

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

SCHWERPUNKT

Beratung und Betreuung von Lesben mit Kinderwunsch

Helga Seyler

Ein lesbisches Coming-out bedeutete bis vor wenigen Jahren sowohl für die Frauen selbst als auch aus Sicht der Gesellschaft die Entscheidung für einen Lebensentwurf ohne eigene Kinder. Das hat sich in den letzten zehn bis zwanzig Jahren deutlich verändert, und für lesbisch lebende Frauen werden die Erfüllung des Kinderwunschs und das Leben mit Kindern immer selbstverständlicher. Auch in der Gesellschaft wächst die Akzeptanz für gleichgeschlechtliche Familien. Durch das Leben mit Kindern ergeben sich viele Berührungspunkte

zwischen homosexuellen und heterosexuellen Menschen, die das Verständnis für diese Lebensweise fördern. So finden Beschäftigte, Eltern und Kinder in Kindergärten und Schulen einen immer selbstverständlicheren Umgang mit Kindern, die zwei Mütter haben.

Lesbische Paare sind jedoch, wenn sie ihren Kinderwunsch verwirklichen wollen, mit vielen Fragen und Entscheidungen konfrontiert. Der Weg zu einer Schwangerschaft ist für sie oft kompliziert und teuer, da trotz einiger Verbesserungen der rechtlichen Absicherung weiterhin hohe rechtliche und praktische Hürden bestehen. In diesem Beitrag werden bedeutsame juristische Aspekte erläutert sowie praktische Aspekte rund um die Insemination dargestellt.

Rechtliche Probleme

Die Rechtslage in Bezug auf die Nutzung der Angebote von Samenbanken und die Durchführung von Inseminationen durch ÄrztInnen ist unklar und >>

SCHWERPUNKT

Beratung und Betreuung von Lesben mit Kinderwunsch Seite 1

AKTUELLE INFORMATION

Schwangerschaftsabbrüche – Komplikationen bei späteren Schwangerschaften Seite 8

Schwangerschaftsabbruch und die Diskussion um psychische Folgen Seite 11

Neue Hormonspirale – erste Daten veröffentlicht Seite 12

Pillen danach: LNG oder UPA? Seite 14

Ulipristalacetat zur Behandlung von Myomen Seite 16

Neue Richtlinien für das Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft Seite 17

Das Contraceptive-CHOICE Programm zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften Seite 19

und wird dementsprechend auch kontrovers beurteilt. Zwei Fragestellungen spielen dabei eine zentrale Rolle: welchen berufsrechtlichen Regelungen unterliegen diese reproduktionsmedizinischen Behandlungen und wie wird das Haftungsrisiko in Bezug auf Unterhaltsverpflichtungen für ÄrztInnen eingeschätzt, die Samenbanken leiten oder Inseminationen durchführen.

Berufsrechtliche Regelung der assistierten Reproduktion

Die Berufsordnung für ÄrztInnen enthält Richtlinien zur Durchführung von Maßnahmen zur assistierten Reproduktion. Diese berücksichtigen auch ethische Aspekte und legen fest, in welchen Beziehungskonstellationen solche Behandlungen durchgeführt werden dürfen. Rechtlich bindend sind dabei die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern. Diese orientieren sich an der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ohne in allen Einzelheiten damit übereinzustimmen.

In dieser Musterberufsordnung der Bundesärztekammer wird die Durchführung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion auf heterosexuelle Paare beschränkt, wobei eine einfache intrauterine Insemination explizit von den Regelungen der Richtlinie ausgeschlossen ist. In einem der Richtlinien angefügten Kommentar zur Interpretationshilfe wird eine heterologe Insemination bei Frauen in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft oder ohne PartnerIn ausgeschlossen, da dem Kind eine „stabile Bindung zu beiden Elternteilen“ gesichert werden sollte. Nach der derzeit vorherrschenden rechtlichen Interpretation muss diese Regelung auch auf die einfache Insemination (ohne hormonelle Stimulation) angewendet werden, obwohl die Richtlinie sich explizit nicht auf diese Maßnahme bezieht.

Es gibt jedoch nicht wenige JuristInnen, die diesen Teil der Richtlinie als gesetzeswidrige Benachteiligung aufgrund der sexuellen Orientierung beurteilen und damit als rechtlich nicht bindend ansehen (Eberlein 2011, Thorn 2010).

Verkompliziert wird die Situation noch dadurch, dass nur ein Teil der Landesärztekammern diesen Teil der Musterrichtlinie in die Berufsordnung übernommen haben. Einige Kammern haben eigene Richtlinien zur assistierten Reproduktion formuliert, andere haben dazu gar keine Richtlinien. Demnach gelten in verschiedenen Regionen Deutschlands unterschiedliche Regelungen. Diese unklare und verwirrende Situation mit widersprüchlichen rechtlichen Beurteilungen führt zu einer völlig heterogenen Praxis. Einige Praxen und Samenbanken unterstützen lesbische Paare, machen ihre Angebote jedoch oft nicht öffentlich bekannt, so dass sich Lesben nicht darüber informieren können. Die Mehrzahl der ÄrztInnen schließt Lesben von der Nutzung ihrer Angebote immer noch aus. Eine Klarstellung insbesondere durch die Bundesärztekammer wäre dringend zu wünschen.

Haftungsrisiken

Eine weitere Sorge von ÄrztInnen, die Samenbanken leiten oder Inseminationen durchführen, ist die Möglichkeit, durch Eltern oder Jugendämter auf Unterhaltszahlungen verklagt zu werden. Für die Verwendung von Spendersamen bei Frauen in heterosexuellen Beziehungen wurde 2002 gesetzlich festgelegt, dass beide Partner die Vaterschaft des sozialen Vaters nicht anfechten können, wenn beide in die Behandlung eingewilligt haben. Die Anerkennung der Vaterschaft ist bereits vor der Geburt möglich, so dass das Kind dann zwei unterhaltspflichtige Eltern hat. Damit sind mögliche Unterhaltsansprüche an andere Personen ausgeschlossen.

Bei lesbischen Frauen ist die Situation anders. Zwar hat das Kind nach der Stiefkind-Adoption durch die Co-Mutter ebenfalls zwei Elternteile. Allerdings kann die Stiefkind-Adoption erst nach der Geburt des Kindes beantragt werden und auch nur, wenn die Co-Mutter mit der Mutter in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt. Das Adoptionsverfahren kann bis zu zwei Jahren dauern. Während dieses Zeitraums bestehen Haftungsrisiken für

ÄrztIn und Samenbank. Sie sind insbesondere dann denkbar, wenn es in dieser Zeit zu einer Trennung der Mütter kommt und können auch durch notarielle Vereinbarungen zum Einverständnis in die Behandlung und zu unterhaltsrechtlichen Verpflichtungen nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Auch hier wäre eine sichere rechtliche Regelung mit einer Angleichung an die Situation heterosexueller Paare wünschenswert.

Stiefkind-Adoption

Erst seit 2005 können Frauen in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung durch die Ermöglichung der Stiefkind-Adoption gemeinsam Eltern eines Kindes werden, wenn sie in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben.

Dies hat zu einer deutlichen Verbesserung der rechtlichen Situation geführt, jedoch bestehen weiterhin Benachteiligungen von Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften gegenüber heterosexuellen Paaren. Ein Kind, das in eine heterosexuelle Ehe hinein geboren wird, gilt nach dem gültigen Abstammungsrecht als das Kind beider PartnerInnen. Bei nicht verheirateten Paaren kann der Vater vor der Geburt des Kindes die Vaterschaft anerkennen, damit das Kind bereits bei der Geburt rechtlich zwei Elternteile hat.

Die Stiefkind-Adoption verläuft entsprechend dem Verfahren, mit dem in heterosexuellen Beziehungen das aus einer früheren Beziehung stammende Kind von der neuen PartnerIn adoptiert werden kann. Dabei bleibt außer Acht, dass bei lesbischen Paaren das Kind schon vor der Geburt von beiden Wunschmüttern geplant und gewünscht war.

Die Stiefkind-Adoption kann erst nach der Geburt des Kindes beantragt werden. Nach dem Antrag beim Vormundschaftsgericht prüft das Jugendamt die Eignung des zukünftigen Stiefelternteils. Damit verbunden ist eine Offenlegung der wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse. Außerdem

prüft das Jugendamt, ob sich zwischen dem Kind und dem Stiefelternteil bereits eine stabile, positive Beziehung entwickelt hat bzw. ob erwartet werden kann, dass sich eine solche Beziehung entwickeln wird. Oft wird dafür eine unterschiedlich bemessene „Adoptionspflegezeit“ festgelegt. Schließlich wird in einer gerichtlichen Anhörung über den Antrag entschieden. Wenn der Samenspender bei der Geburt als Vater des Kindes angegeben wurde, muss er der Adoption zustimmen.

Das Kind kann frühestens acht Wochen nach der Geburt adoptiert werden, erfahrungsgemäß dauert der Prozess zwischen sechs Monaten und zwei Jahren. Diese Zeit kann belastend sein, da mehrfache Behördentermine wahrgenommen und zahlreiche Unterlagen beschafft werden müssen. Außerdem können unterschiedliche Auflagen erteilt werden, die eingehalten werden müssen. In dieser Zeit ist das Kind rechtlich nicht optimal abgesichert, zum Beispiel beim Tod der Mutter.

Die vom Lesben- und Schwulenverband LSVD gesammelten Erfahrungsberichte (LSVD 2007) differieren sehr zwischen positiven und unterstützenden Erfahrungen und solchen, bei denen von den beteiligten BehördenmitarbeiterInnen und RichterInnen viele Hürden aufgebaut wurden und die Adoption zeitlich mehrfach herausgezögert wurde. Solche komplizierten Verfahren sind wohl zum Teil auf die Unerfahrenheit und Unsicherheit von MitarbeiterInnen in Jugendämtern und Vormundschaftsgerichten zurückzuführen, nach Einschätzung der lesbischen Paare in vielen Fällen aber auch durch mangelnde Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Elternschaft bedingt.

Fragen und Entscheidungsprozesse

Wenn lesbische Paare sich mit ihrem Kinderwunsch beschäftigen, tauchen zwei zentrale Fragen auf, mit denen sie sich befassen müssen: Welche der Partnerinnen soll (als erste) biologische Mutter werden und die Erfahrung der Schwangerschaft und Geburt machen, welche wird die Rolle der sozialen Mutter übernehmen? Auch muss die Rolle >>

des Samenspenders in der zukünftigen Familie geklärt werden: Wird er auf privatem Weg gesucht oder soll eine Samenbank genutzt werden?

Die Paare müssen sich damit auseinandersetzen, dass die Bindung zum Kind für die biologische Mutter möglicherweise enger ist als für die soziale Mutter. Die soziale Mutter kann sich mit dem biologischen Vater in Konkurrenz um die Bindung zum Kind sehen. Die Rolle des Samenspenders in der zukünftigen Familie spielt daher nicht nur für das Kind sondern auch für die Familienkonstellation eine große Rolle.

Außerdem setzen sich zukünftige lesbische Mütter damit auseinander, wie sich das Aufwachsen mit zwei Müttern auf die Entwicklung der Kinder auswirkt und wie die Kinder mit möglichen Diskriminierungserfahrungen in ihrem sozialen Umfeld umgehen werden.

Einige Studien belegen, dass in lesbischen Beziehungen das Gleichgewicht der elterlichen Rollen und der Bindungen zum Kind eine hohe Bedeutung haben und eine möglichst gleichmäßige Aufteilung von Kinderbetreuung, Haushaltsaufgaben und Berufstätigkeit angestrebt wird. Wenn ein zweites Kind gewünscht wird, werden häufig die Mutterrollen getauscht.

Die Sorge um die psychische Entwicklung von Kindern, die mit gleichgeschlechtlichen Eltern aufwachsen, wurde durch zahlreiche Studien aus den letzten zwanzig Jahren ausgeräumt. Diese belegen, dass es im Vergleich zu heterosexuellen Paaren keine Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung von Kindern gibt. Einen guten Überblick über die Daten gibt ein Artikel von Petra Thorn (Thorn 2010). Auch zur Situation von Kindern in Regenbogenfamilien in Deutschland wurde eine Studie veröffentlicht, die eine unauffällige Entwicklung der Kinder belegt (Rupp 2009).

Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen und die Suche nach einem passenden Samenspender dau-

ern meist viele Monate bis Jahre, in einer Studie wurde ein durchschnittlicher Zeitraum von gut zwei Jahren ermittelt (Green 2006).

Praktische Schritte zur Schwangerschaft

Einer der schwierigsten Punkte bei der Verwirklichung des Kinderwunschs ist für Lesben die Frage nach dem passenden Samenspender. Zentrale Überlegungen sind dabei, welche Rolle der Samenspender für die Familie und das Kind spielen soll. Soll das Kind die Möglichkeit haben, ihn irgendwann kennen zu lernen? Soll es unregelmäßigen oder regelmäßigen Kontakt mit ihm haben und ihn als Vater kennen? Oder soll der Samenspender als Vaterfigur in der Familie leben?

Damit verbunden ist die Entscheidung, das Angebot einer Samenbank zu nutzen oder selbst nach einem Samenspender zu suchen – im privaten Umfeld oder über eine Anzeige. Neben persönlichen Wünschen spielt bei dieser Entscheidung allerdings eine wesentliche Rolle, welche Möglichkeiten überhaupt verfügbar und zugänglich sind.

Suche nach einem privaten Samenspender

Die meisten Frauen wünschen sich für das Kind die Möglichkeit, den biologischen Vater kennenlernen zu können oder zumindest gelegentlichen Kontakt zu ihm zu haben. Die Suche nach einem privaten Samenspender gestaltet sich aber oft schwierig. Es ist nicht leicht, sich mit einer so persönlichen Anfrage an Männer im eigenen Umfeld zu wenden, mit denen ein unterschiedlich vertrauter Kontakt besteht. Dabei ist mit emotionalen und möglicherweise ablehnenden Reaktionen zu rechnen, die ausgehalten und verarbeitet werden müssen, um trotz solcher Fehlschläge neue Anläufe starten zu können.

Wenn die Anfrage auf grundsätzliche Bereitschaft beim potentiellen Samenspender stößt, müssen Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf den Kontakt des zukünftigen Vaters mit dem Kind und der Familie möglichst konkret besprochen werden und in Einklang gebracht werden. Sichere rechtliche Regelungen sind für keine der beiden Seiten mög-

lich. Die lesbischen Mütter können nicht ausschließen, dass der Vater den Umgang mit dem Kind einklagt, umgekehrt kann sich aber auch der Samenspender nicht vollständig gegen Unterhaltsansprüche absichern. Beide Seiten sind daher auf gegenseitiges Vertrauen angewiesen. Auch in dieser Phase der Gespräche kommt es oft zu Rückzügen auf der einen oder anderen Seite. Inzwischen gibt es zahlreiche Möglichkeiten, im Internet und über Anzeigen in schwul-lesbischen Medien Samenspender zu finden. Dieser Weg birgt andere Schwierigkeiten als die Suche im privaten Umfeld. Zwar ist die Bereitschaft dieser Männer zur Samenspende geklärt, aber dafür müssen mit völlig fremden Männern sehr persönliche Fragen zu Vaterschaft und Mutterschaft diskutiert und in Bezug auf die Infektionsrisiken die sexuellen Gewohnheiten des potentiellen Samenspenders angesprochen werden. Auch mit diesem Weg machen einige Lesben positive Erfahrungen, andere haben unangenehme Begegnungen.

Die Bereitschaft zur Samenspende erfordert praktisches Engagement des Spenders. Er sollte sich auf durch die Samenspende übertragbare Infektionen untersuchen lassen und am besten auch die Samenqualität testen lassen. Er muss, möglicherweise über Monate, kurzfristig zum richtigen Zeitpunkt für die Samenspende verfügbar sein, was entsprechende Flexibilität und räumliche Nähe voraussetzt. Außerdem muss er in dieser Zeit das Risiko sexuell übertragbarer Infektionen nicht nur für sich und seine SexualpartnerInnen sondern auch für die Empfängerin der Samenspende bedenken.

Nutzung von Samenbanken

Viele Lesben brechen die Suche nach einem privaten Samenspender nach einigen Monaten bis Jahren erfolglos ab und wenden sich den Angeboten von Samenbanken zu. Andere scheuen den privaten Weg gänzlich und bevorzugen von Anfang an professionelle Angebote. Diese bieten Sicherheit in Bezug auf Infektionsrisiken und die Qualität des Spermias, sowie klare Regelungen zum Kontakt zwischen Kind und Samenspender. Die Spenderdaten

werden in deutschen Samenbanken dokumentiert und sollen 30 Jahre lang aufbewahrt werden (Hammel 2006). Ab dem 16. Lebensjahr kann das Kind Informationen zur Identität des Spenders bekommen.

Aber auch dieser Weg zur Schwangerschaft ist wegen der beschriebenen rechtlichen Unsicherheiten nicht einfach. Zumindest in Deutschland ist es für gleichgeschlechtliche Paare schwierig, Samen von einer Samenbank zu bekommen. Zwar gibt es Praxen und Samenbanken, die aktuell auch lesbische Paare – zumindest solche in eingetragener Lebenspartnerschaft – bei der Verwirklichung des Kinderwunsches unterstützen. Diese sind aber nicht leicht zu finden, da Informationen dazu auf den Internetseiten nicht oder nur auf Umwegen zu finden sind. Allerdings ist in den letzten Monaten eine zunehmende Öffnung der reproduktionsmedizinischen Angebote auch für Lesben zu beobachten.

Bisher blieb vielen Paaren nur der Weg ins Ausland, vorwiegend nach Dänemark oder die Niederlande, wo sie schon seit vielen Jahren offen auch an sie gerichtete Angebote finden. Dieser Weg ist allerdings mit einer längeren Anreise verbunden, bedeutet zusätzliche Kosten und ist mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden, der nur begrenzt im Voraus einzuplanen ist.

Eine viel genutzte dänische Samenbank verschickt auch Samen nach Deutschland, üblicherweise an Arztpraxen. Mit einer Bescheinigung einer ÄrztIn besteht aber auch die Möglichkeit, den Samen direkt an Privatpersonen schicken zu lassen. Deutsche Samenbanken verschicken Samen ausschließlich an Arztpraxen. Grundsätzlich können Lesben mit dem Einverständnis der ÄrztInnen den Samen dort abholen, um zu Hause zu inseminieren. Der Samen muss kryokonserviert, das heißt, mit flüssigem Stickstoff gekühlt gelagert werden und wird in entsprechenden Gefäßen verschickt, in denen er je nach Art des Behälters zwei Tage bis zwei Wochen haltbar ist. >>

Die Kosten für die Nutzung der Angebote von Samenbanken sind sehr unterschiedlich. Da sie sich aus verschiedenen Posten zusammensetzen (Grundgebühr für Beratung, Auswahl des Spenders etc., Gebühren für unterschiedlich aufbereitete Samenproben, Versandkosten, Gebühr für die Reservierung von Samenproben von einem bestimmten Spender), sind die Gesamtkosten im Voraus schwer zu kalkulieren. Der LSVD-Beratungsführer gibt eine Spanne von 2.500 bis 5.000 Euro an.

Einige Anlaufstellen für Lesben mit Kinderwunsch

Einige deutsche Samenbanken, die auf ihrer Internetseite ihre Leistungen explizit auch für Frauen in eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaften anbieten oder dies auf Anfrage bestätigen:

*Cryobank München www.cryobank-muenchen.de
Erlanger Samenbank www.erlanger-samenbank.de*

*SEI Samenbank Berlin www.samenbank-berlin.de
Berliner Samenbank www.berliner-samenbank.de
Cryostore Essen www.cryostore.de*

*Die am häufigsten genutzte dänische Samenbank
Cryos dk-de cryosinternational.com*

Internetforen für die Suche nach privaten Samenspendern:

*www.samenspender4you.com
www.spendesperma.com*

Einzelne Kinderwunschpraxen, die auch Behandlungen bei lesbischen Paaren durchführen:

*Kinderwunschzentrum an der Gedächtniskirche
www.kinderwunsch-berlin.de*

*Zentrum für Reproduktionsmedizin Essen
www.ivfzentrum.de*

Außerdem finden sich auf den LSVD-Familienseiten vielfältige Informationen für Lesben mit Kinderwunsch und Fachpersonal

<http://lsvd.de/713.o.html>

Insemination zu Hause oder in der Praxis

Frauen können den optimalen Zeitpunkt für die Insemination mit Hilfe von LH-Teststreifen, die in Apotheken oder über das Internet erhältlich sind, selbst bestimmen. Diese Teststreifen zeigen den Anstieg des LH (Luteinisierendes Hormon), das den Eisprung auslöst, im Urin an. Einige Tage vor dem erwarteten Eisprung wird mit dem Testen begonnen und die maximale Anzeige abgewartet. Der Eisprung findet meist 24 bis 36 Stunden nach dem LH-Anstieg statt, so dass die Insemination an diesem und dem folgenden Tag durchgeführt werden kann.

Auch die Schleimbeobachtung ist zur Bestimmung der fruchtbaren Tage geeignet, sie kann zusammen mit den LH-Tests durchgeführt werden. Die Basaltemperaturmessung ist zur Bestimmung der optimalen Tage für die Insemination nicht geeignet, da damit lediglich rückblickend der Eisprung bestätigt werden kann.

Ob darüber hinaus ein Zyklusmonitoring zur Feststellung des Eisprungs durch Ultraschalluntersuchungen und Hormonbestimmungen bei einer FrauenärztIn sinnvoll ist, wird unterschiedlich beurteilt. Der finanzielle und organisatorische Aufwand im Zusammenhang mit den Inseminationen kann diese Untersuchungen auch schon zu Beginn der Inseminationen rechtfertigen, spätestens nach einigen erfolglosen Versuchen sind weitergehende Untersuchungen in jedem Fall hilfreich.

Mit frischer Samenflüssigkeit ist das Zeitfenster für die Inseminationen größer, da die Spermien länger befruchtungsfähig sind als bei kryokonserviertem Samen. Daher kann auch schon drei Tage vor dem erwarteten Eisprung inseminiert werden. Falls der Samenspender dafür verfügbar ist, kann in einem Zyklus auch zweimal im Abstand von ein bis zwei Tagen inseminiert werden.

Wenn sie einen privaten Samenspender haben, inseminieren die meisten Frauen zu Hause. Für den Transport des Spermas kann ein Urinbecher mit

Deckel verwendet werden. Das Sperma muss beim Transport möglichst körperwarm gehalten werden und ist so einige Stunden lang befruchtungsfähig. Zur Insemination wird der Samen mit einer normalen Spritze (ohne Kanüle) möglichst tief in die Vagina in die Nähe des Muttermunds gespritzt.

Bei aufbereitetem und kryokonserviertem Sperma von einer Samenbank sind die Spermien maximal 24 Stunden befruchtungsfähig. Daher muss der Zeitpunkt der Insemination möglichst kurz vor oder nach dem Eisprung gewählt werden. Die Schwangerschaftsrate ist bei der Intrauterinen Insemination (IUI), bei der das speziell aufbereitete Sperma direkt in die Gebärmutter gespritzt wird, höher als bei der Insemination vor den Muttermund. Die Kliniken in Dänemark und den Niederlanden bieten die IUI für Lesben an, diese Möglichkeit ist aber durch die meist mehrfach erforderliche zeitlich nicht genau planbare Anreise zeit- und kostenaufwändig. Auch in Deutschland wird diese Behandlung in einzelnen Praxen durchgeführt, das Angebot ist aber, wie beschrieben, für die meisten Lesben schwer zugänglich.

Grundsätzlich kann auch mit kryokonserviertem Sperma zu Hause inseminiert werden, wenn es direkt nach Hause geschickt oder aus einer Arztpraxis mitgenommen wird. Der von einer Samenbank bezogene Samen hat nach der Aufbereitung ein sehr geringes Volumen von 0,5 bis 1 Milliliter. Um ihn vollständig aus der Spritze in die Vagina zu befördern, sollte nach der Insemination etwas Luft in die Spritze aufgezogen und damit die Spermiereste aus der Spritze gespült werden. Auch die Verwendung spezieller Muttermundkappen wird für diese Insemination empfohlen.

Schwangerschaftsraten

Es ist schwierig, genaue Angaben zur Schwangerschaftsrate bezogen auf einen Inseminationszyklus zu machen, da viele Faktoren dabei eine Rolle spielen wie das Alter, die Art des verwendeten Samens, die Art der Insemination und mögliche Einschränkungen der Fruchtbarkeit. Die Chance, dass es beim

nächsten Mal mit dem Schangerwerden klappt, wird mit jedem erfolglosen Zyklus geringer.

Die meisten Daten aus wissenschaftlichen Studien stammen von heterosexuellen Paaren, bei denen Beeinträchtigungen der Fruchtbarkeit vorhanden sind. Daten für lesbische Frauen existieren nur von kleinen Gruppen. Wenn kryokonserviertes Sperma verwendet wird, ist die Schwangerschaftsrate bei intrauteriner Insemination etwas höher als bei einer Insemination in die Vagina. Insgesamt ist jedoch die Chance auf eine Schwangerschaft mit frischem Samen (auch bei Insemination in die Vagina) größer.

Aus einer Studie lassen sich folgende altersbezogenen Angaben zur Erfolgsrate mit intrauteriner Insemination machen (Ferrara 2002):

Alter	bis 35 Jahre	35 bis 40 Jahre	über 40 Jahre
Anzahl der Zyklen			
pro Zyklus	ca. 18%	ca. 12%	ca. 5%
3 Zyklen	ca. 50%	ca. 30%	ca. 18%
10 Zyklen	ca. 85%	ca. 45%	ca. 21%

Die Storkklinik in Kopenhagen macht auf ihrer Internetseite Angaben zur durchschnittlichen Zahl der Inseminationszyklen, die in verschiedenen Altersgruppen bis zu einer Schwangerschaft benötigt werden:

Alter	durchschnittliche Zahl der Inseminationen
20 bis 24	gut 2
25 bis 29	3 bis 4
30 bis 34	4
35 bis 39	5 bis 6
> 40	10 bis 12

Wenn es nicht klappt

Der Weg zu einer Schwangerschaft ist für lesbische Paare in der Regel aufwändiger als für heterosexuelle Paare. Die oben angeführten Statistiken >>

machen deutlich, dass meist mehrere Inseminationszyklen erforderlich sind, bis eine Schwangerschaft eintritt. Da sich viele Frauen schon in einem Alter mit abnehmender Fruchtbarkeit befinden, wenn sie mit den Inseminationen beginnen, ist zu

Weitere Informationen

LSVD Beratungsführer „Regenbogenfamilien – alltäglich und doch anders“

Der Lesben- und Schwulenverband Deutschland geht in diesem Heft ausführliche auf viele Aspekte des Schwangerwerdens und des Lebens mit Kindern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften ein. Neben zahlreichen Informationen über die verschiedenen Wege zu einer Schwangerschaft finden sich dort umfassende rechtliche und sozialrechtliche Informationen für Regenbogenfamilien. Der Beratungsführer geht darüber hinaus auch auf psychische Aspekte beim Eltern werden und Eltern sein ein. Erfahrungsberichte geben Einblicke in die alltäglichen Erlebnisse von (werdenden) Regenbogeneltern. Derzeit ist der Beratungsführer nur online beziehungsweise zum Download verfügbar: www.family.lsvd.de/beratungsfuehrer/

Auch der Rechtsratgeber „Lebenspartnerschaftsrecht“ des LSVD informiert über zahlreiche (sozial)rechtliche Aspekte für Regenbogenfamilien und das Leben mit Kindern. Er ist derzeit nur online verfügbar: <http://lsvd.de/77.o.html>

Broschüre „Lesben und Kinderwunsch“
Diese Broschüre greift unter anderem Fragen zu Samenspendern, der rechtlichen Situation oder der Möglichkeit einer Adoption auf und gibt Anhaltspunkte für den individuell passenden Weg von Lesben mit Kinderwunsch. Neben aktuellen Informationen bieten fünf Portraits Einblicke in Alltag und Gedanken lesbischer Mütter und deren Kinder.

Die Broschüre ist zu bestellen bei der LAG Lesben in NRW e.V. E-Mail: lesben-nrw@w4w.net

erwarten, dass es bis zum Eintritt einer Schwangerschaft länger dauern kann, oder es mit dem schwanger werden nicht mehr klappt. Neben Gründen wie berufliche Interessen oder das Warten auf die passende Beziehung, die auch bei heterosexuellen Frauen zum Aufschieben der Elternschaft führen, spielt bei Lesben zusätzlich die lange Phase der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Möglichkeiten zur Verwirklichung des Kinderwunsches eine Rolle dabei, dass sie oft schon bei Beginn der Insemination ein Alter von Ende Dreißig oder Anfang Vierzig erreicht haben.

Es kann belastend sein, viele erfolglose Inseminationsversuche über einen langen Zeitraum psychisch zu verkraften. Daher ist es sinnvoll, nach einer bestimmten Anzahl von Versuchen eine Behandlungspause zu planen. Diese Zeit kann zum Reflektieren der eigenen Gefühle von Enttäuschung und Trauer genutzt werden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, sich frühzeitig damit auseinanderzusetzen, dass sich der Kinderwunsch möglicherweise nicht verwirklichen lässt.

Ohne solche Phasen des Innehaltens und Nachdenkens besteht die Gefahr, nach jedem misslungenen Versuch möglichst rasch den nächsten Versuch zu starten, um der Enttäuschung mit neuer Hoffnung zu begegnen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Nutzung von weitergehenden Techniken der Reproduktionsmedizin. Eine Diagnostik zur Abklärung möglicher Beeinträchtigungen der Fruchtbarkeit sollte genau so wie bei heterosexuellen Frauen erfolgen. Bei den Behandlungsoptionen bestehen die oben beschriebenen rechtlichen Unklarheiten. Ein Graubereich besteht bei der hormonellen Stimulation von Frauen, die die Insemination zu Hause vornehmen. Diese Behandlungen werden schon seit längerem in einzelnen Fällen durchgeführt. Weitergehende Techniken wie die intrauterine Insemination mit hormoneller Stimulation oder eine IVF-Behandlung standen in Deutschland bisher für lesbische Frauen nicht zur Verfügung. Dafür gab nur die

Möglichkeit, ins Ausland, zum Beispiel nach Dänemark, Spanien oder in die Niederlande zu reisen. Aktuell ändert sich diese Situation und erste Kinderwunschpraxen öffnen ihre Behandlungsangebote auch für Frauen in (eingetragenen) gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. Da diese Angebote (bisher) nicht öffentlich bekannt gemacht werden, sollte lesbischen Paaren empfohlen werden, einen Termin in einer Kinderwunschpraxis zu vereinbaren, ihre Situation darzustellen und persönlich nach Behandlungsmöglichkeiten zu fragen. ■

Literatur

Eberlein H. Beratung homosexueller Paare bei Kinderwunsch. *Gynäkol Geburtsmed Gynäkol Endokrinol* 2010; 7: 198–211.

Ferrara I, Balet R, et al. Intrauterine insemination with frozen donor sperm. Pregnancy outcome in relation to age and ovarian stimulation regime. *Human reproduction* 2002; 17: 2320–4

Green L. Unconventional conceptions. Family planning in lesbian-head families created by donor insemination. TUD Press, Dresden 2006

LSVD. Regenbogenfamilien – alltäglich und doch anders. Beratungsführer für lesbische Mütter, schwule Väter und familienbezogenes Fachpersonal. 2007. <http://www.family.lsvd.de/beratungsfuehrer/>

Thorn P. Geplant lesbische Familien. Ein Überblick. *Gynäkologische Endokrinologie* 2010; 8: 73–81.

Hammel A, Bispink T, et al. Arbeitsgruppe Richtlinienneuerung des Arbeitskreises für Donogene Insemination e.V. Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland. 2006 http://www.donogene-insemination.de/downloads/Richtl_Druckfassung.pdf

Rupp M. Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. Rechtstatsachenforschung. Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz 2009

AKTUELLE INFORMATION

Schwangerschaftsabbrüche – Komplikationen bei späteren Schwangerschaften

Ines Thonke, Helga Seyler

Seit der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in vielen Ländern in den 1960er und 70er Jahren wurden Komplikationen und mögliche negative Konsequenzen für die Fruchtbarkeit und den Verlauf von späteren Schwangerschaften in zahlreichen Studien untersucht. In den letzten zwanzig Jahren war darüber hinaus der Vergleich unterschiedlicher Abbruchtechniken (chirurgisch oder medikamentös) in Bezug auf Komplikationen von Interesse.

Während die Häufigkeit unmittelbarer Komplikationen auf der Basis von gesicherten Daten gut bekannt ist, bestehen in Bezug auf die Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen für spätere Schwangerschaften wie zum Beispiel Frühgeburten weiterhin unterschiedliche Einschätzungen. Gerade mögliche negative Konsequenzen für folgende Schwangerschaften sind jedoch eine häufige und große Sorge von Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden.

Die Vielzahl vorhandener Daten zeigt widersprüchliche Ergebnisse, die wahrscheinlich durch methodische Probleme bei der Durchführung solcher Studien bedingt sind. Wegen dieser Probleme sind auch Schlüsse über ursächliche Zusammenhänge zwischen beobachteten Komplikationen und vorangegangenen Schwangerschaftsabbrüchen schwierig. Bis heute herrscht daher Unklarheit darüber, ob Schwangerschaftsabbrüche negative Auswirkungen auf den Verlauf späterer



Schwangerschaften haben. Zwei große Studien, die in diesem Jahr veröffentlicht wurden, beschäftigen sich erneut mit dieser Thematik. Im Mittelpunkt steht dabei der Einfluss von Abbrüchen auf das Risiko von Frühgeburten, da die trotz medizinischen Fortschritts nicht abnehmende Frühgeburtenrate ein bedeutsames Gesundheitsproblem darstellt.

Eine der Studien wurde in Schottland durchgeführt (Bhattacharya 2012). Dabei wurden Daten des nationalen Bevölkerungsregisters ausgewertet und alle Frauen beobachtet, die zwischen 1981 und 2007 Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten oder Geburten hatten. Untersucht wurde jeweils der Verlauf der zweiten Schwangerschaft. Die Ergebnisse wurden bei drei Gruppen von Frauen verglichen: solche, die in der ersten Schwangerschaft entweder einen Abbruch oder Fehlgeburt hatten oder die eine Schwangerschaft ausgetragen hatten. Bei den Abbrüchen konnte auch zwischen chirurgischer oder medikamentöser Technik unterschieden werden.

Dabei wurde das Auftreten einer Vielzahl von Komplikationen ausgewertet: Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften, Frühgeburten, Plazenta prävia (Anwachsen der Plazenta im Bereich des inneren Muttermunds), vorzeitige Plazentalösung und Preklampsie. Im Mittelpunkt der Studie stand jedoch das Risiko von Frühgeburten.

Die Ergebnisse zeigten nach einem Schwangerschaftsabbruch ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt. Im Vergleich zu Frauen, die bereits eine Schwangerschaft ausgetragen hatten, war das Risiko um den Faktor 1,66 erhöht. Verglichen mit Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren, war das Risiko um den Faktor 1,37 erhöht. Frauen, die in der ersten Schwangerschaft eine Fehlgeburt erlitten hatten, hatten in etwa das gleiche Risiko für eine Frühgeburt in der folgenden Schwangerschaft, wie Frauen nach einem Abbruch. Entscheidender als das relative Risiko sind jedoch die absoluten Zahlen: Nach einem Abbruch hatten 9,3 Prozent der

Frauen eine Frühgeburt vor der 37. SSW gegenüber 5,3 % der Frauen, die die erste Schwangerschaft ausgetragen hatten. Demnach erleiden zusätzlich etwa 4 von 100 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch eine Frühgeburt vor der 37. Woche. Bei Frühgeburten vor der 32. Woche waren es 1,9 vs. 0,9 Prozent, das heißt, 1 Prozent der Frauen erleidet zusätzlich eine frühe Frühgeburt.

Nach einem medikamentösen Abbruch war das Frühgeburtenrisiko geringer, als nach einem chirurgischen Abbruch, es war nicht höher als bei Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren.

Bei mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen stieg das Risiko für eine Frühgeburt im Vergleich zum ersten Abbruch nicht weiter an. Ein Abbruch der zweiten Schwangerschaft nach einer ausgetragenen Schwangerschaft führte in den folgenden Schwangerschaften ebenfalls zu einem höheren Frühgeburtenrisiko.

Auch eine Plazenta prävia trat nach Schwangerschaftsabbrüchen häufiger auf, in absoluten Zahlen waren 1 Prozent der Frauen nach einem Abbruch betroffen gegenüber 0,6 Prozent nach einer ausgetragenen Schwangerschaft. Darüber hinaus bietet die Studie eine Vielzahl von vergleichenden Daten zwischen den verschiedenen Gruppen von Frauen und unterschiedlichen Schwangerschaftskomplikationen, deren Ergebnisse uneinheitlich sind.

Ursächliche Zusammenhänge zwischen den beobachteten Komplikationen und vorangegangenen Abbrüchen sind weiterhin nicht mit Sicherheit zu belegen. Es gibt weitere wichtige Einflussgrößen für das Risiko für eine Frühgeburt oder andere Schwangerschaftskomplikationen, zum Beispiel die Erwünschtheit der Schwangerschaft, soziale Probleme, gesundheitliche Faktoren oder das Sexualverhalten, die in dieser Untersuchung unberücksichtigt bleiben.

Die Unterschiede zwischen den Folgen von chirurgischen und medikamentösen Abbrüchen könnten

auch am möglicherweise höheren Schwangerschaftsalter bei den chirurgischen Abbrüchen liegen. Allerdings fand auch eine chinesische Studie nach einem oder mehreren medikamentösen Abbrüchen kein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt, während das Risiko nach mehreren chirurgischen Abbrüchen erhöht war (Liao 2011).

Die AutorInnen schließen aus den Ergebnissen dieser und früherer Studien, dass ein Schwangerschaftsabbruch, insbesondere ein chirurgischer, das Risiko für eine Frühgeburt in der nachfolgenden Schwangerschaft sehr wahrscheinlich erhöht.

Die zweite ebenfalls sehr große Studie wurde in Finnland durchgeführt, auch hier waren Daten aus landesweiten Registern zu Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen die Grundlage (Klemetti 2012). Der Schwerpunkt dieser Studie lag auf der Frage, welchen Einfluss wiederholte Abbrüche auf das Risiko von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht haben. Faktoren, die Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten, wurden möglichst vollständig erfasst und kontrolliert.

Anders als in der Studie von Bhattacharya wurde in dieser Studie nach einem bzw. zwei Schwangerschaftsabbrüchen kein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt vor der 37. SSW gefunden. Erst bei drei oder mehr Abbrüchen war das Risiko erhöht (von 5,6 auf 8,4 Prozent). Das Risiko für eine sehr frühe Frühgeburt vor der 28. SSW war bei Frauen mit einem Abbruch gering erhöht (von 0,3 auf 0,4 Prozent) und nahm mit jedem weiteren Abbruch zu.

Die Auswirkung verschiedener Abbruchmethoden auf das Frühgeburtenrisiko wurde nicht untersucht. Allerdings wurden im Studienzeitraum 88 Prozent der Abbrüche chirurgisch durchgeführt. Inzwischen dominiert in Finnland der medikamentöse Abbruch mit 90 Prozent im Jahr 2010. Daher empfehlen die AutorInnen eine weitere Studie, um den Einfluss des medikamentösen Abbruchs auf Schwangerschaftskomplikationen zu klären.

Fazit

Auch diese beiden großen, sorgfältig durchgeführten Studien können die Frage nach den Auswirkungen von Schwangerschaftsabbrüchen auf spätere Schwangerschaften nicht definitiv klären. Das britische Royal College of Obstetricians and Gynaecologists empfiehlt in ihrer Leitlinie von 2004, Frauen über ein möglicherweise erhöhtes Frühgeburtenrisiko nach einem Abbruch aufzuklären. Nach den Ergebnissen der aktuellen schottischen Studie würde dieses Risiko für eine Frühgeburt vor der 37. SSW im niedrigen einstelligen Prozentbereich liegen, für eine frühe Frühgeburt unter 1 Prozent. Die neueren Studien weisen darauf hin, dass dieses – nicht in beiden Untersuchungen beobachtete – leicht erhöhte Risiko nicht oder in noch geringerem Maß beim medikamentösen Abbruch beobachtet wird.

So bleiben einerseits also Unsicherheiten für BeraterInnen und ÄrztInnen, die Frauen über Risiken von Abbrüchen aufklären, andererseits zeigen die Untersuchungen erneut, dass, wenn überhaupt, Risikoerhöhungen nur in geringem Maß auftreten. Dies kann für Frauen eine wichtige Information darstellen. ■

Literatur

Bhattacharya S, Lowit A, et al. Reproductive outcomes following induced abortion: a national register-based cohort study in Scotland. *BMJ Open* 2012; 2:e000911 doi:10.1136/bmjopen-2012-000911

Klemetti R, Gissler M, et al. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction* 2012; Advance Access, 10.1093/humrep/des294.

Liao H, Wei, Q, et al. Repeated medical abortions and the risk of preterm birth in the subsequent pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284: 579–86.

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

Schwangerschaftsabbruch und die Diskussion um psychische Folgen

Ines Thonke

Eine im Jahr 2011 veröffentlichte Übersichtsarbeit (Coleman 2011) zu psychischen Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch führte in den USA zu großer Irritation und Empörung: Nach Aussage der Autorin, die ihre Studie als bisher größte quantitative Analyse zu psychischen Folgen nach einem Schwangerschaftsabbruch bezeichnete, sei das Risiko für psychische Störungen nach einem Abbruch um 81 Prozent erhöht und insgesamt ließen sich ca. 10 Prozent aller psychischen Störungen auf einen Abbruch zurückführen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit standen im Widerspruch zu allen aktuellen Übersichtsarbeiten zum Thema und führten in den USA und international zu einer lebhaften und sehr kontroversen Debatte. Der schwerwiegendste Einwand war, die Studie sei nicht nach grundlegenden Regeln des wissenschaftlichen Arbeitens erstellt worden. Die der Publikation zugrunde liegenden Daten aus dem National Comorbidity Survey (Nationale Erhebung zu Begleiterkrankungen) wurden einer wissenschaftlichen Reanalyse unterzogen (Steinberg 2011).

Dabei konnte belegt werden, dass Coleman ihrer Analyse keine adäquaten Daten zugrunde gelegt hatte und die formulierten Schlussfolgerungen daher unzulässig sind. Der wesentliche Kritikpunkt war, dass Zahlen zu psychischen Störungen im gesamten Lebenslauf einer Frau verwendet wurden anstatt die Häufigkeit psychischer Störungen, die nach einem Abbruch auftraten. Der Chefredakteur des Journal of Psychiatric Research und der Mitautor des National Comorbidity Survey unterstrichen in

einem offenen Brief die Aussagen der Reanalyse (Kessler 2012).

Die wissenschaftliche Diskussion um die Bewertung von psychischen Folgen eines Abbruchs ist bedeutend, da wissenschaftliche Erkenntnisse häufig zur Rechtfertigung von Anwendungseinschränkungen und Zugangshindernissen zu Schwangerschaftsabbrüchen benutzt (instrumentalisiert) und Frauen damit beunruhigt werden.

Die aktuellen Übersichtsarbeiten, die transparent und nach wissenschaftlichen Ein- und Ausschlusskriterien die Datenlage zu den psychischen Auswirkungen eines Abbruchs untersuchten, kommen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Übersichtsarbeiten mit der höchsten wissenschaftlichen Evidenz zeigen bei Frauen mit ungewollter Schwangerschaft keinen Unterschied hinsichtlich psychischer Folgen, wenn sie die Schwangerschaft austragen oder abbrechen.
- Psychische Spätfolgen des Abbruchs werden häufig in Studien gefunden, die methodische Fehler aufweisen.
- Junge Frauen, die einen Abbruch durchführen lassen, haben kein höheres Risiko für Depressionen oder geringes Selbstwertgefühl als Gleichaltrige ohne Abbruchanamnese.
- Während eindeutige Belege für den Zusammenhang zwischen Abbruch und psychischen Folgen fehlen, ist ein erhöhtes Risiko für postpartale Depressionen nach einer Geburt belegt.

Es wird in den Studien nicht bestritten, dass ein Abbruch ein belastendes Ereignis im Leben einer Frau sein kann, das positive oder negative Auswirkungen haben kann, wie auch andere Ereignisse, zum Beispiel eine Heirat oder Scheidung, die Geburt oder der Verlust eines Kindes, ein neuer Arbeitsplatz oder der Arbeitsplatzverlust.

- Das am häufigsten von Frauen berichtete Gefühl nach einem Abbruch ist Erleichterung. Manche Frauen empfinden Trauer oder Schuld.

- Der wichtigste Indikator für das Risiko psychischer Störungen nach einem Abbruch ist die psychische Verfassung der Frau vor dem Abbruch.
- Während ein direkter Zusammenhang zwischen Abbruch und psychischen Folgestörungen nicht belegt ist, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Stigmatisierung des Abbruchs und negativen psychischen Auswirkungen. Solche Folgen lassen sich nachweisen, wenn der Abbruch im sozialen Umfeld der Frau, zum Beispiel vom Partner oder der Familie, abgelehnt wird, wenn sie ihn geheim halten muss, bei fehlender sozialer Unterstützung oder wenn eine Frau den Aktivitäten von Schwangerschaftsabbruchgegnern ausgesetzt ist. ■

Literatur:

American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the task force on mental health and abortion. Washington, DC 2008. <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Charles VE, Chelsea B, et al. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 2008; 78: 436–50

Coleman, PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 180–6.

Guttmacher Advisory: Abortion and mental health. Guttmacher Institute New York 2011. www.guttmacher.org/media/evidence-check/2011/01/31/Advisory-Abortion-Mental-Health.pdf

Major B, Appelbaum M, et al. Abortion and mental health. Evaluating the evidence. *American Psychologist* 2009; 64: 863–890.

Kessler RC, Shatzberg AF. Commentary on abortion studies of Steinberg and Finer (*Social Science & Medicine* 2011; 72:72–82) and Coleman (*Journal of Psychiatric Research* 2009; 43:770–6 & *Journal of Psychiatric Research* 2011; 45:1133–4). *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46: 410–11.

Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science and Medicine* 2011; 72: 72–82.

AKTUELLE INFORMATION

Neue Hormonspirale – erste Daten veröffentlicht

Helga Seyler

In Deutschland ist seit 1996 das Intrauterine System Mirena® als einzige Hormonspirale auf dem Markt. Seit langem wird die Entwicklung einer neuen, kleineren Hormonspirale angekündigt. Diese soll besonders für junge Frauen und Frauen ohne Geburten geeignet sein, da durch einen geringeren Durchmesser des Einführ-Röhrchens eine leichtere und schmerzärmere Einlage erwartet wird. Durch eine geringere Freisetzungsrate von Levonorgestrel (LNG) sollen darüber hinaus hormonbedingte Nebenwirkungen wie Depressionen, Kopfschmerzen, Brustspannen oder Akne seltener auftreten.

Die Markteinführung einer solchen Spirale ließ jedoch auf sich warten. Die Firma Bayer HealthCare kündigte Ende 2011 in einer Pressemitteilung an, dass die Zulassung für ein solches System in der EU und den USA beantragt wurde und derzeit Studien dazu durchgeführt würden. Nun wurde eine Studie mit ersten Ergebnissen veröffentlicht.

Es wurden LNG-freisetzende Systeme mit unterschiedlichen LNG-Abgaberraten von 12 bzw. 16 µg pro Tag im Vergleich zu Mirena® (20 µg pro Tag) untersucht. Der Einführstab dieser Spiralen hatte einen Durchmesser von 3,8 mm im Vergleich zu 4,75 mm bei Mirena®, das neue IUS maß 28 x 28 mm im Vergleich zu 32x32 mm bei Mirena®. Veröffentlicht wurden Daten zur Verhütungssicherheit, zu Nebenwirkungen und den Erfahrungen mit dem Einsetzen des Systems.

Insgesamt wurden 738 Frauen über drei Jahre beobachtet. Sie waren zwischen 21 und 40 Jahre >>

alt, 21 Prozent hatten keine Kinder geboren. Die Schwangerschaftsraten im Verlauf der drei Jahre waren 1/239 mit 12 µg, 5/245 mit 16 µg, 0/254 mit 20 µg LNG. Wegen der kleinen Zahl von Probandinnen waren die Unterschiede statistisch nicht signifikant. Auffällig ist, dass drei der sechs Schwangerschaften Eileiterschwangerschaften waren, aber auch das könnte Zufall sein.

Insgesamt wurden 10 Spiralen (1,3 Prozent) teilweise oder vollständig ausgestoßen, ohne auffällige Unterschiede zwischen den verschiedenen Modellen.

Das Blutungsmuster war in allen Gruppen ähnlich. Auch mit den neuen Systemen nimmt die Blutungsstärke deutlich und in typischer Weise ab und die Blutungen werden kürzer, wobei in den ersten Monaten häufig Zwischenblutungen auftreten. Bei den Systemen mit geringerer Freisetzungsrate von LNG war dieser Effekt jedoch nicht ganz so ausgeprägt, insgesamt traten damit Blutungen etwas häufiger auf und hielten länger an, außerdem blieb die Blutung seltener ganz aus. Ovarialzysten wurden mit den neuen Systemen seltener beobachtet, als unter Mirena® (6 bzw. 8 Prozent gegenüber 22 Prozent). Ansonsten gab es keine Unterschiede in Bezug auf Nebenwirkungen wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Stimmungsveränderungen oder Akne.

Die Einlage der kleineren Systeme wurde in 94 Prozent der Fälle als einfach beurteilt gegenüber 86 Prozent der Fälle mit dem herkömmlichen System. Auch die Frauen empfanden die Einlage als weniger schmerzhaft: Keine oder geringe Schmerzen gaben 72 Prozent der Frauen an, die das kleinere System eingesetzt bekamen, im Vergleich zu 58 Prozent der Frauen mit Mirena®.

Die Studie war zu klein, um geringe Unterschiede in der Verhütungssicherheit der Systeme festzustellen. Auffällig war das Auftreten von drei extrauterinen Schwangerschaften bei den geringer dosierten Systemen, was einer Rate von 0,6 Prozent ent-

spricht und deutlich höher lag, als die bisher beobachtete Rate bei Mirena® (0,06 Prozent laut Fachinformation). Das könnte Zufall sein, sollte aber in weiteren Studien geklärt werden.

Eine solche große Phase-III Studie läuft derzeit und die Ergebnisse werden nach Angaben der AutorInnen bereits ausgewertet. ■

Literatur

Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, et al. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and mirena. *Fertil Steril* 2012; 97: 616-622.e3.

Bayer HealthCare. Neues Intrauterinsystem zur Langzeitverhütung zur Zulassung in der Europäischen Union und in den USA eingereicht. Pressemitteilung vom 14.12.2011

AKTUELLE INFORMATION

Pillen danach: LNG oder UPA?

Helga Seyler

Seit drei Jahren besteht bei der postkoitalen Verhütung die Wahl zwischen zwei unterschiedlichen Wirkstoffen, dem schon länger verfügbaren Levonorgestrel (LNG, derzeit ausschließlich unter dem Namen PiDaNa® auf dem Markt) und dem neu eingeführten Ulipristalacetat (UPA, ellaOne®). Seitdem bestehen in der Praxis Unsicherheiten, welchem Präparat grundsätzlich oder in der jeweiligen Situation der Vorzug zu geben ist.

ellaOne® wird in der Fachpresse als das generell effektivere Präparat dargestellt. In Deutschland sowie international besteht der Trend, dieses Medikament als Präparat der ersten Wahl zu empfehlen (Rabe 2011). Darüber hinaus gibt es Befürchtungen, dass LNG zur postkoitalen Verhütung bald nicht

mehr verfügbar sein wird. Berichten zufolge informiert die Vertriebsfirma niedergelassene ÄrztInnen häufig nur über die Verfügbarkeit von ellaOne® (arznei-telegramm 2011).

Vergleicht man beide postkoitalen hormonalen Methoden, so hat LNG offensichtliche Vorteile: Es enthält einen seit Jahrzehnten bekannten und sehr gut untersuchten Wirkstoff, der hinsichtlich der Nebenwirkungen des Risikospektrums international als sehr sicher eingestuft wird, der keine Kontraindikationen aufweist und bei dem selbst eine versehentliche Einnahme in der Frühschwangerschaft nicht mit Risiken für die Schwangerschaft verbunden ist. LNG ist deutlich preisgünstiger und ist – zumindest in vielen Ländern außerhalb von Deutschland – ohne Rezept verfügbar.

Eine klare Indikation für UPA besteht lediglich am 4. und 5. Tag nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr, da in diesem Zeitraum LNG für die Nachverhütung nicht zugelassen ist. Bei der Verordnung von UPA muss die mögliche Beeinträchtigung der Wirkung hormonaler Kontrazeptiva bedacht werden, die noch nicht ausreichend untersucht ist. Außerdem fehlen Daten zum Fehlbildungsrisiko, wenn UPA bei einer noch nicht festgestellten frühen Schwangerschaft angewendet wird, und zum Übergang von UPA in die Muttermilch sowie Auswirkungen auf den gestillten Säugling.

Die Empfehlung, generell UPA zu verordnen, wird mit der höheren Effektivität begründet, aus diesem Grund sollte der deutlich höhere Preis bei der Verordnung keine Rolle spielen (Rabe 2011). Dabei werden die Daten zur Effektivität von UPA durchaus widersprüchlich bewertet. Ein aktueller Review einer Arbeitsgruppe der Cochrane Collaboration (Cheng 2012) befasst sich damit und kommt in Teilen zu anderen Ergebnissen als die AutorInnen der vorhandenen Vergleichsstudien (Glasier 2010). Die Cochrane Collaboration ist eine internationale wissenschaftliche Organisation, die zu einer Vielzahl von Fragestellungen im Gesundheitsbereich

die vorhandenen wissenschaftlichen Daten sichtet und bewertet.

Übereinstimmung besteht zwischen dem Cochrane Review und Glasier insofern, als die gemeinsame Auswertung aller Daten von zwei Studien (eine mit Anwendung der beiden Methoden innerhalb von drei Tagen, die weitere Studie mit einem Zeitraum von 5 Tagen) insgesamt eine höhere Effektivität für UPA ergab (Versagerrate 0,9 gegenüber 1,7 Prozent). Bei der Auswertung der Daten in Untergruppen mit unterschiedlichem Einnahmeintervall nach dem ungeschützten Koitus kommt der Cochrane Review jedoch anders als die Metaanalyse von Glasier zu dem Ergebnis, dass die Unterschiede der Effektivität in keiner der Untergruppen als signifikant bewertet werden. Dagegen fand Glasier in einzelnen Untergruppe mit einem Einnahmeintervall bis zu 24 Stunden, bis zu 72 Stunden und zwischen 73 und 120 Stunden eine signifikant höhere Effektivität von UPA.

Diese Ergebnisse werden in der Fachpresse hervorgehoben: für die Einnahme innerhalb von 24 Stunden betrug die Versagerrate mit UPA nur ein Drittel derer mit LNG, innerhalb von 72 Stunden war sie halb so groß. Am 4. und 5. Tag der Einnahme traten bei jeweils gut 100 Frauen drei Schwangerschaften in der Gruppe mit LNG auf, jedoch keine bei den Frauen, die UPA eingenommen hatten. Die Datenanalyse des Cochrane Reviews macht jedoch deutlich, dass die Ergebnisse wegen der geringen Zahl an Studienteilnehmerinnen nicht sehr zuverlässig sind.

Unklar ist auch, wie sich die Effektivität von UPA bei zunehmendem Abstand der Einnahme zum ungeschützten Koitus verhält. Für LNG ist eine höhere Wirksamkeit bei früherer Einnahme belegt. Für UPA sind die Daten nicht ausreichend für eine eindeutige Beurteilung, da die Zahl der Probandinnen in den einzelnen Untergruppen zu klein war. In der Fachpresse finden sich zu diesem Punkt widersprüchliche Informationen. Einerseits werden die Daten so interpretiert, dass die Wirksamkeit >>

von UPA auch vier und fünf Tage nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr nicht geringer würde, an anderen Stellen wird jedoch betont, dass auch bei UPA die Wirksamkeit bei möglichst früher Einnahme größer ist.

Ein weiteres Argument, das für die Verordnung von UPA angeführt wird, ist das Ergebnis einer Auswertung der vorhandenen Daten in Bezug auf die Effektivität bei unterschiedlichem Körpergewicht (Glazier 2011). Dabei fand sich eine starke Reduktion der Effektivität von LNG bei einem höheren BMI. Für UPA war dieser Effekt weniger stark ausgeprägt. Allerdings sollten auch diese Daten mit Vorsicht interpretiert werden – auch bei der Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva ist die Datenlage zu dieser Frage sehr widersprüchlich. Die AutorInnen der Veröffentlichung weisen selbst darauf hin, dass die Ergebnisse wegen der geringen Zahlen von Probandinnen wenig aussagekräftig sind.

So ist es bisher kaum möglich, auf verlässlichen Daten gestützte Empfehlungen zu geben, in welchen Fällen primär UPA verordnet werden sollte. Frauen, die eine postkoitale Verhütung wünschen, sollten über beide Präparate sowie die unklare Datenlage informiert und in die Entscheidung über die Verordnung einbezogen werden.

Kupfer-IUP als Alternative

Nach der Veröffentlichung von aktuellen Daten zur sehr hohen Effektivität der postkoitalen Einlage eines Kupfer-IUP (siehe pro familia magazin – familienplanungsrundbrief Nr. 2, August 2012, Seite 11) erfährt diese Methode zunehmende Beachtung. In einigen Nachbarländern wird bereits diskutiert, die IUP-Einlage bei sehr hohem Risiko für eine Schwangerschaft, zum Beispiel bei ungeschütztem Koitus am Tag des vermuteten Eisprungs, als Methode der ersten Wahl anzubieten. In Deutschland wird die postkoitale IUP-Einlage weiterhin nur in Ausnahmen angeboten, die Methode sollte aber häufiger in die Beratung einbezogen werden. ■

Literatur

Arznei-telegramm: Pille danach: Bald nur noch teuer? 2011; 42 (2): 22

Cheng LCY, Guelmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 8 p. CD001324.

Creinin M, Schlaff W, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception. A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108: 1089–97.

Glazier A, Cameron S, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: A randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 555–62.

Glazier A, Cameron S, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* 2011; 84: 363–367.

Rabe T, Goeckenjan M, et al. Notfallkontrazeption. *Gynäkologe* 2011; 44: 10–16.

Rabe T, Goeckenjan M, et al. Postkoitale Kontrazeption. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) e.V., Abdruck u.a. in *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie – Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology* 2011; 8 (6)

AKTUELLE INFORMATION

Ulipristalacetat zur Behandlung von Myomen

Helga Seyler

Anfang diesen Jahres wurde Ulipristalacetat unter dem Namen Esmya® mit der Dosierung von 5 mg von der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA für ein weiteres Anwendungsgebiet, die Behandlung von Myomen, zugelassen.

Das Wachstum von Myomen wird durch Progesteron stimuliert, daher war eine günstige Wirkung von Progesteronrezeptor-Modulatoren erwartet und schon mit anderen Wirkstoffen wie Mifepriston beobachtet worden. Die Wirkung von Ulipristalacetat in der Dosierung von 5 bzw. 10 mg täglich auf das Wachstum von Myomen und durch sie verursachte starke Blutungen wurde in zwei Studien

untersucht, einmal im Vergleich zu Placebo, und einmal im Vergleich zu Leuporelin, einem GnRH-Anaologon, das zur Behandlung von Myomen bereits zugelassen ist.

Die Studien zeigten, dass UPA durch Myome verursachte starke Blutungen bei > 90 Prozent der Frauen innerhalb von einer Woche stark reduzierte oder vollständig stoppte. Bei der großen Mehrzahl der Frauen blieben während der Behandlung die Blutungen vollständig aus. Dadurch besserte sich auch die begleitende Blutarmut deutlich. An Nebenwirkungen traten bei etwa 13 Prozent der Frauen Hitzewallungen auf. Außerdem kam es bei 10 bis 15 Prozent der Frauen zu einem starken Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut.

Zur Verringerung der Blutungen zeigte UPA die gleiche Wirksamkeit wie Leuporelin, wobei die Wirkung bei UPA schneller einsetzte. Die Größenreduktion der Myome war zwar mit UPA geringer als mit Leuporelin (30 bis 40 Prozent versus gut 50 Prozent), allerdings wuchsen die Myome nach dem Ende der Behandlung mit UPA nicht so schnell wie nach dem Absetzen von Leuporelin. Mäßige oder starke Hitzewallungen traten im Vergleich zu Leuporelin seltener auf (10 versus 40 Prozent).

Esmya® ist mit der Dosierung von 5 mg 1 x täglich zur präoperativen Behandlung von Myomen zugelassen, die mäßige oder starke Beschwerden verursachen. Die maximale Behandlungsdauer beträgt drei Monate. Für eine längere Behandlungsdauer gibt es keine Daten.

Medikamentöse Alternativen für die dauerhafte Behandlung von Myomen gibt es nicht, auch die Behandlung mit Leuporelin ist zeitlich begrenzt. Für die Kontrolle von starken Blutungen existieren unterschiedliche Möglichkeiten der Hormonbehandlung, die aber häufig nicht ausreichend wirksam sind. Dann bleiben operative Therapien wie die Myomenektomie oder Gebärmutterentfernung, oder die Myomembolisation wichtige langfristige Handlungsoptionen. Diese Optionen können durch

UPA nicht ersetzt werden, da dieses bisher keine dauerhafte Behandlungsmöglichkeit ist. ■

Literatur

Donnez J, Tomaszewski J, et al. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. *N Engl J Med* 2012; 366: 421-32.

Donnez J, Tatarchuk TF, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med* 2012; 366: 409-20.

Rabe T. Ulipristalacetat zur konservativen Myomtherapie und Blutungskontrolle bei Hypermenorrhoe durch Uterus myomatosus. *Gemeinsame Stellungnahme von Deutscher Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und Berufsverband der Frauenärzte (BVF) e.V. Frauenarzt* 2012; 53: 322-32

AKTUELLE INFORMATION

Neue Richtlinien für das Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft

Ines Thonke

In der Schwangerschaft werden gemäß Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) drei Ultraschall-Untersuchungen angeboten: In der 9. bis 12., 19. bis 22. und 29. bis 32. Schwangerschaftswoche. Die im September 2010 geänderten Mu-RL sehen vor, dass Schwangere im 2. Trimenon, wenn sie sich für das Ultraschall-Screening entscheiden, zwischen zwei Untersuchungen wählen können: entweder ein Ultraschall mit Biometrie ohne systematische Untersuchung auf mögliche Fehlbildungen oder eine erweiterte Ultraschall-Untersuchung, die neben den dabei durchgeführten Messungen eine systematische Untersuchung der fetalen Morphologie (Organscreening) durch einen qualifizierten Untersucher vorsieht. Bisher waren die Vorgaben für das zweite Screening sehr unpräzise, es sollte auf Auffälligkeiten des Körperumrisses und der fetalen Strukturen geprüft werden. Nun wurde



für den erweiterten Ultraschall die Untersuchung folgender fetaler Strukturen festgelegt:

Am Kopf: Auffälligkeiten an den Hirnventrikeln, der Kopfform und Darstellbarkeit des Kleinhirns.

An Hals und Rücken: Unregelmäßigkeit der dorsalen Hautkontur.

Im Brustbereich: Auffällige Herz/Thorax-Relation, Herzposition und Herzrhythmus sowie Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks.

Am Rumpf: Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand, Darstellbarkeit des Magens und der Harnblase

GynäkologInnen, die in Zukunft die erweiterte Ultraschalluntersuchung anbieten wollen, benötigen hierfür eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Diese wird nach einem Nachweis über die Qualifikation des Arztes/der Ärztin durch eine Online-Prüfung erteilt (Befähigungsnachweis). Die Kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Länder bieten entsprechende computergestützte Fortbildungen und Online-Prüfungen an.

Einige in der Richtlinie vorgesehene Voraussetzungen für die Umsetzung des neuen Screening fehlen jedoch noch:

- Ein Aufklärungsblatt für die Schwangere muss durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt werden.
- Die Gebührenordnung muss geändert werden, damit die neue Leistung abgerechnet werden kann.
- Der Mutterpasses muss angepasst werden, damit die neuen Untersuchungen dort dokumentiert werden können.

Wann die neue Regelung in Kraft tritt, ist noch nicht bekannt. Der ursprünglich vorgesehene Termin zum 4. Quartalsbeginn 2012 wurde nicht eingehalten.

Ziel der Änderungen

Mit den Änderungen des Ultraschallscreenings in den Mu-RL soll die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik gesichert werden.

Erstmals soll auch das Recht auf Nichtwissen der Schwangeren umgesetzt werden. Bereits vor dem ersten Ultraschall-Screening soll die Frau über die Ziele, Inhalte und Grenzen der Untersuchung aufgeklärt werden, um zu entscheiden, ob sie diese Untersuchung wahrnehmen möchte. Das Ultraschall-Screening wird nun als optionales und damit abwählbares Angebot formuliert. Die bisherige Formulierung der Richtlinien wurde geändert von: „ein Ultraschall-Screening soll durchgeführt werden“ in „... soll angeboten werden“.

Die neue Regelung könnte mehr Klarheit über die Ziele und Inhalte des zweiten Ultraschallscreenings schaffen – sowohl für die Schwangeren als auch für die FrauenärztInnen. Dieses oft als „der große Ultraschall“ bezeichnete Screening wird in der Praxis sehr unterschiedlich umgesetzt. Es gab unterschiedliche Interpretationen der Vorgaben, wie weitgehend bei dieser Untersuchung fetale Organe und Körperteile untersucht und mögliche Fehlbildungen festgestellt werden müssen. FrauenärztInnen standen und stehen unter Druck, keine Fehlbildungen zu übersehen, die Schwangeren haben einerseits hohe Erwartungen an diese Untersuchung, sind sich aber andererseits nicht über mögliche Befunde und Konsequenzen im Klaren.

Allerdings muss sich erst in der Praxis zeigen, wie offen die Schwangeren über die verschiedenen Möglichkeiten aufgeklärt und beraten werden. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der GynäkologInnen das weitergehende Screening anbieten und empfehlen wird. Dieses enthält nun konkrete und detaillierte Angaben zu den dabei durchzuführenden Untersuchungen.

Gendiagnostikgesetz

Die Ultraschallscreenings im Rahmen der Mu-RL werden nicht als Untersuchungen im Sinne des Gendiagnostikgesetzes angesehen, da sie nicht auf die Abklärung genetischer Eigenschaften ausgerichtet sind. Daher muss die Information und Beratung nicht entsprechend dem Gendiagnostikgesetz durchgeführt werden. Erst wenn beim Kind Auffälligkeiten festgestellt werden, die eine genetische Ursache haben könnten, muss nach dem Gendiagnostikgesetz beraten werden.

Kosten

Alle Ultraschall-Untersuchungen im Rahmen der Mu-RL werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Werden bei diesen Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt, sind auch zusätzliche Ultraschalluntersuchungen zur weiteren Abklärung Leistungen der gesetzlichen Kassen. ■

*Quellen:
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Strukturelle Anpassung des Ultraschallscreenings in der Schwangerenvorsorge Vom 16. September 2010 und veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt am 18. Februar 2011*

Weitere Informationen über die Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: www.kbv.de und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): www.g-ba.de

AKTUELLE INFORMATION

Das Contraceptive-CHOICE Programm zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften

Ines Thonke, Helga Seyler

Die in den USA im Vergleich zu anderen entwickelten Ländern immer noch hohe Rate an Schwangerschaftsabbrüchen und Teenagerschwangerschaften wird weiterhin als Problem angesehen, und die Forschung befasst sich damit, welche Maßnahmen die Zahl wirksam senken können. Als eine der Möglichkeiten wird die vermehrte Nutzung von Verhütungsmethoden mit langer Wirkungsdauer wie Spiralen oder Implantate angesehen. Die Pille verhütet zwar bei korrekter Anwendung sehr zuverlässig, in der Alltagsanwendung treten jedoch viele Fehler auf und die Versagerrate beträgt bis zu 8 Prozent.

Das Contraceptive CHOICE Projekt hatte das Ziel, ungewollte Schwangerschaften durch vermehrte Nutzung von Langzeitverhütungsmitteln sowie die kostenlose Abgabe von Verhütungsmitteln zu vermeiden (Peipert 2012). Die Teilnehmerinnen der Studie erhielten eine ausführliche Beratung zu allen Verhütungsmethoden, wurden aber zusätzlich über die Vorteile von Langzeitmethoden (Spirale und Implantat) aufgeklärt. Für den Zeitraum der Studienteilnahme (zwei bis drei Jahre) erhielten sie kostenlos die Verhütungsmethode ihrer Wahl.

9.256 Mädchen und Frauen nahmen an dem Projekt in St. Louis/Missouri teil. Ein hoher Anteil der Frauen hatte eine geringe Bildung, war arm und afroamerikanischer Herkunft. Ein Fünftel der Frauen waren 20 Jahre und jünger. Insgesamt entschieden sich 75 Prozent der Teilnehmerinnen >>

für eine Langzeitmethode, am häufigsten für die Hormonspirale (46 Prozent), 12 Prozent wählten eine Kupferspirale, 17 Prozent das subdermale Implantat. Dagegen entschieden sich nur 9 Prozent der Teilnehmerinnen für die Pille, 2 Prozent für den Vaginalring oder eine Depot-Injektion und 2 Prozent für das Verhütungspflaster.

Die Rate von Teenagergeburten war bei den Mädchen im CHOICE-Projekt mit 6,3 von 1.000 Mädchen (im Alter von 15 bis 19 Jahren) sehr niedrig im Vergleich zur Rate in den gesamten USA (34,3 von 1.000). Auch die Rate der Schwangerschaftsabbrüche war mit 4,4 bis 7,5 von 1.000 Frauen deutlich niedriger als die nationale Rate (20/1.000). Weiterhin wurde die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in der Stadt St. Louis im Zeitraum des Projekts (2008 bis 20011) mit der des gesamten Bundesstaats verglichen. Während im Bundesstaat die Zahl konstant blieb, wurde in St. Louis ein Rückgang um 20 Prozent beobachtet. Auch die Zahl der wiederholten Abbrüche ging im Untersuchungszeitraum in St. Louis zurück.

Die AutorInnen berechneten aus diesen Zahlen, dass sich durch vergleichbare Angebote ca. 70 Prozent aller Abbrüche in den USA vermeiden ließen.

Zwar gab es in der Studie keine direkte Vergleichsgruppe und die Zahlen ungewollter Schwangerschaften und Abbrüche wurden mit bevölkerungsbezogenen Daten verglichen. Daher lässt sich nicht sagen, welche der Maßnahmen (Aufklärung, kostenlose Bereitstellung oder auch die Betreuung

der Teilnehmerinnen) tatsächlich erfolgreich war und ob der regionale Rückgang der Teenagergeburten und Schwangerschaftsabbrüche auf die Maßnahmen des Projekts zurückzuführen sind. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass sich durch einen besseren Zugang zu Verhütungsmitteln die Zahl ungewollter Schwangerschaften, Teenagergeburten und Abbrüche deutlich verringern ließe.

Neben dem kostenlosen Zugang zu Verhütung war wahrscheinlich die hohe Nutzung von Langzeitmethoden ein Grund für die geringe Rate an ungewollten Schwangerschaften. Mit diesen Methoden war die Versagerrate in der Studie deutlich geringer, als mit Pille, Ring oder Pflaster (0,27 versus 4,5 pro 100 Frauenjahre, Winner 2012). Besonders bei Frauen unter 21 Jahren war die Versagerrate mit der Pille hoch, während sie mit Langzeitmethoden nicht höher war als bei älteren Frauen.

Ob die Empfehlung zur vermehrten Nutzung von Langzeitmethoden auch in Deutschland sinnvoll ist, ist angesichts der im internationalen Vergleich niedrigen Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen und Teenagerschwangerschaften nicht geklärt. Möglicherweise gelingt es hier mehr Frauen und Mädchen, die Pille zuverlässig anzuwenden.

Literatur:

Peipert JF, Madden T, et al. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1-8

Winner B, Peipert JF, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012; 366: 1998-2007.

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
© 2012 ISSN 2194-1807

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

