

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
108. Sitzung

Berlin, den 24.04.2013, 15:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum:

Antrag der Abgeordneten Mechthild Rawert, Bärbel Bas, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Rezeptfreiheit von Notfallkontrazeptiva - Pille danach - gewährleisten

BT-Drucksache 17/11039

sowie

Antrag der Abgeordneten Yvonne Ploetz, Dr. Martina Bunge, Cornelia Möhring, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Die Pille danach rezeptfrei machen

BT-Drucksache 17/12102

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses
CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöller, Wolfgang
Zylajew, Willi

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kieckbusch, Susanne
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 15.01 Uhr

Vorsitzende **Dr. Carola Reimann** (SPD): Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Experten, liebe Gäste, Frau Staatssekretärin Flach, ich darf Sie alle ganz herzlich begrüßen. Bevor wir beginnen, möchte ich Ihnen einige Erläuterungen geben. Es stehen uns 90 Minuten für die Thematik zur Verfügung. Diese Zeit ist in Fragenkontingente für die einzelnen Fraktionen nach ihrer Stärke im Parlament unterteilt. Ich bitte diejenigen, die gefragt werden, ihren Namen und ihre Institution zu nennen und die Mikrofone zu benutzen. Ich bitte alle, ihre Mobiltelefone auszuschalten, um Wechselwirkungen mit den Mikrofonen zu vermeiden. Die Anhörung wird aufgezeichnet und von 17.30 Uhr bis 19.00 Uhr im Parlamentsfernsehen und im Internet zu sehen sein. Gegenstand der heutigen Beratung sind der Antrag der SPD „Rezeptfreiheit von Notfallkontrazeptiva – Pille danach – gewährleisten“ (BT-Drs. 17/11039) und der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Die Pille danach rezeptfrei machen (BT-Drs. 17/12102). Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit 18 Minuten Fragezeit und es fragt die Kollegin Karin Maag.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Die ersten Fragen richten sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Rabe, den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Mich interessiert, wie Sie die vorliegenden Anträge, die das Ziel haben, Levonorgestrel aus der Verordnungspflicht zu entlassen, bewerten?

ESV **Prof. Dr. Thomas Rabe**: Ich hab die Stellungnahmen der hier eingeladenen Verbände durchgesehen. Insgesamt haben sich vier Verbände gegen eine Entlassung von Levonorgestrel aus der Verordnungspflicht ausgesprochen. Es gibt eine Enthaltung. Die restlichen haben sich mehr oder weniger für die Freigabe stark gemacht. Eine Freigabe wäre

aufgrund des Arzneimittelrechts gerechtfertigt, wenn ein entsprechendes Präparat keine Nebenwirkungen hat. Wir müssen uns fragen, ob dies für Levonorgestrel in einer Dosierung von 1,5 mg als Pille danach gegeben ist. Generell ist 1,5 mg Levonorgestrel als Einzeldosis 50 mal höher als die sogenannte Mini-Pille, die man zur Kontrazeption täglich, über den gesamten Zyklus hinweg, einnimmt. Die Dosis ist etwa zehn Mal höher als der Gestagengehalt in den normalen hormonalen Kontrazeptiva. Als Nebenwirkung haben wir trotz der hohen Dosis einen Verlust der Wirksamkeit bei einem Körpergewicht über 70 kg. Das ist ein ganz entscheidender Effekt, im Vergleich zur oralen hormonalen Kontrazeption, die weltweit unabhängig vom Körpergewicht einsetzbar ist. Die klinischen Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Erbrechen, schmerzhaftes Perioden sowie Übelkeit können wir vernachlässigen, sie sind nicht so relevant wie der nächste Punkt, nämlich das Risiko von venösen Thrombosen und Thromboembolien. Das steht explizit in der Fachinformation des entsprechenden Präparats. Diese weist daraufhin, dass zu berücksichtigen ist, ob entsprechende Grunderkrankungen in der Familie oder in der Eigenanamnese der Patientin vorliegen. Entsprechend individuell muss der Frauenarzt vorgehen. Das Thromboserisiko ist eines der entscheidendsten Risiken bei der Einnahme hormoneller Kontrazeptiva und ist die Hauptkomplikation unter den sogenannten kombinierten oralen Kontrazeptiva. 50 Jahre nach dem Geburtstag der Kombinationspille hat jetzt die European Medicines Agency (EMA) ein erneutes Bewertungsverfahren im Hinblick auf die Sicherheit der Pille eingeleitet. Wir glauben zwar weltweit, dass Levonorgestrel kein Risiko darstellt und deswegen ist es in 79 Ländern der Welt zugelassen, dennoch wird in der deutschen und auch in der englischen Fachinformation auf das Thromboserisiko hingewiesen. Dieses Risiko muss ausgeschlossen werden. Das ist ein wichtiger Punkt, der in die Hand der Ärzte gehört. Solange das nicht geklärt ist, ist

das Präparat nicht als so risikoarm einzustufen, so dass es in der Apotheke frei zur Verfügung gestellt werden könnte. Die Freigabe würde weiterhin bedeuten, dass das bessere Präparat, Ulipristalacetat, das mittlerweile seit drei Jahren als Standardpräparat weltweit zur Verfügung steht, nicht von der Patientin gewählt werden kann, weil es nicht freigegeben ist. Die Patientin würde vom Apotheker auch nicht darüber aufgeklärt werden, und das ist sowohl in Deutschland als auch international Pflicht, dass die Spirale danach, die man bis zu fünf Tagen nach ungeschütztem Verkehr einlegen kann, eine kontrazeptive Sicherheit von 99 Prozent hat. Mit dem Wegfall der Beratung durch den Frauenarzt würde auch die individuelle Bewertung des Alters der Patientin, der Ausschluss einer möglichen sexuellen Abhängigkeit einer jungen Patientin von einem älteren Freund, Gewalt in der Beziehung sowie die Notwendigkeit einer Beratung zu Geschlechtskrankheiten und auch der Hinweis auf eine HPV-Impfung entfallen. Letzteres ist ein weiterer, ganz wichtiger Punkt. Oder die Frage, ob es überhaupt erforderlich ist, dass die Patientin beim Vergessen einer Pille, überhaupt die Pille danach nimmt? Das alles kann nur der Frauenarzt und nicht der Apotheker im Notfalldienst, durch den Nachtrezept-schlitz, leisten. Ich spreche mich gegen die Freigabe zum jetzigen Zeitpunkt aus.

Sve Dr. Annette Nahnauer (GKV-Spitzenverband): Zu Levonorgestrel hat der Sachverständige schon Ausführungen gemacht. Wir sehen das vergleichbar und möchten darauf aufmerksam machen, dass es zwei Produkte am Markt gibt, ein levonorgestrel- und ulipristalacetat-haltiges Präparat. Es haben vergleichende Studien von Ulipristal mit Levonorgestrel stattgefunden, das kann man in der Fachinformation nachlesen, und die Versagensrate von Ulipristal ist im Vergleich zu Levonorgestrel um die Hälfte niedriger. Mit anderen Worten, Ulipristal ist das wirksamere Medikament, wenn

man den Einnahmezeitpunkt vergleicht. Die Frage, inwieweit sich die Verschreibungspflicht der für die selbe Indikation zugelassenen Präparate beißt und inwiefern die Freigabe einen Eingriff in den Markt darstellen würde, sei hier nur am Rande angemerkt.

SV Dr. med Holger Grüning (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir haben in unserem Statement mit reichlich Zahlenmaterial aufgewartet, das zeigt, dass Deutschland im Bereich der Schwangerschaftsabbrüche Zahlen aufweisen kann, die europaweit sinkend und einmalig sind. Diese Zahlen sprechen für die jetzige Lösung und wir sehen keinen Grund zu diesem Zeitpunkt etwas zu verändern. Es geht nicht darum, das reproduktive Selbstbestimmungsrecht von Frauen in Deutschland zu beschneiden. Wir wollen weiterhin einen kostenlosen Zugang zu Beratung und zu den Verhütungsmitteln, die es gibt. Wir haben flächendeckend fachärztliche, frauenärztliche Versorgung in ganz Deutschland und die Kontrazeption ist für die Patientinnen, die sie betreuen, sehr gut geregelt. Wenn es Zugangsdefizite für den kleinen Teil der postkoitalen Versorgung gibt, sehen wir andere Lösungsmöglichkeiten als die generelle Freigabe. Wenn Sie auf die Beipackzettel, die jedem Präparat beigelegt und die für jeden Arzt bindend sind, schauen, dann gehört die Vergabe in ärztliche Hand. Wir schlagen vor, es bei der bisherigen Regelung zu belassen und hätten Ihnen andere Lösungsvorschläge anzubieten.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich bitte Prof. Dr. Rabe und den Berufsverband der Frauenärzte (bvf) um eine Einschätzung zu den Wirkungen von Levonorgestrel, auf der Basis der medizinischen Erkenntnisse und bitten Sie darum, sich dabei besonders auf die Auswirkungen, die die Anwendung als Notfallkontrazeptivum im Fall einer bestehenden Schwangerschaft, auch im Hinblick auf die fötale Entwicklung hat, zu konzentrieren. Weiter

würde ich gerne wissen, welche unerwünschten Wirkungen bei der Anwendung von Levonorgestrel auftreten können und wie häufig sie sind.

ESV Prof. Dr. Thomas Rabe: Ich möchte zunächst zum Wirkungsmechanismus Stellung nehmen. Sowohl Levonorgestrel als auch Ulipristalacetat führen zu einer Unterdrückung der Eizellreifung und des Eisprungs. Der entscheidende Unterschied zwischen beiden Produkten besteht darin, dass Levonorgestrel bis kurz vor dem Anstieg des den Eisprung auslösenden Hormongipfels von LH wirkt, während Ulipristalacetat auch dann noch wirkt, wenn der Eisprung bereits durch das Hormon der Hirnanhangdrüse, LH, ausgelöst wird. Das heißt, wir haben ein größeres Zeitfenster und das erklärt auch den Unterschied in der Wirksamkeit. Die Eizelle hat nach dem Eisprung noch eine Überlebenszeit von zwölf bis 24 Stunden. Das ist ein Fenster, in dem die Schwangerschaft durch eine Notfallkontrazeption nicht mehr verhindert werden kann. Deshalb sind die hormonellen Methoden nicht 100-prozentig sicher und deutlich unsicherer im Vergleich zur postkoitalen Einlage einer Kupferspirale bis zu fünf Tagen danach. Weiter fragen Sie, was passiert, wenn man Levonorgestrel versehentlich in einer bestehenden Frühschwangerschaft oder Schwangerschaft einnimmt? Voraussetzung für die Verschreibung beider Produkte ist der Schwangerschafts-ausschluss. Es gibt aber große Studien, die zeigen, dass eine versehentliche Einnahme in einer Schwangerschaft keinen Effekt auf den Ausgang der Schwangerschaft und auf Fehlbildungen hat. Das ist das Entscheidende. Das Produkt ist dahingehend als sicher eingestuft worden. Die Frage der Nebenwirkungen ist ebenfalls in zahlreichen Studien untersucht worden, aber wichtig ist eine Zulassungsstudie in den USA. Dort wurden Levonorgestrel und Ulipristalacetat verglichen und in einer direkten Vergleichsstudie im Lancet hat

sich herausgestellt, dass in einer Größenordnung von fünf bis 20 Prozent kurzfristig Kopf- oder Unterbauchschmerzen auftreten können, Symptome wie Übelkeit und Erbrechen bewegen sich in einem Bereich von etwa acht bis zwölf Prozent. Das sind die Hauptnebenwirkungen. International konträr diskutiert wird über das Risiko von venösen Thromboembolien, über das in den Zulassungsstudien auch berichtet wurde. Es hat sich gezeigt, dass in der Zulassungsstudie für Ulipristalacetat keine Thrombose aufgetreten ist und auch bei einer Anwendung von mittlerweile einer Millionen Einzelfälle wurde keine Thrombose oder Thromboembolie gemeldet. Hier handelt es sich aber um Spontanberichte, das Gleiche kann man jetzt auch für Levonorgestrel fordern. Es bräuchte epidemiologische Studien, die nicht zum Ziel haben, die Schwangerschaft zu beobachten, sondern venöse Thromboembolien im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit.

SV Dr. med Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvff)): Die Antwort war so umfassend, dass dem nichts mehr hinzuzufügen ist.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Dann würden mich die Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten interessieren und da geht die erste Frage an Herrn Prof. Dr. Rabe und dann auch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gibt es Studien aus anderen Ländern darüber, ob die Entlassung von Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht dazu geführt hat, dass regelmäßig anzuwendende Kontrazeptiva vernachlässigt wurden? Und gibt es Erkenntnisse zur Auswirkung auf die Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten nach einer Entlassung von Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht?

ESV Prof. Dr. Thomas Rabe: Die Frage lässt sich nicht einfach beantworten. Es

gibt eine hervorragende Tischvorlage der KBV, die darstellt, wie sich das Verhütungsverhalten in England verändert hat. Trotz Freigabe der Pille danach, haben die Schwangerschaftsabbrüche um sieben Prozent zugenommen. Der kausale Zusammenhang zwischen der Verordnung der Pille danach und den Schwangerschaftsabbrüchen wurde auch in Deutschland untersucht. Es wurde ein Index erstellt zwischen Verordnungszahlen der Pille danach im Vergleich zu den Schwangerschaftsabbrüchen in den Ländern und dort kann man deutlich sehen, dass Bayern führend ist bei der Verordnung der Pille danach und die geringste Rate an Schwangerschaftsabbrüchen aufweist. Die Situation in Deutschland ist nicht vergleichbar mit der in anderen Ländern, da Deutschland mit insgesamt 42 Prozent aller Frauen, die sich für eine regelmäßige orale hormonale Kontrazeption entschieden haben und davon sind 40 Prozent bis 60 Prozent jüngere Frauen, einen im Vergleich sehr hohen Anteil an Frauen haben, die regelmäßige kontrazeptive Methoden, die hohe Sicherheit haben, anwenden. Die zweite Frage war, inwieweit Geschlechtskrankheiten häufiger seien, wenn die Pille danach freigegeben würde. Wir können da nur ableitend überlegen, was das bedeuten würde. Eine frauenärztliche Untersuchung beinhaltet nicht nur die Beratung über die Notfallkontrazeption, sondern insbesondere für junge Frauen auch den Hinweis auf die Notwendigkeit einer HPV-Impfung, einer Impfung gegen das Human Papilloma Virus. In einer Studie in Australien wurde festgestellt, dass der Befall nach der Impfung um über 60 bis 80 Prozent abgenommen hat. Das ist eine ganz wichtige Botschaft, die der Frauenarzt jungen Frauen vermitteln muss. Die Aufklärung über den Schutz vor Geschlechtskrankheiten, eventuell eine bakteriologische Untersuchung und die Beratung hinsichtlich des weiteren Vorgehens der Patientin gehören in den Aufgabenbereich des Frauenarztes.

Sve **Prof. Dr. med. Elisabeth Pott** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat seit 1992 den Auftrag, über Sexualität und über Verhütungsmittel aufzuklären. In diesem Zusammenhang klären wir auch über die Pille danach auf. Für uns ist, auch wenn wir auf andere Länder schauen, ganz wichtig, dass wir mit unserer Sexuaufklärung erreicht haben, dass ganz viele junge Menschen sehr gut verhüten. Nur noch acht Prozent der Jugendlichen verhüten heute beim ersten Mal nicht. Und das ist, wir haben das durch regelmäßige Studien untersucht, eine sehr, sehr positive Entwicklung. Und wenn wir uns fragen, welche Auswirkungen die Situation einer guten Aufklärung auf die Pille danach hat, dann ist das Gesamtbild zu betrachten, genau wie Herr Prof. Dr. Rabe gesagt hat. Wenn wir nach England schauen, kann man nicht nur auf die Pille danach schauen, sondern wir müssen uns die gesamte Situation betrachten. Und die Aufklärung ist in England, und noch schlimmer in Amerika, ganz dürftig. Und wenn junge Leute nicht gut aufgeklärt sind und nicht regelmäßig verhüten, so wie das in Deutschland inzwischen der Fall ist, dann besteht die Gefahr, dass auch die Pille danach öfter eingesetzt wird. In Deutschland gehen junge Leute sehr verantwortlich mit der Pille danach um. Wir können zeigen, auch das ist aus unseren Untersuchungen abzuleiten, dass Frauen dann auf die Pille danach zurückgreifen, wenn eine Verhütungspanne eingetreten ist. Das heißt, es sind überwiegend alte Menschen, die verhüten, entweder mit Kondomen und dabei hat es in der Anwendung nicht richtig geklappt, oder die Pille wurde vergessen oder in einer besonderen Situation wurde nicht verhütet. Aber das sind Ausnahmesituationen und wir können sagen, dass es einen sehr verantwortlichen Umgang mit der Pille danach gibt. Eine sehr geringe Zahl von Betroffenen, vielleicht zwei bis drei Prozent, benutzt die Pille danach mehrfach. Ich darf noch eine Anmerkung

machen zum Thema der sexuell übertragbaren Krankheiten. Es geht darum, bei jungen Menschen von Anfang ein Verhütungsverhalten einzuüben, dass sie verantwortlich mit ihrer Sexualität und der ihres Partners umgehen lässt. In diesem Zusammenhang haben wir mit unserer Aufklärung dafür gesorgt, dass heute zu Beginn vielfach mit Kondomen verhütet wird, die natürlich auch eine Schutzwirkung bei sexuell übertragbaren Krankheiten haben. Im vergangenen Jahr hat das Parlament entschieden, dass wir jetzt auch über andere sexuell übertragbare Krankheiten stärker aufklären sollen. Damit haben wir begonnen, so dass die Kombination von Pille und Kondom und weiteren Informationsstrategien um auch über andere sexuell übertragbare Krankheiten aufzuklären, auf einem guten Weg ist. Zu guter Letzt möchte ich noch darauf hinweisen, dass wir in Deutschland einen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche zu verzeichnen haben, was alles, wenn Sie die einzelnen Indikatoren nebeneinander sehen, in die selbe Richtung zeigt.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht des Bundesinstituts für Arzneimittel (BfArM) votierte bereits 2003 für die Herausnahme des Wirkstoffes Levonorgestrel (LNG) aus der Verschreibungspflicht. Dieses Votum hat der Vizepräsident des BfArM, Dr. Karl Broich, am 27. Februar 2013 gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit erneuert und erklärt, dass es bezüglich des Wirkstoffes LNG heute noch gesicherte Erkenntnisse, die für eine Entlassung dieses Wirkstoffes aus der Verschreibungspflicht sprächen, gebe. Der Berufsverband der Frauenärzte, wir haben es gehört, und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bezeichnen dagegen Levonorgestrel neben Ulipristalacetat (UPA) als Mittel der zweiten Wahl und verweisen auf eine nur begrenzte Sicherheit. Ich frage den Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen e. V. (VDDP) sowie den

Deutschen Pharmazeutinnenverband (dpv), wie Sie diese Situation aus arzneimittelrechtlicher Sicht bewerten und ob diese Aussagen stimmen?

SV **Dr. Ulrich Hagemann** (Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen e. V. (VDDP)): Sie fragen zum einen, ob ein anderes alternativ zugelassenes Arzneimittel in die Betrachtung einbezogen werden kann. Ich kann da auf die schon zitierte und 2010 publizierte Studie von Frau Glasier eingehen, die eine Nicht-Unterlegenheitsstudie war. Das heißt, es wurde untersucht, ob Ulipristalacetat dem Levonorgestrel unterlegen ist. Das, so das Ergebnis, ist nicht der Fall, aber Ulipristalacetat ist auch nicht besser als Levonorgestrel. Insofern kann Ulipristalacetat nicht als neuer Standard angesehen werden. Es gibt dazu kein Konsensuspapier und auch keine Leitlinie. Was das weitere Prozedere einer Empfehlung des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht angeht, so möchte ich für den Verein kommentieren, dass die Forderung oder der Wunsch, levonorgestrelhaltige Arzneimittel zur Notfallkontrazeption aus der Verschreibungspflicht zu entlassen, gewissermaßen von der Basis kommt, vor allen Dingen auch von den Beratungsstellen, die viel Kontakt mit den betroffenen Frauen haben. Insofern ist das eigentlich der Weg und wir würden es sehr befürworten, wenn der Verordnungsentwurf, der eine Freistellung vorsieht, auch den zuständigen Gremien im Deutschen Bundestag vorgelegt würde. Diese müssten anhand der Rechtslage, so wie sie im Arzneimittelgesetz (AMG) zur Verschreibungspflicht niedergelegt ist und auf der Grundlage der Fakten entscheiden, ob Levonorgestrel in dieser Indikation freigestellt wird.

SVe **Dr. Gudrun Ahlers** (Deutscher Pharmazeutinnenverband (dpv)): Wir sind dafür, Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht herauszunehmen.

Diese Vorgehensweise, so unser Hauptargument, wird bereits in 28 europäischen Ländern mit Erfolg praktiziert und es gibt keine negativen Erfahrungen. Herrn Prof. Dr. Rabe möchte ich widersprechen. Auch wir Pharmazeuten sind in der Lage zu beraten, auch wenn es sich um die Beratung an der sogenannten Nachtklappe handelt. Darin sind wir genauso gut wie unsere Kollegen in Europa. Sie haben uns vorgemacht, dass es wunderbar funktioniert. Wir legen Wert darauf, dass es weder medizinische, pharmazeutische noch ethische Gründe gibt, um Levonorgestrel in der Rezeptverschreibungspflicht zu behalten. Zu ellaOne (Wirkstoff: Ulipristalacetat) haben wir eine andere Meinung. Das Medikament ist erst zwei Jahre im Handel und da sollten vielleicht noch weitere Studien und Ergebnisse abgewartet werden.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): In den Stellungnahmen, aber auch hier, in dieser Diskussion, wird ein Zusammenhang zwischen LNG und Schwangerschaftsabbrüchen hergestellt. Ich frage den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF), ob die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen einem Schwangerschaftsabbruch bzw. der Zu- bzw. Abnahme der betreffenden Zahlen und der Freigabe der Pille danach aus der Rezeptpflicht redlich ist und was dagegen bzw. dafür spricht?

Sve **Dr. Helga Seyler** (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)): Es wurde bereits von anderen angemerkt, dass sich ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen der Rezeptpflicht oder der Rezeptfreiheit von LNG und Schwangerschaftsabbruchzahlen so nicht herstellen lässt. Das ist klar. Bei der Zahl der Abbrüche gibt es ganz viele verschiedene Einflussfaktoren und es ist äußerst schwierig, einen Anstieg oder Rückgang dieser Zahlen eindeutig

einzelnen kausalen Faktoren zuzuordnen. Zum Beispiel wird in den USA eine zunehmende Anwendung der Pille danach mit rückläufigen Abbruchzahlen in Verbindung gebracht. Ein Beispiel für schwer interpretierbare Tendenzen ist zum Beispiel der Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen zwischen 1996 und 2001. Das wurde sehr intensiv in der Fachöffentlichkeit und in den Medien diskutiert. Seitdem ist die Zahl der Abbrüche wieder rückläufig und heute wieder auf dem Stand von 1996. Klare Erklärungsmuster gibt es dazu nicht. Bei der Interpretation solcher Zahlen sollte man sehr vorsichtig sein. Andererseits ist aber sehr gut nachvollziehbar, dass in vielen Einzelfällen ungewollte Schwangerschaften verhindert werden könnten, wenn Frauen ohne unnötige Hindernisse die Pille danach möglichst frühzeitig oder überhaupt anwenden könnten. Und meine Erfahrung in langjähriger Beratung in einer Familienplanungseinrichtung bestätigt auch eine Untersuchungen von pro familia aus dem Jahr 2008, die zeigt, dass Frauen doch eine Menge Hindernisse, finanzieller und/oder organisatorischer Art, überwinden müssen, um an ein Rezept für die Pille danach zu kommen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Diese Frage geht an den Bundesverband pro familia. Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht für eine Aufhebung der Rezeptpflicht der Pille danach auf LNG-Basis und wie schätzen Sie die Versorgungssituation in der Realität und nicht nur qua Erklärung ein?

Sve **Dr. Ines Thonke** (Bundesverband pro familia): Wir erhalten täglich Informationen über Hindernisse, denen Frauen, wenn sie nach ungeschütztem Verkehr um eine Pille danach ersuchen, begegnen. Darauf haben wir erstmalig bereits 2006 aufmerksam gemacht, haben das auch veröffentlicht und dann eine Online-Befragung angefügt. Weiter haben

wir eine systematische schriftliche Befragung in den pro familia-Beratungsstellen durchgeführt und jetzt auch noch einmal recherchiert und die Daten validiert. Welche Probleme sind es im Einzelnen? Durch den erforderlichen Arztbesuch kommt es aus unserer Sicht zu zeitlichen Verzögerungen, zu einer späteren Einnahme, obwohl bekannt ist, dass die höchste Wirksamkeit in den ersten zwölf bis 24 Stunden besteht. Die Probleme treten hauptsächlich am Wochenende, aber auch an Feiertagen und im Alltag auf. Darüber hinaus verordnen konfessionelle Häuser die Pille danach nicht. Frauen, die in Regionen leben, in denen nur konfessionelle Krankenhäuser Notdienste anbieten, haben es schwer. Oft fühlen sich Krankenhäuser, auch nicht konfessionell gebundene, gar nicht zuständig. Auch dort werden Frauen weggeschickt oder es kommt zu teuren Untersuchungen, wie Ultraschall, Schwangerschaftstest und gynäkologischen Untersuchungen, die die Frauen bezahlen müssen. Häufig gibt es mehrstündige Wartezeiten, nicht selten fünf oder sechs Stunden. Es gibt lange Wegstrecken zum nächsten ärztlichen Bereitschaftsdienst, insbesondere in ländlichen Gebieten. Gerade im Osten Deutschlands ist das die Regel. 34 Prozent der Frauen geben an, dass sie beim ärztlichen Bereitschaftsdienst wegen fehlender Kenntnisse keine Verordnung bekommen. Frauen wollen zum Teil die Anonymität, vor allem, wenn sie auf dem Land leben und sehen diese als nicht gesichert an. Und ein ganz wichtiger Punkt ist, dass Frauen immer wieder mit moralischen und abschätzigen Kommentaren bedacht werden. In England zum Beispiel sagt man: Toll, dass Du kommst, Du übernimmst Verantwortung. In Deutschland fühlen sich Frauen häufig erniedrigt. Und auch das kommt vor, Frauen scheitern bei ihrem Versuch, die Pille danach zu erhalten. Aktuelle Meldungen dazu haben wir aus Witten und aus Regensburg. Der Fall aus Regensburg war in der Presse. Die von gynäkologischer Seite beschriebene notwendige und wichtige Beratung findet

aus Sicht von pro familia dagegen nicht statt. Krankenhausärzte und Ärztinnen in gynäkologischen Abteilungen sind hoch belastet, haben häufig keine Lust und kaum Zeit. Ähnlich sieht es auch in den Praxen niedergelassener Gynäkologen aus. Und im ärztlichen Bereitschafts- und Notdienst, das ist schon lange Realität, kann nicht beraten werden, weil die Frau oder das Paar, das auf den Bereitschaftsdienst trifft, möglicherweise überhaupt keinen Gynäkologen vorfindet, sondern vielleicht einen niedergelassenen Neurologen oder wie mir kürzlich anschaulich berichtet wurde, eine russische Dermatologin. Sie haben nicht die Kompetenz, die Frauen zu beraten, und die wenigsten Gynäkologinnen übernehmen ärztliche Bereitschaftsdienste in den Regionen. Die viel zitierte notwendige Intimität ist nicht gegeben, weil Frauen über Stunden warten müssen, in der Regel in Ambulanzfluren und sie werden immer wieder gefragt, vom Pförtner bis zum Pflegepersonal, weshalb sie dort sind. Wir sind der Ansicht, dass diese Versorgungsdefizite durch die Aufhebung der Rezeptpflicht, begleitet von Informationsstrategien, vermeidbar sind. Mit Ausnahme von Polen ist das Realität in allen angrenzenden Ländern. Deutschland hat eine Sonderrolle, die zu Lasten der Frauen geht und nicht nachvollziehbar ist.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Ich möchte bei diesem Themenkreis bleiben. Die Frage geht an den Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvf) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ist die Verfügbarkeitsfrage ein Grund, die Verschreibungspflicht aufzuheben? Vielleicht können Sie diese Frage aus Ihrer Sicht beantworten.

SV **Dr. med. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvf)): Die Apothekendichte ist in vielen Bereichen im Land sicherlich nicht höher als die der Ärzteschaft.

Die Ärzteschaft stellt einen Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdienst in Deutschland, das ist ein einmaliges Merkmal innerhalb Europas und hat im letzten Jahr eine Bereitschaftsdienstnummer inauguriert, die 116 / 117, über die jede Frau den Bereitschaftsdienst in dem Ort bekommt, in dem sie lebt. Das ist so organisiert worden. Insofern ist die Verfügbarkeit auf jeden Fall gegeben.

SV Dr. med. Holger Grüning (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich habe die Argumente von pro familia sehr ernst genommen. Da gibt es sicherlich Einzelfälle, die so nicht sein sollten und für die es eine Lösung geben muss. Aber ich denke, das Szenario ist nicht, wie beschrieben. In Deutschland ist die Versorgung mit der Pille danach in den Krankenhäusern und auch im überwiegenden Teil der Ambulanzen geregelt und da wird keine Frau stigmatisiert. Das kann man für den Berufsverband und auch für die KBV so nicht stehen lassen. Wir nehmen das Problem des Zugangs, aber auch die medizinisch vielleicht gar nicht begründete Sorge, der „zu späten“ Einnahme sehr ernst und ich könnte mir vorstellen, dass wir das deutlich verbessern, in dem wir unsere Vertragsärzte schulen. Wenn es den Umweg über die Apotheke nicht geben soll, dann geben Sie uns das Recht, die Präparate direkt an die Patientin auszugeben, im Notdienst, in der Frauenarztpraxis oder im Krankenhaus. Ich bitte um Verständnis für unsere Arbeitsbelastung, aber das heißt nicht, dass wir uns der Sache nicht stellen und dass wir nicht beraten wollen. Andere Länder, mit anderem Zugang haben nicht unsere flächendeckende Versorgung.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den Berufsverband der Frauenärzte e. V. und an die Bundesärztekammer (BÄK). Gibt es Erkenntnisse, dass durch eine Beratung

die Verordnung der Pille danach überflüssig geworden ist?

SV Dr. med. Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvf)): Sie müssen davon ausgehen, dass der Zyklus der Frau laut Lehrbuch 28 Tage dauert. Die Eizelle lebt nur einen einzigen Tag, d. h. 24 Stunden. Die Spermien leben zwischen drei und fünf Tagen maximal. Das heißt, sie haben ein begrenztes Zeitfenster, in dem die Frau überhaupt befruchtungsfähig ist und diese Unterscheidung, wann die Pille danach notwendig ist, ist nur mit dem nötigen Know-how zu treffen. Das aber finden Sie in der ärztlichen Praxis und auch bei den im Bereitschaftsdienst tätigen Kollegen. Insofern gibt es tatsächlich Zeiten, wo die Pille danach überflüssig ist. Wenn zum Beispiel eine Frau eine Anti-Baby-Pille vergessen hat, das ist eine häufige Frage, die sich stellt, und deshalb die Pille danach haben möchte, muss sie diese nicht einnehmen, wenn sie weiß, und auch das ist wieder beratungspflichtig, dass sie sich ab dem Zeitpunkt, wo sie die Pille vergessen hat, selbst wenn sie an diesem Tag Verkehr hatte, für den Rest des Zyklus, das heißt, bis die Pillenpause oder die Blutung kommt, zusätzlich schützen muss. Insofern gibt es tatsächlich eine Reihe von Zeiten im Zyklus der Frau, in denen eine Pille danach nicht notwendig ist und in denen man das Risiko, erstens der bereits beschriebenen Nebenwirkungen, beziehungsweise der Kosten nicht eingehen muss. Diese Beratungen können aufgrund ihrer Ausbildung nur Ärzte leisten.

Die **Vorsitzende** stellt fest, dass die Bundesärztekammer nicht anwesend ist.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband und pro familia. Nach geltender Regelung im SGB V haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr in der gesetzlichen

Krankenversicherung nur einen Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden. Mit der Entlassung aus der Verschreibungspflicht wäre die Pille danach also nicht mehr erstattungsfähig. Welche Konsequenzen erwarten Sie?

SVe Dr. Annette Nahnauer (GKV-Spitzenverband): Die Folgen haben wir in unserer Stellungnahme beschrieben. In der jetzigen Situation wird die Versorgung für jüngere Frauen, bis zum 20. Lebensjahr, durch die GKV getragen. Wenn die Pille danach aus der Verschreibungspflicht genommen und der Apothekenpflicht unterstellt wird, entfällt nach der jetzigen Gesetzeslage die Grundlage für eine Erstattung durch die GKV. Die Pille danach fällt auch nicht unter § 31 i. V. m. § 34, also die sogenannte OTC-Ausnahmeliste, die der Gemeinsame Bundesausschuss erstellt. Die GKV ist, um das noch einmal in Erinnerung zu rufen, nur leistungspflichtig für verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach gesetzlichen Kriterien in seiner Arzneimittelrichtlinie festgelegt, dass eine Leistungspflicht ausnahmsweise besteht. Das gilt bei schwerwiegenden Erkrankungen, wenn das Arzneimittel Therapiestandard ist und dieser durch Studien belegt wurde. Die Bedingungen werden von der Pille danach nicht erfüllt, denn es handelt sich erkennbar nicht um eine schwerwiegende Erkrankung. Das heißt, die Kostenübernahme durch die GKV würde entfallen.

SVe Dr. Ines Thonke (pro familia Bundesverband): Pro familia würde es natürlich begrüßen, wenn es eine Regelung für die Erstattung gäbe. Für uns ist zwar zunächst wichtig, wir haben das auch in unserer Stellungnahme geschrieben, dass die Pille danach rezeptfrei zur Verfügung gestellt wird. Ich erinnere daran, die Pille danach war deutlich billiger, bevor das

GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft trat. Ich persönlich fände eine Regelung wie in England, wo Frauen die Möglichkeit haben in die Apotheke oder in die Ambulanz zu gehen, wünschenswert. Möglicherweise könnte man die Pille danach auch in die OTC-Ausnahmeliste aufnehmen. Allerdings sollte die Nichterstattungsfähigkeit kein Grund sein, die Pille danach nicht rezeptfrei zur Verfügung zu stellen.

Abg. Gabriele Molitor (FDP): Meine Frage an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: Was kostet die Pille danach überhaupt?

SV Prof. Dr. Martin Schulz (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Die Preise sind wie bei allen Arzneimitteln in Deutschland festgelegt. Sie sind in allen Apotheken geeicht. Die Packung Levonorgestrel kostet im Moment im Verkauf, also mit allen Kosten, d. h. Großhandel, Hersteller usw. plus Mehrwertsteuer, 18,14 Euro. Ulipristalacetat kostet 35,53 Euro. Dieser doppelt so hohe Preis macht, glaube ich, einige der vorangegangenen Erklärungen deutlich, wenn ich mir diese Nachbemerkerung erlauben darf.

Abg. Gabriele Molitor (FDP): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (dggg): Wie gehen Sie damit um, wenn Ärzte aus ethischen Gründen oder religiösen Gründen eine Verordnung verweigern?

SV Dr. med. Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvfg)): Ich antworte auch für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (dggg). Wir halten das für unverantwortlich. Das ist nicht vereinbar mit der ärztlichen Ethik und Moral. Wir haben die Verweigerung verurteilt und uns gefreut, dass die Kirche

ein Einsehen hatte und die wissenschaftlichen Argumente angenommen hat, sodass wir davon ausgehen, dass das in naher Zukunft nicht mehr vorkommen wird.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VDPP). Ich würde von Ihnen gerne wissen, was die Kriterien für eine Verschreibungspflicht sind und ob Sie die für LNG-Präparate zur Notfallverhütung erfüllt sehen? Können Sie uns vielleicht ergänzend sagen, ob andere OTC-Präparate vollkommen nebenwirkungsfrei sind, wie das hier vorhin suggeriert wurde?

SV **Dr. Ulrich Hagemann** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VDPP)): Es gibt im Arzneimittelgesetz zwei Kriterien, die beachtet werden müssen, wenn es um die Entscheidung über die Unterstellung unter die Verschreibungspflicht oder die Entlassung aus der Verschreibungspflicht geht. Das eine Kriterium, und ich darf hinzufügen, alle diese Kriterien stehen in Übereinstimmung mit den EU-weiten Leitlinien für diese Fragestellung, ist das Abhängigkeitspotenzial der Substanz bzw. des Arzneimittels und ein nachgewiesener häufiger und erheblicher Missbrauch. Letzterer ist bei levonorgestrelhaltigen Arzneimitteln zur sogenannten Notfallkontrazeption nicht gegeben. Als zweites Kriterium gilt die Frage, ob mit der Anwendung entsprechend der Packungsbeilage, ohne ärztliche Verordnung, eine gesundheitliche Gefährdung mittelbarer oder unmittelbarer Art verbunden ist. Damit ist im konkreten Fall gemeint, dass eine richtige Diagnose gestellt werden muss und es im Einzelfall die Notwendigkeit gibt, die Therapie im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bzw. Effektivität oder mögliche schwere und unerwünschte Wirkungen zu überwachen. Das sind die beiden Kriterien. Es ist kein Kriterium, dass ein Arzneimittel keine

Nebenwirkungen hat. Dann müssten wir alle Arzneimittel unter Verschreibungspflicht stellen. Die im Paracetamol enthaltene Acetylsalicylsäure hat Nebenwirkungen und trotzdem ist Paracetamol seit vielen Jahrzehnten rezeptfrei. Das Arzneimittelgesetz sagt abschließend, welche Kriterien anzulegen sind. Nicht-pharmazeutische und nicht-medizinische Argumente werden dort nicht genannt und sind deswegen auch nicht zu berücksichtigen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Lübbert. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Sicherheit von levonorgestrelhaltigen Präparaten zur Notfallverhütung, insbesondere auch im Vergleich zu ellaOne?

ESV **Prof. Dr. Horst Lübbert**: Ich bin der Ansicht, dass Levonorgestrel auch weiterhin der Maßstab ist, an dem sich alle anderen Präparate, die zur Notfallverhütung eingesetzt werden, vergleichen lassen müssen. Levonorgestrel hat eine ungewöhnliche, lange Sicherheitsgeschichte. Wir benutzen dieses Gestagen seit 40 Jahren, zunächst in der Kombination mit Östrogenen und jetzt seit mehr als zehn bis 15 Jahren in der Notfallverhütung. Und darunter sind keine gravierenden Nebenwirkungen aufgetreten. Und wir dürfen dieses Medikament, abgesehen von ganz wenigen Ausnahmen, auch dann einsetzen, wenn Patienten eine Thrombose neigung haben. Zu den Ausnahmen gehören zum Beispiel bestimmte Autoimmunerkrankungen mit stark erhöhtem Antiphospholipid-Antikörper. Dazu hat es eindeutige Stellungnahmen von großen Institutionen wie der Weltgesundheitsbehörde (WHO), dem Center of Disease Control und vor allen Dingen der FDA, der amerikanischen Zulassungsbehörde, gegeben. Letztere hat genau diese Dinge noch einmal unter die Lupe genommen und nach reiflicher Abwägung beschlossen, dieses

Medikament freizugeben. Eines möchte ich noch hinzufügen, dieses Medikament ist nicht nur für die Anwenderin sicher, sondern auch für die Föten, falls es doch einmal versagt. Wir haben bislang keine teratogenen Nebenwirkungen entdecken können. Das nehme ich zwar bei Ulipristalacetat (UPA) auch nicht an, aber die Akte der Sicherheit dieses Präparates ist noch zu dünn. Was die kontrazeptive Sicherheit selbst betrifft, gibt es keinen Beweis für die Überlegenheit von UPA. Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Präparaten, wenn sie zeitnah nach dem Verkehr eingenommen werden. Und schließlich und das dürfen wir nicht vergessen, ist es die Pille danach, die nach dem Verkehr und nicht Tage später eingenommen wird. Und darauf kommt es an. Wir wollen, dass die Frauen, dass der junge Mann die Pille in der Tasche hat, dass sie von der Schulschwester ausgegeben oder vom student council, wie in den USA, befürwortet wird. Wir wollen, dass es keine 5000 ungewollten Schwangerschaften bei jugendlichen Frauen und um die 500 bei Mädchen unter 15 Jahren gibt.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht wieder an den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VDPP). Bisher haben wir noch nicht darüber gesprochen, dass die Rezeptfreiheit auch die Möglichkeit der Öffentlichkeitswerbung eröffnet. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. fordert hier Beschränkungen. Wie bewerten Sie das?

SV **Dr. Ulrich Hagemann** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VDPP)): Dazu möchte ich bemerken, dass Werbung generell, aber natürlich auch für Arzneimittel, nicht unbedingt der unabhängigen und sachgerechten Information dient, sondern der Umsatzsteigerung und Verkaufsförderung. Insofern muss man gerade in diesem besonderen Bereich Wert

darauf legen, dass unabhängig über die Eigenschaften dieses Arzneimittels informiert wird. Dazu bietet sich zum Beispiel die Beratung durch die BZgA an, aber es gäbe darüber hinaus in § 10 Absatz 2 Heilmittelwerbegesetz, hormonelle Kontrazeption, auch die Möglichkeit, Werbung zu unterbinden. In diesem sehr kurzen Absatz werden psychische Erkrankungen und Schlafstörungen als Bereiche genannt, bei denen generell nicht für Arzneimittel gegenüber Laien geworben werden darf. Wir unterstützen die Verminderung oder ein Verbot der Publikumswerbung und haben dazu einen Vorschlag eingebracht.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den pro familia Bundesverband und an den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF). Wir haben gerade gehört, dass die Pille danach, wenn sie aus der Verschreibungspflicht herausgenommen würde, nicht mehr erstattungsfähig wäre. Die LINKE. fordert in ihrem Antrag die Erstattung durch eine Änderung des § 24 a Absatz 2 SGB V bis zum 20. Lebensjahr grundsätzlich sicherzustellen. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit einer solchen Regelung aus Ihrer Praxis?

SVe **Dr. Ines Thonke** (pro familia Bundesverband): Wir würden eine solche Regelung befürworten, sehen diese aber nicht als Bedingung für die Rezeptfreiheit.

SVe **Dr. Helga Seyler** (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)): Ich schließe mich dieser Aussage an. Es wäre sehr begrüßenswert, wenn junge Frauen bis zum Alter von 20 Jahren die Pille danach weiterhin kostenfrei erhalten würden.

SVe **Dr. Ines Thonke** (pro familia Bundesverband): Ich sollte vielleicht noch anfügen, dass es diese Situation bereits gibt und das haben wir auch in unserer Stellungnahme erwähnt. Ich kenne Apothekerinnen, die sagen, sie hätten noch nie ein unter 20-jähriges Mädchen mit Kassenrezept gehabt. Das entspricht nicht dem Gesetz, aber das ist die Realität.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Lübbert. Sie hatten sich für die Rezeptfreiheit ausgesprochen und im Rahmen eines Interviews für den Tagesspiegel, das wir heute lesen konnten, sind Sie gefragt worden, warum denn Deutschland einen Sonderweg gehe. Könnten Sie uns ihre Antwort darauf hier noch einmal vortragen?

ESV **Prof. Dr. Horst Lübbert**: Ich weiß nicht, warum Deutschland einen Sonderweg geht und ob es dafür auch berufspolitische Gründe gibt. Wir haben diese Frage in unserer Praxisgemeinschaft, dort sind zwölf Gynäkologen vereint, diskutiert. Es wurden verschiedene Argumente gebracht, von der Aufstockung der Patientenzahl bis hin zu der Labormedizin, die von eventuell erforderlichen Hormonbestimmungen profitieren könnten. Das sind Argumente, die hier gar nicht zur Sprache gekommen sind, aber einen ganz realen Hintergrund haben.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich den pro familia Bundesverband. Sie weisen ebenso wie Prof. Dr. Lübbert darauf hin, dass in den USA im April 2013 die Altersbegrenzung für die rezeptfreie Abgabe der Pille danach aufgehoben wurde. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus für Deutschland?

SVe **Dr. Ines Thonke** (pro familia Bundesverband): In den USA gibt es einen langen Leidensweg. Dort gehen die gynäkologischen, aber auch die pädiatrischen Fachgesellschaften ebenso wie die für Kinder- und Jugendmedizin schon lange auf die Barrikaden. 2003 gab es eine FDA-Erklärung, ähnlich wie hier. 60 Fachgesellschaften forderten dazu auf, die Pille danach aus der Rezeptpflicht zu entlassen. Die Frage wurde immer als Politikum behandelt und die Pille danach wurde aufgrund einer Klage rezeptpflichtig. Dann kam es zu einer Altersbegrenzung bis 18, dann wurde diese eingeklagt auf die Altersgrenze von 17 Jahren. Die Klageflut ging weiter, bis zu der Feststellung, dass es keine Evidenz für die Aufrechterhaltung der Altersbeschränkung gibt. Das wurde jetzt beschieden. Der urteilssprechende Richter sagte, dass die Entscheidung, die Altersbeschränkung für Mädchen unter 17 Jahren beizubehalten, politisch motiviert, willkürlich und wissenschaftlich haltlos sei. Die FDA ist sich seit Langem darüber im Klaren, wie sicher die Methode ist und dass wenig Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich den GKV-Spitzenverband. Sie gehen davon aus, dass vor der Entlassung von Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht eine erneute Bewertung durch den Sachverständigenausschuss für die Verschreibungspflicht erfolgen müsste. Warum und mit welchem Ergebnis würden Sie dann rechnen?

SVe **Dr. Annette Nahnauer** (GKV-Spitzenverband): Erst einmal muss man feststellen, dass seit dem Jahr 2000 13 Jahre vergangen sind. Das heißt, eine erneute Bewertung aufgrund der eingegangenen Meldungen und ggf. zu Nebenwirkungen erscheint sinnvoll. Auch die Tatsache, dass es heute anstelle von zwei Tabletten, die in einem bestimmten Abstand einzunehmen waren wurden, nur

noch eine Tablette ist, macht möglicherweise eine erneute Bewertung notwendig. Was das Ergebnis betrifft habe ich keine Erwartungen. Ich möchte nur darauf aufmerksam machen, dass Zeit vergangen ist und dass man sich noch einmal damit auseinandersetzen muss. Die Studienlage müsste die Grundlage für eine Entscheidung bilden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch einmal an Frau Dr. Nahnauer. Sie hatten sich gegen die Kostenübernahme im Falle der Rezeptfreiheit auch für Frauen unter 20 Jahren ausgesprochen. Bei einer ärztlichen Verordnung ist die Situation klar. Sie hatten auch erläutert, dass die Kriterien für die Zuordnung zur OTC-Liste nicht erfüllt sind. Was würden Sie denn davon halten, wenn man analog zur OTC-Liste eine Regelung schaffen würde, die für junge Frauen die Kostenerstattung im Falle einer ärztlichen Verordnung vorsieht?

SVe **Dr. Annette Nahnauer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben unterschiedliche Regelungskreise und da muss man einfach sehen, wo man das verortet. Ich denke, analog der OTC-Liste wird das schwierig. Möglicherweise müsste man in § 24 a (SGB V), wo es auch jetzt geregelt ist, eine andere Formulierung finden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch einmal an den pro familia Bundesverband. In der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes haben wir gelesen, dass eine Kostenerstattung im Widerspruch zur Forderung nach Niedrigschwelligkeit steht. Wie sehen Sie das?

SVe **Dr. Ines Thonke** (pro familia Bundesverband): Es ist die Frage, ob wir den Zugang für jede Frau wollen, möglicherweise um den Preis, dass junge

Mädchen ebenfalls bezahlen müssen, oder ob wir eine andere Regelung finden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an den pro familia Bundesverband. Sie kritisieren, dass in Deutschland weder für hormonale noch für postkoitale Verhütungsmethoden medizinische S3-Leitlinien vorliegen. Existieren solche Leitlinien in anderen europäischen Ländern und was würden Sie sich davon erhoffen?

SVe **Dr. Ines Thonke** (pro familia Bundesverband): Ich bin über die Leitlinien nicht informiert. Wir haben eine sehr große Leitlinienkultur zum Beispiel in England und auch in Amerika. Prof. Dr. Rabe hat bereits darauf hingewiesen. Uns ist die Diskussion um die hormonelle Kontrazeption generell wichtig. Bei der zurzeit anstehenden Sicherheitsbewertung geht es nicht so sehr um Levonorgestrel, sondern um neue Gestagene der dritten und vierten Generation. Es gibt sehr widersprüchliche Informationen. Das BfArM hat empfohlen, dass Frauen, die erstmalig Kontrazeptiva einnehmen oder Frauen bis zum Alter von 30, aufgrund der höchsten Sicherheit nur Levonorgestrel nehmen sollten. Das wird nicht umgesetzt. Die pro familia Beratungsstellen sind konfrontiert mit Frauen, die angesichts der vorliegenden uneinheitlichen Informationen unsicher sind. Wir wünschten uns Standards mit hoher Evidenz, um Verordnungssicherheit zu haben. Und dann könnte man in diesem Verfahren auch die Sicherheitsfragen für UPA und LNG klären.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sehen Sie Forschungsbedarf zur Frage der postkoitalen Versorgungssituation?

Sve **Prof. Dr. med. Elisabeth Pott** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): Wir sehen, dass wir die Studien konsequent weiter durchführen müssen, weil sich eine Situation unter veränderten Rahmenbedingungen immer wieder verändern kann. Aber im Moment sind wir, aufgrund der uns vorliegenden Studiendaten, der Meinung, dass ganz viele Frauen, die in eine solche Situation geraten, einen hohen Kenntnisstand der Pille danach haben und auch wissen, dass es sich nicht um einen Abbruch handelt, sondern, dass es eine Notfallverhütung ist und sie damit angemessen umgehen. Wir können selbstverständlich noch weitere vertiefende Forschungen machen. Aber die derzeitige Ausgangslage ist so, dass wir mit unseren Studien einen guten und aktuellen Überblick darüber haben, wie sich das Verhütungsverhalten in Deutschland darstellt und dass viele Frauen sehr gut informiert sind. Unsere Studien haben uns gezeigt, dass wir besonders türkische Frauen noch besser erreichen müssen, vor allem diejenigen, die in erster Generation hier leben und schlecht informiert sind. In zweiter Generation wird es schon besser. Die osteuropäischen Frauen sind bereits in der ersten Generation insgesamt deutlich besser informiert. Im Hinblick auf das Thema Migration gibt es weiteren dringenden Aufklärungsbedarf.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich im Wesentlichen an Herrn Prof. Dr. Rabe und zwar zunächst einmal zur Aufklärung von Widersprüchen. Herr Dr. Hagemann hat vorhin erwähnt, Ulipristal sei nicht besser geeignet als Levonorgestrel. Dazu hätte ich gerne Ihre Einschätzung. Dann hat pro familia festgestellt, es gebe eine bekannte höchste Wirksamkeit von bis zu 24 Stunden und in der Praxis finde faktisch keine ärztliche Beratung vor der Abgabe von Levonorgestrel statt. Dann interessiert mich Ihre Aussage zum Stichwort „Sonderweg Deutschland“ und zur

Verschreibungspflicht, wie von Herrn Dr. Hagemann dargestellt.

ESV **Prof. Dr. Thomas Rabe**: Zunächst einmal zur Wirksamkeitsüberlegenheit von Ulipristalacetat gegenüber Levonorgestrel: Wir beziehen uns auf die bereits erwähnte Cochrane-Analyse aus dem Jahr 2010. Diese wurde von Frau Prof. Liang Cheng im WHO-Collaboration Center in Shanghai durchgeführt. Allerdings hat sie bei dieser Analyse 2010 eine Feinstudie aus den USA nicht mit berücksichtigen können. Es gibt insgesamt drei Studien zur Wirksamkeit von Ulipristalacetat. Davon sind zwei Vergleichsstudien und es wurden unterschiedliche Auswertungstechniken bei Cochrane vorgenommen ebenso wie bei der Metaanalyse von Prof. Anna Glasier, die die Wirksamkeit dann bewiesen hat. Es steht außer Frage, dass Ulipristalacetat im Zeitfenster von 0 bis 24 Stunden dreimal so wirksam ist wie Levonorgestrel. Das relative Risiko liegt bei 0,3. Es gibt zwei Zeitfenster, für die die Wirksamkeit absolut bewiesen und signifikant ist. Für das Zeitfenster bis zu 24 Stunden ist die Sicherheit bei Ulipristalacetat drei Mal so hoch wie bei Levonorgestrel, beim Zeitfenster bis zu 72 Stunden sind es 45 Prozent zugunsten von Ulipristalacetat. Wir sind in Deutschland einen Sonderweg gegangen und zwar hinsichtlich der Thrombophilie. Es gibt weltweit zahlreiche Stellungnahmen zum Thrombophilierisiko, das gravierendste Risiko für die Gesundheit der Frau unter der Einnahme von Hormonen, aber auch in der Postmenopause, nicht nur zur Kontrazeption. Das trifft auch für Männer zu, darüber spricht nur niemand. Wir haben alle das gleiche Risiko aufgrund genetischer Veränderung, die für Europa spezifisch sind. Die Ursache für unser Thromboserisiko besteht in einer Mutation eines Faktor-V-Leiden-Gens, das heterozygot, das heißt, auf einem Chromosom vorkommt. Bei uns mit einem Anteil von fünf Prozent, im kaukasischen Teil von Europa liegt der Anteil zwischen

drei und 13 Prozent. Träger dieses Gen-Defektes haben ein erhöhtes Thromboserisiko. In Asien kommt diese Mutation gar nicht vor und auch in den USA künftig nicht, denn die Mutation spielt mit zwei Prozent in Südamerika keine Rolle. In den USA sind es im Augenblick im Schnitt maximal vier Prozent. Das heißt, man muss darauf gucken, wo die Untersuchungen zu den Nebenwirkungen im Rahmen der Arzneimittelsicherheit gemacht worden sind. Das hat sich aufgrund neuer Erkenntnisse in der Molekularbiologie in den letzten Jahren komplett verändert. In Deutschland bin ich von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aufgefordert worden, eine S3-Leitlinie zum Thema Kontrazeption zu erstellen. Ich habe fünf Jahre für die Weltgesundheitsorganisation gearbeitet, ich habe mich mit allen Experten in Deutschland besprochen. Keine Organisation weltweit hat eine S3-Leitlinie für das Gesamtgebiet erstellt. Man müsste, so wie es die Engländer gemacht haben, 40 Einzelleitlinien unter einer Gesamten zusammenfassen, wie die Engländer, wie das Center of Disease Control oder die WHO es machen, weil sich die Fragestellungen innerhalb eines Jahres komplett ändern können. Und dann muss entsprechend angepasst werden. Das ist sinnvoll und das machen wir auch. Wir haben auf S1-Niveau-Ebene eine Leitlinie verfasst, die gibt es schon als Expertenpapier in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Zum ersten Mal haben wir in Deutschland, weil es in der Praxis so wichtig ist, für Frauen- und für Hausärzte sowie für Internisten ein praxisnahe Stellungnahme zur Erkennung und Therapie des Thromboserisikos geschrieben. Wir haben eine Check-Liste für Ambulanzen erstellt, die von den Patienten zur Bewertung des Thromboserisikos auszufüllen ist und wir beraten alle Patienten dahingehend. Das gibt es nirgendwo in Europa. Es ist klar, dass in Bulgarien oder im früheren Jugoslawien keine Genmutationen getestet werden und weil es keine Konsequenzen hat, spricht man auch nicht über solche

Risikofaktoren. Dieser Weg zur Sicherheit unserer Patienten ist in Deutschland aber ganz wichtig. Aufgrund neuester Erkenntnisse in der Molekularbiologie können wir eine optimale Patientenversorgung anbieten, in der Familienanamnese und in der Beratung.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich frage weiter zum Thema Werbung. Das wurde bereits angesprochen. Hier geht meine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), an den Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvff) und dann noch einmal an Herrn Prof. Dr. Rabe. Welche Auswirkungen kann nach Ihrer Einschätzung, die mit einer Entlassung der Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht verbundene Zulässigkeit der Publikumswerbung auf das Verhalten potenzieller Verbraucherinnen haben?

SV **Dr. med. Holger Grüning** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich weiß es nicht. Aber wenn man andere Produkte zum Vergleich nimmt, wird sich das Verhalten gegenüber der Notfallkontrazeption sicherlich verändern. Je nachdem wie die Werbung aufgebaut ist, wird sie der jungen Patientin oder der Nutzerin dann möglicherweise suggerieren, dass die Pille danach ein Allheilmittel sein kann. Und dann werden andere Arten der Verhütung zurückgestellt. Deshalb darf es, wie hier schon angedeutet wurde, gar keine Werbung geben. Wenn Levornorgestrel aus der Rezeptpflicht genommen wird, halte ich ein Werbeverbot für wichtig. Denn Werbung hätte nicht den Zweck umfassender Information, sondern wäre dazu da, Umsatz zu generieren.

SV **Dr. med. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte e. V. (bvff)): Wir müssen einfach vermuten, dass sich dann der Fokus auf Levonorgestrel richtet. Wir wollen aber hier in Deutschland evidence-based-medicine

machen. Deshalb ist nicht zu verstehen, dass ein Präparat, das diese Evidenz aufweist, nicht Standard werden soll. Für Ulipristalacetat liegen im Unterschied zu Levonorgestrel Zulassungsstudien vor. Wir vermuten, dass sich bei einer Entlassung aus der Rezeptpflicht der Fokus auf Levonorgestrel richten würde. Da dieses aber eine geringere Sicherheit als Ulipristalacetat aufweist, ist zu vermuten, dass in der Folge die Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland wieder zunehmen. Diese sind um 39 Prozent zurückgegangen und auch das ist eine wesentliche Folge der Beratung.

ESV Prof. Dr. Thomas Rabe: Die Werbung für die Pille danach wird durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hervorragend umgesetzt. Und wir müssen uns nicht nur für die Kontrazeption stark machen, sondern für das duale System, Kontrazeption und Safer Sex. Das muss in einer Hand bleiben. Wenn es um die Zulassung nur einen Produktes geht, sollte es keine Produktwerbung geben. Das lehne ich generell ab. Und wenn für das schlechtere Produkt geworben wird, wäre das fatal.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich habe noch einmal eine Frage zur Beratungspflicht, weil durchgeklungen ist, dass diese für die Ärzte zwingend sei. Deshalb würde ich gerne die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) und die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände fragen, ob Sie die Beratung, wenn die Pille danach rezeptfrei in der Apotheke abgegeben würde, für zweckmäßig und ausreichend halten?

SVe Prof. Dr. med. Elisabeth Pott (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): Ich kann nur etwas dazu sagen, wie Information, Aufklärung und Beratung heute stattfindet.

Inzwischen findet eine hervorragende Aufklärung in den Schulen statt und auch das Elternhaus hat eine wichtige Rolle, weil die Eltern heute, nicht zuletzt durch unsere Angebote, sehr viel besser informiert sind. Wir raten dazu, dass sich junge Mädchen, bevor sie den ersten Geschlechtsverkehr haben, in einer gynäkologischen Praxis beraten lassen, weil die Frage, welches Verhütungsmittel gewählt wird, eine wichtige Rolle spielt. Aus dem Bereich der Apothekerschaft weiß ich, dass sie sehr engagiert sind und gerne beraten, aber ich weiß im Moment nicht, wie die aktuelle Situation aussieht und welche Beratung tatsächlich geleistet wird.

SVe Dr. Helga Seyler (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)): Ich gehe davon aus, dass die notwendige Beratung sehr wohl durch die Apothekerinnen und Apotheker geleistet werden kann. Ich möchte kurz eingehen auf die Bemerkung, dass unnötige Medikamenten-einnahmen vermieden werden könnten, wenn durch Gynäkologinnen und Gynäkologen beraten werde. Es ist äußerst unsicher, die Entscheidung darüber, ob die Pille danach eingenommen werden soll oder nicht, nur aufgrund der Daten zur letzten Regel und zur Zykluslänge zu treffen. Trotz des fruchtbaren Fensters wird häufig falsch berechnet und die Frau entsprechend falsch beraten. Um das genauer abzuschätzen, müsste man tatsächlich eine Ultraschalluntersuchung machen. Das ist eine viel größere Sache, die nicht-gynäkologische Notfallärzte ebenfalls nicht leisten können. Also kann man sagen, bei Nicht-Gynäkologen bietet die Beratung nicht mehr an Erkenntnis als die Beratung durch Apothekerinnen und Apotheker. Deshalb gehe ich davon aus, dass es keine Defizite geben würde. Es wurde häufig erwähnt, dass Frauen im Hinblick auf sexuell übertragbare Infektionen und weitere Verhütung zu schlecht aufgeklärt werden. Ich sehe es nicht als logische Konsequenz, dass

Frauen, wenn die Pille danach rezeptfrei werden sollte, seltener zu ihrer Frauenärztin oder ihrem Frauenarzt gehen. Die Versorgung bleibt gleich und diese Fragen können bei anderen Konsultationen, wenn es um die allgemeine Verhütung oder um die Routineuntersuchung geht, mit erörtert werden. Ich sehe auch da keine Nachteile für die Frau.

SV Prof. Dr. Martin Schulz (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Zunächst gilt für jedes Arzneimittel, so auch für dieses, die Apothekenbetriebsordnung und damit die Beratungspflicht als besondere Verantwortung für alle aus der Verschreibungspflicht entlassenen Arzneistoffe. Das sie das sehr ernst nimmt, hat die Apothekerschaft in den letzten 20 Jahren bei hochwirksamen Arzneistoffen, die viel risikobehafteter sind als Levonorgestrel, unter Beweis gestellt und dies ist durch die kürzlich aktualisierte Apothekenbetriebsordnung unterstrichen worden. Nachdem der Sachverständigenausschuss Verschreibungspflicht empfohlen hat, LNG aus der Verschreibungspflicht zu entlassen, haben wir schon 2005 aufgrund eines Apothekertagbeschlusses, eine Arbeitsgruppe eingesetzt und Kriterien entwickelt, die den Apothekerinnen und Apothekern als Grundlage für die Begleitung der jungen Frauen, die Hilfe suchen, dienen. Wir denken, dass wir ein hochwertiges pharmazeutisches System haben und ich gehe nicht davon aus, dass hier jemand annimmt, dass die Apotheker in Deutschland schlechter beraten als in 79 anderen Ländern dieser Welt, wo die Substanz seit Langem aus der Verschreibungspflicht entlassen worden ist.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich habe noch eine Frage an den pro familia Bundesverband, an den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V.

(AKF) und auch den Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa). Wir haben gerade einiges zum Thema Frauengesundheit gehört. Meine Frage: Sind tatsächlich negative Folgen für die reproduktive Gesundheit der Frauen durch die Aufhebung der Rezeptpflicht zu befürchten? Die zweite Frage geht an den Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Frauen gegen Gewalt e. V. (bff). Sie schreiben, ich zitiere: „Ihnen wäre es leichter ums Herz, wenn sie die Pille danach unbürokratisch, ohne notwenige Erklärungen bekommen und einnehmen könnten.“ Sie beziehen sich auf vergewaltigte Frauen und stellen fest, dass jede siebte Frau mindestens einmal in ihrem Leben strafrechtlich relevante sexualisierte Gewalt erlebt. Davon komme nur fünf Prozent zur Anzeige und hier könne die Pille danach eine Lösung sein. Danach würde ich Sie noch einmal befragen.

SVe **Dr. Ines Thonke** (pro familia Bundesverband): Die Frage lässt sich klar mit einem Nein beantworten. Es gibt keine Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit, es gibt keine Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten. Ich möchte noch einmal betonen, dass es dazu 17 Studien gibt. Wir haben keine Zunahme von sexuell übertragbaren Krankheiten und keine Zunahme von riskanten Sexualkontakten zu verzeichnen. Ich möchte noch einmal daran erinnern, dass so auch argumentiert wurde, als die Pille auf den Markt kam. Und wir haben keine Auswirkungen bei bestehender Schwangerschaft und auch keine Langzeitfolgen im Hinblick auf weitere Schwangerschaften.

SVe **Dr. Helga Seyler** (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)): Ich wiederhole, dass nicht davon auszugehen ist, dass Frauen die Beratungsangebote oder die Versorgung durch Frauenärzte seltener wahrnehmen werden.

SVe **Dr. Gesine Bejeuhr** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)): Ich denke nicht, dass es negative Auswirkungen haben wird. Es wird, wenn ein Arzneimittel aus der Rezeptpflicht entlassen wird, sicherlich eine überarbeitete Packungsbeilage geben. Das heißt, diese wird auch wesentlich mehr Informationen für die Anwenderin enthalten. Zusätzlich gibt es die Beratung durch die Apotheken, bei der entsprechend Wert darauf gelegt werden kann, dass die Sicherheit im Vordergrund steht.

SVe **Katja Grieger** (Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Frauen gegen Gewalt e. V. (bff)): Ich freue mich sehr, dass heute hier bei dem komplexen Thema auch der Sonderfall der sexualisierten Gewalt und der drohenden Schwangerschaft nach einem sexuellen Übergriff wenigstens kurz zur Sprache kommen kann. Wir beziehen uns auf die Frauen, die in unsere Fachberatungsstellen kommen, weil sie akut vergewaltigt wurden und dann ganz viele Dinge zu regeln haben. Da stellt sich nicht nur die Frage nach der medizinischen Versorgung, sondern auch der Erhebung eines Befundes, die Frage, ob Anzeige erstattet wird und wie es überhaupt weitergeht. In so einer Situation, in dieser psychischen Verfassung, ist jede Hürde, die sich stellt, also zum Beispiel auch das Rezept für die Notfallverhütung, eine Hürde, an der Frauen scheitern oder scheitern können. Einfach aufgrund der Tatsache, dass Vergewaltigungen nicht planbar passieren, genauso wenig wie Verhütungspannen, aber der Schock, den sie hervorrufen führt dazu, dass die Frauen in einer sehr schwierigen psychischen Situation sind. Zu beachten ist auch die Tatsache, dass sehr viele Frauen unmittelbar nach einer Vergewaltigung erst einmal mit niemandem darüber reden möchten, was ihnen passiert ist. Weder mit der Polizei, das tun überhaupt nur fünf Prozent und häufig erst nach Tagen, Monaten oder Jahren, aber auch nicht mit einer Ärztin oder einem Arzt, weil und diese Erfahrung

wird uns immer wieder zugetragen, auch bei Ärztinnen und Ärzten, nicht bei allen, aber es kommt immer wieder vor, die Meinung herrscht, es müsste Anzeige erstattet werden. Wir hören immer wieder von Frauen, dass sie im Krankenhaus weder untersucht noch behandelt wurden, wenn sie sich nicht sofort für eine Anzeige entschieden hätten. All das spricht aus unserer Sicht im Moment dafür, die Hürde so niedrig wie möglich zu halten. Für Frauen nach sexualisierter Gewalt hätte es den Vorteil, dass sie in der Apotheke nicht unbedingt sagen müssten, warum sie die Pille danach bräuchten. Die momentane Regelung führt nach unserer Erfahrung bei vielen von ihnen dazu, dass sie überhaupt nicht versorgt werden, auch nicht mit der Notfallverhütung.

Die **Vorsitzende**: Ich danke allen für Ihr Interesse, für die Fragen und den Sachverständigen für ihre Antworten.

Ende der Sitzung: 16.28 Uhr