



Pille danach –
rezeptfreie Vergabe
in Deutschland
Dokumentation einer
Fachtagung

Pille

danach

Erstmals dokumentieren wir in der Reihe FORUM eine Tagung: *Pille danach* – rezeptfreie Vergabe in Deutschland, die im Dezember 2003 in Berlin stattfand. In 28 Ländern weltweit ist die neue Pille zur Notfallverhütung bereits rezeptfrei zugelassen, dies haben internationale ExpertInnen im Berliner Abgeordnetenhaus vor rund 100 TeilnehmerInnen berichtet.

Untersuchungen belegen, dass der zugrunde liegende Wirkstoff Levonorgestrel, der zu den gestagenartigen Hormonen zählt, keine nennenswerten Nebenwirkungen hat und dass die *Pille danach* überall dort, wo sie frei zugänglich ist, von Frauen höchst verantwortlich angewendet wird. Zudem erweist sie sich in den internationalen Studien der WHO bei schneller Einnahme (bis zu 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr) als besonders wirksam – drei Gründe unter vielen für die VeranstalterInnen – das Familienplanungszentrum Berlin e.V. Balance, der pro familia Landesverband Berlin e.V. und das Geburtshaus für selbstbestimmte Geburt e.V. –, eine niedrigschwellige, das heißt rezeptfreie Vergabe auch in Deutschland zu fordern.

GynäkologInnen, ApothekerInnen, SozialwissenschaftlerInnen, VertreterInnen von pro familia, Balance und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte diskutierten – im Anschluss an die Vorträge der ExpertInnen aus anderen Ländern – über die Bedingungen der Rezeptfreigabe der *Pille danach* in Deutschland. Dabei kamen Wirkungsweise und Nebenwirkungen, Zielgruppen und Beratungsbedarf, die Rolle von GynäkologInnen und ApothekerInnen, alternative Modelle aus den Nachbarländern wie etwa die Vergabe durch Jugendkliniken, Schulkrankenschwestern oder Hebammen sowie politische und frauenpolitische Aspekte zur Sprache, aber auch die mitunter unseriöse Rolle der Medien bei der Information der breiten Öffentlichkeit, wenn beispielsweise noch immer von der „Abtreibungspille“ die Rede ist.

Die spannende Diskussion um die *Pille danach* wird in den kommenden Monaten, in denen auf bundespolitischer Ebene über eine Aufhebung der Rezeptpflicht beraten wird, sicherlich intensiv weitergeführt werden. Es steht zu hoffen, dass dies zunehmend sachlich, gut informiert und auf Grundlage der zahlreichen vorliegenden empirischen Befunde geschieht.

Ihre Redaktion

Begrüßungsrede

Sehr geehrte Veranstalterinnen,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie auch im Namen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu der Tagung *Pille danach* – rezeptfreie Vergabe in Deutschland“ begrüßen zu können. Vor allem möchte ich die internationalen Gäste begrüßen, die die weite Anreise auf sich genommen haben. Ich freue mich des Weiteren auch über die Anwesenheit von Frau DIGGINS-RÖSNER vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Frau HOLLITZER vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales.

Durch den gesetzlichen Auftrag des § 1 SFHG seit 1992 hat die BZgA die Aufgabe übertragen bekommen, Konzepte, Medien und Materialien für die Sexualaufklärung und Familienplanung zu entwickeln und die entsprechenden Zielgruppen damit zu erreichen.

Eines der zentralen Ziele dabei ist die Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten. Aus primärpräventiver Sicht kommt daher der Aufklärung über die Methoden und Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung eine zentrale Rolle zu. Der Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen, nebenwirkungsfreien und akzeptablen Methoden der Empfängnisverhütung gilt als Voraussetzung dafür, über die Zahl der Kinder frei und informiert entscheiden und so die „reproduktiven Rechte“ wahrnehmen zu können. Für die WHO ist dies ein wesentlicher Aspekt der reproduktiven Gesundheit, die verstanden wird als Entwicklungsmöglichkeit des individuellen Potenzials im Kontext menschlicher Beziehungen.

Daher reicht es nicht aus, nur über Verhütungsmittel und deren Anwendungsmöglichkeiten zu informieren. Das Wissen darüber verbessert nicht zugleich auch das Verhalten und Handeln, auf das es ja letztlich bei einer sicheren Verhütung ankommt. Wir wissen alle, dass Maßnahmen, die zum Erfolg führen sollen, immer an der Lebensrealität der

jeweiligen Zielgruppe unter Berücksichtigung ihrer Lebensweise und ihres Lebensumfeldes orientiert sein müssen.

Um bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Konzepte, Medien und Maßnahmen herstellen zu können, führt die BZgA seit 1992 sozialwissenschaftliche Studien durch. Darunter Untersuchungen

- zu Veränderungen im Sexual- und Kontrazeptionsverhalten,
- zur Lebens- und Familienplanung und
- zur Erforschung des Sexualwissens von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen.

Insbesondere durch Wiederholungsbefragungen können wir schnell Veränderungen im Verhütungsverhalten diagnostizieren und mit unseren Maßnahmen darauf reagieren. Monitoringstudien führt die BZgA derzeit bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren und ihren Eltern sowie bei Erwachsenen zwischen 20 und 44 Jahren durch. Die Erwachsenenstudie wurde federführend von Frau Prof. Helfferich durchgeführt, die in ihrem Vortrag noch ausführlicher darauf eingehen wird.

Was wissen wir über das Verhütungsverhalten?

Generell kann gesagt werden, dass das Verhütungsverhalten bei Jugendlichen in Deutschland auf einem hohen Niveau liegt. Dennoch gibt es immer wieder Situationen, in denen entweder keine oder nur eine unzureichende Verhütung stattfindet, obwohl kein Kinderwunsch vorliegt. Häufigste Risikosituation ist das so genannte „erste Mal“. Obwohl die Zahl derjenigen, die beim ersten Mal sicher verhüten, in den letzten Jahren angestiegen ist, sind es dennoch 10 %, die in dieser Situation nicht verhüten. Erst mit zunehmenden

Sexualerfahrungen nimmt die Verhütungssicherheit zu. Die Pille wird dann das Mittel der Wahl, um eine Schwangerschaft zu verhindern.

Weitere Risikosituationen sind Partnerwechsel und Verhütungspannen beziehungsweise die unsachgemäße Anwendung von Verhütungsmitteln. Außerdem steigen Frauen aus Gesundheitsgründen im Laufe ihres Lebens oftmals von sicheren auf unsichere Verhütungsmethoden um, was wiederum die Verhütungssicherheit beeinträchtigt.

Die Pille danach – für den Notfall

In diesen Situationen kommt der *Pille danach* eine besondere Bedeutung zu. Sie ist kein generelles Verhütungsmittel und soll es auch nicht werden, aber sie ist nach geltendem Recht eine der letzten Möglichkeiten, eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern, ohne einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Insofern ist es zu unterstützen, dass dieses Mittel zum einen bekannt und zum anderen verfügbar ist.

Die *Pille danach* ist daher seit Jahren ebenfalls Gegenstand der Verhütungsstudien der BZgA. Der Bekanntheitsgrad dieses Notfallkontrazeptivums ist in Deutschland hoch. 91% haben schon einmal davon gehört. 9% der Frauen im Alter von 22 bis 44 Jahren haben die *Pille danach* schon einmal (6%) oder mehrmals (3%) angewandt. Deutlich häufiger als der Durchschnitt äußern dies die unter 30-Jährigen und die Befragten ohne festen Partner.

Auch bei den 14- bis 17-Jährigen ist die *Pille danach* nicht unbekannt. 68% der Mädchen und 52% der Jungen wissen, dass es die Möglichkeit der Notfallverhütung gibt. Auch in diesem Alter haben 8% der Mädchen schon einmal und 1% mehrfach dieses Medikament genutzt, um noch die Notbremse zu ziehen und nicht schwanger zu werden.

Obwohl der Bekanntheitsgrad der *Pille danach* groß ist, kommt sie nur selten zum Einsatz. Vor dem Hintergrund von derzeit etwa 130 000 Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland könnte die Anwendung der *Pille danach* dazu beitragen, diese zu reduzieren. Damit ist keineswegs gemeint, dass sich die Bemühungen um ein sicheres generelles Verhütungsverhalten jetzt auf dieses Medikament konzentrieren sollten, sondern dass es in Notfällen besser ist, es einzunehmen, als eine ungewollte Schwangerschaft und einen Abbruch zuzulassen.

Der Ausschuss für Verschreibungspflicht von Arzneimitteln des BfArM¹ hat am 1. Juli ein Präparat der *Pille danach* aus der Verschreibungspflicht entlassen. Allerdings steht die letzte Entscheidung dazu noch aus. Dies wird in einem Gesetzgebungsverfahren im nächsten Jahr geklärt.

Egal wie die Entscheidung ausfallen wird, die BZgA wird die bundesweite Aufklärung zur *Pille danach* verstärken. Je nach Verfügbarkeit sind ein Faltblatt für Endadressatinnen und bei Nichtfreigabe Hinweise für ÄrztInnen für den Umgang mit Patientinnen, die die *Pille danach* verschrieben bekommen möchten, geplant. Hier sollen insbesondere auch die Krankenhausambulanzen angesprochen werden.

Insofern freut es mich, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt internationale ExpertInnen gewonnen werden konnten, um an ihren Erfahrungen, wie sich die rezeptfreie

Abgabe der *Pille danach* in ihren Ländern ausgewirkt hat, zu partizipieren. In der Auseinandersetzung mit deutschen ExpertInnen sollen im Anschluss daran die Konsequenzen für Deutschland diskutiert werden.

Ich freue mich auf eine konstruktive Auseinandersetzung und wünsche der Tagung einen erfolgreichen Verlauf. Bedanken möchte ich mich recht herzlich bei den Organisatorinnen dieser Veranstaltung: dem Familienplanungszentrum Berlin e.V., der pro familia Berlin e.V. und dem Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt e.V.

Elisabeth Pott



Dr. Elisabeth Pott ist Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Kontakt:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
elisabeth.pott@bzga.de

¹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zuständig für die Zulassung von Arzneimitteln in Deutschland (Anm. d. Red.)

Pille danach – rezeptfreie Vergabe in Deutschland

Diese Einführung skizziert die Geschichte der *Pille danach* in BRD und DDR sowie die gegenwärtige Situation in Deutschland: Welche Argumente werden von Gegnern einer Rezeptfreigabe ins Feld geführt, und welche Erwartungen knüpfen die Veranstalterinnen, die sich für eine schnellstmögliche Freigabe einsetzen, an die einzelnen Vorträge und Diskussionen dieser Tagung? Eine fundierte Öffentlichkeitsarbeit und entsprechende flankierende Maßnahmen erscheinen unerlässlich, um eine breite Akzeptanz dieses gut verträglichen Notfallkontrazeptivums zu sichern.

Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Dr. Pott,

wir freuen uns sehr, Sie so zahlreich zu unserer Fachtagung „Pille danach – rezeptfreie Vergabe in Deutschland“ begrüßen zu können. Besonders freuen wir uns, dass es gelungen ist, derart ausgewiesene ExpertInnen zu gewinnen. Dies wird dem Thema und den Herausforderungen, vor denen wir in Deutschland stehen, nur gerecht. Wir, das sind engagierte Vertreterinnen des Familienplanungszentrums Berlin e.V. (c/o Balance), des pro familia Landesverbandes Berlin und der Beratungsstelle für selbstbestimmte Geburt e.V.

Eigentlich hat alles relativ klein angefangen: Vor gut einem halben Jahr überlegten wir im Rahmen unseres Engagements im Frauengesundheitsnetzwerk Berlin, was zu tun sei, um auch in Deutschland einen deutlichen Schritt voranzukommen, die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* betreffend. Ein Brief an die Senatorin, eine Initiative auf Gesundheitsministerinnenebene waren angedacht. Es war für uns nicht hinnehmbar, dass Deutschland als eines der wenigen westeuropäischen Länder den Frauen nach wie vor das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung in dieser Frage vorenthielt.

Und dann überstürzten sich die Ereignisse: Hexal hatte für duofem den Antrag auf Entlassung aus der Rezeptpflicht gestellt. Der Sachverständigenausschuss beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Anm. d. Red.) erteilte nach umfassender Prüfung ein positives Votum. Alles schien in den richtigen Bahnen und doch war klar: So einfach wird das nicht! Deutschland steht vor der Aufgabe, diesen Prozess – wenn er denn nicht aus politischen Erwägungen im Bundesrat und dessen Umfeld doch noch gestoppt werden sollte – im Interesse der Frauen und Paare gut zu gestalten. Aus unserer Sicht betraf dies vor allem

- eine zielgruppenentsprechende Information der Bevölkerung über diese Möglichkeit der Notfallverhütung oder

besser Nachverhütung, ein Begriff, den pro familia aus guten Gründen einführte,

- die Rolle von Sexualpädagoginnen und Beraterinnen in Schwangerschaftsberatungsstellen und anderen präventiv auf dem Gebiet von Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung tätigen Einrichtungen und Verbänden,
- die Etablierung von Rahmenbedingungen der rezeptfreien Vergabe, um eine qualifizierte Beratung und Versorgung der Frauen und Paare durch die Apotheken sicherzustellen, inklusive der Fortbildung von ApothekerInnen und Beraterinnen zu dieser Methode der Notfallkontrazeption sowie
- die engagierte Mitwirkung der FachärztInnen für Gynäkologie an diesem Prozess.

Schon einmal, nämlich im Kontext der Markteinführung von Mifegyne, haben wir erleben müssen, dass ohne adäquate und beständige Öffentlichkeitsarbeit sowie fachlichen Diskurs um Standards die Etablierung einer neuen Möglichkeit deutlich blockiert wird. Nur 5% medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche in der BRD des Jahres 2002 – dies spricht davon, dass den Frauen nach wie vor das Recht auf die freie Wahl der für sie günstigsten Abbruchmethode vorenthalten ist.

Die rezeptfreie Abgabe der *Pille danach* – Vorgeschichte und Gegenwart

In der BRD ist Tetragynon (ein Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparat) seit 1985 auf dem Markt. Zwar schon zu Beginn der Siebzigerjahre durch Yuzpe und andere entwickelt, war der Weg zur Nutzung dieses Medikaments erst mit der

Reform des § 218 im Jahre 1976 frei geworden. Hier wurde definiert, dass schützenswertes menschliches Leben erst mit dem Einnisten der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter beginnt. Dies ermöglichte die Nutzung der Spirale, aber auch der *Pille danach*. Die Zögerlichkeit der tatsächlichen Nutzung in Deutschland mag zum einen in einem Fortwirken ideologisch-moralischer Diskreditierungen von Notfallverhütung als Tötung vorgeburtlichen Lebens begründet sein, zum anderen aber in den erheblichen Nebenwirkungen von Tetragynon, und last but not least in der schwierigen Zugänglichkeit des Medikaments an Wochenenden, in ländlichen Regionen etc.

In der DDR war Tetragynon nicht verfügbar. Notfallkontrazeption war deutlich geringer im Bewusstsein der Frauen und Paare verankert. Dies hing nicht zuletzt auch damit zusammen, dass in der DDR hochgradig mit der Pille verhütet wurde (etwa 50 % der Frauen im fertilen Alter verhüteten mit der Pille und waren zugleich Dauernutzerinnen). Vor allem aber kann eine Methode nicht nachgefragt werden, die nicht zur Verfügung steht. Im Notfall wurde von ÄrztInnen Gravistat, ein Kontrazeptivum, das Levenorgestrel und Ethinyloestradiol enthält, höher dosiert vergeben (2 mal 3 Dragees in 48 Stunden p.c. im Abstand von 12 Stunden). Die Spirale war ob ihrer schwereren Verfügbarkeit in der passenden Größe zur passenden Zeit nur bedingt verfügbar und medizinisch umstritten. Eine hoch dosierte Spritze wurde wegen ihrer erheblichen Nebenwirkungen von den ÄrztInnen weitgehend abgelehnt. All dies sind Hintergründe, die sicherlich auch heutige Unsicherheiten und Skepsis in den neuen Bundesländern sowohl bei ÄrztInnen als auch bei Frauen erklärbar machen.

Nun stehen seit einiger Zeit mit duofem und Levogynon Gestagenpräparate im Unterschied zum alten Kombinationspräparat zur Verfügung. Da keine relevanten Kontraindikationen existieren, könnten diese Präparate demzufolge rezeptfrei abgegeben werden. Dies wäre ein deutlicher Schritt zu mehr sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung für Frauen und Paare, sowie insbesondere auch für junge Mädchen. Was sind die Argumente, die heute bemüht werden, um dies zu verhindern, und inwiefern versprechen wir uns durch unsere Fachtagung überzeugende Argumente dagegen?

- Immer noch argumentieren Abtreibungsgegner, Lebensschützer und weitere weltanschaulich konservativ verankerte VertreterInnen gegen die *Pille danach*, da sie mit der Verhinderung der Einnistung einer befruchteten Eizelle ungeborenes Leben vernichte. Sicherlich wird Professor TSCHUGGUELL auch im Rahmen seiner Ausführungen zur Wirkweise der *Pille danach* erläutern, dass diese Pille nicht erst wirkt, wenn die Eizelle befruchtet ist, sondern andere Wirkzusammenhänge vordergründiger sind. Jedoch selbst wenn dies nicht so wäre: Wir wenden uns gegen den Zynismus angeblicher Lebensschutzargumente, die es Frauen und Paaren in besonderen, für sie bedeutsamen Lebenssituationen verunmöglichen oder erschweren, die für sie adäquate Entscheidung zu treffen.
- Vielfach werden Begründungen bemüht, denen folgend es aufgrund der unzureichenden Erfahrungen der Frauen und der Nebenwirkungen eines hoch dosierten Hormonpräparates nicht verantwortlich sei, die *Pille danach* rezeptfrei und damit in größerem Ausmaß zur Verfügung zu stellen. In dieser Argumentation steckt vielerlei. Von Frau von HERTZEN, Frau AUBÉNY und Frau GEMZELL werden wir

internationale Berichte erhalten, die zeigen, dass die medizinischen Risiken durchaus verantwortlich sind, Herr TSCHUGGUELL wird dies stützen. Und die internationalen Erfahrungen werden zugleich ausweisen, dass die Frauen und Paare verantwortlich mit der Option der Notfallverhütung umgehen. Sie nutzen die *Pille danach* mehrheitlich nicht als Dauerlösung. Ihre Verfügbarkeit scheint nicht einer höheren Leichtfertigkeit im Verhütungsverhalten Vorschub zu leisten, sondern ganz im Gegenteil die Motivation zur Anwendung anderer Verhütungsmethoden zu erhöhen. Im Übrigen ist bemerkenswert, dass immer, wenn ein Mehr an sexueller und reproduktiver Gesundheit für Frauen in Aussicht steht, die Warnungen vor deren potenziellem Fehlverhalten oder Missbrauch – was immer das in dieser Frage der *Pille danach* heißen mag – auftauchen. Ein ähnlicher Aufschrei war bei der durchaus bedenkllicheren Viagra nicht zu vernehmen.

- Die Indikation zur *Pille danach* ohne ausführliches ärztliches Gespräch, Schwangerschaftstest und gynäkologische Untersuchung impliziere – so insbesondere Bedenken aus gynäkologischer Perspektive –, dass das Medikament häufig fälschlicherweise genommen werde und Frauen nicht hinreichend über Wirkungen, Nebenwirkungen, Anwendungsweisen etc. informiert werden. Wir sind auf die Erfahrungen insbesondere in Schweden und Frankreich über die Vergabepaxis und die Rolle der Beteiligten gespannt, um eine adäquate Information der Frauen und Paare zu sichern. Pro familia, der Fach- und Dienstleistungsverband für Familienplanung, Sexualpädagogik und -beratung in Deutschland, engagiert sich fachlich und politisch dafür, die Bedingungen der rezeptfreien Vergabe der *Pille danach* möglichst optimal und niedrigschwellig zu gestalten. Wir werden von den umfangreichen Aktivitäten des Verbandes zur Information der Frauen und Mädchen, aber auch zur Fortbildung von ApothekerInnen hören.
- Immer wieder wird behauptet, Frauen und Paare seien gar nicht im erforderlichen Ausmaß informiert und könnten demzufolge nur bedingt angemessen handeln und entscheiden. Frau HELFFERICH wird darlegen, wie es um die Informiertheit und die Erfahrung von Frauen und Mädchen zur Notfallverhütung bestellt ist und wo spezifische Bedarfe sind. Informationsbedarf wird deutlich, wenn man etwa sieht, dass in Hamburg 17 % der Frauen Erfahrungen mit der *Pille danach* gemacht haben, in Leipzig-Land nur 0,9 %. Zudem ist uns aus Beratungen bekannt, dass die *Pille danach* im Alltag manchmal mit der Abbruchpille Mifegyne verwechselt wird, dass Frauen zum Teil noch nicht wissen, dass es heute neue und nebenwirkungsärmere Präparate gibt oder dass es diese Option überhaupt gibt. Insbesondere Jugendliche brauchen adäquate, auf ihre Rezeptionsgewohnheiten und Interessen abgestellte Informationswege. Bislang kennen offensichtlich (nach einer BZgA-Studie aus dem Jahr 2001) 68 % der 14- bis 17-jährigen Mädchen und 52 % der Jungen die *Pille danach* und etwa 8 % der Mädchen haben sie bereits einmal angewandt. Bei einer entsprechenden, das heißt nicht zuletzt zielgruppenadäquaten öffentlichen Information und Aufklärung über BZgA, Medien, Beratungsfachverbände, ÄrztInnen und Apotheken kann man davon ausgehen, dass die Frauen diese Möglichkeit der Notfall- oder Nachverhütung annehmen werden und sich ihrer jeweiligen Situation entsprechend gut für sich informieren werden.
- Die Strukturen in Deutschland seien gar nicht auf die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* vorbereitet, wird nicht

selten gewarnt. In der Podiumsdiskussion sollen Anforderungen herausgearbeitet werden, die im Interesse von „good clinical practice“, aber auch auf diversen Handlungsebenen bis hin zur Sicherung der nötigen Beratungsqualität in den Apotheken, aber auch Beratungseinrichtungen oder seitens der Medien gesichert werden müssen. Zudem soll von diesem Podium die Forderung ausgehen, den Prozess der Einführung der rezeptfreien Vergabe der *Pille danach* nicht zu behindern, sondern alles zu seiner positiven Flankierung zu tun, was getan werden kann, ist sie doch in jedem Fall ein Schritt zu einem Mehr an reproduktiver und sexueller Gesundheit. Wir werden Ihnen zum Tagungsende einen offenen Brief an PolitikerInnen auf Bundesebene vorlegen und hoffen, ihn mit Ihrem mehrheitlich positiven Votum absenden zu können.

Last but not least: Perfektes Verhütungsverhalten ist eine Fiktion und entspricht einem technizistischen Denken, das der Realität gelebter Sexualität in all ihrer Spontaneität nicht entspricht. Da gibt es Situationen, auf die man nicht vorbereitet ist, oder da gibt es Verhütungsversagen. Es betrifft Jugendliche in der überraschenden Situation eines ersten Males, Erwachsene, die nicht in Partnerschaft lebend sonst nicht regulär verhüten müssen oder Paare, die die Pille vergaßen oder das Kondom etc. Ob und inwiefern beziehungsweise in welchem Ausmaß die *Pille danach* ungewollte Schwangerschaften und damit auch Schwangerschaftsabbrüche vermeiden kann, bleibt abzuwarten. In jedem Fall ist es ein Mehr an Handlungsmöglichkeiten für die betroffenen Mädchen und Frauen sowie Paare.

In Deutschland ist es traditionell schon immer eher ein Problem, wenn Frauen und Mädchen ihre reproduktiven und sexuellen Rechte eigenständig wahrnehmen wollen. Die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* ist in 28 Ländern der Welt bereits Realität und es zeigt sich, dass die Frauen und Paare durchaus in der Lage sind, sich dieser Möglichkeit verantwortungsvoll zu bedienen. Lernen wir von diesen Erfahrungen und fügen wir unsere eigenen hinzu. Es ist zu erwarten, dass von dieser Tagung dazu deutliche Impulse ausgehen.

Ulrike Busch



Prof. Dr. Ulrike Busch ist Professorin für Familienplanung an der Fachhochschule Merseburg. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Familienplanung, Beratung und Sexualpädagogik. Sie ist unter anderem als Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Sexualwissenschaften tätig und war langjährige Geschäftsführerin des Familienplanungszentrums Balance e.V. Berlin. Sie ist zudem Mitglied im Ausschuss „Schwangeren- und Familienhilfepolitik“ der pro familia.

Kontakt:

Prof. Dr. Ulrike Busch
Waldschützpfad 33
12589 Berlin
Telefon (030) 6484 9988
u.busch@gmx.net

Globale Aspekte der Notfallverhütung und reproduktiven Gesundheit von Frauen¹

In diesem Beitrag geht es um Ergebnisse multinationaler Untersuchungen der WHO zur Notfallverhütung. Vergleichende Studien zu Yuzpe-Methode und Levonorgestrel werden vorgestellt, wobei die Autorin auch auf die Spirale als Notfallkontrazeptivum und auf Mifepristone Bezug nimmt. Sie weist auf methodische Probleme im Untersuchungskontext hin; dennoch können die Vorzüge von Levonorgestrel – hohe Effektivität und gute Verträglichkeit – eindeutig nachgewiesen werden. Insgesamt wurde die Wirksamkeit der Methoden an 27 Orten in 16 Ländern der Welt untersucht.

Ich arbeite als Medical Officer bei der WHO in Genf und habe unter anderem einige multinationale Projekte zum Thema der Notfallverhütung initiiert. Im ersten Teil meines Vortrags möchte ich gerne über allgemeine Aspekte der Notfallverhütung reden. Im zweiten Teil stelle ich Ihnen Untersuchungsergebnisse zur neuen *Pille danach* mit dem Wirkstoff Levonorgestrel vor. Teil 3 handelt von den daraus resultierenden Schlussfolgerungen.

Ich habe gehört, dass Sie lieber von „Nachverhütung“ sprechen würden. Von viele Leuten in vielen Ländern wird der Begriff „Notfallverhütung“ als zu schwierig, als vielleicht zu stark empfunden. Aber die vielen Konferenzen, an denen ich teilgenommen haben, haben gezeigt, dass das („emergency contraception“, Anm. d. Red.) der beste Terminus ist, den wir auf englisch benutzen können. Gemeint sind Methoden, die nach dem Geschlechtsverkehr eingesetzt werden, um eine Schwangerschaft zu verhindern, sie haben nichts mit einer Abtreibung zu tun! Und sie sind zugleich keine normalen, keine dauerhaften Methoden und sollten diese auch nicht ersetzen. Diese Methoden geben uns eine zweite Chance, und es gibt Situationen, in denen Frauen keine Verhütungsmethoden benutzten oder ein Paar ein Kondom falsch anwendete, Situationen, in denen eine Frau vergessen hat, die Pille zu schlucken, in denen der Coitus Interruptus nicht funktionierte, sexuelle Übergriffe stattgefunden hatten und Ähnliches. In diesen Situationen ist die Notfallkontrazeption eine Möglichkeit, eine Schwangerschaft zu verhindern.

Vergleichende Untersuchungen zur Yuzpe-Methode und Levonorgestrel

Ab 1998 gab es eine neue, wirklich interessante Methode; bis dahin hatten wir diese kombinierte Methode (nach Yuzpe, s.a. Beitrag von ULRIKE BUSCH, Anm. d. Red.), das heißt zwei hoch dosierte Verhütungspillen, die zweimal im Abstand von 24 Stunden geschluckt werden mussten. Die meisten Untersuchungen, die mittlerweile eingestellt wurden, zeigen, dass 50 % der Frauen Übelkeit als Nebenwirkung hatten, 20 % erbrechen mussten und dass die Wirksamkeit der Methode ungefähr bei 74 % liegt. Eine zweite Methode, das intrauterine Kupfer-T, die so genannte Notfallschleife, ist dagegen sehr wirksam (99–100 %). Aber die Gegenanzeigen für diese Notfallschleifen sind die gleichen wie beim Einsatz der Spirale als Verhütungsmethode. In China beispielsweise haben 2000 Frauen die Spirale als Notfallverhütung benutzt und es entstanden keinerlei Schwangerschaften. Bis in die späten Neunzigerjahre wurden Notfallverhütungen nur in wenigen Ländern überhaupt statistisch erfasst. Das bedeutet, dass sie auf der gesamten Welt wenig bekannt und kaum verbreitet waren (Abb. 1). Und das ist möglicherweise ein Grund dafür, warum Menschen, die im Bereich der Familienplanung aktiv sind, die alten Methoden vielleicht zu positiv dargestellt haben.

Wir wollten die Notfallverhütung verbessern und wir hatten gewisse Erfahrungen mit Levonorgestrel. Viele von Ihnen wissen bestimmt, dass es diese 0,75 mg-Tabletten gab und einige Frauen sie bereits als Notfallkontrazeptivum genutzt haben. Sie waren unter anderem in Thailand im Einsatz, und wir wollten herausfinden, ob dieses Levonorgestrel sowie das Medikament Mifepristone² generell für die Notfallverhütung eingesetzt werden konnten.

¹ Dieser Beitrag ist eine Transkription der Simultanübersetzung des Vortrags von Dr. Helena von Hertzen

² „Mifepristone“ wurde in den frühen Achtzigerjahren entwickelt und ist auch als so genannte „Abtreibungspille“ RU 486 bekannt, Anm. d. Red.

Abbildung 1

Registrierung von Notfallkontrazeption bis in die späten 90er Jahre

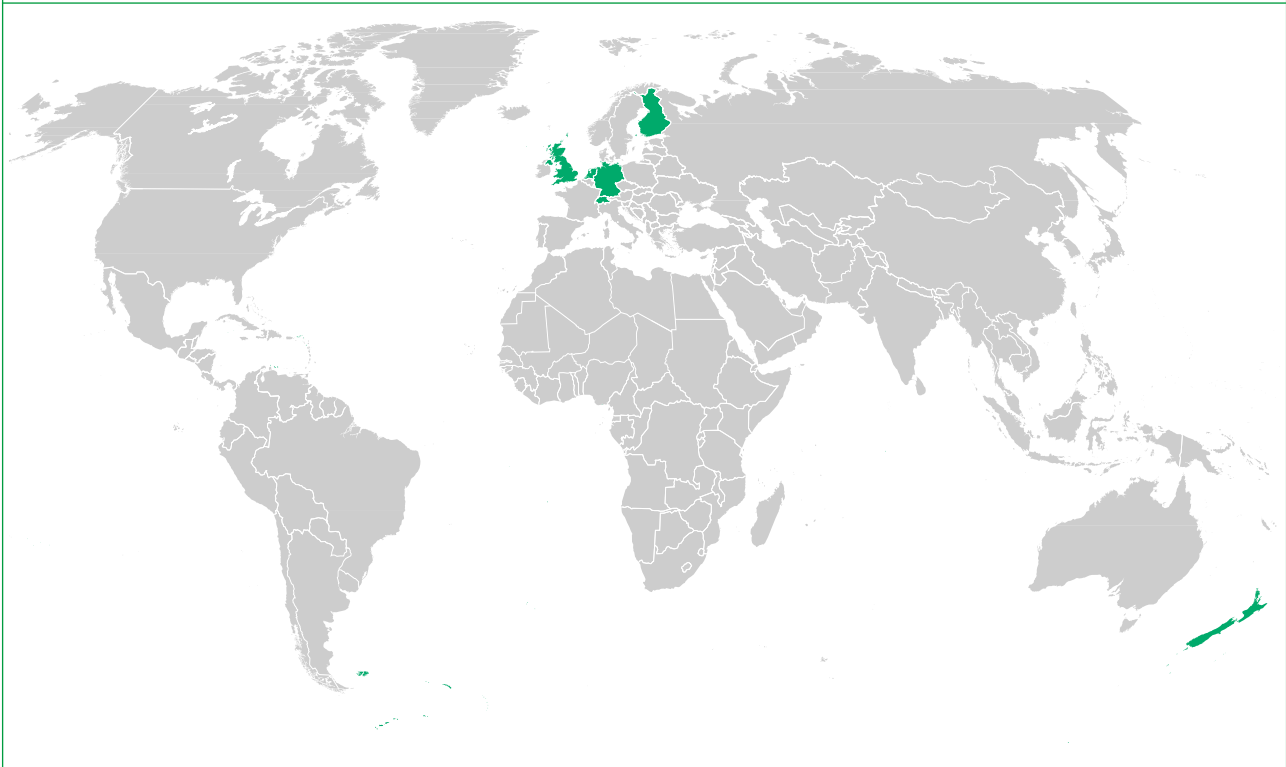
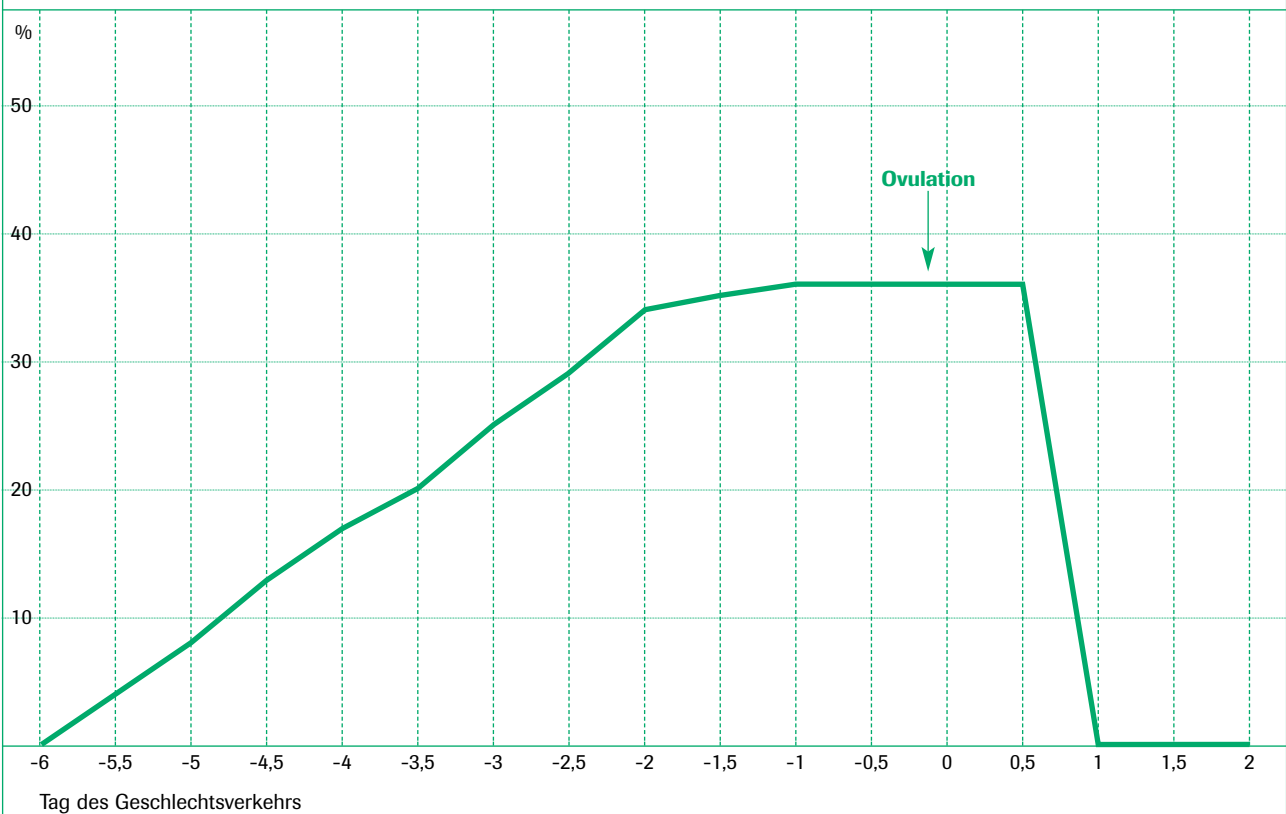


Abbildung 2

Empfängniswahrscheinlichkeit pro Tag abhängig vom Verhältnis zwischen dem Ovulationszeitpunkt und dem Tag mit Geschlechtsverkehr



(de Wilcox et al., 1995)

Abbildung 3

Wirksamkeit der Notfallkontrazeption

	Pille danach	Intrauterinpessar
Ineffektivitätsrate	1,5	0,1
(Zahl der Schwangerschaften pro 100 Zyklen mit Behandlung)		
Effektivitätsrate	75	99
(Zahl verhüteter Schwangerschaften pro 100 erwarteter Schwangerschaften)		
(Trussell und Ellertson, 1995)		

Wir wollten in einzelnen Zentren mit unseren Untersuchungen beginnen und dann größere multinationale Studien anschließen. In Hongkong wurden vergleichende Untersuchungen zu Levonorgestrel und der Yuzpe-Methode durchgeführt, in Edinburgh und Manchester zu Mifepristone und Yuzpe. Ihnen folgten multinationale Untersuchungen (zufällige doppelblinde Vergleichsuntersuchungen) zur Wirksamkeit der Methoden, die an 27 verschiedenen Orten in 16 Ländern durchgeführt wurden.

Zunächst zur Versagensrate: Sie sagt aus, wie viele von 100 Frauen trotz Behandlung schwanger werden. Aber das Problem dabei ist, dass nicht alle diese 100 Frauen schwanger werden würden, wenn wir sie nicht mit Notfallverhütung behandeln würden. Das heißt, wir wissen nicht genau wie hoch eigentlich das Risiko ist, schwanger zu werden. Folglich müssen wir uns den Zyklus der Frauen ansehen und Schätzungen darüber anstellen, wie viele Frauen schwanger werden würden, wenn sie die *Pille danach* nicht eingenommen hätten. Im Zyklus einer Frau gibt es nur sechs Tage, an denen sie schwanger werden kann. Ein großes Problem ist, dass man nicht weiß, wann genau diese sechs Termine sind, hierzu wären aufwendige Untersuchungen notwendig.

Ab ungefähr fünf Tage vor dem Eisprung steigt die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, stetig an und fällt direkt nach dem Eisprung extrem ab (s. Abb. 2). Wenn der Geschlechtsverkehr ein, zwei oder drei Tage vor dem Eisprung stattgefunden hat, können wir daraus schließen, dass die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, sehr hoch ist. Aber das vertraut immer auf die Angaben der Frauen über den Zeitpunkt ihres Eisprungs.

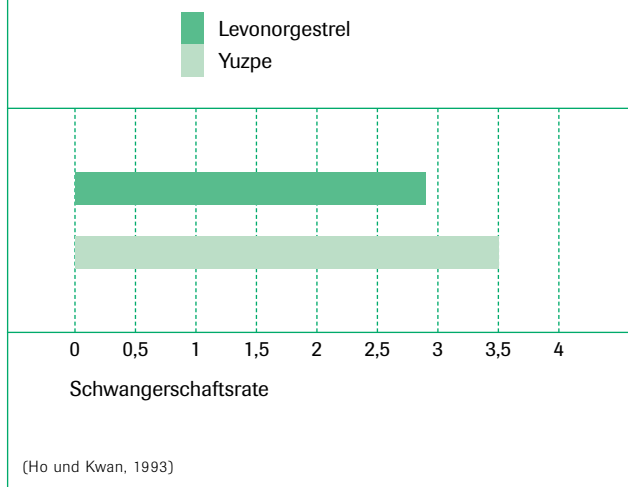
Auf dieser Basis ermittelten wir die Versagensraten, die 1,5% für Levonorgestrel und 0,1% für die Spirale betragen. Die Effektivitätsrate beträgt 75% gegenüber 99% bei der Spirale (Abb. 3). Von 100 Frauen würden 25% nach der Einnahme der *Pille danach* schwanger werden, eine noch immer sehr hohe Zahl!

Methodische Probleme

Ich möchte diese Probleme hier noch einmal betonen. Wir haben keine wirksame Versuchsreihen, wo Placeboversuche gemacht worden wären, weil solche Versuche ethisch nicht vertretbar sind: Wenn wir davon ausgehen, dass Notfallverhütung eine Schwangerschaft verhindert, dann können wir Frauen keine Placebos geben. Zugleich können wir Levonorgestrel nicht an Frauen vergeben, die gern schwanger werden wollen. Wegen dieser fehlenden Vergleichsreihen sind das alles nur Schätzungen. Die wirkliche Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, ist unbekannt, und in der Regel ist auch der tatsächliche Tag des Zyklus unbekannt oder unsicher. Darüber hinaus ist unbekannt, wie häufig die Frauen vor und nach der Notfallverhütung Geschlechtsverkehr hatten; zumindest sind die Angaben darüber nicht überprüfbar. Ebenso wenig sicher sind die Angaben, was zu dem Notfall geführt hat, ob ein Kondom gerissen ist oder gar keines benutzt wurde ... Das zusammengefasst heißt, die absolute Wirksamkeit dieser Behandlung können wir nicht angeben.

Aber wir können trotzdem einen Vergleich anstellen und aussagen, ob innerhalb dieses Vergleiches eine Behandlungsmethode besser ist als die andere. Es gibt Daten aus älteren und auch aus unseren Untersuchungen, aufgrund derer wir schätzen, dass nur ungefähr acht Frauen von 100, wenn sie einmal Geschlechtsverkehr innerhalb eines Zyklus haben, schwanger werden. Die Wahrscheinlichkeit oder das Risiko

Abbildung 4

Die Hongkong-Studie zeigt keinen relevanten Wirksamkeitsunterschied

schwanger zu werden, liegt folglich bei ungefähr 8 %. Aber auch das wiederum ist sehr hypothetisch. Wir haben versucht, in China eine große Untersuchung durchzuführen, um zu ermitteln, welchen Effekt die Notfallverhütung auf die Rate der Schwangerschaftsabbrüche hat. Da aber das Risiko, schwanger zu werden, ohnehin sehr gering ist, hätten wir etwa 60 große Städte gebraucht, um repräsentative Daten zu erhalten.

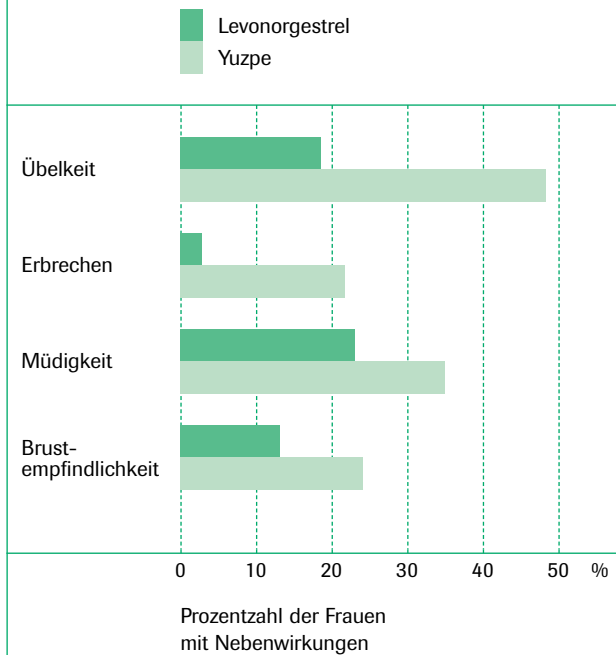
Bei der erwähnten Untersuchung in Hongkong wurde die Wirksamkeit bei der Einnahme nach bis zu 48 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr, bis 72 Stunden danach und, in der letzten Versuchsreihe 2002, bis zu fünf Tage danach betrachtet. Bei den statistischen Kalkulationen besteht das Problem, dass Frauen in der Regel sehr früh kommen; nur sehr wenige Frauen lassen mehr als drei Tage verstreichen. Vermutlich infolgedessen konnten in Hongkong keine sehr großen Unterschiede zwischen Levonorgestrel und Yuzpe festgestellt werden (Abb. 4). Aber es gab deutliche Unterschiede, was die Nebeneffekte angeht, und das ist sehr wichtig. Denn das hat uns dazu veranlasst, uns diese beiden verschiedenen Behandlungsmethoden genauer anzusehen.

Levonorgestrel: hohe Effektivität und deutlich weniger Nebenwirkungen

Sie sehen (Abb. 5), dass bei der Einnahme von Levonorgestrel der Prozentsatz an Übelkeit und Erbrechen deutlich geringer ist als bei der anderen Methode. Und daraufhin haben wir diese Untersuchung in 14 Ländern angestellt (Abb. 6). Und wir haben dabei auch herausgefunden, dass wir deutlich niedrigere Schwangerschaftsraten bei der Gabe von Levonorgestrel hatten als bei der Yuzpe-Methode: Nur 1,1 % der

Abbildung 5

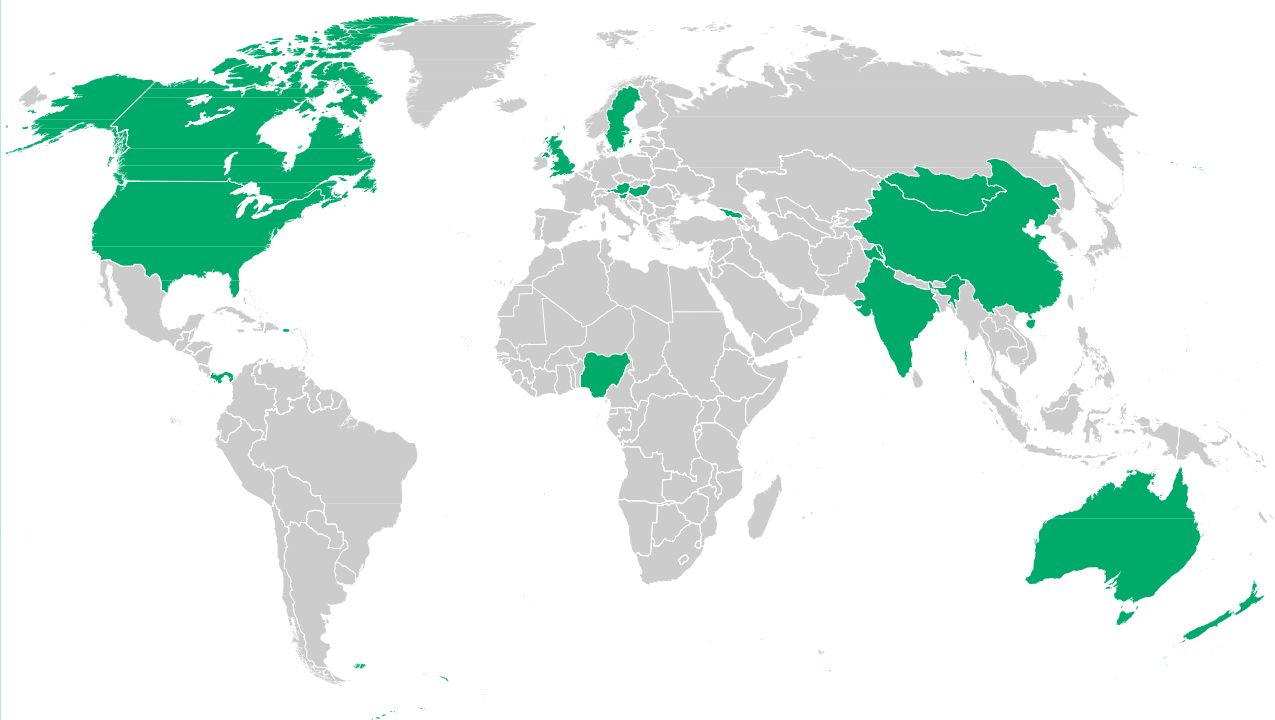
Signifikanter Unterschied bei den Nebenwirkungen



(Ho und Kwan, 1993)

Abbildung 6

Randomisierter Doppelblindvergleich zwischen Levonorgestrel und Yuzpe in 14 Ländern



(WHO 1998)

Abbildung 7

Niedrigere Schwangerschaftsrate nach LNG

	LNG	Yuzpe
Anzahl der Frauen	976	979
Beobachtete Schwangerschaften	11	31
Schwangerschaftsrate	1,1%	3,2%
95% CI	(2,2, 4,5)	(0,6, 2,0)

Der Unterschied der Schwangerschaftsrate war statistisch signifikant

Frauen wurden nach Levonorgestrel schwanger gegenüber 3,2% nach Yuzpe – sehr signifikant (Abb. 7)!

Eines unserer Ergebnisse nach dieser Studie war, dass wir das Yuzpe-Regime nicht weiter untersuchen würden, sondern uns auf Levonorgestrel konzentrierten.

Abbildung 8 zeigt, dass das Yuzpe-Regime im Durchschnitt über die Hälfte aller Schwangerschaften verhindert hat, Levonorgestrel demgegenüber sogar über 80%! Aber je später die Behandlung (gleichgültig mit welcher dieser beiden Methoden) begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden. Das heißt, je früher behandelt wird, desto besser, und das wiederum unterstreicht die Bedeutung der rezeptfreien Abgabe.

Unsere Schlussfolgerung ist, dass Levonorgestrel effektiver und besser verträglich ist als die Yuzpe-Methode, und dass eine möglichst frühe Anwendung besonders wichtig ist. Mittlerweile ist Levonorgestrel in über 100 Ländern zugelassen.

Mifepristone und Levonorgestrel

Vergleicht man nun Mifepristone und Levonorgestrel mit einer beziehungsweise zwei Dosierungen, zeigen sich keine relevanten Unterschiede bezüglich Effektivität und Nebenwirkungen (Abb. 9 und 10). Levonorgestrel-Behandlungen führen oft zu vorzeitigen Blutungen, und auch die Menstruation setzt oft früher ein, und das ist sehr gut, weil die Frauen Angst haben, schwanger geworden zu sein und diese Blutung bestätigt, dass das nicht der Fall ist. Ein Problem mit Mifepristone ist, dass es den Eisprung hinauszögert. Das hatte in unserer Studie wiederum zur Folge, dass die Schwangerschaftsrate bei Frauen, die weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten, rasant auf 22 % anstieg (Abb. 11)!

Die beste Methode ist, Levonorgestrel innerhalb der ersten beiden Tage zu geben. Es gibt eine signifikante Veränderung, wenn es später gegeben wird. Bei einer Einnahme nach mehr als vier Tagen können wir nicht mehr statistisch nachweisen, dass es eine Schwangerschaft tatsächlich verhindert.

Abbildung 8

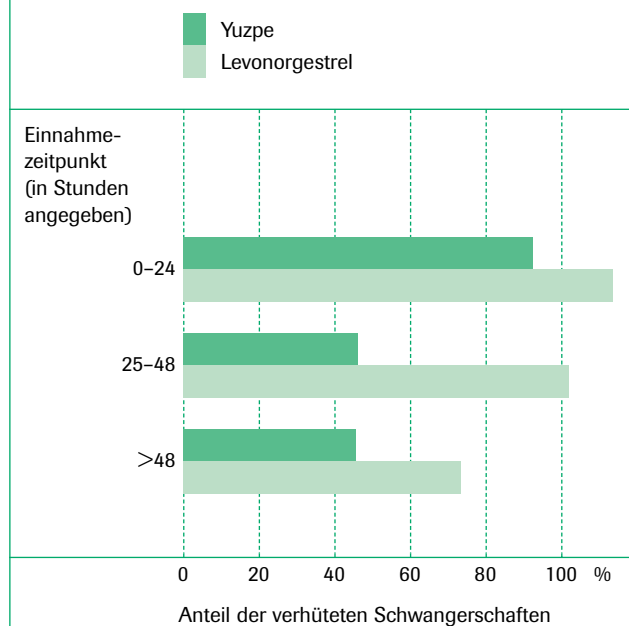
Die Wirksamkeit der Notfallkontrazeptionen

Abbildung 9

Keine Unterschiede in der Wirksamkeit von Mifepristone und Levonorgestrel

Gruppe	Beobachtete Schwangerschaften/ insgesamt	Rate
Mifepristone	21/1359	1,55%
LNG 1,5 mg x 1	20/1356	1,47%
LNG 0,75 mg x 2	24/1356	1,77%
LNG insgesamt	44/2712	1,62%

Abbildung 10

Nebenwirkungen innerhalb von 7 Tagen nach der Behandlung

Nebenwirkung	Mifepristone	LNG 1,5 mg x 1	LNG 0,75 mg x 2	p-Wert
Übelkeit	14,4 %	13,9 %	14,6 %	NS
Erbrechen	0,9 %	1,4 %	1,4 %	NS
Kopfschmerzen	10,3 %	10,4 %	9,6 %	NS
Blutungen	18,9 %	31,3 %	31,3 %	<.0001
Menstruationsverschiebung > 7 Tage	8,9 %	4,6 %	4,7 %	<.0001

(Mifepristone und zwei Arten der Verabreichung von LNG)

Abbildung 11

Hohes Schwangerschaftsrisiko nach Mifepristone

Ungeschützter Verkehr nach der Behandlung

NEIN

Gruppe	Beobachtete Schwangerschaften/ insgesamt	Rate
Mifepristone	12/1318	0,9 %
LNG	40/2651	1,5 %

Ungeschützter Verkehr nach der Behandlung

JA

Gruppe	Beobachtete Schwangerschaften/ insgesamt	Rate
Mifepristone	9/41	22,0 %
LNG	4/61	6,6 %

Verkehr p = 0.0226

(Lancet 2002; 360:11803-10)

Abbildung 12

Auswirkung der Notfallkontrazeption mit LNG auf die Ovulation

Follikelgröße	Anzahl der Frauen	Keine Ovulation
12-14 mm	18	83 %
15-17 mm	22	38 %
>18 mm	17	12 %

(Croxatto et al. 2003)

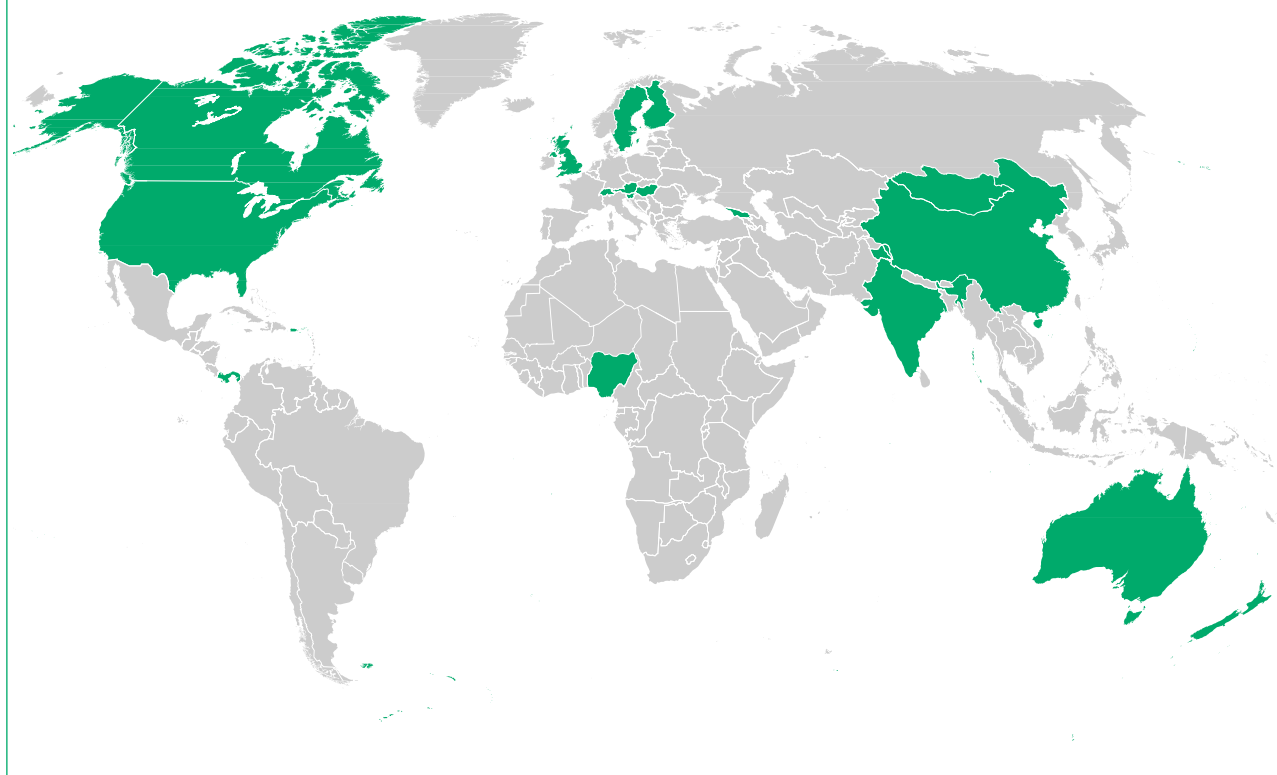
Abbildung 13

Keine Ovulation oder abnormale Corpus-luteum-Phase

Follikelgröße	LNG	Placebo	
12-14 mm	94 %	61 %	ns
15-17 mm	91 %	45 %	p=0,003
>18 mm	47 %	13 %	ns
Insgesamt	79 %	41 %	p=0,001

(Croxatto et al., 2003)

Abbildung 14

An Studien über die unterschiedlichen Arten der Notfallempfangnisverhütung beteiligte Länder

Der einzige wirkliche Einfluss von Levonorgestrel ist der auf die Ovulation, auf den Eisprung. In einer vor kurzem durchgeführten Studie zum Wirkmechanismus wurden Frauen während ihrer fruchtbaren Phase Levonorgestrel beziehungsweise Placebos gegeben. 94 % der Frauen, die Levonorgestrel erhalten hatten, hatten entweder überhaupt keinen Eisprung oder es wurde eine abnorme Gelbkörperphase registriert. Und je näher man mit der Einnahme dem Termin des Eisprungs kommt, umso weniger Einflüsse, Veränderungen sind nachweisbar (Abb. 12 und 13). Wenn Levonorgestrel häufiger nach dem Geschlechtsverkehr benutzt wurde, kam es allerdings zu einem völligen Chaos im Zyklusgeschehen der Frauen, zu Menstruationen, die völlig unplanmäßig eingetreten sind, und Einzelblutungen. Deshalb ist meine Schlussfolgerung, dass die tatsächliche absolute Wirksamkeit der Pillen zur Notfallverhütung nicht bekannt ist. Sie können Schwangerschaften verhindern, sind aber nicht so effektiv wie reguläre, normale Verhütungsmethoden. Und sie können und dürfen diese normale Verhütung auch nicht ersetzen. Die letzte Abbildung (14) zeigt die verschiedenen Länder, die an unseren Untersuchungen beteiligt waren.

Vielen Dank.

Helena von Hertzen



Dr. Helena von Hertzen ist „Medical Officer on Human Reproduction“ bei der WHO in Genf und hat daneben zahlreiche weitere Funktionen im Bereich Frauengesundheit und Reproduktion inne. Bei der WHO ist sie unter anderem für internationale Untersuchungen zu Methoden der Schwangerschaftsverhütung verantwortlich.

Kontakt:

vonhertzenh@who.int

Fragen aus dem Publikum

Können Sie mehr zu den Versuchen mit Mifepristone, zum Beispiel in China, sagen?

Es gibt tatsächlich viele Untersuchungen über Mifepristone in China. Es gab einige Untersuchungen mit 10 mg, und ich glaube, die Versagensrate war 1,4. Es gibt eine große Untersuchung mit 5000 Frauen und die Versagensrate war dort etwa genauso hoch. In China ist Mifepristone für die Notfallverhütung registriert und zugelassen, ist aber nur nach Verschreibung erhältlich. Levonorgestrel gibt es rezeptfrei, allerdings ohne zusätzliche Informationen. Soweit ich weiß, kann Levonorgestrel in den Supermärkten einfach so gekauft werden, deshalb gibt es auch einige Probleme damit.

Welche Position nimmt die WHO zur rezeptfreien Abgabe ein?

Sie möchten gern wissen, was jetzt wirklich die Position und die Meinung der WHO über die rezeptfreie Vergabe von Levonorgestrel ist. Ich denke aber nicht, dass wir wirklich einen offiziellen Standpunkt dazu haben. Es hängt zu sehr von dem einzelnen Land ab. Aber es gibt keine Kontraindikationen. Die einzige Kontraindikation, die wir haben, ist eine bestehende Schwangerschaft, aber dies nicht einmal, weil es die Schwangerschaft gefährden würde, sondern weil es einfach unangebracht wäre, Levonorgestrel zu geben, wenn die Frau bereits schwanger ist. Aber es gibt keine Gegenindikation für den Gebrauch von Levonorgestrel. Unserer Meinung nach ist es also ein sicheres Medikament. Aber es gibt keine offizielle Stellungnahme dazu, wie es verteilt werden sollte.

Wie sind die Absichten der WHO, diese Methoden der Notfallkontrazeption auch in anderen so genannten „Dritte-Welt-Ländern“ zu verteilen?

Sie wissen, wenn wir Untersuchungen durchführen, dann brauchen wir so etwas wie „Dienstleistungszentren“, die in der Lage sind, die notwendigen Arbeiten zu leisten. In den ersten Stadien unserer Untersuchung war es so, dass diese Zentren erstmals Informationskampagnen starten mussten, um überhaupt Klientinnen zu bekommen, die an dieser Untersuchung teilnehmen würden. Zu diesem Zeitpunkt war Nigeria das einzige Land, wo es solche Infrastrukturen gab.

Wir versuchen nicht wirklich etwas voranzutreiben. Es hängt von dem jeweiligen Land ab. Was wir versuchen ist, neutrale Informationen zur Verfügung zu stellen, die dem jeweiligen Land helfen. In unserer Abteilung haben wir Leute, die mit den einzelnen Ländern zusammenarbeiten, das heißt, wenn dort der Gesundheitsminister nach Familienplanungsprogrammen fragt, dann stellen unsere MitarbeiterInnen vor, welche Programme unter den vorherrschenden Bedingungen geeignet sind, was gut und akzeptabel wäre. Es gibt Pilotprojekte um herauszufinden, wie die vorgesehenen Methoden dort funktionieren würden. Wir haben das in verschiedenen Ländern getan. Aber bevor wir das durchführen können, braucht die WHO natürlich die Medikamente von den jeweiligen Pharmabetrieben. Wir können dort keine dieser Medikamente benutzen, solange wir keine Übereinkünfte haben mit der herstellenden Firma.

Gibt es Studien über die Kombination der Notfallverhütung mit gleichzeitig anschließender Initiierung einer Dauerkontrazeption?

Das ist mir nicht bekannt. Das Problem ist, dass in dem

Fall nicht klar ist, ob die Notfallverhütung eventuell versagt hat und unter Umständen einer schwangeren Frau die normale Pille gegeben wird. Wir haben zumindest gegenwärtig keinerlei Absichten, diese Versuche durchzuführen. Im Übrigen erscheint die Notfallspirale so effektiv, weil Levonorgestrel, das zwar ähnlich wirksam ist, nur funktioniert, wenn die Frauen keinen weiteren Geschlechtsverkehr haben. Aber wenn wir uns die Wirksamkeit bei Jugendlichen oder jungen Leuten ansehen, ist das Problem, vor allem mit Mifepristone, dass es ähnlich wie eine „Fruchtbarkeitsdroge“ wirkt, da es den Eisprung verschiebt. Die Frauen missverstehen das möglicherweise: Es ist innerhalb der ersten 72 Stunden effektiv, in diesem Zeitraum bekommen sie die Notfallverhütung, denken, sie wirkt dauerhaft und haben dann Geschlechtsverkehr, gerade zum Zeitpunkt des Eisprungs. (...)

Erfahrungen mit der rezeptfreien Vergabe der *Pille danach* in Frankreich¹

Seit 1999 ist die *Pille danach* in Frankreich in Apotheken rezeptfrei erhältlich. Die Autorin referiert über die Erfahrungen mit der Rezeptfreigabe und stellt Untersuchungsergebnisse zur Informiertheit der Frauen sowie zu ihrem Umgang mit diesem Notfallkontrazeptivum vor.

Weitere Themen sind gezielte Maßnahmen zur Notfallverhütung für Jugendliche, die Akzeptanz durch ApothekerInnen sowie unerwartete positive Folgen einer niedrigschwelligen Abgabe der *Pille danach* in Frankreich.

Notfallkontrazeption ist die einzige Möglichkeit, nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr Verhütung zu betreiben. Die Bedeutung der Nachverhütung sollte nicht unterschätzt werden, denn es gibt zahlreiche Fälle ungeschützten Geschlechtsverkehrs, die in Frankreich jedes Jahr 220 000 Abtreibungen und 130 000 ungewollte Schwangerschaften nach sich ziehen.

Die Wirksamkeit von Levonorgestrel bei der Nachverhütung wurde in Versuchen der WHO nachgewiesen. Heute ist das Mittel der Standard in der Nachverhütung, weil es wirksamer und verträglicher ist als die Yuzpe-Methode. Die Dosierung beträgt zwei Tabletten à 0,75 mg Wirkstoff, die so bald wie möglich nach dem ungeschützten Verkehr einzunehmen sind. Die Wirksamkeit von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum hängt unmittelbar mit dem Faktor Zeit zusammen: 24 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr liegt die Wirksamkeit bei 95%, 72 Stunden danach nur noch bei 48%; bei der Nachverhütung ist die rasche Einnahme von Levonorgestrel also dringend geboten.

Eine ärztliche Verordnung hingegen verzögert – wegen des Wartens auf einen Termin – den Zeitpunkt der Einnahme, und die Verschreibungspflicht kann sogar die Einnahme als solche verhindern. Frauen werfen ihre Zeitplanung nicht wegen einer nur hypothetischen Schwangerschaft um. Außerdem gibt es für Levonorgestrel zur Nachverhütung keinerlei medizinische Gegenanzeigen, und eine gynäkologische Untersuchung ist vor der Einnahme des Mittels nicht nötig. Levonorgestrel kann also ohne ärztliche Verordnung angewendet werden.

Gesetzliche Regelungen

Die zuständigen Gesundheitsbehörden in Frankreich haben per Erlass im Juni 1999 die rezeptfreie Abgabe des Mittels in

Apotheken erlaubt. Im Dezember 2000 wurde dies in einem Gesetz geregelt, das außerdem die kostenfreie Abgabe an Minderjährige durch die Apotheken vorsieht sowie in dringenden Fällen die Ausgabe an den Krankenstationen von Schulen.

Heute kann in Frankreich Levonorgestrel in Apotheken rezeptfrei für 7 Euro gekauft werden. Bei Vorlage eines Rezepts werden 65% des Preises von der staatlichen Krankenversicherung erstattet.

Ergebnisse nach vier Jahren rezeptfreier Vergabe von Levonorgestrel

Informiertheit

Levonorgestrel war das erste hormonelle Notfallkontrazeptivum, das rezeptfrei, das heißt ohne direkte Beratung durch ÄrztInnen, verkauft wurde. Daraus erklärt sich eine gewisse Beunruhigung in Fachkreisen hinsichtlich der Informiertheit der Frauen.

Nach einer Umfrage, die vom Französischen Institut für Gesundheit und medizinische Forschung (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; Inserm) bei 1139 Frauen durchgeführt wurde, wissen 71% der Frauen von der Existenz der neuen Verhütungsmethode und der rezeptfreien Abgabe. Ihre Informationen bezogen sie in erster Linie aus der Presse und den Medien, von Freundinnen, über die Schule, von ApothekerInnen, selten durch ÄrztInnen, medizinisches Personal oder die Eltern.

Aus der Umfrage geht ebenfalls hervor, dass Frauen, die Levonorgestrel kennen, das Mittel häufig nicht anwenden,

¹ Dieser Beitrag wurde aus dem Französischen übersetzt

weil sie glauben, dass bei ihnen zum Zeitpunkt des ungeschützten Geschlechtsverkehrs kein Risiko einer Schwangerschaft besteht. So haben 58% der Frauen, die Levonorgestrel kennen und die einen Unfall mit einem Präservativ hatten, Levonorgestrel nicht eingenommen!

Anwendung

In Frankreich greifen Frauen sehr häufig auf Levonorgestrel zur Notfallkontrazeption zurück: Monatlich wenden es mehr als 85 000 Frauen an; auf das Jahr gerechnet sind es in den letzten beiden Jahren jeweils mehr als eine Million Frauen gewesen, in den letzten vier Jahren waren es insgesamt mehr als 2,5 Millionen. Das Medikament entspricht also einem wirklichen Bedürfnis. Die Frauen haben die neue Vergabemethode angenommen: 98% nehmen die *Pille danach* ohne ärztliche Verordnung, 2% mit einem Rezept.

Demgegenüber wird Levonorgestrel in Ländern, wo die Rezeptpflicht besteht, viel seltener eingenommen. So haben es im August 2002 in Deutschland 9 000 Frauen angewandt, in Österreich, wo das Medikament ebenfalls rezeptpflichtig ist, 1800 Frauen, während es in Frankreich oder England, wo das Mittel rezeptfrei verkauft wird, jeweils von rund 85 000 Frauen eingenommen worden ist.

Die Nachverhütung hat in Frankreich keine regulären Verhütungsmethoden ersetzt: Die Verkaufszahlen für empfängnisverhütende Pillen steigen weiter an, und die Frauen betonen, dass sie das Notfallkontrazeptivum nur zur Nachverhütung einsetzen. Die Studie des Inserm bestätigt ebenfalls die vorgesehene Anwendung der postkoitalen Kontrazeption zur Nachverhütung.

Charakteristika der Anwenderinnen

Die gleiche Studie des Inserm hat ergeben, dass die Anwenderinnen, im Vergleich zu den Frauen, die keine Nachverhütung nutzen, jünger sind, häufiger ledig, weniger sichere Verhütungsmethoden anwenden (Ogino-Methode, Kondome) und mehr Sexualpartner haben. Differenzen bezüglich des Bildungsstands, der Religion oder des Wissens um die Nachverhütung wurden nicht festgestellt.

Medizinische Aspekte

Während der vergangenen vier Jahre, in denen Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum rezeptfrei verkauft wurde, ist den zuständigen Stellen kein einziges relevantes medizinisches Problem bekannt geworden, und in keiner medizinischen Publikation wurden unerwartete Komplikationen geschildert.

Die Agence Française pour la Sécurité Sanitaire des Médicaments (eine staatliche Stelle zur Überprüfung der gesundheitlichen Unbedenklichkeit von Medikamenten) hat kürzlich einen Bericht veröffentlicht, demzufolge es seit Beginn des Verkaufs von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum in Frankreich keine Erhöhung von extrauterinen Schwangerschaften gegeben hat.

Akzeptanz durch die ApothekerInnen

Anfangs hatten ApothekerInnen gewisse Vorbehalte gegen den rezeptfreien Verkauf von Levonorgestrel. Manche fühlten sich nicht ausreichend über das Medikament informiert, andere hatten ethische Probleme damit, andere wieder fanden, die Abgabe ohne ärztliches Rezept bürde ihnen eine allzu große Verantwortung auf.

Die Apothekerkammer hat daraufhin eine groß angelegte Informationskampagne durchgeführt: Artikel in der Ver-

bandspresse, Informationsblätter, Konferenzen. Mittlerweile ist eine Mehrheit der ApothekerInnen mit ihrer neuen Verantwortung und ihrer Beteiligung an der Aufklärung zu Verhütungsfragen zufrieden. Die Frauen hingegen beklagen sich gelegentlich über einen allzu moralisierenden Unterton beim Beratungsgespräch.

Verhinderung von Schwangerschaftsabbrüchen?

Ein Jahr nach der Freigabe des Verkaufs von Levonorgestrel, im Jahr 2000, wurde in Frankreich ein leichter Rückgang der Abtreibungen festgestellt, nachdem die Zahlen seit Jahren stabil geblieben waren. Handelt es sich um eine pure Koinzidenz oder um eine erste positive Auswirkung der Freigabe? Für Schlussfolgerungen ist es noch zu früh. Insgesamt und aus den Erfahrungen der letzten vier Jahre hat sich die Freigabe des Verkaufs von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum als kluge Entscheidung erwiesen.

Notfallkontrazeption gezielt für Jugendliche

Die Notfallkontrazeption ist für Jugendliche von besonderer Bedeutung, weil sie sich häufig spontan verhalten, ganz in der Gegenwart leben, sich plötzlich verlieben und infolgedessen häufig unvorhergesehenen Sex haben. Sie ist außerdem von besonderer Bedeutung für Heranwachsende, die ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen, mit Verhütungsmitteln noch wenig vertraut sind und häufig Probleme mit ihrer korrekten Anwendung haben:

- Präservative können reißen oder abrutschen, oder der Junge hält sein Versprechen, ein Präservativ zu benutzen, nicht ein.
- Die Einnahme der Pille wird vergessen oder die Einnahme einer Monatspackung wird vorzeitig abgebrochen, wenn etwa vergessen wird, sie übers Wochenende mitzunehmen. Außerdem ist es schwierig, die Pille regelmäßig einzunehmen, solange Geschlechtsverkehr nur sporadisch und in größeren zeitlichen Abständen stattfindet, beispielsweise bei Jugendlichen, die bei ihren Eltern wohnen.

In diesen Fällen kann es zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr kommen, das heißt, die postkoitale Kontrazeption ist von besonderer Bedeutung und kann viele ungewollte Schwangerschaften verhindern. Das Gesetz über die Notfallkontrazeption beinhaltet zwei Maßnahmen, um die *Pille danach* für Jugendliche leichter zugänglich zu machen.

Die erste Maßnahme: Im Notfall geben Schulkrankenschwestern an weiterführenden Schulen Levonorgestrel kostenfrei aus.

Die Schulkrankenschwester darf Levonorgestrel nur ausgeben,

- wenn die Minderjährige eine Benachrichtigung ihrer Eltern ablehnt;
- wenn es nicht möglich ist, einen Arzttermin in einer Familienberatungsstelle zu bekommen (wo die Notfallkontrazeption kostenfrei abgegeben wird) oder in eine Apotheke zu gehen.

Laut einem Bericht der Éducation Nationale sind im Schuljahr 2001/2002 15 571 Schülerinnen wegen der Notfallkontrazeption in die Krankenstationen gekommen. Davon waren 74,2% minderjährig und 25,8% volljährig; 9735 Schülerinnen erhielten das Notfallkontrazeptivum. 5836

Schülerinnen wurde es durch das Krankenpersonal an den Schulen ausgehändigt, das sind 59,8%. Die anderen Schülerinnen haben die Notfallkontrazeption im Rahmen des Gesundheitssystems oder in Apotheken erhalten.

Die zweite Maßnahme: In Apotheken wird Levonorgestrel kostenfrei an Minderjährige abgegeben.

Die Betroffenen müssen weder ihr Alter noch ihre Identität ausweisen. Die ApothekerInnen müssen sie über Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum unterrichten, sie im Interesse einer regulären Verhütung zu einem Arztbesuch auffordern und ihnen eine Informationsbroschüre über Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum aushändigen. Die Kosten werden den ApothekerInnen direkt von der staatlichen Krankenversicherung erstattet.

Nach einem Bericht der Éducation Nationale wird das Mittel seit Juni 2002 jeden Monat kostenfrei an 8000 Jugendliche ausgegeben; diese Zahl hat sich nicht verändert. Einige Schwierigkeiten bleiben jedoch: Die ApothekerInnen scheuen das Gespräch mit den Jugendlichen, die Jugendlichen wiederum finden die ApothekerInnen zu paternalistisch.

Unvorhergesehene positive Nebeneffekte der rezeptfreien Vergabe

Die rezeptfreie Vergabe von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum hat dank der vielen Diskussionen, die darüber geführt wurden, unvorhergesehene positive Nebeneffekte ausgelöst: Das Interesse an Verhütungsfragen ist wieder angestiegen, neue AkteurInnen (ApothekerInnen und Schulkrankenschwestern) konnten in die Aufklärung zu Verhütungsfragen eingebunden werden. In der Öffentlichkeit wird anerkannt, dass Jugendliche ein Sexualleben haben (was es für die Jugendlichen einfacher macht, keine Scham hinsichtlich ihrer Sexualität zu empfinden und sich daher besser über die sich daraus ergebenden Probleme und über Verhütungsfragen zu informieren). Es wurde ein gesetzlicher Rahmen zur rezeptfreien Vergabe von Kontrazeptiva geschaffen, die in der Zukunft auf den Markt kommen, unter der Bedingung, dass es keinerlei Gegenanzeigen für sie gibt.

Vier Jahre nach dem Beginn der rezeptfreien Abgabe von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum wurde trotz der hohen Zahl an Anwendungen bei Frauen nicht eine einzige größere Komplikation bekannt. Vor allem aber zeigen die letzten zugänglichen Statistiken aus dem Jahr 2000, ein Jahr nach der rezeptfreien Abgabe von Levonorgestrel, ein leichtes Absinken der bisher stabil gebliebenen Zahl von Abtreibungen.

Elisabeth Aubény

Literatur

BZgA (Hrsg.): *Rahmencurriculum Sexualpädagogische Kompetenz*. Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Band 18. Köln: BZgA, 2001

BZgA (Hrsg.): *Sexualpädagogik zwischen Persönlichkeitslernen und Arbeitsfeldorientierung*. Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Band 16. Köln: BZgA, 1999

BZgA (Hrsg.): *FORUM Sexualaufklärung 1/1998 „Ausbildung, Fortbildung“*. Köln: BZgA, 1998

BZgA (Hrsg.): *Handbuch zur Kindergartenbox*. Köln: BZgA, 2003

SIELERT, U./VALTL, K.-H.: *Sexualpädagogik lehren*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2000

Fragen aus dem Publikum

Dr. Ines Thonke, pro familia Bundesverband:

Gibt es Studien darüber, ob sich das Verhütungsverhalten der Jugendlichen seit der Rezeptfreigabe der Pille danach in Frankreich verändert hat?

Wir haben bis heute noch keine Statistiken. In Frankreich diskutieren wir darüber, dass Jungen das Kondom benutzen sollten, weil die Ansteckungsraten bei HIV ansteigen. Und weil wir wissen, dass es damit häufiger Unfälle gibt, raten wir den Jugendlichen, sowohl Kondom als auch die Pille danach zu nutzen.

Ulrich Pape, Gynäkologe, Balance, Berlin:

Wenn dieses Präparat doch von Apotheken und von Krankenschwestern in der Schule so erfolgreich herausgegeben wird, warum wird es nicht auch in Krankenhäusern und Arztpraxen oder von Frauenärztinnen und Frauenärzten vergeben?

Wir können heute das Mittel jederzeit verschreiben. Es wird sogar empfohlen, es zu verschreiben. Wir sagen heute den jungen Mädchen, die zu uns kommen, weil sie die reguläre Pille vergessen haben, dass sie die Pille danach nehmen sollten. Wir geben ihnen ein Rezept und die Kosten werden ihnen erstattet.

(...)

Eine Frage zur Position der Frauenärzte in Frankreich:

Haben sie die rezeptfreie Abgabe der Pille danach unterstützt?

Es gab keine generelle Opposition gegen den freien Verkauf der Notfallverhütung. Alle Beteiligten wussten, dass es eine nützliche Art der Verhütung war und waren damit einverstanden, die Pille danach auszugeben. Die Einzigen, die wirklich dagegen waren, waren die organisierten Abtreibungsgegner. Sie argumentierten, dass Frauen nun die regulären Verhütungsmethoden nicht mehr annehmen würden.

Heute verschreiben wir Ärzte die Notfallverhütung sozusagen nur im voraus. Aber 98% werden frei verkauft!



Dr. Elisabeth Aubény ist Gynäkologin in Paris und Vorsitzende der Französischen Vereinigung für Kontrazeption. Sie ist Gründerin und Ehrenvorsitzende der Internationalen Organisation für Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption und Mitglied des Verwaltungsrates der Europäischen Gesellschaft für Kontrazeption.

Kontakt:

Association Française pour la Contraception (AFC)
10, rue du Docteur Lanceraux
75008 Paris.

Die Pille zur Notfallkontrazeption – die schwedischen Erfahrungen Vom Geheimnis zur leicht verfügbaren Option¹

Die *Pille danach* wurde in den Neunzigerjahren in Schweden eingeführt; seit April 2001 ist sie rezeptfrei erhältlich. Die Autorin berichtet über die Vergabepraxis in Schweden und über Einstellungen und Erfahrungen der Anwenderinnen. Sie geht darüber hinaus auf mögliche Zusammenhänge der freien Vergabe mit Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und allgemeiner Sexual- und Verhütungsaufklärung bei Teenagern ein.

Einleitung

Es wird kolportiert, dass die Schwangerschaftsverhütung im Notfall eines der bestgehüteten Geheimnisse der Familienplanung ist. Mit Notfallverhütung bezeichnet man Methoden, die nach einem ungeschützten Verkehr eingesetzt werden, um eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhindern. Die unerwünschte Schwangerschaft ist für Millionen von Frauen eine Tragödie. Sogar in Ländern wie Schweden mit seinen einfach erhältlichen und wirksamen Verhütungsmitteln sind etwa 45 % aller Schwangerschaften nicht geplant, und ein großer Teil solcher Schwangerschaften ist außerdem auch unerwünscht [1].

Die Anzahl der Abtreibungen in Schweden beträgt etwa 30 000 pro Jahr (19/1000), etwa jede zweite Frau hat sich mindestens einer Abtreibung unterzogen. Obwohl die Gesamtzahl der Abtreibungen seit 1975 stabil geblieben ist, ist sie seit kurzem in der Gruppe der jungen Frauen [2] angestiegen (Abb. 1).

Neue hormonale Methoden der Notfallverhütung

Postkoitale Methoden werden schon für die Zeit von vor Tausenden von Jahren beschrieben und wurden bei australischen und polynesischen Stämmen angewendet. Nach dem

Verkehr „soll die Frau eine hockende Stellung einnehmen und den unteren Teil ihres Körpers schütteln“ [3]. In unserer Zeit sind verschiedene Möglichkeiten verfügbar. In den Siebzigerjahren wurde die Yuzpe-Methode entwickelt [4], die dann in den Achtzigerjahren hauptsächlich in Kanada, Großbritannien und Finnland Anwendung fand. Heute erscheint der Einsatz von Levonorgestrel und Mifepristone als wirkungsvollste hormonale Verhütungsmethode, und dies bei größerer Effizienz und niedrigerer Rate an Nebenwirkungen, verglichen mit der Standard-(Yuzpe-)Methode (zwei Gaben 100 µg Ethinylestradiol und 0,5 mg Levonorgestrel) [5, 6]. Die hormonellen Methoden besitzen einige offensichtliche Vorteile gegenüber dem Intrauterinpeccar, obwohl sie weniger wirksam sind [7]. Der klinische Einsatz von Mifepristone ist auf China beschränkt.

Wenn man den Ergebnissen der Multicenter-Studie der WHO folgt, in der die Yuzpe-Methode mit dem Einsatz von Levonorgestrel verglichen wurde, so hat die Behandlung mit „Gestagen-only-pills“ den Rang der Standardmethode für die Nachverhütung eingenommen [5]. Für beide Methoden gilt, dass sie bei frühzeitiger Behandlung die besten Ergebnisse zeigen.

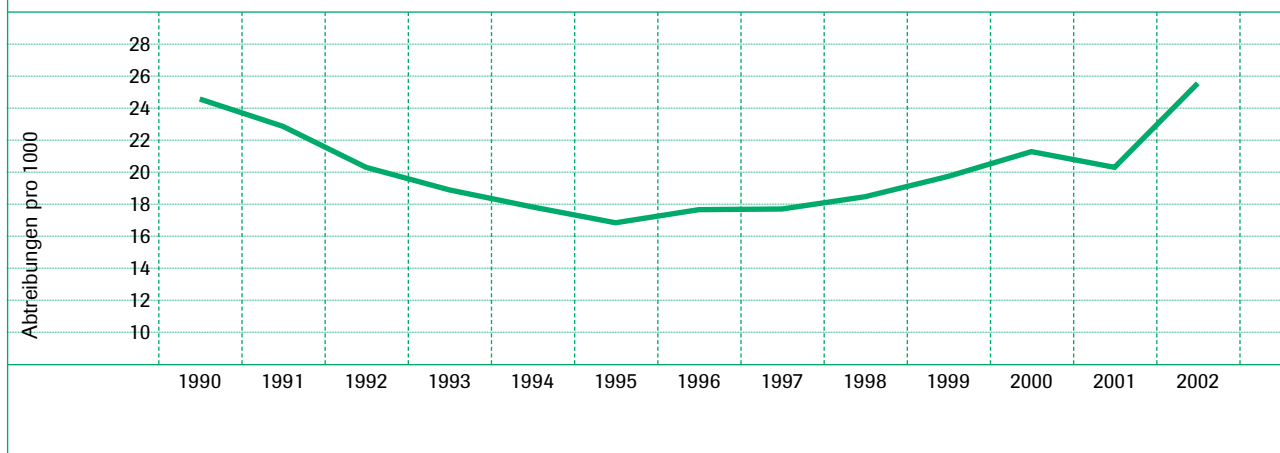
Für Levonorgestrel gibt es keine Kontraindikationen. Das Mittel ist bei bereits bestehender Schwangerschaft unwirksam und übt zudem auch keinen schädigenden Einfluss auf die befruchtete Eizelle aus [8]. Es kann mehrmals im Laufe desselben Zyklus eingenommen werden, wobei sich dann allerdings das Risiko von Menstruationsstörungen erhöht [9]. Der Wirkmechanismus besteht in erster Linie darin, dass der LH-Gipfel² und die Ovulation unterdrückt oder verzögert werden, wobei Levonorgestrel in den verwendeten Dosen weder das Endometrium³ noch die Einnistung beeinflusst [10, 11].

¹ Der Text wurde aus dem Englischen übersetzt, Anm. d. Red.

² LH = Luteinisierendes Hormon; weibliches Geschlechtshormon, das die Follikelreifung auslöst. LH-Pegel steigt während des Zyklus stetig an. Am LH-Höhepunkt findet der Eisprung statt, Anm. d. Red.

³ Die Gebärmutter Schleimhaut, Anm. d. Red.

Abbildung 1

Anteil der Abtreibungen bei 1000 Teenagern

Studien in den Neunzigerjahren zielten auf die Entwicklung neuer und effektiver Methoden und darauf, den Wirkmechanismus der Notfallverhütung zu verstehen. Heute geht es vor allem darum, die Akzeptanz für die *Pille danach* zu erhöhen.

Weil die Pille zur Nachverhütung am effizientesten ist, wenn sie unmittelbar nach dem ungeschützten Verkehr angewendet wird [5], müssen Wissen und Akzeptanz hoch sein, gleichzeitig muss das Notfallverhütungsmittel einfach erhältlich sein.

Familienplanung in Schweden – Hintergrund

Schweden ist international dafür bekannt, dass hier Sexualerziehung und Schwangerschaftsverhütung auch für Teenager große Bedeutung beigemessen wird, um ungewollten Schwangerschaften und Abtreibungen vorzubeugen. In diesem Zusammenhang haben sich einige Personen besonders verdient gemacht; eine von ihnen ist Elise Ottesen Jensen, die Gründerin des Verbandes der Sexualerziehung (RFSU) (1933) und eine der Initiatorinnen des IPPF [12]. 1955 war Schweden das erste Land, das die Sexualerziehung als Pflichtfach an den Schulen eingeführt hat. Das geltende Abtreibungsgesetz wurde 1975 eingeführt. Dieses Gesetz hat Umstände beiseite geräumt, die es den Frauen erschwerten, sich einer Abtreibung zu unterziehen, und die sich überdies als sehr schädlich für die Gesundheit der Frauen erwiesen hatten.

1975 war die Anzahl an Abtreibungen (30/1000) und Geburten bei Teenagern hoch. Als das neue Gesetz eingeführt wurde, unternahm man gleichzeitig große Anstrengungen, um Verhütungsmittel besonders für Teenager besser zugänglich zu machen. Hebammen erhielten das Recht, Verhütungsmittel zu verschreiben, die Beratung zur Schwangerschaftsverhütung und die Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten wurden kostenfrei. Weiter richtete man Jugendkliniken ein. Von 1975 bis 1985, also in einem Zeitraum von zehn Jahren, sank die Anzahl der Abtreibungen bei Teenagern von 30/1000 auf 18/1000.

Einführung der *Pille danach* in Schweden

In Schweden wurden die Informationen über die Yuzpe-Methode vom Sexualerziehungsverband RFSU verbreitet. Sie wurde 1993 von der schwedischen Zulassungsbehörde für medizinische Produkte (mpa) zugelassen, durfte aber bis 1995 nicht von Hebammen verschrieben werden. (...) Das verwendete Produkt, Tetragynon, war teuer und wurde nach zwei Jahren vom Markt genommen, weil es nur selten verordnet worden war.

Im Mai 2000 wurde die Therapie mit Levonorgestrel (0,75 mg zweimal im Abstand von 12 Stunden in einem Zeitraum von 72 Stunden eingenommen) in Schweden zugelassen. Im April 2001 wurde das Levonorgestrel-Präparat (Norlevo) dann als rezeptfrei eingestuft. Im Mai 2003 wurde das Schering-Produkt Postinor (0,75 mg zweimal innerhalb von 72 Stunden) eingeführt, und vor kurzem ließ die mpa die Monodosis von 1,5 mg (beide Tabletten zur gleichen Zeit) zu.

Abbruch und Verhütung bei schwedischen Teenagern und jungen Frauen

Während die Geburtenrate im Teenageralter sehr niedrig geblieben ist (6/1000), beträgt die Abtreibungsrate unter schwedischen Teenagern zurzeit etwa 25/1000 [2]. Das bedeutet eine Zunahme von 50 %, verglichen mit den Zahlen von 1995. Die Abtreibungsrate ist unter allen Teenagern und jungen Frauen bis 25 Jahre angestiegen. Die Zunahme ist in der Gruppe der 15- bis 17-Jährigen am stärksten. Die Gründe für diese Zunahme sind nicht bekannt, man weiß aber sicher, dass sexuelle Aktivität und der Gebrauch von Verhütungsmitteln die Faktoren sind, von denen die Abtreibungszahlen bei Teenagern abhängen. Das Alter, in dem der erste Geschlechtsverkehr stattfindet, hat sich seit den Neunzigerjahren nicht verändert. Darüber hinaus ist die Anzahl der Partnerwechsel und die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs ebenfalls unverändert geblieben. Daraus lässt sich nur der Schluss ziehen, dass immer mehr Teenager immer weniger Verhütung betreiben. In den Neunzigerjahren haben wir in Schweden eine Wirtschafts stagnation, niedrigere Budgets und, damit verbunden, eine Einschränkung in Quantität und Qualität der Sexualerziehung an den Schulen

erlebt [13]. Weiter mussten wir in den Neunzigern einen zunehmenden Drogenkonsum sowie die Abnahme der seelischen und körperlichen Gesundheit von Teenagern konstatieren. Infektionen mit Chlamydien haben unter Jugendlichen um 60 % zugenommen (14 000 Fälle 1994/22 263 Fälle 2001) [2].

Bevorzugte Verhütungsmittel unter Teenagern sind das Kondom und die Pille [14]. Ein zusätzlicher Hinweis auf das Nachlassen des Gebrauchs von Verhütungsmitteln sind die sinkenden Verkaufszahlen für Kondome: 1987 wurden 25 Millionen Kondome verkauft, 1998 nur noch 17 Millionen [15]. Die Verkaufszahlen von oralen Kombinationspräparaten zur Schwangerschaftsverhütung zeigen große Schwankungen (Apoteket AB). Nach der Diskussion, die in den Medien über das Thromboserisiko, verursacht von den Pillen der zweiten Generation, geführt worden war, nahmen die Verkaufszahlen ab. In eindeutiger Entsprechung dazu stieg die Zahl der Abtreibungen an. Mittlerweile haben die Verkaufszahlen wieder zugenommen, dennoch ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nicht gesunken, sondern im Gegenteil weiter angestiegen. Einige Studien haben klar gezeigt, wie die Angst vor schädlichen Nebenwirkungen infolge der „Panikmache“ der Medien („media scares“) zugenommen hat [16]. Studien belegen außerdem, dass sich das Nutzungsmuster der Verhütungspille verändert hat [14]: Teenager neigen jetzt vermehrt dazu, die Pille abzusetzen, wenn eine Beziehung beendet wurde, anstatt sie weiterhin einzunehmen, wie das vor zehn Jahren üblich war. Dadurch wurden mehr Mädchen ungewollt schwanger, obwohl die Zahl derjenigen, die mit der Pille verhüten, gleich geblieben ist.

Wissen, Einstellungen und Erfahrungen

Sehr viele Frauen allgemein und Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, haben von der *Pille danach* gehört. Jüngere Frauen sind im Allgemeinen besser informiert und häufigere Anwenderinnen, während 30 % der Frauen über 30 die *Pille danach* nicht kennen [17]. Genaueres

Wissen, wie zeitliche Grenzen, Wirksamkeit, Wirkmechanismus und Nebenwirkungen, fehlt sehr oft, und die *Pille danach* wird häufig mit einem Abortivum verwechselt. Die Informationen stammen vor allem aus den Medien und von Freunden.

Bei jungen Mädchen (16-Jährige) wird die *Pille danach* als letzter Ausweg angesehen; sie soll die Verhütung nicht ersetzen, wird aber im Vergleich zu einer Abtreibung für die bessere Wahl gehalten [18]. In einer Befragung von Schülerinnen der sekundären Oberstufe aus dem Jahr 1999 wurde die Option, die *Pille danach* rezeptfrei zugänglich zu machen, aus Furcht vor „übermäßigem Gebrauch“ abgelehnt. Das könnte ein Bedürfnis nach Unterstützung widerspiegeln und unterstreicht die Bedeutung von Jugendkliniken. Ältere Teenager und solche, die die *Pille danach* bereits benutzt hatten, standen der Rezeptfreiheit positiver gegenüber, ebenso männliche schwedische Teenager [19].

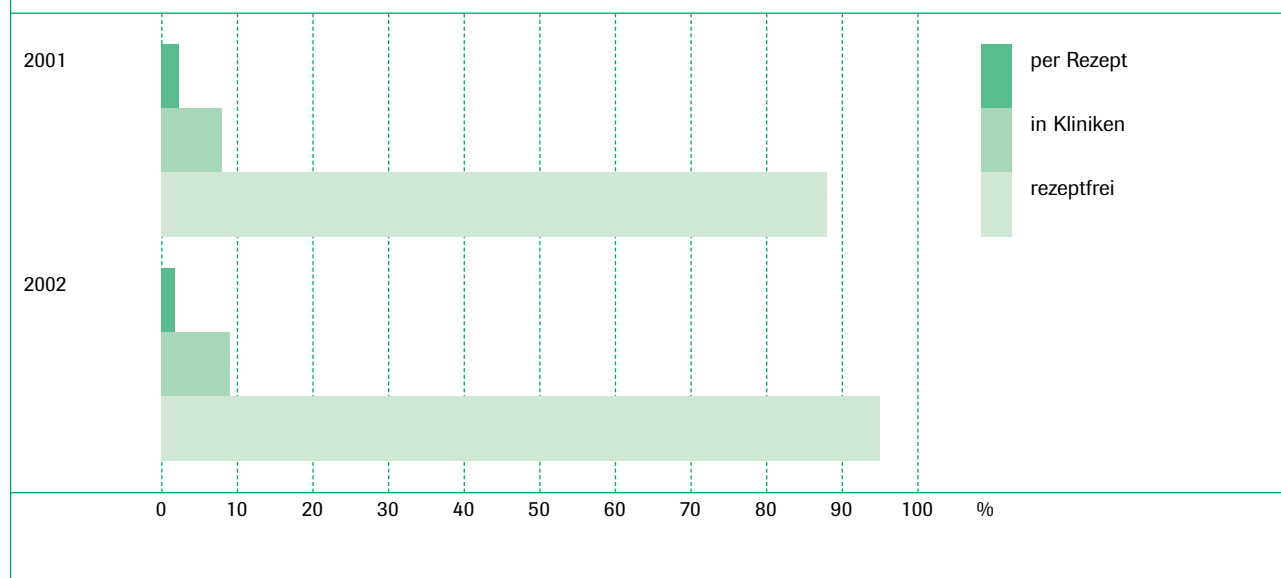
Anwendung der *Pille danach*

In Schweden gaben im Jahr 1996 25 % der Jugendlichen an, die *Pille danach* bereits einmal angewendet zu haben [20]. Im Jahr 1999 stieg diese Zahl an auf 49 % [15]. Schülerinnen der Sekundarstufe II in einem Stockholmer Vorort mit einer wirtschaftlich schlechter gestellten Bevölkerung hatten die *Pille danach* häufiger genommen. In Finnland hatten 12 % einer Stichprobe schon einmal Notfallverhütung betrieben [21]. Der Anteil der jüngsten Nutzerinnen war der größte: 30 % bei den Frauen zwischen 18 und 29. Die amtliche Statistik in Großbritannien zeigt für das Jahr 1999, dass 11 % der Frauen die *Pille danach* eingenommen hatten, ein Drittel der Frauen war zwischen 18 und 19 und 4 % waren zwischen 40 und 49 Jahren alt [22]. Zwei andere Untersuchungen zeigen den Gebrauch des Mittels in einer Größenordnung von zwischen 16 % und 67 % [23, 24].

In einigen Untersuchungen wurde eine Diskrepanz zwischen dem Wissen um die Notfallverhütung und dem Gebrauch des Mittels bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, festgestellt. Eine schwedische Studie aus dem Jahr 2000 hat nachgewiesen, dass die *Pille*

Abbildung 2

Abgabe der *Pille danach* von April bis Dezember 2001 und 2002



danach einen hohen Bekanntheitsgrad hat, dass 22% der Befragten sie zuvor bereits benutzt hatten, aber nur 2,3% das Mittel zur Verhütung der jetzt vorhandenen Schwangerschaft eingesetzt hatten [17]. 55% der Befragten hätten es benutzt, wenn sie das Mittel zur Hand gehabt hätten, ein Drittel der Befragten war sich des Schwangerschaftsrisikos nicht bewusst, und einige ließen es „darauf ankommen“. Andere Gründe dafür, die *Pille danach* nicht zu benutzen, waren Angst vor hormonellen Einflüssen, Gehemmtheit, um Hilfe nachzusuchen, zu hoher Preis und Bedenken wegen des Wirkmechanismus.

Der Übergang zum rezeptfreien Zugang

Im Mai 2001 wurde die *Pille danach* rezeptfrei zugänglich. In Jugendkliniken und einigen anderen Kliniken wird sie bis heute kostenlos ausgegeben. Der rezeptfreie Verkauf ist von 88% im Jahr 2001 auf 91% im Jahr 2002 angestiegen (Abb. 2) und erreichte in den Monaten Juli/August mit 12 000 Päckchen pro Monat (ebenso wie der Kondomverkauf) seinen Höchststand. Am meisten (zwei Drittel) wird an den Wochenenden verkauft.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2002 zeigt, dass die Anwenderinnen den rezeptfreien Zugang positiv bewerten. Sie sind der Meinung, dass die Rezeptfreiheit zu einer stärkeren Beteiligung der männlichen Partner an der Verhütung führt [25]. Die Frauen gehen davon aus, dass die Nachverhütung in der Verantwortung beider Partner liegt. Der Einsatz der *Pille danach* hat außerdem dazu geführt, dass die Männer sich stärker um die reguläre Verhütung kümmern. Die Anwenderinnen geben an, dass der Beipackzettel sehr gute Informationen bereitstellt, und betonen, dass die Einstellung derjenigen Personen, die die *Pille danach* ausgeben, von großer Bedeutung ist.

Vor allem Teenager oder Studentinnen, die über Erfahrungen mit mehreren Kontrazeptionsmethoden verfügen, nutzen auch die *Pille danach* im Notfall.

Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass die Benutzung von Verhütungsmitteln infolge der niedrigschwelligen Vergabe zurückgegangen ist. Die vorläufigen Berichte aus den ersten sechs Monaten des Jahres 2003 zeigen einen leichten Rückgang der Abtreibungen bei Teenagern um 5%.

Die Einstellung zur *Pille danach* und deren freiem Verkauf über den Ladentisch ist auch seitens der ApothekerInnen und dem Personal in den Jugendkliniken überwiegend positiv [26]. Die Sorge, sie könne dazu beitragen, unter Teenagern das Risikoverhalten im Sexualbereich zu fördern, wurde nicht bestätigt. Es erscheint allerdings wichtig, eine funktionelle Vernetzung der Apotheken mit den Jugendkliniken zu entwickeln. Frühere Studien haben gezeigt, dass die Anwendung regulärer Verhütungsmittel nicht zurückgeht, wenn die *Pille danach* zu Hause zur Verfügung steht [27], und dass sich die Zahl der Geschlechtskrankheiten nicht erhöht [28, 29]. Es konnte im Gegenteil gezeigt werden, dass die Benutzung regulärer Verhütungsmittel zunimmt, nachdem die *Pille danach* einmal angewendet worden ist [30].

Die wirklich wichtige Frage ist, ob sich durch die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* die Rate der Schwangerschaftsabbrüche vermindern lässt. Statistiken aus den USA zeigen reduzierte Abtreibungsraten, die einem vermehrten Einsatz dieser Notfallkontrazeption zugeschrieben werden [31]. Eine ähnliche Schlußfolgerung lässt eine schwedische Untersuchung über Frauen, die eine Schwangerschafts-

unterbrechung wünschen, zu: Danach haben weniger als 3% dieser abbruchwilligen Frauen die *Pille danach* genommen, um die Schwangerschaft zu verhindern. Man kann davon ausgehen, dass in Relation zu jeder Schwangerschaft, die nach der Einnahme der *Pille danach* eintritt, drei verhütet wurden [31], dass also auch die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Einnahme der *Pille danach* sinkt.

Zusammenfassung

In Schweden ist der Bekanntheitsgrad der *Pille danach* hoch, besonders bei jungen Frauen. Detaillierteres Wissen, etwa über die Wirksamkeit, den Wirkmechanismus, die Zeitgrenzen und die Nebenwirkungen, ist nur begrenzt vorhanden, und dieser Mangel an Wissen verhindert die allgemeine Verbreitung des Mittels. Die Möglichkeit, die *Pille danach* rezeptfrei zu erhalten, wurde von den Anwenderinnen ebenso begrüßt wie von den ApothekerInnen und dem Personal in den Jugendkliniken. Sie fördert die Beteiligung der männlichen Partner am Gebrauch von Verhütungsmitteln. Die Bedeutung einer freundlichen, neutralen Behandlung („treatment“) bei der Vergabe wird betont. Man kann zusammenfassend feststellen, dass die *Pille danach* noch immer eine zu wenig genutzte Möglichkeit oder eine zweite Chance ist, eine unerwünschte Schwangerschaft beziehungsweise einen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden.

Kristina Gemzell-Danielsson

Fragen aus dem Publikum

Dr. med. Hamann, Gynäkologe, Balance Berlin

Er kommentiert, dass das schwedische Modell, bei dem auch Hebammen zur Vergabe der *Pille danach* berechtigt sind, auch für Deutschland Vorbild sein könnte. Er hält es für sehr wichtig, dass Betroffene und gerade Jugendliche sehr schnell die *Pille danach* erhalten. Hebammen seien auch in den meisten Dörfern tätig und sie arbeiteten eng mit den ÄrztInnen zusammen ...

Wir sehen, dass Jugendliche früher sexuell aktiv werden, und dass sexuelle Krankheiten zugenommen haben. Besteht nicht das Risiko, dass Krankheiten übersehen werden, wenn die *Pille danach* frei vergeben wird?

Darauf achten die Hebammen in den Jugendkliniken. Sie achten genau auf diese Krankheiten. Wir empfehlen Jugendlichen in den Kliniken, dass sie sich auf Chlamydien untersuchen lassen und dass sie außerdem sofort nach Verwendung der *Pille danach* die normale Pille wieder einnehmen.

Angelika Heßling, BZgA Köln:

Gibt es eine Altersbegrenzung bei der Abgabe der *Pille danach* an Minderjährige?

Es gibt keine Altersbegrenzung in Schweden.

Dr. Pott, BZgA Köln:

Sie haben seit 1995 einen starken Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen von 51% unter jungen Frauen festgestellt. Was sind die Gründe dafür?

Ich weiß nicht genau, warum das so ist, aber ein wichtiger Faktor war sicher die Kürzung der Mittel für sexuelle Aufklärung. Ich glaube auch, dass die Medien hier eine große Verantwortung tragen. Die Frauen, junge und ältere, wurden aufgeschreckt wegen der Pille, die Angst vor hormonellen

Einflüssen ist sehr gewachsen. Vielleicht ist es auch eine veränderte Ansicht, dass Pillen nicht natürlich sind. Viele Frauen machen eine „Pillenpause“, wenn eine Beziehung endet, um ihrem Körper Ruhe zu geben ...

Die Angst vor HIV-Infektionen lässt allgemein nach. Hat das zu mangelndem Verhütungsverhalten und steigenden Zahlen bei Schwangerschaften in Schweden geführt?

Viele halten das für einen Rückschlag für die Kondomkampagne, weil vorübergehend Kondome stark genutzt wurden; jetzt werden sie weniger häufig verwendet, ohne durch andere Verhütungsmittel ersetzt zu werden.

Dr. med. Winkelmann, EPLD-Ärztevereinigung, European Pro-Life-Sektion, München:

Ich bin überrascht über Ihre Aussage, die Pille danach würde nicht auf das Endometrium wirken und sei kein Nidationshemmer¹. Das ist ja gerade der Grund, warum wir Lebensschützer sagen, die Pille danach ist eine Frühabtreibung.

Unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass sie keinen Einfluss auf das Endometrium hat, das heißt, die lebensschützenden Menschen sind nicht so gut informiert.

Literatur

- [1] HOLMGREN, K./UDDENBERG, N.: Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecol Obstet Invest.* 1993; 36 (1): 15–20
- [2] Abortions 2002. Official statistics of Sweden. The National Board of Health and Welfare. Centre for Epidemiology. 2003
- [3] BARTFAI, G.: Emergency contraception. In: *Clinical practice: global perspectives.* Int J Gynaecol Obstet 2000; 70, 49–58
- [4] YUZEPE, A. A./LANCE W. J.: Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a potential contraceptive. *Fertil Steril* 1977; 28, 932–936
- [5] WHO TASK FORCE ON POST-OVULATORY METHODS FOR FERTILITY REGULATION: *Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception.* Lancet 1998; 352, 428–433
- [6] WHO TASK FORCE ON POST-OVULATORY METHODS FOR FERTILITY REGULATION: *Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial.* Lancet 1999; 353, 697–702
- [7] LIPPES, J./TATUM, H. J./MAULIK, D./SIELEZNY, M.: Postcoital copper IUDs. *Adv Plan Parent* 1979; 14, 87–94
- [8] GLASIER, A.: Safety of emergency contraception. *JAMWA* 1998; 53, 219–221.
- [9] Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. United Nations Development Programme/United Nations Population Fund/World Health Organization/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. *Contraception.* 2000; 61, 303–308
- [10] DURAND, M./CRAVIOTO, M./RAYMOND, E. G.: The mechanism of action of short term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64, 227–234
- [11] MARIONS, L./HULTENBY, K./LINDELL, I./SUN, X./STABI, B./GEMZELL-DANIELSSON, K.: Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100, 65–71
- [12] BYGDEMAN, M./LINDAHL, K.: Sex education and reproductive health in Sweden in the 20th century. Swedish government official reports, 37, Ministry for foreign affairs. 1994
- [13] *The quality study of the Swedish school agency* 1999. The National agency for education. 2000
- [14] LARSSON, G./BLOHM, F./SUNDELL, G./ANDERSCH, B./MILSOM, I.: A longitudinal study of birth control and pregnancy outcome among women in a Swedish population. *Contraception.* 1997 Jul; 56(1): 9–16
- [15] EDGARDH, K.: Adolescent sexual health in Sweden. *Sex transm infect.* 200; 78, 352–356
- [16] TYDEN, T./BINGEFORS, K./ODLIND, V.: Oral contraceptives and compliance: reaction to cardiovascular alarm among users. *Adv Contracept.* 1999; 15, 133–139
- [17] ANEBLOM, G./LARSSON, M./ODLIND, V./TYDEN, T.: Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women

¹ Nidation = Einnistung des befruchteten Eis in den Uterus, Anm. d. Red.

- presenting for induced abortion. *BJOG.* 2002 Feb; 109 (2): 155–60
- [18] ANEBLOM, G./LARSSON, M./TYDÉN, T.: Focus groups interviews of Swedish Teenage girls about the emergency contraceptive pill. *Scand J Sex.* 1999; 2: 175–184
- [19] HÄGGSTROM-NORDIN, E./HANSON, U./TYDEN, T.: Swedish teenagers' attitudes toward the emergency contraceptive pill. *J Adolesc Health.* 2001; 28: 313–318
- [20] TYDEN, T./WETTERHOM, M./ODLIND, V.: Emergency contraception: the user profile. *Adv Contracept.* 1998, 14, 171–178
- [21] VIRJO, I./KIRKKOLA, A. L./ISOKOSKI, M./MATILLA, K.: Use and knowledge of hormonal emergency contraception. *Adv Contracept.* 1999; 15(2): 85–94
- [22] *Contraception and sexual health 1999.* London: Office for National Statistics 2001
- [23] ROWLANDS, S./DEVALIA, H./LAWRENSON, R./LOGIE, J./INEICHEN, B.: Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *Br J Fam Plann.* 2000 Jul; 26 (3): 138–43
- [24] ROIZEN, J./GARSIDE, R./BARNETT, L.: Repeat use of emergency contraception: How frequent is it? *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2001 Oct; 27(4): 197–201
- [25] ANEBLOM, G./LARSSON, M./VON ESSEN, L./TYDEN, T.: Women's voices about emergency contraceptive pills „over-the-counter“: a Swedish perspective. *Contraception.* 2002 Nov; 66(5): 339–43
- [26] ANEBLOM, G.: *The emergency contraceptive pill-a second chance. Knowledge, attitudes and experiences among users and providers.* Thesis, University of Uppsala, 2003, ISBN 91-554-5676-6
- [27] GLASIER, A./BAIRD, D.: The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med.* 1998 Jul 2; 339(1): 1–4
- [28] KETTLE, H./CAY, S./BROWN, A./GLASIER, A.: Screening for Chlamydia trachomatis infection is indicated for women under 30 using emergency contraception. *Contraception.* 2002 Oct; 66(4): 251–3
- [29] FALK, G./FALK, L./HANSON, U./MILSOM, I.: Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception.* 2001 Jul; 64(1): 23–7
- [30] RAINE, T./HARPER, C./LEON, K./DARNEY, P.: Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol.* 2000 Jul; 96(1): 1–7
- [31] JONES, R./DARROCH, J. E./HENSHAW, S. K.: Contraceptive use among US women having abortions in 2000–2001. Perspectives on sexual and reproductive health. 2002, 34, 294–303
- [32] TRUSSEL, J./RODRIGUES, G./ELLERTSON, C.: Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999, 59, 147–151



Kristina Gemzell-Danielsson ist Professorin für Geburtshilfe und Gynäkologie am Karolinska Institut, Stockholm, Schweden. Sie leitet die Forschungs Kooperation mit der WHO zum Thema „Menschliche Reproduktion“. Sie ist zudem Generalsekretärin der Schwedischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und Vorstandsmitglied der FIAPAC und der ICMA.

Kontakt:

Kristina Gemzell-Danielsson
Department of Woman and Child Health,
Division for Obstetrics and Gynecology,
Karolinska Hospital/Institutet
S-171 76 Stockholm, Sweden
Telefon (+46) 8 517 721 28
Telefax (+46) 8 517 743 14
kristina.gemzell@kbh.ki.se

Die *Pille danach* – Wirkungen, Nebenwirkungen, Verabreichung

Der Autor wertet verschiedene vergleichende Studien zu Yuzpe-Methode und Levonorgestrel unter medizinischen Gesichtspunkten aus. Levonorgestrel erscheint in diesem Vergleich sehr effektiv und zeichnet sich durch signifikant weniger Nebenwirkungen aus. Weitere Schwerpunkte sind der Einnahmezeitpunkt in Relation zur Effektivität von Levonorgestrel und der Wirkmechanismus der *Pille danach*, die den Studien zufolge keinerlei Auswirkungen auf eine bestehende Schwangerschaft hat und folglich nicht als Abortivum einzuordnen ist.

Bei jungen Frauen zwischen 19 und 26 Jahren beträgt die Schwangerschaftsrate nach einmaligem ungeschütztem Geschlechtsverkehr ein bis zwei Tage vor der Ovulation bis zu 50 %. Auf alle potenziell fruchtbaren Altersgruppen verteilt, liegt die entsprechende Schwangerschaftsrate bei 8 %. Nach wiederholt ungeschütztem Geschlechtsverkehr pro Zyklus ist die Schwangerschaftsrate 25 %. Um die Rate ungewollter Schwangerschaften und sich daraus ergebenden Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren, entwickelten Yuzpe et al. bereits in den Siebzigerjahren eine Form der Notfallkontrazeption, die aus einer kombinierten Verabreichung von 100 µg Ethinylestradiol sowie 1 mg Norgestrel, zweimal im Abstand von zwölf Stunden oral eingenommen (also insgesamt 200 µg Ethinylestradiol und 2 mg Norgestrel), besteht. Die Schwangerschaftsrate konnte damit von 8 % ohne Behandlung auf 2 % nach Behandlung signifikant gesenkt werden, wenn die Behandlung innerhalb von 72 Stunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr beginnt, unabhängig von der Einnahmezeit innerhalb des Menstruationszyklus. Leider ergaben sich aus der Behandlung gehäuft Nebenwirkungen, wie Übelkeit (50 % aller Patientinnen) und Erbrechen (20 % aller Patientinnen). Da „Gestagen-only-pills“ ebenfalls eine hohe kontrazeptive Wirkung haben, untersuchte Helga von Hertzen im Rahmen einer großen Multi-center-Studie ein Behandlungsregime, das ausschließlich aus der Gestagenkomponente besteht, und zwar 0,75 mg Levonorgestrel (LNG), das aktive Isomer von Norgestrel, zweimal im Abstand von zwölf Stunden oral eingenommen. Die Schwangerschaftsrate reduzierte sich gegenüber Yuzpe von 3,2 % (Yuzpe) auf 1,1 % (LNG), $P = 0,01$, und auch die Nebenwirkungen nach LNG waren signifikant seltener als nach Yuzpe (Übelkeit/Brechreiz in 51/19 % nach Yuzpe gegenüber 23/6 % nach LNG). Auf Basis der natürlichen

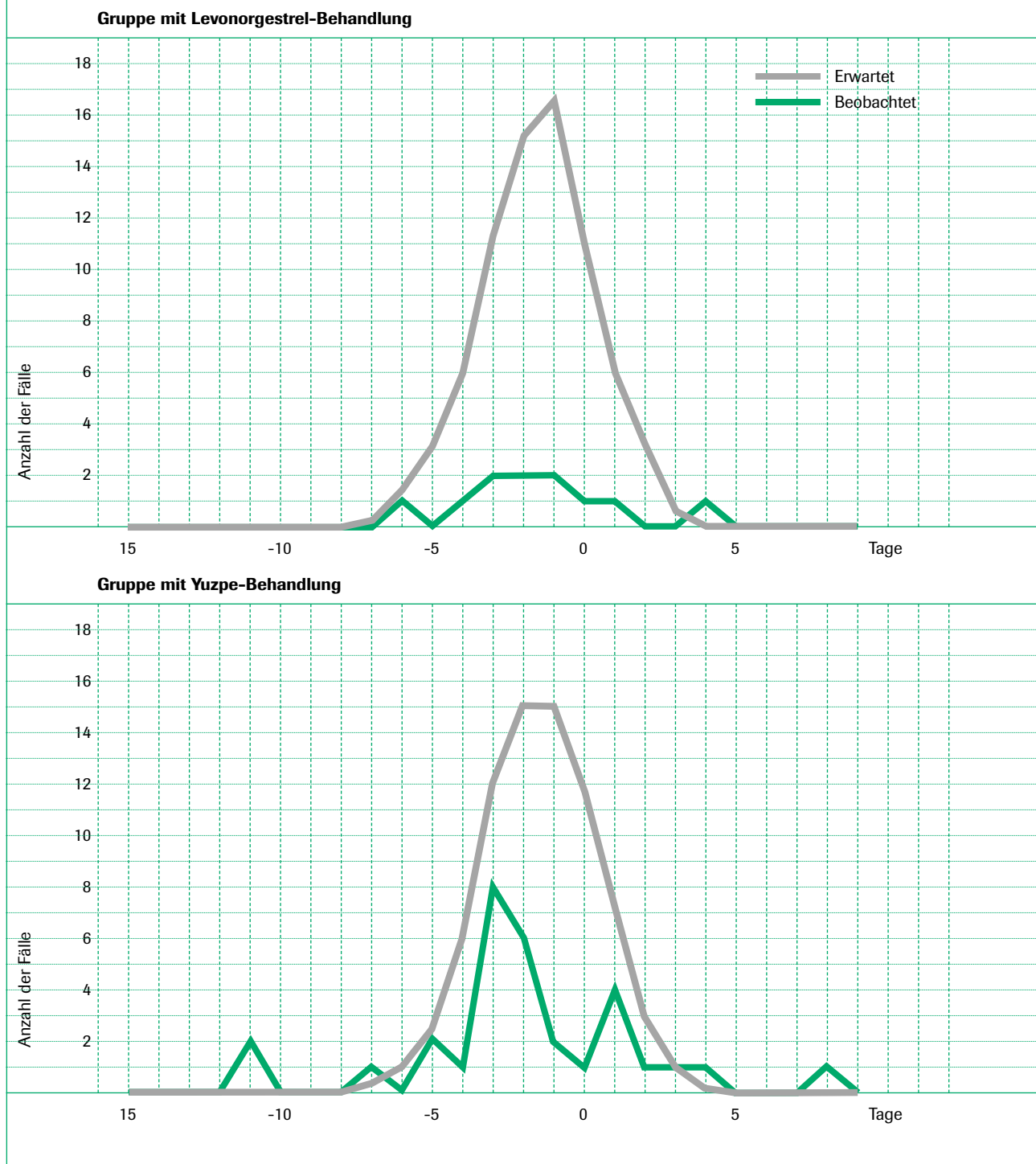
Schwangerschaftsrate pro Zyklus wurden ohne Therapie 72 bis 75 Schwangerschaften auf ca. 1000 Patientinnen pro Zyklus angenommen. Hier wurden nach Yuzpe nur 31 Schwangerschaften beobachtet, nach LNG-Monotherapie sogar nur 11 Schwangerschaften. Das bedeutet, Yuzpe hat 57 % der möglichen, kalkulierten Schwangerschaften verhindert, LNG sogar 85 % (Abbildung 1).

Die einmalige Verabreichung von 1,5 mg LNG ist genau so effektiv wie die Verteilung von LNG auf zweimal 0,75 mg (Schwangerschaftsrate 1,5 % vs. 1,8 %, NS).

Ein großer Nachteil des früher üblichen Yuzpe-Regimes ist die hohe Rate an Nebenwirkungen. Diese Nebenwirkungen konnten durch LNG-Monotherapie signifikant gesenkt werden. So reduzierten sich Übelkeit, Brechreiz, Schwindel und allgemeines Schwächegefühl unter LNG-Monotherapie signifikant gegenüber Yuzpe (Übelkeit 23 % vs. 51 %; Brechreiz 6 % vs. 19 %, Schwindel 11 % vs. 17 %, Schwäche 17 % vs. 29 %; LNG vs. Yuzpe, $P < 0,01$). Die einmalige Verabreichung von 1,5 mg LNG ändert die Rate der Nebenwirkungen gegenüber der zweimaligen Verabreichung von 0,75 mg nicht. Das bedeutet, dass einmalig 1,5 mg LNG genauso verabreicht werden kann wie zweimal 0,75 mg LNG. Weiterhin wurden Schwangerschaftsrate und Nebenwirkungen der einmaligen Verabreichung von 10 mg des Antigestagens Mifepristone gegenüber zweimal 0,75 mg LNG oder einmalig 1,5 mg LNG untersucht. Die Effektivität von Mifepristone war mit einer Schwangerschaftsrate von 1,5 % genauso hoch wie nach LNG (1,5 %). Auch die Nebenwirkungen unterschieden sich nahezu nicht voneinander. Der einzige Unterschied bestand darin, dass nach Mifepristone seltener Blutungen auftraten (19 % vs. 31 %, Mifepristone vs. LNG, $P < 0,0001$) und dass eine Verschiebung der natürlichen Menstruation um mehr als sieben Tage hinter den erwarteten Zeitpunkt

Abbildung 1

Beobachtete und erwartete Anzahl von Schwangerschaften behandelter Frauen, bei denen der Zeitpunkt des Verkehrs in Beziehung zur angenommenen Ovulation gesetzt wurde



häufiger nach Mifepristone als nach LNG auftrat (9% vs. 5%, Mifepristone vs. LNG, $P < 0.0001$) (Abbildung 2).

Daraus resultiert allerdings der Nachteil, dass die Patientin nach Mifepristone häufiger in Unklarheit darüber ist, ob sie nicht doch schwanger geworden ist und dies der Grund dafür ist, dass die Menstruationsblutung länger als sieben Tage nach dem erwarteten Zeitpunkt ausgeblieben ist. Zusammenfassend sprechen diese Nachteile gegen den klinischen Einsatz von Mifepristone als Notfallkontrazeption.

Relation zwischen Einnahmezeitpunkt und Wirkung von LNG

Im Rahmen von zwei weiteren Studien wurde untersucht, in welchem Ausmaß sich die Effektivität der LNG-Therapie bezogen auf die Einnahmezeit nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr ändert. Hier kamen die Studien zu heterogenen Ergebnissen. Zwei 1999 und 2002 im Lancet publizierte Untersuchungen ergaben eine Schwangerschaftsrate bei Beginn der Einnahme binnen 12 Stunden nach ungeschütztem Verkehr von weniger als 1%, gegenüber etwas mehr als 3% bei Beginn der Einnahme innerhalb von

Abbildung 2

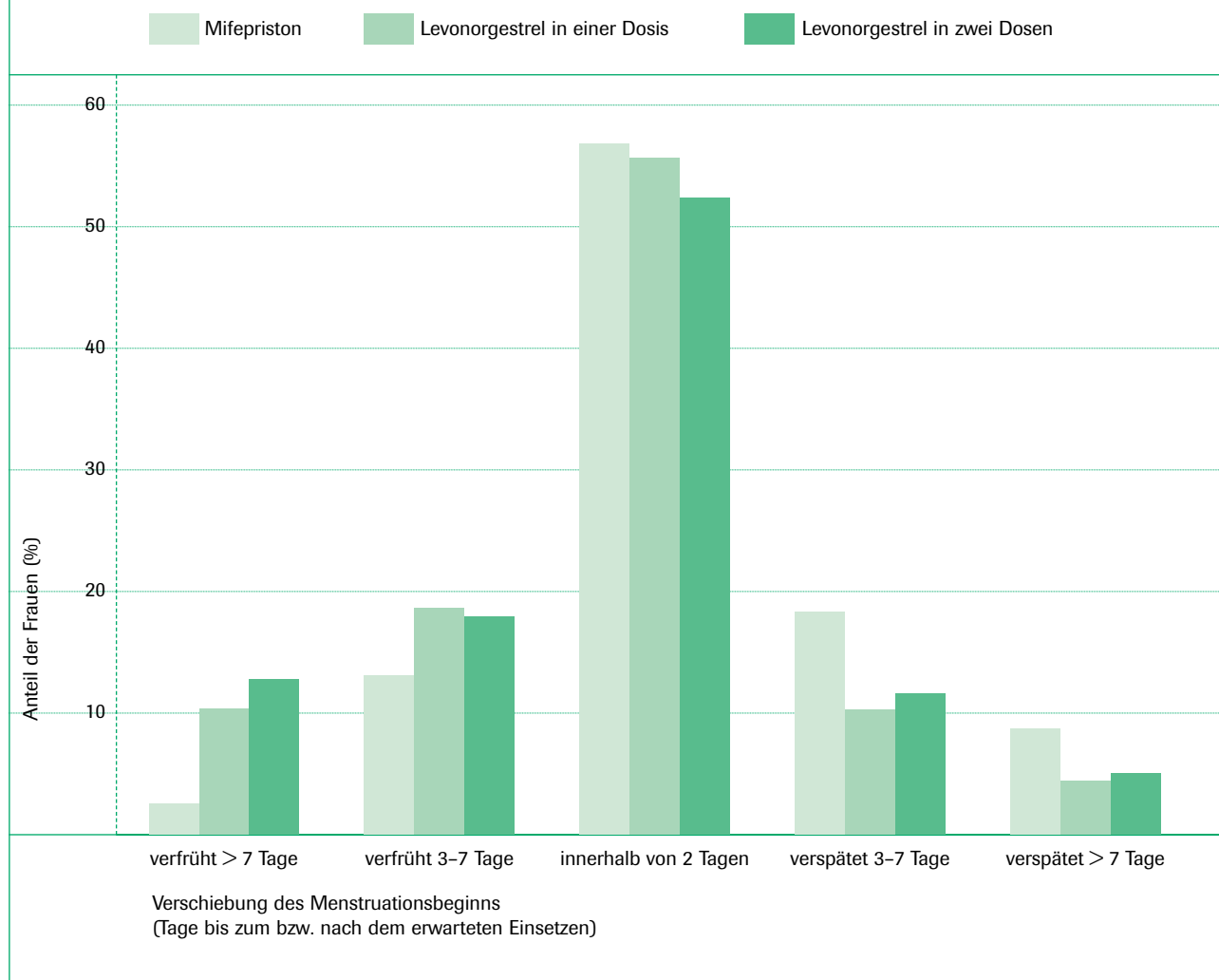
Verschiebung der Monatsblutung nach Verhütung post coitum

Abbildung 3

Berechnete Effektivitätsraten der Yuzpe-Methode zur Notfallkontrazeption, unterteilt danach, ob der Verkehr ≥ 2 Tage vor der Ovulation oder zu einem späteren Zeitpunkt stattgefunden hat

Studie	Für die Empfängniswahrscheinlichkeit benutzte Daten*									
	Britisch		NC-ac**		NC-rc**		gepoolte ac		gepoolte rc	
	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2
Glasier et al. [20]	100,0	67,4	100,0	70,4	100,0	51,3	100,0	68,2	100,0	61,4
Van Santen et al. [21]	85,1	78,1	87,4	83,8	83,4	67,6	86,8	80,7	85,9	74,3
Percival-Smith et al. [22]	92,1	59,5	93,3	62,4	91,9	40,1	93,1	60,1	92,8	52,1
Zuliani et al. [23]	72,5	79,5	77,1	78,8	70,7	69,1	75,9	78,9	74,6	75,6
Ho et al. [24]	78,8	49,8	81,0	56,7	76,4	24,6	81,0	52,3	79,6	40,5
Webb et al. [25]	79,9	62,1	84,1	62,0	81,1	44,4	83,0	61,2	82,6	55,0
WHO et al. [26]	54,2	82,7	59,1	85,2	51,0	74,3	59,3	83,6	57,2	79,6
Population Council 2002 [unpublished]	88,4	48,8	90,2	56,6	87,4	21,9	89,8	51,9	89,2	39,3
gesamt	77,4	68,5	80,4	72,0	75,8	52,9	80,0	69,6	78,9	62,7

*Die Werte verstehen sich als Prozent.

**NC = North Carolina

ac = alle Schwangerschaften

rc = nachgewiesene Schwangerschaften

Abbildung 4

Berechnete Effektivitätsraten der Yuzpe-Methode zur Notfallkontrazeption, unterteilt danach, ob der Verkehr ≥ 1 Tag vor der Ovulation oder zu einem späteren Zeitpunkt stattgefunden hat

Studie	Für die Empfängniswahrscheinlichkeit benutzte Daten*									
	Britisch		NC-ac**		NC-rc**		gepoolte ac		gepoolte rc	
	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2	≤ -2	> -2
Glasier et al. [20]	90,4	50,2	90,7	66,5	88,9	-18,0	90,8	60,4	90,2	37,7
Van Santen et al. [21]	90,5	51,0	91,2	74,2	88,9	9,0	90,9	65,2	90,4	41,5
Percival-Smith et al. [22]	90,6	7,0	91,2	26,9	89,6	-157,4	91,1	14,3	90,7	-34,3
Zuliani et al. [23]	78,4	69,2	79,3	72,6	74,8	3,5	78,7	72,6	77,6	59,7
Ho et al. [24]	81,6	-14,5	82,4	28,2	78,6	-152,8	82,4	11,7	81,2	-41,5
Webb et al. [25]	76,8	23,9	77,8	39,7	74,0	-112,4	77,1	35,2	76,2	2,1
WHO et al. [26]	70,0	64,1	71,0	77,9	65,7	22,3	71,1	72,6	69,6	55,8
Population Council 2002 [unpublished]	85,9	-1,7	86,9	36,2	83,7	-124,6	86,5	21,5	85,7	-25,7
gesamt	81,3	33,5	82,2	56,9	78,6	-51,7	82,0	47,9	81,0	17,3

*Die Werte verstehen sich als Prozent.
 **NC = North Carolina ac = alle Schwangerschaften rc = nachgewiesene Schwangerschaften

61 bis 72 Stunden nach ungeschütztem Verkehr. Drei andere, kleinere Studien zeigten keinen Unterschied der Effektivität, ob die Einnahme unmittelbar nach dem ungeschützten Verkehr beginnt oder innerhalb von 120 Stunden (fünf Tage!) danach. Die sich daraus ergebende Konsequenz lautet, dass die orale Notfallkontrazeption mittels LNG immer durchgeführt werden kann, wenn nicht mehr als fünf Tage nach dem ungeschützten Verkehr verstrichen sind.

Die Pille danach ist sicher und kein Abortivum

Die Notfallkontrazeption ist sicher. Es existieren ausschließlich anekdotische Berichte über thrombembolische Ereignisse und extrauterine Schwangerschaften, die mit der Verabreichung oraler Notfallkontrazeption assoziiert sind. Ein kausaler Zusammenhang konnte nicht belegt werden. Keine Studie war bisher groß genug, ein mögliches teratogenes Risiko¹ auf bestehende Schwangerschaften zu untersuchen. Allerdings ist die gewöhnliche orale Kontrazeption auch nicht teratogen wirksam. Für die Sinnhaftigkeit einer gynäkologischen Untersuchung, eines Schwangerschaftstests oder der anamnestischen Evaluierung von Risikofaktoren wie vor der Verabreichung einer langfristigen oralen Kontrazeption existiert für die Notfallkontrazeption bislang kein Beleg.

Der exakte Wirkmechanismus der oralen Notfallkontrazeption ist ungeklärt. Sicher ist, dass die orale Notfallkontrazeption mit einer etablierten Schwangerschaft nicht interferiert². Die orale Notfallkontrazeption ist daher kein Abortivum.

Experimentell mehren sich Hinweise, dass die Ovulation unterdrückt wird. Im Rahmen einer 2003 publizierten Studie untersuchten Trussell et al. die Effektivität des Yuzpe-Regimes, wobei sie die Anwenderinnen einerseits danach

einordneten, ob der ungeschützte Verkehr innerhalb von zwei Tagen vor der Ovulation oder früher als zwei Tage vor der Ovulation stattgefunden hat und andererseits danach, ob der ungeschützte Verkehr innerhalb eines Tages vor der Ovulation oder früher als einen Tag vor der Ovulation stattgefunden hat. Bei Einnahme innerhalb von zwei Tagen vor der Ovulation betrug die Effektivität bezogen auf die tatsächlich nachgewiesenen Schwangerschaften 79 %, bei Einnahme früher als zwei Tage vor der Ovulation betrug die Effektivität 63 % (Abbildung 3, rechts unten).

Verschiebt man das Beobachtungsfenster einen Tag näher zur Ovulation, betrug die Effektivität innerhalb eines Tages vor der Ovulation 81 %, bei Einnahme früher als ein Tag vor der Ovulation nur mehr 17 % (Abbildung 4, rechts unten).

Das bedeutet, je näher vor der Ovulation die Yuzpe-Methode begonnen wird, desto größer ist deren Effektivität. Ähnliche Daten für das LNG-Regime existieren nicht.

Anhand von Tierversuchen, die an der Ratte durchgeführt wurden, zeigt sich, dass LNG die Ovulation, abhängig von Dosis und Zeitpunkt, komplett oder teilweise hemmt. LNG hatte allerdings keinerlei Effekt auf die Fertilisation oder Implantation³ nach Verabreichung kurz vor oder nach der Paarung oder vor der Implantation. Die sich daraus ergebende Schlussfolgerung lautet, dass der Wirkmechanismus des Yuzpe-Regimes auf Basis einer teilweisen oder kompletten Unterdrückung der Ovulation basieren dürfte.

Fazit

Aus der vorhandenen Datenlage ergeben sich daher folgende Schlussfolgerungen: Die orale Notfallkontrazeption mittels LNG ist effektiv, sicher (keine Teratogenität nachgewiesen), terminiert keine bestehende Schwangerschaft und weist keinerlei schwerwiegende Nebenwirkungen auf. Gegen die rezeptfreie Vergabe in Apotheken auf Wunsch der Anwenderin bestehen daher keine sachlichen Argumente.

Walter Tschugguel

¹ Risiko von Missbildungen, Anm. d. Red.

² Interferenz: Überlagerung, Einwirkung, Anm. d. Red.

³ Hier: Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter Schleimhaut, Anm. d. Red.

Fragen aus dem Publikum

Magdalene Linz, Präsidentin der Niedersächsischen Apothekerkammer:

Wenn der Geschlechtsverkehr kurz nach der Ovulation stattgefunden hat, besteht noch das Risiko einer Schwangerschaft; wirkt die Pille danach dann auch noch?

Ich glaube, dass sie dann nur noch einen marginalen oder fast keinen Effekt hat.

Jutta Franz, pro familia Sachsen-Anhalt:

Was bedeutete das für die Beratung? Beratungsstellen und ApothekerInnen müssten sehr genaue Angaben über den Zyklus und den Zeitpunkt der Ovulation haben, das ist bei meinen Klientinnen kaum denkbar, und das Zeitfenster, in dem die Pille danach wirksam ist, scheint mir jetzt sehr eingeschränkt.

Die Ergebnisse lassen zwar darauf schließen, dass die Pille danach nach der Ovulation keine große Wirkung hat, aber in keinem Fall richtet sie einen Schaden an. Es könnte allerdings wirklich sein, dass die Effektivität nur in einem kleineren Zeitfenster stattfindet, das ist richtig. (...)

Dr. Ines Thonke, pro familia Bundesverband:

Gibt es ernst zu nehmende Interaktionen mit anderen Medikamenten, die beispielsweise die Wirkung von Levonorgestrel abschwächen können?

Mir sind keine Daten bekannt zu irgendeinem Medikament, das die Wirkung von Levonorgestrel signifikant abschwächen könnte, dazu ist die Dosis zu hoch gewählt. (...)

Solange die Abgabe bei uns noch immer an einen Arztbesuch geknüpft ist, hätte man ja die Chance, eine erfolgte Ovulation per Ultraschall oder Hormonstatus nachzuweisen. Bei erfolgter Ovulation könnte man aufgrund der vorliegenden Datenlage sagen, „Die Pille danach ist nicht mehr effektiv, ich würde Ihnen zu einer Spirale danach raten.“

Sie können den Zeitpunkt einer Ovulation nie genau messen, (...), aber hundertprozentig sicher, da haben Sie Recht, wäre es, wenn man der Patientin noch etwas Mechanisches anbietet.

Sie haben gesagt, dass man auf jeden Fall die Pille danach verschreiben sollte, wenn der Geschlechtsverkehr nicht länger als fünf Tage zurückliegt. Ist das Ihre persönliche Meinung, oder ist das Standard in Österreich?

Es gibt in Österreich darüber keinen Standard, weder von der ÖGGG, also von der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, noch Klinik-interne Standards; „guidelines“ müssen erst noch festgelegt werden. Ich bin aber auf Basis der Datenlage der Ansicht, dass jede Patientin die Pille danach innerhalb von fünf Tagen in jeder Apotheke holen können sollte, das ist meine persönliche Meinung.



Prof. Dr. Walter Tschugguel ist Arzt an der Universitätsklinik Wien, Abteilung für Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung mit einer Zusatzausbildung für Klinische Hypnose und Kommunikation sowie NLP. Er lehrt unter anderem an der Medizinischen Universität Wien, Klinik für Frauenheilkunde (dort auch Klinische Hypnose).

Kontakt:

Prof. Dr. Walter Tschugguel
Universitätsklinik Wien,
Abteilung für Endokrinologie und
Sterilitätsbehandlung
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
Telefon (0043) 43 676 92 42 924
Walter.Tschugguel@akh-wien.ac.at

Die *Pille danach* – Ergebnisse der Studie „frauen leben – Lebensläufe und Familienplanung“

Notfallverhütung als ein Aspekt im Verhütungsverhalten von Frauen in Deutschland wurde im Rahmen der Studie „frauen leben ...“ in den Blick genommen. Rund 1500 Frauen aus städtischen und ländlichen Gebieten wurden nach ihren Erfahrungen mit der *Pille danach* befragt. Die Ergebnisse sind überraschend und gesundheitspolitisch von großer Relevanz, geben sie doch Auskunft über das Alter der Anwenderinnen, ihre Bildung, biografische Situation und damit über bestimmte Muster, die zur Einnahme der *Pille danach* – unter den gegebenen Bedingungen der Rezeptpflicht – führen.

Vorbemerkung

In die Diskussion über die *Pille danach* gehen oft nicht belegte Annahmen und eher anekdotisches Wissen darüber ein, welche Frauen die *Pille danach* nehmen und unter welchen Umständen sie dies tun. Befürchtungen werden geäußert, Frauen könnten die *Pille danach* als reguläre Verhütung einsetzen. Häufig fehlen verlässliche Informationen zu ihrer Nutzung und zu den Folgen dieser Nutzung.

Die Ergebnisse der Studie „frauen leben – Lebensläufe und Familienplanung“ im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, zeigen, dass die Vorstellung der unaufgeklärten Jugendlichen als Nutzerinnen der *Pille danach* ebenso wenig haltbar ist wie der Verdacht, die *Pille danach* sei nur aufgrund schlampiger oder unterlassener Verhütung notwendig beziehungsweise leiste dieser Vorschub. Auch kann die Sorge entkräftet werden, die *Pille danach* werde zur regulären Verhütung eingesetzt. Aus der Studie ergeben sich zudem Hinweise darauf, dass die *Pille danach* dazu beitragen kann, Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, und sie zeigt – über einen Vergleich der Daten mit denen aus Ländern, wo die *Pille danach* frei zugänglich ist –, wie sich die bislang verfolgte Praxis der Abgabe der *Pille danach* auf deren Nutzung auswirkt.

Angaben zur Studie

Das Forschungsprojekt „frauen leben – Lebensläufe und Familienplanung“ wurde 1997 bis 1999 im Auftrag der BZgA von einem Forschungsverbund durchgeführt¹. Thema war die Familienplanung im Lebenslauf aus Sicht der Frauen selbst, mit allen Aspekten, die dazugehören, wie Partnerschaften, Verhütung, Kinderwunsch und -planung, Schwangerschaften, Geburten, Abbrüche, Fruchtbarkeitsstörungen etc. Befragt wurden im Jahr 1998 Frauen in Hamburg, Freiburg und Leipzig (Stadt und ländlicher Raum) zwischen 20 und 44 Jahren (vgl. BZgA 2001b).

- Bei 1468 Befragten wurden telefonisch mit einem standardisierten Fragebogen rückblickend „Meilensteine“, Eckdaten, Phasenabfolgen und Entwicklungsprozesse in den Bereichen der Familienplanung erhoben. Die Stichprobe wurde mit einer altersquotierten Zufallsstichprobe aus den Einwohnermelderegistern gewonnen; sie kann für die Regionen, nicht aber für das Bundesgebiet als repräsentativ gelten.
- Eine Teilgruppe von 101 Frauen wurde in Freiburg und Leipzig um eine mündliche, freie Erzählung ihrer Lebensgeschichte mit eigenen Worten gebeten. Diese Stichprobe wurde mit einem kontrastierenden Verfahren zusammengestellt, das heißt sie ist gewollt heterogen, was die Sozialmerkmale der Befragten angeht.

Für die Einschätzung der Ergebnisse ist zu beachten: Es handelt sich um retrospektive Angaben; Ereignisse wie zum Beispiel die Einnahme der *Pille danach* können theoretisch in ein Zeitfenster von frühestens 1966 und spätestens 2003 fallen. Die Nutzung fand immer unter den Bedingungen des eingeschränkten Zugangs zur *Pille danach* statt.

¹ Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut der EFH Freiburg, Forschungsstelle Partner- und Sexualforschung der Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Leipzig, und Nordig-Institut für Gesundheitsforschung und Prävention, Hamburg

Das Besondere der Studie liegt darin, dass die standardisierten Angaben aus der Telefonbefragung und die Erzählungen aus den qualitativen Interviews jeweils einander zugeordnet werden können. Auf diese Weise kann die subjektive Sicht der Befragten die statistischen Angaben ergänzen, und eine Rekonstruktion des komplexen Geschehens ist in seiner Bedeutung für die Befragten für eine Teilgruppe von 101 Frauen möglich.

In der standardisierten Befragung gab es drei Fragen, auf die hin die Frauen die Einnahme der *Pille danach* hätten erwähnen können:

- Zunächst wurden die Befragten gebeten, alle Verhütungsmittel zu nennen, die sie länger als sechs Monate genommen hatten. Keine der Befragten gab hier die *Pille danach* an.
- Es wurde dann eine ergänzende Liste mit allen Verhütungsmethoden und -mitteln vorgelegt, darunter auch die *Pille danach*. Die Befragten sollten ergänzen, welche Methoden aus der Liste sie gegebenenfalls auch nur kurz oder einmalig genommen hatten. Die *Pille danach* wurde auf diese Frage hin von 44 Frauen genannt.
- Es wurde zudem direkt abgefragt, ob, wie oft und in welchen Jahren die Frauen die *Pille danach* genommen hatten. Auf diese direkte Frage hin bejahten 119 von ihnen, dass sie jemals die *Pille danach* genommen hatten.

Diese Zahlen zeigen, dass Frauen die *Pille danach* nicht als längerfristige Verhütung einsetzen und dass viele – selbst wenn ihnen eine Einordnung im Kontext von Verhütung auf einer Liste nahe gelegt wird – die *Pille danach* nicht als Verhütungsmittel wahrnehmen.

Frauen, die die *Pille danach* nahmen

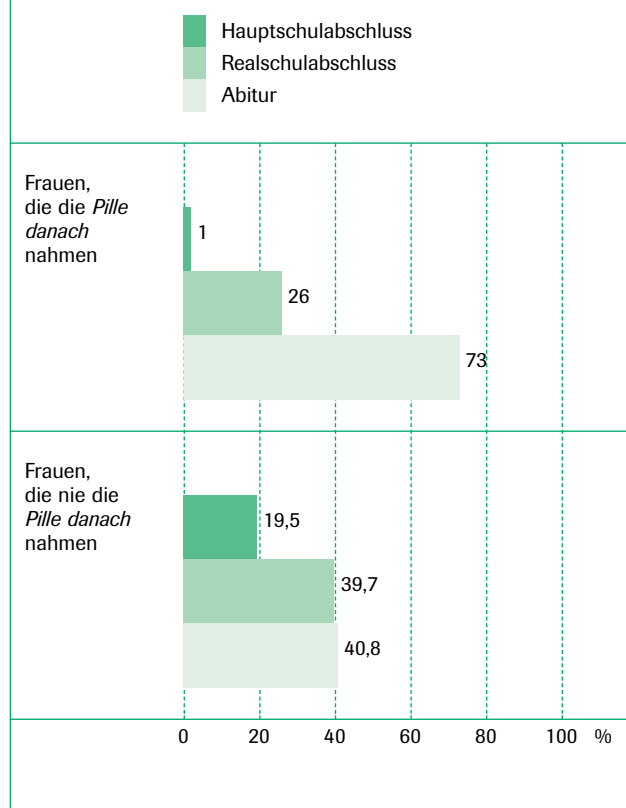
Insgesamt gaben 8% aller befragten Frauen zwischen 20 und 44 Jahren in Freiburg, Hamburg und Leipzig an, jemals die *Pille danach* genommen zu haben (119 von 1468). 2,7% der Gesamtstichprobe hatten sie mehrmals genommen (39 Frauen; davon 26 zweimal, 13 dreimal). Diese Angaben entsprechen den Ergebnissen der bundesweiten, repräsentativen Befragung 20- bis 44-jähriger Frauen, die EMNID 2003 im Auftrag der BZgA durchführte. Dort hatten 9% der sexuell aktiven Frauen zwischen 22 und 44 Jahren die *Pille danach* schon einmal genommen, davon 6% einmalig und 3% mehrmals (BZgA 2003, S. 28)².

In der südlichen Erhebungsregion lag der Anteil derjenigen, die jemals die *Pille danach* genommen hatten, bei 15%, im Norden bei 10% und im Osten bei 3%. Die *Pille danach* war zum einen in der DDR kaum verbreitet und schwer zugänglich. Für die geringe Nutzung im Osten mag zum anderen Ausschlag gebend sein, dass dort Frauen die Pille auch über viele Jahre hinweg nahmen ohne zu pausieren und dass Kondome nur in einer schlechten Qualität erhältlich und daher kaum beliebt waren. Möglicherweise war auf dieser Grundlage die Einnahme der *Pille danach* seltener notwendig.

Städterinnen hatten häufiger die *Pille danach* genommen als Frauen, die zum Befragungszeitpunkt auf dem Land lebten (12% versus 4%), und jüngere Frauen (unter 35 Jahre: 11%) häufiger als ältere (über 40 Jahre: 5%). Da aufgrund der geringen Verbreitung der *Pille danach* in den neuen Bundesländern nur 19 Frauen unserer Stichprobe aus Leipzig in die Auswertung eingehen konnten, werden die folgenden

Abbildung 1

Lebenszeitprävalenz Einnahme Pille danach nach Bildung (nur West)



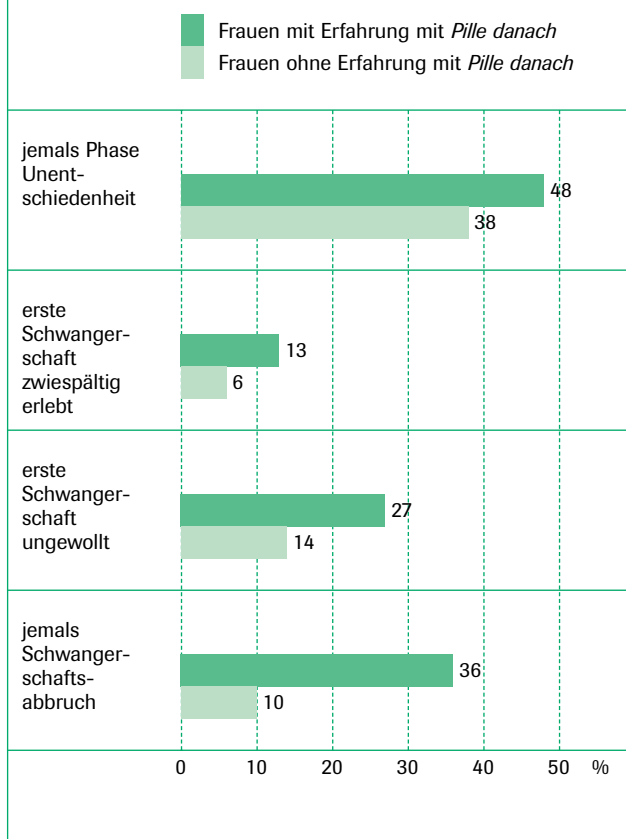
Auswertungen nur auf die alten Bundesländer beschränkt (n=100).

Vergleicht man die 100 Frauen aus den alten Bundesländern (Freiburg und Umland, Hamburg und Umland), die jemals die *Pille danach* genommen hatten, mit den 701 Frauen aus den gleichen Regionen ohne *Pille danach*-Erfahrung, dann fällt als erstes ein deutlicher Bildungsunterschied auf. Der Anteil der Frauen mit Abitur ist unter den Nutzerinnen der *Pille danach* deutlich höher. Unter den Frauen mit Hauptschulabschluss ist die Nutzung der *Pille danach* kaum verbreitet.

Dieser Bildungsunterschied, demzufolge vor allem Frauen mit einer höheren Bildung die *Pille danach* genommen hatten, findet keine Entsprechung in anderen Ländern, in denen die *Pille danach* frei zugänglich ist (Frankreich, Schweden). Dies könnte als Hinweis interpretiert werden, dass bei einer rezeptpflichtigen Abgabe eine niedrige Bildung eine Zugangsbarriere darstellt, weil sie häufig mit einer weniger guten Informiertheit, was Verhütung angeht, einhergeht (PLIES, NICKEL, SCHMIDT 1999, S. 73). Allerdings hielten sich subjektiv die Frauen mit und ohne *Pille danach*-Erfahrung in gleichem Maß (retrospektiv bewertet) für gut aufgeklärt über Möglichkeiten der Kontrazeption. Eine andere Erklärung

² 1995 betrug der Anteil der Mädchen zwischen 16 und 24 Jahren, die Erfahrung mit der „Pille danach“ hatten, 3,8% (BZgA 1995, S. 49). 2001 hatten 8% der 14- bis 17-jährigen Mädchen angegeben, die „Pille danach“ schon einmal und 1% sie mehrmals genommen zu haben (BZgA 2001a, S. 71). Da diese Einnahme in den letzten Jahren vor der Befragung geschehen sein muss, geben Jugenduntersuchungen ein genaueres Bild der aktuellen Einnahmesituation. Die Studie ergab weiterhin, dass 68% der befragten Mädchen Kenntnis von der „Pille danach“ hatten; die wichtigsten Quellen waren Freunde, aber auch die Medien spielten eine Rolle (a.a.O., S. 42).

Abbildung 2

Biografische Erfahrungen von Frauen mit und ohne Erfahrungen mit der Pille danach (nur West)³

könnte sein, dass vor allem hochqualifizierte junge Frauen die Geburt des ersten Kindes aufschieben und auch eine ungewollte Schwangerschaft in jungen Jahren eher abbrechen. Sie erleben rein biografisch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine ungewollte und nicht akzeptable Schwangerschaft und kommen so häufiger in die Situation, diese verhindern zu wollen.

Die Konfessionszugehörigkeit spielt statistisch keine Rolle, wohl aber die konfessionelle Bindung, die bei Frauen stärker war, die die *Pille danach* nie genommen hatten.

Das mittlere Alter bei der ersten Verwendung der *Pille danach* betrug 22,6 Jahre (Median). Das jüngste angegebene Alter war 11 Jahre; vier von den 100 Frauen waren noch nicht 15 Jahre alt, als sie die *Pille danach* nahmen. 40% waren zwischen 20 und 25 Jahre alt, ein Viertel 25 bis 30 Jahre. Da von den Nutzerinnen der *Pille danach* nicht nur das Jahr (bzw. das Alter bei) der Nutzung, sondern auch das Alter der Eheschließung und das Alter bei der ersten Geburt eines Kindes bekannt sind, konnte die Lebensform zum Zeitpunkt

3 Frage D15: „Einige Frauen haben berichtet, dass es Zeiten gab, in denen gleich viel für und gegen ein Kind sprach und eine eindeutige Entscheidung nicht möglich war. Haben Sie selbst so etwas einmal oder öfters erlebt?“; Frage E19: „Wie war Ihre Reaktion, als Sie merkten, dass Sie schwanger waren?“ Antwortvorgabe „teils-teils oder zwiespältig“; Frage E9: „War die Schwangerschaft gewollt?“ Antwortvorgabe „Die Schwangerschaft war ungewollt eingetreten.“; Frage E2 nach Schwangerschaften und ihrem Ausgang (inkl. Abbrüchen)

4 Bei den 2001 befragten 14- bis 17-jährigen Mädchen hatte in 51% der Fälle ein gerissenes oder abgerutschtes Kondom zur Einnahme der *Pille danach* geführt, 34% hatten die normale Pilleneinnahme vergessen, bei 7% konnte die Pille nicht wirken. 20% berichteten von Geschlechtsverkehr ohne Verhütung (BZgA 200a, S.71)

der (erstmaligen) Einnahme der *Pille danach* rekonstruiert werden. 82% der Frauen waren zu dem damaligen Zeitpunkt ledig, 80% kinderlos. Auch eine weitere Einnahme der *Pille danach* lag zeitlich meist vor der Geburt des ersten Kindes.

Auf diese Weise zeichnet sich ein Profil ab: Junge Frauen mit einer qualifizierten Ausbildung, ledig und kinderlos, nutzten am häufigsten die *Pille danach*. Damit wurde eine mögliche Schwangerschaft verhindert, die überwiegend noch während der Ausbildung eingetreten wäre. Neben diesen im Westen typischen Mustern gibt es noch andere relevante Einnahmekontexte (bei Jugendlichen und bei Frauen, die bereits Kinder haben).

Besonderheiten biografischer Muster

Im Vergleich mit Frauen, die nie die *Pille danach* nahmen, sind in den Biografien der Frauen mit Erfahrungen mit der *Pille danach* häufiger Angaben zu finden, die auf ambivalente und belastete Schwangerschaftserfahrungen hinweisen: Häufiger gab es eine Phase, in der so viel für wie gegen eine Schwangerschaft sprach, häufiger wurde die erste Schwangerschaft zwiespältig erlebt oder sie war ungewollt eingetreten, und häufiger wurde eine Schwangerschaft abgebrochen.

Die Unterschiede sind jeweils signifikant. Frauen, die jemals die *Pille danach* verwendeten, haben zudem häufiger die Verhütungsmethode gewechselt (Mittelwert: zweimal), als Frauen ohne entsprechende Erfahrung (Mittelwert: 1,3-mal). Sie haben auch signifikant häufiger schon einmal mit Kondomen (73% versus 50,3%), mit „natürlicher“ Verhütung (31% versus 21,3%) und mit dem Diaphragma (18% versus 4,9%) verhütet, und sie waren insgesamt in ihrem Leben eine höhere Zahl fester Partnerschaften eingegangen (2,9 im Mittel versus 2,1). Damit sind die Biografien der Frauen, die die *Pille danach* nahmen, wechselvoller, das Spektrum an Verhütungsoptionen wurde breiter ausgenutzt. Sowohl die Anwendung einer weniger sicheren Verhütung (Pearl-Index) als auch die Angaben zu Ambivalenzen bezogen auf Schwangerschaften und Kinder dürften zu einer höheren Zahl von Verhütungspannen führen.

Verhütungspannen als Motiv für die Einnahme

Aus der Abfrage der im Lebenslauf verwendeten Verhütungsmittel lässt sich rekonstruieren, welche Mittel in der Zeit angewendet wurden, als die *Pille danach* genommen wurde. Allerdings sind diese Angaben aufgrund ihres retrospektiven Charakters durch weitere Studien zu bestätigen. 34% der Befragten hatten in dem Zeitraum, in den die Einnahme der *Pille danach* fiel, hormonell verhütet, 35% mit dem Kondom. 13% gaben an, in dieser Zeit nicht verhütet zu haben. Es deutet sich damit an, dass weniger ein ungeschützter Geschlechtsverkehr, sondern vielmehr Pannen bei der Kondomanwendung und Unregelmäßigkeiten bei der Pilleneinnahme die Einnahme der *Pille danach* notwendig machten. Diese Ergebnisse werden von Studien bestätigt: WESSEL (1991) stellte fest, dass Frauen, die die *Pille danach* nahmen, nicht nachlässiger verhütet hatten; und HARVEY et al. (1999) fanden heraus, dass in zwei Drittel der Fälle ein „Verhütungsunfall“ zur Einnahme der *Pille danach* führte⁴.

Insbesondere der Zusammenhang zwischen „weicher“ Verhütung und der Einnahme der *Pille danach* gibt zu denken. Es sollte hellhörig machen, wenn sich als gesellschaft-

licher Trend (in bestimmten Altersgruppen) eine „Pillenmüdigkeit“ bemerkbar macht: Das Risiko, dass eine Schwangerschaft eintritt, erhöht sich, ungewollte Schwangerschaften werden aber nicht vermehrt nachträglich angenommen und akzeptiert, was zu steigenden Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen führen könnte. Die Zahlen zeigen, dass viele der Frauen, die die *Pille danach* nahmen, an einem anderen biografischen Punkt eine Schwangerschaft hatten abbrechen lassen (s.o.).

Die subjektive Erinnerung der Frauen an die Situation der Einnahme der *Pille danach*

Elf der Frauen aus den alten Bundesländern, die im standardisierten Teil Erfahrungen mit der *Pille danach* angegeben hatten, wurden in dem qualitativen Erhebungsteil noch einmal interviewt. Sieben dieser Frauen erwähnten die *Pille danach* nicht explizit; es lassen sich aber die biografischen Kontexte der Einnahme rekonstruieren.

Lässt man untypische Einzelfälle weg, dann kommen in den Berichten über die *Pille danach* ähnliche Aspekte vor, wie sie auch in anderen Situationen kennzeichnend waren, in denen ungewollte Schwangerschaften eingetreten waren, die dann akzeptiert oder abgebrochen wurden (im Fall der Einnahme der *Pille danach* bleibt offen, ob eine Schwangerschaft eingetreten war oder nicht). In diesen Situationsbeschreibungen wurde die Episode der Einnahme der *Pille danach* eingebettet in die Darstellung von Orientierungsphasen mit Ambivalenzen bezogen auf Kinderwunsch und Partnerschaft. So wurden zum Beispiel Wünsche nach einer eigenen Familie bei gleichzeitiger Wahl eines dazu wenig tauglichen Partners beschrieben (sechs der elf Fälle) sowie Meinungsumschwünge bezogen auf den Kinderwunsch oder einen Schwangerschaftsabbruch und Hindernisse einer rationalen Familienplanung. Über widersprüchliche Gefühle und die subjektive Selbsteinstufung als „noch nicht reif genug“ wurde berichtet, und zusätzlich spielten Turbulenzen in der Partnerschaft (v.a. Trennungssituationen) eine Rolle.

In diesen Phasen wurde zwar verhütet, aber mit Schwierigkeiten: die Pille wurde nicht vertragen und das Präparat gewechselt (sechs der elf Befragten), es wurde eine Aversion gegen die Pille erinnert oder das Gefühl der subjektiven Unsicherheit der Verhütung. Auch andere Methoden wurden ausprobiert oder hatten nicht funktioniert.

Die Situationen, in denen die *Pille danach* genommen wurde, ähnelten somit in ihrer Dynamik den Situationen, in denen eine ungewollte Schwangerschaft manifest wurde. Beim Vergleich der Episoden zeigen sich aber auch Unterschiede, wenn die *Pille danach* genommen wurde:

- Die Risikobewertung erfolgte rasch („Es könnte etwas passiert sein“), die Befragten handelten entsprechend schnell.
- Der Partner war stärker eingebunden, und die Abhilfe wurde stärker als gemeinsame Leistung dargestellt. Die Partnerschaftsdynamik ist damit eine andere als bei Berichten über Schwangerschaftsabbrüche.
- Es gab einen Zugang zur *Pille danach*.
- Durch das rasche Handeln konnte eine Schwangerschaft im Bereich des Potenziellen bleiben. Eine Schwangerschaft war retrospektiv eben nur eine mögliche Schwangerschaft („Ich weiß nicht, ob was war oder nicht“; „Also es hätte passieren können, weil also das war ein bisschen unsicher“). Die *Pille danach* belässt die Unsicherheit, und in der Metaphorik

erscheint die Schwangerschaft wie ein Kelch, der noch einmal vorübergegangen ist. Eine Psychodynamik, bei der zum Beispiel Partnerschaftskonflikte im Zusammenhang mit der eingetretenen ungewollten Schwangerschaft virulent werden, spielte eine geringere Rolle (vgl. BZgA 2001b).

- Sowohl ein Kind zu bekommen als auch ein Schwangerschaftsabbruch wurden mit größerer Klarheit beziehungsweise stärkeren rationalen Anteilen abgelehnt und es wurde ein größeres Sicherheitsbedürfnis berichtet.

Schlussfolgerungen

Es hat sich gezeigt, dass (in den alten Bundesländern) in den meisten Fällen eine zu frühe Festlegung im familiären Bereich mit der *Pille danach* (aber in vergleichbaren Situationen auch mit einem Schwangerschaftsabbruch!) vermieden wurde. Vor Verallgemeinerungen ist aber zu warnen. Zum einen gibt es auch andere Einnahmekontexte, zum Beispiel bei älteren Frauen in den neuen Bundesländern, die bereits Kinder haben, oder bei Jugendlichen. Zum anderen beschreiben die Daten die Muster der Einnahme der *Pille danach* in einer Zeit, in der der Zugang zu dem Medikament restriktiv gehandhabt wurde. Das Muster könnte sich ändern, wenn die Schwellen des Zugangs gesenkt werden und wenn die Einnahme der Pille auch dann angeraten wird, wenn auch nur eine geringe Unsicherheit besteht, ob etwas passiert sein könnte.

Auf jeden Fall lässt sich zusammenfassen, dass auch in der subjektiven Erinnerung die *Pille danach* nicht als reguläre Verhütung erscheint. Auch gibt es weder eine „Gewöhnung“ an die *Pille danach*, noch gibt es Hinweise, dass im Wissen um die Existenz der *Pille danach* Frauen leichtfertiger mit dem Risiko umgehen, schwanger zu werden. Im Vordergrund steht vielmehr die Erinnerung an eine schwierige Situation mit „weicher“ Verhütung und/oder psychischen Ambivalenzen beziehungsweise Belastungen, in der ein Risiko eingegangen worden war. Gleichzeitig war klar, dass eine Schwangerschaft „nicht sein durfte“, und die Informationen und Kompetenzen waren vorhanden, es gar nicht erst zu einer Zuspitzung kommen zu lassen, das heißt die Schwangerschaft konnte im Bereich der subjektiven Möglichkeit bleiben.

Insgesamt konnte die Studie zeigen, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen Frauen ein höheres Risiko einer ungewollten Schwangerschaft eingegangen waren und anschließend mit der *Pille danach* die Verhütungssicherheit wieder herstellten. Dabei sind es überwiegend Frauen, die durchaus Verhütungskompetenzen haben, die informiert sind und über Erfahrungen mit unterschiedlichen Mitteln verfügen. Sie handeln verantwortlich und setzen die *Pille danach* nicht als reguläre Verhütungsmethode ein.

Weil es zweifellos wünschenswert ist, Schwangerschaftsabbrüche im Einzelfall zu vermeiden und ihre Gesamtzahl zu reduzieren, muss es aufgrund der Ergebnisse dieser Studie um die Vermittlung folgender Aspekte gehen:

- Informationen: Es sollte Wissen verbreitet und der Zugang zur *Pille danach* ohne hohe Schwellen eröffnet werden. Zielgruppen für derlei Informationen, das heißt Frauen wie die, die in der Befragung „frauen leben“ über Erfahrungen mit der *Pille danach* berichteten, brauchen in der konkreten Situation weder eine moralische Belehrung noch eine Verhütungsberatung.

- Kompetenzen der angemessenen Risikowahrnehmung und -bewertung: Sofern die Einnahme der *Pille danach* medizinisch als unbedenklich eingestuft wird, sollte ein verbleibendes geringes Risiko von den Frauen dennoch bewusst wahrgenommen werden. Hier haben Frauenärzte und -ärztinnen eine wichtige Aufgabe, in der allgemeinen Sexualaufklärung zu vermitteln, wie Risiken im Zusammenhang mit der Einnahme der *Pille danach* zu bewerten sind.
- Handlungskompetenzen in einer riskanten Situation, bevor Gewissheit vorhanden ist, ob überhaupt eine Schwangerschaft eingetreten ist oder nicht. Die Unterstützung einer rationalen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, unter anderem durch entsprechende Information und Beratung, kann dazu beitragen, dass Ambivalenzen bezogen auf die Partnerschaft oder die eigene Zukunft anders als über Schwangerschaftskonflikte bearbeitet werden.

Die bestehende Rezeptpflicht, ärztliche Beratungsgespräche über Verhütung und gynäkologische Untersuchungen erhöhen dagegen die Hürden und entsprechen nicht dem subjektiven Bedarf der Frauen, die in der Studie „frauen leben“ die *Pille danach* genommen hatten.

Generell sollte über die *Pille danach* verstärkt außerhalb der Risikosituation, im Zuge der „normalen“ Sexualaufklärung und Verhütungsberatung informiert werden. Insbesondere wenn sich verstärkt ein Trend zu „weicher“ Verhütung (Kondome, Diaphragma) abzeichnet, sind Frauen auf die Situation vorzubereiten, dass eine Schwangerschaft aufgrund eines Verhütungsfehlers eintreten könnte und dass Abhilfe geschaffen werden kann, die nicht auf einen frühen oder späten Abbruch der Schwangerschaft hinausläuft.

Zu wünschen ist eine zwischen den beteiligten Berufsgruppen kooperative und pragmatische Gestaltung der Abgabe der *Pille danach*, die orientiert ist an den gemeinsamen Zielvorstellungen der reproduktiven Selbstbestimmung der Frau im Sinne der Weltgesundheitsorganisation und der Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie an dem realen und unterschiedlichen Bedarf der ausdifferenzierten Zielgruppen jugendlicher, junger und erwachsener Frauen, der Frauen mit und ohne Kinder.

Cornelia Helfferich in Zusammenarbeit mit Heike Klindworth

Fragen aus dem Publikum

Dr. Monika Häußler-Sczepan, pro familia Bundesverband:
 Mich würde interessieren, ob es im Rahmen dieser Studie auch irgend welche Ergebnisse zu den Erfahrungen der Frauen in Leipzig mit der *Pille danach* gab?

Das waren 19 Frauen, 3 % der Gesamtstichprobe. Wir können in diesem Bereich keine weitere Aufschlüsselung nach Bildung etc. vornehmen. Generell waren im Osten die Bildungsunterschiede geringer. Im Westen zeigte sich das Muster, dass Schwangerschaftsabbrüche überwiegend von ersten Schwangerschaften durchgeführt wurden. Im Osten wurden eher spätere Schwangerschaften abgebrochen, nach dem zweiten oder dritten Kind. Dieses Muster zeichnete sich ähnlich bei der *Pille danach* ab.

Literatur

BZgA (Hrsg.): *Einfluss neuer gesetzlicher Regelungen auf das Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener*. Köln: BZgA, 1995. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung Bd. 3

BZgA (Hrsg.): *Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001*. Köln: BZgA, 2001a

BZgA (Hrsg.): *frauen leben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung im Auftrag der BZgA*. Köln: BZgA, 2001b. Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung Bd. 19

BZgA (Hrsg.): *Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003*. Köln: BZgA, 2003

HAREVY, S.M./BECKMANN, L.J./SHERMAN, CH.; PETITTI, D.: Women's Experience and Satisfaction with Emergency Contraception. In: *Family Planning Perspectives* 5. 31. Jg., 1999, S. 237–260

PLIES, KERSTIN/NICKEL, BETTINA/SCHMIDT, PETER: *Zwischen Lust und Frust – Jugendsexualität in den 90er Jahren*. Opladen: Leske + Budrich, 1999

WESSEL, J.: Wann verlangen Frauen die Pille danach? Nachlässigkeit ist selten der Grund. In: *Sexualmedizin* 20. Jg., 1991, S. 544–548



Prof. Dr. Cornelia Helfferich ist Professorin für Soziologie und Prorektorin an der Evangelischen Fachhochschule – Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik, Freiburg, und Leiterin des an die Fachhochschule angeschlossenen Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstituts „SoFFI K.“

Kontakt:

Prof. Dr. Cornelia Helfferich
 Evangelische Fachhochschule
 Buddingerstraße 38
 79114 Freiburg
 Telefon (0761) 478 12 48
 helfferich@t-online.de

„Sie haben 72 Stunden Zeit“ – pro familia für die rezeptfreie *Pille danach*

Die Position der pro familia zur *Pille danach* wird konkretisiert und in internationale familienpolitische Zusammenhänge eingebettet. Die Autorin stellt die Geschichte der Notfallverhütung in Deutschland vor und berichtet über zwei große Aufklärungskampagnen der pro familia in diesem Kontext. Heute setzt sich die pro familia entschieden für eine Freigabe der neuen Generation der *Pille danach* aus der Rezeptpflicht ein. Diese politische Forderung wurde und wird begleitet von Aufklärungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsmaßnahmen, die im Einzelnen vorgestellt werden.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Gesundheit – Wahlfreiheit – Rechte. Das sind die Leitbegriffe der International Planned Parenthood Federation (IPPF) und ihrer Mitgliedsorganisationen wie der pro familia, die sich verpflichtet haben, die IPPF-Charta für sexuelle und reproduktive Rechte umzusetzen. Die Charta gründet sich auf das 1968 von den Vereinten Nationen in Teheran formulierte Menschenrecht auf Familienplanung und den 1994 von der UN Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo verabschiedeten Orientierungsrahmen „Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“. Sexuelle und reproduktive Rechte stehen seither im Rang der allgemeinen Menschenrechte. Pro familia ist der führende Fach-, Dienstleistungs- und Interessenverband auf diesem Gebiet in Deutschland. Sie tritt für die sexuelle Selbstbestimmung und für eine Kultur der unterschiedlichen sexuellen und partnerschaftlichen Lebensweisen ein.

Das Menschenrecht auf Familienplanung beinhaltet, dass Frauen und Männer selbstbestimmt entscheiden können, wann und wie viele Kinder sie bekommen und ob sie überhaupt Kinder bekommen möchten (PRO FAMILIA BUNDESVERBAND, 2002). Aus diesem Menschenrecht leitet sich das Recht auf qualifizierte Information, freien Zugang zu Verhütungsmitteln und zu den Angeboten zur Familienplanung und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ab.

Zwei Themen, an denen sich bis heute immer wieder Konflikte entzündeten und die die Familienplanungsorganisationen weltweit herausfordern, sind der Schwangerschaftsabbruch und die Postkoitalverhütung oder Nachverhütung, wie es in das Alltagsdeutsch übersetzt heißen muss (HEINRICH, 1989). In beiden Fällen geht es darum, wie selbst-

bestimmt Frauen über ungewollte oder, im Fall der Nachverhütung, über eine mögliche ungewollte Schwangerschaft entscheiden können oder nicht. Im Kern geht es um die Anerkennung der Frau als autonomes sexuelles Wesen.

Sexualität und die *Pille danach*

„Sexualität ist kein Computerprogramm“, so steht es in einer Aufklärungsbroschüre der pro familia. Sexualität ist nicht immer mit sicherer und rationaler Schwangerschaftsverhütung zu vereinbaren. Verhütungsmittel können versagen, denn die ideale Verhütungsmethode, die zugleich absolut sicher, jederzeit verfügbar, gesundheitlich völlig unproblematisch und jeder individuellen Lebenssituation angepasst wäre, die gibt es nicht (PRO FAMILIA BUNDESVERBAND, 1999).

Die *Pille danach* gibt Frauen die Möglichkeit zu „korrigieren“, indem sie auch noch nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eine ungewollte Schwangerschaft verhindern können. Sie kann eingenommen werden, wenn zum Beispiel

- das Kondom abgerutscht oder gerissen ist,
- das Diaphragma falsch angewendet wurde,
- ein „Coitus interruptus“ nicht gelang,
- die Pille davor vergessen oder erbrochen wurde oder
- wenn überhaupt nicht verhütet wurde.

Die *Pille danach* bedeutet für Frauen demnach ein Mehr an Selbstbestimmung. Sie ermöglicht Frauen eigenverantwortliches Handeln in Bezug auf ihre reproduktive Gesundheit.

Pro familia zur rezeptfreien Abgabe der *Pille danach*

Pro familia hat sich seit den Siebzigerjahren dafür eingesetzt, dass Frauen und Mädchen die Möglichkeiten der Nachverhütung nutzen können. Nunmehr engagiert sie sich für die rezeptfreie Zulassung der *Pille danach* in Deutschland, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Die neue *Pille danach* auf der Basis des Wirkstoffes Levonorgestrel ist weitgehend ohne Nebenwirkungen und deshalb gut verträglich (WHO, 1998/2).
2. Sie hat, wenn sie rechtzeitig eingenommen wird, eine hohe Wirksamkeit (WHO, 1998/2).
3. Die rezeptfreie Abgabe der *Pille danach* erleichtert den Zugang. Dies ist besonders für junge Frauen wichtig, die über keine oder nur wenige Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung beziehungsweise der gynäkologischen Versorgung verfügen.
4. Die Rezeptfreiheit ermöglicht es Frauen, die *Pille danach* früher einzunehmen und sie damit wirkungsvoller einzusetzen.
5. Internationale Studien belegen, dass Frauen die Beipackzettel zur *Pille danach* sehr gut verstehen und sie korrekt anwenden (THONKE, 2003).
6. Eine gynäkologische Untersuchung ist vor dem Einnehmen der *Pille danach* nicht nötig. Es gibt nur eine Kontraindikation für die *Pille danach*, nämlich dann, wenn bereits eine Schwangerschaft besteht. In diesem Fall ist die *Pille danach* unschädlich und wirkungslos (WHO, 2000).

Die Entwicklung und Verbreitung der *Pille danach*

Drei Phasen kennzeichnen die Entwicklung und Verbreitung der *Pille danach*:

Phase 1

Obwohl „bereits seit Ende der sechziger Jahre in den Grundzügen bekannt und spätestens seit Mitte der siebziger Jahre durch Forschung gesichert war, dass mit höherdosierten Hormonabgaben (...) die Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter Schleimhaut verhindert werden kann, wurde dieser Weg (...) auch Ende der siebziger Jahre in der Bundesrepublik von Frauen nur sporadisch genutzt“ (THOSS, 1985, S. 52).

Die erste Phase, von Mitte der Sechziger- bis Mitte der Achtzigerjahre, war von breiter Unkenntnis über die Methode gekennzeichnet. In dieser Zeit stand noch kein Präparat zur Verfügung.

Das Wissen hierüber blieb mehr als zwei Jahrzehnte lang nur wenigen informierten Zirkeln vorbehalten. Eine Ärztin der pro familia berichtete 1974 aus ihrer Studienzeit:

„Ich erinnere mich noch gut an die konspirative Begeisterung in einer gynäkologischen Vorlesung, als ein Dozent uns Studentinnen die Zauberformel ‚5 x 5 mg‘ verriet“ (SCHUMANN, 1984).

Familienplanungsorganisationen haben diese Situation nicht akzeptiert und begannen damit, Frauen und Männern das Wissen und die Methoden zugänglich zu machen. In der Bundesrepublik wurde die gesetzliche Grundlage für die Anwendung der Methoden erst 1976 geschaffen, indem der § 218 des Strafgesetzbuchs klarstellte, dass es sich bei der hormonellen Nachverhütung nicht um einen Schwangerschaftsabbruch handelt.

Phase 2

Die zweite Entwicklungsphase begann 1985, als die *Pille danach* erstmals als Präparat, eine Kombination aus Östrogenen und Gestagenen des kanadischen Arztes Yuzpe, zur Verfügung stand. Dieses Präparat hatte weniger Nebenwirkungen als die so genannte erste Generation der Methoden. Frauen konnten nun die *Pille danach* auf Rezept in den Apotheken bekommen.

Phase 3

Heute gibt es die neue *Pille danach* auf der Basis nur eines Wirkstoffes, nämlich Levonorgestrel. Sie ist bezüglich Sicherheit und Nebenwirkungen der alten Methode überlegen (WHO, 1998/2). Die Einnahme der neuen *Pille danach* wird zudem einfacher werden. In Dänemark zum Beispiel empfiehlt ein Hersteller bereits heute, die beiden Dosen auf einmal und nicht mehr im Abstand von 12 Stunden einzunehmen. Das steht im Einklang mit Entscheidungen der EU-Zulassungsbehörden (PRO FAMILIA, 2003).

Die Kampagnen der pro familia für die *Pille danach*

Seit Ende der Siebzigerjahre hat pro familia zwei mehrjährige Kampagnen zur *Pille danach* durchgeführt. Beide Kampagnen verstanden und verstehen sich in der Tradition der Aufklärung im Dienst des Menschenrechts auf Familienplanung und schließen politische Stellungnahmen und Einflussnahme mit ein.

Die erste Kampagne

Die erste Kampagne mit dem Titel „Am Morgen danach Programm“ dauerte sechs Jahre lang, von 1979 bis 1985. In ihrem Verlauf wurden Fortbildungsseminare für pro familia-MitarbeiterInnen, GynäkologInnen und ApothekerInnen auch in Kooperation mit Universitäts-Kliniken durchgeführt. Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge wurden initiiert. Der Bundesverband der pro familia erstellte KlientInneninformationen, und es wurde eine umfangreiche Erhebung zur Benutzung und Erfahrung von KlientInnen mit der *Pille danach* durchgeführt (THOSS, 1985).

Obwohl pro familia keine finanziellen Mittel für breit angelegte Informationskampagnen zur Verfügung hatte, machte sie die Erfahrung, dass viele Frauen und Männer, zum größten Teil im jugendlichen Alter, die pro familia Einrichtungen aufsuchten, weil sie frühzeitig, und zwar meistens innerhalb von 48 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr, „korrigieren“, also nachverhüten wollten, um nicht ungewollt schwanger zu werden. An sie konnten die Beraterinnen der pro familia ihre Kenntnisse über die Zusammensetzung und Anwendung der hormonellen Nachverhütung weitergeben.

Die zweite Kampagne

Die Gremien der pro familia entschieden im Jahr 2002, sich für die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* einzusetzen. Die politischen Initiativen sollen von einer breiten Aufklärungskampagne über die neue *Pille danach* begleitet werden.

Die Elemente dieser Kampagne mit dem Titel „Sie haben 72 Stunden Zeit – pro familia für die rezeptfreie *Pille danach*“ sind:

1. Neue Dienstleistungen zur *Pille danach*,
2. Qualifizierung des Fachpersonals,

3. politische Initiativen,
4. Aufbau neuer Kooperationsnetze.

Die neuen Dienstleistungen

Im Mittelpunkt der neuen Dienstleistungen steht die verbesserte Aufklärung von Frauen und Männern gleich welchen Alters über die neue *Pille danach*. Möglichst alle Frauen und Mädchen sollen differenziertes Wissen darüber haben, dass sie innerhalb von 72 Stunden nach einem ungeschützten Verkehr noch eine zweite Chance haben, eine ungewollte Schwangerschaft und damit möglicherweise auch einen späteren Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden.

Grundsätzlich geht pro familia davon aus, dass Frauen wie Männer gleichermaßen über die *Pille danach* informiert sein müssen. Pro familia hat deshalb in den letzten Monaten die Internet-Informationen und die telefonischen Dienstleistungsangebote entsprechend ausgebaut. Unter www.profamilia.de und unter www.pille-danach-info.de findet sich unter dem Titel „Die *Pille danach* – Ich brauche Hilfe“ ein kurzer Überblick über die *Pille danach* und den Zugang, das heißt ihrer Rezeptpflichtigkeit. Die Informationen sind bisher in vier Sprachen erhältlich, und zwar in russisch, türkisch, englisch und deutsch. Wir möchten die Palette der Sprachen noch ausweiten. Ihre Auswahl entspricht der Nachfrage nach fremdsprachigen Broschüren der pro familia und orientiert sich damit an den Bedürfnissen der KlientInnen. Damit werden insbesondere die Frauen und Männer aus vielen Zuwanderungsgebieten Osteuropas, aus der Türkei und aus den Staaten im Einflussbereich ehemaliger europäischer Kolonialländer erreicht.

Unter dem Titel „Ich brauche Hilfe“ finden sich Antworten auf Fragen wie:

- „Wann brauche ich die *Pille danach*?“
- „Was genau ist die *Pille danach* und wie wirkt sie?“
- „Wie viel Zeit habe ich, um die *Pille danach* einzunehmen?“
- „Wo bekomme ich die *Pille danach* und was kostet sie?“

Für diejenigen, die sich weitergehend informieren möchten, bieten die FAQ – frequently asked questions – vertiefende Antworten, auch zu der zweiten Nachverhütungsmethode, der Spirale danach. Inhalt und Art der Informationen orientieren sich an den Empfehlungen der WHO und der IPPF. Die Informationen betonen einerseits die Eilbedürftigkeit und den Zeitraum (72 Stunden), in dem die *Pille danach* eingenommen werden sollte, andererseits aber auch, dass Frauen und Männer Zeit zum Handeln haben, auch wenn durch die Rezeptbeschaffung und mit dem Arztbesuch wichtige Stunden verloren gehen.

Speziell an Jugendliche wenden sich weitere Informationen, die aus der Praxis von pro familia-Beratungsstellen entwickelt worden sind und insbesondere auch die Arbeit der Sexualpädagoginnen und Sexualpädagogen mit Jugendlichen unterstützen können.

Pro familia hat ca. 160 Beratungsstellen. Sie ist in allen Bundesländern vertreten und stellt für Frauen und Männer ein einzigartiges flächendeckendes und wohnortnahes Beratungsangebot für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte bereit. Alle Beratungsstellen erhielten einen kurzen Informationstext in den vier Sprachen, deren Auswahlkriterien ich zuvor bereits erläutert habe, um ihre Anrufbeantworter damit zu besprechen. Damit können Anruferinnen und Anrufer auch außerhalb der Öffnungszeiten der Beratungsstellen die wichtigsten Informationen zur Beschaffung der *Pille danach* und zeitlichen Begrenztheit ihrer

Wirkung erhalten. Hingewiesen wird insbesondere auf die Notwendigkeit, an Wochenenden einen Notdienst aufzusuchen.

Im Lauf der nächsten Monate wird pro familia zusätzlich ein bundesweites Infotelefon mit Servicenummer und automatischen Bandansagen ebenfalls mindestens in vier Sprachen starten. Die Servicenummer wird rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Pro familia-Einrichtungen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf sie hinweisen, aber auch Multiplikatoren, wie zum Beispiel die Printmedien, sollen einbezogen werden.

Qualifizierung des Fachpersonals

Die Zielgruppen der Qualifizierungsmaßnahmen sind in erster Linie die rund 1000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der pro familia, die regelmäßig verbandsintern fortgebildet werden. Um sicherzustellen, dass die aktuellen Informationen an alle Klientinnen und Klienten zeitnah und qualifiziert weitergegeben werden können, wurde für das Fachpersonal in Beratung, Sexualpädagogik, Medizin und in der Öffentlichkeitsarbeit eine Materialienmappe mit Hintergrund- und KlientInneninformationen zu den Methoden der Nachverhütung erstellt. Die Mappe wird regelmäßig aktualisiert.

Die Qualitätsstandards der Beratung zur *Pille danach* werden auch in den verbandsinternen Fortbildungen vermittelt. Alle Fortbildungen werden derzeit dahin gehend überprüft, ob die *Pille danach* ausreichend und entsprechend den Empfehlungen der IPPF und der WHO Gegenstand der Schulungen der pro familia-Mitarbeiterinnen sind. Um das Thema möglichst weit zu verbreiten, berichten die Verbandspublikationen der pro familia regelmäßig zum Thema.

Unsere Qualifizierungsmaßnahmen sollen auch die Ärztinnen und Ärzte ansprechen, die Notdienst leisten. Sie tragen unter den Bedingungen der noch bestehenden Rezeptpflichtigkeit entscheidend dazu bei, dass Frauen an Wochenenden, nachts und an Feiertagen die *Pille danach* erhalten können. Pro familia weiß aus vielen Erfahrungsberichten, dass diese Ärzte nicht selten wenige bis gar keine Kenntnisse über die *Pille danach* haben und es immer wieder vorkommt, dass sie Frauen zu einer gynäkologischen Untersuchung in ein Krankenhaus verweisen. Diese Maßnahme ist zur Verschreibung der *Pille danach* nicht nötig. Pro familia möchte die Notärzte darüber und über weitere Beratungsstandards zur *Pille danach* informieren und bereitet eine entsprechende Fachinformation vor. Zu den geplanten Qualifizierungsmaßnahmen gehören auch Angebote für das Fachpersonal in den Apotheken.

Politische Initiativen

Eine nichtstaatliche Familienplanungsorganisation wie pro familia, die sich für die Rechte von Frauen und Männern auf selbstbestimmte Sexualität und Familienplanung engagiert, will und muss politisch wirken. Bereits im Frühjahr dieses Jahres hat pro familia sich aus diesem Grund an Entscheidungsträger in Ministerien, Behörden und im Bundestag gewandt und ihre Argumente für eine rezeptfreie Abgabe der *Pille danach* dargelegt. Die Reaktionen darauf waren überwiegend positiv. Zusätzlich leistet pro familia systematischen Wissenstransfer zu Politik und Medien.

Aufbau neuer Kooperationsnetze

Fällt die Rezeptpflichtigkeit der *Pille danach*, dann bekommen Apothekerinnen, Apotheker und pharmazeutische AssistentInnen eine neue und verantwortungsvolle Rolle. An

erster Stelle müssen sie dafür sorgen, dass die *Pille danach* vorrätig gehalten wird und nicht erst bestellt werden muss, wobei wichtige Zeit verloren ginge. (Diese Forderung erhebt pro familia unabhängig von der rezeptfreien Abgabe.) Ebenso wichtig ist die Qualität der Beratung durch die Apothekerinnen und Apotheker. Sie haben spezielles pharmakologisches Fachwissen, klären über Anwendung, Kontraindikationen, Wirkungen und Nebenwirkungen auf.

Sie haben auch Erfahrungen mit Beratungssituationen, die Vertraulichkeit erfordern. Meistens aber können die räumlichen Bedingungen, die eine vertrauliche Beratungssituation unter vier Augen dringend benötigt, in den Apotheken nicht eingelöst werden. Hier sieht pro familia dringenden Nachbesserungsbedarf seitens der Apotheken. Darüber hinaus sollten Apothekerinnen und Apotheker darin geschult sein, weitergehenden Beratungsbedarf erkennen zu können. Das kann der Fall sein

- bei Äußerungen von Frauen, die auf eine Vergewaltigung oder einen sexuellen Übergriff hindeuten,
- wenn eine Frau bereits ungewollt schwanger ist und eine Schwangerenberatung benötigen könnte,
- wenn die Frau/der Mann äußert, eine Verhütungsberatung zu wünschen.

In solchen Fällen sollten die Apothekerinnen und Apotheker an Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Ärztinnen oder Ärzte verweisen können.

Die Beratung zu Sexualität und deren Folgen stellt eine fachlich anspruchsvolle Anforderung dar und setzt eine besondere Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus. Pro familia wird einen entsprechenden Baustein für ein Curriculum zur Fortbildung von Apothekerinnen und Apothekern für die Beratung zur *Pille danach* entwickeln. Darin werden fachliche Standards der institutionellen Beratung und die der Beratung im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte berücksichtigt.

Pro familia wird sich auch dafür einsetzen, dass auf der lokalen Ebene Netzwerke der Dienstleister aus Medizin, Beratung, Gesundheitsfürsorge und Apotheken entstehen

beziehungsweise die bereits bestehenden Netzwerke den Aufgabenbereich zur *Pille danach* in ihre Arbeit aufnehmen.

Zusammenfassung und Perspektiven

Für pro familia stellt die rezeptfreie Abgabe der *Pille danach* in jeder Hinsicht einen Fortschritt dar:

- sie stärkt das Selbstbestimmungsrecht der Frauen,
- fördert ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und
- kann dazu beitragen, Frauen einen Schwangerschaftsabbruch zu ersparen.

Die Anforderungen von pro familia an die neue Versorgung sind hoch:

- Information und Beratung müssen fachlich herausragend sein.
- Die verschiedenen Anbieter müssen fähig sein, miteinander zu kooperieren.
- Der Zugang zur rezeptfreien *Pille danach* darf weder durch mangelnde Vorratshaltung noch durch zu hohe Kosten behindert werden.
- Die Frauen, die sich für die *Pille danach* entscheiden möchten, dürfen weder aufgrund ihres Geschlechts, Bildungsstandes, Alters oder Nationalität diskriminiert werden.

Pro familia will in diesem Sinne die Umsetzung der Rezeptfreiheit kritisch begleiten. Sie sieht zugleich die große Chance, über die Rezeptfreiheit der *Pille danach* neue Wege der Kooperation zu gehen. Wenn Beratungsstellen, Apothekerinnen und Apotheker und Ärztinnen und Ärzte enger kooperieren, was pro familia befürwortet, könnte dies auch beispielhaft für Themen wie Sexualität, Schwangerschaft, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch sowie Frauen- und Männergesundheit sein. Gelänge dies, kämen wir dem Ziel einer ganzheitlichen und klientenzentrierten Gesundheitsversorgung ein wesentliches Stück näher.

Sigrid Weiser in Zusammenarbeit mit Elke Thoß

Literatur

HEINRICHS, J.: Nachverhütung eine Provokation. In: *pro familia Magazin* Heft 6/1986. Frankfurt am Main, 1986, S. 26

International., London, 2000

PRO FAMILIA BUNDESVERBAND: Änderung der Einnahmenvorgaben der Gestagen-Pille danach: Einmalige Dosierung vereinfacht die Anwendung. In: *Familienplanungsrundbrief* Nr. 2/2003. Frankfurt am Main, 2003, S. 23

PRO FAMILIA BUNDESVERBAND: *Für selbstbestimmte Sexualität. Ziele und Programm.* Frankfurt am Main, 2002

PRO FAMILIA BUNDESVERBAND: *Sie haben bis zu 72 Stunden Zeit.* Informationen über die Pille danach und die Spirale danach. Frankfurt am Main, 1999

SCHUMANN, C.: unveröffentlichter Vortrag am 12. 12. 1984

THONKE, I.: Postkoitale Verhütung. In: *Familienplanungsrundbrief*, Nr. 1/2003, Hrsg: pro familia Bundesverband. Frankfurt am Main, 2003

THOSS, E.: Das Morgen danach-Programm des pro familia-Bundesverbandes 1980–1985. In: *Sonderdruck zum Jahresbericht des pro familia Bundesverbandes 1985.* Frankfurt am Main & pro familia Magazin Heft 4, 1984, Frankfurt am Main, 1985, S. 28–30

WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION): *Emergency contraception.* Fact Sheet Nr. 244. Genf, 2000

WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION): *Emergency contraception: A guide for service delivery.* Genf, 1998/1

WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION): *Levonorgestrel for emergency contraception is more effective and has fewer side-effects than the Yuzpe regime.* Pressemitteilung. Genf, 1998/2



Sigrid Weiser ist Diplom-Soziologin und Projektkoordinatorin beim Bundesverband der pro familia.

Kontakt:

Bundesverband pro familia
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt
Telefon (069) 63 87 56

Podiumsdiskussion

In der Podiumsdiskussion debattierten deutsche ExpertInnen über internationale Erfahrungen mit der rezeptfreien Vergabe der *Pille danach* und die Konsequenzen für die Situation in Deutschland. Wie, so die zentrale Frage, wäre ein freier Zugang zu diesem Notfallkontrazeptivum zu bewerten und konkret zu gestalten?

Die Positionen im Überblick

Während der Berufsverband der FrauenärztInnen die Vergabe der *Pille danach* an die Notwendigkeit von Verhütungsberatung und Sexualaufklärung und somit die Rezeptpflicht gebunden sehen möchte, argumentieren Beraterinnen der Familienplanungsinstitutionen, es handele sich hier um eine Notfallkontrazeption, die aufgrund von „Verhütungsspannen“ erforderlich werden kann und sowohl schnell als auch niedrigschwellig, also rezeptfrei, zur Verfügung stehen müsse. Mangelnde Informiertheit der Frauen oder Paare in Verhütungsfragen, so zeigten Untersuchungen, ist nicht der Grund für die Einnahme der *Pille danach*. Die Mehrheit der ApothekerInnen in Deutschland sieht ebenfalls keine Notwendigkeit für den Erhalt des Status quo und ist bereit, die Präparate mit dem Wirkstoff Levonorgestrel zur Notfallkontrazeption rezeptfrei abzugeben und auch, nach entsprechender fachlicher Schulung, Informationsgespräche mit den Frauen zu führen und sie auf weiterführende Beratungsangebote hinzuweisen.

Kontroverse Ansichten bestehen auch zu der wichtigen Frage der Zielgruppen für dieses Notfallkontrazeptivum: Während die GynäkologInnen eher bei sehr jungen Frauen einen Bedarf nach der *Pille danach* konstatieren, argumentieren Sexual- und Schwangerschafts(konflikt-)beratungsstellen mit sozialwissenschaftlichen Studienergebnissen und eigenen Praxiserfahrungen. Ihnen zufolge ist die Klientel wesentlich differenzierter, Hauptzielgruppe aber sind 19- bis 22-jährige, das heißt erwachsene Frauen. Diese Einschätzung ist besonders hinsichtlich der Frage relevant, ob von einem generellen Aufklärungs- und Beratungsbedarf auszugehen ist, wie das der Berufsverband der GynäkologInnen vertritt. Allerdings plädierten die meisten der GynäkologInnen im

Publikum für pragmatische, niedrigschwellige Lösungen und damit eine Rezeptfreigabe.

Aus der Sicht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinforschung bestehen nach Abwägung aller medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien keine Bedenken, die *Pille danach* mit dem gut verträglichen Wirkstoff Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht zu entlassen.

Die Diskussion macht deutlich, dass die positiven Erfahrungen aus weltweit insgesamt 28 anderen Ländern, in denen die *Pille danach* rezeptfrei, das heißt niedrigschwellig abgegeben wird, nicht zuletzt auf eine Reduzierung der Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen hoffen lassen.

Die TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion:

- Magdalene Linz, Hannover, Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen
- Dr. med. Angelika Zienert, Frauenärzterverband Berlin
- Dr. Ulrich Hagemann, Bonn, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan, Frankfurt, Bundesvorstand der pro familia
- Prof. Dr. med. Hans-Peter Zahradnik, Freiburg, Universitätsklinik
- Gundel Köbke, Berlin, Journalistin, Moderation.

Frage an Magdalene Linz:

„Welche Erfahrungen haben Sie als Apothekerin mit der *Pille danach* gemacht?“

Linz begrüßt grundsätzlich die rezeptfreie Vergabe nach entsprechender fachlicher Fortbildung der ApothekerInnen. In dem Zusammenhang hält sie es für wichtig, abgeschirmte Gesprächsbereiche einzurichten, die es zur Zeit nicht in allen Apotheken gibt.

An den Wochenenden, berichtet Linz aus der Praxis, steigt der Bedarf; die (überwiegend jungen) Frauen und Paare werden dann in die Notfallsprechstunden geschickt. Nach 0.00 Uhr sind nur noch Notfallambulanzen der Krankenhäuser erreichbar, um das erforderliche Rezept auszustellen. Die Frauen stehen oft unter immensem Druck, trotzdem müssen ApothekerInnen die Ausgabe der *Pille danach* ohne Rezept bislang verweigern.

Manche Paare berichteten, wenn sie ein zweites Mal, mit Rezept, zur Apotheke kommen, von einem „moralisierenden Vortrag“ des Arztes oder der Ärztin. In dem Zusammenhang – und auf den Einwand der Moderatorin, dass zuvor auch Beispiele vergleichbarer Reaktionen von ApothekerInnen geschildert worden waren – betont Linz wie wichtig es sei, dass neben der fachlichen, inhaltlichen Information der Apotheke-Innen auch die angemessene Kommunikation thematisiert wird: „Wie informiere ich, ohne moralisierend zu wirken?“ Selbstverständlich, betont sie, gehört dazu auch der adäquate Verweis auf weitergehende Beratungsangebote der pro familia und anderer Familienplanungsinstitutionen sowie der Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Linz persönlich votiert für eine klare Positionierung der ApothekerInnen für die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach*. Die Bundesapothekerkammer hat gegenüber den zuständigen Bundesministerien, also dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, aber auch gegenüber dem Familienministerium, deutlich gemacht, dass sie bereit wäre, diese Beratungsaufgabe zu übernehmen.

„Es wurde aber noch kein Beschluss gefasst, das Ganze offensiv voranzutreiben. Ich sage ganz offen, dass ich das bedaure und auch als Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen mich dafür einsetzen werde, dass das Bundesministerium in diesem Sinne entscheidet.“ Auch der Deutsche Pharmazeutinnenverband habe sich klar für eine Freigabe ausgesprochen. Es gibt aber ethisch-moralische Vorbehalte seitens einiger ApothekerInnen, berichtet Linz auf Nachfrage. Obwohl die *Pille danach* erwiesenermaßen keine Abtreibungspille ist, sondern eine nachträgliche Verhütung, können ApothekerInnen nicht gezwungen werden, das Mittel abzugeben.

Zur Abrechnung ist in Deutschland eine fixe Honorarkomponente ab 1. Januar von 8,10 Euro geplant, bei der die Beratung enthalten ist. Die personelle Ausstattung muss dann, wenn die Freigabe kommt, gewährleistet werden, aber auch Wartezeiten für eine Beratung sind nicht ausgeschlossen, das müsse ja bei GynäkologInnen auch hingenommen werden.

Frage an Dr. med. Angelika Zienert:

„Ermutigen Sie Frauen zur Einnahme der *Pille danach*?“

„Ja, selbstverständlich“, ist die Antwort, wenn die Patientin die Dringlichkeit deutlich mache. „In einer gut organisierten Praxis kommt die Patientin dann auch ohne Termin auch an der Helferin vorbei bis zum Arzt, der dann mit ihr spricht.“

Zienert hat keine Einwände dagegen, dass Beratungsgespräche auch in der Apotheke stattfinden, aber sie verbindet

mit dem Aushändigen des Rezeptes die Chance, die Patientin in einem intimen Setting beraten und gegebenenfalls „aufklären“ zu können, da nach ihrer Erfahrung offenkundig ein Bedarf besteht, und das, betont Zienert, „ist auch die Position des Berufsverbandes“. Sie konstatiert einen großen Informationsbedarf, Verhütungsfragen betreffend. Im Übrigen reiche die Zeit, der „Morgen danach“ in jedem Fall aus, um die *Pille danach* wirkungsvoll einzusetzen. Sie bezweifelt, dass es nachweisbare Fälle gibt, in denen Frauen zum Schwangerschaftsabbruch kommen mussten, weil sie die *Pille danach* zwar gern genommen hätten, sie aber nicht bekommen haben.

Zienert wendet sich eindeutig gegen eine Rezeptfreigabe: „Es sind die 13-, 14-, 15-jährigen Patientinnen, die die *Pille danach* verlangen. Hier müsste viel mehr Aufklärung, schon in der Schule betrieben werden, um solche Fälle zu verhindern. Die Chance, mit der Patientin zu reden, die sollte uns in jedem Fall nicht aus der Hand genommen werden.“

Frage an Prof. Dr. med. Hans-Peter Zahradnik:

„Welche Rolle spielt die Vergabe der *Pille danach* im klinischen Zusammenhang?“

Vier bis fünf Paare, berichtet Zahradnik, kommen an den Wochenenden durchschnittlich in den gynäkologischen Notfalldienst. Dort sind immer gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte verfügbar; es finden ausführliche Gespräche und eventuell eine Untersuchung statt, bei der geprüft wird, an welchem Zeitpunkt im Zyklus die Frau sich befindet, damit das Medikament nicht überflüssigerweise gegeben wird. Diese Möglichkeit der Beratung und Untersuchung der überwiegend jungen Mädchen, die in die Notfallambulanzen kommen, hält Zahradnik für sehr wichtig.

Sein zweites Argument für den Erhalt des Status quo: Auf das öffentliche Gesundheitssystem kämen immens hohe Kosten zu, wenn das Personal in Apotheken geschult werden muss. „Wir haben doch das Know-how und die Manpower, wir haben 14.000 Gynäkologen in Deutschland, warum nutzen wir diese Ressourcen nicht? Man könne das Ganze auch umdrehen, das heißt, statt ausschließlich Apotheken sollten Ambulanzen und Praxen die *Pille danach* vorrätig haben und ausgeben. In der Ausbildung der Kliniker, führt er aus, wird die Notfallkontrazeption im Kontext der Kontrazeption behandelt:

„Es ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine Kontrazeption und keine Antikonzepktion, darüber besteht wohl eine Übereinstimmung, das war bei vorhergehenden Pillen anders.“

Frage an Dr. Ulrich Hagemann:

„Der Ständige Sachverständigenausschuss für die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln beim Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat im Juli 2003 getagt und befunden, dass die Wirksamkeit der *Pille danach* unbestritten ist; sie ist weitgehend nebenwirkungsfrei, sie ist kein Abtreibungsmittel. Welche Hürden gibt es nun noch?“

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, führt Hagemann aus, ist zunächst für die Zulassung von Arzneimitteln zuständig. Das hat zur Voraussetzung, dass die Mittel sicher und medizinisch unbedenklich sind, sonst sind sie auf dem Markt gar nicht erhältlich. Levogynon und Duofem wurden in dieser Hinsicht schon vor vielen Jahren geprüft und zugelassen.

In diesem aktuellen Fall, berichtet er weiter, „waren wir tatsächlich zum ersten Mal mit Fragen befasst, die über die

rein medizinisch-wissenschaftlichen Fragestellungen weit hinausgingen und die berücksichtigt werden mussten.“

Es gibt nur zwei recht allgemeine Kriterien für eine Entlassung eines Arzneimittels aus der Rezeptpflicht, die im Arzneimittelgesetz festgelegt sind:

1. das Abhängigkeitspotenzial einer Substanz;
2. der Bedarf einer medizinischen Beratung und Überwachung bei der Anwendung.

Mit dem ersten Punkt „musste man sich hier definitiv nicht befassen“, der zweite Punkt habe viele verschiedene Aspekte, die in diesem Fall zu bedenken waren. Neben den toxischen Risiken, unerwünschten Nebenwirkungen, die immer geprüft werden, war die Frage

„Ist es notwendig, dass eine richtige ärztliche Diagnose gestellt wird? Bei vielen Arzneimitteln spielt das eine Rolle, hier, finde ich, spielt das keine Rolle.“

Weitere Fragen waren und sind: „Wie muss das Informationsmaterial, die Packungsbeilage aussehen?“, „Was bedeutet die Freigabe unter Gleichstellungsaspekten von Mann und Frau?“, „Was können wir hinsichtlich der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften bewirken?“

Zum weiteren *Procedere* führt Hagemann aus, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu all diesen Punkten lediglich eine Diskussionsgrundlage erarbeitet. Der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht gibt dann ein Votum, eine Empfehlung an den Verordnungsgeber dazu ab. Der ist in diesem Fall das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Der Verordnungsgeber muss dies in einer Verordnung umsetzen, und diese Verordnung muss durch die parlamentarischen Gremien gehen, das sind hier der Gesundheitsausschuss des Bundestages und der Gesundheitsausschuss des Bundesrates; Bundesrat und Bundestag müssen dem zustimmen. Dann wird die Verordnung geändert und das entsprechende Arzneimittel ist verschreibungsfrei.

Hagemann geht von einer Freigabe im ersten Halbjahr 2004 aus. Vor der Freigabe des Wirkstoffs Levonorgestrel müsse ein breiter politischer und gesellschaftlicher Konsens hergestellt werden.

„Wir haben uns grundsätzlich für die Freigabe von Levonorgestrel ausgesprochen. Die Verständlichkeit der Produktinformation ist noch zu verbessern, aber damit werden wir sicher fertig sein, wenn die neue Verordnung kommt.“

Frage an Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan: „Warum ist die rezeptfreie Vergabe eine politische Forderung?“

„Mir hat die Diskussion heute gezeigt, was für eine wichtige politische Forderung das ist. Wieso wissen wir in Deutschland nicht, was das für ein Präparat ist, das beispielsweise in der BILD-Zeitung, aber auch in anderen Medien, noch immer als ‚Abtreibungsspiel‘ bezeichnet wird? Warum ist die rezeptfreie Vergabe in anderen europäischen Ländern möglich? Wir führen hier eine alte Debatte: Wer soll die Frau kontrollieren? Der Arzt, der Apotheker? Und wie viel Beratung brauchen wir? Wir haben es doch damit zu tun, dass etwa ein Kondom gerissen ist, und da versucht man doch, noch einmal zu verhüten, das ist ein höchst verantwortungsbewusster Akt.“

Häußler-Sczepan betont unter Bezug auf Daten aus der Studie „frauen leben“, dass von verschiedenen Zielgruppen auszugehen ist: Im Westen sind es überwiegend junge Frauen, im Osten Frauen, die schon Kinder hatten, dann Frauen

in den Wechseljahren und allein stehende Frauen. „Sexualität ist etwas Spontanes, insofern muss es möglich sein, nachzuverhüten, und es muss schnell möglich sein.“

„Wer ernsthaft ungewollte Schwangerschaften und Jugendschwangerschaften vermeiden will, der kann nichts gegen eine rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* haben. Wir sind für die größtmögliche Selbstbestimmung der Frauen und für den Zugang zu den bestmöglichen Angeboten der Sexualpädagogik und Familienplanung, und deswegen sind wir für die rezeptfreie Vergabe, gerade auch um Gruppen, die schlecht informiert sind, nicht zu benachteiligen.“

Deutschland ist weltweit Schlusslicht bei der rezeptfreien Vergabe. Gemeinsam mit vielen anderen Organisationen, die auf dem Gebiet der Sexualpädagogik und Familienplanung tätig sind, wird die pro familia, so Häußler-Sczepan, weiter über dieses neue Medikament informieren, um unnützes Leid und Ängste zu vermeiden.

Allgemeine Diskussion und Fragen des Publikums

Zahradnik kritisiert die Argumente von Häußler-Sczepan, die seiner Meinung nach „überhaupt nichts mit der Frage der Rezeptfreiheit zu tun haben, sondern wir brauchen eine vernünftige Aufklärung über Kontrazeption, in diesem Fall auch über Notfallkontrazeption“.

Häußler-Sczepan bedauert an dieser Stelle die bestehende Konkurrenz zwischen den verschiedenen Interessenverbänden. In Frankreich, bezieht sie sich auf ein Gespräch mit Elisabeth Aubény, gibt es diesen Konflikt nicht, dort wird die Notfallkontrazeption ganz selbstverständlich in die Verhütungsberatung, vor allem im Zusammenhang mit den dort verbreiteten Mitteln Kondom und Diaphragma, einbezogen, und die Frauen erhalten die *Pille danach* für den Notfall zusätzlich zu ihrem Verhütungsmittel.

„Im Erotischen liegt ein Widerstand des Augenblicks gegen die Zeit. Man kann die Sexualität so wenig zwingen wie man eine Freiheit zwingt“, zitiert sie Simone de Beauvoir. „Wenn es also passiert, muss man schnell ein solches Medikament besorgen können. Dass man aufgeklärt ist, setzt das ja voraus! Wenn es so etwas für ein gerissenes Kondom gäbe wie ein ‚Nachkondom‘, dann müssten wir wahrscheinlich nicht über die Moral diskutieren.“

Zienert unterstützt Zahradnik und resümiert, „Wir als Gynäkologen möchten die Patientin gern beraten, und nur in diesem Zusammenhang kann sie diese Notfallkontrazeption erhalten. Es gibt eine Vielzahl von Produkten zur Schwangerschaftsverhütung. Aus meiner Sicht sind die deutlich unter Zwanzigjährigen die Klientel für Aufklärung, auch über Notfallverhütung, und der Idealfall ist immer, dass Mädchen rechtzeitig kommen ...“

Dr. Fiala, Gynäkologin, Wien: „Frauenärzte sind eindeutig ungeeignet, die *Pille danach* abzugeben: Der Bedarf entsteht selten zu den Praxiszeiten, sondern in der Nacht und am Wochenende. Notfallambulanzen müssen aufgesucht werden, ein Verhütungsunfall gilt dort aber sicher nicht als Notfall; zu diesem Zeitpunkt, in einer Krisensituation, wird auch sicher keine Verhütungsberatung für eine reguläre Verhütung stattfinden können. Die Frau braucht die *Pille danach* und Hinweise, wo sie sich zu einem späteren Zeitpunkt zur Verhütungsberatung hinwenden kann.“

Sein Vorschlag, Automaten für die *Pille danach* (ähnlich den Kondomautomaten) aufzustellen, mit entsprechenden

Broschüren versehen, in denen auf Beratungsangebote hingewiesen wird, ist wohl der radikalste an diesem Nachmittag. „Evidence based medicine“¹ ist nach Fiala heute die Zielsetzung der Medizin allgemein, umso erstaunlicher sei diese Diskussion, die gar nicht mehr geführt werden müsste: Die *Pille danach* erfüllt in diesem Kontext alle Kriterien:

„Wir haben ein extrem sicheres Medikament mit sehr wenigen Nebenwirkungen, und wir haben jahrelange Erfahrungen aus dem Ausland. Es ist keine medizinische, sondern eine politische, ideologische Diskussion, hier müssen wir Argumente und Strategien entgegensetzen.“ (...)

Zienert dazu: Die Notfallambulanzen sind, zumindest in Städten, personell gut ausgestattet, das sei kein Argument für die Rezeptfreigabe. Ebenso wenig könne der Tablettenautomat ein Modell sein, hier bestehe die Gefahr von Mehrfachanwendungen und Nebenwirkungen würden nicht kontrolliert.

Zahradnik unterstützt: Auch nachts um zwei fände man Gynäkologen in Notdiensten oder Notfallambulanzen. „Die Aufklärung ist doch das Entscheidende!“ Die Automatenlösung sei völlig unakzeptabel.

Prof. Dr. Busch (FH Merseburg, Balance, Berlin) bedauert die „Grabenkämpfe“ der Interessenverbände: „Eine rezeptfreie Vergabe ist doch nur eine Erweiterung des Handlungsspektrums, wenn man sie gut flankiert, und darum muss es doch hier gehen. Warum soll das in Deutschland schlechter möglich sein als in Frankreich oder Schweden?“

Bei spezifischen Zielgruppen wie den jungen Mädchen müsse gut überlegt werden, wie eine gute Information und Aufklärung gewährleistet werden kann. Ansonsten dürfe man darauf vertrauen, dass die Frauen hierzulande ebenso gut in der Lage sind, Informationen zu verarbeiten wie Frauen in den vielen anderen Ländern, in denen die *Pille danach* frei erhältlich ist.

Aubény an Zahradnik: „Glauben Sie wirklich, dass ein Gynäkologe ein Paar am Sonntag früh beraten muss, bei dem in der Samstagnacht ein Kondom geplatzt ist?“

Antwort: „Ja, es geht um Informationen zu anderen, alternativen Verhütungsmethoden.“

Aubény: „Warum sollen sie das Mittel wechseln, wenn sie mit Kondomen zufrieden sind?“

Zahradnik: „Das Kondom ist nicht ausreichend, gerade bei den jungen Frauen, mit denen wir es hier zu tun haben.“

Häußler-Sczepan verwehrt sich in diesem Zusammenhang nochmals gegen die Festlegung auf Jugendliche: „Woher wissen Sie, wer in welchem Alter eine Nachverhütung braucht? Und warum darf sie bloß das aufgeklärte Paar haben, das schon seine Verhütungsmethode gefunden hat? Es gibt keinen Grund“, sagt sie in Anlehnung an Aubény, „einen Arzt aufzusuchen, wenn man eine Schwangerschaft mit der *Pille danach* verhüten will, und keinen Grund für eine gynäkologische Untersuchung.“

Linz: „Die Beispiele Frankreich und Schweden zeigen, dass die Anwendung der *Pille danach* erheblich ansteigt, wenn die freie Vergabe kommt. Zudem scheinen die Zahlen der Abbrüche zu sinken. Die Statistik zeigt 5 % weniger Abbrüche in Schweden in der ersten Hälfte 2003. Das gibt Hoffnung auf eine grundsätzliche Reduzierung der Abbrü-

che im Fall einer niedrigschwelligen Vergabe. „Junge Leute gehen zuerst in die Apotheke, das ist niedrigschwelliger.“ Auch ginge es nicht um eine Konkurrenz zu den ÄrztInnen. Die ApothekerInnen würden die Pille ausgeben und immer auf gynäkologische oder Beratungsangebote beispielsweise der pro familia verweisen.

Dr. Arntzen, Ärztin, pro familia Berlin: Sie stellt die grundsätzliche Frage, warum sich GynäkologInnen noch immer nicht auf die rezeptfreie Vergabe einlassen können. „Es geht darum, sich einer europäischen Empfehlung anzuschließen; in 28 Ländern weltweit ist das Medikament bereits freigegeben!“

Zienert antwortet und bekräftigt ihren Standpunkt: „Was soll die Rezeptfreiheit begünstigen? Niedrigschwellig heißt für mich nicht Rezeptfreiheit. Das Rezept ist keine Hürde, weil die Frau es vom Gynäkologen bekommt, weil sie es braucht. Die Aufklärung ist unverzichtbar. Die Notfallkontrazeption gehört da mit hinein, auch bereits bei der Sexualaufklärung in der Schule.“

Hagemann resümiert:

„1. Aufklärung und Information über dieses Arzneimittel müssen auf jeden Fall intensiviert und flächendeckend sichergestellt werden, und das Medikament muss ständig in den Apotheken vorrätig sein.

2. Es werde eine Menge von Medikamenten mit erwiesenermaßen höheren Risiken aus der Rezeptpflicht entlassen und das ist akzeptiert. Wir vertrauen darauf, dass der Patient die Packungsbeilage von Kopfschmerzmitteln oder Herzmitteln liest und sich entsprechend hilft. Paternalistische Haltungen können wir uns heute nicht mehr leisten. Unter anderem im Internet sind über die *Pille danach* alle möglichen Informationen verfügbar², und wir tun so, als könnten wir Informationen nur über den Arzt verbreiten.

3. Der Apothekerberuf nimmt für sich in Anspruch, Arzneimittelfachmann zu sein und Beratung zu machen. Ich gebe zu, dass die Beratungssituation in Apotheken nicht optimal ist, aber gerade das ist eine Chance für ApothekerInnen, mit entsprechenden Unterlagen, die die Arzneimittelkommission der Apotheker und die pro familia auch erstellen werden, ihre Beratung zu qualifizieren, das ist deren Aufgabe!

4. In Deutschland haben wir ein relativ gutes Versorgungssystem, wir haben eine flächendeckende Versorgung mit Apotheken, wir haben Manpower, das können wir ausnutzen und optimieren, dann können wir die sichere Nutzung dieses Medikaments gewährleisten.

5. Eine Studie wäre wünschenswert: Was passiert nach Freigabe von Levonorgestrel? Welche Gruppen nehmen das? Wie steigen die Anwenderinnenzahlen? Es geht nicht nur um Nebenwirkungen, es geht darum herauszufinden, welche Folgen regulatorische Entscheidungen des Bundesinstituts für Arzneimittel haben.“

Helfferrich plädiert dafür, dass die an der Diskussion beteiligten Berufsgruppen an einer gemeinsamen, pragmatischen Lösung arbeiten, orientiert an der Frage „Was braucht die Zielgruppe?“ Drei Dinge sind gewiss, führt sie aus: (an Frau Zienert:) Aufklärung, das ist unstrittig, ist besonders wichtig, insbesondere für junge Leute; ein Rezept zwingt zur Beratung, aber das sei kein Argument gegen die Rezeptfreigabe.

Sie geht noch einmal auf die Zielgruppen-Diskussion ein: „Das sind keine Kinder, es sind 19- bis 22-Jährige, nicht alle haben Beratungsbedarf.“

Die Frage müsse sein: „Wo brauchen wir Beratung?“ Sie stimmt Aubénys Einwand zu, dass viele Frauen ein passen-

1 Etwa „an den tatsächlichen Gegebenheiten/Erfahrungswerten orientiert“, Anm. d. Red.

2 Unter anderem www.not-2-late.com; www.pilledanach.at, www.pille-danach-info.de, www.notfall-verhuetung.de, Anm. d. Red.

des Verhütungsmittel gefunden haben, warum sollten sie wechseln?

„Es sind also zwei Bereiche, die miteinander verflochten werden sollten: Auf der einen Seite haben wir den Beratungsbedarf, gerade bei jungen Leuten, hier haben GynäkologInnen einen wichtigen Part. Auf der anderen Seite haben wir das Problem: ‚Wie kommen Menschen, die es dringend brauchen, schnell an die *Pille danach*?‘“

Es müsse folglich um eine optimale Versorgung gehen, die von realistischen Zielgruppenvorstellungen ausgeht, hierzu gehören viele verschiedene Frauen, mit und ohne Beratungsbedarf. Es sei also eine differenzierte Vorgehensweise erforderlich.

Dr. Fiala, Gynäkologe, Wien: Er kritisiert, es ginge in der Diskussion noch immer um die Frage der Kontrolle über die Fruchtbarkeit. Bereits in den Sechzigerjahren wurde diskutiert, ob Frauen die Pille nehmen dürfen und ob sie wohl verantwortungsvoll damit umgehen würden. „Die Frauen werden noch heute von einer paternalistischen Gesellschaftsführung dem Vorwurf ausgesetzt, sie würden bei ihrer Reproduktion unverantwortlich handeln. Und auch wenn man heute verschiedene Länder vergleicht und den Umgang mit dem Bereich Fruchtbarkeit dort beobachtet, wird deutlich, dass dort, wo Frauen am wenigsten bevormundet werden und unabhängig über Ihre Reproduktion entscheiden können, die wenigsten Schwangerschaftsabbrüche vorkommen, das beste Verhütungsverhalten und die beste reproduktive Gesundheit vorliegen. Gesellschaften mit den restriktivsten Systemen haben dagegen die schlechtesten Parameter bis hin zur höchsten Müttersterblichkeit.“

Protokoll: Heike Lauer

*Heike Lauer ist freiberufliche Journalistin
und Redakteurin des FORUM
Sexualaufklärung und Familienplanung*

Abschluss und Ausblick

Angesichts der tagespolitischen Diskussionen, der politischen Konstellationen in den Entscheidungsgremien und den bisher noch erheblichen Fehlinformationen der Öffentlichkeit ist der Titel der Tagung „Die *Pille danach* – rezeptfreie Vergabe in Deutschland“ eher immer noch mit einem Fragezeichen zu versehen. Diese Tagung hat aber gezeigt, dass es nach wie vor Bedarf an der Verbesserung von Kontrazeptionen gibt, das sagen die Daten europaweit, weltweit, und besonders aber auch deutschlandweit. Und wir haben mit Levonorgestrel, Duofem, ein zusätzliches Mittel zur Verbesserung von Kontrazeption zur Verfügung.

Die Bedingungen, die heute an ein Kontrazeptivum gestellt werden, sind:

- die einfache Anwendbarkeit – Levonorgestrel muss nur einmal eingenommen werden;
- die Wirksamkeit muss reversibel sein – Duofem beeinträchtigt das Zyklusgeschehen nur bei wiederholter Anwendung;
- es muss sicher sein – Levonorgestrel ist sicher, aber umso sicherer, je früher es eingenommen wird;
- es muss verträglich sein – auch das ist bei Levonorgestrel der Fall, und
- es muss verfügbar sein, das heißt es muss billig sein und es muss möglichst rezeptfrei sein.

Es kommen Patientinnen zu mir in die Sprechstunde, die eine Kontrazeption brauchen, mit der Frage „Gibt es da mittlerweile nicht etwas Neues, Besseres, Sichereres?“ und da kann ich nur sagen, die Wissenschaft hat es schneller geschafft, die Menschen auf den Mond und vielleicht bald auf den Mars zu bringen, statt dass die uralte Sehnsucht der Menschen erfüllt wäre, die sexuelle Lust vom Zwang zur Fortpflanzung zu befreien. Zumindest wäre die rezeptfreie Vergabe von Duofem in Deutschland ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Befreiung.

Deshalb wollen wir gern einen offenen Brief an die Bundestagsabgeordneten schicken, entsprechend dem Entwurf, der den Tagungsmappen beigelegt ist. Ich würde gern ein Meinungsbild erstellen, ob das so auch vom Auditorium getragen wird und bitte Sie darum die Hand zu heben, wenn Sie dafür sind, dass dieser Brief im Sinne des vorliegenden Textes verschickt wird. (Das Vorhaben wurde mehrheitlich angenommen, Anm. d. Red.)

Jetzt habe ich noch eine ganze Reihe von Appellen: Erst einmal ein Appell an meine Fachkollegen, die bisher vor Gesundheitsschäden warnen: Ich bitte meine Kollegen, haben Sie Vertrauen in die Verlässlichkeit der Daten, die in unseren europäischen Nachbarländern zusammengetragen worden sind, in denen Levonorgestrel frei verfügbar ist. Schauen Sie mit offenem Auge auf die Erfahrungen, ich denke, dann können auch Sie Ihre Bedenken bezüglich der Schädlichkeit dieser Substanz beiseite lassen. Nehmen Sie

die Möglichkeit wahr, Ihren Patientinnen, wenn sie etwa mit Kondom Kontrazeption betreiben, ein Rezept auf Reserve mitzugeben für den Fall aller Fälle. (...)

Ein Appell an die Assistenten und auch Klinikdirektoren: Ändern Sie ihre Leitlinien der Versorgung in den Erste-Hilfe-Stationen, so dass Paare nicht weggeschickt werden mit dem Verweis, es sei auch nach dem Wochenende noch Zeit genug. (...)

Mein nächster Appell geht an die Beratungsstellen: Bitte nehmen Sie Ihre Pflicht zur Fortbildung ernst und nehmen Sie wahr, dass die *Pille danach* von damals nicht die *Pille danach* heute ist, dass es damals um ganz andere Nebenwirkungen ging die Frauen abgehalten haben, sich die Pille verschreiben zu lassen. Die schlechte Verträglichkeit von Tetragnon geistert immer noch in den Köpfen der Frauen herum. Die jetzige *Pille danach* muss in das Arsenal der Kontrazeptiva mit aufgenommen werden.

Dann bitte ich auch die Apotheker: Nehmen Sie die Chance wahr, auf Paare Einfluss zu nehmen, wenn sie Kondome kaufen, führen Sie die *Pille danach* schon heute mit auf beim Verkauf.

Und als Letztes bitte ich die BZgA, die Aktivitäten der pro familia weiter so tatkräftig zu unterstützen wie wir heute unterstützt worden sind. Und damit möchte ich abschließen und den Damen und Herren, den Referentinnen und Referenten und Mitwirkenden an dieser Veranstaltung recht herzlich danken.

Gabriele Halder



Dr. Gabriele Halder ist Gynäkologin und Vorstandsvorsitzende des Familienplanungsentrums Berlin e.V.

Kontakt:

*Dr. Gabriele Halder
Hasenheide 65
10967 Berlin
Telefon (030) 857 264 37*

Kenntnisse zur *Pille danach* – erste Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die *Pille danach* und die Diskussion um ihre Freigabe waren der aktuelle Anlass für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine repräsentative Befragung unter Frauen im Alter von 16 bis 49 Jahren zum Thema *Pille danach* in Auftrag zu geben.

Bundesweit wurden im November 2003 von TNS Emnid 1500 Frauen telefonisch befragt, zusätzlich wurden 500 Berlinerinnen mit in die Auswertung einbezogen. Insgesamt basieren die Ergebnisse auf einer Stichprobe von n=2001 Personen.

Gefragt wurde nach den Kenntnissen zur *Pille danach*, den Einstellungen und den Erfahrungen der bisherigen Anwenderinnen mit dieser Form der Notfallverhütung – wann und warum sie notwendig wurde und welche Probleme dabei auftraten.

Die vollständigen Auswertungen der Ergebnisse werden erst im Frühjahr/Sommer 2004 abgeschlossen sein. Einige ausgewählte Ergebnisse sind jedoch zum jetzigen Zeitpunkt schon abgesichert.

Kenntnisse zur *Pille danach*

Die Kenntnis der Existenz der *Pille danach* als einer Methode der Nachverhütung ist beim potenziellen Anwenderinnenkreis – Frauen im Alter zwischen 16 und 49 Jahren – weit

verbreitet. Insgesamt 84% bejahen die Kenntnis, ein sehr gutes Ergebnis. Generell gilt: Jüngere sind etwas besser informiert als Ältere (Abb. 1). Unterdurchschnittliche Kenntnis von der „Pille danach“ haben:

- Frauen, die derzeit keine Verhütung betreiben, weil sie nicht sexuell aktiv sind (65%),
- Frauen mit geringer schulischer Bildung, also Hauptschule ohne Lehre bzw. Abschluss (67%).

In diesen beiden Gruppen sind überproportional viele 16- bis 19-Jährige vertreten. Dies zeigt an, dass unter den allgemein sehr gut informierten jungen Frauen auch eine kleine Teilgruppe mit geringer Kenntnis vorhanden ist.

Weniger verbreitet ist die Kenntnis der *Pille danach* im Osten (76%; Vergleichswert im Westen: 86%).

Subjektive Informiertheit (Abb. 2)

Danach befragt, wie gut sie sich denn über die *Pille danach* informiert fühlen, lassen sich die Frauen mit genereller Kenntnis der *Pille danach* in zwei etwa gleich große Lager einteilen: Die eine Hälfte (47%) fühlt sich subjektiv sehr gut oder gut informiert, die andere Hälfte (51%) weniger gut oder schlecht. Die Kategorie „sehr gut“ wählen allerdings nur 6%, die negativste Ausprägung „schlecht“ dagegen doppelt so viele (12%).

Abbildung 1

Kenntnis der *Pille danach*

Nach einer Verhütungspanne oder nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr gibt es die Möglichkeit der Nachverhütung, die so genannte Pille danach. Die Pille danach ist eine Methode für den Notfall, sie verhindert die Einnistung der Eizelle in der Gebärmutter. Die Pille für den medikamentösen Abbruch, mit der eine festgestellte bestehende Schwangerschaft abgebrochen werden kann, ist hier nicht gemeint. Gemeint ist hier die Pille zur Nachverhütung. Wussten Sie, dass es so eine Pille zur Nachverhütung gibt?

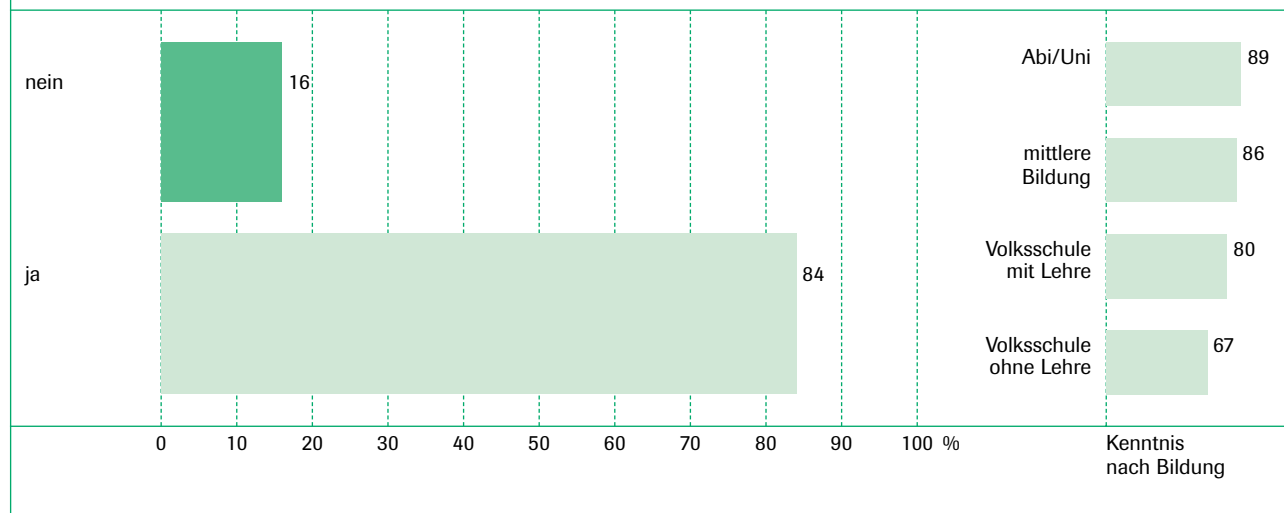
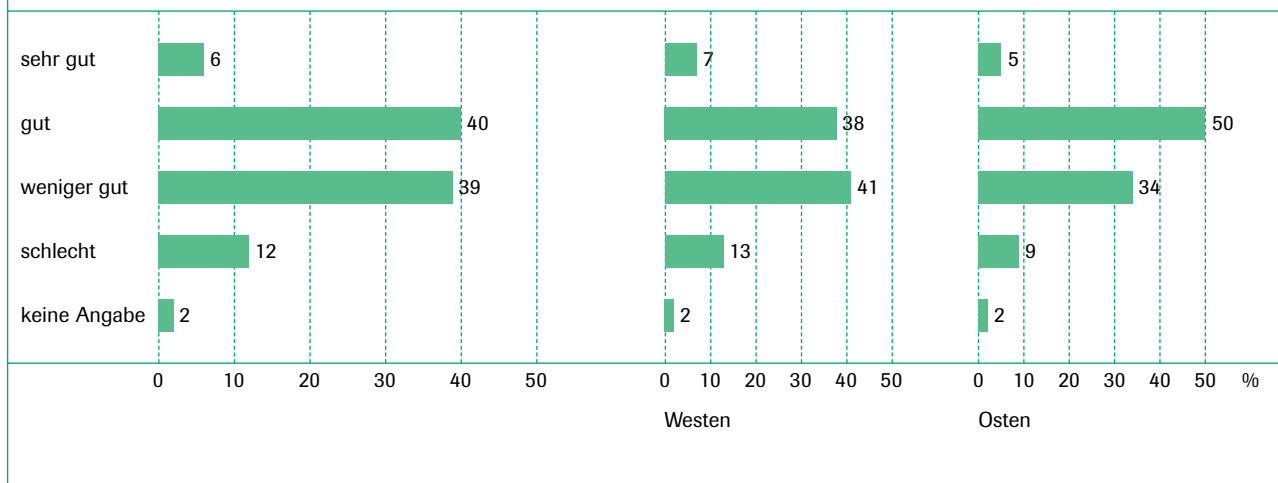


Abbildung 2

Informiertheit Pille danach (Selektion: Kenntnis der *Pille danach* gegeben)*Fühlen Sie sich über die Pille danach sehr gut informiert, gut informiert, weniger gut informiert, schlecht informiert?*

Entgegen der allgemeinen Kenntnis – die in den neuen Bundesländern unterdurchschnittlich verbreitet ist – fühlen sich diejenigen ostdeutschen Frauen, denen die *Pille danach* bekannt ist, besser darüber informiert als die entsprechende Gruppe in Westdeutschland (56% Ost zu 45% West).

Die Bildung erweist sich als ein relevanter Faktor. Haupt-schülerinnen fühlen sich insgesamt deutlich schlechter informiert als der Schnitt der Frauen. Als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichnen maximal 40% ihren Kenntnisstand, bei Befragten mit mittlerer Reife oder höherer Schulbildung sind es 50% und mehr. Besonders auffällig ist die Einordnung der Frauen ohne Abschluss oder ohne Lehre: Ein Anteil von 25% bezeichnet den eigenen Kenntnisstand direkt als „schlecht“ (gesamt: 12%); aber gleichzeitig gibt es auch einen Anteil von 12%, der die eigene Kenntnis als „sehr gut“ einschätzt (gesamt: 6%). Altersunterschiede sind vorhanden, aber nicht sehr groß.

Objektive Kenntnis der *Pille danach*

Detailliertes Zeitfenster (Abb. 3)

Auch unter den sonstigen Antworten, die mit 9% relativ hoch ausfallen, beziehen sich fast alle Antworten auf einen engeren Zeitrahmen als notwendig: aufgeschlüsselt machen die meisten eine Zeitangabe von unter 12 Stunden („am nächsten Morgen“, „direkt anschließend“), ansonsten wird „am nächsten Tag“ oder „36 Stunden“ noch häufiger genannt. Nur in Ausnahmefällen existieren hier völlige Fehlvorstellungen, die auf Verwechslung mit der Abtreibungspille hindeuten.

Überraschend: Selbst unter den Frauen mit Anwendungserfahrung ist nur 10% das maximale Zeitfenster bekannt. Allerdings nennen 26% die alte Grenze von 48 Stunden.

Ganz offensichtlich besteht bezüglich des Zeitfensters ein großes Wissensdefizit. Positiv daran ist zu werten, dass die meisten Frauen sich dennoch der Notwendigkeit, rasch zu handeln, durchaus bewusst sind, wie die in aller Regel zu eng gewählten Zeitangaben belegen. Andererseits stellt sich die Frage, wie viele Frauen in der konkreten Notsituation die *Pille danach* gar nicht als Notfallverhütung in Betracht ziehen, weil sie von falschen Vorstellungen ausgehen.

Bedenklich ist aber vor allem der nicht unbeträchtliche Anteil von Frauen, der von vornherein zugibt, keine Kenntnis vom Zeitrahmen zu haben. Jede Siebte gibt direkt zu, ihn nicht zu kennen (15%). Deutlich höher ist dieser Anteil noch bei

- subjektiv schlecht informierten Frauen (24%),
- Frauen ab 40 Jahren (22%),
- Frauen mit einfacher Schulbildung, aber mit Lehre (22%),
- Frauen ohne Geschlechtsverkehr, daher nicht verhütend (22%),
- bei geringem gesundheitlichen Interesse (20%).

Detailliertes Verschreibungspflicht (Abb. 4)

Im Gegensatz zur Kenntnis über das Zeitfenster ist die Kenntnis über die in Deutschland bestehende Verschreibungspflicht gut. Drei von vier der befragten Frauen (77%), die grundsätzlich Kenntnis von der *Pille danach* haben, wissen auch, dass sie verschreibungspflichtig ist. Die Zahlen schwanken in den Untergruppen um maximal 4% nach oben oder unten, es gibt also nur geringe Unterschiede.

Deutliche Unterschiede gibt es jedoch bezüglich der beiden weiteren Antwortmöglichkeiten: der falschen Vermutung, die Abgabe sei rezeptfrei, und der Möglichkeit, „weiß nicht“ zu antworten. Vor allem nach Alter – aber auch nach Bildungsstand – differieren die Antworten der Untergruppen teils erheblich.

Das größere Problem stellt hier die Gruppe dar, die von der Voraussetzung ausgeht, die Abgabe sei rezeptfrei. Im Bundesschnitt ist es etwa jede Zehnte (11%), die fälschlicherweise annimmt, die *Pille danach* sei rezeptfrei erhältlich. Besonders bedenklich ist der überproportional hohe Anteil gerade bei den jungen Befragten: 16- bis 19-Jährige gehen zu 17% davon aus, dass die *Pille danach* rezeptfrei erhältlich ist. Nur 4% dieser Altersgruppe haben sich hingegen für die Antwort „weiß nicht“ entschieden. Die unter Zwanzigjährigen sind also in sehr hohem Maße davon überzeugt, Bescheid zu wissen.

Bei den älteren Frauen ist die falsche Kenntnis mit 8% am geringsten ausgeprägt. Je älter die befragten Frauen, desto eher benennen sie stattdessen offen ihre Unwissenheit

Abbildung 3

Kenntnis der Pille danach – Detailkenntnis Zeitfenster (Selektion: Kenntnis von der *Pille danach* gegeben)

Wie ist das denn Ihres Wissens nach: Innerhalb welcher Zeit muss nach der Verhütungspanne oder dem ungeschützten Geschlechtsverkehr spätestens mit der Einnahme begonnen werden?

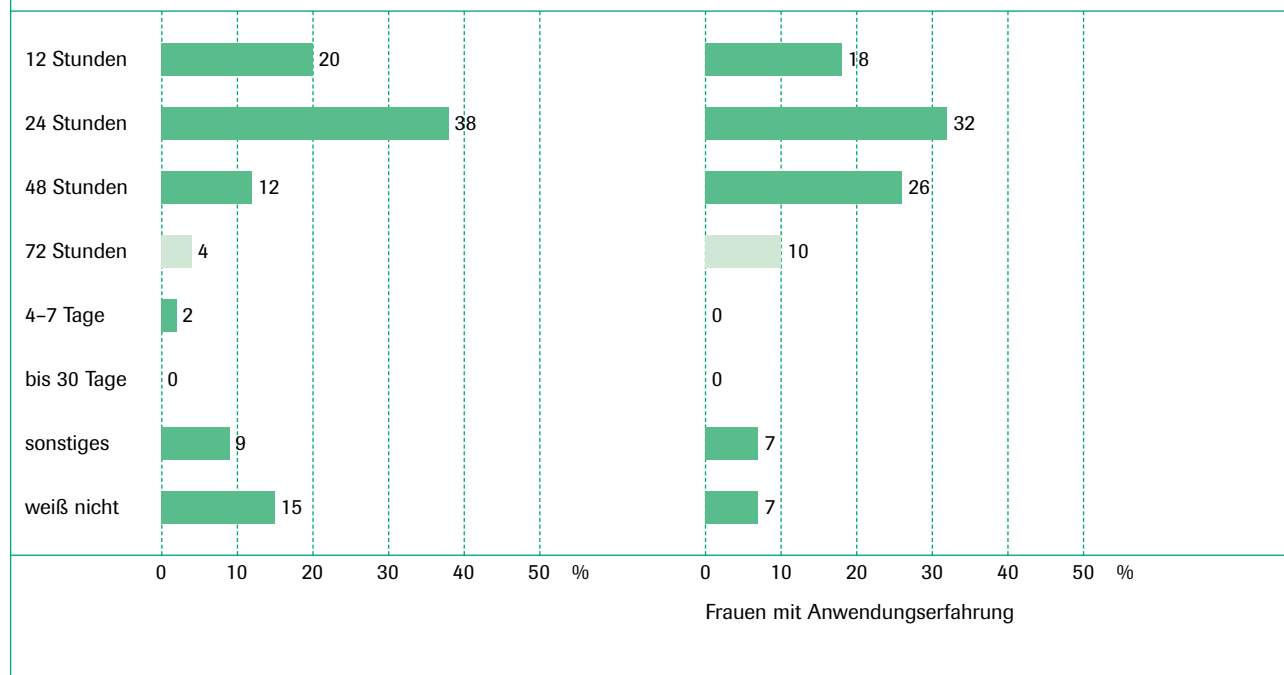
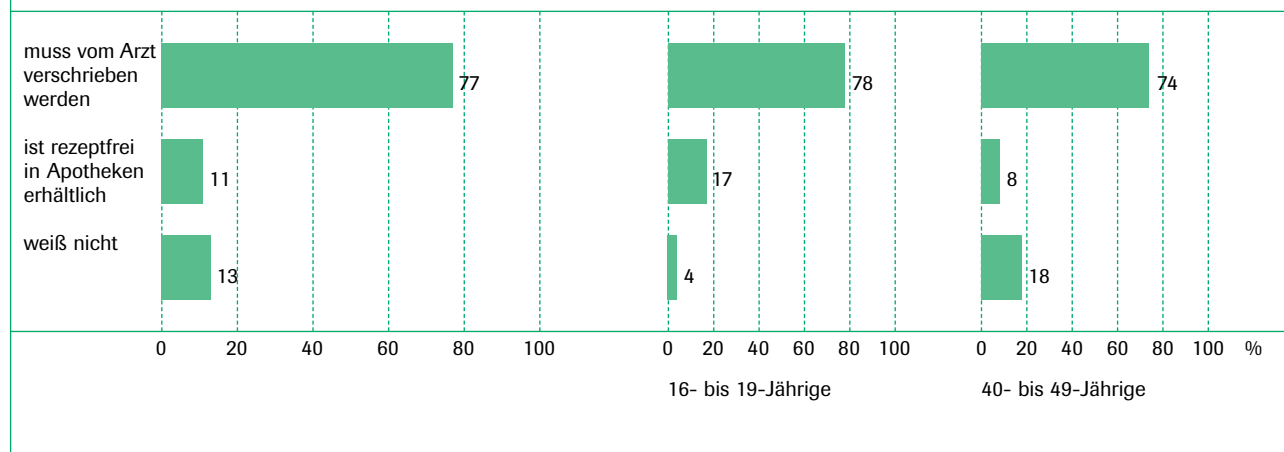


Abbildung 4

Kenntnis der Pille danach – Detailkenntnis Verschreibungspflicht (Selektion: Kenntnis der *Pille danach* gegeben)

Wie ist das eigentlich Ihres Wissens nach hier bei uns: Ist die Pille danach in Apotheken rezeptfrei erhältlich oder muss sie vom Arzt verschrieben werden?



(40- bis 49-Jährige: 18%). Im Bundesschnitt geben 13% direkt zu, dass sie über Verschreibungspflicht oder Nicht-Verschreibungspflicht nicht informiert sind.

Ganz offensichtlich findet die Kommunikation über die *Pille danach* in erster Linie über die Medien oder im privaten Kreis statt. Vor allem sind es die anonymen Massenmedien, über die Informationen zur *Pille danach* aufgenommen wurden: Zeitungen oder Zeitschriften (75%), Radio/TV (52%) – Medien, die Informationen ohne die Möglichkeit zum Austausch vermitteln. An dritter Stelle, aber bereits mit Abstand, folgt die Mund-zu-Mund-Propaganda im Freundeskreis (42%).

Erst mit weiterem Abstand folgen Medien oder Personen, die ein fundiertes Fachwissen vermitteln. Relativ gut positioniert sind dabei Aufklärungsbroschüren. Sie werden von 30% als Informationsquelle genannt – und damit genauso häufig wie der Frauenarzt/die Frauenärztin (30%) – im Osten etwas häufiger als im Westen (35% zu 29%). Dennoch bleibt festzuhalten, dass diese Vermittlungsinstanzen im Durchschnitt nicht einmal ein Drittel der Frauen erreichen.

Bei der Frage der Informationsquellen bestehen deutliche Altersunterschiede. Besonders auffällig sind die Abweichungen von den Gesamtwerten bei der Gruppe der 16- bis 19-

Jährigen: Jugendliche werden durch eine Vielzahl von Quellen informiert; im Schnitt machen sie 4,4 Nennungen (Vergleichswert der über 40-Jährigen: nur 2,7). Den Spitzenwert nimmt bei ihnen – nicht unerwartet – der Freundeskreis ein (80%). Die Schule spielt mit 68% für diese Gruppe ebenfalls eine wichtige Mittlerrolle.

Aber auch andere Institutionen werden häufiger angeführt. Mit 45% erreicht der Frauenarzt den höchsten Wert unter den Altersgruppen. Die 16- bis 19-Jährigen sind zudem die einzige Altersgruppe, in der auch der Hausarzt eine nennenswerte Rolle spielt (13%, sonst max. 4%). Gleiches gilt für Beratungsstellen (9%, sonst max. 3%).

Was die Aufklärungsbroschüren betrifft, so ist eine klare Trennlinie beim Alter von 30 Jahren zu erkennen: von Jugendlichen und 20- bis 29-Jährigen werden sie deutlich häufiger genutzt (Prozentangaben um 40%) als von den älteren Befragten (Prozentangaben um 25%).

Eine etwas andere Informationsstruktur weisen auch die Anwenderinnen der *Pille danach* auf. Diese stützen sich zu gleichen Anteilen – und in der Häufigkeit klar abgegrenzt gegen andere Quellen – auf Berichte in Zeitungen oder Zeitschriften (58%; damit deutlich weniger als die Gegengruppe der Nicht-Anwenderinnen mit 77%), den Freundeskreis (55%, damit mehr als die Nicht-Anwenderinnen mit 41%), und den Frauenarzt (53%, damit bald doppelt so viele wie bei Nicht-Anwenderinnen mit 28%). An vierter Stelle folgen die Aufklärungsbroschüren – auch hier mit einem erhöhten Wert im Vergleich zur Gegengruppe der Nicht-Anwenderinnen (39%, Gegengruppe: 29%).

Anwendung der *Pille danach*

Kreis der Anwenderinnen (Abb. 5)

Insgesamt 7% der 16- bis 49-Jährigen haben die Pille schon selbst angewendet, 6% einmal, 1% mehrfach. Bezieht man die Gruppe der Frauen nicht mit ein, für die eine Verhütung aufgrund medizinischer Ursachen nicht (mehr) notwendig ist, sind es 8% (7% einmal, 1% mehrfach). Dabei gibt es

deutliche regionale, alters- und bildungsbedingte Unterschiede.

Die Notfallverhütung mit der *Pille danach* ist offensichtlich eine „westliche“ Methode: In Westdeutschland beträgt der Anteil der Frauen, die eigene Erfahrung mit der Anwendung haben, 8%, in Ostdeutschland 2%.

Bei den unter 30-Jährigen gibt es 10% Anwenderinnen, bei den über 30-Jährigen geht der Anteil auf 6% zurück. Die größte Erfahrung besteht in der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen (11%), gefolgt von den 16- bis 19-Jährigen (7%).

Nach schulischem Bildungshintergrund aufgeschlüsselt, haben Frauen mit hoher Schulbildung die größte Erfahrung (11%; davon 9% einmal, 2% mehrfach). Der zweitgrößte Anteil ist bei den Frauen am anderen Ende der Bildungsskala zu finden: Bei Befragten ohne Abschluss und ohne Lehre beträgt er 8% (6% einmal, 2% mehrfach). Auf mittlerem Level sind es 5% bis 6%.

Verhütung zum Zeitpunkt der Anwendung (Abb. 6)

Mehr als die Hälfte derjenigen, die zur Notfallverhütung die *Pille danach* angewendet haben, haben eigentlich eine Kontrazeptionsmethode angewendet, das heißt, die Nachverhütung wurde bei dieser Gruppe wegen einer Panne, eines Problems notwendig. Die Einteilung stellt sich wie folgt dar: Ein Drittel aller Anwenderinnen hat mit Kondom verhütet, das dann gerutscht oder gerissen ist (34%), jede Fünfte ist eigentlich Pillen-Anwenderin und hatte bei dieser Anwendung ein Problem (Einnahme vergessen, Wirkungsweise beeinträchtigt: 23%), ein Drittel hat nicht verhütet (37%). Nur wenige (4%) geben den Koitus Interruptus als Verhütungsmethode an (diese Gruppe wäre zu den Nicht-Verhütenden zu zählen), weitere 4% „sonstiges“, 3% machen keine Angabe.

Im Osten Deutschlands werden Probleme mit der Einnahme der Pille etwas häufiger genannt als im Westen.

Jahr der Anwendung (Abb. 7)

Bei vier von fünf der Anwenderinnen der *Pille danach* liegt die (erstmalige) Nachverhütung bereits mehr als drei Jahre

Abbildung 5

Anwendung der *Pille danach*

Haben Sie die Pille danach selbst schon angewendet?

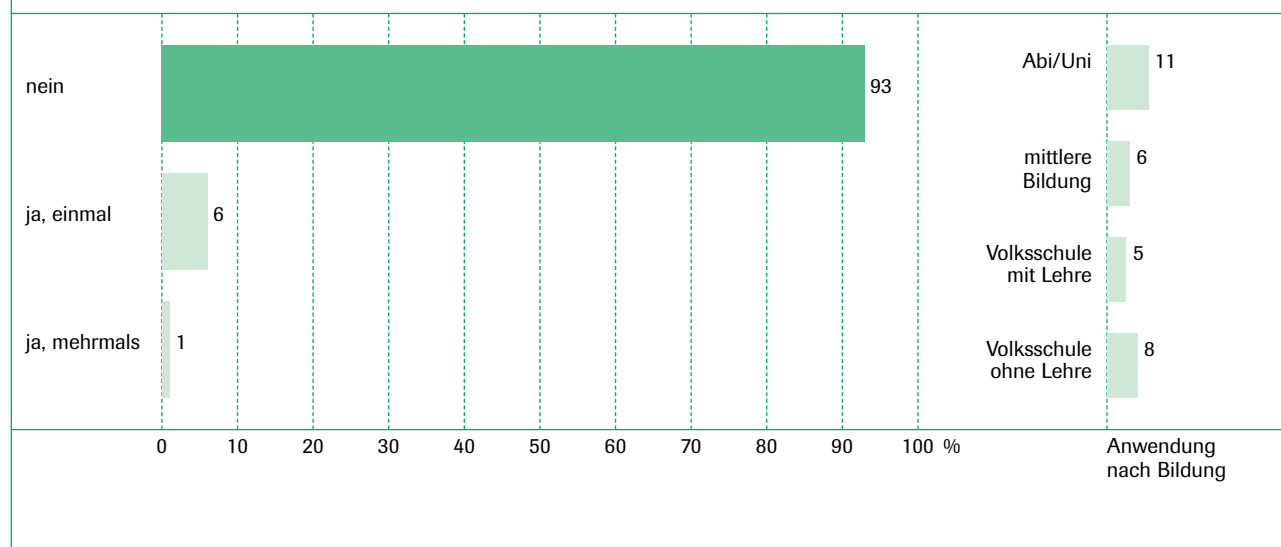


Abbildung 6

Anwendung der Pille danach – Verhütung zu diesem Zeitpunkt (Selektion: Pille danach schon selbst angewendet)

Haben Sie die Pille danach eingenommen, weil es ein Problem mit der verwendeten Verhütungsmethode gab, oder haben Sie zu der Zeit gar nicht verhütet?

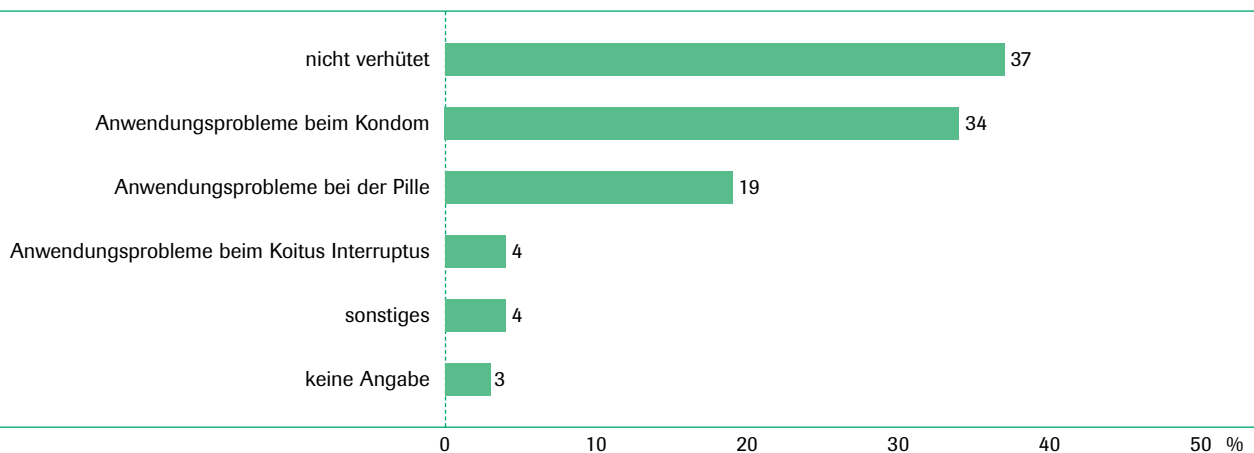


Abbildung 7

Anwendung der Pille danach – Jahr (Selektion: Pille danach schon selbst angewendet)

Wissen Sie noch, in welchem Jahr Sie die Pille danach gebraucht haben?

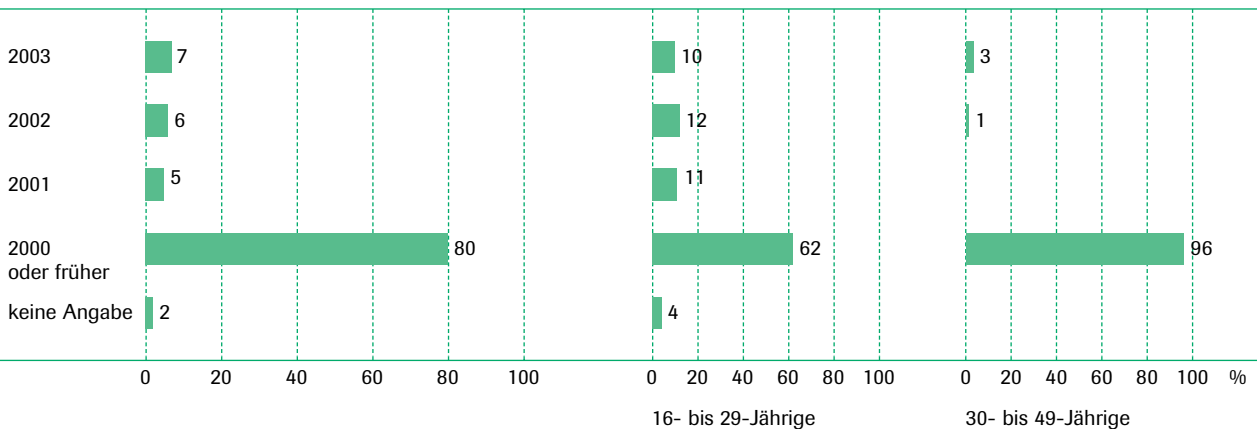
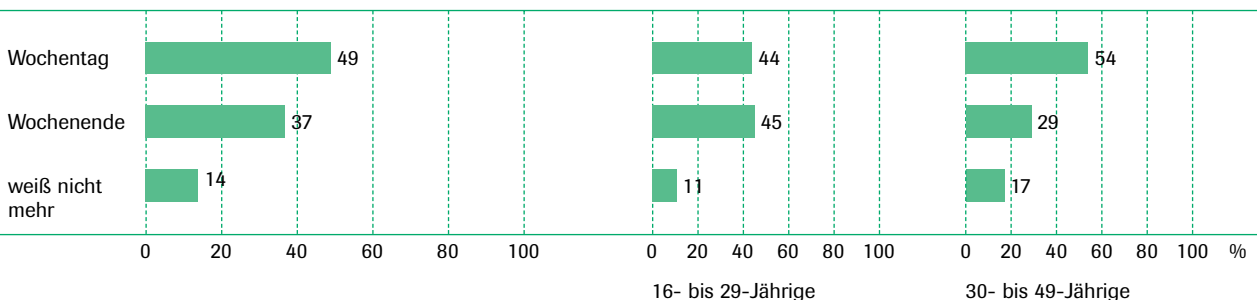


Abbildung 8

Anwendung der Pille danach – Bezugszeitpunkt (Selektion: Pille danach schon selbst angewendet)

Haben Sie die Pille danach an einem Wochentag oder an einem Wochenende gebraucht?



TNS-Emnid

zurück (2000 und früher). Der Großteil dieser Gruppe bezieht sich also vermutlich vorwiegend auf die Kenntnisse der alten Darreichungsform und Wirkungsweise.

Bei den 16- bis 19-Jährigen liegt der Zeitpunkt naturgemäß noch nicht so lange zurück. Aber die Altersunterschiede bestehen auch, wenn man die Grenze beim Alter von 30 Jahren zieht: Unter 30-Jährige haben zu einem Drittel innerhalb der letzten drei Jahre eine Notfall-Verhütung mit der *Pille danach* vorgenommen, bei den über 30-Jährigen beträgt dieser Anteil nur 4 %.

Auch die insgesamt nur kleine Zahl von Befragten aus Ostdeutschland, die eigene Erfahrungen mit der *Pille danach* hat, hat diese häufiger in den letzten Jahren gemacht als westdeutsche Frauen.

Bezugszeitpunkt für die *Pille danach* (Abb. 8)

Bei einer „Normalverteilung“ müssten zwei Siebtel (= 28 %) der Anwendungen auf das Wochenende entfallen, tatsächlich ist der Anteil aber überproportional groß: 37 % haben die *Pille danach* am Wochenende gebraucht, wenn man alle Anwenderinnen einbezieht. Bleiben diejenigen außen vor, die „weiß nicht mehr“ antworteten (14 % der Anwenderinnen), so beträgt der auf die konkreten Antworten umgerechnete Anteil sogar 44 %.

Dies sind, wie bereits gesagt, Ergebnisse einer Teilauswertung. Über die Gesamtauswertung dieser repräsentativen Befragung werden wir voraussichtlich im Sommer 2004 informieren.

Angelika Heßling

Presseecho Fachtagung *Pille danach*

Nachrichtenagentur

- KNA Katholische Nachrichtenagentur
5. 12. 2003

Print

- taz/Patricia Schmitt
6. 12. 2003
- Tagesspiegel/Dr. Adelheid Müller-Lissner
8. 12. 2003

Hörfunk

- RBB KulturRadio
Interview mit Dr. Angela Arntzen
10.15–10.20 Uhr Familienrat
5. 12. 2003

Fernsehen

- FAB Fernsehen für Berlin
Interview mit Magdalene Linz
21.00 Uhr – Magazin
5. 12. 2003

Fachzeitschriften

- Pharmazeutische Zeitung 1/2/2004
Patrick Hollstein

Pressematerial

- Pressemeldung BZgA vom 4. 12. 2003
- Presseinformation PD vom 5. 12. 2003
- Offener Brief PD vom 8. 12. 2003

Pressemappe

- Gerti Samel, Cosmopolitan, Ressort Gesundheit, München
- Ingrid Müller, Chefredaktion, netdoktor.de GmbH, München
- Liane Kühn, Journal für die Frau, Ressort Medizin, Hamburg
- Brigitte Biermann, brigitte, Berlin
- A. Schlump, MVG-Verlag, München
- Astrid Vieciano, Focus, Ressort Forschung und Technik, München
- Christine Richter, Berliner Ärzteblatt

Pressemitteilung

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
4. 12. 2003

***Pille danach* – Rezeptfreie Vergabe
in Deutschland?
Internationale Fachtagung soll
Überblick über Praxiserfahrungen
in anderen Ländern geben**

„*Pille danach* – Rezeptfreie Vergabe in Deutschland“ – das ist das Thema der Fachtagung am 5. Dezember in Berlin. Die Veranstaltung wird vom Familienplanungszentrum Berlin e.V., pro familia Landesverband Berlin e.V. und dem Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt e.V. durchgeführt und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Vertreterinnen und Vertreter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und aus europäischen Ländern wie z.B. Frankreich und Schweden, in denen die Rezeptfreiheit für die *Pille danach* bereits besteht, werden über internationale Erfahrungen mit der Praxis der Notfallverhütung berichten. Im Anschluss daran diskutieren Expertinnen und Experten aus Pharmazie, der Gynäkologie, des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und der Schwangerschaftskonfliktberatung die Konsequenzen einer Rezeptfreigabe für Deutschland. Die Entscheidung darüber, ob in der Bundesrepublik die *Pille danach* rezeptfrei über Apotheken abgegeben werden kann, steht momentan noch aus.

Die *Pille danach* ist seit Jahren Gegenstand der Repräsentativuntersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Verhütungsverhalten. Der Bekanntheitsgrad dieses Notfallkontrazeptivums ist in Deutschland hoch. 91% der Befragten haben schon einmal davon gehört. 9% der Bevölkerung im Alter von 22 bis 44 Jahren haben die *Pille danach* schon einmal (6%) oder mehrmals (3%) angewandt. Dies trifft vor allen Dingen für die unter 30-Jährigen und die ohne feste Partnerschaft zu.

Auch den 14- bis 17-Jährigen ist die *Pille danach* nicht unbekannt. 68% der Mädchen und 52% der Jungen wissen, dass es die Möglichkeit der Notfallverhütung gibt. Auch in diesem Alter haben bereits 8% der Mädchen schon einmal und 1% mehrfach dieses Medikament genutzt.

Die Fachveranstaltung will Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, der Pharmazie, aus der Beratung, der Sexualpädagogik, der Gesundheitspolitik und den Medien einen aktuellen Überblick über die Erfahrungen in den Ländern geben, in denen die *Pille danach* rezeptfrei erhältlich ist.

Die Tagung findet statt am 5. Dezember 2003 von 13.30 Uhr bis 19.30 Uhr im III. OG des Berliner Abgeordnetenhauses, Raum 376, Niederkirchnerstraße 5, 10117 Berlin.

Presseinformation der Veranstalter
5. 12. 2003
**Verhüten ohne Rezept mit der *Pille danach* –
hoffentlich bald kein Problem mehr in Deutschland?**

Kondom gerissen, Diaphragma verrutscht, die Pille vergessen oder gar nicht verhütet ...? Die *Pille danach* kann eine ungewollte Schwangerschaft innerhalb von 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr verhindern.

Anlässlich der Fachtagung *Pille danach* – rezeptfreie Vergabe in Deutschland im Berliner Abgeordnetenhaus forderten die rund 100 TeilnehmerInnen mehrheitlich die baldige rezeptfreie Abgabe der *Pille danach* – im Sinne der reproduktiven Rechte und der sexuellen Selbstbestimmung: Mädchen und Frauen müssen selbst entscheiden können, welche Form der (Nach-)Verhütung sie wählen wollen. Die *Pille danach* als Methode der Nachverhütung in die Nähe einer Abtreibung zu rücken, ist dabei weder ethisch noch medizinisch haltbar. Die *Pille danach* trägt vielmehr dazu bei, die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und damit auch der Abtreibungen zu reduzieren.

Je früher die *Pille danach* eingenommen wird, umso wirksamer und nebenwirkungsärmer ist sie. Bisher sind die beiden im Handel erhältlichen Präparate, die zwischen 10 und 13 Euro kosten, jedoch nur auf Rezept erhältlich. Die Kosten werden bei gesetzlich versicherten Frauen bis zum 20. Lebensjahr von den Krankenkassen übernommen.

Die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* ist in Deutschland nach wie vor politisch umstritten: Ob sie in Deutschland künftig rezeptfrei zu haben ist, steht mit der voraussichtlich erst im Frühjahr nächsten Jahres zu erwartenden Entscheidung des Bundesrates noch aus. In mindestens 28 Ländern der Welt ist die *Pille danach* inzwischen rezeptfrei erhältlich, in Europa u.a. in Albanien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Portugal, Schweden und der Schweiz. Deutschland sollte bei dieser Nachverhütungsmethode nicht das Schlusslicht bilden.

Zu der Fachtagung, die am 5. Dezember 2003 zusammen mit Ärztinnen und Ärzten, Beraterinnen und Beratern aus Familienplanungseinrichtungen sowie Vertretern von Krankenkassen und Apotheken und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte im Berliner Abgeordnetenhaus stattfand, hatten das Familienplanungszentrum Berlin e.V. – Balance, der pro familia Landesverband Berlin e.V. und das Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt e.V. eingeladen. Vertreterinnen und Vertreter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aus Frankreich und Schweden, in denen die Rezeptfreiheit für die *Pille danach* bereits besteht, berichteten über ihre bisher durchweg positiven Erfahrungen.

Pressekontakt: Gundel Köbke, das veranstaltungsbüro, Telefon 88 68 37 48 und 0170 551 80

Offener Brief
8. 12. 2003

Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Renate Schmidt
MinisterpräsidentInnen der Länder z. Hd. des Vorsitzenden
Dr. Edmund Stoiber
Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
z.Hd. der Vorsitzenden Helma Orosz

Jugendministerkonferenz (JMK), Vorsitz: Baden-Württemberg
Mitglieder des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziales
Mitglieder des Bundestagsausschusses für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
**Verhüten ohne Rezept mit der *Pille danach* –
hoffentlich bald kein Problem mehr in Deutschland?**

Anlässlich der Fachtagung *Pille danach* – rezeptfreie Vergabe in Deutschland, die am 5. 12. 2003 im Berliner Abgeordnetenhaus stattfand, forderten die rund 120 ExpertInnen und TeilnehmerInnen mehrheitlich im Sinne der reproduktiven Rechte und der sexuellen Selbstbestimmung die baldige rezeptfreie Abgabe der *Pille danach*: Mädchen und Frauen müssen selbst entscheiden können, welche Form der (Nach-)Verhütung sie wählen wollen. Die *Pille danach* als Methode der Nachverhütung in die Nähe einer Abtreibung zu rücken, ist dabei weder ethisch noch medizinisch haltbar. Die *Pille danach* trägt vielmehr dazu bei, die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und damit auch der Abtreibungen zu reduzieren.

Je früher die *Pille danach* eingenommen wird, umso wirksamer und nebenwirkungsärmer ist sie. Bisher sind die beiden im Handel erhältlichen Präparate, die zwischen 10 und 13 Euro kosten, jedoch nur auf Rezept erhältlich. Die Kosten werden bei gesetzlich versicherten Frauen bis zum 20. Lebensjahr von den Krankenkassen übernommen.

Die rezeptfreie Vergabe der *Pille danach* ist in Deutschland nach wie vor politisch umstritten: Ob sie in Deutschland künftig rezeptfrei zu haben ist, steht mit der voraussichtlich erst im Frühjahr 2004 zu erwartenden Entscheidung des Bundesrates noch aus. In mindestens 28 Ländern der Welt ist die *Pille danach* inzwischen rezeptfrei erhältlich, in Europa u.a. in Albanien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Portugal, Schweden und der Schweiz. Deutschland sollte bei dieser Nachverhütungsmethode nicht das Schlusslicht bilden.

Zu der Fachtagung, die mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zusammen mit Ärztinnen und Ärzten, Beraterinnen und Beratern aus Familienplanungseinrichtungen sowie Vertretern von Krankenkassen und Apotheken und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte im Berliner Abgeordnetenhaus stattfand, hatten das Familienplanungszentrum Berlin e.V. – Balance, der pro familia Landesverband Berlin e.V. und das Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt e.V. eingeladen. Vertreterinnen und Vertreter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aus Frankreich und Schweden, in denen die Rezeptfreiheit für die *Pille danach* bereits besteht, berichteten über ihre bisher durchweg positiven Erfahrungen.

Weiteres Material finden Sie in den Anhängen. Nachfragen und Vermittlung von Fachberatung: Gundel Köbke, das veranstaltungsbüro, Telefon 88 68 37 48 und 0170 551 80

„Nachverhütung“ ohne Rezept?**Tagung will die freie Vergabe der *Pille danach*.**

Gregor Krumpholz

Berlin (KNANN) Das Ergebnis stand offenbar nie in Zweifel: „Mehrheitlich“ hätten die rund 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die baldige rezeptfreie Abgabe der *Pille danach* gefordert, hieß es in der schon vorab verbreiteten „Presseinformation“. Große Kontroversen waren bei der Fachtagung zu dem Thema am Freitag im Berliner Abgeordnetenhaus also nicht eingeplant.

Dafür sorgte schon die Kongressregie der veranstaltenden Vereine: pro familia Landesverband, Familienplanungszentrum Berlin und das Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt hatten Fachreferenten zu allen möglichen Aspekten der *Pille danach* eingeladen. Ausdrücklich das Ziel, nach der Empfehlung des „Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht“ beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einer Zustimmung auch des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesrats zur bislang nicht rezeptfreien Vergabe den Boden zu bereiten.

Die ethische Perspektive blieb auf der Tagesordnung freilich ausgespart. Warum, war auch auf Nachfrage nicht in Erfahrung zu bringen. Die Lücke überraschte, wiesen die Veranstalter es doch in ihrer Pressemitteilung als „weder ethisch noch medizinisch haltbar“ zurück, die *Pille danach* als „Methode der Nachverhütung in die Nähe einer Abtreibung zu rücken“. Das Mittel könne vielmehr die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche vor allem bei Minderjährigen reduzieren.

Umso nachdrücklicher versuchte Monika Häußler-Sczepan vom pro familia Bundesvorstand vor Journalisten, die selbst bei Ärzten, Apothekern und Sexualberatern vorhandenen Informationsdefizite auszuräumen. *Pille danach* sei strikt von der „Abtreibungspille“ zu unterscheiden. Sie „schade“ einer bereits eingestieteten Eizelle nicht, betonte Häußler-Sczepan. Die neuesten Präparate schlossen eine „wichtige Lücke zwischen Verhütung und Schwangerschaftsabbruch“ und hätten kaum gesundheitliche Nebenwirkungen. In 10 Staaten Europas sei die *Pille danach* bereits frei käuflich, weltweit seien 28 „auf der Höhe der Zeit – sogar der Kongo“. Die Erfahrungen seien „durchweg positiv“, ein „verantwortungsloser Umgang“ nicht belegbar. In Deutschland habe bereits jedes zwölfte 14- bis 17-jährige Mädchen die *Pille danach* benutzt.

Schützenhilfe leistet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Ungeachtet der vermutlich anstehenden Bundesrats-Entscheidung wolle sie Information über und Verfügbarkeit der *Pille danach* unterstützen, kündigte die Direktorin der Bundeszentrale, Elisabeth Pott, bei der Tagung an. Auf Fragen nach Kritik an dem Verhütungsmittel verwies sie auf „bekannte Positionen“ von „Lebensschützern“. Gemeint war wohl vor allem die katholische Kirche, die die *Pille danach* nachdrücklich „mit und ohne Rezept“ als Abtreibungsmittel ablehnt. Sie solle eine Schwangerschaft „auf Verdacht“ beenden, erklärte die Sprecherin der Deutschen Bischofskonferenz, Martina Höhns, auf Anfrage. Eine Abgabe ohne Rezept setze Frauen zusätzlich unter Druck und schiebe ihnen auch noch alle Verantwortung zu. Mit den körperlichen und seelischen Folgen bleiben sie dann allein und ohne ärztlichen Rat.

In der Tat scheint die Wirkungsweise der *Pille danach* in vielem noch ungeklärt. Sie verhindere oder verzögere wohl vor allem den Eisprung, meinte eine Medizinerin. Eventuell blockiere sie aber auch die Einnistung der schon befruchteten Eizelle, bestätigte sie die Kritik von Abtreibungsgegnern. Auch in der Frage des rezeptfreien Verkaufs sind durchaus Fragen offen. Warum die herkömmliche „Pille“ weiter nur auf Rezept, die *Pille danach* aber rezeptfrei abgegeben werden soll, ist nicht jedem allein mit dem Argument der „Liebe am Wochenende“ zu vermitteln, an dem die Praxen abgeschlossen haben. Zahlreiche Apotheken verfügen zudem nicht über den eigentlich vorgeschriebenen abgeschlossenen Beratungsraum, wie auf der Tagung zu hören war. Im Falle einer rezeptfreien Freigabe dürfte da so manche *Pille danach* ohne viele Worte über den Ladentisch gehen.

Die Tageszeitung**Nr. 7227 vom****6. 12. 2003, Seite 7, 126****Das unterschätzte Medikament**

Cosima Schmitt

Pille danach soll in Deutschland rezeptfrei in Apotheken verkauft werden. Experten: Präparat ist unter Umständen schonender als die normale Pille.

Meist ist Deutschland in Frauenfragen nicht rückständiger als Kongo oder die Schweiz. Doch es gibt Ausnahmen: „In 28 Ländern weltweit ist die *Pille danach* rezeptfrei erhältlich. Nur hier nicht. Das ist fast ein Skandal“, sagte Elisabeth Pott von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gestern bei einer Fachtagung in Berlin.

Die Experten begrüßen einhellig, worüber derzeit das Bundesgesundheitsministerium berät: ob Frauen die Notfallpille ab nächstem Jahr nach eigenem Ermessen in der Apotheke kaufen dürfen.

Die Argumente für eine Freigabe sind gewichtig. Denn in neun von zehn Fällen verhindert die Pille, dass eine Frau schwanger wird – aber nur, wenn sie spätestens 72 Stunden nach dem Sex eingenommen wird. Je früher die Frau die Tablette schluckt, desto zuverlässiger wirkt sie. Und genau daran krankt die herkömmliche Praxis: „Zum ungeschützten Sex kommt es meist am Wochenende nach einer Party und vielen Bier. Gehen die Mädchen montags zum Frauenarzt, ist es oft zu spät“, so Pott.

Im vergangenen Sommer bereits empfahl die EU ihren Mitgliedsländern, das Präparat rezeptfrei abzugeben. Schließlich ist das am häufigsten genannte Argument gegen die *Pille danach* sachlich falsch: Sie dient nicht der Abtreibung, sondern verhindert, dass sich das Ei überhaupt in der Gebärmutter einnistet. Ist eine Frau bereits schwanger, so ist sie wirkungslos. Ihre Einnahme schadet dem Embryo nicht. „Selbst Ärzte und Krankenschwestern wissen das oft nicht. Wir müssen die Bevölkerung viel stärker aufklären“, sagte Pott. Apotheker etwa dürfen sich aus ethischen Gründen weigern, die Pille zu verkaufen. „Die normale Anti-Baby-Pille schluckt man vorher, die andere danach – was ist da der moralische Unterschied?“

Das zweite Argument gegen die Pillenfreigabe entkräftet der medizinische Fortschritt: Früher wurde als *Pille danach* ein Östrogen-Gestagen-Kombipräparat verabreicht, das den Körper stark belastete. Nebenwirkungen wie Erbrechen und Kopfschmerzen waren fast die Regel. Seit mehr als zwei Jah-

ren aber ist ein Medikament auf dem Markt, das allein Gestagen enthält.

„Wenn eine Frau nur ein-, zweimal im Monat Sex hat, ist es schonender, mit der *Pille danach* zu verhüten, als täglich eine zu schlucken“, sagte Ines Thonke, Ärztin bei pro familia. Selbst wenn also Frauen, wie Kritiker einwenden, künftig häufiger zur *Pille danach* greifen, besteht keine gesundheitliche Gefahr. Seit 1991 ist kein einziger Fall einer schweren Nebenwirkung mehr bekannt.

Zwar belastet auch diese Pille wie jedes Hormonpräparat den Körper. Gerade bei Mädchen unter 14 Jahren raten Ärzte daher oft von der Einnahme ab. „In etwa 5% der Fälle wird einer Frau übel. Das ist aber weit weniger dramatisch, als wenn ein Teenager ungewollt schwanger wird“, sagte Pott.

Kritiker befürchten auch, Mädchen würden bei einer rezeptfreien Pille nicht kompetent beraten. Deshalb schlägt pro familia vor, Apotheker gezielt zu schulen. In einem abgeschirmten Raum sollen sie die Frauen diskret beraten. „Heutzutage verschreibt das Rezept oft der Hals-Nasen-Ohren-Arzt, der am Sonntag gerade Notdienst hat“, sagte Thonke.

Die Rezeptfreiheit dürfte, so Thonke, vor allem zwei Zielgruppen helfen: sehr jungen Mädchen, die sich schämen, sich den Eltern oder dem Arzt zu offenbaren. Und Frauen in den Wechseljahren, die nicht mehr regulär verhüten, aber etwa nach einem Urlaubsabenteuer kein Risiko eingehen möchten. Aber auch die Männer wünscht sich pro familia besser informiert. Künftig sollte auf jeder Kondompackung ein Hinweis stehen: „Ist das Kondom geplatzt, hilft euch die *Pille danach*.“

Tagesspiegel

10. 12. 2003

Gerade noch rechtzeitig

Die *Pille danach*: Kann man sie bald ohne Rezept kaufen?

Dr. Adelheid Müller-Lissner

Freitagnacht: Ein verängstigt wirkendes junges Pärchen klingelt an der Tür der Apotheke, die Notdienst hat. Die beiden wissen genau, was sie brauchen. Doch um es von der Apothekerin zu bekommen, müssen sie zuvor noch in die Ambulanz einer Klinik. Die *Pille danach*, die bis zu 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft verhindert, ist nämlich bisher in Deutschland nur auf Rezept zu haben. Theoretisch hätten die beiden jungen Leute, die ein geplatztes Kondom in Aufregung versetzte, zwar noch Zeit bis zum nächsten Morgen. „Aber in einem solchen Fall ist es schwer, jemanden auf den Besuch beim Frauenarzt am nächsten Tag zu verweisen“, weiß Magdalene Linz, Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen, aus Erfahrung.

Anlässlich einer Fachtagung zum Thema wurde im Berliner Abgeordnetenhaus die Forderung nach rezeptfreier Abgabe des Notfallverhütungsmittels mit dem Hormon Levonorgestrel (in Deutschland als „duofem“ und „Levogynon“ im Handel) in der Apotheke bekräftigt. Der zuständige Ausschuss des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte hat das schon im Juli dieses Jahres befürwortet. Das letzte Wort hat in dieser Sache jedoch der Gesetzgeber. Die Bundesregierung prüft die Freigabe, doch bedarf es dafür einer Rechtsverordnung und der Zustimmung durch den Bundesrat. Dort blockieren bisher Bayern, Baden-Württemberg und das Saarland.

„Wir hoffen, dass es bald zu einer Freigabe kommt“, sagt dagegen Elisabeth Pott, die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Zentrale macht eine Umfrage zur *Pille danach*, deren Ergebnisse im März vorliegen sollen. Für Pott ist klar, dass diese Möglichkeit zur nachträglichen Empfängnisverhütung heute zur Sexuaufklärung gehört. „Jugendliche würden von der Freigabe besonders profitieren.“

Erfahrungen mit der rezeptfreien Abgabe des Hormonpräparats bestehen in 28 Ländern, unter anderem auch in Großbritannien, der Schweiz und Frankreich. Im April 2003 hat auch der Hersteller des US-amerikanischen Nachverhütungsprodukts „Plan B“ einen Antrag auf Aufhebung der Rezeptpflicht gestellt, untermauert durch fast 40 wissenschaftliche Studien.

In Frankreich ist die rezeptfreie Abgabe in Apotheken seit drei Jahren erlaubt, 85 000 Frauen wenden das Mittel in jedem Monat an. Nach Einschätzung der Pariser Gynäkologin und Vorsitzenden der Französischen Vereinigung für Kontrazeption, Elisabeth Aubény, ist es „die Antwort auf ein wirkliches Bedürfnis“.

Inzwischen wird Levonorgestrel in unserem Nachbarland zur Notfallverhütung an weiterführenden Schulen sogar von den Schulkrankenschwestern kostenfrei abgegeben. Im Schuljahr 2001/02 wurde der Wunsch danach in Frankreichs Schulen über 15 000 Mal geäußert, in fast 75% der Fälle von minderjährigen Mädchen. Auch in Apotheken bekommen die Mädchen es kostenfrei. Die nachträgliche Verhütung ist jedoch keine Konkurrenz für die Pille, deren Absatz in Frankreich weiter steigt.

Dagegen, sich auf die *Pille danach* als einzige Verhütung zu verlassen, sprechen neben dem Preis (zehn bis 13 Euro) noch andere Gründe: Einige Frauen reagieren auf das Gestagen-Präparat mit Übelkeit und Erbrechen. Die klassische Pille ist zudem deutlich sicherer, die Wirksamkeit der Notfall-Pille nimmt ab, wenn sie öfter genommen wird. Ernste Nebenwirkungen wie die Bildung von Blutgerinnseln wurden von den reinen Gestagen-Präparaten nicht bekannt.

Wie die *Pille danach* wirkt, ist noch nicht bis ins letzte Detail geklärt. Sie hat Einfluss auf den Eisprung, den sie verzögert oder sogar verhindert. Das Gestagen-Präparat kann aber auch den Transport von Eizelle und Samenzellen in den Eileitern beeinflussen und zu einem späteren Zeitpunkt sogar die Einnistung einer befruchteten Eizelle in die Gebärmutter verhindern. Soll das zuverlässig auch mehr als 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr geschehen, dann empfiehlt sich aber statt der Notfall-Pille das Einsetzen einer Kupfer-Spirale. Sie eignet sich auch danach als Methode zur dauerhafteren Verhütung.

Hat sich die befruchtete Eizelle schon in der Gebärmutter eingenistet, dann kann die *Pille danach* diesem frühen Embryo nichts anhaben, soweit man heute weiß. Einen Schwangerschaftsabbruch bewirkt das Mittel auf jeden Fall nicht. Trotzdem verwechseln viele Leute die „Morning-after-Pill“ mit der „Abtreibungspille“ (Mifepristone, auch bekannt als RU 486), einem stark wirksamen Anti-Gestagen. Dabei ist die *Pille danach* eher geeignet, eine „wichtige Lücke zwischen Verhütung und Schwangerschaftsabbruch zu schließen“, also Abtreibungen vermeiden zu helfen, wie Monika Häußler-Sczepan von pro familia sagt. Sollte es bald rezeptfrei zu kaufen sein, dann fiel den Apothekern die Aufgabe der Beratung zu.

Apotheken sollen Schlüsselrolle übernehmen

Patrick Hollstein

Nachdem sich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für eine Entlassung der *Pille danach* aus der Verschreibungspflicht ausgesprochen hat, könnte bald eine entsprechende Verordnung auf den Weg gebracht werden. Die Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen, Magdalene Linz, forderte die deutschen Apotheker auf, sich ebenfalls zur geplanten Freigabe zu bekennen.

Auf einer Veranstaltung zur rezeptfreien Vergabe der *Pille danach* forderte Linz die Bundesapothekerkammer (BAK) dazu auf, die Entlassung rein gestagenhaltiger Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht offiziell zu befürworten und voranzutreiben. Die BAK habe gegenüber der Bundesregierung bereits erklärt, die Apotheken würden im Falle der Freigabe die neuen Aufgaben übernehmen. Einen offiziellen Beschluss habe es aber nicht gegeben, kritisierte Linz. Sie bedauerte den mangelnden Einsatz der BAK, machte aber auch gegenüber dem Publikum deutlich, dass sie sich als Kammerpräsidentin in der nächsten Zeit verstärkt für ein entsprechendes befürwortendes Urteil einsetzen will.

Im Juli hatte der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht beim BfArM sein Votum für die rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva, die auf dem Wirkstoff Levonorgestrel (LNG) basieren, abgegeben. Die kontrazeptive Wirksamkeit sei unbestritten, ein Abhängigkeitspotenzial oder schwer wiegende unerwünschte oder toxikologische Arzneimittelwirkungen nicht nachzuweisen, erklärte Dr. Ulrich Hagemann, stellvertretender Abteilungsleiter für Pharmakovigilanz beim BfArM. Auch die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnose sei nicht gegeben, Informationsmaterialien wie die Packungsbeilage sowie die Beratung durch den Apotheker gewährleisteten eine sichere Anwendung durch die Verbraucherinnen. Hagemann verdeutlichte, dass erstmals auch Aspekte, die über rein medizinisch-wissenschaftliche Kriterien hinausgehen, bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt wurden. Als Beispiele nannte er die Gleichstellung von Mann und Frau oder die Reduktion von Risiken im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften.

Sollte das BMGS dem Vorschlag des Instituts folgen, könnte bereits im ersten Halbjahr des nächsten Jahres eine entsprechende Verordnung auf ihren Weg durch die parlamentarischen Gremien gebracht werden. In mehr als 28 Ländern sind LNG-haltige Notfallkontrazeptiva mittlerweile aus der Verschreibungspflicht entlassen worden. Aufgrund ihres günstigen Wirkprofils ist die Substanz vielfach bereits Standard der hormonellen Nachverhütung.

Schwellenangst abbauen

Obwohl in Ländern wie Frankreich oder Schweden die Abgabe der *Pille danach* auch durch Dritte, zum Beispiel durch Schulkrankenschwestern oder durch Hebammen, erlaubt ist, findet die Belieferung nach wie vor zum größten Teil in der Apotheke statt. Etwa 85 000 Packungen werden in Frankreich pro Monat verkauft. Die Abgabe erfolge trotz der Möglichkeit der anteiligen Erstattung in 98% der Fälle in der Selbstmedikation, berichtete Dr. Elisabeth Aubény, Gynäkologin und Vorsitzende der Französischen Vereinigung für Kontrazeption. Dabei sei kein Rückgang der regulären Ver-

hütungsmethoden zu verzeichnen – der Verkauf empfängnisverhütender Pillen steige weiter an. Hinsichtlich der Abbruchzahlen sei ein leichter Rückgang zu beobachten; für eine Auswertung sei es jedoch noch zu früh, so Aubény.

Ein Gesetz vom Dezember 2000 erlaubt in Frankreich sogar die kostenfreie Abgabe an Minderjährige – ohne Zugangshürden wie Identitäts- oder Altersnachweis. Ziel derartig freizügiger Regelungen sei vor allem die Absenkung der Schwellenangst beim Zugang zu weitgehend unproblematischen Nachverhütungsmethoden, sagte Aubény. Vor dem Hintergrund dramatisch steigender Abbruchzahlen für Teenager gelte es, insbesondere für Jugendliche einfache Wege zur Inanspruchnahme entsprechender medizinischer Angebote zu schaffen. Die Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung verzögere die rechtzeitige Anwendung der Präparate und stelle – insbesondere für junge Frauen – eine entscheidende zusätzliche Hemmschwelle dar.

Neue Verantwortung für Apotheken

Hohe fachliche und kommunikative Anforderungen stellt die Freigabe an das pharmazeutische Personal in den Apotheken. Sigrid Weiser vom pro familia Bundesverband verwies auf die neue, verantwortungsvolle Rolle der Apotheker. Neben spezifischem pharmazeutischen und medizinischen Fachwissen forderte sie von den Pharmazeuten Einfühlungsvermögen und einen vertraulichen Beratungsstil. Das Aufklärungsgespräch dürfe nicht moralisierend geführt werden. Eine nicht wertende und unvoreingenommene Einstellung der abgebenden Person sei ebenso wichtig wie die Fähigkeit, weiteren Beratungsbedarf zu erkennen, und die Bereitschaft zur Weitervermittlung an entsprechende Beratungsstellen. Auch geeignete räumliche Bedingungen oder ein entsprechender Vorrat der Präparate in der Apotheke müssten erfüllt sein, sagte Weiser. Gemeinsam mit den Apotheken will pro familia neue Kooperationsnetze aufbauen, um fachliche Standards für die Beratung zu sichern. Darüber hinaus soll ein Curriculum für die Fortbildung des pharmazeutischen Personals entwickelt werden.

Auch Hagemann machte sich für eine zentrale Rolle der Apotheken bei der Nachverhütungsberatung stark. Nach Meinung des Experten vom BfArM seien schon Arzneimittel mit weitaus höheren Risiken aus der Verschreibungspflicht entlassen worden. Durch ihre Ausbildung zum Arzneimittelfachmann und ihre Erfahrung als Berater verfügten die Apotheker über eine Kompetenz, die eine sichere Anwendung der Notfallkontrazeptiva gewährleiste. Als entscheidende Vorteile fügte Linz die flächendeckende Versorgungsstruktur sowie die niedrige Zugangsschwelle der Apotheken hinzu. Sie machte aber auch deutlich, dass die Apotheker keine Konkurrenzsituation mit den Ärzten anstrebten.

TeilnehmerInnen

Adebahr, Dr. Michael Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Park-Klinik Weißensee, Berlin
Albuschat, Dr. Rica Apothekerin, Berlin
Amann, Stefanie BZgA, Köln
Arntzen, Dr. Angela Veranstalterin, Berlin
Arntzen, Christoph Berlin
Aubény, Prof. Elisabeth Referentin, Gynäkologin, ehem. Präsidentin der internationalen Organisation für Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption, Paris
Bartels, Dr. Hans Berlin
Baumann, Hermine pro familia Landesverband Bayern, München
Beisler, Nadine Berlin
Besuden-Krawinkel, Barbara pro familia Beratungsstelle, Kiel
Bever, Kathrin Mobiles Aufklärungsteam, Rostock
Bode BZgA, Köln
Boehm, Tatjana Berlin
Böhm, Birgit Berlin
Boehmer, Iris Berlin
Bruhn, Dr. Claudia Dt. Apotheker Zeitung, Berlin
Bruhns, Christine Geschäftsführerin, Veranstalterin, pro familia Landesverband Berlin
Buck-Malchus, Barbara Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, Berlin
Busch, Prof. Dr. Ulrike Referentin, Balance – Zentrum für Familienplanung und Sexualität Berlin, Fachhochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur, Berlin
Dennemark, Dr. med. Nils Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Berlin
De Wall, Birgit Geschäftsführerin, Veranstalterin, pro familia Landesverband Berlin
Diggins-Rösner, Angelika BMFSFJ, Bonn
Elfers Sozialmedizinischer Dienst Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin
Erath, Anke BZgA, Köln
Es-Said, Barbara Berlin
Fiala, Dr. Christian Leiter der Organisation FIAPAC, Wien
Flinks, Christine Beraterin, pro familia Potsdam
Franke, Kerstin Berlin
Franz, Jutta pro familia Sachsen-Anhalt
Fritsch, Susanne Leipzig
Gacinski, Lucia Geschäftsführerin Geburtshaus, Veranstalterin, Berlin
Gemzell-Danielsson, Prof. Kristina Referentin, Karolinska-Institutet, Stockholm
Gesing, Brigitte Berlin
Gilbers, Theo Balance, Berlin
Greilinger, Dr. Stefanie Humboldt-Krankenhaus Berlin
Gröschel, Gisela pro familia Berlin
Hagemann, Dr. Ulrich Podiumsteilnehmer, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abt. 7, Berlin
Hahn, Dr. Daphne Public Health TU, Berlin
Halder, Dr. Gabriele Ärztin, Balance, Berlin
Hamann, Dr. med. Bernd Arzt, Berlin
Häußler-Sczegan, Prof. Dr. Monika pro familia Frankfurt

Havemann, Dr. Hanne Schwangerschaftsberatungsstelle, Berlin
Helfferrich, Prof. Cornelia Referentin, Evangelische Fachhochschule Freiburg, Freiburg
Hertzen, Dr. Helena von Referentin, Medical Officer on Human Reproduction, WHO, Genf
Heßling, Angelika BZgA, Köln
Heyer, Silvia pro familia Landesverband Berlin
Hoffmann, Patrick Pharmazeutische Zeitung, Berlin
Hofmann, Annegret Contentic Media Services GmbH, Berlin
Horsch, Daniela Schwangerschaftsberatungsstelle, Berlin
Huber, Dr. Ellis Vorstand Securvita, Berlin
Jabs, Ina Sozialarbeiterin, Evangelische Beratungsstelle Berlin-Mitte, Berlin
Janitzki, Dr. Emmi Berlin
Jantzen, Elfi MdA (Mitglied des Berliner Abgeordnetenhauses), Berlin
Jeschonnek, Gudrun Landesamt für Gesundheit und Soziales IIC22, Berlin
Kaczmarczy, Prof. Dr. Gabriele Charite, Berlin
Keifenheim, Carlotta Geburtshaus, Berlin
Klein, Alexandra
Köbke, Gundel Moderatorin, Veranstaltungsorganisation, Berlin
Koch, Carola München/Berlin
Krätz, Ina Berlin
Krause, Aurica BKK VBU Vertrags- und Ausgabenmanagement, Berlin
Kühn, Ruth BZgA, Köln
Lau, Chris Heike Schwangerschaftskonfliktberatung Humanistischer Verband, Berlin
Lauer, Heike BZgA, Frankfurt
Linz, Magdalene Podiumsteilnehmerin, Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen Hannover
Luther, Heike Vorstand Geburtshaus, Berlin
Melletin, Susanne Geburtshaus
Miosga, Margit Veranstaltungsorganisation, Berlin
Mühlstein, Isabella Senat für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, Berlin
Müller, Dr. Thomas Organon GmbH, Medical Advisor Contraception, Berlin
Overhamm, Christina Apothekerin, Portfoliomanagement, Strategisches Marketing, Geschäftseinheit Gynäkologie, Schering Deutschland GmbH, Berlin
Pape, Dr. Ulrich Gynäkologe, Berlin
Paul, Mechthild BZgA, Köln
Pogede, Renate Balance, Köln
Pott, Dr. Elisabeth Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
Quistorp, Eva Berlin
Rau, Sigrid Berlin
Rockel, Hildegard SMD, Berlin
Röhs, Gabriele Berlin
Roth, Gabriela Psychotherapeutin in freier Praxis, Berlin
Rothmaler, Dr. Susanne
Saenz, Elisabeth Berlin
Sasse, Cordula Balance, Berlin

Schäfer, Prof. Marion Lehrstuhl für Arzneimittel-epidemiologie/Sozialpharmazie an der HU, Berlin
Schneider, Christina pro familia Berlin
Schötterer, Petra Holzkirchen
Schroll, Eckhard BZgA, Köln
Schulz, Sybill Geschäftsführerin, Veranstalterin, Balance, Berlin
Schwarzer, Herr Berlin
Sehinger, Evelyn dpw, Berlin
Siebert, Frau Sozialarbeiterin Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin
Sommer, Regina Köln
Sonntag-Feldmann, Antje Berlin
Theek, Dr. med. Barbara pro familia, Potsdam
Thonke, Dr. Ines Ärztin, pro familia Bundesverband, Frankfurt
Torsten, Priv. Doz. Dr. Uwe Chefarzt der Abteilung Gynäkologie, Park-Klinik Weißensee Berlin, Berlin
Tschugguelli, Prof. Walter Referent, Universitätsklinik Wien, Abt. Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung, Wien
Utecht, Heike Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauen Brandenburg, Potsdam
Vetter, Prof. Dr. Klaus Leiter der Abteilung Geburtsmedizin im Krankenhaus Neukölln, Prof. an der HUB, Berlin
Völkert-Albert, Dr. Marina Pressereferentin, BZgA, Köln
Wank, Kerstin Berlin
Wartenberg, Jörn Jenapharm, Berlin
Webb, Mag. Marianne Gerot Pharmazeutika, Produktmanagement Gynäkologie, Wien
Weiser, Sigrid Referentin, pro familia Bundesverband, Frankfurt
Winkelmann, Dr. med. Gero EPLD-Ärztevereinigung, Koordinator Dt. Sektion European Pro-Life-Sektion, München
Zahradnik, Prof. Referent, Universitätsklinik Freiburg
Zellmer, Dr. Sozialmedizinischer Dienst Pankow, Berlin
Zienert, Dr. med. Angelika Podiumsteilnehmerin, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frauenärzterverband, Berlin

BROSCHÜREN

Gleichgeschlechtliche Beziehungen

In einer umfangreichen Broschüre (79 Seiten, DIN A4) hat die hamburgische Behörde für Bildung und Sport Unterrichtsmaterialien zum Thema Homosexualität für die Sekundarstufe I und II der allgemein bildenden Schulen publiziert. Sie gliedert sich in einen theoretischen Teil, der Hintergrundwissen bereit stellt, einen zweiten Teil mit Hinweisen für die Unterrichtspraxis und einen dritten Teil mit Übungen und Materialien. Hierin sind Texte zum Thema „gleichgeschlechtliche Beziehungen“ aus unterschiedlichen Sichtweisen zusammengestellt, um zu kontroversen Diskussionen im Unterricht anzuregen. So sind etwa Stellungnahmen der evangelischen wie der katholischen Kirche, politische Statements, diverse Zeitungsartikel, beispielsweise zur Situation Homosexueller in anderen europäischen Ländern sowie authentische Interviews enthalten.

Bestelladresse:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Bildung und Sport (BBS)
Amt für Bildung
Hamburger Straße 31
22083 Hamburg

Der Schwangerschaftskonflikt

Der Landesverband der pro familia Berlin bietet eine Broschüre an, die den mitunter schwierigen Entscheidungsprozess im Falle einer nicht geplanten Schwangerschaft thematisiert. Innere Ambivalenzen, heißt es dort, verwunden nicht, geht es doch um eine existenzielle Entscheidung, die das Leben von Grund auf verändert.

Der Text greift individuelle Lebens-themen, sexuelle Identität, die Beziehung zu den eigenen Eltern, Schuldgefühle, Ängste und einige weitere Aspekte auf, die bei einer Schwangerschaft bedeutsam sein können und unterstreicht deren Legitimität. Gerade angesichts öffentlicher Darstellungen, vor allem in der Werbung, die Schwangerschaft ausschließlich mit Bildern von Glück und Zuversicht in Beziehung setzen, ist diese Broschüre wichtig und hilfreich.

Am Ende sind Angebote zur Beratung und Begleitung in der Schwangerschaft aufgeführt.

Bestelladresse:

pro familia
Landesverband Berlin
Kalkreuthstraße 4
10777 Berlin
Telefon (030) 398 498 98
Telefax (030) 214 764 25

Die Geburtshäuser

Über den Grundgedanken der Geburtshäuser allgemein und insbesondere die Angebote in Berlin informiert ein achtseitiges Faltblatt, das von der Beratungs- und Koordinationsstelle der Berliner Geburtshäuser herausgegeben wird.

Es beantwortet Fragen nach dem Besonderen dieser Einrichtung gegenüber anderen Möglichkeiten der Entbindung, nach der Art der Betreuung, für wen es in Frage kommt, zu Sicherheit und Kosten. Außerdem gibt das Faltblatt einen kurzen Einblick in statistische Daten (bezogen auf Berlin), und es enthält die Adressen der sechs Berliner Geburtshäuser.

Bestelladresse:

Beratungs- und Koordinationsstelle
der Berliner Geburtshäuser
Gardes-du-Corps-Straße 4
14059 Berlin
Telefon (030) 322 30 71
gebhaus.koordination@snaflu.de

6. Rundbrief der LAG Mädchenarbeit

„Verbindungen – neue Wege – Politik“ heißt die Dokumentation des dritten Vernetzungskongresses, den die Landesarbeitsgemeinschaft Mädchenarbeit NRW e.V. im März 2003 veranstaltet hatte. Sie enthält folgende Vorträge:

„Mädchenpädagogik in schulischer und außerschulischer Bildung“. Hier geht es unter anderem um Ergebnisse der PISA-Studie in Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede und ihre Gründe, um Studien zur Mono- und Koedukation und um die Frage, warum Gender Mainstreaming die Mädchenarbeit nicht ersetzen kann, sondern eine Ergänzung darstellt.

Von Generationskonflikten handelt Beitrag 2: Was denken feministische Pädagoginnen über die Mädchen heute, welche Haltung nehmen umgekehrt die Mädchen gegenüber den Pädagoginnen ein? Was können die verschiedenen Generationen voneinander lernen, und was sollten sie übereinander wissen,

um überhaupt miteinander arbeiten zu können?

Im dritten Vortrag wird dieses Thema in Bezug auf die verschiedenen Generationen der Pädagoginnen aufgegriffen und vertieft. Denn auch hier gehen die Meinungen, was Mädchenarbeit ist und was sie so wichtig macht, auseinander.

„Dekonstruktion in der Mädchenarbeit“ und „Balanceakt Mädchenarbeit – dekonstruktive Anregungen für die Praxis von Bildung und Partizipation“ sind zwei weitere Beiträge überschrieben.

Der Rundbrief enthält zudem Berichte über die verschiedenen Workshops. Zu beziehen ist er gegen eine Schutzgebühr von 6 Euro über die Geschäftsstelle der LAG:

Bestelladresse:

LAG Mädchenarbeit NRW e.V.
Alsenstr. 28
33602 Bielefeld
Telefon (0521) 13 95 94
Telefax (0521) 329 21 05
lag@maedchenarbeit-nrw.de
www.maedchenarbeit-nrw.de

Jugendschutz-Info

Um Fragen und Antworten zum neuen Jugendschutzgesetz (JuSchG) und zum Jugendmedienschutz-Staatsvertrag (JMStV) geht es in einer 32-seitigen Broschüre im Postkartenformat, die für Eltern, Jugendliche und Fachkräfte der Jugendarbeit gedacht ist.

Dürfen Kinder und Jugendliche in eine Disco gehen? Wer darf Alkohol trinken? Ab welchem Alter darf man Zigaretten kaufen oder in ein Internet-Café gehen? Wie ist der Jugendschutz im Fernsehen, wie für das Kino geregelt?

29 Fragen wie diese werden in der kostenlosen Broschüre beantwortet, die die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, Landesstelle NRW im Auftrag des Ministeriums für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen herausgegeben hat.

Bestelladresse:

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (AJS)
Landesstelle Nordrhein-Westfalen e.V.
Poststraße 15–23
50676 Köln
Telefon (0221) 92 13 92 0
Telefax (0221) 92 13 92 20
info@mail.ajs.nrw.de
www.ajs.nrw.de

Heterosexuell? Homosexuell?

Die Broschüre „Unser Kind fällt aus der Rolle“, die seit 1995 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema „Coming Out“ angeboten wurde und zur Identitätsstärkung aller Beteiligten, inklusive Familie und anderer Erwachsener beitragen soll (siehe FORUM 4/2002, Seite 17–20), hat ab sofort einen neuen Titel: „Heterosexuell? Homosexuell? Sexuelle Orientierungen und Coming Out ... verstehen, akzeptieren, leben“.

Das Layout wurde geringfügig modifiziert, inhaltlich wurde ein Kapitel mit Informationen zum Lebenspartnerschafts-Gesetz ergänzt. Das 74-seitige Medium im Format A5 ist kostenlos bei der BZgA unter der gleichen Bestellnummer wie bisher erhältlich.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
order@bzga.de
Telefax (0221) 8992 257
Best.-Nr. 130 800 00

Materialien zur Sexuaufklärung und Familienplanung

In 16. Auflage kann ab sofort die aktuelle Übersicht (12/2003) zu den Medien und Materialien der BZgA zur Sexuaufklärung, Verhütung und Familienplanung bezogen werden.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
order@bzga.de
Telefax (0221) 8992 257
Best.-Nr. 13 010 000

FACHHEFTREIHE

Bildung, die Spaß macht

Um Familienfreizeiten für Eltern mit kleinen Kindern geht es in dem neuen Fachheft der Reihe „Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung“ der BZgA. Es umfasst rund 220 Seiten und ist für MultiplikatorInnen gedacht, die mit jungen Familien arbeiten und Angebote für sie bereit stellen. Mit diesem praxisbezogenen Handbuch möchte die BZgA Fachkräfte aus der Familienbildung motivieren, einen innovativen Ansatz – die Kombination von freizeit- und bildungsorientierten Elementen –

in der Arbeit mit Familien anzuwenden.

Erfolgreich erprobt wurde dieser Ansatz im Rahmen des zweijährigen Modellprojekts „Familienfreizeit für Eltern mit Kindern bis fünf Jahre“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Familienverband. Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Evaluation belegen den positiven Nutzen für die teilnehmenden Mütter und Väter. Sie haben nachhaltige Impulse für die Bewältigung ihres Familienalltags bekommen.

Das Handbuch bietet theoretische Grundlagen, die den Nutzen und das besondere Vorgehen bei der Kombination von Freizeit und Bildung verdeutlichen. Ein Schwerpunkt ist die Vermittlung von Basiswissen über die Familiensituation in der Familiengründungphase, um Fachkräfte für die besondere Situation von Eltern mit kleinen Kindern zu sensibilisieren. Es zeigt sich, dass Freizeiterfahrungen und Unterhaltung einen ganzheitlichen Bildungsprozess begünstigen. Es enthält außerdem einen Überblick für die Schulung von MultiplikatorInnen, Checklisten für die Vorbereitung und Durchführung von Familienmaßnahmen sowie eine Vielzahl von in der Praxis erprobten Methoden für die Arbeit mit Familien.

Vereinfacht wird der Einsatz der vorgestellten Methoden durch eine beiliegende CD-Rom, die alle für die Umsetzung relevanten Materialien als Druckvorlage enthält.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
order@bzga.de
Telefax (0221) 8992 257
Best.-Nr. 13 300 024

Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung

In der selben Reihe ist eine 245-seitige Expertise der Autorinnen Andrea Hilgers, Susanne Krenzer und Nadja Mundhenke zum Stand schulischer Sexualerziehung in den 16 Bundesländern erschienen. Sie gibt zunächst einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung schulischer Sexualerziehung in der BRD und der DDR.

Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse einer Analyse der aktuellen Ziele, Inhalte, Normen und Werte der diversen Richtlinien und Lehrpläne im Ländervergleich vorgestellt, wobei jedem Land ein eigener, ausführlicher Ab-

schnitt gewidmet ist. In Kapitel 4 vergleichen die Autorinnen die Methodenkonzeppte der Länder.

Es zeigt sich, inwieweit die Schulgesetze und die aktuellen Richtlinien und Lehrpläne neuen gesellschaftlichen Anforderungen gerecht werden und welcher Sexualitätsbegriff ihnen zugrunde liegt. Statistische Daten machen schlaglichtartig Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Schulwesen der Länder sichtbar.

Die Studie bietet Eltern, JugendarbeiterInnen, LehrerInnen, politischen EntscheidungsträgerInnen und anderen Interessierten einen kompakten Überblick über die schulische Sexualerziehung der Gegenwart.

Bestelladresse:

BZgA
51101 Köln
order@bzga.de
Telefax (0221) 8992 257
Best.-Nr. 13 300 004

BÜCHER

Sexualpädagogik weiter denken

Dieser Sammelband thematisiert vielfältige theoretische wie praktische Perspektiven der Sexualpädagogik und greift für die Sexualität relevante Verhältnisse und Sachverhalte auf, die bislang noch nicht pädagogisch reflektiert wurden. Unter anderem werden folgende Fragen behandelt: Ist es in der postmodernen Erlebnisgesellschaft noch möglich, eine emanzipative, humane Sexualität zu leben? Sind in der Postmoderne alle Visionen in Misskredit geraten oder bleibt noch eine sinnvolle Auseinandersetzung um das „gelungene Sexualleben“?

Der von Stefan Timmermanns, Elisabeth Tuiden und Uwe Sielert herausgegebene Band umfasst 336 Seiten, ist im Juventus-Verlag erschienen und kostet 27 Euro.

Bezug:

im Buchhandel

„Keine Angst, die beißen nicht!“

Die bundesweit erste wissenschaftliche Untersuchung über die Effektivität schwul-lesbischer Aufklärungsarbeit in Nordrhein-Westfalen unter dem Titel „Keine Angst, die beißen nicht!“ belegt, dass der direkte Kontakt mit Lesben und Schwulen im Schnitt bei mehr als

der Hälfte der Jugendlichen einen positiven Meinungsumschwung bewirkt.

Schul-lesbische Aufklärungsprojekte informieren ehrenamtlich an Schulen und in Jugendeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen über das Thema gleichgeschlechtliche Lebensweisen. Die nun veröffentlichte Studie weist nach, dass auf diese Weise Vorurteile gegenüber Lesben und Schwulen abgebaut werden können.

Dies scheint zur Zeit besonders wichtig zu sein, denn wie die Studie des Meinungsforschungsinstituts Iconkids & Youth aus dem Jahr 2002 belegt, nimmt die negative Einstellung gegenüber Lesben und Schwulen in Deutschland bei den 14- bis 18-Jährigen in den letzten Jahren wieder zu. 50% der Mädchen und 70% der Jungen finden Homosexuelle „nicht oder überhaupt nicht gut“.

In der breit angelegten Untersuchung wurden Fragebogen von über 450 Jugendlichen zwischen 11 und 20 Jahren ausgewertet. Zudem wurden die Aufklärenden selbst und die Lehrpersonen der teilnehmenden Schulklassen zum Verlauf der Veranstaltungen in mehr als 15 Schulklassen in NRW befragt. Die dabei ermittelten qualitativen und quantitativen Ergebnisse sind nicht repräsentativ, bieten aber einen detaillierten Einblick in Gedanken und Einstellungen der Mädchen und Jungen zu gleichgeschlechtlicher Liebe und Sexualität. Die Dissertation „Keine Angst, die beißen nicht! Evaluation schul-lesbischer Aufklärungsprojekte in Schulen“ von Stefan Timmermanns (ISBN 3833401664) ist beim Jugendnetzwerk Lambda NRW e.V. erschienen und kostet 16,90 Euro (inkl. Versand).

Bezug:

Jugendnetzwerk Lambda NRW e.V.
Wilhelmstraße 67
52070 Aachen
E-Mail: lgs@lambda-nrw
Telefon (0241) 160 3551-5
Telefax (0241) 160 3551-4

THEATER

Tine und die Tortentante

In dieser Produktion des „Trotz Alledem Theaters“ (TAT) für Kinder ab sechs Jahren geht es um Selbstbestimmung: Ist es richtig, Torte zu essen, die man nicht mag oder Spiele zu verlieren, die man im Schlaf beherrscht, nur um einer alten Tante zu gefallen,

der man es sowieso nie recht machen kann? Und das noch am eigenen Geburtstag! Tine ist empört, da platzen Jabold und Neinbold in ihre Träume, und die beiden wissen ganz genau, wie Tine es anstellen muss, da herauszukommen.

Mit viel Witz und Tempo erzählt das Stück, wie Tine am Ende ihren eigenen Weg findet und lernt, sich durchzusetzen, ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren – eine wichtige Grundlage weiblichen Selbstbewusstseins.

Die Theatermacher aus Bielefeld, deren Arbeit durch das Ministerium für Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes NRW sowie vom Kulturstadamt Bielefeld gefördert wird, haben ein kluges und reflektiertes Stück geschrieben, das eine verantwortliche Haltung sich selbst und anderen gegenüber unterstützt, ohne allzu didaktisch daherzukommen.

Es eignet sich für Vorstellungen in Schulen und für den freien Verkauf bei einer Besucherzahl von maximal 200 Kindern. Über Kosten und organisatorische Leistungen informiert das TAT auf Anfrage. Außerdem steht eine Broschüre zur Verfügung, die über viele weitere sehenswerte Theaterstücke dieser Bühne informiert.

Kontakt:

TAT Bielefeld
Kindertheater
Telefon (0521) 13 39 91
www.trotz-alledem-theater.de

FORTBILDUNG

Gender-Kompetenz in Pädagogik und Bildung

Vom Mai 2004 bis Januar 2005 bietet die Heimvolkshochschule „Alte Molkerei Frille“ eine Weiterbildungsreihe zur Qualifizierung für Geschlechtsbezogene Pädagogik (Mädchenarbeit/Jungenarbeit), Erwachsenenbildung und Gender Mainstreaming an.

Mit dem Begriff Gender wird dieser Weiterbildungsreihe ein Verständnis von Geschlecht zugrunde gelegt, welches Weiblichkeit und Männlichkeit als kulturell und sozial geformte Konstrukte versteht. Gender-Kompetenz setzt sich zusammen aus dem Wissen, der Fähigkeit und der Sensibilität,

- Mädchen wie Jungen, Frauen wie Männer in ihrer Eingebundenheit in das Geschlechterverhältnis wahrzunehmen,

- auf dieser Basis geschlechtsbezogen handeln zu können und
- ihnen Möglichkeiten der Überwindung der Geschlechterhierarchie zu eröffnen.

Das Ziel der Weiterbildungsreihe besteht in der Aneignung von Kompetenzen für eine pädagogisch lebendige Haltung, die eine konstruktive und kritische Handhabung der Kategorie Gender beziehungsweise Geschlecht in den jeweiligen Arbeitszusammenhängen ermöglicht. Die Basis hierfür bilden eine fundierte geschlechterpolitische Analyse, die Reflexion der eigenen Biografie im Hinblick auf Geschlecht sowie die Vermittlung der Themen „weibliche und männliche Sozialisation“. In weiteren Schritten werden Konzeption, Methoden und Instrumente geschlechtsbezogener Pädagogik vermittelt.

Ein ausführliches Faltblatt kann angefordert werden.

Informationen und Anmeldung:

Michael Drogand-Strud
HVHS „Alte Molkerei Frille“
Freithof 16
32469 Petershagen
Telefon (05709) 9771
drogand-strud@hvhs-frille.de
www.hvhs-frille.de

Weiterbildender Studiengang Familienplanung und Sexualpädagogik an der FH Merseburg

Bis zum 15.7.2004 ist es möglich, sich für einen der drei folgenden Studiengänge zu bewerben:

- Weiterbildender Studiengang Sexualpädagogik: nach 4 Semestern Hochschulzertifikat „Sexualpädagoge/-in“
- Weiterbildender Studiengang Familienplanung: nach 4 Semestern Hochschulzertifikat „Berater/-in für Familienplanung“
- Masterstudiengang Sexualpädagogik und Familienplanung: nach 5 Semestern Abschluss „Master of Social Work in family planning and sexual education“.

Weitere Nachfragen zu Studieninhalten und -gebühren beantwortet die FH Merseburg gern auf Anfrage.

Kontakt:

Christiane Grube
(03461) 461200 oder 463259
Christiane.Grube@sw.fh-merseburg.de

Thema: *Pille danach*

- 3 Begrüßungsrede
Elisabeth Pott
- 5 *Pille danach* –
rezeptfreie Vergabe in Deutschland
Ulrike Busch
- 8 Globale Aspekte der Notfallverhütung und reproduktiven
Gesundheit von Frauen
Helena von Hertzen
- 16 Erfahrungen mit der rezeptfreien Vergabe
der *Pille danach* in Frankreich
Elisabeth Aubény
- 19 Die Pille zur Notfallkontrazeption –
die schwedischen Erfahrungen
Vom Geheimnis zur leicht verfügbaren Option
Kristina Gemzell-Danielsson
- 24 Die *Pille danach* –
Wirkungen, Nebenwirkungen, Verabreichung
Walter Tschugguel
- 29 Die *Pille danach* –
Ergebnisse der Studie „frauen leben – Lebensläufe
und Familienplanung“
Cornelia Helfferich
- 34 „Sie haben 72 Stunden Zeit“ –
pro familia für die rezeptfreie *Pille danach*
Sigrid Weiser
- 38 Podiumsdiskussion
Heike Lauer
- 43 Abschluss und Ausblick
Gabriele Halder
- 44 Kenntnisse zur *Pille danach* –
erste Ergebnisse einer repräsentativen Befragung
im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Angelika Heßling
- 50 Presseecho Fachtagung *Pille danach*
- 55 TeilnehmerInnen

Infothek

- 56 Broschüren, Fachheftreihe, Bücher, Theater, Fortbildung

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung

Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

<http://www.sexualaufklaerung.de>

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung/BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA
Erscheint jährlich viermal.
Aufnahme nach 1996,1
ISSN 1431-4282

Konzeption:
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung
Verantwortlich:
Stefanie Amann
Text und Redaktion:
Heike Lauer, Frankfurt
Layout und Satz:
Dietmar Burger, Berlin
Druck: Moeker/Merkur, Köln
Auflage: 1./13./3.04

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
1/2–2004 ist kostenlos erhältlich unter der
Bestelladresse
BZgA, 51101 Köln
Best.-Nr. 13 32 91 60
order@bzga.de
Alle Rechte vorbehalten.
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.

