

Informationen für ÄrztInnen, PädagogInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, die auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beraterisch oder therapeutisch tätig sind

SCHWERPUNKT

Beratung von Frauen, die eine Hymenrekonstruktion wünschen

Bianca R van Moorst¹, Rik H.W. van Lunsen²

Einleitung

Die Hymenrekonstruktion ist ein ethisch umstrittener Eingriff. ÄrztInnen, die mit diesem Anliegen konfrontiert werden, geraten in den Konflikt, einerseits die Frauen einem unnötigen Eingriff auszusetzen und zur Aufrechterhaltung von Mythen und frauenfeindlichen Haltungen beizutragen, andererseits aber damit schwerwiegende negative Konsequenzen für die Frau vermeiden zu können.

Einer der Mythen ist, dass eine Blutung beim Geschlechtsverkehr die Jungfräulichkeit beweist. Daten zeigen jedoch, dass etwa die Hälfte der Frauen beim ersten Geschlechtsverkehr nicht blutet

(Loeber 2008). Vermutlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Blutung eher von Anspannung und mangelnder Befeuchtung der Vagina abhängig, als von der Beschaffenheit des Hymens (Loeber 2008, Knöfel 2009). Ein weiterer Mythos ist, dass bei einer Untersuchung festgestellt werden kann, ob eine Frau Geschlechtsverkehr hatte. Dass solche Untersuchungen immer noch durchgeführt werden, zeigt, dass dieser Mythos auch unter ÄrztInnen verbreitet ist. In weiten Kreisen besteht allerdings Konsens, dass diese Annahme falsch ist. Studien belegen, dass bei vielen sexuell aktiven Frauen keine Risse oder Kerben im Hymen sichtbar sind und umgekehrt das Hymen bei vielen ‚Jungfrauen‘ nicht ‚intakt‘ aussieht (Adams 2004, Goodman 2011). Des Weiteren ist der Glaube bei Frauen und besonders bei Männern verbreitet, dass der Mann beim Geschlechtsverkehr spüren kann, ob eine Frau ‚Jungfrau‘ ist.

Die Amsterdamer Studie bei Frauen mit Wunsch nach Hymenrekonstruktion

Eine Leitlinie der Niederländischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie legt fest, dass eine Hymenrekonstruktion nur nach ausführlicher Beratung unter Berücksichtigung des >>

SCHWERPUNKT

Beratung von Frauen, die eine Hymenrekonstruktion wünschen Seite 1

AKTUELLE INFORMATION

HIV-Prävention mit antiretroviralen Medikamenten Seite 7

Die „Pille“ in den USA bald rezeptfrei? Seite 11

HINWEIS

Pille danach kontrovers Seite 12

kulturellen Hintergrunds und nur nach autonomer Entscheidung der Frau durchgeführt werden soll. Die Frau soll über alle Vor- und Nachteile des Eingriffs aufgeklärt werden. Die Gründe für ihren Wunsch, auch potentielle sexuelle Gewalt, sollten erfragt werden (Feitsma 2004). Im Rahmen einer Studie (van Moorst 2012) wurde diese Leitlinie in einem umfassenden und standardisierten Leitfaden umgesetzt.

Als Grundsätze gelten hierbei ein nicht wertender Umgang mit dem Wunsch nach Hymenrekonstruktion, Respekt vor der Autonomie der Frau und das Bestreben, potentiellen Schaden zu vermeiden. Beim Erfragen der Gründe für den Wunsch sollen die persönliche Geschichte und psychosoziale Hintergründe einbezogen werden, Mythen und Missverständnisse über das Hymen sollen besprochen werden, außerdem soll über mögliche Handlungsalternativen beraten werden. Gemeinsam mit der Frau sollte die in ihrer spezifischen Situation bestmögliche Entscheidung getroffen werden. Wenn sie sich nach Abwägen aller Möglichkeiten für die Hymenrekonstruktion entscheidet, soll ihrem Wunsch stattgegeben werden.

Ablauf der Beratung

Der Leitfaden beinhaltet vier Besuche der Frau in der Klinik.

Der erste Klinikbesuch

Beim ersten Kontakt sprachen die Frauen mit einer SexualberaterIn. Zunächst wurde ihnen versichert, dass sie selbst über die Durchführung der Hymenrekonstruktion entscheiden. Dann wurden die Gründe für ihren Wunsch sowie die Umstände, die zum Verlust der Jungfräulichkeit geführt hatten, ausführlich besprochen. Außerdem wurde erfragt, wie die Frauen ihre Jungfräulichkeit beweisen müssen, welche Ängste sie in Bezug auf die Geheimhaltung ihrer Vergangenheit haben und was sie von dem Eingriff erwarten. Ein weiterer Bestandteil der Beratung war das Wissen der Frauen über Sexualität und das Hymen sowie mögliche falsche Vor-

stellungen. Die Einstellung der Frauen zur Jungfräulichkeit und vorehelichem Sex wurde besprochen, außerdem ihre Vorstellungen oder Erfahrungen mit Sex als mögliche Quelle von (Un)Zufriedenheit oder Schmerzen. Ihre Vorgeschichte in Bezug auf die Anwendung von Verhütungsmitteln, zu sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften wurde erfragt.

Mit der Technik der motivierenden Gesprächsführung, zum Beispiel mit Fragen wie: „Haben Sie schon einmal auf Fotos gesehen, wie unterschiedlich das Jungfernhäutchen aussehen kann? Haben Sie sich schon mal Ihr Jungfernhäutchen angesehen?“ wurden die Frauen ausführlich über das Hymen als ‚mythische Struktur‘ informiert. Sie bekamen Bilder von unterschiedlichen Jungfernhäutchen gezeigt und wurden über den Mythos der Blutung in der Hochzeitsnacht aufgeklärt. „Was meinen Sie, wie fast die Hälfte der Frauen, die beim ersten Mal nicht bluten, dieses Problem löst?“. Außerdem wurde über Voraussetzungen für schmerzlosen und genussvollen Geschlechtsverkehr, zum Beispiel Entspannung und sexuelle Erregung, gesprochen. Da sich nach bereits bestehenden Erfahrungen der AutorInnen viele Frauen größere Sorgen machen, sie könnten nicht „eng genug“ sein als darüber, nicht zu bluten, war auch eine ausführliche Informationen über den Beckenboden als Sexualorgan Bestandteil des ersten Gesprächs. Frauen wurden über die Möglichkeit der willentlichen Ent- und Anspannung der Muskeln im Bereich des Scheideneingangs informiert, um „Enge“ zu erzeugen. Wie das geht, wurde ihnen erklärt, dies war verbunden mit der Aufforderung, ihren Genitalbereich und das Hymen zu Hause anzuschauen, um damit vertraut zu werden und selbst zu prüfen, ob sie den Scheideneingang zusammenziehen können.

Ein weiterer Teil des ersten Besuchs war, über alternative Möglichkeiten, einen Blutfleck auf dem Laken vorzutäuschen, zu sprechen. Die Frauen wurden informiert, dass viele Frauen in ihren Herkunftsländern sich mit einer im Hochzeits-

gewand versteckten Nadel in den Finger stechen oder einen Beutel mit Tierblut verstecken. Die Frauen erhielten das Angebot, ein Röhrchen mit eigenem ungerinnbar gemachtem Blut zu bekommen und sie wurden über weitere Möglichkeiten informiert, eine Blutung vorzutäuschen, zum Beispiel mittels einer durch Pilleneinnahme terminierte Blutung oder mit Hilfe eines vaginalen Zäpfchens, das roten Farbstoff enthält und vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt wird. Die Frauen wurden darüber aufgeklärt, dass eine Hymenrekonstruktion keine Blutung garantiert und dass sie daher ohnehin alternative Methoden, eine Blutung vorzutäuschen, benötigen könnten.

Frauen, die befürchteten, zu einer Untersuchung des Hymens gezwungen zu werden, bekamen eine Bescheinigung mit folgendem Inhalt angeboten: Frau X wurde ärztlich untersucht. Die Untersuchung ergab keinen Anhalt dafür, dass sie keine Jungfrau ist. (Helgesson 2008).

Abschließend wurde die Option angesprochen, abzuwarten und nichts zu tun. Gemeinsam wurde überlegt, welche Risiken damit verbunden wären, den zukünftigen Ehemann zu informieren und welche Belastungen es bedeuten würde, mit einer geheim gehaltenen Vergangenheit zu leben.

Der zweite und dritte Termin

Beim zweiten Besuch führte eine Gynäkologin eine Untersuchung durch und zeigte der Frau ihr Genitale mit einem Spiegel. Es wurde geprüft, ob die Frau den Beckenboden anspannen und entspannen kann und sie bekam bei Bedarf zusätzliche Anleitung dafür. Das Hymen wurde untersucht, um die beste Technik für eine Rekonstruktion zu wählen, falls die Frau sich dafür entschied³.

Beim dritten Besuch war Gelegenheit für weitere Fragen und Informationen, um die Entscheidungsfindung zu unterstützen. Die Entscheidung der Frauen für oder gegen den Eingriff wurde besprochen und sie bekamen Unterstützung angeboten, falls sie eine Blutung vortäuschen wollten.

Der vierte Termin

Dieser Kontakt fand einige Wochen nach der Hochzeit statt. In den meisten Fällen wurde ein persönliches Gespräch geführt, manchmal fand der Kontakt auch per E-Mail oder Telefon statt, wenn die Frau sich im Ausland aufhielt oder befürchtete, durch den Klinikbesuch könnte ihr Geheimnis bekannt werden. Bei diesem letzten Gespräch wurden die Erfahrungen während der Hochzeitsnacht erfragt: ob sie den Beckenboden angespannt hatte, ob sie geblutet oder ein Hilfsmittel für das blutige Laken benutzt hatte. Es wurde erfragt, ob der Ehemann ihr glaubte, dass sie Jungfrau war oder ob sie sich entschieden hatte, ihm von ihrer (sexuellen) Vergangenheit zu erzählen, ob sexuelle Probleme in der Hochzeitsnacht aufgetreten seien und wie das Paar diese gelöst habe.

Die teilnehmenden Frauen

Alle Frauen, die sich mit dem Wunsch nach einer Hymenrekonstruktion von 2007 bis 2009 in zwei Amsterdamer Kliniken vorstellten, wurden, wenn sie damit einverstanden waren, in die Studie aufgenommen. Auch wenn sie ablehnten, wurden sie nach den gleichen Kriterien beraten und behandelt wie die Studienteilnehmerinnen.

An der Studie nahmen 82 Frauen mit einem mittleren Alter von 23 Jahren (17 bis 40 Jahre) teil. Die meisten waren Muslima, zwei Frauen waren mit einem muslimischen Mann verlobt, vier Frauen gehörten wie ihr zukünftiger Ehepartner einer christlichen Glaubensrichtung an. Der Bildungsstand war relativ hoch. Circa die Hälfte der Frauen waren in den Niederlanden geboren, die übrigen kamen aus 11 verschiedenen Ländern. Sie lebten seit durchschnittlich 13 Jahren in den Niederlanden und die meisten hatten dort auch die Schule besucht.

Psychosoziale und sexuelle Hintergründe

Nur ein Drittel der Frauen hatte die Jungfräulichkeit durch einvernehmlichen Sex verloren. Einige bereuten anschließend lediglich, dass sie ihrer moralischen Überzeugung nicht gefolgt



waren, die meisten aber befürchteten negative Folgen bei Bekanntwerden ihrer sexuellen Aktivität. Ein weiteres Drittel fühlte sich nach einem Heiratsversprechen zum Sex überredet und wurde anschließend verlassen. Fast ein Drittel der Frauen hatten ihre Jungfräulichkeit beim unfreiwilligen Geschlechtsverkehr durch Gewalt oder Bedrohung verloren. Bemerkenswert ist, dass 46 Prozent der Frauen angaben, beim ersten Geschlechtsverkehr nicht geblutet zu haben.

Bei der Hälfte der Frauen bestanden schwerwiegende psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Hymenrekonstruktion. 48 Prozent berichteten von sexuellem Missbrauch und erzwungenem Geschlechtsverkehr, bei zwei Dritteln durch den Partner. Mehr als ein Drittel der Studienteilnehmerinnen hatte bereits einen Schwangerschaftsabbruch erlebt (im Vergleich zu 10 Prozent in der niederländischen Bevölkerung). Sechs Frauen gaben einen Suizidversuch infolge der verlorenen Jungfräulichkeit an.

Wissen der Frauen über das Hymen und ihr Genitale

Von den Teilnehmerinnen hatten mehr als die Hälfte keinerlei Wissen über die weiblichen Geschlechtsorgane und falsche Vorstellungen über das Hymen (zum Beispiel, dass es eine Membran sei, die die Vagina verschließt). Einige Frauen waren gut informiert über die Mythen zu Hymen und Jungfräulichkeit und hatten versucht, mit den zukünftigen Ehemännern darüber ins Gespräch zu kommen. Sie fragten ihn zum Beispiel, was er denken würde, wenn eine Frau nicht bluten würde. Ohne Ausnahme antworteten alle Männer, dass sie mit Sicherheit merken würden, dass eine Frau keine Jungfrau sei und das nicht akzeptieren würden.

Erwartungen an die Hymenrekonstruktion

Bei einem Drittel der Frauen war die Erwartung, in der Hochzeitsnacht zu bluten, der einzige Grund für ihren Wunsch nach Hymenrekonstruktion. Für zehn

Frauen war die Blutung nicht wichtig, stattdessen erhofften sie sich durch den Eingriff, eng genug zu sein. Für 29 Frauen war beides wichtig. Sieben Frauen wünschten die Rekonstruktion als ein Ritual, um ein sexuelles Trauma verarbeiten zu können. Elf Frauen versprachen sich von der Operation eine Verbesserung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls.

Sorgen und Ängste in Bezug auf den Beweis der Jungfräulichkeit

Von den Befragten äußerten 47 Frauen, dass sie damit rechneten, ihre Jungfräulichkeit dem zukünftigen Ehemann oder seiner Familie gegenüber beweisen zu müssen. Allerdings gingen 33 der Frauen nicht davon aus, ein blutiges Laken vorweisen zu müssen. Für sie war die Jungfräulichkeit keine Angelegenheit der Familie, sondern sie sahen sie als ihre Verantwortung gegenüber dem Ehemann und Verpflichtung gegenüber Gott. Viele Frauen machten sich Sorgen, nicht „eng“ genug zu sein. Diese Befürchtungen werden durch wiederholte Warnungen von Müttern, Schwestern, Freunden und besonders dem zukünftigen Ehemann unterstützt, die behaupten, dass ein Mann beim Geschlechtsakt fühlen könne, ob eine Frau Jungfrau sei. Sieben Frauen wurde eine Untersuchung der Jungfräulichkeit vor der Hochzeit bei einem Arzt oder einer nichtärztlichen Person im Herkunftsland angekündigt. Ein Drittel der Frauen wusste nicht, was sie erwartete und wem sie ihre Jungfräulichkeit beweisen müssten, sie hatten einfach Angst.

Die Hälfte der Frauen befürchtete, dass sie aus der Familie ausgestoßen würden und dauerhaft als Außenseiterin ohne Kontakt mit Freunden und Verwandten leben müssten, wenn ihre sexuelle Vergangenheit bekannt würde. Zehn der Frauen rechneten mit einem Ehrenmord. Nur neun Frauen hatten keine Angst, sie wünschten die Rekonstruktion nur für sich selbst.

Von den Frauen mit einer bevorstehenden Hochzeit gaben mehr als zwei Drittel an, dass sie ihren Part-

ner aus Liebe heirateten, neun Ehen waren im Einvernehmen mit beiden Partnern arrangiert und sieben Frauen mussten gegen ihren Willen heiraten.

Entscheidungsprozess und Ergebnisse der Hymenrekonstruktion

Neun der 82 Frauen kamen nur zum ersten Besuch. Vier dieser Frauen verschoben die Entscheidung über die Rekonstruktion nach der Information, dass diese am besten kurz vor der Hochzeit erfolgen sollte. Über die Gründe der anderen Frauen, nicht wiederzukommen, gibt es keine Informationen. Von der 73 übrigen Frauen entschieden sich insgesamt 49 gegen den Eingriff. Acht dieser Frauen entschieden sich bereits nach dem ersten Besuch gegen die Rekonstruktion. Nachdem sie sich in der Beratung mit dem kulturellen Zwang, die Jungfräulichkeit beweisen zu müssen, auseinandergesetzt hatten, beschlossen sie, nichts weiter zu unternehmen. Ihre Äußerungen zeigen das gewachsene Selbstvertrauen: „ich möchte nicht mehr Teil dieses Versteckspiels sein“; „Ich habe nichts getan, wofür ich mich schämen muss“; „Ich werde ihm die Wahrheit sagen“. Zehn weitere Frauen entschieden sich nach dem ersten Besuch, statt des Eingriffs andere Möglichkeiten zu nutzen.

55 Frauen kamen zum zweiten Besuch. Fünf von diesen Frauen entschieden sich gleich nach diesem Besuch gegen den Eingriff, weil sie andere Möglichkeiten nutzen wollten. Beim dritten Besuch entschieden sich 26 anschließend gegen eine Rekonstruktion. Drei davon sahen bei der Untersuchung, dass sie ein Hymen ohne Kerben oder Einrisse hatten. Von diesen 26 Frauen konnten elf einige Wochen später noch einmal kontaktiert werden. Die Mehrzahl war in der Hochzeitsnacht so sehr mit ihrer Jungfräulichkeit beschäftigt, dass sie die Situation nicht genießen konnte. Die meisten hatten beim ersten Geschlechtsverkehr Schmerzen. Keine wurde vom Ehemann beschuldigt, nicht mehr Jungfrau zu sein. Allerdings wurde eine im Ausland geplante Hochzeit abgesagt, weil ein dortiger Arzt der betroffenen Frau bescheinigt hatte, sie sei keine Jungfrau mehr.

Die meisten dieser Frauen fanden für sich passendere Alternativen als die Operation, zum Beispiel gar nichts zu tun, andere Möglichkeiten zu nutzen, um eine Blutung vorzutäuschen und den Beckenboden anzuspannen, um eine enge Vagina vorzutäuschen.

Es blieben 24 Frauen, die sich schließlich für die Hymenrekonstruktion entschieden, die meisten hauptsächlich aus emotionalen Gründen. Sie sagten zum Beispiel: „Jetzt weiß ich, dass das alles ein Mythos ist, völliger Unsinn, unsere Männer sind ignorant und wir müssen ihre Dummheit ausbaden, aber ... ich muss damit leben. Es ist unsere Kultur und durch die Operation habe ich das Gefühl, alles getan zu haben, was ich konnte“.

Sicherheitshalber bekamen auch diese Frauen Informationen über andere Möglichkeiten, eine Blutung vorzutäuschen, da der Eingriff keine Blutung garantiert. Mit 19 dieser Frauen konnte nach der Hochzeit ein Gespräch geführt werden. Nur zwei von ihnen hatten in der Hochzeitsnacht geblutet.

Zufriedenheit der Frauen

Nachdem sie sich entschieden hatten, wurden die Frauen beim dritten Besuch nach ihrer Zufriedenheit mit der Beratung gefragt. Die meisten Frauen waren sehr zufrieden mit dem gesamten Ablauf. Besonders positiv wurde beim ersten Besuch bewertet, über ihre Geschichte sprechen zu können. Beim zweiten Besuch wurde die Untersuchung mit einem Spiegel besonders geschätzt. Bereits beim ersten Besuch hatten viele Frauen beim Betrachten der Fotos von der Vulva und dem Hymen ungläubiges Staunen geäußert: „Sehe ich wirklich so aus?“; „Ist es so eng?“; „Wo ist die Öffnung?“. Die größte Überraschung bei der gynäkologischen Untersuchung war für sie, dass sie die „Enge“ durch Anspannen der Beckenbodenmuskeln kontrollieren konnten. Selbst die Frauen, die trotz Hymenrekonstruktion nicht bluteten, waren mit dem gesamten Ablauf sehr zufrieden. 13 der 19 Frauen mit einem Eingriff würden >>

sich wieder dafür entscheiden. Sechs Frauen würden sich rückblickend anders entscheiden, bereuten den Eingriff jedoch nicht.

Schlussfolgerungen

Viele Frauen, die eine Hymenrekonstruktion wünschen, haben sexuellen Missbrauch erlebt. Überdurchschnittlich viele hatten einen Schwangerschaftsabbruch, wahrscheinlich, weil Geheimhaltung oder unfreiwilliger Sex die Anwendung von Verhütungsmitteln verhindert hatten.

Viele Frauen waren verzweifelt darüber, dass ihre sexuelle Vergangenheit bekannt werden könnte. Einige wurden in der Familie „Kreuzverhören“ ausgesetzt, ihnen wurden Zwangsuntersuchungen und Gewalt angedroht. Bei ihrem ersten Besuch waren alle Studienteilnehmerinnen überzeugt, dass eine Operation die einzige Lösung für ihre Probleme sei.

Anders als in der (spärlichen) Literatur zu diesem Thema zeigte sich in dieser Untersuchung, dass beim Wunsch nach Hymenrekonstruktion nicht nur die Erwartung bestand, zu bluten, sondern oft auch die Sorge, der Partner könne fühlen, dass eine Frau keine Jungfrau ist.

Bei den meisten konnten Mythen und falsche Vorstellungen über das Hymen und Jungfräulichkeit korrigiert werden. Trotz der neuen Einsichten, dass die verbreiteten Vorstellungen vom ‚Bluten‘ und ‚Engsein‘ falsch waren – tatsächlich hatte fast die Hälfte von ihnen beim ersten Geschlechtsverkehr nicht geblutet – hielten jedoch viele an der Überzeugung fest, dass sie ‚wegen ihrer Kultur‘ in der Hochzeitsnacht bluten und ‚eng‘ sein mussten. Trotzdem begrüßten sie Vorschläge, diese Probleme durch Anspannen des Beckenbodens oder andere Möglichkeiten, das Laken rot zu färben, lösen zu können. Bei den meisten führte das gewonnene Wissen und Selbstvertrauen dazu, sich gegen den Eingriff zu entscheiden, den sie vorher als einzige Lösung für ihre Probleme betrachtet hatten. Nur 24 der 82 Frauen blieben bei ihrer Entschei-

dung für den Eingriff. Sie waren froh darüber, obwohl sie oft zusätzlich Tricks anwenden mussten, um die Jungfräulichkeit vorzutäuschen, da sie trotz des Eingriffs nicht bluteten. Daher sollten auch Frauen, die sich für die Rekonstruktion entscheiden, über die Möglichkeiten, eine Blutung vorzutäuschen, informiert werden.

Alle Frauen, die an der Studie teilgenommen haben, sahen ihre Probleme als Folge der frauenfeindlichen Haltung, Ignoranz und doppelten Moral von Männern. Die Korrektur von Mythen und falschen Vorstellungen über das Hymen und Jungfräulichkeit kann dazu beitragen, die Vorstellungen der Frauen zu verändern, aber nicht die der Männer. Um deren falsche Überzeugungen (und die einiger Ärzte) zu verändern, sind pädagogische Ansätze notwendig.

Jungfräulichkeit ist kein anatomischer Zustand, der durch eine körperliche Untersuchung festgestellt werden kann, sondern eine psychosoziale Angelegenheit. Da das Aussehen des Hymen nicht zeigt, ob eine Frau Geschlechtsverkehr hatte, wird ÄrztInnen dringend davon abgeraten, Begriffe wie ‚intaktes Hymen‘ zu benutzen.

Anmerkung: Der Beitrag wurde von Helga Seyler übersetzt und bearbeitet. Der Originalbeitrag in englischer Sprache von Bianca van Moorst und Rik van Lunsen kann beim pro familia Bundesverband unter info@profamilia angefordert werden. ■

Endnoten

1 Department of Obstetrics and Gynaecology, St Lucas/Andreas Hospital, Amsterdam, Niederlande

2 Department of Sexology and Psychosomatic Ob/Gyn, Division of Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, Niederlande

3 Bei einem deutlich sichtbaren Hymen ist eine einfache Hymenrekonstruktion entsprechend der ‚Pariser Methode‘ die bevorzugte Technik (Lammes 2003). Bei diesem Eingriff werden zwei Inzisionen beidseits der größten vorhandenen Kerbe gemacht, die durch feine Nähte zusammengenäht werden. Wenn keine dafür geeigneten Kerben vorhanden sind, wird eine kleine hintere Scheidenplastik zur Verengung des Introitus durchgeführt. Der Eingriff sollte nicht früher als 2 Wochen vor der Hochzeit durchgeführt werden, um die Chance auf eine Blutung zu erhöhen, aber auch nicht viel später, damit keine Reste der Nähte mehr sichtbar sind.

Literatur

Adams JA, Botash AS, et al. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 280-5

Feitsma AH, Kagie MJ. NVOG Standpunt hymenreconstructie. Nederlandse Vereniging Voor Obstetrie en Gynaecologie, (Guideline hymen reconstruction. Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology). Utrecht: NVOG 2004

Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *J Sex Med* 2011; 8: 1813-25

Knöfel Magnuson A. Vaginal corona; myths surrounding virginity - Your questions answered. RSFU, 2009. Accessed 13 August 2011 from : http://www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/Praktikor/praktika-Vaginal_corona2009.pdf?epslanguage=sv

Helgesson G, Lynöe N. Should physicians fake diagnoses to help their patients? *J Med Ethics* 2008; 34: 133-6

Lammes FB. Chirurgische mogelijkheden bij virgoproblematiek (Hymenal reconstruction; surgical possibilities). *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2003; 116: 9-10

Loeber O. Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus; Een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen. (About the sword and the sheet; blood loss and pain at first coitus. A study of women with different cultural backgrounds.) *Tijdschrift voor Seksuologie* 2008;32:129-37

Van Lunsen RHW, van Moorst BR. De gynaecoloog, het hymen, maagdelijkheid en verzoeken tot hymenherstel. (The gynaecologist, the hymen, virginity and hymen reconstruction). *NTOG* 2012; 125: 368-374

Van Moorst BR, van Lunsen RHW, et al. Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012; 17: 93-105

Broschüre: „Das Jungfernhütchen. Falsche Vorstellungen und Fakten.“

Auf der Basis einer Broschüre der niederländischen Organisation Rutgers WPF „Facts and Fiction about the Hymen“ hat Terre des Femmes eine Broschüre in deutscher Sprache für Frauen und Mädchen herausgegeben. Sie geht auf die Ängste der Jugendlichen ein, thematisiert verschiedene Sichtweisen zur Jungfräulichkeit und bietet ausführliche Informationen zum Jungfernhütchen.

Bestellung: www.frauenrechte.de/jungfrau

Download: http://frauenrechte.de/online/images/downloads/ehrgewalt/hymen/broschuere_jungfernhautchen-2011.pdf

AKTUELLE INFORMATION

HIV-Prävention mit antiretroviralen Medikamenten

Helga Seyler

Antiretrovirale Medikamente (ART) sind sehr effektiv in der Kontrolle von HIV-Infektionen und können die Entwicklung von Aids-Erkrankungen weitgehend verhindern. Dass sie darüber hinaus auch eine Infektion mit HIV verhindern können, ist schon seit Jahren bekannt. In der Postexpositionsprophylaxe (PEP) werden sie mit diesem Ziel eingesetzt – zum Beispiel nach Kontakt mit infektiösem Blut oder nach sexuellem Kontakt mit einer HIV-infizierten Person. Ein weiteres Einsatzgebiet ist die Reduktion der Übertragung von HIV-Infektionen unter der Geburt von der Mutter auf das Kind. Durch die ART konnte die Übertragungsrate bei guter medizinischer Versorgung auf unter 1 Prozent gesenkt werden. Auch bei Säuglingen, die mangels geeigneter Babynahrung gestillt werden, konnte eine prophylaktische ART die Infektionsrate reduzieren.

Die sogenannten Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist ein weiterer Bereich, in dem antiretrovirale Medikamente bereits seit einigen Jahren eingesetzt werden, bisher vorwiegend bei Paaren mit Kinderwunsch und einem HIV-infizierten Partner (serodiskordante Paare¹).

Bisher war keines der antiretroviralen Medikamente für diese Anwendungen zugelassen und der Einsatz erfolgte off-label. Nun wurde vor einigen Monaten in den USA erstmals eine Kombination aus zwei Substanzen (Tenofovir und Emtricitabine, Handelsname Truvada[®]) zur PrEP, das heißt zur dauerhaften Anwendung bei Menschen mit hohem Infektionsrisiko zugelassen.



Studien zur Effektivität

Eine Reihe von Studien zeigt, dass eine PrEP in der Form einer Tabletteneinnahme oder als Vaginalgel die Rate an HIV-Infektionen senken kann. Untersucht wurde entweder Tenofovir allein oder in Kombination mit Emtricitabine (Truvada®). Die Studien wurden bzw. werden mit verschiedenen Zielgruppen durchgeführt: in serodiskordanten Partnerschaften, bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) und bei Frauen, die durch Sex-Arbeit oder das Leben in einem Umfeld mit hoher HIV-Prävalenz ein hohes Infektionsrisiko haben.

Mit einem Tenofovir-haltigen Gel, das vor und nach dem Koitus angewendet wurde, konnte das Infektionsrisiko bei Frauen in Südafrika gegenüber einer Gruppe mit einem wirkstofffreien Gel von 9,1 auf 5,6 /100 Frauenjahren reduziert werden. Das entspricht einer Reduktion um 39 Prozent (Abdool Karim 2010).

Das Kombinationspräparat Truvada® konnte die Infektionsrate bei verschiedenen Zielgruppen (MSM, serodiskordante Paare) um 44 bis 75 Prozent senken, in absoluten Zahlen um etwa 1 bis 2 Infektionen pro 100 Personenjahre (Grant 2010, Baeten 2012, Thigpen 2012). Auch mit oral angewendetem Tenofovir konnte das Risiko in einer Studie gesenkt werden (Baeten 2012).

Allerdings gibt es auch Studien, in denen die PrEP mit Tenofovir oder Truvada® keine Wirkung zeigte und die Infektionsraten im Vergleich zur Placebogruppe nicht reduziert werden konnten (van Damme 2012, Baeten 2012). Weitere Studien sind geplant oder werden gerade durchgeführt, um die Wirksamkeit der PrEP weiter zu klären.

Die Bedeutung von Adhärenz²

Es ist wahrscheinlich, dass die Effektivität der PrEP von der konsequenten, regelmäßigen Anwendung der Medikamente abhängig ist, die – auch unter Studienbedingungen – schwer zu erreichen ist. In den Studien, in denen die PrEP nicht wirksam war, war die Anwendungstreue wohl besonders

schlecht. Auch in Studien, die die Wirksamkeit der PrEP belegen, war die Risikoreduktion bei den StudienteilnehmerInnen mit konsequenter Einnahme deutlicher ausgeprägt.

Daher befassen sich weitere Studien mit der Frage, welche Anwendungsformen am ehesten konsequent einzuhalten sind. Möglicherweise ist die Motivation höher, wenn die Anwendung im unmittelbaren Zusammenhang mit der sexuellen Aktivität steht (vor und nach dem Geschlechtsverkehr). Dagegen spricht die Schwierigkeit, sexuelle Aktivitäten lange genug im Voraus zu planen und rechtzeitig einige Stunden vorher das Medikament einzunehmen.

Dass eine intermittierende Einnahme wirksam sein kann, zeigt die Studie mit Tenofovir-Gel (Abdool Karim 2010), weitere Studien auch zur situationsbezogenen oralen Anwendung sind geplant. In einer Beobachtungsstudie wurde bei Kinderwunsch eine PrEP mit Tenofovir jeweils vor dem Eisprung durchgeführt. Bei keinem von 46 Paaren kam es zu einer Infektion, allerdings war das Risiko sehr gering, da die Partner konsequent behandelt wurden und keine nachweisbare Viruslast hatten (Vernazza 2011).

Risiken

Die bei der PrEP eingesetzten Medikamente sind gut verträglich und in den Studien wurde eine geringe Rate von Nebenwirkungen dokumentiert. Übelkeit und Durchfall traten etwas häufiger auf, als in der Placebogruppe und waren meist auf die ersten Wochen begrenzt. Während der Einnahme wurde in einigen Studien ein geringer Rückgang der Knochenmasse beobachtet (Liu 2011). Eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion, die bei der Behandlung von Menschen mit HIV-Infektion mit Truvada® gelegentlich beobachtet wurde, trat in den PrEP-Studien nicht auf. Ein weiteres Risiko ist die Erzeugung von Resistenzen der HI-Viren gegenüber diesen Medikamenten, wenn es trotz der PrEP zu einer HIV-Infektion kommt.

Begleitende Maßnahmen zur PrEP

Die Zulassung von Truvada® zur PrEP wurde in den USA an einen begleitenden Maßnahmenkatalog gekoppelt. Dieser umfasst ein Trainingsprogramm für ÄrztInnen zur Beratung von PatientInnen. Vor Therapiebeginn ist ein negativer HIV-Test obligatorisch, der dann mindestens alle drei Monate wiederholt werden muss.

Die Beratung potentieller AnwenderInnen soll folgende Schwerpunkte umfassen: die Minimierung von Infektionsrisiken sowie die Motivierung zu Kondomnutzung und Safer Sex, die Bedeutung der regelmäßigen Einnahme von Truvada® und die Risiken der Anwendung.

Da bei einer neu auftretenden Infektion die weitere Einnahme von Truvada® allein häufig zu Resistenzentwicklungen führt, muss das Medikament in diesem Fall abgesetzt werden. Orientiert an den Laborwerten muss über die Notwendigkeit einer Behandlung mit einer Medikamente-Kombination entschieden werden.

Kein Ersatz für bisherige Präventionsstrategien

Die PrEP wird nicht als Ersatz sondern als Ergänzung zu den bisherigen Möglichkeiten der Prävention gesehen. So wurden in allen Studien die TeilnehmerInnen zur Kondombenutzung motiviert und bekamen kostenlose Kondome zur Verfügung gestellt.

Testen und Beraten

Ein wesentlicher Bestandteil von Präventionsstrategien ist das regelmäßige Angebot eines HIV-Tests bei Menschen mit hohem Infektionsrisiko. Es hat sich gezeigt, dass das Wissen um die eigene HIV-Infektion Menschen eher zur Kondomnutzung oder Anwendung anderer Maßnahmen zum Schutz potentieller PartnerInnen motiviert als wenn der HIV-Status nicht bekannt ist. Der Test soll in ein umfassendes Beratungsangebot zu möglichen Präventionsmaßnahmen und mit Unterstützungsangeboten für den Umgang mit dem jeweiligen Ergebnis eingebettet sein.

Die meisten Menschen überschätzen die Übertragungsrate von HIV-Infektionen und gehen fälschlich davon aus, dass die Infektion in einer Partnerschaft innerhalb kurzer Zeit übertragen wird und daher immer beide Partner HIV-positiv sind. Diese Fehlannahme reduziert die Motivation, Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Tatsächlich beträgt die Übertragungsrate ohne ART etwa 12 Prozent pro Jahr. Wenn die HIV-Infektion behandelt wird, werden pro Jahr 4 bis 9 Prozent der Partner infiziert, bei umfassender Beratung und Versorgung mit kostenlosen Kondomen sind es 2 Prozent.

Kondome

Kondome bleiben weiterhin ein zentraler Bestandteil der Prävention. Trotz weltweiter Akzeptanzkampagnen und Verteilung von Kondomen konnte diese Strategie allein die Verbreitung von HIV-Infektionen nicht kontrollieren. Das liegt wohl in erster Linie daran, dass zwar das Wissen über und die Nutzung von Kondomen stark zugenommen hat, die regelmäßige Anwendung bei jeder sexuellen Aktivität jedoch selten gelingt.

Wie effektiv Kondome bei korrekter und konsequenter Anwendung vor HIV-Infektionen schützen, ist daher nicht genau zu ermitteln. Die vorhandenen Daten stützen sich auf Beobachtungsstudien, in denen die Kondombenutzung meist retrospektiv erfragt wird, daher könnten die Angaben nicht immer korrekt sein. Bei serodiskordanten Paaren, die angaben, Kondome immer zu benutzen, zeigen diese Studien eine um etwa 80 Prozent geringere Übertragungsrate von 1,14 / 100 Personenjahre im Vergleich zu Paaren, die angaben, nie Kondome zu benutzen mit einer Infektionsrate von 5,75 / 100 Personenjahren (Weller 2009). Damit ist die maximale Effektivität höher als die einer PrEP, zu einem Bruchteil der Kosten und ohne gesundheitliche Risiken.

Behandlung von HIV-Infizierten

Als weitere Strategie zur Prävention von HIV-Infektionen hat sich die frühzeitige Therapie von infizierten Personen erwiesen. Es ist schon seit **>>**

einigen Jahren bekannt, dass die ART das Risiko, andere Menschen mit HIV anzustecken, deutlich senkt. Eine Studie zeigte nun, dass sie das Infektionsrisiko für die PartnerInnen um 94 Prozent reduzieren kann (Cohen 2011). Daher sollte beim Abwägen des optimalen Zeitpunkts für den Beginn einer ART neben gesundheitlichen Aspekten der infizierten Person selbst auch das Infektionsrisiko aktueller (und potentieller) PartnerInnen einbezogen werden. Dennoch kann in vielen Regionen aus finanziellen Gründen die ART nur nach sorgfältiger Abwägung des größten Nutzens bei wenigen Menschen erfolgen.

Die PrEP ist kostengünstiger als die Behandlung einer bestehenden HIV-Infektion, da sie nur mit einem oder zwei Medikamenten durchgeführt wird, während bei ART immer drei Medikamente gleichzeitig genommen werden müssen, um Resistenzentwicklung vorzubeugen.

Empfehlungen der WHO zur PrEP

Parallel zur Zulassung von Truvada® zur PrEP in den USA wurden von der WHO Leitlinien zum Einsatz dieser präventiven Maßnahme veröffentlicht, die in den begleitenden Maßnahmen zur Zulassung umgesetzt werden. Die WHO weist darauf hin, dass bisher nur begrenztes Wissen über einzelne Zielgruppen der PrEP (Menschen in serodiskordanten Partnerschaften, MSM) vorhanden ist. Für andere Risikogruppen und vor allem zur Anwendung außerhalb von kontrollierten klinischen Studien gibt es bisher keine Erfahrungen, um den Nutzen der PrEP abschätzen zu können. Daher setzt sich die WHO für die Durchführung von weiteren Studien und Pilotprojekten ein, um den Nutzen und die Anwendbarkeit der PrEP unter unterschiedlichen Bedingungen zu klären.

Derzeit gibt die WHO eine eingeschränkte Empfehlung, die PrEP bei serodiskordanten Paaren und MSM einzusetzen und betont, dass dies im Rahmen aller präventiven Maßnahmen geschehen soll. ■

Endnoten

1. Der Begriff serodiskordant bezeichnet unterschiedliche Befunde bei der Untersuchung des Serums von Paaren, hier den HIV-Antikörpernachweis bei nur einem Partner. Quelle: Deutsche AIDS-Hilfe, Glossar)
2. Als Adhärenz bezeichnet man in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Das Konzept berücksichtigt damit, dass viele Faktoren für die Umsetzung der Therapieempfehlungen wichtig sind. Der Begriff Adhärenz erweitert das Konzept der Compliance, die einseitig auf PatientInnen fokussiert.

Literatur

- Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science* 2010; 329: 1168–1174.
- Baeten J, Celum D. Oral antiretroviral chemoprophylaxis: current status. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2012; 7: 514-519
- Baeten JM, Donell D, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J of Med* 2012; 367: 399-410
- Cohen MS, Chen YQ, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 493–505.
- Grant RM, Lama JR, et al. iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med* 2010; 363:2587–2599.
- Liu AY, Vittinghoff E, et al. Bone mineral density in HIV-negative men participating in a tenofovir pre-exposure prophylaxis randomized clinical trial in San Francisco. *PLoS one* 2011; 6: e23688
- Thigpen MC, Kebaabetswe PM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012; 367:423-434
- Van Damme L, Corneli A, et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med* 2012; 367: 411-422
- Vernazza PL, Graf I, et al. Preexposure prophylaxis and timed intercourse for HIV-discordant couples willing to conceive a child. *AIDS* 2011; 25: 2005-8.
- Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Cochrane review). *The Cochrane Library* 2009; Issue 1.
- WHO. Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: Recommendations for use in the context of demonstration projects. July 2012

AKTUELLE INFORMATIONEN

Die „Pille“ in den USA bald rezeptfrei?

Ines Thonke

Die größte frauenärztliche Fachgesellschaft in den USA (The American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG) spricht sich in einer Stellungnahme vom Dezember 2012 für die rezeptfreie (Over-the Counter, OTC) Verfügbarkeit von oralen Kontrazeptiva aus. Begründet wird die Empfehlung einerseits mit der in den USA nach wie vor hohen Zahlen ungewollter Schwangerschaften und andererseits mit wissenschaftlichen Daten, die die Sicherheit der rezeptfreien Vergabe belegen.

Einstellung der Frauen

Befragungen belegen das Interesse der Frauen daran, hormonelle Verhütungsmittel ohne Rezept in der Apotheke kaufen zu können. Insbesondere für Frauen ohne Krankenversicherung wäre dieser Zugang wichtig. In einer Befragung in den USA äußerte fast die Hälfte dieser Frauen, dass sie die Pille, das Pflaster oder den Vaginalring bei rezeptfreier Vergabe anwenden würden. Eine weitere Studie ergab, dass 60 Prozent der Frauen, die keine zuverlässige Verhütungsmethode anwendeten, dies eher tun würden, wenn sie hierfür kein Rezept bräuchten. ApothekerInnen zeigen eine hohe Bereitschaft, die rezeptfreie Vergabe umzusetzen.

Sicherheit der rezeptfreien Vergabe

ACOG hat die aktuelle Datenlage zur rezeptfreien Vergabe hormoneller Verhütung sorgfältig geprüft. Die am häufigsten genannten Sicherheitsbedenken betreffen das Thromboserisiko. Die Fachgesellschaft weist darauf hin, dass Thromboembolien im Zusammenhang mit hormoneller Verhütung insgesamt sehr selten auftreten, auch im Vergleich zum deutlich höheren Risiko während der Schwanger-

schaft und im Wochenbett. Ein weiteres Argument gegen den OTC-Zugang ist, dass Frauen gesundheitliche Risiken, die gegen die Einnahme sprechen, nicht beurteilen können. Die amerikanische Fachgesellschaft nennt zahlreiche Untersuchungen, die diese Bedenken ausräumen: mittels Checkliste oder Fragebogen können Frauen diese Risiken ebenso zutreffend zu bewerten wie ÄrztInnen. ACOG verweist darauf, dass zum Beispiel rezeptfrei verfügbare Schmerzmittel keineswegs ohne Risiken sind.

Kontrazeptive Adhärenz und Einnahmekontinuität

Auf die Kontinuität der Anwendung scheint die rezeptfreie Vergabe allerdings einen geringeren Einfluss zu haben als die Anzahl der vergebenen bzw. verordneten Monatspackungen. Frauen, die hormonale Verhütung für jeweils 6 bis 7 Monate erhielten, nahmen sie deutlich öfter mindestens 6 Monate lang als Frauen, die nur 3 Monatspackungen erhielten. Besonders ausgeprägt war dieser Effekt bei Frauen unter 18 Jahren.

Prävention und Früherkennung

Eine weitere Sorge ist, dass Frauen seltener an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen würden, wenn sie hormonelle Verhütungsmittel ohne Rezept bekämen. Solche Untersuchungen sind jedoch keine medizinisch notwendige Voraussetzung für die Anwendung. Eine aktuelle Studie zeigte außerdem, dass Frauen in den USA, die sich die Pille im Ausland rezeptfrei besorgen konnten, nicht seltener an Untersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs oder sexuell übertragbare Infektionen teilnahmen, als Frauen, die dafür ein Rezept benötigten.

Kosten

In den USA ist die Kostenerstattung für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel nicht einheitlich geregelt. In zirka 29 der 50 Bundesstaaten werden die Kosten zum Beispiel von privaten Versicherungen übernommen. Eine Aufhebung der Verschreibungspflicht könnte sich daher für einige Frauen negativ auswirken. Daher sollten



Kostenregelungen bei der Aufhebung der Verschreibungspflicht und der Überarbeitung von Versorgungsrichtlinien unbedingt berücksichtigt werden.

Fazit

Mit dem Ziel, den Zugang zu zuverlässiger Verhütung zu verbessern und auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Daten kommt die ACOG zu folgenden Empfehlungen

- Bei Abwägung von Nutzen und Risiken überwiegt der Nutzen der OTC-Vergabe
- Mittels Checkliste sollten Frauen ihre Kontraindikationen selbst prüfen
- Bedenken bestehen in Bezug auf die Vergütung der ApothekerInnen, die Kostenerstattung durch Versicherungen und die Möglichkeit, dass Apotheken die Vergabe verweigern.
- Screening auf Gebärmutterhalskrebs ist keine medizinische notwendige Voraussetzung für die Anwendung hormoneller Verhütungsmittel
- Die Kontinuität der Anwendung ist höher, wenn Frauen Pillenpackungen für mehr als drei Monate erhalten

Anmerkung der Redaktion:

Der Zusammenhang zwischen kontinuierlicher Anwendung von Verhütung und der Anzahl der verordneten Monatspackungen sollte auch für FrauenärztInnen in Deutschland ein Grund sein, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch umzusetzen und in der Regel Rezepte für 6 Monatspackungen auszustellen. ■

Literatur

ACOG. *Over-the-counter access to oral contraceptives. Committee Opinion Nr. 544. December 2012*

http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Gynecologic_Practice/Over-the-Counter_Access_to_Oral_Contraceptives

HINWEIS

Pille danach kontrovers

Mit der Bitte, den Antrag auf Rezeptfreiheit der Pille danach negativ zu bescheiden, hat der Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in einem Offenen Brief auf den Antrag von der Abgeordneten des Deutschen Bundestags Mechthild Rawert et al. und der Fraktion der SPD reagiert. Der pro familia Bundesverband hat den dort formulierten Argumenten fachlich widersprochen. Der pro familia Kommentar ist auf der pro familia Webseite abrufbar.

Quellen: Deutscher Bundestag: Drucksache 17/11039 vom 17. Oktober 2012: Rezeptfreiheit von Notfallkontrazeptiva – Pille danach – gewährleisten.

Offener Brief von BVF und DGGG zur Rezeptfreiheit von Levonorgestrel, 11.12.2012 <http://www.dggg.de/publikationen/stellungnahmen/>

*www.profamilia.de/pro-familia/kampagne-pille-danach/hintergrundinformationen
Pille danach rezeptfrei – pro familia Kommentar zum Offenen Brief des BVF und der DGGG vom 9. November 2012*

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

Redaktion

Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, pro familia Bundesverband

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen

Erscheinungsweise: vierteljährlich
© 2013 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

