Familienplanungs-RUNDBRIEF

Ausgabe September 2000 Nr. 3

Inhalt

Einleitung ***3***

Künstliche Befruchtung ***4***
- ***Stand der Reproduktionsmedizin*** ***4***
- ***Bemerkungen zu „Richtlinien über künstliche Befruchtung“*** ***6***
- ***ICSI in Deutschland*** ***6***
- ***Keimzellspende*** ***8***
- ***Präimplantationsdiagnostik*** ***11***
- ***Beratung bei künstlicher Befruchtung*** ***13***

Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland ***15***

Forum
- ***Ärztliche Sprechstunde und gynäkologische Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung*** ***17***

Hinweise
- ***Mifegyne – Aktuell*** ***18***
- ***Gestagen-Methode als „Pille danach“ zugelassen*** ***19***
- ***Erste Erfahrungen mit „FemCap“*** ***19***
- ***Jod in Schwangerschaft und Stillzeit*** ***20***
- ***„Impfung“ mit Gynatren gegen rezidivierende Kolpitiden*** ***21***
- ***Neue operative Methode „TVT“ zur Behandlung der weiblichen Stress-Harninkontinenz*** ***21***
- ***Testosteronpflaster und Levonorgestrel zur Kontrazeption beim Mann*** ***22***
- ***Verhütung bei geistig behinderten Mädchen und jungen Frauen*** ***22***
- ***Hormonsubstitutionstherapie und Brustkrebs*** ***23***
- ***Estradiol-Dosiergel im Spender*** ***23***

Veranstaltungskalender ***24***

PRO FAMILIA
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband
Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Telefon 069/639002

Impressum: © 2000
Herausgeber: PRO FAMILIA-Bundesverband
Redaktion: Dr. med. Ruth Eichmann, Frankfurt am Main
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Dr. med. Jutta Walter, Heidelberg
Anschrift: PRO FAMILIA-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Schwerpunkt des vorliegenden Familienplanungs-Rundbriefes ist das Thema „Reproduktionsmedizin“. Wie in Heft 1/2 2000 des Familienplanungs-Rundbriefes angekündigt, wird über den gegenwärtigen Stand der künstlichen Befruchtung in Deutschland berichtet und auf international unterschiedliche Standards eingegangen. Das Thema ist hochaktuell. Im Zusammenhang mit der öffentlichen Debatte und dem Zugang einer breiteren Öffentlichkeit zu Fragen der Reproduktionsmedizin werden vermehrt Wünsche um Auskunft an die PRO FAMILIA-Beratungsstellen herangetragen. Wegen des großen Themenbereiches können die einzelnen Teilgebiete in diesem Rahmen natürlich nur in Form einer kurzen Übersicht dargestellt werden.

Neue Forschungsentwicklungen und –ergebnisse auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin haben unvorhergesehene Fragen nach sich gezogen und teilweise auch die Forderung bzw. den Bedarf nach Änderungen der bisherigen Richtlinien und Gesetze (z.B. Fortpflanzungsmedizingesetz) für die Praxis aufkommen lassen.

Seit langer Zeit ist kein Thema so kontrovers interdisziplinär und in der Öffentlichkeit diskutiert worden wie die Fortpflanzungsmedizin. Dies wurde auch deutlich auf dem Symposium „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ in Berlin im Mai 2000. Veranstalter war das Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut. In ihrer Eröffnungsrede ging die Ministerin für Gesundheit, Frau Andrea Fischer, sowohl auf den unmittelbaren und offensichtlichen Nutzen der Reproduktionsmedizin für das Individuum bzw. das ungewollt kinderlose Paar ein als auch auf die möglichen langfristigen gesellschaftlichen Konsequenzen, welche gerade diese modernen Techniken mit sich bringen. Derartige in vielen Bereichen der Gesellschaft konträre Themen stellen ein grundsätzliches Dilemma dar. Das mag ein Grund gewesen sein, weshalb die Ministerin eine breite Diskussion und Meinungsbildung darüber anregte, „ob und welche der medizinischen Anwendungsmöglichkeiten der Bio- und Gentechnologie von einem gesellschaftlichen Grundkonsens getragen werden können“. Weiter meinte die Ministerin wörtlich: „Grenzen zu bestimmen ist eine notwendige Aufgabe bei der Gestaltung der neueren Entwicklungen.“ Ein Kurzbericht über das Symposium und der Bezug des Themenbereiches zum PRO FAMILIA-Profil ist in diesem Heft abgedruckt.

Eines dieser sehr aktuellen Themen in der Diskussion zur Fortpflanzungsmedizin ist die Präimplantationsdiagnostik (PID) oder PGD (= preimplantation genetic diagnosis), die in Deutschland nicht zugelassen ist. Unterschiedliche Meinungen bestehen über die Anwendung dieses Verfahrens. Die öffentliche, gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung fokussiert dabei nicht allein die medizinischen Gesichtspunkte, vielmehr stehen vor allem ethische und rechtliche Fragen im Vordergrund.
Auf die Problematik dieser Fragen wird im vorliegenden Familienplanungs-Rundbrief eingegangen.

Die weiteren Rubriken des Familienplanungs-Rundbriefs enthalten Informationen in der gewohnten Weise.

Wegen des ohnehin schon hohen Umfanges verzichtet der vorliegende Familienplanungs-Rundbrief auf die Rubrik IPPF-Nachrichten.

Das „FORUM“ bietet einen Erfahrungsbericht aus der Beratungsstelle Frankfurt am Main über „Ärztliche Sprechstunde und gynäkologische Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung“.

Künstliche Befruchtung

Die ausführliche Beschreibung der einzelnen medizinischen Methoden der assistierten Reproduktion sind nachzulesen in FPR 1998, Heft 1, S. 4, und FPR Heft 3, S. 13 und 14.

Stand der Reproduktionsmedizin

Nach der Sensation der ersten „Retortenbabies“ im Jahr 1978 ist inzwischen die Zeugung durch Fortpflanzungstechniken (Reproduktionstechniken, assistierte Reproduktion) eine von der Gesellschaft akzeptierte Behandlung bei ungewollter Kinderlosigkeit geworden.

Weltweit sind inzwischen über 400.000 Kinder nach Reagenzglasbefruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF) geboren. Schätzungsweise 40.000 Kinder pro Jahr kommen weltweit mittels assistierter Reproduktion zur Welt. Die Zahl der Behandlungen bei ungewollter Kinderlosigkeit nimmt von Jahr zu Jahr zu.

1992 wurde die Methode ICSI (= Intracytoplasmatische Spermieninjektion) im Ausland entwickelt, die seit 1994 auch in Deutschland angeboten wird. In Deutschland werden z.Zt. ca. 45.000 Behandlungen mit IVF und ICSI pro Jahr durchgeführt mit dem Erfolg von ca. 7.000 Geburten.

In Deutschland werden in 91 Zentren diese Behandlungen angeboten, die sich größtenteils im Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e.V. (BRZ, Geschäftsstelle Dudweilerstr. 58, 66111 Saarbrücken, Tel.: 0681/37 35 51) zusammengeschlossen haben. Dort kann die aktuelle Liste aller IVF-Zentren in Deutschland angefordert werden. Seit 1998 ist die Meldung von IVF-Behandlungen an das deutsche IVF-Register (DIR) verpflichtend.

„Man kann davon ausgehen, dass von 100 Kindern in Deutschland eines nach fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen gezeugt wurde.“ (Diedrich, Lübeck, 2000)

Bei 3,5 bis 4 Prozent aller Neugeborenen erfolgte die Empfängnis nach einer der zahlreichen Sterilitätsbehandlungen. In Deutschland sind – nach Schätzungen – 2 Millionen Paare auf Dauer oder vorübergehend ungewollt kinderlos (ca. 15 Prozent bzw. jedes 6. bis 7. Paar).

Die betroffenen Paare werden dahingehend informiert, dass nach Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten der assistierten Reproduktion als Therapieerfolg in bis zu 90 Prozent eine Schwangerschaft eintritt, in 60 bis 80 Prozent die Geburt eines Kindes zu erwarten ist.

Aus dem bisher geführten IVF-Register ist der Therapieerfolg, die sogenannte „baby-take-home-Rate“, nicht zu entnehmen. Im IVF-Register werden nur die Behandlungszyklen gezählt, unabhängig davon, ob sie vorzeitig abgebrochen oder bis zum Ende durchgeführt wurden. Weiter zählt das Register die eingetretenen Schwangerschaften, aber nicht den weiteren Verlauf einer Schwangerschaft und nicht, ob es sich um Mehrlinge handelt.

Laut IVF-Register tritt nach erfolgreicher Eizellpunktion in 20 Prozent (nach IVF) bzw. 23 Prozent (nach ICSI) eine Schwangerschaft ein.

Dieser Erfolg ist deutlich abhängig vom Alter der Frau. Nach dem 39. Lebensjahr nimmt die Schwangerschaftsrate deutlich ab.

Wird als Erfolg nicht der Eintritt einer Schwangerschaft, sondern die „baby-take-home-Rate“ pro begonnenem Behandlungszyklus angesehen, so liegt die Erfolgsrate bei 10 Prozent. Der Vergleich der von einzelnen IVF-Zentren berichteten Erfolgsraten fällt sehr unterschiedlich aus. Optimale Erfolgsraten liegen bei 25 bis 35 Prozent „baby-take-home-Rate“ und 15 bis 25 Prozent „reproduktiven Verlusten“, d.h. Fehlgeburten und EU (Extrauteringraviditäten), ähnlich wie nach normaler Konzeption.

Um in Zukunft präzisere Aussagen machen zu können, müsste das DIR eine umfangreichere Dokumentation durchführen.

Zu den Techniken der assistierten Reproduktion zählen:

IVF = In-vitro-Fertilisation = Reagenzglasbefruchtung. Sie wird seit 1982 in Deutschland angeboten.

IVF+ICSI = Befruchtung im Reagenzglas durch Intracytoplasmatische Spermieninjektion. Seit 1994 in Deutschland angewendet.

In bestimmten Fällen werden die Samenzellen aus Nebenhoden (MESA = microsurgical epididymal sperm aspiration) oder Hoden (TESE = testicular sperm extraction) gewonnen und für

ICSI nach entsprechender Vorbehandlung verwendet.

Seit Einführung von ICSI haben die Methoden GIFT (intratubarer Gametentransfer), EIFT (Embryotransfer in die Tube) und ZIFT (Zygotentransfer in die Tube) kaum noch Bedeutung.

Die Behandlung nach IVF erfolgt in einer bestimmten Reihenfolge:
Häufig findet zuerst eine „Down Regulation“ statt, d.h. die körpereigene Hormonproduktion wird medikamentös unterdrückt; anschließend erfolgt durch entsprechende Hormonbehandlungen eine kontrollierte Stimulation der Eierstöcke, die mehrere Eizellen heranreifen lassen sollen (Superovulation). Durch Ultraschalluntersuchungen wird die Entwicklung der Eibläschen (Follikel) beobachtet.

Werden sprungreife Follikel gesehen, erfolgt die Ultraschall-gesteuerte Eizellenentnahme mittels Follikel-Punktion. Eizellen und Spermien (durch Masturbation gewonnen und aufbereitet) werden im Reagenzglas zusammengebracht.

Bei ICSI wird eine einzige Samenzelle in die Eizelle injiziert (Microinjektion). Kommt es zur Befruchtung (Fertilisation), sind nach ca. 48 Stunden Zwei- bis Vierzeller entstanden. Die nachweisbar befruchteten Eizellen werden über die Scheide in die Gebärmutter übertragen (Embryotransfer).

Nach dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) dürfen maximal 3 Embryonen gleichzeitig übertragen werden. Die Empfehlung der BÄK 1998 lautet, bei Frauen unter 35 Jahren nur noch 2 Embryonen zu übertragen, um die hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften zu reduzieren. Berichte aus dem Ausland weisen darauf hin, dass verlängerte Kulturen bis ins Blastozystenstadium die besten Implantationschancen haben.

Ist die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle noch nicht ganz abgeschlossen – Pronucleusstadium (imprägnierte Eizellen) – kann eine Kryokonservierung erfolgen, da es sich laut ESchG noch nicht um einen Embryo handelt.

IVF ist in erster Linie eine Sterilitätsbehandlungsmethode für Frauen mit Kinderwunsch. IVF kombiniert mit ICSI dagegen ist oft die einzige Behandlungsmöglichkeit, wenn die Ursache der Fertilitätsstörungen beim Mann liegt. Das deutsche IVF-Register zeigt seit der Einführung von ICSI 1994 eine deutliche Zunahme der ICSI-Behandlungen von Jahr zu Jahr.

Risiken der assistierten Reproduktion

An erster Stelle der mit einer Behandlung verbundenen Risiken ist die hohe Anzahl an Mehrlingsschwangerschaften zu nennen: 27 Prozent (23 Prozent Zwillinge) nach IVF und ICSI gegenüber 1,2 Prozent nach spontanen Schwangerschaften. Mehrlingsschwangerschaften bedeuten für Mutter und Kinder erhöhte Risiken. Häufig kommt es zu Frühgeburten mit all ihren Komplikationsmöglichkeiten. Durch Verminderung der Anzahl der übertragenen Embryonen lässt sich dieses Risiko senken. Eine Reduktion der Mehrlinge durch Fetocid – in einigen Fällen durchgeführt – wird als keine empfohlene Lösung angesehen. Aber auch wenn keine Mehrlingsschwangerschaft besteht, wird nach IVF-und ICSI-Behandlung eine erhöhte Frühgeborenenrate beobachtet.

Dem IVF-Register sind keine Angaben über perinatale Mortalität zu entnehmen. Studien zeigen eine erhöhte Säuglingssterblichkeit nach IVF und ICSI: 1,9 Prozent gegenüber 1,1 Prozent nach natürlicher Konzeption. Die Angaben über die Fehlgeburtenrate sind unterschiedlich; teilweise vergleichbar mit Raten wie nach natürlicher Konzeption, teilweise sind sie erhöht (bis zu 25 Prozent).

Bei der Hormonstimulation kann es zum sogenannten Hyperstimulations-Syndrom kommen (OHSS = ovarielles Hyperstimulationssyndrom), in 1,1 Prozent sogar zu lebensbedrohlichen Zuständen.

Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Hormonbehandlung haben im Laufe der Jahre die Verträglichkeit der Medikamente verbessert und die Risiken reduziert. Allerdings stehen Studien über potenzielle Langzeitwirkungen dieser Medikamente aus.

Nach Follikelpunktionen wird in seltenen Fällen eine Blutung beobachtet (unter 1 Prozent). Das durchschnittliche Alter der Schwangeren mit IVF ist deutlich höher als bei Frauen mit normaler Konzeption, so dass altersbedingte Risiken für Schwangerschafts- und Geburtsverlauf berücksichtigt werden müssen und nicht der IVF-Technik angelastet werden dürfen.

Kinder nach assistierter Reproduktion

Nachuntersuchungen von Kindern nach IVF ergaben keinen Unterschied in der Fehlbildungsrate im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern.

Auch die Entwicklung der Kinder zeigte keine Auffälligkeiten. Bei Mehrlingen und der damit verbundenen Frühgeburtlichkeit ist mit einer erhöhten Gesamtmorbidität zu rechen.

Bemerkungen zu „Richtlinien über künstliche Befruchtung“

(in Kraft seit 1.1.1998)

Bundeseinheitlich gibt es „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“.

Die Fassung von 1990 wurde zuletzt im Oktober 1997 geändert und ist am 1.1.1998 in Kraft getreten. Diese Richtlinien können bei jeder kassenärztlichen Vereinigung angefordert werden.

In den Richtlinien ist festgelegt, welche Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung von den Krankenkassen übernommen werden. Die Krankenkasse ist nur zuständig für die Leistung ihres Versicherten. Sind die Ehepartner in verschiedenen Krankenkassen versichert, ist die Krankenkasse des jeweiligen Ehepartners leistungspflichtig.

Nach wie vor werden kassenärztliche Leistungen für künstliche Befruchtung nur gewährt, wenn die Partner verheiratet sind. Über Ausnahmen kann eine bei den Landesärztekammern eingerichtete Ethikkommission entscheiden.

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur durchgeführt werden, wenn „hinreichende Aussicht“ auf Erfolg besteht. Die Zahl der Behandlungszyklen ist begrenzt. Darüber hinausgehende Behandlungsversuche bedürfen der Genehmigung der Krankenkasse. Die Anzahl der Behandlungen ist für verschiedene Methoden unterschiedlich:

- bei der Insemination im Spontanzyklus bis zu 8mal
- bei der Insemination nach hormoneller Stimulation bis zu 6mal
- bei der IVF bis zu 4mal
- beim GIFT bis zu 2mal (nur alternativ zu IVF)

ICSI ist laut Richtlinien keine anerkannte Methode (näheres s.u. ICSI in Deutschland). Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, z.B. Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder nicht transferierten Embryonen sind keine Kassenleistung. Voraussetzungen zur Durchführung einer künstlichen Befruchtung sind, dass beide Ehegatten zum Zeitpunkt der Durchführung HIV-negativ sind und die Frau einen ausreichenden Rötelnschutz hat.

Nur bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres der Frau darf eine künstliche Befruchtung durchgeführt werden; bis zum 45. Lebensjahr wird – mit entsprechendem Gutachten – eine Behandlung genehmigt.

Die medizinischen Indikationen (Nr. 11) und der Umfang der Maßnahmen (Nr. 12) sind in den Richtlinien festgelegt.

Liegt eine Indikation vor, dürfen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur vorgenommen werden, wenn die Ehepartner vorher von einem Arzt, der diese Maßnahmen nicht durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung und mögliche Alternativen beraten worden sind (Nr. 7, 13, 14). Über die Beratung ist eine Bescheinigung auszustellen.

Diese Beratung kann jeder Frauenarzt und jeder andere Arzt, der über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügt, übernehmen. Voraussetzung ist der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der „psychosomatischen Grundversorgung“ (Nr. 19).

Homologe Inseminationen im Spontanzyklus darf jeder Arzt mit der Gebietsbezeichnung Frauenarzt durchführen (Nr. 17). Die weiteren anerkannten Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nach den vorliegenden Richtlinien „nur solche zugelassenen Ärzte, ermächtigte ärztlich geleiteten Einrichtungen erbringen, denen die zuständige Behörde gemäß § 121 a SGBV eine Genehmigung zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat (Nr. 16)“. Die Behandlungen sollen möglichst ambulant durchgeführt werden. Bei Krankenhausbehandlungen gelten besondere Bestimmungen.

„Regelungen der ärztlichen Berufsordnungen zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bleiben unberührt.“

ICSI in Deutschland

1992 wurde erstmals von Palermo et al. (Belgien) über Geburten nach Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) berichtet. Bei dieser Technik werden einzelne Samenzellen in Eizellen injiziert. Damit wurde eine Behandlungsmöglichkeit für Männer mit Fertilitätsstörungen geschaffen. Durch die Zusatztechniken MESA und TESE

kann sogar Männern mit Azoospermie zu eigenen Kindern verholfen werden.

Die ICSI-Methode fand sehr schnell eine weltweite Anwendung. Schätzungen zufolge wurden inzwischen weltweit über 100.000 Kinder nach ICSI geboren. 1994 wird ICSI erstmals in den Statistiken der deutschen IVF-Arbeitsgruppen mit 6.000 Behandlungen erwähnt. Seitdem haben in Deutschland mehr als in anderen Ländern die ICSI-Anwendungen rasant zugenommen. 1998 wurden in Deutschland mehr ICSI-Behandlungen als IVF-Behandlungen registriert (3:2).

Schätzungsweise sind 10.000 Kinder in Deutschland nach ICSI geboren. Die Erfolgsrate(baby-take-home-Rate) liegt nach ICSI (-35 Prozent) höher als nach IVF.

In den Richtlinien zur künstlichen Befruchtung (siehe oben), die am 1.1.98 in Kraft traten, wurde im Abschnitt „Methoden“ (Nr. 10) die folgende Nr. 10.5. neu angefügt: „Die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ist derzeit keine Methode der künstlichen Befruchtung im Sinne dieser Richtlinien, da für die Beurteilung dieser Methode keine ausreichenden Unterlagen vorgelegt wurden und daher die Voraussetzungen für eine Anerkennung der Methode in der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht vorliegen.“

Zunächst bezog man die Verweigerung der Kostenübernahme nur auf die zusätzlichen Maßnahmen bei ICSI. Eine Kostenbeteiligung der Betroffenen war angesagt.

Inzwischen, seit 1.7.1999, müssen Paare die gesamten Kosten der Behandlung tragen, sobald auch das ICSI-Verfahren angewendet wird. Krankenkassen, die sich nicht an diese Richtlinie halten, werden bestraft.

Das bedeutet für viele Betroffene, dass sie die einzige für sie erfolgversprechende Behandlung aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können (ca. 6.500,-- bis 7.000 DM pro Behandlungszyklus).

Die Entscheidung zum ICSI-Verfahren in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist bei behandelnden ÄrztInnen und betroffenen Paaren auf Unverständnis und Protest gestoßen. Z.Zt. werden zahlreiche Klagen gegen diese Entscheidung angestrengt. Rechtliche Bedenken gegen die Handhabung der Krankenkassen bestehen, weil die ICSI-Methode eine anerkannte Methode ist. Nicht nachvollziehbar erscheint es Betroffenen, dass bei Subfertilität des Mannes die Methode mit den höchsten Erfolgsaussichten von den Kassen nicht finanziert wird, die IVF-Behandlung alleine jedoch erstattet wird. Weiterhin verletze die Ablehnung das verfassungsrechtlich verbürgte Recht auf Fortpflanzung und die staatliche Verpflichtung zum Schutz der Familie.

Ein Gerichtsurteil in Niedersachsen (Celle) entschied im Februar 2000, dass die Krankenkassen die Kosten der ICSI-Behandlung erstatten müssen. Dieses Urteil ist nicht rechtskräftig, weil gegen dieses Urteil durch den zuständigen Bundesausschuss Revision eingelegt wurde.

Als Grund, ICSI aus der vertragsrechtlichen Versorgung herauszunehmen, wird genannt, dass keine ausreichenden Unterlagen vorgelegt wurden. Ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen und Chromosomenstörungen für die Kinder, die nach ICSI-Behandlung geboren werden, wird befürchtet.

Um die Frage zu klären, ob tatsächlich ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko bei der Anwendung von ICSI besteht, läuft seit dem 1.8.1998 in Deutschland eine prospektive Multicenter-Studie nach definierten Normen. Dabei werden Standards des Mainzer Modells verwendet. Aus finanziellen Gründen ist diese Studie z.Z. gefährdet.

Zwischenergebnisse zeigen kein erhöhtes Fehlbildungsrisiko unter Berücksichtigung des „Hintergrundrisikos“ von Seiten der Eltern. Die „ICSI-Eltern“ selbst zeigen ein erhöhtes Risiko, wie z.B. höheres Alter, Vorbelastung durch Fehlbildungen oder bei Männern mit Azoospermie eine erhöhte Rate an Mutationsträgern für Mucoviszidose.

„Die vorliegenden Daten in der Literatur lassen den Schluss zu, dass bei Kindern nach ICSI nicht häufiger Fehlbildungen auftreten als bei Kindern normaler Reproduktion. Ob eine geringgradige Erhöhung von Chromosomenanomalien bei ICSI-Kindern besteht, ist nicht abschließend geklärt.“ (Prof. Engel)

Deshalb wird vor der ICSI-Behandlung eine humangenetische Konsultation angeraten und bei Eintreten einer Schwangerschaft nach ICSI-Methode eine Pränatale Diagnostik empfohlen. Der Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen von ICSI-Kindern – vor allem von Jungen – konnte bisher nicht sicher belegt werden. In der Literatur sind widersprüchliche Angaben zu finden. Weitere Nachuntersuchungen sind notwendig.

Es wird erwartet, dass nach Vorliegen der ersten Ergebnisse der prospektiven Studie in 2001 die

ICSI-Methode auch in den Richtlinien anerkannt und für alle Betroffenen ermöglicht wird.

Quellenangabe:

BRZ (Bundesverband Reproduktionsmedizinische Zentren Deutschland e.V.)	Stellungnahme zum Thema ICSI Diedrich, K. Engel, W. Möller, K.H.
BRZ 8/2000	ICSI von Anfang an Geschichte Zahlen – Daten – Fakten
BZgA	FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Reproduktionsmedizin, Gentechnik 1/2 2000
Diedrich, K.	Überblick über die medizinischen und gesellschaftlichen Aspekte der Reproduktionsmedizin (Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin Mai 2000)
Felberbaum, R.	Qualitätskontrolle in der assistierten Reproduktion. Das Deutsche IVF-Register. (Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000)
Gyn-Depeche 5/1999, S. 7	Der Weg zum genetisch eigenen Kind.
Kentenich, H.	Assistierte Reproduktion: Probleme der Information, Aufklärung und zur Problematik neuer technischer Verfahren. (Symposium: Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin Mai 2000)
Kongressbericht vom 53. Kongress der dt. Ges. f. Gynäkologie und Geburtshilfe, Juni 2000 München	Entwarnung bei ICSI und Fehlbildungen
Ludwig, M., Diedrich, K.	In-vitro-Fertilisation und intra= zytoplasmatische Spermienin= jektion. Gibt es ein Gesund= heitsrisiko für die geborenen Kinder?
11. Weltkongress für In-vitro-Fer= tilisation und Reproduktions= genetik, Mai 1999, Sydney	Cohen, J., Edwards, E., Gardener, D., Lancuster, J.B., Winland, M. (Gyn. Depesche 5/1999)
Wisard, M. et al. (Gyn. Depesche 8/1999)	Neue Hoffnung bei Azoo= spermie.

Keimzellspende

1. Samenspende. Heterologe oder donogene Insemination.

Bei der Sterilitäts-/Infertilitätstherapie stellt sich im Falle der Zeugungsunfähigkeit des Mannes die Frage nach der donogenen Insemination (= heterologe Insemination = AID = Artificial Insemination from Donor). Dabei handelt es sich um die Übertragung von Spendersamen mit dem Ziel, eine Schwangerschaft herbeizuführen. PRO FAMILIA hat die Entwicklungen auf diesem Gebiet verfolgt und bereits in vorangegangenen Jahren darüber informiert (siehe u.a. PRO FAMILIA-Arbeitsmaterialien PFA Nr. 31, 1983, Sterilität und Infertilität; Diskussionspapier: Reproduktionsmedizin 1989; mehrere Familienplanungs-Rundbriefe). Im Folgenden wird über den aktuellen Stand dieser therapeutischen Maßnahme berichtet. Grundlage sind im wesentlichen die Empfehlungen des Arbeitskreises für donogene Insemination e.V., eines 1995 gegründeten gemeinnützigen Vereins zur „Vertiefung, Förderung und Wahrung der medizinischen, juristischen, standesrechtlichen und wissenschaftlichen Interessen der Ärzte und Wissenschaftler, die auf diesem Gebiet tätig sind“. Der Verein hat sich ferner nachstehende Aufgaben gestellt:

- Fort- und Weiterbildung der Mitglieder
- Betreuung kinderloser Ehepartner auf psychosozialem und medizinischem Gebiet, insbesondere bei androgen bedingter Sterilität
- Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, die sowohl auf beraterischem wie auch therapeutischem Gebiet bei ungewollter Kinderlosigkeit tätig sind

1.1 Juristische Aspekte

Die international übliche Behandlungsmethode der donogenen Insemination wurde unter Berücksichtigung rechtlicher und berufsethischer Gesichtspunkte auch in Deutschland mehrheitlich auf dem 73. Deutschen Ärztetag 1970 und auf dem 65. Juristentag 1986 akzeptiert. Die AID ist jedoch nicht eindeutig gesetzlich geregelt. Ausdrückliche Erwähnung findet die AID in der durch die fortschreitenden Entwicklungen auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin 1998 notwendig gewordenen Neufassung der Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion (GIFT, ZIFT, EIFT, IVF mit ET, ICSI sowie verwandter Methoden). Dort heißt es: „Bei Verwendung fremder Samenzellen bedarf es eines zustimmenden Votums der bei der Ärztekammer

eingerichteten Kommission“ (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 49, 4.12.1998).

Die AID ist ein medizinisch-technisch einfaches Verfahren, das jedoch eine nicht zu unterschätzende rechtliche Komplexität aufweist.

In Deutschland ist die Behandlung mit Spendersamen auf Ehepaare eingeschränkt. Bei unverheirateten Paaren muss ein Antrag an die Ethikkommission gestellt werden, der jedoch meist abgelehnt wird. Das Ehepaar schließt mit dem behandelnden Arzt eine notariell beglaubigte Vereinbarung ab, in der bekundigt wird, dass gegenüber dem hervorgehenden Kind alle Rechte und Pflichten wie bei einem genetisch gemeinsamen Kind wahrgenommen werden. Sowohl Spermaspender als auch Ehepaar und Kind bleiben grundsätzlich anonym. Nur in einem gerichtlichen Verfahren kann der behandelnde Arzt von der Schweigepflicht entbunden werden. Wie sonst auch besteht das Recht des Ehemannes auf Vaterschaftsanfechtung in der gesetzlichen Frist und das Recht der Kindsmutter auf Anfechtung der Ehelichkeit. Das Recht des Kindes, seine Herkunft zu erfahren, wird höher bewertet als die ärztliche Schweigepflicht. Das bedeutet, dass dem Samenspender keine absolute Anonymität zugesichert werden kann. In allen Diskussionen über die AID wird auf die Interessen des Kindeswohls hingewiesen, deren Verletzung durch gesetzliche Regelungen ausgeschlossen werden kann (Dr. jur. Zumstein, München, Symposium).

Der Arbeitskreis „Donogene Insemination“ empfiehlt als weitere Maßnahme bei der künstlichen Befruchtung mit Spendersperma die Dokumentation der Behandlung, wobei die Unterlagen des behandelten Ehepaares, des Spenders, der Spermakonserve den gesetzlichen Verwahrungsfristen unterliegen. Die Aufbewahrungszeiten der Daten irgendeiner fortpflanzungsmedizinischen Maßnahme sind im Allgemeinen von Land zu Land verschieden, z.B. in Österreich 30 Jahre, in Schweden 70 Jahre, in der Schweiz 80 Jahre (Koch, Symposium).

Ein weiteres Verbot bezieht sich auf die Methoden der Geschlechtswahl. Sie ist in zahlreichen Ländern untersagt (Koch).

In Österreich ist die donogene Insemination erlaubt, bei IVF jedoch verboten.

Unterschiedliche Aussagen gibt es zur postmortem-Insemination. Sie ist z.B. verboten in Dänemark, Norwegen und Schweden, zulässig in Großbritannien und Spanien.

1.2 Indikationen

Die medizinische Indikation für die heterologe Insemination ist gegeben bei Zeugungsunfähigkeit des Mannes und/oder nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der assistierten Reproduktion mit Keimzellen des Ehemannes (z.B. TESE oder MESA).

Eine genetische Indikation liegt vor, wenn bei der humangenetischen Beratung ein hohes genetisches Risiko festgestellt wurde und das Ehepaar aus diesem Grunde auf ein genetisch gemeinsames Kind verzichten will.

Die immunologische Indikation ist extrem selten und wird z.B. bei Blutgruppenunverträglichkeit im Rhesusbereich diskutiert.

1.3 Auswahlkriterien von Samenspendern

Bei der Auswahl von Samenspendern werden i.a. zwei Grundsätze verfolgt:

1. Verhütung einer Infektion der Frau durch die Übertragung des Spendersamens
2. Verminderung des Risikos von genetischen Störungen bei dem durch Spendersamen gezeugten Kind

Nach den Richtlinien des oben erwähnten Arbeitskreises für donogene Insemination soll der Samenspender gesund, volljährig und möglichst unter 40 Jahre alt sein. Die bereits erwiesene Fertilität ist weder ein Hindernis noch eine Bedingung für die Samenspende. Die Zahl der lebenden Nachkommen sollte bei einem Samenspender auf zehn beschränkt bleiben. Bestimmte Merkmale wie z.B. Blutgruppe, Rhesusfaktor, Größe, Alter, Haar-, Haut- und Augenfarbe sollten in der Samenbank registriert werden, um eine Anpassung an den zukünftigen sozialen Vater zu ermöglichen.

Zur Vermeidung einer HIV-Übertragung wird zur Insemination nur kryokonserviertes Sperma verwendet, das über eine Quarantänezeit von 6 Monaten gelagert wurde und dessen Spender nach Ablauf der Quarantänezeit frei von HIV-Antikörpern ist. Der Samenspender wird vor der ersten Samenprobe auf HIV-Antikörper untersucht und muss sich alle 6 Monate weiteren Kontrollen unterziehen.
Vor der ersten Samenspende erfolgen serologische Untersuchungen auf Infektionen mit Syphiliserregern, Hepatitis B-Viren, Zytomegalie-Viren. Vor der Kryokonservierung wird das Spender-

sperma spermatologisch unter Einhaltung international festgelegter Mindestanforderungen (WHO-Richtlinien) geprüft und auf das Vorliegen von Entzündungszellen untersucht.
Um das Risiko einer erblichen oder genetischen Erkrankung möglichst niedrig zu halten, wird ein genetisches Screening empfohlen.

1.4 Kosten

Die donogene Insemination zählt weder zu den Leistungen der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherungen. Auch sind die Aufwendungen für eine donogene Insemination steuerlich als außergewöhnliche Belastung nicht absetzbar. Letzteres geht aus einem Urteil des Bundesfinanzhofes vom 18.5.1999, AZ III R 6/97 hervor (Sexualmedizin 6/2000, S. 174).

Die Abrechnung geschieht nach einer individuellen Vereinbarung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Ehepaar. Es entstehen Honorarforderung des Arztes (entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte), Kosten für die Fremdspermakonserve, Kosten für Transport der Spermakonserve von der Samenbank zur Anwenderin und andere Sachleistungen, wozu klinische Untersuchungen, Laboruntersuchungen und Verlaufskontrollen gehören. Die Gesamtkosten in DM können durchaus eine vier- bis fünfstellige Zahl erreichen.
Dem Samenspender wird, wie bei einer Blutspende, eine Aufwandsentschädigung für die durchzuführenden Vor- und Verlaufsuntersuchungen und für die Samenspende gewährt. (Samenspende 100,- bis 200,- DM).

1.5 Häufigkeit der donogenen Insemination

Eine genaue Angabe über die Zahl der Anwendungen der AID in Deutschland kann im Gegensatz zu Ländern wie Frankreich und Großbritannien nicht gegeben werden, da ein zentrales Register fehlt. Seit der Einführung von ICSI ist die Zahl der Paare, die eine heterologe Insemination wünschen, zurückgegangen (*Nieschlag*, Symposium). Nach Schätzungen werden z.Zt. pro Jahr in Deutschland 500 bis 800 Kinder nach AID geboren.

1.6 Entwicklung der Kinder

Nach neueren Angaben (*Katzorke*, Symposium) zeigen sich keine Unterschiede in der sozioemotionalen Entwicklung zwischen nach AID gezeugten, natürlich gezeugten und adoptierten Kindern.

1.7 Samenbanken

Die von der European Association of Tissue Banks beschlossenen Standards for Sperm Banking werden vom deutschen Arbeitskreis für donogene Insemination als Richtlinien zum Führen einer Spermabank empfohlen. Bei einer Spermabank handelt es sich um eine medizinische Einrichtung zur Kryokonservierung oder/und Lagerung von kryokonserviertem menschlichen Sperma. In einer Samenbank befindet sich z.B.

- Sperma von verheirateten oder ledigen Männern für maritogene (homologe) Inseminationen, für IVF oder ICSI, wenn die Verwendung von frischem Sperma zum jetzigen oder einem späteren Zeitpunkt in Frage gestellt ist (bei retrograder Ejakulation, vor Vasektomie, bei psychogenem Aspermatismus oder Abwesenheit des Mannes zum Ovulationstermin)
- Sperma von tumorkranken Männern vor der operativen, radiologischen, zytostatischen oder anderweitig keimschädigenden Therapie
- Sperma von Samenspendern

Die Lagerung der Spermakonserve erfolgt in Flüssigstickstoff bei minus 196º C und unterliegt im allgemeinen bestimmten Vorschriften; z.B. sollten Konserven von Samenspendern nicht länger als 5 Jahre gelagert werden; die Lagerung endet in jedem Fall mit dem Tod des Spenders.

2. Eizellspende

2.1 Juristische Aspekte

Die Eizellspende ist in Deutschland seit dem 1.1.1991 durch das Embryonenschutzgesetz (EschG § 1 Abs. 1, Nr. 1) verboten und unter Strafe gestellt. Nach geltendem Recht wird der behandelnde Arzt bestraft, nicht jedoch die Spenderin oder die Gebärende.

Nicht verboten ist die Eizellspende in England, den Niederlanden, Italien, Finnland, Dänemark und in den USA (siehe Internet) und wird in diesen Ländern praktiziert. Nach einer Übersicht des Europarates von 1997 soll die Eizellspende in 16 von 39 befragten Staaten zulässig sein, in 5 Ländern verboten (Irland, Norwegen, Slowenien, Schweden, Schweiz). Von den übrigen Ländern lag keine Information vor. Vergessen wurden in diesem Bericht Deutschland und Österreich, in denen die Eizellspende gesetzlich verboten ist.

Die Möglichkeit, für eine solche Behandlung ins Ausland zu gehen, wird von deutschen Frauen wahrgenommen. Zur Verhinderung eines sogenannten „Gameten-Tourismus“ (Gamet=Keimzelle), z.B. nach England, setzen sich Befürworter der Gametenspende für eine neue Regelung in Deutschland unter Einhaltung hoher Standards ein, die den internationalen Maßstäben angeglichen sind.

Im Falle einer Zulassung der Eizellspende in Deutschland treten einige Probleme auf. Sie wurden auf dem Symposium „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ unter der Leitfrage 3 „Wo sollen die Grenzen für den Einsatz von Keimzellspenden liegen?“ formuliert. Aus medizinischer Sicht ist eine Behandlung der Spenderin erforderlich, die nicht ganz risikofrei ist. Im Gegensatz zu den Männern können nämlich Frauen ihre Keimzellen nicht ohne ärztliche Hilfe gewinnen. Außerdem ergeben sich rechtliche und ethische Fragen bezüglich der sogenannten gespaltenen Mutterschaft (die genetische und die austragende Mutter ist nicht dieselbe Person), der Mutterschaft nach der Menopause und der Leihmutterschaft. Letztere ist in Deutschland laut ESchG verboten.

Seit der Reform des Kindschaftsrechts von 1997, in der als „Mutter“ die Frau definiert wird, die das Kind zur Welt bringt, gibt es zumindest aus rechtlicher Sicht keinen Grund mehr, von gespaltener Mutterschaft zu sprechen.

2.2 Indikationen

An einer Eizellspende können Frauen interessiert sein, die über keine eigenen Eizellen verfügen, z.B. aufgrund eines angeborenen Leidens, wie dem Turner-Syndrom, oder Frauen, die wegen eines operativen Eingriffs, einer Krebsbehandlung oder verfrüht eingesetzter Menopause nicht funktionsfähige Eierstöcke besitzen.

In Ländern, in denen die Eizellspende erlaubt ist, können nahe Verwandte wie Schwestern, Mütter oder Töchter Eizellspenderinnen sein.

Literatur

Katzorke, Th., Gemeinschaftspraxis/Zentrum für Reproduktionsmedizin, Essen. Vortrag, Symposium „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“, Berlin, Mai 2000.

Koch, H.G., MPI für ausländisches und internationales Recht, Freiburg. Vortrag, Symposium s.o.

Nieschlag, E. Institut für Reproduktionsmedizin, Universität Münster. Vortrag, Symposium s.o.

Arbeitskreis für donogene Insemination e.V.
Anschrift des Vorstandes: 45127 Essen, Kettwiger Str. 2-10,
Tel. 0201/22 11 38
Fax 0201/23 56 56, E-mail: ivfzentrum aol.com

„Spendersamen steuerlich nicht absetzbar“
Sexualmedizin 6/2000, S. 174.

Internet:: http://www.fertinet.de

Präimplantationsdiagnostik

Die Präimplantationsdiagnostik (PID oder PGD = preimplantation genetic diagnosis) wurde erst durch die moderne Technik der IVF möglich. Dabei handelt es sich um die genetische Untersuchung von einer oder mehreren Zellen, die einem in-vitro-gezeugten Embryo nach den ersten Zellteilungen entnommen werden. Während der Untersuchung nimmt der Embryo in-vitro eine Wartestellung ein, um je nach Untersuchungsergebnis transferiert oder verworfen zu werden. Die PID erfolgt vor dem Transfer in die Gebärmutter, d.h. vor der Implantation und somit vor dem Beginn einer Schwangerschaft. Diese Technik bietet sich allerdings auch dafür an, den Embryo zu anderen Zwecken zu verwenden als nur zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Dazu zählt beispielsweise die Verwendung für Forschungszwecke. Ebenso denkbar in diesem Stadium ist eine Keimzellveränderung (z.B. Klonen) und eine Bewertung (mit nachfolgender Selektion) des Embryos.

In den einzelnen Ländern gehen die Meinungen darüber sehr auseinander, ob, wie und zu welchen Zwecken die PID erlaubt sein soll. Wie schwierig es ist, eine allgemeine Übereinkunft zu erreichen, zeigt die eher verschwommene Formulierung im Menschenrechtsübereinkommen des Europarats zur Biomedizin vom 4.4.1997 (früher unter dem Namen Bioethik-Konvention bekannt): „Soweit das Recht Forschung an Embryonen in-vitro zulässt, gewährleistet es einen angemessenen Schutz des Embryos.“

Die von Deutschland noch nicht unterzeichnete „Menschenrechtskonvention zur Biomedizin“ des Europarates enthält einen Passus (Art. 27), der die Beibehaltung von national strengeren Standards garantiert. Das bedeutet, dass demnach auch nach Unterzeichnung in Deutschland das ESchG vorrangig anzuwenden ist. *S. Winter* hat die Schutzprinzipien für die Bürger der Konvention wie folgt zusammengefasst:

- Schutz von Würde, Identität und Integrität
- Vorrang des Individuums vor den Interessen der Gesellschaft
- Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung
- Verpflichtung zur Einhaltung berufsrechtlicher Standards
- Prinzip des „informed consent“

- Festschreibung des gesetzlichen Vertreters im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit
- Recht auf informationelle Selbstbestimmung
- Schutz von Patienten bei biomedizinischer Forschung
- Diskriminierungsverbot gegenüber Menschen aufgrund ihres genetischen Erbes
- Bindung von Gentests an gesundheitsbezogene Zwecke und genetische Beratung
- Verbot von Eingriffen in die menschliche Keimbahn
- Verbot der Geschlechtswahl bei Fortpflanzungszwecken
- Verbot der Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken
- Embryonenschutz für in-vitro-Embryonen
- Adäquate Einwilligungskriterien für Organspende
- Verbot des Organhandels
- Verbot der Lebendorganspende bei nichteinwilligungsfähigen Menschen
- Verbot der Veräußerung von Körperteilen zu finanziellen Zwecken

In Deutschland gibt es noch keine Gesetze oder Regelungen für die Anwendung der PID. Die Debatte über Genehmigung oder Verbot dieser diagnostischen Technik befindet sich in vollem Gange. Von der Bundesärztekammer wurde im Deutschen Ärzteblatt im März 2000 ein „Diskussionspapier zu einer Richtlinie zur PID“ veröffentlicht. Dies geschah gewissermaßen als Ergänzung zu den „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ vom Dezember 1998, worin die PID noch ausgeklammert war.

Auch in Kreisen der PRO FAMILIA werden Pro und Contra diskutiert, wie das „Standpunktpapier PID“ des medizinischen Arbeitskreises NWR zeigt (Familienplanungs-Rundbrief 1999, Heft 2, S. 10).

Nach Auffassung des Bundesjustizministeriums ist in Deutschland die PID generell untersagt (*Koch*). Eine Gesetzesinterpretation, was Aufgabe der Gerichte ist, erfolgte bisher nicht.
Es wird wiederholt eine gutachterliche Stellungnahme der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom Juni 1999 angeführt, in der es heißt, „dass die Untersuchungsmethode der PID allein, durchgeführt an nicht totipotenten Zellen, nach derzeitiger Rechtslage nicht ausdrücklich verboten ist“. Einigkeit besteht darüber, dass PID an totipotenten Zellen strafbar ist.

Der zweckentfremdeten Verwendung von Embryonen wird jedoch in Deutschland durch das Em-bryonen-Schutz-Gesetz (ESchG) ein Riegel vorgeschoben. Dieses Gesetz verbietet

1. fortpflanzungsfremde Erzeugung von Embryonen nach § 1, Abs. 1 Nr. 2
2. die fortpflanzungsfremde Zweckentfremdung von Embryonen nach §§ 1 Abs. 2, 2
3. Keimbahninterventionen im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin nach § 5.

Weiterhin wird in § 6 des ESchG ein Verbot des Klonens ausgesprochen.

Bei den Befürwortern der PID handelt es sich vorwiegend um Ärzte (z.B. *Schwinger, Hepp, von Loewenich*). Sie fordern eine strenge Indikationsstellung bei Paaren, bei denen ein hohes Risiko bestehe, dass das zu erwartende Kind mit einer schwerwiegenden genetisch bedingten Erkrankung zur Welt kommt. Nur im Einzelfall bzw. auf eng umschriebene Sonderfälle sollte die Zulassung beschränkt werden. Eine Krankheiten-Liste für die Indikationsstellung wird abgelehnt. Intensive Beratung vor der PID und ein individueller Entscheidungsspielraum der Ratsuchenden für oder gegen PID werden gefordert.

Die Gegner einer Zulassung der PID sind hauptsächlich Rechts- und Religionswissenschaftler oder kommen aus dem Bereich „Ethik in den Wissenschaften“ (z.B. *Laufs, Eibach, Graumann* auf dem Berliner Symposium). Sie halten die Einhaltung einer beschränkten Zulassung der PID für wenig realistisch. Auch wird von den Kritikern darauf hingewiesen, dass es einerseits kein Recht gibt, mittels PID ein „gesundes Kind“ zur Welt zu bringen und dass andererseits ein gesellschaftlicher Druck entstehen kann, diese neue Technik in Anspruch nehmen zu müssen (analog der Diskussion in Bezug auf die Verbreitung der pränatalen Diagnostik). Als weiteres Argument gegen die PID wird ein möglicher Wandel in der Einstellung gegenüber behinderten Menschen angeführt. (Handelt es sich bei dem PID-Verfahren um eine präventive oder selektive Maßnahme?)

Aus ethischer Sicht wird u.a. die Problematik darin gesehen, dass zwei Verfahren (IVF+ET und PID), die unterschiedliche Zielrichtungen verfolgen, zusammen angewendet werden:

Mit der IVF+ET liegt ein Therapie-Verfahren vor, mit dem einem ungewollt kinderlosen Paar zu einer Schwangerschaft und zur Geburt eines Kindes verholfen werden kann. Bei der PID handelt es sich um ein diagnostisches Verfahren am Embryo. Ziel seiner Anwendung ist, ein Paar mit hoher genetischer Belastung vor einem kranken Kind zu bewahren, indem der in Wartestellung stehende Embryo bei einem pathologischen Untersuchungsergebnis nicht transferiert, sondern verworfen wird.

Internationale Situation

Die Rechtslage hinsichtlich der Zulassung der PID ist in den einzelnen Ländern uneinheitlich und bei weitem nicht geklärt. Der Europarat hat 1997 die Ergebnisse einer Untersuchung in 39 vorwiegend europäischen Ländern vorgelegt, nach denen in 22 Staaten gesetzliche Regelungen zu Techniken medizinisch assistierter Reproduktion vorhanden sind. Nach dieser Übersicht ist PID in Frankreich, Norwegen, Spanien, Schweden und Australien nicht grundsätzlich untersagt, es sind aber gewisse Begrenzungen vorgeschrieben. In einer Recherche über die Rechtslage in 15 Ländern fand *Koch* außerdem für Großbritannien und Dänemark das Vorhandensein gesetzlicher Regelungen, die einen gewissen Handlungsspielraum zulassen. Nach neueren Angaben (*Winter*) kann die PID in 10 Staaten der Europäischen Union unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Norwegen, Schweden und Spanien.

Ein klares Verbot der PID besteht in Österreich. Im dortigen Fortpflanzungsmedizingesetz von 1992 steht: „Entwicklungsfähige Zellen dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist.“ Trotz des Verbots wird angeblich die PID in Österreich im Hinblick auf die Zulässigkeit der embryopathischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch genutzt. Auch in der Schweiz besteht ein Verbot der PID, sobald das dort neue Fortpflanzungsmedizingesetz in Kraft getreten ist. Es verbietet „das Ablösen einer oder mehrerer Zellen von einem Embryo in-vitro und deren Untersuchung“.

Eine noch junge, aus Großbritannien stammende Initiative vom 17.8.2000, wonach das Klonen menschlicher Stammzellen von Embryonen für die Züchtung menschlichen Gewebes, jedoch nicht für die Züchtung von Menschen erlaubt sein soll, zeigt, dass die Diskussion über die durch die assistierte Reproduktion eröffneten Möglichkeiten eines Eingriffs ins menschliche Leben erst am Anfang ist.

Literatur

Koch, H.-G., MPI für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg.
- Rechtliche Voraussetzungen und Grenzen der Forschung an Embryonen: nationale und internationale Aspekte. GebFra Mai 2000; 60:M67-M72
- Fortpflanzungsmedizin im Rechtsvergleich
Vortrag, Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Schwinger, E. Institut der Humangenetik der Universität Lübeck
Vortrag, Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Hepp, H., Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Klinikum Großhadern der Universität München.
Vortrag, Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Von Loewenich,,V., Abt. Neonatologie, Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Klinikum der Universität Frankfurt am Main
Vortrag, Symposium. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Laufs, A., Institut für geschichtliche Rechtswissenschaft der Universität Heidelberg
Vortrag, Symposium. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Eibach, U., Ev. Klinikseelsorge der Medizinischen Einrichtungen der Universität Bonn. Beauftragter der EK im Rheinland in Fragen der Ethik in Biologie und Medizin
Vortrag, Symposium. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Graumann, Siegrid. Interfalkultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften der Universität Tübingen.
Vortrag, Symposium. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Berlin, Mai 2000

Winter, St. Dezernat Wissenschaft und Forschung, BÄK, Berlin, 24.2.2000

Beratung bei künstlicher Befruchtung

Information und Aufklärung über die relevanten medizinischen, juristischen und sozialen Gesichtspunkte vor der Durchführung der assistierten Reproduktion sind auch in der zweiten Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer vom Dezember 1998 festgelegt.

Bekannt ist, dass die Anwendung der Sterilitätstherapie und der Pränatalmedizin für die Betroffenen mit großen emotionalen Belastungen verbunden ist. Aus diesem Grunde wurde schon von Anfang an auf die Bedeutung der Beratung vor Aufnahme in ein Programm der assistierten Reproduktion hingewiesen. Trotzdem werden erst in letzter Zeit vermehrt Ergebnisse über Untersuchungen veröffentlicht, die sich mit der Befindlichkeit der Betroffenen während der einzelnen Verfahren der assistierten Reproduktion befassen.

Eine psychosomatisch orientierte Gruppe von Frauenärzten aus den DRK-Kliniken Westend Berlin (*Laster et al.*) hat sich z.B. mit der Frage beschäftigt, ob psychosoziale Faktoren die Schwangerschaftsrate von Frauen bei IVF/ICSI beeinflussen. Bei den insgesamt 100 untersuchten Sterilitätspatientinnen handelte es sich meis-

tens um den ersten IVF/ICSI-Versuch. Die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer betrug 35,5 Prozent. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen guter Stimmung und hoher Schwangerschaftsrate konnte nicht festgestellt werden, auch nicht zwischen schlechter Stimmungslage und niederer Schwangerschaftsrate. Allerdings zeigte sich eine Tendenz zur Korrelation von ausgeprägter sozialer Unterstützung und besonders guter subjektiver Befindlichkeit mit höherer Schwangerschaftsrate. Aus diesem Untersuchungsergebnis folgern die Autoren, dass in der Belastungssituation, bedingt durch eine assistierte Reproduktion, auf die Befindlichkeit der Patientinnen zu achten ist und dass als Erfolg nicht nur die Verwirklichung einer Schwangerschaft gelten sollte, sondern auch die Bewältigung des Sterilitätsproblems.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Lübeck (*Kowalcek et al.*) stammt eine Untersuchung über psychologische Aspekte der Pränataldiagnostik von ICSI-Schwangerschaften. Bei 60 werdenden Eltern wurden die Sterilitätstherapie, der somatische Schwangerschaftsverlauf und die Beanspruchung durch die pränatale Untersuchung erfasst. Letztere wird bei einer Schwangerschaft nach ICSI empfohlen, da sie medizinisch als Risikoschwangerschaft mit einem erhöhten genetischen Risiko eingestuft ist. Die invasiven somatischen Interventionen der Sterilitätstherapie und der Pränatalmedizin wurden von den angehenden Eltern als emotional sehr belastend angegeben. Dieses Erleben wird jedoch in der fast ausschließlich somatisch orientierten Medizin bisher kaum wahrgenommen. Die Autoren ziehen aus ihren Untersuchungsergebnissen den Schluss, dass im ärztlichen Gespräch auf Ängste und Unsicherheiten eingegangen werden sollte. Bei Anwendung neuer Behandlungsmethoden und weitreichender Diagnostik sollte das subjektive Erleben der Betroffenen beachtet werden und „konstruktiv auf der somatischen, psychologischen, sozialen und ethischen Ebene diskutiert werden“.

In einer Studie über langfristige Bewältigung von Kinderlosigkeit, ausgeführt am Institut für medizinische Psychologie in Jena (*Ningel, K. et al.*), kommen die Autoren zu nachstehender Schlussfolgerung: „Ungewollt Kinderlose sollten während der Behandlung frühzeitig in ihrer Entscheidungskompetenz gestärkt werden. Dies könnte bedeuten, bei den Betroffenen die Entscheidung zu einer Behandlungsfortsetzung, aber ebenso auch Entscheidungen wie den Aufschub oder die Beendigung von Behandlung zu stärken.“

Die Beratergruppe der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ der psychosomatischen Universitätsklinik (*Wischmann, T. et al.*) untersuchte die Wirkung psychologischer Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch. Es wurde zwar ein seelisch stabilisierender Effekt beobachtet, aber eine Erhöhung der Fertilität war nicht zu erkennen.

Das Angebot von Information und Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit wird von PRO FAMILIA seit dem Bestehen des Verbandes wahrgenommen. Das Konzept der interdisziplinären Beratung, das insbesondere wegen der Multiprofessionalität in der PRO FAMILIA möglich ist, bietet eine optimale Voraussetzung, die verschiedenen zusammenwirkenden Bereiche bei der Thematik „ungewollte Kinderlosigkeit und ihre Behandlungsmöglichkeiten“ abzudecken. Die rasante Entwicklung auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin während der letzten Jahre erfordert medizinische Fachkompetenz insbesondere bei der Information über die neuen Diagnose- und Behandlungstechniken. Diese Fachkompetenz ist bei PRO FAMILIA durch die ärztliche Beratung bei gleichzeitiger Einbeziehung psychologischer Gesichtspunkte gewährleistet.

Literatur

Kowalcek, I., Häger, F., Weise, U., Diedrich, K.: Psychologische Aspekte der Pränataldiagnostik von ICSI-Schwangerschaften. 53. Gyn.-Kongress, München, GebFra Suppl. 1, Mai 2000. S. 97

Laster, F., Siedentopf, F., Kentenich, H.:Gibt es einen Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Schwangerschaftsrate von Patientinnen bei IVF/ICSI? 53. Gyn.-Kongress, München, GebFra Suppl. 1, Mai 2000, S. 97

Ningel, K., Bengel, J., Carl, C., Hennig, K., Strauß, B.: Langfristige Bewältigung von Kinderlosigkeit. 53. Gyn.-Kongress, München. GebFra Suppl. 1, Mai 2000, S. 42.

Wischmann, T. et al.: Inhalte und Effekte psychologischer Paarberatung bei unerfülltem Kinderwunsch. Reproduktionsmedizin 15 (1999) 37-44.

Symposium Fortpflanzungsmedizin in Deutschland

Dr. med. Ines Thonke, PRO FAMILIA-Bundesverband

Vom 24. bis zum 26. Mai 2000 fand in Berlin ein Symposium zum Thema Fortpflanzungsmedizin in Deutschland statt. Es wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Robert-Koch-Institut ausgerichtet und ist als Beginn einer breiten Diskussion gedacht, die intensiv fortgesetzt werden soll und die möglicherweise in einen Gesetzgebungsprozess einmünden kann.
Als wichtige Ziele bzw. als Zweck der Veranstaltung wurden das Ingangsetzen einer gesellschaftlichen Diskussion zu Möglichkeiten und Grenzen der modernen Bio- und Gentechnologie sowie die Impulsgebung für die politische Meinungsbildung und Entscheidungsfindung genannt.
Die zugrunde liegende Konzeption des Symposiums ist neu. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Vorfeld 7 Leitfragen formuliert. Zu jeder Leitfrage wurden Vertreter und Vertreterinnen gegensätzlicher Positionen eingeladen. Die Vortragenden hatten in der Regel 15 Minuten Zeit, um ihre Position darzustellen. Im Anschluss folgte eine Podiumsdiskussion, zu der weitere Fachfrauen und –männer auf dem Podium vertreten waren. Auch die Diskussion im Plenum zu den einzelnen Leitfragen war fester Bestandteil der Veranstaltung.
Es wurden medizinische, ethisch-(-moralische), rechtliche und gesellschaftliche Fragen behandelt. Die Gesundheitsministerin Andrea Fischer führte zu Beginn der Veranstaltung in das Thema ein und beendete die Veranstaltung auch. Sie sowie zahlreiche Bundestagsabgeordnete und Mitglieder der dieses Thema behandelnden Enquete-Kommission (Recht und Ethik der modernen Medizin) im Bundestag waren in weiten Teilen der Veranstaltung anwesend.
Insgesamt zeichnete sich das Symposium durch eine hohe Fachlichkeit in allen Bereichen aus. Der Wunsch nach der Klärung der folgenden grundsätzlichen Fragen

- Bildet das Embryonenschutzgesetz noch eine ausreichende Grundlage für die medizinische Entwicklung? (Wo und wie soll es weiterentwickelt werden?)
- Muss die Politik Veränderungen in den gesellschaftlichen Wertvorstellungen nachvollziehen?
- Besteht die Notwendigkeit der Zulassung weiterer biomedizinischer Verfahren?
- Benötigen wir neue Regelungen für eine umfassende Information und Aufklärung der Betroffenen?

hat zur Formulierung der 7 Leitfragen geführt.

Leitfragen des Symposiums:

1. - Welchen Status hat ein Embryo in vitro?
2. - Wie verändern sich durch die Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung das Bild von Elternschaft und die Rolle der Frau in der Gesellschaft und welche Aufgabe kommt dabei der Beratung der Betroffenen zu?
3. - Wo sollen die Grenzen für den Einsatz von Keimzellspenden liegen?
4. - Welche Voraussetzungen und Grenzen sollen außerhalb der Ehe für eine Elternschaft aufgrund medizinisch unterstützter Fortpflanzung gelten?
5. - Soll eine Präimplantationsdiagnostik eingesetzt werden dürfen?
6. - Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen für die Gewinnung und Verwendung humaner embryonaler Stammzellen?
7. - Welche Anforderungen an Sicherheits- und Qualitätsstandards, Dokumentation und Patientenaufklärung sollen für die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung gesetzlich vorgeschrieben werden und was soll für die Einführung neuartiger Verfahren gelten?

Nicht nur von den Kontrahenten verschiedener Berufsgruppen, sondern auch von der anwesenden kritischen Öffentlichkeit, die sich durch eine auffallende Informiertheit auszeichnete, wurden die Fragen sehr kontrovers diskutiert. Die Gesundheitsministerin Andrea Fischer nahm persönlich eine eher kritische Haltung ein. Sie vertrat die Überzeugung, dass die Würde des Menschen wesentlich in seinem natürlichen Werden liegt. Je mehr wir uns von der Zufälligkeit der Entstehung entfernten, umso größer sei die Gefahr der Fremdbestimmung, Manipulation und Bewertung. Sie äußerte ihre Bedenken, dass die versprochenen Möglichkeiten, Krankheiten zu verhindern, die Wahrnehmung von Leiden und Krankheit verändern.
Außerdem wandte sich Andrea Fischer entschieden gegen eine Verbindung der Fragen der Reproduktionsmedizin mit der Debatte um den §218.
Eine Verknüpfung mit der strafrechtlichen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs verhin-

dere jedwede Entscheidungsfindung in Sachen Fortpflanzungsmedizin.

Das Symposium gilt als erster Schritt, die öffentliche Debatte breit und sachlich zu führen, um nachfolgend zu entscheiden, ob und welcher rechtliche Handlungsbedarf besteht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im direkten Zusammenhang mit der Thematik ein Diskussionsforum im Internet eingerichtet. Die Adresse lautet: **www.dialog-gesundheit.de**

Die Bedeutung der Themen für die PRO FAMILIA

PRO FAMILIA besitzt aufgrund der langjährigen Beratungserfahrungen bzw. praktischen Erfahrungen die Kompetenz, sich an der aktuellen Debatte zu beteiligen. Der folgende Interessenkonflikt erscheint hierbei diskussionswürdig:

- Als Beratungsverband stehen die individuellen Interessen der Beratenden im Vordergrund. Aus der individuellen Perspektive kann der Fortschritt in der Fortpflanzungsmedizin als wünschenswert und sinnvoll angesehen werden, um individuelles Leid zu mindern bzw. zu vermeiden.
- Als Fachverband/Bewegungsverband bewertet PRO FAMILIA gesellschaftliche bzw. gesellschaftspolitische und medizinische Entwicklungen in den Bereichen Familienplanung und Sexualität bzw. begleitet diese in Abwägung ihrer gesellschaftlichen Relevanz kritisch. Die in dem Symposium angesprochenen Technologien können, wie dort auch dargestellt, Einfluss auf grundsätzliche Veränderungen in der Gesellschaft haben.

Die aufgeworfenen Fragen betreffen alle Verbandsaufgaben von PRO FAMILIA. In ihrer Funktion als Beratungsverband muss PRO FAMILIA im Interesse der KlientInnen auf die große Bedeutung der unabhängigen Beratung auf hohem fachlichen Niveau hinweisen und sich, wie es auch auf dem Symposium gefordert wurde, für die Stärkung der unabhängigen Beratungsangebote einsetzen.
Zusätzlich ist PRO FAMILIA auch als Fachverband gefordert, wenn davon ausgegangen wird, dass für eine fachlich qualifizierte Beratung das Niveau der Beratung dem Niveau der technischen Entwicklung entsprechen muss. Das qualifizierte Beratungsangebot, die Beratungskompetenz und auch das einzigartige Beratungskonzept (multiprofessionell und interdisziplinär) zu allen Bereichen der Reproduktionsmedizin muss transparent und allgemein verfügbar sein.
Die rasante Entwicklung der Diskussion, die wissenschaftlichen (und wirtschaftlichen) Forderungen der Forschung mit den verbundenen Hoffnungen und Erwartungen und die spekulativen Zukunftsvisionen machen es notwendig, dass PRO FAMILIA seine Bemühungen um das Thema Reproduktionsmedizin weiterhin verstärkt und die innerverbandliche Auseinandersetzung zum Thema weiter intensiviert.

Ein in Vorbereitung befindliches PRO FAMILIA-Standpunktpapier wird die unterschiedlichen Perspektiven (individuell und gesellschaftlich) berücksichtigen und kann aus diesem Grund keine klare Pro-oder-contra-Position vertreten. Ein Standpunktpapier sollte die Bedeutung haben, die gesellschaftliche Debatte aus Sicht einer Beratungsorganisation zu beleben sowie die Sensibilität für die Problematik in der Bevölkerung zu erhöhen.

PRO FAMILIA kann durch ihre Arbeit in diesem Bereich dazu beitragen, die Aufklärung in der Bevölkerung voranzutreiben und damit die gesellschaftliche Transparenz zu erhöhen. Dies ist gleichermaßen ein wichtiger Schritt, KlientInnen auf dem Weg zu einer informierten Entscheidung zu unterstützen.

Forum

Ärztliche Sprechstunde und gynäkologische Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung

Dr. med. Maria Hettenkofer, PRO FAMILIA, Ortsverband Frankfurt am Main, Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt, Tel.: 069/59 92 86, Fax: 069/59 17 57

Kooperation CeBeeF (Club Behinderter und ihrer Freunde e.V.) und PRO FAMILIA

Die Idee, eine ärztliche Sprechstunde und gynäkologische Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung anzubieten, entstand nach Gesprächen mit körperlich behinderten Frauen: Zwei Frauen mit Multipler Sklerose und eine Frau mit Querschnittslähmung nach Verkehrsunfall hatten seit Beginn der Behinderung keine/n Frauenarzt/Frauenärztin mehr aufgesucht; eine Frau mit spastischer Lähmung war nur einmal beim Frauenarzt, die Spastik verstärkende schmerzhafte Lagerung bei der Untersuchung hinderte sie daran, nochmals zur Untersuchung zu gehen; eine Frau mit Querschnittslähmung und eine Frau mit spastischer Lähmung waren bei verschiedenen Frauenärzten, die barrierefreie Praxisräume angegeben hatten, fanden zwar einen Aufzug oder einen ebenerdigen Eingang, jedoch keine Hilfe, Unterstützung und Zeit beim Aus- und Anziehen, beim Lagern und bei der Untersuchung. Eine Frau berichtet, dass sie von zwei Personen auf den Gynäkologenstuhl „gezerrt“ wurde und deswegen nie mehr zur Untersuchung ging. Die Frauen hatten 6, 7 und 10 Jahre keine Untersuchung und auch keine Krebsvorsorge durchführen lassen. Bei Beschwerden versuchen sie sich selbst zu helfen, greifen zur Eigenmedikation. Einige Frauen erzählen, dass sie sich die Pille über einen Freund oder eine Freundin „besorgen“ lassen.

Wie sich die Idee verwirklichen ließ, sei im folgenden kurz beschrieben. Am Tag der offenen Tür des DPWV zum 50-jährigen Bestehen, 12.09.97, lernte ich eine Frau vom CeBeeF kennen; wir kamen schnell ins Gespräch, tauschten Gedanken zum Thema „Sexualität und körperliche Behinderung“ aus; ich konnte ihr unsere Räume zeigen.
Das zweite Gespräch zwischen CeBeeF (Mitarbeiterin, Geschäftsführerin und Vorstand) und PRO FAMILIA war im Dezember 1997. Ideen und Bedarf wurden besprochen. Die Möglichkeit einer Kooperation wurde erwogen. Wir blieben im Gespräch, tauschten uns aus, testeten, ob eine behinderte Frau mit Lifter auf den Untersuchungsstuhl gehoben werden kann, sammelten Hintergrundinformationen.
Eine Literaturrecherche ergab: es gibt keine spezielle Sprechstunde mit gynäkologischer Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung. Die wenigen Berichte von betroffenen Frauen in der Literatur zum Thema gynäkologische Untersuchung, Beratung bei Verhütungsfragen, Kinderwunsch, Konfliktschwangerschaft, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft erzählen von Barrieren, Diskriminierung, Stigmatisation, Ignoranz und Mangel an Flexibilität.
Wir begannen im Sommer 1998 mit einem gemeinsamen Angebot in den Räumen der PRO FAMILIA im Haus des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Die Räume der Beratungsstelle Auf der Körnerwiese 5 sind barrierefrei, ein Fahrstuhl und 2 Behindertenparkplätze sind vorhanden. Der Paritätische Wohlfahrtsverband, der unser Angebot begrüßt, bietet uns seine behindertengerechte Toilette im Haus zur Mitbenutzung an.

Im Februar 1999 stellten wir einen Projektantrag an die Stadt Frankfurt: **Ärztliche Sprechstunde mit gynäkologischer Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung u n d Gesprächsgruppe für behinderte Frauen: Behinderung und weibliche Sexualität.**

Informationen für Behinderten - Selbsthilfegruppen

Zielgruppe unseres Projektes: Frauen mit körperlicher Behinderung in Frankfurt. Wir gehen von einer Schätzzahl von ca. 25.000 Frauen aus. (Das Statistische Jahrbuch der Stadt Frankfurt 1998 enthält keine genauen Angaben über Frauen mit körperlicher Behinderung.)

Daraufhin gewährte die Stadt Frankfurt eine Anschubfinanzierung von 15.000,-- DM, sie ermöglichte die Anschaffung eines höhenverstellbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhls und eines Hebelifters.

Ärztliche Sprechstunde

Obwohl wir anfangs nicht breit informiert und geworben haben, stieg die Nachfrage für die Sprechstunde stetig. Die Besuchsfrequenz lag anfangs bei etwa 1 x pro Monat und liegt jetzt bei 1-2 pro Woche.
Es kommen Frauen von CeBeeF und Frauen, die schon bei uns waren oder unser Angebot kennen. Eine weitere Informationsquelle ist die Presse.
Die Frauen haben unterschiedliche Behinderungen:
Spastiken und/oder Lähmungen nach Geburtsschädigung oder Infektion, Ataxie, Kinderlähmung, Multiple Sklerose, Querschnittslähmung nach Trauma, Unfall.
Das Alter der Nutzerinnen der ärztlichen Sprechstunde lag bisher zwischen 15 und 62 Jahren.
Sie kommen in erster Linie, weil sie Frauen sind.
Die Beratungsinhalte sind: Sexualität, Familienplanung und Gesundheit sowie gynäkologische Untersuchung, Krebsfrüherkennung und Verschreibung von Verhütungsmitteln.

Gesprächsgruppe

Es meldeten sich auch interessierte Frauen für die Gesprächsgruppe „Behinderung und weibliche Sexualität“, doch bisher kamen nicht genügend verbindliche Anmeldungen zustande.

Weitere Angebote/Veranstaltungen

In der Kooperation mit dem CeBeeF wurden weitere Angebote/Veranstaltungen entwickelt:
- „Körperwahrnehmung für Frauen mit körperlicher Behinderung“ (Fruchtbarkeit selbst erkunden; Zyklus, Blutung und Eisprung beobachten)
- „Das Bild der eigenen Weiblichkeit behinderter Frauen in einer nichtbehinderten Gesellschaft“
- „Situation behinderter Frauen in Frankfurt“
- „Behinderte Liebe“ (Spielfilm-Vorführung mit anschließendem Gespräch).

Vorträge und Referate für Veranstaltungen von Behinderten-Selbsthilfegruppen wurden bei uns angefragt, diese Gruppen wünschen kompetente Fachfrauen zum Tabuthema „Sexualität“.

Ermutigt durch weitere finanzielle Unterstützung durch die Stadt Frankfurt machen wir unsere Angebote in der Öffentlichkeit stärker bekannt. Das Angebot ist einmalig in Frankfurt und Umgebung.

HINWEISE

Mifegyne –Aktuell

(siehe hierzu auch Buge-Telegramm Nr.3, August 2000)

In den letzten Wochen und Monaten haben sich die Meldungen in der Presse gehäuft, dass Femagen, die Vertriebsfirma für Mifegyne in Deutschland, die Vertriebsrechte an das französische Unternehmen Exelgyne zurückgeben werde. Grund dafür seien die niedrigen Absatzzahlen von Mifegne, die in keiner Relation zu den betrieblichen Kosten für das Präparat stünden.

Nach Aussage von Femagenmitarbeitern wird tatsächlich über Alternativen zum derzeitigen Vertriebssystem nachgedacht, doch mittelfristig wird sich an der aktuellen Situation nichts ändern.

Als Hauptgründe für niedrige Anwendungszahlen und eine regional unbefriedigende Verfügbarkeit von Mifegyne® in Deutschland (d.h. Frauen haben nicht die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Abbruchmethoden) wird angeführt, dass bisher keine angemessene Kostenregelung für betroffene Frauen mit Kostenübernahmebescheinigung existiert (lediglich die Bundesländer Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg vergüten die Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der Kostenübernahme adäquat). Die derzeitigen Abrechnungsmöglichkeiten machen eine kostendeckende Behandlung mit Mifegyne zur Zeit unmöglich. Dies hat zu der Situation geführt, dass auch die PRO FAMILIA-Familienplanungszentren aus finanziellen Gründen den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch fast ausschließlich für Selbstzahlerinnen anbieten.

Dennoch steht eine endgültige Klärung der Kostenfrage noch aus. In diesem Sommer hat sich auch die Gesundheitsministerinnen- Konferenz mit dem Thema befasst. Sie hat einen Appell an den Bewertungsausschuss von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und gesetzlichen Kassen gerichtet, die Vergütungsfrage des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs angemessen zu lösen und nun wird sich auch der o.g. Bewertungsausschuss im September nochmals dem Thema widmen. Der PRO FAMILIA-Bundesverband setzt sich weiterhin dafür ein, dass die

medizinischen Leistungen beim medikamentösen Abbruch mit Mifegyne® bundesweit in gleicher Höhe vergütet werden wie der instrumentelle Abbruch.

Fachkonferenz zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch:

Im Rahmen des Projektes „Begleitende Maßnahmen zur Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne®“ veranstaltet der Bundesverband PRO FAMILIA am 28.Oktober eine Fachkonferenz in Berlin. Sie richtet sich an medizinische Einrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne® durchführen bzw. durchführen wollen. Schwerpunktthemen der Konferenz sollen Behandlungs- und Betreuungsstandards sein. Weitere Themen sind die Berücksichtigung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in der Fort- und Weiterbildungsordnung für ÄrztInnen und die angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Behandlung. Nähere Informationen hierzu können bei den Landesverbänden abgefragt werden.

Gestagen-Methode als „Pille danach“ zugelassen

Nach Vorliegen der Ergebnisse der WHO-Studie über einen Vergleich der Kombinations-Methode (Tetragynon®) mit der Gestagen-Methode, die eindeutig eine bessere Verträglichkeit und höhere Sicherheit der Gestagen-Methode aufzeigte, war der Wunsch nach einem Gestagenpräparat als Postcoital-Methode laut geworden.

Seit Anfang August ist nun das Präparat duofem® auf dem Markt. 2 Dragees mit je 0,75 mg Levonorgestrel werden im Abstand von 12 Stunden innerhalb von maximal 72 Stunden nach ungeschütztem bzw. ungenügend geschütztem Geschlechtsverkehr als „Pille danach“ eingenommen (Kosten ca. 20,00 DM).

Erste Erfahrungen mit „FemCap“

Im Juli 2000 hat Dr. Shihata (USA) den hessischen Ärztinnen seine Barriere-Methode FemCap persönlich vorgestellt. Nach 13jähriger Entwicklung ist FemCap eine zugelassene Verhütungsmethode und uns in Deutschland auch zugänglich. FemCap ist aus weichem Silikon, sehr strapazierfähig, nicht allergisch. FemCap kann in der Form mit einem „Matrosenhut“ verglichen werden: Die Kuppel bedeckt die Cervix; die Rinne legt sich in die Scheidengewölbe an; die Krempe legt sich den Scheidenwänden an; entsprechend der Anatomie ist die Krempe hinten länger als vorne. Die Rinne zwischen Kuppe und Krempe zur Vagina hin geöffnet fängt das Ejakulat auf, deshalb wird außer in die Kuppe auch in die Rinne Spermicid gegeben.

Zur Erleichterung der Entfernung der FemCap und um dabei Verletzungen zu vermeiden liegt über der Kuppe eine Entfernungsstrippe.
Es stehen 3 Größen zur Verfügung: ∅ 22 mm, 26 mm und 30 mm.

Die gynäkologische Anamnese bringt oft die Entscheidung über die Größe:
Größe 1 (=∅ 22 mm) Frauen, die niemals schwanger waren
Größe 2(∅ 26 mm) Frauen, die schwanger waren, aber entweder eine Fehlgeburt oder Sectio hatten
Größe 3 (=∅ 30 mm) Frauen, die mindestens eine vaginale Geburt hatten

FemCap kann insgesamt bis zu 48 Std. liegen bleiben; sie muss mindestens 6 Std. nach dem letzten Verkehr liegen bleiben. Wiederholte Spermicid-Applikation von außen bei wiederholtem Verkehr wird empfohlen.

Um einen guten Sitz zu erreichen, sollte FemCap vor der sexuellen Erregung eingeführt werden. Deshalb ist FemCap eher geeignet für geplanten Sex als spontanen Sex.
Bei der Anpassung von FemCap kommen uns die Erfahrungen mit Diaphragma und Portiokappe zu-gute.
Gute Instruktion, Anpassung, Übung und Kontrolle tragen zur Compliance und zur sicheren Anwendung bei.

Bei entsprechenden anatomischen Voraussetzungen wird FemCap als angenehm empfunden. Durch seine weiche Konsistenz ist es sehr anschmiegsam und wird kaum als störend empfunden.
Natürlich ist FemCap nicht für alle Frauen geeignet, aber es erweitert die Palette des Angebotes. Inzwischen ist es möglich FemCap nicht nur als Set (2 Kappen und Video), sondern auch einzeln bei „Kessel Marketing“ zu beziehen.

Jod in Schwangerschaft und Stillzeit

Der Arbeitskreis Jodmangel meldet sich in regelmäßigen Abständen mit Empfehlungen vor allem für die Schwangerschaft und Stillzeit zu Wort. Der Arbeitskreis stellt auf Anforderung verschiedene Broschüren zur Information zur Verfügung. Im folgenden ist der „Jod-Fahrplan für Mutter und Kind“ des Arbeitskreises abgedruckt:

In Schwangerschaft und Stillzeit darf es in der Ernährung an nichts fehlen, vor allem nicht an dem für die Schilddrüse notwendigen Spurenelement Jod. Jod ist Baustein der Schilddrüsenhormone. Diese wiederum steuern zentrale Vorgänge des Stoffwechsels und sind somit unverzichtbar für die Gesundheit der Mutter, für eine komplikationslose Schwangerschaft sowie für optimales Wachstum und geistige Reifung des Kindes.

Eine unzureichende Jodversorgung hingegen kann bei der Mutter das Risiko für jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen erhöhen und bei Fötus und Kind die normale Entwicklung gefährden.

Gesundheitliche Risiken des Fötus durch mangelhafte Jodversorgung:

- Erhöhtes Risiko von Fehlgeburten
- Entwicklung eines Neugeborenen-Kropfes und damit verbundene Schilddrüsenunterfunktion
- Gestörte Hirnentwicklung und damit verbundene geistige Entwicklungsdefizite (Minderung der Intelligenz)
- Wachstumsstörungen und verzögerte Knochenreifung
- Verzögerte Lungenreifung, vor allem bei Frühgeborenen
- Erhöhtes Risiko späterer Hördefekte

Obwohl sich die Jodversorgung in Deutschland insgesamt verbessert hat, gibt gerade die Jodversorgung von Schwangeren und Stillenden Anlass zur Sorge. Sie zählen nach den Ergebnissen der bundesweiten Studie „Jod-Monitoring 1996“ zu den besonders jodmangelgefährdeten Bevölkerungsgruppen. Das Risiko des Jodmangels teilen sich Mutter und Kind, folglich haben auch nahezu alle beim Jod-Monitoring untersuchten Neugeborenen einen Jodmangel Grad I. Die Neugeborenen von Müttern ohne Strumaprophylaxe mit Jodtabletten hatten sogar tendenziell einen Jodmangel Grad II. Außerdem enthielten etwa 30 Prozent der untersuchten Muttermilchproben nicht die für eine ausreichende Versorgung des Säuglings notwendige Jodmenge.

Der Arbeitskreis Jodmangel appelliert daher dringlich, der Jodmangelprophylaxe von Schwangeren, Stillenden und von Säuglingen im ersten Lebensjahr besondere Aufmerksamkeit zu widmen und rechtzeitig Vorsorgemaßnahmen für eine dem Bedarf angepasste Jodzufuhr zu treffen.

Empfehlungen des Arbeitskreises Jodmangel zur Jodversorgung von Mutter und Kind

Für Frauen in Schwangerschaft und Stillzeit (Jodbedarf: 230 bzw. 260 µg/Tag):

- ✔ Verwendung von fluoridiertem Jodsalz im Haushalt
- ✔ Verwendung von mit Jodsalz hergestellten Lebensmitteln (Brot, Backwaren, Wurst, Käse, Fertiggerichten)
- ✔ mehrmals pro Woche Seefisch (beispielsweise: Seelachs, Scholle, Schellfisch, Kabeljau)
- ✔ täglich Milch und Milchprodukte, da Milch ebenfalls Jod enthält
- ✔ Ergänzende Einnahme von Jodtabletten (100 µg/Tag) zur Sicherstellung des erhöhten Jodbedarfs, bzw. von 200 µg/Tag, wenn die vorgenannten Ernährungsempfehlungen nicht voll erfüllt werden können.
  (hier: Absprache mit dem behandelnden Arzt)

Für Säuglinge (Jodbedarf: 40 bis 80 µg/Tag):

- ✔ Gestillte Säuglinge von Müttern, die ihren Jodbedarf nach obigem Fahrplan decken, sind ausreichend mit Jod versorgt. Bei unzureichend mit Jod versorgten Müttern droht dem Säugling die Gefahr eines Jodmangels
- ✔ Verwendung von mit Jod angereicherter Säuglingsmilch für nicht (mehr) gestillte Säuglinge
- ✔ Verwendung von mit Jod angereicherter Beikost ab dem 6. Monat (z.B. Getreidebreie)

Weiterführendes Info-Material ist erhältlich beim Arbeitskreis Jodmangel, Postfach 15 41, 64505 Groß-Gerau:
Tel.: 06152/400 21, Fax: 06152/817 88;
e-mail: info@praxis-press.de;
http://www.Jodmangel.de

„Impfung“ mit Gynatren® gegen rezidivierende Kolpitiden

In die ärztliche Sprechstunde von PRO FAMILIA kommen wiederholt Frauen, die trotz gezielter lokaler Behandlungen von Scheidenentzündungen zu Rückfällen neigen. Diesen Problempatientinnen hilft oft Gynatren®, ein Präparat mit dem schon langjährige Erfahrungen bestehen:

„Gynatren ist ein Impfstoff, der durch spezifische Antikörperbildung die Proliferation der Döderlein-Flora fördert und die allgemeine Immunabwehr gegen pathogene Vaginalkeime stärkt.

Ist das körpereigene Immunsystem geschwächt, dringen ungehindert Bakterien und Pilze in die Vagina ein. Die natürlich vorkommende Döderlein-Flora wird gestört, es kommt zu den typischen Beschwerden einer rezidivierenden Kolpitis.

Das Immuntherapeutikum Gynatren® enthält spezielle Laktobazillus-Stämme, die als Antigene eine spezifische Antikörperbildung im weiblichen Organismus auslösen. Diese Antikörper reagieren mit den veränderten Laktobazillus-Stämmen und den pathogenen Keimen, die sich in der Oberfläche ähneln. Innerhalb weniger Tage regeneriert sich die Döderlein-Flora, das Vaginalmilieu verschiebt sich in den physiologisch normalen Bereich und die allgemeine Immunabwehr wird gesteigert.

Für die Grundimmunisierung Ihrer Patientinnen mit Gynatren® wird eine OP mit drei Ampullen verwendet. Je eine Ampulle wird im Zweiwochenrhythmus intramuskulär injiziert. Nach einem Jahr ist die Auffrischung mit einer Ampulle erforderlich, um einen effektiven Langzeitschutz gegen Bakterien und Pilze zu gewährleisten.“

Neue operative Methode „TVT“ zur Behandlung der weiblichen Stress-Harninkontinenz

Das 1995 von einer schwedischen Arbeitsgruppe (*Ulmsten* et al.) erstmals beschriebene neue Konzept zur Behandlung der weiblichen Stress-Harninkontinenz stellt eine Alternative zu den bisherigen Operationsmethoden dar. Es beruht auf der Wiederherstellung der Spannung im Bereich der die Urethra umgebenden anatomischen Strukturen (Zusammenspiel zwischen Muskulatur und Bindegewebe) mittels eines implantierten unter die Harnröhre gelegten spannungsfreien Prolenebandes (TVT = tension-free vaginal tape). Das Band dient als Ersatz der defekten Pubourethralligamente.

Vorteile des Verfahrens: Es handelt sich um einen minimalinvasiven Eingriff, der in Lokalanästhesie durchgeführt wird und nur einer kurzen Hospitalisation bedarf. Das TVT-Verfahren ist leicht implantierbar und für Frauen nicht belastend. Aufgrund der geringen Belastung durch den Eingriff stellen Alter und die üblichen altersbedingten Begleiterscheinungen in der Regel keine Einschränkung der Operabilität dar.

Die Ergebnisse von *Fischer* et al., die dieses Verfahren in Deutschland seit Anfang 1998 anwenden, entsprechen denen von *Ulmsten*. Bei etwa 90 Prozent der Patientinnen kam es zur Heilung bzw. Besserung der Stressinkontinenz. Ulmsted beobachtete außerdem eine Besserung bei 50 Prozent der Dranginkontinenz-Patientinnen. Die Komplikationsrate lag laut Ulmsted nur bei 5 Prozent (Perforation der Harnblase, Infektion, Hämatom, Harnverhalt).

Eine präoperative intensive urogynäkologische Abklärung ist notwendig. Bestimmte Verhaltensregeln nach der Operation müssen von der Patientin eingehalten werden und werden ihr schriftlich mitgegeben (z.B. nichts schweres heben in den ersten 2 Wochen, keine Vollbäder, kein Schwimmbad- und Saunabesuch in den ersten 3 bis 4 Wochen, ebenso kein Geschlechtsverkehr in dieser Zeit, um den Heilungsprozess nicht zu gefährden).

Kosten pro Band: DM 920,00.

Anforderung von Informationen beim Hersteller von „Gynecare TVT“ über: Hill & Knowlton Heathcare, Schwedlerstr. 6, 60314 Frankfurt am Main, Tel.: 069/973 62 67, Fax: 069/973 62 39.

Literatur

Fischer, A. et al.: TVT-Implantation nach Ulmsten. In: gynäkol. Praxis 23, 281-297, 1999, und Frauenarzt 41(2000), Nr. 1, 1-10

Ulmsten, U. et al.: A three-year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence. Brit.J. of Obst. And Gyn. 1999, Vol 106, 345-350.

Testosteronpflaster und Levonorgestrel zur Kontrazeption beim Mann

Bericht über die Entwicklung einer Methode der hormonellen männlichen Kontrazeption, die von Injektionen unabhängig ist.

In einer klinischen Studie an 11 Männern zwischen 23 und 40 Jahren mit Normwerten der Spermienkonzentration und Spermienmotilität wurde die Wirkung einer kombinierten Anwendung eines täglich auf den Rumpf geklebten transdermalen Testosteron-Pflasters und eines oral eingenommenen Levonorgestrel-Präparates untersucht. Die mittleren Testosteron-Spiegel im Serum lagen um den unteren Normwert (12nmo1/1).

Nach 24 Behandlungswochen zeigten zwei der Probanden eine Azoospermie und drei eine Oligospermie (weniger als 3 Mill. Spermien/ml Ejakulat). Bei den anderen 6 Männern kam es zwar zu Einschränkungen der Spermienkonzentration, ohne jedoch den kontrazeptiven Mindestwert zu erreichen. Abgesehen von Hautreaktionen bei zwei Männern traten keine wesentlichen Nebenwirkungen auf. Beanstandet wurde eine unzureichende Klebefestigkeit des Pflasters.

Literatur

Dorothee Büchter, Sigrid von Eckardstein, H.M. Behre, E. Nieschlag, Universitäts-Frauenklinik Münster. 198. Tagung der Niederrheinisch-Westfälischen Gyn. Ges. Zentralbl. Gynäkol. 122 (2000) 6.

Verhütung bei geistig behinderten Mädchen und jungen Frauen

Die Schwangerschaftsverhütung bei geistig behinderten Mädchen und jungen Frauen stellte eine Gruppe aus der Universitäts-Frauenklinik Bonn auf dem 53. Gynäkologen Kongress auf einem Poster dar.

Nach derzeitiger Rechtslage ist eine Sterilisation geistig Minderjähriger prinzipiell nicht möglich. Eine Sterilisation geistig behinderter Volljähriger bedarf bestimmter, vom Gesetzgeber genau festgelegter Voraussetzungen: Die geistige Behinderung muss angeboren oder früh erworben sein. Die Einwilligungsfähigkeit muss dauerhaft fehlen. Es muss die konkrete Möglichkeit des Schwangerschaftseintrittes vorliegen. Letztlich darf der Eingriff nicht im Widerspruch zum natürlichen Willen der Patientin stehen.

Daraus folgt, dass zur Schwangerschaftsverhütung bei geistig behinderten Minderjährigen nur mechanische, chemische und hormonelle Empfängnisverhütungsmittel in Frage kommen. Für am geeignetsten halten die Autoren die Depotgestagene. Für geistig behinderte Volljährige werden neben den Depotgestagenen Intrauterinpessare oder das Intrauterinsystem empfohlen.

Literatur

Dibelius, CC; Ehlers, APF; Bauknecht, T. Universitäts-Frauenklinik Bonn. GebFra S 1, Mai 2000, 186.

Wann sollten Brustimplantate gewechselt werden? Eine Untersuchung über die Veränderung von Implantaten in Abhängigkeit von der Liegedauer

Die Untersuchung von 51 Brustimplantaten, die bei 30 Patientinnen von 1991 bis September 1998 entfernt wurden, zeigte, dass Implantate mit zunehmender Liegedauer defekt werden können. Bei den meisten Implantaten handelte es sich um silikongefüllte Implantate, bei 2 Patientinnen um Misti Goldimplantate und bei 1 Patientin um mit NaCl gefüllte Implantate. Gründe für die Implantation waren kosmetische Augmentation (17 Patientinnen), subkutane Mastektomie (7 Patientinnen), Mammarekonstruktion nach Karzinom (6 Patientinnen). Nach einer Liegedauer von 10 bis 15 Jahren waren von 9 Implantaten 4 defekt. Nach einer Liegedauer über 15 Jahre waren von 17 Implantaten 12 defekt.

Aus diesen Ergebnissen folgern die Autoren, dass die Patientinnen informiert werden müssen, dass Implantate defekt werden können und ein Implantatwechsel notwendig werden kann.

Literatur

Deutinger, M., Klepetko, H., Tairych, G., Universitätsklinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Wiederherstellende und Plastische Chirurgie, Wien

GebFra heft 8, 2000, 60, 440-443

Hormonsubstitutionstherapie und Brustkrebsrisiko

Berichte in der Laienpresse im August über einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Brustkrebsrisiko und Hormonsubstitutionstherapie (HST) haben wieder einmal zu Verunsicherungen bei Frauen und Ärzten geführt. Die Presse mag sich auf umstrittene Berechnungen von Prof. *Eberhard Greiser*, Leiter des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin, beziehen oder auf die Evaluation der Inzidenz von Brustkrebs unter oder nach HST mit alleiniger Östrogengabe oder mit der Verschreibung von Östrogen + Gestagen durch *Schairer* et al. Für das National Cancer Institut, Rockville (USA), steht fest, dass die bisherigen Studien keine endgültigen eindeutigen Aussagen über die HST erlauben. Laut BfArM könnte eine Klärung durch eine „Fall-Kontroll-Studie“ an mehreren tausend Frauen sinnvoll sein, die aber frühestens 2004 Ergebnisse bringen könnte. Eine US-Studie über Nutzen und Risiken der HST soll 2005 vorliegen.

Die großangelegte Kohortenstudie des National Cancer Instituts von 1979 bis 1995 beinhaltet die retrospektiv erhobenen Daten zum Gebrauch von HST bei 46355 postmenopausalen Frauen. Das mittlere Alter bei Studienbeginn war 58 Jahre, die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 10,2 Jahre, 4,5 Prozent der Frauen erkrankten an Brustkrebs. Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken steigerte sich mit der Dauer der Hormontherapie, wobei die Steigerung bei der Kombinationstherapie höher war als bei der Östrogen-Monotherapie. Die Daten lagen bei schlanken Frauen höher als bei dicken Frauen. Die Risikoerhöhung war auf andauernde oder kürzlich beendete HST beschränkt. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die zusätzliche Gabe von Gestagen zu einer Steigerung des Risikos führt. Als Folgerung dieser Ergebnisse empfehlen *Willet* et al. für die Verschreibungspraxis von Hormonpräparaten in den Wechseljahren:

1. Die Indikation für die Kurzzeitmedikation (2 bis 3 Jahre) mit HST im Rahmen der Therapie klimakterischer Beschwerden bräuchte nicht eingeschränkt werden

2. Frauen, denen die Gebärmutter entfernt wurde, sollte kein Gestagen verabreicht werden

3. Eine Langzeitmedikation mit HST in der Postmenopause sollte vermieden und vor dem Hintergrund überdacht werden, ob nicht auch andere Maßnahmen zum gewünschten Erfolg führten, wie Sport, gesunde Ernährung, Nichtrauchen u.a.

Literatur

Hormonersatztherapie, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 33, 18.8.2000 und Heft 34-35, 28.8.2000

Schairer, Catherine et al. Menopausal Estrogen and Estrogen-progestin Replacement Therapy and Breast Cancer. JAMA 2000, 283, Nr. 4, 485-491

Willet, W. et al. Postmenopausal Estrogens – Opposed, Unopposed, or Non of the Above. JAMA 2000, 283, Nr. 4, 534-535

Die beiden amerikanischen Arbeiten sind referiert in GebFra 2000, 60, Heft 8, A 246

Estradiol-Dosiergel im Spender

Mit dem Estradiol-Gel im Dosierspender „Gynokadindosiergel®“ (Firma Dr. Kade/Besins Pharma GmbH; Berlin) zur Behandlung von klimakterischen Beschwerden ist es möglich, verschiedene Gel-Dosierungen zu entnehmen und zu applizieren und damit die Hormonmenge individuell zu dosieren. In Absprache mit dem Arzt können in ein bis vier Hüben 0,75 mg bis 3,0 mg Estradiol entnommen und auf Arme und Schultern verteilt werden.

Erfahrungen über eine erhöhte Akzeptanz der HST durch Anwendung eines Dosierspenders liegen aus Frankreich vor.

Veranstaltungs-kalender

17. Deutsche Vorsorge-Woche
17.10.2000, bundesweit Deutschland
Information: Bundesanstalt für Verbraucherfragen im Gesundheitswesen e.V., Obere Hauptstr. 151, 67549 Worms, Tel.: 0621/379 11

Deutsche Menopause-Gesellschaft
3.-4.11.2000 in Köln
Information: P & R Kongresse GmbH, Doris Rutt-kowski, Bleibtreustr. 12, 10623 Berlin
Tel.: 030/885 10 08, Fax: 030/885 10 29

14. Leipziger Geriatrie-Workshop
Thema: Sexualität und Altern
11.11.2000 in Leipzig
Information: Prof. Dr. Reuter, Univ. Leipzig, Med. Klinik und Poliklinik IV, Phil. Rosenthal-Str. 27, 04103 Leipzig, Tel.: 0341/971 32 61

50. Jahrestagung der Deutschen STD Gesell-schaft
17.-18.11.2000 in Frankfurt
Information: Conced GmbH, Reichsgrafenstr. 10, 79102 Freiburg, Tel.: 0761/79 12 70

XIII. Intensivkurs klinische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin für Frauenärzte
20.-24.11.2000 in Hamburg
Information: Praxisgemeinschaft Leidenberger, Lornsenstr. 4-6, 22767 Hamburg, Tel.: 040/30 62 80-321

Lifestyle- med. Anti-Aging-Kongress
6.-9.12.2000 in Heidelberg
Information: Universitäts-Frauenklinik Heidelberg, Frau Gärtner,
Tel.: 06221/56 79 15, Fax: 06221/56 57 13

3. Mainzer Fortbildungskongress
Pränatale Medizin
15.-16.12.2000 in Mainz
Information: Prof. Dr. E. Merz, Univ.-Frauenklinik, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, Tel.: 06131/17 73 11

Internationaler IPPNW-Kongress
Medizin und Gewissen
(Menschenrechte, Technologiefolgen, Gesund-heitspolitik)
24.-27.05.2001 in Erlangen
Information: IPPNW-Kongress-Büro, c/o Stephan Kolb, Fichtestr. 39, 91054 Erlangen
Tel.: 09131/81 68 30, Fax: 09131/223 39