

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Dezember 2010 (Nr. 4/2010)

Inhalt

Impressum	2
Vorgehen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch jenseits des ersten Trimenons: Status quo und Empfehlungen	3
Schwangerschaftsabbrüche mit Misoprostol allein (ohne Mifepriston)	8
„Höchste Qualität beim Schwangerschafts- abbruch“ Bericht vom FIAPAC-Kongress in Sevilla	10
10 Jahre BKID – Jahrestagung und internationaler Austausch der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung mit VertreterInnen internationaler Beratungsorganisationen (IICO)	13
Hinweise	
- Implanon NTX Röntgendichtes Implatat mit neuem Applikator	16
- Pille mit 10 µg Ethinylestradiol in den USA zugelassen	16
- Früherkennung: Sinnvoll, unnötig, schädlich? Bericht von der Tagung „Vorsorgeuntersuchungen – Zwischen Reklame und Verriss“	16

Impressum: © 2010

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).

Vorgehen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch jenseits des ersten Trimenons: Status quo und Empfehlungen

B. Kothé

Juristische Rahmenbedingungen

Nach geltendem Recht in Deutschland dürfen Schwangerschaften, die über zwölf Wochen nach der Befruchtung (d. h. 14 Wochen nach dem ersten Tag der letzten Regelblutung) bestehen, nur nach medizinischer Indikationsstellung durch einen Arzt abgebrochen werden. § 218 a (2) des Strafgesetzbuches stellt einen Schwangerschaftsabbruch jenseits der zwölften Woche straffrei, wenn er nach ärztlichen Erkenntnissen „angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“ Diese Regelung gilt auch für Frauen, bei denen die Austragung der Schwangerschaft zu schwerwiegenden psychischen Problemen führen würde, weil durch pränataldiagnostische Maßnahmen eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung des Embryos festgestellt wurde. Außerdem betrifft die Regelung Frauen, die das Zeitfenster der 14. Schwangerschaftswoche für Abbrüche nach der Beratungsregelung überschritten haben, aber ungewollt schwanger sind, und für die die Austragung der Schwangerschaft eine erhebliche psychische und emotionale Beeinträchtigung bedeuten würde. Die Rahmenbedingungen beim Schwangerschaftsabbruch regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz im Einzelnen, insbesondere auch mit seiner am 01. Januar 2010 in Kraft getretenen letzten Änderung. Zudem sind spezielle Regelungen beim Zugang zu und im Umgang mit den jeweiligen für Schwangerschaftsabbrüche zugelassenen Medikamenten zu beachten, hier besonders der § 47 a des Arzneimittelgesetzes mit speziellen Vertriebswegen und Nachweispflichten und die Zulassung der einzelnen Medikamente. Das medizinische Handeln sollte sich allerdings unter Kenntnis der Vorschriften von diesen nicht primär leiten lassen, sondern beispielsweise auch Off-Label-

Optionen ergreifen, wenn neue Erkenntnisse mit hohem Evidenzgrad und umfangreiche internationale Studien vorliegen.

Der medikamentöse Abbruch im zweiten Trimenon: Ein Überblick

Es ist möglich, auch jenseits des ersten Trimenons sowohl einen chirurgischen als auch einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Dabei stellen operative Methoden bei fortgeschrittenem Schwangerschaftsalter an die Qualifikation und Ausbildung des behandelnden Arztes/der Ärztin höhere Anforderungen. Für den medikamentösen Abbruch wurde in Studien sichergestellt, dass er bis zur neunten, nach neuesten Studien sogar bis zur zehnten Schwangerschaftswoche im gleichen Regime möglich ist, darüber hinaus sind allerdings wiederholte Prostaglandingaben nötig entsprechend der Regime des zweiten Trimenons.

Dabei ist es jenseits des ersten Trimenons ebenso wichtig, einen wissenschaftlichen und evidenzbasierten Ansatz zu verfolgen. Denn von den weltweit ca. 46 Millionen Schwangerschaftsabbrüchen werden ca. 10 bis 15 % im zweiten Trimenon vorgenommen, dennoch entfallen zwei Drittel der schweren Komplikationen auf Abbrüche in dieser Schwangerschaftsphase und machen damit global betrachtet einen Großteil der mütterlichen Mortalität aus.

In den letzten Jahrzehnten wurden die Methoden des medikamentösen Abbruchs im Sinne der Effektivität, der technisch vereinfachten Durchführung, der Akzeptanz und der Reduktion von Nebenwirkungen optimiert. Dabei waren sicherlich die Einführung der Prostaglandine 1968 und von Mifepriston im Jahr 1982 Meilensteine in der Entwicklung. Die kombinierte Anwendung von Mifepriston und Misoprostol hat sich als die schonendste Methode herausgestellt (deswegen auch auf der *List of Essential Medicines* der WHO vermerkt) und sich letztendlich auch für Schwangerschaftsabbrüche jenseits des ersten Trimenons durchgesetzt. Leider wurde aufgrund dieser positiven Entwicklung die Technik des operativen Abbruchs für diese Schwangerschaftsphase in einigen Regionen Europas nicht weiterentwickelt, was die Freiheit der Methodewahl für die Frauen beeinträchtigt. Einen operativen Eingriff im zweiten Trimenon kann eine Frau mit Mühe maximal bis zur 18. Schwangerschaftswoche in Deutschland durchführen lassen, bis zur 24. Woche kann sie innerhalb Europas nach Großbritannien, Spanien und in die Niederlande ausweichen, darüber hinaus müsste sie in die USA reisen. Entsprechend der Erkenntnisse von Hemmerling für das erste Trimenon lässt sich

auch für höhere Schwangerschaftswochen zeigen, dass der Verarbeitungsprozess von der Methodenwahl abhängig ist (Hemmerling 2003). Prostaglandine sind während des gesamten Schwangerschaftsverlaufs entscheidend für die Regulierung der Uteruskontraktilität¹ und die Erweichung des Gebärmutterhalses, weswegen sich die Erfahrungen aus Abbrüchen im ersten Trimenon prinzipiell auf weiter fortgeschrittene Schwangerschaften übertragen lassen. Allerdings muss im zeitlichen Ablauf und in der Dosis der beiden Medikamente auf Veränderungen einer fortgeschrittenen Schwangerschaft, wie die Größe des Uterus und die höhere Myometriumsensitivität², reagiert werden.

Obgleich nachgewiesen ist, dass die E1-Prostaglandine die nebenwirkungsärmsten Prostaglandine sind und insbesondere Misoprostol die Vorteile hat, gut dosierbar und auf unterschiedliche Arten applizierbar zu sein, finden in Deutschland noch immer verschiedene andere Wirkstoffe (wie Nalador®, Cergem®, intraamniale Instillation verschiedenster Lösungen) Verwendung³. Misoprostol ist als Cytotec® seit 1985 auf dem globalen Markt erhältlich und auch für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimenon unter Berücksichtigung der aktuellen Forschungslage als Mittel der Wahl zu empfehlen.

In einigen Ländern ist Mifegyne® nicht erhältlich, weswegen dort auch in höheren Schwangerschaftswochen nur Misoprostol zum medikamentösen Abbruch verabreicht wird.⁴ Dieses Vorgehen ist allerdings deutlich weniger effektiv als die kombinierte Gabe von Mifepriston und Mi-

soprostol (73 bis 81 % versus 97 % in 24 Stunden) und auch die Induktionszeit, also die Zeit nach Gabe von Misoprostol bis zum Ausstoß des Fetus, verkürzt sich bei einer vorherigen Einnahme von Mifegyne® signifikant (5 bis 7 h versus 15 bis 24 h) (Wong 1998, Tang 2004). Die einleitende Gabe von Mifegyne® erhöht die Uteruskontraktilität und bereitet die Gebärmuttermuskulatur auf die Prostaglandinwirkung vor. Die Induktionszeit hängt bei einer vorherigen Einnahme von Mifegyne® individuell von der Zahl der bisherigen Geburten, dem Alter der Mutter und der Schwangerschaftswoche ab und ist damit kalkulierbarer für die Frau und das Personal. Eine Reduzierung der Induktionszeit ist bei einem Abbruch jenseits des ersten Trimenons besonders wichtig, da es hier zu einer mit starken Schmerzen verbundenen Wehentätigkeit kommt. Außerdem handelt es sich bei vielen Frauen, die in höheren Schwangerschaftswochen einen Abbruch vornehmen, um gewollte Schwangerschaften. Diese Frauen befinden sich ohnehin schon in einer Schocksituation, gerade hier scheint eine Verkürzung des Abbruchprozesses wichtig. Auch verringern sich die Gesamtdosis der Prostaglandine und damit auch die Nebenwirkungen für die Patientinnen. So können diese länger in einem häuslichen Setting bleiben und benötigen weniger Analgetika, was wiederum den Ablauf für die Patientinnen insgesamt erleichtert und nebenbei die Kosten im Krankenhaus senkt.

Zur Forschungslage

Es gibt eine Fülle internationaler Studien zum medikamentösen Abbruch jenseits des ersten Trimenons. Schon 1990 zeigte eine doppelblind randomisierte Studie mit 100 Frauen in der 12. bis 18. Schwangerschaftswoche bei kombinierter Gabe von Mifegyne® versus Placebo und Gemeprost eine Halbierung der Induktionszeit auf 6,8 Stunden und eine deutliche Erhöhung der Erfolgsrate auf 94 % (Rodger 1990). Diese Ergebnisse bestätigten weitere Studien, wobei insbesondere Dosierung und Applikationswege von Misoprostol untersucht wurden. Je nach Applikationsweg (oral, vaginal, sublingual, frgl. buccal) unterscheiden sich die Plasmaspiegel und Nebenwirkungen. Eine annähernd evidenzbasierte Empfehlung für die Medikation bei medikamentösen Abbrüchen im zweiten Trimenon sieht eine kombinierte Gabe von 200 mg Mifepriston und im Abstand von 36 bis 48 Stunden 800 µg Misoprostol vaginal mit anschließenden dreistündlichen Gaben von 400 µg oral vor.⁵ Für manche

¹ Wehenbereitschaft der Muskulatur der Gebärmutter.

² Empfindlichkeit der Gebärmuttermuskulatur für Wehen auslösende Medikamente.

³ So z. B. Sulproston (Nalador®) i.v./ i.m., das schwere kardiovaskuläre Nebenwirkungen inkl. Myokardinfarkt nach sich ziehen kann oder auch Gemeprost (Cergem®), das nur vaginal applizierbar ist, im Kühlschrank gelagert werden muss und nur in einer Dosierung erhältlich ist. Misoprostol (Cytotec®) hat hingegen die Vorteile, dass es sich bei Raumtemperatur lagern lässt und lange haltbar bleibt (allerdings nur bei intakter Aluverpackung), preiswert ist, verschiedene Applikationswege erlaubt (vaginal / oral / sublingual / buccal), kaum an Bronchien und Gefäßen wirkt und auch insgesamt je nach Dosis sehr wenig Nebenwirkungen aufweist.

⁴ Beim „Misoprostol alone“ Schema empfiehlt die FIGO folgende Dosierung: bis zur 22. Schwangerschaftswoche 400µg vaginal (2 Tabl. Cytotec®) alle drei Stunden (max. 5x/24 h), bei Frauen mit vorangegangener Sectio Verringerung der Einzeldosis um die Hälfte. Bei vaginaler Applikation reduziert sich allerdings die Wirksamkeit, falls es zu einer Blutung kommt.

⁵ Die Empfehlungen des Royal College of Gynecology in Großbritannien für die Medikation bei medikamentö-

Frauen kann die sublinguale oder buccale Applikation eine Alternative zur vaginalen Gabe darstellen. Eine 2009 veröffentlichte Studie an 141 Frauen in der 12. bis 22. Schwangerschaftswoche hat untersucht, ob sich die Zeit zwischen der Gabe von Mifepriston und Misoprostol verkürzen lässt. Bei gleichzeitiger Gabe wurden jedoch bei Induktionszeit und Abortrate deutlich schlechtere Ergebnisse erzielt (Chai 2009). Bei einer Gabe von Misoprostol 36 bis 38 Stunden nach Mifepriston hat sich bei dieser Studie eine sehr kurze mittlere Induktionszeit von 4,9 Stunden ergeben, was evtl. auf die durchweg vaginale Gabe von Misoprostol zurückzuführen ist. In Bezug auf die Art der Einnahme und der Dosierung beider synergistisch wirkender Medikamente sind durch die Forschung noch Verbesserungen zu erhoffen, vor allem bezüglich der Dosierung von Mifepriston.

Obleich durch die internationale Studienlage zum medikamentösen Abbruch jenseits des ersten Trimenons die Vorteile der kombinierten Gabe von Mifepriston und Misoprostol schon seit mindestens zehn Jahren klar belegt sind, wird dies in Deutschland immer noch anders praktiziert. 2005 wurde am DRK Klinikum Westend in Berlin eine Anwendungsstudie durchgeführt (Kothé 2007). Bisher bekamen die Patientinnen bei einem Schwangerschaftsabbruch jenseits des ersten Trimenons in dieser Klinik alle drei Stunden 400 µg Cytotec® oral. Eine zusätzliche Gabe von 600 mg Mifegyne® 36 bis 48 Stunden vorher (prästationär) wurde 2005 eingeführt und ein retrospektiver Vergleich mit der vorherigen Praxis erstellt. Der Induktionszeitraum reduzierte sich bei den Frauen, die zusätzlich Mifegyne® einnahmen, um 63 % auf 9 Stunden versus 25 Stunden bei der Vergleichsgruppe. Bestätigt wurde durch diese Studie auch, dass bei einer Vorbehandlung mit Mifegyne® der Abbruch bei Frauen, die schon eine Geburt hinter sich hatten oder die in einer niedrigeren Schwangerschaftswoche waren, signifikant schneller erfolgte. Der durchschnittliche Induktionszeitraum bei der kombinierten Therapie betrug 9,25 Stunden und war damit im Vergleich mit den internationalen Studien relativ hoch. Dies lag einerseits an einigen Besonderheiten im Patientenkollektiv der Klinik: Das durchschnittliche Alter in beiden Vergleichsgruppen war mit 32 bzw. 33 Jahren relativ hoch, ebenso die Schwangerschaftsdauer mit 18

sen Abbrüchen im zweiten Trimenon stützen sich vorrangig auf zwei wichtige Studien aus Schottland, in denen jeweils ca. 1000 Frauen untersucht wurden (Tang et al. 2001; Ashok und Templeton 1999, Ashok et al. 2004).

Wochen und der Anteil der Frauen, die bislang keine Geburt hatten. Zudem wurden bei der Gabe von Cytotec® keine Veränderungen gegenüber der vorherigen Praxis vorgenommen, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dies war besonders wichtig, da vom Klinikpersonal anfangs gegen das neue Setting Widerstände bestanden, die dann aber aufgrund der guten Ergebnisse schnell überwunden werden konnten.

Einige Besonderheiten müssen in höheren Schwangerschaftswochen und bei Zustand nach Uterusoperationen berücksichtigt werden. Bei Abbrüchen jenseits der 24. Schwangerschaftswoche, für die es sehr wenige Daten gibt, muss die Prostaglandindosis auf eine Tablette Cytotec® reduziert werden, da die Gebärmutter wesentlich sensitiver auf die Prostaglandine reagiert, nach der 34. Woche sogar, wenn möglich, auf eine halbe.⁶ Ob spätestens hier die Mifepristondosis grundsätzlich erhöht werden sollte, muss noch weiter untersucht werden.

Auch zu dem Vorgehen bei Frauen, die bereits eine Gebärmutteroperation oder einen Kaiserschnitt hatten, gibt es kaum Studien (Goyal 2009, Berghella 2009). Das Rupturrisiko verdoppelt sich bei diesen Frauen nach momentaner Studienlage auf 0,4 %, weswegen allgemein empfohlen wird, die Misoprostoldosis zu reduzieren (200 µg vaginal).

Empfehlungen für die Medikation

Zusammenfassend lässt sich also folgendes Vorgehen bezüglich der Medikation bei Schwangerschaftsabbrüchen jenseits des ersten Trimenons empfehlen (vgl. Empfehlungen der RCOG): Der Einnahme von 200 mg Mifegyne® folgt nach 36 bis 48 Stunden die Gabe von 800 µg Cytotec® vaginal (alternativ 600 µg Cytotec® sublingual), anschließend werden alle drei Stunden 400 µg Cytotec® oral (4x/24 h) eingenommen. Wenn nach 24 Stunden der Abbruch noch nicht stattgefunden hat, ist eine Wiederholung des kompletten Einnahmeschemas zu empfehlen und am zweiten Tag, nach einer erneuten Mifegyne-einnahme, eine Gabe von 1 mg Cergem® alle drei Stunden, maximal fünfmal am Tag.

Eine Nachkürrettage sollte nur individuell, bei unvollständiger Plazenta oder stärkerer Blutung,

⁶ Eine der wenigen Studien für Abbrüche nach der 24. SSW: Wagaarachchi et al. 2002. Das Ergebnis war eine durchschnittliche Induktionszeit von 8,5 h bei folgendem Regime: 200 mg Mifepriston, nach 24–48 h 200 µg Misoprostol vaginal, 3-stündlich 200 µg oral (100 µg für > 34. SSW).

erfolgen. Ein Richtwert für die Häufigkeit der Nachkürrettage sind 5 bis 6 % der Abbrüche.

Der Einsatz von Opiaten zur Schmerzbehandlung sollte möglichst gering gehalten werden, da diese häufig für viele Frauen unerwünschte Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Wahrnehmungsveränderungen hervorrufen. Die Gabe eines Schmerzmittels aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR)⁷, vor allem Diclofenac oder Ibuprofen, zusammen mit dem ersten Prostaglandin ist zu empfehlen, zumal dies bei Frauen, die bislang keine Geburten hatten, anscheinend die Induktionszeit verkürzt. Eine PDA sollte jederzeit angeboten werden.

Ab der 16. Schwangerschaftswoche sollten die Patientinnen entscheiden, ob sie medikamentös – hier ist 1 mg Cabergolin zu empfehlen – oder physikalisch abstillen möchten.

Zudem muss bei höherer Schwangerschaftsdauer, ab der 24. Schwangerschaftswoche, auch das schwierige Thema des Fetozids mit der Patientin besprochen und eine Methode gewählt werden.

Empfehlungen zu Organisation und Ablauf in der Klinik

Die Rahmenbedingungen für den medikamentösen Abbruch müssen in der Klinik grundlegend festgelegt, aber auch fortlaufend im Team diskutiert werden. Auch eine Abstimmung mit niedergelassenen PränataldiagnostikerInnen aus der näheren Umgebung sollte initiiert werden. Zudem muss geklärt werden, unter welchen Umständen den Patientinnen welche Behandlungen angeboten werden, so beispielsweise ab wann und durch wen ein Fetozid vorgenommen wird. Auch die Bestellung von Mifegyne®, für das im Arzneimittelgesetz § 47 a ein Sondervertriebsweg festgelegt wurde, muss in dieses Organisationschema aufgenommen werden.⁸

In der Praxis hat sich erwiesen, dass eine strukturierte Dokumentation des medikamentösen Abbruchs in einer Klinik sehr wichtig ist, weil sich der Prozess über zwei bis drei Tage hinzieht und mehrere Personen daran beteiligt sind. Hier kann eine Checkliste hilfreich sein, damit Fragen und Beratungen nicht mehrfach durchgeführt oder vergessen werden.

⁷ Prophylaktisch können z. B. direkt 50–100 mg Diclofenac (supp.) oder 600 mg Ibuprofen p.o. gegeben werden und als Bedarfsmedikation alle 6–8 h Peralgan, Dipidolor/Codein i. v. Fiala et al. 2005.

⁸ Zu bestellen bei: Nordic Pharma GmbH, Dr. Thomas Müller, Produktspezialist, Fraunhoferstr.4, 85737 Ismaning, Tel.: 089-88 96 90 68-41, Fax: 089-88 96 90 68-91, Mobil: 0151-27544595, Mail: thomas.mueller@nordicpharma.de.

Im Vorfeld sollte geklärt werden, welches Netzwerk im Umfeld für die Betreuung nach dem Klinikaufenthalt zur Verfügung steht, also Adressen von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, spezielle Informationsmaterialien für den Trauerprozess etc.⁹ Auch die Bestattungsmöglichkeiten sollten geklärt werden. Es empfiehlt sich, einen speziellen Kreißsaalordner anzulegen, in dem diese Informationen den Betroffenen zur Verfügung gestellt werden. Das Anlegen einer individuellen Mappe für die Eltern mit Fotos des Babys, anderen Erinnerungen sowie den wichtigsten Daten zum Kind kann den Eltern im Trauerprozess helfen.¹⁰

Zudem sollte die Klinik ein Informationsblatt entwerfen, das den Ablauf eines medikamentösen Abbruchs, aber auch die Unterstützungsmöglichkeiten zusammenfasst und das evtl. bereits von kooperierenden ÄrztInnen und Beratungsstellen an die Patientinnen weitergegeben wird.

Hier ein beispielhafter Ablauf eines medikamentösen Abbruchs in einer Klinik: Wenn eine Patientin sich persönlich in der Klinik vorstellt, muss die aufnehmende Ärztin/der Arzt die Indikation überprüfen und entscheiden, ob weitere Beratungen sinnvoll sind. Während der prästationären Aufnahme sollten dann die Vorstellungen der Patientin bezüglich Abschiednahme (hier stellt sich beispielsweise die Frage, ob die Frau den Fetus sehen möchte), Obduktion und Bestattung besprochen und psychologische und seelsorgerische Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt werden. Basierend auf dem oben genannten Informationsblatt erfolgt die Aufklärung der Patientin über den Ablauf in der Klinik und anschließend eine körperliche und gynäkologische Untersuchung. Schließlich nimmt die Patientin eine Tablette Mifegyne® unter ärztlicher Aufsicht und wird nach Hause entlassen. Idealerweise erfolgt die prästationäre Aufnahme mit Mifegyneeeinnahme um die Mittagszeit und die Wiedervorstellung am übernächsten Morgen zur stationären Aufnahme (im Einzelzimmer oder Kreißsaal, ggf.

⁹ Hier einige Adressen aus unserem regionalen Netzwerk in Berlin für eine Betreuung nach dem Klinikaufenthalt: (Nach-)betreuende Hebammen Bund Deutscher Hebammen: www.bdh.de; Rückbildungskurse für verwaiste Mütter / Rückbildungsgymnastik nach Totgeburt: www.tabea-ev.de; Gesprächsgruppen der Initiative Regenbogen „Glücklose Schwangerschaft“ e. V.: www.initiative-regenbogen.de; Verwaiste Eltern Berlin e.V.: www.vegb.de; Wir Eltern in Europa: www.wireltern.eu; EFEU e. V. „Alter St.-Matthäus-Kirchhof“ „Garten der Sternenkinder“ Berlin-Schöneberg: www.efeu-ev.de/sternk2.html.

¹⁰ Z. B. erhältlich über Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V.

mit Begleitperson) mit dem oben bereits dargelegten medikamentösen Procedere. Hebammen oder speziell geschultes Pflegepersonal und ein Arzt/eine Ärztin begleiten die Geburt und Abschiednahme.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch sollte die Patientin Hilfestellung für die Trauerarbeit erfahren und nochmals über die psychosoziale Beratung und Selbsthilfegruppen außerhalb des Krankenhauses sowie die Bestattungsmöglichkeiten informiert werden. Vor der Entlassung sollte die Patientin auch noch über weitere Verhütungsstrategien aufgeklärt werden.¹¹

Ausblick

Frauen sind weltweit damit konfrontiert, dass ihr Zugang zum Schwangerschaftsabbruch durch Gesetze und Zulassungsbestimmungen geregelt, aber auch durch fraglich qualifiziertes Personal weiter eingeschränkt wird. In Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch über die §§ 218 und 219 des Strafgesetzbuches und das Schwangerschaftskonfliktgesetz sowie die Zulassungsgesetze und die Haltung der Ärzteschaft geregelt. Die letzte Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes trat zum 01. Januar 2010 in Kraft und schreibt bei der medizinischen Indikation eine dreitägige Wartefrist zwischen Indikationsstellung und Diagnose sowie einen verbindlichen Hinweis durch die Ärztin/den Arzt auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung vor. Diese neuen Regelungen haben bei der Ärzteschaft aufgrund juristischer Unklarheiten einerseits zu Verunsicherungen geführt, andererseits einen enormen Verwaltungstechnischen Aufwand erzeugt – es sollen beispielsweise mehrere Formulare gemeinsam mit der Patientin in einer extrem sensiblen Situation unterschrieben werden. Ein positiver Effekt dieser neuen Regelungen wäre sicherlich, wenn sie zu einer Intensivierung der psychosozialen Beratung gerade bei pränataldiagnostischem Befund führen würden. Allerdings sind die Ausbildungscurricula für eine gute Beratung in diesem Feld sehr lang, sie umfassen in Berlin zum Beispiel immerhin zweieinhalb Jahre, und eine Vergütung dieser zusätzlichen Qualifizierung ist im Gesetz nicht vorgesehen. Dieses Gesetz könnte andererseits auch dazu führen, dass die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach dem ersten Trimenon in Deutschland künftig zusätzlich erschwert wird und sich mehr und mehr Frauen gezwungen sehen, für einen Ab-

bruch nach der 14. Woche ins Ausland zu gehen. Schon heute reisen laut holländischer Statistik 1200 deutsche Frauen jährlich in die Niederlande (Willems 2001). Der Anteil der Abbrüche jenseits der 13. Schwangerschaftswoche an allen Schwangerschaftsabbrüchen liegt in Deutschland bei nur 1,9 %, im übrigen Europa hingegen bei 3 bis 6 % und weltweit sogar bei ca. 10 bis 15 %. Es ist davon auszugehen, dass der tatsächliche Anteil auch in Deutschland höher ist, da die im Ausland durchgeführten Abbrüche in der Statistik nicht erfasst werden.

Probleme ergeben sich zudem aus dem in § 219 a festgelegten Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche. Dieses führt dazu, dass wichtige Informationen zu den in den einzelnen Institutionen angebotenen Therapien nicht öffentlich zugänglich gemacht werden können und behindert eine freie Therapiewahl der Patientinnen.

Auch das individuelle Recht der Ärztin/des Arztes auf Verweigerung des Schwangerschaftsabbruchs erschwert den Zugang, da es keine Übersicht über die Anzahl der ÄrztInnen gibt, die regional einen Abbruch durchführen, und demnach auch das regionale Dienstleistungsangebot nicht kontrolliert werden kann.

FrauenärztInnen werden zudem weder während ihres Studiums noch während der Facharztausbildung auf dieses Themenfeld ausreichend vorbereitet und nicht einmal innerhalb der Spezialisierungen auf Reproduktionsmedizin oder Perinatalmedizin spielt der Schwangerschaftsabbruch eine Rolle.

Unter ökonomischen Aspekten führt das Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen für eine Klinik eher zu einem Imageverlust, was beim operativen Eingriff aufgrund der finanziellen Anreize vielleicht noch ausgeglichen werden kann, nicht aber beim finanziell deutlich schlechter gestellten medikamentösen Eingriff.

Beim momentanen Stand der Dinge scheint es nur möglich, auf regionaler Ebene Strukturen und Netzwerke zu schaffen, innerhalb derer der medikamentöse Abbruch zumindest an einzelnen Institutionen entsprechend dem aktuellen Forschungsstand durchgeführt werden kann. Mittelfristig sollte dieses Vorgehen allerdings institutionalisiert werden. Wichtig wäre hier die Entwicklung von Leitlinien, um einen professionellen Umgang mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch flächendeckend zu gewährleisten.

¹¹ Der Zeitpunkt des nächsten Eisprungs differiert stark (10 Tage bis mehrere Wochen nach dem Abbruch). Das Legen eines IUP ist je nach SSW im Intervall möglich.

Literatur

Ashok PW, Templeton A. Nonsurgical Mid-Trimester Termination of Pregnancy: A Review of 500 Consecutive Cases. *BJOG* 1999; 106: 706–710

Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester Medical Termination of Pregnancy: a Review of 1002 Consecutive Cases. *Contraception* 2004; 69: 51–8

Berghella V, Airoidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for Second Trimester Pregnancy Termination in Women with Prior Caesarean: a Systematic Review. *BJOG* 2009; 116: 1151–7

Chai J, Tang OS, Hong QQ, Chen QF, Cheng LN, Ng E, Ho PC. A Randomized Trial to Compare Two Dosing Intervals of Misoprostol following Mifepristone Administration in Second Trimester Medical Abortion. *Hum. Reprod.* 2009; 24: 320–4

Fiala C, Swahn ML, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. The Effect of Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs on Medical Abortion with Mifepristone and Misoprostol at 13–22 Weeks Gestation. *Hum. Reprod.* 2005; 20: 3072–7

Goyal V. Uterine Rupture in Second-Trimester Misoprostol-Induced Abortion after Cesarean Delivery: a Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 1117–23

Hemmerling A. Die emotionale Verarbeitung und Akzeptanz des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston (Dissertation). Berlin: Humboldt-Universität 2003

Kothé B, Kentenich H. Mifepriston und Misoprostol bei Abruptiones jenseits des 1. Trimenons. *Frauenarzt* 2008; 48: 131–6

Rodger MW, Baird DT. Pretreatment with Mifepristone (RU 486) Reduces Interval Between Prostaglandin Administration and Expulsion in Second Trimester Abortion. *Br J Obstet Gynaecol* 1990, 97: 41–5

Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second Trimester Medical Abortion with Mifepristone and Gemeprost: a Review of 956 Cases. *Contraception* 2001; 64: 29–32

Tang OS, Lau WN, Chan CC, Ho PC. A Prospective Randomized Comparison of Sublingual and Vaginal Misoprostol in Second Trimester Termination of Pregnancy. *BJOG* 2004, 111: 1001–5

Wagaarachchi PT, Ashok PW, Narvekar NN, Smith NC, Templeton A. Medical Management of Late Intrauterine Death Using a Combination of Mifepristone and Misoprostol. *BJOG* 2002; 109(4): 443–7

Willems F. „Schwangerschaftsabbruchstourismus“ – Frauen und ÄrztInnen unterwegs in Europa. In: Doku-

mentation der Enquete: Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht vom 26.11.2001 (URL: <http://www.oegf.at/dokumente/enquete.pdf> (Zugriff am 18.12.2010))

Wong KS, Ngai CS, Wong AY, Tang LC, Ho PC. Vaginal Misoprostol Compared with Vaginal Gemeprost in Termination of Second Trimester Pregnancy. A Randomized Trial. *Contraception* 1998; 58: 207–10

Wong KS, Ngai CS, Yeo EL, Tang LC, Ho PC. A Comparison of Two Regimens of Intravaginal Misoprostol for Termination of Second Trimester Pregnancy: a Randomized Comparative Trial. *Hum. Reprod.* 2000; 15: 709–712

Angaben zur Autorin: Dr. med. B. Kothé ist Oberärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin.

Schwangerschaftsabbrüche mit Misoprostol allein (ohne Mifepriston)

Helga Seyler

In vielen Ländern der Welt haben Frauen keinen Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch, der fachlichen Standards entsprechend sicher durchgeführt wird. Entweder behindern gesetzliche Regelungen den Zugang und/oder es gibt wegen mangelnder medizinischer Ressourcen keine Angebote.

Auch wo fachgerechte Absaugungen oder medikamentöse Abbrüche mit Mifepriston und Misoprostol angeboten werden, können sich viele Frauen diese nicht leisten, da sie meist sehr teuer sind und selbst bezahlt werden müssen. In vielen dieser Länder ist jedoch Misoprostol leicht und kostengünstig zu bekommen. Deshalb führen seit vielen Jahren Frauen Schwangerschaftsabbrüche mit Misoprostol in Eigenregie ohne medizinische Betreuung durch. Zahlen dazu gibt es jedoch keine.

Am bekanntesten sind Abbrüche mit Misoprostol wahrscheinlich in den mittel- und südamerikanischen Ländern. Aber auch in den USA wird darüber berichtet. In einer Befragung von 10 000 Frauen aus den USA gaben 1,2 % an, dass sie schon einmal Misoprostol genommen haben, um „die Periode zu bekommen“ bzw. einen Schwangerschaftsabbruch auszulösen (Jones 2010). Die Autorin der Studie geht aber davon aus, dass die tatsächliche Zahl deutlich höher ist.

In internationalen Familienplanungsorganisationen wird daher diskutiert, ob und unter welchen Bedingungen „Misoprostol allein“ zum Schwangerschaftsabbruch empfohlen werden kann. Die IPPF hat in einer Übersicht die vorhandenen Daten ausgewertet und Empfehlungen ausgesprochen (Tang 2008).

Evidenzbasierte Empfehlungen für die Anwendung

Es gibt eine Reihe von Studien, in denen das optimale Anwendungsschema, die Erfolgsrate und die möglichen Komplikationen untersucht wurden. Die Studien unterscheiden sich allerdings sehr in der Art der Anwendung, der Dosierung, dem Schwangerschaftsalter und der Kontrolle des Erfolgs. Außerdem haben die meisten Studien nur eine geringe Zahl von Teilnehmerinnen und keine geeigneten Vergleichsgruppen. Daher lassen sich die Ergebnisse nur begrenzt vergleichen, und es ist schwierig, eine Empfehlung für das optimale Anwendungsschema bei Abbrüchen in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft zu geben.

Es ist gesichert, dass Misoprostol bei alleiniger Anwendung auch in der frühen Schwangerschaft mehrfach gegeben werden muss. Neben der Dosis sind die Art der Anwendung, die Abstände und die gesamte Zahl der Anwendungen wichtig. Insgesamt ist die Zahl der weiter bestehenden Schwangerschaften deutlich höher, als mit dem kombinierten medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Sie liegt zwischen 4 und 9 % und steigt wahrscheinlich mit zunehmendem Schwangerschaftsalter an. Auch die Zahl der unvollständigen Aborte ist deutlich höher.

Dosierung von Misoprostol

In den meisten Studien wurden 800 µg Misoprostol angewendet (und vaginal gegeben). Bei geringeren Dosen von 200-600 µg sinkt auch die Erfolgsrate, auch wenn Misoprostol in kürzeren Abständen gegeben wird. Höhere Dosen bis zu 1000 µg konnten die Erfolgsrate allerdings nicht erhöhen. Daher scheint die Dosis von 800 µg bei vaginaler Anwendung optimal zu sein.

Art der Anwendung

Die Wirkung von Misoprostol auf den Muttermund und die Gebärmutter wird bei jeder Form der Anwendung (oral, vaginal oder sublingual) erreicht. Allerdings sind bei oraler Anwendung die Kontraktionen der Gebärmutter nicht ausreichend für die Ausstoßung der Schwangerschaft. Bei vaginaler Gabe hält die Wirkung von Misoprostol länger an und die Kontraktionen nehmen in den

nächsten vier Stunden nach der Einnahme zu. Die Wirkung bei vaginaler Anwendung hält auch länger an als bei sublingualer Gabe.

Dosisintervall und Anzahl der Anwendungen

Das optimale Dosisintervall hängt von der Art der Anwendung ab. Bei vaginaler Anwendung können die Abstände länger sein als bei sublingualer. In einer Vergleichsstudie (von Herten 2007) war die Erfolgsrate (Einleitung des Aborts) bei vaginaler Anwendung im Abstand von drei Stunden genau so hoch wie bei einem Einnahmeintervall von 12 Stunden. Vollständige Aborte wurden bei 85 bzw. 83 % der Frauen festgestellt, weiter bestehende Schwangerschaften bei 4 bzw. 5 %.

Es scheint, dass bei vaginaler Anwendung der Abstand der Anwendungen nicht entscheidend für das Ergebnis ist und zwischen 3 und 12 Stunden liegen kann.

Bei sublingualer Anwendung ist die Gabe im Abstand von 3 Stunden deutlich wirksamer als von 12 Stunden (weiter bestehende Schwangerschaften bei 6 bzw. 9 %, vollständige Aborte bei 84 bzw. 78 %).

Unabhängig von der Art der Anwendung kommt es bei kürzeren Einnahmeabständen schneller zu einer Ausstoßung, allerdings treten mehr und stärkere Nebenwirkungen auf.

Meist wurde Misoprostol bis zu dreimal angewendet. Bei frühen Schwangerschaftsabbrüchen kann die Rate an vollständigen Aborten nach der dritten Dosis kaum weiter erhöht werden. Bei späteren Abbrüchen muss Misoprostol eventuell häufiger angewendet werden.

Für Abbrüche nach der 9. SSW mit Misoprostol allein gibt es allerdings nur wenige Daten. Es scheint, dass die Rate an unvollständigen Aborten und weiter bestehenden Schwangerschaften deutlich ansteigt.

Probleme mit der Misoprostol-Methode

Da bei Abbrüchen mit Misoprostol allein die Rate an unvollständigen Aborten deutlich höher ist als bei kombinierter Anwendung mit Mifepriston, brauchen etwa 15 bis 30 % der Frauen danach einen chirurgischen Eingriff. Deshalb sollte bei allen Frauen eine Nachuntersuchung durchgeführt werden, um unvollständige Aborte und weiter bestehende Schwangerschaften zu erkennen. Die Ausstoßung von Schwangerschaftsgewebe kann von den Frauen meist nicht sicher festgestellt werden. Daher ist in der Regel eine Ultraschalluntersuchung notwendig, um einen vollständigen Abbruch zu bestätigen oder einen unvollständigen zu erkennen.

Die benötigte Gesamtdosis an Misoprostol ist hoch, und es sind mehr Nebenwirkungen zu erwarten als beim kombinierten medikamentösen Abbruch. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Übelkeit (10–30 %), Erbrechen (1–10 %), Durchfall (15–40 %), Fieber (1–20 %) und Schüttelfrost (15–45 %) (von Hertzen 2007). Allerdings sind ernsthafte Komplikationen auch bei diesen Dosierungen selten.

Fetale Fehlbildungen

Wenn Schwangerschaften trotz Anwendung von Misoprostol weiter bestehen, sind Fehlbildungen bei den geborenen Kindern im Bereich des Nervensystems und der Arme und Beine beobachtet worden. Es wird angenommen, dass die Fehlbildungen durch mangelnde Durchblutung der Plazenta und Sauerstoffmangel des Embryos während der durch Misoprostol ausgelösten Kontraktionen verursacht werden.

Daher sollten die Frauen aufgeklärt werden, dass die Schwangerschaft beendet werden muss, wenn ein Abbruch mit Misoprostol allein versucht wurde. Sie müssen darüber informiert werden, dass Kontrolluntersuchungen notwendig sind und bei weiter bestehender Schwangerschaft ein chirurgischer Eingriff.

Außerdem müssen sie über das höhere Risiko eines unvollständigen Abortes bei längerer Schwangerschaftsdauer aufgeklärt werden, damit sie sich für die passende Methode entscheiden können.

Schlussfolgerungen der IPPF

Abbrüche mit Misoprostol allein stellen aus Sicht der IPPF für Frauen, die keinerlei Zugang zu einer Absaugung haben, keine Alternative dar. Denn etwa 15–30 % brauchen danach trotzdem eine Absaugung. Abbrüche mit Misoprostol allein sind jedoch dort eine gute Möglichkeit, wo Absaugungen unter unsicheren Bedingungen durchgeführt werden und mit häufigen Komplikationen verbunden sind, wo aber der kombinierte medikamentöse Abbruch nicht angeboten wird. Denn durch die Einnahme von Misoprostol kann die Mehrzahl der Frauen, eine komplikationsreiche Absaugung vermeiden.

Auch im Vergleich zu anderen in vielen Regionen praktizierten, sehr unsicheren Methoden ist die Anwendung von Misoprostol allein sicherer. Zugelassen ist Misoprostol allein zum Schwangerschaftsabbruch bisher nur in Brasilien.

Literatur

Jones R. How commonly do US abortion patients report attempts to self-induce? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010; 203: x.ex-x.ex.

Tang OS, Vekemans M, von Hertzen H, Ho PC. Termination of pregnancy in the first trimester with Misoprostol alone. *IPPF Medical Bulletin* 2008; 42, Nr. 1: 3–4

von Hertzen H, Piaggio G, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2007; 369: 1938–46

„Höchste Qualität beim Schwangerschaftsabbruch“

Bericht vom FIAPAC-Kongress in Sevilla

Ines Thonke

Am 22. und 23. Oktober 2010 fand in Sevilla der 9. Kongress der internationalen Organisation FIAPAC¹² statt. 600 multiprofessionelle TeilnehmerInnen aus 53 Ländern berichteten und diskutierten über globale ebenso wie regionale Fragen, rechtliche Aspekte, Versorgungssituationen und Entwicklungen in ihrer praktischen Arbeit im Bereich von Verhütung und Schwangerschaftsabbrüchen.

Verhütung und Schwangerschaftsabbruch global

Stanley Henshaw vom Guttmacher Institute, USA, stellte hierzu die aktuelle Datenlage und globale Entwicklungen dar. Die deutlichen Liberalisierungstendenzen beim Schwangerschaftsabbruch, die besonders seit dem Jahr 2005 zu beobachten sind, stellte er der Entwicklung im Bereich Verhütung seit den 1960er Jahren gegenüber: Damals weitgehend illegal, gilt sie inzwischen als allgemein verfügbar und wird von über 60 % der Weltbevölkerung genutzt. In den industrialisierten Ländern sinken die Abbruchzahlen kontinuierlich, besonders in Ost- und Zentraleuropa. Die Entwicklung der Abbruchzahlen muss auch im Zusammenhang mit dem Zugang zu Verhütungsmethoden gesehen werden. In entwickelten Ländern verändert sich das Verhütungsverhalten zwar nicht quantitativ, jedoch wechseln immer mehr Paare von traditionellen Methoden zu IUP, Pille und Kondom. Deutlich wird das auch in den USA, wo unter Jugendlichen die Pille, das Kondom und der doppelte Schutz häufiger angewendet werden, und insgesamt in der Bevölke-

¹² FIAPAC = Internationale Vereinigung von Fachkräften zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption. Weitere Informationen über www.fiapac.org.

Die Akzeptanz für das IUP zunimmt. Dadurch sanken die Abbruchzahlen seit 1995 deutlich.

In Entwicklungsländern werden heute alle Verhütungsmethoden häufiger angewendet als früher – einzig die Rate der männlichen Sterilisationen stieg nicht an.

Die weltweit am häufigsten angewendete Methode ist die weibliche Sterilisation, gefolgt von IUP und oraler Kontrazeption. Die UN schätzt, dass der Anteil der verheirateten Frauen, die verhüten, weltweit zwischen 1998 und 2009 von 58 auf 63 % gestiegen ist.

Die Zahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche wird von der WHO weltweit auf 42 Millionen geschätzt, davon werden wahrscheinlich fast die Hälfte illegal durchgeführt. Ca. 63 % der Weltbevölkerung genießen ein im Gesetz festgeschriebenes Recht auf einen Abbruch mit unterschiedlichen Voraussetzungen und zeitlichen Fristen. Das bedeutet allerdings gleichzeitig, dass 37 % der Weltbevölkerung in Ländern leben, in denen ein legaler Abbruch noch immer schwierig oder unmöglich ist. Neben Rückschritten, wie beispielsweise in Polen und Nicaragua, hat sich in zahlreichen Ländern der Zugang deutlich verbessert, so z. B. in Portugal, Spanien, Kolumbien und Thailand, sowie in der Region Mexiko City.

Aktuelle Entwicklungen in Europa

Duarte Vilar berichtete über die Situation in Portugal, wo Schwangerschaftsabbrüche 2007 im Rahmen einer Fristenlösung bis zur 10. Schwangerschaftswoche legalisiert wurden. Entschieden wurde dies in einer Volksabstimmung, in der sich 59,3 % für die Legalisierung aussprachen. Lässt die Frau den Abbruch in einer staatlichen Klinik durchführen, so übernimmt der Staat die Kosten. Ca. 70 % der Abbrüche werden dort vorgenommen. Deutliche Unterschiede bestehen zwischen staatlichen und privaten Kliniken bei der Wahl der Abbruchmethode. Während in den staatlichen (öffentlichen) Kliniken 96 % der Abbrüche medikamentös durchgeführt werden, kommt in privaten Kliniken deutlich häufiger der instrumentelle Abbruch zur Anwendung. Es scheint, dass die medikamentöse Methode leichter auf breiter Basis angeboten werden kann.

Eva Rodriguez, Mitorganisatorin des FIAPAC-Kongresses und Vertreterin der spanischen Familienplanungsorganisation ACAI, berichtete von der Einführung eines neuen Gesetzes zur Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien in diesem Jahr. Über 25 Jahre galt das sogenannte Abbruchsindikationsgesetz, nach dem Frauen bei kindlichen Fehlbildungen, nach einer Vergewaltigung und bei Gefahr für die Gesund-

heit einen Abbruch durchführen lassen konnten. Die unklare Indikationsregelung führte dazu, dass zwar in der Realität fast alle Frauen in Spanien Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch hatten, der Staat sich dennoch nicht zu dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch positionieren musste und die Rechtslage unsicher blieb. Im Jahr 2008 lösten Berichte einer katholischen Organisation eine Reihe von Anzeigen wegen vermeintlich illegaler Abbrüche aus, es kam zu Verhaftungen, Beschlagnahmungen von medizinischen Unterlagen sowie Ermittlungen bei 25 Frauen. Als Protestreaktion stellten 40 Kliniken – die Hälfte aller Kliniken in Spanien, die Abbrüche durchführen, – kurzfristig ihre Arbeit ein, da sie die Sicherheit ihres Angebots unter den gegebenen Voraussetzungen nicht gewährleisten konnten. Beendet wurde die Aktion durch die Veröffentlichung eines Manifests von 66 nationalen und internationalen Organisationen, in dem Respekt sowie persönliche und rechtliche Sicherheit für die Frauen und MitarbeiterInnen der Kliniken gefordert wurden. Der Protest der Kliniken vom 7. bis 13. Januar 2008, während dem 2000 Abbrüche nicht durchgeführt wurden, zeigte die Bedeutung privater Kliniken und die Diskrepanz zwischen Gesetzgebung und gängiger Praxis in Spanien: „Technisch“ stand Frauen der Abbruch zur Verfügung, aber Rechtssicherheit bei diesem Eingriff gab es weder für die Frauen noch für die ÄrztInnen. An den Reformbemühungen beteiligten sich die Justiz-, die Gesundheits- und die Gleichstellungsministerin. Gleichzeitig gab es öffentliche Diskussionen und Aktivitäten zahlreicher Organisationen sowie 15 000 Selbstanzeigen. Am 24. Februar 2010 wurden das Gesetz zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und das Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch vom Senat mit 132 zu 126 Stimmen verabschiedet. Danach ist Frauen der Abbruch auf Verlangen bis zur 14. Schwangerschaftswoche möglich. Die Kosten werden vom Staat getragen.

Standards und rechtliche Regelungen zum Abbruch

Christian Fiala wies auf die fehlenden europäischen Standards hinsichtlich der Abbruchversorgung hin. Noch immer existieren zahlreiche Unterschiede, die vom Verbot der Durchführung¹³ über große Unterschiede im zugelassenen Zeitfenster des Abbruchs bis zu weiteren Restriktionen wie der gesetzlich vorgeschriebener Beratungspflicht oder obligaten Bedenkzeiten bis zu sieben Tagen reichen. Die beschriebenen Restriktionen scheinen eher moralisch oder histo-

¹³ So in Malta, Polen und Irland.

risch-traditionell motiviert, da für die jeweiligen Regelungen kein wissenschaftlich nachgewiesener Nutzen besteht, wogegen negative Auswirkungen für die betroffenen Frauen sehr wohl belegbar sind. Auch die Kostenübernahme bzw. Erstattung ist sehr uneinheitlich geregelt. Und so verwundert es nicht, dass auch die nationalen Schwangerschaftsabbruchzahlen stark variieren. Die Abbruchraten scheinen dabei weniger von rechtlichen Barrieren und mehr von der Anwendung effektiver Verhütungsmethoden abzuhängen. So sind die Abbruchraten in Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden und Belgien am niedrigsten (Anm. der Red.: auch Deutschland gehört zu den Ländern mit niedrigen Abbruchraten), während osteuropäische Länder sowie Schweden und Großbritannien bis zu dreimal höhere Abbruchraten aufweisen. Als die drei Hauptgründe für diese Diskrepanz nannte Fiala: 1. fehlende Sexualaufklärung, 2. schwieriger Zugang zu zuverlässigen Verhütungsmethoden und 3. fehlerhafte Anwendung regelmäßiger Verhütungsmethoden (als neu erkanntes Phänomen, das weiterer Untersuchungen bedarf).

Dennoch schreitet der langsame, aber stetige Prozess hin zu sexueller und reproduktiver Autonomie fort. Im Jahr 2008 hat sich der Europarat erstmals auf eine Empfehlung über den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch verständigt. Es wird spannend sein, zu verfolgen, wie lange es dauert, bis das Grundrecht der Selbstbestimmung über den eigenen Körper international implementiert ist.

Die Entkriminalisierung des Abbruchs behandelte Leslie Cannold von der Organisation Reproductive Choice aus Australien in ihrem Beitrag. Sie schilderte die Kampagne, durch die im australischen Staat Victoria das bestehende Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch nahezu vollständig außer Kraft gesetzt wurde. Die einzige verbliebene Regel betrifft den Abbruch nach der 24. Schwangerschaftswoche, für den eine schriftliche Befürwortung zweier ÄrztInnen vorliegen muss. Außer in Victoria ist der Abbruch in Kanada und im australischem Hauptstadttterritorium ACT nicht (straf-)gesetzlich geregelt¹⁴.

Verhütung

Johannes Bitzer referierte über das Thema, warum Verhütung scheitert bzw. nicht angewendet wird. Non-Compliance¹⁵ bezeichnet die Diskre-

panz zwischen idealer und realer Anwendung von Verhütungsmethoden. Bitzer untersuchte mögliche Gründe für die inkonsequente Verhütung und entwickelte Strategien, um die Compliance und damit die Verhütungssicherheit zu erhöhen. Das Thema wird in einem der folgenden Familienplanungs-Rundbriefe detaillierter ausgeführt.

Die neusten Daten zur Pille danach mit dem Wirkstoff Ulipristal¹⁶ wurden von Kristina Gemzell vom Karolinska Institutet aus Schweden vorgestellt. Das Wirkprofil ist mit dem der Pille danach mit Levonorgestrel¹⁷ (LNG) vergleichbar und verhindert eine Schwangerschaft nach ungeschütztem Sexualkontakt durch Verzögerung oder Verhinderung des Eisprungs. Auch unerwünschte Begleitsymptome unterscheiden sich bei den verschiedenen Produkten nicht wesentlich. Als Vorteil von Ulipristal ist das längere Wirkungsfenster von fünf Tagen postkoital bei gleichbleibender Wirksamkeit hervorzuheben. Im Gegensatz zu den vorangehenden Kongressen der FIAPAC spielte die rezeptfreie Vergabe der Pille danach keine Rolle, denn in den meisten Ländern Europas wird sie ohne Probleme durchgeführt, und es gibt keine wesentlichen neuen Fragen zu diesem Thema.

Schwangerschaftsabbruchversorgung in der Praxis

Zahlreiche Beiträge des Kongresses befassten sich mit praktischen Fragen der Durchführung des Abbruchs, so auch mit Strategien der Prävention von Infektionen. Die Häufigkeit von Infektionen nach einem Abbruch gab Sharon Cameron mit 1 bis 10 % an. Strategien der Verhinderung von Infektionen sind sogenannte „screen and treat“-Verfahren¹⁸, routinemäßige Antibiotikaprophylaxe und Verfahren, die beide Methoden kombinieren. Übersichtsarbeiten zeigen, dass routinemäßige Antibiotikabehandlung zu einer Senkung der Infektionsrate um 50 % führen. Daneben ist dieses Vorgehen am kosteneffektivsten und die Studien belegen einen Nutzen auch für Frauen, bei denen keine Infektion vor dem Abbruch diagnostiziert wurde. Gegen die routinemäßige Antibiotikabehandlung und für eine differenzierte Abklärung im Vorfeld spricht, dass dadurch gezielter behandelt und durch Mitbehandlung des Partners das Risiko einer Reinfektion vermindert werden kann.

¹⁴ In Kanada gibt es seit 1988 kein Gesetz mehr zum Schwangerschaftsabbruch. Das Verfahren unterliegt denselben Bestimmungen wie jeder andere ärztliche Eingriff.

¹⁵ Nicht-Einhaltung von (ärztlichen) Anweisungen.

¹⁶ Produktname in Deutschland: EllaOne®.

¹⁷ Unofem®, Levogyon®.

¹⁸ Untersuchung auf sexuell übertragbare Infektionen bei jeder Frau vor dem Abbruch und Behandlung bei Infektion.

Schwerwiegende Infektionen nach einem medikamentösen Abbruch wurden in den USA in der Zeit 2005/06 bei 0,93 von 1000 Abbrüchen beobachtet. In dieser Zeit kam es auch zu insgesamt neun Todesfällen durch eine Infektion mit dem Keim *Clostridium sordellii* oder *perfringens*. Ähnliche Infektionen wurden jedoch in keinem anderen Land bisher beobachtet (Siehe auch FPR 1/2006, S. 12). Mary Fjerstad beschrieb, wie durch verschiedene Maßnahmen die Infektionsrate auf 0,06 pro 1000 Frauen gesenkt werden konnte. Dazu gehörte der konsequente Wechsel von vaginaler zu buccaler¹⁹ Gabe des Prostaglandins Misoprostol, aber auch weitere Verfahren wie entweder die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erkrankungen vor dem Abbruch und Behandlung bei Infektion oder eine generelle Gabe von Antibiotika. Da allerdings alle Maßnahmen gleichzeitig und ohne Kontrollgruppen eingeführt wurden, kann der Anteil der einzelnen Maßnahmen an der Senkung der Infektionsrate nicht beurteilt werden.

Die Möglichkeiten eines sehr frühen Abbruchs waren Thema mehrerer Beiträge. Durch eine zunehmend hohe Empfindlichkeit der Schwangerschaftstests werden Schwangerschaften immer früher festgestellt, und die Frauen können sich dementsprechend früh für einen Abbruch entscheiden. Oft ist dann die Schwangerschaft noch nicht sicher im Ultraschall darzustellen. Patricia Lohr vom British Pregnancy Advisory Service (BPAS) beschrieb die Möglichkeit eines sehr frühen chirurgischen Abbruchs in der 4. bzw. 5. SSW anhand eines genauen Handlungskatalogs. Die Anwendung des medikamentösen Abbruchs in der sehr frühen Schwangerschaft ist bereits gut dokumentiert.

Beim medikamentösen Abbruch wurden weitere Ergebnisse zum sogenannten Home-Use präsentiert, bei dem die Frauen das Misoprostol auf Wunsch auch im häuslichen Umfeld und nicht unter ärztlicher Aufsicht einnehmen können. In den USA ist dies die Standardmethode. Erfahrungen dazu sind auch in europäischen Ländern bis zur 9. Schwangerschaftswoche gut dokumentiert. In vielen Ländern verhindern rechtliche Regelungen die Anwendung von Misoprostol zu Hause oder die Anwendung ist nur außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use) möglich.

Auch für den späten Schwangerschaftsabbruch wurden Aspekte der verschiedenen Methoden diskutiert, so das zervikale Priming (medikamentöse Erweichung des Gebärmutterhalses), Verfahren des Fetozids und die Vor- und Nachteile von medikamentösem und chirurgischen Vorge-

hen. Allan Templeton charakterisierte die Diskussion um medikamentöse bzw. chirurgische Techniken beim späten Abbruch als Glaubensstreit, der wohl nie beendet werden könne.

Abschlussresolution

Die Abschlussresolution des Kongresses befasste sich mit der Gesetzesänderung in Spanien. Die TeilnehmerInnen brachten darin ihre Zustimmung zu den gesetzlichen Änderungen zum Ausdruck und betonten die Bedeutung der Bereitstellung von Dienstleistungsangeboten im Bereich Verhütung und Schwangerschaftsabbruch zur Reduzierung mütterlichen Morbidität und Mortalität.

Darüber hinaus wurde die öffentliche Sorge über die Europarats-Resolution zum Thema „Conscientious objection“ thematisiert. Diese Resolution formuliert die Möglichkeit, eine Behandlung aus Gewissensgründen zu verweigern. Aufgrund zahlreicher Änderungsanträge wurde die ursprüngliche Intention des Schutzes von Einzelnen, aber auch der Schutz des Rechts auf einen Schwangerschaftsabbruch verfehlt.²⁰ FIAPAC betrachtet Angebote zum Schwangerschaftsabbruch als grundlegende und potentiell lebensrettende Angebote, auf die Frauen ein Recht haben.

10 Jahre BKID – Jahrestagung und internationaler Austausch der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung mit VertreterInnen internationaler Beratungsorganisationen (IICO)

Anette Tretzel

Zwei spannende und anregende Tagungen fanden in der Seidlvilla in München am 10. und 11. September 2010 statt.

Am Freitag trafen sich – wie üblich zweimal im Jahr – die Mitglieder und interessierten FachkollegInnen zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (www.bkid.de).

Am Samstag kam es zu einem englischsprachigen Austausch von FachkollegInnen auf internationaler Ebene mit Vorträgen, anschließenden Fragen und Diskussionen sowie einer Diskussi-

¹⁹ Aufnahme über die Wangenschleimhaut.

²⁰ „Women's access to lawful medical care“, URL: <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta10/eres1763.htm> (Zugriff am 18.12.2010).

onsrunde. Diese Tagung wurde von der IICO (International Infertility Counselling Organisation) in Kooperation mit BKID veranstaltet, mit dem Titel „Globalization in ART and its Impact on Psychosocial Care“.

Viele internationale TeilnehmerInnen wurden nur durch die Sprachbarriere daran gehindert, an beiden Tagen teilzunehmen. Jedoch bot das abschließende Fest der BKID-Tagung am Freitag auch englischsprachigen Gästen die Möglichkeit zum informellen Austausch bei Musik, Wein und Finger-Food, der auch rege genutzt wurde.

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID) am 10.9.2010 in München

Die deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung feierte mit der Tagung am Freitag ihr zehnjähriges Jubiläum. Sie zeigte anhand der eigenen Geschichte, regionaler Vernetzungen von BeraterInnen im Zusammenhang mit dem Thema Kinderwunsch (am Beispiel vom „Münchner Netzwerk Kinderwunsch“) sowie praktischer Beratungsmodelle und ihrer theoretischen Fundierung die Professionalisierung auf, die im Bezug auf psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch in dem letzten Jahrzehnt stattgefunden hat.

BKID selbst zählt derzeit 146 Mitglieder, 119 davon sind zertifizierte BeraterInnen bei unerfülltem Kinderwunsch, 45 qualifiziert für die Beratung bei Fremdsamenspende (vgl. www.bkid.de).

Als Beispiel für eine professionelle Vernetzung stellte sich das „Münchner Netzwerk Kinderwunsch“ vor. Es ist ein Zusammenschluss von Fachfrauen unterschiedlicher Berufsgruppen (ÄrztInnen, HeilpraktikerInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen etc.), die sich ca. alle zwei Monate treffen und sich mit medizinischen, sozialen, umweltbedingten, psychologischen, spirituellen und ethischen Aspekten des unerfüllten Kinderwunsches auseinandersetzen. In Abständen werden Fachreferenten eingeladen und in diesem Rahmen kam es auch zu einer größeren, öffentlichen Veranstaltung. Die Schilderung der individuellen Eindrücke einzelnen Mitglieder des Netzwerkes verdeutlichen die Bedeutung einer derartigen Vernetzung für die berufliche Arbeit. Das Netzwerk eröffnet Raum für Fallbesprechungen, bei denen die unterschiedlichen therapeutischen Ausrichtungen der TeilnehmerInnen und ihre verschiedenen Grundberufe als sehr bereichernd erlebt werden. Darüber hinaus helfen Diskussionen über ethisch-moralische Hintergründe bei der eigenen Positionierung und dem Umgang mit

solchen Fragen in der Beratung. Der Austausch über die jeweiligen Angebote hilft auch, die KlientInnen entsprechend zu informieren.

Im Anschluss konnten sich die TeilnehmerInnen der Tagung in regionalen Gruppen zu Vernetzungen in ihrem Bereich austauschen. Deutlich wurden der Nutzen und der Wunsch nach Vernetzung, jedoch fanden bislang wenig dauerhafte Gruppen zusammen. In der anschließenden Diskussion zeigte sich, dass räumliche Distanzen durch neue Medien heute durchaus überwunden werden können (Skypen). Außerdem kann eine Zertifizierung regionaler Interventionen mit Fortbildungspunkten hilfreich sein, um TeilnehmerInnen (besonders ÄrztInnen und PsychologInnen) zu gewinnen. Eine konkrete Namensgebung und vor allem eine AnsprechpartnerIn, die das Netzwerk leitet, können die Vernetzung weiter unterstützen.

Im weiteren Verlauf der Tagung wurden verschiedene Settings im Rahmen der Kinderwunschberatung exemplarisch dargestellt.

Internationale Tagung „Globalization in ART and its Impact on Psychosocial Care“ 11.9.2010

Die Zusammenschau, wie in verschiedenen Ländern mit Infertilität umgegangen wird, zeigte sich in interessanten Beiträgen aus verschiedenen Ländern und Kontinenten am folgenden Tag.

Im Überblick wurde die Geschichte von IICO und BKID dargestellt und das weltweite Spektrum an Beratungsorganisationen aufgeführt.

Eine Zusammenschau des weltweiten Bedarfs und Zugangs zu reproduktionsmedizinischen Angeboten wurde gegeben. Auch wenn die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare in entwickelten und weniger entwickelten Ländern annähernd gleich ist (durchschnittlich 9 %), haben nur 22 % davon Zugang zu einer reproduktionsmedizinischen Behandlung. Der Anteil ist in den Industrieländern deutlich höher als in weniger entwickelten Ländern, wo medizinische und finanzielle Ressourcen für medizinisch sichere Behandlungen fehlen.

Allerdings gibt es auch innerhalb Europas Unterschiede in Bezug auf die rechtlichen Regelungen und die praktische Umsetzung. Das betrifft zum Beispiel den „Status“ des Embryos, außerdem die Definition von Unfruchtbarkeit als Krankheit. Die gesetzlichen Regelungen reichen von sehr restriktiv (Deutschland, Italien, Kroatien) bis sehr liberal (Spanien, Griechenland, Großbritannien). Der gesetzliche, kulturelle und soziale Umgang mit ART ist also nicht einmal innerhalb Europas einheitlich. Eine Globalisierung hat bisher nicht

stattgefunden. 2008 wurde deshalb eine Arbeitsgruppe „Cross Border Reproductive Care“ gegründet. Dieses globale Netzwerk soll weltweit die Qualität der Behandlung verbessern und die Sicherheit der Patienten erhöhen.

In einem Vortrag aus Deutschland wurden sinnvolle Beratungsinhalte für KlientInnen erörtert, die reproduktive Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen möchten. Wichtig ist dabei, dass die KlientInnen wissen, was sie erwartet („informed consent“). Eine professionelle Beratung vermeidet die persönliche Bewertung von Angeboten im Ausland. Vielmehr sollte eine Einordnung nach einem professionellen Standpunkt erfolgen, der auch Ergebnisse neuer empirischer Forschung berücksichtigt. In diesen Forschungen werden längerfristige Auswirkungen von Behandlungen untersucht. So zeigen z. B. Studien im angelsächsischen Sprachraum, dass es für die Entwicklung des Kindes und die Beziehungen in der Familie günstiger ist, wenn die Kinder über die Zeugung durch einen Spendersamen aufgeklärt sind und die Möglichkeit haben, den Spender kennenzulernen.

Eine Referentin aus der Tschechei vertrat eine andere Position. Diese entspringt sicher aus der Kultur eines Landes, das eine sehr liberale Gesetzgebung und eine lange Tradition mit Methoden der künstlichen Befruchtung hat. Außerdem gibt es dort in Relation zu der Größe des Landes sehr viele Behandlungszentren. Sie hielt eine offene Samenspende vor dem Hintergrund einer unsicheren Welt mit fließenden Identitäten für nicht notwendig. Sie führte Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Adoption an, wonach der weitere Kontakt zu den biologischen Eltern oft vom Kind als sehr anstrengend erlebt würde.

Es zeigt sich als eine transkulturelle Übereinstimmung, dass Menschen den Wunsch haben, ihre genetische Abstammung zu kennen. Eine besondere Bedeutung hat dabei das Informationsgefälle zwischen den Eltern und den Kindern: Die Eltern wissen etwas, was die Kinder nicht wissen. Die Problematik zeigt sich dramatisch, wenn Menschen erst im fortgeschrittenen Alter „die Wahrheit“ erfahren. Es kann dann zu einem tiefen Vertrauensbruch in der Beziehung zu den wichtigsten Bezugspersonen kommen oder zu einer massiven Identitätskrise.

In weiteren Vorträgen wurden Einblicke in die spezifische Situation einzelner Länder gegeben.

Die australische Patientenorganisation ICSI (International Consumer Support for Fertility) (www.icsicommunity.org) wurde vorgestellt, de-

ren Ziel es ist, Patienten oder besser gesagt „Konsumenten“ („consumer“) zu befähigen („empowerment“), ihre Rechte zu sehen und einzufordern, sich entsprechend informieren zu können, um die für sie stimmige Entscheidung in Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten treffen zu können.

Ein Beitrag aus dem Iran zeigte sehr eindrücklich die iranische Perspektive auf Infertilität. Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin und der Umgang damit werden dort durch verschiedene Glaubensrichtungen des Islam bestimmt. Besonders im Falle einer kinderlosen Ehe stellen eine Eizell- oder Embryonenspende die einzigen Möglichkeiten für das Paar dar, die Ehe nach islamischem Recht aufrechtzuerhalten. Sollte der/die Spender/in jedoch bekannt sein, so hat diese Person alle Rechte im Bezug auf das Kind und der soziale Elternteil fällt ganz aus dem Familiengefüge. Ein Blick auf anders orientierte Kulturen und Familienbilder zeigt damit, wie religiös-moralische Werte kinderlose Paare massiv unter Druck setzen können.

In einem Beitrag aus Japan wurden die historische Entwicklung von ART und die gesetzlichen Grundlagen dargestellt. Laut Meinungsumfragen steht die Bevölkerung dort reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten offener gegenüber, als es die gesetzlichen Regelungen vermuten lassen. Psychosoziale Beratungsangebote gibt es in Japan nicht.

Die Tagung machte deutlich, dass die Möglichkeiten der Menschen, innerhalb ihrer Kultur mit Infertilität umzugehen, nicht nur von den medizinischen Möglichkeiten, gesetzlichen Vorschriften und den moralischen Vorstellungen abhängen, sondern entscheidend auch durch kulturelle Überzeugungen über die Integrität der Familie, Abstammung, Ehe und Kinder geprägt sind. Aufgrund dieser jeweiligen Bedingungen kann die emotionale Krise, die eine ungewollte Kinderlosigkeit immer bedeutet, massiv verstärkt werden. Nur entsprechende Aufklärung der Öffentlichkeit und ein breit angelegtes Beratungsangebot können dem entgegenwirken.

Angaben zur Autorin: Dr. Anette Tretzel,
Diplompsychologin
Paar- und Familientherapeutin
Schwerpunktthema Unerfüllter Kinderwunsch
pro familia München

Hinweise

Implanon NTX Röntgendichtes Implantat mit neuem Applikator

Im Herbst dieses Jahres wurde eine neue Version des Gestagen-Implantats Implanon auf den Markt gebracht.

Die wesentliche Veränderung ist, dass das Implantat nun röntgendicht ist. Das heißt, dass es auf einfachen Röntgenbildern sichtbar ist. In der Vergangenheit wurden einzelne Fälle beschrieben, in denen das Implantat im Körper nicht mehr aufgefunden und entfernt werden konnte. Diese schwerwiegende Komplikation soll mit dem neuen Stäbchen vermieden werden.

Außerdem wurde ein neuer Applikator entwickelt, der die korrekte Einlage erleichtern soll. Trotzdem wird weiterhin empfohlen, dass ÄrztInnen an einem speziellen Training teilnehmen, bevor sie Implantate einsetzen.

Der neue Applikator wurde in einer Studie mit 23 ÄrztInnen (mit und ohne Vorerfahrung mit der Einlage von Implanon) und gut 300 Einlagen untersucht (Mansour 2010). Als Vorteile des neuen Applikators wurden die leichtere Anwendung, die mit einer Hand möglich ist, und die schnelle Einlage genannt. Bei 2 % der Frauen wurde die Einlage als schwierig beschrieben und bei 1 % der Frauen wurde das Implantat nicht korrekt eingelegt. Das Stäbchen war in allen Fällen im Röntgenbild erkennbar.

Quelle: Mansour D, Mommers E, et al. Clinician satisfaction and insertion characteristics of a new applicator to insert radiopaque Implanon: an open-label, noncontrolled, multicenter trial. *Contraception* 2010; 82: 243-9.

Pille mit 10 µg Ethinylestradiol in den USA zugelassen

In Deutschland ist 20 µg Ethinylestradiol (EE) die niedrigste Dosierung in kombinierten oralen Kontrazeptiva. In den USA wurde nun ein noch niedriger dosiertes Präparat mit 10 µg zugelassen (LoLoestrin FE). Ein Blister enthält 28 Tabletten, davon 24 Tabletten mit jeweils 10 µg EE und 1 mg Norethindronacetat²¹, 2 Tabletten mit 10 µg EE und 2 Tabletten mit 75 µg Eisenfumarat.

Für die Verhütungssicherheit wird in der Fachinformation ein Pearlindex von 2,9 angegeben. Es wird darauf hingewiesen, dass es keine Informationen zur Verhütungssicherheit bei Frauen mit einem BMI > 35 kg/m² gibt.

Die niedrige Dosierung des Östrogens führt auch zu einer hohen Rate an Zwischenblutungen, solche Blutungen traten bei 85 % der Anwenderinnen zumindest in einigen Zyklen auf. Die Regelblutung selbst dauerte im Durchschnitt weniger als zwei Tage, sie blieb nach einigen Monaten bei der Hälfte der Frauen aus.

Ob die Risiken, z. B. für Thrombose, Herzinfarkt und Schlaganfall, bei Anwendung dieses Präparats geringer sind als bei einer höheren Dosis von EE, ist nicht geklärt.

Interessant wäre eine Vergleichsstudie von LoLoestrin FE mit einer reinen Gestagenpille in Bezug auf Verhütungssicherheit und Nebenwirkungen, um zu klären, ob der Östrogenanteil in so geringer Dosierung gegenüber reinen Gestagenpillen noch einen Vorteil hat.

Prescribing Information Lo Loestrin FE, URL: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022501s000lbl.pdf (Zugriff am 18.12.2010)

Früherkennung: Sinnvoll, unnötig, schädlich? Bericht von der Tagung „Vorsorgeuntersuchungen – Zwischen Reklame und Verriss“, 10.–12. September 2010, Evangelische Akademie Tutzing

Claudia Schumann

„Früh erkannt – Gefahr gebannt“ – solche Sätze haben uns geprägt, auch im Umgang mit der Gesundheit. Keine/r möchte hören: „Warum sind Sie denn nicht früher gekommen, dann hätte man noch“

Dass Früherkennungsuntersuchungen kritisch zu hinterfragen sind, wurde auf der Tagung intensiv und kontrovers diskutiert. Es ging um die typische „Krebsvorsorgeuntersuchung“, die allen Frauen ab 20 einmal im Jahr angeraten wird, um das Mammographie-Screening, um die präventive Darmspiegelung, die Früherkennung von Prostatakrebs mithilfe eines Blutmarkers (PSA-Test), aber auch um allgemeine „Gesundheits-Check-ups“ und die damit verbundenen Hoffnungen, die Chancen, die Ängste, die möglichen Konsequenzen.

Das medizinische Wissen zum Nutzen solcher Vorsorgeuntersuchungen ist eher ernüchternd:

²¹ Entspricht in Deutschland Norethisteronacetat.

Tatsächlich kann man manche Krebserkrankung durch die Reihenuntersuchung von Gesunden, also das sogenannte Screening, früher erkennen. Das bedeutet aber nicht automatisch, dass mit der Früherkennung auch ein Gewinn verbunden ist, dass es dadurch mehr Gesundheit gibt. Denn mit der Früherkennung können Belastungen und Probleme verbunden sein. Am besten untersucht ist das für den Brustkrebs: Zwar sterben nach bisherigen Studien insgesamt weniger Frauen an Brustkrebs, wenn alle Frauen zwischen 50 und 70 Jahren im Abstand von zwei Jahren zur Mammographie gehen. Im Lauf von zehn Jahren stirbt von 1000 Frauen eine Frau weniger an Brustkrebs. Anders ausgedrückt: Ohne das Screening sterben vier Frauen an Brustkrebs, mit Screening nur drei. Aber: Es wird auch häufiger ein Brustkrebs erkannt, der evtl. nie das Leben der Frau gefährdet hätte – d. h. für jede Frau, die „gerettet“ wird, gibt es eine Frau, die „unnötig“ als krebskrank definiert und behandelt wird, da ihre Krebsart (DCIS, Ductales Carcinoma in situ) wahrscheinlich nie aggressiv ihr Leben bedroht hätte. Ähnliches gilt für das Screening auf Prostatakrebs, das aufgrund noch schlechterer Relationen zwischen Lebensgewinn und Übertherapie nicht in Deutschland eingeführt wurde.

Die Entscheidung für oder gegen Früherkennungsuntersuchungen wird dadurch erschwert, dass das Für und Wider der Untersuchungen im Einzelfall kompliziert ist. Außerdem stehen hinter manchen Angeboten finanzielle Interessen der Anbieter.

Die am Ende der Tagung diskutierte Leitfrage für alle war: „Wie finde ich den für mich richtigen Weg?“ Aufgabe der beratenden ÄrztInnen ist zum einen, allen Ratsuchenden das aktuelle Wissen über den Sinn der für sie möglichen Früherkennung verständlich zu erklären, um die Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung zu erleichtern. Die einseitige „Reklame“ für Früherkennung sollte der Vergangenheit angehören. Es gehört aber auch eine ganz individuelle Beratung dazu: Wovor hat der/die Ratsuchende Angst, wie viel Bedürfnis nach Sicherheit hat er/sie, was ist er/sie bereit in Kauf zu nehmen an Verunsicherung, welche Vorerfahrungen gibt es in der eigenen Geschichte mit Krankheit. Die ärztliche „Fürsorge“ (Dörner) kann nicht durch Screening-Programme ersetzt werden.

Weitere Informationen und Downloads einzelner Beiträge im Internet über:

<http://www.ev-akademie-tuzing.de/doku/programm/download.php?fdnr=1547>

Angaben zur Autorin: Dr. Claudia Schumann ist niedergelassene Frauenärztin. Sie ist im Vorstand der DGPF (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe) und u.a. Mitglied des AKF (Arbeitskreis für Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.) und der pro familia.