

# Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Oktober 2005 Nr. 3

## Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Verlauf und Komplikationen von Chlamydieninfektionen	3
Genitale Chlamydieninfektion – Die Situation in Deutschland	6
Kinderwunsch in der Krise – Reproduktionsmedizin in der Diskussion	9
Pille danach	13
Hinweise	
- Medikamentöser Schwangerschafts- abbruch – Meldungen zu Komplikationen aus den USA	15
- Pilotstudie zur zeitnahen Einnahme von Mifepriston und Misoprostol	16
- Pille und Krebsrisiko	18
- HIV – Neuinfektionen in Deutschland	18
- Portugal plant Volksabstimmung zum Schwangerschaftsabbruch	18
- Übersicht im Internet. Leistungen für Familien	18
Neuerscheinungen	19
Veranstaltungen	19

Impressum: © 2005

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](mailto:rundbrief@profamilia.de)

Internet: [www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief](http://www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief)

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA).

## Einleitung

Sexuell übertragbare Infektionen und Erkrankungen (sexual transmitted disease = STD) sind allgemein wieder in Aufmerksamkeit geraten. Bei HIV/Aids werden steigende Infektionszahlen gemeldet. Papillomvirus- Infektionen sind wegen des häufigen Auftretens und des Verursachens von Krebserkrankungen im Genital- und Analbereich durch Hochrisiko-Virustypen von großer Bedeutung.

Auch die genitale Chlamydieninfektion gehört zu den häufigsten STD und aus Ländern wie USA, Kanada, Großbritannien sowie der skandinavischen Region werden seit Ende der 90 er Jahre steigende Infektionszahlen gemeldet. Die Bedeutung dieser Infektion liegt darin, dass sie weitgehend unbekannt ist und in der Mehrzahl der Infektionsfälle auch nicht bemerkt wird, weil sie ohne Symptome verläuft und trotzdem zu schweren Folgeerkrankungen führen kann.

Der vorliegende Familienplanungs-Rundbrief fasst die aktuellen Informationen zum Thema zusammen.

Präventionsarbeit zum Thema STD hat viele Aspekte. In Deutschland ist die Datenlage zum Thema unzureichend, jedoch können auf Grund von Sentinel-Erhebungen des Robert-Koch-Instituts aktuelle, wenn auch begrenzte Aussagen zur Häufigkeit gemacht werden. Prävention beinhaltet zielgruppenorientierte Information und Aufklärung aber auch frühzeitiges Erkennen und Behandeln der STD. Die Notwendigkeit der Einführung einer Screening-Untersuchung wird für Deutschland diskutiert. Aber auch ohne das Angebot einer Reihenuntersuchung gibt es ein brachliegendes Potential in der ärztlichen Versorgung durch fehlendes Bewusstsein und mangelnde Kenntnisse über sichere Testverfahren.

Wichtig – und leider nicht selbstverständlich – bleibt auch der Hinweis auf Doppelschutz-Maßnahmen: Vor Schwangerschaft und vor STD. International wird intensiv zu chemischen Wirksubstanzen geforscht, die (im optimalen Fall auch Partner-unabhängig) Schutz vor HIV, aber auch den weitverbreiteten STD bieten können. Die bisherigen Ergebnisse sind vielversprechend.

Dem großen Informationsbedarf zu Chlamydien trägt der pro familia- Bundesverband mit der im September 2005 erschienenen Informationsbrochure zur Chlamydieninfektion und dieser Ausgabe des Familienplanungs-Rundbriefs Rechnung.

## Verlauf und Komplikationen von Chlamydieninfektionen

Helga Seyler

Chlamydien sind die kleinsten Bakterien, die es gibt. Sie können, anders als alle anderen Bakterien und ähnlich wie Viren, wegen Besonderheiten ihres Stoffwechsels nur innerhalb von Körperzellen leben und sich vermehren. Sie vermehren sich langsam und führen zu Entzündungen, die meist wenig Beschwerden verursachen und nur langsam fortschreiten. Es gibt verschiedene Typen von Chlamydien, die unterschiedliche Erkrankungen verursachen. Für Genitalinfektionen ist *Chlamydia trachomatis* verantwortlich.

*Chlamydia trachomatis* wird vorwiegend sexuell übertragen. Sie können auch unter der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Chlamydieninfektionen sind wahrscheinlich die häufigste sexuell übertragene Infektion. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich durch direkten Kontakt von Schleimhäuten, also bei Kontakt zwischen Penis und Vagina oder Anus, aber auch bei oral-genitalem Sex. Eine Übertragung durch Scheidensekret oder Samenflüssigkeit an Sexspielzeug oder Fingern ist wahrscheinlich auch möglich. Kondome schützen vor einer Übertragung, bei orogenitalen Kontakten können Latextücher zum Schutz verwendet werden. Sexspielzeug sollte bei gemeinsamer Benutzung mit einem Kondom überzogen, oder zwischendurch abgewaschen werden.

### Testmethoden

Chlamydien können nur mit speziellen Testverfahren nachgewiesen werden, die im Laufe der letzten 20 Jahre deutlich verbessert wurden. Am sichersten ist der Nachweis mit PCR und LCR, mit diesen Methoden können Chlamydieninfektionen auch im Urin nachgewiesen werden. Die Schnelltests, die häufig in Arztpraxen durchgeführt werden, weisen nur 50-60% der Infektionen nach. Sie können auch falsch positiv sein, zum Beispiel bei Blutungen oder bei Entzündungen mit anderen Ursachen. Am besten gelingt der

Nachweis bei frischen Infektionen am Gebärmutterhals.

Die Antikörperdiagnostik im Blut (serologische Verfahren) zeigt an, dass sich der Körper mit Chlamydien auseinandergesetzt hat und Antikörper gebildet hat. Ob die Infektion noch weiter läuft oder ausgeheilt ist, kann bei bestimmten Werten vermutet werden, ist aber nicht sicher. Wenn nur der Gebärmutterhals von der Infektion betroffen ist, können Antikörper im Blut fehlen.

### Symptome, Verlauf

Die meisten Chlamydieninfektionen werden nicht bemerkt, weil sie wenig oder gar keine Beschwerden verursachen. Der Verlauf dieser (unbehandelten) Infektionen ist daher nicht bekannt. Sehr oft beschränkt sich die Infektion wahrscheinlich auf den Gebärmutterhals und heilt nach einiger Zeit aus. Manchmal können gelblicher Ausfluss oder Kontaktblutungen, zum Beispiel nach Geschlechtsverkehr ein Zeichen der Infektion am Muttermund sein. Bei der gynäkologischen Untersuchung findet sich häufig eine Rötung und Schwellung der Schleimhaut am Muttermund sowie gelblich-klebriges Sekret. In vielen Fällen sind bei der Untersuchung jedoch keine Zeichen der Chlamydieninfektion zu sehen.

Zwischenblutungen können ein Anzeichen für Infektionen in der Gebärmutter sein. Wenn die Chlamydien in die Eileiter aufsteigen, können sie dort zu langsam fortschreitenden Entzündungen mit zunehmender Vernarbung führen. Diese Infektion kann Schmerzen verursachen, oft bestehen aber keine Beschwerden.

Wenn später Komplikationen wie Eileiterschwangerschaften oder Unfruchtbarkeit auftreten, ist die primäre Infektion am Muttermund längst ausgeheilt, und meist sind auch in der Gebärmutter oder im Eileiter keine Chlamydien mehr nachweisbar. Dass eine frühere Chlamydieninfektion die Ursache für diese Komplikationen ist, kann bei Nachweis von Antikörpern im Blut vermutet werden.

Beim Mann verursachen Chlamydien eine Entzündung der Harnröhre und können auch die Prostata und Nebenhoden befallen. Die Infektion verursacht selten Beschwerden wie Brennen beim Wasserlassen oder gelblicher Ausfluss aus der Harnröhre. Ein Zusammenhang zwischen eingeschränkter Zeugungsfähigkeit und früheren Chlamydieninfektionen ist nicht gesichert (Eggert-Kruse 1997).

### Chlamydieninfektionen in der Schwangerschaft

Chlamydien können während der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Das Kind kann dann eine eitrige Infektion der Augen-Bindehäute bekommen. Seltener können Chlamydien beim Kind eine Lungenentzündung verursachen.

Ob durch Chlamydieninfektionen auch vorzeitige Wehen und eine Frühgeburt ausgelöst werden können, ist nicht endgültig geklärt.

Bei einer Gebärmutterinfektion im Wochenbett sind Chlamydien jedoch eine häufige Ursache.

### Behandlung

Die Behandlung mit Antibiotika (Doxycyclin, bei Schwangeren Erythromycin) führt bei frischen Infektionen am Gebärmutterhals am ehesten zu einer vollständigen Ausheilung. Sie muss in diesen Fällen mindestens 10 Tage lang durchgeführt werden. Bei Infektionen der Gebärmutter oder Eileiter beträgt die Behandlungsdauer drei Wochen. Inzwischen gibt es auch ein Medikament (Azithromycin), bei dem eine einmalige Dosis ausreichend ist.

Die Ausheilung muss durch einen Kontrollabstrich überprüft werden. Wenn dabei hoch empfindliche Tests wie die PCR oder LCR verwendet werden, darf der Kontrollabstrich frühestens drei Wochen nach Ende der Behandlung durchgeführt werden.

Der oder die Sexualpartner sollten immer auch auf Chlamydien untersucht und gegebenenfalls auch behandelt werden. Da viele Männer große Abneigung gegenüber einer Untersuchung haben, gelingt die Behandlung zuverlässiger, wenn der oder die Partner ohne vorherige Diagnostik behandelt werden, zum Beispiel, indem die Frauen ein Antibiotikarezept für die Partnerbehandlung von ihrer ÄrztIn bekommen und weitergeben.

### Spätfolgen

Es ist unbestritten, dass Chlamydieninfektionen vom Gebärmutterhals in die Gebärmutter und Eileiter wandern können und dort Entzündungen verursachen können. Unbestritten ist auch, dass diese Entzündung zu Vernarbungen und Verklebungen der Eileiter führen kann, mit der Folge von Eileiterschwangerschaften oder Unfruchtbarkeit.

Wie häufig solche Komplikationen auftreten, entweder nach unbemerkten und unbehandelten Infektionen, oder auch nach festgestellten und behandelten Chlamydieninfektionen, darüber gibt sehr unterschiedliche Schätzungen. Meist werden sehr hohe Komplikationsraten angegeben. Die Häufigkeit von Infektionen der Eileiter<sup>1</sup> nach Chlamydieninfektion am Gebärmutterhals wird auf 15-80% geschätzt. Nach weiteren Schätzungen haben 5-25% der Frauen mit einer Eileiterinfektion in späteren Jahren eine Eileiterschwangerschaft und 10-20% werden wegen Vernarbungen der Eileiter unfruchtbar.

Studien über Spätfolgen werden überwiegend mit Frauen durchgeführt, die wegen unerfülltem Kinderwunsch medizinische Behandlung suchen. Wenn bei diesen die Eileiter mit Bauchspiegelung oder Ultraschall untersucht werden (wenn keine hormonellen Ursachen für die Unfruchtbarkeit gefunden wurden), finden sich oft Vernarbungen der Eileiter (bei etwa 30%, Eggert-Kruse 1997). Ein großer Teil dieser Frauen hat wiederum hohe Antikörperkonzentrationen gegen Chlamydien, die für eine frühere Infektion sprechen. Die Chlamydien sind dann meist nicht mehr nachweisbar. Die Häufigkeit von Chlamydienantikörpern bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch wird insgesamt mit etwa 20 % angegeben (Eggert-Kruse). In dieser Häufigkeit können Chlamydienantikörper aber auch in der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen werden (Petersen 2003). In einer Untersuchung waren bei 26% der 15-44-jährigen Frauen mit negativem Chlamydienabstrich Antikörper im Blut nachweisbar (Valkengoed 2004).

Eine niederländische Arbeitsgruppe, die sich mit den Schätzungen über Komplikationsraten nach Chlamydieninfektionen beschäftigt, kommt zu deutlich niedrigeren Zahlen (Valkengoed 2004). Diese Arbeitsgruppe hat Zahlen über die Häufigkeit von Eileiterentzündungen, Eileiterschwangerschaften oder durch Eileiterverschluss bedingter Unfruchtbarkeit in der Bevölkerung insgesamt zur Basis ihrer Schätzungen gemacht, anstatt nur von der Gruppe der Frauen mit Komplikationen auszugehen. Die Häufigkeit von Eileiterentzündungen betrug in Amsterdam 1990 bei den 15-44-jährigen Frauen 0,5 %, von denen nur etwa die Hälfte durch Chlamydien verursacht wurde.

Die Häufigkeit von Eileiterschwangerschaften insgesamt berechnen sie in den Niederlanden mit 0,07% pro Jahr bei den 15-40-jährigen Frauen. Von diesen ist knapp die Hälfte eine Folge von Chlamydieninfektionen.

Die Häufigkeit von Unfruchtbarkeit wird in Amsterdam auf 20 von 10 000 Frauen pro Jahr geschätzt. Die AutorInnen gehen davon aus, dass 14% davon durch Eileiterverschluss bedingt sind.

Auf Basis dieser Zahlen berechnen sie die Wahrscheinlichkeit, nach einer Chlamydieninfektion eine Eileiterschwangerschaft zu bekommen, mit 0,07%, und für eine Unfruchtbarkeit durch Eileiterverschluss mit 0,02%.

Eine der wenigen prospektiven Studien verfolgte Frauen, die einen Chlamydientest durchführen ließen, über 10 Jahre (Andersen 2005). Die Frauen, die nach dem positiven Testergebnis eines Chlamydienabstrichs mit Antibiotika behandelt wurden, wurden mit den Frauen mit negativem Testergebnis verglichen, und die Häufigkeit von Eileiterschwangerschaften und Geburten beobachtet. 1,5% der Frauen mit positivem Testergebnis hatten in dieser Zeit eine Eileiterschwangerschaft (0,7% pro Jahr). Allerdings hatten in der Vergleichsgruppe von Frauen mit negativem Testergebnis 3 % eine Eileiterschwangerschaft (1,4% pro Jahr). Die AutorInnen gehen davon aus, dass in dieser Gruppe Frauen mit falsch-negativem Testergebnis waren, deren Infektion deswegen nicht behandelt wurde. Die Zahl an Geburten war in beiden Gruppen gleich.

### **Bedeutung der Komplikationsraten**

Die Zahlen zur Häufigkeit von Spätfolgen der Chlamydieninfektionen werden neben der Häufigkeit der Infektionen selbst als Argumente für verschiedene Ziele eingesetzt.

In erster Linie sind es Argumente, die den Nutzen und die Kosteneffektivität eines Screenings von möglichst breiten Bevölkerungsgruppen auf Chlamydieninfektionen belegen sollen. Zur Zeit werden Chlamydientests ohne Beschwerden oder Anzeichen für die Infektion nur bei schwangeren Frauen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Das Ziel dieses Screenings ist es, Folgekrankheiten bei den Neugeborenen zu verhindern. Die schwangeren Frauen selbst sind nicht die Gruppe mit dem höchsten Risiko für eine Chlamydieninfektion. Deshalb wird über den Nutzen eines breiteren Screenings, etwa von bestimmten Altersgruppen, oder anders definierten Risikogruppen derzeit diskutiert.

<sup>1</sup> In der englischsprachigen Literatur wird von pelvic inflammatory disease, PID (übersetzt; Entzündung des Beckens) gesprochen, und alle Häufigkeitsangaben beziehen sich darauf. In diesem Text wird der Begriff Eileiterentzündung synonym zu PID verwendet

Die Gefahren von Chlamydieninfektionen werden aber auch als Argumente verwendet, um die Notwendigkeit der Prävention durch Schutzmaßnahmen wie Kondombenutzung zu unterstreichen. Die Gefahren von sexuell übertragbaren Infektionen sollen ins Bewusstsein von Jugendlichen und Erwachsenen gebracht werden, zum Beispiel im Rahmen der Sexualpädagogik oder bei der Verhütungsberatung. Da es jenseits von HIV kaum ein Bewusstsein für das Risiko von Infektionen beim Sex gibt, ist es wichtig, dieses Thema anzusprechen und darüber zu informieren. Allerdings scheint die Dramatisierung von Risiken eine fragwürdige Strategie, um Menschen, im besonderen Jugendliche, zur Anwendung von Schutzmaßnahmen zu motivieren.

### Literatur

Eggert-Kruse W, Rohr G, et al. Chlamydia-trachomatis-Infektionen und Fertilität. Infektionsepidemiologische Forschung II/1997; 8-13

Petersen EE. Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme Verlag Stuttgart, New York 2003

Valkengoed IGM, Morre SA, et al. Overestimation of complication rates in evaluation of chlamydia trachomatis screening programmes – implication for cost-effectiveness analyses. Int J Epidemiol 2004; 33: 416-25

## Genitale Chlamydieninfektion - Die Situation in Deutschland

*„Chlamydia-trachomatis- und Papillomvirus-Infektionen (HPV<sup>2</sup>) sind in den Industriestaaten die häufigsten sexuell übertragenen Infektionen. Da die Erkrankungen zum einen nicht meldepflichtig sind und zum anderen eine Infektion mit diesen Erregern häufig über lange Zeiträume symptomlos verlaufen kann, ist eine Abschätzung der Verbreitung schwierig.“* Diese Feststellung aus der Publikation „Infektionsepidemiologische Forschung“ des Robert Koch Instituts (RKI) aus dem Jahr 1997 hat bis heute Gültigkeit. Bis auf HIV- und Syphilis-Infektionen sind sexuell über-

tragene Krankheiten nicht mehr meldepflichtig. Es gibt so gut wie keine repräsentativen Daten über die Häufigkeit von Chlamydieninfektionen (sowie anderen Infektionen wie zum Beispiel Gonorrhö) in der Bevölkerung allgemein oder in bestimmten Bevölkerungsgruppen<sup>3</sup>.

In anderen europäischen Ländern wie Schweden, die Niederlande und Großbritannien wurde seit Mitte der 90er Jahre eine deutliche Zunahme der Chlamydieninfektionen und anderen STD beobachtet, verbunden mit Anzeichen dafür, dass Kondome zum Schutz vor Infektionen immer seltener benutzt werden.

Einige Untersuchungen beschäftigen sich nun auch in Deutschland mit der Bedeutung von STD.

Die Veröffentlichung, aus der das oben genannte Zitat stammt, ist die einzige epidemiologische Studie in einer repräsentativen Gruppe von Frauen, die in Deutschland zur Prävalenz<sup>4</sup> genitaler Chlamydien- und HPV- Infektion durchgeführt wurde. Dabei wurden 5022 20-40jährige Frauen, die wegen einer Krebs-Früherkennungsuntersuchung oder einer Kontrolluntersuchung bei Pilleneinnahme zur Frauenärztin gingen, in 83 Berliner Arztpraxen untersucht. Die Stichprobe war repräsentativ für die Berliner Frauen dieser Altersgruppe. Bei 3,6 Prozent der untersuchten Frauen wurde eine Chlamydieninfektion nachgewiesen (HPV-Nachweis in 19,7 Prozent<sup>5</sup>). Als Marker für ein erhöhtes Infektionsrisiko spielten verschiedenen Faktoren eine Rolle. Von besonderer Bedeutung waren die Angaben zum Sexualverhalten (Anzahl der Sexualpartner in den letzten fünf Jahren). Ein erhöhtes Risiko bestand bei Frauen im Alter zwischen 20 und 24 Jahren und bei ledigen, kinderlosen Frauen, die mehr als zwei Partner während der letzten 12 Monate angegeben hatten. Die Prävalenzrate nahm mit steigender Partnerzahl zu und umgekehrt mit

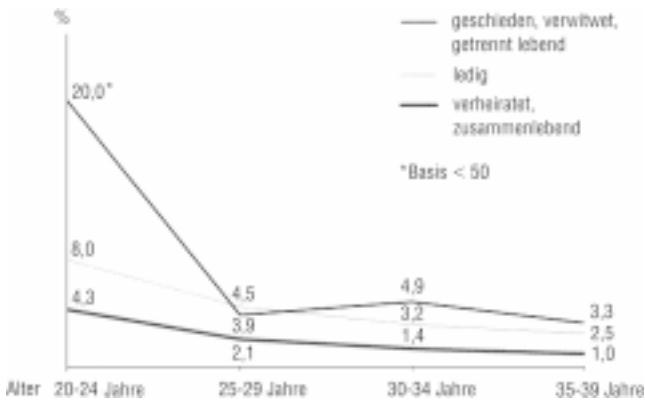
<sup>3</sup> Das Infektionsschutzgesetz (IFSG) ist im Januar 2001 in Kraft getreten. Bis dahin war die Gonorrhö meldepflichtig. Für die genitale Chlamydieninfektion bestand damals wie auch heute keine Meldepflicht. Bezogen auf sexuell übertragene Krankheiten besteht Meldepflicht laut IFSG nicht-namentlich bei dem direkten oder indirekten Nachweis der Krankheitserreger für HIV oder Treponema Pallidum (Syphilis) und für alle akuten Virushepatitiden, die z.T. auch sexuell übertragen werden

<sup>4</sup> Prävalenz: Anteil der Erkrankten an der Gesamtbevölkerung

<sup>5</sup> Zur Häufigkeit und Bedeutung von HPV-Infektionen siehe auch Familienplanungsrundbrief Dezember 2003 Nr. 4

<sup>2</sup> HPV: Humanes Papillomvirus

steigendem Alter ab. Die hochgerechnete Prävalenz auf die Gesamtbevölkerung wurde mit 2,9 Prozent angegeben.



Chlamydien-Prävalenzen nach Alter und Familienstand  
Grafik Robert-Koch-Institut

### STD- Sentinel des Robert Koch Instituts

Das im Jahr 2002 eingerichtete Projekt Sentinel-Surveillance des RKI ist ein Erfassungssystem für die wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten (STD<sup>6</sup>). Es hat zum Ziel, auch ohne zentrale Meldepflicht Daten zu den wichtigsten STD zu erhalten. Besonders geht es darum, Angaben zur Verbreitung von Infektionskrankheiten, zur Struktur der betroffenen Bevölkerungsgruppen, zum Risikoverhalten und zu epidemiologischen Tendenzen zu erhalten und um besonders gefährdete Gruppen zu identifizieren. An der Erhebung nehmen verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Gesundheitsämter, Arztpraxen und STD- Ambulanzen teil. Aktuell sind es 259 Einrichtungen in 116 Städten. Die Daten werden mittels Fragebögen erhoben. Im Diagnosebogen machen die ÄrztInnen Angaben über die Diagnose, demografische Merkmale und den möglichen Übertragungsweg. Im Patientenbogen wird nach sexuellem Verhalten, Übertragungsweg, Bildungsstand und Migrationshintergrund gefragt. Erfasst werden Chlamydieninfektionen, Gonorrhoe, Trichomonadeninfektion, HIV, Herpes Simplex Virus, Syphilis, Hepatitis A und B.

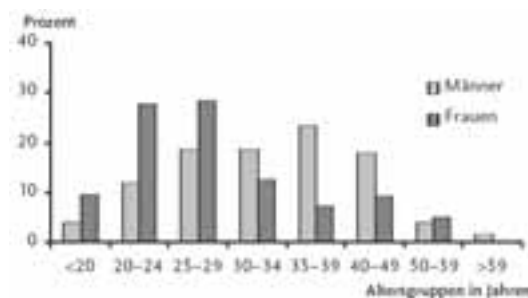
Nach Beurteilung des RKI lassen die vorliegenden Ergebnisse zwar keine Rückschlüsse auf die genaue Inzidenz<sup>7</sup> der untersuchten STD zu, jedoch ergeben sich bereits jetzt wichtige Hinwei-

se. Allgemein kann festgestellt werden: Die am häufigsten festgestellten STD sind HPV-, Herpes genitalis- und Chlamydieninfektionen. Da Chlamydieninfektionen kaum Beschwerden verursachen und die Betroffenen deswegen keinen Grund haben, zur Ärztin zu gehen, ist von einer hohen Dunkelziffer nicht festgestellter Infektionen auszugehen.

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum in den beteiligten Einrichtungen bisher 21.923 Untersuchungen durchgeführt. Davon wurden 6,9 Prozent der Proben positiv auf Chlamydien getestet. Bei den insgesamt erfassten Infektionen beträgt Anteil der Chlamydieninfektionen 22 Prozent (im Vergleich: Syphilis 15,1 Prozent, Gonorrhoe 13,2 Prozent). Damit war die Chlamydieninfektion in dieser Erhebung die am häufigsten festgestellte Erkrankung.

Frauen waren mit 67,8 Prozent der Fälle deutlich häufiger von einer Chlamydieninfektion betroffen und unterschieden sich in folgenden Punkten von der Gruppe der Männer, bei denen eine Chlamydieninfektion festgestellt wurde:

Bei untersuchten Männern ist die Altersgruppe 20-49 am häufigsten betroffen (Altersmedian 32 Jahre), bei untersuchten Frauen ist die Altersgruppe deutlich umschriebener, es sind die 20-29 jährigen (Altersmedian 24 Jahre).



Altersverteilung der berichteten Chlamydien-Patienten, 1.11.2002 bis 31.7.2004 (n = 645), STD-Sentinel des RKI  
Grafik Robert-Koch-Institut

Frauen mit Infektionen stammten in 62,5 Prozent nicht aus Deutschland, bei den Männern lag dieser Anteil bei ca. 30 Prozent. Deutliche Unterschiede gibt auch es bei den Infektionsquellen: Bei den untersuchten Frauen erfolgte die Infektion einer sexuell übertragbaren Erkrankung (nicht nur Chlamydien) in ca. 68 Prozent durch Prostitution und ca. 22 Prozent durch heterosexuelle Kontakte. Bei den Männern war der wahrschein-

<sup>6</sup> STD: Sexually Transmitted Disease = Sexuell übertragbare Erkrankung

<sup>7</sup> Inzidenz: Anzahl neuer Krankheitsfälle pro Jahr

lichste Infektionsweg MSM<sup>8</sup> (ca. 59 Prozent) und heterosexuelle Kontakte (in ca. 40 %). In über 11 Prozent war die diagnostizierte Chlamydieninfektion nicht die erste Infektion.

Das RKI kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Im STD- Sentinel sind Chlamydieninfektionen und Gonorrhö die am häufigsten gemeldeten Erkrankungen. Von einer Chlamydieninfektion sind besonders junge Frauen und Sexarbeiterinnen betroffen. Anhand der vorliegenden Erkrankungszahlen können keine Trends festgestellt werden (Anmerkung der Redaktion: Ausnahme betrifft die aktuelle Mitteilung zu den HIV- Neuinfektionen, siehe Seite 18). Die Anzahl der monatlich durch das Sentinel gemeldeten Chlamydieninfektionen ist seit Beginn der Befragung nicht gestiegen. Ein Anstieg der Infektionen vor Beginn der Befragung und damit eine Infektionsrate auf hohem Niveau kann damit nicht ausgeschlossen werden. Eine genauere Abschätzung der Infektionshäufigkeiten wird auch dadurch erschwert, dass viele Infektionen asymptomatisch verlaufen. Und selbst wenn Symptome angegeben werden, wird aus Kostengründen häufig eine Labordiagnostik nicht durchgeführt. Das RKI geht davon aus, dass die tatsächliche Zahl von Chlamydieninfektionen und der Gonorrhö mindestens der der gemeldeten Syphilisfälle entspricht.

Doppelinfectionen kamen in ca. 10 Prozent vor. Doppel- bzw. Mehrfachinfektionen sollten immer in Erwägung gezogen und bei einer festgestellten Infektion labordiagnostisch ausgeschlossen werden.

Mit Besorgnis registriert das RKI die Tatsache, dass bei vielen Betroffenen (mehrheitlich Männer) eine STD nicht zum ersten Mal festgestellt wird und dass die Verwendung von Kondomen nur selten angegeben wird. Demnach führt auch eine erlebte Infektion nicht zu einer Veränderung im Schutzverhalten.

Das RKI sieht die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit als belegt und diskutiert die Einführung einer Meldepflicht für Chlamydia trachomatis und Gonorrhö.

### **Prävalenzbeobachtung und Aufklärung bei jungen Mädchen in Berlin**

Die Interventionsstudie von Gille et al. wurde mit der Zielsetzung durchgeführt, das Sexual- und

Verhütungsverhalten minderjähriger Mädchen zu erfragen und das Wissen Minderjähriger zum Thema Chlamydien zu verbessern sowie die Prävalenz der Chlamydieninfektionen zu erheben. Die Studie wurde von Ärztinnen der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frauen (ÄGGF) und Berliner GynäkologInnen, die in einem Arbeitskreis zu Sexualität und Infektionen zusammengeschlossen sind, durchgeführt.

In 92 Berliner Schulklassen wurden Mädchen zu ihrem Wissen und ihren Vorstellungen befragt, zum Thema Chlamydieninfektion informiert und es wurde ihnen ein freiwilliger, kostenloser Chlamydien-Screeningtest angeboten.

512 Abstriche und angebotsbegleitende Frageböden wurden ausgewertet. Der Anteil der Minderjährigen betrug dabei knapp 50 Prozent. Die weitere Auswertung ergab: 6,4 Prozent der untersuchten Minderjährigen hatten eine Chlamydieninfektion. Durchschnittlich waren die Mädchen seit 19 Monaten sexuell aktiv, bevor die Diagnose gestellt wurde. 75 Prozent der betroffenen Mädchen hatte keine Beschwerden. Die Prävalenz zeigte eine Abhängigkeit vom Alter, sie stieg von 3,5 Prozent bei den 15-jährigen auf 10 Prozent bei den 17-jährigen. Die Infektionsprävalenz stieg mit der Anzahl der Sexualpartner und lag bei der Angabe von mehr als 10 Sexualpartnern bei 19 Prozent. Bei der Befragung zum Verhütungsverhalten wurde deutlich, dass die Anwendung von Kondomen nach dem ersten Geschlechtsverkehr stark nachlässt. Kondome wurden mehrheitlich zur Verhütung genutzt, wenn die Mädchen noch keine oralen hormonellen Kontrazeptiva verwendeten. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben drei Viertel der Mädchen an, in den letzten sechs Monaten die Pille zur Verhütung angewendet zu haben.

Die befragten Berliner Schülerinnen hatten kaum Kenntnisse über Chlamydieninfektionen: 83 Prozent gaben an, noch nie von Chlamydien gehört zu haben. Fast 90 Prozent wussten nichts darüber, dass eine Chlamydieninfektion ohne Symptome längere Zeit bestehen kann.

So wird die Chlamydieninfektion dreifacher Hinsicht als unbekannte Krankheit bezeichnet: Unbekannt als Krankheit, unbekannt für die meisten Infizierten und unbekannt im Sinne von fehlenden epidemiologischen Daten.

#### Quellen:

Koch J, Kirsch W, Schäfer A. Bestimmung der Prävalenz genitaler HPV- und Chlamydia-trachomatis-Infektionen in einem repräsentativen Querschnitt der weiblichen Normalbe-

<sup>8</sup> MSM bezeichnet Männer, die Sex mit Männern haben, geht aber nicht von einer rein homosexuellen Gruppe aus



völkerung in Berlin. Infektionsepidemiologische Forschung 11/97; 1-7

Gille G, Klapp C, et al.: Chlamydien- eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen, Prävalenzbeobachtung bei jungen Mädchen in Berlin, Dtsch Ärztebl 2005; 102: A 2021-5

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten: Gonorrhö und genitale Chlamydiose in Deutschland nach Daten des STD-Sentinels des RKI. Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch Instituts 2004. Nr.39

Bremer V, Marcus U, Hamouda O. Sexuell übertragbare Erkrankungen in Deutschland – die stille Epidemie, Dtsch Ärztebl 2005; 102:A 2400-03

### **Buchtip**

SPI Forschung gGmbH (Hrsg.): Sexuell übertragbare Krankheiten. Ein Lesebuch für die Beratungspraxis. Asanger Verlag, Heidelberg, Kröning 2004

Das vorliegende „Lesebuch“ bündelt umfassende Informationen rund um die STD-Beratung. Es ist ein Nachschlagwerk für die Beratungspraxis mit grundlegenden Informationen zum historischen, politischen, epidemiologischen und rechtlichen Rahmen der STD-Beratung. Es enthält allgemeinverständliche medizinische Beiträge über Anatomie, Physiologie, Erreger und Krankheitsbilder. Außerdem unterstützt es mit den detaillierten Informationen, konkreten Konzepten und Erfahrungsberichten aus der Praxis die Beratungsarbeit. Ein besonderer Schwerpunkt ist der Beratung von MigrantInnen und der interkulturellen Öffnung der STD-Arbeit gewidmet.

## **Kinderwunsch in der Krise – Reproduktionsmedizin in der Diskussion**

Ines Thonke, Helga Seyler

Reproduktionsmedizinische Behandlungen bleiben ethisch umstritten. Neue Techniken werfen neue Fragen nach Nutzen und Risiken auf. Bei etablierten Behandlungsformen werden mit der zunehmenden Zahl von Behandlungen und im Laufe der Zeit die Folgen deutlicher sichtbar.

Aktuell werden – hauptsächlich von ReproduktionsmedizinerInnen - die Folgen der neuen Kostenregelung diskutiert: Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen für IVF- und ICSI- Behandlungen eingeschränkt. Derzeit werden 50 Prozent der Kosten von maximal drei Zyklen einer IVF- oder ICSI-Behandlung, bei Frauen bezahlt, die mindestens 25 Jahre und maximal 40 Jahre alt sind.

Außerdem soll eine neue Technik, der „Single-Embryonen-Transfer nach morphologischer Beobachtung von Embryonen“ auch in Deutschland angewendet werden. Diese Untersuchung entspricht möglicherweise nicht den rechtlichen Voraussetzungen des Embryonenschutzgesetz.

Auch ist der Handel mit Eizellen zwischen Fortpflanzungskliniken in Rumänien und Großbritannien publik geworden und hat die Diskussion um die Eizellspende in Deutschland belebt.

### **„Kinderwunsch in der Krise“**

Unter diesem Titel organisierte die Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) im Juni 2005 eine Diskussionsveranstaltung in Berlin (weitere Informationen dazu finden sich auf den Internetseiten der DGGG [www.dggg.de](http://www.dggg.de)).

Dort forderten die reproduktionsmedizinisch tätigen FrauenärztInnen eine Rücknahme der beschränkten Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen für IVF- und ICSI- Behandlungen. Als Argument für die Notwendigkeit der besseren Verfügbarkeit reproduktionsmedizinischer Behandlungen durch Übernahme der Kosten wird die niedrige Geburtenrate in Deutschland angeführt. 2002 wurden etwa 1,6% der geborenen Kinder mit Hilfe solcher Behandlungen gezeugt. 2004 hat sich die Zahl der nach assistierter Reproduktion geborenen Kinder fast halbiert. Ob bzw. in welchem Maß sich dieser Rückgang auf die Geburtenrate insgesamt auswirkt, ist nicht bekannt. So zeigen Studien, dass ein nennenswerter Teil der Paare, bei denen eine IVF- oder ICSI- Behandlungen als notwendig erachtet werden, auch ohne diese schwanger werden (vor oder nach der Behandlung oder in Behandlungspausen).

Die Altersbeschränkung der derzeitigen Kostenregelung ist damit begründet, dass Frauen unter 25 Jahren noch eine hohe Chance haben, auch ohne künstliche Befruchtung ein Kind zu bekommen. Bei Frauen über 40 Jahren sind die Er-

folgsaussichten der Behandlung andererseits zu gering, um die Kosten zu rechtfertigen. Die Kostenbeteiligung von 50 % ist aber für viele Paare eine Hürde. Eine IVF-Behandlung kostet pro Zyklus ca. 3000 €, eine IVF-Behandlung mit ICSI kostet ca. 3600 €.

### Entwurf für ein Fortpflanzungsmedizingesetz

Auf der Veranstaltung wurde auch der Entwurf für ein Fortpflanzungsmedizingesetz vorgestellt und diskutiert, der von einer interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe (Reproduktionsmediziner, Gynäkologen, Ethiker und Juristen) erarbeitet wurde. Darin ist vorgesehen, die Auswahl von Embryonen vor der Rücksetzung in die Gebärmutter, die sogenannte „Morphologische Beobachtung von Embryonen und Single Embryo Transfer (SET)“ zu erlauben. Außerdem soll das Einfrieren überzähliger Embryonen erlaubt werden, um diese in einem späteren Zyklus der Frau verwenden zu können. Auch die Präimplantationsdiagnostik soll in bestimmten, eng definierten Fällen ermöglicht werden.

### Morphologischen Beobachtung von Embryonen und dem Single Embryo Transfer (SET)

Bei dieser Technik werden mehrere befruchtete Eizellen über 3-5 Tage beobachtet. Dann wird nur ein gut entwickelter Embryo ausgewählt und in die Gebärmutter eingespült (Embryonentransfer). Durch die Auswahl wird die Schwangerschaftsrate pro Transfer deutlich erhöht. In anderen Ländern ist diese Technik bereits üblich.

In Deutschland erlaubt das Embryonenschutzgesetz nur so viele Eizellen zu befruchten und dadurch Embryonen zu erzeugen, wie auch in die Gebärmutter rückgeführt werden sollen. Eine Auswahl ist nicht erlaubt. Um die Schwangerschaftsraten zu erhöhen, werden meist 2-3 Embryos in die Gebärmutter eingespült. Damit ist ein hohes Risiko für Mehrlingsschwangerschaften verbunden (etwa 34% der Schwangerschaften nach IVF in Deutschland sind Zwillingschwangerschaften, 4% Drillingsschwangerschaften).

Wenn stattdessen nur ein ausgewählter Embryo mit hoher Chance auf Einnistung in die Gebärmutter eingespült wird, ist die Schwangerschaftsrate etwa so hoch wie bei der Rückführung von mehreren nicht ausgewählten Embryonen. Die Mehrlingsrate entspricht der bei natürlicher Zeugung.

Für die Auswahl müssen mindestens 8-10 Eizellen befruchtet werden (durchschnittlich werden in Deutschland bei der Punktion der Eierstöcke 9-10 Eizellen gewonnen). Nur etwa 60-70% der gewonnenen Eizellen werden befruchtet, und etwa die Hälfte fängt danach an, sich zu teilen. Die befruchteten Eizellen werden über 3-5 Tage beobachtet. Es gibt viele verschiedene Kriterien, nach denen die „Qualität“ der Embryonen beurteilt wird und die Auswahl wird nicht einheitlich gehandhabt. Häufige Auswahlkriterien sind die Anzahl der Zellen, gleichmäßige Größe der Zellen und symmetrische Anordnung. Bei Embryonen, die nicht diesen Kriterien entsprechen, wird von häufigen Fehlern der Chromosomenverteilung ausgegangen.

Wenn mehr als ein Embryo gut entwickelt, können die Embryonen, die nicht eingespült werden, kryokonserviert (eingefroren) werden. Die Möglichkeit besteht, sie zu einem späteren Zyklus zu transferieren, wenn es beim ersten Versuch nicht zu einer Schwangerschaft gekommen ist. Die übrigen Embryonen läßt man absterben.

Für die behandelten Frauen sind die Vorteile dieser Technik groß. Sie erspart ihnen die schwierige Entscheidung zwischen größerer Chance auf die ersehnte Schwangerschaft bei Rücksetzung von 2-3 Embryonen und den Risiken von Mehrlingsschwangerschaften mit den Komplikationen und Belastungen in der Schwangerschaft und der Belastungen bei der späteren Versorgung der Kinder. Die höhere Erfolgchance bei Rücksetzung von einem „morphologisch beurteilten“ Embryo erspart ihnen die Belastung von weiteren Behandlungszyklen. Auch die Problematik des selektiven Fetozid zur Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften wird durch den Transfer von nur einem Embryo vermieden.

In Schweden wurde im Jahr 2002 die Gesetzgebung dahingehend geändert, dass pro Embryotransfer nur ein Embryo zurückgesetzt werden darf. Die Auswahl eines Embryos und das Verwerfen der übrigen sind erlaubt. Nur im Falle geringer Erfolgsaussichten dürfen ausnahmsweise zwei Embryonen transferiert werden. Durch diese gesetzliche Regelung konnte bei gleichbleibender Schwangerschaftswahrscheinlichkeit die Anzahl der Zwillingschwangerschaften deutlich gesenkt werden. Drillingsschwangerschaften wurden durch das Verfahren quasi ausgeschlossen.

In Deutschland gibt es bei JuristInnen unterschiedliche Einschätzung, ob das Embryonenschutzgesetz dieses Verfahren erlaubt oder ver-

bietet. Die FrauenärztInnen fordern eine rechtliche Klarstellung durch eine Änderung des Gesetzes, um das Verfahren auch in Deutschland etablieren zu können.

Die ethischen Fragen betreffen zum einen den Status und die Rechte des Embryos und die Auswahl des Embryos nach Qualitätskriterien. Die Auswahl erfolgt nach weniger gezielten und differenzierten Kriterien wie bei der Präimplantationsdiagnostik. Das Verfahren ist aber mit der Präimplantationsdiagnostik grundsätzlich vergleichbar, da Embryonen erzeugt werden, die verworfen werden, wenn sie bestimmte Kriterien nicht erfüllen. Weiterhin wird aus ethischer Sicht das Recht von Menschen auf Gesundheitsschutz sowie das Recht auf eine Gesundheitsversorgung, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, diskutiert, sowie das ärztliche Gebot der Schadensvermeidung.

Bei natürlicher Zeugung wird eine große Zahl von Eizellen nicht befruchtet und es kommt häufig vor, dass Embryonen in frühen Entwicklungsstadien absterben, meist, ohne dass die Frauen dies bemerken. Bei natürlicher Zeugung führt dies in der Mehrzahl der Fälle lediglich dazu, dass es einige Monate dauert, bis sich die gewünschte Schwangerschaft einstellt.

Die reproduktionsmedizinische Behandlung setzt möglicherweise diese Auswahlmechanismen zum Teil außer Kraft, indem Keimzellen zur Befruchtung verholfen wird, die sonst nicht befruchtungsfähig gewesen wären. Insbesondere erlaubt es aber der großen Aufwand der reproduktionsmedizinischen Behandlung mit erheblichen Eingriffen in den Körper und psychischen sowie neuerdings auch finanziellen Belastungen nicht, die Behandlung so oft zu wiederholen, bis bei Rücksetzung nur eines nicht ausgewählten Embryos eine Schwangerschaft entsteht.

Es kann als konsequenter Ausgleich von Mängeln der Technik angesehen werden, den natürlichen Auswahlmechanismus durch eine Auswahl des Embryos vor dem Transfer zu ersetzen, um die Belastungen der Behandlung zu reduzieren.

### **ReproKult fordert ein Verbot des Handels mit Eizellen**

Nachdem der Handel mit Eizellen zwischen Rumänien und Großbritannien bekannt geworden war, fordert das Frauenforum Fortpflanzungsme-

dizin ReproKult<sup>9</sup> ein europaweites Verbot der Nutzung und des Handels mit menschlichen Eizellen, sowohl zu Forschungszwecken als auch zur IVF-Behandlung von Dritten (Stellungnahme vom Juni 2005).

In einem reproduktionsmedizinischen Zentrum in Bukarest, das sich auf den Handel mit Eizellen in europäische Länder spezialisiert hat, wurden rumänischen Frauen nach einer Hormonbehandlung Eizellen entnommen, die dann an britische Empfängerinnen verkauft wurden.

Die Verwendung fremder Eizellen ist nach dem Embryonenschutzgesetz in Deutschland verboten; in den meisten europäischen (und außereuropäischen) Ländern ist das Verfahren nicht geregelt, wird aber angewandt. In der Diskussion um ein mögliches Fortpflanzungsmedizingesetz wird auch die Frage debattiert, ob die Eizellspende als Verfahren im Rahmen der In-Vitro-Fertilisation (IVF) hier zur Anwendung freigegeben werden soll.

Die Verwendung fremder Eizellen ermöglicht eine Ausweitung der Indikation für eine IVF. Auch Frauen ohne Eierstöcke oder Frauen in den Wechseljahren können bei einer IVF-Behandlung mit fremden Eizellen schwanger werden. Außerdem erhöht sich die Chance auf eine Schwangerschaft bei Frauen über 40 Jahren deutlich, wenn Eizellen von jüngeren Frauen bei der IVF-Behandlung benutzt werden. Bereits jetzt findet ein "Befruchtungstourismus" ins europäische Ausland statt. Deutsche IVF-Zentren vermitteln Eizellspenden in Kooperation mit ausländischen Zentren.

Außer dem Verbot des Handels mit Eizellen fordert ReproKult die Aufrechterhaltung des Verbotes der Verwendung fremder Eizellen für IVF-Behandlungen sowie für Forschungszwecke. Das Frauenforum hält die Zulassung der Eizellspende im Hinblick auf physiologische, psychologische und soziale Auswirkungen auf Frauen und ihre Gesundheit für unverantwortbar.

### **Risiken für die Spenderin**

Anders als die Spende von Sperma, die keinerlei Risiko für den Spender bedeutet, ist die Gewinnung von Eizellen ein schwerwiegender Eingriff in den Körper der Spenderin. Mit Hormonen werden die Eierstöcke wie bei der IVF-Behandlung stimu-

<sup>9</sup> Das Frauenforum ReproKult ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Frauen aus der Frauengesundheitsarbeit

liert, damit möglichst viele Eizellen heranreifen. Diese werden der Frau meist unter Ultraschallkontrolle durch die Scheide entnommen.

Die Hormonbehandlung hat die von der IVF-Behandlung bekannten Nebenwirkungen und Risiken. Es kann zum Überstimulationssyndrom mit Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum oder zur Zystenbildung an den Eierstöcken kommen. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass die Hormone die Entstehung von hormonabhängigen Karzinomen begünstigen können wie zum Beispiel Eierstockkrebs. Bei der Punktion der Eizellen kann es in einigen Fällen zu vaginalen Blutungen und Infektionen kommen.

### Kommerzialisierung

Allgemein gilt als ethischer Grundsatz, dass Körpersubstanzen, gleich ob sie regenerativen oder reproduktiven Organen entstammen, nicht bezahlt werden sollen. Aus diesem Grund wird daher auch im Fall der Eizellspende innerhalb Europas lieber von Aufwandsentschädigung gesprochen. Der Begriff der Spende impliziert die Freiwilligkeit der Entscheidung. Faktisch bedeutet dies jedoch, dass Frauen ermutigt werden, ja Erwartungen ausgesetzt sind, dass sie Teile ihres Körpers möglichst unentgeltlich bereitstellen.

Propagiert wird überdies in einigen Ländern (wie Großbritannien) der Tausch von Eizellen gegen andere Leistungen: ökonomisch schlechter gestellte Frauen erhalten gegen Abgabe der Hälfte ihrer Eizellen die IVF-Behandlung gratis. In diesem Fall kann ein inhärenter Zwang zur "Spende" aus ökonomischen Gründen nicht ausgeschlossen werden, es handelt sich um eine versteckte Kommerzialisierung.

Die Spende kann auch Nachteile für die Spendelerin haben. Wenn zum Beispiel zur Rücksetzung in die Gebärmutter nur ein besonders gut entwickelter Embryo ausgewählt wird, ist es im Interesse der behandelten Frau, dass möglichst alle Eizellen befruchtet und beobachtet werden, damit ihre Chance auf eine Schwangerschaft möglichst groß ist. Durch Abgabe von Eiern könnte sich ihre eigene Chance verringern.

Die „überzähligen“ Eizellen decken auch nicht den Bedarf in der Fortpflanzungsmedizin, und schon gar nicht den Bedarf der Forschung an Eizellen.

Finanzielle Anreize können die Not von armen Frauen in wirtschaftlich schwachen Ländern ausnutzen, um sie für die Gewinnung von Eizellen zu motivieren. (Im Organhandel wird dieses Phäno-

men beschrieben). Der aufgedeckte Handel mit menschlichen Eizellen zwischen Rumänien und IVF-Zentren in Großbritannien zeigt, dass eine Kommerzialisierung von Eizellen kaum einzuschränken und zu kontrollieren ist – mit ähnlichen Risiken auch für die Verwendung in der Forschung. Eizellen gelten als begehrter Rohstoff, nicht nur für die Reproduktionsmedizin, sondern auch für die Forschung. Sie sind die Ausgangsbasis für "therapeutisches" Klonen (Stammzellforschung) und "reproduktives" Klonen, die Keimbahnforschung und die Erforschung der Embryonalentwicklung. In der Forschung werden große Mengen von Eizellen gebraucht, was sie zu einer „knappen Ressource“ macht.

Die Stellungnahme sowie die Positionen von ReproKult zur Eizellspende und anderen Themen der Reproduktionsmedizin sind auf der Internetseite von ReproKult zu finden, [www.reprokult.de](http://www.reprokult.de).

### Quellen:

Vortrag Dorothee Kleinschmidt, pro familia Fachtagung „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“, 21.Mai 2005 in Erfurt

Vortrag: Prof. Dr. Helmut Kreß, pro familia Fachtagung „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“, 21.Mai 2005 in Erfurt

Veranstaltung der DGGG „Kinderwunsch in der Krise“, 28. Juni 2005 in Berlin [www.dggg.de](http://www.dggg.de)

Positionspapier des deutschen Frauenforums Fortpflanzungsmedizin ReproKult zum Thema Eizellhandels in Europa. [www.reprokult.de](http://www.reprokult.de)

### Leitlinien für die Beratung und Behandlung bei Fertilitätsstörungen

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat eine von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) und vier weiteren ärztlichen Fachgesellschaften erstellte Leitlinien zur psychosomatisch orientierten Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen herausgegeben.

Sie enthält die Grundzüge der körperlichen Untersuchungen (einschließlich Labordiagnostik und bildgebenden Untersuchungen) bei Männern und Frauen, sowie die Grundzüge der hormonellen, operativen und speziellen reproduktionsmedizinischen Behandlungen. Ausführlich wird die psychosomatische Diagnostik und Therapie dargestellt. Die Leitlinien sind im Internet unter <http://leitlinien.net> verfügbar.

Ein internationales Papier zur Beratung bei Kinderwunsch: „Guidelines for counselling in infertility: outline version“ wurde von der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) herausgegeben.

In diesem Papier werden auch notwendige Beratungsinhalte bei Behandlungstechniken erörtert, die in Deutschland nicht zugelassen sind. Außerdem werden unterschiedliche Lebenszusammenhänge und kulturelle Hintergründe von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch sowie die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen in verschiedenen Ländern berücksichtigt.

Es kann unter <http://www.eshre.com/emc.asp?pagelid=372> aus dem Internet heruntergeladen werden.

## Pille danach

### Die USA und die Rezeptfreiheit

Die Auseinandersetzung zwischen dem amerikanischen Hersteller der Pille danach auf der Basis von Levonorgestrel und der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA geht in die nächste Runde. Der erste Antrag der Firma Barr Laboratories, die Verschreibungspflicht für die Pille danach aufzuheben, wurde von der FDA mit der Begründung abgelehnt, dass keine Daten für die Anwendung bei Minderjährigen existieren. Darauf hin hat Barr seinen Änderungsantrag dahingehend umformuliert, dass die Rezeptpflicht für Mädchen unter 16 Jahren weiter bestehen bleibt und die Pille danach mit der Wirksubstanz Levonorgestrel für Mädchen und Frauen ab 16 Jahren rezeptfrei zugänglich gemacht wird.

Schon der damalige Einwand wurde von vielen Fachorganisationen öffentlich als politisch motiviert gedeutet. Die für September erwartete Entscheidung über den Antrag wurde nun Ende August 2005 erneut verschoben. Als Gründe werden grundsätzliche zu klärende Punkte aufgeführt wie die Fragen, ob ein Medikament gleichzeitig einen rezeptpflichtigen und einen rezeptfreien Status erhalten kann und ob das Alter an sich als Kriterium für die Beurteilung der Rezeptpflicht aufgeführt werden kann. Der Leiter der FDA wünscht, diese Fragen in einer öffentlichen Debatte zu klären. Er sieht darin eine wichtige Grundlage nicht nur für den Zulassungsstatus der Pille danach.

Die Verzögerungen der Entscheidung haben bereits zu großer Empörung bei Nichtregierungsorganisationen und Fachgesellschaften geführt. Demokratische Senatoren hatten ihre Zustimmung für die Nominierung des neuen FDA-Leiters Crawford davon abhängig gemacht, dass in der Zulassungsfrage der Pille danach eine Entscheidung getroffen würde. Nun leitet Crawford die Zulassungsbehörde und die angekündigte Entscheidung steht weiterhin aus. Diese Verzögerung könnte letztlich eine Klage gegen die FDA zur Folge haben, um eine richterliche Entscheidung zur Verfügung der Zulassung zu erwirken - denn medizinisch, das hatte bereits schon die zuständige Kommission der FDA befunden, steht der Rezeptfreiheit nichts im Wege. (Siehe auch FPR Nr. 3/2004)

Quelle: Deutsches Ärzteblatt online  
Pressemitteilung der FDA:  
<http://www.fda.gov/bba/topics/news/2005>  
Pressemitteilung der Firma Barr Labs:

### Pille danach- Auswirkungen einer leichten Verfügbarkeit bei Jugendlichen

Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat bisher den Status der Pille danach nicht geändert, obwohl das wissenschaftliche Gremium des FDA als auch diverse Fachgesellschaften wie das „American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)“ und die „American Medical Association“ eine rezeptfreie Verfügbarkeit befürwortet haben. Als wichtigster Grund gilt die fehlende Datenlage bei Jugendlichen unter 16 Jahren. Das ACOG hat darauf hin eine Studie veröffentlicht, in der speziell die Daten über Jugendliche aus einer großen randomisierten kontrollierten Studie ausgewertet werden.

Ein wesentliches Argument gegen die rezeptfreie Abgabe der Pille danach ist die Annahme, dass mit einer leichten Zugänglichkeit die sexuelle Risikobereitschaft zunimmt und das reguläre Verhütungsverhalten negativ beeinflusst wird.

Die zugrunde liegende Studie aus diesem Jahr<sup>10</sup> hatte bereits gezeigt, dass die bessere Verfügbarkeit von hormoneller Nachverhütung nicht zu einer Zunahme sexuellen Risikoverhaltens führte. Nun wurden diese Fragestellungen noch einmal

<sup>10</sup> Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, Darney PD: Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancies and STI's: A randomized controlled trial. JAMA 2005;293:54-62

gesondert für Jugendliche, insbesondere die unter 16 jährigen, untersucht.

Die Einteilung der Jugendlichen erfolgte randomisiert in 3 Gruppen, denen die Pille danach in unterschiedlicher Form verfügbar gemacht wurde:

1. Bei Bedarf der Pille danach ist ein Klinikbesuch notwendig
2. Bei Bedarf ist die Pille danach in einer informierten und kooperierenden Apotheke erhältlich
3. Die Person erhält 3 Packungen der Pille danach vorab.

Die Jugendlichen wurden weiterhin nach Alter als sehr jung (unter 16 Jahren), mittel (16-17 Jahren) und älter (18-19 Jahre) eingeteilt.

## Ergebnisse

**Anwendungszahlen:** Insgesamt nahmen 36 Prozent der Jugendlichen im Untersuchungszeitraum die Pille danach. Den signifikant höchsten Anteil dabei hatte die Gruppe, die die Pille danach vorab erhalten hatte. Die zwei anderen Gruppen unterschieden sich nicht. Allgemein wurde die Pille danach von Jugendlichen der Altersgruppe 15-17 etwas häufiger angewendet (38 Prozent). (Ältere Jugendliche im Vergleich 33 Prozent, Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren 24 Prozent). Die Gruppe, die die Pille danach vorab erhalten hatte, zeigte in allen Altersgruppen- auch bei den Erwachsenen- höhere Anwendungszahlen.

**Korrekte Einnahme:** Weniger als 1 Prozent der Jugendlichen berichtete, dass die korrekte Einnahme schwierig sei. Bei 93 Prozent der Jugendlichen war die Anwendung korrekt (bei 95 Prozent der Gruppe, die die Pille danach vorab erhalten hatten und bei 97 Prozent der unter 16 jährigen). Zum Vergleich lag der Anteil korrekter Einnahmen in der Erwachsenengruppe nur bei 94 Prozent.

**Eigene Einschätzung des Risikoverhaltens:** 92 Prozent der Jugendlichen glauben nicht, dass eine bessere Verfügbarkeit der Pille danach einen Einfluss darauf hat, ob sie ungeschützten Verkehr haben.

## Indikatoren von sexuellem Risikoverhalten

**Ungeschützter Verkehr:** Die Häufigkeit von ungeschütztem Verkehr im Verlauf der Untersuchung war nicht mit der Abgabeform der Pille

danach assoziiert. Jugendliche hatten häufiger ungeschützten Verkehr als Erwachsene (43 Prozent/32 Prozent).

**Verhütung:** Jugendliche verhüteten deutlich häufiger mit Kondomen als Erwachsene. In der Gruppe der jüngsten Jugendlichen waren es 67 Prozent, bei den 18-19 jährigen Jugendlichen betrug der Anteil nur noch 48 Prozent (Erwachsene 39 Prozent). Es gab keine Unterschiede in der Anwendung kontrazeptiver Methoden zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Verfügbarkeit der Pille danach.

**Anzahl sexueller Partner:** 23 Prozent der Jugendlichen gaben an, im letzten halben Jahr mehr als einen Sexualpartner gehabt zu haben. (Bei den Erwachsenen betrug der Prozentsatz 21 Prozent). Es bestand keine Korrelation zwischen der Art der Verfügbarkeit der Pille danach und der Anzahl der Sexualpartner.

**Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD):** Sexuell übertragbare Erkrankungen wurden in den Jugendlichengruppen nicht häufiger festgestellt als in der Erwachsenengruppe. Es konnte kein Zusammenhang zwischen der Art der Verfügbarkeit der postkoitalen Kontrazeption und der Infektionsrate festgestellt werden.

**Schwangerschaftsraten:** In der Gruppe der Jugendlichen traten Schwangerschaften häufiger auf als in der Erwachsenengruppe (10 Prozent/6 Prozent). Die Schwangerschaftsrate war in der Gruppe der Jugendlichen unter 16 Jahren mit 14 Prozent am höchsten und sank gleichmäßig mit zunehmendem Alter. Die Schwangerschaften entstanden unabhängig von der Studiengruppe.

Die Autoren weisen darauf hin, dass die Aussagekraft der Untersuchung begrenzt ist, da alle Teilnehmerinnen aus einem ärztlichen Behandlungsumfeld kommen und daher nicht repräsentativ für die Altersgruppe sein können. Untersuchungen zeigen, dass Jugendliche häufig sexuell aktiv werden ohne vorher die Verhütung geklärt zu haben. Die Gruppe, die sich noch nie hat beraten lassen, hätte nach Einschätzung der Autoren jedoch den größten Bedarf an Notfallverhütung und könnte von einer Aufhebung der Rezeptpflicht am meisten profitieren.

Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass sich die Resultate in der Jugendlichengruppe bezüglich der Anwendungshäufigkeit und des Einflusses auf das Verhütungsverhalten nicht von der Erwachsenengruppe unterscheidet. Die Untersuchung bestätigt frühere Ergebnisse, dass Jugendliche keine Schwierigkeiten mit der Einnahme haben und die Anwendung in sehr hohem Maß korrekt erfolgt, sodass die Vorschrift einer ärztlichen

Supervision speziell für diese Gruppe fragwürdig erscheint.

Quelle: Harper CC, Cheong M, Rocca CH, Darney PD, Raine TR: The Effect of Increased Access to Emergency Contraception Among Young Women. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 106:

## Hinweise

### Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

#### Komplikationen beim medikamentösen SSA

#### Neue Studien und Meldungen aus den USA

*Helga Seyler*

In den USA haben in diesem Sommer zwei weitere Todesfälle nach Schwangerschaftsabbrüchen mit Mifegyne® Schlagzeilen gemacht, nachdem bereits ein Jahr zuvor 2 Todesfälle gemeldet worden waren (siehe Familienplanungsrundbrief Nr. 4, Dezember 2004). Ein weiterer Todesfall wurde in Kanada gemeldet, er hatte sich schon 2001 im Rahmen einer Studie ereignet (Murray 2005).

Insgesamt vier Frauen sind an einer septischen Infektion<sup>11</sup> gestorben. Bei drei der Frauen wurde als Erreger der gleiche Keim, *Clostridium sordellii*, festgestellt. Dieser Keim ist meist Bestandteil der normalen Darmflora, und kann auch bei gesunden Frauen die Vagina besiedeln. Warum es bei den Frauen zu einer septischen Infektion kam und welcher Zusammenhang mit dem vorangegangenen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch besteht, ist unklar.

Die Meldung über die zwei neuen Todesfälle wurde in den USA von Abtreibungsgegnern genutzt, um die Zulassung von Mifegyne® in Frage zu stellen. Die FDA<sup>12</sup> hat stattdessen die Produktinformation erneut geändert. Nun wird darin auch auf die möglichen Symptome von septischen Infektionen hingewiesen.

Die Rate an Todesfällen ist bezogen auf die geschätzte Zahl der in diesem Zeitraum durchge-

fürten medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche etwa 1/100 000. Sie ist damit vergleichbar niedrig, wie die Rate an Todesfällen bei der Gesamtzahl der Abbrüche (überwiegend Absaugungen), die mit 0,7/100 000 angegeben wird (Grimes 2005).

Seit 2004 wurden auch mehrere Studien veröffentlicht, die sich mit der Komplikationsrate von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen beschäftigen.

In einer Studie werden die gemeldeten Komplikationen bei über 95 000 Abbrüchen mit Mifegyne® in Einrichtungen der US-amerikanischen Familienplanungsorganisation PPFA ausgewertet (Henderson 2005). Erfasst wurden starke Blutungen, die eine Bluttransfusion oder eine Absaugung erforderlich machten, Infektionen, die mit intravenösen Antibiotika behandelt wurden, sowie andere schwere Komplikationen wie allergischer Schock, ungewöhnlich starke Schmerzen und Todesfälle. Infektionen wurden als lokalisiert oder generalisiert erfasst.

Insgesamt wurden bei 2,2 von 1000 Fällen solche Komplikationen gemeldet. Starke Blutungen wurden in 1,3/1000 Fällen gemeldet, Transfusionen waren bei 0,5/1000 Frauen erforderlich. Infektionen wurden bei 0,2/1000 Frauen gemeldet. Ein infektionsbedingter Todesfall wurde gemeldet.

Weiterbestehende Schwangerschaften wurden bei 3,5/1000 Frauen beobachtet.

Ein Review der Literatur befasst sich mit dem Risiko von Infektionen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (Shannon 2004). Die Daten aus 65 Studien wurden ausgewertet, und eine durchschnittliche Infektionsrate von 0,92 % berechnet.

Die durchschnittliche Infektionsrate beim chirurgischen Schwangerschaftsabbruch wird mit 0,75% angegeben (Frye 1994). Demnach ist die Infektionsrate bei beiden Methoden vergleichbar niedrig.

#### Literatur

Henderson JT, Hwang AC, et al. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005; 72: 175-8

Frye AA, Atrash HK, et al. Induced abortion in the United States: a 1994 update. *J Am Med Wom Assoc* 1994; 49: 131-6

Grimes DA. Risk of mifepristone abortion in context. *Contraception* 2005; 71: 161

<sup>11</sup> Infektion, die sich über die Blutbahnen in den gesamten Körper ausbreitet

<sup>12</sup> Food and Drug Administration, die amerikanische Zulassungsbehörde für Arzneimittel

Murray S, Wooltorton E. Septic shock after medical abortions with mifepristone and misoprostol. *CMAJ* 2005; 173: 485

Shannon C, Brothers LP, et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004; 70: 183-90

## Pilotstudie zur zeitnahen Einnahme von Mifepriston und Misoprostol

Studien haben gezeigt, dass die Verkürzung des Intervalls zwischen der Gabe von Mifepriston und dem Prostaglandin Misoprostol die Zeit bis zum Schwangerschaftsabbruch verkürzen und die Akzeptanz der Methode erhöhen kann. Vierzig Frauen mit einem Schwangerschaftsalter  $\leq 49$  Tage erhielten in einer Pilotstudie 200 mg Mifepriston. 10 Minuten nach der Einnahme führten die Frauen selbst 800  $\mu\text{g}$  des Prostaglandins Misoprostol intravaginal ein. Alle Frauen stellten sich nach 24 Stunden zur Kontrolluntersuchung vor. Zu diesem Zeitpunkt war bei 36 (90 Prozent) der Frauen die Schwangerschaft vollständig ausgestoßen worden. Die übrigen vier Frauen erhielten eine zweite Dosis des Prostaglandins. Bei der Kontrolluntersuchung nach 14-20 weiteren Tagen hatten drei der Frauen einen kompletten Schwangerschaftsabbruch. Eine der Frauen erhielt eine Vakuumaspiration, weil der Fruchtsack nicht ausgestoßen worden war, bei einer weiteren Frau wurde wegen starker Blutung eine Absaugung und eine Bluttransfusion durchgeführt, obwohl der Fruchtsack bereits bei der ersten Nachuntersuchung sonographisch nicht mehr nachgewiesen werden konnte.

Als Nebenwirkungen wurden beobachtet: Übelkeit in 60 Prozent, Erbrechen in 25 Prozent, Hitzewallungen oder Frösteln in 55 Prozent,

Rückenschmerzen in 55 Prozent, Schwindel in 53 Prozent, Kopfschmerzen in 18 Prozent.

95 Prozent der Frauen beantworteten einen Fragebogen zur Akzeptanz. Alle Frauen würden diese Methode einer Freundin empfehlen und 84 Prozent der Frauen würden die Methode bei einem weiteren Schwangerschaftsabbruch wählen. Die Autoren betonen die Notwendigkeit größerer Studien. Auch eine Studie mit dem beschriebenen Vorgehen bis zu einem Schwangerschaftsalter von 63 Tagen ist zu erwägen.

Marcel Vekemans (IPPF) betont in einem Kommentar, dass die vereinfachte Anwendung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs die

Methode für mehr Frauen zugänglich machen kann. Essentiell allerdings werden immer das Beratungsgespräch und der ärztliche Kontakt bleiben, um alle relevanten medizinischen, psychologischen, sozialen und sonstige Fragen abzuklären. Denkbar ist es dennoch, dass in Zukunft manche Frauen den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in Eigenregie durchführen. Der „private“ Abbruch birgt Gesundheitsrisiken bei unerkannter Extrauterinschwangerschaft, bei einer Schwangerschaftsdauer länger als 9 Wochen und bei nicht diagnostizierter Blutarmut. Andererseits kann er im Vergleich zu Abbrüchen unter schlechten medizinischen Bedingungen Abbruchrisiken mindern. Eine vereinfachte Anwendung und die bessere Verfügbarkeit der Medikamente werden die Abbruchdebatte der nächsten Jahre in medizinischer aber auch ethischer und politischer Hinsicht verändern.

Quelle: IPPF: Making abortion rare, safe, legal Issue 49, Oktober 3, 2005

Murthy AS, Creinin MD, et al. A pilot study of mifepristone and misoprostol administered at the same time for abortion up to 49 days gestation. *Contraception* 2005;71:333-336

## Pille und Krebsrisiko

Helga Seyler

Gesundheitliche Risiken der Pilleneinnahme sind erneut in die Schlagzeilen geraten, nachdem das Internationale Institut für Krebsforschung (International Agency for Research on Cancer, IARC) der WHO seine Bewertung von kombinierten oralen Kontrazeptiva und der Hormonersatztherapie aktualisiert hat. Beide wurden bereits in der Bewertung von 1999 (IARC Monographs 1999) als krebserregend beim Menschen eingestuft. Die Bewertung der Pille als krebserregend beim Menschen bezog sich 1999 nur auf das Risiko von (extrem seltenem) Leberzellkrebs, während in Bezug auf das Risiko von Brust- und Gebärmutterhalskrebs die Datenlage als nicht ausreichend bewertet wurde. In der aktualisierten Evaluation wurde auch die Erhöhung des Risikos dieser beiden Krebsarten als gesichert angesehen.

Dass bei der Einnahme der Wechseljahrshormone das Risiko für Brustkrebs erhöht ist, ist durch zahlreiche Studien bestätigt, wie auch im Familienplanungs-Rundbrief mehrfach berichtet wurde.



Auch die Auswirkung der Pille auf das Risiko von Brustkrebs und anderen Karzinomen wurde in zahlreichen Studien untersucht, allerdings mit widersprüchlichen Ergebnissen.

Da der ausführliche Bericht erst Anfang 2006 veröffentlicht wird, ist noch nicht klar, auf welche Studien sich die Bewertung stützt. In der bereits veröffentlichten Zusammenfassung des IARC-Berichts (Cogliani 2005) werden auch keine konkreten Zahlen für die Erhöhung des Krebsrisikos genannt.

Es wird eine leichte Erhöhung des Risikos für Brustkrebs während und kurz nach Beendigung der Einnahme angegeben. 10 Jahre nach Ende der Einnahme entspricht das Risiko dem von Frauen, die die Pille nie genommen haben.

Das Risiko für Gebärmutterhalskrebs erhöht sich mit zunehmender Dauer der Pilleneinnahme.

Das Risiko für Leberzellkrebs ist bei Langzeit-Einnahme der Pille ebenfalls erhöht, allerdings nur in Bevölkerungsgruppen, in denen Infektionen mit Hepatitis B und C selten sind. Diese Infektionen tragen deutlich mehr zum Risiko von Leberzellkrebs bei, als die Pilleneinnahme.

Das Risiko für Krebs der Gebärmutterhalschleimhaut ist während und bis zu 15 Jahren nach der Einnahme verringert. Auch das Risiko für Eierstockkrebs reduziert sich durch die Pilleneinnahme und bis zu 20 Jahre danach.

Das IARC gibt keine Empfehlungen für den Umgang mit dieser Bewertung in der Praxis der Verordnung von Pillen. Es merkt an, dass insgesamt der gesundheitliche Nutzen der Pilleneinnahme die Risiken überwiegen könnte, dass dafür aber eine komplexe Nutzen-Risiko-Analyse notwendig wäre.

### Datenlage

Die größte Metaanalyse<sup>13</sup> zum Einfluss der Pilleneinnahme auf das Brustkrebsrisiko wurde 1996 veröffentlicht (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer 1996). Darin wird das Risiko während der Pilleneinnahme um den Faktor 1.24 erhöht berechnet, 1-4 Jahre nach Beendigung der Einnahme auf 1.17, 4-9 Jahre danach auf 1.07, und später auf 1.0.

Das relative Risiko allein ist jedoch wenig aussagekräftig, wenn nicht die Häufigkeit der Erkrank-

kung mit berücksichtigt wird. Da Brustkrebs bei jüngeren Frauen, die am häufigsten die Pille nehmen, insgesamt sehr selten auftritt, führt eine geringe Erhöhung des relativen Risikos nur zu sehr wenigen zusätzlichen Erkrankungen. Wenn Frauen in höherem Alter mit der Pille verhüten, kann die Erhöhung des Risikos eher von Bedeutung sein.

In der Metaanalyse wird berechnet, dass bei Frauen, die mit 25 Jahren die Pilleneinnahme beenden, bis zum Alter von 35 Jahren insgesamt eine zusätzliche Brustkrebserkrankung bei 10000 Frauen auftritt. Bei Frauen, die bis zum Alter von 40 Jahren die Pille einnehmen, sind es bis zum 50. Lebensjahr insgesamt 19 zusätzliche Brustkrebs-Erkrankungen bei 10 000 Frauen.

Eine 2002 veröffentlichte Fall-Kontroll-Studie (Marchbanks 2002), über die auch im FPR Nr.3, 2003 berichtet wurde, befasst sich mit dem Einfluss der (früheren) Pilleneinnahme auf das Brustkrebsrisiko von älteren Frauen (35-64 Jahre). In dieser Studie wurde kein insgesamt erhöhtes Brustkrebs-Risiko während und nach der Pilleneinnahme gefunden. Die Mehrzahl der Frauen hatte die Pilleneinnahme schon mehr als 10 Jahre beendet. In der (sehr kleinen) Gruppe der Frauen über 45 Jahren, die noch die Pille nahmen, fand sich ein erhöhtes Brustkrebsrisiko, das Ergebnis war jedoch wegen der kleinen Zahl von Frauen nicht statistisch signifikant.

Das Risiko für Gebärmutterhalskrebs ist während der Pilleneinnahme erhöht und die Risikoerhöhung nimmt mit der Dauer der Einnahme zu. In einer Metaanalyse (Smith 2003) wurde das relative Risiko bei einer Einnahmedauer von bis zu 5 Jahren mit 1.1 berechnet, bei 5-9 Jahren mit 1.6 und bei 10 und mehr Jahren mit 2.2. Bei Frauen mit Humanen Papillomaviren (HPV)- Infektionen, die die Pille einnehmen, ist das relative Risiko noch höher (Moreno 2002). Es scheint, dass die Pilleneinnahme keinen Einfluss auf die Häufigkeit von HPV- Infektionen hat, möglicherweise aber bei bestehenden HPV- Infektionen die Krebsentstehung begünstigt. Ob das Risiko nach Absetzen der Pille geringer wird, ist unklar.

Leberzellkrebs ist bei Frauen ohne chronische Infektionen mit Hepatitis B oder C extrem selten. Durch die Pilleneinnahme erhöht sich das Risiko etwa auf das 4fache, bleibt aber wegen der extremen Seltenheit der Erkrankung trotzdem unbedeutend. In einer Studie in Entwicklungsländern, in denen Leberzellkrebs infolge von häufigen Infektionen mit Hepatitis B und C insgesamt häufiger ist, führte die Pilleneinnahme nicht zu einer Risikoerhöhung (Thorogood 1993).

<sup>13</sup> Analyse von Daten aus 54 Studien mit 53 000 Frauen

## Literatur

Cogliani V, Grosse Y, et al. Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment. <http://oncology.thelancet.com> August 2005

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 292 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 2002; 359: 1713-27

IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 72, hormonal contraceptives and post-menopausal hormonal therapy. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1999

Marchbanks PA, McDonald JA, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 346: 2025-32

Moreno V, Bosch FX, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicenter case-control study. *Lancet* 2002; 359: 1085-192

Smith JS, Green J, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2002; 359: 1159-67

Thorogood M, Villard-Mackintosh L. Combined oral contraceptives: risks and benefits. *British medical Bulletin* 1993; 49: 124-39

## HIV- Neuinfektionen in Deutschland

Das Robert Koch Institut (RKI) meldet für das erste Halbjahr 2005 steigende Zahlen der gemeldeten Neuinfektionen mit HIV. Bisher wurden dem RKI 1164 neu diagnostizierte HIV- Infektionen übermittelt und damit liegt diese Zahl 20 Prozent höher als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Mit etwa 60 Prozent sind Männer, die Sex mit Männern haben, die größte Betroffenen-Gruppe mit neu diagnostizierten Infektionen. Das RKI weist darauf hin, dass zwar die Möglichkeit besteht, dass die Zunahme der Neuinfektionen auch durch einen insgesamt früheren Zeitpunkt der Diagnosestellung beeinflusst werden kann, dennoch ist die Zunahme an Neuinfektionen so hoch, dass sie als sicheres Zeichen des Anstiegs gewertet wird. Die niedrigsten Zahlen von neuen HIV-Diagnosen wurden mit 300 pro Halbjahr im Jahr 2001 gemeldet, im ersten Halbjahr 2005 beträgt diese Zahl 550.

Auch in der Gruppe, die angibt, sich durch heterosexuelle Kontakte angesteckt zu haben, nimmt die Zahl der Neuinfektionen seit dem zweiten

Halbjahr 2004 zu. Dieser Anstieg ist bisher nicht statistisch signifikant.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen insgesamt einen deutlichen Anstieg der durch sexuelle Kontakte übertragenen HIV-Infektionen. Der Anstieg steht laut RKI in direktem Zusammenhang mit einem nachlassenden Schutzverhalten. Diese Tendenz ist durch Untersuchungen belegbar. Bisher gibt es keine sicheren Erkenntnisse darüber, in welchem Zusammenhang sich Personen vermehrt infizieren. Jedoch sieht das RKI Anhaltspunkte dafür, dass es sich verstärkt um entweder frisch-infizierte Personen handelt, die noch nicht wissen, dass sie infiziert sind oder um Personen, die davon wissen, aber weder eine antiretrovirale Therapie begonnen haben, noch sexuelle Schutzmaßnahmen anwenden.

Quelle: Epidemiologisches Bulletin, Robert Koch Institut, 30. September 2005 Sonderausgabe B, HIV- Infektion/AIDS, Halbjahresbericht I/2005. Stand 1.9.2005

## Portugal plant Volksabstimmung zum Schwangerschaftsabbruch

Das portugiesische Parlament hat zugestimmt, ein Referendum zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs durchzuführen. Bisher hat Portugal eine der strengsten Abbruchregelungen in Europa. Ein Abbruch ist illegal außer unter speziellen Bedingungen wie der Gefahr für das Leben der Schwangeren, Schwangerschaft auf Grund sexueller Gewalt oder bei fetalen Missbildungen. Bisher müssen Frauen mit Gefängnisstrafen bis zu 3 Jahren rechnen, wenn sie entgegen der gesetzlichen Regelungen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Diese Situation führt in Portugal zu ca. 20.000 bis 40.000 illegalen Abbrüchen pro Jahr und einem Abbruchtourismus in benachbarte Länder. Die Regelung, über die abgestimmt werden soll, sieht einen legalen Abbruch bis zur 10. Schwangerschaftswoche vor.

Im Jahr 1998 scheiterte ein ähnliches Vorhaben an der mangelnden Beteiligung der Bevölkerung.

Quelle: Internet: IPPF: Making abortion rare, safe, legal. Ausgabe 50, 10.10.2005

## Übersicht im Internet: Leistungen für Familien

Staatliche Leistungen und Angebote für Familien im Überblick- hierzu bietet das Bundesfamilienministerium einen neuen Service im Internet. Familien und werdende Eltern können sich hier zum Beispiel zu Themen wie Schwangerschaft, Kindergeld, Arbeit, Gesundheit und Wohnen informieren. Mithilfe eines Steuer-, Kinderzuschlags- und Elternzeitrechners können Eltern am PC selbst ermitteln, ob und welche Ansprüche sie auf Leistungen haben. Regionale Unterschiede werden auf den Seiten des Ministeriums berücksichtigt.

Im Internet unter [www.familien-wegweiser.de](http://www.familien-wegweiser.de)

## Neuerscheinungen

Dokumentation „männer leben“  
Familienplanung und Lebensläufe von Männern  
Kontinuitäten und Wandel

Die Dokumentation ist kostenlos erhältlich bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln, Fax: 0221 89 92-257, E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de), Bestellnummer: 133 190 00

Wie viel Medizin verträgt der Mensch?  
Norbert Schmacke  
KomPart Verlagsgesellschaft mbh & Co. KG  
Bonn/Bad Homburg 2005  
ISBN 3-9806621-8-7

Evidenz-basierte Medizin  
Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM  
Herausgegeben von Gerd Antes, Dirk Bassler, Johannes Forster  
in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und dem Deutschen Cochrane Centrum  
2003 Georg Thieme Verlag, Stuttgart  
ISBN 3-13-135681-2

Schnellfinder  
Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und Aids 2005  
Material für Berater/innen in Aidshilfen  
Herausgegeben von der Deutschen Aids-Hilfe e.V., Berlin  
DAH-Bestellnummer: 110003  
E-Mail [dah@aidshilfe.de](mailto:dah@aidshilfe.de)

## Veranstaltungen

MEDICA 2005  
16.-19.11.2005 in Düsseldorf  
**Auskunft:** MEDICA Dt. Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V. Stuttgart, Tel. 0711 72 07 12-0, Fax: 0711 72 07 12-29, E-Mail: [gw@medicacongress.de](mailto:gw@medicacongress.de)

Kaysersberger Infektionskurse  
19.-20.11.2005, Kaysersberg/Elsass  
**Themen:** Mikrobiologische Flora / Mikroskopische Übungen / Keimnachweis im Labor / Differenzialdiagnostik / Vulvabiopsie / Infektionen in der Schwangerschaft / Vaginalflora / Herpes genitalis  
**Leitung:** Prof. Dr. Eiko E. Petersen  
**Auskunft:** Kaymogyn GmbH, Eichbergstr. 18, 79117 Freiburg, Tel.: (0761) 646 88, Fax: 646 44, E-Mail: [info@kaymogyn.de](mailto:info@kaymogyn.de), [www.kaysersberger-kurse.de](http://www.kaysersberger-kurse.de)

26. Saarländischer Gynäkologentag  
26.11.2005, Saarbrücken  
**Themen:** Neue Verfahren in der Inkontinenz- und Prolapsbehandlung / Anatomie des kl. Beckens / Antiöstrogene Regime / Systemische Infektionen in der Schwangerschaft / Mehrlingsschwangerschaften / Haftungsrecht / Risk-Management / HRT / Ovulationshemmer / Die Zukunft der gynäkolog. Fachärzte / Ultraschall-Seminar – Mammasonographie  
**Veranstalter:** Berufsverband der Frauenärzte, LV Saarland, FBA Frauenärztliche Bundesakademie  
**Auskunft:** Dr. med. Percy Brandner, Stv. Landesvorsitzender des BVF, Klinikum Saarbrücken – Frauenklinik, Winterberg 1, 66619 Saarbrücken, Tel.: (0681) 963-22 31, Fax: -27 16, E-Mail: [pbrandner@klinikum-saarbruecken.de](mailto:pbrandner@klinikum-saarbruecken.de)

22. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin  
01.-03.12.2005, Berlin

**Themen:** Fenster zum Genom / Adäquate perinatologische Versorgung / Infektionen mit Folgen für das Kind / Professionelle Betreuung während der Schwangerschaft / Das kleine Kind  
Leitung: Prof. Dr. K. Vetter

**Auskunft:** Amelie Aengeneindt Kongressorganisation GmbH, Prinzenallee 3, 40549 Düsseldorf, Tel.: (0211) 96 86-37 70, Fax: -47 70, E-Mail: [info@aaakongress.de](mailto:info@aaakongress.de), [www.aaakongress.de](http://www.aaakongress.de)

Winter-Symposium 2005 Pränatalmedizin und Genetik  
10.12.2005, Düsseldorf

**Themen:** Haftungsfragen / Risikofaktoren für Fehlbildungen / Marker-Screening / Berufspolitische Entwicklungen / Assistierte Reproduktion / Perspektiven genetischer Diagnostik / Dermatol. Erkrankungen

**Auskunft:** Praenatal-Medizin und Genetik Düsseldorf, Graf-Adolf-Str. 35, 40210 Düsseldorf, Tel.: (0211) 384 57-0, Fax: 384 57 33, E-Mail: [institut@praenatal.de](mailto:institut@praenatal.de), [www.praenatal.de](http://www.praenatal.de)

AGO – State of the Art – Zervix-, Endometrium- und Vaginalkarzinom  
15.-17.12.2005, Berlin

**Themen:** Zervixkarzinom – Live Ops, Epidemiologie, Diagnostik, Prognosefaktoren, Molekularbiologie, Nachsorge, DMP und Qualitätssicherung / Endometriumkarzinom, Sarkom, Trophoblasttumoren

**Leitung:** Prof. Dr. A. Schneider, PD Dr. A. Ebert, Dr. P. Hantschmann

**Auskunft:** Conventus Congressmanagement GmbH, Markt 8, 07743 Jena, Tel.: (03641) 35 33-0, Fax: -21, E-Mail: [ago2005@conventus.de](mailto:ago2005@conventus.de), [www.conventus.de/ago2005](http://www.conventus.de/ago2005)