

Das Timing der Familienplanung

Hintergründe, Beratung, Lösungsmöglichkeiten

«Es hat mit der Verhütung nicht geklappt», Pille vergessen, Einnahmefehler ... ? Trotz Verhütung ist eine Schwangerschaft eingetreten. Ungeplant ist nicht gleichbedeutend mit ungewollt und Abbruch. Der Artikel behandelt potenzielle Interventionen und weitere Lösungsmöglichkeiten für die Frauen bei Verhütungsunsicherheiten oder bei ungeplant eingetretener Schwangerschaft.

SILKE JOHANN



Silke Johann

Die Vereinten Nationen definierten bereits 2009 die mütterliche Morbidität und Mortalität als eine Verletzung der Menschenrechte. Im gleichen Jahr stellte die WHO fest, dass Mädchen und Frauen aufgrund ihrer «reproduktiven Aufgaben» – Schwangerschaft/Mutterschaft – einen höheren Bedarf und Anspruch auf Zugang zu Gesundheitssystemen haben. Die sexuellen Rechte als Menschenrechte sind in der Deklaration der sexuellen Rechte der International Planned Parenthood Federation (IPPF) festgehalten. Die Menschenrechtsausschüsse haben in zahlreichen «general comments» Empfehlungen zur Umsetzung der sexuellen und reproduktiven Rechte formuliert und die Staatenverpflichtungen konkretisiert (2).

Zugang zur Antikonzeption und ungeplante Schwangerschaften

Dennoch haben weltweit geschätzt 215 Millionen Frauen keinen Zugang zu Verhütungsmitteln. Im Kontext mit der Tatsache, dass 52% aller unerwünschten Schwangerschaften bei Frauen entstehen, die keine Verhütungsmethode anwenden, zeigt dies die Wichtigkeit für Aufklärung und Zugang zu Kontrazeptiva. Wer keinen Zugang zu Kontrazeptiva hat, hat häufig auch keine Möglichkeit für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch (3, 4).

30 Jahre nicht schwanger werden wollen ...

Eine Frau, die zwei Kinder bekommen möchte, ist etwa 5 Jahre ihres reproduktionsfähigen Lebens schwanger, oder postpartal oder versucht, schwanger zu werden. Dies bedeutet aber auch, dass sie drei Jahrzehnte ihres Lebens versuchen wird, eine Schwangerschaft zu vermeiden (1).

Die übrigen 48% unerwünschten Schwangerschaften weltweit entstehen bei Frauen, die irgendeine Verhütungsmethode angewendet haben.

In der Schweiz verwenden 80% der sexuell aktiven 15- bis 49-jährigen Frauen eine Verhütungsmethode (5). Bei einer angenommenen Verhütungssicherheit von 99% sind in der Schweiz jährlich zwischen 10 000 und 15 000 ungeplante Schwangerschaften zu erwarten. Dies führt nicht in jedem Fall zu einem Schwangerschaftsabbruch – ungeplant ist nicht gleichbedeutend mit ungewollt und Abbruch. Berner Daten von 2016 zeigen, dass 61% aller Frauen vor einem Abbruch verhütet haben – 14% sogar mit sehr sicheren Methoden wie Spiralen oder hormonellen Kontrazeptiva (Quelle: interne Statistik Zentrum für sexuelle Gesundheit Bern, Inselspital).

Merkmale

- **Frauen müssen in ihrer reproduktiven Phase** mehr Zeit für die Verhütung von Schwangerschaften investieren als für die Planung und die Austragung einer Schwangerschaft.
- **Sexuelle Gesundheit, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch** werden von WHO und UNO zu den Menschenrechten gezählt.
- **Ungeplante Schwangerschaften** entstehen auch trotz Zugang zu und Nutzung von Verhütungsmitteln.
- **In der Schweiz stehen zur Notfallkontrazeption** orale hormonelle Methoden und die Kupferspirale zur Verfügung.
- **Eine gute Betreuung von Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen** führt zu risikoärmeren Abbrüchen, hohen Raten in der Prävention von Folgeschwangerschaften, weniger psychischen Folgen und entspricht der von der WHO geforderten Umsetzung der Menschenrechte.

Prävention einer Schwangerschaft bei misslungener oder fehlender Verhütung

Eine «Notfallverhütung» nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr (GV) kann je nach gewählter Methode und Zyklustag das Risiko einer Schwangerschaft um 50 bis 99% reduzieren.

Die Indikationen für eine Notfallkontrazeption sind:

- keine angewendete Verhütungsmethode
- Einnahme- oder Anwendungsfehler bei hormoneller Kontrazeption
- Versager bei Barrieremethode
- verlorenes oder im Rahmen der Kontrolle bemerkte Dislokation eines IUD (Intrauterinpessar)
- erzwungener, ungeschützter Geschlechtsverkehr

Tabelle:

Indikationen für die verschiedenen Notfallkontrazeptionsmethoden

	< 72 Std. seit GV	72–120 Std. seit GV	> 120 Std. seit GV	Mögliche Ovulation	Unter 16 Jahre	Stillende	Mit enzym-induzierenden Medikamenten	BMI > 30 kg/m ²	Erbrechen nach Einnahme	Mehrere Situationen in einem Zyklus	Bei bisheriger COC-Einnahme	Neustart COC
CU-IUD	1	1	1	1	(3)	1	1	1	Keine Relevanz	–	Stopp möglich oder bis zu Lagekontrolle weiternehmen	Keine Relevanz (Lagekontrolle IUD nach 6 Wochen!)
UPA	2	2	(2)	(2)	1	3 (Milch verwerfen)	3	3	Bis 4 Std. Einnahme wiederholen	X	Cave: Interaktion! Eher Pause	Nach 5 Tagen Quickstart möglich
LNG	3	–	–	–	2	2	2 (ggfs. doppelte Dosis)	2 (ggfs. doppelte Dosis)	Bis 3 Std. Einnahme wiederholen	X	Wie gewohnt weiternehmen, dennoch im Zyklus mechanisch verhüten	Sofortiger Quickstart möglich

COC: Kombiniertes, orales Kontrazeptivum
 CU-IUD: Kupferspirale (Kupfer-Intrauterin-Device); UPA: Ulipristalacetat; LNG: Levonorgestrel
 1/2/3 = Methode der 1./2./3. Wahl
 (2/3) Methode der 2./3. Wahl mit Einschränkung unter Beachtung von Kontraindikationen und Aufklärung der Patientin über reduzierte Wirksamkeit
 X = möglich, keine Präferenz
 – = keine Indikation gegeben

■ jede unklare oder unsichere Verhütungssituation. Hormonell stehen in der Schweiz zwei Wirkstoffe zur Verfügung: Levonorgestrel (LNG) (z.B. NorLevo®) und Ulipristalacetat (UPA) (Ellaone®). Am effektivsten ist zur Notfallverhütung aber die Einlage einer Kupferspirale (CU-IUD) mit einer Risikoreduktion bis zu 99%, gefolgt von UPA. Die Einnahme von LNG reduziert das Schwangerschaftsrisiko um 50 bis 80%. Ziel der hormonellen Notfallkonzeption ist die Verschiebung der Ovulation, bis die Spermien nicht mehr lebensfähig/befruchtungsfähig sind (ca. 5 Tage). Die CU-IUD wirkt über die Reduktion der Beweglichkeit und der Lebensfähigkeit der Spermien (6–8). LNG als «Pille danach» ist seit 2002 rezeptfrei in der Apotheke erhältlich, UPA seit 2011, seit 2016 ebenfalls rezeptfrei. Da die Kosten mit 30 bis 50 Schweizer Franken, nachts und am Wochenende zum Teil bis zu 70 Franken, relativ hoch sind, ist gerade für Adolescentinnen und finanziell schwach gestellte Frauen der Zugang limitiert (9). Beide Medikamente sind aber auch in den Beratungsstellen für Familienplanung erhältlich und werden dort günstiger abgegeben. Frauen sollten auf diese Optionen im Rahmen der regulären gynäkologischen Konsultationen und auch bei einer Verhütungsberatung immer hingewiesen werden. Die *Tabelle* zeigt die Indikationen für die verschiedenen Methoden inklusive Spezialsituationen. Bei jeder Vorstellung wegen ungeschützten GV sollte die Patientin über das Risiko von sexuell übertragbaren Krankheiten informiert und ein Termin zur entsprechenden Abklärung angeboten werden. Ebenso sollte die

weitere Verhütung besprochen werden. Auch hier kann das Angebot der Beratungsstellen genutzt werden.

Mythen in der Notfallkontrazeptionssituation

1) Notfallkontrazeption ist ein Schwangerschaftsabbruch

Notfallkontrazeptiva sind keine Abortiva: Die Einnahme einer bereits befruchteten Eizelle wird durch die Einnahme einer hormonellen Notfallkontrazeption nicht verhindert, und eine schon vorbestehende Schwangerschaft wird durch die Einnahme einer «Pille danach» nicht beeinflusst.

2) Notfallkontrazeption wirkt immer

Der Einsatz der Notfallkontrazeptiva ist eine zweite Chance zur Verhütung, nicht aber eine 100% sichere Methode, eine Schwangerschaft zu verhindern. Die Schwangerschaftsraten liegen je nach Wirkstoff, Zeitpunkt der Einnahme im Zyklus, Abstand zum ungeschützten Verkehr zwischen 0 und 2,8% in Studien (10).

3) Minderjährigen darf die Notfallkontrazeption nicht ohne Zustimmung der Erziehungsberechtigten abgegeben werden.

Der Abschluss eines Behandlungsvertrags zählt juristisch zu den höchstpersönlichen Rechten. Jede urteilsfähige Person hat ein Anrecht darauf. Urteilsfähig ist eine Person, die ihre Handlungen vernunftgemäß zu beurteilen vermag. Bei einem urteilsfähigen unmündigen Mädchen verstösst die Information an die Eltern ohne dessen Zustimmung gegen die Schwei-

gepflicht und das Datenschutzrecht. Zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr ist zwar eine Unmündigkeit gegeben, aber nur eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit. Daher muss dies individuell beurteilt werden. Bei einer Adoleszentin, die sich aktiv meldet, da sie die Dringlichkeit einer sicheren Verhütung erkannt hat, ist eine gewisse Reife anzunehmen und der Zugang zur Notfallkontrazeption auch im Abwägen zur Bedeutung einer Schwangerschaft für diese Frau zu ermöglichen. Fühlt sich eine Apotheke aufgrund des Alters oder anderer medizinischer Umstände nicht in der Lage, die Notfallkontrazeption abzugeben, besteht die Verpflichtung, den Zugang durch Weiterweisung an eine entsprechende Beratungsstelle oder Klinik zu ermöglichen.

Ungewollte Schwangerschaft – Fakten und Fragen

Tritt eine ungewollte Schwangerschaft ein, ist dies meist ein einschneidendes Erlebnis für die Frau. So vielfältig die Lebenssituation ist, in denen sich die Frau befindet, so ähnlich sind die Ängste und Fragen, die die Frau bewegen.

Seit dem Altertum werden philosophische, religiöse und ethische sowie juristische Diskussionen dazu geführt, ab wann das Leben beginnt und ob das Recht einer Frau auf Selbstbestimmung oder das Recht auf Leben des Embryos höher zu bewerten sind.

Weltweit stehen die Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch in den letzten Jahren auf dem Prüfstand. In Irland öffnete zuletzt im Mai 2018 eine Volksabstimmung zur Abschaffung des Straftatbestands den Weg zur Liberalisierung eines der strengsten Gesetze in Europa (11).

Restriktive Gesetze und ein erschwerter Zugang zum Schwangerschaftsabbruch erhöhen die gesundheitlichen Risiken für eine Frau. Sie senken weder die Abbruchrate, noch erhöhen sie die Geburtenrate. Niedrige Abbruchraten korrelieren positiv mit einer guten Präventionspolitik (12, 13).

Etwa 40% aller Schwangerschaften sind ungeplant, etwa ein Fünftel aller schwangeren Frauen entschliesst sich zu einem Abbruch. Geschätzt entspricht dies jährlich etwa 42 Millionen Schwangerschaftsabbrüchen weltweit, davon etwa 20 Millionen legal, und 22 Millionen werden gegen die gesetzlichen Bestimmungen am Ausführungsort vorgenommen (14).

Die Schweiz hatte im Jahr 2008 die niedrigste Abbruchrate weltweit mit 6,5/1000 Frauen im gebärfähigen Alter (15).

Laut Schweizerischem Gesetz ist bis 12 Schwangerschaftswochen (SSW) nur die eigene Entscheidung der Frau massgebend (StGB Art. 119,2). Die Durchführung des Abbruchs bedarf vorhergehender Beratungen durch den Arzt oder auch durch die kantonal bestimmten Beratungsstellen (obligatorisch bei unter 16-Jährigen).

Das Dilemma

Ab der 13. Woche ist die Interruptio nur dann straflos, *«wenn [sie] nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist»* (StGB Art. 119,1). Der nicht näher definierte Terminus «Notlage» sowie das ethische Dilemma der Ärzte im Spagat zwischen den Rechten der Frau und des Fetus erschwert für alle Beteiligten die Situation. Selbst im Moment der klar juristisch vertretbaren Entscheidung ist es gelegentlich schwierig für Frauen, Ärzte zu finden, die den Abbruch durchführen. Die Handhabung ist regional sehr unterschiedlich. Die Bemühungen diverser Schweizer Unispitäler sowie der (inter-)nationalen Fachorganisationen führen hoffentlich hier in den nächsten Jahren zu einheitlicheren Auslegungen (16).

Methoden der Interruptio

Es stehen verschiedene Methoden zur Durchführung zur Verfügung. Bis zum 49. Tag nach der letzten Menstruation ist Mifepristone (Mifegyne®) in Kombination mit Misoprostol zur medikamentösen Interruptio zugelassen. Schweizweit wird es aber flächendeckend off-label bis zum 63. Tag analog der EMA-Zulassung eingesetzt. Die Dosis wurde in den letzten Jahren von 3 × 200 mg auf 1 × 200 mg reduziert, bei gleicher Wirksamkeit und weniger Nebenwirkungen. Zudem wird die Kombination zunehmend ambulant eingesetzt statt mit teilstationärer Überwachung nach der Misoprostoleinnahme. Die Daten hierzu zeigen ebenfalls einen sicheren, oft auch psychologisch besseren Verlauf für die Frauen, sodass dieses Management auch unter ökonomischen Gesichtspunkten mittelfristig sicherlich der «standard of care» werden wird (17–19).

Bis zur 12. SSW, in vielen Kliniken auch bis zur 14. SSW oder bis 30 mm biparietalem Durchmesser wird die Interruptio chirurgisch durchgeführt. Danach wird meist eine Geburtseinleitung, oft auch in Kombination mit vorheriger Mifepriston-Gabe, durchgeführt.

Psychische Folgen von Abbrüchen

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch ist selten einfach für die Frau. Je nach sozialem, ökonomischem und Ausbildungsstand einer Frau mag sie bessere Strategien entwickeln, damit umzugehen. Auch das ethische und vor allem religiöse Umfeld hat einen grossen Einfluss. Alle Studien zum Thema der psychologischen Folgeerscheinungen zeigen grosse Schwächen. Klar scheint lediglich: Wer eine vorbestehende psychologische Erkrankung hat, hat ein höheres Risiko, auch post interventionem eine Verschlechterung zu erfahren. Dies gilt aber ebenso nach einer Geburt. Frauen mit Ambivalenz,

ohne Partner oder aus soziokulturellem Umfeld mit negativer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch haben ein erhöhtes Risiko für Depression und Angststörungen (20–23). ■

Dr. med. Silke Johann
 Chefarztin Gynäkologie und Geburtshilfe
 Klinikleiterin Frau und Kind
 Spitalzentrum Oberwallis, Standort Visp
 Pflanzettastrasse 8
 3930 Visp
 E-Mail: Silke.Johann@web.de

Interessenkonflikte: keine

Quellen:

1. Boonstra HD, Gold RB, Richards CL et al.: Abortion in women's lives. New York: Guttmacher Institute, 2006 <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf> (Abfrage 22.9.2018).
2. IPPF Erklärung zu sexuellen Rechten https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_german.pdf (Abfrage 22.09.2018).
3. World Health Organization. Factsheet contraception, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (Abfrage 15.10.2018).
4. Faundes A: Unsafe abortion – the current global scenario. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 467–477.
5. Spath A, Schneider C, Stutz L, Tschudin S, Zemp Stutz E: Schweizerischer Verhütungsbericht Obsan Dossier 59, 2017. (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium).
6. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al.: Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomised controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 1089–1097.
7. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al.: Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 5455–5462.
8. ECEC (European consortium for emergency contraception): Emergency contraception – A guideline for service provision in Europe. 2. Ed. May 2016.
9. Link zum offiziellen Flussdiagramm von IENK Kommission und Pharmasuisse: <https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/03/Flussdiagramm-Notfallkontrazeption-DE.pdf> (Abfrage 15.10.2018).
10. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H: Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception* 2011; 84 (1): 35–39.
11. Shaw D: Abortion and Human rights. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 633–646.
12. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, et al.: Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 389: 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
13. Black KI, et al.: Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 443–455.
14. WHO Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003.5 ISBN: 978 92 4 150111 8 download: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/
15. Sedgh G: Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.
16. FIAPAC. In: fiapac.org. Abfrage 04.10.2018.
17. Song Li, Tang Shi-Yan, et al.: Early medical abortion with self-administered low-dose mifepristone in combination with misoprostol. *Obstet. Gynaecol. Res.* 2018.
18. Li Cui-Lan, Song Li-Ping, Tang Shi-Yan, et al.: Efficacy, Safety, and Acceptability of Low-Dose Mifepristone and Self-Administered Misoprostol for Ultra-Early Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Reproductive Sciences* 2017, 24(5): 731–737.
19. Seyler H: Medikamentöser Abbruch – Anwendung von Cytotec® zu Hause. *Pro-Familia, der Familienplanungsrundbrief*. April 2013.
20. Cameron S.: Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 657–665.
21. van Ditzhuijzen J et al.: Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. *J Psychiatric Research* 2017; 84: 200e206.
22. Arousel J, Carlbom A: Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2016; 32: 77–87.
23. Casey P: Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2010; 24 (4): 491–502. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.007>