

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Dezember 2008 Nr. 4

Inhalt

Impressum	2
Transgender – Transsexualität - Intersexualität	3
Aktuelle Übersichtsarbeit zu psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüche	9
HIV – Aktuelle Zahlen	10
Fiapac-Kongress	11
Publikationen	15
- Informationen zum Thema Gebärmutterhalskrebs	16
Veranstaltungen	17

Impressum: © 2008
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Transgender - Transsexualität - Intersexualität

Helga Seyler

Diese Begriffe beschreiben ein weites Spektrum von sehr unterschiedlichen Menschen und Lebenssituationen, die eines gemeinsam haben: sie passen nicht in die traditionelle Ordnung der Zweigeschlechtlichkeit. Deswegen erfahren sie in der Gesellschaft Ablehnung und Diskriminierung. Erst in den letzten Jahren wurden die Probleme dieser Menschen und ihre gesellschaftliche Diskriminierung öffentlich thematisiert. Es gibt Ansätze, Menschenrechte für sie zu formulieren und Maßnahmen für den Schutz dieser Rechte zu erarbeiten (Thomas 2007). Auf internationaler Ebene sind die 2006 verabschiedeten "Yogyakarta Principles"¹ ein wichtiger Schritt in der Durchsetzung des Menschenrechtsschutzes. Transgender sollen demnach ohne Angst vor Ablehnung und Diskriminierung am gesellschaftlichen und sozialen Leben teilhaben können. Sie sollen das Recht auf Leben mit Familie und Kindern haben. Als Verletzung der Menschenrechte werden auch bestimmte gesetzliche Voraussetzungen für einen Geschlechtswechsel (Kastration, geschlechtsangleichende Operationen) angesehen (siehe Absatz Transsexuellengesetz).

Norm der Zweigeschlechtlichkeit

Dass es nur zwei Geschlechter gibt, ist in den meisten Gesellschaften und Kulturen eine fest verankerte Grundannahme. Damit verbunden ist der Druck, dass alle Menschen einem der beiden Geschlechter zugeordnet werden bzw. sich selbst zuordnen, und es gibt klare Regeln, wie Menschen des jeweiligen Geschlechts zu sein haben. Konservative Rollenzuweisungen legen geschlechtskonforme Kleidung fest, außerdem Verhaltensnormen (Mädchen spielen mit Puppen und Jungen klettern auf Bäume) und eine gegen geschlechtliche sexuelle Orientierung. Aber auch bei liberaleren Rollenzuweisungen, wie sie inzwischen in Deutschland überwiegende gesellschaft-

liche Norm sind, gibt es zahlreiche, oft wenig bewusste Vorstellungen darüber, was ein Mann oder eine Frau ist, und die Norm der Zweigeschlechtlichkeit bleibt sehr rigide.

Die meisten Menschen haben ein großes Bedürfnis, in Alltagskontakten das Gegenüber einem Geschlecht zuzuordnen, und reagieren mit Irritation und Ablehnung, wenn ihnen das nicht gelingt. Selbst im Kontakt mit Neugeborenen besteht dieser Drang, den Jungen oder das Mädchen zu erkennen.

Menschen, welche die Geschlechterordnung verletzen, indem sie äußerlich nicht eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen sind, stoßen im Alltag auf zahlreiche Probleme.

Jeder Besuch bei einer neuen ÄrztIn, jeder Einkauf mit Kreditkarte kann zum Problem werden, wenn die Krankenversichertenkarte, die Kreditkarte oder die Ausweispapiere einen nicht zum Erscheinungsbild passenden Vornamen aufweisen und jedes Mal Zweifel auftauchen, ob die Person die rechtmäßige BesitzerIn des Ausweises ist. Beim Besuch einer öffentlichen Toilette oder in Umkleidekabinen von Schwimmbädern kann es ebenfalls zu Konflikten kommen. Besonders im Berufsleben tauchen oft Probleme auf. Wie weit wird ein Wechsel des Geschlechts bzw. eine Uneindeutigkeit am jeweiligen Arbeitsplatz toleriert? Und wenn die Person arbeitslos ist: Soll sie ihre Geschlechtsrolle in Bewerbungen erwähnen und wenn ja, wie? Auf welchen Namen sind Zeugnisse ausgestellt und passt der Name zum gegenwärtigen Erscheinungsbild der Person?

Gesetzlich ist die Norm der Zweigeschlechtlichkeit im Personenstandsgesetz festgelegt. Neugeborene müssen beim Standesamt mit ihrem Geschlecht und einem geschlechtsspezifischen Vornamen gemeldet werden. Das Geschlecht wird in der Geburtsurkunde und im Geburtsregister eingetragen. Eine Änderung ist danach nur durch einen Gerichtsentscheid möglich. Einen Wechsel der Geschlechtsrolle ermöglicht das Transsexuellengesetz (TSG), es enthält enge Vorgaben für die Voraussetzungen und den Ablauf des Verfahrens.

Abweichungen von der Norm

Abweichungen von der Norm der Zweigeschlechtlichkeit gibt es auf biologisch-körperlicher Ebene. Bei diesen Menschen ist entweder bei der Geburt das Genitale nicht eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen oder es gibt Differenzen zwischen dem chromosomalen Geschlecht und den äußeren bzw. inneren Geschlechtsorganen.

¹ Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity (Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität).
<http://www.yogyakartaprinciples.org/index.html>

In Deutschland bezeichnen sich diese Menschen meist als Intersexuelle.

Weitere Abweichungen gibt es auf der psychischen Ebene. Das heißt, dass Menschen sich ihrem biologischen Geschlecht nicht zugehörig fühlen und den Wunsch haben, entweder im anderen Geschlecht zu leben oder sich keinem der beiden Geschlechter zuordnen zu wollen. Diese bezeichnen sich meist als Transsexuelle oder Transgender.

Die Lebenssituationen und Probleme dieser Menschen sind höchst unterschiedlich und facettenreich. Die Aspekte reichen von gesetzlichen und rechtlichen Problemen über Probleme der medizinischen Behandlung/Versorgung bis zu zahlreichen Problemen des Alltagslebens. In diesem Beitrag kann nur ein kleiner Überblick über die Vielzahl der Themen gegeben sowie auf weiterführende Literatur verwiesen werden.

Transsexualität / Transgender

Als Transsexuelle bezeichnen sich Menschen bzw. werden Menschen bezeichnet, die sich nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihrem Körper entspricht. Sie identifizieren sich mit dem anderen Geschlecht und haben den Wunsch, rechtlich und sozial in diesem Geschlecht zu leben und meist auch ihren Körper diesem Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen. Sie geraten dadurch in einen tief greifenden Konflikt und stehen oft unter großem Leidensdruck.

Der Begriff Transgender tauchte in den 90er Jahren auf, und wird in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. Er wird von Menschen benutzt, die die starre Norm der Zweigeschlechtlichkeit kritisieren und auf unterschiedliche Weise die Geschlechtergrenzen in Frage stellen oder überschreiten. Es gibt Frauen und Männer, die spielerisch ihr Äußeres verändern und situationsgebundene Erfahrungen mit dem Leben im anderen Geschlecht oder zwischen den Geschlechtern sammeln (Cross-dresser, Drag-Kings bzw. Drag-Queens). Und es gibt Männer und Frauen, die darüber hinaus den Wunsch haben, ihren Körper durch Hormone und/oder Operationen mehr oder weniger zu verändern, ohne eine völlige Angleichung des Körpers an ein Geschlecht bzw. den rechtlichen und sozialen Wechsel des Geschlechts anzustreben.

Die Transgender-Diskussion hat wohl dazu beigetragen, dass in der Gesellschaft Geschlechterrollen inzwischen flexibler gesehen werden und die Toleranz gegenüber uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen größer wird. Auch das starre Diagnosekonzept von Transsexualität löst sich zunehmend zugunsten von individuellen Behand-

lungs- und Lebensmöglichkeiten auf, die die Betroffenen zur Lösung ihrer Konflikte zusammen mit ihren TherapeutInnen und/oder mit Unterstützung von Selbsthilfegruppen suchen.

Transsexualität wird in den westlichen Gesellschaften als psychische Krankheit definiert. Das bedeutet einerseits die Pathologisierung der Konflikte, die manche Menschen mit der traditionellen Geschlechterordnung haben. Andererseits regelt die Definition als Krankheit die Möglichkeiten, geschlechtsangleichende Behandlungen auf Kosten der Krankenkassen durchzuführen. Außerdem hat diese Diagnose zur rechtlichen Regelung des Geschlechtswechsels im Transsexuellengesetz geführt (TSG).

Zur Häufigkeit von Transsexualität bzw. Transgender gibt es Schätzungen für die USA: 0,04-0,2 % der Männer und Frauen streben einen vollständigen Geschlechtswechsel an, 0,2-0,7 % bezeichnen sich als Transgender ohne den Wunsch einer Geschlechtsangleichung, 2-5 % sind Cross-dresser (Conway 2002). In Deutschland wird die Zahl der Transsexuellen nach Daten von vier Spezialambulanzen auf maximal 4 000 geschätzt, also eine deutlich geringere Zahl als in den USA (Becker 2004). In diesen Spezialambulanzen überwiegt die Zahl der Mann-zu-Frau-Transsexuellen deutlich.

Transsexuellengesetz (TSG)

Rechtlich ist der Wechsel des Geschlechts im Transsexuellengesetz (Gesetz über die Änderung des Vornamens und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen) geregelt. Das TSG ermöglicht die Änderung des Vornamens allein oder auch die vollständige Anpassung des Geschlechtseintrags im Geburtsregister und der Geburtsurkunde.

Es regelt umfangreiche Voraussetzungen für diese Personenstandsänderung.

Bedingungen für die Vornamensänderung

Für die Vornamensänderung sind zwei Sachverständigen-Gutachten erforderlich, die erklären, dass die Person sich dauerhaft dem anderen Geschlecht zugehörig fühlt und mindestens seit drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben. Die Vornamensänderung ist auch möglich, wenn eine Person verheiratet ist. Sie wird allerdings rückgängig gemacht, wenn die Person danach heiratet oder ein Kind bekommt bzw. zeugt. Mit der Vornamensänderung ist auch das Recht verbunden,

alle Zeugnisse und Dokumente aus der Vergangenheit ändern zu lassen, so dass dann ein Leben im anderen Geschlecht weitgehend möglich ist.

Bedingungen für die Änderung des Geschlechts

Für die Änderung des Geschlechtseintrags muss die Person neben den Voraussetzungen für die Vornamensänderung dauerhaft fortpflanzungsunfähig sein (gefordert wird die Entfernung der Gebärmutter und Eierstöcke bzw. Entfernung der Hoden, das heißt die Kastration) und sich operativen Eingriffen unterzogen haben, die ihre äußeren Geschlechtsmerkmale an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts angleichen. Die Person darf laut Gesetz nicht verheiratet sein. Kosten für die Gutachten und Gerichtsverfahren müssen die Betroffenen selbst bezahlen, bei mangelndem Einkommen können sie dafür Prozesskostenhilfe beantragen.

Das TSG in der Kritik

Das TSG galt bei seiner Verabschiedung 1980 als sehr liberal, inzwischen steht es jedoch in der Kritik. Das Gesetz gibt vor, dass Menschen sich weiterhin eindeutig für ein Geschlecht entscheiden und diesem im äußeren Erscheinungsbild entsprechen müssen. Mit den Vorgaben für die Personenstandsänderung, wie geschlechtsangleichende Operationen, dauerhafte Unfruchtbarkeit und Heiratsverbot, greift es massiv in persönliche Grundrechte der betroffenen Personen ein. Spielräume für individuelle Lösungen und die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen, die mit ihrer vorgegebenen Geschlechtsrolle nicht leben können, sind nur im Rahmen der Vornamensänderung möglich.

Das Gesetz wurde inzwischen durch mehrere Gerichtsurteile die notwendigen Operationen betreffend konkretisiert und zum Teil modifiziert. Einige Vorgaben wurden vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt, so die Regelung, dass die Vornamensänderung bei einer Heirat rückgängig gemacht wird, und die Regelung, dass eine Person bei der Personenstandsänderung nicht verheiratet sein darf. Auch die Vorgaben zu den geschlechtsangleichenden Operationen wurden für verfassungswidrig erklärt. Bisher wurde das Urteil jedoch noch nicht in eine Gesetzesänderung umgesetzt.

Begutachtung und Behandlung

Qualitätskriterien für die Begutachtung von Transsexuellen und für die psychotherapeutische und körperliche Behandlung sind in den „Standards für die Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung ausgeführt (Becker 1997). Außerdem gibt es in den USA die „Standards of Care“ der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) (Meyer 2001). Diese Standards werden in Deutschland ebenfalls in der Behandlung berücksichtigt, da sie zu vielen klinischen Aspekten im Vergleich zu den deutschen „Standards“ ausführlicher und differenzierter Stellung nehmen.

Im Zentrum der Behandlung steht die Psychotherapie. Sie dient sowohl der Klärung des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung als auch der Erarbeitung von individuell stimmigen Lösungen in Bezug auf körperliche Behandlungen. Ein wesentlicher Teil der Behandlung ist der Alltagstest. Das heißt, dass die Person ausreichend lange in der gewünschten Geschlechtsrolle lebt und dabei die familiären, beruflichen, zwischenmenschlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Konsequenzen des Geschlechtswechsels konkret erfahren kann.

Die Alltagserfahrungen in der anderen Geschlechtsrolle werden stark von gesellschaftlichen Erwartungen an „richtige“ Männer und Frauen beeinflusst. Für FM-TS (Frau-zu-Mann-Transsexuelle) ist es einfacher als Mann anerkannt zu werden, da auch „softe“ Männer als solche akzeptiert und geschätzt werden. Dagegen ist es für MF-TS (Mann-zu-Frau-Transsexuelle) schwieriger, die männlichen Züge zu verbergen und als Frauen durchzugehen. Sie stehen deswegen oft unter dem Druck, besonders feminin zu sein.

Auch in Bezug auf potentielle PartnerInnen haben es FM-TS leichter, als Männer gesehen und anerkannt zu werden. MF-TS haben insbesondere Schwierigkeiten mit männlichen Partnern, da heterosexuelle Männer auch in einer äußerlich sehr weiblich wirkenden Person einen Mann sehen, solange diese einen Penis hat. Oft reagieren sie aufgrund eigener Ängste in Bezug auf Homosexualität sehr abwehrend.

Entsprechend den Behandlungsstandards ist eine Psychotherapie Voraussetzung für die Indikation zur Hormonbehandlung und zu geschlechtskorrigierenden Operationen. Die körperlichen Behandlungen sind irreversibel und eingreifend und deshalb erfordert die Indikationsstel-

lung ausreichende Fachkenntnisse und große Sorgfalt. Durch den vorgeschalteten Prozess der Psychotherapie sowie den Alltagstest soll das Risiko verringert werden, dass Behandlungen durchgeführt werden, mit denen eine Person anschließend unzufrieden ist, und unter deren körperlichen, sozialen und psychischen Folgen sie leiden wird.

Für FM-TS steht der Wunsch nach Entfernung der Brust im Vordergrund. Wichtig ist für sie auch die Behandlung mit männlichen Hormonen, weil dadurch die Menstruation verschwindet und der Körper männliche Züge bekommt. Die Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken wünschen sich nur wenige FM-TS. Der operative Aufbau einer Phallo-Plastik (Penoid) bringt meist keine zufrieden stellenden Ergebnisse. Trotzdem wird der Eingriff zunehmend häufiger durchgeführt. Für MF-TS steht die Brustentwicklung (entweder nur durch Hormonbehandlung oder zusätzlich durch Implantate) im Vordergrund. Außerdem ist die Beseitigung der männlichen Behaarung (durch Hormone und Epilation) entscheidend dafür, von der Umwelt als Frau gesehen zu werden. Die Wünsche in Bezug auf eine Veränderung des Genitales sind unterschiedlich. Manche wünschen sich eine Vagina, andere möchten ihren Penis behalten. Die Hormonbehandlung ist nicht immer die Vorstufe zu geschlechtsangleichenden Operationen. Für einige Personen kann sie auch allein die passende Lösung sein.

Die PsychotherapeutIn kann selbst die Indikation zu körperlichen Behandlungen stellen und die Gutachten erstellen, sie kann dies jedoch auch ablehnen und an andere ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen delegieren.

Die psychotherapeutische Begleitung ist potentiell dadurch belastet, dass sie nicht völlig freiwillig und frei von Zielen ist, da die Psychotherapie notwendige Voraussetzung für körperliche Behandlungen und die Gutachten zur Personenstandsänderung ist. Dadurch entsteht oft ein Erwartungsdruck der „PatientInnen“, die die Psychotherapie als „Auflage“ vor den angestrebten körperlichen Behandlungen empfinden. Ziel der Psychotherapie sollte aber sein, „einen Entwicklungsraum zur Verfügung (zu stellen), innerhalb dessen der Patient seinen spezifischen Weg finden und sich entfalten und stabilisieren kann. Um diesen therapeutischen Raum zu gewährleisten, muss der Therapeut sich gegenüber dem transsexuellen Wunsch abtinent verhalten, d. h. für *jeden* möglichen Ausgang des Prozesses offen sein, ohne einen von ihnen prinzipiell als

Erfolg bzw. Misserfolg zu werten, und dies dem Patienten auch vermitteln.“ (Becker 2004).

Selbsthilfe

Transsexuelle und Transgender sind in verschiedenen Selbsthilfe-Organisationen und informellen Zusammenhängen vernetzt. Es gibt zahlreiche Kontaktmöglichkeiten und Informationen über das Internet. Diese Möglichkeiten bieten wichtige Unterstützung für Menschen, die sich mit ihren Problemen oft sehr allein fühlen und viel Ablehnung in ihrem sozialen Umfeld erfahren. Außerdem kämpfen diese Organisationen für eine Verbesserung der rechtlichen Situation und der gesellschaftlichen Akzeptanz.

Die Behandlungsstandards der Spezialambulanzen werden von den Selbsthilfe-Organisationen zum Teil kritisch gesehen, insbesondere die „Auflage“ der Psychotherapie als Voraussetzung für die Behandlungsindikation und die notwendigen Gutachten. Außerdem wird kritisiert, dass die Betroffenen zu wenig als ExpertInnen in eigener Sache respektiert werden.

Viele Menschen mit dem Wunsch nach Veränderung ihrer Geschlechtsrolle suchen auch außerhalb der Spezialambulanzen Informationen und Behandlungsmöglichkeiten. Unterstützt von Selbsthilfeorganisationen nehmen sie oft in Eigenregie Hormone, die sie sich von ÄrztInnen verschreiben lassen oder auf dem Schwarzmarkt besorgen. Auch Operationen werden häufig ohne die in den Behandlungsstandards vorgesehenen sachgerechten Indikationen durchgeführt. Diese „wilde“ Behandlung wird von den ExpertInnen der Spezialambulanzen wiederum kritisch gesehen, da nicht selten zu schnell und ohne ausreichendes Abwägen irreversible Behandlungen durchgeführt werden, die sich sehr negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken.

Intersexualität

Von Intersexualität wird gesprochen, wenn entweder die äußeren Geschlechtsmerkmale bei der Geburt eines Kindes nicht eindeutig einem Geschlecht zugeordnet werden können oder das chromosomale Geschlecht, innere Geschlechtsorgane und äußere Geschlechtsmerkmale nicht dem gleichen Geschlecht entsprechen. Die Häufigkeit wird auf etwa 1 : 5 000 geschätzt. Ein Beispiel für Intersexualität ist das Adrenogenitale Syndrom (AGS), bei dem eine vererbte Stoffwechselstörung in der Nebennierenrinde schon vor der Geburt beim Feten zur vermehrten

Produktion von Androgenen und einer mehr oder weniger ausgeprägten Vermännlichung des Genitale von Mädchen führt. Eine Behandlung mit Cortison nach der Geburt verhindert die vermehrte Androgenproduktion, die Veränderungen des Genitale können aber nur operativ korrigiert werden (zum Beispiel Verkleinerung der Klitoris, Bildung von Schamlippen und einer künstlichen Vagina).

Ein weiteres Beispiel ist die Androgenresistenz, bei der die Körperzellen von Menschen mit chromosomal männlichem Geschlecht nicht oder nicht ausreichend auf das in den Hoden produzierte Testosteron reagieren können. Daher bilden sich weibliche oder manchmal nicht eindeutige äußere Geschlechtsmerkmale aus. Die meisten Kinder wachsen als Mädchen auf und die Diagnose wird oft erst in der Pubertät gestellt, wenn die Regel ausbleibt. Meist werden dann die Hoden operativ entfernt, weil ein erhöhtes Hodenkrebsrisiko befürchtet wird. Außerdem werden oft korrigierende Genitaloperationen (Korrektur der häufig kurzen Vagina, Verkleinerung der Klitoris) durchgeführt.

Traditionelles medizinisches Management

ExpertInnen empfehlen bisher, Kinder möglichst frühzeitig einem Geschlecht zuzuweisen und die Genitalien operativ diesem Geschlecht schon im frühen Kindesalter möglichst weitgehend anzugleichen. Operative Maßnahmen sind zum Beispiel eine Klitorisverkleinerung und Anlage einer künstlichen Vagina oder die Verlegung des Harnröhrenausgangs und Penisaufrichtung. Meist sind mehrere Operationen im Kindesalter erforderlich. Bei der Anlage einer künstlichen Vagina muss diese meist regelmäßig gedehnt werden, was zum Teil bei ärztlichen Untersuchungen, zum Teil auch durch die Eltern durchgeführt wird. Spätestens in der Pubertät wird oft auch eine Hormonbehandlung begonnen.

Außerdem wird den Eltern oft empfohlen, mit den Kindern nicht über deren Störung der Geschlechtsentwicklung zu sprechen und sie möglichst konsequent im zugewiesenen Geschlecht zu erziehen. Grundlage dieses Vorgehens ist die Überzeugung, dass dadurch eine ungestörte psychosexuelle Entwicklung mit einer eindeutigen Geschlechtsidentität und einer zufriedenen stellenden Sexualität ermöglicht werden könnte.

In den letzten Jahren ist dieses Vorgehen massiv in die Kritik geraten. Betroffene haben, gestärkt durch die Vernetzung in Selbsthilfegruppen, von den traumatischen Erfahrungen der Operationen und schmerzhaften Behandlungen sowie den

verheerenden Auswirkungen auf ihre Psyche, ihre Sexualität und Partnerschaften berichtet. Viele vermeiden Sexualität und Partnerschaften völlig und leiden aufgrund der Operationen an Beeinträchtigungen ihrer sexuellen Empfindungsfähigkeit und Schmerzen im Genitalbereich. Einige fühlen sich dem zugewiesenen Geschlecht nicht zugehörig.

Sie bezeichnen die Operationen und Behandlungen von einwilligungsunfähigen Kindern als „Zwangsbehandlungen“. Sie fordern, operative Eingriffe, die nicht lebensnotwendig sind, so lange zu verschieben, bis die Betroffenen selbst darüber entscheiden können. Außerdem fordern sie, Intersexualität als Normvarianten anzusehen anstatt als Krankheitsbilder.

Neue Behandlungsstandards

Diese Kritik führt schrittweise zum Umdenken von ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen.

In Studien² sollen nun die psychosexuelle Entwicklung, die Entwicklung von Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollenverhalten, die Behandlungserfahrungen, spezifische Schwierigkeiten im Bereich von Sexualität und Partnerschaftserleben sowie die Traumatisierung durch die Behandlung, aber auch durch Familie und soziales Umfeld untersucht werden. Betroffene sind in die Forschung und die Diskussion der Ergebnisse eingebunden (Richter-Appelt 2007).

In einer Konsensuskonferenz 2005 wurden neue Behandlungsstandards entwickelt (Hiort 2007). Darin wird empfohlen, die Geschlechtszuweisung durch ein interdisziplinäres Team unter Berücksichtigung aller möglichen Gesichtspunkte in Diskussion mit den Eltern vorzunehmen. Die Eltern sollen dabei auch über die Möglichkeit einer Änderung des Geschlechtseintrags durch einen Gerichtsentscheid informiert werden. Operationen bei einwilligungsunfähigen Kindern und irreversible Behandlungsmaßnahmen sollen nur durchgeführt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind. Die Geschlechtszuweisung soll nicht mehr automatisch mit genitalkorrigierenden bzw. genitalangleichenden Operationen verbunden werden.

Der Fokus in Bezug auf die Sexualität von Intersexuellen soll nicht mehr primär auf die sexuelle Funktionsfähigkeit (d. h. Fähigkeit zum heterose-

² In Deutschland wurde im Jahr 2000 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Vom Gen zur Geschlechtsidentität“ gegründet, um Grundlagenforschung in einem gemeinsamen Forschungsverbund zu betreiben. www.forschungsgruppe-intersex.de

xuellen Koitus) reduziert werden, sondern erweitert werden auf die Fähigkeiten, sich zu verlieben, sexuelle Kontakte initiieren und erhalten zu können, sich attraktiv zu fühlen und sexuelle Erregbarkeit und Befriedigung erleben zu können.

Die betroffenen Familien sollten in interdisziplinären Behandlungszentren versorgt werden und auch eine kontinuierliche und ausreichende psychosoziale Unterstützung bekommen. Wichtig ist, dass eine gute Eltern-Kind-Beziehung von Anfang an gefördert wird. Die Kommunikation mit den Eltern sowie mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen sollte offen sein und diese sollten in die Entscheidungsprozess einbezogen sein. Die Kinder sollten ihrem Alter entsprechend über ihre Situation und die möglichen Maßnahmen aufgeklärt werden. Die Kinder sowie die Familie brauchen Unterstützung bei der Verarbeitung von Scham, Ängsten und Schuldgefühlen sowie bei Fragen der Aufklärung des sozialen Umfelds. Auch in der Pubertät sollten die Kinder und Jugendlichen mit ihren spezifischen Fragen die Möglichkeit einer vertraulichen und elternunabhängigen Beratung wahrnehmen können (Kleinemeier 2007).

Bisher sind diese Standards nur in einzelnen Zentren ansatzweise verwirklicht. Die Untersuchungen der Forschungsgruppe Intersex zeigen, dass bei vielen Betroffenen die Behandlung noch nach den alten Grundsätzen durchgeführt wurde (Kleinemeier 2007). Allerdings gibt es wegen des seltenen Auftretens von Intersexualität auch nur wenige Zentren, die umfangreichere Erfahrungen mit der Betreuung dieser Menschen haben. Deswegen kann die Betreuung in einem solchen Zentrum für die Betroffenen weite Anfahrtswege bedeuten.

Rechtliche Situation

Ein möglichst offener Umgang mit Intersexualität wird auch rechtlich begrenzt, da nach der Geburt des Kindes das Geschlecht und der Vorname innerhalb von einer Woche (in Ausnahmen innerhalb von vier Wochen) ans Standesamt gemeldet werden müssen und dann ins Geburtenregister und die Geburtsurkunde eingetragen werden. Danach ist eine Änderung per Gerichtsentscheid möglich. Im Personenstandsgesetz gibt es die Möglichkeit, den Geschlechtseintrag aufgrund einer „Irrtümlichen Geschlechtsfeststellung zum Zeitpunkt der Geburt“ zu ändern. Ab 2009 gibt es auch die Möglichkeit, eine Geburtsurkunde ohne Geschlechtseintrag ausstellen zu lassen (Plett 2007).

Selbsthilfe

Auch für viele Menschen mit Intersexualität ist der Austausch und die Unterstützung in Selbsthilfegruppen³ sehr wichtig. Die Unterstützung ist hilfreich, um sich selbst und seinen Körper in seiner Eigenart besser akzeptieren und die vielfältigen Alltagsproblemen bewältigen zu können.

Literatur

Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al. Standards für die Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Zeitschrift für Sexualforschung 1997; 10: 147-156

Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung. In: Kockott G, Fahrner E-M (Hrsg): Sexualstörungen. Thieme Verlag Stuttgart New York 2004, 153-201

Brinkmann L, Schweizer K, Richter-Appelt H. Geschlechtsidentität und psychische Belastungen von erwachsenen Personen mit Intersexualität. Ergebnisse der Hamburger Intersex Studie. Z Sexualforsch 2007; 20: 129-44

Conway L. How frequently does transsexualism occur? 2002
<http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/TSpvalence.html>

Hiort O. Störungen der Geschlechtsentwicklung: Konsequenzen der neuen Nomenklatur und Klassifikation. Ergebnisse der Chicago Konsensus Konferenz 2005. Z Sexualforsch 2007; 20: 99-106

Kleinemeier E, Werner-Rosen K, Jürgensen M, Thyen U. Zur psychosozialen Versorgung von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Geschlechtsentwicklung. Z Sexualforsch 2007; 20: 121-8

Meyer W, Bockting W et al. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders. Sixth Version, February 2001
<http://www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf>

Plett K. Rechtliche Aspekte der Intersexualität. Z Sexualforsch 2007; 20: 162-75

Polymorph (Hrsg.). (K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive. Querverlag. Berlin 2002

³ z.B.: Netzwerk Intersexualität <http://www.netzwerk-is.uk-sh.de/is/index.php?id=6> XY-Frauen Selbsthilfe www.xy-frauen.de AGS- Eltern- und Patienteninitiative e.V. <https://www.ags-initiative.de/>

Richter-Appelt H. Intersexualität im Wandel. Z Sexualforsch 2007; 20: 93-98

Schweizer K, Brinkmann L, Richter-Appelt H. Zum Problem der männlichen Geschlechtszuweisung bei xx-chromosomalen Personen mit Adrenogenitalem Syndrom (AGS). Z Sexualforsch 2007; 20: 145-61

Seikowski K. Keine Patienten im klassischen Sinn. Kritik der „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“. Z Sexualforsch 1997; 10:351-353

Thomas, J. Transgender Issues in Europe. In: IPPF EN. Choices. The Sexual and Reproductive Health and Rights of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People in Europe. Sexual and reproductive health rights in Europe 2007;

Aktuelle Übersichtsarbeit zu psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen

Frauen, die eine Abtreibung hatten, leiden nicht häufiger unter psychischen Problemen als Frauen, die eine ungeplante Schwangerschaft austragen haben und auch nicht häufiger als Frauen insgesamt!

Dies wurde durch eine Expertengruppe der amerikanischen Gesellschaft für Psychologie APA auf der Basis von über 220 ausgewerteten wissenschaftlichen Studien erneut bestätigt.

Eine Arbeitsgruppe der Amerikanischen Gesellschaft für Psychologie (American Psychological Association task force on mental health and abortion) hat alle in englischer Sprache verfügbaren Studien seit 1989, die sich mit Faktoren der psychischen Gesundheit im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen befassen, ausgewertet.

Als wichtigste Schlussfolgerung betont die AG: Die Studien belegen, dass ungeplant schwangere Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, nicht mehr psychische Probleme haben als Frau-

en, die eine ungeplante Schwangerschaft austragen. In Bezug auf Mehrfachabbrüche sind die Daten widersprüchlich. Viele der ausgewerteten Studien haben schwer wiegende methodische Mängel. Auf Grund unterschiedlicher Studienqualitäten können die Ergebnisse kaum miteinander verglichen werden.

Zwar erleben einige Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch Trauer und Verlustgefühle und manche haben klinisch bedeutsame Probleme wie Depressionen oder Angstgefühle. Die Studien belegen jedoch nicht, ob diese Probleme durch den Abbruch verursacht wurden oder durch andere Faktoren.

Die AG stellt fest, dass bestimmte Risikofaktoren häufiger zu psychischen Problemen nach einer Schwangerschaft führen (unabhängig davon, ob diese austragen wird oder nicht). Die gleichen Faktoren führen aber auch zu ungewollten Schwangerschaften. Zu diesen Faktoren zählen: Armut, Gewalterfahrung oder psychische Probleme in der Vorgeschichte, Alkohol- und/oder Drogenkonsum, vorausgehende ungewollte Geburten.

Wenn der Einfluss dieser Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt wird, kann dies zur Annahme ursächlicher Zusammenhänge zwischen psychischen Problemen und Schwangerschaftsabbrüchen führen, wo die psychischen Probleme eigentlich andere Ursachen haben.

Weiterhin schließt die AG aus dem vorhandenen Material, dass Frauen aus sehr unterschiedlichen persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Gründen Schwangerschaftsabbrüche vornehmen lassen und dass alle diese Gründe das Befinden nach einem Abbruch beeinflussen können.

Dem Bericht zufolge waren negative psychische Reaktionen nach einem Abbruch häufiger, wenn Frauen eine gewünschte Schwangerschaft aufgrund von äußerem Druck beendeten oder wenn sie ihre Schwangerschaft vor der Familie und Freunden geheim halten mussten.

Es gibt kaum Studien, die die Auswirkungen eines Abbruchs auf die psychische Gesundheit mit angemessenen Vergleichsgruppen untersuchen. Dies wären zum Beispiel Mutterschaft und Adoption. Deshalb empfiehlt die AG gut geplante und sorgfältig durchgeführte Studien, die den Einfluss verfälschender Faktoren identifizieren, das Risiko von Abbrüchen für die psychische Gesundheit im Vergleich zu den Alternativen klären sowie ande-

re Faktoren einbeziehen, die die psychische Gesundheit beeinflussen können.

Quelle: Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion American Psychological Association, veröffentlicht: 8/13/2008, www.apa.org/releases/abortion-report.pdf

Weitere Informationen und Quellen zu psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen finden sich in übersichtlicher Weise zusammengestellt auf den Internetseiten der Schweizerischen Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS), <http://svss-uspda.ch/de/facts/psychisch.htm>

HIV: Aktuelle Zahlen

Welt-AIDS-Tag 2008: Stabilisierung der Zahl der HIV-Infektionen in Deutschland

Pressemitteilung des Robert Koch-Instituts vom 24.11.08

In Deutschland leben nach einer aktuellen Schätzung des Robert Koch-Instituts anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2008 rund 63.500 Menschen mit HIV oder AIDS. Von ihnen haben sich geschätzte 3 000 im Jahr 2008 infiziert, ähnlich viele Neuinfektionen waren es im Jahr 2007. „Die weiterhin hohe Zahl zeigt, dass Prävention und Forschung unverändert wichtig sind“, betont Jörg Hacker, Präsident des Robert Koch-Instituts. Ob es sich nach dem steten Anstieg der Infektionszahlen zwischen 2000 und 2006 um eine dauerhafte Stabilisierung handelt, ist offen. Bei rund 1.100 Menschen haben sich im Jahr 2008 die HIV-Viren so stark vermehrt, dass sie an AIDS erkrankt sind. Etwa 650 Menschen mit einer HIV-Infektion sind im Jahr 2008 gestorben.

Das Epidemiologische Bulletin des Robert Koch-Instituts veröffentlicht in der aktuellen Ausgabe 47/2008 mehrere Beiträge zu HIV/AIDS: Eine Analyse der Epidemie in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten, eine Einschätzung zur aktuellen weltweiten Situation, Zwischenergebnisse aus der so genannten HIV-Inzidenz-Studie sowie eine neue Schätzung der „Eckdaten“, die im Internet auch für jedes einzelne Bundesland

verfügbar ist. Die Eckdaten enthalten eine Schätzung der Zahl der Personen, die mit einer HIV-Infektion leben (HIV-Prävalenz) und der tatsächlich erfolgten HIV-Neuinfektionen im Jahr 2008 (HIV-Inzidenz).

Unter den 63 500 Menschen, die Ende 2008 mit HIV oder AIDS leben, stellen Männer, die Sex mit Männern haben, mit 38 700 die größte Gruppe. Etwa 8 700 Personen haben sich über heterosexuelle Kontakte infiziert, rund 7 300 Menschen kommen aus so genannten Hochprävalenzregionen und infizierten sich überwiegend in ihren Herkunftsländern und dort bei heterosexuellen Kontakten. Etwa 8 200 HIV-Infektionen gehen auf intravenösen Drogengebrauch zurück.

Die Schätzung der HIV-Neuinfektionen ist nicht zu verwechseln mit der Zahl der Neudiagnosen. Die Meldungen über Neudiagnosen (die monatlich im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht werden und auch über die Datenbank SurvStat im Internet abrufbar sind) erlauben keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, da HIV-Infektion und -Test zeitlich weit auseinander liegen können. Um das aktuelle Infektionsgeschehen besser bewerten zu können, hat das Robert Koch-Institut die „Inzidenz-Studie“ begonnen, die vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wird. Ziele sind die Bestimmung des Anteils aktueller Infektionen an den gemeldeten Diagnosen und die Erhebung von Faktoren, die das Testverhalten beeinflussen. Außerdem sollen Risikofaktoren und -verhalten ermittelt werden, um gezielte, an aktuellen Trends orientierte Präventionsstrategien abzuleiten.

http://www.rki.de/cln_091/nn_205760/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2008/24__2008.html

Weitere Informationen im Internet:

www.rki.de > Infektionskrankheiten A-Z > AIDS

Zahl der AIDS-Toten in Deutschland tendenziell rückläufig

Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes Deutschland Nr. 454 vom 28.11.2008

Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) zum Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember mitteilt, starben in Deutschland nach den Ergebnissen der Todesursachenstatistik im Jahr 2007 insgesamt 461 Personen an der durch HIV verursachten Erkran-

kung AIDS. Im Vergleich zum Vorjahr (504 Personen) ist die Zahl der AIDS-Toten damit weiter rückläufig.

Aufgrund neuester Wirkstoffe und des Einsatzes von Kombinationstherapien (mehrere Medikamente) konnte die Lebenserwartung der HIV-Infizierten weiter erhöht werden. Das Sterbealter lag 2007 bei 50,0 Jahren, wobei Frauen im Schnitt 49,4 Jahre und Männer 50,1 Jahre alt wurden. 1997 lag das Sterbealter noch bei 42 Jahren.

Betroffen waren insbesondere Menschen zwischen 25 und 65 Jahren: Von den insgesamt 461 an AIDS verstorbenen Personen waren 85,7 % in diesem Alter, wobei die Gruppe der 40 bis unter 45jährigen den größten Anteil ausmachte (21 %). 81% der Verstorbenen waren männlich.

Im Jahr 2007 wurden bundesweit 1.822 an AIDS erkrankte Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt und entlassen. 89 % dieser Patientinnen und Patienten waren zwischen 25 und 65 Jahre alt. Auch hier war die Altersgruppe der 40 bis 45jährigen am stärksten vertreten (23%).

Verglichen mit dem Jahr 2000 ist die Zahl der in den Krankenhäusern versorgten HIV-Erkrankten um 4 090 Personen zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang um fast 70 %.

Im Gegenzug ist jedoch die Zahl der Neuerkrankungen im Vergleich zum Vorjahr um 100 Fälle auf circa 2.800 HIV-Neuinfektionen im Jahr 2007 angestiegen. Dies zeigen die Daten zu den Neuerkrankungen des Robert-Koch-Instituts (AIDS-Fallregister). Insgesamt lebten Ende 2007 in Deutschland circa 59 000 an AIDS erkrankte Menschen. Seit Beginn des ersten dokumentierten Falls in Deutschland im Jahre 1982 wird die Anzahl der an AIDS-Erkrankten auf circa 86 000 geschätzt, von denen bisher circa 27 000 Personen verstorben sind.

Weltweit schätzte UNAIDS, das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS, die Zahl der 2007 an AIDS Verstorbenen auf etwa 2 Millionen (Erwachsene und Kinder). Mit dem Virus infiziert waren schätzungsweise 33 Millionen bei 2,7 Millionen Neuinfektionen im Jahr 2007.

Am schwersten von der Epidemie betroffen ist nach wie vor Afrika. 1,5 Millionen oder 75 % der weltweit geschätzten Todesfälle entfielen 2007

allein auf die afrikanischen Länder südlich der Sahara. 22 Millionen oder 67 % aller weltweit HIV-infizierten Erwachsenen und Kinder lebten dort. Die Neuinfektionen machten 1,9 Millionen oder 70 % der weltweit geschätzten Fälle aus. UNAIDS zufolge trugen im Jahr 2007 in dieser Region rund 5 % der erwachsenen Bevölkerung das Virus in sich.

In West- und Mitteleuropa stellte sich die Lage im internationalen Vergleich weniger schwerwiegend dar. 2007 starben laut UNAIDS 8 000 Menschen an der Immunschwächekrankheit. Die Zahl der Neuinfektionen wurde auf 27 000 Fälle geschätzt. Die Gesamtzahl der HIV-infizierten Erwachsenen und Kinder lag 2007 bei rund 730 000.

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/11/PD08__454__232,templateId=renderPrint.psm

Weitere Auskünfte gibt:
Zweigstelle Bonn,
Torsten Schelhase,
Telefon: (0611) 75-8109, E-Mail:
gesundheitsstatistiken@destatis.de

Fiapac-Kongress

Tagungsbericht von Ines Thonke

Am 24. und 25. Oktober fand in Berlin der achte Kongress der "Internationalen Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption" (FIAPAC) unter dem Titel "Reproduktive Gesundheit und Verantwortung" statt.

Mit fast 600 TeilnehmerInnen aus 44 Ländern wurden die Themen Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption international und interdisziplinär beleuchtet.

Wie Prof. Jonat, Präsident der DGGG, in seinem Grußwort für die Tagung bemerkte, sind die Bereiche Fruchtbarkeit, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch weit mehr als die individuelle Entscheidung einer Frau und eines Arztes. Das wird auch in den Vorträgen deutlich, die sich mit der gesellschaftlichen Verantwortung für reproduktive Gesundheit und Rechte befassen.

Die Einstellung einer Gesellschaft zum Schwangerschaftsabbruch und die Verantwortung, die sie übernimmt, hängen unmittelbar zusammen. So

nahm sich diese Tagung vieler gesellschaftlicher Aspekte an, die unmittelbar mit der reproduktiven Gesundheit zusammenhängen.

Abtreibungen in Entwicklungsländern

Anibal Faundes aus Brasilien stellte die Situation in Entwicklungsländern dar, wo die mütterliche Sterblichkeit in einigen Regionen 100 Mal höher ist als in entwickelten Ländern. Ein wesentlicher Faktor für die hohe Sterblichkeit ist die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unter unsicheren Bedingung („unsafe abortion“). Die wichtigste Ursache für „unsafe abortions“ bleibt eine restriktive Gesetzgebung, die ungewollt schwangere Frauen in die Illegalität treibt. Verschiedene Länder unterscheiden sich nicht wesentlich durch die Abbruchraten und das Schwangerschaftsalter beim Abbruch, sondern durch den Anteil der Abbrüche, bei denen grundlegende medizinische Standards nicht eingehalten werden.

Zu den wichtigen Faktoren für reproduktive Gesundheit gehören demnach laut Faundes neben der Rate an ungeplanten und ungewollten Schwangerschaften die gesetzliche Regelung und der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen im Land. Hierin sieht er auch einen wesentlichen Unterschied zwischen armen und reichen Ländern.

Selbst dort, wo legale Schwangerschaftsabbrüche möglich sind, ist der Zugang z. B. durch bürokratische oder finanzielle Hindernisse oder fehlende Angebote mit ausreichendem fachlichen Standard erschwert.

Faundes appellierte an die ärztliche Profession, sich für Verbesserungen der Versorgung und mehr Gerechtigkeit einzusetzen. Die internationale Organisation Figo⁴ nimmt ihre Verantwortung durch die Initiative „Prevention of unsafe Abortion“ wahr, an der sich 54 Länder beteiligen.

Abtreibung in westlichen Ländern

Ann Furedi ging auf die Situation in entwickelten, westlichen Staaten ein. Auch sie betonte die essentielle Bedeutung des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch unter sicheren Bedingungen. Sie wies darauf hin, dass die negativen Auswirkungen von Restriktionen auf die gesundheitliche Versorgung hinreichend bekannt und belegt sei-

en. Familienplanung sei nicht allein durch Verhütung zu regeln und Abtreibungen seien eine notwendige Ergänzung. Deshalb sollten auch die westlichen Länder aufhören, Abtreibungen als Problem zu sehen. Stattdessen sollten sichere Angebote positiv bewertet werden, als Zeichen der gleichberechtigten Teilnahme der Geschlechter am öffentlichen Leben einer Gesellschaft sowie als Ausdruck von Respekt vor der individuellen Verantwortung und Selbstbestimmung.

Die Situation in den USA

Als Rückzug aus der gesellschaftlichen Verantwortung wertete Vicky Sapporta von der National Abortion Federation, NAF, die Entwicklungen in den USA. Obwohl der Schwangerschaftsabbruch 1973 legalisiert wurde, haben diverse rechtliche Änderungen zu immer mehr Einschränkungen und Hindernissen in der Praxis geführt. Als wichtigste Einzelmaßnahme nannte sie die Streichung finanzieller Unterstützung durch öffentliche Mittel für den Abbruch. In Folge dessen sei insbesondere für Frauen mit geringem Einkommen der Zugang zu einem legalen und sicheren Abbruch in den USA schwierig.

In den USA sichert Medicaid die gesundheitliche Versorgung von Bedürftigen. 55 Millionen Menschen sind darauf angewiesen. Im Jahr 2003 erhielten ca. 11,5 % aller Frauen im reproduktiven Alter Unterstützung durch Medicaid. Aber die Kostenübernahme ist seit 1976 begrenzt auf Schwangerschaftsabbrüche bei Gefahr für das Leben der Schwangeren, bei Schwangerschaft nach Inzest und Vergewaltigung. Wegen finanzieller Probleme können Abbrüche oft erst spät durchgeführt werden, verbunden mit höheren Gesundheitsrisiken und Kosten.

Das Allan Guttmacher Institut weist darauf hin, dass 20-35 % der Frauen, die Medicaid-berechtigt sind, ihre Schwangerschaft wegen fehlender Kostenerstattung für den Abbruch austragen. Deswegen ermöglicht die Organisation NAF seit 2001 besonders bedürftigen Frauen (Einkommen 150 % unterhalb der Armutsgrenze) Schwangerschaftsabbrüche durch öffentliche Spendengelder. Dafür wurde eine kostenfreie Telefon-Hotline geschaltet.

Situation in Europa

Christian Fiala, der bisherige Vorsitzende von FIAPAC, betonte, dass es in Europa trotz großer Fortschritte in einigen Ländern immer noch gesetzliche Regelungen gäbe, die den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen erschweren, wie obligatorische Bedenkzeiten und/oder Pflichtbe-

⁴ FIGO ist die Abkürzung für *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique* „Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe“. Alle drei Jahre richtet sie den *World Congress of Gynecology & Obstetrics* aus.

ratungen. Diese Regelungen zeigten, dass Frauen noch immer die eigene Entscheidungsfindung nicht zugetraut wird. Ein Nutzen dieser Regelungen sei nicht belegt, stattdessen führen sie zu Verzögerungen des Eingriffs mit negativen Auswirkungen auf die körperliche oder psychische Gesundheit der Frau. Fiala sprach in diesem Sinne von „decision-based evidence“ in Anlehnung an die in der medizinischen Versorgung geforderte „evidence-based decision“.

Workshops

Zahlreiche Workshops boten die Gelegenheit, auf einzelne Themen und Aspekte intensiver einzugehen. Ein Workshop beschäftigte sich z. B. mit der Versorgung von Migrantinnen in Bezug auf Kontrazeption und Schwangerschaftsabbrüche. Ein anderer Workshop bot die Gelegenheit, aus den Erfahrungen einzelner Länder (Schweiz, Mexiko, Kolumbien) bei der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen zu lernen. Bemerkenswert sind die Erfahrungen aus Kanada, wo der Schwangerschaftsabbruch seit 1988 nicht mehr gesetzlich geregelt ist. Die Entscheidung, gesetzliche Regelungen für den Abbruch abzuschaffen, basierte auf dem Gedanken, dass Gesetze die ärztliche Versorgung behindern und gegen die Rechte von Frauen verstoßen, dem gegenüber aber nichts an den Abbruchraten oder dem Zeitpunkt des Abbruchs ändern. Dagegen erleichtert die Aufhebung der Gesetze den Zugang zu frühen Schwangerschaftsabbrüchen, verringert die Stigmatisierung und fördert die Gleichberechtigung von Frauen. Abbrüche werden in Kanada auf Wunsch der Frauen und Mädchen ab 12 Jahren durchgeführt. Die Entscheidung liegt ausschließlich bei der Frau und es gibt finanzielle Unterstützung. In ländlichen Regionen ist der Zugang allerdings durch mangelnde Angebote erschwert. Im dritten Trimester werden in der Regel keine Abbrüche mehr durchgeführt.

„Pille danach“

Ein Workshop widmete sich der Notfallkontrazeption. Einführend wurden aktuelle Daten zur Sicherheit und Verträglichkeit vorgestellt. Ausgehend von acht Studien, an denen insgesamt über 43 000 Frauen teilgenommen hatten, wurden verschiedene Schemata der medikamentösen Notfallkontrazeption miteinander verglichen. Die höchste Wirksamkeit zeigte die Anwendung von Mifepriston in einer Dosierung von 25-50 mg. Auch in Dosierungen von < 25 mg ist Mifepriston wirksamer als die einzige in Deutschland zugelassene Methode mit Levonorgestrel (LNG 2x

0,75 µg oder 1x 150 µg). LNG ist dagegen wirksamer als die Östrogen/Gestagen (Yuzpe)-Methode. Die wichtigste unerwünschte Nebenwirkung von Mifepriston ist die Verzögerung der nach der Einnahme zu erwartenden Menstruation. Diese Wirkung scheint dosisabhängig aufzutreten.

Kristina Gemzell stellte die aktuellen Untersuchungen des Karolinska Instituts in Stockholm zum Wirkmechanismus von LNG vor. Danach konnten durch die LNG-Gabe keine Veränderungen an der Gebärmutter Schleimhaut nachgewiesen werden. Zusammenfassend kam sie zu dem Schluss, dass ein Effekt von LNG auf die Einnistung ausgeschlossen werden könne und die Hauptwirkung in der Verzögerung oder Verhinderung des Eisprungs läge. Eine bessere Information darüber, dass die „Pille danach“ keinen Effekt auf die Befruchtung und die Einnistung hat, könnte zu einer höheren Akzeptanz und einer besseren Nutzung der Methode führen.

Viele Aspekte der rezeptfreien Verfügbarkeit der „Pille danach“ wurden intensiv untersucht. So ist bekannt, dass sich der leichtere Zugang nicht auf das Sexual- oder das Verhütungsverhalten auswirkt. Warum trotz deutlich gesteigener Anwendungszahlen der Notfallverhütung z. B. in Schweden und Großbritannien die Schwangerschaftsabbruchraten nicht zurückgehen, ist Gegenstand einer systematischen Cochrane-Übersichtsarbeit, die von Sharon Cameron aus Schottland vorgestellt wurde. Demnach führte eine Vorab-Vergabe (advance-provision) im Vergleich zur herkömmlichen Zugänglichkeit (Beschaffung im Bedarfsfall) zwar dazu, dass die „Pille danach“ häufiger eingenommen wurde, ungewollte Schwangerschaften traten jedoch trotzdem nicht seltener auf. Der Untersuchung zufolge wurde in den Zyklen, in denen es zur Schwangerschaft kam, die „Pille danach“ nicht angewendet, meist weil die Frauen annahmen, dass kein Schwangerschaftsrisiko bestünde. Cameron folgerte aus den Ergebnissen, dass es für die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften sinnvoller sei, Paare zu motivieren, zur regulären Verhütung wirksamere Methoden zu nutzen.

Ein weiteres Thema war die Aufhebung der Rezeptpflicht der „Pille danach“ in Deutschland. Während der rezeptfreie Zugang international als sicher gilt und als Verbesserung der reproduktiven Rechte gewertet wird, wird die Versorgung in Deutschland weiterhin durch den mit der Rezeptbeschaffung verbundenen zeitlichen und finanziellen Aufwand beeinträchtigt. Außerdem kann

die ärztliche Konsultation wegen des Rezepts mit unnötigen und aufwändigen Untersuchungen verbunden sein, die auf Mädchen und Frauen eine abschreckende Wirkung haben können.

Erfahrungsaustausch über Schwangerschaftsabbruch

Der Fiapac-Kongress bietet neben der Präsentation aktueller Studien die Möglichkeit zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch und zur Diskussion und Überprüfung von Behandlungsstandards. Helena von Hertzen (Weltgesundheitsorganisation) zeigte, dass routinemäßiges „priming“, d. h. die medikamentöse Gebärmutterhalsvorbereitung mit Misoprostol (Cytotec) vor einem chirurgischen Abbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche die Notwendigkeit einer weiteren Dilatation des Gebärmutterhalses reduziert, die Dauer des Abbruchs verkürzt und die Zahl inkompletter Abbrüche senkt. Die optimale Dosierung liegt bei 400 µg, das Intervall bis zum Eingriff liegt bei drei Stunden bei vaginaler Applikation und zwei Stunden bei sublingualer Einnahme.

Zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch gibt es weiterhin großen Informationsbedarf in Bezug auf die Dosierung der Medikamente, des Intervalls zwischen der Einnahme, der Schmerzbehandlung und der Möglichkeit, das Prostaglandin alternativ zur Praxis/Klinik im häuslichen Umfeld einzunehmen. Elisabeth Aubeny, die seit 1988 die Einführung von Mifegyne in Frankreich maßgeblich begleitet hat, stellte die provokante Frage, warum die für den medikamentösen Abbruch notwendigen Medikamente nicht in der Apotheke zu erwerben seien und ob man einen Handel auf dem Schwarzmarkt befürchte?

Bei der Anwendung von 400 µg Misoprostol (Cytotec®) bis zum 49. Tag der Schwangerschaft gibt es keine medizinische Begründung für die Einnahme unter ärztlicher Überwachung. Die Regelungen in Schweden und seit kurzem auch in Frankreich tragen dieser Erkenntnis Rechnung und ermöglichen es Frauen, selbst zu entscheiden, wo sie das Prostaglandin einnehmen möchten. Laut Aubeny ist dieses Vorgehen auch bei Abbrüchen bis zum 63. Tag möglich, allerdings mit 200 µg Mifegyne® und 800 mg Cytotec® (vaginal oder buccal), was in Schweden bereits zugelassen und in den USA langjährige Praxis ist. Durch die Prostaglandin-Einnahme zu Hause entfällt ein Arztbesuch. Die Akzeptanz ist gut, dennoch sollten Frauen die Möglichkeit haben, sich auch für die Anwendung des Prostaglandins in der Praxis/Klinik zu entscheiden.

Schwangerschaftsabbruch über das Internet

Einen Schritt weiter geht das Angebot eines Netzwerks von internationalen Organisationen und Einzelpersonen, das über „www.womenonweb.org“ den Bezug der Medikamente für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ermöglicht. Das Angebot von „Women on web“ gilt ausschließlich für Frauen aus Ländern, in denen der Abbruch nicht unter sicheren medizinischen Standards bzw. legal durchgeführt werden kann. Alle Kontakte, einschließlich der ärztlichen Konsultation, finden über das Internet statt. Begründet wird die Aktion mit dem Argument, dass jährlich 70 000 Frauen weltweit an den Folgen unsachgemäßer Abbrüche sterben. „Women on web“ gelingt es bei 77,6 % der Frauen, den Kontakt nach dem Abbruch zu halten und Rückmeldungen über den Verlauf zu bekommen. Etwa 12,6 % der Frauen nehmen die Medikamente nicht ein. In 6,8 % der Fälle benötigen die Frauen eine Nachkürrettage. Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse nicht von ambulant durchgeführten Abbrüchen mit ärztlicher Begleitung. Das Projekt wird deshalb als bessere Alternative zu unsicher durchgeführten Abbrüchen beurteilt.

Fragen aus dem deutschsprachigen Raum

Die deutschsprachige Sitzung am Folgetag des Kongresses ging auf spezifische Fragen des medikamentösen Abbruchs für den deutschsprachigen Raum ein. Prof. Bitzer aus Basel fasste die Anwendung im ersten Trimenon unter besonderer Berücksichtigung der 7. bis 9. Woche zusammen. Er präsentierte auch Studien, in denen Mifegyne bis zum 91. Tag mit steigender Dosierung von Misoprostol angewendet wurde.

Untersuchungen zum optimalen Zeitabstand zwischen Mifepriston und Misoprostol zeigten ähnliche Erfolgsraten bei Intervallen von 24, 48 und 72 Stunden zwischen der Gabe von 200 mg Mifepriston und 800 µg Misoprostol bis zum 56. Tag nach der letzten Regel.

Wird das Intervall zwischen Mifepriston und oralem Misoprostol (400 µg) auf 6 bis 8 Stunden verkürzt, sinkt die Zahl der vollständigen Abbrüche von 91 % auf 50 %.

Wird das Misoprostol jedoch vaginal angewendet, entspricht die Erfolgsquote bei Gabe sofort oder 6 bis 8 Stunden nach Mifepriston annähernd dem klassischen Schema, ohne Zunahme von Nebenwirkungen.

In der Medical Abortion at the Same Time (MAST) Studie erhielten 1128 Frauen bis zum 63.

Tag 200 mg Mifepriston. Eine Gruppe bekam direkt anschließend, die andere Gruppe nach 24 Stunden 800 mg Misoprostol vaginal. Die Rate vollständiger Aborte unterschied sich nicht wesentlich zwischen den beiden Gruppen (95,1 % bzw. 96,9 %). Allerdings waren die Nebenwirkungen (Übelkeit, Durchfall, Schüttelfrost) bei sofortiger Einnahme häufiger.

Bei Anwendung von Gemeprost sind die Erfolgsraten bei Anwendung entweder 24 oder 48 Stunden nach Mifepriston gleich.

Gabriele Halder referierte zum Thema „Medikamentöser Abbruch in Praxen und Kliniken“. In Deutschland werden 10 % der Abbrüche medikamentös durchgeführt (3 % bis 23 % je nach Bundesland), im Vergleich dazu liegt der Anteil in der Schweiz bei 56 %. Sie machte zum einen die Vorbehalte in den Praxen dafür verantwortlich, zum anderen aber auch die bestehende Rechtsunsicherheit. So ist zum Beispiel Cytotec® in Deutschland nicht zum Schwangerschaftsabbruch zugelassen und die Behandlung erfolgt im Off-label-use. Dies kann bei fehlenden Informationen zu Zurückhaltung in der Anwendung führen. Cytotec®, das Prostaglandin der ersten Wahl, ist in Deutschland nicht verfügbar und muss über Auslandsapotheken bezogen werden.

Auch die §§ 13 und 14 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, deren Missachtung als Ordnungswidrigkeit mit Androhung von Geldbußen geahndet wird, und die rechtlichen Unsicherheiten bei der Behandlung von Schwangeren unter 16 Jahren mit gestufter Einwilligungsfähigkeit sowie die Notwendigkeit der Prüfung der Einsichtsfähigkeit des Arztes / der Ärztin führen zu Unsicherheit. Als letzten Punkt nannte Gabriele Halder das Informationsverbot nach § 219a StGB, wonach leider sehr häufig Informationen zum Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen als Werbung für den Schwangerschaftsabbruch gewertet werden.

Die Referentin forderte abschließend eine verbindliche Interpretation der Rechtsgrundlage und damit Rechtssicherheit sowie die Anerkennung der wissenschaftlichen Fakten durch Deutsche Fachgesellschaften.

Christine Tennhardt vom Familienplanungszentrum Balance berichtete über die ersten Erfahrungen mit der Cytotec®-Anwendung zu Hause. Sie stellte zunächst die internationalen Erfahrungen dar. Diese existieren bis zum 49. Tag der Schwangerschaft in Schweden seit dem Jahr 2000, in Tunesien und Frankreich seit 2004. In den USA ist die Anwendung von Cytotec® zu Hause seit 2000 üblich, Erfahrungen gibt es damit auch in der Schweiz, in Österreich und in

Portugal. Bis zum 63. Tag ist die Heim-Anwendung laut Zulassung in Schweden möglich und auch dazu gibt es Erfahrungen aus den USA mit mehr als 900 000 Abbrüchen.

Neben der praktischen Durchführung ging Frau Tennhardt auf rechtliche und finanzielle Aspekte u. a. auch der Abrechnung ein. Im Juli/August/September 2008 wurden insgesamt 118 medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche im Familienplanungszentrum Balance durchgeführt, davon 94 (= 80 %) mit Prostaglandin-Einnahme im häuslichen Umfeld.

Der zweite Teil der deutschsprachigen Sitzung befasste sich mit dem medikamentösen Abbruch im 2. Trimenon. Blanka Kothe beschrieb das Therapieschema und die Abläufe in der Klinik. Jette Brüning erläuterte die rechtliche Situation und das Berliner Modell für psychosoziale Beratung.

Darüber hinaus befasste sich der Kongress auch mit den verschiedenen Aspekten der Verhütung, wie Kosten der Verhütungsmittel im europäischen Vergleich, Akzeptanz von hormoneller Verhütung im Langzyklus, Gründe für das Versagen von Kontrazeption bei Jugendlichen, Einfluss von Kontrazeption auf die Sexualität und Verhütung nach Abbrüchen.

Zur neuen Präsidentin wurde Mirella Parachini aus Italien gewählt.

Der nächste Kongress findet 2010 in Sevilla in Spanien statt.

Publikationen

(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive

Polymorph (Hrsg.)

Querverlag, Berlin 2002

Aus dem Klappentext: Unter dem Namen „polymorph“ hat sich eine Gruppe junger Stipendiaten der Heinrich-Böll-Stiftung zusammengefunden und ist den vielfältigen Versuchen, sich der vorgeblichen „Natürlichkeit“ der zweigeschlechtlichen Ordnung zu widersetzen, nachgegangen. Das besondere Anliegen dieses Buches besteht darin, nicht nur abstrakte Theorien zu diskutieren, sondern die konkreten Lebenskonzepte, Strategien und Visionen zu zeigen, die unter dem Begriff Transgender zusammengefasst werden.

(K)ein Geschlecht oder Viele? eröffnet eine Vielfalt neuer Denkmöglichkeiten und stellt sich der Herausforderung, die sich aus der Erkenntnis ergibt, dass das Gesetz der Zweigeschlechtlichkeit eine historisch gewachsene Realität ist, dessen Blütezeit womöglich ihrem Ende zugeht. Götz Kockott/ Eva-Maria Fahrner (Hrsg.)

Sexualstörungen

Thieme Verlag Stuttgart New York 2004

Ausführliche und praxisorientierte Darstellung der Gesprächsführung, Diagnostik, Beratung und Therapie bei sexuellen Problemen. Zahlreiche Fallbeispiele unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Zusammenhänge und organischer Ursachen.

Ausführliche und praxisnahe Darstellung der Themenbereiche: Sexuelle Funktionsstörungen, Paraphilien (Sexuelle Devianz), Sexuelle Traumatisierung, Geschlechtsidentitätsstörungen.

Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Im Oktober 2008 ist in der Reihe "Gesundheitsberichterstattung des Bundes" das Heft: „Gesundheitliche Folgen von Gewalt – unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen“ erschienen. Das GBE-Heft 42 kann schriftlich kostenlos bestellt werden.

Robert Koch Institut
GBE
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Mail: gbe@rki.de
Fax: 030 18754-3513

Umwege zum eigenen Kind – Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louisa Brown

Hrsg.: Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn, Christiane Wendehorst
Band 3 der Göttinger Schriften zum Medizinrecht
Göttinger Universitätsverlag 2008, ISBN 978-3-940344-46-5

In dem Band werden Beiträge aus zwei Tagungen zusammengestellt, die sich mit den vielfältigen Fragen und Problemen der Reproduktionsmedizin befassen. Unter anderem finden sich Beiträge zu allgemeinen ethischen und rechtlichen Herausforderungen: Gesellschaftliche Auffassung gegenüber der Reproduktionsmedizin, der Finanzierung der Kinderwunschbehandlung, verfassungsrechtlichen Behandlungseinschränkungen, Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg zum Kind, Berücksichtigung

der Elternschaft in der Ethik der Reproduktionsmedizin.

Darüber hinaus finden sich Beiträge zu Chancen und Problemen der donogenen assistierten reproduktiven Techniken (Spendersamen): Rechtliche Regelungen, genetische Risiken, soziale Stigmatisierung der Samenspende, das Dilemma des unbekanntes Vaters, Risiken und Belastung der Eizellspende und des Eizellhandels für die betroffenen Frauen. In dem Abschnitt zu Kinderwunsch in besonderen Situationen finden sich die Themen Kinderwunsch bei körperlicher Behinderung, bei fortschreitenden, potenziell lebensbedrohlicher Erkrankung des Partners, bei Lesben und es wird die Frage untersucht, für wen und unter welchen Umständen die Eizellspende eine Chance darstellen kann.

Informationen zum Thema Gebärmutterhalskrebs

Broschüre des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit

Die Broschüre "Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs HPV-Impfung – Informationen und Erfahrungen – Eine Entscheidungshilfe" wendet sich an Frauen, die sich zu dem Themenbereich informieren möchten. Sie ist als Grundlage und Unterstützung für eine informierte Entscheidung gedacht.

Die Broschüre stellt die wissenschaftlichen Fakten dar, thematisiert Nutzen und Probleme der Früherkennung sowie Handlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund und gibt Erfahrungen von Frauen wieder. Die Broschüre ist als [PDF-Dokument](#) im Internet über <http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/> abrufbar. Durch eine Kooperation mit der Barmer Ersatzkrankenkasse und die Techniker Krankenkasse steht die Broschüre für die Mitglieder dieser Kassen in gedruckter Version zur Verfügung.

Der pro familia-Bundesverband unterstützt diese Veröffentlichung namentlich.

Informationen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Im August hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein Merkblatt zur Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs beschlossen. Es bildet die verbindliche Grundlage einer bundeseinheitlichen Beratung von Frauen über die Vorteile der Inanspruchnahme dieser Früherkennungsuntersuchung. Prinzipiell sind die Merkblätter des Gemeinsamen Bundesausschusses dafür gedacht,

über die verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen aufzuklären, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Dieses Merkblatt wurde notwendig, weil bereits seit 1. April 2008 eine Beratung Pflicht ist, die sich auf das Merkblatt stützen soll.

Das Merkblatt zeichnet sich durch eine kurze, sachliche und ergebnisoffene Information zu allgemeinen Fragen betreffend Gebärmutterhalskrebs aus und informiert zur Häufigkeit, zu weitergehendem Vorgehen bei auffälligem Befund, zu Risiken und Nebenwirkungen der Früherkennung und zu den Aspekten, die für diese Untersuchung sprechen.

Im Internet ist sie über <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2633/2008-08-21-Merkblatt-Zervixkarzinom.pdf> abruf- und ausdrückbar.

Tagung: Tabuisierte Sexualitäten

Veranstalter: Gesellschaft für Sexualwissenschaften in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Leipzig
24. Januar 2009

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Leipzig
Information und Anmeldung über

Mailadresse: kurt.seikowski@uniklinik-leipzig.de

Veranstaltungen

Frankfurter Sexualtherapeutische Fortbildung:

„Sexuelle Störungen und ihre Behandlung“

Leitung: Dr. Sophinette Becker, Prof. Dr. Martin Dannecker, Dr. Herbert Gschwind

Im Oktober 2009 beginnt in Frankfurt am Main erneut eine zweijährige Fortbildung nach dem Curriculum II der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung.

Informationen über die Teilnahmevoraussetzungen, das vorläufige Programm und die Kosten sind im Internet abrufbar. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Sexualmedizinischen Ambulanz (Frau Ahl) unter der Telefonnummer 069/6301-7613.

Sexualmedizinische Ambulanz, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt am Main

<http://www.kgu.de/zpg/sexualwissenschaft>