

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Juli 2009 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Professionalisierung der Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch	3
Kinderwunschbehandlung mit Eizellspende	8
Hinweise	
- Psychiatrische Erkrankungen als unerwünschte Wirkungen von Mirena®	11
- Neue Pille für die Notfallverhütung	11
- Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes verabschiedet	13
- Gendiagnostikgesetz verabschiedet	14
- Spanien: Neues Gesetz ermöglicht kostenlose Abtreibung und rezeptfreie Pille danach	15
- Jugendschutz in Litauen	15
- Chlamydien-Screening	15
HIV	
- HIV-Schnelltest –Neue gesetzliche Regelung für Vertrieb und Durchführung	16
- Deutsche AIDS-Hilfe ergänzt Positionen zu HIV-Therapie und Prävention	16
- Aktualisierte Broschüre zur HIV-Therapie	16
Fortbildungen	17
Buchhinweise	17

Impressum: © 2009

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).

Professionalisierung der Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch

Petra Thorn

Die psychosoziale Versorgung bei unerfülltem Kinderwunsch hat in den letzten Jahren einen deutlichen Professionalisierungsschub erhalten. In einigen Ländern wurden Organisationen und Berufsverbände gegründet, die Qualifikationsrichtlinien entwickeln und Fort- und Weiterbildungen anbieten. Hierzu gehören die *Mental Health Professional Group* in den USA, die *British Infertility Counselling Association*, die *Australia/New Zealand Infertility Counsellors Association* sowie weitere Organisationen in Kanada, Japan, Lateinamerika und der Schweiz. Im Jahr 2002 haben sich diese nationalen Organisationen zur *International Infertility Counselling Organisation* (IICO) zusammengeschlossen. In Deutschland wurde im Jahr 2000 das *Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland* (BKID) gegründet, seit 2002 ist BKID ein eingetragener Verein. Das Beratungsnetzwerk versteht sich als multiprofessioneller Zusammenschluss der psychosozialen Berater und Beraterinnen in Deutschland, welche langjährige Erfahrungen in der psychologischen und psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch und ungewollter Kinderlosigkeit haben. Auch BKID arbeitet aktiv bei IICO mit und ist auf Vorstandsebene vertreten.

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die aktuellen Themen in der Beratung bei Kinderwunsch. Er basiert auf dem Handbuch des *Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland* (Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008) sowie auf aktuellen nationalen und internationalen Diskussionen.

Einige Daten und Fakten

Aktuellen Studien gemäß wird davon ausgegangen, dass zwischen 9 und 16 % aller Paare im fortpflanzungsfähigen Alter unfruchtbar sind (Boivin, Bunting, Collins & Nygren 2007). In Deutschland wird vermutet, dass bis zu 10 % dieser Altersgruppe betroffen sind (Brähler, Stöbel-Richter, Huinink & Glander 2001; Gnath et al. 2005). Hier ist allerdings nur eine Schätzung möglich, da es Konstellationen gibt, in denen der

Kinderwunsch nicht eindeutig ist, beispielsweise wenn sich die Frau ein Kind wünscht, der Mann jedoch (noch) nicht, wenn gewollte Kinderlosigkeit in eine ungewollte übergeht oder wenn der Kinderwunsch aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen aufgeschoben wird. Die Anzahl reproduktionsmedizinischer Behandlungen hat sich in Deutschland nach Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 deutlich verringert. Wurden im Jahr 2002 noch über 87.000 IVF- (In-vitro-Fertilisation), bzw. ICSI- (intrazytoplasmatische Spermieninjektion) Behandlungen (inkl. Kryotransfer) durchgeführt, sank diese Zahl auf unter 65.000 Zyklen im Jahr 2007. Die Schwangerschaftsrate wird von den Behandlungszentren zwischen 20 und 25 % angegeben, die Lebendgeburt rate ist jedoch deutlich niedriger und liegt aktuell im Durchschnitt bei knapp 14 % pro initiiertem Behandlungszyklus; sie hat sich in den letzten Jahren kaum verändert (Wischmann 2008a).

In der psychosomatischen Literatur wurden Paare mit unerfülltem Kinderwunsch lange Jahre pathologisiert. Mittlerweile belegt die Forschung, dass Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen in der Regel psychopathologisch unauffällig sind. Viele wissenschaftliche Untersuchungen zeigen allerdings auf, dass Infertilität vor allem von Frauen als schlimmste emotionale Krise erlebt wird. Sie kann mit leicht erhöhter Depressivität, mit Ängstlichkeit und vermehrten Körperbeschwerden einhergehen. Letztere sind vor allem Folgen der reproduktionsmedizinischen Behandlungen. Auch Paare mit idiopathischer Sterilität (ohne psychische oder organische Ursache) zeigen keine psychologischen Unterschiede zu Paaren mit organisch gesicherter Infertilität. Insgesamt, so folgert Wischmann (2008a) im Handbuch, „ist festzustellen, dass die Erfolgsaussichten der Reproduktionsmedizin im Allgemeinen eher überschätzt werden, während ihre psychologischen Aus- und Nebenwirkungen immer noch häufig unterschätzt werden“.

Psychologische Aspekte der Infertilität

Mittlerweile wird nur noch in Ausnahmefällen von einer psychogenen Infertilität gesprochen. Die aktuelle Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (Strauß, Brähler & Kentenich 2004) geht nur in drei Fällen davon aus, dass der Kinderwunsch aus psychologischen Gründen nicht umgesetzt werden kann:

1. wenn ein Paar trotz Aufklärung fruchtbarkeits-schädigendes Verhalten praktiziert,

2. wenn ein Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert bzw. eine nicht-organisch bedingte sexuelle Störung vorliegt,
3. wenn ein Paar eine aus medizinischer Sicht sinnvolle Kinderwunschbehandlung zwar bewusst bejaht, diese aber auch nach langer Bedenkzeit nicht beginnt.

Die Prävalenz einer rein psychogenen Infertilität wird auf ca. 5 % der Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen geschätzt. Lange Jahre wurde ein Zusammenhang zwischen Stress und Infertilität diskutiert, d. h. Stress wurde als (Mit-)Ursache der Unfruchtbarkeit vermutet. Bislang konnte ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Stress und Infertilität allerdings nicht nachgewiesen werden. Sehr wahrscheinlich wird das individuelle Stressempfinden durch andere Variablen wie Qualität der Paarkommunikation, unterschiedliche Bewältigungsstile etc. moduliert; dies gilt es jedoch noch wissenschaftlich zu belegen.

Rund die Hälfte aller Paare, die sich reproduktionsmedizinischen Behandlungen unterziehen, bleibt kinderlos. Viele Paare trauern um ihren nicht in Erfüllung gegangenen Kinderwunsch, und diese Trauer kann viele Monate anhalten. Gerade in der Hilfestellung bei der Trauerarbeit liegt eine große Bedeutung professioneller psychosozialer Beratung. Auf lange Sicht haben Studien jedoch aufgezeigt, dass sich kinderlos gebliebene Paare in der Lebensqualität nicht von Paaren unterscheiden, deren Kinderwunsch in Erfüllung gegangen ist.

In den letzten Jahren haben Studien vermehrt die Entwicklung von Kindern nach medizinisch unterstützter Zeugung untersucht. Zwar wurde in einigen Studien eine Tendenz zur Überbehütung von Kindern nach IVF festgestellt, in neueren Studien finden sich jedoch keine Häufungen sozialer oder psychologischer Auffälligkeiten. Ein deutlicher Risikofaktor ist allerdings die Geburt von Mehrlingen (siehe unten). Studien, die die körperliche Entwicklung der Kinder nach IVF und ICSI untersuchten, stellten im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern ein erhöhtes Risiko für chromosomale Anomalien fest: Während nach einer Spontankonzeption bei jeder 15. Schwangerschaft mit einer schweren Fehlbildung zu rechnen ist, ist nach IVF oder ICSI jede 12. Schwangerschaft betroffen (Wischmann 2008b). Die Ursache hierfür ist noch unklar.

Qualitätsstandards für die psychosoziale Beratung

Als Ziele der psychosozialen Kinderwunschberatung werden vor allem die bessere Bewältigung der Kinderlosigkeit und die bessere Kommunikationsfähigkeit innerhalb der Paarbeziehung sowie mit dem medizinischen Personal und mit Außenstehenden formuliert. Grundsätzlich stehen viele Paare einer Beratung positiv gegenüber. Angst vor Stigmatisierung wegen der Inanspruchnahme einer psychologischen Beratung, Zweifel an ihrer Wirksamkeit in Bezug auf die Erfüllung des Kinderwunsches oder Angst vor Labilisierung führen allerdings dazu, dass nur ein kleiner Teil der Paare eine Beratung tatsächlich wahrnimmt. BKiD hat sich seit seiner Entstehung dafür eingesetzt, dass die psychosoziale Kinderwunschberatung besser in die medizinische Behandlung integriert wird und in den letzten Jahren sind in der Tat vermehrt Kooperationen zwischen Beratern und Beraterinnen bzw. Beratungseinrichtungen und reproduktionsmedizinischen Zentren entstanden. Um die Kinderwunschberatung auf einem fachlich hohen Niveau anbieten zu können, hat BKiD Qualitätsrichtlinien für Fachkräfte (<http://www.bkid.de/selbst.html>) sowie Richt- und Leitlinien für die Beratung (<http://www.bkid.de/richtlinien.pdf>) erstellt.

Voraussetzungen

Gemäß den Qualifikationsrichtlinien müssen psychosoziale Fachkräfte, die von BKiD anerkannt werden, eine abgeschlossene Berufsausbildung im psychosozialen Bereich, eine abgeschlossene (bzw. weit fortgeschrittene) Weiterbildung/Qualifikation in Beratung/Psychotherapie sowie psychologisches und medizinisches Basiswissen im reproduktionsmedizinischen Bereich vorweisen. Auch ist eine zweijährige Berufserfahrung in der psychosozialen Beratung/Therapie, davon ein Jahr in der „Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ erforderlich. Darüber hinaus müssen eine kontinuierliche Weiterbildung nach dem BKID-Weiterbildungskatalog (http://www.bkid.de/weiterbildungskatalog_BKiD_2006.pdf), Supervision/Intervision sowie die Einhaltung der von BKiD erstellten Richtlinien nachgewiesen werden.

Im Jahr 2005 wurden die Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ erstellt, 2007 wurden sie aktualisiert. Sie basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Diese Richtlinien sprechen für die Kooperation

mit reproduktionsmedizinischen Zentren folgende Empfehlungen aus:

- Integration der psychosozialen Beratung in die reproduktionsmedizinische Behandlung, indem alle reproduktionsmedizinischen Zentren eine Kooperation mit qualifizierten Fachkräften nachweisen,
- Hinweis auf die Möglichkeit einer Beratung bei medizinischem Erstkontakt,
- Wiederholter Hinweis auf Beratung vor invasiven Eingriffen,
- Gestaltung der Beratung personell und finanziell unabhängig von der medizinischen Behandlung,
- Information über Alternativen der Familienbildung durch medizinische und psychosoziale Fachkräfte,
- interdisziplinäre Informationsveranstaltungen,
- Möglichkeit einer Beratung auch unabhängig von oder nach Abschluss einer medizinischen Behandlung.

Die Ziele und Inhalte der Beratung sind gemäß diesen Richtlinien:

- die umfassende Information über psychosoziale Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit sowie eine Sensibilisierung der Ratsuchenden für die Bedeutung individueller kurz- und langfristiger Implikationen ihres Umgang mit dem Kinderwunsch,
- die Begleitung und Unterstützung von Ratsuchenden, damit ein möglichst wenig belastender Umgang mit dem Kinderwunsch erarbeitet werden kann,
- ein ergebnisoffener Prozess, der den kreativen und konstruktiven Umgang mit den Herausforderungen des Kinderwunsches basierend auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen fördert,
- das Erkennen und Verändern von unerwünschten oder hinderlichen Verhaltensweisen,
- die Berücksichtigung aller Lebensthemen, die vom Kinderwunsch tangiert sind,
- die Reflexion und möglichst Sicherstellung des Wohls des so gezeugten Kindes, bereits geborener Kinder und der Familie.

Das Risiko von Mehrlingen und die Bedeutung von Beratung

Kinder nach reproduktionsmedizinischer Behandlung entwickeln sich in der Regel unauffällig. Eine deutliche Risikogruppe sind allerdings Mehrlinge, auch bereits Zwillinge. In den letzten Jahren haben reproduktionsmedizinische Fachgesellschaften vermehrt auf das Risiko von Mehrlingschwangerschaften aufmerksam gemacht und Richtlinien erstellt, die dazu beitragen sollen, die Mehrlingsrate zu senken. Für Deutschland empfiehlt die Bundesärztekammer die Rückführung von maximal zwei befruchteten Eizellen bei Frauen unter 35 (Bundesärztekammer 2006). In der Beratung zeigt sich jedoch immer wieder, dass Paare ein Mehrlingsrisiko billigend in Kauf nehmen, vor allem nach langer Kinderlosigkeit und/oder erfolglosen Behandlungen. Emotional ist eine erhöhte Risikobereitschaft nachvollziehbar, auch die finanziellen Regelungen führen zu einem zusätzlichen Erfolgsdruck. Häufig fehlt es an umfassender Information und Aufklärung über die Folgen und vor allem die möglichen Risiken einer Mehrlingsgeburt. Es gilt daher in der Beratung, die Paare hierfür zu sensibilisieren. Dazu ist es erforderlich, die Folgen während der Schwangerschaft und vor der Geburt (z. B. Frühgeburtlichkeit aufgrund von Zervixinsuffizienz, geringes Geburtsgewicht, erhöhtes Risiko von Schwangerschaftsdiabetes, Anämie, Rückenschmerzen und Beschwerden im Bereich des Verdauungstraktes, erhöhtes Risiko für Befindlichkeitsstörungen wie Depressionen sowie häufigere Krankenhausaufenthalte) sowie die Langzeitfolgen (z. B. Krankenhausaufenthalts eines oder aller Kinder, höhere perinatale Morbidität und Mortalität, höhere Rate an Entwicklungsverzögerungen, Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Bindung aufgrund der Versorgungspflicht mehrerer Kinder, finanzielle Belastung, höhere Scheidungsrate der Eltern etc.) zu thematisieren (Thorn 2008a).

In manchen Fällen erwägen Paare eine selektive Abtreibung bzw. dies wird aus medizinischer Sicht empfohlen, um einem oder zwei Kind/ern eine bessere Überlebenschance einzuräumen. Dies ist eine ethisch umstrittene Maßnahme, mit der sich Wunscheltern vor allem nach reproduktionsmedizinischen Eingriffen schwer tun. Auch hier gilt es nicht nur die aktuelle Situation zu reflektieren (beispielsweise das Ertragen der emotionalen Ambivalenz zwischen Freude über die Schwangerschaft und Trauer um das abgetriebene Kind), sondern die Langzeitfolgen (z. B. das Umgehen mit dem Wissen, dass man zu einer Selektion des/r Kindes/r beigetragen hat, die

Bedeutung dieser Entscheidung in der Geschichte des Paares und der Familie) zu berücksichtigen.

Familienbildung mit Gametenspende

Mit Hilfe reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten und den vielfältigen Optionen der Gametenspende sind in den letzten Jahren neuartige und ungewohnte Familienzusammensetzungen möglich geworden. Hierzu gehören seit über 100 Jahren die Samenspende (auch donogene Insemination – DI) und seit Einführung der IVF die Eizellspende, die Embryonenspende sowie die Leihmutterchaft mit oder ohne Gametenspende. Die DI wird in Deutschland überwiegend bei heterosexuellen Paaren durchgeführt. Die juristisch ungeklärten Rechte und Möglichkeiten eines Samenspenders bei Verwendung seines Samens für lesbische oder allein stehende Frauen sowie die negative Haltung der Bundesärztekammer hierzu hat dazu geführt, dass viele Ärzte diese Gruppen nicht behandeln, obgleich Spender selbst diesbezüglich eine recht liberale Haltung haben (Thorn, Katzorke & Daniels 2009). Andere Formen der Gametenspende und der Leihmutterchaft sind in Deutschland aufgrund des Embryonenschutzgesetzes verboten. Der klinische Alltag erweist allerdings, dass immer mehr Paare eine Eizellspende im Ausland (vor allem in Spanien und in osteuropäischen Ländern) durchführen und vereinzelt Paare auch eine Leihmutterchaft in den USA erwägen. Wissenschaftliche Studien haben sich in den letzten Jahren vermehrt der Familiendynamik in solchen Familien und der psychosozialen Entwicklung der Kinder gewidmet. Die bislang durchgeführten Projekte zeigen auf, dass sich die Zeugungsart nicht negativ auf die Familie oder die Entwicklung der Kinder auswirkt, unabhängig von der sexuellen Ausrichtung der Eltern. Es fehlen in diesem Bereich jedoch noch repräsentative Langzeitforschungen. Viele Fachkräfte empfehlen mittlerweile eine frühzeitige Aufklärung der Kinder, damit ein belastendes Familiengeheimnis und die Gefahr einer Identitätskrise bei unbeabsichtigter Aufklärung des Kindes vermieden werden und das Vertrauensverhältnis innerhalb der Familie nicht leidet (Thorn 2008b).

Vor allem in den USA gibt es seit einigen Jahren einen sog. „Gaybe-Boom“, also das Phänomen, dass sich vermehrt schwule Männer zu ihrem Kinderwunsch bekennen und ihn umsetzen – mit Hilfe einer Adoption oder mit Hilfe einer Leihmutterchaft und dem eigenen Samen. Auch allein stehende Männer haben mittlerweile den Mut, ihren Kinderwunsch umzusetzen. Zwar liegen

hierzu erste Erfahrungsberichte vor (Mucklejohn 2005), jedoch noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Da die Familienbildung mit Gametenspende spezifische Fragestellungen nach sich zieht, wird von BKiD eine ausführliche Beratung der Wunscheltern vor Behandlungsbeginn empfohlen und es wurden hierfür Leitlinien erstellt. Diese Beratung sollte, wie auch die allgemeine Kinderwunschberatung, von qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden. Von in dieser Materie erfahrenen BKiD-Mitgliedern werden daher seit 2008 speziell zum Thema der Gametenspende Fortbildungen angeboten. Die Leitlinien wurden in einer deutschen (Thorn & Wischmann 2008) und englischen Fachzeitschrift (Thorn & Wischmann 2009) veröffentlicht, sie können auf der Homepage des Verbands eingesehen werden (http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf) und empfehlen folgende Themen in der Beratung (der Schwerpunkt liegt aufgrund der gesetzlichen Möglichkeiten in Deutschland auf der Spendersamenbehandlung):

- grundlegende gesetzliche und medizinische Information,
- Reflexion und Würdigung des bisherigen Kinderwunsches,
- Exploration der Haltung gegenüber einer DI und der Bedeutung des Spenders,
- Erarbeitung der Entscheidung, mit wem über die DI gesprochen werden kann,
- Information über entwicklungspsychologisch angemessene Aufklärung des Kindes, Empfehlung einer frühzeitigen Aufklärung,
- Bedeutung des Spenders für das Kind, auch im Erwachsenenalter,
- Rechte des Kindes,
- Beratung des Spenders mit ähnlichen Schwerpunkten aus dessen Perspektive,
- Wichtigkeit einer psychosozialen Beratung in den Fällen, in denen der Spender den Wunscheltern bekannt ist,
- Beratung von jungen Erwachsenen, die Kontakt zum Spender herstellen möchten, Vorbereitung und Begleitung einer solchen Kontaktaufnahme (diese Beratung gewinnt zunehmend an Bedeutung).

Neue Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin

Immer wieder sind in den letzten Jahren neue reproduktionsmedizinische Verfahren entwickelt

worden, die dazu beitragen sollen, die Schwangerschaftsraten zu erhöhen. Hierzu gehören u. a. Verfahren wie die Polkörperdiagnostik (die eine genetische Untersuchung der Eizelle vor Abschluss der Befruchtung zulässt) und das so genannte „assisted hatching“ (bei dem versucht wird, dem heranwachsenden Embryo das Verlassen der Zona pellucida zu erleichtern; dazu wird die Umhüllung angeritzt oder ausgedünnt). Ein weiterer Behandlungsansatz ist die immunologische Untersuchung (davon ausgehend, dass immunologische Gründe eine Einnistung verhindern, wird eine Immunisierung durchgeführt). Diese Verfahren haben allerdings nur in manchen Studien zu einer leicht erhöhten Schwangerschaftsrate geführt, so dass individuell entschieden werden muss, ob diese Verfahren, die in der Regel mit Zusatzkosten verbunden sind, die von der Krankenkasse nicht getragen werden, sinnvoll und Erfolg versprechend sind.

Im Ausland werden mittlerweile Verfahren wie der Blastozystentransfer und die Präimplantationsdiagnostik (PID) häufig angewendet. Beim Blastozystentransfer wird am dritten bis siebten Tag nach Befruchtung der bestentwickelte Embryo für den Transfer in die Gebärmutter der Wunschmutter selektiert. Weitere gut entwickelte Embryonen werden für spätere Behandlungen kryokonserviert, diejenigen, die sich schlecht entwickelt haben, werden verworfen. Für dieses Selektionsverfahren sind mindestens acht Embryonen erforderlich, da sich viele Eizellen im Nährmedium nicht weiterentwickeln. Gerade ältere Frauen, die eher wenige Eizellen entwickeln, gehen das Risiko ein, dass am Tag des geplanten Transfers keine befruchteten Eizellen zur Verfügung stehen. Die Einnistungsraten von Blastozysten liegen zwischen 30 und 50 % und ist vor allem vom Alter der Frau abhängig (Kleinschmidt 2008). Bei der PID werden Diagnoseverfahren der Humangenetik mit Verfahren der Reproduktionsmedizin kombiniert, um Paaren mit einem hohen Risiko für ein Kind mit genetischer Erkrankung eine Alternative zur Pränataldiagnostik und zum Schwangerschaftsabbruch zu bieten. Da bei einer PID allerdings nur wenige Zellen untersucht werden, verbleibt ein Restrisiko für die Geburt eines betroffenen Kindes. Darüber hinaus kann mittlerweile ein Präimplantationsscreening (PGS) Embryonen nach chromosomalen Abweichungen wie Aneuploidien untersuchen. Auch wenn solche Verfahren in Einzelfällen sinnvoll erscheinen, führt eine PGS einer Übersichtsarbeit zufolge bei älteren Frauen nicht zu einer erhöhten Schwangerschaftsrate (Anderson & Pickering 2008). Auch ist die Anzahl der Erkrankungen oder Störungen, bei denen eine PID sinnvoll eingesetzt werden

kann, zurzeit noch begrenzt und wächst nur langsam (Nippert 2006).

Ausblick

Dieser Beitrag zeigt das fachliche Engagement von BKiD in Deutschland auf. Vor allem die Entwicklung professioneller Standards und die aktive Öffentlichkeitsarbeit von BKiD und einzelnen Mitgliedern haben dazu geführt, dass immer mehr reproduktionsmedizinische Zentren Kooperationen mit psychosozialen Fachkräften herstellen. Innerhalb von Deutschland gilt es in den nächsten Jahren, diese weiter auszubauen und zu festigen. Darüber hinaus gibt es weitere Bereiche in der psychosozialen Versorgung, für die die Entwicklung verbindlicher fachlicher Standards hilfreich wäre. Auf europäischer und internationaler Ebene ist das Thema des reproduktiven Reisens ein Bereich, in dem dringend mehr Austausch und Informationsfluss erforderlich ist, damit die steigende Anzahl von Wunscheltern, die eine Behandlung im Ausland beabsichtigen, sowohl auf medizinischer als auch auf psychosozialer Ebene umfassend und kompetent versorgt werden kann. Zu diesem Themenkomplex liegt eine aktuelle für den pro familia-Bundesverband erstellte Expertise der Autorin vor.¹ Aktuell wird in den Medien die Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen diskutiert. BKiD hat im Mai hierzu in Form eines offenen Briefes (<http://www.bkid.de/pressemit.html>) an die Bundesministerinnen Ursula von der Leyen und Ulla Schmidt Stellung genommen und sich für eine finanzielle Unterstützung ungewollt kinderloser Paare eingesetzt, die nicht nur eine medizinische, sondern auch eine psychosoziale Versorgung einschließen soll.

Literatur

Anderson RA, Pickering S., The current status of preimplantation genetic screening: British Fertility Society Policy and Practice Guidelines. *Hum Fertil (Camb)* 2008; 11(2): 71-75

Boivin J, Bunting L, Collins J, Nygren K. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007; 22(6): 1506-1512

Brähler E, Stöbel-Richter Y, Huinink J, Glander H-J. Zur Epidemiologie gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in Ost- und Westdeutschland. *Journal*

¹: Expertise Reproduktives Reisen, pro familia Bundesverband 2008. Im pdf-Format über www.profamilia.de → Info-Material → Downloads.

für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2001; 17: 157-162

Bundesärztekammer. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. *Dt Aerztebl* 2006; 20: A1392-A1403

Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges J, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Hum Reprod* 2005; 20(5): 1144-1147

Kleinschmidt D. Die neuen Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin – zwischen Heilung und Grenzüberschreitung. In: Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008: 37-45

Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T. Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Stuttgart: Kohlhammer, 2008

Mucklejohn I. And then there were three. Diary of a truly single father. London: Gibson Square Books, 2008

Nippert I. Präimplantationsdiagnostik – ein Ländervergleich. Die aktuelle Situation hinsichtlich der gesetzlichen Regelung, der Anwendung und der gesellschaftlichen Diskussion in Belgien, Frankreich und Großbritannien. Berlin: Friedrich-Ebert Stiftung, 2006

Strauß B, Brähler E, Kentenich H. Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer, 2004

Thorn P (2008a). Mehrlingsschwangerschaften. In: Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008: 68-72

Thorn, P. (2008b). Eine Familie ... ist eine Familie ... ist eine Familie? In: Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008: 99-105

Thorn P, Katorke T, Daniels K. Samenspende in Deutschland – liberaler als die Vorgaben des Berufsrechts? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2009; 69: 297-302

Thorn P, Wischmann T. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2009; 3: 147-152

Thorn P, Wischmann T. German Guidelines for Psychosocial Counselling in the Area of Gamete Donation. *Hum Fertil (Camb)* 2009, in Druck

Wischmann T (2008a). Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin – Einige grundlegende Daten. In Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008: 31-36

Wischmann, T. (2008b). Psychologische Aspekte des unerfüllten Kinderwunschs. In Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008: 51-58

Kinderwunsch- behandlung mit Eizellspende

Helga Seyler

Bei der Kinderwunschbehandlung mit Eizellspende werden wie bei der Behandlung mit Spendersamen Keimzellen von Personen verwendet, die keine soziale Elternrolle übernehmen.

Während die Behandlung mit Spendersamen in Deutschland zumindest bei heterosexuellen Paaren erlaubt ist², ist die Behandlung mit Eizellspende im Embryonenschutzgesetz verboten. Da diese Möglichkeit jedoch in zahlreichen Nachbarländern angeboten wird, reisen immer mehr deutsche Frauen in solche Länder, z. B. Spanien, die Niederlande, Tschechien oder andere osteuropäische Länder.

Nutzen der Eizellspende

Mit Hilfe von gespendeten Eizellen können Frauen schwanger werden, bei denen die eigenen Eierstöcke keine reifen Eizellen mehr produzieren. Das ist zum Beispiel bei frühzeitigen Wechseljahren der Fall, die bei einzelnen Frauen bereits ab der dritten Lebensdekade auftreten können. Häufig kommt es auch nach Krebsbehandlungen zu vorzeitigen Wechseljahren. Für diese Frauen ist eine Schwangerschaft nur noch mit Eizellspende möglich.

Selten (aber mit großem Medienecho) wird die Eizellspende auch von Frauen genutzt, die sich nach den zum üblichen Zeitpunkt auftretenden Wechseljahren ihren Kinderwunsch noch erfüllen wollen.

Für Frauen, deren Fruchtbarkeit auf Grund ihres Alters verringert ist und die zum Beispiel nach mehreren IVF-Zyklen nicht schwanger geworden sind, kann die Behandlung mit Eizellen von jüngeren Frauen die Chance auf eine Schwangerschaft und Geburt deutlich erhöhen.

Sehr selten kann auch eine Erbkrankheit bei der Frau ein Grund sein, sich für eine Schwangerschaft mit Eizellspende zu entscheiden, um die Weitergabe der Krankheit an das Kind auszuschließen.

² Die Behandlung mit Spendersamen bei Frauen in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft und allein lebenden Frauen ist rechtlich nicht klar geregelt, siehe FPR 2004, Nr. 2.

Bedeutung für die Wunscheltern und Kinder

Rechtlich sind Frauen, die mit Hilfe einer Eizellspende schwanger werden, in Deutschland abgesichert, da sie als die legale Mutter des Kindes gelten³.

Wie bei Kindern, die durch Samenspende gezeugt wurden, stellt sich die Frage nach der Aufklärung der Kinder und des sozialen Umfelds über die Art der Zeugung. Obwohl alle ExpertInnen eine frühzeitige und der Entwicklung des Kindes angemessene Aufklärung empfehlen, tut sich die Mehrzahl der Eltern schwer damit.

In den meisten Fällen erfolgt die Eizellspende anonym, das bedeutet, dass die Wunscheltern die Identität der Spenderin nicht erfahren können und auch die Kinder später keine Möglichkeit dazu haben.

Über die psychische Entwicklung der Kinder gibt es nur wenige Daten. Diese zeigen jedoch keine Unterschiede im Vergleich zur Entwicklung von natürlich gezeugten Kindern. Keine Daten gibt es zum Umgang der Kinder bzw. Jugendlichen mit der Anonymität oder Offenheit der Daten der Eizellspenderin. Viele Jugendliche, die mit Spermensamen von dokumentierten Spendern gezeugt wurden, äußerten den Wunsch, etwas über die Identität des Spenders zu erfahren, als Motiv wurde meist Neugier genannt (Scheib 2005, Vanfraussen 2003).

Eizellspende aus Sicht der Spenderin

Im Vergleich zur „Gewinnung“ von Spermensamen ist die Eizellspende mit einer eingreifenden Behandlung und gesundheitlichen Risiken für die Spenderin verbunden.

Die Behandlung entspricht bis zur Eizellentnahme der bei einer IVF-Behandlung.

Die Spenderin wird zunächst mit verschiedenen Hormonen behandelt (meist über einen Zeitraum von sechs Wochen), damit möglichst viele Eizellen gleichzeitig in den Eierstöcken heranreifen. In dieser Zeit werden regelmäßige Ultraschallkontrollen und Hormonuntersuchungen im Blut durchgeführt.

Die Eizellen werden dann mit einer Kanüle aus den Eierstöcken entnommen, meist durch die Vagina, manchmal auch mittels einer Bauchspiegelung. Die Eizellpunktion durch die Vagina wird meist in Kurznarkose, manchmal nach einer Be-

ruhigungsspritze durchgeführt. Für eine Bauchspiegelung ist immer eine Vollnarkose notwendig. Die hormonelle Stimulation kann mit zahlreichen Nebenwirkungen verbunden sein. Am häufigsten treten Brustspannen, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit und Stimmungsveränderungen auf, seltener ein geblähter Bauch, Bauchschmerzen und Wasseransammlungen im Körper.

Bei der Eizellpunktion kann es selten zu Blutungen in den Bauchraum oder einer Infektion im kleinen Becken kommen.

Nach der Eizellentnahme kann es auch zum so genannten „Überstimulationssyndrom“⁴ (OHSS) kommen. Dabei bilden sich große Zysten an den Eierstöcken, es kann zu Wasseransammlung im Bauch und in der Lunge kommen, die Nierenfunktion kann beeinträchtigt sein und das Thromboserisiko ist deutlich erhöht. Bei schweren Formen des Überstimulationssyndroms kann eine Behandlung im Krankenhaus notwendig sein. Über die Häufigkeit des OHSS im Rahmen der Eizellspende gibt es keine verlässlichen Daten. Bei IVF-Behandlungen kommt es bei weniger als 1 % der Fälle zu einem schweren OHSS, leichtere Formen treten bei etwa 5 % der Frauen auf.

Während sich Frauen bei der IVF-Behandlung mit eigenen Eizellen auch für eine „sanftere“ Stimulation mit weniger Nebenwirkungen entscheiden können, bei der weniger Eizellen reifen, ist es bei der Eizellspende das Ziel der Stimulation, so viele Eizellen wie möglich zu gewinnen und dabei mehr Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen. Über mögliche Langzeitfolgen der Behandlung für die Eizellspenderin (zum Beispiel erhöhtes Krebsrisiko durch die Hormonbehandlung) gibt es bisher kaum Wissen.

Voraussetzung für eine informierte Entscheidung zur Eizellspende ist eine umfassende Aufklärung über die Behandlungsabläufe und die Risiken. Berichte betroffener Frauen bestätigen jedoch, dass eine solche Aufklärung in vielen Ländern nicht gewährleistet ist. Auch eine psychosoziale Beratung und Begleitung der Eizellspenderinnen gibt es in der Regel nicht.

Honorierung der Eizellspende

Die Honorierung der Eizellspende ist in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich geregelt. In der europäischen Gewerberichtlinie, die auch Regelungen für die Samen- und Eizellspende beinhaltet, ist gesetzlich festgelegt, dass die

³ Zwar ist die Behandlung mittels Eizellspende in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verboten, jedoch für Frauen, die diese Behandlung durchführen lassen, ohne rechtliche Konsequenzen.

⁴ siehe auch FPR 2003, Nr.1, FPR 2007, Nr. 4.

Spenderin nur eine Aufwandsentschädigung bekommen darf. Die Höhe dieser Entschädigung ist nicht geregelt, sie beträgt in verschiedenen Ländern zwischen 250 und 1000 Euro.

In den USA gibt es in Abhängigkeit von Alter, Sozialstatus, Bildung und Gesundheit der Frauen Honorare bis zu 10 000 US Dollar. In ärmeren Ländern sind die Honorare deutlich niedriger. Beim so genannten *egg sharing* können Frauen, bei denen selbst eine IVF-Behandlung durchgeführt wird, einen Teil der bei ihnen entnommenen Eizellen für andere Frauen spenden und damit einen Teil der eigenen Behandlungskosten finanzieren.

Als wesentliches Motiv für die Eizellspende wird neben der Honorierung der Wunsch genannt, helfen zu wollen. Es scheint aber, dass das Geld das Hauptmotiv für die Entscheidung zur Eizellspende ist. So hat sich zum Beispiel seit der Wirtschaftskrise in den USA das Angebot von Frauen, die ihre Eizellen spenden wollen, stark erhöht (Medscape 2009). Auch in anderen Ländern erhöht wahrscheinlich die finanzielle Not den Druck, sich für eine Eizellspende zu entscheiden.

Beim *egg sharing* ist das Motiv wesentlich, Behandlungskosten zu sparen.

Rechtliche Regelung in Europa

Neben Deutschland ist die Eizellspende in Italien, Norwegen, Österreich und der Schweiz verboten. Erlaubt ist sie in Dänemark, Schweden, Finnland, Estland, Lettland, Großbritannien, Belgien, Frankreich, Spanien, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Ungarn und Griechenland, wobei die einzelnen Länder unterschiedliche Bedingungen vorgeben. In Dänemark und den Niederlanden ist nur das *egg sharing* erlaubt, in Frankreich muss die Kinderwunschpatientin selbst eine Spenderin finden.

Unterschiede gibt es auch in Bezug auf die Dokumentation der Spenderdaten. In der europäischen Gewerberichtlinie ist zwar für alle Länder der EU vorgeschrieben, dass bei der Eizellspende und Samenspende die Daten aller SpenderInnen dokumentiert und 30 Jahre lang aufbewahrt werden müssen. Viele Länder haben die Richtlinie jedoch bisher nicht umgesetzt. Einige Länder haben eigene gesetzliche Regelungen, die entweder eine Dokumentation der Spenderinnen vorschreiben, oder auch deren Anonymität (wie z. B. Spanien) (Thorn 2009).

In vielen Ländern ist der Zugang zu den Daten der SpenderInnen nicht rechtlich geregelt, das

heißt Eltern bzw. Kinder haben keine Möglichkeit, etwas über die Identität des jeweils anderen zu erfahren.

Ethische Bewertung der Eizellspende

Ein wesentliches Argument für die ethische Ablehnung der Eizellspende ist deren Kommerzialisierung. Es gibt Berichte über einen internationalen Handel mit Eizellen (Berg 2008, Graumann 2008). Spenderinnen werden demnach in ärmeren Ländern und innerhalb von sozial benachteiligten Gruppen rekrutiert. Behandelt werden damit Frauen in reichen Ländern. Als problematisch wird dabei angesehen, dass Frauen aus wirtschaftlicher Not heraus ihre Eizellen „verkaufen“, oft ohne ausreichende Aufklärung über die Behandlung. Es wurden auch Fälle bekannt, in denen bei Frauen ohne Krankenversicherung niemand die Kosten der Behandlung von Komplikationen übernehmen wollte.

Die BefürworterInnen der Eizellspende führen das Leid von Frauen an, die nur auf diesem Wege schwanger werden können und sie betonen die Freiwilligkeit der Eizellspende.

Literatur

Berg G. Die Eizellspende – Eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg.). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttingen: Universitätsverlag, 2008

Graumann S. Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg.). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttingen: Universitätsverlag, 2008

National Gamete Donation Trust <http://www.ngdt.co.uk/>

Nichols M, Moore A. In hard times, more US women try to sell their eggs. Medscape Ob/Gyn & Women's Health 2009. <http://www.medscape.com/viewarticle/588879>

Scheib JE, Riordan M et al. Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds. *Hum reprod* 2005; 20: 239-52

Thorn P. Reproduktives Reisen. Expertise für den pro familia-Bundesverband, 2009

Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I et al. Why do children want to know more about the donor? The

experience of youngsters raised in lesbian families.
Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology
2003; 24: 31-8

Hinweise

Psychiatrische Erkrankungen als unerwünschte Wirkungen von Mirena®

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berichtet über Meldungen von psychiatrischen Erkrankungen bei Anwendung der Hormonspirale Mirena®, wie depressive Verstimmungen, Panikattacken und Angst, Schlafstörungen und Unruhe.

Auffällig ist, dass überdurchschnittlich viele dieser Meldungen von Patientinnen selbst erfolgen. Insgesamt sind Meldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen durch Patienten selbst selten. Von insgesamt 88 Meldungen durch PatientInnen betrafen 11 Meldungen Mirena®, davon 9 Meldungen psychiatrische unerwünschte Wirkungen. Die Meldungen durch Patientinnen selbst deuten darauf hin, dass die behandelnden FrauenärztInnen Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und der Anwendung von Mirena® für unwahrscheinlich hielten. Nur wenn ein solcher Zusammenhang bekannt ist, kann auch erwogen werden, die Hormonspirale in diesen Fällen zu entfernen.

Die AkdÄ weist darauf hin, dass im Aufklärungsgespräch auf mögliche Nebenwirkungen wie depressive Verstimmungen, Nervosität, verminderte sexuelle Lust und Stimmungsschwankungen hingewiesen werden sollte. Hinweise auf psychiatrische Erkrankungen fehlen bisher in der Fachinformation.

AkdÄ. Psychiatrische Erkrankungen als unerwünschte Arzneimittelwirkung von Mirena®. *Dt Aertztebl* 2009; 106: A985.

Neue Pille für die Notfallverhütung

Im Mai 2009 wurde ein neues Präparat für die Notfallverhütung mit dem Namen EllaOne® von der europäischen Arzneimittelbehörde EMEA europaweit zugelassen. Die Markteinführung in Deutschland ist für Herbst 2009 geplant.

Der Wirkstoff des neuen Präparats, Ulipristal-Azetat (CDB-2194), gehört wie Mifepriston zur Gruppe der Progesteron Rezeptor Modulatoren (SPRM). Es verbindet sich mit den Progesteronrezeptoren und blockiert die Wirkung von Progesteron in der Gebärmutter Schleimhaut und anderen Geweben des Genitalbereichs. Neben dieser blockierenden (antagonistischen) Wirkung hat Ulipristal auch dem Progesteron ähnliche (agonistische) Wirkungen.

Ulipristal wurde speziell für die postkoitale Verhütung entwickelt. Es gibt aber auch Forschung zum Nutzen bei der Behandlung von starken Regelblutungen, Myomen und hormonabhängigen Tumoren der Gebärmutter und der Brust. Bisher war Ulipristal-Azetat in keinem Land zugelassen.

Auch für Mifepriston, einem reinen Progesteron-Antagonisten, zeigen zahlreiche Studien (überwiegend aus China), dass es, in einer Dosierung von 25-50 mg bis fünf Tage nach einer Verhütungspanne eingenommen, Schwangerschaften wirksamer verhütet als 1,5 mg Levonorgestrel (LNG). Eine Dosis von 10 mg ist gleich wirksam wie LNG (Cheng 2008). Mifepriston hat in dieser Dosierung weniger Nebenwirkungen als LNG, keine Unterschiede gibt es bei der Verzögerung der nächsten Regel.

Mifepriston (Mifegyne®) wird weltweit beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch eingesetzt. Auf Grund des negativen Images als Abtreibungspille wurde es für die Anwendung zur Postkoitalverhütung nicht weiterentwickelt. In China ist Mifepriston in der Dosierung von 10 mg, 12,5 mg und 25 mg für die Notfallverhütung rezeptfrei über die Apotheken erhältlich. Es ist jedoch in keinem europäischen Land zur Notfallverhütung zugelassen.

Studiendaten

Für Ulipristal gibt es in der Anwendung zur Notfallverhütung bisher nur wenige Studien, die überwiegend noch nicht veröffentlicht sind. Ausführliche Informationen zu den vorhandenen Daten finden sich im Bericht der EMEA zur Zulassung (Assessment Report for ellaone).

In einer noch nicht abgeschlossenen Studie wurden 30 mg mikronisiertes Ulipristal mit 1,5 mg Levonorgestrel verglichen. Beide Medikamente wurden innerhalb von 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr gegeben. Die vorläufige Auswertung unter Beteiligung von 1200 Frauen zeigte für Ulipristal die gleiche Wirksamkeit wie für LNG. Die Schwangerschaftsrate betrug 1,5 %, 73 % der zu erwartenden Schwan-

gerschaften wurden verhindert. Die endgültigen Ergebnisse werden im Juli 2009 erwartet. Abgeschlossen ist eine Studie mit 1500 Frauen ohne Vergleichsgruppe, in der speziell die Anwendung am dritten bis fünften Tag untersucht wurde. 30 mg mikronisiertes Ulipristal wurde in einem Intervall von 48 bis 120 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr angewendet. Die Schwangerschaftsrate betrug 2,1 %, ca. 62 % der zu erwartenden Schwangerschaften wurden verhindert. In der getrennten Auswertung der Daten für die Einnahme am dritten, vierten und fünften Tag nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr nahm die Schwangerschaftsrate entgegen den Erwartungen mit zunehmendem Intervall ab. Wegen der geringen Fallzahlen in den einzelnen Gruppen sind diese Daten aber nicht sehr zuverlässig.

Für LNG gibt es Daten aus anderen Studien für die Anwendung zwischen 72 bis 120 Stunden nach ungeschütztem Verkehr mit einer vergleichbaren Schwangerschaftsrate von 2,4 bis 2,7 % und einer Verhinderung von ca. 60 % der Schwangerschaften (von Hertzen 2002).

Frühere Studien wurden mit 50 mg unmikronisiertem Ulipristal (CBD-2914) durchgeführt. Veröffentlicht wurden Daten einer Studie mit 50 mg Ulipristal im Vergleich zu zwei Mal 0,75 mg LNG innerhalb von 72 Stunden (Creinin 2006). Ulipristal war in dieser Studie gleich wirksam oder wirksamer als LNG.

Der Hersteller geht davon aus, dass die Bioverfügbarkeit von 30 mg mikronisiertem Ulipristal der in älteren Studien verwendeten Dosis von 50 mg unmikronisiertem Ulipristal entspricht, dies ist jedoch nicht durch Studien gesichert.

Die häufigsten Nebenwirkungen bei der Anwendung von Ulipristal waren Kopfschmerzen, Übelkeit (9 %), Erbrechen (1 %) und Bauchschmerzen. Die Nebenwirkungen waren ähnlich wie bei der Einnahme von 1,5 mg LNG.

Die Regelblutung kam nach der Anwendung bei 6 % der Frauen mehr als eine Woche zu früh, bei 19 % mehr als eine Woche zu spät, bei 5 % mehr als drei Wochen zu spät.

Der folgende Zyklus war im Durchschnitt um 2,9 Tage verlängert.

Bisher liegen keine Daten zum möglichen Fehlbildungsrisiko bei Versagen der Notfallverhütung mit Ulipristal oder versehentlicher Anwendung bei schon bestehender Schwangerschaft vor. Auch zum Übergang von Ulipristal in die Milch von stillenden Frauen und die Wirkung auf den Säugling gibt es keine Daten.

Zum Wirkmechanismus von Ulipristal gibt es bisher ebenfalls nur wenige Daten, die fast ausschließlich aus Tierversuchen stammen. Es scheint, dass die Hauptwirkung von Ulipristal in einer Hemmung oder Verzögerung des Eisprungs besteht und dass diese Wirkung auch noch bei Anwendung kurz vor dem Eisprung nach Beginn des LH-Anstiegs eintritt. Ulipristal scheint jedoch auch die Ausreifung des Endometriums zu hemmen und eine Störung der Einnistung wird für möglich gehalten.

Anwendungsempfehlungen in der Produktinformation

1 Tablette mit 30 mg Ulipristal soll so früh wie möglich bis maximal 120 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden. Bei Erbrechen innerhalb von drei Stunden nach der Einnahme soll noch eine Tablette genommen werden.

Da es keine Daten zur Wirkung auf eine bestehende Schwangerschaft gibt, soll diese vor der Einnahme ausgeschlossen werden.

Wegen der fehlenden Daten in Bezug auf stillende Frauen empfiehlt die Produktinformation nach der Anwendung von Ulipristal eine Stillpause von 36 Stunden.

Von einer gleichzeitigen Anwendung von LNG zur Notfallverhütung wird abgeraten, da sich die beiden Substanzen in der Wirkung gegenseitig beeinträchtigen können.

Als Kontraindikation wird schweres, nicht mit Cortison ausreichend kontrollierbares Asthma genannt, da Ulipristal ähnlich wie Mifepriston die Wirkung von Cortison beeinträchtigen kann.

Die Sicherheit und Wirksamkeit bei wiederholter Anwendung in einem Zyklus ist nicht geklärt.

Diese ist laut Produktinformation „nicht zu empfehlen“. Ulipristal soll auch nicht zur regelmäßigen Verhütung angewendet werden.

Es ist möglich, dass Ulipristal die Wirksamkeit von hormonellen Kontrazeptiva beeinträchtigt.

Deshalb wird bei der Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva empfohlen, nach der Einnahme von Ulipristal bis zur folgenden Regelblutung zusätzlich Barrieremethoden zu benutzen.

Vorläufige Bewertung

Aufgrund des Mangels an Daten ist eine Bewertung der neuen Substanz schwierig. Ulipristal-Azetat scheint als Notfallverhütung in den ersten 72 Stunden mindestens so wirksam zu sein wie LNG, auch das Spektrum an Nebenwirkungen scheint sich nicht zu unterscheiden. Vorteil ge-

genüber den vorhandenen Präparaten mit LNG ist, dass es für die Anwendung bis fünf Tage nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr zugelassen ist. Allerdings ist nicht belegt, ob es bei längerem Intervall wirksamer ist als LNG.

Von Nachteil sind die fehlenden Daten zum Fehlbildungsrisiko bei versehentlicher Einnahme bei einer bereits bestehenden Schwangerschaft bzw. bei einem Versagen der Anwendung. Auch die mögliche Beeinträchtigung der Wirkung von gleichzeitig eingenommenen hormonellen Kontrazeptiva ist ein Nachteil gegenüber LNG. Möglicherweise werden weitere Studien bzw. die Überwachung der Anwendung im Praxisalltag mehr Klarheit darüber bringen.

Auf den ersten Blick ist es überraschend, dass eine Zulassung nicht für Mifepriston beantragt wurde, für das ein Mehrfaches an Daten zu Effektivität und Sicherheit vorliegt, die eine Überlegenheit gegenüber LNG belegen. Der Grund dafür sind wahrscheinlich Befürchtungen, dass niedrig dosiertes Mifepriston off-label zu illegalen Schwangerschaftsabbrüchen benutzt werden kann. Für Ulipristal gibt es keine Daten zur Wirksamkeit beim Schwangerschaftsabbruch. Das Risiko von off-label-Anwendungen wird daher wahrscheinlich als geringer angesehen. Trotzdem wird der Hersteller im Assessment Report der EMEA aufgefordert, eine mögliche off-label-Anwendung zu beobachten.

Literatur

Chabbert-Buffet N, Meduri G, Bouchard P, Spitz IM. Selective progesterone receptor modulators and progesterone antagonists: mechanism of action and clinical applications. *Hum reprod update* 2005; 11: 293-307

Cheng L, Gülmezoglu A et al. Interventions for emergency contraception Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 2: Art. No.: CD001324

Creinin MD, Schlaff W et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception. A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* 2006;108:1089–1097.

European Medicines Agency (EMA). CMP Assessment Report for Ellaone. Doc.Ref.: EMEA/A/261787/2009. Procedure No. EMEA/H/C/001027 <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/ellaone/H-1027-en6.pdf>

Produktinformation ellaone <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/ellaone/H-1027-PI-de.pdf>

von Herten H, Piaggio G et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360:1803-10

Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes verabschiedet

Nach dem Bundestag (13.5.09) hat auch der Bundesrat (12.6.09) dem "Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes" zugestimmt.

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2010 in Kraft. Bis dahin gilt das Schwangerschaftskonfliktgesetz in der alten Form.

Im Mittelpunkt des neuen Gesetzes steht die Beratungspflicht durch ÄrztInnen, wenn eine Erkrankung oder Behinderung des Ungeborenen festgestellt wird. ÄrztInnen müssen außerdem auch auf das bestehende psychosoziale Beratungsangebot hinweisen.

Bei allen Schwangerschaftsabbrüchen aus medizinischer Indikation muss – unabhängig von der Schwangerschaftsdauer - zukünftig eine Frist von drei Tagen zwischen der Beratung der Schwangeren und der Ausstellung der Indikation eingehalten werden. Diese Frist gilt nicht, wenn „die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden“. Für Frauen in einer solchen Lage gilt die Dreitagesfrist nicht.)

Die ÄrztIn, die die Indikation ausstellt, muss eine schriftliche Bestätigung über die Beratung der Schwangeren bzw. den Verzicht auf Beratung einholen.

Die Bundesgeschäftsstelle der pro familia wird rechtzeitig vor Inkrafttreten des Gesetzes weitere Erläuterungen und detaillierte Informationen für die Arbeitsfelder der pro familia zur Verfügung stellen.

Der pro familia-Bundesverband hat sich in den vergangenen Monaten gegen diese neuen Zugangsbarrieren für Frauen zum medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch ausgesprochen.

Den Gesetzestext (in Form der Bundestagsdrucksache) und weitere Dokumente aus der (fach-)politischen Diskussion zu diesem Gesetz sind unter

<http://www.profamilia.de/article/show/25350.html> zu finden.

Gendiagnostikgesetz verabschiedet

Mit dem Ziel, sensible genetische Daten vor einem Missbrauch zu schützen und eine Diskriminierung auf Grund einer genetischen Disposition zu verhindern, ist am 24.4.2009 das neue Gendiagnostikgesetz im Bundestag verabschiedet worden. Am 15.5.2009 hat es den Bundesrat passiert. Das Gesetz soll Anforderungen an eine gute genetische Praxis verbindlich machen. Als Grundlage hierfür wird das Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung genannt, welches sowohl das Recht auf Wissen (Kenntnis über die eigenen genetischen Befunde) als auch das Recht auf Nichtwissen beinhaltet. Das Gendiagnostikgesetz regelt die Bereiche der medizinischen Versorgung, der Abstammung, des Arbeitslebens und der Versicherungen.

Das Gendiagnostikgesetz im Überblick⁵

- Genetische Untersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn die betroffene Person in die Untersuchung rechtswirksam eingewilligt hat. Genetische Untersuchungen bei nicht einwilligungsfähigen Personen müssen einen gesundheitlichen Nutzen für die untersuchte Person haben. Sie können ausnahmsweise unter strengen Voraussetzungen auch unter dem Gesichtspunkt des Nutzens für einen Familienangehörigen zugelassen werden.
- Genetische Untersuchungen zu medizinischen Zwecken dürfen nur von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführt werden. Die genetische Beratung gehört zu den zentralen Elementen des Gesetzes. Bei einer genetischen Untersuchung, die der Abklärung bereits bestehender Erkrankungen dient, soll der untersuchten Person eine Beratung angeboten werden. Einen besonderen Stellenwert hat die Beratung bei denjenigen Untersuchungen, die eine Vorhersage erlauben – entweder für die Gesundheit der betroffenen Person selber oder in Bezug auf die Gesundheit eines ungeborenen Kindes. Deswegen ist hier in beiden Fällen die genetische Beratung vor und nach der Untersuchung verpflichtend.
- Die vorgeburtliche genetische Untersuchung wird auf medizinische Zwecke beschränkt, also auf die Feststellung genetischer Eigenschaften, die die Gesundheit

des Fötus oder Embryos vor oder nach der Geburt beeinträchtigen können. Verboten werden allerdings solche vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen auf Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen können (spätmanifestierende Krankheiten).

- Genetische Untersuchungen zur Feststellung der Abstammung sind nur dann zulässig, wenn die Personen, von denen eine genetische Probe untersucht werden soll, in die Untersuchung eingewilligt haben. Eine „heimliche“ Abstammungsuntersuchung wird als Ordnungswidrigkeit geahndet.
- Im Arbeitsrecht sind genetische Untersuchungen auf Verlangen des Arbeitgebers grundsätzlich verboten. Auch darf der Arbeitgeber die Ergebnisse einer im anderen Zusammenhang vorgenommenen genetischen Untersuchung nicht erfragen, entgegennehmen oder verwenden. Beim Arbeitsschutz sollen genetische Untersuchungen im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nicht bzw. nur unter eng gefassten Voraussetzungen zugelassen werden.
- Versicherungsunternehmen dürfen beim Abschluss eines Versicherungsvertrages grundsätzlich weder die Durchführung einer genetischen Untersuchung noch Auskünfte über bereits durchgeführte Untersuchungen verlangen. Zur Vermeidung von Missbrauch müssen die Ergebnisse bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen vorgelegt werden, wenn eine Versicherung mit einer sehr hohen Versicherungssumme (300.000 Euro) abgeschlossen werden soll.
- Eine interdisziplinär zusammengesetzte, unabhängige Gendiagnostik-Kommission soll Richtlinien zum allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik, insbesondere zur Beurteilung genetischer Eigenschaften, zur Qualifikation von Personen zur genetischen Beratung, zu den Inhalten der Aufklärung und der genetischen Beratung, zur Durchführung von genetischen Analysen sowie genetischen Reihenuntersuchungen erstellen. Der Kommission werden neben fachlichen Sachverständigen auch Vertreter von Patienten-, Verbraucher- und Behindertenverbänden angehören.

⁵ Übernommen aus der Information des Bundesministeriums für Gesundheit im Internet.

Kritisiert wurde das Gesetz von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Diese sieht dadurch das Neugeborenen- Screening erschwert und bemängelt zusätzliche umfangreiche Beratungsaufgaben und bürokratische Hürden für Eltern und ÄrztInnen. Nach ihrer Einschätzung war der Datenschutz wie auch die vorausgehende Information der Eltern bereits vor Verabschiedung dieses Gesetzes gegeben.

Quellen:

Bundestag beschließt Gendiagnostikgesetz
http://www.bundestag.de/aktuell/archiv/2009/24192878_kw17_gendiagnostik/index.html

Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (Gendiagnostikgesetz GenDG):
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/105/1610532.pdf>
<http://www.bmg.bund.de> (unter Themenindex „Gendiagnostikgesetz“ eingeben)
www.dgkj.de

Spanien: Neues Gesetz ermöglicht kostenlose Abtreibung und rezeptfreie Pille danach

Die spanische Regierung hat ein neues Abtreibungsgesetz beschlossen. Es sieht straffreie Schwangerschaftsabbrüche bis zur 14. Woche vor. Vorgesehen ist, dass die Krankenkassen die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch übernehmen und dieser für Frauen kostenlos ist. Für heftige öffentliche Diskussionen sorgt die Regelung, dass der Eingriff ab 16 Jahren auch ohne Zustimmung der Eltern erfolgen kann.

Die bisherige gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs galt als eine der restriktivsten in Europa. Allerdings wurde das Gesetz in der Praxis sehr liberal gehandhabt. 97 % der Schwangerschaftsabbrüche werden in privaten Kliniken durchgeführt.

Die Reform des Abtreibungsparagraphen wurde nur zwei Tage nach der Ankündigung bekannt gegeben, dass auch die sogenannte "Pille danach" kostenlos und ohne ärztliche Verschreibung an alle Frauen ab 16 Jahren abgegeben wird.

Jugendschutz in Litauen

Litauen hat ein Gesetz verabschiedet, das den Titel "Schutz der Jugend vor schädlichen Folgen öffentlicher Informationen" trägt. Es verbietet in

Zukunft an Schulen und in anderen öffentlichen Einrichtungen, die für Kinder und Jugendliche zugänglich sind, die Darstellung "physischer und psychischer Gewalt" und die Vermittlung anderer Informationen, die "Angst und Schrecken wecken" oder "zu eigenem Missbrauch oder Selbstmord" führen könnten, aber auch eine Debatte über Themen wie Homosexualität. Homosexualität wird demnach mit der Darstellung von Gewalt auf eine Stufe gestellt. *Amnesty International* hat das "homophobe Gesetz" kritisiert. Nach Einschätzung von *Amnesty* „verletzt es die Meinungsfreiheit und versagt Schülern die Unterstützung und den Schutz, den sie benötigen könnten“. Befürwortende ParlamentarierInnen dagegen verteidigen die Regelungen mit dem Argument, dass das Verbot, Homosexualität zu thematisieren, gleichzeitig eine Diskriminierung verhindere.

Chlamydien-Screening

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Herbst 2007 das Chlamydien-Screening als Regelleistung für gesetzlich krankenversicherte Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr beschlossen (siehe auch FPR3/07). Die Screening-Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure amplifizierenden Tests (NAT-Test) durchgeführt. Übergangsweise konnte bis zum 31.12.09 auch ein Antigennachweis aus einer Abstrichprobe vom Gebärmutterhals (Enzymimmunoassay EIA) durchgeführt werden. Diese Übergangsregelung ist nun ausgelaufen. Das Merkblatt zum Chlamydien-Screening wurde entsprechend überarbeitet und wird in den nächsten Wochen in der aktualisierten Form auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses abrufbar sein.

Quelle:

Gemeinsamer Bundesausschuss www.g-ba.de, fernmündliche Information.
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-247/RL_Empfaengnis_2007-09-13.pdf :
Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch und Mutterschafts-Richtlinien (Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektionen bei Frauen). Auch die Richtlinien enthalten im Anhang das Merkblatt: „Warum wird mir ein jährlicher Chlamydientest angeboten?“ (Bei Druck des FPR noch nicht aktualisiert).

HIV

HIV-Schnelltest – Neue gesetzliche Regelung für Vertrieb und Durchführung

Im Rahmen des im Frühjahr verabschiedeten Gesetzes zur Änderung von Vorschriften zu Medizinprodukten wurde für den HIV-Schnelltest geregelt, dass die Test-Kits in Zukunft nur noch an Ärzte, ambulante und stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen sowie an die *Deutsche AIDS-Hilfe* und Gesundheitsbehörden abgegeben werden dürfen. Vor der Durchführung der Tests muss eine ärztliche Beratung sichergestellt sein.

Nach Einschätzung der *Deutschen AIDS-Hilfe* (DAH) kann durch diese Regelung der Internet-Handel mit HIV-Tests zwar nicht verhindert, aber die Qualität des HIV-Tests gesichert werden. Nach Angaben der DAH sind die im Internet angebotenen Heimtests aufgrund ihrer fraglichen Sicherheit in Deutschland nicht zugelassen und werden deshalb meist über das Ausland verschickt. Sie können falsche Aussagen liefern, zum Beispiel falsch negative Testergebnisse. Auch aus kleinen Fehlern bei der Anwendung können falsche Testergebnisse mit erheblichen Folgen für die oder den Getesteten resultieren. Die DAH hatte in der Vergangenheit immer wieder vor HIV-Heimtests aus dem Internet gewarnt und auf die Bedeutung einer professionellen, individuellen Beratung und Interpretation des Ergebnisses hingewiesen.

Quelle: *Deutsche AIDS-Hilfe*
Internet: www.aidshilfe.de

Deutsche AIDS-Hilfe ergänzt Positionen zu HIV-Therapie und Prävention

Im April hat die *Deutsche AIDS-Hilfe e. V.* (DAH) ein Positionspapier veröffentlicht. Es stellt eine Ergänzung zu den bisherigen Safer-Sex-Informationen dar und geht unter anderem auf das Restrisiko der HIV-Übertragung (Transmission) bei Safer-Sex generell sowie auf sexuelle Kontakte bei HIV-Positiven ein, deren Viruslast⁶ unter der Nachweisgrenze liegt. Damit nimmt es auch Bezug zu einem schweizer Papier aus dem letzten Jahr: das schweizer

EKAF-Statement⁷. Darin wird eine Übertragung von HIV als ausgeschlossen angesehen, wenn bei dem/der Infizierten unter wirksamer antiretroviraler Therapie die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt. Neben der niedrigen Viruslast müssen laut EKAF-Statement weitere Bedingungen erfüllt sein: es dürfen keine weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten vorliegen, die Viruslast muss seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze liegen und es müssen regelmäßige ärztliche Kontrollen der antiretroviralen Therapie (ART) stattfinden. Seit der Veröffentlichung haben diese Empfehlungen zu kontroversen Diskussionen bezüglich der Präventionsempfehlungen in Deutschland geführt. Das Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe gibt nun differenzierte Empfehlungen heraus, die unterschiedliche Lebenssituationen und Zielgruppen berücksichtigen, so zum Beispiel feste Partnerschaften, Gelegenheitskontakte, HIV-Positive mit nachweisbarer bzw. nicht nachweisbarer Viruslast sowie sexuelle Kontakte zwischen HIV-positiven Partnern. Die DAH betont, dass ein wichtiger Aspekt solcher Präventionsansätze ist, dass sie „lebbbar, d. h. möglichst stabil und einfach umsetzbar“ sind.

Quelle:

Die Empfehlungen finden sich im Internet unter http://www.aidshilfe.de/media/de/0904_DAH-Papier_HIV-Therapie_und_Praevention.pdf
Weitere Quellen:

EKAF und BAG. HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung* 2008; 89: 5 / Im Internet unter: www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-5/2008-05-089.PDF

Aktualisierte Broschüre zur HIV-Therapie

Die HIV-Therapie unterliegt durch kontinuierlichen Erkenntniszugewinn einem stetigen Wandel. Die Broschüre „Therapie?“ der *Deutschen AIDS-Hilfe* berücksichtigt die im Jahr 2008 geänderten Therapieempfehlungen, die entgegen vorheriger Empfehlungen zu einem früheren Therapiebeginn tendieren. Sie berücksichtigt auch

⁶Viruslast: Viruskonzentration im Blutplasma oder Blutserum. Werte und Verlaufskontrollen der Viruslast waren zunächst nur bei HIV-Infektionen, sind aber inzwischen auch bei vielen chronischen Virusinfektionen (z. B. Hepatitis B und C) eine wichtige Information für die Therapie

⁷ Die EKAF (Eidgenössische Kommission für Aidsfragen) und die Fachkommission Klinik und Therapie des Bundesamtes für Gesundheit haben im Jahr 2008 das Positionspapier: „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös“ in der Schweizer Ärztezeitung veröffentlicht .

die neuen Empfehlungen für den Schutz der Sexualpartnerin/des Sexualpartners inklusive einer Therapie bei nicht nachweisbarer Viruslast. Die Broschüre kann bei der Deutschen AIDS-Hilfe bestellt werden:
Therapie? 2009, Bestellnummer 026010
info@dah.aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

Fortbildungen

medica mondiale: Neues Fortbildungsprogramm 2009 zu Kriegsgewalt und Trauma

Im Mai startet die gemeinnützige Organisation *medica mondiale* mit einem neuen Fortbildungsprogramm zum Thema Kriegsgewalt und Trauma. In einführenden und vertiefenden Workshops möchte *medica mondiale* die Kompetenz all jener erweitern, die in ihrem Arbeitsfeld oder ehrenamtlichem Engagement mit traumatisierten Frauen und Mädchen aus Kriegs- und Krisengebieten zu tun haben

Die Fortbildungen und Themenabende richten sich unter anderem an Fachkräfte der humanitären und der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit, an SozialarbeiterInnen, Gesundheitsfachkräfte, PsychologInnen, MultiplikatorInnen sowie allgemein Interessierte, die sich bislang nur wenig mit dem Thema befasst haben. Die Fortbildungen sind mit praktischen Beispielen aus der Arbeit von *medica mondiale* in Ländern wie Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Afghanistan, Liberia oder der Demokratischen Republik Kongo angereichert.

Ausführliche Informationen im Internet unter www.medicamondiale.org

31. Wissenschaftlicher Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes ÄRZTIN MACHT PRÄVENTION – Generation Gesundheit – Investition in die Zukunft

Unter diesem Motto findet vom 10. bis 13. September 2009 in Leipzig der nächste Wissenschaftliche Kongress des *Deutschen Ärztinnenbundes* samt Mitgliederversammlung statt.

Das Thema Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, die viele Lebensbereiche und Institutionen betrifft. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen können genutzt werden, um körperliche Warnsignale frühzeitig zu diagnostizieren und

ggf. sofort zu behandeln. Konsequente Prävention bedeutet somit ein großes Stück Lebensqualität.

Mit diesem breit gefächerten Thema sollen KollegInnen aller Fachrichtungen angesprochen werden und über den aktuellen Stand der Forschung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation diskutieren.

Programm

http://www.aerztinnenbund.de/downloads/7/Flyer_Aerztinnenbund_final_neu_230309.pdf

Buchhinweise

Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn und Christiane Wendehorst (Hrsg.).

Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown
Göttingen: Universitätsverlag, 2008 (Göttinger Schriften zum Medizinrecht; Band 3)
(Informationen aus dem Internet)

Auch 30 Jahre nach der Geburt des ersten „Reptortenbabys“ Louise Brown im Jahr 1978 bleibt für viele Paare der Wunsch nach einem eigenen Kind unerfüllt, und ihre Hoffnungen richten sich auf moderne Techniken assistierter Reproduktion. Die Reproduktionsmedizin hat seitdem immense Fortschritte gemacht und neue Chancen eröffnet. Mit diesen Chancen ist indessen zugleich eine Fülle neuer Herausforderungen verbunden, deren moralische und rechtliche Implikationen erheblich sind. Der vorliegende Band vereint Beiträge zweier Tagungen, die im Jahr 2007 vom *Forum für Ethik in der Medizin Frankfurt am Main e. V.* gemeinsam mit der *Arbeitsgruppe Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz in der Akademie für Ethik in der Medizin* sowie vom *Zentrum für Medizinrecht* der Universität Göttingen veranstaltet wurden und welche die aktuelle Debatte um die Reproduktionsmedizin und ihre Möglichkeiten aufgreifen. Sie wenden sich den Errungenschaften und Problemen assistierter Fortpflanzung im Allgemeinen zu, widmen jedoch ihr Augenmerk speziell donogonen Techniken (Eizellspende, Samenspende, Embryospende) sowie dem Kinderwunsch in besonderen Situationen (etwa körperliche Behinderung, letale Erkrankung eines Partners, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften). Das Buch steht auch als PDF im Internet zur Verfügung:

<http://www.univerlag.uni-goettin-gen.de/content/list.php?cat=creator&show=Bockenheimer-Lucius%2C+Gisela>

IPPF: Schwangerschaftsabbruch in Europa. Aktualisierte Übersicht der Gesetzgebung

Die *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), Region Europa, hat die Übersicht zur Gesetzgebung aller europäischen Staaten aktualisiert, die Mitglied im Netzwerk der IPPF sind. In der Übersicht finden sich Angaben zu gesetzlichen Regelungen, zu Bedingungen und zeitlichen Fristen, Methoden, Kosten und Kostenerstattung. Eine weitere Rubrik erlaubt die Kommentierung der jeweiligen nationalen Regelungen, außerdem finden sich Angaben zu Widersprüchen, Problemen bzw. Abweichungen der Praxis von der Gesetzgebung.

Die Information ist verfügbar auf der Internetseite der IPPF-Europaregion:

<http://www.ippfen.org/en/Resources/Our+Publications/Abortion+Legislation+in+Europe.html>

Stefan Kühne und Gerhard Hinterberger (Hrsg.).

Handbuch Online-Beratung.

Göttingen: Vanderhock & Ruprecht, 2009

(Aus der Produktbeschreibung)

Das Handbuch der Online-Beratung wird als ein Grundlagenwerk für psychosoziale Beratung im Internet bezeichnet, das neben fundierten Beiträgen zur Theorie der Online-Beratung auch umfassende Informationen zu den Möglichkeiten und Einsatzgebieten dieser Form der Beratung bietet. AutorInnen sind Expertinnen und Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es werden die Bereiche der Mail-Beratung, Foren- und Chat-Beratung behandelt sowie ein Ausblick in das Feld der mobilen Medien gegeben. Wichtige methodische Konzepte werden dargestellt und praxisnah vermittelt. Im Bereich der zielgruppenspezifischen Online-Beratung bietet das Handbuch Einblicke in die Paarberatung, in die frauenspezifische Beratung und in das Arbeitsfeld der Aids-Hilfe. Auch werden die Themen Qualitätssicherung und Ausbildung für Online-BeraterInnen behandelt. Das Handbuch wird für Einsteiger/innen als auch für erfahrene Online-Berater/innen empfohlen.

BzGA: Forum Sexualaufklärung Heft 1-2009-Medien

Das aktuelle Heft des Forum Sexualaufklärung hat den Schwerpunkt Jugendliche und Medien. Das Heft enthält Beiträgen zu den Themen:

- Was macht Medien für Jugendliche attraktiv,
- Nutzung von Pornografie,
- Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellen Übergriffen und Pornografie im Internet,
- Fantasien der Jungen / Phantasmen der Alten,
- Medienkompetenz und Jugendschutz,
- Social Network – Das Internet als Bühne.

Bestellung:

BzGA, 51101 Köln. order@bzga.de

download:

<http://www.bzga.de/?uid=0a4257757bdcb306010c7ad7a128efdf&id=medien&sid=63&idx=1618>

Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health. A Global Review of the Literature

Weltgesundheitsorganisation WHO 2009

Diese Veröffentlichung der WHO gibt eine Übersicht über die verfügbaren Informationen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und unterschiedlichen Aspekten der reproduktiven Gesundheit befassen. Die Hauptthemen sind:

- Schwangerschaft, Geburt und der Zeitraum danach,
- psychosoziale Aspekte bei Verhütung und Schwangerschaftsabbruch,
- psychische Aspekte bei Fehlgeburten,
- Menopause,
- Psyche und gynäkologische Erkrankungen,
- psychische Gesundheit im Kontext von HIV/AIDS,
- Unfruchtbarkeit und assistierte Reproduktion,
- Gesundheitliche Auswirkungen der Genitalverstümmelung.

Bestellung im Internet:

www.who.int/bookorders