

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 5-6

Health Action International (D)

August 1991

Die Erforschung empfängnisverhütender Impfstoffe

Eine Analyse von Anita Hardon

Im letzten Jahrzehnt haben Wissenschaftler versucht, eine Reihe von Verhütungsmitteln zu entwickeln, die die Effektivität von Familienplanungsprogrammen erhöhen können. Hormonfreisetzende Spiralen und Vaginalringe, Hormonimplantate und neuerdings auch empfängnisverhütende Impfstoffe sind einige dieser Methoden. Diese Mittel sollten eine lange Wirkungsdauer aufweisen, leicht zu verabreichen und in der Anwendung für Benutzer und Verteiler problemlos sein. In diesem Artikel will ich diese Methoden aus weiblicher Sicht betrachten und einige Fragen aufwerfen, ob diese Entwicklungen angemessen sind. Die jüngste Entwicklung - empfängnisverhütende Impfstoffe - werde ich detaillierter diskutieren.

Zweifellos wollen und brauchen Frauen Verhütungsmittel. Gerade deswegen müssen wir uns immer wieder fragen, wie jede neue Methode in der bestehenden Gesundheitsversorgung eingesetzt wird und ob sie aus medizinischer Sicht sicher und unbedenklich ist.

Die meisten der oben erwähnten Methoden erhalten Frauen nur in Familienplanungszentren oder Kliniken. Implantate oder Spiralen müssen dort auch wieder entfernt werden. Wir wissen, daß diese Methoden mißbraucht werden können. In vielen Zentren wird den Frauen keine freie Wahl zwischen verschiedenen Verhütungsmitteln angeboten, so z.B. in einigen Familienplanungsprogrammen, die mit Zwang und Überredung arbeiten und in psychiatrischen Einrichtungen. Wir wissen, daß die

Unbedenklichkeit dieser Medikamente nicht sichergestellt werden kann. Bei ungewollter Schwangerschaft z.B. kann eine (schädliche) Wirkung auf den Fötus nicht ausgeschlossen werden. Jegliche Tests an Föten während der Schwangerschaft wären jedoch unethisch. Auch die Langzeiteffekte sind bislang noch weitgehend unbekannt. Zwar sind Frauen die verbreiteten Nebenwirkungen hormoneller Verhütungsmittel wie Kopfschmerzen, unregelmäßiger Menstruationszyklus und Gewichtsschwankungen bekannt. Doch sind diese Nebenwirkungen Teil der Wirkungsweise der Methoden und sie werden in klinischen Untersuchungen über Sicherheit und Wirksamkeit akzeptiert, wenn die Frauen davor gewarnt werden.

Zum Beispiel zeigten Studien, daß bei 60% der Norplant-Anwenderinnen

eine Verschiebung der Monatsblutung eintrat. Obwohl mögliche Langzeiteffekte durch die Störung des Menstruationszyklus nicht auszuschließen sind, halten Wissenschaftler dies für kein Problem. Hinter dieser

Die Abtreibungspille RU 486
Seite 4

Attraktive Eier
Seite 6

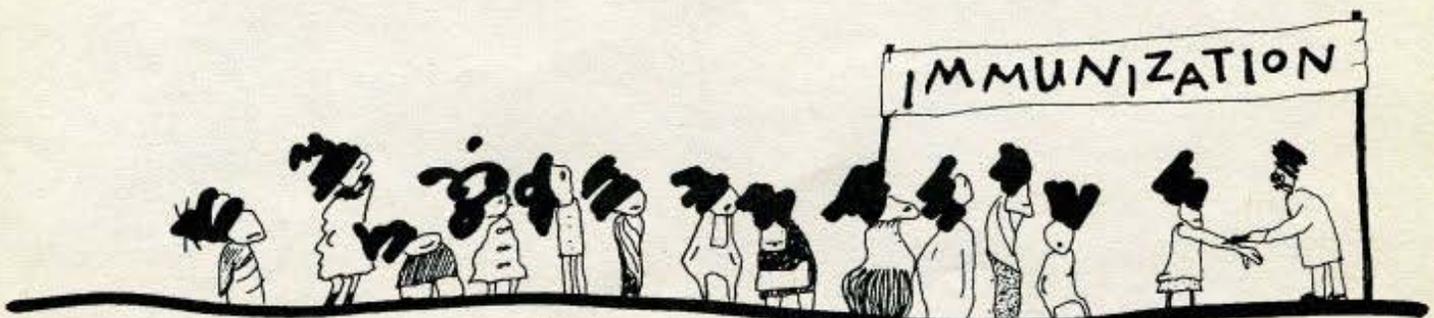
Weltbevölkerungsbericht 1991
Seite 7

Stellenausschreibung
Seite 7

Negativliste gestoppt?
Seite 7

Seminareinladung
Seite 8

Annahme steht die Philosophie: "Solange kein Problem bekannt ist, laßt es uns nicht erfinden". Diese Haltung erwies sich unglücklicherweise in anderen Fällen als zu optimistisch, da bei älteren Methoden nachträglich



ill. Marit van Vliet

ernste Risiken festgestellt wurden (z.B. Dalkon Shield). Angesichts dieser Unsicherheiten und Probleme haben sich viele Frauen und Gesundheitsgruppen gegen die Einführung und Vermarktung von langfristig wirkenden hormonellen Verhütungsmitteln ausgesprochen.

Empfängnisverhütende Impfstoffe

In letzter Zeit preisen Wissenschaftler empfängnisverhütende Impfstoffe als Alternative zu hormonellen Verhütungsmitteln an. Im Juni 1989 kommentierte ein Wissenschaftler während eines WHO-Symposiums über Sicherheit und Wirksamkeit von Impfstoffen zur Fruchtbarkeitsregulierung: "mit Hormonen sitzen wir auf einer Zeitbombe ... es besteht dringender Bedarf für eine sichere Alternative mit einer anderen Wirkungsweise."

Mehrere verschiedene Impfstoffe werden zur Zeit entwickelt. Trotzdem wird von nur einem Präparat erwartet, daß es im nächsten Jahrzehnt auf den Markt kommt: ein Anti-HCG-Impfstoff. Injiziert man einen Anti-HCG-Impfstoff, entwickelt die Frau Antikörper gegen HCG (Human Chorionic Gonadotropin). Dieses Hormon wird nur kurze Zeit nach der Befruchtung produziert und ist für die Entwicklung einer Schwangerschaft notwendig. Der Impfstoff verhindert

die Fortentwicklung der Schwangerschaft, die Menstruation setzt ein. Bis jetzt haben zwei Impfstofftypen die erste Phase klinischer Tests erreicht. Es wird mindestens fünf Jahre dauern, bis alle Tests beendet sind. Klar ist schon jetzt, daß beide Impfstofftypen beunruhigende Nachteile sowohl in bezug auf die Sicherheit als auch die Anforderungen für angemessene Anwendung haben. Bei beiden Impfstofftypen hört die Wirkung der Methode auf, wenn die Antikörper gegen HCG vom Körper der Frau ausgeschieden werden. Wenn Nebenwirkungen auftreten, kann die Impfung nicht rückgängig gemacht werden.

Mögliche Probleme der Anwendung

Unbekannt ist, was passiert, wenn die Frau trotz der Impfung schwanger wird oder bereits bei Verabreichung des Impfstoffes schwanger war. Wenn der Impfstoff die Entwicklung der Schwangerschaft nicht verhindert, werden die Antikörper wahrscheinlich mit dem befruchteten Ei, das HCG produziert, reagieren. Wissenschaftler sind sich einig, daß einer Frau dann zur Abtreibung geraten werden sollte.

Das angestrebte Ziel für die Wirksamkeit des Impfstoffes beträgt 18 Monate. Wegen der unterschiedlichen Reaktionen der Immunsysteme einzelner Frauen kann die exakte Dauer der Wirksamkeit noch nicht vorausgesagt

werden. Im Moment benötigt man einen Bluttest, um festzustellen, ob der Impfstoff noch wirkt.

Die z.Z. entwickelten Impfstoffe sind nicht sofort nach der Injektion wirksam. Diese "Verzögerungsphase" dauert ungefähr zwei Wochen. Während dieser Zeit müssen Frauen eine andere Methode anwenden.

Einige Wissenschaftler haben die Impfstoffe gerade wegen ihrer einfachen Handhabung angepriesen. In der Realität wird wahrscheinlich eher das Gegenteil der Fall sein.

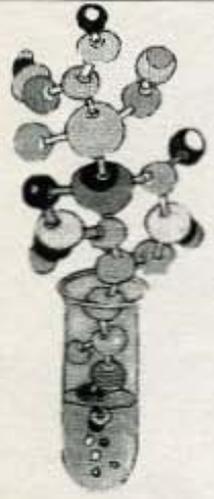
Indische Untersuchungen

In Indien gab das 'Indian Council for Medical Research' Forschung zur immunologischen Schwangerschaftsverhütung oberste Priorität. Klinische Versuche wurden vor 15 Jahren begonnen, als der indische Wissenschaftler Dr. Talwar sechs nicht sterilisierte Frauen impfte, um die Antikörperreaktion von HCG im menschlichen Körper zu testen. Zwei der Frauen wurden schwanger.

Der Impfstoff, der seitdem vom 'Indian Council for Medical Research' entwickelt wurde, rief eine Antikörperreaktion bei einer der zwei Ketten (der B-Untereinheit) des HCG-Hormons hervor. Einige der chemischen Komponenten dieser Unterein-

Ein langer und gewundener Weg zur Sicherheit . . .

Anforderungen der WHO an die Erforschung neuer Verhütungsmittel

<p>1) Jahrelange Tests in Laboratorien und die Überprüfung vieler Verbindungen mag zu einem vielversprechenden Verhütungsmittel führen</p>	<p>2) Jede Verbindung wird gründlich auf ihre Giftigkeit überprüft; ihre pharmakologische Wirkung wird in Tierversuchen beurteilt.</p>	<p>3) Ungiftigkeit und die minimal wirksame Dosis wird an Gruppen von 10 - 20 Freiwilligen in verschiedenen Ländern überprüft</p>	<p>4) In Tierversuchen werden die langfristige Giftigkeit überprüft; Studien über den Einfluß auf Fruchtbarkeit, Mutagenität und Karzinogenität beginnen.</p>	<p>5) Die erste Überprüfung ihrer Wirksamkeit bei Menschen schließt bis zu einige hundert Freiwillige ein; Akzeptanzstudien beginnen.</p>
 <p>10 Jahre</p>	 <p>1 - 2 Jahre</p>	 <p>1 - 2 Jahre</p>	 <p>2 Jahre</p>	 <p>1 - 2 Jahre</p>

heit kommen auch in anderen Hormonen vor, z.B. im LH (luteinisierendes Hormon), das den Menstruationszyklus kontrolliert. Ernsthaft immunologische und hormonale Störungen können potentiell auftauchen, wenn der Impfstoff auch eine Reaktion gegen das LH auslöst. Aus diesem Grund meinen einige Wissenschaftler, daß der indische Impfstoff nicht weiterentwickelt werden sollte. Die indischen Wissenschaftler betonen ihrerseits, daß in ihren Tests keine immunologischen und hormonalen Störungen (also menstruationsbezogene Veränderungen) beobachtet wurden. Sie sagen, daß diese theoretisch möglichen Störungen in der Praxis nicht auftauchen. Phase 2 und 3 der klinischen Tests (u.a. 200 nicht sterilisierte Frauen) werden bald in Indien anlaufen. Es scheint ethisch nicht vertretbar, diese noch umfangreicheren Tests zu beginnen, wenn das Risiko ernstere immunologischer Störungen theoretisch besteht. Frauen, die an diesen Tests teilnehmen, sollten mindestens vor diesen Risiken gewarnt werden.

Die Forschungen der WHO und die Position von WEMOS

Das Sonderprogramm der Weltgesundheitsorganisation zur menschlichen Fortpflanzung hat sich für die Entwicklung eines Impfstoffes ausgesprochen, der eine Antikörperreaktion mit lediglich einem Teil des HCG-

Hormons eingeht. Dieses Segment ist in LH nicht enthalten und somit ist das Risiko einer Kreuzreaktion geringer. Der WHO-Impfstoff wurde in Australien an 30 sterilisierten Frauen getestet, und es heißt, er produziere eine für die Empfängnisverhütung ausreichende Menge an Antikörpern. Das Sonderprogramm der WHO will schon bald die Phasen 2 und 3 der klinischen Tests mit fruchtbaren Frauen beginnen, um Sicherheit und Wirksamkeit zu prüfen. Das Präparat wirkt allerdings nur sechs Wochen. Deswegen soll diese Form nicht vermarktet werden. Bislang sind die Wissenschaftler noch nicht in der Lage, ein Präparat mit einer Wirksamkeit von 18 Monaten zu entwickeln (diese Wirkungsdauer strebt die WHO an). Die WEMOS-Gruppe zu 'Frauen und Arzneimittel' meint, daß es völlig unangemessen ist, Tests an Frauen mit einem Impfstoff durchzuführen, dessen Vermarktung gar nicht angestrebt wird. Wenig überzeugend ist die Rechtfertigung, daß die jetzigen Tests für einen sechs Wochen wirksamen Impfstoff bereits eine Zeitersparnis für die kommenden Tests des gleichen Typs mit 18-monatiger Wirksamkeit bedeuten.

Beharrlich verweisen die Wissenschaftler auf die Notwendigkeit, Verhütungsmethoden so früh wie möglich an Frauen zu testen, da Tierversuche wenig Vorhersagewert hätten. Wie dem auch sei, wir glauben, daß die beab-

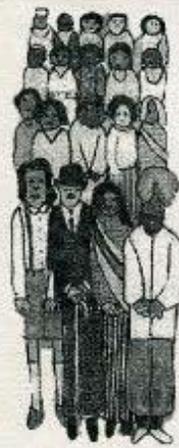
sichtigten Phasen 2 und 3 der Impfstofftests in Indiens als auch die von der WHO beabsichtigten Tests voreilig sind. Klinische Tests sollten nur dann durchgeführt werden, wenn die neue Methode gegenüber älteren herausragende Vorteile verspricht. Dieses Kriterium bleibt bei beiden bisher entwickelten Impfstoffen unberücksichtigt, und es bleibt offen, ob es in Zukunft einmal der Fall sein wird.

Zulassungsbehörden in der ganzen Welt sollten nur dann neue Mittel genehmigen, wenn sie für die Frauen eine sichere und wirksame Alternative zu bestehenden Methoden bedeuten. Sie sollten auch nach der Freigabe für den Markt einer rigorosen Kontrolle unterliegen. Bevor Frauen eine neue Methode angeboten wird, sollte sichergestellt sein, daß die Anwendung medizinischen und sozialen Standards gerecht wird. Die Frauen müssen so informiert werden, daß eine gezielte Wahl der Methode möglich ist. Dieses könnte helfen, einem potentiellen Mißbrauch vorzubeugen.

Die WEMOS-Gruppe zu 'Frauen und Arzneimittel' meint, daß Frauen- und Gesundheitsorganisationen von Anfang an und in allen Punkten in die Diskussion neuer Verhütungsmethoden miteinbezogen werden sollten. Es müssen Möglichkeiten eines verstärkten Dialogs mit Forschungseinrichtungen geschaffen werden. Dieses würde er-

Fortsetzung auf S.7

Aus: Research in Human Reproduction, Biennial Report 1988 - 1989, WHO, Geneva 1990, S. 22f.; Übersetzung: Gudrun Henneke

<p>6) Großangelegte Studien mit 1000 Testpersonen werden in mehreren Ländern gestartet und dauern bis zu einem Jahr. Die Akzeptanzstudien werden fortgesetzt.</p>  <p>2-3 Jahre</p>	<p>7) Letzte Vorkehrungen für die Produktion des neuen Verhütungsmittels und seine angemessene Verpackung werden getroffen.</p>  <p>1 Jahr</p>	<p>8) Alle Daten aus klinischen Studien und Tierversuchen werden den nationalen Zulassungsbehörden, deren Zustimmung notwendig ist übergeben.</p>  <p>1-3 Jahre</p>	<p>9) Das fertige Produkt wird an die Familienplanungszentren verteilt, deren Personal in der Anwendung geschult wird.</p>  <p>Unbegrenzt</p>	<p>10) Das Mittel wird frei erhältlich: Langfristige Überwachung soll sicherstellen, daß seltene Nebenwirkungen mit potentiellen Gesundheitsgefahren erkannt werden.</p>  <p>Unbegrenzt</p>
---	--	---	--	---

Die Abtreibungspille: Ein neuer Schritt in die weibliche Unabhängigkeit?

von Sylvia van Manen

Seit ihrer Einführung im Jahre 1988 hat die Abtreibungspille erhebliche Popularität als Mittel zur Geburtenregelung erfahren. Schien sie doch zwei wichtige Vorteile zu bieten: sie kann von den Frauen selbst als "Schlafzimmer-Methode" angewandt werden. Damit wären sie endlich nicht länger von Ärzten abhängig. Es wäre auch eine angemessene Methode für Frauen aus Ländern der Dritten Welt, in der ein einfacher Zugriff auf sichere Abtreibungsmethoden selten existiert.¹

Die Einführung dieser Pille schien daher eine hoch interessante Entwicklung zu sein und wurde von Feministinnen in der ganzen Welt begrüßt. Auf Grund einer heftigen Gegenkampagne der amerikanischen Pro-Life Bewegung hatte der französische Hersteller Roussel Uclaf [Hoechst-Tochtergesellschaft, die Red.] die Pille zeitweise vom Markt genommen. Unter dem Druck des französischen Gesundheitsministeriums wurde die Pille mit der Begründung, "sie sei moralisch das Eigentum der Frauen selbst", wieder für den französischen Markt freigegeben.

Anfang Juni 1990 organisierte die WEMOS-Gruppe "Frauen und Arzneimittel" ein Seminar für Spezialisten und andere Interessierte, um das Pro und Contra dieser Abtreibungsmethode zu diskutieren.² Dringende Fragen waren: Wie wirkt die Methode? Welches sind die Vor- und Nachteile der Abtreibungspille im Vergleich zu herkömmlichen Methoden (Absaugmethode und Ausschabung)? Warum ist sie in den Ländern der Dritten Welt noch nicht auf dem Markt?

Wie die Abtreibungspille wirkt

Das Hormon Progesteron ist für die Weiterentwicklung der Schwangerschaft wichtig. Es bereitet die Uteruswand auf die Einnistung des befruchteten Eis vor und verhindert die Kontraktion der Gebärmutter. Progesteron ist eines der Steroidhormone.

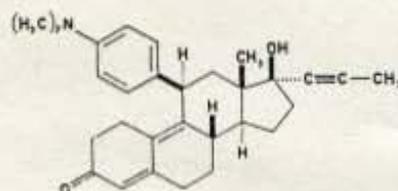
1980 entdeckten die Wissenschaftler von Roussel Uclaf im Verlauf einer Routineuntersuchung neu entwickelter Steroidhormone eine neue Substanz. Zunächst RU 486 genannt, erhielt sie später den Namen Mifepristone.

Mifepristone schien eine sehr spezifische und starke Bindung mit Progesteronrezeptoren einzugehen. Ein glücklicher Zufall war, daß diese Substanz jedes Zusammenwirken mit anderen Rezeptoren ausschloß; wenn überhaupt, dann nur mit sehr ähnlichen Rezeptortypen. Das Forschungsteam schien also ein Hormon mit hoher Spezifität und sehr geringen Nebenwirkungen gefunden zu haben. Nach langer Zeit wurde die Substanz gefunden, nach der Wissenschaftler

schon lange suchten: ein Gegenspieler des Progesteron, mit dem eine Schwangerschaft beendet werden kann.

Forschungsergebnisse

An Tieren durchgeführte Experimente bewiesen, daß selbst hohe Dosierungen von Mifepristone nicht giftig waren und Schwangerschaften tatsächlich unterbrachen. Erste klinische Studien wurden 1981 gestartet. Während dieses Forschungsstadiums wurden folgende Einschränkungen bereits deutlich:



Mifepristone

- Mifepristone ist in den ersten Stadien der Schwangerschaft am wirksamsten, d.h., bis zu fünf Wochen nach der letzten Menstruation, also wenn die Menstruation noch nicht länger als eine Woche überfällig ist.

- Bei 80% der Frauen beendete Mifepristone erfolgreich die Schwangerschaft.³ Bei weiteren 20% wurde zusätzlich ein chirurgischer Eingriff nötig, da die Schwangerschaft nicht abgebrochen wurde bzw. die Abtreibung unvollständig war.

1985 wurde die Kombination von Mifepristone und Prostaglandinen in unterschiedlichen Dosierungen erforscht. Prostaglandine rufen starke Kontraktionen der Uteruswand hervor. Durch die Kombination der Substanzen wird bei Schwangerschaften die nicht länger als sieben Wochen bestehen, eine Erfolgsrate von 96% erreicht.

Zu den sofort auftretenden Nebenwirkungen von Prostaglandinen gehören "die Art Schmerzen, die normalerweise eine Menstruation begleiten" (die Hälfte der Frauen verlangten Schmerzmittel), Durchfall und Übelkeit. Im Durchschnitt setzte sich die Blutung für neun Tage fort, mit Extremwerten von zwei bis zu dreißig Tagen, wobei 18% der Frauen die

Blutungen als sehr heftig beschrieben. In 4-5% der Fälle mußte die Absaugmethode durchgeführt werden, da die Abtreibung unvollständig war; bei 1% wurden Bluttransfusionen nötig.

Wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung der Substanz vergangen ist, gibt es bislang keine Informationen über Langzeiteffekte. In der Literatur findet man einige Fälle, in denen Frauen sich nach der Anwendung von Mifepristone für die Fortsetzung ihrer Schwangerschaft entschieden. Man befürchtet schädliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind. Die minimal wirksame Dosierung der kombinierten RU 486-Prostaglandine-Therapie ist bislang noch nicht bekannt. Wie im Falle der empfängnisverhütenden Pille gibt es Vermutungen, daß geringere Dosierungen, als in den klinischen Tests bislang verabreicht, wirksam sein können.

Klinische Anwendung in Frankreich

Seit ihrer Einführung 1988 haben mehr als 40.000 Frauen die Abtreibungspille der Absaug-Methode vorgezogen. Die Pille wird nur in Kliniken abgegeben und die Frau muß im voraus einer Abtreibung mit der Absaug-Methode zustimmen, wenn die Schwangerschaft nicht beendet wurde.

Die Behandlung in Frankreich läuft so ab: Erster Termin: Feststellen der Schwangerschaft mittels Urin- und Ultraschall. Allgemeine physische Untersuchung. Zweiter Termin, eine Woche später (das französische Abtreibungsgesetz verlangt diese Verzögerung um eine Woche): Einnahme von 600mg Mifepristone. Bei 1-2% der Frauen ist nach dieser Einnahme die Schwangerschaft beendet. Dritte Termin, zwei oder drei Tage später: Verabreichung von Prostaglandinen in Form einer Injektion oder eines Vaginalrings. Die Frau bleibt durchschnittlich vier Stunden in der Klinik. Während dieser Zeit werden ihr Blutdruck, ihre Temperatur und ihr Blutverlust überprüft. Falls nötig, erhält sie ein Schmerzmittel. Viertes Treffen, zehn Tage später: physische Untersuchung und Ultraschall um das Gelingen der Abtreibung zu überprüfen.

Deshalb ist die Erwartung, Frauen wären nicht länger von Ärzten abhängig nicht gerechtfertigt. Im Gegenteil, die Abtreibungspille erfordert meist mehr Arztbesuche als eine Abtreibung mit der Absaug-Methode.

Argumente für die Abtreibungspille

Ein häufiges Argument französischer Frauen, die die Abtreibungspille bevorzugen, ist, daß keine Operation

notwendig ist. Diese Methode wird als "benutzerfreundlich" angesehen, während die Absaugmethode als "barbarisch" bezeichnet wird. Ein anderes Argument ist, daß die persönliche Einnahme der Pille den Frauen das Gefühl vermittelt, sie seien für ihre eigene Abtreibung verantwortlich.

Anwendung in den Niederlanden

Auch in den Niederlanden wurden klinische Studien (hauptsächlich von Prof. Haspels in Utrecht) mit Mifepristone und Prostaglandinen durchgeführt. Die medizinischen Ergebnisse dieser Studien gleichen den französischen. Bei Schwangerschaften von weniger als sieben Wochen Dauer ist die Erfolgsquote und die Blutungsdauer bei beiden Methoden identisch. Nach der chirurgischen Methode litten Frauen unter starken Kontraktionen, obwohl diese weniger stark als nach der Verabreichung von Prostaglandinen waren.

Für kurze Zeit gab Stimezo, eine niederländische Stiftung, die Abtreibungen vornimmt, niederländischen Frauen die Wahl zwischen einer chirurgischen Abtreibung mit der Absaugmethode und der Abtreibungspille. Keine der 34 betroffenen Frauen wählte die Abtreibungspille. Niederländische Frauen bevorzugten die chirurgische Methode, da sie "sofort wirkt", wohingegen man bei der Einnahme der Abtreibungspille nicht weiß, wann die Blutung beginnt. Außerdem werden Hormone von vielen niederländischen Frauen abgelehnt. Es sollte noch angefügt werden, daß die Frauen die Methode erst nach einem Klinikbesuch wählen konnten, bei dem sie den Schwangerschaftsabbruch verlangten.

Auf dem WEMOS-Seminar wurde der Standpunkt von Stimezo von Jany Rademakers wie folgt formuliert: "Die Abtreibungspille ist noch nicht perfekt, aber zur Zeit entwickelt sie sich vielversprechend. Bei der Anwendung der Absaugmethode beträgt der prozentuale Anteil erfolgreicher Schwangerschaftsabbrüche bei einem maximalen Ausbleiben der Blutung (Amenorrhö) von sieben Wochen 98,5 bis 99,5%. Daher ist diese Methode klar vorzuziehen.

Bevor die Abtreibungspille als Alternative in den Niederlanden angeboten wird, sind weitere Forschungen zur emotionalen Akzeptanz notwendig. Bis jetzt wurden hauptsächlich medizinische Aspekte erforscht. Stimezo wäre willens und fähig, Forschungen dieser Art durchzuführen, aber es war unmöglich, die Abtreibungspillen von Roussel Uclaf zu erhalten. (In der Ausgabe des

Scientific American von Juni 1990 wurden die Niederlande als eines der Länder genannt, in denen der Hersteller die Einführung der Pille erwägte).

Anwendungsbedingungen

Aus dem bisher Gesagten kann gefolgert werden, daß die Abtreibungspille nur unter folgenden Bedingungen angewendet werden sollte:

- die Mifepristone-Pillen und eine Injektion oder ein Vaginalring mit Prostaglandinen werden von medizinisch ausgebildetem Personal verabreicht, das den Gesundheitszustand der Frauen beurteilt,
- die Absaugmethode angewendet wird, wenn die Abtreibung erfolglos oder unvollständig ist,



- es möglich ist, unverzüglich Bluttransfusionen zu verabreichen, wenn starke Blutungen einsetzen sollten,
- die Pille darf unter keinen Umständen frei oder auf Rezept in Apotheken verkauft werden.

Diese Bedingungen sind nicht leicht zu erfüllen. Bei unsachgemäßer Anwendung der Pille besteht die Möglichkeit eines erfolglosen Schwangerschaftsabbruchs. Das erhöht das Risiko gefährlicher Wirkungen für das ungeborene Kind.

Es gibt nur wenige Dritte-Welt-Länder, in denen man allen diesen Anforderungen gerecht werden kann. Deshalb kann die Abtreibungspille wohl kaum als eine Lösung für Frauen in der Dritten Welt angesehen werden, die eine Abtreibung wünschen. Im Seminar hielt der WHO-Delegierte Dr. Van Look lediglich die großen Städte Indiens für geeignet, die Pille einzuführen.

Wir möchten ausdrücklich betonen, daß die Abtreibungspille in Ländern, in denen die oben genannten Minimalanforderungen nicht eingehalten

werden können, nicht auf den Markt kommen sollte. In der heutigen Situation der illegalen und unsachgemäßen Abtreibungen erscheint die Abtreibungspille dennoch als eine willkommene Lösung. Die Erfolgsrate unter optimalen Bedingungen ist so vielversprechend, daß die Pille nicht nur Frauen in der westlichen Welt zugänglich sein sollte. Das Problem ist allerdings, daß unter weniger optimalen Bedingungen und mit unzulänglichen Einrichtungen es im Komplikationsfalle zu einem bedrohlichen Absinken der Erfolgsquote käme und erhebliche Risiken einträten.

In bezug auf die Verteilung und die Anwendung der Abtreibungspille sollten keine verschiedenen Maßstäbe angelegt werden. Erwägungen für die

Fortsetzung auf S.6

Nein zu Abtreibungspille

FRANKFURT A.M., 8. August (dpa). Die Zulassung des von der Hoechst-Tochter Roussel Uclaf (Paris) entwickelten Abtreibungsmedikaments RU486 in der Bundesrepublik steht bei dem Frankfurter Konzern nicht zur Debatte. Das geht aus einem bei Hoechst erarbeiteten Papier hervor, das der internen Diskussion dient und jetzt Journalisten übergeben wurde. RU486 wurde 1988 in Frankreich in den Handel gebracht und wurde inzwischen auch in England zugelassen, wo es aber den Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, nach Hoechst-Angaben noch nicht zur Verfügung steht. In Frankreich nahmen bisher rund 100.000 Frauen den Abbruch mit RU486 vor.

Eine Zulassung von RU486 in der Bundesrepublik kann nach Ansicht des Leiters der Gesundheitspolitischen Abteilung von Hoechst, Robert Geursen, und des Leiters der Gesundheitspolitik Ausland, Hassan Nour-Eldin, angesichts der Polarisierung der Debatte um den Paragraphen 218 nicht beantragt werden. Es fehle der gesellschaftliche Konsens in dieser Frage. Bei Hoechst und Roussel Uclaf gelte der Grundsatz, daß der ausdrückliche Wunsch auf Zulassung vorliegen muß, beispielsweise in Form von schriftlichen Aufforderungen einer repräsentativen, verantwortlichen Instanz eines Landes, wie sie Regierungs- oder Gesundheitsbehörden darstellen.

Frankfurter Rundschau vom 9.8.1991

Anwendung der Abtreibungspille von Frauen der westlichen Welt gelten auch für Frauen in der Dritten Welt. Schließlich ist nicht nur die grundlegende Frage der Einführung der Abtreibungspille zu klären. Es geht vielmehr darum sicherzustellen, daß Frauen Zugriff auf sichere und wirksame Abtreibungsmethoden haben. Zur Zeit haben Frauen als auch Gesundheitsplaner nur die Wahl zwischen wenigen Methoden mit vielen Problemen.

Dieser Artikel ist dem "Women & Pharmaceuticals Bulletin" von WEMOS/HAI International Group on Women and Pharmaceuticals, 1990 entnommen. Das Bulletin ist vergriffen. Eine überarbeitete Neuaufgabe wird vorbereitet. Wir werden im Pharma-Brief darauf hinweisen. Übersetzung: Andrea Wilde

Anmerkungen:

- 1 In der New York Times hat Baulieu, der Mann, der zuerst die Abtreibungspille entwickelte, erst kürzlich die WHO und Roussel Uclaf beschuldigt, den Verkauf der Abtreibungspille absichtlich verhindert zu haben, aus Furcht vor einem wirtschaftlichen Boycott der amerikanischen Pro-Life-Aktivisten. "In den unterentwickelten Ländern", so stellte er fest, "könnte Mifepristone am nützlichsten sein, obwohl die Möglichkeit einer weniger stringenten Anwendung besteht, als in den westlichen Ländern." Scrip, 22. August 1990, 1542:19
- 2 Referate wurden von Dr. Van Look von der WHO, Dr. Maria, einer französischen Gynäkologin mit jahrelanger Erfahrung mit RU 486, Frau Rademakers, die für die Stimezo-Kliniken sprach sowie Amanda Le Grand von der WEMOS-Gruppe 'Frauen und Arzneimittel' gehalten.
- 3 Ein 'erfolgreicher Abbruch' wird hier definiert als die vollständige Abtreibung des Embryos bis auf die äußere Schicht der Uteruswand. Wenn die Abtreibung unvollständig ist, sollte die konventionelle Ausschabung angewandt werden, um einer Infektion oder Blutungen vorzubeugen.

Verweise

Le Grand, A. "Medical - and Users Aspects of RU 486 with Particular Emphasis on its Use in Third World Countries" Lecture at the Women and Pharmaceuticals Group Seminar in Amsterdam 1990

Le Grand, A. "Mifepristone or RU 486; An Assessment of Medical Research on RU 486 and the Required Conditions for its Use", WEMOS Women and Pharmaceuticals Group, Amsterdam 1990

Look, P.van. "Menstrual Regulation by Vacuum Aspiration and Prostaglandins", Lecture at the Women and Pharmaceuticals Group Seminar in Amsterdam 1990

Rademakers, J. "Advantages and Disadvantages of the Abortion Pill in comparison with the Current Practice", Lecture at the Women and Pharmaceuticals Group Seminar in Amsterdam 1990

Reproductive Health Project of the Tides Foundation. RU 486, the New French Pill, New Technologies/New Choices, Washington 1989

Silvestre, L. "Voluntary Interruption of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and a Prostaglandin Analogue; A Large-Scale French Experience", New England Journal of Medicine 1990; 322:645-648

Ulmann, A. "RU 486", Scientific American 1990; 262:18-24

Urquhart, D. et al. "The Efficacy and Tolerance of Mifepristone and Prostaglandin in First Trimester Termination of Pregnancy; UK Multicentre Trial", British Journal Obstetr. Gynaecol. 1990; 97:480-486

RU 486 + Prostaglandin: Some Questions and Some Answers, WGNRR Newsletter 1989; 31 (October-December)

Attraktive Eier

Die menschlich-weiblichen Eizellen warten nicht passiv darauf, von einem Spermium befruchtet zu werden. Das legen neue Untersuchungen von Dina Ralt in Israel nahe, die sie mit anderen Forschern in der April-Ausgabe der angesehenen Fachzeitschrift *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)* veröffentlichte. Dina Ralt fand heraus, daß menschliche Eizellen sehr wahrscheinlich eine chemische Substanz aussenden, die sie für Spermien attraktiv machen.

Bisher nahm man an, Spermien seien darauf programmiert, gegen den Fluß der Vaginal- und Eileiterflüssigkeit anzuschwimmen, bis sie mehr zufällig auf ein Ei treffen. *Rheotaxis* nennt man eine solche Bewegungsrichtung gegen den Strom. Ralt und MitarbeiterInnen konnten jedoch zeigen, daß Spermien durchaus auch mit dem Strom schwimmen - wenn nur etwas Follikelflüssigkeit vorhanden ist, um sie anzulocken. Das experimentelle Vorgehen der WissenschaftlerInnen war einfach: Sie trennten zwei flüssigkeitsgefüllte Kammern mit einer porösen Membran ab. Die untere Kammer war der Startpunkt für die Spermien, in die obere taten sie Follikelflüssigkeiten in verschiedenen Verdünnungen. Als Kontrollen dienten einfache Pufferlösung oder Blutserum. In etwa der Hälfte der Kammern mit Follikelflüssigkeit sammelten sich die Spermien in deutlich erhöhten Konzentrationen an. Bei den anderen Proben funktionierte

es mit der Attraktivität nicht so richtig. Da alle Proben jedoch von Frauen stammten, die sich gerade in einem Programm zur künstlichen Befruchtung befanden, erstaunt dieses Ergebnis nicht: Erfolg und Nichterfolg der künstlichen Befruchtung wies später Übereinstimmungen mit den Kammerbeobachtungen auf. "Es ist sehr verlockend zu spekulieren", so einer der Wissenschaftler, "daß manche Paare wegen einer gestörten Kommunikation zwischen Spermia und Ei unfruchtbar sind."

Da ist auch die praktische Umsetzung der Versuchsergebnisse nicht weit: medizinisch wird man der körperlichen Seite von Unfruchtbarkeit weiter auf den Grund gehen können. Bei Frauen könnte die bisher nicht identifizierte Substanz fehlen oder in zu geringen Konzentrationen vorhanden sein. Bei Männern könnten die Spermien für diese Substanz zu unempfindlich sein, weil Rezeptoren auf ihrer Oberfläche fehlen oder ungenügend ausgebildet sind. Und die Pharmaindustrie wird neue Verhütungsmittel entwickeln, die so in die Interaktion zwischen Ei und Spermium eingreifen, daß es nicht zur Befruchtung kommt. (*Science* Vol.252, S. 214; *Nature* Vol.351, S. 19)

Den Artikel entnahmen wir leicht gekürzt dem Gen-ethischen Informations Dienst Nr. 67, Mai 1991, S. 14f



ZEICHNUNG: MESTER

Stellenausschreibung

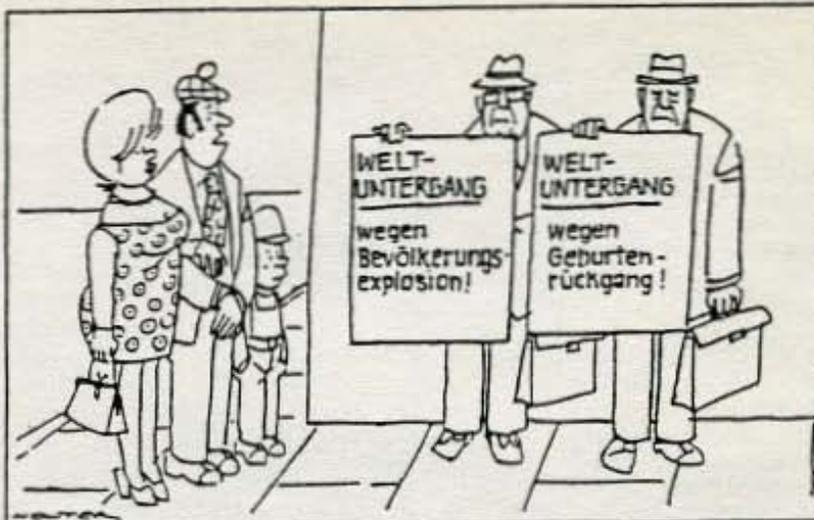
Die BUKO Pharma-Kampagne sucht zum 1.12.91 oder 1.1.92 eine

Mitarbeiterin

für die Arbeit in der Geschäftsstelle. Wir wünschen uns eine Frau, die

- * entwicklungspolitische Zusammenhänge kennt
- * Erfahrungen/Kenntnisse im Gesundheitswesen hat
- * Spaß an politischer Öffentlichkeitsarbeit hat
- * fließend Englisch spricht und liest
- * bereit ist, Verwaltungsarbeiten zu übernehmen
- * Texte schreiben und gestalten kann.

Wir bieten eine unbefristete 3/4 Stelle zum Einheitstarif mit Kinderzuschlägen; schönes Büro in Citylage und angenehmes Betriebsklima. Bewerbungen von ausländischen Frauen begrüßen wir besonders. Bewerbungen bitte bis zum 1. Oktober 1991 an BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1, Tel.: 0521 / 60550



"Wir können machen, was wir wollen, Maria - wir sind so oder so verloren!"

aus: Funkkolleg Humanökologie: Einführungsbrief, 1991, S.44

Negativliste gestoppt: Wie geht es weiter?



Aktuelle Veröffentlichungen

Bevölkerungspolitik und Familienplanung

Interessierte LeserInnen des Pharma-Briefes möchten wir auf zwei aktuelle Veröffentlichungen offizieller Institutionen zur Bevölkerungspolitik hinweisen. Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) gab im Mai 1991 den **Weltbevölkerungsbericht 1991** heraus. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) erstellte ein **Förderkonzept Bevölkerungspolitik und Familienplanung**. Hier wurden "Grundsätze für die Planung und Durchführung von Vorhaben der Entwicklungszusammenarbeit im Bereich der Bevölkerungspolitik und Familienplanung" aufgestellt.

Die deutsche Ausgabe des Weltbevölkerungsberichtes 1991 kann bei der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen, Dag-Hammarskjöld-Haus, Poppelsdorfer Allee 55, 5300 Bonn 1 zum Preis von 8 DM bestellt werden. Das Förderkonzept wird vom BMZ, Pressereferat, Karl-Marx-Str.4-6, 5300 Bonn kostenlos versandt.

Am 1. Juli 1991 trat die Verordnung 'Negativliste' des Bundesgesundheitsministeriums in Kraft. Sie sieht vor, daß der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen eine Liste der betroffenen Präparate veröffentlicht. Da dies der Bundesausschuß ablehnte, wollte das aufsichtführende Bundesgesundheitsministerium die Liste veröffentlichen. Dagegen legten einige Hersteller erfolgreich Widerspruch vor dem Sozialgericht Köln ein. Das Gericht stellte fest, daß nur der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen die Liste veröffentlichen dürfe. Dieser lehnte jedoch erneut ab, da er nicht bereit sei, das Risiko möglicher Prozesse mit den Herstellern auf sich zu nehmen.

Das Kompetenzwirrwarr der Vergangenheit (das Gesundheitsministerium war für Medikamente zuständig, das Sozialministerium für die Kostendämpfung) und die daraus entstandenen Gesetze zeigen nun ihre Auswirkungen. Das Durcheinander ist perfekt. Die Verordnung der Negativliste ist zwar in Kraft getreten, kann

jedoch nicht ausgeführt werden. Die Krankenkassen müssen also die auf dieser Liste verzeichneten Medikamente bis auf weiteres erstatten, wenn ein Arzt sie verordnet.

In Anbetracht der ungehemmt steigenden Ausgaben für Arzneimittel wird bald erneut Handlungszwang eintreten. Möglicherweise werden die Zuzahlungen der Versicherten entsprechend dem therapeutischen Stellenwert der Arzneimittel erhöht:

- * Lebenswichtige Arzneimittel: keine Zuzahlung
- * Wesentliche Arzneimittel: mittlerer Zuzahlungsbetrag
- * Arzneimittel von zweifelhaftem Wert: hohe Zuzahlung

Der Ausschuß wird im September erneut beraten, um eine Entscheidung zu treffen. Für den Verbraucher gibt es aber doch eine positive Wirkung: Von den 6.000 betroffenen Medikamenten ist allein durch die Ankündigung der Negativliste ein Großteil vom Markt verschwunden.

Nach arznei-telegramm 7/91

Fortsetzung von S.3: Die Erforschung empfängnisverhütender Impfstoffe

zu erkennen und einer Situation vorzubeugen, in der Techniken und Programme entwickelt werden, denen nur durch Opposition zu begegnen ist. Solch eine Situation dient niemandem.

Dieser Artikel ist dem "Women & Pharmaceuticals Bulletin" von WEMOS/HA1 International Group on Women and Pharmaceuticals, 1990 entnommen. Das Bulletin ist vergriffen. Eine überarbeitete Neuauflage wird vorbereitet. Wir werden im Pharma-Brief darauf hinweisen. Übersetzung: Andrea Wilde

Information: Dieser Pharma-Brief wird kostenlos nur an entwicklungspolitische Gruppen abgegeben (Spenden sind erwünscht). Abnahme auf Anfrage. Mehrsprachige nur gegen Berechnung. Daten der regelmäßigen Pharma-Briefe werden mit EDV verarbeitet. An Dritte werden die Daten nicht weitergegeben.

Verantwortlich: BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-4800 Bielefeld 1, BRD; Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63789

Spendenkonto: 105 601 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61), Gesundheit & Dritte Welt e.V. Spenden sind steuerabzugsfähig.

Seminareinladung: Mit allen Mitteln?

Entwicklungspolitik und Forschung
gegen das Bevölkerungswachstum in der 'Dritten Welt'

Geplantes Programm

Das angeblich ungebremste Wachstum der Bevölkerung in der 'Dritten Welt' wird publizistisch zu der zukünftigen Bedrohung der Menschheit aufgebauscht. Die Menschenflut mache alle Entwicklungsanstrengungen zunichte und zerstöre zudem unser aller Umwelt. Alle Mittel erscheinen angemessen, um die Fruchtbarkeit der Frauen (in der 'Dritten Welt!') einzudämmen. Diese Sichtweise wohlgenährter, ökologisch bewußter ZeitgenossInnen mit energieaufwendigem Lebensstil vergißt aber die Ursachen des starken Bevölkerungsanstiegs, der viel mit Armut, Kulturzerstörung und verfehlter 'Entwicklungs'politik zu tun hat.

Auf diesem Seminar wollen wir kritisch hinterfragen, ob isolierte und integrierte Familienplanungsprogramme Erfolg haben können, ohne das Recht der Frauen auf selbstbestimmte Regulierung ihrer Fruchtbarkeit zu beeinträchtigen. Die neueren Methoden zur Geburtenkontrolle werden auf ihre medizinischen, ethischen und sozialen Aspekte hin untersucht. Aktionen und Kampagnen gegen fragwürdige Praktiken der Bevölkerungspolitik und bedenkliche Verhütungsmethoden werden diskutiert. Wir laden alle interessierten Frauen und Männer herzlich ein, an diesem Seminar teilzunehmen.

Zeit: 25. Oktober 1991, 18.00 -
27. Oktober 1991, 16.00

Ort: Lutternsche Egge,
4970 Bad Oeynhausen

Kosten: 60 DM (für BUKO Mitgliedsgruppen 40 DM)

Freitag, 25. Oktober 1991

20.00 - 21.30 Ein Streitgespräch : "Hilft nur noch Familienplanung?"
Das Bevölkerungswachstum in der '3. Welt' und die ökologische Katastrophe"
auf dem Podium Uli Kulke, Redakteur der 'Natur' (Pro) und Ingrid Spiller, Aktionsgemeinschaft Solidarische Welt (Contra)

Samstag, 26. Oktober 1991

9.00 - 10.30 Referate mit anschließender Diskussion:
Das bevölkerungspolitische Konzept der BRD: Soll Familienplanung ein Schwerpunkt der Entwicklungshilfe sein?
ReferentInnen: Heide Mertens, NN (GTZ oder BMZ)

11.00 - 12.30 Entwicklungskonzepte, Bevölkerungswachstum und Frauenrechte: Arbeit in Gruppen

15.00 - 15.45 Referat mit anschließender Diskussion:
Die Entwicklung und Anwendung neuer Methoden zur Verhütung - ein Überblick (NN)

16.15 - 17.45 Anti - Schwangerschafts - Impfstoffe: eine kritische Analyse der Forschungsentwicklung
Referentin: Judith Richter

20.00 - 21.30 Film: "Antikörper gegen Schwangerschaft. Der Traum von der perfekten Geburtenkontrolle aus dem Labor."
von Ulrike Schaz und Ingrid Schneider

Sonntag, 27. Oktober 1991

9.00 - 10.30 "Was Tun? Abwarten und enthaltsam leben oder ...? Diskussion von Kampagnen und Aktionen

11.00 - 12.30 Aufführung der Oper in einem Akt: "Die Zauberspritze"
(Theatergruppe der Pharma - Kampagne)

bitte abschneiden und senden an: BUKO Pharma - Kampagne, August - Bebel Str. 62, 4800 Bielefeld 1

Hiermit melde ich mich /uns verbindlich an zum Seminar:

Mit allen Mitteln? Entwicklungspolitik und Forschung gegen das Bevölkerungswachstum in der 3. Welt

Name(n): Tel.:

Adresse:

BUKO Mitgliedsgruppe:

Ich möchte Kinder im Alter von Jahren mitbringen und wünsche Kinderbetreuung

Den Teilnahmebeitrag von 60 DM (für BUKO Mitglieder 40 DM) pro Person habe ich:

auf das Konto 105601 Gesundheit und Dritte Welt, Spk. Bielefeld (BLZ 48050161) überwiesen

als Verrechnungsscheck beigelegt Bei Nichtteilnahme verfällt der Betrag

Datum:

Unterschrift: