint nicht mit erhöhten Risiken einherzugehen (Nelson 2005). Falls unter der Einnahme die Symptomatik sistiert, sollte die Einnahme ebenfalls beendet und – falls notwendig – beim Wiederauftreten erneut begonnen

werden. Eine Studie zeigte nach fünfjähriger Einnahme von 150 mg Isoflavone pro Tag eine erhöhte Rate an Endometriumhyperplasien⁹ (Unfer 2004).

2. Die Wirkung von Isoflavonen aus Rothkleeextrakten mit 40 bis 160 mg Isoflavonen pro Tag ist nicht so gut nachgewiesen und ihre Unbedenklichkeit auch nicht ausgeschlossen (Krebs 2004 und Dog 2005).
3. Rhabarberwurzelextrakte enthalten Stilben-Derivate¹⁰ und sollen östrogenartige Wirkungen entfalten. Wirksamkeit und Sicherheit sind nicht ausreichend belegt (Geller 2009).
4. Cimicifuga (Traubensilberkerze) in einer Dosierung von etwa 40 mg pro Tag reduzierte ebenfalls in einigen Studien Hitzewallungen (Borelli 2002). Cimicifuga hat keine östrogenartige Wirkung und es sind auch keine unerwünschten östrogenartigen Wirkungen beobachtet worden (Huntley 2004 und Dog 2003). In Einzelfallbeschreibungen (Teschke 2009) von aufgetretenen Leberschädigungen konnte ein Zusammenhang mit Cimicifuga-Einnahme in acht von neun Fällen ausgeräumt werden und blieb in einem Fall unklar. Weitere Untersuchungen zum Ausschluss unerwünschter Reaktionen sind notwendig (Borelli 2008 und Dog 2005).

Erfahrungsbasierte Phytotherapie

1. Salbei (*Salvia officinalis*) enthält ätherisches Öl und Gerbstoffe, die schweißhemmend wirken. Anwendung als Tee (2 Eßlöffel auf 1 l). Vorsicht bei Epilepsie!
2. Zypresse (*Cupressus*) vermindert die Schweißabsonderung. Anwendung als Urtinktur oder ätherisches Öl.

Phytoöstrogenreiche Ernährung

Sojaprodukte enthalten die meisten Phytoöstrogene, aber auch in heimischen Pflanzen sind Phytoöstrogene enthalten in folgenden Mengen (Danz 1999):

Lebensmittel	Phytoöstrogengehalt µg/g
Tofu	257
Sojabohnen gekocht	1294
Sojasprossen	578
Sojamehl	656-1681
Tempeh	513
Sojapaste	336
Sojamilch	54
Misopaste	644
Alfalfasprossen	51
Grüne Bohnen roh	1,5
Limabohnen getrocknet	14,8
Weißer Bohnen getrocknet	15,2
Mungobohnen getrocknet	6,1
Kichererbsen getrocknet	15,2
Kidneybohnen gekocht	4,1
Runde Schäl'erbsen getrocknet	81,1
Sojaflocken	366-501
Leinsamen	675-808
Haferflocken	2
Haferkleie	7
Weizen	5
Roggen	2-6
Linsen getrocknet	18

Frauen, die ihre Ernährung auf die Wechseljahre abstellen wollen, können auch ein Kochbuch zur Hilfe nehmen, welches nicht allein auf den Phytoöstrogengehalt der Nahrungsmittel ausgerichtet ist sondern auch den Genuss am Essen und die Bekömmlichkeit in den Blick nimmt (Erckenbrecht 2005).

Schlafstörungen

Manchmal ändern sich mit der Umstellung der Zyklen auch andere Körperrhythmen, z. B. dass Frauen morgens früher wach werden und das Bedürfnis nach einem „Nickerchen“ nach dem Mittagessen haben. Nächtliches Schwitzen kann zu unruhigem Schlaf führen. Das führt aber nicht zwangsläufig dazu, dass die Frauen am nächsten Tag nicht erholt sind.

Wenn Schlafstörungen jedoch zur Erschöpfung führen, sollten sie behandelt werden. Frauen sollten wissen, dass auch nächtliche Hitzewallungen und dadurch bedingte Schlafstörungen am effektivsten mit Hormonen behandelt werden.

⁹ Verstärktes Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut mit erhöhtem Risiko für eine Krebsentwicklung

¹⁰ Chemische Substanzen mit hormonartigen Wirkungen

Hingegen haben Schlafstörungen, die auch schon vor den Wechseljahren bestanden haben, oder solche, die nicht mit nächtlichem Schwitzen einhergehen, meistens nichthormonale Ursachen. Häufig liegen ihnen akute oder chronische Belastungsstörungen zugrunde, die ggf. psychiatrisch diagnostiziert und behandelt werden müssen.

Lebensstil

Unruhiger Schlaf kann günstig beeinflusst werden durch:

- regelmäßigen Ausdauersport,
- Abendspaziergang,
- abends kein Fernsehen und PC-Arbeit,
- Vermeidung von Alkohol am Abend,
- Vermeidung von schwerem Essen am Abend, aber auch von Hunger,
- Tiefenentspannungsmethoden,
- verhaltenstherapeutisches Training.

Evidenzbasierte Phytotherapie

- Baldrian in ausreichender Dosis, z. B. 450-900 mg, Empfehlungsgrad B.

Erfahrungsbasierte Phytotherapie

- Hopfen, 30 g Zapfen auf 1 Liter kochendes Wasser.
- Tee mit Baldrian, Hopfen, Passionsblume, Melisse, Lavendel.

Psychopharmaka

Schlafmittel und sedativ wirksame Antidepressiva sollten nach Ursachenklärung vom Psychiater verordnet werden. Sie sind wirksam, haben aber ein beträchtliches Nebenwirkungspotential.

Trockene Scheide

Der Aufbau der Scheidenhaut wird stark von Östrogenen beeinflusst. In der Kindheit, im Wochenbett und in der Postmenopause, wenn der

Östrogenspiegel niedrig ist, ist die Scheidenhaut anders gefärbt – eher rot als rosa – und leichter verletzbar. Die Bakterienbesiedlung und der Säuregehalt der Scheide ändern sich. Diese Veränderungen sind nicht krankhaft, führen aber bei etwa einem Drittel der Frauen zu unangenehmen Empfindungen wie Trockenheit bei der Berührung der Scheidenhaut. Diese Trockenheit hat mit der Lubrikation, d. h. der Befeuchtung der Scheidenöffnung mit Gleitflüssigkeit bei sexueller Erregung nichts zu tun, diese bleibt bei den meisten Frauen erhalten. Eine trockene Scheide kann zu Beschwerden beim Sex, insbesondere bei Penetration, führen. Frauen, die durch vorangegangene Geburten eine weite Scheide haben und Frauen, die regelmäßig Sex haben, klagen seltener über Beschwerden.

Wenn die Scheide sich trocken anfühlt, sollten Frauen Gleitmittel verwenden, denn eine trockene Scheide ist meistens ein „Lustkiller“. Es eignen sich sowohl eigens dafür hergestellte Gleitmittel aus der Apotheke als auch natürliche Gleitmittel wie Olivenöl oder Aloe vera. Einige chemische Zubereitungen, z. B. Replens, enthalten polycarbophile Substanzen, die die Scheidenhaut mit einem schützenden Film überziehen. Sie sind eine wirksame Alternative zu lokalen Hormonpräparaten.

Behandlungsziel: Selbstfürsorge in den Wechseljahren

„Ganzheitliche“ Behandlungsmethoden

Manche naturheilkundlichen Behandlungsmethoden heben in ihren Wirkvorstellungen weniger auf die chemischen Bestandteile ihrer Rezepturen ab, sondern diese werden eher als Mosaiksteine in einem „ganzheitlichen“ Behandlungskonzept bzw. einem umfassenden Weltbild verstanden. Das gilt beispielsweise für die Anthroposophie, für die traditionelle chinesische Medizin, für die indische Ayurveda Behandlung, für die Homöopathie, Bachblütenbehandlung und andere. Die wichtigste Voraussetzung für eine derartige Behandlung ist, dass das dem Behandlungskonzept zugrunde liegende Weltbild und Wertesystem mit dem der Patientin zusammenpassen. Von einer Placebowirkung ist nicht auszugehen, dafür sind zu viele weitere Wirkfaktoren beteiligt:

- Empfehlungen für den Lebensstil, (z. B. Ernährungsumstellungen, Körperübungen, rituelle Handlungen, Eutonie),

- zusätzliche Anwendungen (z. B. (Selbst)Massagen, Bäder),
- Einschränkungen (z. B. diätetisch, ätherische Öle, Kaffee, Alkohol und Nikotin),
- Auswirkungen der „Droge Arzt/Ärztin“ (z. B. Hoffnung, Sicherheit, Bedeutsamkeit),
- spirituelle Rückbindung (z. B. in Meditation, Gebeten),
- Förderung der Kreativität und des Gefühlsausdruck (Malen und Gestalten, Tanzen, Singen).

Derartig komplexe Heilsysteme sind schon deswegen nicht mit herkömmlichen wissenschaftlichen Methoden wie randomisierten Doppelblindstudien zu erfassen, weil die subjektiven Bedürfnisse, Einstellungen, Wünsche und Sehnsüchte auf der einen Seite sowie die Beschwerden, Beeinträchtigungen, Verträglichkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten auf der anderen Seite ausschlaggebend sind für die Wahl der Methode. Für die Bewertung von Effektivität und Sicherheit dieser Behandlungen müssten spezielle wissenschaftliche Methoden entwickelt werden, die der Komplexität der verschiedenen Ebenen gerecht werden können.

Bezogen auf Wechseljahresbeschwerden ist von ganzheitlichen Behandlungsmethoden ein relevanter Effekt zu erwarten: Vasomotorische Beschwerden können möglicherweise durch Veränderungen des Lebensstils gelindert werden, wenn das vegetative Nervensystem, der Stoffwechsel, der Wasser- und Elektrolythaushalt und/oder das Temperaturregulationssystem beeinflusst werden. Aber auch wenn Hitzewallungen sich nicht bessern, die Frau aber in ihrem psychisch-physischen Allgemeinzustand gestärkt wird, kann sie eine bessere Lebensqualität erreichen und mit den Hitzeempfindungen einen gelasseneren Umgang finden.

Für manche ganzheitlichen Methoden ist eine kurzfristige Symptomlinderung nicht das Ziel. In der TCM werden Hitzewallungen als grundsätzliches körperliches Ungleichgewicht verstanden und verlangen Veränderungen des Lebensstils. Die Homöopathie betrachtet Schwitzen hingegen als Ausscheidungs- und Ausleitungsmaßnahme und eine alleinige „Unterdrückung“ des Symptoms ist nicht gewünscht. Wenn eine Frau den jeweiligen Interpretationen zustimmt, können ganzheitliche Methoden ihr helfen, indem sie die Symptome durch Bedeutungszuschreibung be-

wältigen kann und ein Wohlgefühl erreicht (Beckermann 2004 (Wechseljahre)).

Beispiel Homöopathie:

Die Aufzählung von homöopathischen Mitteln, die in ihrem Arzneimittelbild Hitzewallungen und Schweißausbrüche aufweisen, erfolgt hier exemplarisch im Sinne bewährter Indikationen (Beckermann 2004 (Nicht-hormonale)). Die homöopathische Konsultation und Repertorisierung (ausführliche Erhebung der Fallgeschichte) kann dadurch nicht ersetzt werden:

- Cimicifuga: Hitzegefühle mit Migräne, Kopfschmerzen und depressiven Verstimmungen „wie in einer dunklen Wolke“.
- Lachesis: Hitzewallungen, Klopfen im Kopf, Rötung im Gesicht, enge Kleidung und enge, warme Räume sind unerträglich, Bedürfnis nach frischem Wind, Verlangen nach Alkohol, sie redet gerne und ist leicht eifersüchtig.
- Sulfur: Wechselnde Symptome, Hitzeunverträglichkeit mit Brennen am Körper und an den Füßen, Kopfschmerzen, Bedürfnis nach frischer Luft; Brennen und Jucken der Vulva, schlimmer durch Kratzen; unangenehmer Körpergeruch, Körperöffnungen gerötet.
- Acidum sulfuricum: wenn die Symptome von Sulfur dominiert werden durch Schwächegefühl und erschöpfenden Schweiß.
- Sanguinaria: Hitze ohne Schweiß, fliegende Röte im Gesicht, Kopfschmerzen.
- Aurum: Aufbrausend, stürmisch, jähzornig, empfindlicher Charakter, tiefe Depressionen mit Suizidneigung; Hypertonie, Arteriosklerose, Hitzewallungen mit Herzrhythmusstörungen, Pochen sichtbar, Arrhythmie; Uterusenkung, Fibrome; Knochenschmerzen, die sich nachts und im Winter verschlimmern.
- Phosphorus: Überschwänglich leidenschaftlich oder deprimiert ängstlich, abends übererregt, aber leicht erschöpft; sprühend in Gesellschaft, kann nicht allein sein; sehr mitfühlend, leicht beeinflussbar, Hitzewallungen mit umschriebener brennender Rötung einer Wange, brennende Hände; Blutungen zu früh und zu lang, erhöhte Verletzbarkeit der Kapillargefäße.
- Sepia: Leber-, Genital- und Harnwegsprobleme verschlimmern sich in der Perimeno-

pause; emotionale Gleichgültigkeit, Reizbarkeit und Ärger, Pessimismus, Verlangen nach Einsamkeit; Schweregefühl im kleinen Becken mit Senkung; erschöpfende Hitzewallungen und Unverträglichkeit von engen Kleidungsstücken; Trockenheit in der Scheide, die Sexualprobleme noch verschlimmern; morgendlicher Schwindel, Milchunverträglichkeit, Obstipation.

- Aristolochia: frühe Wechseljahre, Gelenkschmerzen, Ekzeme.
- Melilotus officinalis: Blutandrang im Kopf, verbunden mit hochrotem Gesicht und klopfenden Schmerzen.

Beispiel Bachblüten:

Bachblüten werden wie in der Homöopathie primär Personen- und nicht Symptom-bezogen verordnet. Die folgende Auswahl (Paluka 2004 und Sprissler 1997) kommt oft in den Wechseljahren zum Einsatz:

- Aspen, Cherry Plum oder Rock Rose bei Hitzewallungen (Angst vor Kontrollverlust).
- Impatiens bei Schweißausbruch und Herzrasen.
- Scleranthus bei Schwindel.
- Aspen oder Impatiens bei Schlafstörungen.
- White Chestnut bei Schlafstörungen durch „Gedankenkarussell“ und bei Gedankenblockaden durch unbestimmten Befürchtungen.
- Chicory bei Verlustängsten und Besitzenwollen, hilft, die erwachsenen Kinder aus dem Haus gehen zu lassen.
- Chicory bei Steifheit und Schmerzen in den Fingergelenken.
- Larch bei Minderwertigkeitsgefühl, wenn das Gefühl auftaucht, keine Frau mehr zu sein, bei Wirbelsäulenbeschwerden, auch zur moralischen Wiederaufrichtung.
- Sunflower zur Stärkung des Selbstvertrauens, um zu sich selbst stehen zu können, „wer und wie ich jetzt bin“.
- Mustard bei Melancholie und leichten Depressionen, die kommen und gehen, in depressiven Phasen, die „wie aus heiterem Himmel auftauchen“.

- Honeysuckle hilft Abschied nehmen und die Vergangenheit als solche zu akzeptieren.
- Walnut als Hilfe für den neuen Lebensabschnitt, neutralisiert Veränderung, zur Öffnung für geistige und spirituelle Werte.
- Water Violet und Oak, wenn die Tränen selten fließen.
- Wild Oat bei Verlust des Lebenssinnes.
- Willow bei Verbitterung.
- Sweet Chestnut bei dem Gefühl der Einsamkeit.
- Star of Bethlehem bei Lebensangst durch seelisches Trauma.
- Aspen oder Mimulus bei Angst vor dem Altern.
- Pommegrane hilft die neue Phase der Weiblichkeit ohne Reproduktionsmöglichkeit anzunehmen und zu genießen.

Beispiel TCM: Ernährung nach den fünf Elementen

In der traditionellen chinesischen Ernährungslehre gibt es nicht die dualistische Vorstellung von gesunden und ungesunden Nahrungsmitteln. Die Ernährung wird selbstverständlich dem Lebensalter, der individuellen Konstitution und den Jahreszeiten angepasst, basierend auf einem Grundwissen darüber, welche Beschwerden als Warnung für die Entstehung einer Krankheit gedeutet werden können und welche gesundheitliche Wirkung jedes einzelne traditionelle Gericht hat.

Die Ernährung nach den fünf Elementen (Temelie 2005) eignet sich besonders für die Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden, weil den Nahrungsmitteln eine wärmende, kühlende und neutrale Wirkung zugesprochen wird, die ein Ungleichgewicht zwischen Yin und Yang ausgleichen können. Wechseljahrsbeschwerden wie Hitze, Nachtschweiß, innere Unruhe und Schlafstörungen entsprechen einem Yin-Mangel, der verstärkt werden kann durch Kummer, Sorgen, Ärger, Überanstrengung, Zeitdruck, Hektik, Arbeit am Bildschirm, trockene Raumluft. Auf psychologischer Ebene entsprechen Insuffizienz-Gefühle, ständige Überlastung und Angst vor Kontrollverlust dem Yin-Mangel, der in einen Erschöpfungskreislauf einmünden kann. Damit verbunden sind

häufig folgende Ernährungsfehler: zu wenig Ruhe zum Frühstück, Mahlzeiten ausfallen lassen aus Zeitnot oder in dem Wunsch abzunehmen, zu späte und zu schwere Abendmahlzeiten, zu viele Aufputzmittel wie Kaffee, Tee, Alkohol, Zigaretten.

Zum Ausgleich eines Yin-Mangels werden folgende Maßnahmen empfohlen:

1. Die Regeln der Praxis der Bekömmlichkeit beachten (z. B. gekochte Speisen sind bekömmlicher als rohe Speisen, eine warme Morgenmahlzeit, Milchprodukte schwächen die Verdauung, Brühen sind Stärkungsmittel u.a.m.).
2. Kühlende Nahrungsmittel auswählen, z. B. Suppen aus saftigem Gemüse, Pilze, Tofu, Meeresalgen sowie etwas Salat, kurz gekochtes Obst und viel heißes Wasser trinken.
3. Alle fünf Geschmacksrichtungen sollen in einem Gericht ausgewogen vorhanden sein.

Beispiel TCM: Qi Gong

„Qi Gong ist eine Übungsmethode, durch die man lernt, das Qi zu fühlen, es zu vermehren, es zu stärken und zu leiten“ (Zöller 1987). Qi Gong verbindet

- Meditation als Sammlung des Geistes,
- Atemlenkung mit Auslösung der Entspannungsreaktion,
- Körperübungen zur Auflösung von Steifheit, Verkrampfung und Schlaffheit – Herstellung eines harmonischen Wechsels zwischen Spannung und Entspannung bei jeder Bewegung,.
- Psychosynthese in dem Erleben, dass Gemütsbewegungen und Organfunktionen, Körper, Geist und Seele eins sind,
- Akupunktur durch die Fähigkeit, das Qi von Orten höherer Ansammlung an Orte des Qi-Mangels zu lenken.

Gerade im Zusammenhang mit Hitzewallungen und Schweißausbrüchen sind SchulmedizinerInnen gut beraten, ganzheitliche Methoden nicht aus Überlegenheitsgefühlen abzuwerten. Denn Fakt ist, dass die Schulmedizin selbst weder ein Konzept hat von der Entstehung vasomotorischer Symptome noch haben ForscherInnen je syste-

matisch überprüft, welche Auswirkungen Hitzewallungen und Schweißausbrüche auf die langfristige Gesundheit von Frauen haben. Haben Frauen mit vasomotorischen Symptomen langfristig beispielsweise eine bessere oder schlechtere kardiovaskuläre Gesundheit als Frauen ohne Hitzewallungen? Und wirkt sich die hormonelle Behandlung der Symptome unabhängig von den substanzgebundenen Nebenwirkungen langfristig positiv oder negativ auf die kardiovaskuläre Gesundheit aus?

Behandlungsziel: Symptomlinderung bei Brustkrebspatientinnen

Bei Patientinnen mit Brustkrebs wird der Verlauf der Wechseljahre häufig durch die Krebsbehandlung beeinflusst. Die Beschwerden können sehr heftig und abrupt eintreten nach Ausschalten der Eierstockfunktion durch Operation oder Chemotherapie und/oder sie können verstärkt werden durch Antihormontherapien. Auch bei Frauen mit Endometriumkarzinom und Ovarialkarzinom können diese Probleme auftreten. Es ist jedoch bei Frauen mit Ovarialkarzinom nicht so eindeutig belegt, dass eine Hormonbehandlung das Risiko erhöht, erneut zu erkranken. Auch bei Frauen mit Hormonrezeptor-negativem Brustkrebs ist die Kontraindikation für eine Hormonbehandlung nicht ganz eindeutig geklärt.

Generell gilt: Frauen mit Brustkrebs und anderen hormonabhängigen Tumoren sollten eine Hormontherapie vermeiden.

Die Option einer Behandlung mit Phytoöstrogenen wirft noch mehr Fragen auf. Die meisten Phytoöstrogene, z. B. Isoflavone und Genistein, wirken offensichtlich über eine kompetitive Hemmung. Das heißt sie besetzen die Östrogenrezeptoren, so dass körpereigene oder zugeführte Östrogene nicht mehr andocken können. So wirken die Phytoöstrogene einerseits, indem sie ihre schwache Östrogenwirkung über den Östrogenrezeptor ausüben, andererseits verhindern sie aber auch eine starke Östrogenwirkung, indem sie die stark wirksamen Östrogene in ihrer Wirkung behindern. Vor diesem Hintergrund wird auf der Basis von experimentellen Studien mit Tieren auch mancherorts behauptet, dass Phytoöstrogene vor Brustkrebs schützen, und es wird hinzugefügt, dass asiatische Frauen deswegen weniger Brustkrebs haben, weil sie mehr Sojaprodukte essen, die Phytoöstrogene beinhalten. Dies

ist aber keine gesicherte Erkenntnis, sondern eine spekulative Annahme, die weiter untersucht werden muss. Bis zur Klärung dieser Hypothese sollte der Grundsatz gelten: Nihil nocere, d. h. Frauen mit Brustkrebs sollten sich im Zweifelsfalle so verhalten, dass sie sich keinen Schaden zufügen und auf die systematische Einnahme von Phytoöstrogenen als Medikament oder hoch dosierte Nahrungsmittelergänzung verzichten. Gegen Phytoöstrogene in der Nahrung ist nichts einzuwenden, auch nicht gegen Sojaprodukte.

Manche Brustkrebspatientinnen leiden extrem unter Hitzewallungen, Schweißausbrüchen und dadurch bedingten Schlafstörungen, häufig neben all den anderen Nebenwirkungen, die sie unter Chemotherapie in Kauf nehmen müssen. Ihnen sollten vorhandene wirksame Medikationen nicht vorenthalten werden, zumindest können sie ausprobieren, ob deren unerwünschte Begleiterscheinungen sie wiederum mehr beeinträchtigen als die vasomotorischen Beschwerden.

1. Unter den Antidepressiva sind es besonders die SSRI (selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren) Venlafaxin, Paroxetin und Fluoxetin, die Hitzewallungen in Kurzzeitstudien um 50 bis 60 % reduziert haben. Sie haben jedoch ein relevantes Nebenwirkungsspektrum, so dass Frauen nur ausprobieren können, ob es ihnen mit oder ohne Antidepressiva besser geht. Abgesehen davon, dass Antidepressiva für die Indikation klimakterische Beschwerden nicht zugelassen sind, ist auch nicht gut genug ausgeschlossen, ob sie mit der Antihormontherapie, speziell mit Tamoxifen, interagieren und deren Wirksamkeit reduzieren können.
2. Gabapentin ist ein Antikonvulsivum, für welches derzeit Zulassungen für eine Reihe weiterer Indikationen beantragt werden. Es ist auch wirksam gegen Hitzewallungen und Schweißausbrüche, aber das Risikoprofil bei dieser Indikation, speziell bei Brustkrebspatientinnen, die noch andere Medikamente einnehmen müssen, ist noch nicht ausreichend untersucht. Es kann daher nicht als Ausweichmittel empfohlen werden, sondern höchstens in Einzelfällen ein Behandlungsversuch sein.
3. MPA (Medroxyprogesteronacetat) lindert bei einem Teil der Patientinnen Hitzewallungen und Schweißausbrüche. Seit die WHI-Studie (Writing Group 2002) jedoch die Bedeutung der Gestagene für das Brustkrebsrisiko gezeigt hat, sollten auch Gestagene, zumal in einer Dosis von mindestens 5 mg, die zur Be-

handlung vasomotorischer Beschwerden gegeben werden müsste, bei Brustkrebspatientinnen kontraindiziert sein (Trinh 2008).

4. Tibolon ist keine Alternative zu einer Östrogenbehandlung bei Brustkrebspatientinnen, da das Brustkrebsrisiko vergleichbar hoch ist. Frauen mit Brustkrebs wurde vor dem Erscheinen der Million Women Study (Million Women 2003) aktiv Tibolon-Einnahme empfohlen, häufig mit dem Versprechen, Tibolon erhöhe nicht das Brustkrebsrisiko, sondern senke es womöglich gar. Dass diese Vorgehensweise nicht gerechtfertigt war, hat dann auch die LIBERATE-Studie erwiesen, die wegen der erhöhten Lokalrezidiv- und Metastasierungsrate abgebrochen werden musste (Kenemans 2009).
5. Veralipride ist ein Neuroleptikum mit Dopamin-Antagonismus. Es kann Hitzewallungen und Schweißausbrüche lindern und ist in manchen europäischen Ländern zur Behandlung klimakterischer Beschwerden zugelassen. In Deutschland wurde die Zulassung nicht erteilt, vor allem wegen des Risikos von irreversiblen Spätdyskinesien¹¹, Depressionen und Hyperprolaktinämie, die möglicherweise für Frauen mit Brustkrebs ungünstig sein kann.
6. Gegen Schlafstörungen können bei Frauen mit Brustkrebs kurz wirksame Hypnotika verordnet werden, speziell in belastenden Behandlungsphasen. Sie haben ein Abhängigkeitspotential. Frauen müssen darüber aufgeklärt werden und selbst entscheiden. Alternativ wirken auch niedrig dosierte Antidepressiva sedierend und können, vor dem Zubettgehen genommen, das Einschlafen erleichtern. Sie haben ein geringeres Abhängigkeitspotential, wirken aber nicht so zuverlässig.
7. Gegen eine Phytotherapie mit Cimicifuga und Salbei gibt es keine Bedenken.

5. Zum Guten Schluss: Ein Appell an Frauen!

Konsequente Selbstfürsorge ist die wichtigste Ressource in den Wechseljahren. Frauen sollten sie entschieden nutzen bzw. sie erschließen, damit sie gestärkt sind für die Prozesse, die das Leben ihnen abverlangt. Sie sollten sich von niemandem – weder vom Wolf noch von den Scha-

¹¹ Bewegungsstörungen, beispielsweise Zittern der Hände; ungelenke oder überschießende, eventuell aber auch verringerte, stockende Bewegungen.

fen – einreden lassen, dass sie dauerhafter medikamentöser Berieselung bedürften. Aber wenn sie sich durch vasomotorische Beschwerden stark beeinträchtigt fühlen, sollten sie individuell adäquate Lösungen suchen und nicht unnötig leiden.

Literatur

Beckermann M. Evaluation epidemiologischer Studien zur Östrogen-Gestagen-Hormontherapie. *Schweiz Med Forum* 2001; 1: 65-93

Beckermann M. Wechseljahre - Wohlfühl. *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, ed. Beckermann M, Perl F. Vol 1. Schwabe Verlag Basel 2004

Beckermann M. Nicht hormonale Behandlungsmöglichkeiten menopausaler Beschwerden. *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, ed. Beckermann M, Perl F. Vol. 1. Schwabe-Verlag Basel 2004. p 678-95

Borelli F, Ernst E. Cimicifuga racemosa: a systematic review of its clinical efficacy. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2002; 58: 235-41

Borelli F, Ernst E. Black cohosh (Cimicifuga racemosa): a systematic review of adverse events. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 455-66

Danz A. Wechseljahre und Ernährung. *Verbraucherdienst* 1999; 44:60-63.

Dog TL, Powell KL, Weisman SM. Critical evaluation of the safety of cimicifuga racemosa in menopause symptom relief. *Menopause* 2003; 10: 299-313

Dog LT. Menopause: a review of botanical dietary supplements. *Am J Med* 2005; 118 Suppl(12B): 98-108

Erckenbrecht I. *Das Wechseljahre-Kochbuch*. Pala Verlag Darmstadt 2005

Geller S, et al. Safety and efficacy for the management of vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause* 2009 (Juli 15)

Huntley A. The safety of black cohosh. *Expert Opin Drug Saf* 2004; 3: 615-23

Irvin JH, et al. The effects of relaxation response training on menopausal symptoms. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 202-207

Kenemans P. LIBERATE Livial Intervention Following Breast Cancer: Efficacy, Recurrence, and Tolerability Endpoints. *Lancet Oncology* 2009; 10: 135-46

Krebs E, et al. Phytoestrogens for treatment of menopausal symptoms: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 824-36

MacLennan A, et al. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot

flushes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004 (Review 2004 Issue 4)

Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362: 419-27

Nelson H, et al. Management of Menopause-Related Symptoms. Evidence Report/Technology Assessment No. 120, 2005

Nelson H, et al. Nonhormonal Therapies for Menopausal Hot flashes. Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2006; 295: 2057-71

Paluka A. Einige Beispiele ganzheitlicher Behandlungsmethoden. *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, ed. Beckermann M, Perl F. Vol. 1. Schwabe Verlag Basel 2004. p 2047-51

Schulte-Uebbing C. *Umweltbedingte Frauenkrankheiten*. Sonntag Verlag Stuttgart 1995

Secreto G, et al. Soy isoflavones and melatonin for the relief of climacteric symptoms: a multicenter randomized study. *Maturitas* 2004; 47: 11-20

Sprissler B. *TAO der Bachblüten*. Urania Verlag Neuhäusen 1997

Temelie B, Trebuth B. *Das Fünf Elemente Kochbuch* Vol. 20. Joy Verlag Sulzberg 2005

Teschke R, et al. Black cohosh hepatotoxicity: a quantitative causality evaluation in nine suspected cases. *Menopause* 2009 16: 956-65

Trinh X, et al. Use of levonorgestrel-releasing intrauterine system in breast cancer patients. *Fertil Steril* 2008; 90: 17-22

Unfer V, et al. Endometrial effects of long-term treatment with phytoestrogens: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Fertility and Sterility* 2004; 82: 145-8

Writing Group for the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. *JAMA* 2002; 288: 321-333

Zöller J. *Das TAO der Selbstheilung*. Ullstein Berlin 1987

Hinweise

Neue Notfallpille seit Oktober verfügbar – bisher nur wenige Daten veröffentlicht

Die neue Pille zur Notfallverhütung Ellaone® ist seit Oktober dieses Jahres in Deutschland auf dem Markt. Sie wird in Fachbeiträgen als effektiver im Vergleich zu der Pille mit Levonorgestrel bezeichnet. Außerdem wird dort eine gleich bleibende Effektivität bis zum 5. Tag nach einer Verhütungspanne angegeben (Rabe 2009). Quellen werden für diese Daten nicht genannt.

Auf der Basis der bisher veröffentlichten Studien lässt sich die Überlegenheit von Ellaone® nicht belegen. Auch der EMEA lagen bei der Zulassung offensichtlich keine derartigen Studienergebnisse vor. Dort wird angegeben, dass Ellaone® 0-72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr „nicht weniger wirksam ist als Levonorgestrel“ (siehe auch FPR Nr. 2/2009).

Allerdings hat HRA Pharma angekündigt, dass demnächst weitere Studien veröffentlicht werden. Im Familienplanungs-Rundbrief wird darüber zeitnah berichtet werden.

Problematisch ist aus Sicht der pro familia, dass im Beitrag von Rabe die hohe und 5 Tage anhaltende Effektivität von Ellaone® als Argument genutzt wird, dass eine Entlassung von Notfallpillen aus der Rezeptpflicht nicht notwendig sei. Die Frauen hätten ja nun selbst bei einer Verhütungspanne am Wochenende genug Zeit, sich die Notfallpille zu besorgen. Dem steht der hohe Preis von knapp 35 Euro entgegen, zusätzlich zu den manchmal auch erheblichen Kosten für die Beschaffung des Rezepts. Dies macht Notfallverhütung zu einer teuren Angelegenheit, die sich viele nicht leisten können.

Da die Sicherheit der rezeptfreien Verfügbarkeit von Notfallpillen mit Levonorgestrel (LNG) in Apotheken international gut belegt ist, hält pro familia weiterhin die Entlassung aus der Rezeptpflicht für eine wichtige Maßnahme, um den Zugang zur Notfallverhütung auf LNG-Basis zu verbessern sowie zur Prävention von ungewollten Schwangerschaften beizutragen.

Literatur

Rabe T, Ahrendt M, et al. Postkoitale Kontrazeption. *Frauenarzt* 2009; 50: 784-90

Bericht des Allan Guttmacher Institutes zur weltweiten Entwicklung bei Schwangerschaftsabbrüchen

Das Allan Guttmacher Institute hat einen Bericht über die aktuellen Entwicklungen zur Häufigkeit sowie zur Durchführung und zu Komplikationen von Schwangerschaftsabbrüchen weltweit veröffentlicht.

Daraus geht hervor, dass die Zahl der insgesamt durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche rückläufig ist. Durch besseren Zugang zu Verhütungsmitteln fiel sie von 45,5 Millionen im Jahr 1995 auf 41,6 Millionen 2003.

Allerdings ist die Zahl der unter unsicheren medizinischen Bedingungen durchgeführten Abbrüche mit 20 Millionen immer noch erschreckend hoch – die Hälfte der weltweit durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche. Diese Eingriffe werden entweder durch die Frauen selbst mit ungeeigneten Medikamenten oder Kräutern oder durch nicht ausgebildete traditionelle Heiler durchgeführt. Entsprechend hoch ist auch die Zahl der Todesfälle mit 70.000 pro Jahr. Um ein Vielfaches höher ist die Zahl der schwerwiegenden Komplikationen und dauerhaften Gesundheitsschäden.

Während die Gesamtzahl von Abbrüchen rückläufig ist, nimmt die Zahl der unsicheren Eingriffe sowie die Zahl der Todesfälle und ernsthaften Komplikationen derzeit nicht ab. Der Hauptgrund dafür sind gesetzliche Regelungen, die den Zugang zu legalen und sicheren Schwangerschaftsabbrüchen behindern. Gleichzeitig gibt es noch großen Bedarf an Zugang zu Verhütungsmitteln.

Der Bericht macht deutlich, dass durch Komplikationen bei unsicheren Abbrüchen nicht nur die betroffenen Frauen Schaden erleiden, sondern auch die Gesellschaft. Die Kosten zur Behandlung von Komplikationen sind eine große Belastung für die Gesundheitssysteme vieler Länder. Daher würde auch die gesundheitliche Versorgung der Menschen insgesamt von einer Verringerung der unsicheren Abbrüche profitieren.

Als wichtige Ziele für die nächsten zehn Jahre werden in dem Bericht genannt: Schwanger-

schaftsabbrüche in immer mehr Ländern zu legalisieren, den Zugang zu sicheren Abbrüchen und zu qualifizierter Nachsorge zu gewährleisten und überall die Möglichkeiten für besseres Verhütungsverhalten zu erleichtern.

Der Bericht enthält ausführliche und aktuelle Zahlen zur Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in verschiedenen Ländern und Regionen, sowie zu den jeweiligen Bedingungen der Abbrüche und gesetzlichen Regelungen. Außerdem enthält er Informationen zu Verhütungsverhalten und Zahlen der gewünschten und unerwünschten Schwangerschaften in unterschiedlichen Ländern und Regionen.

Es werden die notwendigen und konkreten Maßnahmen beschrieben, um den Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen, zu qualifizierter Nachsorge und zu sicherer Verhütung zu verbessern.

Literatur

Sing S, et al. Abortion worldwide. A decade of uneven progress. New York: Guttmacher-Institute 2009

<http://www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf>

Todesfall im Zusammenhang mit der Einnahme von Yaz®

Im September 2009 ist in der Schweiz eine junge Frau an einer Lungenembolie gestorben, die seit zehn Monaten Yaz® eingenommen hatte.

In einer Stellungnahme weist der Hersteller Bayer Vital darauf hin, dass in zwei großen Studien Kontrazeptiva mit Drospirenon kein höheres Thromboembolie-Risiko als andere niedrig dosierte Kontrazeptiva gezeigt haben (Dinger 2007, Seeger 2007). Das individuelle Thrombose-Risiko werde durch persönliche Risikofaktoren der Frau bestimmt. Der behandelnde Arzt müsse vor der Verschreibung Kontraindikationen prüfen und ausschließen sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren.

Neue bevölkerungsbezogene Studien zeigen allerdings für Pillen mit Drospirenon ein um den Faktor 1,6 erhöhtes Risiko für thromboembolische Erkrankungen gegenüber Pillen mit Levonorgestrel und ein um den Faktor 6,3 erhöhtes Risiko gegenüber Frauen ohne Pilleneinnahme (Lidegaard 2009, vanHylckama 2009, siehe auch

FPR Nr. 3/2009). Darauf weisen auch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM, und die Schweizer Arzneimittelbehörde Swissmedic hin. Beide Behörden prüfen jetzt, ob ein Gefahrenhinweis in die Fachinformationen von Pillen mit Drospirenon aufgenommen werden soll. Swissmedic hat jedoch entschieden, die Pille Yaz® nicht vom Markt zu nehmen, wie nach dem Todesfall gefordert wurde.

Literatur

Bayer Vital Stellungnahme zu YAZ-Fall in der Schweiz. 30. September 2009

<http://www.gyncolleg.de/tiles/content/private/news/newArticleP.jsp?rubricid=4&id=63645>

BfArM Risikoinformation. Hormonale Kontrazeptiva und venöse Thrombosen. 30.8.2009 http://www.bfarm.de/clin_012/nn_1095560/DE/Pharmakovigilanz/risikoinfo/kok-vte.html__nnn=true

Dinger J, et al. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on Oral Contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007; 75: 344-354.

Lidegaard O, Løkkegaard E, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339: b2890

Seeger J, et al. Risk of Thromboembolism in Women Taking Ethinylestradiol/Drospirenone and Other Oral Contraceptives. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110: 587-893

Swissmedic. Schweizerisches Heilmittelinstitut. Venöse Thromboembolien unter Antibabypillen : Swissmedic informiert über Abklärungen und erinnert an die Vorsichtsmassnahmen. 22.10.2009

<http://www.swissmedic.ch/aktuell/00003/01108/index.html?lang=de>

van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst F, et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339: b2921

Neue Studie untersucht das Wissen zu Früherkennungsuntersuchungen in Europa

Um eine informierte und abgewogene Entscheidung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu treffen, brauchen Menschen genügend Informationen über den Nutzen und die Risiken. Eine aktuelle Studie befasst sich mit dem Wissen der Allgemeinbevölkerung über Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs und Prostatakrebs in verschiedenen europäischen Ländern. Eine repräsentative Stichprobe von gut 10.000 Menschen aus Deutschland und acht weiteren europäischen Ländern wurde zu ihrem Wissensstand und zu ihren Informationsquellen befragt.

Die Studie zeigte einen deutlichen Mangel an Wissen zum Nutzen dieser Untersuchungen. Nahezu alle Frauen (92 %) überschätzten deutlich die Reduktion der Sterblichkeit an Brustkrebs durch das Mammografie-Screening. Nur 1,5 % konnten den Nutzen korrekt angeben (von 1000 Screening-Teilnehmerinnen stirbt eine Frau weniger an Brustkrebs). Von den deutschen Frauen schätzten etwa 20 %, dass das Screening die Brustkrebs-Sterblichkeit um 50 bei 1000 Screening-Teilnehmerinnen verringert, 30 % schätzten den Nutzen sogar auf 100 bis 200 Brustkrebs-Todesfälle weniger bei 1000 gescreenten Frauen.

Auch der Nutzen des PSA-Screenings zur Früherkennung von Prostatakrebs wurde von der überwiegenden Mehrzahl der Männer (89 %) deutlich überschätzt.

Männer und Frauen in der Altersgruppe, an die sich das Screening-Angebot richtet und die meist im Rahmen der Einladung schriftliche Informationen erhalten, überschätzten den Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen eher mehr als der Durchschnitt der StudienteilnehmerInnen.

Auch Menschen, die Arztbesuche oder Broschüren zur Gesundheitsaufklärung als Informationsquellen nutzen, waren schlechter informiert als der Durchschnitt der StudienteilnehmerInnen.

Als mögliche Gründe für die eklatante Überschätzung des Nutzens von Früherkennungsuntersuchungen sehen die StudienautorInnen das mangelnde Wissen von ÄrztInnen selbst. Außerdem könnten Interessenskonflikte die Beratung durch ÄrztInnen beeinflussen.

Dass Medien zur Gesundheitsaufklärung in der Regel das Wissen über Früherkennungsuntersuchungen nicht verbessern, sondern eher zu einer

Überschätzung des Nutzens beitragen, bestätigen auch andere Untersuchungen. Nur in sehr wenigen Informationsmaterialien wird der quantitative Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen, d. h. die Verringerung der Sterblichkeit, explizit erklärt. Und wenn in Broschüren solche Zahlen angegeben werden, wird fast immer die wenig aussagekräftige relative Risikoreduktion angegeben anstatt der transparenten und verständlichen absoluten Risikoreduktion.

Literatur

Gigerenzer G, Mata J, et al. Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 1216-20

Internetportal zu Zwangsheirat

Unter www.zwangsheirat.de stellt Terre des femmes umfassende Informationen zum Thema „Zwangsheirat“ und „Gewalt im Namen der Ehre“ im Internet zur Verfügung.

Der Leitfaden „Im Namen der Ehre“ bündelt Informationen und Angebote zum Thema. Er wendet sich an alle Ansprechpartner/innen und Interessierte, um im Bedarfsfall Frauen, die von drohender Zwangsheirat oder von Gewalt im Namen der Ehre betroffen sind, wichtige Hinweise geben zu können und ihnen damit schnell und effektiv zu helfen. Er enthält eine Übersicht der Beratungsstellen und Hilfseinrichtungen in Deutschland sowie in ausgewählten Herkunftsländern, eine Literaturliste sowie Informationen zu AnsprechpartnerInnen.

Der Leitfaden wird MitarbeiterInnen von Schulen, Jugendeinrichtungen, Jugendamt, Polizei, Sozial- und Ordnungsamt, Frauenberatungs- und Zufluchtsstellen, Ausländerbehörden und Botschaften sowie den RechtsanwältInnen, die mit betroffenen Mädchen und Frauen zu tun haben, kostenlos zum Download bereitgestellt.

TERRE DES FEMMES
Menschenrechte für die Frau e. V.
Postfach 2565
72015 Tübingen

Internet: www.frauenrechte.de/tdf/index.php und www.zwangsheirat.de

Internetauftritt der BZgA in ihrer Funktion als Kooperationspartnerin der WHO

Bereits seit 2003 ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, Kooperationspartnerin des WHO-Regionalbüros für Europa im Bereich der Sexualaufklärung und Familienplanung. In dieser Funktion bringt die BZgA ihre Kenntnisse und langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Sexualaufklärung und Familienplanung ein, um so einen Beitrag zur Umsetzung der entsprechenden WHO-Strategien zu leisten.

Zu den Kernaufgaben des Kollaborationszentrums gehört die Vermittlung von Expertenwissen u. a. durch Erhebung nationaler Daten und deren Bereitstellung, Netzwerkbildung mit anderen europäischen Partnern, die im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aktiv sind, Materialien- und Methodenentwicklung für zielgruppenspezifische Interventionen, Entwicklung von Standards zu Evaluation und Qualitätssicherung, z. B. im Rahmen der HIV/AIDS-Prävention, und die Organisation von Tagungen, Seminaren und internationalen Konferenzen.

Im Internet informiert die BZgA über diese Kooperation unter <http://www.bzga-whocc.de>.

Mädchenbroschüre: „Wann/Muss ich zur Frauenärztin“ neu aufgelegt

Das Familienplanungszentrum Hamburg hat die Mädchenbroschüre „Wann/Muss ich zur Frauenärztin“ überarbeitet und neu gestaltet. Sie ist 1993 erstmals erschienen und hat damals mit neutralen und unabhängigen Informationen zu den Fragen der Mädchen in Bezug auf den Besuch bei einer Frauenärztin eine wichtige Lücke geschlossen. Die Broschüre gibt Tipps und Anregungen, mit denen Mädchen sich eigenes Wissen über den Körper verschaffen und mündige Patientinnen werden können, z. B. Informationen über den Zyklus, den Ablauf der gynäkologischen Untersuchung und die Rechte der Mädchen als Patientinnen. Da es weiterhin großen Bedarf an diesen Informationen gibt, wurde die Broschüre nun neu aufgelegt. Aktuelle Themen wie die HPV-Impfung und der Chlamydienabstrich wurden aufgenommen und die vorhandenen Informationen wurden aktualisiert.

Die Broschüre kann gegen eine Schutzgebühr von 0,50 €/Stück plus Versandkosten bestellt werden:

Familienplanungszentrum
Bei der Johanniskirche 20
22767 Hamburg
E-Mail: fpz@familienplanungszentrum.de

„Pille danach“ auch in Österreich rezeptfrei

Ab dem 17. Dezember 2009 ist die „Pille danach“ auf Levonorgestrelbasis (Vikela®) in Österreichs Apotheken rezeptfrei erhältlich. Die Entscheidung des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen gilt ohne Altersbeschränkung. Der Gesundheitsminister Österreichs hat die Zulassungsänderung sehr unterstützt.

Die wesentlichen Argumente, die für die Entscheidung genannt werden, sind:

- Levonorgestrel ist für die Anwendung zur Nachverhütung medizinischen unbedenklich,
- Levonorgestrel wirkt umso effektiver, je früher es nach ungeschütztem Sexualkontakt eingenommen wird. Durch die Rezeptpflicht ist die schnelle und zeitgerechte Verfügbarkeit nicht gegeben.

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass Notfallkontrazeption nicht die reguläre Verhütung ersetzt, dass sie nicht vor sexuell übertragbaren Infektionen schützt und dass eine Nachkontrolle durch den Frauenarzt/-ärztin empfohlen wird.

Österreich ist das 19. Land in Europa, in dem die „Pille danach“ rezeptfrei verfügbar ist. Weitere Länder sind Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei und Spanien.

Im Oktober 2009 hat der Leiter der Abteilung Arzneimittelsicherheit der Deutschen Zulassungsbehörde für Arzneimittel (BfArM) wiederholt auch für Deutschland die Aufhebung der Rezeptpflicht gefordert.

<http://www.basg.at/news-center/news/news-detail/article/vikela-pille-danach-rezeptfrei>

<http://www.aerztezeitung.de> vom 16. Oktober 2009: Behörde BfArM: „Pille danach“ rezeptfrei abgeben

Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation

Zu den am 1. Januar 2010 in Kraft tretenden Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) finden sich ausführlichen Informationen und Erläuterungen in der neuen pro familia-Publikation "Praxis&Informationen".
Im Internet als pdf-Datei abrufbar unter:
<http://www.profamilia.de/shop/index.php?cmd=artdetail&q=291>

Veröffentlichungen

frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf

Zwischenergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem, süd- oder südosteuropäischem Migrationshintergrund.
Helfferich, C., BzGA 2008

<http://www.bzga.de/?uid=b3bc7f512aab8e977f9edf283e8c4020&id=medien&sid=72&idx=1660>

13050400

Frauen mit Migrationshintergrund machen in vielen Städten Deutschlands einen erheblichen Anteil der weiblichen Bevölkerung in der reproduktiven Phase aus. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet ihr Augenmerk verstärkt auf die Lebenslagen dieser heterogenen Gruppe und gab daher die Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ in Auftrag. Ziel ist es, für ausgewählte Migrationsgruppen Wissen über den unterschiedlichen Bedarf an Informationen und Unterstützung bei Fragen der Familienplanung sowie über die sozialen und kulturellen Einflussfaktoren zu gewinnen.

Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten

Band 12: Migration und Gesundheitsförderung

Dokumentation der BZgA-Fachtagung am 27. und 28.2.2008 in Köln

<http://www.bzga.de/?uid=9a686178407769b3d5b625bcd2235642&id=medien&sid=62&idx=1666>

Ein zentrales Ziel in der Gesundheitsförderung ist es, den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Informationen und Angeboten zu gewährleisten. Auch wenn viele Menschen mit Migrationshintergrund bereits über Aufklärungsmaßnahmen erreicht werden, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, trifft dies für Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten nicht zu: Sie finden aufgrund sprachlicher, kultureller und sozialer Barrieren keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten.

Bei der Fachtagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Februar 2008 wurde thematisiert, was diese Gruppen charakterisiert, wie man sie erreicht und anspricht und welche organisatorischen und personellen Voraussetzungen hierfür notwendig sind.

Das vorliegende Fachheft dokumentiert die Ergebnisse dieser Tagung beispielhaft für die Themenbereiche Aids-Prävention, Sexuaufklärung und Familienplanung sowie Impfen und Vorsorgeuntersuchungen. Es behandelt darüber hinaus themenübergreifende Fragestellungen zu personalkommunikativen und medienbezogenen Strategien und Methoden.

Präventionsmappe "Körperwissen und Verhütung"

Bestellung bei der BZgA, Schutzgebühr 20 €

download

<http://www.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1460>

Im September 2009 ist die lange angekündigte Präventionsmappe „Körperwissen und Verhütung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erschienen.

Sie informiert über den weiblichen und männlichen Körper, Sexualität, Verhütungsmittel und -methoden und ist ein speziell für Fachkräfte entwickeltes Medium für die Beratung von Menschen aus verschiedenen Kulturen. Sie soll Ärztinnen und Ärzte, Beratende, Lehrkräfte, pädagogisch Tätige und Hebammen für die kulturellen Besonderheiten und Belange von Menschen mit Migrationshintergrund sensibilisieren.

Die Präventionsmappe ist geeignet für die Arbeit mit Mädchen und Frauen, Jungen und Männern aus unterschiedlichen kulturellen Milieus, insbesondere mit geringen Sprachkenntnissen und/oder geringer Bildung. Da diese Zielgruppe in mehrfacher Hinsicht eine sehr heterogene

Gruppe darstellt, wird mit dieser Mappe versucht, durch einfache Sprache und sensible Bebilderung den Bedürfnissen und dem Verständnis der Zielgruppe gerecht zu werden.

In jedem Kapitel sind kulturspezifische Besonderheiten durch Text, Sprache und Bild integrierend berücksichtigt und werden gesondert angesprochen. In einer einfachen und prägnanten Sprache, unterstützt durch erläuternde Illustrationen und Zeichnungen, werden komplexe Sachverhalte auf je einer Text- und Bildtafel beschrieben. Die Texttafeln sollen auch als Orientierung für die Fachkräfte in Bezug auf eine eigene einfache Wortwahl dienen.

Weiterhin gibt es die Präventionsmappe „Sexuell übertragbare Krankheiten“.

Sie ist ebenfalls ein speziell für Fachkräfte entwickeltes Medium für die Beratung von Menschen aus verschiedenen Kulturen. Die Wissensgrundlagen werden in einer einfachen und prägnanten deutschen Sprache vermittelt und durch erläuternde kultursensible Illustrationen und Zeichnungen unterstützt. Die Mappe beinhaltet Empfehlungen für Beratungsgespräche und Informationsveranstaltungen auch in multikulturellen Gruppen.

Inhalt: Körper, Ansteckung, HIV/Aids (inklusive Immunsystem), andere sexuell übertragbare Krankheiten und Schutz.

Zu jedem Kapitel gibt es verschiedene Text- und Bildtafeln, die vielseitig eingesetzt werden können. Inhalte, Sprache und Illustrationen sind so gewählt, dass sich möglichst viele Menschen durch sie angesprochen fühlen. Für die schwierig zu thematisierenden Aspekte von Körper und Sexualität werden in der Mappe verschiedene Vorschläge zur Kommunikationsunterstützung gemacht.

Bestellungen nur für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen unter Angabe der Institution.

Schutzgebühr: 1 Exemplar kostenlos;
ab 2 Exemplaren 8.00 € pro Exemplar

Hormonelle Kontrazeption. Ein Handbuch für die Praxis.

Ludwig M., Optimist Fachbuchverlag in Hamburg 2009

Ein neues Buch über hormonelle Kontrazeption ist im September dieses Jahres erschienen. Beim

Erscheinen wurde auf große Aktualität geachtet, neue wissenschaftliche Daten bis zum Sommer 2009 wurden berücksichtigt und sogar zu der neuen Notfallpille Ellaone® wurden ausführliche Informationen aufgenommen.

Das Buch ist sehr praxisorientiert. Es gibt eine Orientierung für die alltäglichen Fragen, die bei der Verordnung und Anwendung von hormonellen Verhütungsmitteln auftauchen, so das Vorgehen bei der Erstverordnung, aber auch das Management bei den häufigsten Nebenwirkungen wie zum Beispiel Blutungsunregelmäßigkeiten. Auch ein Kapitel mit ausführlichen Informationen zur Notfallverhütung mit Hormonen wurde aufgenommen.

In einem zweiten Teil werden spezielle Fragen wie die Auswirkung hormoneller Verhütung auf seltene Erkrankungen behandelt.

Süchte ohne Ende?

IMPULSE- Newsletter zur Gesundheitsförderung Nr. 65 der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin in Niedersachsen e.V.

Der Newsletter enthält u.a. Beiträge zu den Themen Gender und Sucht, Suchtprävention im Internet, Rauschtrinken, Frauen und Rauchen, psychoaktive Substanzen, Essstörung und Internet

Der Newsletter kann kostenlos unter folgender E-Mail-Adresse bestellt werden: info@gesundheit-nds.de. Als download ist er verfügbar über die Internetseiten der Landesvereinigung: <http://www.gesundheit-nds.de>

Veranstaltung

Vorgeburtliche Diagnostik: Neue gesetzliche Regelungen - ungelöste ethische Probleme
Netzwerktagung 2010 des Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
19. - 21.02.2010 in Berlin Wannsee:
Information, Programm und Anmeldung über die Internetseite des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V:
http://www.bvkm.de/pranataldiagnostik/netzwerk/Netzwerktagung2010_Einladungsfaltblatt.pdf