



Wortprotokoll der 17. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 2. Juli 2014, 14:00 Uhr
10557 Berlin Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Öffentliche Anhörung

zu dem

Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Ulle Schauws, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Selbstbestimmung bei der Notfallverhütung stärken - Pille danach mit Wirkstoff Levonorgestrel schnell aus der Verschreibungspflicht entlassen

BT-Drucksache 18/492

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berichterstatter/in:

Abg. Mechthild Rawert [SPD]

- b) Antrag der Abgeordneten Cornelia Möhring, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Bundestagsmehrheit nutzen - Pille danach jetzt aus der Rezeptpflicht entlassen

BT-Drucksache 18/1617

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berichterstatter/in:

Abg. Mechthild Rawert [SPD]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
Mittwoch, 2. Juli 2014, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

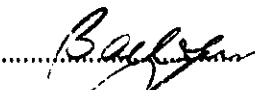
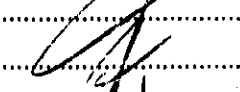
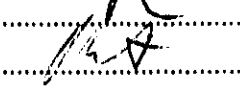
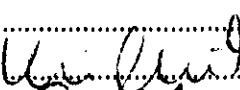
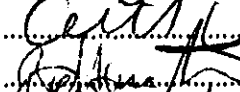
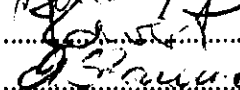
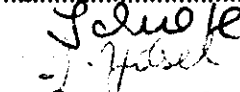
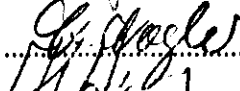
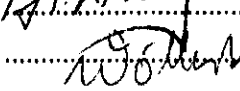
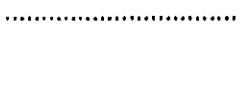
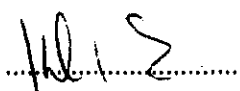
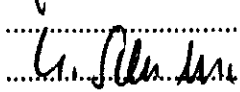
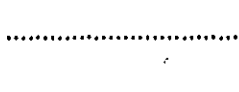

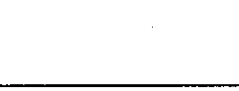
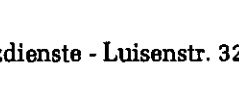

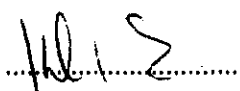
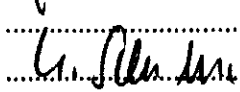
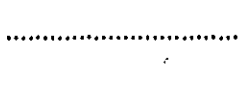

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u>		<u>CDU/CSU</u>	
Bertram, Ute	.....	Albani, Stephan	.....
Henke, Rudolf	.....	Brehmer, Heike	.....
Hennrich, Michael	.....	Dinges-Dierig, Alexandra	.....
Hüppe, Hubert	.....	Eckenbach, Jutta	.....
Irlstorfer, Erich	.....	Kippels Dr., Georg	.....
Kühne Dr., Roy	<i>[Handwritten Signature]</i>	Lorenz, Wilfried	.....
Leikert Dr., Katja	<i>[Handwritten Signature]</i>	Manderla, Gisela	.....
Maag, Karin	<i>[Handwritten Signature]</i>	Nüßlein Dr., Georg	.....
Meier, Reiner	<i>[Handwritten Signature]</i>	Pantel, Sylvia	.....
Michalk, Maria	<i>[Handwritten Signature]</i>	Rupprecht, Albert	.....
Monstadt, Dietrich	.....	Schmidt (Ühlingen), Gabriele	.....
Riebsamen, Lothar	<i>[Handwritten Signature]</i>	Schwarzer, Christina	.....
Rüddel, Erwin	<i>[Handwritten Signature]</i>	Steineke, Sebastian	.....
Schmelzle, Heiko	<i>[Handwritten Signature]</i>	Steiniger, Johannes	.....
Sorge, Tino	<i>[Handwritten Signature]</i>	Stracke, Stephan	.....
Spahn, Jens	.....	Timmermann-Fechter, Astrid	.....
Stritzl, Thomas	.....	Wiese (Ehingen), Heinz	.....
Zeulner, Emmi	.....	Zimmer Dr., Matthias	.....

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
Mittwoch, 2. Juli 2014, 14:00 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>SPD</u>		<u>SPD</u>	
Baehrens, Heike 	Bahr, Ulrike	.....
Blienert, Burkhard 	Bas, Bärbel	.....
Dittmar, Sabine 	Freese, Ulrich	.....
Franke Dr., Edgar 	Hellmich, Wolfgang	.....
Heidenblut, Dirk 	Henn, Heidtrud	.....
Kermer, Marina 	Hinz (Essen), Petra	.....
Kühn-Mengel, Helga 	Katzmarek, Gabriele	.....
Mattheis, Hilde 	Lauterbach Dr., Karl	.....
Müller, Bettina 	Tack, Kerstin	.....
Rawert, Mechthild 	Westphal, Bernd	.....
Stamm-Fibich, Martina 	Vogler, Dagmar	.....
Schule, Inge 		
Gulistan, Yücel 		
<u>DIE LINKE.</u>		<u>DIE LINKE.</u>	
Vogler, Kathrin 	Höger, Inge	.....
Weinberg, Harald 	Lutze, Thomas	.....
Wöllert, Birgit 	Tempel, Frank	.....
Zimmermann, Pia 	Zimmermann (Zwickau), Sabine	.....
<u>BÜ90/GR</u>		<u>BÜ90/GR</u>	
Klein-Schmeink, Maria 	Kurth, Markus	.....
Scharfenberg, Elisabeth 	Pothmer, Brigitte	.....
Schulz-Asche, Kordula 	Rüffer, Corinna	.....
Terpe Dr., Harald 	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	.....

off

Ausschuss für Gesundheit (14)

Mittwoch, 2. Juli 2014, 14:00 Uhr

Fraktionsvorsitzende:

Vertreter:

CDU/ CSU

SPD

DIE LINKE.

BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Fraktionsmitarbeiter:

Fraktion:

(Name bitte in Druckschrift)

Thomas Braun

CDU / CSU

Annette Rausch

B90/ WILLEN

Be. Bauer

SPD

And. Bittke

CDU / CSU

A. Schick

LINKE

G. Carrara

LINKE

Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu dem

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Bundestagsmehrheit nutzen – Pille danach jetzt aus der Rezeptpflicht entlassen
BT-Drucksache 18/1617


sowie dem

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Selbstbestimmung bei der Notfallverhütung stärken – Pille danach mit Wirkstoff
Levonorgestrel schnell aus der Verschreibungspflicht entlassen
BT-Drucksache 18/492

am Mittwoch, dem 2. Juli 2014,
in der Zeit von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr,
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)
Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Einzelsachverständige

Berufsverband der Frauenärzte e.V. (bvfv)



Dr. Christian Albring

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe (DGGG)
Universitäts-Frauenklinik Tübingen



Prof. Dr. Diethelm Wallwiener

donum vitae Bundesverband e.V.



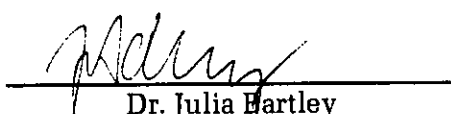
Dr. Adelheid Wahlen

Forschungsinstitut für Frauengesundheit
Universitätsklinikum Tübingen



Prof. Dr. Sara Brucker

Frauenklinik Charité Universitätsmedizin



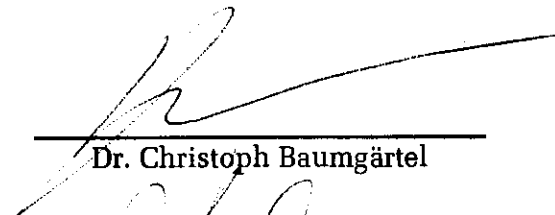
Dr. Julia Hartley

International Society of Pharmacovigilance (ISoP)
Verein demokratischer Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten (VdPP)



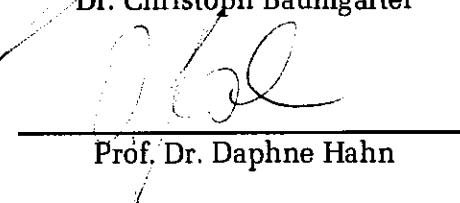
Dr. Ulrich Hagemann

Österreichische Agentur für Gesundheit und
Ernährungssicherheit GmbH (AGES)



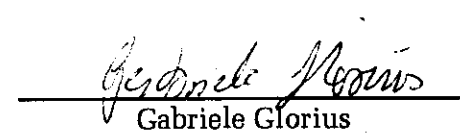
Dr. Christoph Baumgärtel

pro familia Bundesverband e.V.



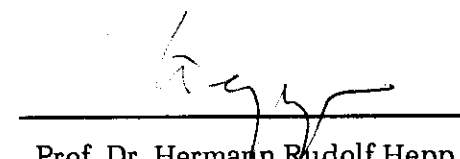
Prof. Dr. Daphne Hahn

Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e.V.
(SkF Gesamtverein)



Gabriele Glorius

Bundesärztekammer



Prof. Dr. Hermann Rudolf Hepp



Beginn der Sitzung: 14:02 Uhr

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie ganz herzlich zur 17. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Ich begrüße als Vertreterin der Bundesregierung, Frau Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz. Weiterhin begrüße ich Sie, sehr verehrte Sachverständige und Vertreter der Medien und nicht zuletzt Sie, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. Wir führen heute, wie Sie wissen, eine öffentliche Anhörung zu einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Bundestagsmehrheit nutzen – Pille danach jetzt aus der Rezeptpflicht entlassen“ sowie zu einem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmung bei der Notfallverhütung stärken – Pille danach mit Wirkstoff Levonorgestrel schnell aus der Verschreibungspflicht entlassen“ durch. Kurz noch einige Erläuterungen zum Verfahren: Uns stehen insgesamt 60 Minuten zur Verfügung. Anders als Sie es vielleicht durch die letzte Legislaturperiode gewöhnt sind, werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd stellen. Das heißt, wir beginnen in der ersten Runde mit der Fraktion der CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann fragt noch einmal die CDU/CSU, anschließend die Fraktion DIE LINKE. und beendet wird die erste Fragerunde dann durch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die zweite Runde beginnt wiederum mit der CDU/CSU, dann folgt die SPD, dann wiederum die CDU/CSU, gefolgt von der SPD und anschließend die Fraktion DIE LINKE. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beendet dann die zweite Fragerunde. Sollten wir ausreichend Zeit haben, würden Runde eins und zwei im Wechsel wiederholt. Jeder oder jede Fragende stellt bitte eine Frage an einen Sachverständigen. Sie wissen, die Anhörung wird aufgezeichnet, deswegen möchte ich Sie alle bitten – die Sachverständigen, die länger dabei sind wissen das – nicht nur die Mikrophone zu benutzen, sondern sich auch ganz kurz mit Namen und Verband vorzustellen. Ich möchte Sie auch ganz herzlich bitten, Ihre Antworten möglichst kurz zu halten, damit möglichst viele Fragende und auch möglichst viele Sachverständige zu Wort kommen. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet, die Aufnahme und das Protokoll werden auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Man kann also selbst jetzt noch alle Anhörungen der letzten Legislaturperiode anschauen. Wir

beginnen mit der ersten Frage der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Albring. Ich hätte gern von Ihnen gewusst, welche Gefahren von der Entlassung der Pille danach aus der Verschreibungspflicht zu erwarten sind? Vielleicht können Sie kurz die Wirkungsweise dieser Pille erläutern, was in der Schwangerschaft durch die Pille geschieht und wie sie wirksam eingenommen werden kann, auch mit Blick auf die Versorgungssituation in Deutschland.

ESV **Dr. Christian Albring** (Berufsverband der Frauenärzte (bvf): Ich bin Vorsitzender und Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte, d. h. von 14000 Frauenärzten hier in Deutschland. Gefährlich sind nicht die Nebenwirkungen von Levonorgestrel, sondern die Wirkung. Das klingt zwar paradox, ist aber logisch, wenn man weiß, dass diese Pille zwei Tage vor dem Eisprung, also in den Tagen, wo die Empfängnisbereitschaft am größten ist, nicht mehr wirkt. Das ist übrigens unwidersprochen in der Wissenschaft, d. h. die Spermien, die durchaus zwei Tage oder länger leben, können auch danach die Eizelle befruchten, ohne dass Levonorgestrel Einfluss darauf hat. Gefährlich ist Levonorgestrel auch, weil es nicht für alle Frauen verfügbar oder anwendbar ist. Es gibt Berichte aus der Wissenschaft und diese sagen sehr eindeutig – die European Medicines Agency (EMA) in London überprüft das gerade –, dass die Wirksamkeit von Levonorgestrel ab einem Gewicht von 75 Kilogramm nicht mehr gegeben ist. Und das betrifft in Deutschland 34 Prozent, also ein Drittel aller Frauen zwischen 18 und 45 Jahren. Nach einer möglichen Entlassung aus der Rezeptpflicht würden die Frauen und die Mädchen, das darf man nicht vergessen, wahrscheinlich den einfacheren und billigeren Weg wählen und die Pille der zweiten Wahl kaufen, denn es gibt eine bessere. Die Schwangerschaftsrate oder das Risiko schwanger zu werden ist bei der Pille mit dem Wirkstoff Levonorgestrel drei Mal so hoch, wie bei der neueren oder moderneren Pille danach. Frauen werden sich auf die offizielle Empfehlung oder die Entlassung aus der Rezeptpflicht verlassen, weil sie denken, dass der Gesetzgeber weiß, was er tut und werden schwer getäuscht. Denn sie wissen ja nicht, dass sich der zuständige Ausschuss des BfArM nur mit



acht gegen vier Stimmen, bei einer Enthaltung, für die Entlassung aus der Rezeptpflicht ausgesprochen hat. Sie wissen nicht, dass die Wissenschaft vehement gegen Levonorgestrel argumentiert. Aus einer daraus resultierenden ungewollten Schwangerschaft würden wiederum Schwangerschaftsabbrüche resultieren. Das zeigt uns ganz besonders gut die Situation in England, wo die Schwangerschaftsabbruchsraten bei Minderjährigen fünf Mal so hoch sind wie in Deutschland. Und ich bitte darum zu beachten, dass die Pille danach dort fünf Mal so häufig verkauft wird wie in Deutschland – nämlich über zwei Millionen Präparate jährlich. In Deutschland dagegen gehen die Schwangerschaften bei Minderjährigen seit über zehn Jahren um 140 Prozent zurück – das ist eine weltweit einmalige Zahl und sicherlich auf unser System zurückzuführen. Levonorgestrel verschiebt zwar den Eisprung um fünf Tage, aber eben nur bis Tag zwei vor dem Eisprung. Danach funktioniert das nicht mehr. Auf die Gewichtsproblematik hatte ich bereits hingewiesen. Eingenommen werden sollte Levonorgestrel also keinesfalls, wenn der Eisprung kurz bevorsteht – aber das kann man nur per Ultraschall feststellen – oder aber wenn medizinische Gründe wie eine Leberfunktionsstörung nach Thrombose, dagegen sprechen. Gleiches gilt auch, wenn Medikamente wie Antiepileptika, Antidepressiva oder Antibiotika, die eine Wirkung von Levonorgestrel verringern würden, eingenommen werden. Die Versorgungslage in Deutschland ist sehr gut. Wir haben 10 000 niedergelassene Gynäkologen d. h. auf einen Gynäkologen kommen 4000 Frauen. Das sind in den Nachbarländern deutlich mehr, in Frankreich und England etwa doppelt so viele. Wir haben seit zwei Jahren einen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst von 2500 Ärzten, der über die Telefonnummer 116117 erreichbar ist. Das ist leider noch nicht überall bekannt. Dort bekommen die Patientinnen nach § 24a SGB V nicht nur die Anamneseberatung und eine Verordnung, sondern im Falle eines Falles, wenn es um Verletzungen, um Blutungen oder um sexuell übertragbare Krankheiten geht, auch die entsprechende Untersuchung. Manche Patientinnen wissen das nicht und wenden sich dann bedauerlicherweise an die Krankenhäuser. Diese übernehmen die ärztlichen Verpflichtungen aber nur, wenn sie mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verbunden sind. Eine sinnvolle Verbesserung wäre die Übertragung des

Dispensierrechts für die hormonelle Notfallkontrazeption auf die Ärzte. Das hat die Politik schon bei der Abtreibungspille Mifepristone gemacht, und zwar unter bewusster Umgehung der Apotheken. Hier dürfen die Ärzte auch Ärztemuster an die Patientinnen abgeben. Die Patientinnen werden davon profitieren, weil sie ihren gewohnten Rund-um-die-Uhr-Service ärztlicherseits nicht verlieren. In über der Hälfte der Fälle ist die Pille danach nicht notwendig, wenn man bedenkt, dass die Eizelle nur 24 Stunden und Spermien maximal fünf Tage leben können. Es gibt nur ein bestimmtes Zeitfenster, in dem die hormonelle Notfallkontrazeption notwendig ist.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Baumgärtel. Herzlichen Dank, dass Sie aus Wien zu uns gekommen sind. Sie haben uns in Ihrer Stellungnahme die Diskussionen in Österreich geschildert, die zur Rezeptfreiheit der Pille danach ab dem Jahr 2009 geführt haben. Bitte schildern Sie uns die Erfahrungen die Österreich seitdem mit dem Arzneimittel gemacht hat, erstens mit Blick auf allgemeine Auffälligkeiten, zweitens im Hinblick auf eine vermeintlich steigende Inanspruchnahme durch die Rezeptfreiheit und drittens, ob sich die Beratung durch die Apothekerschaft in Österreich als hinreichend herausgestellt hat.

ESV **Dr. Christoph Baumgärtel** (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES): Wir haben natürlich vor fünf Jahren auch in Österreich intensive Diskussionen über die Rezeptfreistellung der Pille danach geführt und sind mit ähnlichen Befürchtungen konfrontiert gewesen, wie sie heute hier verhandelt werden. Grundsätzlich können wir nach diesen fünf Jahren sagen – und das ist auch das, was der österreichische Gesundheitsminister diese Woche bei einer Pressekonferenz anlässlich des fünften Jahrestages der Rezeptfreistellung der Pille danach gesagt hat – dass die Freistellung in Österreich eine Erfolgsgeschichte ist. Die Befürchtungen, die wir hatten, haben sich nicht bewahrheitet. Es ist weder ein sorgloserer Umgang mit der Pille danach zu verzeichnen, noch traten besorgniserregende Nebenwirkungen auf. Also kurz gesagt, wir haben in den vergangenen fünf Jahren relativ gute Erfahrung gemacht und keinerlei Probleme berichtet bekommen. Wir



haben uns angesehen, ob die Verkaufszahlen gestiegen sind, da man bei einer Rezeptfreistellung immer auch vermutet, dass die Medikamente freizügiger verwendet werden. Insbesondere stand natürlich die Sorge im Vordergrund, dass junge Frauen die Pille danach an Stelle einer normalen Verhütung verwenden würden und es dadurch zu Missbrauch kommen könnte. Es hat sich gezeigt, dass die Verkaufszahlen nach der Freistellung pro Quartal von durchschnittlich etwa 20 000 Verkaufseinheiten vor der Rezeptfreistellung auf circa 30 000 gestiegen sind. Das ist ein 50-prozentiger Anstieg der Verkaufszahlen. Das ist allerdings eine Zahl – so unsere Interpretation – die nicht auf den sorgloseren Umgang, sondern auf den freieren Zugang und die Tatsache, dass die Frauen jetzt mehr von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, zurückzuführen ist. Nebenwirkungen haben wir nicht beobachtet. Wir hatten vor der Rezeptfreistellung genau eine Nebenwirkung gemeldet bekommen und jetzt nach der Rezeptfreistellung waren es zwei Fälle. Wenn Sie es so wollen, wäre das eine Verdopplung der Nebenwirkungszahlen, aber wenn Sie es sich genauer anschauen, haben wir de facto keine Nebenwirkungen, denn bei den Nebenwirkungen, die wir gemeldet bekommen haben, wurde die mangelnde Wirksamkeit beschrieben. Das heißt, es kam zu einer Schwangerschaft trotz Einnahme der Pille danach. Das unterstreicht, dass die Pille danach, der Wirkstoff Levonorgestrel ein sehr sicheres Präparat ist und von den Nebenwirkungen her kein Grund bestünde, die Rezeptpflicht unbedingt aufrecht zu erhalten. Interessant ist eine Studie, in der tausend österreichische Staatsbürger zum Thema Pille danach und dem Umgang damit befragt wurden. Es hat sich gezeigt, dass 80 Prozent aller Befragten in den letzten Jahren zumindest einmal eine Verhütungspanne hatten und das Risiko für eine Schwangerschaft bestanden hat. Von diesen 80 Prozent waren wiederum 80 Prozent interessanterweise nicht nur junge Leute, die ein Lotterleben führen, sondern das waren primär Leute, die in festen Beziehungen oder in Ehen, also wirklich stabilen Verhältnissen lebten, bei denen ein Verhütungsnotfall eingetreten ist. Interessant war und das hat uns in Österreich überrascht, dass nur 40 Prozent der Befragten wusste, dass die Pille danach rezeptfrei ist. Dass es eine Pille danach gibt, wussten 95 Prozent der Befragten. Worüber in Österreich sicherlich noch Aufklärungsbedarf besteht, ist die Wirkungsweise der Pille danach. Diese wird immer

wieder verwechselt mit einer Abtreibungspille. Die meisten Befragten glauben, dass die Einnistung der befruchteten Eizelle verhindert wird, wo wir heute ganz klar wissen, dass das nicht der Fall ist, sondern dass der Eisprung nur verzögert wird. Hier gibt es Aufklärungsbedarf. Ganz wichtig in Österreich ist die Beratung in den Apotheken. Die gute Abgabe steht und fällt mit der Beratungsqualität in der Apotheke. Und da muss ich ganz ehrlich sagen, haben wir keine belastbaren Daten, die belegen könnten, dass die Abgabe über die Apotheke schlecht wäre. Wir sind frohgemut, dass das gut funktioniert und haben in den vergangenen fünf Jahren keine Beschwerden gehört, dass in den Apotheken eine schlechte Beratung stattfindet. Wir wissen auch aus dem Gespräch mit der österreichischen Apothekerkammer, dass sie intensive Schulungen veranstaltet, um eine hohe Beratungsqualität sicherzustellen. Das heißt, Rezeptfreistellung ja, aber immer verbunden mit einer möglichst guten Beratung.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine beiden Fragen richten sich an Frau Prof. Dr. Bruckner von Forschungsinstitut für Frauengesundheit am Universitätsklinikum Tübingen. Wie verhalten sich Schwangerschaftsrate und Abbruchrate bei Minderjährigen und Teenagern in Deutschland im Vergleich zur EU insgesamt? Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Mädchenaufklärung und die organisierte Mädchensprechstunde im Vergleich zwischen Deutschland und anderen EU-Staaten sowie den USA?

ESVn **Prof. Dr. Sara Brucker** (Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universität Tübingen): Zu Ihrer ersten Frage und da möchte ich an den Kollegen aus Wien und das, was Herr Dr. Albring gesagt hat, anschließen. Sie müssen sich noch einmal vergegenwärtigen, dass die Schwangerschaftsabbruchrate der unter 18-Jährigen und es geht nicht um die aufgeklärte Frau über 18 Jahre in einer stabilen Beziehung, die mal einen Verhütungsnotfall hatte, sondern hier geht es tatsächlich um unsere Jugendlichen, um unsere Mädchen und zwar um die unter 18-Jährigen, bei denen die Schwangerschaftsabbruchrate um mehr als 40 Prozent und die Schwangerschaftsrate bei Minderjährigen um 40 Prozent gesunken ist. Nach den aktuellen Zahlen aus dem Jahr 2013 der kassenärztlichen Bun-



desvereinigung in Österreich ist die Schwangerschaftsabbruchrate vier Mal so hoch wie in Deutschland. Aktuelle Zahlen aus Schweden, wo die Pille danach schon sehr lange freiverkäuflich ist, zeigen, dass die Abbruchrate, nachdem die schwedische Regierung das Finanzvolumen für Informationen zur sexuellen Erziehung von Jugendliche gestrichen hat, wieder gestiegen ist. Das sind alles Zahlen, die belegen, dass eine umfassende Aufklärung unserer Mädchen, und dem Schutz der Mädchen sind wir als Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, entscheidend ist und nicht die rezeptfreie Pille danach. Und wenn wir von Jugendlichen sprechen, meine Damen und Herren, die bekommen das Rezept, können damit in die Apotheke gehen und bekommen die Pille danach frei. Wenn sie rezeptfrei ist, müssen sie dafür 18 Euro bezahlen. Welche der 15-Jährigen, der 16-Jährigen hat 18 Euro übrig? Auch das ist ein Grund, der zur Benachteiligung der Mädchen führen könnte. Dreizehn Prozent der deutschen Mädchen und 19 Prozent aller Mädchen mit Migrationshintergrund, berichten über sexuellen Kontakt gegen ihren Willen. Woher weiß die Apothekerin oder der Apotheker, dass die Pille danach für das 15-jährige Mädchen, das einfach nur mit ihrem Freund ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte, ist, oder ob sie möglicherweise in einem Abhängigkeitsverhältnis vielleicht mit ihrem Trainer, mit ihrem Lehrer oder mit sonst jemandem steht. Das sind alles Fragen, die können sie nicht nachts, bei einer Beratung in der Apotheke beantworten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hagemann vom Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VdPP). Wir haben uns jetzt über das Informationsfreiheitsgesetz die Beratungsunterlagen vom BfArM zur Pille danach besorgt. Wer von den Kollegen und Kolleginnen Interesse hat, kann diese gerne bei mir anfordern. Dort kann man sachlich nachlesen, was eigentlich Gegenstand der Beratung war. Wir erleben, dass in der Debatte viele Meinungen und normative Wertungen eine Rolle spielen, aber weniger die Kriterien, die laut Arzneimittelgesetz für die Rezeptpflicht bestehen. Die Bundesregierung hat auf unsere kleine Anfrage geantwortet, dass nur diese Kriterien maßgeblich für die Entscheidung sind. Vielleicht können Sie uns darlegen, welche Kriterien dies sind und wie die wissenschaftliche Debatte über die Erfüllung bzw.

Nichterfüllung dieser Kriterien im Fall der levonorgestrelhaltigen Notfallkontrazeptiva aussieht.

ESV **Dr. Ulrich Hagemann** (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V. (VdPP)). Ich vertrete hier den Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten und bin Generalsekretär der International Society of Pharmacological Vigilance. Und wenn es Sie interessiert, früherer Mitarbeiter des BfArM und derjenige, der im Jahre 2003 auch die Sachverständigenausschüsse geleitet hat. Das Arzneimittelgesetz sieht in § 84 genau zwei Kriterien vor, die zu berücksichtigen sind, wenn es um eine Entscheidung über Unterstellung oder Entlassung aus der Verschreibungspflicht geht. Und diese beiden Punkte sind einerseits eine unmittelbare oder mittelbare gesundheitliche Gefährdung der Anwender bei bestimmungsgemäßem Gebrauch. Und das zweite Kriterium ist ein häufiger, nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch in erheblichem Umfang. Zu beiden Kriterien möchte ich gerne kurz etwas sagen. Eine mittelbare und unmittelbare Gefährdung bezieht sich natürlich auf die richtige Indikationsstellung. Sie ist bei der levonorgestrelhaltigen Pille danach ganz einfach. Es geht um die Verhinderung einer Schwangerschaft bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Ich bin kein Freund des Wortes Notfallverhütung, weil es nämlich auch viele andere Situationen gibt, wo Levonorgestrel zur Verhütung eingesetzt werden kann. Die Indikation ist also einfach und niemand anders als die Frau, die ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte, und ihr Partner können beurteilen, wie die Situation war. Das kann auch der Arzt nicht genau erfragen bzw. ich nehme an, dass es auch Hindernisse gibt, diese im Detail zu schildern. Zweitens stellt sich die Frage, ob das Arzneimittel einer ärztlichen Überwachung während der Einnahme bedarf. Das ist hier nicht der Fall. Es geht um eine einzige Tablette, die in einem definierten Zeitraum nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr einzunehmen ist. Das ist einfach zu verstehen und die Effektivität ist klar zu messen. Es gibt keine Langzeitüberwachung wie z. B. bei einem Bluthochdruckmittel, wo der Arzt kontrollieren muss, ob der Blutdruck infolge der Medikamenteneinnahme tatsächlich gesenkt wird. Also das erste Kriterium trifft hier nicht zu. Ich komme jetzt zu dem zweiten Kriterium, dem nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch in erheblichem Umfang. Niemand



stellt in Zweifel, dass Levonorgestrel mit dieser Indikation sicher ist. Es besteht aus unterschiedlichen Gründen keinerlei Missbrauchspotenzial. Eben gerade wurden die Kosten erwähnt, aber die Situation, in der ein solches Medikament überhaupt zur Anwendung kommen könnte, ist nicht häufig. Es gibt keine Wahrscheinlichkeit, dass dieses Arzneimittel auch aus anderen Gründen häufiger angewendet wird als indiziert. Studien der WHO und der AGES aus Österreich zeigen, dass durch die Freistellung von Levonorgestrel kein verändertes riskantes sexuelles Verhalten provoziert wird, so dass man aus diesem Grund eine Verschreibungspflicht vorrätig halten könnte. Kein Kriterium bei der Entscheidung über Freistellung oder Unterstellung unter die Verschreibungspflicht ist zum Beispiel der Vergleich zwischen unterschiedlichen Behandlungsoptionen, also zwei verschiedenen Substanzen in einem Anwendungsgebiet. Das Arzneimittel, das hier in Frage steht, ist benannt worden, nämlich Uliprestal im Rahmen einer zentralen Zulassung. Ebenfalls kein Kriterium ist, das nur mit der Verschreibungspflicht einer Beratungspflicht nachgekommen werden kann. Die Beratungsmöglichkeiten für Frauen in diesem Land sind umfangreich. Ich erinnere daran, dass Frau Prof. Pott von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vor einem Jahr ausführlich geschildert hat, wie gut der Erkenntnisstand auch junger Frauen über Schwangerschaftsverhütung, über Kontrazeptionsmethoden usw. ist. Auch über die Risiken sexuell übertragbarer Erkrankungen gibt es umfangreiche Möglichkeiten der Aufklärung, die nicht an Notfallsituationen, in denen sich Frage stellt, ob Levonorgestrel verordnet und angewendet werden soll, gebunden sind. Auch andere, weltanschauliche Argumente sind kein Kriterium. Ich möchte noch darauf hinweisen, dass sich das Arzneimittelgesetz mit der relativ groben Formulierung, aber auch in der Ausführung und vor allem in seiner Praxis auf einer Linie mit der sogenannten EU-Switching Guideline, in der diese Kriterien detaillierter aufgeführt sind, befindet. Es gibt dort unter Punkt eins fünf wichtige Kriterien. Diese sind im Detail vom Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht 2003 und 2014 beraten worden. Zudem hat das BfArM kommentiert und ist bei diesen fünf Kriterien, neben den anderen dort genannten, zu dem Schluss gekommen, dass es keine tragfähigen wissenschaftlich begründeten Argumente, die gegen eine Freistellung von Levonorgestrel zur

Notfallkonzeption sprechen, gibt.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Bartley von der Frauenklinik Charité. Frau Dr. Bartley, ich möchte Ihnen zunächst ganz herzlich danken für Ihre Stellungnahme, die uns gezeigt hat, dass man wissenschaftliche Bewertungen auch so vornehmen kann, dass Laien sie gut verständlich nachvollziehen können. Meine Frage bezieht sich jetzt insbesondere auf die hier bereits vorgetragenen Argumente, die von Seiten des Berufsverbands der Frauenärzte und der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vorgebracht werden. Wir haben mit der Stellungnahme der beiden Organisationen ein Update im Hinblick auf den Wirkmechanismus von Uliprestalacetat und Levonorgestrel erhalten und auch Dr. Albring hat behauptet, dass Uliprestal das bessere Medikament sei. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie letztendlich aus Ihrer eigenen wissenschaftlichen Bewertung, im Hinblick auf die Frage der Rezeptpflicht bzw. und die Frage der Notwendigkeit von Beratung bei der Befreiung von der Rezeptpflicht?

ESVe **Dr. Julia Bartley** (Frauenklinik Charité Universitätsmedizin): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Sitzung. Ich komme aus der Charité und bin Leiterin der dortigen Hormonsprechstunde. Ich möchte zunächst auf die Frage der Wirkungsmechanismen von Uliprestalacetat und Levonorgestrel, die auch in einer Tabelle, die wir zugeschickt bekommen haben, zusammengefasst wurden, eingehen. Die Tabelle halte ich für unvollständig. Levonorgestrel ist ein seit über 30 Jahren in Verwendung befindliches hormonelles Kontrazeptivum. Wir haben also eine lange Erfahrung damit und wir wissen um seine Sicherheit. Hier möchte ich mich nicht noch einmal wiederholen. Wir wissen, dass es keinen Anhaltspunkt für eine iatrogene Wirkung gibt. Das ist extrem wichtig für ein Medikament, das gerade im Zeitraum einer möglichen Entstehung einer Schwangerschaft gezielt eingesetzt wird. Und wir wissen auch mit Sicherheit, dass es keine abortive Wirkung hat. Uliprestalacetat ist ein Antigestagen. Es gehört zu einer ganz anderen Substanzklasse als Levonorgestrel. Deshalb kann man diese beiden Substanzen nicht miteinander vergleichen oder annehmen, dass die eine Substanz die andere erset-



zen könnte. Uliprestalacetat hat in der Tat eine andere Wirkung als Levonorgestrel. So kann man bei Uliprestalacetat endometrielle Veränderungen schon bei einer Einmalgabe, wie sie für die Notfallkontrazeption verwendet werden, nachweisen. Die Autoren, die diese Studien durchgeführt haben, kommen selber zu der Schlussfolgerung, dass eine postkonzeptionelle Wirkung aufgrund dieser endometriellen Veränderungen nicht auszuschließen, sondern anzunehmen ist. Beweisen können wir es nicht, denn um so etwas beweisen zu können, bräuchten wir einen sogenannten Konzeptionsmarker, also einen Nachweis, dass es in der Tat zu einer Befruchtung gekommen ist, danach aber die Einnistung oder Entstehung der Schwangerschaft gestört wird. Wir können eine Schwangerschaft erst wieder nachweisen durch einen humanen Choriongonadotropin (HCG)-Wert. Also einen Schwangerschaftsmarker haben wir, aber wir haben keinen Konzeptionsmarker und solange bleibt das für uns eine Blackbox. Wir müssen dann aber Schlussfolgerungen von Autoren solcher wissenschaftlichen Arbeiten auch sehr ernst nehmen und können sie nicht abtun. Zweitens zu der abortiven Wirkung. Die abortive Wirkung von Uliprestalacetat ist in verschiedensten Tiermodellen nachgewiesen worden, sowohl bei der Ratte, beim Meerschweinchen als auch bei Affen. Sie ist immer vergleichbar mit der von Mifepriston, dem für Aborte zugelassenen Antigestagen und das ist auch wissenschaftlich nicht verwunderlich, da Mifepriston und Uliprestalacetat in Grundlagenforschungsergebnissen ein ganz ähnliches Rezeptorbindungsverhalten und Wirkungsprofil haben. Wir müssen also davon ausgehen, dass Uliprestalacetat bei Menschen eine ähnlich abortive Wirkung entfalten würde, wenn es getestet wird. Diese Versuche werden aber nicht durchgeführt werden, da von der Firma, die diese beiden Medikamente vertreibt, eine Assoziation zwischen Aborten und Uliprestalacetat aktiv nicht gewünscht ist. Weiter hatten Sie gefragt, wo ich die Schwierigkeiten in der Argumentation des Berufsverbandes und auch der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sehe. Diese liegt vor allen Dingen in der Verknüpfung zwischen Wirksamkeit, also Abortraten und der Notfallkontrazeption. Wir tun so, als ob die Abortraten monokausal zurückzuführen sind auf die Situation der Notfallkontrazeption in den jeweiligen Ländern. Das geht an der Wirklichkeit vorbei. Abortra-

ten sind in jedem Land ein multifaktorielles Geschehen, die wir so wenig verstehen, dass sowohl Befürworter als auch Gegner diese Assoziation verlassen sollten. Wir haben zum Beispiel in Deutschland eine sehr positive Entwicklung und verzeichnen seit 2002 einen deutlichen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche. In diesen acht Jahren hat es aber keine Veränderung gegeben, was die Versorgung mit der Notfallkontrazeption betrifft. Seit 2010 gibt es neben Levonorgestrel zusätzlich Uliprestalacetat, aber zu dem Zeitpunkt hatte sich der Trend bei den Schwangerschaftsabbrüchen längst umgekehrt. Auch Maßnahmen wie die Mädchensprechstunde haben viel später eingesetzt als die Trendwende in der Abortrate in Deutschland. Wir können hier keine monokausalen Zusammenhänge herstellen und die wissenschaftliche Argumentation ist sehr unsauber. Man kann auch den Rückgang der Abortraten oder den fehlenden Rückgang der Abortraten nach Einführung der Rezeptfreiheit nicht monokausal stellen. Mittlerweile hat man verstanden, dass das nicht geht. Es war eine Enttäuschung, aber ich glaube, wir lagen in der Annahme oder Erwartung dessen, was die Verfügbarkeit eines einzelnen Kontrazeptivums bewerkstelligen kann, von vornherein falsch. Beratung ist wichtig. Und weil Deutschland so gute Gesundheitsstrukturen und eine so hohe Arztdichte hat, ist das eine ideale Voraussetzung, um Levonorgestrel rezeptfrei zuzulassen. Den Frauen sollten extrem niedrige Hürden gegeben werden, um sich gut beraten zu lassen, nachdem sie in einer Notfallsituation sind. Für Levonorgestrel ist die schnelle Einnahme für die Wirksamkeit extrem wichtig und – das hat selbst Herr Dr. Albring anerkannt –, der Zugang über die Apotheke ist der schnellere. Niemand wird in Frage stellen, dass die Wartezeiten in einer Apotheke geringer sind als in Kliniken und Praxen. Die Rezeptfreigabe von Levonorgestrel bedeutet nicht Verantwortungslosigkeit oder Aufgabe unserer Beratungspflicht. Das sollten wir wirklich trennen. Die Befürworter der Rezeptfreiheit wünschen sich keineswegs, dass Frauen weniger beraten werden. Das hohe Niveau, das wir in Deutschland haben, muss und sollte beibehalten werden. Fazit ist, dass letztendlich weder Befürworter noch Gegner beweisen können, was Schwangerschaften besser verhindert, nämlich der rezeptfreie, schnelle Zugang zu Levonorgestrel oder die Einnahme von Uliprestalacetat. Wir sollten sehen, dass diese verschiedenen hormonellen Notfallkontrazeptiva auch



verschieden angesehen werden und eine Erweiterung des Behandlungsspektrums darstellen. Letztendlich werden auch wir Ärzte zurückgeworfen auf die gesellschaftspolitische Frage, ob wir Frauen zutrauen, verantwortungsvoll mit solchen Medikamenten umzugehen. Das beantworte ich mit einem klaren Ja. Und ich halte es für überfällig in Deutschland, dass die Rezeptpflicht aufgehoben wird, denn ich halte sie letztendlich für eine nicht mehr zeitgemäße kontrazeptive Kontrolle und ein Erziehungsinstrument, das überholt ist.

Abg. Dr. Katja Leikert (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Wallwiener. Haben Sie Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf die Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten, wenn Notfallkontrazeptiva aus der Verschreibungspflicht entlassen werden? Können Sie auch noch etwas zu den Infektionsraten des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV), des Humanen Papilloma-Virus (HPV) von Chlamydien sagen?

ESV Prof. Dr. Diethelm Wallwiener (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)): Ich freue mich sehr, dass ich dazu Stellung nehmen kann, weil das ein Bereich ist, mit dem wir uns seit Jahrzehnten beschäftigen. Die Diskussion geht im Moment eher in die Richtung, was ist in diesem Bereich pharmarelevant. Ich glaube aber, das man sich fragen muss, was wir mit den Schwächeren in unserer Gesellschaft machen. Und genau darauf fokussiert ihre Frage, dass wir in der Tat die Aufklärungspflicht hochhalten wollen. In Deutschland gibt es insgesamt knapp 20.000 Frauenärzte, in England lediglich 2.000. Da können Sie sich vorstellen, warum in Deutschland die Zahlen in den dargestellten Randbereichen so positiv sind für die Philosophie, die wir hier vertreten. Darüber hinaus ist es in der Tat so und da decken sich die Daten in den USA mit unseren Daten, dass der erste Geschlechtsverkehr, bis hin zum ersten Jahr der Kohabitation, bei 60 Prozent der Jugendlichen ungeschützt verläuft. Sie können sich vorstellen, dass wir, und das haben unsere Untersuchungen gezeigt, Infektionen mit allen möglichen Geschlechtskrankheiten – in erster Linie natürlich mit dem Humanen Papilloma-Virus (HPV) – haben. Fast 40 Prozent der Erstinfektionen ist im ersten Jahr des Geschlechtsverkehrs bei Jugendlichen zu verzeichnen. Ich glaube, diese Zahlen sprechen für

sich und zeigen, dass wir die Aufklärung hochhalten und das gute Netzwerk, das wir haben, nutzen müssen. Wir sollten es nicht durch Überlegungen, wie der Umsatz der Pharmaindustrie zu steigern ist, in Frage stellen. Mir geht es in erster Linie um unseren gesundheitspolitischen Auftrag. Dieser lautet ganz klar, die Frauengesundheit zu stärken. Nur darum geht es in unserem gesellschaftspolitischen Auftrag. Ich glaube, da sind wir einer Meinung, es geht darum, die Schwachen in der Gesellschaft zu stärken und das sind die Jugendlichen, das sind die unter 18-Jährigen. Keiner zweifelt daran, dass eine Frau mit 20, 30 oder 40 Jahren in Deutschland absolut mündig ist und selbst entscheiden kann, aber wer entscheidet bei den unter 18-Jährigen? Die Zahlen, die meine Vorredner nannten, sind Zahlen, die teilweise aus Medikamentenzulassungsstudien kommen. Rufen Sie sich bitte in Erinnerung, dass Zulassungsstudien von Medikamenten nur mit Probanden und Probandinnen ab 18 Jahren möglich sind. Das heißt genau dieser Bereich der Gesellschaft fällt aus den Arzneimittelstudien heraus. Und wenn wir über Nebenwirkungen schwerer Art sprechen, dann kann ich Ihnen sagen, dass die Nebenwirkungen mehr oder weniger konkret im Rahmen von Studien erfasst werden, aber in der Feldanwendung werden schwere Nebenwirkungen von Medikamenten, insbesondere auch von endokrinologischen Präparaten, nur in den seltensten Fällen gemeldet. Das sind Tatsachen und ich würde gerne noch einmal daran erinnern, dass es um die Frauengesundheit und um den Schutz der unter 18-jährigen Mädchen, von denen ein Anteil zwischen 20 und 40 Prozent ungeschützt in die Gefahr der sexuell übertragbaren Erkrankungen hineinläuft, geht. Und wenn ich die Mündigkeit, auch aus Sicht unserer Fachgesellschaft, noch einmal in das Zentrum rücken darf: Mir kommt die Diskussion um Mündigkeit manchmal so vor, als wenn sie bei gefährlichen Autobahnstrecken die Geschwindigkeitsbeschränkung aufheben wollen, nur weil die Bürgerinnen und Bürger die dort fahren, mündig sind. Dann müssen Sie das fokussieren und den Schutz der Schwachen, der unter 18-Jährigen, in diese Diskussion miteinbeziehen. Das erscheint mir wesentlich wichtiger als alle Diskussionen um die Abwägung der beiden Präparate. Auch hier ist das Problem Folgendes: wir haben ein Präparat, das weniger effektiv ist als das andere und wir reden über das weniger effektive Präparat und nicht darüber, wie das



mit dem effektiveren Präparat ist. Ich glaube, wir müssen das so plakativ darstellen, so dass Sie, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, eine breite demokratische Entscheidungsmöglichkeit haben. Das ist kein Expertenwissen, das ist ganz normal verständliches Wissen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Prof. Dr. Hahn, pro familia. Sie beziehen sich in ihrer Stellungnahme positiv auf die Entscheidungen des Sachverständigenrates für Verschreibungspflicht des BfArM von 2003 und 2014. Beide Male hat sich das BfArM bei den Präparaten mit dem Wirkstoff Levonorgestrel für die Entlastung aus der Verschreibungspflicht ausgesprochen. Fassen Sie uns doch bitte kurz die wesentlichen, aus Ihrer Sicht zu unterstützenden Argumente zusammen.

ESVe **Prof. Dr. Daphne Hahn** (pro familia): Unsere Argumente sind im Wesentlichen vier: Es geht um Zeit, es geht um Zugang, es geht um Nebenwirkungen und es geht um Verhütungswissen in Deutschland. Diese vier zentralen Argumente, die pro familia vertritt, möchte ich kurz ausführen. Was Sie bisher relativ wenig diskutiert haben, ist die Frage des zeitlichen Zugangs. Das entscheidende Argument für eine Rezeptfreigabe der Nachverhütung ist ein möglichst schneller Zugang zu diesem Medikament. Und da ungeschützte sexuelle Kontakte häufig am Wochenende oder zu ungünstigen Zeiten, die nicht unbedingt mit den Öffnungszeiten von gynäkologischen Praxen übereinstimmen, stattfinden, würde das bedeuten, dass ein Zugang über die Apotheken den schnellsten Zugang zur Nachverhütung ermöglicht. Der Hintergrund für Verhütungsprobleme sind Verhütungsspannen, in der Regel in Partnerschaften und zumeist auch in festen Partnerschaften. Es geht also bei Verhütungsspannen gar nicht so sehr um kurzfristige Beziehungen. Das kann auch sein, aber überwiegend sind es sexuelle Kontakte in langen Partnerschaften, bei denen es zu Verhütungsspannen kommt. Daran wird sich auch nichts ändern. Wir haben es gerade gehört: Eine österreichische Untersuchung hat gezeigt, dass über 80 Prozent der Befragten in den letzten fünf Jahren, und das sind nur die, die es angeben, über Verhütungsspannen berichten. Der Bedarf am Wochenende oder Abend könnte über den schnellen Zugang durch Apotheken realisiert werden. Ein obligater Arztbesuch stellt im Gegensatz dazu eine

deutliche zeitliche Verzögerung dar. Unser zweites Argument ist der Zugang. Wir haben als Beratungsverband, der deutschlandweit seit über 60 Jahren aktiv ist und sich schon sehr lange für das Thema „Nachverhütung rezeptfrei“ einsetzt, immer wieder Erfahrungen gemacht, wie schwierig der Zugang für Frauen ist, die postkoitale Verhütung benötigen. Denken Sie allein an das Problem der Distanz zu Kliniken oder gynäkologischen Praxen auf dem Lande. Wenn man an das Problem der Wartezeiten und Kompetenzen in Notfallambulanzen denkt, wenn man überlegt, was unnötigerweise an gynäkologischen Untersuchungen durchgeführt wird, auch bei Frauen unter 20 Jahren, die das dann selbst bezahlen müssen. Wenn man das Problem der fehlenden Vertraulichkeit beachtet, da das Problem, um das es geht, schon an der Pforte benannt werden muss, ganz abgesehen von moralischen Vorhaltungen und Stigmatisierungen, die dazu führen, dass Frauen sehr schlechte Erfahrungen mit dem Umgang in Kliniken machen. Das passiert sehr häufig und was nach wie vor fehlt, ist der Zugang über katholische Kliniken, die ein Notfallkontrazeptivum nur nach Vergewaltigung ausgeben. Der nächste Punkt ist die Frage von Wirkung und Nebenwirkung. Die WHO hat schon vor vielen Jahren empfohlen, die postkoitale Verhütung rezeptfrei zu vergeben und wir wissen, dass weder gynäkologische Untersuchungen noch ein Ultraschall notwendig sind. Es gibt keine Kontraindikationen, die Nebenwirkungen sind insgesamt, das haben wir jetzt schon mehrfach gehört, relativ gering. Es spricht also kein Argument dagegen, das Mittel über Apotheken zu vergeben. Überdies können die Apotheker sehr gut beraten, das wissen wir. Mittlerweile können wir auch auf die langjährige Erfahrung anderer Länder zurückgreifen und wissen von dort, dass das mit der Beratung ausgesprochen gut funktioniert. Wir wissen, auch das ist ein wichtiges Argument, dass es in Deutschland ein sehr umfangreiches Verhütungswissen gibt. Die Sexualitätsuntersuchungen der BZgA zeigen, dass das Verhütungswissen junger Menschen in Deutschland sukzessive immer besser wird. Der zentrale Aspekt hierbei ist, dass man dieses Verhütungswissen vorab benötigt. Wir haben eine gute Sexualpädagogik und die jungen Menschen sind sehr wohl in der Lage zu unterscheiden, was ihnen zum Beispiel gegen die Infektion mit HIV oder HPV und oder gegen Schwangerschaften hilft. Sie überlegen sehr wohl,



welche Methode der Verhütung sie wann anwenden. Die Verwendung von Kondomen wollen wir gerade bei jungen Menschen, weil das Risiko sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken wieder steigt. Und das erhöht aber gleichzeitig das Risiko ungewollter Schwangerschaften, da es bei der Nutzung von Kondomen – die Häufigkeit gerissener Kondome ist relativ hoch – häufiger zu Problemen kommt. Das heißt wiederum, wenn man ständig dafür plädiert, dass die Frauen zur Beratung in die gynäkologische Praxis gehen, dass dort tatsächlich nur die Frauen beraten werden, die jungen Männer aber nach wie vor nichts über eine bessere Verhütung erfahren. Insofern deckt das nur ein Teil der Bevölkerung ab, über die wir hier reden. Nämlich die, die sexuelle Kontakte haben. Wir beobachten seit Jahrzehnten, seit der Entscheidung des BfArM vor elf Jahren, die internationale Entwicklung und haben mit Freude vor einem Jahr erlebt, dass die USA sämtliche Altersbeschränkungen aufgehoben hat. Wir haben das sehr begrüßt, denn dort wurde deutlich gemacht, dass die Altersbeschränkung politisch motiviert und willkürlich und wissenschaftlich nicht zu rechtfertigen ist. In den USA, wo es sehr strenge Regelungen gibt, unterstützen Fachgesellschaften wie die für Jugendgesundheit sowie für Frauenheilkunde die Entlassung aus der Rezeptpflicht ebenfalls.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Dr. Wahlen, donum vitae Bundesverband: Welche Auffassung vertreten Sie insbesondere vor dem Hintergrund der Erfahrung von donum vitae in der Schwangerschaftsberatung zu dem Thema Entlassung der Pille aus der Verschreibungspflicht?

ESVe **Dr. Adelheid Wahlen** (donum vitae Bundesverband e. V.): Donum vitae hat deutschlandweit 210 Beratungsstellen und in allen Beratungsstellen legen wir zunächst einmal Wert auf eine ausreichende sexualpädagogische Aufklärung, insbesondere auch der Jugendlichen. Mit dem angesprochenen Problem werden unsere Berater regelmäßig konfrontiert und wir sind der Meinung, dass eine Rezeptfreigabe von Levonorgestrel den jugendlichen Frauen in einer Konfliktsituation nicht ausreichend helfen würde. Wir sind der Meinung, dass die Beratung durch die Apotheker zu ungünstigen Zeiten wie nachts oder auch am Wochenende nicht ausreichend erfolgen kann. Ich habe mit mehreren

Apotheken hier im Bereich der Friedrichstraße Gespräche geführt und sie meinten, die Situation wäre unzureichend, um eine vernünftige Aufklärung der Frauen zu gewährleisten. Wir sind der Meinung, dass Levonorgestrel nicht rezeptfrei abgegeben werden sollte, weil der Staat eine Schutzfunktion gegenüber den Frauen hat und dazu gehört, dass diese über die möglichen Wirkungen, Nebenwirkungen und Anwendungsindikationen der Pille ausreichend aufgeklärt werden müssen. Das kann nur durch einen Arzt, am besten durch einen Gynäkologen erfolgen, und das ist nach der Rezeptfreigabe, wenn die Frauen in jede Apotheke gehen können, um sich das Medikament zu holen, nicht gewährleistet. Wir sind also eindeutig für die Beibehaltung der Rezeptpflicht zum Schutz der Frauen und wir sehen in der Beibehaltung der Rezeptpflicht keine Einschränkung der Persönlichkeitsrechte der Frau, sondern wir halten das für eine verantwortungsvolle Maßnahme der Frau und insbesondere auch den jugendlichen Frauen gegenüber.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich kann an die letzte Äußerung anschließen und habe eine Frage an Frau Prof. Dr. Hahn. Wir haben gerade noch einmal sehr eindringlich gehört, dass es einer zwingenden Beratung durch Ärzte bedarf. Ich würde gerne noch einmal Ihre Einschätzung hören, inwieweit die Frage der Rezeptfreigabe durch eine Beratung von Apothekerinnen und Apothekern gelöst werden kann.

ESVe **Prof. Dr. Daphne Hahn** (pro familia): Es gibt mittlerweile in Europa schon sehr umfangreiche, langjährige und positive Erfahrungen mit der rezeptfreien Vergabe der levonorgestrelhaltigen Nachverhütung. Dies betrifft sowohl die Länder, in denen die Beratung durch Apotheken verpflichtend ist als auch jene, die keinerlei Beratung vorsehen, wie Dänemark, Holland, Schweden, Portugal und Norwegen. Wir plädieren auch als Beratungsverband für eine gute und intensive Beratung, merken aber, und können uns dabei auf noch mehr Erfahrungen berufen, als wir das vor einigen Jahren konnten, dass es sehr gut funktioniert und dass es nicht zu mehr ungeschützten sexuellen Kontakten kommt und die jungen Frauen und Männer in Deutschland auch ihre Verhütung überwiegend so machen, wie sie das gelernt haben. Es kommt natürlich trotzdem manchmal zu Problemen. Apothe-



ker betrachten die Beratung als eine ihrer Kernaufgaben. International funktioniert das auch, also warum sollten die Apotheker in Deutschland schlechter beraten können, als die in Dänemark oder in Österreich? Das kann ich mir schlecht vorstellen. Sie selbst betrachten ihren Beruf als Heilberuf und sind qualifiziert, die Wirkungsweise von Medikamenten zu verstehen und diese zu erklären. Erfahrungen anderer Länder zeigen uns, dass dies auch vertraulich geschehen kann. Pro familia hat bereits vor Jahren Fortbildungen für Apotheker angeboten, die sehr gut angekommen sind. Also auch von dieser Seite gäbe es kein Problem, weil wir dafür plädieren, dass es sehr schnell gehen muss.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an Frau Dr. Bartley. Bundesminister Gröhe (BMG) führt meistens die seltenen schwerwiegenden Nebenwirkungen als Hauptargument für die Rezeptpflicht an. Die Bundesregierung nennt hier thromboembolische Ereignisse, die in der Produktinformation genannt würden. Können Sie uns bitte hier den aktuellen Forschungsstand nennen?

ESVe **Dr. Julia Bartley** (Frauenklinik Charité Universitätsmedizin): Schwerwiegende Nebenwirkungen zu Levonorgestrel in der für die Notfallkontrazeption angegebenen Dosis sind nicht bekannt, sonst würde es in keinem Land rezeptfrei zugelassen werden können. Herr Dr. Hagemann hat vorhin schon ausführlich dargelegt, was die Voraussetzungen für eine Rezeptfreiheit in Deutschland sind. Die einzige Assoziation, die es zwischen Gestagenen und thromboembolischen Ereignissen gibt, betrifft eine einzige Patientengruppe – die aber auch von den Gegnern der Rezeptfreiheit fast nie genannt wird – für die das Medikament problematisch werden könnte und das ist eine sehr kleine Gruppe von Patientinnen, die über ihre Erkrankung immer sehr gut aufgeklärt ist, weil es für sie so extrem wichtig ist. Das sind Patientinnen mit einem schweren lupus erythematosus. Diese sind laut WHO die Einzigen, die Levonorgestrel aufgrund eines angenommenen erhöhten Thromboserisikos durch Gestagenmonopräparate nicht einnehmen sollten.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Glorius vom Sozialdienst katholischer Frauen. Sie schil-

dern in Ihrer Stellungnahme aus dem Beratungstag einer katholischen Organisation ein deutliches Manko im Hinblick auf eine kompetente und ärztliche Beratung am Wochenende beziehungsweise an Feiertagen sowie auf dem Land. Weiter führen sie aus, dass Frauen im Notdienst auf Ärzte treffen, die keine oder nur unzureichende Kenntnisse gerade auch über das Feld, über das wir hier gerade sprechen, haben. Ebenso stellen Sie fest, dass aktuelle Krisensituationen und Zeitdruck eher hinderlich sind, umfassende Informationen aufzunehmen und langfristige Konsequenzen zu ziehen, wie es bei der Notfallkontrazeption auch infrage steht. Ihrer Stellungnahme entnehme ich, dass innerhalb des Sozialdienstes katholischer Frauen kontrovers über das Thema Rezeptfreiheit und -pflicht diskutiert wurde. Deswegen meine Frage: Welche Argumente spielen für eine Rezeptfreiheit eine Rolle und gibt es solche offenen Debatten auch in anderen katholischen Verbänden oder Organisationen? Uns ist zum Beispiel bekannt, dass sich donum vitae Nordrhein-Westfalen klar für eine Aufhebung der Verschreibungspflicht einsetzt.

ESVe **Gabriele Glorius** (Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e. V.): Wir haben uns im Sozialdienst katholischer Frauen unter einer anderen Prämisse mit der Thematik auseinandergesetzt. Die Ausgangslage war schon die Diskussion um die Rezeptfreigabe beziehungsweise die Beibehaltung der Rezeptpflicht. Wir sind aber in unserer Diskussion davon ausgegangen und haben Argumente angeführt, die für die Frauen, die zu uns in die Beratung kommen – wir haben seit vielen Jahren Beratungserfahrungen mit Frauen in unterschiedlichen Konfliktsituationen – von Bedeutung sind. Das war unsere Ausgangslage. Wir haben zwei Hauptargumente vorgebracht, die auch in allen vorliegenden Stellungnahmen genannt worden sind. Der Zugang zur „Pille danach“ sollte sehr niedrigschwellig und schnell sein, zugleich sollte es eine kompetente Beratung geben. Wir haben sehr kontrovers darüber diskutiert, was in diesem Fall unter Beratung zu verstehen ist. Wenn Frauen in Notlagen zu uns in die Beratung kommen, wird immer wieder deutlich, dass sie in dem Moment nur ein Ziel haben, nämlich ihre Notlage in irgendeiner Weise in den Griff zu bekommen. Und das heißt für Frauen, die wegen einer Notfallkonzeption in die Beratung kommen, dass sie nicht schwanger werden wollen. Aus dem Grund argumentieren wir für eine gute,



aber nicht für eine umfassende Beratung. Das heißt in diesem Fall, eine Pflicht zur Information über Wirkungsweise, Anwendung und Nebenwirkungen. Wichtig erscheint uns die präventive, aber auch die nachgehende Beratung. Ich glaube, dass sich die Frauen nach einer Notlage nicht einfach zurücklehnen und sagen: „Oh, das wäre geschafft, ich habe mein Problem gelöst“. Ich traue jeder Frau so viel Selbstverantwortung zu, sich mit dem Problem auch nach der eigentlichen Notlage auseinander zu setzen. Und dafür muss es Beratungsangebote geben, die nicht nur bei Ärzten angesiedelt sein können, sondern vor allem auch in psychosozialen Beratungsstellen. Wir informieren auch in Schulen und Jugendgruppen über Verhütungsmethoden und dazu gehört auch die Notfallkontrazeption. Kontrovers diskutiert wurde bei uns auch nicht das zu erreichende Ziel, sondern der Weg dorthin. Es wurde weder für die Rezeptfreigabe

noch eindeutig für die Beibehaltung der Rezeptpflicht argumentiert. Wie das in anderen Verbänden diskutiert wird, weiß ich nicht. Dazu müsste vielleicht Frau Dr. Wahlen noch einmal Stellung nehmen. Ich habe gehört, dass sich der Bundesverband gegen die Rezeptfreigabe ausgesprochen hat. In Nordrhein-Westfalen hat sich der Landesverband donum vitae für die Rezeptfreigabe ausgesprochen.

Der **Vorsitzende**: Herzlichen Dank. Das war die letzte Frage. Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen allen bedanken, bei den Sachverständigen, bei den Kolleginnen und Kollegen und den Zuschauern. Die Anhörung ist damit beendet.

Ende der Sitzung: 15:02 Uhr