

# Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe April 2011 Nr. 1

## Inhalt

Impressum	2
Warum ist es so schwierig, Schwangerschaften zu verhüten?	3
Familienplanung und Migration	7
Wirkmechanismus der Pille danach	9
Hinweise	
- Cytotec® zur Vorbereitung der IUP- Einlage	11
- Studie untersucht IUP-Einlage bei Mädchen zwischen 14 und 18 Jahren	12
- Psychische Erkrankungen nach einem Schwangerschaftsabbruch	12
- Chirurgischer und medikamentöser Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimenon im Erleben der Frauen	13
- Geänderte Schutzimpfungsrichtlinien für Frauen im gebärfähigen Alter	14

Impressum: © 2011  
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](mailto:rundbrief@profamilia.de)  
Internet: [www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief](http://www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief)

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

# Warum ist es so schwierig, Schwangerschaften zu verhüten ?

Prof. Dr. Johannes Bitzer,  
Universitätsfrauenklinik Basel, Schweiz

## Einleitung

Kontrazeption ist ein präventives Verhalten, welches darauf abzielt, ungeplante und ungewollte Schwangerschaften zu verhüten.

Zahlreiche Studien zeigen, dass dieses präventive Ziel bisher nur unzureichend realisiert werden kann.

Die Gründe dafür sind vielfältig, lassen sich jedoch m. E. unter zwei Hauptgesichtspunkten zusammenfassen.

## Die Unterschiede zwischen einer medizinischen Therapie und der Schwangerschaftsverhütung (Kontrazeption)

Bei einer Therapie wird in der Regel bei der Anwenderin ein direkter Effekt spürbar, z. B. durch das Verschwinden der Symptome oder objektiver Krankheitszeichen.

Bei der Kontrazeption tritt dieser Effekt nur indirekt auf, indem nicht Symptome verschwinden, sondern Folgen eines bestimmten sexuellen Verhaltens vermieden werden (nämlich eine Schwangerschaft als Folge des Geschlechtsverkehrs).

Ziel einer Therapie ist die Linderung oder Heilung von Krankheiten. Ziel der Kontrazeption ist es, Sexualität ohne Angst vor Schwangerschaft genießen zu können.

Aus den genannten Gründen werden Nebenwirkungen bei einer Therapie eher in Kauf genommen, während bei der Kontrazeption oft die Erwartung einer nebenwirkungsfreien Anwendung besteht und deshalb Nebenwirkungen möglicherweise verstärkt wahrgenommen werden.

Dasselbe gilt auch für Risiken. Risiken werden bei einer Therapie eher in Kauf genommen als bei einem präventiven Verhalten.

## Die Vielfalt und Komplexität der Faktoren, welche das kontrazeptive Verhalten und den kontrazeptiven Erfolg beeinflussen

Es gibt in der Literatur unzählige Faktoren, welche in einen Zusammenhang mit der kontrazeptiven Compliance und dem erfolgrei-

chen Schutz vor ungeplanten und ungewollten Schwangerschaften gebracht werden.

Unseres Erachtens lassen sich diese Faktoren in drei große Variablengruppen zusammenfassen, welche sich gegenseitig beeinflussen, wobei aber jede auch einen unabhängigen Einfluss auf die kontrazeptive Compliance und die Schwangerschaftsverhütung ausübt.

Wir haben dies das „Kontrazeptive Dreieck“ genannt.

## Das kontrazeptive Dreieck

Das kontrazeptive Dreieck besteht aus drei Achsen von Variablen:

- Achse 1: Die Variable „Anwenderin“
- Achse 2: Die Variable „Methode“.
- Achse 3: Die Variable „Fachperson“

### a) Die Variable „Anwenderin“

Ein wichtiger Bereich ist die Motivation, einerseits eine Methode anzufangen und andererseits mit einer Methode fortzufahren.

**Die Motivation, mit einer Methode anzufangen**, hängt ab von den Zielen der individuellen Familienplanung, insbesondere auch von einer möglichen Ambivalenz im Hinblick auf einen Kinderwunsch. Motivation wird negativ beeinflusst durch Ängste vor Gesundheitsschäden, sie wird positiv beeinflusst durch die subjektive Wichtigkeit und Bedeutung, die der Sexualität beigemessen wird. Sie wird modifiziert durch Überzeugungen und Präferenzen und ebenfalls modifiziert und beeinflusst durch das Wissen und die Konzepte von kontrazeptiven Methoden.

**Die Motivation, mit einer Methode fortzufahren**, hängt ab von der Erfahrung und auch der Interpretation der Nebeneffekte, die unter der Methode auftreten oder als solche erlebt werden.

Zur Variable „Anwenderin“ gehören:

- **Alter und Lebensphase (Lebenssituation)** (Adoleszenz, Postpartum, Perimenopause, Beginn einer Beziehung, wirtschaftlicher Stress, Konflikte mit dem Partner etc.).
- **Soziokultureller Hintergrund** (Migration, Sprache, Wert und Normensystem).
- **Persönlichkeitsmerkmale**. Diese umfassen die körperliche und psychische Gesundheit, die Ausbildung, den Verhaltensstil, das Körperbild, emotionale Stabilität und Verhaltensmerkmale wie Disziplin, Eigenverantwortung, Planung etc.
- **Die subjektive Erfahrung der Methode**. Dabei geht es um die Passung zwischen Methode und Persönlichkeit, wie z. B. das

Anwendungsmuster, die subjektiv beurteilte Wirksamkeit und die subjektiv beurteilten und interpretierten Nebenwirkungen, die sich alle schlussendlich im globalen Ausmaß der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit niederschlagen.

#### b) Die Variable „Methode“

Die für die Compliance wichtigsten Methodenvariablen sind einerseits der **Anwendungsmodus** sowie das **Nebenwirkungsprofil**.

Beim Anwendungsmodus ist bekannt, dass bei verschiedenen kontrazeptiven Methoden eine deutliche Differenz klafft zwischen der theoretisch erreichbaren Wirksamkeit und der Wirksamkeit bzw. Effizienz bei der sogenannten typischen Anwendung. Dies bedeutet, dass die Wirksamkeit bei den sogenannten Langzeitmethoden deutlich den Kurzzeitmethoden überlegen ist. Zu den Langzeitmethoden gehören dabei die IUPs, die Implantate sowie die Injektionen. Allen diesen Methoden ist gemeinsam, dass sie durch Fachpersonen appliziert werden müssen und nicht der Kontrolle der Anwenderin unterliegen. Dafür aber sind sie weniger anfällig für Fehlanwendungen oder Vergessen.

Der andere wichtige Parameter der Methode ist das Nebenwirkungsprofil. Wir können bei der Anwendung kontrazeptiver Methoden vier Bereiche unterscheiden, in denen sich Nebenwirkungen zeigen können:

- a) **Menstruation:** Veränderung der Menstruation im Sinne von Blutungsunregelmäßigkeiten, Amenorrhoe, neu aufgetretene Dysmenorrhoe sind von Bedeutung.
- b) **Körperbild:** hier geht es um Nebenwirkungen auf die Haut (Akne, Seborrhoe), auf das allgemeine Körpergefühl wie Völlegefühl, Anschwellen und subjektive oder objektive Gewichtszunahme.
- c) **Vegetative Symptome und Schmerzen:** dazu gehören Kopfschmerzen, Übelkeit, Brustspannen, Unterbauchschmerzen, Rückenschmerzen.
- d) **Psychosexueller Bereich:** dazu gehört Nervosität, Ängstlichkeit, depressive Verstimmung und sexuelle Dysfunktion. Das jeweilige Nebenwirkungsprofil wird die Akzeptanz der Kontinuation stark beeinflussen.

#### c) Die Variable „Fachperson“

Hier lassen sich folgende Ausprägungen unterscheiden:

**Die Fähigkeit zu motivieren:** dies hängt davon ab, ob es dem Berater gelingt, individuell auf die Person einzugehen und eine vertrau-

ensvolle Beziehung zu schaffen. Dazu gehören auch Kenntnisse über Interviewtechniken wie „motivational interviewing“, um die individuelle Wichtigkeit eines Verhaltens zu eruieren und durch geeignete Fragen zu steigern sowie das Vertrauen der Anwenderin zu stärken, sodass es ihr gelingt, Kontrazeption effektiv durchzuführen.

Ein weiteres Merkmal bei der Fachperson ist die Fähigkeit **zu informieren und bei der Entscheidungsfindung zu helfen**. Diese Fähigkeit wird bestimmt durch das Wissen über die Methoden, durch die Offenheit allen Methoden gegenüber, die Fähigkeit, Informationen verständlich weiterzugeben, die Fähigkeit, eine Risikoberatung durchzuführen und die gemeinsame Entscheidungsfindung zu fördern. Dazu gehört auch die Fähigkeit der Fachperson, die Methoden adäquat anzuwenden, wie z. B. eine IUP-Einlage, Legen eines Implantats etc.

Schlussendlich ist ein Merkmal der Variablen „Fachperson“ **die Fähigkeit zur kontrazeptiven Begleitung**. Dazu gehört ein Konzept der Begleitung mit Motivationsverstärkung, mit gemeinsamer Auswertung der Erfahrungen, bei dem die Erlebnisse und Einschätzungen der Anwenderinnen ernst genommen werden. Dazu gehört auch der einfühlsame und fachmännische Umgang mit Nebenwirkungen.

#### Kontrazeptives Verhalten als präventive Verhaltenssequenz

##### (Health behavior change model)

Angesichts der Vielfalt möglicher Einflussfaktoren ist es im Prinzip nicht erstaunlich, dass Schwangerschaftsverhütung oft nicht so gelingt, wie es die Effizienz der zur Verfügung stehenden Methoden vermuten lässt.

Diesen Schwierigkeiten versuchen nun verschiedene Modelle gerecht zu werden, welche dazu dienen, präventives Verhalten besser zu verstehen bzw. die dabei auftretenden Schwierigkeiten besser zu analysieren. Ein solches Modell ist das „Health-behaviour-change“-Modell von Prochaska und DiClemente.

In diesem Modell geht man davon aus, dass Menschen, die eine Verhaltensänderung vornehmen, in diesem Fall im Bereich ihres Gesundheitsverhaltens, verschiedene Stadien durchlaufen.

In einem ersten Stadium, der sogenannten **Präkontemplation**, sind sich die Menschen der Notwendigkeit einer Verhaltensänderung nicht bewusst, weil sie sich z. B. nicht als betroffen von Risiken wahrnehmen.

Wenn sie sich durch entsprechende Informationen über bestimmte Risiken oder Vorteile der Notwendigkeit einer Verhaltensänderung be-

wusst werden, dann treten diese Personen in das Stadium der **Kontemplation** ein. In diesem Stadium erleben sie eine Ambivalenz: Einerseits wird eine Verhaltensänderung als wünschenswert oder notwendig betrachtet, andererseits aber wird das bestehende Verhalten in seinen Vorteilen wahrgenommen. Diese Menschen erleben dann eine Unentschiedenheit zwischen Beibehalten des Status quo und Verhaltensänderung.

Wird die Ambivalenz gelöst, dann tritt die betreffende Person in das Stadium der **Preparation** ein. Jetzt ist sie zur Verhaltensänderung bereit (readiness) und es entsteht ein Plan, eine innere Vorbereitung für das neue Verhalten.

Der nächste Schritt ist die Umsetzung des Plans in konkrete Verhaltensschritte, **Action**, die dann nach außen hin sichtbar werden.

Der letzte Schritt besteht darin, dass aus diesem neuen Verhalten oder aus dieser Verhaltensänderung eine neue Gewohnheit wird, dass also die Verhaltensänderung stabil bleibt (**Maintenance**).

In jeder dieser Phasen kann eine Person wieder in eine frühere Phase „**zurückfallen**“, also in das frühere Verhalten, und sie tritt dann erneut in den zirkulären Prozess. Dies gleicht der Dynamik einer Drehtür, welche altes und neues Verhalten miteinander verbindet. Man nennt dies den Drehtüreffekt.

Überträgt man dieses Modell auf das kontrazeptive Verhalten, so lässt sich dies folgendermaßen darstellen:

- **Präkontemplation:**  
Die Person wendet keine Verhütungsmittel an trotz des Risikos, schwanger zu werden. Sie ist sich des Risikos nicht bewusst.
- **Kontemplation:**  
Die Person sieht die Notwendigkeit der Verhütung und befasst sich mit der möglichen Anwendung. Gleichzeitig nimmt sie die Vorteile des bisherigen Verhaltens wahr (bequemer, keine Risiken, keine Ängste vor Nebenwirkungen etc.).
- **Preparation:**  
Die Ambivalenz wurde aufgelöst und eine Entscheidung getroffen. Es entsteht ein Anwendungsplan für eine kontrazeptive Methode.
- **Aktion:**  
Die Methode wird konkret angewandt.
- **Maintenance:**  
Es kommt zu einer regelmäßigen, kontinuierlichen Anwendung.

Es ist unmittelbar verständlich, dass bei dieser Verhaltenssequenz Fehler und Rückschläge auftreten können. Insbesondere bei der Anwendung der hormonellen Kontrazeption gibt es in den verschiedenen Stadien der Anwendung Fehlermöglichkeiten:

- a) **das Vergessen:**  
Die Person muss an die Methode denken und dies je nach Methode täglich oder in gewissen zeitlichen Abständen.
- b) **Motivationsverlust, Überforderungsgefühl:**  
Die Person muss sich immer wieder motivieren, die Methode anzuwenden. Dies kann beeinflusst sein durch die allgemeine Lebenssituation, durch Sexualität, durch Wohlbefinden etc.
- c) **Verlieren, nicht Finden:**  
Die Methode muss zugänglich sein. Auch hier gibt es Lebenssituationen, in denen der Zugang erschwert ist.
- d) **Anwendungsfehler:**  
Die Methode muss korrekt angewandt werden. Die korrekte Anwendung von Verhütung hängt stark von persönlichen Charaktermerkmalen ab (Disziplin etc.).
- e) **Einfluss der Methode auf das körperliche oder psychische Wohlbefinden:**  
Die Methode wird im Alltag erlebt und ihr Erleben hat einen Einfluss auf die Lebensqualität und damit auch wieder auf die Motivation.

### **Welche Hilfen oder Strategien zur Förderung der Compliance im Bereich der Kontrazeption sind möglich?**

Entlang der oben beschriebenen Verhaltenssequenz gibt es drei Strategien, welche zur Erleichterung und Verbesserung der kontrazeptiven Compliance angewandt werden:

1. **Die kontrazeptive Beratung oder das kontrazeptive Counselling**, welches helfen soll von der Präkontemplation zur Entscheidung für eine kontrazeptive Methode zu kommen.
2. **Die kontrazeptive Technologie**, welche dazu dient, die Methoden anwendungssicher zu machen und eine geringe Anfälligkeit für Fehler zu schaffen.
3. **Die kontrazeptive Betreuung**, die dazu dient, das konkrete kontrazeptive Handeln zu begleiten und dabei zu helfen, dass der „kontrazeptive Plan“ in die Praxis umgesetzt wird.

## 1. Die kontrazeptive Beratung

Effektive kontrazeptive Beratung ist gekennzeichnet durch bestimmte Kommunikationsmerkmale. Dazu gehören:

### 1.1. Die patientenzentrierte Kommunikation:

Sie ist dadurch charakterisiert, dass die Ziele der Patientin, ihre Konzepte, Wertvorstellungen und Emotionen wahrgenommen, in der Beratung berücksichtigt und in die Beratung eingebunden werden.

### 1.2. Die Erfassung des biopsychosozialen Profils einer Anwenderin:

Dies geschieht durch eine sorgfältige medizinische und psychosoziale Anamnese sowie ggf. eine körperliche und gynäkologische Untersuchung. Dabei werden Beschwerden, Befunde und Diagnosen zusammengefasst.

### 1.3. Eine wirksame Technik der Informationsvermittlung:

Diese sollte in kleinen Einheiten geschehen mit Zusammenfassungen und Pausen, welche Rückfragen erlauben. Es ist auch wichtig, sich aktiv danach zu erkundigen, ob die Informationen verständlich gegeben wurden und wie die Patientin diese Informationen bewertet.

### 1.4. Die Anwendung des Modells des Shared-decision-making:

Die Rolle des Beraters oder der Beraterin ist es, evidenzbasiert Informationen zu geben. Die Anwenderin soll aber dabei ermutigt werden, diesen Informationen ihre individuelle Bedeutung zuzuordnen und damit ihr eigenes Wertesystem zugrunde zu legen.

Neben diesen kommunikativen Rahmenbedingungen sollte die Beratung entlang eines strukturierten Prozesses erfolgen. Dieser Prozess kann in abgewandelter und angepasster Form folgende „Schritte“ umfassen:

- **Aktives Zuhören** und Erfassen der Wünsche und Prioritäten der Patientin.
- **Evtl. Ausschluss von Methoden, welche die Patientin a priori ablehnt** und/oder für sich nicht als geeignet erachtet.
- **Erfassen des biopsychosozialen Profils** mit medizinischen und biopsychosozialen Risiken und Ressourcen.
- **Anwendung medizinischer Kriterien**, z. B. der Eligibility Criteria der WHO, zum Ausschluss von Methoden, welche für die Patientin aus medizinischen Gründen nicht

in Frage kommen oder mit einem erhöhten Risiko einhergehen.

- **Einschluss von Methoden mit zusätzlichem Nutzen.**

Unter den übriggebliebenen Methoden sollte die Methode ausgewählt werden, welche den größten zusätzlichen Nutzen für die Patientin bringt.

## 2. Die kontrazeptive Technologie

Durch die Entwicklung von Langzeitmethoden mit immer besserer Verträglichkeit wird ein wichtiger Beitrag zur Erleichterung der Compliance geschaffen. Hier spielt die Entwicklung neuer Substanzen, neuer Dosierungen und neuer Kombinationen eine Rolle ebenso wie die Entwicklung neuer Applikationsformen.

## 3. Die kontrazeptive Betreuung (contraceptive care)

Auch hier geht es darum, die Patienten aktiv bei der Anwendung zu begleiten. Dazu gehört auch, dass die Fachperson positives Feedback gibt und durch Wissensvermittlung den Anwenderinnen so viel wie möglich an Kontrolle über die Anwendung gibt.

Das Gespräch über Nebenwirkungen und die Suche nach zusätzlichem Nutzen und evtl. therapeutischen Möglichkeiten stellt einen wichtigen Beitrag zur Fortsetzung der Anwendung einer Methode dar. Nur durch solche Gespräche, in denen die Anwenderin mit ihren Symptomen, Ängsten und Fragen ernst genommen wird, kann eine langfristige Motivation und Compliance aufrecht erhalten werden.

## Literatur

- Backman T, Huhtala S, Luoto R, Tuominen J, Rauramo I, Koskenvuo M. Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 608–613
- Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod* 2003 May; 18(5): 994–9
- Canto De Cetina TE, Canto P, Ordonez Luna M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 2001 Mar; 63(3): 143–6
- Davie JE, Walling MR, Mansour DJ, Bromham D, Kishen M, Fowler P. Impact of patient counseling on acceptance of the levonorgestrel implant contraceptive in the United Kingdom. *Clin Ther* 1996 Jan-Feb; 18(1): 150–9
- Davis A, Wysocki S. Clinician/patient interaction: Communicating the benefits and risks of oral contraceptives. *Contraception* 1999; 59(1 Suppl): 39S–42S
- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and

preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59(2): 295–304

Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006 Jun; 38(2): 90–6

Freeman S. Nondaily hormonal contraception: considerations in contraceptive choice and patient counseling. *J Am Acad Nurse Pract* 2004 Jun; 16(6): 226–38

Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999 Mar-Apr; 31 (2): 56–63

Grove D, Hooper DJ. Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys. *J Eval Clin Pract* 2010 Jun 10

Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998 Jan-Feb; 30(1): 24–9, 46

Hooper DJ. Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: a global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clin Drug Investig* 2010; 30(11): 749–63

Hubacher D, Goco N, Gonzalez B, Taylor D. Factors affecting continuation rates of DMPA. *Contraception* 1999 Dec; 60(6): 345–51

Lei ZW, Wu SC, Garceau RJ, Jiang S, Yang QZ, Wang WL, Vander Meulen TC. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 1996; 53: 357–361

Lete I, Doval JL, Perez-Campos E, Sanchez-Borrego R, Correa M, de la Viuda E, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception* 2007 Aug; 76(2): 77–83

Lohr PA, Schwarz EB, Gladstein JE, Nelson AL. Provision of contraceptive counseling by internal medicine residents. *J Womens Health (Larchmt)* 2009 Jan-Feb; 18(1): 127–31

RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plan Perspect* 2003; 29: 76–83

Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception* 1995 May; 51(5): 283–8

Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam Plann Perspect* 1998 Mar-Apr; 30(2): 89–92, 104

Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004 Jun; 9(2): 57–68

Trussell J, Wynn LL. Reducing unintended pregnancy in the United States. *Contraception* 2008 Jan; 77(1): 1–5

Van Devanter N, Gonzales V, Merzel C, Parikh NS, Celantano D, Greenberg J. Effect of an STD/HIV behavioral intervention on women's use of the female condom. *Am J Public Health* 2002; 92: 109–115

# Familienplanung und Migration

Eine Studie der BZgA

Die BZgA hat eine Studie zum Thema Familienplanung bei ausgewählten Gruppen von Migrantinnen durchgeführt, deren Ergebnisse jetzt vorliegen (Helfferrich 2008, Helfferrich 2010). Die Studie wurde auf einer Tagung im April 2010 in Berlin vorgestellt und von ExpertInnen diskutiert. Ziel der Studie war es, mehr Wissen über den speziellen Bedarf von Migrantinnen an Informationen und Unterstützung bei Fragen der Familienplanung zu gewinnen und soziale und kulturelle Einflussfaktoren besser erfassen zu können.

Das Forschungsteam hat aus der sehr heterogenen Gruppe von in Deutschland lebenden Migrantinnen die beiden größten Gruppen ausgewählt. Das sind Migrantinnen aus der Türkei sowie aus ost- und südeuropäischen Ländern (einschließlich Aussiedlerinnen). Da die Mehrzahl der MigrantInnen in Großstädten lebt<sup>1</sup>, wurden für die Studie Frauen aus vier Großstädten (Stuttgart, Nürnberg, Oberhausen und Berlin) ausgewählt. Sie waren 20 bis 44 Jahre alt.

Die Daten wurden im Rahmen von standardisierten Telefonbefragungen erhoben. Darüber hinaus wurden qualitative Daten in Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und Interviews mit ExpertInnen aus dem Bereich der Familienplanung gewonnen. Die Studie lief von 2007 bis 2010.

Themen der Befragungen und Gruppendiskussionen waren Familienbildungsprozesse, Familienplanung, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch sowie der Bezug zwischen Migrations- und Familienbiografie. Die Daten werden verglichen mit Daten westdeutscher Frauen aus einer früheren Studie (Helfferrich 2001).

## Ergebnisse der Studie

Die Studie zeigt grundsätzliche Unterschiede zwischen Migrantinnen aus der Türkei und aus osteuropäischen Ländern auf.

Der überwiegende Teil der Frauen aus der Türkei kam durch Heirat nach Deutschland. Diese Frauen waren zum Zeitpunkt der Migration jung und noch kinderlos. Viele kamen ohne Ausbildungsabschluss und mit sehr ge-

<sup>1</sup> Knapp 19 % der in Deutschland lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund, in den Großstädten liegt der Anteil bei bis zu 38 %.

ringen Deutschkenntnissen nach Deutschland. Dagegen waren die Frauen aus osteuropäischen Ländern zum Zeitpunkt der Migration im Durchschnitt deutlich älter und hatten oft schon ein oder mehrere Kinder.

Die Gruppe der türkischen Frauen hat zudem eine deutlich geringere Bildung im Vergleich zu den osteuropäischen Frauen. Die Frauen aus der Türkei sind seltener berufstätig und wenn, dann meist in wenig qualifizierten Tätigkeiten. Die Familien haben ein sehr geringes Haushaltseinkommen, 31 % beziehen staatliche Unterstützung.

Unter den Frauen aus Osteuropa ist ein hoher Anteil an Akademikerinnen, deren berufliche Qualifikation in Deutschland jedoch oft nicht anerkannt wird. Viele der Frauen haben sich allerdings nachqualifiziert. Ein hoher Anteil ist erwerbstätig. Das durchschnittliche Haushaltseinkommen ist zwar etwas höher als bei den Familien mit türkischem Migrationshintergrund, der Anteil der Familien, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind ist allerdings gleich hoch.

### **Familiäre Situation**

Die weit überwiegende Mehrzahl der türkischen Frauen aus der Studie ist verheiratet (83 %), davon 97 % in erster Ehe. Die Partner haben überwiegend denselben ethnischen Hintergrund. 80 % der Frauen haben Kinder, fast ausschließlich innerhalb einer Ehe. Nicht verheiratete, türkischstämmige Frauen haben sehr selten Kinder. Die durchschnittliche Zahl der Kinder liegt bei den Frauen über 34 Jahren bei 2,4.

Osteuropäische Frauen sind ebenfalls mehrheitlich verheiratet (69 %, davon 88 % in erster Ehe), insgesamt jedoch etwas seltener als türkische Frauen. Auch bei ihnen haben die Partner überwiegend dieselben ethnischen Herkunft. 75 % der Frauen haben Kinder. Im Vergleich mit den türkischen Frauen liegt der Anteil der Frauen in nicht ehelichen Partnerschaften oder alleinstehender Frauen mit Kindern höher. Die durchschnittliche Kinderzahl bei den über 34-jährigen Frauen ist mit 1,8 geringer und unterscheidet sich nur wenig von der Kinderzahl westdeutscher Frauen (1,5 Kinder).

### **Kinderwunsch**

Frauen, die sich kein Kind wünschen, sind in beiden Migrationsgruppen, aber auch bei den deutschen Frauen die Ausnahme. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund möchten jedoch mehr Kinder als Frauen aus Osteuropa. Bei den deutschen Frauen ist die Zahl der gewünschten Kinder am niedrigsten. In beiden

Migrantinnengruppen möchten Frauen mit höherer Schulbildung weniger Kinder. Dagegen findet sich bei den deutschen Frauen der Wunsch nach drei oder mehr Kindern häufiger bei Frauen mit höchster Schulbildung.

### **Dynamik der Familienbildung**

Die befragten türkischen Frauen heiraten tendenziell früh und bekommen früh ihre Kinder. Ihre Familienplanung ist daher auch früh abgeschlossen. Sie haben keine oder nur eine kurze Phase vorehelicher Partnerschaften.

Die osteuropäischen Frauen heiraten ebenfalls oft jung und bekommen früh das erste Kind. Jedoch liegen oft lange zeitliche Abstände zwischen den Kindern, so dass die Familienplanung spät abgeschlossen wird. Häufig geht eine lange Phase der Migration und Integration in Deutschland dem Wunsch nach weiteren Kindern voraus.

Dagegen bekommen deutsche Frauen deutlich später das erste Kind, meist nach einer langen Phase von nicht ehelichen Beziehungen mit Berufsausbildung und Berufstätigkeit.

In allen drei Gruppen ist das Alter bei der ersten Geburt jedoch abhängig von der Bildung der Mütter: Mit zunehmender Bildung kommt das erste Kind später.

### **Verhütung im Lebenslauf**

Entsprechend der Dynamik der Familienbildung beginnen türkische Frauen meist deutlich später mit Verhütung als die deutschen und osteuropäischen. Die meisten Frauen waren 23 Jahre und älter und zwei Drittel hatten bereits ein Kind, als sie das erste Mal Verhütungsmittel benutzten. Fast alle Frauen waren verheiratet. Verhütung wird von den türkischstämmigen Frauen überwiegend genutzt, um die Kinderzahl zu beschränken oder die Zeit bis zur nächsten Geburt zu verlängern.

Osteuropäische Frauen begannen deutlich früher mit der Verhütung, mehr als die Hälfte von ihnen vor dem ersten Kind.

Bei den deutschen Frauen liegt fast immer vor dem ersten Kind eine mehr oder weniger lange Phase, in der Verhütungsmittel benutzt werden. Die Mehrzahl der Frauen verhüten hier, um die Geburt des ersten Kindes aufzuschieben.

### **Verhütungsmethoden**

In allen Gruppen der Studie ist die Pille das am häufigsten benutzte Verhütungsmittel, gefolgt von Kondom und Spirale. Die Spirale wird von beiden Migrantinnen-Gruppen häufiger genutzt als von deutschen Frauen, wahrscheinlich, weil die meisten bereits Kinder geboren haben (23



bzw. 26 % gegenüber 12 %). Türkische Frauen ließen auch häufiger eine Sterilisation durchführen (12 % gegenüber 3,5 %). Der Coitus interruptus wurde als Verhütungsmethode in nennenswertem Umfang nur von der Gruppe der türkischen Frauen angegeben (von 4,7 %).

In der Studie wurden auch Kenntnisse über die Pille danach erfragt. Es zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen: Nur 37 % türkischer Frauen kennen die Pille danach, gegenüber 61 % osteuropäischer und 94 % deutscher Frauen.

### Schwangerschaftsabbrüche

Die Studie ergab, dass Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund häufiger Schwangerschaftsabbrüche durchführen lassen als deutsche Frauen. Bei Frauen aus Osteuropa wurden die Abbrüche häufig in der Zeit vor der Migration im Herkunftsland durchgeführt, was mit der schlechten Zugänglichkeit von Verhütungsmitteln erklärbar ist. Die türkischen Frauen hatten ihre Abbrüche meist in Deutschland. Es fand sich ein Zusammenhang von Schulbildung und der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in diesen Gruppen: Frauen mit höherer Bildung haben seltener Abbrüche.

Die Schwangerschaftsabbrüche finden in der Gruppe der türkischen und osteuropäischen Migrantinnen sowie der deutschen Frauen jeweils in unterschiedlichen Phasen der Familienbildung statt.

Die Mehrzahl der türkischen Frauen hat bereits mehrere Kinder. Sie entscheiden sich für den Abbruch, weil sie keine weiteren Kinder mehr möchten.

In der Gruppe der osteuropäischen Frauen ist der Grund für den Abbruch genau so häufig der Aufschub der Geburt des ersten Kindes wie das Aufschieben der Geburt weiterer Kinder.

Bei den deutschen Frauen überwiegt die Gruppe, die noch keine Kinder hat und sich für einen Abbruch entscheiden, weil sie jetzt noch kein Kind möchten.

### Wunsch nach Aufklärung und Informationen

Der Bedarf an Informationen zum Thema Familienplanung ist groß, besonders bei den Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, aber auch bei den osteuropäischen Frauen. Die Mehrzahl der türkischen Frauen nannte (Frauen)ÄrztInnen als erste AnsprechpartnerInnen dafür. Aber auch Beratungsstellen wurden als Anlaufstellen für Fragen zu diesen Themen genannt. Für viele dieser Frauen ist das Angebot von Beratung in der Herkunftssprache wichtig und die Vertrautheit der Beraterin mit der Herkunftskultur.

Die Frauen aus Osteuropa informieren sich ähnlich häufig wie deutsche Frauen am liebsten über das Internet und Broschüren.

### Literatur

Helfferich C, Klindworth H. Frauen – Leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Zusammenfassung einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2010

Helfferich C, Klindworth H. Frauen – Leben. Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Zwischenergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und ost- oder südeuropäischem Migrationshintergrund. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2008

Helfferich C. Frauen Leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung. Bundeszentrale für gesundheitliche Bildung (BZgA) 2001

## Wirkmechanismus der Pille danach

Die Internationale Vereinigung der Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) und das Internationale Consortium Emergency Contraception (ICEC), dem auch die WHO<sup>2</sup> und die IPPF angehören, haben im März 2011 ein gemeinsames Statement zur Wirkungsweise der Pille danach auf Levonorgestrel-Basis (LNG) veröffentlicht.

**Ovulation (Eisprung):** Die Verzögerung oder Verhinderung der Ovulation wird als maßgeblicher Wirkmechanismus für die Pille danach mit LNG genannt. Wird sie vor dem Eisprung genommen, verhindert das Gestagen LNG den Anstieg des Luteinisierenden Hormons (LH), der den Eisprung einleitet. Dadurch hemmt sie die Weiterentwicklung und Reifung des Eibläschchens und/oder den Eisprung selbst.

**Implantation (Einnistung):** Studien zur Wirkung der Pille danach zeigten die Abhängigkeit der Wirksamkeit vom Zyklusstadium: Zwei Studien ergaben, dass Schwangerschaften nach der Anwendung nur dann auftraten, wenn die Einnahme am Tag des Eisprungs oder einen Tag nach dem Eisprung stattfand. Damit zeigten sie, dass die Einnistung eines befruchteten Eis nicht verhindert werden konnte. Die

<sup>2</sup> WHO, Special programme of research, development and research training in human reproduction.

meisten histologischen<sup>3</sup> oder biochemischen Untersuchungen der Gebärmutter Schleimhaut zeigen keinerlei Auswirkungen und Veränderungen durch die LNG-Einnahme und widerlegen damit die vermutete Wirkung auf die Einnistung. In vitro<sup>4</sup>-Untersuchungen und Studien mittels Tierversuch stützen diese Aussagen.

**Spermienfunktion:** Die Frage, ob die postkoitale LNG-Einnahme einen Einfluss auf die Spermienfunktion hat, kann aufgrund widersprüchlicher Studienergebnisse nicht abschließend beantwortet werden. Frühere Untersuchungen gingen von Motilitätsstörungen<sup>5</sup> durch eine Verdickung des Zervixschleims aus. Aktuelle Untersuchungen können 24 bis 28 Stunden nach der Einnahme von 1,5 mg LNG keine derartige Wirkung nachweisen. Hingegen zeigte eine aktuelle kleine Pilotstudie eine deutliche Motilitätseinschränkung 8 bis 24 Stunden nach LNG-Einnahme. Eine Beeinflussung der Spermienfortbewegung zu den und innerhalb der Eileiter ist eine weitere mögliche, aber bisher nicht hinreichend nachgewiesene Wirkung, die weitere Forschung in diesem Bereich rechtfertigt.

**Einfluss auf eine Schwangerschaft:** Studien haben Schwangerschaften nach LNG-Einnahme mit Schwangerschaften ohne Anwendung der Pille danach untersucht. Es wurden keine Unterschiede in den zwei Gruppen in Bezug auf Fehlgeburten, Geburtsgewicht, Fehlbildungen und das Geschlechterverhältnis festgestellt. Ein Einfluss auf eine bereits bestehende Schwangerschaft wird daher verneint.

**Weitere Faktoren:** Postkoitale Verhütung mit LNG ist nicht mit einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch gleichzusetzen, da sie ausschließlich in den wenigen Tagen nach dem Sexualverkehr und vor dem Eisprung sowie der Befruchtung wirkt. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch hingegen ist eine Option in der frühen Schwangerschaft, für den ein anderer Wirkstoff notwendig ist.

## Fazit

- Der maßgebliche und möglicherweise einzige Wirkmechanismus der LNG-Pille danach ist die Verzögerung oder die Verhinderung des Eisprungs.
- Die Bewertung der Studienlage und der Evidenz deutet darauf hin, dass LNG im

Rahmen der postkoitalen Anwendung die Einnistung nicht verhindern kann und diese Anwendung sollte daher auch nicht in die Produktbeschreibung aufgenommen werden.

- Die fehlende Wirkung auf die Einnistung erklärt, warum LNG keine hundertprozentige Wirkung aufweist und warum es umso weniger wirksam ist, je später die Einnahme erfolgt. Frauen sollten darüber deutlich aufgeklärt werden.
- Postkoitale Verhütung auf LNG-Basis unterbricht keine Schwangerschaft (diese Aussage trifft auf jede Definition des Schwangerschaftsbeginns zu), aber
- Durch die Einnahme der LNG-Pille danach können Schwangerschaftsabbrüche durch Vermeidung ungewollter Schwangerschaften verhindert werden.

Anmerkung der Redaktion: Trotz dieser Tatsachen wird die Pille danach weiterhin von einzelnen Interessengruppen, z.B. auch von der katholischen Kirche, in den Kontext eines frühen Schwangerschaftsabbruchs gestellt (in der Konsequenz führt das dazu, dass in zahlreichen konfessionell gebundenen Krankenhäusern in Deutschland die Pille danach nicht verordnet wird). Es ist zu vermuten, dass dieses Statement mit dem Ziel veröffentlicht wurde, weit verbreitete, nicht zutreffende Grundannahmen zu korrigieren.

## Quelle:

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO); International Consortium for Emergency Contraception. Mechanism of action: How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? Emergency Contraception Statement. März 2011

Die Literatur, auf der das Statement beruht, findet sich im Anhang der Publikation. Sie ist online abrufbar unter: [www.emergencycontraception.org](http://www.emergencycontraception.org) und [www.figo.org](http://www.figo.org)

<sup>3</sup> Mikroskopische Gewebeprobe.

<sup>4</sup> Untersuchung organischer Vorgänge außerhalb eines lebenden Organismus.

<sup>5</sup> Störung der Beweglichkeit.

# Hinweise

## Cytotec® zur Vorbereitung der IUP-Einlage

Die Gabe des Prostaglandins Misoprostol (Cytotec®) vor einem chirurgischen Schwangerschaftsabbruch hat sich weltweit bewährt und wird, zumindest für junge Frauen und Schwangerschaften von mehr als zehn bzw. zwölf Wochen, in anerkannten Leitlinien empfohlen (RCOG 2004, WHO 2003). Die Anwendung erleichtert die Erweiterung des Gebärmutterhalses und die Absaugung des Gewebes und sie reduziert die Komplikationsrate des Eingriffs.

Bei nicht schwangeren Frauen konnte in einzelnen Studien gezeigt werden, dass die vorherige Gabe von Misoprostol operative Eingriffe in der Gebärmutter erleichtert. Aufgrund dieser Erfahrungen wird empfohlen, Misoprostol auch vor einer IUP-Einlage zu geben, um den Gebärmutterhalskanal zu erweitern. Diese Empfehlung gilt insbesondere für Frauen ohne vorangegangene Geburten. Dadurch soll die Einlage eines IUPs einfacher und mit weniger Schmerzen verbunden sein. Empfohlen wird hierfür, 400 µg Misoprostol einige Stunden vor der Einlage eines IUPs vaginal oder sublingual anzuwenden. Zwei aktuelle Studien untersuchen nun die Wirksamkeit dieser Maßnahme.

In der ersten Studie bekamen knapp 90 Frauen drei Stunden vor der Einlage der Hormonspirale Mirena® entweder 400 µg Misoprostol oder Placebo sublingual (Heikinheimo 2010). Alle Frauen hatten bereits vorher eine Hormonspirale, die gewechselt werden sollte. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die Schmerzen der Frauen beim IUP-Wechsel. Auch die ÄrztInnen, die die Spiralen wechselten, fanden keine Unterschiede. Sie beurteilten die Einlage in beiden Gruppen gleich häufig als einfach (93 bzw. 91 %). Das Aufdehnen des Gebärmutterhalses war in beiden Gruppen gleich häufig notwendig.

Nebenwirkungen des Medikaments wurden häufiger von den Frauen berichtet, die Misoprostol genommen hatten (z. B. Unterbauchkrämpfe, Übelkeit oder Durchfall).

Die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen hatte Kinder geboren, nur fünf Frauen hatten keine Geburten, davon vier in der Misoprostol-Gruppe und eine in der Placebo-Gruppe. Daher waren bei den meisten Frauen keine Schwierigkeiten beim IUP-Wechsel zu erwarten.

In einer weiteren Studie wurde die Wirkung von 400 µg Misoprostol vaginal im Vergleich zu Placebo drei Stunden vor der Einlage einer Kupfer- bzw. Hormonspirale bei einer größeren Gruppe von knapp 200 Frauen untersucht (Dijkhuizen 2011). Auch in dieser Studie fand sich kein positiver Effekt der Gabe von Misoprostol.

Zwei Einlagen misslangen in der Misoprostol-Gruppe, eine in der Placebo-Gruppe. Die Frauen in der Misoprostol-Gruppe gaben eher mehr Schmerzen bei der Einlage an als die Frauen in der Placebo-Gruppe. Auch andere unangenehme Nebenwirkungen wie Übelkeit und Durchfall gaben Frauen in der Misoprostol-Gruppe häufiger an.

Knapp die Hälfte der Frauen hatten keine Kinder geboren, die übrigen hatten eine oder mehrere Geburten. Die Frauen ohne Geburten erlebten die Einlage der Spirale als schmerzhafter und hatten häufiger Kreislaufreaktionen. Auch bei diesen Frauen reduzierte die Anwendung von Misoprostol nicht die Schmerzen und unangenehmen Nebenwirkungen und erleichterte nicht die Einlage der Spiralen. Die StudienautorInnen raten deswegen von der Anwendung ab.

In einer früheren Studie von 2007 wurde die IUP-Einlage in der Gruppe mit Misoprostol als deutlich einfacher beurteilt. 80 Frauen ohne vorangegangene Geburten bekamen entweder 400 µg Misoprostol sublingual und 100 mg Diclofenac eine Stunde vor Einlage eines Kupfer-IUP oder nur 100 mg Diclofenac (Sääv 2007).

Der von den ÄrztInnen bei der Einlage beobachtete Unterschied bestand im Wesentlichen im gemessenen Widerstand bei der Einführung eines 4 mm Dilators bzw. des IUP. Ein hoher Widerstand wurde bei drei Frauen in der Misoprostol-Gruppe und bei sechs Frauen in der Kontrollgruppe beschrieben. In der Kontrollgruppe misslangen zwei Einlagen wegen zu engem Gebärmutterhals, in der Misoprostol-Gruppe gelangen alle IUP-Einlagen.

Die von den Frauen beschriebenen Schmerzen unterschieden sich auch in dieser Studie nicht. In der Misoprostol-Gruppe erlebten mehr Frauen Durchfall, Erbrechen, oder Frösteln. Die StudienautorInnen merkten an, dass die IUP-Einlage bei Frauen ohne Geburten insgesamt einfacher war, als erwartet, und dass die Unterschiede zwischen beiden Gruppen gering waren.

**Fazit**

Die Studien bestätigen die Erfahrungen im Familienplanungszentrum Hamburg, dass eine IUP-Einlage bei der Mehrzahl der Frauen ohne vorangegangene Geburten auch ohne Misoprostol unkompliziert verläuft, wenn auch deutlich schmerzhafter als bei Frauen, die Kinder geboren haben. Aufgrund der Datenlage und dieser Erfahrungen scheint die Gabe von Misoprostol vor der IUP-Einlage für Frauen ohne vorangegangene Geburten keinen oder allenfalls einen geringen Nutzen zu haben. Daher sind andere wirksame Maßnahmen sinnvoll, um die Schmerzen zu reduzieren.

Es gibt zum Beispiel gute Erfahrungen mit der intrazervikalen Injektion eines Lokalanästhetikums<sup>6</sup>, mit der Schmerzen und Kreislaufreaktionen wirksam reduziert werden können.

**Literatur**

Dijkhuizen K, Dekkers OM, et al. Vaginal misoprostol prior to insertion of an intrauterine device: an RCT. *Hum Reprod* 2011; 26: 323–329

Heikinheimo O, Inki P, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled study on the effect of misoprostol on ease of consecutive insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2010; 81: 481–6

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. Evidence based clinical guideline Nr 7, 2004

Sääv I, Aronsson A, et al. Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 2007; 22: 2647–52

WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2003

**Studie untersucht IUP-Einlage bei Mädchen zwischen 14 und 18 Jahren**

Bei jungen Frauen, insbesondere bei Frauen ohne Geburten, gilt die Einlage einer Spirale zwar nicht als ausgeschlossen, sie ist aber nicht die Verhütungsmethode der ersten Wahl<sup>7</sup>. Allerdings gibt es nach wie vor nur wenige Daten zu den Risiken der IUP-Anwendung in dieser Gruppe. In den meisten großen Studien werden die Risiken nicht ge-

<sup>6</sup> Für die Lokalanästhesie vor einer IUP-Einlage werden 10 ml einer 1 %igen Lösung bei 12, 4 und 8 Uhr in die Zervixmuskulatur gespritzt.

<sup>7</sup> In den Produktinformationen verschiedener IUPs werden unterschiedliche Einschränkungen für die Anwendung bei jungen Frauen bzw. Frauen ohne Geburten angegeben. In den Leitlinien der WHO (Eligibility Criteria) wird für Frauen unter 20 Jahren und Frauen ohne Geburten ein höheres Risiko für die Ausstoßung des IUPs angegeben. Bei Frauen unter 20 Jahren wird außerdem ein altersbedingt erhöhtes Risiko von Unterleibsinfektionen angeführt. Die Anwendung des IUP wird bei diesen Frauen mit der Kategorie 2 bewertet (der Nutzen ist im Allgemeinen größer als die Risiken der Anwendung).

trennt nach Alter bzw. vorangegangenen Geburten ausgewertet. Und wenn getrennte Auswertungen erfolgen, werden die Faktoren Alter bzw. vorangegangene Geburten nicht differenziert.

Eine aktuelle Studie hat nun die Anwendung des IUP bei sehr jungen Frauen im Alter von 14 bis 18 Jahren untersucht (Godfrey 2010). Die kleine Studie umfasste nur 23 Frauen. Nach Zufallsverteilung bekamen zwölf Frauen eine Hormonspirale und elf eine Kupfer-Spirale (Cu T380A). Die Beobachtungszeit war mit sechs Monaten eher kurz.

Von den elf Mädchen, die ein Kupfer-IUP bekamen, ließen zwei das IUP wegen zu starker Regelblutungen bzw. Schmerzen innerhalb der ersten sechs Monate wieder entfernen. Zwei IUP wurden entfernt, weil sie verrutscht waren. Von den zwölf Mädchen, die eine Hormonspirale bekamen, ließ eines das IUP vorzeitig wegen starker Blutungen entfernen.

Unterbauchschmerzen wurden in beiden Gruppen angegeben, mit der Hormonspirale allerdings etwas häufiger. Auch starke Blutungen wurden in beiden Gruppen angegeben, dieses Problem trat mit der Kupferspirale etwas häufiger auf.

Um den Nutzen und die Risiken der Verhütung mit Spirale bei jungen Mädchen beurteilen zu können, ist die beobachtete Gruppe zu klein und die Beobachtungszeit zu kurz. Die Hälfte der teilnehmenden Mädchen hatte bereits Kinder geboren, damit sind die Ergebnisse nicht auf die große Mehrzahl der Mädchen in diesem Alter zu übertragen.

**Literatur**

Godfrey EM, Memmel LM, et al. Intrauterine contraception for adolescents aged 14–18 years: a multicenter randomized pilot study of Levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A. *Contraception* 2010; 81: 123–7

**Psychische Erkrankungen nach einem Schwangerschaftsabbruch**

Zu der Frage, ob Schwangerschaftsabbrüche zu schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen führen, gibt es inzwischen zahlreiche Studien, die auch in Metaanalysen ausgewertet und zusammengefasst wurden (Major 2008, Charlesa 2008). Die Daten belegen, dass dauerhafte, schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nicht häufiger sind als im Durchschnitt der Frauen insgesamt. Trotzdem werden immer wieder auch Studien angeführt, die vermehrt psychische Probleme nach Abbrüchen belegen sollen.

Nun wurde eine weitere bevölkerungsbezogene Studie aus Dänemark zu dieser Frage veröffentlicht (Munk-Olsen 2011). Auf Grund der Größe der Untersuchung und der Studierendurchführung werden die Ergebnisse als sehr zuverlässig betrachtet.

Es wurden Frauen ohne psychiatrische Vorerkrankungen während eines Zeitraums von neun Monate vor bis zwölf Monate nach einem Schwangerschaftsabbruch (im ersten Trimenon) beobachtet. Verglichen wurden die Daten mit denen von Frauen, die neun Monate vor bis zwölf Monate nach einer Geburt beobachtet wurden. Insgesamt wurden 84 620 Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch und 280 930 Frauen mit einer Geburt in die Studie einbezogen. Untersucht wurde, ob die Frauen während der Beobachtungszeit erstmals wegen eines psychischen Problems ambulant oder stationär behandelt wurden.

Insgesamt suchten deutlich mehr Frauen vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch Hilfe wegen eines psychischen Problems (ca. 1,5/100 Frauenjahre) im Vergleich zu den Frauen mit Geburten (0,4-0,7/100 Frauenjahre).

Aber während bei den Frauen mit Geburten psychische Probleme nach der Geburt deutlich häufiger auftraten als vorher (0,7 versus 0,4/100 Frauenjahre), gab es bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch keine Unterschiede.

Insbesondere in den ersten drei bis sechs Monaten nach einer Geburt wurde ein deutlicher Anstieg von psychischen Störungen beobachtet. Dieser Anstieg ist nicht überraschend, er wurde auch in früheren Studien beobachtet.

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Frauen und Mädchen mit einem Schwangerschaftsabbruch insgesamt häufiger psychische Störungen haben als Frauen ohne Schwangerschaften oder Frauen mit einer Geburt. Die Störungen treten aber in dieser Gruppe genauso oft vor der Schwangerschaft auf wie danach. Möglicherweise werden diese Frauen häufiger ungewollt schwanger oder sie entscheiden sich im Falle einer Schwangerschaft häufiger für einen Abbruch.

Es wird als Stärke der Studie angesehen, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch mit der Häufigkeit in der Zeit vor der Schwangerschaft in der gleichen Gruppe verglichen wurde. In anderen Studien wurden Frauen nach Schwangerschaftsabbruch oft mit Frauen nach einer Geburt verglichen. Da diese Frauen sich in vielen Merkmalen unterschieden, sind Verfälschungen der Ergebnisse wahrscheinlich.

Die Studie beschränkt die Erhebung von psychischen Problemen auf behandlungsbedürfti-

ge psychische Störungen. In andere Studien wurden häufig Probleme wie vorübergehende Gefühle von Traurigkeit und Depression erfragt. Dass solche Gefühle nach Abbrüchen vermehrt auftreten, ist bekannt, sie stellen aber keine psychischen Störungen dar.

Die StudienautorInnen empfehlen, dass TherapeutInnen bei Frauen, die sich wegen psychischer Probleme nach einem Abbruch in Behandlung begeben, auch die Lebensgeschichte und die psychische Situation vor der Schwangerschaft betrachten sollten. Oft bestanden die psychischen Probleme nämlich bereits vor der Schwangerschaft und wurden nicht durch den Abbruch ausgelöst.

### Literatur

Charlesa V, Polisa C, et al. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 2008; 78:436–50

Major B, Appelbaum M, et al. Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. 2008; <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

Munk-Olsen T, Laursen T, et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *NEJM* 2011; 364: 332–9

### **Chirurgischer und medikamentöser Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimenon im Erleben der Frauen**

In Deutschland werden Abbrüche im zweiten Trimenon nur mit der medikamentösen Methode (Einleitung von Wehen durch Prostaglandine bis zur Ausstoßung des Feten) durchgeführt. In anderen Ländern wie Großbritannien und den Niederlanden gibt es auch die Möglichkeit eines chirurgischen Abbruchs.

Da Frauen meist selbst die Methode des Abbruchs wählen, ist es schwierig, die Akzeptanz und das Erleben der Methoden zu vergleichen. Daher werden immer wieder Untersuchungen mit einer Zufallsverteilung der Methode gefordert. Allerdings sind – verständlicherweise – nur wenige Frauen bereit, die Methode nicht selbst zu wählen, wenn beide Methoden angeboten werden.

Eine aktuelle Studie aus Großbritannien vergleicht das Erleben des Abbruchs bei 122 Frauen, die bereit waren, zufällig einer Methode zugeteilt zu werden.

Der medikamentöse Abbruch wurde mit Mifepiston und mehrfacher Gabe von Misoprostol durchgeführt. Der chirurgische Abbruch wurde nach einer Vorbehandlung mit dem Prostaglandin Gemeprost je nach Schwangerschaftswoche mit Absaugung oder instrumentell in Vollnarkose durchgeführt.

Nur die Hälfte der Frauen nahmen den zweiten Termin zwei Wochen nach dem Abbruch wahr, an dem die Befragung über ihr Erleben durchgeführt wurde.

Es fanden sich insgesamt nur geringe Unterschiede in Bezug auf Anzeichen für psychische Belastungen, zum Beispiel eine posttraumatische Belastungsstörung, mit einer Tendenz zu stärkeren Symptomen bei den Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Die Frauen mit medikamentösem Abbruch gaben mehr Schmerzen während und nach dem Abbruch an sowie stärkere und länger anhaltende Blutungen.

Komplikationen traten in beiden Gruppen etwa gleich häufig auf. Bei fünf Frauen mit medikamentösem Abbruch mussten Gewebereste durch eine Nachsaugung entfernt werden, bei einer Frau war wegen starker Blutung eine Bluttransfusion erforderlich. Bei den chirurgischen Eingriffen kam es einmal zu einer Verletzung des Gebärmutterhalses, einmal war wegen Geweberesten eine Nachsaugung erforderlich. Fünf Frauen hatten einen geschätzten Blutverlust von mehr als 500 ml, aber bei keiner war eine Transfusion erforderlich.

Ein Drittel der Frauen mit medikamentösem Abbruch mussten über Nacht in der Klinik bleiben, alle Frauen mit chirurgischem Abbruch konnten am gleichen Tag entlassen werden.

Die Frauen mit chirurgischem Abbruch fanden den Eingriff insgesamt deutlich akzeptabler. Alle Frauen würden sich wieder dafür entscheiden, im Vergleich zu 53 % der Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Die Gründe dafür, dass Frauen sich nicht noch einmal für den medikamentösen Abbruch entscheiden würden, waren gleichermaßen die Schmerzen, die starke Blutung, und der längere Klinikaufenthalt. Keine Frau mit chirurgischem Abbruch gab an, dass sie den Eingriff schlimmer fand, als sie erwartet hatte, im Vergleich zu 53 % der Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Von den Frauen, die die Studienteilnahme ablehnten und selbst die Methode wählen wollten, entschieden sich 67 % für den chirurgischen Abbruch

Die Studie belegt erneut, dass viele Frauen für einen Abbruch im zweiten Trimenon einen chirurgischen Eingriff bevorzugen und als weniger unangenehm und belastend erleben. Deshalb ist auch für diesen Zeitraum das Angebot beider Methoden wichtig, damit Frauen die für sie passende Methode selbst wählen können.

## Literatur

Kelly T, Suddes J, et al. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13–20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. BJOG 2010; 117: 1512–20

## Geänderte Schutzimpfungsrichtlinien für Frauen im gebärfähigen Alter

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung ab 18. März 2011 die Schutzimpfungsrichtlinien aktualisiert und folgt damit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Die Schutzimpfungsrichtlinien regeln den Erstattungsanspruch der gesetzlich Versicherten.

**Masern:** Bei Erwachsenen mit unklarem Impfstatus, fehlender Impfung oder nur einer Impfung in der Kindheit wird die Masernimpfung erstattet (vorzugsweise durch Masern, Mumps, Röteln-Impfstoff = MMR-Impfstoff). Dies betrifft alle nach 1970 geborenen Personen  $\geq 18$  Jahren.

**Pertussis (Keuchhusten):** Impfeempfehlung gilt für alle Frauen im gebärfähigen Alter, wenn in den letzten zehn Jahren keine Impfung stattgefunden hat.

Berufliche Indikation: Die Impfeempfehlung gilt auch für Personal, das in der direkten Betreuung Schwangerer und in der Geburtshilfe tätig ist, sofern in den letzten zehn Jahren keine Pertussis-Impfung stattgefunden hat.

**Röteln:** Impfeempfehlung gilt für alle Frauen im gebärfähigen Alter, die ungeimpft sind bzw. deren Impfstatus unklar ist.

Je nachdem, ob gleichzeitig eine zusätzliche Indikation für eine Masernimpfung vorliegt, kann die erste Impfung mit dem MMR-Impfstoff oder mit einem Monoimpfstoff erfolgen. Nach den aktualisierten Empfehlungen erhalten Frauen im gebärfähigen Alter grundsätzlich zweimal eine Röteln-Impfung. Bisher galt eine einmalige Impfeempfehlung für Frauen mit Kinderwunsch.

## Quelle:

Die vollständige Übersicht der Schutzimpfungsrichtlinien findet sich im Internet auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d, Abs. 1 SGB V, Fassung vom 18.10.2007, letzte Änderung: 21.10.2010 vom 18.03.2011