

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe September 2009 Nr. 3

Inhalt

Impressum	2
Kosmetische Operationen im Genitalbereich von Frauen	3
Unerfüllter Kinderwunsch – Behandlung im Ausland	8
- pro familia Expertise „Reproduktives Reisen“ bündelt aktuelle Informationen	
- Aktuelle Ergänzung	11
Erstes Daten- und Zahlenmaterial über reproduktives Reisen vorgestellt	
Hinweise	
- Thromboserisiko bei Pillen mit neueren Gestagenen	12
- Risiko von Genitalinfektionen nach medikamentösen Abbrüchen	14
- HPV	
- Aktuelle Bewertung der HPV-Impfung durch die StiKo	14
- Impfkampagnen oder Beratung als Entscheidungshilfe	15
- Neue Dreimonats-Spritze mit subkutaner Anwendung	16
- Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause	17
- Pille danach – rezeptfrei in Spanien	18

Impressum: © 2009
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Kosmetische Operationen im Genitalbereich von Frauen

Helga Seyler

Vor einigen Jahren hat die zunehmende Zahl von Schönheitsoperationen, vorwiegend am Gesicht, den Brüsten, Bauch und Hüften, sowie die Darstellung dieser Eingriffe in den Medien für Diskussionen gesorgt. Inzwischen ist der Trend, Eingriffe dieser Art vorzunehmen, im Genitalbereich von Frauen angekommen. Im Internet sowie in der Werbung, in Zeitschriften und auf Plakaten, werden unterschiedliche Schönheitsoperationen im Genitalbereich angeboten, mit Bezeichnungen wie Schamlippenkorrektur, Vaginalstraffung, Designervagina, Vaginale Verjüngung (vaginal rejuvenation), G-Punkt-Intensivierung. Versprochen werden schönere Genitalien, ein verbessertes Selbstwertgefühl, aber auch mehr Lustempfinden und besserer Sex.

Inzwischen haben auch die Medien das Thema aufgegriffen und berichten vermehrt über diese Eingriffe. Frauen in der Beratung oder beim Besuch bei der FrauenärztIn sprechen immer häufiger den Wunsch nach einer Veränderung des Genitalbereichs an. Am häufigsten betrifft dieser Wunsch eine Verkleinerung der Schamlippen.

Die wachsende Zahl an Angeboten und Nachfrage nach diesen Eingriffen hat dazu geführt, dass sich auch medizinische Fachgesellschaften in verschiedenen Ländern damit beschäftigen. Diese versuchen, eine fachliche und ethische Bewertung sowie Leitlinien für den Umgang mit dem Wunsch nach kosmetischer Genitalchirurgie zu formulieren (DGGG 2009, ACOG 2007, Liao 2007).

Hintergründe für die Wünsche der Frauen

Als wesentlicher Auslöser für den aktuellen Trend wird ein (neues?) Schönheitsideal für die Vulva angeführt, nach dem die äußeren Schamlippen aneinander liegen und die inneren vollständig bedecken müssen, so dass nur die Wölbungen der äußeren Schamlippen und dazwischen ein schmaler Spalt sichtbar sind. Sichtbare innere Schamlippen oder eine Vorwölbung unter engen

Bikinis werden als unschön und peinlich empfunden.

Dieses Ideal entspricht dem Aussehen der Vulva bei jungen Mädchen. Wenn in (pornografischen) Medien die Vulva von Frauen gezeigt wird, entspricht sie meist ebenfalls diesem Ideal. Die Vermutung liegt nahe, dass gemäß der gängigen Praxis im „digitalen Zeitalter“ diese Darstellungen durch Bildbearbeitung digital verändert werden, zum Beispiel durch kaschieren/entfernen/verändern von Körperteilen und -merkmalen. Der Trend zur Intimrasur, der die Vulva sichtbar macht, verstärkt möglicherweise den Druck auf Frauen und Mädchen, dass sie diesem Ideal entsprechen und die inneren Schamlippen unsichtbar sein müssen. Die Schönheitsnorm der ganz oder teilweise rasierten Genitalien ist bei den unter 30jährigen sehr verbreitet. Eine Repräsentativbefragung von 2009 ergab, dass ca. 54 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer zwischen 18 und 25 Jahren im Genitalbereich Haare entfernen und dass die große Mehrzahl rasierte Genitalien schöner und auch hygienischer findet (Brähler 2009).

Besonders junge Mädchen, die in und nach der Pubertät durch den körperlichen Reifungsprozess und die damit verbundenen Veränderungen ihres Körpers verunsichert sind, können unter den Druck des Schönheitsideals geraten. Sie können die als zu groß empfundenen Schamlippen als extrem peinlich und schambesetzt erleben. Einige vermeiden es, sich in der Öffentlichkeit im Bikini oder enger Kleidung zu zeigen, gehen keine intimen Kontakte ein, weil sie sich wegen ihrer Schamlippen schämen.

Zwar scheint die Zahl der Frauen, die Unzufriedenheit mit ihren Schamlippen äußern, zuzunehmen. Aber Frauen, die unter der Größe ihrer Schamlippen leiden, gibt es seit langem. Möglicherweise wird es durch das öffentliche Angebot sowie die Mediendiskussion leichter, über die Unsicherheit oder Unzufriedenheit mit dem Genitalbereich zu sprechen, während das Thema früher schwieriger anzusprechen war.

Die Abwertung von großen Schamlippen bzw. einer großen Klitoris ist jedenfalls nicht neu. Diese werden mit einem übermäßigen Sexualtrieb und vermehrter Selbstbefriedigung assoziiert („Hottentottenschürzen“) oder als unweiblich angesehen. Auch in der Medizin werden vergrößerte Schamlippen pathologisiert und wurden früher als Folge (vermehrter) Masturbation dargestellt. Die lange Tradition der chirurgischen Behandlung von Masturbation und übermäßigem Geschlechtstrieb von Frauen auch im europäischen

Kulturraum hat Marion Hulverscheidt ausführlich dargestellt (Hulverscheidt 2005).

Die meisten Verkleinerungen der Schamlippen werden auch heute unter der Diagnose „Labienhypertrophie¹“ durchgeführt, mit der die Größe der Schamlippen pathologisiert wird.

Es gibt für diese Diagnose keine Definition, da es für die Größe der inneren Schamlippen keine Normen gibt. Es gibt auch kaum Daten über das Spektrum von Formen und Größen der Vulva. Kürzlich wurde in einer Studie bei 50 Frauen die Größe, Form und Farbe der Vulva untersucht. Bei diesen war die Breite der inneren Schamlippen zwischen 0,7 und 5 cm, die Länge zwischen 2 und 10 cm (Lloyd 2005).

Einige Frauen empfinden außer psychischen auch körperliche Beeinträchtigungen durch die Größe ihrer Schamlippen. Diese können beim Wasserlassen oder beim Geschlechtsverkehr stören oder sie verursachen Schmerzen bei sportlichen Aktivitäten wie Radfahren oder Reiten.

Dennoch stehen beim Wunsch nach Korrektur aber wohl überwiegend ästhetische Gründe und die Scham wegen der als hässlich und unnormal empfundenen Genitalien im Mittelpunkt. Die Bereitschaft zu einer operativen Korrektur wird durch Versprechen der Werbung gefördert, so zum Beispiel durch die Verheißung eines verbesserten Selbstwertgefühls und der Steigerung der sexuellen Lust. Demgegenüber werden die Risiken der Eingriffe bagatellisiert.

Häufigkeit

Über die Häufigkeit bzw. die Zunahme von kosmetischen Operationen im Genitalbereich gibt es kaum Zahlen, da die meisten Eingriffe privat bezahlt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) geht jedoch von einer deutlichen Zunahme in den letzten Jahren aus.

In Großbritannien hat sich die Zahl der Schamlippenverkleinerungen, die in Kliniken des öffentlichen Gesundheitsdienstes (NHS) durchgeführt wurden, in den letzten fünf Jahren verdoppelt (Liao 2007). Aber auch dort werden die meisten Operationen in privaten Kliniken durchgeführt und nicht erfasst.

Verschiedene Eingriffe

Bei Internet-Recherchen findet man ein großes Angebot an Operationen mit unterschiedlichsten Bezeichnungen, die meist nicht klar definiert sind (vaginal rejuvination, vaginale Straffung, Labienplastik, G-Punkt-Intensivierung). Es gibt keine allgemein anerkannten Bezeichnungen für unterschiedliche Eingriffe und keine medizinischen Standards für die Durchführung.

Außerdem fehlen Standards für die Qualifikation und Ausbildung der ÄrztInnen, die solche Eingriffe durchführen.

Verkleinerung der inneren Schamlippen, Labienplastik

Der häufigste Eingriff ist wahrscheinlich die Verkleinerung der inneren Schamlippen. Für diesen Eingriff gibt es Daten aus mehreren, meist kleinen Studien (Übersicht bei Borkenhagen 2009).

Als Gründe für den Eingriff wurden in den meisten Studien die Diagnosen Labienhypertrophie oder Asymmetrie der Labien genannt (Rouzier 2000). Als Definition für eine Labienhypertrophie wurde bei Rouzier eine Breite der inneren Labien von mehr als 4 cm genannt. Diese Arbeitsgruppe betont, dass sie Korrekturen nur mit medizinischer Indikation, d. h. bei einer Breite der inneren Schamlippen von mehr als 4 cm durchführen. Eine andere Arbeitsgruppe in München erklärt dagegen, dass auch viele Frauen mit kleineren Schamlippen psychische Beschwerden haben, bei denen sie ebenfalls Korrekturen für notwendig halten und häufig durchführen (Gress 2007).

Für die Mehrheit der Frauen, die diesen Eingriff durchführen lassen, spielen ästhetische Gründe eine wesentliche Rolle. In einer Befragung von 131 Frauen gab etwa ein Drittel ausschließlich ästhetische Gründe an, ein Drittel ausschließlich körperliche Beeinträchtigungen und ein Drittel gab sowohl ästhetische Gründe als auch körperliche Beeinträchtigungen an (Miklos 2008). In der Auswertung von ca. 450 Eingriffen bei Gress gaben 23 Prozent der Frauen ausschließlich körperliche Beeinträchtigungen als Grund für den Eingriff an (Gress 2007).

Für die Verkleinerung der inneren Schamlippen werden verschiedene Operationstechniken beschrieben. Entweder wird der äußere Rand der Labien entfernt. Oder es wird ein unterschiedlich geformter Keil bzw. ein ovaler Bereich im Zentrum der Schamlippen herausgeschnitten und die Wundränder werden neu zusammengefügt. Die

¹ Hypertrophie bedeutet übermäßiges Wachstum

Schamlippenverkleinerung kann auch eine Verkleinerung der Klitorisvorhaut einbeziehen.

Über die Risiken gibt es nur Daten für einen kurzen Zeitraum nach dem Eingriff (Übersicht bei Borkenhagen 2009).

In den Studien werden Komplikationen bei 10 bis 15 Prozent der Fälle genannt. Die Häufigkeit hängt wahrscheinlich auch von der Ausbildung und Erfahrung der OperateureIn ab.

Direkt nach dem Eingriff kann es zu Schmerzen, Blutergüssen und Wundinfektionen kommen. Schmerzen und Wundschwellung können in den ersten Tagen zu Problemen beim Wasserlassen führen. Wundheilungsstörungen werden als häufigste Komplikation genannt. Bei keilförmiger Verkleinerung bzw. Entfernung eines zentralen Teils der Schamlippen kann es dazu kommen, dass die Wundränder nicht zusammenheilen und der keilförmige Defekt bzw. das ovale Fenster offen bleibt. Bei Entfernung des Rands der Schamlippen kann eine asymmetrische und „unnatürliche“ Form entstehen.

Langfristig besteht das Risiko von Schmerzen im Narbenbereich (zum Beispiel beim Sex, beim Gehen, bei sportlichen Aktivitäten) und es kann zu Taubheit oder Gefühlsstörungen in Teilen der Schamlippen kommen. Zu den langfristigen Auswirkungen dieses Eingriffs auf die sexuelle Erregbarkeit gibt es keine Daten. Da Schamlippen sehr empfindsam sind und sich direkt darunter Schwellkörper befinden, die eine wesentliche Funktion für die sexuelle Erregung und das Orgasmuserleben haben, sind Auswirkungen auf das sexuelle Erleben durch Narben in diesem Bereich möglich.

Im Zeitraum der Nachbefragung von einigen Monaten waren etwa 90 Prozent der Frauen zufrieden mit dem Ergebnis des Eingriffs. Zur langfristigen Zufriedenheit der Frauen und zu den psychischen Auswirkungen des Eingriffs gibt es kaum Daten.

Vaginale Verjüngung

Dieser Eingriff, der zurzeit in den USA massiv beworben wird, ist kaum definiert oder beschrieben. Als Ziel wird angegeben, dass sichtbare Veränderungen nach Geburten an der Vulva und Vagina korrigiert werden und der Scheideneingang bzw. der untere Teil der Vagina verengt werden.

Wahrscheinlich werden unter dieser Bezeichnung sehr unterschiedliche Eingriffe und Korrekturen

durchgeführt. Viele der Korrekturen entsprechen alten OP-Techniken, die früher häufig bei einer Senkung der Scheidenwände und Harninkontinenz durchgeführt wurden.

Zum Beispiel wird das Gewebe unter der vorderen bzw. hinteren Vaginalschleimhaut mit Nähten gerafft, ein Teil der Vaginalschleimhaut entfernt und die Wundränder der Vagina wieder vernäht. Außerdem kann die Beckenbodenmuskulatur im Bereich des Dammes mit Nähten gerafft werden, um den Scheideneingang zu verengen. Gleichzeitig werden manchmal auch die inneren Schamlippen verkleinert.

Daten aus Studien gibt es zu diesen Eingriffen nicht. Sie sind deutlich weit reichender als eine Verkleinerung der Schamlippen, und daher sind auch schwerwiegendere Komplikationen möglich. Während der Operation kann es zu Verletzungen der Blase und des Enddarms kommen. Probleme beim Wasserlassen in den ersten Tagen nach dem Eingriff sind wahrscheinlich häufig. Manchmal kann der Eingang der Vagina zu stark verengt werden und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr verursachen. Auch durch Narbenbildung kann die Vagina später zu eng werden. Eine Harninkontinenz als Langzeitfolge ist ebenfalls möglich.

Da das Schwellgewebe, das die Vagina umgibt, verletzt wird, sind Beeinträchtigungen der sexuellen Erregbarkeit und des Orgasmuserlebens möglich.

In der Werbung für diese Eingriffe wird ein durch Geburten erweiterter Scheideneingang für verringertes Lustempfinden der Frau und ihres Partners verantwortlich gemacht. Durch den Eingriff wird eine Verbesserung der sexuellen Erregbarkeit auch für die Frau versprochen. Sexualmedizinisch ist eine solche Verbesserung für Frauen durch den Eingriff jedoch kaum zu erwarten. Es besteht das Risiko, dass zwar der Partner von dem Eingriff profitiert, die Frau hingegen sogar mehr Probleme hat als vorher.

G-Punkt-Intensivierung

Für diesen Eingriff wird mit einer deutlichen Verbesserung der sexuellen Erregbarkeit geworben. Durch eine Kollageninjektion zwischen Vagina und Harnröhre im Bereich der G-Punkt-Region schwillt dieser Bereich an, was die sexuelle Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit verbessern soll. Die Wirkung soll vier Monate lang anhalten. Sie ist nirgends belegt und wird von ExpertInnen als sehr fraglich angesehen. Durch die Injektio-

nen können Vernarbungen im diesem Bereich auftreten.

Weitere Eingriffe

In den Informationsmaterialien der Kliniken für Ästhetische Chirurgie werden weitere Eingriffe im Genitalbereich angeboten wie z. B. Vergrößerung der äußeren Schamlippen durch Unterspritzung mit Kollagen oder Fettgewebe, eine Fettabsaugung am Venushügel bzw. an den äußeren Schamlippen oder eine Verkleinerung der Klitoris.

Daten zu den Ergebnissen solcher Eingriffe, zu möglichen Risiken und Komplikationen gibt es nicht.

Aspekte in der Beratung

Die Beratung von Frauen, die den Wunsch nach operativer Veränderung ihrer Genitalien äußern, kann schwierig sein. Oft stehen die Frauen unter großem psychischem Druck, da sie mit dem Aussehen ihrer Genitalien sehr unzufrieden sind und dies als Grund für verschiedene psychosoziale Probleme ansehen. Soziale Kontakte können durch die Scham wegen der als unnormal, auffällig und hässlich empfundenen Genitalien beeinträchtigt sein, und die Frauen können Schwierigkeiten im Eingehen von sexuellen Beziehungen haben. Die Beeinträchtigungen werden von den Frauen oft einzig auf das Aussehen der Genitalien zurückgeführt, und sie versprechen sich deutliche Verbesserungen durch eine Operation.

Für die Beraterin kann es schwierig sein, diesen Wunsch zu würdigen und ernst zu nehmen, gleichzeitig aber auch zu hinterfragen.

Wichtig sind zunächst ausführliche Informationen über die Variationsbreite von Größe und Form der Schamlippen. Das aktuelle Schönheitsideal sollte auch deutlich als „Ideal“ benannt werden, dem die Mehrzahl der Frauen nicht entspricht. Die Frauen sollten auch über die sexuelle Funktion der Vulva, über die Form und Größe der Klitoris und der unter den Schamlippen liegenden Schwellkörper informiert werden. Da viele Frauen sehr wenig Informationen über das reale Aussehen von weiblichen Genitalien haben und ihre Vorstellungen auf oft technisch korrigierten Fotos aus Zeitschriften beruhen, haben sie meist ein großes Interesse an diesen Informationen.

Psychische und sexuelle Probleme der Frauen sollten im Gespräch differenziert abgeklärt werden. Bei allgemeinen Selbstwertproblemen, einer

depressiven Symptomatik, sexuellen Störungen oder einer Körperbildstörung² sollte den Frauen deutlich gemacht werden, dass sie von einem chirurgischen Eingriff sehr wahrscheinlich keine Verbesserung ihrer Probleme erwarten können. Möglicherweise kann ein solcher Eingriff, insbesondere bei Komplikationen, als traumatisierend erlebt werden und so eher zu zusätzlichen psychischen Problemen führen.

Die Frauen sollten ausführlich und realistisch über den Eingriff aufgeklärt werden. Viele Frauen haben unrealistische Erwartungen an das ästhetische Ergebnis und müssen darüber aufgeklärt werden, dass es wahrscheinlich nicht genau ihren Vorstellungen entsprechen wird.

Besonders, wenn sich die Frau eine Verbesserung sexueller Funktionen verspricht, sollte deutlich gemacht werden, dass diese nicht belegt und wahrscheinlich nicht zu erwarten sind. Stattdessen können neue Beeinträchtigungen im sexuellen Bereich entstehen. Auch die möglichen Komplikationen des Eingriffs sollten ausführlich besprochen werden.

Die Frauen sollten auch darüber aufgeklärt werden, dass es keine Langzeitstudien gibt, die eine anhaltende psychische oder funktionelle Verbesserung nach einer Operation zeigen.

Leitlinien der Fachgesellschaften

Gynäkologische Fachgesellschaften in den USA (ACOG 2007) und Deutschland (DGGG 2009) haben Leitlinien für den Umgang mit kosmetischen Operationen im Genitalbereich erstellt. Die wichtigsten Empfehlungen sind:

- Vor dem Eingriff sollten die Motive und Gründe für die Operation abgeklärt werden.
- Es sollte ein medizinischer Grund für den Eingriff vorliegen.
- Die Patientinnen sollten informiert werden, dass bisher keine Langzeitstudien vorliegen, die eine anhaltende psychische oder funktionelle Verbesserung nachweisen.
- Die Patientinnen sollten über die Risiken, wie Infektionen, veränderte Sensibilität, Schmerzen beim Sex, Verwachsungen und Narbenbildungen, detailliert aufgeklärt werden.

² Bei einer Körperbildstörung (body dysmorphic disorder) besteht die Angst bzw. Überzeugung, dass der eigene Körper oder ein Körperteil massiv von der Norm abweicht, missgeformt und hässlich ist.

Als ethische „Leitlinie“ wird formuliert, dass ÄrztInnen nicht suggerieren dürfen, dass bestimmte Formen des Genitales unnormale sind. Stattdessen müssen sie deutlich machen, dass es keine Größennormen gibt. Außerdem dürfen sie keine Verbesserung des sexuellen Empfindens durch operative Eingriffe versprechen.

ÄrztInnen, die kosmetische Operationen im Genitalbereich durchführen, müssen durch spezielle Fortbildungen darin geschult sein, die sexuelle Situation der Patientin abzuklären und mögliche sexuelle Funktionsstörungen erkennen können, die sich hinter dem Wunsch nach einer kosmetischen Operation verbergen.

Das ACOG äußert auch ethische Bedenken darüber, wie kosmetischen Eingriffe im Genitalbereich vermarktet werden, indem Bezeichnungen für bestimmte Eingriffe und deren Durchführung als Warenzeichen geschützt werden. Die Organisation spricht sich für einheitliche und standardisierte Bezeichnungen für klar definierte Eingriffe aus.

Vergleich mit Genitalverstümmelung

Einige KritikerInnen der Schönheitsoperationen im Genitalbereich von Frauen vergleichen diese mit der Praxis der Genitalverstümmelung von Frauen und Mädchen. Mit Hinweis auf die Verurteilung von Genitalverstümmelungen wird gefordert, dass kosmetische Eingriffe im Genitalbereich verboten werden und die Durchführung strafbar wird.

Genitalverstümmelung ist als Körperverletzung auch dann strafbar, wenn sie auf Wunsch der Patientin ausgeführt wird (Bundesärztekammer 2006). Die WHO definiert Genitalverstümmelung als „alle Eingriffe, die die teilweise oder völlige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen des weiblichen Genitales beinhalten, aus kulturellen, religiösen oder anderen nicht-therapeutischen Gründen“. Wie weit kosmetische Eingriffe als Verstümmelung gewertet werden, wird sehr kontrovers diskutiert.

Zumindest einige ÄrztInnen, die diese Eingriffe durchführen, betonen, möglicherweise in Abgrenzung gegen diesen Vorwurf, die medizinischen Indikationen. Andere führen die psychischen Beschwerden der Patientinnen als Indikation an.

Die Betroffenen selbst erleben die Eingriffe, zumindest in Befragungen bis zu zwei Jahre nach dem Eingriff, als deutliche Verbesserung und die überwiegende Mehrheit äußert eine hohe Zufriedenheit damit. Frauen, die unter dem Aussehen

ihrer Genitalien leiden, profitieren wahrscheinlich mehr von einer Beratung und Information, die an ihren Bedürfnissen orientiert ist, als von einem Verbot der Eingriffe.

Literatur

ACOG. ACOG Committee Opinion No. 378: Vaginal "Rejuvenation" and Cosmetic Vaginal Procedures. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110:737-8

Borkenhagen A, Brähler E, et al. Intimchirurgie: Ein gefährlicher Trend. *Dtsch Arztebl* 2009; 106:A-500

Borkenhagen A, Kentenich H. Labienreduktion. Neuester Trend der kosmetischen Genitalkorrektur. *Geburtsh Frauenheilk* 2009; 69:19-23

Brähler E. Verbreitung von Tattoo/Piercing/Körperhaarentfernung. Pressemitteilung 13.6.2009 http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/pdf/presse_tattoo_piercing.pdf

Bundesärztekammer. Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103:A 285-7

DGGG. Stellungnahme der DGGG zur Intimchirurgie. 2009 http://www.dggg.de/_download/unprotected/stellungnahme_ic.pdf

Goodman M. Female cosmetic genital surgery. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113:154-9

Gress S. Ästhetische und funktionelle Korrekturen im weiblichen Genitalbereich. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau* 2007; 47:23-32

Hohl MK, Scheidel HP, et al. Designervagina. *Frauenheilkunde* aktuell 2008. www.Frauenheilkunde-Aktuell-Ausgabe-08-01/FHA-Arikel_04_13_thema.pdf; 2008.

Hulverscheidt M. „Eine merkwürdige Methode zur Verhinderung der Onanie“ Zur Geschichte der Genitalverstümmelung von Frauen im deutschsprachigen Raum. *Z Sex-Forsch* 2005; 18:215-42

Liao L, Creighton S. Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? *BMJ* 2007; 334:1090-2

Lloyd J, Crouch N, et al. Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG* 2005; 112:643-6

Miklos J and Moore R. Labiaplasty of the labia minora: patients' indications for pursuing surgery. *Journal of sexual medicine* 2008; 5: 1492-5

Rouzier R, Louis-Sylvestre C, et al. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000; 182: 35-40

Unerfüllter Kinderwunsch – Behandlung im Ausland

pro familia Expertise
„Reproduktives Reisen“
bündelt aktuelle Informationen

Es ist ein bekanntes Phänomen, dass ungewollt kinderlose Paare auch im Ausland Hilfe suchen. Genaue Zahlen für deutsche Paare sind ebenso wenig bekannt wie internationale Angaben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Zahl von reproduktionsmedizinischen Behandlungen, die in Nachbarländern durchgeführt werden, stetig steigt. Die Mobilität hat sich erhöht, Informationen werden immer leichter verfügbar und das internationale Angebot von reproduktionsmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten steigt. Abhängig von der Gesetzeslage des jeweiligen Landes und der technologischen Möglichkeiten bieten solche Angebote eine Option zur Realisierung des Kinderwunsches für Paare bzw. Einzelpersonen. Die von Petra Thorn erstellte Expertise beschreibt, in welchem Spannungsfeld sich Paare befinden, die eine solche Behandlung in Erwägung ziehen. Sie geht auf die Gründe für „reproduktives Reisen“ ein und beschreibt die verfügbaren Behandlungsmethoden, die typischen Zielländer und internationale gesetzliche Regelungen. Außerdem geht sie auf die Gründe für „reproduktives Reisen“ und auf wichtige und spezielle Inhalte psychosozialer Beratung für Paare ein, die eine solche Behandlung im Ausland beabsichtigen. Die Expertise „Reproduktives Reisen“ ist die erste Übersichtsarbeit in deutscher Sprache zu diesem Thema. Im Folgenden werden die wichtigsten Informationen der Expertise zusammengefasst. Der vollständige Text ist im Internet unter www.profamilia.de → Angebot → Publikationen → Expertise → Reproduktives Reisen im pdf-Format abrufbar.

Informationen – welche Informationen gibt es, welche fehlen?

Nach aktuellen, internationalen Daten sind zwischen 9 und 16 Prozent aller Paare im fortpflanzungsfähigen Alter ungewollt kinderlos. In Deutschland wird der Anteil auf ca. 10 Prozent geschätzt, demnach sind zwischen 1 und 2,5 Millionen Paare betroffen. Ein Teil der Paare, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterziehen, geht dafür ins Ausland und überschreitet damit Grenzen und Tabus. So umgehen Paare z. B. juristische Einschränkungen im eigenen Land oder wenden Methoden an, die gesellschaftlich kontrovers diskutiert werden, in Deutschland häufig gar nicht angeboten werden und möglicherweise sogar unter Strafe stehen. Petra Thorn verortet diese Paare im Spannungsfeld zwischen reproduktiver Autonomie, zivilem Ungehorsam und illegaler Handlung.

Sie benennt auch die Probleme, die dieses Phänomen nach sich zieht: So fehlen z. B. einheitliche Qualitätsstandards und Richtlinien für die Behandlungen im Ausland und Paare sind den Versprechen und Erfolgsangaben der Anbieter ausgeliefert. Komplikationen können auch bei beteiligten Dritten, so z. B. bei einer Frau, die sich als Leihmutter oder als Eizellspenderin zur Verfügung stellt, auftreten.

Betroffene Paare müssen befähigt werden, in diesen Fragen informierte Entscheidungen zu treffen. Hierfür müssen sie in der Lage sein, ihre Interessen und Wünsche genau zu benennen, und brauchen umfassende und neutrale Informationen über Nutzen und Risiken. Ein solches qualifiziertes Informations- und Beratungsangebot benötigen aus Sicht von pro familia insbesondere auch Paare vor, während und nach einer Behandlung im Ausland.

Wo liegen die Gründe für eine Behandlung im Ausland?

Die Gründe, sich im Ausland behandeln zu lassen, sind vielgestaltig. Die Expertise nennt als häufigste Gründe die gesetzlichen Regelungen im eigenen Land, die bestimmte Behandlungsmethoden verbieten (so in Deutschland z. B. die Eizellspende und die Leihmutterchaft) sowie berufsrechtliche Einschränkungen und Empfehlungen und moralische Vorbehalte, die zu einem Behandlungsausschluss bestimmter Personengruppen, wie Homosexueller oder allein stehender Männer und Frauen, führen.

Auch Faktoren wie Behandlungskosten, Wartezeiten und medizinische Standards sind für die Entscheidung von Bedeutung, ebenso die Wah-

zung der eigenen Anonymität und der Autonomie des Kindes (Rechtsanspruch auf Kennenlernen des Samenspenders oder die Eizellspenderin).

Zahlen und Daten

Wie viele Paare eine Behandlung im Ausland durchführen lassen, kann aktuell nicht befriedigend beantwortet werden. Weder in Deutschland noch international existiert verlässliches Daten- und Zahlenmaterial. Die Expertise informiert über die internationalen Bestrebungen, bezogen auf Qualität, Sicherheit und Anwendungszahlen mehr Daten zu erfassen, mit dem Ziel, den Informationsbedarf von GesundheitsexpertInnen und PatientInnen zu verbessern. Bedingt durch die unbefriedigende Datenlage sind die Angebote in den Zielländern nicht erfasst. Da jedoch Konsens darüber herrscht, dass die jeweiligen Zielländer maßgeblich gewählt werden, weil die gesuchte Behandlung dort überhaupt oder zu einem geringeren Preis möglich ist, lassen sich gewisse Schlüsse ziehen: So ist z. B. in osteuropäischen Ländern die Behandlung im direkten Vergleich günstiger als in Deutschland. Diese Länder und auch Spanien werden häufig von Paaren bereist, die eine Eizellspende suchen. Belgien hat sich als Zielland für IVF-Behandlung und Präimplantationsdiagnostik (PID) etabliert.

Behandlungsmethoden, typische Zielländer und deren Gesetze

IVF und ICSI

Der maßgebliche Grund für eine IVF- bzw. ICSI-Behandlung im Ausland sind die niedrigeren Kosten³. Durch die Änderungen des im Jahr 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur 50 Prozent der Kosten für drei Behandlungsversuche übernommen, außerdem gibt es Altersbegrenzungen.

Die Behandlungszentren im Ausland stellen sich auf die steigende internationale Nachfrage ein und bieten Informationen in mehreren Sprachen an. Während sich die Behandlungsrisiken grundsätzlich nicht von der Behandlung im Heimatland unterscheiden, ist es problematisch, dass es für viele Länder keine gesetzlichen Regelungen bzw. berufsrechtlichen Vorgaben zur Zahl der maximal transferierten Embryonen gibt (z. B. nicht in der

Tschechei, in Estland, Litauen, Lettland, Ungarn, auf Malta, in Polen, Slowenien und der Slowakei). Die Mehrlingsrate wird für diese Länder überdurchschnittlich hoch angegeben.

Blastozystentransfer

Das Heranreifen des Embryos bis zum siebten Tag und die nachfolgende Selektion und Übertragung des bestentwickelten in die Gebärmutter der Patientin ist nach deutschem Recht bisher nicht erlaubt. Dieses Verfahren stellt eine Möglichkeit dar, Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden und damit auch einen möglichen Fetozid. Der elektive Single-Embryo-Transfer (e-SET) gilt beispielsweise in Schweden als Standardmethode und wird auch in anderen Ländern wie Großbritannien angewendet. Für überzählige, als geeignet bewertete Embryonen besteht die Möglichkeit der Kryokonservierung, um sie in einem späteren Behandlungsversuch übertragen zu können.

Präimplantationsdiagnostik (PID)

PID kann für Paare, die ein hohes Risiko haben, eine genetische Erkrankung an ihr Kind zu vererben, eine Alternative zur Pränataldiagnostik darstellen. Die Methode wird in zahlreichen Ländern angeboten. Sie ist in Deutschland nicht erlaubt.

Erste Datenzusammenstellungen weisen zum Teil uneinheitliche Informationen auf und sind nicht vollständig. Zu den Ländern, die PID am häufigsten durchführen, gehören Spanien, Belgien, Italien, Großbritannien sowie Zypern und Tschechien.

Eizellspende⁴

In Deutschland verbietet das Embryonenschutzgesetz die Eizellspende. Die Expertise zeigt in einer Auflistung, dass die Eizellspende in vielen Ländern erlaubt ist, es jedoch große Unterschiede in der Umsetzung gibt. Unterschiedlich geregelt ist insbesondere ob die Spende kommerzialisiert erfolgen darf und ob die Spende anonymisiert oder für das Kind identifizierbar erfolgt. Die Länder, in denen die Eizellspende am häufigsten bei Ausländerinnen durchgeführt wird (auch dieses Zahlenmaterial ist uneinheitlich und unvollständig), sind Spanien und die osteuropäischen Länder (z. B. Slowenien). Die hohen Zahlen in

³ Aktuelle Ergebnisse der ESHRE Task Force geben als wichtigen Grund auch das Alter der behandlingssuchenden Frauen an.

⁴ Siehe auch FPR 2/2009, Kinderwunschbehandlung mit Eizellspende

Großbritannien betreffen mehrheitlich die Behandlung englischer Frauen.

Risiken und Gefahren der Eizellspende betreffen außer der Kinderwunschpatientin auch die Eizellspenderin. Problematisch sind zudem die Kommerzialisierung der Eizellspende sowie der Rechtsanspruch des Kindes auf Kenntnis der Spenderinnenidentität.

Samenspende

Die Samenspende (donogene Insemination), ein Verfahren, bei dem einer Frau der Samen eines Mannes eingeführt wird, der nicht ihr Ehemann bzw. Partner ist, ist in Deutschland erlaubt und wird bei heterosexuellen Paaren angewendet. Für die Behandlung lesbischer und allein stehender Frauen gibt es zwar keine gesetzlichen Verbote, jedoch empfiehlt die Bundesärztekammer, diese Personengruppen nicht zu behandeln. Daher ist es für diese Gruppen einfacher oder sogar häufig die einzige Möglichkeit, die Behandlung in einem Land vornehmen zu lassen, in dem es keine Einschränkungen auf Grund der sexuellen Orientierung oder das Sozialstatus gibt.

Ein weiterer wichtiger Grund, eine Samenspende im Ausland vorzunehmen, ist der gesetzliche Schutz der zukünftigen Familie und klare gesetzliche Regelungen, die juristische Ansprüche zwischen Kind und Spender ausschließen. Zielländer sind vor allem die Niederlande, Dänemark, Großbritannien und Schweden. Vergleichbare liberale Regelungen existieren auch in den USA, in Kanada, Australien und Neuseeland.

Embryonenspende

Die Embryonenspende, bei der einer Frau ein Embryo aus der Eizelle einer anderen Frau übertragen wird, gilt in Deutschland als verboten. Diese Methode wird jedoch insbesondere für die Verwendung überzähliger Embryonen diskutiert. Die Embryonenspende ist in fast allen Ländern erlaubt, die auch die Eizellspende erlauben, weswegen auch die Zielländer ähnlich sind. Die Embryonenspende wird allerdings nur selten angewendet. Das Zahlenmaterial und die Transparenz der gesetzlichen Regelungen sind auch hier unzureichend. Die Expertise geht auf die Probleme genauer ein, die sich für Spenderpaare und Wunscheltern ergeben können, so zum Beispiel auf den Aspekt des „eigenen“ Kindes bzw. der Vollgeschwister der eigenen Kinder in einer anderen Familie sowie den juristischen Regelungsbedarf für diese Fälle.

Leihmutterschaft

Die Expertise beschreibt die unterschiedlichen Varianten der Leihmutterschaft:

- Leihmutter mit Ei- und Samenzelle der Wunscheltern.
- Leihmutter mit Eizelle der Wunschmutter und Spendersamen.
- Leihmutter mit gespendeter Eizelle und Samen des Wunschvaters.
- Leihmutter mit Ei- und Samenzellspende.
- Traditionelle Leihmutter mit eigener Eizelle und Samenzelle des Wunschvaters.

Sie informiert über die kontroverse Diskussion, die medizinischen, psychologischen und juristischen Probleme, die entstehen können, und geht auf die Problematik der Kommerzialisierung ein, die bei Eizellspende und Leihmutterschaft besonders weit reicht. Es wird ein Trend beobachtet, dass Behandlungszentren mit indischen Agenturen kooperieren, da es dort keinerlei Beschränkungen für das Geschäft mit der Leihmutterschaft gibt. Länder, in denen die Leihmütter in nennenswerter Zahl vermittelt werden, sind die USA und Großbritannien. Verlässliche Angaben und Statistiken existieren nicht.

Nationale und supranationale gesetzliche Regelungen

Die Expertise gibt eine Übersicht über nationale und supranationale gesetzliche Regelungen, Richtlinien und Empfehlungen, die für ART (Assistierte Reproduktionstechnik) entwickelt wurden.

Neben deutschen Regelwerken wie dem Embryonenschutzgesetz (EschG), den Richtlinien der Bundesärztekammer, des Arbeitskreises für donogene Insemination und des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland e. V. (BKID, siehe FPR 2, 2009) verweist Thorn u. a. auch auf die Richtlinien und Positionspapiere der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), außerdem auf eine Resolution des Europäischen Parlaments, auf verfügbare Richtlinien und Stellungnahmen aus den USA und weitere internationale Richtlinien und Informationsquellen.

Psychosoziale Versorgung⁵

Die Expertise beschreibt die internationalen Bemühungen um Professionalisierung der psychosozialen Beratung, indem Qualitätsstandards entwickelt und Fort- und Weiterbildungsangebote etabliert wurden, so zum Beispiel in den USA, Großbritannien, Australien/Neuseeland, Japan und Deutschland. Vernetzt sind die nationalen Organisationen über den internationalen Dachverband International Infertility Counselling Organisation (IICO). Informationen in Form von mehrsprachigen „factsheets“ sind auch über die Organisation International Consumer Support for Infertility (iCSI) verfügbar.

In der Expertise werden die grundsätzlich wichtigen Inhalte der Beratung und Information vor Behandlungen im Ausland allgemein dargestellt sowie besondere Aspekte der psychosozialen Beratung bei den einzelnen Behandlungsmethoden. Bei den unterschiedlichen Behandlungsmethoden geht es in diesem Rahmen um vielschichtige Fragen wie soziale / biologische / juristische Elternschaft, moralisch / ethische Fragestellungen, das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften, die Identität der SpenderIn oder auch die Aufklärung des Kindes. Daher wird die Bedeutung einer professionellen Begleitung dieses Prozesses betont. Neben der klärenden Hilfestellung im Vorfeld einer Behandlung sollte die psychosoziale Beratung und Begleitung auch während der Behandlung und über die Geburt eines Kindes hinaus möglich sein.

Die Expertise Reproduktives Reisen ist die erste Übersichtsarbeit in deutscher Sprache zu diesem Thema.

Quelle:

www.profamilia.de → Angebot → Publikationen → Expertise → Reproduktives Reisen.

Aktuelle Ergänzung

Erstes Daten- und Zahlenmaterial über reproduktives Reisen vorgestellt

Auf der 25sten Konferenz der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) im Juni 2009 wurde Datenmaterial präsentiert, das in einer Pilotstudie durch eine speziell zu diesem Thema eingerichtete Task Force der

ESHRE erhoben wurde. Für einen Zeitraum von einem Monat wurden Daten aus Kliniken in den sechs europäischen Ländern Belgien, Tschechien, Dänemark, Slowenien, Spanien und der Schweiz erhoben. Die Kliniken waren angehalten, einen Fragebogen an Patientinnen aus dem Ausland auszugeben, der folgende Informationen abfragte: Alter, Heimatland, Gründe für die Behandlung im Ausland und die Behandlungsmethode. Weiterhin wurde auch danach gefragt, ob die Patientinnen Informationen in ihrer Sprache erhalten haben, wie sie die jeweilige Klinik ausgewählt haben und ob es für sie einen Anspruch auf Kostenrückerstattung im Heimatland gibt. Der Fragebogen wurde von 1230 Frauen beantwortet. Die Autoren stellen fest, dass sich durch die nun vorliegenden Daten noch immer keine präzisen Angaben zur Zahl der Auslandsbehandlungen machen ließen, dennoch lassen sich die Zahlen hochrechnen: Unter Berücksichtigung, dass in den befragten Ländern jeweils ca. die Hälfte der behandelnden Zentren befragt wurden, werden Rückschlüsse für den Zeitraum von einem Jahr getroffen. Die Autoren gehen davon aus, dass pro Jahr in den ausgewählten Ländern mindestens 20.000 bis 25.000 reproduktionsmedizinische Behandlungen bei Frauen aus dem Ausland durchgeführt werden.

Angaben zur Nationalität

Fast zwei Drittel der Patientinnen kamen aus nur vier Ländern: aus Italien ca. 32 Prozent, aus Deutschland ca. 14 Prozent, den Niederlanden ca. 12 Prozent und aus Frankreich ca. 9 Prozent. Insgesamt nahmen Frauen aus 49 Ländern Dienstleistungen im Ausland in Anspruch.

Gründe für eine Behandlung im Ausland

Als häufigster Grund für eine Behandlung im Ausland wurde die Umgehung gesetzlicher Regelungen im Heimatland genannt. Frauen aus Deutschland gaben dies in 80 Prozent als ersten und wichtigsten Grund an. Norwegerinnen ca. 72 Prozent, Italienerinnen ca. 71 Prozent, Französinen 65 Prozent. Zugangsschwierigkeiten wurden überdurchschnittlich häufig von Frauen aus Großbritannien angegeben. Ein weiterer wichtiger Grund war das Alter: Im Durchschnitt lag das Alter der behandelten Frauen bei 37,5 Jahren. Ein höheres Durchschnittsalter fand sich bei Frauen aus Deutschland, hier waren mehr als 51 Prozent älter als 40 Jahre, bei den Frauen aus Großbritannien waren es sogar 63 Prozent. Insgesamt waren 70 Prozent der Frauen, die den

⁵ siehe auch FPR 2/2009: Professionalisierung der Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch

Fragebogen beantworteten, verheiratet, 6 Prozent allein stehend. Von den Italienerinnen waren 82 Prozent verheiratet, von den Französischen lebten 50 Prozent in einer nicht-ehelichen Gemeinschaft, 43 Prozent der Schwedinnen lebten allein.

Methodenwahl

Die Mehrzahl der Patientinnen nahm eine assistierte reproduktive Therapie (ART) wie z. B. IVF, ICSI, Eizellspende oder Präimplantationsdiagnostik in Anspruch. Ca. 22 Prozent der Frauen ließen ausschließlich eine intrauterine Insemination (IUI) durchführen, bei ca. 5 Prozent wurde eine IUI mit anderen Behandlungsmethoden kombiniert. Die Mehrzahl der Frauen aus Schweden (62 %) und Frankreich (53 %) reisten speziell wegen einer IUI ins Ausland, während Frauen aus den übrigen Ländern in der Mehrheit andere Behandlungsmethoden wünschten.

Kostenerstattung

Eine partielle Kostenrückerstattung gaben 13 Prozent der Frauen an. Voll erstattet wurden die Kosten in knapp 4 Prozent der Fälle. Die Niederlande erstatten bei 44 Prozent einen Teil und bei ca. 22 Prozent die gesamten Kosten. Frankreich erstattet die Kosten, wenn es im eigenen Land zu Behandlungsverzögerungen kommt. Behandlungsmethoden, die im eigenen Land gesetzlich nicht erlaubt sind, werden in keinem Fall erstattet.

Die Studie bestätigt und konkretisiert Informationen aus früheren Medien- oder Patientinnenberichten und aus der aktuellen pro familia-Expertise „Reproduktives Reisen“. Sie bestätigt Spanien und Tschechien als populäre Ziele für die Eizellspende. Dänemark wird von Schwedinnen bevorzugt für eine Insemination genutzt, Belgien von Französischen. Die Studie zeigt nach Einschätzung der Autoren die klaren Zusammenhänge zwischen gesetzlichen Einschränkungen im Heimatland und der Anzahl der Frauen, die eine Behandlung im Ausland durchführen lassen. Es wird angeregt, dass zukünftige Studien die Erfahrungen sowie die Schwierigkeiten von Patientinnen mit einbeziehen und erfassen sollten. Auch die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme sollten stärker erfasst werden.

Literatur

Shenfield F, and Pennings G. Who goes abroad for fertility treatment, and why? First ever study of European patients shows large numbers crossing borders for reproductive therapies

F. Shenfield and G. Pennings, veröffentlicht am 29. 6.2009 auf der Jahreskonferenz der ESHRE in Amsterdam, NL 2009

<http://www.alphagalileo.org/ViewItem.aspx?ItemId=59033&CultureCode=en>

Shenfield F. Is cross-border reproductive care a problem, and for whom? Bionews 1.9.2009

F. Shenfield, 1. 9. 2009, Bionews report on the cross-border Study presented at ESHRE

http://www.bionews.org.uk/page_47257.asp

Hinweise

Thromboserisiko bei Pillen mit neuen Gestagenen

Das Thromboserisiko ist bei Pilleneinnahme erhöht. Es wird u. a. durch die Dosis der Östrogene und die Wahl des Gestagens sowie die Dauer der Anwendung beeinflusst. Präparate mit Levonorgestrel oder Norethisteron und einem niedrigen Östrogengehalt sind nach aktueller Studienlage die oralen Kontrazeptiva mit dem geringsten Einfluss auf das Thromboserisiko.

Anfang der 1990er Jahre erregten Studienergebnisse großes Aufsehen, die besagen, dass Frauen, die orale Kontrazeptiva der so genannten dritten Generation (mit Desogestrel und Gestoden) einnehmen, ein höheres Thromboserisiko haben als Frauen, die orale Kontrazeptiva mit Levonorgestrel verwenden. Seitdem sind neue orale Kontrazeptiva mit anderen Gestagenen (Dienogest, Drospirenon) auf den Markt gekommen, für die es bisher keine aussagekräftigen Daten zum Thromboserisiko gab. Auch für Cyproteronacetat gibt es bisher nur wenige Daten.

Zwei neue Studien tragen dazu bei, diese Lücke zu schließen. Sie beziehen auch die neueren Gestagene Drospirenon und Cyproteronacetat sowie die reine Gestagenpille mit Desogestrel (Cerazette®) mit ein. Außerdem untersuchen sie

den Einfluss der Östrogendosis auf das Thromboserisiko.

Es handelt sich um jeweils eine bevölkerungsbezogene Studie aus den Niederlanden (van Hylckama 2009) und aus Dänemark (Lidegaard 2009). Beide Studien haben weitgehend übereinstimmende Ergebnisse. Diese bestätigen Daten aus früheren Studien, dass Pillen mit unterschiedlichen Gestagenen das Risiko für tiefe Venenthrombosen unterschiedlich stark erhöhen. Insgesamt erhöht die Pilleneinnahme das Thromboserisiko etwa um das Zwei- bis Fünffache. In der dänischen Studie fanden sich als Basisrisiko tiefe Venenthrombosen bei etwa drei von 10.000 Frauen ohne Pilleneinnahme. Frauen mit Pilleneinnahme hatten mit 6,3/10.000 ein auf gut das Doppelte erhöhtes Risiko. Das Risiko ist besonders in den ersten Monaten der Einnahme erhöht (4-5fach) und sinkt auf das Zwei- bis Dreifache nach Einnahme über mehr als ein Jahr. Das Thromboserisiko steigt ebenfalls mit höherer Östrogendosis.

In Bezug auf Levonorgestrel, Desogestrel und Gestoden werden die Ergebnisse früherer Studien bestätigt. Im Vergleich zu anderen Gestagenen wirkt sich Levonorgestrel am geringsten auf das Thromboserisiko aus. Norethisteronacetat und Norgestimat haben einen mit Levonorgestrel vergleichbaren Einfluss. Desogestrel, Gestoden, Drospirenon und Cyproteronacetat wirken sich stärker auf das Thromboserisiko aus. In der niederländischen Studie war das Thromboserisiko mit Levonorgestrel um das knapp Vierfache erhöht, mit Gestoden 5,6fach, mit Desogestrel 7,3fach, mit Cyproteronacetat 6,8fach und mit Drospirenon 6,3fach.

In der dänischen Studie wurde die Risikoerhöhung für Pillen mit unterschiedlichen Gestagenen im Vergleich zu Pillen mit Levonorgestrel und gleicher Östrogendosis berechnet:

- Norethisteronacetat 0,98
- Norgestimat 1,19
- Desogestrel 1,82
- Gestoden, 1,86
- Drospirenon 1,64
- Cyproteronacetat 1,88

Bei der Einnahme von reinen Gestagenpillen mit Levonorgestrel, Norethisteronacetat oder Desogestrel war das Thromboserisiko im Vergleich zu

Frauen ohne Pilleneinnahme nicht erhöht. Auch die Anwendung der Hormonspirale wirkt sich nicht auf das Thromboserisiko aus.

Im Vergleich zu Pillen mit 30 µg Ethinylestradiol verringerte sich das Thromboserisiko bei Pillen mit dem gleichen Gestagen und 20 µg Ethinylestradiol um 20 Prozent, während es sich bei Pillen mit 50 µg fast verdoppelte.

Auf der Basis dieser Studienergebnisse kann besonders das Thromboserisiko bei der Anwendung von Pillen mit Drospirenon erstmals zuverlässig eingeschätzt werden. Dieses Gestagen soll sehr ähnliche Eigenschaften wie natürliches Progesteron haben und nach bisherigen Angaben sollte das Thromboserisiko bei der Anwendung nicht erhöht sein. Die Daten zum Thromboserisiko von Cyproteronacetat waren bisher sehr widersprüchlich. Beide Gestagene haben ähnlichen Einfluss auf das Thromboserisiko, wie Desogestrel und Gestoden. Keine Aussagen machen die beiden Studien zu Dienogest.

In einem begleitenden Editorial wird darauf hingewiesen, dass das Thromboserisiko insgesamt sehr niedrig ist (Dunn 2009). Deshalb ist die Anwendung von Pillen mit höherem Risiko gerechtfertigt, wenn Frauen diese besser vertragen. Frauen mit familiär erhöhtem Thromboserisiko oder einer Thrombose in der Vorgeschichte sollten keine kombinierten hormonellen Verhütungsmittel anwenden. Reine Gestagenpillen oder die Hormonspirale sind für diese Frauen Alternativen, die ihr Thromboserisiko nicht zusätzlich erhöhen.

Literatur

Dunn N. Oral contraceptives and venous thromboembolism, *BMJ* 2009;339:b3164

Lidegaard O, Løkkegaard E, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339:b2890

van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst F, et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339:b2921

Orale Kontrazeptiva: Große Unterschiede im Thromboserisiko

Deutsches Ärzteblatt im Internet:

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37736/>

Risiko von Genitalinfektionen nach medikamentösen Abbrüchen

Die Familienplanungsorganisation Planned Parenthood Federation (PPFA) in den USA berichtet über einen deutlichen Rückgang an schweren Infektionen im Zusammenhang mit medikamentösen Abbrüchen mit Mifegyne und Cytotec in ihren Abbruchkliniken, nachdem Cytotec nicht mehr vaginal, sondern buccal⁶ angewendet wird. Ein weiterer Rückgang der Infektionen war nach zusätzlicher Gabe von vorsorglichen Antibiotika (Doxycyclin 2 x 100 mg für 7 Tage ab dem Tag der Mifegyne-Einnahme) zu beobachten.

In den etwa 300 Kliniken der PPFA wird eine große Zahl von medikamentösen Abbrüchen durchgeführt (2008 waren es 96.738). 2006 hatte die PPFA das Vorgehen beim medikamentösen Abbruch geändert, nachdem in den USA einige Todesfälle durch schwere Unterleibsinfektionen im Zusammenhang mit medikamentösen Abbrüchen und vaginaler Anwendung von Cytotec aufgetreten waren⁷. Ein kausaler Zusammenhang der schweren Infektionen mit der vaginalen Anwendung von Cytotec war zwar nicht erwiesen, die Komplikationen waren extrem selten und wurden nur aus den USA berichtet. Wegen der Schwere der Komplikationen hatte die PPFA jedoch das Anwendungsschema in ihren Abbruchkliniken geändert und Cytotec wird seitdem buccal verabreicht.

Zusätzlich bekamen die Frauen beim medikamentösen Abbruch entweder vorbeugende Antibiotika oder wurden vorher auf eine Chlamydieninfektion untersucht und ggf. behandelt. Die Rate an ernsthaften Infektionen (mit Fieber, Unterbauchschmerzen und der Notwendigkeit der Behandlung mit intravenösen Antibiotika) ging seitdem von 0,93 auf 0,25 von 1000 Abbrüchen zurück.

Da in der Gruppe der Frauen mit vorbeugenden Antibiotika deutlich weniger Infektionen auftraten als in der Gruppe mit Screening, bekamen ab 2007 alle Patientinnen routinemäßig Antibiotika. Danach ging die Rate an ernsthafte Infektionen weiter auf 0,06 von 1000 Abbrüchen zurück.

Welchen Anteil am Rückgang der Infektionen die veränderte Gabe von Misoprostol bzw. die Antibiotikaphylaxe hat, ist aus den Daten nicht zu ermitteln.

Die Daten belegen, dass ernsthafte Infektionen nach medikamentösen Abbrüchen sehr selten sind. Daher ist der Nutzen einer routinemäßigen Antibiotikagabe, die bei zwei von 10.000 Eingriffen eine Infektion verhindert, und demnach bei 9998 von 10.000 Frauen überflüssig ist, abzuwägen.

Ein Chlamydienscreening vor einem Schwangerschaftsabbruch ist seit 2008 in Deutschland für alle Frauen Leistung der gesetzlichen Krankenkassen (siehe auch FPR 1/2008).

Literatur

Fjerstad M, Trussell J, et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. NEJM 2009; 361:145-51

HPV

Aktuelle Bewertung der HPV-Impfung durch die StiKo (Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut)

Nachdem Ende 2008 mehrere WissenschaftlerInnen den Nutzen der HPV-Impfung in Frage gestellt hatten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anfang des Jahres die StiKo aufgefordert, ihre Impfpfempfehlung für die HPV-Impfung zu überprüfen. Nun hat die StiKo eine neue Bewertung vorgelegt, in der alle vorliegenden Daten zur Wirksamkeit und den Risiken der Impfung erneut ausgewertet werden. Auf dieser Basis hat die StiKo ihre Empfehlung zur Impfung von Mädchen von 12 bis 17 Jahren bestätigt.

Alle Daten zeigen weiterhin, dass die Impfung für den Zeitraum der Studien (bisher bis sechs Jahre) einen nahezu vollständigen Schutz vor dauerhaften Infektionen mit den HPV-Typen 16 und 18 und vor Erkrankungen durch diese Virustypen wie Krebsvorstufen bietet. Unklar war jedoch die Frage, wie gut der Schutz vor Krebsvorstufen insgesamt, unabhängig vom Virustyp ist. In der neuen Bewertung geht die StiKo auch auf diese Frage ausführlich ein und wertet die wenigen dazu vorhandenen Daten aus. Bei unterschiedlichen Gruppen von Studienteilnehmerinnen, die bei der ersten Impfung keine HPV-Infektion hatten, wird ein Rückgang aller Krebsvorstufen zwischen 27 und 70 Prozent gefunden. Allerdings weist die StiKo darauf hin, dass die Daten nicht

⁶ Bei der buccalen Anwendung werden die Tabletten 30 Min. in der Wange behalten und dann die Reste geschluckt.

⁷ Siehe auch FPR 4-2004 und FPR 3-2005

ausreichend sind und es zur Klärung dieser Frage noch Forschungsbedarf gibt.

In der Risikobewertung gibt die StiKo an, dass bei den gemeldeten schweren Komplikationen wie z. B. Nervenentzündungen bisher kein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung festgestellt wurde. Solche Erkrankungen traten bei geimpften Mädchen nicht häufiger auf, als in der Normalbevölkerung. Die StiKo bewertet die Impfung als ähnlich sicher, wie Impfungen gegen Tetanus oder Hepatitis B.

Als offene Fragen, die durch weitere Forschung geklärt werden müssen, führt die StiKo an: Die Dauer des Impfschutzes, den Einfluss der Impfung auf die Häufigkeit von Gebärmutterhalskrebs, die Wirksamkeit der Impfstoffe zur Verhinderung von Krebsvorstufen insgesamt (unabhängig vom HPV-Typ) und die Sicherheit der Impfstoffe in Bezug auf seltene unerwünschte Wirkungen.

Die StiKo befürwortet Impfkampagnen, merkt aber an, dass diese objektiv und verständlich sein müssen und den aktuellen Wissensstand widerspiegeln sollen: „Informationsmedien, die den Eindruck erwecken, dass eine HPV-Impfung zu 100 Prozent gegen Gebärmutterhalskrebs schützt, sind nach derzeitigem Wissensstand als unseriös einzuschätzen.“

Auch eine aktuelle Auswertung der gemeldeten unerwünschten Ereignisse im Melderegister des CDC (Center for Disease Control) und der FDA (Food and Drug Administration) in den USA kommt zu dem Schluss, dass sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Impfung und schweren Komplikationen aus den Daten nicht belegen lässt (Slade 2009). Todesfälle und schwere Nervenentzündungen bzw. -lähmungen traten mit etwa 0,2 Fällen pro 100.000 Impfdosen bei geimpften Frauen und Mädchen seltener auf als in der Normalbevölkerung. Nur Synkopen (Ohnmacht) traten häufiger auf als in der Normalbevölkerung (gemeldet wurden 8,5 Ereignisse pro 100.000 Impfungen). Außerdem traten Thrombosen etwas häufiger auf, was mit der häufigeren Einnahme der Antibaby-Pille bei den geimpften Mädchen erklärt wird.

Auf der Basis der Meldedaten lässt sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Komplikationen und der Impfung jedoch auch nicht ausschließen. Kritisiert wird die Berechnung der Häufigkeit von Komplikationen bezogen auf die einzelnen Impfdosen. Wenn die Komplikationen auf die Zahl der geimpften Frauen und Mädchen

bezogen wird, ergeben sich bis zu dreifach höhere Komplikationsraten.

Impfkampagnen oder Beratung als Entscheidungshilfe

Ein Bericht aus den USA beklagt erneut die verzerrenden Informationen von Impfkampagnen, die von medizinischen Fachorganisationen organisiert, aber zu großen Teilen von Impfstoffherstellern finanziert werden (Rothmann 2009). In diesen Kampagnen und in den entsprechenden Informationsmaterialien wird, dies geschieht auch in Deutschland, das Risiko für Gebärmutterhalskrebs stark überzeichnet und damit große Angst ausgelöst. Meist wird die weltweite Häufigkeit von Gebärmutterhalskrebs genannt, die um ein Vielfaches höher ist als die in westlichen Ländern. Und durch die Vermarktung als „Impfung gegen Krebs“ wird ein vollständiger Schutz vor Gebärmutterhalskrebs suggeriert.

Die Impfstoff-Hersteller sponsern Seminare, in denen ÄrztInnen im Bereich Kinder- und Jugendmedizin, Frauengesundheit und Onkologie zu MultiplikatorInnen für die Fortbildung von MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich und für die Informatierung von Frauen und Mädchen ausgebildet werden. Dafür bekommen sie von den Pharma-Firmen erstellte Materialien wie Präsentations-Folien und Broschüren. Auf diese Weise wird die Fortbildung von ÄrztInnen zu Nutzen und Risiken der Impfung massiv beeinflusst.

Für die neutrale Beratung von Mädchen und Frauen ist dagegen neben einigen von unabhängigen Organisationen erstellten Flyern die vom Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit herausgegebene Broschüre⁸ über Gebärmutterhalskrebs und die HPV-Impfung zu empfehlen. Aber auch diese Broschüre liefert keine absoluten Zahlen zum Schutz vor Krebsvorstufen durch die Impfung, die für eine Einschätzung der Wirksamkeit der Impfung wichtig wären, da es für solche Zahlen kaum eine gesicherte Datengrundlage gibt. In der Broschüre werden Informationen zur Häufigkeit von Konisationen und anderen Eingriffen zur Behandlung von Krebsvorstufen am Gebärmutterhals gegeben. Bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren haben demnach etwa zwei bis drei von 1000 Frauen pro Jahr einen solchen Eingriff. Wenn man von einer Reduktion

⁸ Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit (Hrsg.). Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. HPV-Impfung. Informationen und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe Zu beziehen bei der BEK, TK. Download unter <http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/>

von Krebsvorstufen um 30 Prozent durch die Impfung ausgeht, würde bei 1000 geimpften Frauen etwa eine Konisation pro Jahr verhindert. Im Zeitraum von 10 Jahren würden bei einer Reduktion der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs um 70 Prozent bei 1000 geimpften Frauen zwei dieser Erkrankungen verhindert.

Literatur

Rothmans S and Rothmans D. Marketing HPV Vaccine. Implications for Adolescent Health and Medical Professionalism JAMA 2009; 302:781-6

Slade B, Laura Leidel L, et al. Postlicensure Safety Surveillance for Quadrivalent Human Papillomavirus Recombinant Vaccine JAMA 2009; 302:750-7

Ständige Impfkommission (STIKO) am RKI. Impfung gegen HPV – Aktuelle Bewertung der STIKO. Epidemiologisches Bulletin 32/2009

http://www.rki.de/clin_153/nn_1378492/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/32_09,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/32_09.pdf

Neue Dreimonats-Spritze mit subkutaner Anwendung

Eine Dreimonats-Spritze mit dem Namen Sayana[®] ist in Deutschland neu auf den Markt gebracht worden. In Österreich wurde sie 2007 zugelassen, in den USA 2004. Sie wird als „die sanfte 3-Monats-Spritze“ beworben. Eine Spritze kostet 34,99 Euro.

Das Mittel enthält, wie Depo-Clinovir[®] Medroxyprogesteronacetat (MPA), allerdings wird die Spritze subkutan (unter die Haut) verabreicht, anstatt wie Depo-Clinovir[®] intramuskulär. Sie kann unter die Haut an der Vorderseite der Oberschenkel oder am Bauch gespritzt werden. Die Dosierung ist geringer als bei Depo-Clinovir[®] (104 mg statt 150 mg), auch die freigesetzte Hormonmenge ist um etwa 30 Prozent geringer. Die maximalen Blutspiegel sind um etwa 50 Prozent niedriger, allerdings sind die mittleren Blutspiegel etwa gleich.

Die erste Injektion soll während der ersten fünf Tage der Regel gegeben werden. Danach beträgt der Abstand der Injektionen 13 (maximal 14) Wochen. Wenn seit der letzten Spritze mehr als 14 Wochen vergangen sind, muss vor einer erneuten Injektion eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden.

Nach den vorhandenen Daten scheinen die Wirksamkeit, aber auch das Spektrum an Nebenwirkungen denen von Depo-Clinovir[®] zu entsprechen.

Sayana[®] wirkt über den Zeitraum von 13 Wochen Eisprung hemmend. Zur Verhütungssicherheit werden in der Fachinformation Daten von gut 2000 Frauen genannt, bei denen während einer Anwendung über ein Jahr keine Schwangerschaft beobachtet wurde. Die Eisprung hemmende Wirkung besteht auch bei höherem Körpergewicht (BMI > 30 kg/m²).

Bei der Mehrzahl der Frauen bleibt bei längerer Anwendung die Regelblutung aus (nach 12 Monaten bei ca. 60 Prozent der Frauen, nach zwei Jahren bei ca. 75 Prozent). In den ersten Monaten haben fast alle Frauen unregelmäßige leichte Blutungen. Nebenwirkungen wie Akne, Kopfschmerzen, Stimmungsveränderungen, und Beeinträchtigung der sexuellen Lust treten wahrscheinlich mit ähnlicher Häufigkeit auf wie bei Depo-Clinovir[®].

Nach der Beendigung der Anwendung verzögern sich der Eisprung und das Einsetzen von regelmäßigen Zyklen ähnlich lange, wie bei Depo-Clinovir[®]. Nach einmaliger Anwendung dauerte es durchschnittlich 30 Wochen bis zum ersten Eisprung, der früheste Eisprung trat nach 14 Wochen auf. Nach mehrmaliger Anwendung setzte der Eisprung durchschnittlich zehn Monate und frühestens sechs Monate nach der letzten Spritze wieder ein. Nach einem Jahr hatten 80 Prozent der Frauen wieder einen Eisprung. Eine Schwangerschaft trat bei 28 Frauen mit Kinderwunsch frühestens ein Jahr nach der letzten Spritze auf.

Auch in Bezug auf die Gewichtszunahme zeigen Studien über zwei Jahre keinen Unterschied zwischen den beiden Methoden. Mit Sayana[®] nahmen 38 Prozent der Frauen mehr als 2,3 kg zu, bei der Hälfte der Frauen veränderte sich das Gewicht um weniger als 2,2 kg. Die durchschnittliche Gewichtszunahme betrug 3,5 kg nach zwei und 4,5 kg nach 3 Jahren der Anwendung. Zwischen 15-20 Prozent der Frauen nahm mehr als 4,7 kg zu.

Für Depo-Clinovir[®] zeigen viele Studien, dass sich unter der Anwendung die Knochendichte verringert. Deshalb soll es laut Fachinformation bei Frauen unter 18 Jahren nur in Ausnahmefällen, wenn andere Verhütungsmethoden ungeeignet oder inakzeptabel sind, angewendet werden. Bei Frauen jeden Alters soll Nutzen und Risiko der Anwendung nach zwei Jahren erneut geprüft werden. Für Sayana[®] zeigt eine Vergleichsstudie

einen etwas geringeren Einfluss auf die Knochendichte nach einem Jahr, aber keinen signifikanten Unterschied nach dem zweiten und dritten Jahr der Anwendung. Die Fachinformation enthält die gleichen Anwendungsbeschränkungen wie für Depo-Clinovir®.

Literatur

Fachinformation Sayana®

Arias R, Jain J, et al. Changes in bleeding patterns with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg. *Contraception* 2006; 74:234-8

Jain J, Dutton C, et al. Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception* 2004; 70:11-8

Jain J, Jakimiuk A, et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception* 2004; 70:269-75

Kaunitz A, Darney P, et al. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception* 2009; 80:7-17

Westhoff C, Jain J, et al. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception* 2007; 75:261-7

Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause

Neue Leitlinien veröffentlicht

Trotz umfassender internationaler Daten, die bereits in den letzten Jahren eine umfangreiche Nutzen / Risikoabwägung der Hormontherapie (HT) in den Wechseljahren ermöglichten und zu neuen Empfehlungen führten (siehe auch FPR Nr. 1 /2006), wurde die HT in Deutschland weiterhin kontrovers diskutiert und die Empfehlungen, insbesondere der beratenden und behandelnden Frauenärztinnen, waren uneinheitlich. In breitem, interdisziplinärem Konsens wurde nun eine evidenzbasierte Leitlinie zur Hormontherapie in den Wechseljahren veröffentlicht. 19 Fachgesellschaften, Berufsverbände, Arbeitsgemeinschaften und Selbsthilfegruppen haben an der Leitlinie mitgearbeitet, es wurden mehr als 6000 Publikationen und Stellungnahmen ausgewertet. Besonders zu würdigen ist das Kapitel „Risiko-

kommunikation“: Um Rat suchende Frauen über Nutzen und Risiken angemessen und verständlich zu informieren und zu beraten, müssen ÄrztInnen die Prinzipien der Risikokalkulation kennen und diese so vermitteln können, dass Frauen in die Lage versetzt werden, eine individuelle Entscheidung zu treffen. Die vorliegende Leitlinie stellt das dafür notwendige Zahlenmaterial zur Verfügung. Sie stellt damit für ÄrztInnen und Frauen, die eine HT erwägen, eine wichtige Entscheidungshilfe dar.

Nutzen der Hormontherapie

- Hitzewallungen und vaginale Trockenheit sind mit dem Übergang von der Prä- zur Postmenopause verbunden und werden mit unterschiedlicher Häufigkeit berichtet. Zur Behandlung dieser Beschwerden sind Hormone wirksam. Es können Östrogene, Östrogen-Gestagenkombinationen oder Tibolon eingesetzt werden. Dabei müssen Nutzen und Risiken der Behandlung abgewogen werden.
- Schlafstörungen, verschiedene körperliche Beschwerden, Harnwegsbeschwerden, sexuelle Probleme, Stimmungsveränderungen sind nicht grundsätzlich mit den Wechseljahren verbunden.
- Eine Hormontherapie ist zur Behandlung oder zur Vorbeugung von trockenen Schleimhäuten im Genitalbereich geeignet. Wenn dies der einzige Grund zur Hormonbehandlung ist, wird eine lokale Behandlung empfohlen.
- Zur Therapie von Harninkontinenz wird keine orale Hormonbehandlung empfohlen. Die Wirksamkeit einer lokalen Therapie ist nicht eindeutig belegt.
- Eine Hormontherapie reduziert deutlich das Risiko von Knochenbrüchen. Bei hohem Risiko kann eine Hormontherapie durchgeführt werden, wenn andere Medikamente zur Osteoporosebehandlung nicht vertragen werden.
- Eine Hormontherapie ist nicht zur Vorbeugung von koronarer Herzkrankheit geeignet.
- Ein günstiger Einfluss der Hormonbehandlung auf die Alterungsprozesse und auf Androgenisierungsprozesse⁹ der Haut sind

⁹ Damit sind Haarausfall im Bereich des Scheitels und vermehrter Haarwuchs im Gesicht gemeint.

nicht belegt. Demnach ist die orale Hormontherapie bei solchen Problemen nicht indiziert.

- HT hat keinen positiven Effekt auf Denk- und Gedächtnisleistungen bei älteren Frauen.

Risiken

Bei der Beratung von Frauen ist es wichtig, die Risiken in absoluten Zahlen anzugeben, um ihnen eine Basis für die Abwägung von Nutzen und Risiken zu geben. In einer Tabelle („Balance sheet“) im Anhang der Leitlinie werden solche Zahlen als Grundlage für die Beratung genannt. Es wird angegeben, wie häufig eine Krankheit (zum Beispiel Brustkrebs) bei jeweils 10.000 Frauen pro Jahr ohne Hormontherapie bzw. mit Hormontherapie auftritt, und wie viel zusätzliche Erkrankungen bei jeweils 10.000 Frauen mit Hormontherapie pro Jahr auftreten.

- HT erhöht das Schlaganfallrisiko (zusätzlich 12/10.000 Frauen pro Jahr mit Östrogenen, zusätzlich 8/10.000 Frauen pro Jahr bei kombinierten Hormonen).
- Orale HT erhöht das Risiko für tiefe venöse Thrombosen und Lungenembolie (zusätzlich 6/10.000 Frauen pro Jahr mit Östrogenen, zusätzlich 17/10.000 Frauen pro Jahr mit kombinierten Hormonen). Bei einer transdermalen Behandlung ist das Risiko wahrscheinlich geringer.
- HT erhöht das Risiko für Gallenblasen- und Gallengangserkrankungen (zusätzlich 31/10.000 Frauen pro Jahr mit Östrogenen, zusätzlich 20/10.000 Frauen pro Jahr mit kombinierten Hormonen).
- Die kombinierte Östrogen/Gestagentherapie erhöht das Brustkrebsrisiko eindeutig, bei einer Östrogentherapie sind die Daten widersprüchlich. Das Risiko ist ab einer Behandlung von mehr als fünf Jahren erhöht und normalisiert sich nach Absetzen der Hormone (zusätzlich 8/10.000 Frauen pro Jahr bei kombinierten Hormonen, bei Östrogenen gibt es widersprüchliche Zahlen).
- HT erhöht das Rezidivrisiko nach behandeltem Brustkrebs und soll in diesen Fällen nicht angewendet werden.
- Eine Östrogentherapie erhöht das Endometriumkarzinomrisiko. Die kombinierte Östrogen/Gestagentherapie erhöht das Risiko bei ausreichender Gestagendosis nicht (kei-

ne absoluten Zahlen dazu im Balance sheet und in der Langfassung der Leitlinie).

- HT erhöht das Ovarialkarzinomrisiko. Ob Unterschiede zwischen reiner Östrogen- und kombinierter Östrogen/Gestagentherapie bestehen, ist unklar (keine absoluten Zahlen dazu im Balance sheet, in der Langfassung der Leitlinie Angabe von zusätzlich ca. 1/10.000 Frauen pro Jahr).

Weitere Empfehlungen

- Isoflavonhaltige Nahrungsergänzungsmittel aus Soja und Rotklee oder eine phytoöstrogenreiche Ernährung vermindern Hitzewallungen nicht oder nur marginal. Mögliche Risiken alternativer Therapien können heute nicht ausreichend bewertet werden. Phytoöstrogene, andere pflanzliche und nichthormonale Therapien können nicht als Alternative zur HT empfohlen werden.
- Ob Nutzen und Risiken einer HT bei Frauen mit vorzeitiger Menopause verschieden sind von denen bei Frauen mit Eintritt der Menopause um das 50. Lebensjahr, ist unklar. Eine HT ist bei Frauen mit vorzeitiger Menopause zur Behandlung von Hitzewallungen und trockenen Schleimhäuten im Genitalbereich geeignet. Eine HT kann bis zum durchschnittlichen Menopausenalter indiziert sein.

Die wichtigsten Aussagen der Leitlinie

- Nur Hitzewallungen und vaginale Trockenheit sind eindeutig klimakterische Beschwerden. Zur Behandlung dieser Beschwerden kann die HT eingesetzt werden.
- Andere Beschwerden, wie Schlafstörungen, Harnwegsbeschwerden, sexuelle Probleme, Stimmungsänderungen können andere Ursachen haben.
- Zur Therapie von Harninkontinenz wird keine orale HT empfohlen.
- Zur Primär- und Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit ist HT nicht geeignet.
- HT erhöht das Schlaganfallrisiko und muss bei der Nutzen/Risikoabwägung berücksichtigt werden.
- Orale HT erhöht das Risiko für venöse Thrombosen und Lungenembolie (VTE). Dies

muss bei der Nutzen / Risikoabwägung berücksichtigt werden.

- Ein günstiger Einfluss auf die Alterungsprozesse und Androgenisierungsprozesse der Haut sind nicht belegt. Demnach ist die orale HT für diese Indikation nicht indiziert.
- HT erhöht das Risiko für Gallenblasen- und Gallengangserkrankungen. Dies muss bei der Nutzen / Risikoabwägung berücksichtigt werden.
- HT hat keinen positiven Effekt auf Kognition bei älteren Frauen, bei prämenopausalen Frauen gibt es keine ausreichende Evidenz, ob spezielle HT einen Nutzen haben könnte.
- HT wird nicht zur Demenzprävention empfohlen.
- Kontinuierliche kombinierte HT erhöht für Frauen über 65 Jahren das Demenzrisiko.
- Die HT erhöht das Brustkrebsrisiko (die kombinierte Östrogen/Gestagentherapie mehr als eine Östrogentherapie). Dies muss bei der Nutzen / Risikoabwägung berücksichtigt werden.
- Eine Östrogentherapie erhöht das Endometriumkarzinomrisiko, die kombinierte Östrogen/Gestagentherapie unter bestimmten Einnahmevergaben nicht.
- HT erhöht das Ovarialkarzinomrisiko. Unterschiede zwischen reiner Östrogen- und kombinierter Östrogen/Gestagentherapie sind unklar.
- Kombinierte Östrogen/Gestagentherapie senkt das Risiko für ein kolorektales Karzinom. Die reine Östrogentherapie nicht. Der positive Effekt der kombinierten Östrogen/Gestagentherapie führt nicht zu einer HT-Indikation.
- HT führt zu einem Rezidivrisiko nach behandeltem Brustkrebs und stellt für diese Fälle eine Kontraindikation dar. Bei anderen Malignomen liegen keine ausreichenden Informationen vor.
- Bei vorzeitiger Menopause kann eine HT bis zum durchschnittlichen Menopausenalter indiziert sein.
- Alternative Therapien in den Wechseljahren (z. B. Phytotherapien) können nicht empfohlen werden.
- HT reduziert signifikant das Frakturrisiko und kann präventiv bei hohem Frakturrisiko unter Nutzen / Risikoabwägung angewendet werden.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause (HT). Interdisziplinäre S 3-Leitlinie. AWMF 015/062

<http://www.dggg.de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/2-gynaekologische-endokrinologie-und-fortpflanzungsmedizin/>

Quelle: Die S3- Leitlinie ist über die Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe abrufbar: www.dggg.de

Unter: Leitlinien, siehe Nr. 2: Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, siehe 2.1.4.: Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause (Kurzfassung) AWMF 015/062 (S3) und 2.1.4.a. Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause (Langfassung) AWMF 015/062 (S3)

Pille danach - rezeptfrei in Spanien

Ab dem 28. September 2009 ist die Pille danach auf Levonorgestrelbasis in Spanien rezeptfrei verfügbar. Eine Altersbegrenzung für die Abgabe ist nicht vorgesehen. Der Preis liegt bei ca. 19 €.

Die Gesundheitsministerin betonte im Zulassungsprozess, dass die Pille danach nicht die regulären Verhütungsmethoden ersetzen soll. Frauen und Mädchen wird in der Apotheke zusammen mit dem Nachverhütungspräparat Informationsmaterial ausgehändigt, das sie erstens über die Anwendung und mögliche Nebenwirkungen, zweitens über die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und drittens über Verhütungsmethoden informiert. Spanien ist das 18. europäische Land¹⁰, das durch die Aufhebung der Rezeptpflicht die Verfügbarkeit der Methode deutlich erleichtert.

Das erste Land, das die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Empfehlungen zu dieser hormonellen Nachverhütungsmethode konsequent gesundheitspolitisch umgesetzt hat, war Frankreich. Dort ist die Pille danach bereits seit 1999 rezeptfrei erhältlich.

Quelle:

www.elpais.com: La píldora poscoital llega sin receta a las farmacias, Madrid, 26.9.2009

¹⁰ Eine Länderübersicht zu „Pille danach rezeptfrei“ findet sich im Internet unter <http://www.profamilia> → Themen → Pille danach → Kampagne