

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

SCHWERPUNKT

Trans*gender und Zwischen-geschlechtlichkeit

Helga Seyler

Das Bewusstsein für die Lebenssituation von Menschen, die nicht den gesellschaftlichen Normen der Zweigeschlechtlichkeit entsprechen, ist in den letzten Jahren gewachsen und die Diskussion darüber in der Öffentlichkeit angekommen. Parallel dazu findet in der Gesellschaft eine Öffnung und Flexibilisierung von Geschlechtsrollen und Geschlechtsidentitäten statt. In dieser Atmosphäre wagen es Trans* und zwischengeschlechtliche Personen, sich mit ihrer Besonderheit offener zu zeigen, und werden dadurch zunehmend sichtbar. Auch in der Medizin ist ein Wechsel der Perspektive zu beobachten, weg von Pathologisierung und zweigeschlechtlicher Normierung hin zur Unterstützung und Begleitung mit dem Ziel größtmöglichen psychischen und körperlichen Wohlbefindens (Nieder & Richter-Appelt 2012).

Mit dieser Ausgabe beende ich nach 13 Jahren meine Arbeit in der Redaktion des Familienplanungsrundbriefs. Die Arbeit hat mir sehr viel Freude gemacht, war aber auch sehr umfangreich und ständig präsent in meinem Alltag. Nun war das Bedürfnis, beruflich kürzer zu treten, stärker, auch wenn mir der Abschied von dieser Tätigkeit nicht leicht fällt. Ich möchte mich sehr herzlich bei Ines Thonke für die immer sehr konstruktive und unterstützende Zusammenarbeit bedanken. Den Leser_innen danke ich sehr für die vielen wertschätzenden Rückmeldungen und Kommentare, die immer eine wichtige Motivation für meine Arbeit waren. Der Geschäftsführung des pro familia Bundesverbands wünsche ich eine gute Hand bei der Weiterführung dieser Publikation, die mir so viele Jahre am Herzen lag und immer noch liegt.

Helga Seyler

Dennoch stehen Menschen, die sich nicht eindeutig einem Geschlecht zuordnen oder zugeordnet werden können, weiterhin unter hohem Druck, sich äußerlich anzupassen und eindeutig als Mann oder Frau erkennbar zu sein. Ist das nicht der Fall, erfah-



SCHWERPUNKT

Trans*gender und Zwischen-geschlechtlichkeit	Seite 1
Kupfer- versus LNG-IUP	Seite 8
IUP-Perforationsrisiko der Gebärmutter	Seite 10

AKTUELLE INFORMATION

DGGG-Stellungnahme zum medikamentösen Abbruch	Seite 11
Pillenreport	Seite 11
Handlungsempfehlungen zur Pille danach	Seite 12
Verspätete Einnahme von Zoely®	Seite 13
Verhütungspflaster Lisvy®	Seite 14

ren sie täglich Ablehnung und Diskriminierungen in vielfältigen Bereichen ihres Lebens, sowohl auf rechtlicher Ebene als auch in der gesundheitlichen Versorgung, im Arbeitsleben und in Alltagskontakten. Einblicke in diese Diskriminierungserfahrungen gibt der EU-weite Bericht der Fundamental Rights Agency (2014).

Ein Überblick zu Trans- und Intersexualität wurde im FPR Nr. 4, 2008 veröffentlicht. Dieser Beitrag widmet sich den aktuellen Entwicklungen wie Veränderungen in der Gesetzgebung. Er legt den Schwerpunkt auf Aspekte der Beratung und Öffnung von pro familia Angeboten für diese Zielgruppen.

Sprache der Zweigeschlechtlichkeit

Die Norm der Zweigeschlechtlichkeit drückt sich auch in der Sprache aus, die nur zwei Geschlechter kennt. Nachdem die Frauenbewegung auf die männliche Dominanz und Ausblendung von Frauen in der Sprache hingewiesen und – zum Beispiel mit dem Binnen-I – Sprachregelungen angeregt hat, die Frauen sichtbar machen, kommen nun aus der Trans*-Bewegung Initiativen, um die sprachlichen Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit zu erweitern (Gäckle 2014). Geschlechtervielfalt soll zum Beispiel durch den „Gendergap“ (Genderlücke), einen Unterstrich zwischen der männlichen und der angehängten weiblichen Form sichtbar gemacht werden (z.B. Berater_innen). Der Strich symbolisiert alle geschlechtlichen Identitäten, die in der derzeitigen Sprache nicht abgebildet werden. Ein weiterer Vorschlag ist der Stern (*) als Platzhalter für die vielfältigen möglichen Formen von Geschlechtsidentität. In diesem Beitrag wird der Unterstrich verwendet. Auch über die Bezeichnung der betroffenen Menschen, sowohl in der Fach- als auch der Umgangssprache, wird kontrovers diskutiert. Die aktuelle medizinische Diagnose für Intersexualität „Disorders of Sex Development“ („Störungen der Geschlechtsentwicklung, DSD“) wird von den Betroffenen als pathologisierend empfunden. Deswegen wird in einigen Fachartikeln der Begriff „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ (im Englischen

„Differences of Sex Development“ mit der gleichen Abkürzung DSD) verwendet. „Intersexualität“ fokussiert aus Sicht vieler Aktivist_innen auf Sexualität, einige bevorzugen die Bezeichnung Intersex bzw. Inter- oder Zwischengeschlechtlichkeit. Im deutschen Sprachraum wird oft Inter* verwendet.

Auch Trans* Personen empfinden medizinische Diagnosen als pathologisierend und diskriminierend. Die Diagnose Transsexualität ist jedoch Voraussetzung für die Kostenübernahme der Krankenkassen für Operationen und Hormonbehandlungen. Im englischen Sprachraum setzt sich inzwischen die Diagnose „Gender Dysphoria“ (Unbehagen mit der Geschlechtsidentität) durch. Diese vermeidet die Pathologisierung einer vom Geburtsgeschlecht abweichenden Geschlechtsidentität und bezieht sich stattdessen auf den individuellen Leidensdruck.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Neben der Gemeinsamkeit, in vielen Bereichen Diskriminierung aufgrund einer nicht eindeutigen Geschlechtszugehörigkeit zu erleben, gibt es auch wichtige Unterschiede zwischen Trans* und Inter* Personen. Zwischengeschlechtliche Personen sind körperlich nicht eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen, was entweder direkt nach der Geburt auffällt oder in der späteren körperlichen Entwicklung sichtbar wird. Sie haben unterschiedliche geschlechtliche Identitäten, können sich als Mann, Frau, als intersexueller Mann oder Frau oder anderes erleben und ihre Identität kann sich im Laufe des Lebens ändern.

Trans* Personen werden körperlich einem Geschlecht zugeordnet, empfinden sich jedoch diesem Geschlecht nicht (eindeutig) zugehörig. Einige fühlen sich zweifelsfrei dem Gegengeschlecht zugehörig, sie bezeichnen sich als transsexuell, transident, als Transmann (im Körper einer Frau geboren mit männlicher Geschlechtsidentität) oder als Transfrau (im Körper eines Mannes geboren mit weiblicher Geschlechtsidentität). Andere fühlen sich irgendwo zwischen den Geschlech-

tern, bezeichnen sich als Transgender oder Trans*. Der Prozess der Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale wird als Transition bezeichnet.

Sowohl für Trans* als auch Inter* gilt, dass ihre sexuelle Orientierung unabhängig von der Geschlechtsidentität ist. Sie können Menschen jedes Geschlechts begehren, sich als schwul, lesbisch, bisexuell oder anders definieren. Sie sprengen so auch die üblichen Kategorien von sexueller Orientierung, sorgen damit für Irritationen und erfahren Ausschlüsse aus lesbischen oder schwulen Communities.

Unterschiede zwischen Trans* und Inter* gibt es auch bei der medizinischen Versorgung. Bei zwischengeschlechtlichen Personen sind noch immer medizinische Eingriffe zur Herstellung eindeutiger Geschlechtsmerkmale verbreitet, die die Integrität des Körpers verletzen und gegen die sich die Betroffenen zur Wehr setzen müssen. Dagegen beschränken für Trans*Personen starre Regelungen und Standards den Zugang zu den von ihnen gewünschten körperverändernden Maßnahmen, sie setzen sich intensiv für eine Flexibilisierung und leichteren Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten ein. Beide Gruppen kämpfen gemeinsam für Akzeptanz, Sensibilität und einen reflektierten Umgang der Behandler_innen mit ihrer Besonderheit.

Zwischengeschlechtlichkeit und Medizin

Die Mehrzahl der zwischengeschlechtlichen Menschen hat operative Eingriffe im Bereich der Geschlechtsorgane zur „Angleichung“ an ein von Ärzt_innen zugewiesenes Geschlecht sowie eine Entfernung ihrer Keimdrüsen erlebt. Diese Eingriffe wurden in der Vergangenheit oft ohne ausreichende Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen bzw. der Eltern durchgeführt. Nicht selten wurden die Eltern angewiesen, den Kindern die Diagnose zu verschweigen und das „Geheimnis“ im sozialen Umfeld zu wahren. Viele Betroffene berichten über schwerwiegende Folgen dieses Umgangs mit ihrer Besonderheit. Sowohl körperliche

beeinträchtigungen im Genitalbereich als auch psychosoziale Folgen der Behandlungen haben negative Auswirkungen auf das sexuelle Empfinden sowie den gesamten Bereich von Partnerschaft und Sexualität. Nicht selten entwickeln Inter* eine Geschlechtsidentität, die nicht mit dem zugewiesenen und operativ „hergestellten“ Geschlecht übereinstimmt.

Oft wurden und werden Behandlungen als übergriffig und grenzverletzend erlebt, zum Beispiel Untersuchungen, bei denen das Genitale zahlreichen Mitarbeiter_innen gezeigt wird oder ein wiederholtes Fotografiertwerden im nackten Zustand. Betroffene und Aktivist_innen wehren sich gegen diese Praxis, sie kämpfen um ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit und geschlechtliche Selbstbestimmung. Einige fordern ein komplettes Verbot von medizinisch nicht notwendigen Eingriffen an den Genitalorganen bei nicht einwilligungsfähigen Kindern. Expert_innen dagegen rechtfertigen das Vorgehen damit, den Kindern Stigmatisierung und Identitätsprobleme durch das Leben mit einem nicht eindeutigen Geschlecht oder auffällig davon abweichenden Geschlechtsorganen zu ersparen.

Beide Seiten beklagen den Mangel an aussagekräftigen Daten zum Einfluss bestimmter Therapien auf die Lebensqualität sowie die körperliche, psychische und sexuelle Gesundheit der Betroffenen. Die wenigen vorhandenen Daten, die in einem umfassenden Bericht des Deutschen Ethikrats von 2012¹ dargestellt werden, bestätigen jedoch zahlreiche Berichte Betroffener über ihre leidvollen Erfahrungen und Beeinträchtigungen. So gut wie keine Erfahrungen gibt es andererseits dazu, welche Auswirkungen das Aufwachsen mit uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen auf die Kinder hat.

Derzeit findet ein Umdenken unter Expert_innen statt, es wird zunehmend zu Zurückhaltung bei gesundheitlich nicht dringend notwendigen operativen Eingriffen bei nicht einwilligungsfähigen Kindern geraten. Dies schlägt sich in einer aktuellen Empfehlung der Bundesärztekammer nieder



(Bundesärztekammer 2015). Ein komplettes Verbot dieser Operationen wird allerdings abgelehnt. Stattdessen sollte eine solche Entscheidung entsprechend der jeweils sehr individuellen Situation nach umfassender Aufklärung und Beratung der Eltern über die „Besonderheit“ ihres Kindes gemeinsam getroffen werden. Auch die Zuordnung zu einem Geschlecht im frühen Kindesalter sollte sorgfältig abgewogen werden. Wenn das Kind ein „Erziehungsgeschlecht“ zugewiesen bekommt, sollten Eltern und Behandler_innen in der weiteren Entwicklung das subjektive Geschlechtsempfinden des Kindes beobachten und ihm ermöglichen, das Geschlecht zu wechseln oder sich nicht auf ein Geschlecht festlegen zu müssen.

Aus Sicht der Betroffenen besteht vor allem die Notwendigkeit, dass Expert_innen ihre Haltung gegenüber zwischengeschlechtlichen Menschen überdenken und ihre eigenen Normen in Bezug auf die Zweigeschlechtlichkeit reflektieren. Inter* sollte nicht als Krankheit, sondern als soziokulturelle Herausforderung der gesellschaftlichen Geschlechterordnung angesehen werden. Statt dem Rat zur Geheimhaltung und der Anpassung an ein zugewiesenes Geschlecht brauchen diese Menschen Wertschätzung für die Besonderheit ihres Körpers und Unterstützung in der Entwicklung einer individuellen, auch veränderbaren Geschlechtsidentität.

Eine solche nicht normierende und individuelle Bedürfnisse achtende Behandlung ist aus Sicht der Expert_innen, die die Empfehlung der Bundesärztekammer verfasst haben, nur in speziellen Kompetenzzentren zu gewährleisten, in denen die Kinder interdisziplinär betreut und behandelt werden. Dort sollte auch eine ausreichende und qualifizierte psychosoziale Betreuung stattfinden.

Für den Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung im sozialen Umfeld brauchen die Kinder und ihre Eltern Unterstützung, um offen und selbstbewusst auftreten zu können. Dies kann vor allem durch Selbsthilfeorganisationen geleistet werden, die in die Betreuung eingebunden sein sollten.

Änderung des Personenstandsgesetzes

Auf rechtlicher Ebene wurde 2013 eines der zentralen Probleme der betroffenen Kinder durch eine Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) erleichtert. Bis dahin sollte bei der Anmeldung der Geburt innerhalb von einer Woche auch ein Geschlecht angegeben werden (PStG §21 Abs. 1.3). Diese Festlegung hat Auswirkungen auf zahlreiche geschlechtsbezogene rechtliche Regelungen in vielen Lebensbereichen (z.B. Eheschließung, Pass, gesetzliche Krankenversicherung, Melderegister), die ein Leben zwischen den Geschlechtern schwierig bis unmöglich machen.

Aufgrund der Empfehlung des Deutschen Ethikrats (Deutscher Ethikrat 2012) wurde 2013 das PStG geändert, um Ärzt_innen und Eltern von dem Druck zu entlasten, in kurzer Zeit die sehr weitreichende Entscheidung der Festlegung auf ein Geschlecht treffen zu müssen, die im Kindesalter kaum noch korrigiert werden kann. Dafür wurde der Zusatz aufgenommen: „Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen.“ (§ 22 Abs. 3). Auch in der Geburtsurkunde kann der Geschlechtseintrag offen gelassen werden (§ 59 Abs. 2).

Diese Gesetzesreform wird bei Betroffenen kontrovers diskutiert. Einige kritisieren, dass damit eine Sonderregelung für intersexuelle Kinder geschaffen wurde, die diese weiter stigmatisiert. Um die rigide gesellschaftliche Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit zu lockern, wäre aus ihrer Sicht die Möglichkeit erforderlich, den Geschlechtseintrag auf Wunsch der Eltern für alle Kinder offen lassen zu können. Andere Aktivist_innen wünschen sich einen dritten, nicht definierten Geschlechtseintrag jenseits von weiblich und männlich, der in anderen Ländern wie Indien, Pakistan, Nepal, Australien und Neuseeland möglich ist.

Rechtliche Liberalisierung für Trans*gender

Für Trans* Personen sind die rechtlichen Mög-

lichkeiten, entsprechend ihrer individuellen Geschlechtsidentität zu leben, flexibler geworden. Diese Liberalisierungen wurden durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts erstritten, während eine Reform des 1980 in Kraft getretenen Transsexuellengesetzes (siehe FPR 4-2008) politisch nicht in Sicht ist. Bereits 2006 wurden das Eheverbot als Voraussetzung für die Änderung des Geschlechts im Personenstandsregister und die Notwendigkeit, eine bestehende Ehe scheiden zu lassen, für verfassungswidrig erklärt. 2011 bewertete das Bundesverfassungsgericht auch die Notwendigkeit der chirurgischen Beseitigung der Fortpflanzungsfähigkeit sowie Angleichung der äußeren Geschlechtsmerkmale an das Wunschgeschlecht als unzulässige Verletzung der Persönlichkeitsrechte. Seitdem sind für die Änderung des Geschlechtseintrags im Personenstandsregister noch zwei Gutachten von medizinischen Sachverständigen erforderlich, die bestätigen, dass das Empfinden der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht mit hoher Wahrscheinlichkeit dauerhaft bestehen wird. Auch diese Gutachten werden von Expert_innen als teuer und überflüssig angesehen (Meyenburg et al. 2015). Sie raten dazu, eine Änderung des Geschlechtseintrags auf Antrag beim Amtsgericht zu ermöglichen.

Die rechtliche Anpassung des Geschlechts an die eigene Identität ohne operative und hormonelle Behandlungen eröffnet Trans* Personen neue Möglichkeiten für individuelle und ihrer Identität entsprechende Wege. Sie haben damit zum Beispiel auch die Optionen, ihre Fruchtbarkeit zu leben und als Transmann schwanger zu werden oder als Transfrau ein Kind zu zeugen.

Beschränkter Zugang zu medizinischen Maßnahmen

Die Kostenübernahme der Krankenkassen für geschlechtsangleichende Behandlungen (Hormontherapie, Epilation von Gesichtsbehaarung, Operationen, Logopädie zur Veränderung der Stimme) ist weiterhin durch aufwändige Vorgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

beschränkt, die individuelle Lösungen erschweren. Gefordert werden ein Alltagstest von zwölf Monaten, bei dem die Person im Wunschgeschlecht lebt sowie eine begleitende Psychotherapie. Vor operativen Maßnahmen ist darüber hinaus eine Hormonbehandlung von sechs Monaten vorgeschrieben. Die Erfüllung der Voraussetzungen muss von einem_einer MDK-Gutachter_in bestätigt werden. Abweichungen sind zwar möglich, erfordern aber überzeugende ärztliche Begründungen.

Von Selbsthilfeorganisationen wird der Alltagstest als Zumutung bewertet, die unter Umständen sogar gefährlich sein kann, da Menschen gezwungen werden, im Identitätsgeschlecht öffentlich aufzutreten, dem sie im äußeren Erscheinungsbild aber noch nicht entsprechen. Sie müssen sich so in allen Lebensbereichen als Trans* Personen offenbaren und sich Diskriminierungen bis hin zu Gewalttaten aussetzen. Das kann zu erheblichen psychischen Belastungen führen und eine Überforderung darstellen. Auch die vorgeschriebene Psychotherapie wird als problematisch angesehen, da die nicht freiwillige Basis die Beziehung zwischen Psychotherapeut_in und Klient_in beeinträchtigt. Insbesondere wenn der_die Psychotherapeut_in auch ein Gutachten für den MDK erstellt, kann das Vertrauen gestört werden und der_die Klient_in kann unter dem Druck stehen, eigene Unsicherheiten und Ambivalenzen nicht anzusprechen.

Alltägliche Diskriminierung

Der Alltag vieler Trans* Personen ist von Diskriminierungserfahrungen geprägt. Wenn die klare Zuordnung von Menschen zu einem Geschlecht ins Wanken gerät, löst das im Umfeld große Irritation und in der Regel auch Abwehr aus, die mit dem Begriff Trans*phobie beschrieben wird. Häufig erleben Betroffene Beschimpfungen und Beleidigungen bis hin zu körperlicher Gewalt. Der gesellschaftliche Druck zur Anpassung an ein Geschlecht wird von den Betroffenen oft verinnerlicht und als eigenes Bedürfnis nach Eindeutigkeit wahrgenommen. Das kann zur Folge haben, dass Trans* Personen anstreben, ihr Aussehen möglichst rasch und weitgehend



ihrer Geschlechtsidentität anzugleichen, um als Personen dieses Geschlechts wahrgenommen zu werden. Das erschwert es, Unsicherheiten zuzulassen und über individuelle Wege nachzudenken.

Im Arbeitsleben ist eine Transition eine besondere Herausforderung, da alle Kolleg_innen sich damit auseinandersetzen müssen. Trans* Personen sind in diesem Bereich zahlreichen Benachteiligungen ausgesetzt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010). Viele fühlen sich dem nicht gewachsen, werden in dieser Lebensphase arbeitslos oder wechseln nach der Transition den Arbeitsplatz. Nach der Transition wünschen sich viele Betroffene einen diskreten Umgang mit ihrer Trans* Geschichte und empfinden unfreiwilliges Outen als diskriminierend.

Auch im Bereich der Gesundheitsversorgung machen Trans* Personen zahlreiche negative Erfahrungen, sowohl wenn es um spezifische Trans*-bezogene Versorgung geht als auch in der allgemeinen Versorgung. Die meisten Mitarbeiter_innen im Gesundheitsbereich wissen wenig über das Thema, sie haben sich selten mit eigenen negativen Vorannahmen auseinandergesetzt. Trans* Personen erleben oft wenig respektvolles Verhalten, zum Beispiel die Verletzung ihrer persönlichen Grenzen durch unfreiwilliges Outen oder unangemessene Fragen nach operativer Geschlechtsangleichung oder sexuellen Praktiken, die im Kontext des aktuellen Anliegens nicht von Belang sind. Dazu kommt Angst vor unangenehmen körperlichen Untersuchungen, die aus mangelndem Wissen oder Respekt unsensibel durchgeführt werden.

Öffnung von Beratungsangeboten

Um Trans* und Inter* Personen den Zugang zu Beratungsstellen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu erleichtern, ist es hilfreich, Offenheit der Einrichtung nach außen zu signalisieren. Trans* und Inter* Personen können explizit als Zielgruppe erwähnt werden, oder es kann durch eine Sprachregelung mit Unterstrich oder Stern signalisiert werden, dass in der Einrichtung verschiedene

Geschlechtsidentitäten mitgedacht werden. Auch bei sexualpädagogischen Angeboten sollten unterschiedliche Geschlechtsidentitäten ausdrücklich erwähnt werden, um Betroffenen zu signalisieren, dass sie sich mit solchen Anliegen an die Einrichtung wenden können.

Mitarbeiter_innen sollten ihre eigenen Normen zur Zweigeschlechtlichkeit, ihre Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie ihre Haltung gegenüber Trans* und Inter* reflektieren. Da auch unter Migrant_innen, Menschen mit Behinderungen und anderen benachteiligten Gruppen Trans* und Inter* Personen zu finden sind, ist es wichtig, Mehrfachzugehörigkeiten mitzudenken. Insbesondere bei geschlechtsspezifischen Angeboten sollte diskutiert und bedacht werden, für welche Geschlechtsidentitäten diese offen sein sollen.

Im Kontakt mit diesen Menschen ist die Akzeptanz der Selbstdefinition der Geschlechtsidentität des

Informationsbroschüren

TransInterQueer e.V. (TrIQ) ist ein Verein, der sich für trans-, intergeschlechtliche und queer lebende Menschen einsetzt. Er bietet u.a. folgende Broschüren zum Download an:

- *INTER*. Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen & andere medizinische Berufsgruppen*
- *TRANS*. Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen und andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen*

Das Netzwerk „Trans-Inter*-Sektionalität“ verfolgt den Ansatz, dass gute Beratung von/zu Trans*/Inter* nur intersektional erfolgen kann, damit Mehrfachdiskriminierung berücksichtigt wird.*

- *Intersektionale Beratung von / zu Trans* und Inter*. Ein Ratgeber zu Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung.*

Gegenübers die wichtigste Basis, auch wenn das äußere Erscheinungsbild aus Sicht des_ der Berater_in nicht dieser Definition entspricht. Bei einer großen Diskrepanz kann das entsprechende Irritationen auslösen, mit denen sich der_ die Berater_in auseinandersetzen muss.

Wenn Unsicherheit in Bezug auf die Zuordnung besteht, ist es hilfreich, die Person zu fragen, welche Anrede sie wünscht. Diese Anrede sollte dann auch konsequent benutzt und in der Dokumentation vermerkt werden, um sicherzustellen, dass die Person auch von anderen Mitarbeiter_innen entsprechend angesprochen – zum Beispiel im Wartezimmer aufgerufen – wird.

Begriffe und Bezeichnungen, die von Betroffenen als stigmatisierend erlebt werden, sollten vermieden werden.

Beratungsthemen

Manchmal sprechen Menschen in einer Beratung zum ersten Mal über Unsicherheiten in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität oder ihren Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben. Dann brauchen sie zunächst Anerkennung für diese Wünsche und Gedanken sowie Unterstützung, sie auszudrücken. Für die weitere Klärung kann es sinnvoll sein, an eine Fachberatung zu verweisen, zum Beispiel Selbsthilfeorganisationen sowie sexualtherapeutische Fachambulanzen.

Der Wunsch, den Körper operativ zu verändern, zum Beispiel die Brüste oder Penis und Hoden zu entfernen, kann bei Ärzt_innen und Berater_innen Abwehr auslösen, da sie solche Maßnahmen als schwerwiegende Verletzung der körperlichen Integrität empfinden. Personen, die diesen Wunsch äußern, leiden jedoch unter dem Konflikt zwischen ihrer geschlechtlichen Identität und ihrer äußeren Erscheinung und ihre psychische Gesundheit hängt entscheidend von der Anpassung ihres Körpers an ihre Identität ab. Mehrere Studien belegen bei Trans* Personen eine hohe Zufriedenheit mit dem Aussehen und den sexuellen Funktionen nach

geschlechtsangleichenden Operationen (Hess et al. 2014, Löwenberg et al. 2010, Murad et al. 2010).

Die Akzeptanz des Wunschs nach körperlicher Veränderung ist eine wichtige Grundlage, um Raum für das Abwägen und die Suche nach individuellen Wegen zu öffnen. Doch nicht alle Trans* Personen streben operative oder hormonelle Veränderung des Körpers an. Bei Personen, die sich zum ersten Mal in einer Beratung mit ihrer Unsicherheit in Bezug auf die Geschlechtsidentität auseinandersetzen, kann es hilfreich sein, über die Vielfalt unterschiedlicher Wege zu informieren.²

Inter* Personen werden meist eindeutig als Männer oder Frauen wahrgenommen. Auch sie brauchen Anerkennung ihrer individuellen Geschlechtsidentität und Besonderheit. Meist steht für sie die Suche nach fachgerechter, sensibler und ihre Besonderheiten berücksichtigender medizinischer Versorgung im Vordergrund, da sie aufgrund schlechter Erfahrungen mit medizinischen Behandlungen oft Arztbesuche vermeiden. Sie leiden häufig unter Folgeschäden früherer Behandlungen und brauchen dafür medizinische Begleitung. Durch ihre Erfahrungen sind sie oft zu Expert_innen in eigener Sache geworden und ihr Wissen sollte berücksichtigt und anerkannt werden.

Jugendliche Inter* werden in der Phase der Pubertät, wenn sich ihr Körper anders als der von Gleichaltrigen entwickelt, stärker mit ihrer Besonderheit konfrontiert. Sie brauchen dann auch im Bereich der Sexualaufklärung besondere Unterstützung zur Bewältigung von zentralen Entwicklungsaufgaben. Diese betreffen die Akzeptanz des eigenen Körpers, die Entwicklung der eigenen Sexualität und Auseinandersetzung mit der (Un)Fruchtbarkeit sowie erste Erfahrungen mit Partnerschaften. ■

Endnoten

1 Im Auftrag der Bundesregierung erarbeitete eine Expertenkommission des Deutschen Ethikrats eine Stellungnahme zum Thema Intersexualität. Dieser sorgfältige und umfassende Bericht gibt einen anschaulichen Überblick über medizinische, gesellschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte des Lebens von

Menschen mit Intersexualität. Darüber hinaus fasst der Bericht das vorhandene Wissen zu den Grundlagen und Auswirkungen der medizinischen Behandlungen zusammen.

2 Auf die Beratung und psychotherapeutische Arbeit, zentrale Beratungsthemen sowie die Lebensrealität von Trans* Personen gehen folgende Artikel ausführlicher ein: Günther 2015, Meyer 2015.

Literatur

Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Benachteiligung von Trans* Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Expertise von Jannik Franzen und Arn Sauer. 2010. www.transinterqueer.org/download/Publikationen/benachteiligung_von_trans_personen_insbesondere_im_arbeitsleben.pdf

Bundesärztekammer. Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD). Stellungnahme der Bundesärztekammer Dtsch Arztebl 2015; 112: DOI: 10.3238/arztebl.2015.stn_dsd_baek_01 www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK-Stn_DSD.pdf

Deutscher Ethikrat. Intersexualität. Stellungnahme. 2012 www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-intersexualitaet.pdf

Fundamental Rights Agency. Being Trans in the EU. Comparative analysis of EU LGBT survey data. 2014. fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative_en.pdf

Gäckle A, Gleichstellungsbeauftragte der Universität Köln. ÜberzeugENDERe Sprache, Leitfaden für eine geschlechtersensible und inklusive Sprache. 2014. www.gb.uni-koeln.de/gleichstellung_an_der_universitaet/gendersensible_sprache/

Günther M. Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen. Erfahrung, Haltung, Hoffnung. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2015; 47: 113–24. www.vsp.de/system/files/vpp1-15_s7_trans.pdf

Hamm JA, Sauer AT. Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. Z Sex-Forsch 2014; 27: 4–30.

Hess J, Neto RR, et al. Zufriedenheit mit der Mann-zu-Fraugeschlechtsangleichenden Operation: Ergebnisse einer retrospektiven Befragung. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 759–801.

Löwenberg H, Lax H, et al. Komplikationen, subjektive Zufriedenheit und sexuelles Erleben nach geschlechtsangleichender Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität. Z Sex-Forsch 2010; 23: 328–47.

Meyenburg B, Renter-Schmidt K, et al. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005–2014. Z Sex-Forsch 2015; 28: 107–120.

Meyer E. Trans*affirmative Beratung. Psychosozial 2015; 38 (140): 71–86.

Murad H, Elamin M, et al. Hormonal therapy and sex

reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes Clin Endocrinol. 2010; 72: 214–31.

Nieder T.O, Richter-Appelt H. Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol 2012; 8: 60–71.

Schweizer K, Richter-Appelt H (Hg). Intersexualität kontrovers. Grundlagen, Erfahrungen, Positionen. Psychosozial-Verlag Gießen 2012

AKTUELLE INFORMATION

Kupfer- versus LNG-IUP¹ Umfassende Studie zur Verhütungssicherheit veröffentlicht

Ines Thonke

Mit den Ergebnissen der EURAS-IUD-Studie² stehen vergleichende Daten aus einer großen Beobachtungsstudie zur Verhütungssicherheit und Anwendungsrisiken von Kupfer- versus Hormonspiralen zur Verfügung. Bei der Studie handelt es sich um eine europäische, multinationale Untersuchung, die mit 61 488 Frauen im Alter zwischen 18 und 50 Jahren in den Ländern Österreich, Finnland, Deutschland, Polen, Schweden und Großbritannien durchgeführt wurde.

Methode und Fragestellung: Zwischen 2006 und 2012 wurden 41 001 Frauen, bei denen eine Hormonspirale (LNG-IUS), und 17 323, bei denen eine Kupferspirale gelegt wurde, in die Auswertung hinsichtlich ungewollter Schwangerschaften aufgenommen. Auch das Auftreten ektopter, d.h. außerhalb der Gebärmutterhöhle befindlicher Schwangerschaften, wurde erfasst. Die Untersuchung verfolgte primär das Ziel, vergleichende Daten zum Auftreten von Perforationen des Uterus zu gewinnen. Die Ergebnisse zum Perforationsrisiko

wurden gesondert veröffentlicht (siehe S. 10). Die prospektive³ Studie sollte Aufklärung und Behandlung der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen in Praxis und Klinik so erfassen, wie sie in der Regelversorgung weitestgehend üblich ist/stattfindet. Mittels Fragebogen wurden zu Beginn die Studienteilnehmerinnen und nach zwölf Monaten Studienteilnehmerinnen und die behandelnden ärztlichen Personen befragt.

Ergebnisse: Die Resultate bestätigen vorhandene Daten zur hohen Verhütungssicherheit sowohl von Kupfer- als auch Hormonspiralen. Beide gehören insgesamt zu den sichersten reversiblen Verhütungsmethoden. In der Gruppe mit Hormon-IUS betrug der Pearl Index⁴ 0,06, in der Gruppe mit Kupferspiralen lag er bei 0,52. Die höhere Verhütungssicherheit der Hormonspirale war statistisch signifikant in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 40- bis 50-Jährigen. Die verglichenen Gruppen wiesen einige Unterschiede auf, die sich auf die Versagerrate auswirken können. Erwähnenswert ist, dass die Frauen in der LNG-Gruppe insgesamt älter waren als die Frauen mit Kupfer-IUP. Andererseits waren mehr Frauen mit Kupfer-IUP in der Stillzeit. Bei Berücksichtigung dieser Unterschiede veränderten sich die Ergebnisse jedoch nicht.

Während nur ein Typ der Hormonspirale (Mirena®) in der Studie verwendet wurde, waren es bei den Kupferspiralen mehr als 30 unterschiedliche Modelle mit unterschiedlicher Kupferoberfläche (knapp 7,8 % < 300 mm², 71,3 % > 300 mm², bei 19 % nicht dokumentiert). Das ist insofern relevant, als die Verhütungssicherheit von der Kupferoberfläche abhängt und eine höhere Effektivität von IUPs mit großer Kupferoberfläche in Studien belegt ist (Kulier et al. 2007). Allerdings fand sich in dieser Studie für IUPs mit höherer Kupferoberfläche (>300 mm²) sogar eine etwas höhere Versagerrate (PI von 0,56 vs. 0,62). Dies steht im Widerspruch zu Ergebnissen einer zusammenfassenden Auswertung von Vergleichsstudien durch die Cochrane-Arbeitsgruppe, in der sich insgesamt eine deutlich geringere Versagerrate für Kupfer-IUPs mit einer Oberfläche von

>250 mm² und keine signifikanten Unterschiede zum LNG-IUS ergab (French et al. 2010).

Schwangerschaften außerhalb der Gebärmutter (ektope Schwangerschaften) kamen insgesamt sehr selten vor. Das Risiko ist mit 0,02 pro 100 Frauenjahre mit dem LNG-IUS und 0,08 mit der Kupferspirale deutlich geringer als ohne Verhütung. Wenn Frauen trotz Spirale schwanger werden, ist der Anteil an ektope Schwangerschaften jedoch deutlich höher als bei Frauen, die nicht verhüten. Jede vierte der entstandenen ektope Schwangerschaften in der vorliegenden Studie betraf Frauen mit liegender LNG-IUS und eine von sieben betraf Frauen mit Kupferspirale. Frauen ohne Verhütung sind nur zu 0,2-1 Prozent betroffen. Diese Zahlen bestätigen andere Studienergebnisse, nach denen ektope Schwangerschaften bei Hormonspirale zwischen 0,02 und 0,2 pro 100 Frauenjahre und bei Kupferspiralen in 0,1 bis 0,8 auftreten. Der relative Anteil liegt bei dem LNG-IUS im Bereich der vorhandenen Daten (25–50 %), für Kupfer-IUPs wurde in einer Auswertung der vorhandenen Studien ein deutlich geringerer Anteil von etwa 4 Prozent ermittelt (Sivin 1991).

Insgesamt kann diese in unterschiedlichen Ländern durchgeführte Studie, deren große Teilnehmerinnenzahl darauf angelegt war, Effektivität und Risiken bei der Anwendung im Praxisalltag zu untersuchen, die hohe Sicherheit von Kupfer- und Hormonspiralen belegen. ■

Endnoten

1 IUP, IUD: Intrauterinpeppar oder Intrauterine Device, IUS: Intrauterines System, wird im Zusammenhang mit der Hormonspirale verwendet.

2 European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. Die Studie wurde von der Pharmaindustrie nach Vorgaben der Zulassungsbehörde durchgeführt, um Risiken der Hormonspirale bei der Anwendung im Praxisalltag zu untersuchen

3 Bei einer prospektiven Studie wird eine Hypothese überprüft, die vor dem Studienbeginn festgelegt wurde. Hier geht es um Äquivalenz bzw. Nicht-Unterlegenheit der Hormonspirale.

4 Der Pearl-Index gibt an, wie viele von 100 Frauen, die mit einer bestimmten Methode ein Jahr lang verhüten, schwanger werden.

Literatur

Heinemann K, Reed S, et al. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: The European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91: 280–283

French R, Van Vliet HAAM, et al. Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Syst Rev* 2010; 2 Art. No: CD001776

Kulier R, O'Brien PA, et al. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4 Art. No.: CD005347

Sivin I. Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 291–8.

AKTUELLE INFORMATION

IUP: Perforationsrisiko der Gebärmutter

Ines Thonke

Die Verletzung der Gebärmutterwand ist eine seltene aber potentiell schwerwiegend verlaufende Komplikation der IUP-Anwendung. Die multinationale EURAS-IUD-Studie mit 61 448 Frauen in 1230 Studienzentren wurde durchgeführt, um dieses Risiko bei der Anwendung von LNG- und Kupferspiralen genauer zu klären. Bisherige Studien hatten als Risikofaktoren die Phase nach einer Geburt (Postpartum-Phase) und das Stillen identifiziert, diese Faktoren wurden jedoch bisher noch nicht unabhängig voneinander untersucht. Weitere in früheren Studien erwähnte Faktoren sind die Erfahrung des einlegenden medizinischen Personals, mehrere oder keine Geburten und ein vorausgegangener Kaiserschnitt.

Die Teilnehmerinnen der Studien entsprechen denen aus der Veröffentlichung zur Verhütungssicherheit (siehe S. 8): Frauen in der LNG-Gruppe

waren durchschnittlich älter und hatten insgesamt seltener Kinder geboren (7 versus 12 Prozent in der Kupfergruppe). Etwa 20 Prozent hatten in den vorangehenden zwölf Monaten entbunden und 9 Prozent stillten. In der Kupfergruppe waren es ca. 29 Prozent, der Anteil stillender Frauen betrug 14,6 Prozent. Deutlich mehr Teilnehmerinnen erhielten eine Hormonspirale (gut 43 000 im Vergleich zu knapp 18.000).

In der Untersuchungsphase von einem Jahr wurden insgesamt 81 Perforationen dokumentiert. Die Mehrzahl der Perforationen wurde nicht direkt nach Einlage, sondern bei einer Kontrolluntersuchung erkannt, davon mehr als 50 Prozent in den ersten zwei Monaten. Die Häufigkeit von Perforationen war für beide Arten von Spiralen ähnlich (LNG: 1,4 pro 1000 Einlagen, Kupfer: 1,1 pro 1000 Einlagen). Bei der Berücksichtigung von Risikofaktoren (Alter, BMI, Stillen und Abstand zur letzten Geburt) ergab sich allerdings ein um den Faktor 1,6 bis 1,7 höheres Risiko für das LNG-IUS. Insgesamt liegen die Daten im Bereich der Ergebnisse früherer Studien (0,3 – 2,6 von 1000 Einlagen).

Die Studie zeigte, dass Stillen und die zeitliche Nähe zu einer Geburt voneinander unabhängige Risikofaktoren darstellen. Unabhängig vom Abstand zur Geburt erhöhte Stillen das Perforationsrisiko um den Faktor 6,1. Bei stillenden Frauen, bei denen die Geburt weniger als 36 Wochen zurücklag, kam es bei 5,6 von 1000 Frauen zu einer Perforation im Vergleich zu 1,6 von 1000 bei einem Abstand von mehr als 36 Wochen. Wenn Frauen nicht stillten, war das Risiko deutlich geringer: Bis 36 Wochen nach Geburt kam es bei 1,7 Frauen zu einer Perforation, danach bei 0,7 von 1000 Fällen. Bezüglich der Erfahrung der Ärztin oder des Arztes, die oder der die Spirale legt, zeigten die Daten ein niedrigeres Perforationsrisiko, wenn mehr als 50 Spiralen im Jahr gelegt wurden. Eine Lokalanästhesie oder Dilatation (Erweiterung) des Gebärmutterhalskanals hatte keinen Einfluss. Auch ein vorausgegangener Kaiserschnitt war in dieser Studie nicht mit einem erhöhten Risiko verbunden.

Insgesamt sind Perforationen bei der Einlage der Spirale sehr selten und schwerwiegende Komplikationen wie Entzündungen im Bauchraum, Blutvergiftungen, Darm- oder Blasenverletzungen wurden in der Studie nicht beobachtet. Allerdings musste in 70 Prozent der Fälle zur Entfernung der Spiralen eine Bauchspiegelung durchgeführt werden.

Die Häufigkeit von Ausstoßungen der Spiralen wurde in der Studie nicht erhoben. Damit wurde eine Gelegenheit ungenutzt gelassen, diese ebenfalls bedeutsame Komplikation im Vergleich der beiden Spiralentypen zu untersuchen, auch in Bezug auf die Still- und Postpartum-Periode. ■

Literatur

Heinemann K, Reed, S, et al. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 2015; 91: 274–279/2015; 112: A620.

AKTUELLE INFORMATION

DGGG-Stellungnahme zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch

Ines Thonke

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat eine Stellungnahme zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch veröffentlicht. Diese bezieht sich auf zentrale Aspekte, die den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für Frauen bis zum 63. Tag, aber auch den Spätabbruch erleichtern können und die Qualität aufgrund evidenzbasierter Kriterien verbessern. Unter anderem weist die DGGG darauf hin, dass die meisten evidenzbasierten Therapieempfehlungen

Cytotec® statt Cergem® als Prostaglandin der Wahl vorsehen. Ausdrücklich nimmt die DGGG zu dem Verabreichungsort der Medikamente Stellung und macht den Weg frei für die Einnahme von Cytotec® im häuslichen Umfeld. Die Notwendigkeit einer Überwachung in einer medizinischen Einrichtung nach der Gabe von Cytotec® wird als nicht evidenzbasiert bezeichnet, die Praxis zeige die Sicherheit der Anwendung zu Hause.

Im Weiteren wird eine Ultraschalluntersuchung unmittelbar nach der Gabe von Cytotec® als unnötig bezeichnet. Um die Ausstoßung zu bestätigen sei eine HCG-Untersuchung oder ein Ultraschall nach sieben bis 21 Tagen sinnvoll.

Für Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon wird die Gabe von Mifegyne® etwa 24 Stunden vor der Anwendung der Prostaglandine empfohlen. ■

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zum Vorgehen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. 9.6.2015, www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/aktuelle-stellungnahmen/

AKTUELLE INFORMATION

Pillenreport – Techniker Krankenkasse kritisiert Verordnungszahlen

Ines Thonke

„Pillen sind mittlerweile Bestandteil des modernen Lebens der sich selbstbestimmenden jungen Frau. Die selbstbestimmte Kontrazeption hat daher nicht nur einen medizinischen, sondern einen sehr starken psychosozialen Aspekt. Dennoch ist auch die Pille ein ‚richtiges‘ Arzneimittel, auch wenn sie oftmals mehr als Bestandteil des Lifestyle und nicht



als Medikament wahrgenommen wird“, sagte Prof. Dr. Petra Thürmann, Mitautorin des Pillenreports, anlässlich der Veröffentlichung des Berichts.

Durch die regelmäßig von der BZgA veröffentlichten Untersuchungen¹ ist bekannt, dass in Deutschland die Mehrzahl der Mädchen und Frauen mit der Pille (orale Kombinationskontrazeptiva) verhütet. Seit Jahren dauert der Trend zur Verordnung von Pillen mit Gestagenen der sogenannten dritten und vierten Generation an, die mit einem höheren Thromboserisiko behaftet sind. Der Pillenreport, den die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Universität Bremen herausgegeben hat, untersucht die Versorgungssituation anhand der verfügbaren Daten. Er analysiert die verordneten Wirkstoffe, Nutzen und Risiken neuerer Gestagene, das Alter von Mädchen bei der Erstverordnung, die Verordnungshäufigkeit hormoneller Kontrazeptiva sowie Marketing- und Werbestrategien der Hersteller.

Der Report kommt zu dem Ergebnis, dass das Marketing für Pillen der dritten und vierten Generation mit der Betonung von Schönheit und Wohlbefinden und der Verharmlosung von unangenehmen Begleiterscheinungen zu höheren Verordnungszahlen dieser Präparate im Vergleich zu Pillen der zweiten Generation führt. Auch wenn das Thromboserisiko für die einzelne Frau gering ist und die Pille als sicheres Arzneimittel zur Verhütung bewertet wird, ist bei den hohen Verordnungszahlen das erhöhte Risiko bei Pillen der dritten und vierten Generation relevant. 70 Prozent der 19-jährigen TK-versicherten Frauen nehmen die Pille und fast die Hälfte davon ein Präparat mit einem neueren Gestagen (Dienogest, Chlormadinonacetat, Drospironon, Nomegestrolacetat, Desogestrel oder Gestoden). Am häufigsten werden demnach Präparate mit Dienogest verordnet, einem Gestagen, für das aussagekräftige Daten zum Thromboserisiko weitgehend fehlen. Das Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im März 2014 die Hinweispflicht in den Fachinformationen dieser Pillen festgelegt und ergänzende Studien gefordert.

Ein eigenes Kapitel des Reports widmet sich dem Marketing der Pharmafirmen für Pillenpräparate. Direkt an Konsumenten gerichtete Werbung ist in Deutschland für verschreibungspflichtige Medikamente, also auch für Pillen, verboten. Die Industrie findet aber kreative Wege, dieses Verbot zu umgehen, indem sie in Internetportalen, auf Youtube und in sozialen Medien mit Verhütungsinformationen, Informationen zur Pille und Tipps zu Beauty- und Lifestyle-Themen präsent ist. Auf diesem Wege können die Firmen ihre Werbebotschaften an die Mädchen bringen und die positiven Wirkungen ihrer Pillen auf Haut, Haare und Wohlbefinden betonen. Wer die scheinbar neutralen Seiten erstellt, ist oft nur schwer erkennbar. ■

Endnote

¹ Zum Beispiel *Jugendsexualität 2010*: www.forschung.sexualaufklaerung.de/3822.html

Literatur

Glaeske G, Thürmann P. *Pillenreport 2015. Ein Statusbericht zu oralen Kontrazeptiva. 2015*. www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/771128/Datei/151552/Pillenreport_2015.pdf

AKTUELLE INFORMATION

Handlungsempfehlungen zur Pille danach aktualisiert

Ines Thonke

Die Bundesapothekerkammer (BAK) hat die Handlungsempfehlung zur Beratung und Abgabe rezeptfreier Notfallkontrazeptiva überarbeitet. Die Änderungen der unter anderem mit dem Bundesgesundheitsministerium und den gynäkologischen Fachgesellschaften abgestimmten Empfehlung

betreffen vor allem den Anhang 1 der Handlungsempfehlung. Die BAK hat dort die beiden verfügbaren Wirkstoffe tabellarisch gegenübergestellt. Neu ist der Hinweis auf weitere Vorsichtsmaßnahmen: Bei schweren Leberfunktionsstörungen wird die Einnahme beider Substanzen nicht empfohlen. Von einer wiederholten Einnahme im selben Menstruationszyklus wird abgeraten. Auch wurde ein Hinweis auf mögliche thromboembolische Ereignisse unter Levonorgestrel aufgenommen und Frauen mit schweren Asthma unter Glucocorticoidbehandlung sollten Ulipristalacetat nicht anwenden. Das Einsetzen einer Kupferspirale zur Notfallverhütung als alternative Option wird nun an mehreren Stellen hervorgehoben.

In der Frage eines Wirkungsverlustes bei Frauen mit erhöhtem BMI übernimmt das BAK die sorgfältige Bewertung der Europäischen Arzneimittelagentur EMA. Diese kam zu dem Schluss, dass beide Wirkstoffe „unabhängig vom Gewicht oder BMI zur Notfallverhütung angewendet werden können“.

Anmerkung der Redaktion: Das Risiko thromboembolischer Ereignisse wird für LNG in der Anwendung als hormonelle Nachverhütung in der Stellungnahme der WHO und zahlreichen weiteren Organisationen ausdrücklich verneint¹. ■

Endnote

1 World Health Organization (2010): Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs). www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HRP_RHR_10_06/en/

Literatur

Notfallkontrazeptiva: Handlungsempfehlung der BAK:

Handlungsempfehlung: Rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva („Pille danach“),

Anhang 1: Notfallkontrazeptiva Levonorgestrel (LNG) und Ulipristalacetat (UPA) im Vergleich,

Anhang 2: Informationsquellen zur Notfallkontrazeption Curriculum: Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) in der Selbstmedikation,

www.abda.de/themen/apotheke/qualitaetssicherung0/leitlinien/leitlinien0/

AKTUELLE INFORMATION

Verspätete Einnahme von Zoely®

Helga Seyler

Für die seit 2012 zugelassene Pille Zoely® wurden die Anwendungsempfehlungen in der Fachinformation geändert. Demnach hat eine verspätete Einnahme bis zu 24 Stunden keine Auswirkungen auf die Verhütungssicherheit und es sind keine zusätzlichen Maßnahmen erforderlich. Der Änderung liegen keine neuen Daten zugrunde, sie erfolgte aufgrund der in den Zulassungsstudien erhobenen Daten zur Verhütungssicherheit. In diesen Studien waren ebenfalls bei Vergessen von einer Pille bis 24 Stunden sowie bei Vergessen von zwei Pillen zwischen dem achten und 17. Einnahmetag keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Der Grund für die hohe Sicherheit auch bei Vergessen von ein bzw. zwei Pillen ist wahrscheinlich die lange Halbwertszeit von 46 Stunden, d.h. de langsame Abbau des in Zoely® enthaltenen Gestagens Nomegestrolacetat, außerdem das kurze einnahmefreie Intervall von vier Tagen.

Entsprechend dem Pillenreport der Techniker Krankenkasse wird Zoely® zunehmend häufig verordnet. Das wird wegen nicht ausreichender Informationen zu den Risiken der Anwendung als bedenklich angesehen. Zum Beispiel fehlen belastbare Daten zum Risiko von Thromboembolien, da das Gestagen Nomegestrolacetat neu ist. Weitere Bedenken beziehen sich auf den Östrogenanteil von Zoely®, der mit 1,5 mg Estradiol sehr gering dosiert ist. Da Nomegestrolacetat die Hormonproduktion der Eierstöcke sehr stark hemmt, könnte ein Östrogenmangel zum Beispiel den Knochenaufbau bei jungen Frauen beeinträchtigen. ■

AKTUELLE INFORMATION

Verhütungspflaster Lisvy®

Helga Seyler

Ein neues Verhütungspflaster kommt nun auch in Deutschland mit dem Namen Lisvy® auf den Markt. Es enthält die Hormone Gestoden und Ethinylestradiol in einer Dosierung, die der oralen Anwendung von 20 µg Ethinylestradiol und 60 µg Gestoden entspricht und im Vergleich zum Verhütungspflaster Evra® deutlich geringer ist. Das neue Pflaster ist transparent und mit 11 cm² kleiner als Evra® mit 20 cm².

Die Anwendung entspricht der von Evra®. Das Pflaster wird einmal wöchentlich gewechselt, nach drei Pflastern folgt eine Pause von sieben Tagen. Die Fachinformation enthält detaillierte Hinweise zur Anwendung, zum Vorgehen bei abgelöstem Pflaster oder Anwendungsfehlern.

Verhütungssicherheit und Nebenwirkungen entsprechen denen anderer hormonaler Kontrazeptiva (siehe FPR Nr. 1, April 2015, S. 10-12). Die Fachinformation weist darauf hin, dass für Frauen mit einem BMI von >30 kg/m² keine ausreichenden Daten zur Verhütungssicherheit vorliegen.

In Bezug auf Risiken listet die Fachinformation Daten zum höheren Thromboserisiko bei Anwendung von oralen Kontrazeptiva mit Gestoden im Vergleich zu Levonorgestrel auf. Daten zum Risiko bei der Anwendung als Pflaster fehlen, diese werden erst im Verlauf der Anwendung im Praxisalltag erhoben werden können. ■

Literatur

Fachinformation Lisvy®

www.pharmazie.com/graphic/A/35/1-35535.pdf

Gruber DM, Skrivaneck A, et al. A comparison of bleeding patterns and cycle control using two transdermal contraceptive systems: A multicenter, open-label, randomized study. *Contraception* 2015; 91: 105-112.

Merz M, Kroll R, et al. Bleeding pattern and cycle control of a low-dose transdermal contraceptive patch compared with a combined oral contraceptive: A randomized study. *Contraception* 2015; 91: 113-20.

Seyler H. Neues Verhütungspflaster zugelassen. *pro familia medizin* 2015; Nr.1: 10-12.

Wiegratz I, Bassol S, et al. Effect of a low-dose contraceptive patch on efficacy, bleeding pattern, and safety: A 1-year, multicenter, open-label, uncontrolled study. *Reproductive Science* 2014.

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)

