

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

SCHWERPUNKT

Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus

Helga Seyler

Seit dem letzten Jahr wächst die Zahl von Flüchtlingen in Deutschland. Die Politik ist gefordert, ihre Versorgung sicher zu stellen. Außer der Unterbringung ist auch die gesundheitliche Versorgung ein Problem. Selbst die Behandlung von Notfällen und akuten Krankheiten kann nicht sichergestellt werden, und die sexuelle und reproduktive Gesundheit gerät in den Hintergrund.

Lediglich die Schwangerenvorsorge findet bei der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen vorrangige Berücksichtigung. Wichtige Versorgungsfragen und Bedarfe im Zusammenhang mit Empfängnisverhütung, Diagnostik, Behandlung

und Prävention von STD, ungewollten Schwangerschaften sowie unerfülltem Kinderwunsch stehen hinter als dringlicher wahrgenommenen Problemen zurück.

Internationale Organisationen wie die Vereinten Nationen und die WHO betonen das Recht auf Zugang zur Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit auch für Flüchtlinge (IAWG 2010). Auch das hohe Risiko von sexueller Gewalt und ihren Folgen muss bei der Versorgung berücksichtigt werden.

Dieser Beitrag gibt einen aktuellen Überblick über die Regelungen und die Organisation der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen ohne Krankenversicherung mit dem Fokus auf sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Flüchtlinge, die in Deutschland registriert werden und einen Asylantrag oder Antrag auf Duldung stellen, haben entsprechend dem AsylbLG Anspruch auf gesundheitliche Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Auch präventive Leistungen wie Schwangerenvorsorge, Impfungen



SCHWERPUNKT

Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus Seite 1

Sexuelle und reproduktive Gesundheit bei MigrantInnen Seite 5

SCHWERPUNKT / AKTUELLE INFORMATION

Gewalterfahrung und Traumatisierung von Flüchtlingen Seite 9

WHO: Häusliche Gewalt Seite 11

Langzeitverhütungsmethoden Seite 12

und Früherkennungsuntersuchungen werden finanziert. Darüber hinaus können „sonstige Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind...“ gewährt werden. Diese müssen aber vorab bei den Sozialämtern beantragt werden, und die Übernahme der Kosten steht im Ermessen der SachbearbeiterInnen. Das bedeutet, dass medizinisch nicht fachkundige Personen über die Gewährung solcher Leistungen entscheiden.

Versorgt werden die Menschen in den Arztpraxen und Krankenhäusern der Regelversorgung, die Kosten tragen die Sozialämter. Die Abrechnung wird regional unterschiedlich organisiert: In einigen Regionen werden die Flüchtlinge bei einer gesetzlichen Krankenkasse angemeldet und bekommen eine Versichertenkarte, andere Kommunen geben Behandlungsscheine aus, mit denen ÄrztInnen ihre Leistungen direkt mit dem Sozialamt abrechnen können.

Derzeit sind viele Kommunen schon mit der Unterbringung ankommender Flüchtlinge stark überlastet. Noch schwieriger gestaltet sich die Organisation der gesundheitlichen Versorgung, und es kann einige Wochen bis Monate dauern, bis die Flüchtlinge einen Versicherungsnachweis oder Behandlungsschein bekommen und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen können. In dieser Zeit können sie allenfalls Notfallsprechstunden aufsuchen, die in vielen Erstaufnahmeeinrichtungen durch externe ÄrztInnen angeboten werden, oder sie nutzen – wenn vorhanden – entsprechende Netzwerke, die gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung organisieren und leisten. Diese meist ehrenamtlich arbeitenden Netzwerke geraten jedoch bereits durch die Versorgung von nicht registrierten Flüchtlingen an ihrer Leistungsgrenze und werden durch die zusätzliche Inanspruchnahme ebenfalls überfordert.

Grundsätzlich haben auch nicht registrierte Flüchtlinge und Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus Anspruch auf Leistungen des AsylbLG. Diesen Anspruch können sie allerdings kaum

geltend machen, da sie die Kostenübernahme für gesundheitliche Versorgung bei den Sozialämtern beantragen müssen. Da diese verpflichtet sind, die dabei erfassten Daten an die Ausländerbehörde zu melden, hätte dies eine Abschiebung zur Folge. Nur in Notfällen können Behandlungen direkt geleistet und die Kosten nachträglich von den Sozialämtern erstattet werden. In diesen Fällen dürfen die Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden. Meist scheidet die Erstattung jedoch an bürokratischen Hindernissen, da die Sozialbehörden die Übernahme der Kosten davon abhängig machen, dass zum Nachweis der Bedürftigkeit viele Daten über die PatientInnen vorgelegt werden. Diese zu erheben, ist für die Behandler in der Regel nicht möglich.

Aus Angst vor einer drohenden Abschiebung meiden Menschen ohne Papiere den Kontakt mit Behörden und nutzen, soweit vorhanden, ehrenamtliche und gemeinnützige Netzwerke.

MigrantInnen aus EU-Staaten

Viele MigrantInnen kommen aus EU-Staaten nach Deutschland. Sie halten sich – mit einigen Einschränkungen – legal in Deutschland auf, ihre Ansprüche auf Sozialleistungen und Krankenversicherung sind aber stark begrenzt. Zwar gelten Abkommen, nach denen die Krankenversicherungen im Herkunftsland die Kosten für die gesundheitliche Versorgung in Kooperation mit gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland übernehmen, in der Praxis gibt es aber zahlreiche Hürden bei der Umsetzung dieser Regelungen. Zum Beispiel sind viele der MigrantInnen im Herkunftsland nicht versichert oder verfügen nicht über einen gültigen Nachweis dieser Versicherung. Oft ist der Umfang der Leistungen auch beschränkt, und die gesetzlichen Versicherungen in Deutschland fordern aus diesem Grund bei teuren und nicht dringlichen Behandlungen eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenversicherung im Herkunftsland.

Wenn MigrantInnen in Deutschland in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt sind, werden

sie vom Arbeitgeber gesetzlich versichert. In welchen Lebenslagen jedoch arbeitslose MigrantInnen Anspruch auf Sozialleistungen und darüber Zugang zu einer Krankenversicherung in Deutschland haben, ist eine sehr komplexe Frage, die nationale und europäische Gerichte beschäftigt¹. Faktisch haben daher viele MigrantInnen aus EU-Staaten in Deutschland keine Krankenversicherung.

Eine weitere Gruppe von MigrantInnen sind keine EU-BürgerInnen, sie sind aber über andere EU-Länder eingereist und wurden dort bereits registriert. Auch sie werden auf die Leistungen in diesen Ländern verwiesen und erhalten nur in Ausnahmen Sozialleistungen und gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Netzwerke für die gesundheitliche Versorgung ohne Krankenversicherung

In vielen Regionen gibt es Netzwerke von ÄrztInnen und Praxen, die kostenlos oder gegen geringe Gebühren Menschen ohne Krankenversicherung behandeln. Ehrenamtlich organisierte Büros der medizinischen Flüchtlingshilfe (Medibüros) koordinieren diese Versorgung. Sie sind Anlaufstellen für die Hilfesuchenden und vermitteln sie an ÄrztInnen oder andere Einrichtungen. Sie haben Spendenfonds eingerichtet, aus denen, soweit die Mittel reichen, auch Kosten für Behandlungen, Medikamente oder Hilfsmittel übernommen werden können.

In den letzten Jahren haben darüber hinaus gemeinnützige Organisationen wie zum Beispiel der Malteser Hilfsdienst oder das Diakonisches Werk Anlaufstellen eingerichtet, in denen ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen – ehrenamtlich oder auf Honorarbasis – Sprechstunden anbieten. Oft bieten diese Stellen auch Sozialberatung an, um die Möglichkeiten einer Krankenversicherung zu klären. Außerdem kooperieren sie wie die Medibüros mit einem Netz ehrenamtlicher professioneller UnterstützerInnen in Praxen und Kliniken, die im Einzelfall kostenlose oder kostengünstige Untersuchungen und Behandlungen ermöglichen.

Auch einige staatliche Einrichtungen wie Gesundheitsämter haben ihre Angebote – spezielle Leistungen wie zum Beispiel Impfungen oder Diagnostik und Behandlung von STD – für alle Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus oder einer Krankenversicherung geöffnet. Einige Stellen haben, der Not der Nachfrage folgend, ihre Angebote erweitert, und gynäkologische bzw. allgemeinmedizinische Sprechstunden eingerichtet. Beispiele dafür sind die Humanitären Sprechstunden in Frankfurt und Bremen.

In den letzten Jahren wurde die Notwendigkeit der gesundheitlichen Versorgung von nicht registrierten MigrantInnen zunehmend als staatliche Aufgabe erkannt. In den Bundesländern und Kommunen werden verschiedene Wege diskutiert, diese Versorgung zu gewährleisten, bisher jedoch ohne konkrete Umsetzung. Eine Ausnahme ist Hamburg, wo vor drei Jahren ein Modellprojekt eingerichtet wurde. Die staatlich finanzierte Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern bietet Beratung und Unterstützung zur Klärung von Ansprüchen auf Gesundheitsversorgung durch eine gesetzliche Krankenversicherung oder das Sozialamt an. Wenn das nicht möglich ist, können über einen Fond Kosten für die Behandlung von Krankheiten analog zum AsylbLG getragen werden.

Ein anderes Modell ist die Ausgabe von sogenannten anonymen Krankenscheinen durch dafür geschaffene Einrichtungen, mit denen die Kosten für Gesundheitsleistungen mit den Sozialämtern abgerechnet werden können. Dieses Modell soll in Kürze in einzelnen Kommunen in Niedersachsen eingeführt werden.

Versorgung bei gynäkologischen Problemen

Die Versorgung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt hat bei allen beschriebenen Angeboten hohe Priorität und ist auch Bestandteil der Leistungen des AsylbLG. Einschränkungen und Versorgungsdefizite bestehen dort, wo die Kommunen bei der Organisation der Versorgung überlastet sind und auch die ergänzenden Netzwerke an die Gren-

zen ihrer Kapazitäten kommen. Außerdem ist es für MigrantInnen nicht einfach, von den ehrenamtlich organisierten Angeboten zu erfahren. Daher gibt es viele Schwangere, die erst spät oder gar keine Schwangerenvorsorge erhalten. Auch bei Risiken und Komplikationen in der Schwangerschaft, die eine spezielle Betreuung und Behandlung erfordern, geraten die ehrenamtlichen und gemeinnützigen Angebote an ihre Grenzen, und die medizinische Versorgung kann oft nicht den Standards entsprechend durchgeführt werden.

Eine fortgeschrittene Schwangerschaft gilt als Abschiebehindernis, da die Schwangere nicht reisefähig ist. Daher haben diese Frauen Anspruch auf eine Duldung bis einige Wochen nach der Geburt. Ab welcher Schwangerschaftswoche Frauen nicht mehr abgeschoben werden und bis zu welchem Zeitraum nach der Geburt, wird regional unterschiedlich gehandhabt. Trotzdem können auf diesem Wege viele Schwangere vor der Geburt eine Duldung und eine Kostenübernahme für die gesundheitliche Versorgung durch die Sozialhilfeträger bekommen. Wenn Frauen sich nicht registrieren lassen möchten oder wenn bei legalem Aufenthalt in Deutschland keine Krankenversicherung möglich ist, sind die Frauen darauf angewiesen, dass die Kosten von einem Spendenfond übernommen werden oder Kliniken im Rahmen der Netzwerke günstige Tarife für Selbstzahlerinnen anbieten.

Die Finanzierung eines Schwangerschaftsabbruchs ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) besonders geregelt. Wenn Frauen Anspruch auf Leistungen des AsylbLG haben oder mit einem Wohnsitz in Deutschland gemeldet sind, haben sie Anspruch auf Kostenübernahme entsprechend dem SchKG. Unklar ist die Situation für nicht registrierte Migrantinnen. Zwar macht der Gesetzestext eine Anmeldung des Wohnsitzes nicht zur Voraussetzung für eine Kostenübernahme, Anspruch haben Frauen, wenn „sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes“² haben, jedoch bleibt offen, wie

der Aufenthalt und die Bedürftigkeit zu überprüfen sind. Im Gesetzestext steht dazu „Tatsachen sind glaubhaft zu machen“ (SchKG § 21 (2)). Die gesetzlichen Krankenkassen, die die Kostenerstattung abwickeln, fordern in der Regel schriftliche Nachweise über den Aufenthalt und die Bedürftigkeit, zum Beispiel Einkommensnachweise oder einen Bescheid über den Bezug von Sozialleistungen als Voraussetzung für die Ausstellung einer Kostenübernahmebescheinigung.

Durch das AsylbLG sind einzelne präventive Leistungen wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Beratung über Empfängnisverhütung und dazu gehörige Kontrolluntersuchungen gedeckt. Ob die Kosten für Verhütungsmittel übernommen werden, wird widersprüchlich beurteilt. Nach §6 AsylbLG können sie als „Sonstige Leistungen...wenn sie im Einzelfall zur Sicherung... der Gesundheit unerlässlich“ sind, erstattet werden. In diesem Fall muss die Kostenübernahme im Voraus beim Sozialamt beantragt werden und liegt im Ermessen der SachbearbeiterInnen. Empfohlen wird, im Antrag auf gesundheitliche Folgen der Nicht-Verhütung zu verweisen, nämlich ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche mit entsprechenden gesundheitlichen und psychischen Belastungen und bei Ablehnung des Antrags Widerspruch einzulegen.

Auch Beratungsstellen mit Angeboten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit bieten Verhütungsberatung und zum Teil auch die Versorgung mit Verhütungsmitteln an, zum Beispiel kommunale Beratungsstellen zur STD-Prävention oder pro familia Beratungsstellen. Die Kosten für die Pille oder andere Methoden müssen jedoch meist von den Frauen selbst getragen werden.

Ein wenig beachtetes Thema, das aber nicht selten für die betroffenen Frauen ein sehr drängendes Problem darstellt, ist ein unerfüllter Kinderwunsch. In der IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte wird auch das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen im Zusammenhang

mit Unfruchtbarkeit formuliert (IPPF 1996). Jedoch ist die teure reproduktionsmedizinische Diagnostik und Therapie bereits für viele krankenversicherte Menschen mit geringem Einkommen unerschwinglich, für Menschen ohne Krankenversicherung ist sie nicht finanzierbar. Kostenlose oder bezahlbare Angebote sind in diesem Bereich kaum verfügbar. Große Probleme bereitet auch die Behandlung von schweren chronischen Erkrankungen wie Karzinome oder HIV-Infektionen. Langfristig benötigte teure Medikamente und aufwendige stationäre Behandlungen sind durch Spendenfonds nicht finanzierbar und von den Netzwerken ehrenamtlicher Hilfe nicht zu leisten. In einzelnen Fällen kann bei ungeklärtem Aufenthaltsstatus eine Duldung aus humanitären Gründen beantragt werden, wenn eine Behandlung im Herkunftsland nicht sichergestellt ist. Die Hürden für einen solchen Nachweis sind jedoch hoch und oft werden die Anträge abgelehnt. □

Endnote

1 *Einen Überblick gibt die Broschüre des DRK: Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland.*

2 *Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG) 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 28.8.2013. Abschnitt 5, § 19 (1)*

Literatur

Der Paritätische Gesamtverband. Überblick zu den Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz zum 1. März 2015 mit Beispielen und Hinweisen für die Beratungspraxis. http://www.harald-thome.de/media/files/Arbeitshilfe_Aenderungen_Asylobewerberleistungsgesetz_2015_pdf_Version_Stand_Maerz_2015.pdf

Deutsches Rotes Kreuz e.V. Gesundheitsversorgung von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern in Deutschland. Handreichungen zu den rechtlichen Grundlagen. 2013 <https://www.drk-wb.de/download-na.php?dokid=23582>

Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises. Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. 2010 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual_rh_humanitarian_settings.pdf

International Planned Parenthood Federation (IPPF). IPPF Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. 1996 http://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/ippf_charta.pdf

Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. Dtsch Aerztebl 2013; 110: A899.

SCHWERPUNKT

Sexuelle und reproduktive Gesundheit bei MigrantInnen

Helga Seyler

Der Beitrag beschreibt Kriterien der kultursensiblen Beratung und Versorgung. Von den vielfältigen Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die in der Beratung eine Rolle spielen, werden hier nur einige Themen aufgegriffen.

Kultursensible Beratung und Versorgung

Neben dem grundsätzlichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ist auch die Qualität der Angebote bedeutsam. Bei MigrantInnen gehört dazu ein kultursensibler Ansatz.

Kultursensible Beratung und Versorgung beinhaltet Wissen über die Lebenssituation von Flüchtlingen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus, die durch zahlreiche Belastungen und Unsicherheiten geprägt ist. Die Unsicherheit über den Ausgang des Asylverfahrens oder durch das Leben in der Illegalität stellt einen gewichtigen Stressfaktor dar. Dazu kommt häufig eine schwierige und beengte Wohnsituation ohne Rückzugsmöglichkeiten, entweder in Aufnahmeeinrichtungen oder provisorisch bei Verwandten oder UnterstützerInnen in der Community. Diese Situation ist anfällig für zwischenmenschliche Konflikte und Spannungen. Belastend ist auch der stark eingeschränkte oder fehlende Zugang zu Systemen der sozialen Sicherung. Weitere Stressfaktoren sind stark eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten bei fehlenden Deutschkenntnissen sowie alltägliche Diskriminierungserfahrungen durch die „einheimischen“ Menschen im Umfeld. Diese individuelle Lebenssituation muss in der Beratung berücksichtigt werden, da sie Auswirkungen auf gesundheitliches Handeln und Ressourcen hat.



In dieser Lage sind Menschen auf Unterstützung durch informelle soziale Netzwerke, insbesondere aus der eigenen Community, angewiesen. Hier bekommen sie Informationen zu Anlaufstellen, die Hilfe leisten können, finden BegleiterInnen, die den Weg zeigen, übersetzen und bei der Verständigung helfen können. Auf informelle Netzwerke angewiesen zu sein, macht jedoch abhängig von der individuellen Hilfsbereitschaft. Diese nicht institutionalisierte Hilfe – sei es in der Community oder durch Einheimische – ist oft von Zufällen abhängig. Für die Community kann der hohe Bedarf an Unterstützung auch zur Überforderung werden und potentielle HelferInnen in Konflikte stürzen zwischen der empfundenen Verpflichtung zur Hilfe und der persönlichen Überlastung.

Neben dem Wissen über die konkrete Lebenssituation von Flüchtlingen und Migrantinnen beinhaltet kultursensible Beratung auch Hintergrundwissen über soziale, kulturelle, religiöse Aspekte des Lebens der KlientInnen. Allerdings können diese – je nach Herkunftsregion – sehr vielfältig sein. Unabhängig von ihrer Herkunft unterscheiden sich MigrantInnen auch in Bezug auf Bildung und Sozialstatus sowie individuelle persönliche Werte, zum Beispiel die Bindung an Religion und Traditionen. Daher sind eine offene und interessierte Grundhaltung und situationsbezogene Fragen zur Haltung der KlientIn eine ebenso wichtige Basis der Beratung wie Hintergrundwissen, das ohnehin nie umfassend sein kann. Durch diese offene Grundhaltung werden Stereotypisierungen vermieden, die der individuellen Person nicht gerecht werden.

Eine weitere Grundlage ist die Reflexion eigener Normen, Werte und möglicher Widersprüche zu den Werten der KlientInnen. Eine offene Grundhaltung beinhaltet Achtung der Werte Anderer. Gleichzeitig sollten die Werte der Institution klar sein, die sich zum Beispiel auf die in der Charta der IPPF deklarierten sexuellen und reproduktiven Rechte beziehen können.

Verhütung

Der Umgang mit Verhütung ist genau wie das Gesundheitsverhalten insgesamt stark abhängig von den erlernten Gewohnheiten in der Familie und Community. Es gibt große Unterschiede in Bezug auf verschiedene Herkunftsregionen, noch mehr jedoch in Bezug auf Bildung und Sozialstatus.

Wesentliche Faktoren, die das Verhütungsverhalten beeinflussen, sind Vorstellungen von der Planbarkeit von Schwangerschaften sowie die Möglichkeit zur selbstbestimmten Sexualität und Fruchtbarkeit, Wünsche in Bezug auf den Zeitpunkt der Geburten und die gewünschte Kinderzahl. Veränderungen des Verhütungsverhaltens entwickeln sich in einem längeren Prozess, der in einem einzelnen Beratungsgespräch lediglich angeregt und unterstützt werden kann. Aber auch die aktuelle Lebenssituation spielt eine Rolle, denn im alltäglichen Stress des Flüchtlings oder in der Illegalität haben Empfängnisverhütung oder Früherkennungsuntersuchungen geringe Priorität. Gesundheitliche Versorgung wird oft nur bei schwerwiegenden Erkrankungen oder beim Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft in Anspruch genommen. Auch die Kosten für Verhütung sind eine hohe Hürde für die Anwendung.

In Deutschland besteht ein hoher normativer Anspruch in Bezug auf konsequentes Verhütungsverhalten. Dies kann dazu führen, dass ÄrztInnen und BeraterInnen die KlientInnen zur Verhütung drängen und Missbilligung gegenüber deren Verhütungsverhalten äußern, insbesondere im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch. Solches Vorgehen erscheint wenig hilfreich. Als förderlicher werden demgegenüber niedrigschwellige, für Flüchtlinge und in der Illegalität lebende Menschen gut erreichbare Angebote bewertet, zum Beispiel auch aufsuchende Informationsangebote an Orten, die von ihnen häufiger besucht werden. Die verschiedenen Verhütungsmethoden sollten anschaulich und in einfacher Sprache erklärt werden, Bedenken und Sorgen der Klientinnen angesprochen werden. Auch bei häufigem Abbruch der

Anwendung oder Wechsel der Methoden ist Akzeptanz erforderlich.

Unerfüllter Kinderwunsch

Unerfüllter Kinderwunsch ist auch für viele MigrantInnen ohne Krankenversicherung ein Problem, das einen großen Leidensdruck verursachen kann. Dies erscheint zunächst unverständlich, da die Belastungen des Lebens als Flüchtlinge erwarten lassen, dass die Frauen nicht auch noch Kraft für eine Schwangerschaft und die Versorgung eines Kindes haben. Wegen der großen Bedeutung der Mutterschaft in ihren Familien und Communities stehen die Frauen aber unter erheblichem Druck, Kinder zu bekommen und empfinden ihr Problem als äußerst drängend.

Einige der Frauen haben in der Unsicherheit der Migration ihren Kinderwunsch lange aufgeschoben. Erst spät kommen sie dazu, ihn verwirklichen zu wollen und sind nun mit der aufgrund des Alters eingeschränkten Fruchtbarkeit konfrontiert. Andere Frauen haben bereits (im Herkunftsland) Kinder bekommen und wollen nun hier mit einem neuen Partner eine Familie gründen. Ein Kind mit einem Partner, der einen gesicherten Aufenthalt hat, kann auch ein (der einzige) Weg aus der Illegalität sein.

Oft tragen die Frauen ihren Druck in die Beratung. Bestehen unrealistische Vorstellungen, wie schnell eine Frau schwanger werden sollte, verstärkt durch den Druck des Partners oder der Familie, ist zunächst Aufklärung über die Entstehung einer Schwangerschaft, die fruchtbaren Tage und normale Zeiten bis zum Eintreten einer Schwangerschaft hilfreich. Wenn Einschränkungen der Fruchtbarkeit oder eine langfristige Sterilität bestehen, die eine weitere Diagnostik oder Maßnahmen der assistierten Reproduktion notwendig machen, ist Hilfe jedoch schwierig. Reproduktionsmedizinische Diagnostik und Therapie sind für die meisten betroffenen Frauen nicht zu finanzieren. In diesen Fällen ist es in der Beratung oft nicht leicht, den Druck der Klientin auszuhalten, anzusprechen und anteilnehmend aufzuklären und zu beraten.

HIV

Weltweit sind mehr Frauen als Männer von einer HIV-Infektion betroffen, der Anteil liegt bei 50 bis 55 Prozent. Zwar liegt in Deutschland der Anteil der Frauen nur bei 18-19 Prozent, allerdings sind bei den durch heterosexuelle Kontakte infizierten Personen auch in Deutschland in zwei Drittel der Fälle Frauen betroffen. Die Mehrzahl von ihnen sind Migrantinnen, die sich oft schon im Herkunftsland infiziert haben (RKI 2014a, 2014b).

Sehr oft wird die HIV-Infektion bei Frauen während einer Schwangerschaft festgestellt, da diese häufig der Anlass für einen Test ist. Die Mitteilung der Diagnose stürzt die Frauen in eine schwere Krise. Insbesondere Migrantinnen verbinden mit HIV die Vorstellung von schwerer Krankheit und baldigem Tod. Sie haben Angst, das Kind zu infizieren und es wegen der eigenen Krankheit nicht lange versorgen zu können. Zentral ist auch die Furcht vor Ausgrenzung und Isolation in ihrem sozialen Umfeld, wenn die Infektion dort bekannt wird.

Eine HIV-Diagnose in der Schwangerschaft stellt – insbesondere bei Schwangeren ohne Krankenversicherung und in entsprechend prekärer sozialer Situation – auch die ÄrztInnen und betreuenden Einrichtungen vor große Herausforderungen. Es besteht die Notwendigkeit, rasch das Infektionsstadium abzuklären, eine Therapie einzuleiten sowie eine optimale Schwangerenvorsorge und Geburtsplanung zu ermöglichen. Ohne Krankenversicherung ist das kaum machbar, entsprechend groß ist der Druck, schnellst möglich den Aufenthaltsstatus und die Versicherung zu klären. Gleichzeitig besteht großer Bedarf an psychosozialer Betreuung und Unterstützung zur Bewältigung der Krise. Dies kann nur in einer guten Kooperation von betreuenden Einrichtungen mit regionalen AIDS-Hilfen und AIDS-Beratungsstellen gelingen.

Auch unabhängig von einer Schwangerschaft ist das Leben mit einer HIV-Infektion für Frauen und besonders für Migrantinnen eine große Belastung.



Eine internationale Untersuchung mit 945 HIV-infizierten Frauen aus 94 Ländern gibt umfassende Einblicke in deren Lebenssituation. Sie spiegelt auch die Erfahrungen in Deutschland wider (Orza 2014). Die Studie enthüllt ein erschreckendes Ausmaß an Gewalterfahrung und -bedrohung bei HIV-infizierten Frauen. Fast 90 Prozent der Befragten hatten verbale oder körperliche Gewalt erlebt oder waren unmittelbar davon bedroht. 60 Prozent erlebten Gewalt durch den Partner, 53 Prozent im nahen Umfeld, ebenso viele in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung. Während Gewalt in der Partnerschaft genauso oft auch vor der HIV-Diagnose berichtet wurde, waren Gewalterfahrungen im nahen Umfeld und in der Gesundheitsversorgung überwiegend durch die Infektion bedingt.

In Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erlebten die Befragten Stigmatisierung und Diskriminierung, zum Beispiel abwertendes Verhalten und negative Vorannahmen durch MitarbeiterInnen. Ferner wurde über Verletzungen der Schweigepflicht und die Weitergabe von Information an Angehörige gegen ihren Willen berichtet (mit der Folge von Gewalt im nahen Umfeld), oder medizinische Maßnahmen wurden ohne ausreichende Aufklärung und Beteiligung an der Entscheidung durchgeführt. Auch in Deutschland besteht bei Beschäftigten im Gesundheitsbereich nach wie vor Unkenntnis über HIV-Infektionen und Übertragungsrisiken, die Anlass für stigmatisierende und nicht fachgerechte Behandlungen ist. Zum Beispiel werden zum Schutz von Mitarbeiterinnen und anderen PatientInnen unnötige und einschränkende Maßnahmen durchgeführt, obwohl die standardgemäßen hygienischen Maßnahmen völlig ausreichend sind. So werden in einigen Zahnarztpraxen oder bei operativen Eingriffen Termine bei bekannter HIV-Infektion nur am Ende der Sprechstunde vergeben. In manchen Einrichtungen wird HIV-Infizierten sogar die Behandlung verweigert.

Viele Frauen werden zwar in infektiologischen Praxen betreut, wo sie sich akzeptiert und unterstützt fühlen. Sie scheuen jedoch aufgrund schlechter

Erfahrungen den Besuch von anderen ÄrztInnen, zum Beispiel GynäkologInnen und ZahnärztInnen. Insbesondere Maßnahmen der assistierten Reproduktion werden Frauen mit HIV-Infektion in vielen Kinderwunsch-Praxen verweigert – entgegen bestehender Leitlinien.

Bei HIV-infizierten Frauen entstehen Belastungen auch in der Partnerschaft. Neben der hohen Rate an Partnergewalt erleben viele Frauen Einschränkungen im Bereich der Sexualität. Das Stigma der Infektion und die Sorge vor einer Infektion des Partners führen häufig zu sexueller Lustlosigkeit und eingeschränktem Genuss. Oft haben Frauen in der Partnerschaft nicht die Macht, die Benutzung von Kondomen durchzusetzen. Zumindest die Sorge um den Schutz des Partners könnte durch neue Erkenntnisse verringert werden. Eine wirksame Therapie mit antiviralen Medikamenten (ART) senkt die Viruslast unter die Nachweisgrenze und verringert das Übertragungsrisiko in vergleichbarem Maß wie die Kondomanwendung.

Insbesondere für alleinstehende HIV-infizierte Frauen ist es extrem schwierig, einen Partner zu finden, denn gerade im Prozess des Kennenlernens, wenn noch keine tragfähige Bindung entstanden ist, führt die Mitteilung der Infektion fast immer zum Rückzug des Partners. In vielen Ländern, so auch in der Rechtsprechung in Deutschland, wird den Betroffenen die Verantwortung für den Infektionsschutz der Mitmenschen auferlegt (Siehe auch Thonke, Familienplanungsrundbrief Nr. 3, 2010). Eine Frau kann sich strafbar machen, wenn sie einem Sexualpartner ihre Infektion verschweigt, selbst wenn sie auf die Benutzung von Kondomen drängt, die Anwendung aber nicht durchsetzen kann. Die Erkenntnisse über den Schutz durch Therapie haben noch keinen Eingang in die Rechtsprechung gefunden.

Die Studie von Ozra belegt auch ein hohes Ausmaß an psychischen Problemen bei Frauen mit HIV-Infektionen. 80 Prozent hatten Depressionen, die große Mehrzahl berichtete von Schlafstörungen,

Schuldgefühlen, geringem Selbstwertgefühl, Einsamkeit, Problemen mit dem Körperbild sowie Angst und Panikattacken. Diese Ergebnisse weisen auf den hohen Bedarf an psychologischer Betreuung hin.

Wegen der Angst vor Ausgrenzung verheimlicht die Mehrzahl der Migrantinnen ihre Infektion im sozialen Umfeld. Das befördert die Isolation und Einsamkeit. Es fehlt an geschützten Möglichkeiten, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Entsprechende Angebote von Aidsberatungsstellen werden oft wegen der Angst, die Infektion könnte dadurch im Umfeld bekannt werden, nicht genutzt. Selbst gegenüber dem Partner möchten einige Frauen die Infektion geheim halten, sie befürchten, dass dieser die Information in ihrem Umfeld verbreitet, sie verlässt oder gewalttätig wird. Das kann ÄrztInnen und BetreuerInnen in die schwierige Situation bringen, sich widersprechende Interessen abwägen zu müssen – einerseits den berechtigten Sorgen und Ängsten der Frau und die Gewährleistung ihrer Sicherheit, andererseits dem Schutz des Partners vor einer Infektion. Die Frau sollte auf alle Fälle über die strafrechtlichen Risiken bei (ungeschützten) sexuellen Kontakten aufgeklärt werden.

Literatur

Orza M, Welbourn A, et al. *Building a safe house on firm ground: Key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV*. 2014

pro familia. *Migrations- und kultursensible Beratung in den pro familia Fortbildungen. ExpertInnen-Workshop am 26. Oktober 2012 in Frankfurt am Main*. <http://www.profamilia.de/interaktiv/publikationen/publikationen.html?shop=2838>

pro familia. *Migrationsensible Beratung zu Schwangerschaft, Sexualität, Verhütung und Familienplanung. Workshop am 17. November 2011 in Frankfurt am Main*. <http://www.profamilia.de/interaktiv/publikationen/publikationen.html?shop=2838>

Robert-Koch-Institut. *HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Bulletin Nr. 26, 30. Juni 2014a*.

Robert-Koch-Institut. *Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland (Stand: Ende 2013)*. *Infektionsepidemiologisches Bulletin Nr. 44, 3. November 2014b*

Thonke I. *Partnerinformation bei sexuell übertragbaren Infektionen. Familienplanungsrundbrief 2010; Nr. 3: 7-10*

AKTUELLE INFORMATION

Gewalt und Traumatisierung - Flüchtlinge in hohem Maße betroffen

Helga Seyler, Ines Thonke

Unter Flüchtlingen und AsylbewerberInnen gilt die Rate von posttraumatischen Belastungsstörungen, PTBS, im Vergleich zur Normalbevölkerung um das 10fache erhöht (Buehring 2014). Kriegs-, Flucht-, Verlust- und Vertreibungserfahrungen gelten hierfür als ursächlich. Flüchtlinge sind in Kriegsgebieten, auf der Flucht, aber auch in (vermeintlich sicheren) Flüchtlingslagern und Unterkünften vielfältigen Gewaltformen ausgesetzt, neben Gewalt durch Kampfhandlungen auch Folter oder sexueller Gewalt. Traumatisierungen durch sexuelle Gewalt, Krieg und Folter führen zu stärkeren Folgeschäden als Naturkatastrophen oder Verkehrsunfälle.

Nach der Flucht kommt Gewalt in Form von Diskriminierung und feindseliger Behandlung durch die Menschen im Aufnahmeland dazu. Die Unterbringung in Sammelunterkünften ohne Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten setzt insbesondere Frauen dem Risiko von sexueller Gewalt aus. Viele weitere Bedingungen des Lebens als Flüchtling in Deutschland können sich destabilisierend auf Menschen mit PTBS auswirken, etwa die Trennung von der Familie sowie fehlende Ausbildungs- oder Arbeitsmöglichkeiten. Insbesondere der unsichere Aufenthaltsstatus verbunden mit der ständigen Angst und Unsicherheit, in die Herkunftsregion zurückkehren zu müssen und der Gewalt erneut ausgesetzt zu sein, verhindern eine psychische Stabilisierung und Verarbeitung der Erlebnisse. Neben Gewalt im Zusammenhang mit Flucht und dem Leben als Flüchtlinge sind Migrantinnen aber auch – genau wie in Deutschland geborene Frauen – häuslicher Gewalt und sexualisierter Gewalt durch Partner ausgesetzt.



Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen von Traumafolgen sind kaum möglich, da das Asylbewerbergesetz nur im akuten Krankheitsfall das Recht auf Behandlung vorsieht. Ohnehin fehlt bisher eine flächendeckende Regelversorgung durch Trauma-Ambulanzen oder vergleichbaren Anlaufstellen. Die wenigen vorhandenen psychosozialen Zentren für Folteropfer stoßen mit ihren Kapazitäten längst an ihre Grenzen. Das Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo) bietet traumatherapeutische Maßnahmen eingebettet in weitere wichtigen Hilfen wie medizinische Versorgung, Sprachkurse und Integrationsunterstützung an. Bisher ist die nachhaltige Finanzierung dieser Zentren nicht gesichert. Dolmetscherdienste werden bisher nur über das Sozialamt finanziert; eine Übernahme der Kosten bei psychotherapeutischer Behandlung durch die Krankenkassen wird von der Bundespsychotherapeutenkammer gefordert.

Neben der spezifischen psychotherapeutischen Betreuung ist ein traumasensibler Umgang mit Flüchtlingen in allen Bereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung erforderlich. Grundlage dafür ist das Wissen um die hohe Rate von Gewalt, der Flüchtlinge (nicht nur) aus Kriegsregionen vor, während und auch nach der Flucht ausgesetzt waren und sind. Da die erlebte Gewalt selten direkt angesprochen wird, sollten BeraterInnen und ÄrztInnen auf Anzeichen für eine Traumatisierung achten, insbesondere bei körperlichen/gynäkologischen Untersuchungen. Zentrale Faktoren für eine posttraumatische Belastungsstörung sind der Kontrollverlust und die massive Verletzung körperlicher und psychischer Grenzen in der Gewaltsituation. Daher steht im Zentrum einer traumasensiblen Betreuung die unbedingte Vermeidung erneuter Grenzverletzungen und die Aufrechterhaltung der Kontrolle der Betroffenen über alle Maßnahmen der Untersuchung und Behandlung. Jeder geplante Schritt sollte ausreichend erklärt und nur im Einverständnis mit der Betroffenen durchgeführt werden. Bei Angst und Abwehr muss dabei möglicherweise die Dringlichkeit einer Maßnahme – zum Beispiel einer vagina-

len Untersuchung – gegenüber den Konsequenzen einer Retraumatisierung abgewogen werden. Insbesondere bei eingeschränkter sprachlicher Verständigung kann die Wahrung der Kontrolle durch die Betroffenen eine Herausforderung sein. Professionelle und für die Betroffenen vertrauenswürdige Dolmetscherdienste sind hier eine unverzichtbare Unterstützung.

Handbücher und Leitlinien

In diesem Beitrag ist eine ausführliche Behandlung des Umgangs mit Opfern von Traumatisierung und Gewalt nicht möglich. Daher werden im Folgenden mehrere Veröffentlichungen zum Thema beschrieben.

Speziell für von Kriegsgewalt betroffene Frauen hat die Organisation medica mondiale die wichtigen Aspekte einer traumasensiblen Versorgung von Frauen für verschiedenste Versorgungsbereiche zusammengefasst (medico mondiale 2006). Dieses Buch legt den Schwerpunkt auf Kriegsgewalt und sexualisierte Gewalt sowie die medizinische und psychosoziale Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Einige weitere Veröffentlichungen legen den Schwerpunkt auf häusliche und (sexualisierte) Gewalt in der Partnerschaft. Von der WHO wurde ein Handbuch mit Leitlinien für die Gesundheitsversorgung von Frauen, die Gewalt in Partnerschaften und sexueller Gewalt ausgesetzt waren und sind, veröffentlicht. Die Organisation S.I.G.N.A.L. e.V. hat es in deutscher Sprache herausgegeben. Das Buch enthält Informationen für Gesundheitsfachkräfte, um diese mit evidenzbasierten Leitlinien in ihrem Handeln zu unterstützen. Darüber hinaus enthält es Leitlinien für politische AkteurInnen, um das Bewusstsein von Professionellen und GesundheitspolitikerInnen für das Thema zu verbessern und den Handlungsbedarf im Gesundheitsbereich zu verdeutlichen.

Mit dem Ärztlichen Praxishandbuch *Gewalt* haben die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und

Geburtshilfe und das Hessische Sozialministerium ein umfassendes Kompendium herausgegeben, das sich neben Themen der häuslichen Gewalt, sexualisierter Gewalt (gegen behinderte Mädchen und Frauen) und Genitalbeschneidung auch der Kindesmisshandlung, Gewalt gegen Ältere und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege widmet. Zahlreiche AkteurInnen aus Praxis, Wissenschaft und Politik haben sich an diesem interdisziplinären und multiprofessionellen Kooperationsprojekt beteiligt. Es verfolgt eine der WHO vergleichbare Zielsetzung: Die Sensibilisierung aller beraterischen und ärztlichen Fachrichtungen für traumatisierte PatientInnen und die Verbesserung der Versorgung durch praxiserprobte Empfehlungen für Gespräch und medizinische Behandlung inklusive rechtswirksamer Dokumentation. □

Literatur

Buehring P. Hilfe für Opfer von Kriegsgewalt. *Deutsches Ärzteblatt* 2015; 112: A620

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium. *Gewalt. Ärztliches Praxishandbuch*. Verlag S. Kramarz, Berlin 2014

medico mondiale e.V. (Hsg). *Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen: Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern*. Mabuse-Verlag Frankfurt 2006

WHO. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. 2013 www.who.int/reproductivehealth

Übersetzung durch S.I.G.N.A.L. e.V.: *Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik*.

WHO. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual partner violence*. 2013 www.who.int/reproductivehealth

AKTUELLE INFORMATION

WHO: Häusliche Gewalt

Ines Thonke

Neben den im vorangehenden Beitrag beschriebenen Leitlinien hat die WHO eine systematische Übersicht der wissenschaftlich verfügbaren Daten zu den Themen Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt gegen Frauen herausgegeben: „Global and regional estimates of violence against women“. Die Veröffentlichung gibt einen Überblick über Daten zur Häufigkeit von häuslicher Gewalt in den unterschiedlichen Regionen. Darüber hinaus werden die Auswirkungen von Gewalt auf die körperliche, psychische, sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen dargestellt.

Gewalt an Frauen wird als ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheitsversorgung (Public Health) eingestuft und gilt als grundlegende Verletzung der Menschenrechte. Die wichtigsten Resultate in Kürze:

- Insgesamt haben weltweit 35 Prozent der Frauen körperliche und/oder sexuelle Gewalt in Partnerschaften oder sexuelle Gewalt erlebt.
- Am häufigsten erleben Frauen Gewalt durch ihre Partner.
- Global werden 38 Prozent aller Morde an Frauen von ihren Partnern begangen.
- Frauen mit Gewalterfahrungen weisen deutlich häufiger Gesundheitsprobleme wie Geburten von Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, Depressionen, Schwangerschaftsabbrüche und HIV-Infektionen auf.
- Global haben 7 Prozent der Frauen sexuelle Gewalt außerhalb der Partnerschaft erlebt. Diese Frauen haben ein erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit, Depression und chronische Angstzustände.
- Es bestehen große Unterschiede im regionalen Vorkommen (Prävalenz) von Gewalt. Am häufigs-



ten sind Frauen in der zentralen Sub-Sahara Region betroffen (65,6 Prozent), am niedrigsten ist die Prävalenz mit 16,3 Prozent im Osten Asiens. In Westeuropa liegt sie bei 19,3 Prozent.

Die WHO fasst zusammen: Gewalt gegen Frauen ist ein weltweit auftretendes Problem und es besteht dringender Handlungsbedarf. Prävention ist möglich, ökonomische und soziokulturelle Faktoren sind dabei wichtige Stellschrauben. □

Literatur

WHO (2013): *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual partner violence.* www.who.int/reproductivehealth

AKTUELLE INFORMATION

Langzeitverhütungsmethoden – Wie lange sind sie wirksam?

Helga Seyler

Schon seit der Markteinführung der Hormonspirale Mirena® ist bekannt, dass das intrauterine System wirksame Mengen des Hormons Levonorgestrel über die zugelassene Liegedauer von fünf Jahren bis zu sieben Jahre lang abgibt. Auch bei Kupferspiralen ist eine anhaltende Verhütungswirkung über die zugelassene Liegezeit hinaus bekannt. Wenige Informationen gab es bisher zum ENG-Implantat (Implanon®).

Eine möglichst lange Liegedauer spart für die Anwenderin Kosten. Ein Austausch in größeren Zeitabständen reduziert die mit dem Wechsel verbundene Risiken, beim IUP zum Beispiel Infektionen oder Verletzungen der Gebärmutter, beim Implantat Schwierigkeiten der Entfernung bei zu tiefer Lage. Zusätzlich werden Unannehmlichkeiten und Schmerzen beim Wechsel vermieden.

Zwei aktuelle Veröffentlichungen befassen sich nun mit der Dauer der Verhütungswirkung von IUPs und dem ENG-Implantat. Die Studie von Wu (2014) fasst die vorhandenen Daten zur Verhütungswirkung bei längerer Liegezeit von Kupfer-IUPs und der Hormonspirale zusammen und formuliert Empfehlungen für die Praxis. Die zweite Studie untersucht die Verhütungswirkung bei längerer Liegezeit des LNG-Implantats und der Hormonspirale (McNicholas 2015).

Kupfer-IUP

Die meisten Daten liegen für das international am häufigsten verwendete Kupfer-IUP TCu380A vor, das in Deutschland jedoch eher unbekannt ist. Es ist für eine Liegedauer von 10 Jahren zugelassen, zwei große Studien belegen eine unverminderte Verhütungswirkung bis zu 16 Jahre. Allerdings wurden trotz der Größe der Studien nur 39 Frauen über mehr als 12 Jahre beobachtet.

Auch für das in Deutschland häufig benutzte IUP MLCu375, das für eine Liegedauer von fünf Jahren zugelassen ist, wurde eine anhaltend hohe Verhütungswirkung bis 10 Jahre bei 352 Frauen belegt. Für die Kupferkette GyneFix® 330 ist die hohe Verhütungswirkung bis zu neun Jahren lang gesichert, in den vorhandenen Studien wurden gut 500 Frauen bis acht Jahre, 139 bis neun Jahre beobachtet. Auch bei IUPs mit geringerer Kupferoberfläche, die insgesamt eine geringere Verhütungssicherheit haben, hält die Wirkung über die vorgesehene Liegedauer weiter an. Für das MLCu250, zugelassen für drei Jahre, ist die Wirkung bei insgesamt 1700 Frauen bis zu vier Jahren gesichert.

LNG-IUS

Für das LNG-IUS Mirena® wurde bereits in vier Studien eine anhaltende Verhütungswirkung bis sieben Jahre belegt, in diesen Studien traten im 6. und 7. Jahr keine Schwangerschaften auf. Die aktuelle Studie von McNicholas bestätigt diese Ergebnisse, auch hier wurde im sechsten und siebten Jahr der Mirena®-Anwendung eine gleichbleibend hohe Verhütungssicherheit festgestellt.

ENG-Implantat

Die Studie von McNicholas beschäftigt sich auch mit der Verhütungssicherheit des ENG-Implantats (Implanon®) bei längerer Liegedauer. Insgesamt wurden 123 Frauen mit vier und 34 Frauen mit fünf Jahren Liegedauer beobachtet. Bei keiner der Frauen kam es in dieser Zeit zu einer Schwangerschaft. Bei einem Teil der Frauen wurden die Blutspiegel von ENG kontrolliert. Sie lagen im vierten Jahr mit durchschnittlich 177 pg/ml nur geringfügig unter den Werten im dritten Jahr mit 188 pg/ml. Zur sicheren Verhütung wird ein deutlich niedrigerer Spiegel von mindestens 90 pg/ml als ausreichend erachtet. Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie: Es fanden sich keine Unterschiede bei den Blutspiegeln in Bezug auf das Körpergewicht bzw. den BMI.

Empfehlungen

Frauen sollten über die Datenlage zur Verhütungswirkung bei längerer Liegedauer der Systeme informiert werden. Gleichzeitig sollten sie aber wissen, dass eine verlängerte Liegedauer off-label erfolgt. Auf dieser Basis kann gemeinsam entschieden werden, wann das IUP bzw. Implantat gewechselt werden soll. Ein höheres Risiko für Komplikationen besteht bei einer längeren Liegedauer nicht. Auch diese Information ist wichtig, da Frauen, aber auch Ärztinnen dazu oft falsche Annahmen haben. Keinesfalls sollte ein IUP oder IUS nur deshalb entfernt werden, weil die Liegedauer abgelaufen ist, ohne dass die weitere Verhütung geklärt ist. Insbesondere bei Frauen mit altersbedingt stark reduzierter Fruchtbarkeit sollten Aufwand und Risiken eines IUP-Wechsels mit dem sehr geringen Schwanger-

schaftsrisiko bei längerer Liegedauer der Spirale abgewogen werden.

In Bezug auf Frauen unter 25 Jahren bzw. Frauen ohne Geburten äußern sich die AutorInnen Wu und Pickle vorsichtiger. Sie legen dar, dass es für diese Gruppe bisher es nur wenige Daten zur Verhütungswirkung bei längerer Liegedauer von IUPs gibt, da in den meisten Studien nur Frauen mit Geburten eingeschlossen wurden, außerdem lassen junge Frauen das IUP oft wegen weiterem Kinderwunsch nach wenigen Jahren entfernen. Bisher reicht aus Sicht der AutorInnen die Datenlage nicht aus, um eine gleichbleibende Verhütungswirkung bei längerer Liegedauer zu belegen. Es sei nicht auszuschließen, dass geringe Unterschiede der Verhütungssicherheit in den bisherigen Studien nicht sichtbar wurden, die wegen der höheren Fruchtbarkeit junger Frauen bedeutsam sein könnten. Um die bestehende Wissenslücke zu schließen, läuft derzeit eine Studie zur Langzeitwirkung von Spiralen bei jungen Frauen und Frauen ohne Geburten.

Die AutorInnen der Studie zu Implanon® schließen aus den Ergebnissen, dass das Implantat unabhängig vom Alter der Frauen sowie dem Körpergewicht und BMI bei bis zu 5 Jahren Liegedauer weiterhin eine sehr hohe Verhütungssicherheit hat. □

Literatur

Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: A literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception* 2014; 89: 495–503.

McNicholas C, Maddipati R, et al. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration-approved duration. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 599–604.

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
© 2015 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

