

Informationen für ÄrztInnen, PädagogInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, die auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beraterisch oder therapeutisch tätig sind

SCHWERPUNKT

## Kryokonservierung von Eizellen aus sozialen Gründen

### „Social Freezing“

Helga Seyler

Seit vielen Jahren besteht ein Trend, Kinder immer später zu bekommen. Das durchschnittliche Alter der Frauen beim ersten Kind stieg zwischen 1991 und 2012 von 26,9 auf 29,2 Jahre, das durchschnittliche Alter bei Geburten insgesamt lag 2012 bei 30,4 Jahren (Stöbel-Richter 2006, Statistisches Bundesamt). Inzwischen sind 4,2 Prozent der Gebärenden über 40, mehr als 20 Prozent über 35 Jahre alt. Insbesondere gut ausgebildete Frauen bekommen ihre Kinder spät oder bleiben dauerhaft kinderlos.

Mit zunehmendem Alter wächst der Bedarf an fortpflanzungsmedizinischer Unterstützung beim Schwanger werden. Die Reproduktionsmedizin begegnet dieser Entwicklung außerdem mit speziellen Selbstzahler-Angeboten, zum Beispiel mit der Entwicklung und Verbreitung von Tests zur Einschätzung der verbliebenen Fruchtbarkeit oder

mit der Möglichkeit, Eizellen einfrieren zu lassen, um damit später eine Schwangerschaft zu erzielen, dem so genannten Social freezing.

### Entwicklung der Kryokonservierung von Eizellen

Während Embryonen in frühen Entwicklungsstadien sowie bereits befruchtete Eizellen schon seit vielen Jahren kryokonserviert werden, sind unbefruchtete reife Eizellen sehr empfindlich und überstanden das Einfrieren und Auftauen mit den bisher üblichen Verfahren oft nicht schadlos. Erst seit wenigen Jahren ermöglichen neue Techniken des Einfrierens, dass auch die große Mehrzahl unbefruchteter Eizellen nach dem Auftauen entwicklungsfähig bleibt<sup>1</sup>. Angewendet wurde das Verfahren zunächst bei der Eizellspende, um die Eizellen für die spätere Verwendung durch fremde Frauen zu konservieren sowie bei Frauen, deren Fruchtbarkeit durch eine Krebserkrankung und die dadurch notwendigen Behandlungen bedroht ist. Insbesondere für an Krebs erkrankte Frauen wurde in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Techniken entwickelt, um ihnen die Möglichkeit zu erhalten, später eigene Kinder zu bekommen. Diese werden mit dem Begriff Fertilitätsprotektion bezeichnet.

Inzwischen wird die Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen auch als Option für Frauen angesehen, die sich aus sozialen Gründen ihre >>

SCHWERPUNKT

Kryokonservierung  
von Eizellen aus sozialen Gründen Seite 1

AKTUELLE INFORMATION

Europäischer Verhütungskongress Seite 9

Deutscher Ethikrat befasst sich  
mit Fortpflanzungsmedizin Seite 12

Chancen auf eine Schwangerschaft in höherem Alter erhalten wollen und bisher nicht der passende Zeitpunkt für Kinder gefunden haben.

In Deutschland haben sich Kinderwunschzentren, die Behandlungen zum Erhalt der Fruchtbarkeit anbieten, in einem Netzwerk mit dem Namen „Fertiprotekt“ zusammengeschlossen. Sie verfolgen das Ziel, Beratung und Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern (Lawrenz 2013). Das 2006 gegründete Netzwerk umfasst inzwischen mehr als 90 universitäre und private Kinderwunschzentren, auch in Österreich und der Schweiz (von Wolff 2013). 2012 erarbeitete es Empfehlungen für die Kryokonservierung von Eizellen auch aus sozialen Gründen (Nawroth 2013).

Das Phänomen Social freezing scheint rasche Verbreitung zu finden. Der Leiter von Fertiprotekt, Michael von Wolff, schätzte in einem Interview, dass 2013 etwa 300 Frauen Eizellen einfrieren ließen, für 2014 würden 500 bis 1.000 solcher Behandlungen erwartet<sup>2</sup>. In einem dafür eingerichteten Register des Netzwerks Fertiprotekt wurden für 2012 22 und 2013 bereits gut 130 Behandlungen dokumentiert<sup>3</sup>. Die Zahl der von Fertiprotekt registrierten Behandlungen aus medizinischen Gründen war mit 750 im Jahr 2013 noch deutlich höher.

Dagegen sind soziale Gründe in den USA inzwischen mit 64 Prozent der häufigste Anlass für eine Kryokonservierung von Eizellen gegenüber 18 Prozent aus medizinischer Indikation und weiteren 18 Prozent nicht genutzter Eizellen bei IVF-Behandlungen (Cil 2013). Schon 2010 wurde Social freezing dort von mehr als jedem zweiten Kinderwunschzentrum angeboten, die Nachfrage steigt rasch.

Die neue Technik wird in Fachkreisen und Medien intensiv und kontrovers diskutiert. Es geht dabei um mögliche gesellschaftliche Gründe und Folgen, wenn Frauen die Technik nutzen, um ihren Kinderwunsch „noch später“ zu erfüllen. Außerdem wird die Frage diskutiert, welche Auswirkung das höhere Alter der Eltern auf die Entwicklung der Kinder

hat. Und nicht zuletzt, welche gesundheitlichen Belastungen mit dieser Technik verbunden sind und welche Risiken und Komplikationen bei Schwangerschaften in höherem Alter für die werdenden Mütter und Kinder auftreten können.

### Das Verfahren

Wie bei einer IVF-Behandlung müssen zunächst die Eierstöcke hormonell stimuliert werden, um möglichst viele Eizellen gleichzeitig zur Reifung anzuregen. Da die körpereigene Hormonregulation diesen Prozess oft stört, wird die Freisetzung der Steuerungshormone FSH und LH vor Beginn der Stimulation durch die Gabe von speziellen Hormonen gehemmt.

Die reifen Eizellen werden mit einer Nadel meist durch die Vagina oder seltener per Bauchspiegelung aus den Eierstöcken entnommen, dazu ist in der Regel eine Narkose notwendig. Um später eine realistische Chance auf eine Schwangerschaft zu haben, sollten mindestens 10, besser aber 15 und mehr Eizellen eingefroren werden. Im Durchschnitt sind dafür drei Stimulationszyklen erforderlich.

Die Nebenwirkungen der Behandlung werden als gering angegeben, da möglichst schonende Stimulationsverfahren verwendet werden sollen. Allerdings kann das Bestreben, möglichst viele Eizellen zu gewinnen, zum Wunsch nach einer stärkeren hormonellen Stimulation führen.

Die Hormonbehandlung kann zu Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Wassereinlagerungen im Körper und Brustspannen führen. Eine typische Komplikation ist das Ovarielle Hyperstimulationssyndrom (OHSS). Es ist mit einer starken Vergrößerung der Ovarien durch Zysten, Anschwellen des Bauches, Übelkeit und möglicherweise Wasseransammlung in der Bauchhöhle verbunden, außerdem ist das Thromboserisiko erhöht. Bei der Stimulation mit anschließendem Einfrieren der Eizellen tritt es gelegentlich in leichter oder mäßig schwerer Form auf, schwere Formen sind sehr selten, da die Frauen nicht direkt nach der Stimulation schwanger werden.

Komplikationen bei der Entnahme von Eizellen sind selten, es können Blutungen in die Bauchhöhle oder Infektionen auftreten.

Daten zur Häufigkeit von Nebenwirkungen und Komplikationen bei der Gewinnung von Eizellen zur Kryokonservierung aus sozialen Gründen gibt es bisher nicht. Eine Studie zu Komplikationen bei der Eizellspende ergab, dass bei knapp 900 Zyklen in 0,7 Prozent schwerwiegende Komplikationen auftraten, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten, zum Beispiel ein mäßig schweres OHSS, Infektionen oder geplatzte Zysten (Maxwell 2008). 8,5 Prozent der Frauen suchten wegen weniger schwerwiegender Probleme die Klinik auf, davon 6,5 Prozent wegen eines leichten oder mäßigen schweren OHSS. Gut 4 Prozent suchten aufgrund von gesundheitlichen Problemen telefonischen Rat.

Wenn eine Frau später mit Hilfe der eingefrorenen Eizellen schwanger werden möchte, können diese aufgetaut und mit dem ICSI-Verfahren<sup>4</sup> befruchtet werden. Die daraus entstandenen Embryonen können in einem Zyklus mit oder ohne Hormonstimulation in die Gebärmutter transferiert werden. Wie bei allen IVF-Behandlungen müssen die Frauen auch hierbei entscheiden, wie viele Embryonen in einem Zyklus transferiert werden sollen. Bei Rückführung von mehreren Embryonen ist zwar die Chance auf eine Schwangerschaft höher, gleichzeitig steigt aber das Risiko für Mehrlingschwangerschaften.

Diese Entscheidung ist oft mit Konflikten verbunden und erfordert eine ausreichende Beratung über die Risiken und Belastungen einer Mehrlingsschwangerschaft. Das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch setzt Paare häufig unter so großen Erfolgsdruck, dass sie die Risiken bei dieser Entscheidung trotz Aufklärung oft ausblenden. So sind in Deutschland immer noch mehr als 20 Prozent der durch IVF beziehungsweise ICSI entstandenen Schwangerschaften Zwillings- beziehungsweise Drillingschwangerschaften.

## Erfolgschancen

Das Netzwerk Fertiprotekt gibt pro Eizelle die durchschnittliche Chance für die Geburt eines Kindes mit 8 Prozent an. Etwa 76 Prozent der aufgetauten Eizellen können mittels ICSI befruchtet werden. Je nach Alter zum Zeitpunkt der Eizellentnahme nisten sich 7 bis 12 Prozent der transferierten Embryonen in der Gebärmutter ein. Ein Teil der Schwangeren erleidet danach eine Fehlgeburt (Nawroth 2013). Es wird geschätzt, dass bei Frauen unter 35 Jahren etwa drei Stimulationszyklen zur Gewinnung einer ausreichenden Zahl von Eizellen notwendig sind, um später eine Geburtenwahrscheinlichkeit von 65 Prozent zu erzielen (von Wolff 2013).

Allerdings stützen sich diese Angaben nicht auf Daten, die direkt aus der Anwendung des Social freezing gewonnen wurden, da es dafür bisher kaum Daten gibt. Stattdessen werden sie aus Daten von IVF- und ICSI-Zyklen mit frischen Eizellen oder aus Behandlungen mit kryokonservierten Eizellen, die aus Eizellspenden stammen, abgeleitet. Diese sind jedoch nur sehr bedingt auf die Situation beim Social freezing übertragbar.

Der wesentliche Faktor für die Erfolgsrate ist das Alter der Eizellen, das heißt das Alter der Frauen bei der Eizellentnahme. Das Alter der Frau zum Zeitpunkt der angestrebten Schwangerschaft hat wahrscheinlich einen geringeren Einfluss. Bei Schwangerschaften, die mit gespendeten Eizellen herbeigeführt werden, sind die Eizellspenderinnen in der Regel in ihren Zwanzigern, während Frauen, die eigene Eizellen einfrieren lassen, meist älter als 35 Jahre sind. Werden kryokonservierte Eizellen dieser jüngeren Frauen verwendet, liegt die Rate an Einnistungen bei 11 bis 12 Prozent im Vergleich zu etwa 7 bis 8 Prozent bei Eizellen, die bei über 35-jährigen Frauen entnommen wurden (Nawroth 2013).

Die Kryokonservierung selbst scheint mit den neuen Techniken nur noch geringen Einfluss auf die Schwangerschaftsrate zu haben, allerdings >>

stammen die Daten dazu aus der Fremdeizellspende durch Frauen unter 35 Jahren (ACOG 2014). Es gibt Hinweise darauf, dass Eizellen älterer Frauen im Vergleich zu denen jüngerer Frauen die Kryokonservierung schlechter überstehen, ob das tatsächlich so ist, wird allerdings kontrovers diskutiert.

Die Dauer der Lagerung hat nach dem gegenwärtigen Wissensstand keinen Einfluss auf die Funktion nach dem Auftauen.

### **Kosten**

Die Kosten des Verfahrens setzen sich aus verschiedenen Posten zusammen und können daher nicht genau kalkuliert werden. Sie hängen von der Zahl der notwendigen Stimulationszyklen und der verwendeten Hormone ab. Auf der Website des Netzwerks Fertiprotekt werden sie für einen Stimulationszyklus mit 2.000 bis 2.500 Euro angegeben. Die Kryokonservierung kostet nach diesen Angaben 150 bis 350 Euro, die Lagerung der Eizellen etwa 250 Euro pro Jahr.

Bei der späteren Verwendung der Eizellen fallen Kosten für eine eventuelle hormonelle Stimulation an sowie die IVF- beziehungsweise ICSI-Behandlung, die mit 500 bis 1.500 Euro angegeben werden.

### **Schwangerschaftsrisiken bei älteren Frauen**

Diskutiert wird, bis zu welchem Alter Schwangerschaften mit früher entnommenen oder gespendeten Eizellen vertretbar sind. Neben sozialen Aspekten der alten Elternschaft spielen dabei die körperlichen Risiken einer Schwangerschaft für die Mutter und das Kind eine Rolle. Es ist bekannt, dass Schwangerschaftskomplikationen wie Bluthochdruck, Präeklampsie, Diabetes, Frühgeburten oder geringes Geburtsgewicht der Kinder mit dem Alter der Schwangeren zunehmen. Bei Frauen über 50 wird im Vergleich zu Schwangeren zwischen 20 und 30 Jahren von einem sechsmal höheren Risiko für Schwangerschaftsdiabetes und viermal höherem Risiko für eine Präeklampsie ausgegangen (von Wolff 2013). Allerdings ist die Gesundheit der Frau vor Eintritt der Schwangerschaft neben dem Alter ein

wesentlicher Faktor für die Komplikationsrate. Ein weiterer wichtiger Faktor für Risiken ist darüber hinaus die hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften.

Die bisher vorliegenden Daten für Schwangerschaftsverläufe bei Frauen über 45 sind mit denen von jüngeren Frauen nur begrenzt vergleichbar, da die Schwangerschaften fast ausschließlich durch Fremdeizellspende entstanden sind<sup>5</sup>. In den meisten Studien ist der Anteil von Mehrlingsschwangerschaften sehr hoch. Diese sind mit einem hohen Risiko für Frühgeburten und geringem Geburtsgewicht der Kinder verbunden.

In einer schwedischen bevölkerungsbezogenen Studie mit 1.200 Schwangerschaften bei Frauen über 45 Jahren war die Komplikationsrate eher gering (Jacobsson 2004). 3,4 Prozent der Frauen entwickelten einen Bluthochdruck, 2,2 Prozent eine Präeklampsie, 1,3 Prozent einen Schwangerschaftsdiabetes. Frühgeburten vor der 37. Woche traten bei 9,4 Prozent der Frauen auf. Die Frauen hatten selten Vorerkrankungen, vor allem aber war die Mehrlingsrate mit 3,2 Prozent sehr gering, da in Schweden der Transfer von nur einem Embryo Standard ist<sup>6</sup>.

Dagegen wurde in einer israelischen Studie mit 131 Schwangerschaften bei Frauen über 45 Jahren eine sehr hohe Rate von Komplikationen beobachtet: Bluthochdruck bei 24 Prozent, Präeklampsie bei 18 Prozent, Schwangerschaftsdiabetes bei 4 Prozent, Frühgeburten vor der 37. SSW hatten 34 Prozent der Frauen (Glasser 2011). Ein Drittel der Frauen hatte bereits vor der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme, der Anteil an Mehrlingsschwangerschaften betrug 30 Prozent.

Für Frauen über 50 Jahren zeigen einige kleine Studien mit zwischen 17 und 45 Schwangerschaften – auch bei einer Vorauswahl von Frauen ohne Vorerkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen – ebenfalls eine hohe Rate an Komplikationen (Bluthochdruck bei 35 bis 40 Pro-

zent, Schwangerschaftsdiabetes bei 10 bis 20 Prozent, leichte Präeklampsie bei etwa 40 Prozent und schwere Präeklampsie bei 5 bis 10 Prozent) (Sauer 1995, Paulson 2002, Simchen 2006). In diesen Studien aus den USA und Israel war die Mehrlingsrate mit 33 bis 53 Prozent sehr hoch. Die Rate von Frühgeburten wird in zwei der Studien nicht direkt angegeben, das durchschnittliche Schwangerschaftsalter bei der Geburt war bei Zwillingen 36 Wochen, bei Einlingen 38 Wochen. Bei Simchen kam es bei 18 Prozent der Frauen zu einer Frühgeburt vor der 34. Woche.

In einer weiteren Studie mit 101 Schwangerschaften traten trotz vorbestehender gesundheitlicher Risiken und einer Mehrlingsrate von 27 Prozent deutlich weniger Komplikationen auf (Hypertonus bei 24 Prozent, Präeklampsie bei 18 Prozent, Schwangerschaftsdiabetes bei 4 Prozent) (Kort 2012).

### Gesundheit der Kinder

Zu den Auswirkungen der Zeugung durch IVF oder ICSI auf die Gesundheit der Kinder gibt es zahlreichen Studien mit zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen. Ein wesentlicher Teil an Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt ist durch die hohe Zahl an Mehrlingsgeburten bedingt. Allerdings besteht auch bei Einlingsschwangerschaften ein gering erhöhtes Risiko für Fehlbildungen, Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht sowie Entwicklungsstörungen der Kinder. Die Gründe dafür sind unklar, zum Teil sind sie möglicherweise mit der eingeschränkten Fruchtbarkeit verbunden. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass auch bei Frauen mit beeinträchtigter Fruchtbarkeit, die spontan schwanger werden, mehr Komplikationen auftreten. Neuere Analysen geben allerdings Hinweise darauf, dass die Risiken bei einer Zeugung mit IVF/ICSI auch im Vergleich zu spontan schwanger gewordenen Frauen mit Subfertilität etwas höher sind und somit die Art der Zeugung einen unabhängigen Einfluss zu haben scheint (Kamphuis 2014).

Noch ist die Zahl der nach dem Auftauen von kryokonservierten Eizellen gezeugten Kinder im

Vergleich zu den Daten von Kindern nach IVF/ICSI gering. 2013 wurde die Zahl weltweit mit etwa 1000 angegeben (Dittrich 2013). Daher fehlen Daten, um eventuelle Einflüsse der Kryokonservierung der Eizellen auf die Rate von Fehlbildungen oder Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auszuschließen. Bisher gibt es keine Hinweise darauf, dass die Verwendung von kryokonservierten Eizellen mit einem zusätzlichen Risiko im Vergleich zur Zeugung durch ICSI/IVF verbunden ist.

### Entwicklung von Kindern alter Eltern

Auch mit der Frage, ob ein höheres Alter der Eltern Einfluss auf die Entwicklung der Kinder hat, beschäftigen sich einige Studien. Sie fokussieren auf Mütter ab 38 beziehungsweise 40 Jahre und zeigen insgesamt keine Unterschiede in der Entwicklung der Kinder (Wunder 2013, Suthcliff 2012, Boivin 2012). Zwar sind ältere Mütter möglicherweise den Anstrengungen der Versorgung von kleinen Kindern und des Schlafmangels nicht mehr so gut gewachsen und es gibt Hinweise darauf, dass das Risiko von postpartalen Depressionen mit dem Alter der Mütter zunimmt (Boivin 2012). Andererseits bieten ältere Eltern oft eine stabilere Beziehung, verfügen über höhere Bildung und eine gesicherte finanzielle Situation. Eine Studie zeigte für Kinder von Müttern über 40 eine bessere Sprachentwicklung sowie weniger soziale und emotionale Auffälligkeiten (Suthcliff 2012).

### Social freezing aus Sicht der Frauen

Eine Reihe von Studien beschäftigt sich damit, wie Frauen selbst das Einfrieren von Eizellen bewerten. In einer dieser Studien wurden Frauen befragt, die in einem New Yorker Kinderwunschzentrum zwischen 2005 und 2011 Eizellen hatten einfrieren lassen (Hodes 2013). In diesem Zeitraum wurden 478 Behandlungen durchgeführt, 187 dieser Frauen füllten den zugesandten Fragebogen aus. Die große Mehrzahl der Frauen (84 Prozent) war zum Zeitpunkt der Behandlung über 35 Jahre alt. Als mit Abstand häufigsten Grund für die Kinderlosigkeit und das Einfrieren eigener Eizellen gaben 84 Prozent der Frauen den fehlenden Partner an. >>

Daneben spielen für 24 Prozent der Frauen auch berufliche und für 15 Prozent finanzielle Gründe eine wichtige Rolle. 15 Prozent der Frauen empfanden die Verantwortung, ein Kind zu bekommen als zu groß. Zum Zeitpunkt der Befragung hatten nur 11 der Frauen eingefrorene Eizellen genutzt, 3 waren damit schwanger geworden. 37 Frauen waren inzwischen auf natürlichem Weg oder durch IVF mit frischen, im aktuellen Zyklus entnommenen Eizellen schwanger geworden. 60 Prozent der Frauen betrachteten das Einfrieren von Eizellen als Sicherung, falls sie auf anderem Weg nicht schwanger werden würden, 37 Prozent sahen darin auch die Möglichkeit, eine Schwangerschaft auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Etwa ein Drittel sah es als sehr wahrscheinlich an, die Eizellen zu nutzen, zwei Drittel als möglich und 3 Prozent hielt es für unwahrscheinlich.

Eine ähnliche Befragung von 140 Frauen, die sich zum Social freezing beraten ließen, wurde in Belgien durchgeführt (Stoop 2013). Die Frauen wurden ein bis drei Jahre nach ihrem Klinikbesuch telefonisch befragt. 86 dieser Frauen hatten mindestens einen Stimulationszyklus durchführen lassen, 51 hatten sich gegen die Behandlung entschieden, bei drei Frauen wurde der erste Zyklus wegen mangelndem Erfolg abgebrochen. In beiden Gruppen lebte zum Zeitpunkt der Befragung gut die Hälfte in einer Partnerschaft, etwa ein Drittel versuchte gerade, schwanger zu werden und ca. 7 Prozent erlebten sich als unfruchtbar.

Ein Drittel der Frauen, deren Eizellen eingefroren wurden, konnten sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr vorstellen, diese zu nutzen und drei Viertel hielten es inzwischen für weniger wahrscheinlich, die Eizellen zu nutzen als zum Zeitpunkt der Behandlung. Trotzdem würden sich fast alle wieder dafür entscheiden, allerdings waren 70 Prozent auch der Ansicht, sie hätten die Eizellen früher einfrieren lassen sollen. Zum Zeitpunkt der Befragung bestand weiterhin bei allen befragten Frauen der Kinderwunsch.

Der gleiche Autor befragte auch in Belgien eine repräsentative Gruppe von Frauen im Alter von 21 bis 40 Jahren zu ihrer Sicht auf ihre Fruchtbarkeit und die Möglichkeit des Social freezing (Stoop 2011). Gut 1000 Fragebögen wurden ausgewertet. Drei Viertel der Frauen hatten bereits von der Möglichkeit des Social freezing gehört. Auf die Frage, ob sie sich vorstellen können, Eizellen einfrieren zu lassen, antworteten gut 3 Prozent mit ja, 28 Prozent mit vielleicht, 16 Prozent mit weiß nicht und gut 50 Prozent mit nein. Die Frauen, die der Methode offen gegenüber standen, waren insgesamt jünger, seltener verheiratet, lebten häufiger nicht mit ihrem Partner zusammen und hatten seltener Kinder.

Die in der Diskussion zum Social freezing oft beklagten falschen Einschätzungen von Frauen zum Rückgang der Fruchtbarkeit in höherem Alter zeigten sich in diesen Studien nicht. Die Mehrzahl der befragten Frauen hat eine realistische oder eher pessimistische Einschätzung dazu.

### **Bewertung**

Das Angebot des Social freezings wird kontrovers beurteilt, allerdings befinden sich die Bewertungen in einem raschen Wandel. Rechtlich ist diese Technik in Deutschland erlaubt. In der Schweiz können zwar Eizellen aus sozialen Gründen eingefroren werden, jedoch ohne medizinische Indikation nicht länger als 5 Jahre. In Österreich ist die Technik verboten.

Die Leitlinie einer Organisation von US-amerikanischen Kinderwunschzentren empfahl die Kryokonservierung von Eizellen ohne medizinische Indikation 2013 noch nicht, da es keine ausreichenden Daten zu Effektivität, Sicherheit, emotionalen Folgen und Kosten-Nutzen-Bilanz gäbe, während die Europäische Gesellschaft für menschliche Reproduktion und Embryologie ESHRE bereits 2012 empfahl, diese Technik anzubieten (ACOG 2014, ESHRE 2012). Allerdings rät die ESHRE bei Frauen über 38 Jahren wegen geringer Erfolgsaussichten davon ab.

---



Das Netzwerk Fertiprotekt aus dem deutschen Sprachraum hat 2012 Empfehlungen zur Durchführung solcher Maßnahmen veröffentlicht und rät nicht grundsätzlich davon ab. In der Empfehlung werden Qualitätsstandards für die Durchführung und zur Beratung der Frauen formuliert.

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland BKID hat keine einheitliche Bewertung der Technik, betont wird jedoch die Bedeutung umfassender und insbesondere unabhängiger Beratung von interessierten Frauen (Dorn 2014).

Von einzelnen ReproduktionsmedizinerInnen sind euphorische Äußerungen zu hören wie „Es geht um nicht weniger als um den Lifestyle einer neuen Generation von Frauen, die sich mit dieser fantastische Technik, die sehr effizient funktioniert und auch sehr einfach anzuwenden ist ... ihre Leichtigkeit zurück erobern und einfach das Ticken der biologischen Uhr abschalten.“ (Puchta 2014). Andere äußern sich skeptischer in Bezug auf den Nutzen der Technik, hauptsächlich, da die Mehrzahl der Frauen, die sich dafür interessieren, eigentlich schon zu alt sei (Nawroth 2013). Sie geben zu bedenken, dass die Chance auf eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege bei gesunden Frauen höher ist im Vergleich zu einer Zeugung durch IVF. Aus diesem Grund sollten Frauen frühestens ab Anfang 40 auf eingefrorene Eizellen zurückgreifen, und das auch nur, wenn sie vorher ein Jahr lang versucht haben, auf natürlichem Weg schwanger zu werden (von Wolff 2013).

Daraus wird das mit diesem Angebot verbundene Dilemma für Frauen ersichtlich: Der optimale Zeitpunkt für die Entnahme und das Einfrieren von Eizellen liegt im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. In dieser Lebensphase können Frauen aber kaum abschätzen, ob sie jemals auf diese Reserve an Eizellen zurückgreifen werden. Die überwiegende Mehrzahl wird sie nicht brauchen weil sie auf natürlichem Wege schwanger werden oder sich dauerhaft gegen eigene Kinder entscheiden. So stehen einer geringen Wahrscheinlichkeit des

Nutzens ein hoher finanzieller Aufwand sowie eine Behandlung mit nicht unerheblichen Belastungen und Risiken gegenüber.

Ab Mitte 30 steigt für Frauen, die bis dahin ihre Kinderwünsche nicht erfüllt haben, die Wahrscheinlichkeit, die Eizellen auch zu nutzen. Aber in diesem Alter wird es bereits schwieriger, genügend Eizellen für eine Kryokonservierung zu gewinnen und damit sinkt die Chance auf eine spätere Schwangerschaft mit dieser Methode deutlich.

Almut Dorn wies in einem Vortrag bei einer Tagung des Deutschen Ethikrates darauf hin, dass es zu den Auswirkungen dieser Technik auf die Psyche der Frauen bisher kein Wissen gäbe, während die massiven psychischen Belastungen und negativen Auswirkungen der Reproduktionsmedizin auf Paare mit unerfülltem Kinderwunsch gut bekannt seien (Dorn 2014). Es sei anzunehmen, dass auch bei der Nutzung von eigenen eingefrorenen Eizellen Enttäuschungen zu erwarten sind, wenn der Erfolg ausbleibt, nachdem die Methode eine Sicherheit versprochen hat, sich den späten Kinderwunsch erfüllen zu können. Das Bild, die Mutterschaft auf Eis legen zu können, sei sehr verlockend, dabei würden nicht nur Eizellen, sondern auch Wünsche auf Eis gelegt.

Ein Diskussionsstrang der Debatte um Social freezing beschäftigt sich mit der Frage, bis zu welchem Alter der Frau eine Schwangerschaft als akzeptabel angesehen wird. Gesetzliche Regelungen oder Richtlinien gibt es dazu in Deutschland nicht. Das Netzwerk Fertiprotekt empfiehlt, Schwangerschaften bei Frauen über 50 Jahren zu vermeiden. Dagegen hält von Wolff, der Leiter des Netzwerks, 45 Jahre für eine sinnvolle Altersgrenze<sup>7</sup>. Das Beratungsnetzwerk BKID fordert eine Altersgrenze von 50 Jahren (Dorn 2014).

Diskutiert werden neben den gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind auch die sozialen Folgen alter Eltern. Hier wird jedoch auch auf den doppelten Standard in Bezug auf das Alter von >>

Vätern und Müttern hingewiesen. Väter über 60 sind gesellschaftlich eher akzeptiert als Mütter in diesem Alter und es wird diskutiert, dass es ein Akt der Gleichberechtigung sei, wenn auch Frauen in diesem Alter Kinder bekommen könnten.

Kritisch wird diskutiert, dass das Social freezing als medizinische Lösung für gesellschaftliche Probleme angeboten wird, die es Frauen erschweren, berufliche Anforderungen und Karrierewünsche mit der Versorgung von Kindern zu vereinbaren. Vorrangiges gesellschaftliches und politisches Ziel sollte sein, Kinderbetreuung und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Frauen ohne massive Benachteiligung im Berufsleben Kinder im optimalen Alter bekommen können.

Auch auf finanzielle Interessen wird hingewiesen, die für Reproduktionsmedizinische Zentren sowie die pharmazeutische Industrie, die die Medikamente zur ovariellen Stimulation herstellt, eine wichtige Rolle spielen. Dieser und viele weitere Aspekte zeigen die Bedeutung einer umfassenden Beratung, bevor Frauen diese relativ neue Möglichkeit nutzen, ohne medizinische Indikation ihre Eizellen für einen späteren Kinderwunsch einfrieren zu lassen. Frauen beziehungsweise Paare sollten unterstützt werden, sich informiert für oder gegen diese Maßnahme entscheiden zu können. Hierbei sollten sie den Nutzen je nach Alter, Gesundheitszustand und Lebenssituation realistisch einschätzen können und vor falschen Hoffnungen und möglicherweise hohen finanziellen Kosten bewahrt werden, zum Beispiel wenn ihnen Social freezing in einem Alter angeboten wird, in dem die Erfolgchancen einer Stimulation beziehungsweise einer späteren Schwangerschaft bereits sehr gering sind.

### Social freezing oder Eizellspende?

Bisher konnten Frauen in höherem Alter, die mit eigenen Eizellen nicht schwanger wurden, auf gespendete Eizellen jüngerer Frauen zurückgreifen. Allerdings mussten deutsche Frauen dafür ins Ausland reisen, da die Eizellspende in Deutschland

nach dem Embryonenschutzgesetz nicht erlaubt ist. Es fragt sich, ob das Social freezing zumindest teilweise die Fremdeizellspende ersetzen wird und ob das als positiv zu bewerten ist. Immerhin unterziehen sich die betreffenden Frauen anders als Eizellspenderinnen der Hormonstimulation und Eizellentnahme im eigenen Interesse, außerdem besteht nicht die Spaltung der biologischen und sozialen Mutterschaft. Andererseits wird die Behandlung sehr häufig ohne Nutzen durchgeführt, da wahrscheinlich die wenigsten Frauen jemals auf diese Eizellen zurückgreifen werden. Und wenn sie sie nutzen, ist die Erfolgchance wegen des höheren Alters beim Einfrieren geringer als bei einer Fremdeizellspende.

Andererseits könnte das Social freezing auch ein Wegbereiter für die Fremdeizellspende sein. Die zur Eigennutzung eingefrorenen Eizellen könnten nämlich auch gespendet werden, wenn klar ist, dass eine Frau sie nicht selbst nutzen wird. In Deutschland ist das bisher nicht erlaubt, hier wird sich die Frage stellen, was mit den nicht genutzten Eizellen geschehen soll. Sollte die Nutzung durch andere Frauen doch erlaubt werden, sollten sie für Forschungszwecke gespendet oder vernichtet werden?

Die ESHRE zumindest erwartet, dass sich durch das Social freezing die Verfügbarkeit von gespendeten Eizellen verbessern wird und sieht das als wichtiges Vorteil an (ESHRE 2012). ■

### Endnoten

1 Eizellen enthalten im Unterschied zu anderen Körperzellen viel Wasser. Beim Einfrieren bilden sich daraus Kristalle, die beim Auftauen die Zellstrukturen beschädigen. Einen großen Fortschritt stellt das ultraschnelle Einfrieren, die so genannte Vitrifikation dar. Inzwischen führen aber auch weiter entwickelte Techniken des langsamen Einfrierens zu hohen Überlebensraten der Eizellen.

2 Tagesschau 22.5.2014 <http://www.tagesschau.de/inland/socialfreezing100.html>

3 Register social freezing. <http://www.fertiprotekt.de/index.php?PHPSESSID=m5r5vqjbktimlovh72619jk5l4&lang=de&id=293>

4 Bei ICSI, der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion, wird ein einzelnes Spermium mit einer Mikropipette in die Eizelle gespritzt.

5 Es gibt Hinweise darauf, dass bei Schwangerschaften durch Fremdeizellspende häufiger eine Präeklampsie beziehungsweise ein schwangerschaftsinduzierter Bluthochdruck auftritt. Da diese Erkrankungen immunologisch mitbedingt sind, wird als Ursache diskutiert, dass der Fetus genetisch nicht mit der Mutter verwandt ist.



6 In Deutschland erlaubt das Embryonenschutzgesetz die Übertragung von höchstens drei Embryonen, die Richtlinie zur assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer gibt vor, dass bei Frauen unter 38 Jahren höchstens zwei Embryonen transferiert werden sollen. In den USA und Israel ist die Zahl nicht begrenzt, dort werden gerade bei älteren Frauen zwischen 3 und 5 Embryonen transferiert.

7 Tagesschau 22.5.2014 <http://www.tagesschau.de/inland/socialfreezing100.html>

## Literatur

ACOG. Oocyte cryopreservation. Committee Opinion Number 584. January 2014. *Obstetrics and Gynecology* 2014; 123: 221-2

Avraham S, Machtinger R, et al. What is the quality of information on social oocyte cryopreservation provided by websites of Society for Assisted Reproductive Technology member fertility clinics? *Fertility and Sterility* 2014; 101: 222-226

Boivin J, Rice F, et al. Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1948-1955.

Cil AP, Bang H, et al. Age-specific probability of live birth with oocyte cryopreservation: an individual patient data meta-analysis. *Fertil Steril* 2013; 100: 492-9

Dittrich R, Lotz L, et al. Kryokonservierung von Eizellen und Ovarialgewebe. *Gynäkologie* 2013; 46: 616-23

Dorn A. Social freezing. Folgen für die Betroffenen. Vortrag gehalten bei der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates "Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft" am 22.5.2014 in Berlin. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/jt-22-05-2014-dorn.pdf>

ESHRE Task Force on Ethics and Law. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Human Reproduction* 2012; 27: 1231-1237

Glasser S, Segev-Zahav A, et al. Primiparity at Very Advanced Maternal Age (> 45 years). *Fertil Steril* 2011; 95: 2548-51.

Hodes-Wertz B, Druckenmiller S, et al. What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility? *Fertil Steril* 2013; 100: 1343-9

Jacobsson B, Ladfors L, et al. Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 727-33.

Kamphuis EI, Bhattacharya S, et al. Are we overusing IVF? *BMJ* 2014; 348: g252.

Kort DH, Gosselin J, et al. Pregnancy after age 50: defining risks for mother and child. *Am J Perinatol* 2012; 29: 245-50.

Lawrenz B, von Wolff M. FertiPROTEKT. Netzwerk für fertilitätsprotektive Maßnahmen vor Chemo- und Strahlentherapie. *Gynäkologie* 2013; 46: 636-641.

Mature oocyte cryopreservation: a guideline. Practice Committees of American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. *Fertil Steril* 2013; 99: 37-43. [PubMed] [Full Text]

Maxwell KN, Cholist IN, et al. The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. *Fertil Steril* 2008; 90: 2165-71.

Nawroth F, Dittrich R, et al. Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen bei nichtmedizinischen Indikationen („social freezing“). Aktueller Stand und Stellungnahme des Netzwerkes Fertiprotekt. *Frauenarzt* 2012; 53: 528-33.

Nawroth F. Social freezing. Pro und Contra. *Gynäkologie* 2013; 46: 648-652.

Paulson RJ, Boostanfar R, et al. Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. *JAMA* 2002; 288: 2320-2323.

Puchta J. Time to chill. Put your fertility on ice. Vortrag gehalten bei der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates "Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft" am 22.5.2014 in Berlin. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/jt-22-05-2014-puchta.pdf>

Sauer MV, Paulson RJ, et al. Pregnancy in women 50 or more years of age: outcomes of 22 consecutively established pregnancies from oocyte donation. *Fertil Steril* 1995; 64: 111-115.

Simchen MJ, Yinon Y, et al. Pregnancy outcome after age 50. *Obstet Gynecol* 2006; 26: 3054-60.

Stoop D, Nekkebroeck J et al. A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age. *Human Reproduction* 2011; 26: 655-661.

Stoop D, Maes E, et al. Oocyte banking for anticipated gamete exhaustion (AGE): a follow-up study. *Human reproduction* 2013; 28 (suppl 1): i47

Stöbel-Richter Y, Brähler E. Ausgewählte Fakten zum politischen Lamento über Deutschlands sinkende Kinderzahlen. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2006; 3: 307-14.

Sutcliffe AG, Barnes J, et al. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *BMJ* 2012; 345: e5116.

Von Wolff M. „Social freezing“. Sinn oder Unsinn? *Gynäkologische Endokrinologie* 2013; 11: 222-224.

Wunder D. Social freezing in Switzerland and worldwide – a blessing for women today? *Swiss Med Wkly*. 2013; 143: w13746.

## AKTUELLE INFORMATION

# Europäischer Verhütungskongress in Lissabon

Ines Thonke

Mit dem Titel „Herausforderungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit“ fand der Kongress der Europäischen Gesellschaft für Verhütung und reproduktive Gesundheit (ESCRH)<sup>1</sup> vom 28. bis zum 31. Mai in Lissabon statt. Die ESCRH nutzte ihr 25 jähriges Jubiläum, um auf die Bedeutung der Verhütung für die reproduktive Gesundheit hinzuweisen.

Gegründet wurde die ESC im Jahr 1988 mit dem Ziel, das Wissen und den Zugang zu Verhütungsmitteln in der Europäischen Union zu verbessern, unterschiedliche Versorgungsrichtlinien



anzugleichen und alle Verhütungsmethoden in der gesamten EU verfügbar zu machen. Inzwischen ist die Gesellschaft auch für nicht-ärztliche Berufsgruppen geöffnet, die an der Verhütungsversorgung beteiligt sind und der Name wurde um „reproductive health“ ergänzt. Diese Erweiterung wurde in den Jubiläumsvorträgen angesprochen, indem auf die weiterhin bestehenden Unterschiede im Bereich der reproduktiven Gesundheit innerhalb der EU aufmerksam gemacht wurde. Bezogen auf zwei Berichte, „The reproductive health report 2011“ sowie „European perinatal health report 2010“, die die Situation der einzelnen Länder hinsichtlich sexueller und reproduktiver Gesundheit am umfassendsten beschreiben, wurden Ungleichheiten bei der Verfügbarkeit und dem individuellen Zugang zu Verhütungsmethoden genannt. Generell wird die Situation in westeuropäischen Ländern besser bewertet. Unterschiede bestehen auch bei nationalen Kostenerstattungsregelungen, Versorgungsstrukturen und rechtliche Rahmenbedingungen. Auch beim Zugang zu Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (ART) unterscheiden sich gesetzliche Regelungen in Bezug auf Alter, Kostenerstattungen sowie Behandlungsoptionen für Alleinstehende und homosexuelle Paare.

Dagegen ist bei den Schwangerschaftsabbruchraten eine Tendenz der Annäherung zwischen den europäischen Ländern zu beobachten. In Zentral- und Osteuropa werden jedoch weiterhin die höchsten Abbruchraten registriert. Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen sind dagegen nirgends so häufig wie in den nordeuropäischen Ländern. Die perinatale und Kindersterblichkeit sinkt in den meisten Ländern, allerdings wird von einer verbreiteten Untererfassung ausgegangen.

Johanna Westeson vom Center for Reproductive Rights in den USA weist auf die Notwendigkeit hin, die medizinischen Aspekte reproduktiver Gesundheit mit Menschenrechtsstandards und ethischen Prinzipien zu verknüpfen. Führende Institutionen wie die Vereinten Nationen, der Europäische sowie der Inter-Amerikanische Gerichtshof für Men-

schenrechte folgen dieser Orientierung. Internationale Urteile zum Recht auf Zugang zum rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch und zur Nutzung der künstlichen Befruchtung sowie zur Aufhebung von Diskriminierung beispielsweise durch Zwangssterilisation belegen dies. Auch die WHO bezieht sich in ihrer Veröffentlichung „Safe abortion“ zur Durchführung von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen in hohem Maß auf Menschenrechtsstandards<sup>2</sup>. M. Temmermann, WHO, erinnert an die bahnbrechende Bedeutung des 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz<sup>3</sup> in Kairo beschlossenen Aktionsprogramms zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten (SRHR). Entscheidend für den Zugang zu SRH sei, dass kontroverse Themen wie der Schwangerschaftsabbruch in nachhaltigen Umsetzungsprogrammen nicht ausgeschlossen werden, wie es oft der Fall ist. Viele Themen des Kongresses ließen sich der sexuellen Gesundheit zuordnen, etwa in der Kongresssitzung zum Thema Sexuality education across Europe, in der zur Umsetzung und Evaluation der gemeinsam von der BZgA und der WHO entwickelten Standards für die Sexuaufklärung in Europa berichtet wurde.

Ein wichtiges Thema war auch die Verhütungsversorgung benachteiligter oder vulnerabler Gruppen, etwa Frauen nach sexueller Gewalt, mit psychischen Erkrankungen, Migrantinnen sowie Jugendliche mit hohem Risiko für eine HIV-Infektion. Für die Versorgung von Frauen nach Vergewaltigung wurde das von der Europäischen Kommission geförderte Instrument „Comparing Sexual Assault Interventions Project (COSAI)“ vorgestellt. Es ermöglicht, bestehende nationale Handlungsempfehlungen zu überprüfen und zu verbessern.

Zahlreiche Vorträge befassten sich mit dem Thrombose-Risiko bei hormoneller Kontrazeption. Wiederholt wurde auf die Bewertung des europäischen Risikobewertungsausschuss im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) hingewiesen, das Risiko einer Thromboembolie sei für alle niedrig dosierten kombinierten hormonalen Kontrazeptiva gering. Dennoch sollte das Risiko der einzelnen Präparate

gegeneinander abgewogen werden, es scheint nach aktuellen Daten unter Hormonkombinationen mit dem Gestagen Levonorgestrel am niedrigsten.

Unter den Begriff Langzeitverhütung (Long acting reversible contraceptives, LARC) fallen alle Methoden, die seltener als einmal im Zyklus angewendet werden müssen. Die Zahl der Möglichkeiten hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Die Anwendung der LARC-Methoden wurde insbesondere im Kontext der Minimierung von Methodenfehlern wie unzuverlässige Pilleneinnahme oder zur Sicherstellung der Verhütung kurz nach einer Geburt oder einem Schwangerschaftsabbruch diskutiert.

Auch die Postkoitalverhütung war Thema zahlreicher Vorträge, die unter anderem auch vom Europäischen Consortium for Emergency contraception (ECEC) organisiert wurden. Die Einlage einer Kupferspirale gilt als sicherste Methode der Nachverhütung. Eine Sondersitzung des ECEC befasste sich mit der Wirkung der Pille danach bei höherem Körpergewicht. Neben der WHO präsentierten auch VertreterInnen der Hersteller HRA-Pharma und Gideon Richter die Ergebnisse ihrer Auswertungen zu dieser Frage. Nach Prüfung der vorliegenden Daten veröffentlichte die ESCRH am 16. Juni eine Stellungnahme<sup>4</sup>. Sie sieht die Datenlage als nicht ausreichend an, einen Wirkungsverlust der Pille danach auf LNG-Basis bei Übergewicht zu belegen. Es wird angeraten, gezielte Studien zu dieser Frage zu initiieren. Bis neue Daten verfügbar sind, sollten Frauen unabhängig von ihrem Gewicht die sicherste Methode, die für sie verfügbar ist, nutzen. In der Diskussion wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die vorschnell gezogenen und publizierten Schlussfolgerungen aus den vorgestellten kleinen Studien in einigen Ländern, zum Beispiel Kanada, schon zu großem Schaden für die betroffenen Frauen führt, wenn Apotheken die LNG-Pillen danach für Frauen ab 80 kg nicht mehr ausgeben.

Eine Multicenterstudie untersuchte die Sicherheit und Verträglichkeit der wiederholten Anwendung

von Ulipristal. Acht Wochen lang nahmen Frauen jeden fünften Tage 30 mg Ulipristal. Zwar wurde die wiederholte Einnahme gut vertragen, jedoch konnte durch die Einnahme der Eisprung in den meisten Fällen (70 bis 90 Prozent) nicht verhindert werden.

Standards des Schwangerschaftsabbruchs sind ein wichtiges und vor allem seit langem selbstverständliches Thema des internationalen Verhütungskongresses. Neben medizinischen Versorgungsstandards im ersten und zweiten Trimester ging es auch um die Folgen der Verweigerung der Durchführung von Abbrüchen aus Gewissensgründen (engl: conscientious objection), ein in vielen Ländern verbreitetes und wenig untersuchtes Phänomen. In einigen Ländern beträgt der Anteil von ÄrztInnen, die sich nicht an der Abbruchversorgung beteiligen, bis zu 70 Prozent. Der Umgang damit sollte klar geregelt werden, Frauen sollten vorab darüber informiert sein, wenn ein Arzt/Ärztin aus Gewissensgründen keine Abbrüche durchführt, sie sollten trotzdem umfassende Informationen erhalten und an Einrichtungen verwiesen werden, die Abbrüche durchführen. Mit der Frage, ob die Versorgung zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch auch von anderen Berufsgruppen geleistet werden kann, hat sich eine schwedische Studie befasst. Die Ergebnisse einer randomisierten Untersuchung mit fast 1200 Frauen in Schweden zeigen, dass in Regionen mit hohen medizinischen Standards Abbrüche in der Frühschwangerschaft durch Krankenpflegepersonal und Hebammen sicher durchgeführt werden können. Die Zufriedenheit der behandelten Frauen war höher, wenn der Abbruch von einer der beiden Berufsgruppen statt von einer ÄrztIn durchgeführt wurde. ■

### Endnoten

1 13. Congress der European Society of Contraception and Reproductive Health, Title: Challenges in Sexual and Reproductive Health, Terming: 28. bis 31. Mai 2014, Lisbon, Portugal, [www.esrh.eu](http://www.esrh.eu)

2 Safe abortion. Technical and Policy Guidelines for Health Systems. WHO 2012

3 International Conference on Population and Development, ICPD

4 ESC RH statement on LNG-EC 16.6.2014

[www.esrh.eu/about-esc/news/esc-rh-statement-lng-ec](http://www.esrh.eu/about-esc/news/esc-rh-statement-lng-ec)

## Deutscher Ethikrat befasst sich mit Fortpflanzungsmedizin

*Ines Thonke*

Der Deutsche Ethikrat nahm gesellschaftliche Veränderungen durch die zunehmenden Handlungsoptionen im Bereich der Fortpflanzungsmedizin zum Anlass, seine Jahrestagung diesem Thema zu widmen. Sie fand unter dem Titel „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft“ am 22. Mai 2014 in Berlin statt. Die Veranstaltung befasste sich mit dem medizinischen Sachstand, rechtlichen Fragestellungen, ethischen Herausforderungen und der Diskussion um reproduktive Autonomie. In drei parallel stattfindenden Foren wurden konkrete Handlungsoptionen diskutiert. Ein Forum befasste sich mit Eingriffen in die Keimbahn und dem sich aus der genetischen Veränderung ergebenden Begriff des „Drei-Eltern-Babys“. Weitere Themen

waren Elternschaft und Familie im Kontext von Eizellspende und Leihmutterschaft sowie die Möglichkeit der zeitverschobenen Elternschaft durch Kryokonservierung von Keimzellen (Social freezing).

Alle Beiträge der Jahrestagung, die abschließende Diskussion und die Ergebnisse einer öffentlichen Online-Befragung zur Einstellung der TeilnehmerInnen sind unter [www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland) im Internet verfügbar.

Der Deutsche Ethikrat hat als unabhängiger Sachverständigenrat mit 26 Mitgliedern (Ethikratgesetz 2007) die Aufgabe, die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft zu verfolgen, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Er erarbeitet seine Stellungnahmen auf Grund eigener Entschlüsse, im Auftrag des Deutschen Bundestags oder der Bundesregierung. ■

### Impressum

#### **Herausgeber**

pro familia Bundesverband  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt am Main

#### **Redaktion**

Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg  
Dr. med. Ines Thonke, pro familia Bundesverband

E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)  
[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)

Erscheinungsweise: vierteljährlich  
© 2014 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

