

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Mai 2006 Nr. 1

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Hormontherapie in den Wechseljahren	3
Aktuelles zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch	10
Pille danach	
- Hormonelle Nachverhütung mit der „Pille danach“ - Hindernisse in der Versorgung	13
- „Pille danach“ in den USA – FrauenärztInnen für Verschreibung vorab, weil die Aufhebung der Rezeptfreiheit auf sich warten lässt	15
Hinweise	
Reproduktionsmedizin	
- Erneute Forderung von Gesetzesänderungen	15
- Keine europaweite Einigung zur Förderung von Projekten mit humanen Embryonalen Stammzellen (hES)	17
- In vitro-Maturation	18
USA: Schwangerschaften bei Mädchen unter 20	18
Neuerscheinungen	18
Veranstaltungen	20

Impressum: © 2006

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Die Hormonersatztherapie in und nach den Wechseljahren bleibt ein Thema, das in Fachkreisen weiterhin kontrovers diskutiert wird. In frauenärztlichen Fachzeitschriften finden sich Beiträge, die im Widerspruch zu den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Hormontherapie stehen. Bei Ärztinnen und BeraterInnen kann dies zu Verunsicherung führen und es erschwert die Beratung und Behandlung von Frauen. Insbesondere sind aber Frauen in den Wechseljahren massiv verunsichert, welcher Meinung und Empfehlung sie vertrauen und folgen dürfen.

Der vorliegende Familienplanungs-Rundbrief bewertet die aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse zur Hormontherapie hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Risiken bezogen auf unterschiedliche Gesundheitsaspekte und bemüht sich hierbei um größtmögliche Objektivität. Der Fokus der Informationen liegt auf der Bedeutung für die Beratung.

Zum Thema Pille danach hat der pro familia-Bundesverband gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im Februar dieses Jahres eine Fachrunde mit internationalen Vorträgen organisiert. Die Dokumentation der Veranstaltung wird in Kürze erscheinen. Die Ergebnisse einer innerverbandlichen Recherche zur regionalen Versorgungspraxis, die im Rahmen o.g. Veranstaltung angestrengt wurde, werden in diesem Familienplanungs-Rundbrief veröffentlicht. Fazit: Pro familia setzt sich seit langem für eine rezeptfreie Vergabe ein, aber die Rezeptpflicht stellt bei weitem nicht die einzige Hürde dar, mit der sich Frauen und Paare konfrontiert sehen, wenn sie die hormonelle Nachverhütung benötigen.

Ein dritter Themenbereich gilt der Reproduktionsmedizin. Bereits im letzten Sommer hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Gesetzesänderungen gefordert, um Rechtssicherheit bei neuen Entwicklungen in der Kinderwunschbehandlung zu erhalten. In einer aktuellen Publikation wird der Handlungsbedarf aus Sicht der Gesellschaft noch einmal dargelegt. Ein weiteres Gremium, das sich seit langem mit medizinethischen Fragen beschäftigt, die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, hat ebenfalls einen Bericht zum Handlungsbedarf verfasst. Ziel ist, die Probleme der Reproduktionsmedizin und Stammzellforschung zu benennen, deren Lösung verfassungsrechtlich und ethisch dringend geboten ist.

Hormontherapie in den Wechseljahren

Helga Seyler

Nutzen und Risiken

Seit der ersten Veröffentlichung der Ergebnisse der WHI-Studie¹ im Jahre 2002 ist ein heftiger Streit um den Nutzen und die Risiken der Hormonbehandlung in und nach den Wechseljahren entbrannt. In der Studie war unter Hormontherapie neben einem erhöhten Risiko für Brustkrebs auch ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfälle und Thrombosen festgestellt worden.

Die Diskussion wird sehr polarisiert geführt. Auf der einen Seite werden die Risiken der Hormonbehandlung betont. Eine Behandlung sei nur bei unerträglichen Beschwerden² unter sorgfältigem Abwägen zwischen Nutzen und Risiken zu erwägen. Auf der anderen Seite³ werden die Risiken und die Ergebnisse der WHI-Studie in Frage gestellt und dagegen die günstigeren Ergebnisse von Kohortenstudien angeführt (Mueck AO 2005). In der WHI-Studie sei die Hormondosis zu hoch gewesen und die Hormonbehandlung sei zu spät nach der Menopause und in zu hohem Alter begonnen worden. Insbesondere das Risiko für koronare Herzerkrankungen⁴ ist umstritten, und die BefürworterInnen der Hormonbehandlung argumentieren, dass die Hormonbehandlung sogar davor schützt, wenn sie nur frühzeitig bei Beginn der Wechseljahre begonnen wird.

Dieser Beitrag versucht, einen detaillierten Überblick über die vorhandenen Daten zu geben, und betroffenen Frauen und BeraterInnen eine möglichst an den Fakten orientierte Entscheidungsgrundlage für die Hormonbehandlung in den Wechseljahren zu bieten.

¹ WHI: Women's Health Initiative Study

² Diese Formulierung wird in der Informationsbroschüre der Techniker Krankenkasse benutzt

³ Zu den BefürworterInnen der Hormontherapie zählen der Berufsverband der Frauenärzte und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, zu den KritikerInnen die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Krankenkassen und Frauengesundheitsverbände wie der Dachverband der Frauengesundheitszentren und der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit)

⁴ Unter koronaren Herzerkrankungen werden Herzinfarkt und Beschwerden durch Verengung der Herzkranzgefäße zusammengefasst

Unterschiedliche Studientypen

Ein wesentlicher Aspekt bei der Bewertung von Studienergebnissen ist die Art der durchgeführten Studie.

Am zuverlässigsten in der Aussagekraft werden kontrollierte randomisierte Studien angesehen, bei denen die StudienteilnehmerInnen nach dem Zufallsprinzip in verschiedene Gruppen verteilt werden und die Auswirkungen einer klar definierten Behandlung untersucht werden. Diese Studien werden auch als Interventionsstudien bezeichnet. In der WHI-Studie wurden die Wirkungen und Risiken eines Hormonpräparats mit einem Placebo verglichen. Die Ergebnisse der WHI-Studie gelten deswegen als besonders zuverlässig und aussagekräftig, allerdings auch nur für die untersuchte Gruppe von Frauen, die verwendete Studienmedikation und für die Fragestellung⁵.

Kontrollierte randomisierte Studien sind sehr aufwändig, so dass nicht alle Fragen damit untersucht werden können.

Seltene Nebenwirkungen von Medikamenten werden deswegen eher in der Anwendung in der Alltagspraxis untersucht. Bei Kohortenstudien wird eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung gezogen. Das Auftreten bestimmter Erkrankungen in der Stichprobe wird in Bezug gesetzt zur Einnahme von Medikamenten. In der Million Women Study wurde zum Beispiel die Einnahme unterschiedlicher Hormonpräparate in der Kohorte erfragt und in Bezug gesetzt zur Häufigkeit von Brustkrebserkrankungen bei den Frauen. Da die Medikamenteneinnahme nicht nach dem Zufallsprinzip verteilt wird, ist es möglich, dass die Frauen mit und ohne Hormoneinnahme sich in Bezug auf ihr persönliches Brustkrebsrisiko unterscheiden. Möglicherweise haben eher Frauen mit niedrigerem Risiko Hormone genommen. Dadurch könnte der Einfluss der Hormone auf das Risiko unterschätzt werden.

Ein dritter Studientyp sind Fall-Kontrollstudien. Hierbei bilden Menschen mit einer bestimmten Erkrankung die Studiengruppe. Zusätzlich wird eine Kontrollgruppe von Menschen ohne die Erkrankung gebildet, die sich ansonsten möglichst wenig von der Gruppe der „Fälle“ unterscheidet. Die Häufigkeit eines Faktors, der vermutlich das Erkrankungsrisiko beeinflusst wird in den beiden

Gruppen miteinander verglichen. Auch bei Fall-Kontroll-Studien kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die beiden Gruppen in unbekanntem Faktoren unterscheiden, die das Erkrankungsrisiko beeinflussen, und die Ergebnisse verfälschen.

Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien werden auch als Beobachtungsstudien bezeichnet, da die Auswirkungen einer Behandlung in der Alltagspraxis beobachtet werden.

Risiken und Nutzen der Hormonbehandlung

Brustkrebs

Die vorhandenen Daten aus zahlreichen Studien lassen keinen Zweifel mehr daran, dass eine kombinierte Hormonbehandlung mit Östrogenen und Gestagenen zu einer Erhöhung des Brustkrebsrisikos führt.

Risiko in Zahlen

Die Risikoerhöhung wurde durch die Ergebnisse der WHI-Studie bestätigt. Das Risiko war während der Einnahme von kombinierten Hormonen insgesamt um den Faktor 1,24 erhöht. Es entstanden 8 zusätzliche Brustkrebserkrankungen bei 10 000 Frauen pro Jahr.

In der Million Women Study wurde unter kombinierter Hormontherapie eine Risikoerhöhung um den Faktor 2 gefunden (Million Women Study Collaborators 2003).

Anwendungsdauer

Das Risiko ist erst nach einiger Zeit der Hormonbehandlung erhöht und nimmt mit der Dauer der Behandlung zu. In der WHI-Studie war es ab dem 4. Jahr erhöht (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators 2002 (Chlebowski RT 2003). Dafür sprechen auch die Ergebnisse aus zahlreichen anderen Studien (Collins J 2005). In der Million Women Study war das Brustkrebsrisiko allerdings auch schon im ersten Jahr um den Faktor 1,45 erhöht.

Nach dem Absetzen der Hormone scheint sich das Risiko innerhalb von 5-10 Jahren dem Risiko von Frauen, die keine Hormone genommen haben wieder anzugleichen (Collins J 2005).

Umstritten ist, ob Brustkrebserkrankungen während einer Hormonbehandlung in einem früheren Stadium entdeckt werden und einen günstigeren Verlauf haben. Frühere Studien haben diese Ansicht bestätigt. Die Ergebnisse der WHI-Studie jedoch sprechen dagegen. Die Tumoren, die in

⁵ Die hauptsächlichen Fragestellungen der WHI-Studie waren die Auswirkungen einer Hormonbehandlung nach den Wechseljahren auf das Risiko von Herz-Kreislauferkrankungen und Brustkrebs.

der Hormongruppe festgestellt wurden, waren bei der Entdeckung größer und die Lymphknoten häufiger befallen, als in der Placebogruppe. Dies kann damit erklärt werden dass durch die Hormonbehandlung das Gewebe der Brustdrüse dichter wird, und dadurch die Diagnostik mit der Mammografie erschwert wird. Außerdem hatten die Frauen in der Hormongruppe durch das dichtere Drüsengewebe häufiger unklare Mammografiebefunde, die weiter abgeklärt werden mussten (Chlebowski RT 2003).

Die in unterschiedlichen Hormonpräparaten enthaltenen verschiedenen Gestagene scheinen sich nicht im Einfluss auf das Brustkrebsrisiko zu unterscheiden. Dies ergab auch die Million Women Study.

Eine neue französische Studie gibt Hinweise darauf, dass möglicherweise eine Behandlung mit Östrogenen und natürlichem Progesteron nicht mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko verbunden ist (Scarabin PY 2003). Die Daten einer einzelnen Kohortenstudie sind jedoch nicht ausreichend für eine endgültige Bewertung und müssen erst durch weitere Studien bestätigt werden.

Die ausschließliche Behandlung mit Östrogenen erhöht das Brustkrebsrisiko im Gegensatz zur kombinierten Hormonbehandlung wenig bis gar nicht. In der WHI-Studie war das Risiko im Vergleich zur Placebogruppe sogar geringer (Faktor 0,77) (The Women's Health Initiative Steering Committee 2004), in der Million Women Studie um den Faktor 1,3 erhöht.

Nach den Ergebnissen der bisherigen Forschung stimulieren Hormone eher das Wachstum vorhandener Krebszellen, als dass sie direkt die Entstehung von Krebszellen beeinflussen. Da Daten dafür sprechen, dass viele Frauen Krebszellen in der Brust haben, die nie auffällig werden und entdeckt werden, ist es plausibel, dass eine Stimulation des Wachstums dieser Zellen zu einer höheren Rate an Brustkrebserkrankungen führt (Nielsen M 1987).

Der Einfluss der kombinierten Hormonbehandlung in den Wechseljahren auf das Brustkrebsrisiko ist in der Größe vergleichbar mit Lebensstil-Faktoren wie Alkoholkonsum und Übergewicht. Auch eine spätere Menopause wirkt sich ähnlich auf das Brustkrebsrisiko aus wie eine Hormonbehandlung.

Herz-Kreislaferkrankungen

Dass eine Hormonbehandlung das Thromboserisiko erhöht, ist schon lange bekannt und wurde durch die Ergebnisse der WHI-Studie bestätigt. Es steigt während der Hormonbehandlung um den Faktor 2-3. In absoluten Zahlen traten in der WHI-Studie unter Hormonbehandlung 18 zusätzliche Thromboembolien pro 10 000 Frauen pro Anwendungsjahr auf (Cushman M 2004). Im ersten Jahr der Behandlung ist das Risiko am höchsten (in der WHI-Studie 4fach erhöht), danach wird es geringer, in der WHI-Studie war es ab dem 6. Jahr nicht mehr erhöht.

Es ist sowohl während einer kombinierten Therapie als auch mit alleiniger Östrogenbehandlung erhöht. Bei familiär erhöhtem Thromboserisiko und bei einer Thrombose in der eigenen Vorgeschichte ist das zusätzliche Risiko durch eine Hormonbehandlung deutlich höher. Weitere Risiken sind Übergewicht und Alter.

Die transdermale Behandlung mit Östrogenen als Pflaster oder Gel war in einer Fall-Kontrollstudie nicht mit einem erhöhten Thromboserisiko verbunden (Scarabin PY 2003). Der Unterschied zur oralen Hormonbehandlung wird damit erklärt, dass bei der Hormonaufnahme über den Darm die Hormone zuerst und in hoher Konzentration in die Leber gelangen, und dort die Produktion von Gerinnungsfaktoren beeinflussen. Andere kleinere Studien haben auch mit transdermaler Östrogenbehandlung ein erhöhtes Thromboserisiko gefunden (Daly E 1996, Pérez Gutthann S 1997). Es sind deshalb weitere Studien nötig, um das Thromboserisiko während einer transdermalen Hormonbehandlung endgültig einschätzen zu können.

Das Schlaganfallrisiko war in der WHI-Studie um den Faktor 1,4 erhöht, es kam zu 8 zusätzlichen Schlaganfällen bei 10 000 Frauen pro Jahr. Dieses Ergebnis findet sich auch in Beobachtungsstudien (Grodstein F 2003). Das Risiko ist sowohl mit einer Östrogenbehandlung als auch mit einer kombinierten Hormonbehandlung erhöht.

Umstritten ist der Einfluss der Hormonbehandlung auf das Risiko von Herzinfarkten. In vielen Kohortenstudien wurde ein geringeres Risiko während einer Hormonbehandlung gefunden. Deswegen waren die Ergebnisse der WHI-Studie überraschend, die ein leicht erhöhtes Risiko für Herzinfarkte bei Frauen mit Hormonbehandlung zeigten. Es war um den Faktor 1,29 erhöht. In absoluten Zahlen kam es zu 7 zusätzlichen Herzinfarkten bei 10 000 Frauen pro Jahr (Manson JE 2003). Das Risiko war in allen Altersgruppen

erhöht. Es war niedriger, wenn die Hormonbehandlung weniger als 10 Jahre nach der Menopause begonnen wurde, allerdings war die Gruppe dieser Frauen zu klein für ein aussagekräftiges Ergebnis (Klaiber EL 2005).

Bei einer Behandlung nur mit Östrogenen war das Herzinfarktrisiko im Vergleich zu Placebo in der WHI-Studie nicht erhöht (The Women's Health Initiative Steering Committee 2004), in den Kohortenstudien im Vergleich zu Frauen ohne Hormonbehandlung deutlich reduziert.

Über dieses Ergebnis der WHI-Studie wird am meisten und am kontroversesten diskutiert. Als wesentliche Gründe für das im Gegensatz zu anderen Studien erhöhte Risiko werden angeführt, dass die Behandlung lange nach den Wechseljahren begonnen wurde und die Hormondosis zu hoch war.

Dass die Hormondosis zu dem erhöhten Risiko geführt hat, ist eher unwahrscheinlich. In der WHI-Studie wurde eine Hormonkombination mit 6,25 mg konjugierten Östrogenen und 2,5 mg Medroxyprogesteronacetat angewendet. Die Dosis des Östrogens entspricht 2 mg Estradiol. Die in Deutschland eingesetzten Präparate enthalten 1 oder 2 mg Estradiol, die Behandlung mit 2 mg Estradiol ist durchaus üblich. Auch Medroxyprogesteronacetat ist in der Dosierung von 2,5 mg in vielen Präparaten enthalten. Es gibt nur wenige Daten zum Herzinfarktrisiko mit unterschiedlichen Hormondosen, und diese zeigen kein unterschiedliches Risiko (Grodstein F 2006).

Derzeit wird das Argument in den Vordergrund gestellt, dass ein Behandlungsbeginn viele Jahre nach der Menopause, wie er bei der Mehrzahl der Frauen in der WHI-Studie erfolgte, nicht mehr vor Herzinfarkten schützt. In den meisten Beobachtungsstudien, die ein geringeres Risiko mit Hormonbehandlung zeigten, wurde die Hormonbehandlung tatsächlich zur Zeit der Wechseljahre begonnen. Es wurde auch eine neue Auswertung von Daten aus der Nurses' Health Study, einer großen Beobachtungsstudie, veröffentlicht, in der die Daten möglichst sorgfältig auf unterschiedliche Risiken in der Gruppe mit und ohne Hormone kontrolliert wurden. Auch bei Beachtung dieser Risiken fand sich ein reduziertes Risiko (bei kombinierter Hormonbehandlung RR 0.68, bei Östrogenbehandlung RR 0.71) für Herzinfarkte bei den Frauen, die um den Zeitpunkt der Menopause mit einer Hormonbehandlung begonnen hatten. Die Frauen, die mehr als 10 Jahre nach der Menopause mit der Hormonbehandlung begonnen hatten, hatten weder ein erhöhtes noch ein reduziertes Risiko. (Grodstein F 2006)

Aufgrund dieser Daten wird von den Befürwortern der Hormonbehandlung eine Schutzwirkung bei Beginn der Behandlung zum Zeitpunkt der Menopause als gesichert angegeben (Mueck AO 2006). Kritische Stimmen merken aber an, dass diese Sichtweise derzeit nur eine Hypothese ist⁶. Der Einfluss einer Hormonbehandlung um die Zeit der Wechseljahre auf das Herzinfarktrisiko wird sich mit großer Sicherheit nur durch eine weitere kontrollierte Studie klären lassen. Die ist aber nicht in Aussicht.

Osteoporose

Übereinstimmend zeigen die Ergebnisse unterschiedlicher Studien, dass eine Behandlung mit kombinierten Hormonen oder Östrogenen allein das Risiko für Knochenbrüche senkt. In der WHI-Studie hatten die Frauen mit Hormonbehandlung um den Faktor 0.66 geringeres Risiko für Schenkelhals- und Wirbelbrüche.

Demenz

Daten aus unkontrollierten Beobachtungsstudien haben Hinweise darauf ergeben, dass eine Hormonbehandlung vor Demenzerkrankungen schützt. Die Ergebnisse der WHI-Studie haben das nicht bestätigt. Sie sprechen im Gegenteil für ein möglicherweise leicht erhöhtes Risiko.

Hitzewallungen, Wohlbefinden

Unbestritten ist, dass die Hormonbehandlung starke Hitzewallungen und dadurch bedingte Schlafstörungen deutlich bessert. Auch die Trockenheit und Empfindlichkeit der Schleimhäute im Genitalbereich und in den Harnwegen kann mit Hormonen gut beeinflusst werden.

Eine generelle Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden lässt sich in der WHI-Studie nicht feststellen.

Bei einzelnen Frauen, die sich aufgrund des Rückgangs der Östrogenproduktion in den Wechseljahren erschöpft und kraftlos fühlen, zeigen Erfahrung in der Praxis, dass diese Beschwerden durch Hormonbehandlung deutlich gebessert werden können.

⁶ Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie vom 23. 3. 06
<http://www.endokrinologie.net>

Tibolon

Tibolon ist ein synthetisches Hormon, das im Körper in verschiedene Wirksubstanzen mit unterschiedlichem Wirkspektrum umgewandelt wird. Die Stoffwechselprodukte haben gestagene, östrogene und androgene Wirkungen. Eines der Stoffwechselprodukte ist möglicherweise 7 α -Methyl-Ethinylestradiol, also ein dem Pillen-Östrogen entsprechendes Hormon (Kuhl H 2002).

Tibolon wird ohne zusätzliche Gestagengaben angewendet. Es soll nur von Frauen eingenommen werden, die mehr als ein Jahr keine Regelblutung hatten, weil sonst sehr häufig unregelmäßige Blutungen auftreten.

Es gibt bisher im Vergleich zur Behandlung mit Östrogenen und Gestagenen vergleichsweise wenige Daten aus großen kontrollierten Studien über Nutzen und Risiken von Tibolon.

Tibolon reduziert Hitzewallungen ähnlich effektiv wie Östrogene (Modelska K 2002).

Wegen der zum Teil androgenen Wirkung, bzw. wegen der unter Tibolonbehandlung höheren Testosteronspiegel im Blut⁷ wird auch ein positiver Einfluss auf sexuelle Lust und Funktion erwartet. Diese Wirkung wird auch in der Werbung hervorgehoben. Es gibt jedoch nur wenige Daten dazu, und eine Verbesserung der sexuellen Funktion und Aktivität ist nicht eindeutig belegt (Modelska K 2002). Auch zur antidepressiven Wirkung von Tibolon gibt es keine Daten aus kontrollierten Studien.

Die positive Wirkung auf die Knochendichte ist gesichert. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Knochendichte und der Häufigkeit von Knochenbrüchen. Allerdings gibt es keine Studien, die den Einfluss einer Behandlung auf die Häufigkeit von Knochenbrüchen direkt untersuchen.

Die Dichte des Brustdrüsengewebes nimmt unter Tibolonbehandlung nicht zu. Es kommt auch seltener zu Brustspannen als bei Anwendung kombinierter Hormone. Deshalb wurde auch erwartet, dass Tibolon das Risiko für Brustkrebs nicht erhöht. Daten dazu gibt es nur aus der Million Women Study. Dort wurde auch mit Tibolon ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs gefunden (RR 1,45), allerdings nicht so hoch wie bei der kombi-

nierten Hormonbehandlung (Million Women Study Collaborators 2003).

Auch das Risiko von Gebärmutter-schleimhautkrebs war in der Million Women Study mit Tibolon erhöht (RR 1,79), es war sogar höher, als unter alleiniger Östrogenbehandlung. (Million Women Study Collaborators 2005). Auch in einer weiteren Fall-Kontroll-Studie war das Risiko im Vergleich zu einer kombinierten Hormonbehandlung erhöht (de Vries CS 2005).

Der Einfluss von Tibolon auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist weitgehend ungeklärt. In einer Presseerklärung hat das BfArM vorläufige Daten aus einer laufenden Studie berichtet, in der die Wirksamkeit von Tibolon zur Behandlung einer Osteoporose untersucht wird. Dort wurde ein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle beobachtet. (BfArM 6. Oktober 2005)

Fazit für die Praxis

Einigkeit besteht darüber, dass im Einzelfall Nutzen und Risiken der Hormonbehandlung in den Wechseljahren sorgfältig abgewogen werden müssen. Allerdings werden Nutzen und Risiken sehr unterschiedlich bewertet.

Zur Vorbeugung von Erkrankungen scheint eine Hormonbehandlung nach dem derzeitigen Stand des Wissens nicht geeignet zu sein (Grodstein F 2003). Zwar ist unbestritten, dass eine Hormonbehandlung das Risiko von Osteoporose bedingten Knochenbrüchen sowie von Dickdarmkrebs deutlich senkt, jedoch ist die zur Reduktion von Knochenbrüchen notwendige langfristige Einnahme mit einem erhöhten Risiko für Brustkrebs verbunden. Zusätzlich ist das Thromboserisiko deutlich, das Schlaganfallrisiko leicht erhöht.

Für eine Schutzwirkung in Bezug auf Herzinfarkte gibt es derzeit keine eindeutigen Beweise, auch wenn umgekehrt ein erhöhtes Risiko bei Beginn der Behandlung zum Zeitpunkt der Menopause nicht wahrscheinlich ist.

Für die Behandlung von wechseljahrsbedingten Beschwerden wie Hitzewallungen und dadurch verursachte Schlafstörungen sind Hormone jedoch sehr geeignet. Voraussetzung ist, dass die Frau unter den Beschwerden leidet und sich mit Hormonen deutlich besser fühlt. Auch das Gefühl von Erschöpfung und Leistungsabfall, das einige Frauen um die Zeit der Menopause erleben, kann oft durch Hormone gebessert werden. Frauen, deren Wohlbefinden durch eine Hormonbehand-

⁷ Während der Behandlung mit Tibolon ist die Konzentration von Sexualhormon bindenden Eiweißen (SHBG) im Blut verringert. Da diese auch Testosteron binden, ist unter Tibolonbehandlung die Konzentration von freiem, d.h. aktivem Testosteron im Blut erhöht.

lung deutlich gebessert wird, können diese Behandlung über mehrere Monate fortsetzen, ohne befürchten zu müssen, dass sie schwere gesundheitliche Risiken eingehen.

Eine Hormoneinnahme in dieser Zeit für ein bis drei Jahre wirkt sich nach den meisten Studien nur wenig bis gar nicht auf das Brustkrebsrisiko aus. Die Auswirkung auf das Herzinfarktrisiko ist unklar, möglicherweise ist es leicht erhöht, nach der Mehrzahl der Daten könnte es aber auch geringer sein. Allerdings ist das Thromboserisiko, ähnlich wie bei der Einnahme der Pille, um das zwei- bis dreifache erhöht.

In Bezug auf das Risiko von Brustkrebs und Herzinfarkten ist eine Behandlung nur mit Östrogenen günstiger verglichen mit einer kombinierten Behandlung mit Östrogenen und Gestagenen. Weil sich jedoch durch eine reine Östrogenbehandlung das Risiko für Krebs der Gebärmutter Schleimhaut erhöht, ist eine kombinierte Behandlung Standard. Nach einer Gebärmutterentfernung sollten Frauen nur Östrogene bekommen.

Trockenheit der Scheide und Empfindlichkeit im Bereich der Harnröhre und Blase können durch örtliche Gabe von Estriol in Form von Creme oder Zäpfchen behandelt werden. Estriol hat eine geringere systemische Wirkung als Estradiol.

Ob die unterschiedlichen Präparatetypen⁸ oder die unterschiedlichen Hormone (Estradiol oder konjugierte Östrogene, verschiedene Gestagene) sich in Bezug auf die Risiken unterscheiden, ist nicht ausreichend geklärt.

Nutzen und Risiken von Tibolon sind sehr wenig geklärt. Gesichert ist, dass Tibolon im Vergleich zur kombinierten Hormonbehandlung weniger Brustspannen verursacht und sich möglicherweise auf depressive Verstimmungen günstiger auswirkt.

Behandlungsende

Erstaunlich wenig beschäftigt sich die Medizin mit der Frage, wie die Hormonbehandlung beendet werden kann. Es ist bekannt, dass ein Teil der Frauen dann erneut die vorherigen Beschwerden bekommt, allerdings betrifft dies nicht alle Frauen (Grady D, 2003). Die Dauer der Behandlung scheint keinen Einfluss darauf zu haben, ob und

wie häufig wieder starke Beschwerden auftreten. Es wird empfohlen die Hormonbehandlung langsam ausschleichend zu beenden, allerdings hatte das Ausschleichen in der Studie von Grady keine Auswirkung darauf, ob die Frauen wegen zu unangenehmer Beschwerden wieder anfangen, Hormone zu nehmen. Möglicherweise ist es wichtig, die Hormonbehandlung langsam genug, über mehrere Monate ausschleichend zu beenden, um keine erneuten Beschwerden zu provozieren (s.u.). Daher erscheint eine nur auf wenige Monate angelegte Behandlung, wie vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfohlen, wenig sinnvoll.

Um die Behandlung auszuschleichen, sind feste Kombinationen aus Östrogenen und Gestagenen geeignet, die in jeder Tablette die gleiche Dosis beider Hormone enthalten. Nachdem die Frauen die niedrigste mögliche Hormondosis (1 mg Estradiol plus Gestagen) mehrere Wochen täglich eingenommen haben und beschwerdefrei sind, kann die Dosis weiter reduziert werden, indem die Tabletten jeden 2. Tag eingenommen werden (wieder mehrere Wochen lang) und dann bei Beschwerdefreiheit jeden 3. Tag, etc.

Alternativen

Frauen sollten in der Beratung immer auch über Alternativen zur Hormonbehandlung informiert werden.

Hitzewallungen, Schlafstörungen und Müdigkeit lassen sich auch gut durch Sport und gesunde Ernährung beeinflussen. Beides ist auch wichtig für die Erhaltung der Knochenmasse und zur Vorbeugung von Osteoporose.

Außerdem können pflanzliche Medikamente Wechseljahrsbeschwerden bessern und sollten als Alternative zu Hormonen erwogen werden.

Im Literaturverzeichnis sind Broschüren und Internetseiten angegeben, die über diese Alternativen informieren.

Literatur

BfArM. Tibolon: Zwischenauswertung der LIFT-Studie zeigt erhöhtes Schlaganfall-Risiko 6. Oktober 2005;

Chlebowski RT, Hendrix SL, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA 2003; 289:3243-53

⁸ Es gibt Hormonpräparate als Pflaster oder Gel; als Tabletten mit zyklischer Dosierung, die 11-16 Tagen Östrogenen und 10-14 Tagen Östrogen-Gestagenkombination enthalten, oder Präparate mit einer festen Kombination von Östrogenen und Gestagenen

Collins J, Blake J, et al. Breast cancer risk with postmenopausal hormonal treatment. *Human Reproduction Update* 2005; 11:545-60

Cushman M, Kuller L, et al. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis. *JAMA* 2004; 292:1573-80

Daly E, Vessey MP, et al. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348:977-80

de Vries CS, Bromley SE, et al. Tibolone and endometrial cancer: a cohort and nested case-control study in the UK. *Drug safety: an international journal of medical toxicology and drug experience* 2005; 28:241-9

Grady D, Ettinger B, et al. Predictors of difficulty when discontinuing postmenopausal hormone therapy. *Obstet Gynecol* 2003;102:1233-9

Grodstein F, Clarkson TB, et al. Understanding the divergent data on postmenopausal hormone therapy. *The New England Journal of Medicine* 2003; 348:645-50

Grodstein F, Manson JE, et al. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *Journal of women's health* 2006; 15:35-44

Klaiber EL, Vogel W, et al. A critique of the Women's Health Initiative hormone therapy study. *Fertility and sterility* 2005; 84:1589-601

Kuhl H. Wirkt Tibolon wie ein kontinuierlich eingenommener niedrig dosierter Ovulationshemmer? *Frauenarzt* 2002; 43:1460-3

Manson JE, Hsia J, et al. Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. *The New England journal of medicine* 2003; 349:523-34

Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362:419-27

Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2005; 365:1543-51

Modelska K and Cummings S. Tibolone for postmenopausal women: systematic review of randomized trials. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2002; 87:16-23

Mueck AO. Entwarnung bei Hormontherapie in den Wechseljahren. *Presseerklärung des Berufsverbands der Frauenärzte. Frauenarzt* 2005; 46:1076-8

Mueck AO. 30-50% weniger Herzinfarkte durch HRT: Frühere Einwände entkräftet. *Geburtsh Frauenheilk* 2006; 66: 199-202

Nielsen M, Thomsen JL, et al. Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: a study of 110 medicolegal autopsies. *British journal of cancer* 1987; 56:814-9

Pérez Gutthann S, García Rodríguez LA, et al. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: population based case-control study. *BMJ* 1997; 314:796-800

Scarabin PY, Oger E, et al. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet* 2003; 362:428-32

The Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy. *The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA* 2004; 291:1701-12

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288:321-33

Leitlinien zur Hormontherapie in den Wechseljahren

AWMF- Leitlinien

Konsensusempfehlungen zur Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Konsens mit dem Berufsverband der Frauenärzte

<http://www.awmf-leitlinien.de/>

Erstellungsdatum: 20. Dezember 2002 Letzte Überarbeitung: 05. Mai 2004

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Hormontherapie im Klimakterium

1. Auflage 2003

http://www.akdae.de/35/82_Hormontherapie_2003_1Auflage.pdf

Kurzfassung:

http://www.akdae.de/35/82_Hormontherapie_2003_1Auflage_K.pdf

Informationen für Nutzerinnen

Wechseljahre - Aufbruch in eine neue Lebensphase

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. (2003)

Die Broschüre informiert über die Ergebnisse der WHI-Studie, über die Anwendung und Risiken von Hormonen, über die vielerorts propagierte Behandlung mit Phytohormonen und über Osteoporose. Darüber hinaus bietet die Broschüre jede

Menge Selbsthilfetipps, viele Anregungen zu Bewegung und Ernährung und einen Überblick über naturheilkundliche Behandlungsweisen.

100 Seiten, 5,50 € (zzgl. 1,20 € Versandkosten)
Bamberger Str. 51 10777 Berlin
ffgzberlin@snafu.de www.ffgz.de Tel.: 030 - 213 95 9 Fax: 030 - 214 19 27

Wechseljahre und Hormontherapie. Eine Information für Frauen

Hrsg: Techniker Krankenkasse, Hamburg 2005
Download <http://www.akdae.de-45-Wechseljahre.pdf>.url

Wechseljahre

pro familia Bundesverband

Wechseljahre - damit wird gewöhnlich die Phase im Leben einer Frau bezeichnet, in der die Fortpflanzungsfähigkeit durch das Ausbleiben des Eisprungs und der Menstruation endet.

Thematisiert werden biologische Zusammenhänge, eventuell auftretende Wechseljahrsbeschwerden und verschiedene Möglichkeiten ihrer Behandlung. Ein Blick über den Zaun zeigt kulturelle Unterschiede im Umgang mit dieser Phase der körperlichen Reife. Außerdem wird auf die zunehmend in den Blick gerückten "Wechseljahre" beim Mann Bezug genommen.

<http://www.profamilia.de/shop/index.php?cmd=artdetail&q=71>

Wechseljahre und Hormontherapie. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Mai 2005.

<http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A321.pdf>.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53108 Bonn,
Bestell-Nr.: A 321 Telefon 0180/51 51 51 0 Fax 0180/51 51 51 1

Informationen zu den Wechseljahren und zur Hormontherapie vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

<http://www.gesundheitsinformation.de/aktuell.63.html>

Aktuelles zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch

Helga Seyler

Berliner Studie zum chirurgischen bzw. medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Die Gründe für die Entscheidung, die psychische Verarbeitung des Abbruchs und die Zufriedenheit mit der gewählten Methode.

Vor kurzem wurden die Ergebnisse einer Studie veröffentlicht, die nach der Markteinführung von Mifegyne von Januar 2000 bis Februar 2001 in Berlin durchgeführt wurde (Hemmerling A 2005). 219 Frauen wurden vor und 4 Wochen nach einem chirurgischen bzw. medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu den Umständen ihrer Entscheidung für die jeweilige Methode und ihrer Zufriedenheit damit befragt. Außerdem wurde mit Fragebogen die psychische Verarbeitung des Abbruchs untersucht.

Alle Abbrüche wurden ambulant in verschiedenen Berliner Praxen durchgeführt; die chirurgischen Abbrüche wurden in Vollnarkose oder örtlicher Betäubung durchgeführt. 147 Frauen hatten sich für den medikamentösen, 72 Frauen für den chirurgischen Abbruch entschieden. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht in demografischen Faktoren.

Die am häufigsten genannten Gründe für die Entscheidung zum medikamentösen Abbruch waren: Narkose und OP vermeiden (84 % der Nennungen), natürlichere Methode (72 %), weniger belastend (67%), besser für nachfolgende Schwangerschaften (64 %). Für die Entscheidung zum chirurgischen Abbruch waren die häufigsten Gründe: bewährte Methode (52 %), möglichst wenig mitbekommen (50 %), geringerer Zeitaufwand (23 %). Angst vor Komplikationen und Angst vor Schmerzen und Blutungen beim medikamentösen Abbruch wurden von 30 bzw. 34 % der Frauen genannt.

Etwa zwei Drittel der Frauen gaben an, die Entscheidung für die Abbruchmethode im Wesentlichen selbst getroffen zu haben, ein Drittel gab an, dass die Entscheidung stark von der Empfehlung des medizinischen Personals beeinflusst

war. Dies zeigt den großen Einfluss der Beratung über die Methoden. Die Entscheidung zum medikamentösen Abbruch hatten mehr Frauen selbst getroffen (knapp 80 %). Die Mehrzahl der Frauen gab an, dass die Wahlmöglichkeit für sie sehr wichtig ist.

Die Blutung dauerte nach dem medikamentösen Abbruch im Durchschnitt 15,2 Tage, im Vergleich zu 10,9 Tagen beim chirurgischen Abbruch. Die Blutung wurde als deutlich stärker angegeben, als nach dem chirurgischen Abbruch (6.8 vs. 3.9 auf einer Skala von 0-10). Etwa 40 % gaben an, dass die Blutung stärker war, als erwartet. Auch die Schmerzen wurden als stärker angegeben (4.4 beim medikamentösen Abbruch, 2.3 beim chirurgischen), jedoch brauchten nur 22% der Frauen im Verlauf des medikamentösen Abbruchs Schmerzmedikamente.

Die Frauen mit medikamentösem Abbruch gaben deutlich mehr Nebenwirkungen wie Krämpfe (34%), Kreislaufprobleme (32 %), Übelkeit (29 %), Erbrechen (15 %) oder Durchfall (17 %) an, als die Frauen mit Absaugung.

Die höhere Rate an Nebenwirkungen hatte jedoch keine negativen Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Frauen mit dem medikamentösen Abbruch. 92 % waren damit zufrieden, knapp 90 % würden die Methode weiter empfehlen, 80 % würden sich bei einem erneuten Abbruch wieder für Mifegyne entscheiden. Die Frauen, die sich für den chirurgischen Abbruch entschieden hatten, waren ebenfalls sehr zufrieden mit der Methode.

Die Ergebnisse zur psychischen Verarbeitung des Abbruchs entsprechen denen aus anderen Studien. Angst und Depression sind vor dem Abbruch deutlich größer als 4 Wochen danach. Nur ein kleiner Teil der Frauen (< 5 %) ist 4 Wochen nach dem Abbruch psychisch stark belastet. In dieser Gruppe finden sich häufiger Frauen, deren Entscheidung zum Abbruch sehr ambivalent war.

Die Frauen, die sich zum medikamentösen Abbruch entschieden, waren vor und nach dem Eingriff weniger ängstlich als die Frauen mit medikamentösem Abbruch. Als möglicher Grund dafür wird diskutiert, dass zum Zeitpunkt der Studie Mifegyne in Deutschland gerade neu zugelassen war, und sich möglicherweise eher weniger ängstliche Frauen für die hier noch wenig erprobte Methode entschieden.

Unter den Frauen mit chirurgischem Abbruch fanden sich mehr, deren Entscheidung ambivalent war und die professionelle Hilfe für die Ent-

scheidung brauchten. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Frauen mit konflikthaftem Entscheidungsprozess mehr Zeit brauchen, und damit die Frist für den medikamentösen Abbruch überschreiten.

Quelle:

Hemmerling A, Siedentopf F, et al. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: a German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2005; 26:23-31

Mifegyne bei 66% der Abbrüche bis zur 7. Schwangerschaftswoche

Sehr oft wird der Anteil von medikamentösen Abbrüchen in Deutschland als sehr niedrig angesehen. Auch die pro familia engagiert sich für einen besseren Zugang der Frauen zum Abbruch mit Mifegyne.

Die Zahl der Abbrüche mit Mifegyne steigt seit der Zulassung gleichmäßig an. Bezogen auf die Gesamtzahl der Abbrüche wurden im Jahr 2000 2% der Abbrüche mit Mifegyne durchgeführt, 2005 ist der Anteil auf 8 % gestiegen. Betrachtet man jedoch nur die Zahl der Abbrüche bis zum Ende der 7. SSW nach der letzten Regel⁹, so wurden 2005 66% dieser Abbrüche mit Mifegyne durchgeführt. Insgesamt wurden 12,3 % der Abbrüche vor der 6. Woche nach Empfängnis durchgeführt, 34 % in der 6.- < 8. Woche und 33,6 % in der 8.- <10. Woche.

Der Anteil der medikamentösen Abbrüche an den frühen Abbrüchen (bezogen auf das Schwangerschaftsalter bis zu dem der medikamentöse Abbruch jeweils zugelassen ist) liegt damit eher höher, als zum Beispiel in Schweden (51%) und Frankreich¹⁰ (56%), die als Länder mit einem hohen Anteil an medikamentösen Abbrüchen gelten. Allerdings ist in Frankreich die Gesamtzahl der Abbrüche vor der 6. Woche nach Empfängnis mit knapp 40 % deutlich höher, als in Deutschland.

Der niedrigere Anteil der frühen Abbrüche in Deutschland könnte wiederum indirekt mit der Verbreitung des medikamentösen Abbruchs zusammenhängen. Viele Einrichtungen führen chirurgische Abbrüche erst nach der 6. Woche nach Empfängnis durch. Das heißt, dass Frauen, die sich für eine Absaugung entscheiden oder denen

⁹ In der Bundesstatistik wird das Schwangerschaftsalter in Wochen nach der Empfängnis angegeben. Das entspricht der Zahl der Abbrüche bis zur 6. Woche.

¹⁰ Der Anteil der Abbrüche mit Mifegyne an der Gesamtzahl der Abbrüche lag 1997 in Frankreich 19 %

kein medikamentöser Abbruch angeboten wird, bis zu diesem Zeitpunkt auf den Eingriff warten müssen, auch wenn sie einen früheren Eingriff wünschen.

Literatur

Jones RK, Henshaw SK. Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2002; 34 Nr 3
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415402.html#16a>

Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Gesundheitswesen, Schwangerschaftsabbrüche 2005

INED – Statistiques de l'Avortement en France_Annuaire 1997.htm

Informationen zur Beratungs- und Versorgungssituation von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen, sind in der Dokumentation „Ergebnisse der Wiederholungsbefragung zur Einführung von Mifegyne“, pro familia 2005, erhältlich. Sie kann über den pro familia-Bundesverband bestellt werden.

Neue Todesfälle nach Abbrüchen mit Mifegyne in den USA gemeldet

In einer Presseerklärung vom 17. März 2006 hat die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) berichtet, dass erneut 2 Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen mit Mifegyne und Misoprostol gemeldet wurden. Zum Zeitpunkt der Presseerklärung war jedoch die Todesursache in beiden Fällen noch nicht geklärt. Inzwischen gab die FDA bekannt, dass einer der Todesfälle nicht mit dem medikamentösen Abbruch zusammenhängt.

Die FDA weist in der Presseerklärung noch mal darauf hin, dass auch nach medikamentösen Abbrüchen auf mögliche Anzeichen von schweren Infektionen wie Fieber, Bauchschmerzen oder starke Blutung geachtet werden muss und auch die Patientinnen darüber informiert werden müssen. Infektionen können jedoch auch ohne Fieber oder Bauchschmerzen verlaufen. Deshalb sollte auch bei untypischen Symptomen wie allgemeinem Krankheitsgefühl, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall an eine Infektion gedacht werden. Bei Verdacht auf eine Infektion sollte ein Antibiotikum gegeben werden, das bei Infektionen mit dem Keim *Clostridium sordellii* wirksam ist.

Bis zum Sommer 2005 waren in den USA vier Todesfälle nach medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen gemeldet worden, die durch schwere Infektionen mit diesem Keim, verursacht waren. Ob der neue Todesfall im Zusammenhang mit dem medikamentösen Abbruch auch dadurch verursacht wurde, ist noch nicht veröffentlicht worden.

Eine vorbeugende Gabe von Antibiotika bei medikamentösen Abbrüchen wird von der FDA nicht empfohlen.

Die Frauen, die bis zum Sommer 2005 nach medikamentösen Abbrüchen gestorben waren, hatten Misoprostol (Cytotec®) vaginal angewendet. Ob es einen Zusammenhang dieser Anwendung mit den Infektionen gibt, ist völlig unklar. Die FDA empfiehlt, Misoprostol entsprechend der Zulassung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs nur oral anzuwenden. Die Planned Parenthood Federation of America (PPFA) hat ihren Einrichtungen dies vorsichtshalber ebenfalls empfohlen..

Dagegen wird angeführt, dass die Vorteile der vaginalen Anwendung von Misoprostol durch zahlreiche und große Studien belegt sind und dass bei einer sehr großen Zahl von Anwendungen in Europa keine schweren Infektionen bekannt geworden sind (Creinin M 2006). Creinin schlägt dagegen vor, dass Misoprostol von medizinischem Personal mit Hilfe eines Spekulum in die Scheide eingeführt wird.

Die Meldung des erneuten Todesfalls hat in den USA wieder massive Reaktionen besonders von Abtreibungsgegnern ausgelöst, mit der Forderung, Mifegyne als „tödlichem Medikament“ die Zulassung zu entziehen. Allerdings ist die Rate an Todesfällen in Bezug auf die Gesamtzahl der medikamentösen Abbrüche in den USA weiterhin sehr gering (ca. 1/100 000), und ein Stop der medikamentösen Abbrüche wäre kein Beitrag zur größeren Sicherheit von Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt (Creinin 2006).

Literatur

A Statement from PPFA. Statement by Vanessa Cullins, MD, MPH Vice President for Medical Affairs Planned Parenthood Federation of America. March 17, 2006-04-07

<http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/media/pressreleases/pr-060317-mife.xml>

FDA Public Health Advisory. Sepsis and Medical Abortion Update. March 17, 2006

<http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/mifeprex200603.htm>

Creinin M, Blumenthal P, Shulmann L. Mifepriston-Misoprostol medical abortion mortality. Medscape General Medicine 27. 4. 06
<http://www.medscape.com/viewarticle/529318>

Pille danach

Hormonelle Nachverhütung mit der „Pille danach“ - Hindernisse in der Versorgung

Aus der Beratungspraxis und aus internationalen Studien ist bekannt, dass der für den Erhalt eines Rezepts notwendige Arztbesuch für viele Frauen ein schwer zu überwindendes Hindernis darstellt, weswegen die „Pille danach“ im Bedarfsfall möglicherweise spät oder gar nicht eingenommen wird. Neben dem Zeit- und dem Kostensaspekt spielt hier auch die Überwindung des Schamgefühls eine wesentliche Rolle.

Die Versorgung am Wochenende und in der Nacht. Unter der Woche können sich Mädchen und Frauen nach einer Verhütungspanne oder ungeschütztem Verkehr regulär an einen Arzt/Ärztin ihres Vertrauens wenden. Zu Zeiten, in denen die Praxen geschlossen sind, wird die ärztliche Versorgung durch die ärztlichen Notarztzentralen und Krankenhausambulanzen übernommen.

Versorgung durch das Krankenhaus. Die wichtigsten Rückmeldungen hierzu: Wenn eine Frau ein Krankenhaus aufsucht um ein Rezept für die „Pille danach“ zu erhalten, ist die Verweigerung der Verordnung kein Einzelfall, das heißt Frauen werden mit ihrem Anliegen wieder weggeschickt. Diese Praxis kommt in Krankenhäusern mit konfessioneller Trägerschaft vor, in denen Angestellten die Verordnung hormoneller Nachverhütung ausdrücklich untersagt wird. Als weiterer Grund wird aufgeführt, dass das Krankenhaus diese Verordnung aus Kostengründen nicht vornehmen kann und als dritter Grund verweigern diensthabende ÄrztInnen die Abgabe aus moralischen Gründen oder mit der Begründung, dass es sich nicht um einen Notfall handle. Es kommt vor, dass bei Frauen, die die „Pille danach“ benötigen, Leistungen wie die gynäkologische Untersuchung, der Schwangerschaftstest und Ultraschalluntersuchungen durchgeführt und abgerechnet werden, die nach internationalen Behandlungsstandards nicht notwendig sind. Belas-

tend empfinden Mädchen und Frauen die Tatsache, das intime Anliegen in der Klinik mehrmals vorbringen zu müssen (Pforte, Pflegepersonal, diensthabende/r Arzt/Ärztin) und die zum Teil sehr langen Wartezeiten (bis zu 3 Stunden)

Versorgung durch die Notdienstzentrale. In den ärztlichen Notdienstzentralen zeigen sich ähnliche Probleme. ÄrztInnen, die nicht aus der Fachrichtung Frauenheilkunde kommen, zeigen sich zuweilen mit der Verordnung überfordert. Dies kann zur Folge haben, dass auch hier Frauen das Rezept nicht erhalten. Und ebenso wie in Krankenhausambulanzen werden als Voraussetzung für eine Verschreibung Untersuchungen wie die gynäkologische Untersuchung oder der Schwangerschaftstest vorausgesetzt. Frauen sehen sich moralischen Bewertungen ausgesetzt und auch die Verordnung des nicht mehr auf dem Markt befindlichen Kombinationspräparats wird gemeldet. Ein Fall aus der Schwangerschaftskonfliktberatung wird beschrieben, wo der Arzt am 8. Zyklustag keine Notwendigkeit der Einnahme sah. Bei Mädchen unter 16 Jahren wird das Einverständnis der Eltern verlangt.

Versorgung durch die Apotheken. Auch wenn eine Frau ein Rezept für die „Pille danach“ in den Händen hält, kann sie mit weiteren Problemen konfrontiert sein, das Medikament zu bekommen. Nicht alle Apotheken haben die „Pille danach“ vorrätig bzw. die Lagerhaltung ist zu gering, so dass Frauen bisweilen mehrere Apotheken aufsuchen müssen. In ländlichen Regionen und ohne Auto kann dies schnell zu einer längeren Verzögerung bis zur Einnahme führen.

Allgemeine Probleme aus der Praxis. Insgesamt wird über einen geringen Kenntnisstand auch bei den potentiellen Anwenderinnen berichtet, Mädchen und Frauen berichten über die hohen Kosten, die ein Hindernis darstellen und auch über ihre Angst vor dem Frauenarzt oder die Schwierigkeiten, einen kurzfristigen Termin zu erhalten.

Zusammenfassung und Handlungsbedarf

Trotz der Verfügbarkeit eines seit den 80er Jahren regulär für die Indikation Notfallkontrazeption nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr zugelassenen Präparats und trotz Verbesserung der Methode durch die Einführung eines reinen Gestagenpräparats im Jahr 2000, werden Probleme in der Versorgung noch aus zahlreichen Teilen des Landes gemeldet.

Die beschriebenen Versorgungsengpässe über Ausgabeverweigerung von Krankenhäusern und

ÄrztInnen, über zeitaufwendige bis schikanöse Prozeduren bis zum Erhalt der „Pille danach“ und die Nicht-Verfügbarkeit in Apotheken stellen Hindernisse dar, die bis heute die Einnahme der „Pille danach“ verzögern und verhindern. Als Gründe für die weiterhin bestehenden Defizite in der Versorgung kommen verschiedene Aspekte in Frage. Zum einen ist zu bedenken, dass noch in der medizinischen Ausbildung der 80er und 90er Jahre die Lehrmeinung verbreitet wurde, dass bei jeder Frau, die die Verordnung der „Pille danach“ wünscht, eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden und eine gynäkologische Untersuchung erfolgen muss. Zu dieser Zeit war die gängige Erklärung der Wirkungsweise der „Pille danach“ die Hemmung der Einnistung eines befruchteten Eis. Wenn man davon ausgeht, dass viele der behandelnden Not- und HausärztInnen keine weiteren Kenntnisse zum Thema erworben haben, so muss die Information in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung über die aktuellen Qualitäts- und Versorgungsstandards zur hormonellen Nachversorgung als zentraler Auftrag derzeitiger Handlungsoptionen erachtet werden.

Die Situation, die aus den Krankenhäusern gemeldet wird, lässt auf Überlastung des ärztlichen Personals und unklare Abrechnungsmodalitäten in der ambulanten Versorgung schließen. Apotheken müssen zu dem Thema weiter sensibilisiert werden, um zu gewährleisten, dass die „Pille danach“ vorrätig ist. Um moralischen und ethischen Bedenken zu begegnen, ist es wichtig, über die aktuellen Erkenntnisse zur Wirkungsweise deutlicher zu informieren. Obwohl die einzige nachweisbare Wirkungsweise die Verzögerung oder Hemmung des Eisprungs ist, wird die „Pille danach“ noch immer im Kontext mit Schwangerschaftsabbruch genannt bzw. mit ihm gleichgesetzt. Doch trotz aller Informationen bleibt es jedem Arzt und jeder Ärztin vorbehalten, die Ausstellung eines Rezepts zu verweigern. Diese Tatsache macht es widersinnig, auf einer Rezeptpflicht zu bestehen. Viele der anderen genannten Hindernisse lassen sich durch eine intensive Fort- und Weiterbildung von ÄrztInnen und klare Abrechnungsregularien in Krankenhäusern verbessern. Frauen und Paare, die an den Grenzen zu Dänemark, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Frankreich und der Schweiz wohnen, können diese fragwürdige und nervenraubende Praxis schon heute leicht umgehen, denn im Nachbarland gibt es die „Pille danach“ rezeptfrei in der Apotheke.

„Pille danach“ in den USA – FrauenärztInnen für Verschreibung vorab, weil die Aufhebung der Rezeptfreiheit auf sich warten lässt.

Sie sind die Hürden, die Frauen auferlegt werden, wenn sie die Pille danach benötigen. Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), das in den USA 49 000 GynäkologInnen repräsentiert, kündigt Anfang Mai die „Ask me“-Kampagne an: Sie soll Frauen über die Methode der Nachverhütung informieren und sie dazu ermutigen, sich die „Pille danach“ vorsorglich verschreiben zu lassen. Frauen soll damit der Aufwand erspart werden, sich im Fall eines ungeschützten Sexualkontakts das Rezept und Präparat innerhalb von 72 Stunden zu besorgen.

Das ACOG setzt sich seit langem für eine rezeptfreie Verfügbarkeit der „Pille danach“ ein und wirft der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA vor, die Freigabe aus politischen Gründen zu verzögern. „Der wissenschaftliche Nachweis und der Konsens unter medizinischen Experten und Fachorganisationen¹¹ ist bei der Einschätzung der hormonellen Nachverhütung in der Geschichte der FDA beispiellos. Dass die „Pille danach“ auch weiterhin nur mit Rezept zu erhalten ist, widerspricht unserem Auftrag, sich für allgemeine Gesundheit und das Gemeinwohl einzusetzen“.

Zur Zeit ist die „Pille danach“ in 9 US-Bundesstaaten rezeptfrei erhältlich, in den übrigen Staaten ist ein Arztbesuch für den Erhalt eines Rezeptes notwendig. Aber sogar mit Rezept besteht die Möglichkeit, dass die Pille danach von den Apotheken nicht abgegeben wird, z.B. wenn die Anwendung der „Pille danach“ nicht den Glaubensgrundsätzen der ApothekerInnen entspricht. Die „Ask me“-Kampagne beinhaltet Poster für die Arztpraxen sowie Ansteckplaketten, mit Texten wie z.B.: „Unfälle passieren – der Morgen danach kann schwierig sein. Egal aus welchen Umständen, Frauen brauchen schnellen Zugang zu Notfallverhütung... Bitten Sie mich heute um einem Rezept- um es zu haben, wenn Sie es brauchen“ (sinngemäß übersetzt aus dem Englischen).

¹¹ Die amerikanische Organisation ARHP- Association of Reproductive Health Professionals hat sich bereits im Dezember 2003 in einem offenen Brief an die FDA gewandt, in dem sie sich für die Rezeptfreiheit der hormonellen Nachverhütung mit dem Präparat Plan B ausspricht. 70 Fachorganisationen, darunter auch die ACOG, haben diesen Brief unterzeichnet.

Studien haben gezeigt, dass Frauen die hormonelle Nachverhütung im Bedarfsfall eher anwenden, wenn sie sie bereits vorrätig haben. Nach Angaben des ACOG ist ca. die Hälfte der mehr als 6 Millionen Schwangerschaften, die pro Jahr in den USA entstehen, ungewollt. Über die Hälfte der Frauen (53%) mit ungewollten Schwangerschaften hat verhütet, aber keine Methode bietet eine 100-prozentige Sicherheit. Das ACOG setzt die Kampagne mit dem Ziel um, Frauen gut vorzubereiten, bevor eine Verhütungspanne oder ein ungeschützter Sexualkontakt vorkommt. „Wir sind optimistisch, dass unsere Kampagne die Zugänglichkeit und die Anwendung der Methode verbessert. Ungewollte Schwangerschaften sind ein bedeutendes Problem unseres Gesundheitswesens und unsere wichtigste Aufgabe ist es, für die Gesundheit von Frauen einzutreten, sie zu schützen und zu fördern“

Quelle:

ACOG News release, 8. Mai 2006: ACOG Steps Up Efforts to Get Emergency Contraception to Women. [www.acog.org/from_home/publications/press-releases/Emergency contraception](http://www.acog.org/from_home/publications/press-releases/Emergency%20contraception). ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) Practise Bulletin Nr. 69. Abstet Gynecol 2005; 106: 1443-52
ARHP – Association of Reproductive Health professionals: EC OTC Sign-on Letter to the FDA, 5. Dez. 2003. www.arhp.org

Hinweise

Reproduktionsmedizin

Erneute Forderung von Gesetzesänderungen

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Bereits im Juni 2005 hat die DGGG eine Informationsveranstaltung mit dem Thema „Kinderwunsch in der Krise“ veranstaltet (der FPR 3/2005 geht ausführlich auf die Empfehlungen und die daraus resultierende ethischen Aspekte ein). Die im Juni 2005 formulierten Forderungen nach einem Fortpflanzungsgesetz werden in der Zeitschrift Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Ausgabe 4/2006, wieder aufgegriffen. Dieser Bericht gibt die wichtigsten Argumente und Empfehlungen der DGGG wieder und soll die Diskussion der gesetzlichen Regelung der Reproduktionsmedizin anregen. Es handelt sich

ausdrücklich nicht um den Standpunkt von pro familia.

Festgestellt wird zunächst, dass trotz dramatischem Geburtenrückgang und seinen antizipierten Auswirkungen auf unsere Gesellschaft, ungewollt kinderlose Frauen und Paare durch die Neuregelungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) seit dem Jahr 2003 mit deutlich mehr Hindernissen im Zugang zu Behandlungsmethoden konfrontiert sind. Weitere Benachteiligung erfahren ungewollt kinderlose Paare durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG), welches eine Behandlung nach höchstem Standard verhindert. Verschiedene erforderliche Maßnahmen werden aufgeführt:

Für die Steigerung der Erfolgsrate von In vitro-Fertilisations (IVF)-Behandlungen hat sich die morphologische Begutachtung¹² des Embryos international durchgesetzt. In vielen Ländern ist sie bereits Entscheidungsgrundlage für die Auswahl der Embryonen, die transferiert bzw. kryokonserviert werden sollen. Neben der negativen Auswirkung auf die Schwangerschaftsraten habe das Verbot einer Embryonenauswahl im internationalen Vergleich hohe Anzahl von Mehrlingsschwangerschaften¹³ zur Folge, da im Regelfall mehr als ein Embryo transferiert wird. Die Entstehung von Mehrlingsschwangerschaften werde auch durch die Neuregelungen des GMG gefördert. Die Reduzierung der von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Behandlungszyklen von vier auf drei und der Eigenanteil der Behandlungskosten von 50 Prozent erhöhen den Erfolgsdruck für alle Beteiligten und können die Entscheidung beeinflussen, eher mehr befruchtete (zwei oder drei) Eizellen zurückzusetzen. Erst durch Single-Embryo-Transfer (SET, Zurücksetzen nur eines ausgewählten Embryos) kann die Problematik der Mehrlingsschwangerschaft weitgehend gelöst werden. Aus ethischer Sicht werden die geforderten Gesetzesänderungen mit dem Recht der betroffenen Frauen auf Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung auf dem Stand der medizinischen Erkenntnisse begründet. Auch das Arztgebot, Schaden zu vermeiden, wird angeführt. Um SET in Deutschland einzuführen und in der Behandlung umzusetzen ist die

¹² Ausführliche Informationen zur morphologischen Begutachtung finden sich in der Dokumentation der pro familia-Fachtagung „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“, Mai 2005. Bezug über den Bundesverband pro familia.

¹³ Auf die Risiken der Mehrlingsschwangerschaft für die werdende Mutter und Kinder geht der FPR 1/2003 ein.

Novellierung des Embryonenschutzgesetzes (EschG) Voraussetzung. Die Zulässigkeit der Embryoauswahl muss klar geregelt werden. Die DGGG wendet sich mit der Forderung an die Politik, das EschG in einer Dringlichkeits-Novelle vorab zu regeln und den SET zu legalisieren. Eine vom DGGG-Vorstand eingesetzte interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat weiterhin folgende wichtigen Punkte für ein neues Fortpflanzungsgesetz formuliert:

- Verbesserung der Schwangerschaftsrate
- Reduzierung der Mehrlingsschwangerschaften
- Regelung der Kryokonservierung
- Regelung der Polkörperdiagnostik
- Schaffung einer Aufsichtsbehörde, verantwortlich für Dokumentation, Beratung, Qualitätssicherung und spezialrechtliche Regelungen
- Regelungen PID

Aus Sicht der DGGG ist der Handlungsbedarf für Neuregelungen dringend, da de facto schon jetzt zahlreiche betroffene Paare die repressive Gesetzgebung in Deutschland durch eine Behandlung im Ausland umgehen.

Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

Die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz ist eine bereits 1986 eingesetzte interministerielle Kommission unter Vorsitz von Minister der Justiz Herbert Mertin. Sie hat sich als unabhängiges und fachübergreifendes Gremium schon sehr früh den Fragestellungen zu Fortpflanzungsmedizin und Stammzellforschung gestellt. Externe Sachverständige werden einbezogen. Themen der Kommission sind insbesondere die Bioethik, Humangenetik, Gentechnologie, Verantwortung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern für ihre Forschung und deren Folgen, Organtransplantation, Reproduktionsmedizin, Präimplantationsdiagnostik und Sterbehilfe. Vor dem Hintergrund neuer medizinischer Forschung, der Weiterentwicklung von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten als auch der fortschreitenden Globalisierung hat sich die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz erneut den Fragestellungen zu Embryonenschutz und Stammzellgesetz gestellt. In ihrem kürzlich veröffentlichten Bericht über Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz kommt sie zu dem Schluss, dass die bestehenden Regelungen des Embryonenschutzes und des Stammzellgesetzes den neuen Herausforderungen nicht mehr genügen. Sie erweisen sich als unvollständig und rechtlich unbestimmt. In ihrem Bericht hat die Kommission Thesen erarbeitet, in denen die Abwägung der ver-

schiedenen Interessen gegeneinander vorgenommen wurde und die das Wohl und die Gesundheit des erhofften Kindes zum Ziel haben. Der Bericht endet mit Empfehlungen an den Gesetzgeber, einen gesamtgesellschaftlichen Handlungsrahmen zu schaffen. Er empfiehlt eine Überprüfung und Lockerung der nationalen gesetzlichen Richtlinien.

In seiner Mehrheit befürwortet das Gremium eine Novellierung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland dergestalt,

- dass bei einer reproduktionsmedizinischen Behandlung mehr als drei Humanembryonen erzeugt werden dürfen,
- dass diese nicht alle in die Gebärmutter eingepflanzt werden sollten, sondern sog. "überzählige" Embryonen, die dann im Zuge der reproduktionsmedizinischen Behandlung legal anfallen könnten, unter bestimmten Voraussetzungen zur Adoption oder zu Forschungszwecken freigegeben werden können,
- dass die im Stammzellgesetz geltende Stichtagsregelung von 2002 aufgehoben werden sollte und Einfuhr und Verwendung von humanen embryonalen Stammzellen zu Forschungszwecken neu festgelegt werden,
- dass morphologische Untersuchungen an Embryonen und die Präimplantationsdiagnostik (PID) in der Fortpflanzungsmedizin unter Einhaltung festgelegter Bedingungen zugelassen werden sollten und Embryonen bei bestimmten erblich bedingten schweren Erkrankungen von der Einpflanzung ausgeschlossen werden,
- dass eine regelmäßige Evaluation der einschlägigen Gesetze und deren Folgen auf dem Hintergrund von sozialen, ethischen, wissenschaftlichen und medizinischen Bewertungskriterien erfolgen sollte.

Der Bericht knüpft an frühere Berichte zu Präimplantationsdiagnostik (Juni 1999) und Stammzellforschung (Juni 2002) an und entwickelt die dort vertretenen Gesichtspunkte. Er erläutert ausführlich und differenziert die Thesen zu medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen. Zu den Empfehlungen finden sich umfangreiche Begründungen.

Der Bericht wird kontrovers diskutiert und in der Kritik wird ihm forschungs- und fortschrittsfreundliche Positionierung vorgeworfen. Unter Hinweis auf Argumentationsparallelen mit der Nationalen Ethikkommission der Schweiz und Bezug auf die National Academy of Sciences der USA weist die Kommission diese Vorwürfe zurück.

Quellen:

8. Bericht zu "Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz, Medizinische, ethische und rechtliche Ge-

sichtspunkte zum Revisionsbedarf von Embryonenschutz- und Stammzellgesetz"
der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, 12. Dezember 2005, Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2006
Im Internet unter:
<http://cms.justiz.rlp.de/justiz/nav/634/binarywriterservlet?imgUid=09620dd6-e553-d801-33e2-dcf9f9d3490f&uBasVariant=e7a67a83-14e2-4e76-acc0-b8da4911e859>

Reformbedarf beim Embryonenschutz- und Stammzellgesetz –Thesen und Empfehlungen der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz vom Januar 2006-05
H Kreß, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 1/2006
Im Internet unter:
www.kup.at/journals/reproduktionsmedizin/index.html

Reproduktionsmedizin: Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland

Embryonenschutzgesetz-[EschG](#) (13. Dezember 1990, Inkrafttretung 01. Januar 1991)

Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen (Stammzellgesetz-[StZG](#), 28. Juni 2002, Inkrafttretung 01. Juli 2002)

[Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik](#)
(Bundesärztekammer 2003)

[Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen](#)
(Bundesärztekammer 2003)

Informationen zum Thema im Internet

www.bionet.online

Diese Seite im Internet ist ein Projekt von acht europäischen Museen und Wissenschaftszentren und steht in neun Sprachen zur Verfügung. Neben ausführlichen wissenschaftlichen Informationen finden sich viele Anregungen zu ethischen Aspekten. Außerdem können die rechtlichen Situationen in den verschiedenen Ländern Europas verglichen werden:

Zum Beispiel Stammzellforschung: was ist wo möglich? Informationen zu internationalen Regelungen unter

www.bionetonline.org/deutsch/Content/sc-leg1.htm

Es besteht die Möglichkeit zur Meinungsäußerung und zur Diskussion.

www.bioethik-diskurs.de

Die vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) in Berlin-Buch in Kooperation mit

dem Forschungszentrum Jülich (FZJ) gegründete interdisziplinäre Arbeitsgruppe untersucht und entwickelt den gesellschaftlichen Diskurs zur Biomedizin. Dabei konzentriert sich die Gruppe auf zwei Schwerpunkte: Auf die ethischen Fragestellungen der biomedizinischen Forschung sowie auf die Wissenschaftskommunikation über Chancen und Risiken der Biomedizin. Im Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft sollen Streitpunkte diskutiert, Lösungsansätze bewertet und tragfähige Handlungsoptionen ermittelt werden. Ziel ist die systematische Weiterentwicklung und Umsetzung von Dialog-Verfahren für einen umsichtigen Umgang mit der Biomedizin.

Schwerpunkte der Arbeitsgruppe sind

- Ethik in der Biomedizin: Innerhalb der Diskurse sollen die ethischen Grundlagen neuer Erkenntnisse und möglicher Anwendungen der Biomedizin transparent dargestellt und reflektiert werden. Im Mittelpunkt steht dabei gegenwärtig das Klonen, die Erzeugung und Verwendung von embryonalen Stammzellen, die Gentherapie sowie der Krankheitsbegriff.

- Wissenschaftskommunikation: Die Kommunikation zwischen Wissenschaft, Politik, Medien und Öffentlichkeit soll verstärkt und strittige Fragen über Chancen und Risiken der Biomedizin sollen offen diskutiert werden.

Keine europaweite Einigung zur Förderung von Projekten mit humanen Embryonalen Stammzellen (hES)

Die Forschungsminister der Europäischen Union haben bei einem Treffen im Frühjahr 2006 keine Einigung darüber erreicht, ob und wie ab 2007 Projekte -die humane embryonale Stammzellen nutzen- durch das Forschungsrahmenprogramm (FP7) des kommenden Jahres gefördert werden können.

Bereits in den Diskussionen zum laufenden Forschungsrahmenprogramm wurden die unterschiedlichen nationalen Richtlinien als Barriere zur Schaffung europaweiter Standards gesehen. Weiterhin gilt das bisherige Verfahren, durch welches Einzelfallentscheidungen zu Forschungsvorhaben und deren Finanzierung durch ein Gremium beschlossen werden. Sechs Projekte sind bisher auf diesem Weg genehmigt worden.

Quelle:

EU still cannot reach agreement on ES cell funding.
BioNews, 16.03.2006

www.bionews.org.uk

In vitro - Maturation

Bei der in vitro - Maturation handelt sich um eine Variante der assistierten Befruchtung. Hierbei werden noch unreife Eizellen aus dem Eierstock entnommen. Die Eizellen reifen ein bis zwei Tage im Reagenzglas – und werden dann wie bei der herkömmlichen In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Samenzellen befruchtet. Die befruchteten Eizellen werden in die Gebärmutter zurückgesetzt. Der Unterschied zur herkömmlichen IVF ist die Entnahme unreifer statt reifer Eizellen und die Eizell- Reifung außerhalb des weiblichen Körpers. Mit dem Verfahren kann die belastende und nebenwirkungsreiche hormonelle Vorbehandlung der Frau umgegangen werden. Das Verfahren ist bisher aber keineswegs Routine. Es wird bei Frauen mit der Diagnose „Polyzystische Ovarien“ erprobt. Auch eine bevorstehende Chemotherapie kann eine Indikation darstellen. Ohne zeitaufwendige hormonelle Behandlung der Frau können Eizellen im unreifen Stadium entnommen werden. Nach der Reifung können sie befruchtet und tiefgefroren gelagert werden, bis sie zu einem späteren Zeitpunkt in die Gebärmutter eingesetzt werden. Das erste IvM- Kind in Deutschland wurde im Januar 2006 geboren. Viele Fragen zu diesem Verfahren sind bisher noch nicht ausreichend beantwortet: Die Erfolgsquoten scheinen niedriger als bei IVF, die Folgen der Eizell- Reifung im Labor sind noch nicht hinreichend bekannt. Da es sich um ein neues Verfahren handelt, fehlen Langzeitdaten.

USA: Schwangerschaften bei Mädchen unter 20

Ungefähr 31 Prozent der sexuell aktiven 15-19-jährigen Mädchen in den USA werden schwanger. Das geht aus einem aktuellen Bericht der „National Campaign To Prevent Pregnancy“ hervor. Grundlage der Auswertung sind die Daten einer im Jahr 2002 durchgeführten Studie zum Thema „Familienwachstum bei Teenager - Jungen und Mädchen im Alter der ersten sexuellen Kontakte“. Von den Mädchen, die bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr unter 15 Jahre alt waren, wurden nahezu 50 Prozent schwanger. Bei denen, die über 15 Jahre alt waren, betrug der Anteil ca. 25 Prozent. Die Schwangerschaftsrate in Zusammenhang mit der Verhütung zeigt, dass wenn eine Verhütungsmethode angewendet wurde, 27 Prozent der Mädchen schwanger wurde. Ohne Verhütung beim ersten Sexualkontakt

betrug der Prozentsatz der Schwangerschaften 43 Prozent.

Die Schlüsse, die aus den Ergebnissen gezogen werden: Anstrengungen sollten unternommen werden, sexuelle Kontakte zu verzögern und die Informationen zu Verhütung verbessern.

Quelle:

Kaiser Network 4. Mai 2006

Neuerscheinung

Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie

Herausgegeben von Maria J. Beckermann und Friederike M. Perl – in 2 Bänden
Band 1: 954 Seiten
Band 2: 1150 Seiten
Euro 245.-
Basel, ISBN 3-7965-1600-9
Schwabe- Verlag

Das gynäkologische Fachbuch unterscheidet sich sehr von bereits erschienenen Büchern zum Thema: Es wurde von Expertinnen aus Klinik und Praxis neu konzipiert und integriert viele Aspekte, die nicht selbstverständlich in medizinischen Fachbüchern Berücksichtigung finden. Den Herausgeberinnen ist es ein großes Anliegen, die Frauenheilkunde so zu darzustellen, wie sie sie auch als potentielle Patientin in der Behandlung zu erfahren wünschen. Transparenz zu vermitteln, warum welche Empfehlungen gegeben werden, ist ebenso bedeutsam wie die Multidimensionalität der ärztlichen Behandlungsansätze, um der Vielfalt von Lebensumständen gerecht zu werden. Systematisch und praxisnahe wird Kommunikationskompetenz vermittelt und die ambulante Versorgung, d.h. die Situation von ÄrztInnen in frauenärztlichen Praxen, aber in gleichem Maße auch die Perspektive der betroffenen Frauen berücksichtigt. Die evidenzbasierte Medizin ist eine wesentliche Grundlage für medizinische Entscheidungsprozesse. In den Kapiteln „Klinische Epidemiologie für den gynäkologischen Alltag“ und „Evidenzbasierte Medizin in der Frauenheilkunde,“ gibt das Buch eine Anleitung für die Bewertung wissenschaftlicher Veröffentlichungen. Die Psychosomatik wird nicht getrennt als Teilaspekt der Frauenheilkunde behandelt sondern ist integraler Bestandteil aller Kapitel. Das Thema „Sexualisierte Gewalt gegen Frauen“ wird enttabuisiert. Mit dem Buch ist in beispielloser Art gelungen, umfassend und fachlich auf

hohem Niveau für eine frauengemäße Medizin zu sensibilisieren. Ein Projekt von vorgelegtem Umfang birgt allerdings Nachteile in der Aktualität. Nicht alle in dem Jahr vor Drucklegung gefundenen medizinischen Weiterentwicklungen konnten noch berücksichtigt werden, für die Qualität des Werkes ist dies allerdings nachrangig.

Angesprochen werden sollen mit dem Buch neben Frauenärztinnen natürlich die männlichen Fachkollegen, ärztliche KollegInnen aus der Allgemeinmedizin, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie andere ExpertInnen des Gesundheitswesens und alle, die sich mit moderner frauenzentrierter Gynäkologie und Geburtshilfe auseinandersetzen wollen.

Das Buch wird auch StudentInnen empfohlen, allerdings liegt die Orientierung nicht auf komprimierter Vermittlung prüfungsrelevanter Fakten.

Ingrid Gerhard, Axel Feige

Geburtshilfe integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie
Elsevier GmbH, München, 2005. Der Urban & Fischer Verlag ist ein Imprint der Elsevier GmbH.
ISBN 3-437-56510-9, www.elsevier.de

Vom Buchrücken: „Geburtshilfe integrativ“ – Frauenheilkunde ohne Grenzen! Erstmals werden von einem Expertenteam konventionelle und komplementäre Therapieansätze in einem Buch nebeneinander gestellt und neue Wege zu einer besonders effektiven und schonenden Behandlung von Schwangeren gewiesen. Ergebnis ist eine moderne, integrative Sichtweise der Geburtshilfe: Es gilt das Motto „und“ statt „entweder oder“.

Die wichtigsten Krankheitsbilder werden sowohl vor schulmedizinischem als auch naturheilkundlichem Hintergrund erläutert und entsprechende Therapiemöglichkeiten diskutiert. Ein integrativer Stufenplan am Ende jedes Kapitels verdeutlicht praxisnah und anschaulich, wie sich konventionelle und komplementäre Therapie am sinnvollsten kombinieren lassen und welche Therapiemaßnahme bei welchem Schweregrad der Erkrankung zum Einsatz kommen sollte.

Urte Skorzynski

FrauSein trotz Krebs – Wie bin ich in meinem Körper nach schwerer Erkrankung, Operation, Chemotherapie? Wie berührt es mein Frausein und meine Sexualität?

Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH, Norderstedt – ISBN 3-8334-4278-6

Vom Buchrücken: Die Gynäkologin Urte Skorzynski führt ihre Leserinnen auf feinfühligere, wertschätzende Art heraus aus der Verunsicherung im eigenen Körper, die oft mit einer Krebserkrankung einhergeht. Sie eröffnet mit diesem Buch ein neues Körperbild und Selbstverständnis des Frauseins und schafft einen neuen Zugang zur Körpersprache der Lust (Sexualität). Darüber hinaus geht sie auf typische Fragen ein, die sich im Rahmen einer Krebserkrankung stellen.

Karin Meisenbacher

Empfängnisverhütung. Methoden, Anwendung, Beratung

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2006, Stuttgart, ISBN 3-8047-2220-2

Vom Buchrücken: Verhüten – aber sicher

Sicher verhüten ist spielend leicht! Oder? Ob natürlich oder hormonell, Kondom oder Implantat: Die Auswahl an Methoden ist größer als je zuvor. Neue Darreichungsformen und Hilfsmittel bereichern das Angebot. Jede Verhütung ist nur so lange sicher, wie sie korrekt angewendet wird.

Was ist zu beachten,

- wenn die Frau von der Pille zum Ring wechselt,
- eine Fernreise unternimmt oder
- eine Verhütungspanne Notfallkontrazeption erfordert?

Sicherheit in der Beratung schafft Sicherheit bei der Anwendung!

W.-B. Schill, R.G. Bretzel, W. Weidner (Hrsg.)

MännerMedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis

Elsevier GmbH, München, 2005. Der Urban & Fischer Verlag ist ein Imprint der Elsevier GmbH.
ISBN 3-437-23260-6

Vom Buchrücken: Bei gesundheitlichen Problemen ist für Männer der Hausarzt meist der erste Ansprechpartner. Was hier zählt, sind Kenntnisse zu männerspezifischen Themen und eine Erweiterung des Behandlungsspektrums für männliche Patienten. Was Sie in diesem Buch erstmals finden: Alle medizinischen Fragestellungen für Männer auf der Basis der neuesten Erkenntnisse im Bereich der geschlechtsspezifischen Medizin.

Silvia Höfer / Nora Szász

Hebammen – Gesundheitswissen

Für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach

Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München, 2006
ISBN: 3-7742-7463-0, www.gu-online.de

Vom Buchrücken: Dieses Buch will Frauen durch die Zeit der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts bis zum Ende der Stillzeit begleiten – und ihnen dabei eine Entscheidungshilfe bieten für ihren ganz persönlichen, richtigen Weg. Die Basis für alle Informationen und Tipps in diesem Buch sind aktuellste Ergebnisse aus Wissenschaft und Forschung.

Ines Albrecht-Engel (Hg.)

Geburtsvorbereitung.

Empfohlen von der Gesellschaft für Geburtsovrbereitung. gfg@gfg-bv.de, www.gfg-bv.de
ISBN 3 499 61724 2

Vom Buchrücken: Jede Schwangere sucht ihren persönlichen Weg für die richtige Vorbereitung, die beste Geburt und eine glückliche Zeit danach. Die Autorinnen dieses Buches sind alle seit Jahren als Geburtsvorbereiterinnen tätig. Ihre ausführlichen Anleitungen und die leicht verständlichen Informationen stärken die Eigenverantwortung und die Kompetenz der werdenden Eltern. Damit sie die beste Methode für eine möglichst selbstbestimmte Geburt finden. Mit vielen Fotos und Übungen.

Die Broschüre „Lesben und Kinderwunsch“ vom Frauengesundheitszentrum Köln wurde überarbeitet und neu herausgegeben.

Es werden alle wesentlichen Themen und Aspekte zu Kinderwunsch, schwanger werden und Leben mit Kindern angesprochen. Dabei werden ausführliche Informationen gegeben, aber auch die Reflexion von Gefühlen und Haltungen zum Thema angeregt.

Die Broschüre kann gegen Versandkosten bestellt werden beim Feministischen Frauengesundheitszentrum Hagazussa e.V. Roonstr. 92, 50674 Köln

Neue Broschüre "Du bist schwanger ... und nimmst Drogen?"

Informationen und Hilfen für drogenabhängige Schwangere

Mit finanzieller Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konnte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS eine neue Broschüre fertig stellen. Diese Broschüre richtet sich an eine kleine, aber wichtige Zielgruppe der Drogenarbeit: drogenabhängige Schwangere. Auf 32 Seiten, im üblichen DHS-

Format, werden nicht nur die Konsequenzen einer Schwangerschaft bei Drogenkonsumierenden dargestellt, sondern auch Hinweise für das Verhalten vor und nach der Geburt gegeben.

Diese Broschüre kann in Einzelexemplaren mit einem mit 0,85 Euro frankierten Rückumschlag (DIN A 5) bei der DHS (Postfach 1369, 59003 Hamm) angefordert werden.

Ein Ansichtsexemplar findet sich im Netz unter www.dhs.de

Veranstaltungen

56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

19.-22.9.2006, Berlin

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Klaus Vetter

Kongressorganisation:

AAK – Amelie Aengeneyndt Kongressorganisation GmbH, Prinzenallee 3, 40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 96 86-37 70

Fax: 0211 96 86-47 70

E-Mail: www.aakongress.de

7. Fiapac- Kongress „Freiheit und Rechte in der Reproduktiven Gesundheit“

13. und 14.10.2006, Rom

Kongressorganisation:

FIAPAC, Mariahilfergürtel 37, A-1150 Wien

Tel.: +43 699 178 178 03

Fax: +43 1 89 22 581

E-Mail: fiapac@aon.at

Homepage: www.fiapac.org

AKF-Jahrestagung

4. und 5. 11. 2006

Gustav Stresemann Institut (GSI),

Bad Godesberg

Thema Sex 2006

Vorläufiges Programm unter www.akf-info.de