

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Dezember 2003 Nr. 4

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	3
Pille danach – rezeptfreie Vergabe in Deutschland	10
Welchen Einfluss hat eine einfachere Verfügbarkeit der „Pille danach“ auf die Anwendung regulärer Verhütungsmethoden?	13
Forum	
- Fachtagung „Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung im ersten Trimenon“	13
Hinweise	
- Hormontherapie in der Menopause und Brustkrebs – Die britische „Million Women Study“	14
- Hormonersatztherapie - Anwendung zur Osteoporoseprävention negativ beurteilt	15
- Essure – Neue Methode zur Tubensterilisation	16
Neuerscheinungen	17
Veranstaltungskalender	17

Impressum: © 2003

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

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Der aktuelle Familienplanungs-Rundbrief befasst sich mit dem Thema Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Der jährliche Abstrich in der gynäkologischen Praxis wird schon seit Beginn der 70er Jahre angeboten.

Wie viele Frauen nutzen diese Früherkennungsmethode? Wie sicher und wie aussagekräftig ist sie? Gibt es inzwischen Alternativen bzw. Weiterentwicklungen, die für die Prävention besser geeignet sind? Welche Faktoren sind bekannt, die die Entwicklung von Gebärmutterhals begünstigen? Der Übersichtsartikel gibt Antwort unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse.

Das Thema „Pille danach – rezeptfrei“ bewegt die Gemüter im Verband aber auch in der Politik und in frauenärztlichen Fachverbänden.

Die politische Entscheidung, ob, und gegebenenfalls wie die Änderung des Zulassungsstatus der ‚Pille danach‘ erfolgt, wird für dieses Frühjahr erwartet. Aus diesem Grund ist es wichtig, über die Grenzen zu schauen in die Länder, in denen die ‚Pille danach‘ bereits rezeptfrei verfügbar ist. Die Fachtagung zum Thema am 5. Dezember 2003 in Berlin hatte internationale ReferentInnen geladen, um internationale Erfahrungen und Einschätzungen zu gewinnen und um damit einen fachlichen Beitrag zur Diskussion zu leisten. Die Ergebnisse wurden für den Familienplanungs-Rundbrief zusammengefasst.

Weiterhin finden sich zahlreiche Hinweise, unter anderem zur Hormonersatztherapie, zur Osteoporose und zu Essure – einer neuen Methode der Sterilisation bei der Frau, die ohne Bauchspiegelung durchgeführt werden kann.

Auch für das Jahr 2004 gilt das Angebot Themenvorschläge für den Familienplanungs-Rundbrief zu machen.

Viel Spaß bei der Lektüre.

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Helga Seyler

Der Pap-Abstrich

Gebärmutterhalskrebs ist eine der wenigen Krebserkrankungen, für die eine gute Früherkennung durch den Pap-Abstrich möglich ist. Die Untersuchung ist wenig eingreifend und es können damit Vorstufen und frühe Stadien dieser Erkrankung festgestellt werden, die heilbar sind.

Zwar gibt es keine kontrollierten randomisierten Studien zur Wirksamkeit des Screenings wie z.B. für das Mammografie-Screening, jedoch wurden mit der Einführung dieser Früherkennungsuntersuchung in vielen Ländern ein Rückgang der Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs beobachtet.

In Deutschland wurde 1971 die jährliche Früherkennungsuntersuchung für das Zervixkarzinom für Frauen ab 20 Jahren eingeführt. Im Gegensatz zu einigen anderen Ländern, in denen die Frauen zum Screening eingeladen werden, gibt es hier das so genannte opportunistische Screening ohne Organisation und Einladung der Frauen. Pro Jahr lassen insgesamt etwa 50% der Frauen diese Untersuchung durchführen, in einem Zeitabschnitt von drei Jahren lassen sich 80 % der 25 –50 jährigen mindestens einmal untersuchen (Petry 2003 BJC). In der reproduktiven Phase vor den Wechseljahren, wenn viele Frauen wegen Verhütung oder Schwangerschaft regelmäßig FrauenärztInnen aufsuchen, ist die Rate höher. Nach den Wechseljahren geht die Zahl der Frauen, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, stark zurück.

Trotz sehr guter Eignung als Screening-Methode ist der Pap-Abstrich nicht perfekt. Von den ca. 7000 Frauen, die jährlich in Deutschland an einem Zervixkarzinom erkranken (Inzidenz 13/100 000, Mortalität 4,4/100000, Petry 2003 BJC) und ca. 2500 Frauen, die jährlich daran sterben, haben viele in den vorangehenden Jahren einen Pap-Abstrich durchführen lassen.

Es wird davon ausgegangen, dass in den meisten Fällen einem Zervixkarzinom Vorstufen vorausgehen, die sich erst im Laufe von einigen Jahren zum Karzinom entwickeln. In diesen Fällen war der Pap-Abstrich unauffällig

(d. h. falsch negativ), obwohl zumindest eine Krebsvorstufe im Gewebe vorhanden gewesen sein muss. Es wird geschätzt, dass bei 20- 40 % der höhergradigen Dysplasien¹ ein einmaliger Pap-Abstrich unauffällig ist (Cuzick 1999, Health Technology Assessment).

Verschiedene Ursachen sind für diese falsch negativen Befunde möglich. Welchen Anteil die einzelnen Ursachen ausmachen und wie die Methode verbessert werden kann, ist Gegenstand von Diskussionen.

Beim Pap-Abstrich werden mit einem Watte-
stäbchen, einem Kunststoffspatel oder einer
kleinen Bürste Zellen von der Oberfläche des
Gebärmutterhalses und aus dem Gebärmutter-
hals-Kanal abgestrichen. Sie werden auf
einem Glasplättchen (Objektträger) verteilt und
zunächst in Alkohol fixiert. Im Labor wird der
Abstrich dann gefärbt und mikroskopisch beur-
teilt.

Die Beurteilung dieser von der Gewebeober-
fläche entnommenen Zellen erlaubt keine end-
gültige Diagnose über den Schweregrad der
Veränderungen, da der Ursprung der Gewe-
beveränderungen in tieferen Schichten liegt.
Es wird lediglich vom Aussehen der oberfläch-
lichen Zellen auf die Art und das Ausmaß der
tieferen Veränderungen geschlossen, die nicht
immer völlig übereinstimmt.

Für eine endgültige Diagnose ist die Entnahme
einer Gewebeprobe erforderlich. Diese erlaubt
aber nur eine Aussage für den Ort der Ent-
nahme. An anderen Stellen können andere
oder schwerwiegendere Gewebeveränderun-
gen vorliegen.

Ein Teil der falsch negativen Befunde wird
Fehlern bei der Abstrich-Entnahme durch die
FrauenärztIn zugeschrieben. Es kann sein,
dass der Abstrich entweder nicht aus dem
Gebiet der Krebsvorstufe entnommen wird,
zum Beispiel weil er nicht tief genug aus dem
Gebärmutterhals-Kanal entnommen wurde.
Oder er kann unvollständig ausgestrichen wer-
den, so dass die auffälligen Zellen verloren
gehen. Oder ein ungleichmäßiger Ausstrich,
bei dem zum Beispiel die Zellen von der Ober-
fläche des Gebärmutterhalses und aus dem Kan-
nal nicht getrennt ausgestrichen werden, er-
schwert die Beurteilung und verdeckt auffällige
Zellen.

Ein Teil der falsch negativen Befunde entsteht
wohl durch Übersehen oder falsche Beurtei-
lung von auffälligen Zellen im Zytologie-Labor.

¹ als Dysplasie werden Gewebeveränderungen
bezeichnet, die sich zu einem Karzinom weiterent-
wickeln können, sich aber auch ohne Behandlung
zurückbilden können

Einige ExpertInnen schreiben alle falsch nega-
tiven Befunde solchen Fehlern bei der Durch-
führung des Tests zu. Andere gehen davon
aus, dass es auch bei korrekter Technik unauf-
fällige Abstriche bei Vorliegen von Zellverän-
derungen oder Karzinomen geben muss, zum
Beispiel wenn Veränderungen ausschließlich
in tieferen Gewebeschichten liegen, und keine
auffälligen Zellen an der Gewebeoberfläche
abschilfern.

Eine Untersuchung von 280 Zervixkarzinomen
in Schottland ergab in den vorangegangenen
Abstrichen einen Interpretationsfehler im Zyto-
logie-Labor bei 22% (Petry 2003 Gynäkologe).
Abnahmefehler wurden in verschiedenen Stu-
dien bei 12-20% der Fälle festgestellt. Die
übrigen Fälle werden einem Versagen der
Methode zugeschrieben, das heißt, dass die
Abstriche trotz korrekter Technik falsch negativ
sind.

Auch falsch positive Abstrichergebnisse kom-
men häufig vor und führen zu unnötiger Angst
und Beunruhigung. Es besteht dann die Not-
wendigkeit weiterer Abklärung, entweder durch
Abstrichkontrollen in kürzeren Intervallen oder
durch Kolposkopie, eventuell mit Entnahme
von Gewebeproben.

Kolposkopie

Bei der Kolposkopie wird der Gebärmutterhals
mit einer Lupenvergrößerung betrachtet. Durch
Betupfen mit verdünnter Essigsäure-Lösung
werden Areale mit Gewebeveränderungen
sichtbar. Erfahrene UntersucherInnen können
auch den Schweregrad der Veränderungen
abschätzen.

Die Kolposkopie erlaubt damit in Ergänzung
zum Pap-Abstrich eine bessere Einschätzung
der Gewebeveränderungen.

Die Entnahme von Gewebeproben wird unter
kolposkopischer Beurteilung vorgenommen,
um sie möglichst aus dem Gebiet mit den wei-
testgehenden Veränderungen zu entnehmen.

Mit der Kolposkopie kann jedoch der Bereich
innerhalb des Gebärmutterhals-Kanals nur zu
einem sehr kleinen Teil eingesehen werden.
Die meisten Veränderungen in diesem Bereich
können damit nicht untersucht werden und
sind auch für die Entnahme von Gewebepro-
ben nicht zugänglich.

Viele FrauenärztInnen führen die kolposkopi-
sche Untersuchung in ihrer Praxis durch, oft
auch schon bei der Routine-Früherkennungs-
untersuchung. Es gibt dafür aber keine vorge-
schriebene Ausbildung und keine Qualitäts-
kontrolle.

Es gibt auch SpezialistInnen, die sogenannte Dysplasie-Sprechstunden durchführen. Bei ihnen kann von einer größeren Erfahrung ausgegangen werden. Ihre Zahl ist aber zu gering, und es gibt kein ausreichendes und flächendeckendes Angebot an Dysplasie-Sprechstunden.

Dünnschichtzytologie

Es gibt neue Techniken, mit denen die Rate an falsch negativen Pap-Abstrichen verringert werden soll. Eine Methode, die bereits als Selbstzahlerleistung (für 50-100 €) in vielen Praxen angeboten wird, ist die Dünnschicht-Zytologie. Sie wird in Deutschland auch dem unter Namen Thin-Prep vermarktet.

Beim herkömmlichen Pap-Abstrich werden die Zellen mit Wattestäbchen, Holzspatel oder einer kleinen Bürste vom Gebärmutterhals entnommen und von der UntersucherIn auf einem Objektträger (Glasplättchen) ausgestrichen und mit Alkohol fixiert.

Bei der Dünnschicht-Zytologie werden die Zellen mit einem Spezialinstrument entnommen und dann in ein Gläschen mit Fixierlösung eingebracht. Das Ausstreichen auf den Objektträger erfolgt in einem automatisierten Verfahren erst im Labor. Dabei werden die Zellen gleichmäßiger und vollständiger auf den Objektträger gebracht. Dadurch sollen die oben beschriebenen Fehler beim Ausstreichen der Zellen auf dem Objektträger vermieden werden.

Fehler durch inkorrekte Entnahme des Abstrichs (meistens nicht oder nicht ausreichend tief aus dem Gebärmutterhals-Kanal) können durch die neue Technik allerdings nicht vermieden werden.

Die Dünnschicht-Zytologie wurde in diesem Jahr in der Medizinischen Hochschule Hannover in einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt bewertet (Muth 2003). Die Untersuchung, bei der alle relevanten Veröffentlichungen zum Thema bewertet wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass eine Überlegenheit dieser Methode gegenüber dem herkömmlichen Pap nicht gesichert ist.

Viele Studien berichten nur über die Rate an gefundenen Auffälligkeiten, die im Vergleich zur herkömmlichen Untersuchung meist höher ist. Bei wie vielen dieser Auffälligkeiten tatsächlich eine Dysplasie vorliegt, wird meist nicht berichtet. Damit bleibt die Rate an falsch positiven Befunden, die zur Einschätzung der Test-Genauigkeit unerlässlich ist, unklar.

Außerdem wurden viele Studien bei Frauen mit erhöhtem Risiko für ein Zervixkarzinom

durchgeführt. Die Ergebnisse lassen sich aber nicht auf andere, risikoarme Gruppen von Frauen übertragen, bei denen gerade die Rate an falsch positiven Befunden ein entscheidendes Kriterium für den Nutzen des Tests ist.

Fazit der Untersuchung ist, dass die Dünnschicht-Zytologie keinen Vorteil gegenüber einem mit korrekter Technik durchgeführten Pap-Abstrich hat. Die Notwendigkeit der richtigen Abnahme des Abstrichs sowie Rückmeldungen über fehlerhafte Entnahmen durch das Labor an die ÄrztIn wird ebenfalls betont.

Zervixkarzinom und HPV

Ein weiterer Test, dessen Durchführung zur Verbesserung der Früherkennung des Zervixkarzinoms diskutiert wird, ist die Untersuchung auf eine HPV-Infektion. Auch diese Untersuchung wird bereits als Selbstzahler-Leistung angeboten und beworben.

Der HPV-Test hat eine sehr viel größere Sensitivität als der Pap-Abstrich. Bei Anwendung geeigneter Testverfahren² ist der Test beim Vorliegen einer schweren Dysplasie in 75-95% der Fälle positiv und bei einem invasiven Zervixkarzinom in über 95%. Dabei hat der Test aber eine sehr geringe Spezifität, das heißt, er weist eine sehr hohe Rate an falsch positiven Ergebnissen auf.

HPV (Human Papilloma Virus) ist ein Virus, das an der Entstehung von Haut- und Genitalwarzen beteiligt ist. Mehr als 10 der über 50 bekannten Virustypen (die so genannten High Risk-Typen) sind auch an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt.

Ohne HPV kein Zervixkarzinom

Da im Gewebe von Gebärmutterhalskrebs mit empfindlichen Nachweismethoden fast immer HPV der High Risk-Typen (HR-HPV) gefunden werden kann, wird das Virus inzwischen als notwendiger Faktor für die Entstehung dieses Krebses angesehen, das heißt, dass ohne eine HPV-Infektion kein Zervixkarzinom entsteht.

In mehreren Studien wurde festgestellt, dass es nach einer HPV-Infektion mindestens 8 Jahre dauert, bis es zur Entstehung eines Zervixkarzinoms kommen kann (Petry 2003, Gynäkologe). Und es scheint gesichert, dass einem Karzinom immer eine HPV-Infektion vorausgeht.

² derzeit gilt der Hybride Capture II (HCII) als bester kommerziell verfügbarer Standard-Test

Deshalb schließt ein negatives Testergebnis für HPV sowohl das Vorhandensein eines Zervixkarzinoms mit sehr hoher Sicherheit aus, als auch die Entstehung zumindest innerhalb der nächsten fünf Jahre. Das bedeutet, falsch negative Ergebnisse sind sehr selten.

Verbreitung von HPV

HPV-Infektionen sind allerdings sehr verbreitet. Wahrscheinlich infizieren sich ca. 80% aller Frauen irgendwann in ihrem Leben damit. Am häufigsten wird das Virus sexuell übertragen, eine Übertragung durch anderen Haut- und Schleimhautkontakt ist aber auch möglich. Die höchste Rate an Neuinfektionen wird nach dem Beginn sexueller Aktivität gefunden. Aber auch bei Kindern und Menschen ohne sexuelle Aktivität können HPV-Infektionen festgestellt werden.

Die große Mehrzahl der Infektionen (geschätzt ca. 90%) heilt innerhalb einiger Monate ohne Behandlung aus. Bei den übrigen Infektionen kann das Virus über einen längeren Zeitraum nachgewiesen werden (persistierende Infektion). Auch von den hiervon betroffenen Frauen entwickelt nur ein kleiner Teil (geschätzt 1-2%) ein Zervixkarzinom, sie haben jedoch gegenüber Frauen ohne eine persistierende HPV-Infektion ein stark erhöhtes Risiko.

Das heißt, dass Infektionen auch mit HR-HPV nur in den wenigsten Fällen zu der Entstehung eines Zervixkarzinoms führen und die überwiegende Mehrzahl der positiven Befunde falsch positiv im Hinblick auf das Vorliegen eines Zervixkarzinoms oder von Vorstufen ist. Es gibt bisher keine Möglichkeiten, festzustellen, bei welchen Frauen sich später ein Zervixkarzinom entwickeln wird.

HPV-Test zur Früherkennung

Wenn eine Untersuchung auf HPV-Infektion als Screening-Untersuchung durchgeführt wird, gibt es eine große Anzahl von Frauen mit positivem Testergebnis. Die Zahl der festgestellten HPV-Infektionen bei den 20-25jährigen Frauen variiert in verschiedenen Ländern zwischen 15-30 Prozent (Petry 2003, Gynäkologie).

Bei Frauen ab 30 Jahren wurden in Studien mit deutschen Frauen bei 5-7,8% Infektionen mit HR-HPV gefunden (Schneider 2000, Petry 2003 BJC).

Da sich nur bei 1-2% der Frauen mit einer HPV-Infektion ein Zervixkarzinom entwickelt, müssen im Bezug darauf 98-99% der Ergebnisse als falsch positiv bewertet werden. Auch

Vorstufen eines Zervixkarzinoms liegen nur bei einem kleinen Teil der Frauen mit positivem HPV-Ergebnis vor. Bei den über 30jährigen Frauen der genannten Studien waren es knapp 10%, das heißt, auch in Bezug auf Vorstufen des Zervixkarzinoms war die Rate an falsch positiven Befunden 90%.

Ein positives Testergebnis für HPV bedeutet bei unauffälligen Pap-Abstrich in den seltensten Fällen, dass eine Krebsvorstufe oder eine Krebserkrankung vorliegt. Es führt aber zu erheblicher Angst und Beunruhigung. Bisher ist auch unklar, welche Konsequenzen daraus gezogen werden sollen, d. h. ob und welche Untersuchungen im weiteren durchgeführt werden sollen.

Im Vergleich dazu wurden in der Studie von Petry (2003 BJC) kontrollbedürftige Pap-Abstriche (Pap IIw und mehr) nur bei 3% der über 30jährigen Frauen gefunden, bei ca. 1% wurden noch höhergradige Veränderungen (Pap III und mehr) gefunden. In der Mehrzahl dieser Befunde lagen auch hier falsch positive Befunde vor: Bei Pap IIw und höher bestätigte sich nur bei 11% der Fälle, dass bei den Frauen Krebsvorstufen vorlagen. Bei Pap IIIa und höher lag die Rate der Krebsvorstufen bei 21%. In einer englischen Studie mit Frauen ab 35 Jahren erbrachte der Pap-Test deutlich bessere Ergebnisse. Bei Pap IIIa und mehr fanden sich in 74 % Krebsvorstufen und nur 36% der Ergebnisse waren falsch positiv (Cuzick 1999).

Bei Frauen unter 30 Jahren ist der Anteil an auffälligen Pap-Befunden eher geringer, der Anteil an positiven HPV-Nachweisen aber höher. Auch Zervixkarzinome kommen in dieser Altersgruppe sehr selten vor. Damit überwiegt der Nachteil der sehr hohen Rate an falsch positiven Befunden beim HPV-Test in dieser Altersgruppe und er wird nicht als sinnvoll angesehen.

Es gibt aber derzeit Überlegungen, ob bei Frauen über 30 Jahren der HPV-Test eine sinnvolle Ergänzung zum Pap-Test sein kann. Frauen ohne HPV-Nachweis müssten dann erst nach einigen Jahren die nächste Früherkennungsuntersuchung auf Zervixkarzinom durchführen lassen; wie lang das Zeitintervall zwischen den Untersuchungen sein soll, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion.

Ebenfalls in Diskussion ist, welche weiteren Untersuchungen bei den 5-7% der Frauen mit positivem Virusnachweis durchgeführt werden sollen. Bisher gibt es dafür kein überprüftes und anerkanntes Vorgehen.

Bei unauffälligem Pap-Abstrich wird eine Kontrolle von Pap-Abstrich und HPV-Test nach 6

Monaten vorgeschlagen, andere ExpertInnen schlagen eine sofortige kolposkopische Untersuchung, zum Teil mit Entnahme von Gewebeproben, vor.

Auch das weitere Vorgehen bei Weiterbestehen der Virusinfektion ist unklar. Es werden Pap-Abstriche und kolposkopische Untersuchungen in unterschiedlichen Zeitabständen vorgeschlagen.

Es ist auch noch ungeklärt, ob die notwendigen Kolposkopien bei SpezialistInnen durchgeführt werden sollten (deren Kapazitäten würden für die vorhersehbare Zahl an Untersuchungen nicht ausreichen) oder bei nicht dafür spezialisierten FrauenärztInnen ohne ausreichende Qualitätskontrolle.

Andere ExpertInnen halten auch bei den über 30jährigen Frauen den alleinigen Pap-Test für die bessere Screening-Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. Nach ihrer Ansicht kann die höhere Rate an falsch negativen Befunden durch die jährliche Wiederholung des Abstrichs verringert werden, da bei wiederholten Untersuchungen mehr auffällige Zellen gefunden werden. Da die meisten Zervixkarzinome erst Jahre nach dem Auftreten von Gewebeveränderungen entstehen, können sie, auch wenn sie erst später entdeckt werden, meist noch rechtzeitig behandelt werden.

Es wird eine Steigerung der Qualität durch qualitätssichernde Maßnahmen bei allen Schritten des Screenings (ähnlich wie beim Mammografiescreening) gefordert, um die Ergebnisse zu verbessern.

Nach dieser Ansicht überwiegt der Vorteil der größeren Genauigkeit des Pap-Tests, das heißt, die geringere Rate an falsch positiven Befunden.

Für Pap-Abstriche in jährlichen Abständen spricht auch, dass der Pap-Test sehr viel kostengünstiger ist, als der HPV-Test.

Es konnte auch noch nicht geklärt werden, ob die zusätzliche Durchführung eines HPV-Test tatsächlich die Entstehung eines Zervixkarzinoms verhindern kann und für wie viele Frauen dieser von Nutzen wäre. In den vorliegenden Studien wurde lediglich die Sensitivität für die Feststellung von CIN II/III untersucht. Aber nur ein Teil dieser Veränderungen entwickelt sich zum Karzinom. Im ungünstigen Fall könnte die zusätzliche HPV-Testung nur zu mehr Konisationen führen, ohne die Zahl der Zervixkarzinome zu reduzieren.

Vorgehen bei Dysplasien

Die Zahl an beim Pap-Abstrich gefundenen Gewebeveränderungen (Dysplasien) ist um ein Vielfaches höher, als die Zahl der Zervixkarzinome vor der Einführung des Screenings. Demnach entwickeln sich die Mehrzahl der Dysplasien auch ohne Behandlung nicht zu einem Zervixkarzinom weiter. Sie bleiben entweder unverändert bestehen oder bilden sich sogar zurück.

Wie häufig aus verschiedenen Schweregraden der Dysplasie ohne Behandlung ein Karzinom entstehen würde, kann aus ethischen Gründen nicht untersucht werden. Deshalb gibt es keine verlässlichen Zahlen dazu. Eine Übersicht über die vorhandenen Daten gibt Östör (1993). Geringgradige Veränderungen (CIN³ I) bilden sich in 57% der Fälle zurück, nur 1% entwickeln sich zu einem invasiven Karzinom⁴. Auch schwere Veränderungen (CIN III) bilden sich noch in 32% zurück. Die Entwicklung eines invasiven Karzinoms wurde in verschiedenen Studien bei bis zu 57% der Frauen beobachtet.

Diese Daten zeigen, dass ein Großteil der Konisationen⁵, die beim Vorliegen einer Dysplasie zur Entfernung des veränderten Gewebes durchgeführt werden, zur Verhinderung eines Zervixkarzinoms nicht notwendig sind. Risiken der Konisation sind starke Blutungen im Heilungsverlauf und bei nachfolgenden Schwangerschaften die Gefahr einer Frühgeburt durch Muttermundschwäche (Zervixinsuffizienz) oder einer erschwerten Öffnung des Muttermunds während der Geburt durch Vernarbung.

Die Entscheidung, ob und wie lange bei einer Dysplasie abgewartet werden kann und soll, ohne die Entstehung eines invasiven Karzinoms zu riskieren, ist jedoch schwierig.

Es wird diskutiert, wie hilfreich die Untersuchung auf eine HR-HPV-Infektion bei dieser Entscheidung ist. Zur Abklärung von Dysplasien kann der HPV-Test bereits als Kassenleistung durchgeführt werden.

Bei höhergradigen Dysplasien werden in der Mehrzahl der Fälle (75-95%, Cuzick 1999, Health Technology Assessment) auch HR-HPV gefunden. Trotzdem bildet sich ein Teil der Veränderungen spontan zurück oder entwickelt sich zumindest nicht weiter zu einem Karzinom. Hier ist der HPV-Nachweis keine

³ Cervicale intraepitheliale Neoplasie, Zellveränderungen im Gewebe des Gebärmutterhalses

⁴ Krebs, der bereits in benachbarte Gewebeschichten eingedrungen ist

⁵ bei der Konisation wird eine kegelförmigen Umschneidung des Gebärmutterhalses durchgeführt

Entscheidungshilfe für weiteres Abwarten oder die Konisation.

Bei unklaren Pap-Befunden (insbesondere Pap IIW) könnte der zusätzliche HPV- Test eine Hilfe sein. Allerdings geht es dabei nur um die Entscheidung über die Häufigkeit weiterer Kontrollen oder die Notwendigkeit einer Kolposkopie. Eine Gewebeentfernung wird hier ohne weitere Abklärung ohnehin nicht als notwendig erachtet.

Bei negativem HPV- Befund wären keine zusätzlichen Untersuchungen notwendig und die Frau würde erst nach einem Jahr die übliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchführen lassen. In der Studie von Petry (2003 BJC) war der HPV- Test bei ca. 89% der Frauen mit Pap II w negativ.

Bei positivem HPV- Befund müsste eine weitere Abklärung durch wiederholte Pap-Kontrollen oder eine Kolposkopie durchgeführt werden.

Impfung gegen HPV

Unter der Annahme, dass eine HPV- Infektion die hauptsächliche Ursache für die Entstehung eines Zervixkarzinoms ist, gibt es Überlegungen, dass durch eine Impfung, die vor der Infektion schützt, auch die Krebsentstehung verhindert werden kann. An der Entwicklung eines solchen Impfstoffs wird derzeit gearbeitet.

Dass es möglich ist, mit einer Impfung zumindest eine bleibende Infektion zu verhindern, hat eine erste Studie gezeigt. Ein Impfstoff gegen HPV-16 ist in einer randomisierten Studie mit 2392 Frauen zwischen 16 und 23 Jahren getestet worden (Koutsky 2002). In der Gruppe der mit dem Impfstoff behandelten Frauen entstand innerhalb von durchschnittlich 17 Monaten keine bestehen bleibende (persistierende) HPV-Infektion, in der Placebogruppe bei 3,8% der Frauen. Auch Dysplasien mit Beteiligung von HPV 16 entwickelten sich nur in der Placebogruppe. Allerdings wurden in der Impfgruppe bei 6 Frauen vorübergehende Infektionen mit HPV 16 nachgewiesen. Außerdem entstanden bei 22 Frauen Dysplasien ohne Beteiligung von HPV-16, möglicherweise durch andere HP-Virustypen.

Daraus wird geschlossen, dass eine HPV- Infektion durch Impfung effektiv verhindert werden kann, und damit auch die Entstehung eines Zervixkarzinoms. Allerdings müsste sich der Impfstoff gegen alle HR-Virustypen richten. Bisher sind über 100 HPV- Typen bekannt, mindestens 13 werden als HR-Typen angesehen. Einen Impfstoff mit so vielen Typen herzustellen, ist aufwändig, und es ist unklar, ob

er ebenso wirksam wäre, wie der Impfstoff gegen nur einen Virus-Typen.

Zwei Typen, HPV 16 und HPV-18 sind am häufigsten bei persistierenden Infektionen und bei 70-75 % der Frauen mit Zervixkarzinomen zu finden. Mit einem Impfstoff gegen diese beiden Virustypen würden sich demnach ca. 70% der Zervixkarzinome verhindern lassen.

Derzeit wird ein Impfstoff gegen diese beiden Virustypen und zusätzlich die Typen 6 und 11, die Kondylome verursachen, in Phase III Studien getestet. Die Zulassung wird in 5-7 Jahren erwartet (Grubert 2003, Dubin 2003).

Allerdings gibt es noch viele Bedenken, ob das Ziel, die Entstehung von Zervixkarzinomen zu verhindern, tatsächlich erreicht werden kann.

Selbst wenn die Impfung die Entstehung von mit HPV-16 und 18 assoziierten Zervixkarzinomen verhindern würde, wird ein Rückgang der Zahl von Karzinomen frühestens zehn Jahre nach der Einführung erwartet, da in dieser Zeit noch Karzinome aus bis dahin erworbenen Infektionen entstehen. Es könnte auch sein, dass bei geimpften Personen Infektionen mit anderen HR-Typen häufiger werden und dadurch die Häufigkeit von Karzinomen weniger abnimmt, als vorhergesagt.

International ist es ein größeres Problem, die Impfung gerade für Frauen mit hohem Risiko für ein Zervixkarzinom verfügbar zu machen. Dieses besteht besonders in Ländern mit schlechter medizinischer Versorgung und ohne Screeningangebote. Es ist fraglich, ob dort die medizinischen und finanziellen Mittel für die Durchführung einer Impfung vorhanden sein werden. Es wird eine ähnliche Situation wie bei der Versorgung mit Medikamenten zur Behandlung von HIV-Infektionen befürchtet: für die Menschen, die sie am dringendsten bräuchten, ist sie aus finanziellen Gründen nicht zugänglich.

Für Länder, in denen durch ein flächendeckendes qualitätsgesichertes Screening die Entstehung von Zervixkarzinomen durch Behandlung der Vorstufen weitgehend verhindert wird, ist der Nutzen der Impfung relativ. Hier werden eher Konisationen verhindert und Angst und Sorge bei auffälligen Pap-Abstrichen reduziert.

Untersucht wird auch die Möglichkeit, ob mit einer Immunisierungsbehandlung eine Heilung von bestehenden HPV-induzierten Karzinomen oder Vorstufen erreicht werden kann. Dabei werden Antigene benutzt, die sich speziell gegen die krebsauslösenden Proteine des HPV-Virus richten. Es gibt dazu bisher nur erste kleine Studien, meist ohne Kontrollgruppen, die widersprüchliche Ergebnisse brachten

(Grubert 2003, Petry 2003 Eurogin). Deshalb ist noch unklar, ob mit diesem Behandlungsansatz Erfolge erzielt werden können.

Quellenangaben:

Cuzick J, Beverley L, et al. HPV testing in primary screening of older women. British Journal of Cancer 1999; 81: 554-8

Cuzick J, Sasieni P, et al. A systematic review of the role of human papillomavirus testing within a cervical screening programme. Health Technology Assessment 1999; Vol. 3: Nr. 14

Dubin G. Development of an adjuvanted human papillomavirus type 16/18 L1 virus like partikel. Eurogin Paris 2003, Abstr. SS20-05

Grubert TA, Friese K. Impfung gegen HPV. Aktueller Stand und neue Perspektiven zur Vakzinierung gegen humanpathogene Papillomviren. Gynäkologie 2003; 36: 313-22

Koutsky LA, Ault KA, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. New England Journal of Medicine 2002; 347: 1645-51

Muth C, Velasco-Garrido M, Schneider V. Dünnschicht-Zytologie: Rechtfertigt die Evidenzlage einen breiten Einsatz? Frauenarzt 2003; 44:421-2

Östör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. International Journal of Gynecological Pathology 1993; 12: 186-92

Petry KU, Garcia F, et al. A randomized placebo-controlled study of ZYC101A for the treatment of high grade intraepithelial neoplasia. Eurogin Paris 2003, Abstr. SS15-09

Petry KU, Menton S, et al. Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany: results for 8466 patients. British Journal of Cancer 2003; 88: 1570-7

Petry KU. HPV-Screening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. Der Gynäkologe 2003; 36: 289-96

Schneider A, Hoyer H, et al. Screening for high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer by testing for high-risk HPV, routine cytology or colposcopy. International Journal of Cancer 2000; 89: 529-34

CIN (cervical intraepithelial neoplasia)

Zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN)			Plattenepithelkarzinom
CIN I leichte Dysplasie	CIN II mittelschwere Dysplasie	CIN III schwere Dysplasie und Ca in situ	
Pap III D*		Pap IV a*	Pap V*
		Pap IV b*	

* siehe Papanicolaou* Abstrich

CIN: Terminologie der verschiedenen Epithelveränderungen und der Zuordnung der häufigsten damit korrelierenden zytologischen Befunde

Papanicolaou* Abstrich

Zytodiagnostik nach Papanicolaou* (s.a. CIN) (nach einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Zytologie)	empfohlene Maßnahme
negativ I normales Zellbild	-
II entzündliche, regenerative, metaplastische oder degenerative Veränderungen, Hyper- u. Parakeratosezellen	-
zweifelhaft III schwere entzündliche oder degenerative Veränderungen	je nach kolposkopischem und klinischem Befund kurzfristige zytologische Kontrolle oder sofortige histologische Abklärung
III D Zellen einer Dysplasie leichten bis mäßigen Grades	kolposkopische und zytologische Kontrolle nach 3 Monate
positiv IV a Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Ca. in situ	kolposkopische, zytologische und histologische Abklärung bzw. Behandlung
IV b Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Ca. in situ, invasives Ca. nicht sicher auszuschließen	
V Zellen eines invasiven Zervixkarzinoms oder anderer maligner Tumoren	

Quelle: Roche Medizin Lexikon

Pille danach – rezeptfreie Vergabe in Deutschland

Ines Thonke

Bericht zur Fachtagung am 5. Dezember 2003 in Berlin

Die Fachtagung wurde vom Familienplanungszentrum Berlin e.V. Balance, dem pro familia-Landesverband Berlin und dem Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt veranstaltet und wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Aus Sicht der VeranstalterInnen ist aufgrund der anstehenden politischen Entscheidung über die Aufhebung der Verschreibungspflicht für die „Pille danach“ die fachliche Debatte zum Thema notwendig. Die internationale Erfahrungen und Einschätzungen sollten dabei in die Diskussion einbezogen werden.

In ihrem Grußwort wies Frau Dr. E. Pott, Direktorin der BZgA, auf den gesetzlichen Auftrag der BZgA durch §1 SFHG hin, Konzepte, Materialien und Medien für die Sexualaufklärung und die Familienplanung zu entwickeln. Ein zentrales Ziel ist die Vermeidung von Schwangerschaftskonflikten. Neben der Information und Aufklärung zu Verhütungsmethoden führt die BZgA regelmäßig Studien und Befragungen zu Sexual- und Verhütungsverhalten, zu Lebens- und Familienplanung und zum Wissensstand in der Bevölkerung zu Themen der Sexualität und Verhütung durch.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen wird deutlich: Das Verhütungsverhalten ist schon bei Jugendlichen beispielhaft gut. Dennoch gibt es Situationen, in denen nicht oder nur unzureichend verhütet wird wie z.B. beim „ersten Mal“. Andere kritische Situationen ergeben sich in Zeiten von Partnerwechsel oder Änderungen der Verhütungsmethode. Insbesondere für diese Risikosituationen ist die Verfügbarkeit der „Pille danach“ besonders wichtig.

Die Verhütungsstudien der BZgA lassen auch Aussagen zur Pille danach zu: „Schon mal davon gehört“ haben viele (91 %), angewendet wurde sie von 9 % der sexuell aktiven Bevölkerung zwischen 22 und 44 Jahren. In drei von den neun Prozent wurde sie schon mehrmals eingenommen. Von den 14- bis 17-jährigen Mädchen wissen 68 % von der Pille danach, bei den gleichaltrigen Jungen ist der Kenntnisstand etwas niedriger und liegt bei 52 %. Trotz hohem Bekanntheitsgrad wird das Potential zur Vermeidung

ungewollter Schwangerschaften noch nicht voll genutzt. Dabei ist es von großer Bedeutung, die Möglichkeit der Notfallverhütung in die Informationen über reguläre Verhütungsmethoden zu integrieren.

Frau Prof. Dr. Ulrike Busch, Fachhochschule Merseburg und ehemalige Leiterin des Zentrum für Familienplanung und Sexualität Balance, führte in die Fachtagung ein. Sie betonte die Bedeutung verschiedener Aspekte, um eine rezeptfreie Pille danach- Abgabe erfolgreich zu gestalten. Hierzu gehören z.B. Informationen für die Öffentlichkeit, die wichtige Aufgabe von Sexualpädagogik und Beratung, die Etablierung von Rahmenbedingungen, um eine qualifizierte Beratung und Versorgung sicherzustellen sowie die engagierte Mitwirkung von FrauenärztInnen. Als Negativbeispiel nennt U. Busch die Einführung von Mifegyne®. Die Etablierung von Mifegyne als Verfahren zum frühen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wird in Deutschland durch unzureichende fachliche Auseinandersetzung, fehlende Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und den Medien und Defizite in der Information und Beratung und Vergütung bis heute vielerorts blockiert und in letzter Konsequenz wird Frauen dadurch in vielen Regionen das Recht auf Wahlfreiheit zwischen unterschiedlichen Abbruchmethoden vorenthalten.

Welche Gründe sind es, die von den Gegnern der Zulassungsänderung der Pille danach vorgebracht werden?

U. Busch nannte die Wirkungsweise, die hohen Nebenwirkungen, die potentielle Fehleinnahme (Die Angst vor dem „Missbrauch“) die fehlende ärztliche Information und Beratung, mangelndes Verständnis und Kenntnisse in der Bevölkerung und fehlende Strukturen zur rezeptfreien Abgabe. U. Busch begrüßte, dass sich die internationalen ReferentInnen zu all diesen Aspekten äußern werden und zur Auflösung dieser Bedenken durch die eigenen Erfahrungen beitragen.

Frau Dr. Helena von Hertzen, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Abt. für Reproduktive Gesundheit und Forschung, fasste den internationalen Stand der Forschung zusammen. Neben vergleichenden Studien von Yuzpe (Kombination Östrogen/Gestagen) und der reinen Levonorgestrel (LNG)- Pille danach wurden auch die aktuelle Studien zu Mifepriston in niedriger Dosierung für die Nachverhütung dargestellt.

Die Übersicht der vergleichenden WHO- Studien zeigt: Die beiden pharmakologischen Wirksubstanzen, mit denen aktuell zur Nachverhütung geforscht wird, sind das Gestagen Levonorgestrel

(LNG) 1,5 µg und das Anti-Gestagen Mifepriston in unterschiedlichen Dosierungen.

Neuere von der WHO veröffentlichte Studien zu Mifepriston zeigen vergleichbare Effektivität bei 50 oder 10 mg Mifepriston und deutlich seltener Zyklusverschiebungen als bei höherer Dosierung. Ferner findet sich in der neuesten Publikation der WHO zum Thema vergleichbare Effektivität von 1,5 µg Levonorgestrel und 10 mg Mifepriston: Bis Einnahme bis zu 5 Tagen nach ungeschütztem Verkehr (120 Stunden), war die Schwangerschaftsrate 1,5. Auch das Profil der Nebenwirkungen war vergleichbar. Nach LNG- Einnahme bekamen Frauen ihre erste Blutung nach der Einnahme früher als nach Mifepriston.

Die Einlage der Kupferspirale besitzt bei der Nachverhütung bis zu 7 Tagen eine Effektivität von 99 bis 100 %. Nachteile sind schmerzhafte Einlage, Bedarf an geschultem Personal, Ausschluss bzw. Risiko einer aufsteigenden Genitalinfektion.

In Bellagio, Italien, formulierte 1995 eine internationale Expertengruppe eine Konsensusdefinition zur Notfallverhütung: Notfallverhütung umfasst Methoden, die von Frauen nach dem Geschlechtsverkehr genutzt werden können, um eine Schwangerschaft zu verhindern. Sie sind nur für den gelegentlichen Gebrauch und nicht als reguläre Methode anzuwenden. Sie sind weniger effektiv als reguläre Methoden. Sie verhüten zwischen 50 % und 90 % der Schwangerschaften. Sie verursachen keinen Abort. Notfallverhütung ist die zweite Chance, wenn z.B. keine Verhütungsmethode angewandt wurde, eine Verhütungsmethode unzureichend wirksam ist oder nach einer Vergewaltigung. (Anmerkung zur zweiten Chance: In den USA heißt ein Präparat zur Nachverhütung „Plan B“. Plan A wäre demnach die reguläre Verhütung).

Frau Dr. Elisabeth Aubény, u.a. Vorsitzende des französischen Vereins für Kontrazeption und Vizepräsidentin des College de Gynécologie médicale de Paris, berichtete in ihrem Vortrag über die in Frankreich gemachten Erfahrungen. Die Bedeutung dieser „nachträglichen“ Methode wird nach ihrer Meinung häufig unterschätzt. In Frankreich entstehen durch ungeschützten Verkehr 130 000 ungewollte Schwangerschaften im Jahr. 220 000 Schwangerschaftsabbrüche werden durchgeführt.

Die gesetzliche Lage in Frankreich unterscheidet sich wesentlich von der in Deutschland. Im Jahr 1999 wurde die rezeptfreie Abgabe der Levonorgestrel- „Pille danach“ per Erlass durch die Ge-

sundheitsbehörden erlaubt. Grund dafür war die Einschätzung, dass es für die Sicherheit der Methode von hoher Bedeutung ist, so früh wie möglich Zugang zur Methode zu erhalten. Die „Pille danach“ kostet 7 €. Eine Erstattung der Kosten erfolgt nur bei Nachweis einer ärztlichen Verordnung.

Ende 2000 wurde gesetzlich geregelt, dass die „Pille danach“ von den Apotheken an Minderjährige kostenfrei abgegeben wird. In dringenden Fällen kann sie auch von schulischen Krankenstationen ausgegeben werden. Folge dieser Gesetzgebung ist eine sehr hohe Nutzung der Pille danach in Frankreich. Ca. 85.000 mal pro Monat wird die „Pille danach“ dort angewendet. Insgesamt haben mehr als 1 Million Frauen Erfahrungen mit der Methode.

Zwei wichtige Aspekte sind bei diesen Zahlen zu berücksichtigen:

1. Durch die „Pille danach“ wurde die reguläre Verhütung nicht ersetzt. Die Verkaufszahlen empfängnisverhütender „Pillen“ nehmen weiterhin zu.
2. In den bereits 4 Jahren rezeptfreier Abgabe wurde bisher keine einzige unerwartete Komplikation bekannt.

Aubény bezeichnet das Präparat demnach als Antwort auf ein wirkliches Bedürfnis.

Zur Abgabe in Schulen: Im Schuljahr 2001/2002 haben 15.571 Schülerinnen wegen Notfallverhütung die Krankenstation der Schule aufgesucht, 74,2 % davon waren minderjährig.

Prof. Dr. Walter Tschugguel von der Universität Wien, spricht über Wirkung, Nebenwirkungen und Verabreichung der Pille danach (da dies regelmäßig Thema im FPR ist, verzichten wir an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung). Er betont die Sicherheit der LNG- Pille danach und sieht keine Notwendigkeit in einer gynäkologischen Untersuchung, einem Schwangerschaftstest oder der Anamneseerhebung zu Risikofaktoren vor der Vergabe der Pille danach (wie z.B. vor der Verschreibung oraler Kontrazeptiva).

In Schweden wurde die Pille danach in den 90er Jahren eingeführt, rezeptfrei erhältlich ist sie seit April 2001. Im Jahr 2002 betrug die monatliche Abgabe zwischen 8000 und 12000 Präparaten. Laut Prof. Dr. Kristina Gemzell ist das Bewusstsein für Nachverhütung in Schweden sehr hoch, aber detaillierte Kenntnisse zu Wirksamkeit und Zeitrahmen der Einnahme sind begrenzt und obwohl die Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen in Schweden seit ca. 1975 stabil bleibt, steigt die Zahl der Abbrüche bei Mädchen

und jungen Frauen leicht an. Gemzell stellt diese Tatsache in Beziehung zu Reduzierungen der staatlichen sexualpädagogischen Maßnahmen und einer in der Öffentlichkeit geführten Debatte zu Nebenwirkungen der oralen Kontrazeptiva, die zu Verunsicherung bei Anwenderinnen geführt hat und bei einigen zum Beenden der hormonellen Verhütung führte. Nach ihrer Einschätzung bleibt die Pille danach bisher eine noch zu selten genutzte Möglichkeit, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern.

Insgesamt wird die rezeptfreie Abgabe in Schweden von Vertreibern (Apotheken, Jugendkliniken) und von den Anwenderinnen begrüßt. Zwischenfälle sind bisher nicht bekannt geworden.

Prof. Dr. Cornelia Helfferich stellte die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung „frauen leben“, vor, die sich auf Pille danach beziehen. Die Befragung der 20 bis 44 jährigen Frauen die in den Jahren 1997-99 im Auftrag der BZgA durchgeführt wurde, ergab, dass 8 % der Befragten die Pille danach schon einmal eingenommen haben, ein Drittel davon mehrmals. Seltener wurde die Methode in ländlichen Regionen, in den neuen Bundesländern und bei Frauen über 40 Jahren angewendet. Frauen, die die Pille danach bereits eingenommen hatten waren in der Regel jung, in einer festen Partnerschaft, unverheiratet und kinderlos. 13 % der Pille danach - Anwenderinnen hatten keine Verhütungsmethode angewendet.

Nach Aussagen von Helfferich zeigen die Ergebnisse, dass sich die Befürchtungen nicht halten lassen, Frauen würden durch einfachere Zugänglichkeit der Pille danach die reguläre Verhütung vernachlässigen. Weiterhin lässt sich ableiten, dass die Pille danach geeignet ist Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern. Wichtig für die Einnahme ist die individuelle Einschätzung des Risikos schwanger zu werden sowie die Möglichkeit, die Pille danach zu erhalten. (Ist das Risiko so groß, dass es den Aufwand notwendig macht, sich die Pille danach verschreiben zu lassen?) Sigrid Weiser vom pro familia Bundesverband leitet den langjährigen Einsatz der pro familia für Information und Verfügbarkeit der Nachverhütung durch die Charta der International Planned Parenthood Federation (IPPF) ab. Das Menschenrecht auf Familienplanung beinhaltet das Recht auf Information, Zugang zu Verhütungsmethoden und einer Gesundheitsversorgung, die die Familienplanungsversorgung mitberücksichtigt. Die Themen Schwangerschaftsabbruch und Nachverhütung haben in diesem Zusammenhang wiederholt zu Herausforderungen der internationalen Familienplanungsorganisationen geführt. S. Wei-

ser gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung der hormonellen Nachverhütung: Von den ersten Kenntnissen der Wirkung hochdosierter Hormone Ende der 60er Jahre, über die Zulassung des ersten und einzigen Präparats 1985 bis zur weiteren Verbesserung der Methode durch die Einführung der LNG- Pille danach und die internationalen Bestrebungen auf Grund fehlender Gegenanzeigen die Methode barrierefrei verfügbar zu machen.

pro familia hat sich schon 1979 in der ersten Kampagne, dem „Am Morgen danach Programm“ um die Fortbildung der MitarbeiterInnen, der Frauenärztinnen und ApothekerInnen bemüht. Die zweite, im Jahr 2002 begonnene Kampagne „Sie haben 72 Stunden Zeit- pro familia für die rezeptfreie Pille danach“ beinhaltet Dienstleistungen, Qualifizierung, politische Initiativen und Aufbau von Kooperationsnetzen. Zentraler Punkt der Kampagne ist die klientInnenzentrierte Dienstleistungen, dies bedeutet qualitativ herausragende Information von Frauen und Männern in unterschiedlichen Medien und in unterschiedlichen Sprachen.

An der anschließenden Podiumsdiskussion mit der zentralen Frage „Wie sieht die Zukunft der Pille danach in Deutschland aus?“ nahmen Vertreter vom Verband der FrauenärztInnen, vom Apothekerverband und Frau Häußler-Sczepan für den pro familia Bundesverband, ein Vertreter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und der Universität Freiburg teil. Frau Häußler-Sczepan betonte die Bedeutung der rezeptfreien Vergabe für die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung.

Unter der Voraussetzung, dass für eine sichere und effektive Anwendung die Möglichkeit einer umfassenden Information im Vorfeld und bei Bedarf ist, erläutert sie das Engagement und die Aktivitäten von pro familia

pro familia agiert nicht ideologisch sondern kann sich auf die Einschätzungen der WHO, der IPPF und der Europäischen Union berufen und den Erfahrungen und Erkenntnissen, die seit mehreren Jahren in zahlreichen Ländern gemacht werden, folgen.

Prof. Dr. Hagemann (BfArM) erläutert den Entscheidungsprozess des Ausschusses für Verschreibungspflicht, der zur Empfehlung der Zulassungsveränderung der Levonorgestrel-„Pille danach“ duofem® geführt hat. Er schildert den Prüfungsprozess als außergewöhnlich umfangreichen Vorgang, der zu der Einschätzung kam, dass aus fachlichen Gründen keine Bedenken gegen die Aufhebung der Rezeptpflicht vorliegen. Frau Dr. Linz (Apothekerverband Niedersachsen) schließt sich dieser Einschätzung an und weißt

auf die Notwendigkeit von fachlicher und beraterischer Apothekerfortbildung hin sowie auf die Schaffung der Voraussetzungen in Apotheken. Die niedergelassene Gynäkologin und Vertreterin des Verbands der Frauenärzte in Berlin, Dr. Angelika Zienert, äußerte ihre Zweifel, ob diese Aufgaben durch Apotheken abgedeckt werden können und betont die Bedeutung von Kompetenz und Vertrauensverhältnis zwischen GynäkologInnen und Patientinnen. Prof. Dr. Zahradnik, Universität Freiburg schloss sich dieser Argumentation an. Die lebhafte Diskussion mit dem Auditorium ergab mehrheitlich das Stimmungsbild für eine rezeptfreie Abgabe. Daraus resultierte die Verabschiedung einer Pressemitteilung in diesem Sinne.

Welchen Einfluss hat eine einfachere Verfügbarkeit der „Pille danach“ auf die Anwendung regulärer Verhütungsmethoden?

Im Vergleich der sogenannten entwickelten Länder weisen die USA eine der höchsten Abbruchraten auf. Es wird davon ausgegangen, dass mit der „Pille danach“ 50% der Schwangerschaftsabbrüche verhindert werden können. Eine Limitierung der Anwendung stellen bislang der niedrige Kenntnisstand in der Bevölkerung und beim medizinischem Personal, sowie die schlechte Verfügbarkeit (Schwierigkeiten ein Rezept zu erhalten und fehlende Lagerhaltung in den Apotheken) dar. Eine Strategie zur Verbesserung des Zugangs ist, die „Pille danach“ Frauen bei Beratung zu Verhütungsmethoden und sexuell übertragbaren Erkrankungen auf Vorrat mit zu geben. Dieses Vorgehen hat sich außerdem in den USA und Kanada als kostensparend erwiesen. Eine amerikanische Studie hat untersucht, welchen Einfluss eine solche Vorgehensweise auf Anwendungshäufigkeit und auf das reguläre Verhütungsverhalten hat. Untersucht wurde eine Gruppe von Frauen nach einer Geburt, die durch Vorgeschichte, Sozialstatus und niedriges Einkommen ein hohes Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft haben. Zusammengefasst lässt sich feststellen: Frauen, die die „Pille danach“ vorrätig hatten, wendeten sie auch deutlich häufiger an. Es zeigte sich nicht, dass Frauen durch die Möglichkeit der prompten Nachverhütung zu weniger effektiven Verhütungsmethoden wechseln bzw. ihre reguläre Verhütung vernachlässigen. In den untersuchten Gruppen (mit und ohne

Vorabvergabe der Nachverhütungsmittel) gab jeweils die Hälfte der Frauen mindestens ein Ereignis mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr an. Die Frauen, die Nachverhütung vorrätig hatten, wendeten die Methode in diesen Fällen sechs mal häufiger an.

Um noch verlässlichere Ergebnisse zum Einfluss der Vorab- Mitgabe zu erhalten, sollte in größeren Studien die Zahl ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Krankheiten erhoben werden.

Quelle: Advance Supply of Emergency Contraception: Effect on Use and Usual Contraception- A Randomized Trial

R.A. Jackson, E.B. Schwarz, L.Freedman, P. Darney: American College of Obstetricians and Gynaecologists; Vol. 102, No.1, July 2003

Forum

Fachtagung „Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung im ersten Trimenon“

Die Fachtagung am 22.November 2004 in Bremen war die Auftaktveranstaltung der neuen Veranstaltungsreihe pro familia – Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Sie wurde in Kooperation mit dem pro familia – Landesverband Bremen organisiert, der in diesem Jahr das 25-jährige Bestehen des Instituts für Familienplanung feiert.

pro familia setzt sich für Wahlfreiheit zwischen den verschiedenen Methoden des Abbruchs und in diesem Zusammenhang auch für die fachliche Weiterentwicklung von Information, Beratung, Betreuung und medizinischen Versorgung ein. Betrachtet man die Abbruchzahlen in verschiedenen Ländern, so findet man niedrigste Abbruchzahlen in den Ländern, in denen sich die Rahmenbedingungen nach den Bedürfnissen der Frauen richten.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Veranstaltung lag bei der Weiterentwicklung der Qualitätsstandards. Neben den internationalen Standards der Weltgesundheitsorganisation wurden die Standards für den instrumentellen und den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch benannt. (Anmerkung: worauf beziehen sich die WHO-Standards bzw. wer hat die Standards für instrumentellen... erstellt?) Ein Vortrag befasste sich

mit den Besonderheiten einer frühen Vakuumaspiration in der 5. und 6. Woche nach Beginn der letzten Periode, die im Gegensatz zu den Niederlanden in Deutschland nur sehr selten angewendet wird. Ein weiterer Beitrag untersuchte, welche Rahmenbedingungen Auswirkungen auf die psychische Verarbeitung haben und welche Regelungen die Wahlfreiheit und den Zugang zum Abbruch für betroffene Frauen behindern. Dazu passte der letzte Vortrag über die gesellschaftlichen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs und den Einfluss religiöser und gesellschaftlicher Normen auf die individuelle Sicht und die Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch im Land.

Wir verzichten an dieser Stelle auf einen ausführlichen Bericht, da Anfang 2004 vom Bundesverband eine Dokumentation zur Fachtagung erstellt wird.

Hinweise

Hormontherapie in der Menopause und Brustkrebs - Die britische „Million Women Study“

Die im August 2003 veröffentlichte „Million Women Study“ ist derzeit die weltweit größte Beobachtungsstudie zu der Frage, welchen Einfluss die unterschiedlichen Hormontherapien in den Wechseljahren auf Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr (Inzidenz) und spezifische Sterblichkeit durch Brustkrebs (Mortalität) haben. Es ist eine prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie, die in enger Zusammenarbeit mit dem nationalen Mammographie-Screening-Programm erstellt wurde. Sie erfasst ca. 50 Prozent der weiblichen Bevölkerung in Großbritannien in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahren. Aus den Jahren 1996 bis 2001 wurden Daten aus standardisierten Fragebögen, zentral erfassten Brustkrebserkrankungen und Brustkrebstodesfällen von 1.084 110 Frauen ausgewertet.

In der vorliegenden Studie nahmen ca. 50 Prozent der Frauen Hormonpräparate.

Ergebnisse

Unter Einbezug bekannter Brustkrebsrisikofaktoren kam man zu folgenden Ergebnissen: Während einer Östrogen-Gestagen-Hormontherapie ist das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ver-

doppelt. Während einer alleinigen Östrogentherapie fand sich ein relatives Risiko von 1,3, für die Therapie mit Tibolon⁶ von 1,45. Für die Östrogen-Gestagen-Therapie, die in der WHI-Studie untersucht wurde⁷ wird ein relatives Risiko von 1,62 angegeben.

Welche Faktoren hatten keinen oder geringen Einfluss auf das relative Risiko?

Von geringer Bedeutung scheint bei kombinierter Östrogen-Gestagen-Anwendung die Wahl des Präparats, die Anwendungsform und das Anwendungsschema (sequentielle oder kontinuierliche Anwendung).

Welche Faktoren hatten einen Einfluss auf das relative Brustkrebsrisiko?

Mit der Ausnahme einer reinen Östrogenbehandlung, die kürzer als ein Jahr durchgeführt wird, steigt das relative Brustkrebsrisiko bei einer Östrogen- oder einer Östrogen-Gestagen-Therapie mit der Dauer der Behandlung an.

Nach beendeter Hormonbehandlung Nach Beendigung einer Hormonersatztherapie bestand weder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Brustkrebs noch eine erhöhte spezifische Sterblichkeit.

Die Risikoberechnung in konkreten Zahlen

Die AutorInnen der Studie berechnen für eine Östrogen-Therapie von 5 Jahren 0 bis 3 zusätzliche Brustkrebserkrankungen pro 1000 Frauen, bei 10jähriger Therapie 3 bis 7 zusätzliche Erkrankungen.

Bei Östrogen-Gestagen-Therapie berechnen sie bei 5-jähriger Therapie 5 bis 7, bei 10-jähriger Behandlung 18 bis 20 zusätzliche Erkrankungen pro 1000 Frauen.

Auf Großbritannien bezogen, wo die Studie durchgeführt wurde, hieße das für das letzte Jahrzehnt 20 000 Fälle von Brustkrebsneuerkrankungen bei Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren, die auf eine hormonale Wechseljahrsbehandlung zurückzuführen wäre.

Übertragbarkeit der Ergebnisse

Laut einer Risikobewertung von M. Dören, O. Ortmann und H. H. Klein ist die „Million Women

⁶ Norethynodrel-Derivat (Gestagen)

⁷ konjugierte equine Östrogene + Medroxyprogesteronazetat

Study“ von besonderer Bedeutung für Deutschland, da das Spektrum der verwendeten Präparate sehr ähnlich ist und somit durchaus Rückschlüsse auf Brustkrebs-Inzidenz aufgrund von Hormonersatztherapie in Deutschland gezogen werden können. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass auch in Deutschland eine nicht unerhebliche Zahl von Brustkrebserkrankungen im Zusammenhang mit der Hormonersatztherapie gesehen werden muss.

Konsequenzen für die Verordnung

Um eine informierte und eigenständige Entscheidung treffen zu können, ist es notwendig, Frauen umfassend über die Ergebnisse der aktuellen Untersuchungen zu informieren, d.h. den nachgewiesenen Nutzen wie die Linderung oder Beseitigung von Wechseljahrsbeschwerden und die Risiken, insbesondere das erhöhte Risiko von Brustkrebs und kardiovaskulären Ereignissen wie Thrombose, Schlaganfall und Herzinfarkt. Laut Dören, Ortmann und Klein sollte die Beendigung von Hormontherapien, insbesondere nach mehrjähriger Behandlung, erwogen werden. Von besonderer Bedeutung sind hierbei neuere Ergebnisse der WHI (Women's Health Initiative): Frauen aus der Östrogen-Gestagen-Gruppe, bei denen Brustkrebs diagnostiziert wurde, wiesen fortgeschrittenere Erkrankungsstadien auf als Frauen in der Kontrollgruppe.

Quelle: Risikobewertung durch Prof. Dr. med. Martina Dören, Charité -Universitätskliniken Berlin und Klinisches Forschungszentrum Frauengesundheit, Prof. Dr. med. Olaf Ortmann, Universität Regensburg, Prof. H.H. Klein, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Waldmannsheil, Universitätskliniken Bochum.

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

Hormonersatztherapie - Anwendung zur Osteoporoseprävention negativ beurteilt

Hormonersatztherapie (HET) zur Vorbeugung oder der Behandlung einer Osteoporose wird in einer aktuellen Bewertung des Bundesamts für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte (BfArM) in der Regel nicht mehr als vertretbar angesehen. In einer Presseerklärung vom 5. Dezember 2003 teilt das BfArM mit, dass in den

letzten Jahren mehrere Studien zu Nutzen und Risiken der kurz- und langfristigen Hormonersatztherapie durchgeführt wurden. Aufgrund des erhöhtes Risiko für Brustkrebs oder kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt, Thrombose und Schlaganfall hat das BfArM die Neubewertung dieser Arzneimittelgruppe vorgenommen (siehe auch FPR 3/2003) und Änderungen der Produktinformationen ab 1.11.2003 angeordnet, die die Risiken der Behandlung ausdrücklich berücksichtigen.

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer HET- Langzeit-Therapie wurde durch Experten aus mehreren EU-Staaten bewertet.

Demnach ist die langfristige Anwendung nach Abschluss der Wechseljahre zur Vorbeugung einer Osteoporose nur noch bei Frauen mit hohem Osteoporose-Risiko vertretbar, die andere Behandlungen nicht vertragen bzw. nicht anwenden dürfen.

Für die Behandlung ausgeprägter Wechseljahrsbeschwerden ist weiterhin von einem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis auszugehen, wenn die niedrigste wirksame Dosis für eine möglichst kurze Behandlungszeit angewendet wird.

Konsequenz dieser Bewertung ist, dass die Zulassungen bzw. Produktinformationen der in der EU zugelassenen HET- Produkte geändert und die Zulassung für die Osteoporoseprävention oder Behandlung weitestgehend eingeschränkt wird. Frauen, die eine HET- Behandlung zur Osteoporosevorbeugung oder -behandlung durchführen, sollten sich bei ihrem nächsten Arzttermin über besser geeignete Behandlungsmöglichkeiten informieren. Frauen, die HET wegen akuter Wechseljahrsbeschwerden anwenden, müssen mit dem Arzt /der Ärztin besprechen, ob eine Weiterführung der Behandlung sinnvoll ist oder ein Auslassversuch unternommen werden kann.

Quelle: Pressemitteilung 23/03 des Bundesinstituts für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte vom 5. Dezember 2003.

www.bfarm.de/Presse/mitteil_2003

Zusätzlich zu dieser Pressemitteilung finden sich auf der Internetseite des BfArM weitere Informationen in einem Dokument „Fragen und Antworten: Hormonersatztherapie und Osteoporosevorbeugung“. Dieses Dokument kann über o.g. Pressemeldung geöffnet werden.

Essure – Neue Methode zur Tubensterilisation

Essure ist ein Implantat, das zur Sterilisation durch eine Gebärmutterspiegelung in die Eileiter eingesetzt wird. Dabei wird die bisher notwendige Bauchspiegelung umgangen.

Es bekam 2001 das CE-Zertifikat der EU.

Das Implantat besteht aus einer Spirale aus Edelstahl mit Polyesterfasern. Es wird in beide Eileiter eingesetzt. Innerhalb der nächsten drei Monate regen die Polyesterfasern das Wachstum von Bindegewebe in die Spirale an, wodurch die Eileiter verschlossen werden.

Zum Einsetzen der Implantate ist eine Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) notwendig. Dabei wird ein Gerät mit einer Optik und einem Kanal für den Einführkatheter durch den Gebärmutterhals in die Gebärmutter eingeführt und das Implantat auf beiden Seiten in den gebärmutternahen engen Anteil der Eileiter geschoben. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt und dauert etwa 20-30 Minuten. Meist ist dafür eine örtliche Betäubung in Verbindung mit Schmerzmedikamenten ausreichend. Etwa eine Stunde danach können die meisten Frauen die Praxis verlassen.

In den nächsten drei Monaten müssen noch andere Verhütungsmethoden benutzt werden. Durch eine Röntgenuntersuchung, bei der Kontrastmittel durch den Muttermund in die Gebärmutter gespritzt wird (Hysterosalpingografie), wird dann festgestellt, ob beide Eileiter verschlossen sind. Danach kann sich die Frau auf die Verhütungswirkung des Implantats verlassen.

Die Durchführung des Eingriffs und der weitere Verlauf sind in zwei Studien mit insgesamt etwa 700 Frauen untersucht, mit einer maximalen Nachbeobachtungszeit von drei Jahren (Cooper 2003, Kerin 2003).

Eine Schwangerschaft ist in diesem Zeitraum nach erfolgreichem Eingriff nicht aufgetreten.

Bei etwa 10% der Frauen konnte das Implantat nicht in die Eileiter eingeführt werden. Gründe dafür waren Polypen der Gebärmutter, Schwierigkeiten, den Eingang der Eileiter aufzufinden, Verschluss oder Krämpfe der Eileiter, oder ein zu enger Gebärmutterhalskanal, der das Einführen des Hysteroskops verhinderte.

Bei 4% der Frauen waren die Eileiter nach drei Monaten wegen Ausstoßung oder falscher Lage der Implantate nicht verschlossen. Bei Ihnen wurden in einem weiteren Eingriff erneut Implan-

tate eingesetzt, mit einer weiteren Röntgenkontrolle nach 6 Monaten. Bei der Hälfte waren dann beide Eileiter verschlossen.

Danach war die Methode bei insgesamt 87% der Frauen erfolgreich.

Insgesamt wurden 11 Perforationen berichtet. Zum Teil wurde dann eine Bauchspiegelung durchgeführt und das Implantat entfernt. Ernsthaftige Folgen wie Infektionen, Blutungen oder Verletzungen anderer Organe wurden dabei nicht beobachtet.

Etwa 80% der Frauen bekamen vor dem Eingriff ein Schmerzmittel. Bei gut der Hälfte war danach die örtliche Betäubung ausreichend, etwa 40% erhielten zusätzlich eine Beruhigungsspritze, nur wenige Frauen bekamen eine Vollnarkose. Nach dem Eingriff benötigte ein Viertel der Frauen weitere Schmerzmittel.

Zwei Drittel empfanden während und nach dem Eingriff geringe oder keine Schmerzen, nur 4% empfanden starke Schmerzen. Auch die Blutungen nach dem Eingriff waren gering dauerten 3-7 Tage.

Als Vorteil der Methode wird angegeben, dass die Risiken der Bauchspiegelung und die Vollnarkose entfallen. Auch die Schmerzen nach dem Eingriff werden als deutlich geringer angegeben, als nach einer Bauchspiegelung. Es wird betont, dass fast alle Frauen am Tag nach dem Eingriff wieder arbeiten und den Haushalt versorgen konnten. Nach einer Bauchspiegelung sind dagegen die meisten Frauen für 3-7 Tage krank geschrieben.

Die Nachteile sind, dass die Implantate bei einem Teil der Frauen nicht richtig plziert werden können. Außerdem ist zusätzliche Verhütung für die ersten drei oder sechs Monate erforderlich sowie der zusätzliche Eingriff der Hysterosalpingografie zur Überprüfung des Tubenverschlusses.

Der größte Nachteil sind aber sicher die Kosten, ins besondere da ab 2004 die Kosten für eine Sterilisation nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden. Die beiden Implantate kosten etwa 800 €, dazu kommen Kosten für die Hysteroskopie (etwa 400 €) und für die Hysterosalpingografie.

Für die Laparoskopische Sterilisation werden die Preise, genauso wie für die Hysteroskopie, wahrscheinlich in den verschiedenen Praxen unterschiedlich sein, Sie werden aber etwa bei 600 € liegen, und damit deutlich niedriger als für die Implantate.

Damit kommt die Methode dann in Betracht, wenn die Risiken einer Laparoskopie zu groß sind (zum Beispiel Vernarbungen im Bauch nach mehrfachen Voroperationen, starkes Übergewicht oder Risiken für die Vollnarkose) und die Frau aber dringend eine Sterilisation wünscht oder andere Verhütungsmittel nicht in Frage kommen.

Quellenangaben:

Cooper JM, Carignan CS, et al. Microinsert nonincisional hysteroscopic sterilization. *Obstetrics and Gynecology* 2003; 102: 59-67

Kerin JF, Cooper JM, et al. Hysteroscopic sterilization using a micro-insert device: results of a multicenter phase II study. *Human Reproduction* 2003; 18: 1223-30

Neuerscheinungen

Terres des Femmes (Hg.)

Schnitt in die Seele

Weibliche Genitalverstümmelung – Eine fundamentale Menschenrechtsverletzung
Mabuse-Verlag 2003

Die weibliche Genitalverstümmelung, von der weltweit mehr als 150 Millionen Frauen und Mädchen betroffen sind, wird zunehmend öffentlich diskutiert. Dieser Debatte steht jedoch vielerorts noch immer eine große Tabuisierung und Unwissenheit entgegen. AutorInnen aus zehn Ländern berichten im vorliegenden Buch von der Aufklärungsarbeit gegen die Praktik in Afrika bis hin zur Beratung von MigrantInnen in Deutschland, eröffnen einen Blick auf die Asylproblematik in unserem Land, aber auch auf den strafrechtlichen Umgang mit genitaler Verstümmelung in Afrika und Europa. Die 25 Artikel bieten den LeserInnen darüber hinaus Hintergrundinformationen zu diesem komplexen Thema und fördern ein Spektrum an Sichtweisen zu Tage. Mit diesem breiten Ansatz möchte die Publikation dazu beitragen, das Schweigen über die weibliche Genitalverstümmelung weiter zu brechen, und einer oft sensationslüsternen Medienberichterstattung eine kompetente und sensible Information entgegengesetzen.

Sichtermann, Barbara; Leggewie, Claus

Das Wunschkind

Adoption und die Familie von heute
2003, 271 S. Ullstein HC
ISBN 3550075413

Immer mehr Menschen überlegen, ob sie ein Kind adoptieren sollen. Doch die Angst vor bürokratischen Hürden und psychologischen Problemen schreckt viele ab. Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen als Adoptiveltern setzen sich Barbara Sichtermann und Claus Leggewie mit diesen Bedenken auseinander und ermutigen dazu, sich auf ein adoptiertes Wunschkind einzulassen.

Veranstaltungs- kalender

Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie – Theorievermittlung und Kurse in verbaler Interventionstechnik

16.-18.01.2004 in Berlin

14.-16.05.2004 in Berlin

19.-21.11.2004 in Berlin

Themen: Krankheitsverständnis / Psychosomatische Anamnese / Ärztliche Gesprächsführung / Schwangerschaftskomplikationen / Lebensübergänge / Verbale Intervention in Kleingruppen

Auskunft: DGPF e.V., c/o Dr. Martina Rauchfuß, Ammerseestr. 22, 12527 Berlin,
rauchfuss.dgpf@web.de

5. Wiesbadener Symposium zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

13.-14.02.2004 in Wiesbaden

Themen: Genetische Risiko-Prävention / Operative und systemische Therapie / Wie sieht die Realität in Hessen aus? / Workshops zur Interventionellen Mammadiagnostik und Risikoberatung

Veranstalter: Kooperatives Brustzentrum, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, St. Josefs-Hospital, Berufsverband der Frauenärzte Wiesbaden und Mainz

Auskunft: Prof. Dr. A. du Bois, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und gyn. Onkologie, HSK Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, 65026 Wiesbaden
Tel.: 0611/43-23 77, Fax: -26 72,
www.hsk-wiesbaden.de

Gynäkologie und Geburtshilfe Frankfurt 2004
13. und 14.02.2004, in Frankfurt am Main Congress Centrum Messe

Hauptthemen: - Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Prä- und Perinatalmedizin
- Gynäkologie
- Onkologie
- Rundtischdiskussion

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. M. Kaufmann,
PD Dr. med. A. Ahr
OA Dr. med. S. Kissler
Universitäts-Frauenklinik, Klinikum
der Johann-Wolfgang-Goethe-
Universität, Theodor-Stern-Kai 7,
60590 Frankfurt,
Tel.: 069/6301-5115 / -5559,
Fax: 069/6301-7114

Ahr@em.uni-frankfurt.de

Kongressorganisation/Information/Anmeldung:
COCS – Congress Organisation C.
Schäfer, Franz-Joseph-Str. 38,
80801 München,
Tel.: 089/307 10 11,
Fax: 089/307 10 21

heike.tjaden@coccs.de

Anmeldung unter: www.coccs.de

HRT: Ergebnisse, Entwicklungen, Trends
21. Februar 2004, Philipps-Universität Marburg,
Hörsaalgebäude

Anmeldung: bis 31.01.2004

Anne Becker, Firma Softconsult,
Tel.: 06420/934 44,
Fax: 06420/82 67 66,
softconsult@web.de

Fragen: PD Dr. Peyman Hadji, Klinikum
der Philipps-Universität Marburg
Tel.: 06421/286 44 00,
Fax: 06421/286 70 70

hadji@med.uni-marburg.de

Fortbildungskongress der FBA Frauenärztlichen
Bundesakademie
26.-28.02.2004 in Düsseldorf

Themen: Schwangerschaftsbetreuung in Praxis
und Klinik – Aktuelle Aspekte /
Hormonersatztherapie / EBM – die
neue Gebührenordnung / Gynäkologie
/ Onkologie der Mamma / Gynäkologische
Onkologie / Sie fragen –
Experten antworten

Kurse: Psychosomatische Grundversorgung
/ Ultraschall / Nackentransparenz-
messung / Impfkurs / Mammaso-
nographie / Live-Demo Mamma-
Operation / Vulvasprechstunde / In-

fektiologie / Naturheilkunde / Hor-
montherapien / Das sterile Paar /
Hormonsprechstunde / Männer-
sprechstunde / IGeL in Praxis und
Klinik / Herzsonographie / Transvagi-
nale Sonographie / Differenzialkol-
poskopie / Urogynäkologie / OI-OII-
OIII-Labordiagnostik / Teenager-
Sprechstunde / Operative Hystze-
roskopie

Kongressleitung: Dr. Werner Harlfinger

Auskunft: Amelie Aengeneyndt Kongressorga-
nisation GmbH, Prinzenallee 3,
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/96 86-37 70,
Fax: 0211/96 86-47 70,
info@aakongress.de,
www.aakongress.de

Gutartige Erkrankungen in der Gynäkologie und
Geburtshilfe

28.02.2004 in Berlin

Themen: Uterus myomatosus / Infektionen /
Chronischer Unterbauchschmerz /
Endometriose / Benigne Erkrankun-
gen der Mamma / Adnexer-
krankungen

Leitung: PD Dr. David, Charité Berlin
Auskunft: Med.In Fortbildung in der Medizin,
Postfach 33 21 11, 14180 Berlin,
Tel.: 030/85 72 96 89,
Fax: 030/82 71 92 38

info@medin-mbh.de,
www.medin-gmbh.de

33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Psychosomatische Frauenheilkunde und ge-
burtshilfe e.V. (DGPFPG)

10.-13.03.2004 in Berlin

Themen: Reproduktionsmedizin in Deutsch-
land / Hirn – Psyche – Körper / Psy-
chosomatische Frauenheilkunde
gestern, heute, morgen / Palliativme-
dizin und Sterbehilfe – ein Wider-
spruch?

Auskunft: Geber + Reusch Congress-
Organisation, Kaiser-Friedrich-
Promenade 2, 61348 Bad Homburg,
Tel.: 06172/68 13 32,
Fax: 06172/68 13 34
geber-reusch@t-online.de

4th European Breast Cancer Conference
16.-20.03.2004 in Hamburg

Auskunft: EBCC4 Sekretariat, Federation of
European Cancer Societies Brüssel,
Tel.: 0032/27 75 02 01, Fax: 0032/27
75 02 45,

www.fecs.be/conferences/ebcc4, für
Deutschland: Prof. F. Jänicke, Uni-
versitäts-Frauenklinik Hamburg, Tel.:
040/428 03-35 10

Schwerpunktkongress „Geburtshilfe – sanft und
sicher“

19.-20.03.2004 in Bochum

Themen: Pränataldiagnostik und Ethik / Infekti-
onsdiagnostik / Fetale Ursachen a-
duler Erkrankungen / Epidemiologie
der geburtsh. Versorgung / Fetale
Kardiosonographie / Seminare

Leitung: Prof. Dr. Arne Jensen

Auskunft: Tagungssekretariat Hans-Martin
Vaihinger, Universitäts-Frauenklinik,
Knappschaftskrankenhaus, In der
Schornau 23-25, 44892 Bochum,
Tel.: 0234/299-3330 /-3331, Fax:
0234/299-3309,
gss@kk-bochum.de

4. Europäischer Kongress für Laktation und Stil-
len

16.-17.04.2004 in Berlin

Auskunft: VELB Kongress-Sekretariat,
CH-6055 Alpnach Dorf,
www.velb.org/Kongress2004

1. Gemeinsame Frühjahrstagung der Sächsi-
schen Gesellschaft für Frauenheilkunde und
Geb.hilfe, der Med.-Wiss. Gesellschaft für Gyn.
und Geburtshilfe in Sachsen-Anhalt, der Med.-
Wiss. Gesellschaft für Frauenheilkunde u.
Geb.hilfe in Thüringen

23.-24.04.2004 in Leipzig

Auskunft: Amelie Aengeneyndt Kongressorga-
nisation GmbH, Prinzenallee 3,
40549 Düsseldorf,
Tel.: 0211/96 86-37 70,
Fax.: 0211/9686-47 70
info@aakongress.de,
www.aakongress.de

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldia-
gnostik: „Hauptsache normal“!? Wie Normierung
funktioniert- IN UNSEREN KÖPFEN UND IN DER GE-
SELLSCHAFT

13.- 15. Februar 2004 Eisenach

Vorträge: Prof. Dr. Birgit Rommelspacher (Alice-
Salomon-Fachhochschule Ber-
lin): *Normierung und Normalität*
Dr. Michael Wunder (Evangelische
Stiftung Alsterdorf Hamburg): *Euge-
nik gestern und heute. Vom Recht
auf Differenz*

Arbeitsgruppen

- Die Aktion „Bitte nicht stören!“
- Pränataldiagnostik im GenUntersu-
chungsGesetz
- Frühscreening – Was tun?
- § 218 / Antrag zur Vermeidung von
Spätabbrüchen

Veranstaltungsort:

Haus Hainstein, Haus der Evangelischen
Kirchen, Am Hainstein 16, 99187 Eise-
nach, Tel.: 0369/242-0

Teilnahmebeitrag 110 Euro / 65 Euro

Anmeldung Bitte bis zum 15.12.2004

Netzwerk gegen Selektion durch Prä-
nataldiagnostik, c/o Bundesverband für
Körper- und Mehrfachbehinderte,
Brehmstraße 5-7, 40339 Düsseldorf,
Fon: 0211/64004-10
Fax: 0211/64004-20

Wenn die Liebe ohne Folgen bleibt...

Inhalte und Methoden für beraterische Kompe-
tenzen bei unerfülltem Kinderwunsch und Famili-
enplanung

22.4. bis 24.4.2004 und 7.6 bis 9.6.2004

Themen: Die 2-teilige Fortbildung vermittelt

Wissen, Beratungsmethoden
und Selbstreflexion für die Themen
Kinderwunsch und Familienplanung
und richtet sich an alle, die in ihrer be-
raterischen und therapeutischen
Arbeit mit diesem Thema in Berührung
kommen bzw. sich hierfür weiterqualifi-
zieren möchten.

Anmeldung: Evangelische Fachhochschule

Darmstadt, Zweifalltorweg 12,

64293 Darmstadt,

Tel. 06151-879874

emmerich@efh-darmstadt.de

www.efh-darmstadt.de

sowie bei Regina Broszeit, Tel. 06151-
784294

und Petra Thorn, Tel. 06105-22629

(www.pthorn.de)
