

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Juli 2004 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Beratung von Frauen mit Vaginismus (und ihrer Partner)	3
Vulvodynie – Schmerzen und Beschwerden im Vulvabereich	9
Lesben und Kinderwunsch	13
IPPF-Nachrichten	19
Hinweise	
- Die Anzahl der Neuerkrankungen an Brustkrebs in Norwegen und Schweden während der landesweiten Einführung des Mammografie-Screenings	19
- Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt erhöhen nicht das Risiko für Brustkrebs	20
Neuerscheinungen	20
Veranstaltungskalender	21

Impressum: © 2004

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

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Der aktuelle Familienplanungs- Rundbrief behandelt als erstes Thema das Leitsymptom Vaginismus, welches, wie Frau Lange schreibt, in der Ausbildung der Professionen, die später Sexualberatung durchführen, kaum berücksichtigt wird. Demzufolge können Rückschlüsse auf die Versorgung betroffener Frauen gezogen werden. Wir freuen uns, dass wir Frau Lange vom Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie gewinnen konnten, das Thema im Familienplanungs-Rundbrief ausführlich dar zu legen. Neben den variablen Ausprägungen und der Diagnostik des Vaginismus werden psychosoziale und paardynamische Zusammenhänge erläutert und insbesondere die unterschiedlichen Therapieansätze geschildert.

Auch die Vulvodynie gehört zu einem Themenkomplex, der tabuisiert wird und doch häufig zu einem hohen Leidensdruck bei den betroffenen Frauen führt.

Das dritte ausführlich behandelte Thema, Leben und Kinderwunsch, wird in der Gesellschaft aber auch in Fachkreisen weiterhin kontrovers diskutiert. Dort wo die Ehe bzw. die heterosexuelle Paarbeziehung als einzig tolerierte Lebensform mit Kindern oder für das Wohl der Kinder anerkannt wird, wird sich an dieser Diskussion auch nichts ändern, doch die Realität hat diese Diskussion längs ein- bzw. überholt.

Neben allen möglichen Lebensformen mit Kindern leben inzwischen auch viele lesbische Paare mit Kindern oder formulieren ihren Kinderwunsch offensiv. In den Nachbarländern Schweden oder den Niederlanden scheint diese Lebensform mit dem Recht auf Kinderwunsch eher akzeptiert als in Deutschland und dadurch auch die Möglichkeiten diesen Kinderwunsch zu erfüllen, insgesamt besser. Welche Optionen lesbische Paare hierzulande haben ihren Kinderwunsch umzusetzen und welches die erfolgsversprechendsten Methoden sind, wird ausführlich in dem Beitrag von Helga Seyler beschrieben.

Zur „Pille danach“ gibt es in Deutschland keine neuen Entwicklungen, weswegen wir in diesem Rundbrief auf eine gesonderte Rubrik verzichten.

Ansonsten alles in geordneter und üblicher Form und Gliederung.

Viel Spaß beim Lesen!

Beratung von Frauen mit Vaginismus (und ihrer Partner)

Dr. phil. Carmen Lange

Vieles, was für die Sexualberatung allgemein gilt, lässt sich ohne weiteres auf die Beratung von Frauen mit Vaginismus und ihrer Partner übertragen. Dennoch soll an dieser Stelle auf das Symptom Vaginismus gesondert eingegangen werden: Zum einen wird dieses sexuelle Problem auch heute noch in der gynäkologischen, psychotherapeutischen und beraterischen Ausbildung eher vernachlässigt, was zu einer erheblichen Verunsicherung der Behandelnden beiträgt; zum anderen sollten im Umgang mit den Betroffenen einige besondere Aspekte berücksichtigt werden. Ich beschränke mich dabei auf die Beschreibung heterosexueller Frauen/Paare, wie sie sich zur Beratung und Behandlung an unser Institut¹ und die zugehörige Sexualberatungsstelle wenden. Für lesbische Frauen haben vaginistische Reaktionen zum Teil andere Bedeutungen, die gesondert berücksichtigt werden müssten.

Vaginismus als sexuelles Problem

Als Vaginismus bezeichnet man die Verengung des Scheideneingangs durch eine unwillkürliche Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur, insbesondere des äußeren Drittels der Scheide, bei dem realen oder vorgestellten Versuch, etwas in die Scheide einzuführen. In den meisten Definitionen bzw. diagnostischen Kategorisierungen wird außerdem vorausgesetzt, dass diese Verkrampfungen andauernd oder zumindest wiederholt auftreten und dass sie "den Geschlechtsverkehr beeinträchtigen" (DSM-IV) bzw. dass "die Immissio...unmöglich oder schmerzhaft ist" (ICD.10).

Der Vaginismus tritt in unterschiedlichen Ausprägungen auf. In schweren Fällen setzt die vaginistische Reaktion immer ein, wenn die Frau den realen oder vorgestellten Versuch unternimmt, etwas in die Scheide einzuführen. Geschlechtsverkehr ist ebenso unmöglich wie die

¹ Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Benutzung von Tampons bzw. das Einführen eines Fingers oder eine gynäkologische Untersuchung.

In weniger schweren Fällen kann die Frau sich zwar untersuchen lassen, auch Tampons benutzen, aber das Einführen des Penis gelingt nicht. Selten kommt es vor, dass Geschlechtsverkehr gelegentlich möglich ist (wenn auch nur unter bestimmten Umständen, z. B. im Urlaub), während die Frau sonst vaginistisch reagiert. *Primär* vaginistische Frauen hatten noch nie Geschlechtsverkehr, unabhängig vom Partner oder dem jeweiligen Kontext. *Sekundär* vaginistische Frauen war der Koitus früher möglich; das Symptom stellte sich erst im Laufe ihres Lebens ein. Sie haben meist keine Schwierigkeiten in den anderen genannten Bereichen.

Abgesehen von der konkreten Symptomatik leben vaginistische Frauen ihre Sexualität so unterschiedlich wie nicht-vaginistische. Viele der betroffenen Frauen sind sexuell aktiv und erleben die partnerschaftliche Sexualität durchaus als lustvoll und befriedigend. Andere sind wenig appetent, leiden unter Erregungs- und Orgasmusstörungen oder hatten zu anderen Zeiten Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, der jedoch möglich war. Selten wird jede Form körperlichen Kontakts vermieden.

Differentialdiagnostisch abzugrenzen ist die vaginistische Reaktion in erster Linie von der Dyspareunie, bei der die Frau Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erlebt, die jedoch nicht auf eine Verkrampfung des Scheidenmuskels, sondern z. B. auf mangelnde Lubrikation der Scheide oder genitale Infektionen zurückzuführen sind. Auch die Koituspheobie geht nicht mit einem Scheidenkrampf einher, sondern führt dazu, dass die Frau jeden Koitusversuch überhaupt vermeidet oder aus der sexuellen Situation flieht, wenn es zum Geschlechtsverkehr kommen soll.

Die psychotherapeutische Praxis hat gezeigt, dass es möglich ist, die Aussagen der Frauen und ihrer Partner zur Grundlage der Diagnostik und Differentialdiagnostik zu machen. Hier werden (von äußerst problematischen Ausnahmen einmal abgesehen) im allgemeinen keine körperlichen Untersuchungen durchgeführt. Vielmehr steht die genaue Exploration des Verhaltens und Erlebens im Mittelpunkt. Viele vaginistische Frauen können die Verkrampfung spüren, manche erleben die Scheide als verschlossen und haben das Gefühl, dass "nichts reingeht", obwohl eine ausreichende Lubrikation vorhanden ist. Die Partner berichten, dass sie

beim Versuch des Eindringens "wie gegen eine Wand" stoßen. Das Einführen des Gliedes ist trotz ausreichender Erektion nicht möglich.

Gelegentlich wird empfohlen, sich im Rahmen der Differentialdiagnostik nicht auf die Berichte der Patientinnen und deren Partner zu verlassen, sondern eine gynäkologische Untersuchung vorzunehmen. Nicht selten ist jedoch die gynäkologische Untersuchung möglich, obwohl die Frau bei einem Koitusversuch vaginistisch reagiert. Die "erfolgreich" durchgeführte gynäkologische Untersuchung schließt also einen Vaginismus nicht aus und macht das intensive Gespräch über die sexuelle Problematik, die detaillierte und konkrete Exploration, keineswegs überflüssig.

Vaginistische Frauen leben häufig über Jahre in stabilen Beziehungen und finden einen Weg zu befriedigender Sexualität. Sie wählen in der Regel Partner, die aufgrund eigener Schwierigkeiten sehr zurückhaltend und wenig fordernd sind. So kommen die Paare oft erst dann in die Therapie, wenn aus Sicht eines oder beider Partner ein Kinderwunsch nicht länger aufgeschoben werden kann. Auch suchen betroffene Frauen eine Beratung nur dann, wenn der Koitus nicht möglich ist. Allein die Tatsache, dass es nicht gelingt, einen Tampon oder Finger einzuführen bzw. eine gynäkologische Untersuchung vornehmen zu lassen, ist für sie noch kein Grund, sich behandeln zu lassen. Es ist daher anzunehmen, dass eine nicht geringe Anzahl von Frauen mit vaginistischen Reaktionen nicht oder erst spät Beratung oder Behandlung suchen.

Eine epidemiologische Studie über die Verbreitung vaginistischer Reaktionen in der Allgemeinbevölkerung fehlt bisher ebenso wie kulturvergleichende Untersuchungen, obwohl es Hinweise auf kulturelle Unterschiede gibt. Angaben über den Anteil vaginistischer Frauen an Patientinnen mit sexuellen Funktionsstörungen in entsprechenden Kliniken sind sehr unterschiedlich. In unserer Poliklinik klagen etwa ein Zehntel aller Frauen, die wegen einer sexuellen Funktionsstörung zur Beratung bzw. Behandlung kommen, über vaginistische Reaktionen. Dieser Anteil ist seit etwa 20 Jahren unverändert. Es handelt sich somit zwar um eine kleine Gruppe von Frauen im Vergleich zu denen mit anderen sexuellen Problemen, in absoluten Zahlen ist die Anzahl Betroffener jedoch nicht gering.

Psychosoziale Hintergründe des Vaginismus

Die Entstehung vaginistischer Reaktionen wurde bisher kaum erforscht. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass sich in den Lebensgeschichten vaginistischer Frauen regelhaft Erfahrungen mit körperlichen oder psychischen Übergriffen finden. Gewalterfahrungen mit Vätern oder anderen Männern aus dem engeren Umfeld sind dabei keine Seltenheit. Hier ist nicht nur an sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder Vergewaltigung in vorangegangenen Beziehungen zu denken, sondern auch an andere Formen der Gewalt, die etwas mit "Eindringen" in den Körper zu tun haben. Eine türkische Patientin berichtete, dass ihr Vater ihr häufig ein Messer an den Arm setzte und drohte zuzustoßen, wenn sie "ungehorsam" gewesen war. Eine andere Frau hatte als Kind erlebt, wie eine Freundin der Familie von ihrem Mann im Treppenhaus mit dem Messer niedergestochen wurde. Es kann sich aber durchaus auch um andere, nicht primär gewalttätige, Eingriffe in den Körper oder die Psyche der betroffenen Frau handeln, die trotzdem von ihr als Übergriff erlebt wurden. So berichtete z.B. eine meiner Patientinnen von häufigen Einläufen in der frühen Kindheit, die vorgenommen wurden, obwohl sie sich jedesmal heftig sträubte. Eine andere hatte als Kind verschiedene Operationen durchgemacht, die sie als traumatisch erlebt hatte. Eine Frau berichtete von einer Mutter, die exzessiv in sie drang, alles von ihr wissen wollte, ihr Tagebuch las und keine "Geheimnisse" duldete. Da Übergriffserfahrungen in der Lebensgeschichte von Frauen keineswegs eine Seltenheit sind und die meisten dennoch keinen Vaginismus entwickeln, soll hier nicht etwa ein einfacher kausaler Zusammenhang konstruiert werden. Es handelt sich beim Vaginismus um *eine* Möglichkeit der Angstabwehr; andere Frauen finden andere Abwehrformen. Interessant wäre die Frage, warum manche Frauen auf sexuellem Gebiet reagieren, andere hingegen z. B. Essstörungen oder Selbstverletzungsrituale entwickeln.

In Beratung und Therapie erweist es sich als sehr entlastend für die Betroffenen, die vaginistische Reaktion mit den Übergriffserfahrungen in Zusammenhang zu bringen und als eine "sinnvolle" Abwehrreaktion auf ein angstbesetztes Eindringen in den Körper darzustellen. Vaginistische Frauen haben so vielleicht erstmals Gelegenheit, eine andere Perspektive einzunehmen und das sexuelle Symptom nicht ausschließlich als gegen sich gerichtet zu sehen.

Paardynamische Hintergründe des Vaginismus

Da das sexuelle Symptom in einer Partnerschaft immer als Störung beider Partner begriffen und also die "sexuell gestörte Beziehung" als eigentliches Problem betrachtet werden sollte, ist die Einbeziehung des Partners vaginistischer Frauen von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg (zur Paartherapie bei sexuellen Störungen - s. Arentewicz & Schmidt, 1993). Gerade bei einem so eindrucksvollen Symptom wie dem Vaginismus, der zunächst eindeutig ein Problem der Frau zu sein scheint, ist es wichtig, nicht aus dem Auge zu verlieren, dass der Partner *in gleicher Weise* an der Aufrechterhaltung des Symptoms beteiligt ist. Hierzu ein kurzes Fallbeispiel (vgl. Lange & Rethemeier, 1997):

Paar A. ist seit 16 J. verheiratet und kommt in die Beratung wegen eines primären Vaginismus. Beide Partner sind Mitte 30 und wünschen sich ein Kind.

Frau A. ist die ältere von zwei Töchtern aus einer Bauernfamilie. Ihre Eltern hatten sich einen Sohn gewünscht, der später einmal auch den Hof hätte übernehmen sollen. Sie selbst hatte kein Interesse an der Landwirtschaft, sondern erlernte einen sozialen Beruf. Auch die Hoffnung der Eltern, dass sie dann zumindest einen Bauern heiraten werde, erfüllte sich nicht; ihr Mann ist in einem großen Industrieunternehmen tätig. Dadurch dass die Ehe der Patientin kinderlos war, blieb der von den Eltern ersehnte "Hoferbe" wieder aus. Die Patientin hatte das Gefühl, "von Geburt an nicht richtig" zu sein, und ist in ihrem Selbstbild als Frau verunsichert.

Ihre Mutter beschreibt sie als "Martyrerin", die eigene Bedürfnisse stets zurückgestellt und "alles ertragen" habe. Sie war kein Modell einer selbstbewusst für sich und ihre Belange eintretenden Frau, die sich in Beziehungen einbringen und abgrenzen kann. Den Vater erlebte sie als distanziert, stur und einseitig in seinen Ansichten. Er war kein Vorbild dafür, wie Annäherung und Auseinandersetzung in der Beziehung von Mann und Frau gelingen können. Stattdessen erlebte sie Distanz zwischen den Eltern und Unterwürfigkeit der Mutter gegenüber dem Vater.

Nicht erfüllbarer Erwartungsdruck durch die Eltern führte bei Frau A. zu massiven Schuldgefühlen den Eltern gegenüber und zu ständiger Selbstentwertung bei gleichzeitig hohen Ansprüchen an sich selbst. Für die Entlastung von Schuldgefühlen konnte sie nur dadurch sorgen, dass es ihr "nie so richtig gut geht".

Körperliche Nähe, Zärtlichkeit zwischen den Eltern oder zwischen Eltern und Töchtern gab es nicht. Die negative Einstellung der Mutter zur Sexualität war für die Patientin deutlich spürbar und wurde durch Erzählungen der Mutter verstärkt, wie furchtbar die Geburten gewesen seien. Zum eigenen Körper hat die Pat. "Null-Gefühl", besonders der Vaginalbereich erscheint

ihr verwundbar, aber auch schmutzig und übelriechend.

Herr A. wuchs als viertes von sechs Kindern bei den Eltern auf. Die innerfamiliären Beziehungen schildert er als kühl, räumlich beengt und psychisch einengend, ohne "unnötige Emotionen". Er hat wenig Erinnerungen an seine Kindheit, war früh auf sich gestellt und zog sich in seine eigene Welt zurück. Ähnlich wie seine spätere Frau lernte er wenig über aktive und selbstbewusste Nähe-Distanz-Regelung in Beziehungen und reagierte auf Konflikte eher mit Rückzug. Geeignete männliche Rollenvorbilder fehlen ihm. Mädchenbekanntschaften in der Jugend blieben distanziert-unverbindlich, da er sehr schüchtern war. Sexuelle Erfahrungen hatte er kaum; die Masturbation wird als sehr "technisch" beschrieben.

Beide gingen miteinander die erste feste Beziehung ein und sind die ersten und einzigen Sexualpartner füreinander. Ihre Beziehung beschreiben sie als sehr harmonisch. Beide sind aufeinander eingespielt und "wissen" so viel übereinander, dass sie weder Bedürfnisse noch Kritik äußern, da sie die Zustimmung oder Ablehnung des anderen jeweils vorwegnehmen. Es gilt eine Vielzahl "ungeschriebener Gesetze". Herr A. fügt sich scheinbar in das Regelwerk, entzieht sich seiner Frau aber auch. Frau A. beklagt zwar den Rückzug, reagiert aber auf Widerspruch ihres Mannes sehr verletzt und unterbindet damit bedrohliche Auseinandersetzungen. Da Geschlechtsverkehr zu keiner Zeit möglich war, entwickelten die Partner folgende für beide recht befriedigende Sexualpraktik: Nach gegenseitiger manueller Stimulation reiben sie die Genitalien aneinander, bis Herr A. zum Höhepunkt kommt. Auch Frau A. empfindet dies als angenehm und befriedigend, ohne selbst einen Orgasmus zu erleben. Sexuelle Erregung kann sie nur mit Hilfe von Softpornos oder sexuellen Phantasien über sich unterordnende Frauen zulassen. Versuche, die Schenkel zu spreizen oder gar das Glied einzuführen, lösen starke Angst und Abwehrreaktionen aus und scheitern ausnahmslos. Weder das Einführen einer Fingerspitze, noch die Benutzung von Tampons sind möglich, gynäkologische Untersuchungen problematisch. Frau A. leidet besonders unter dem Gefühl, anders als andere Frauen zu sein und ihr Problem geheim halten zu müssen, sowie unter ihrer Kinderlosigkeit.

Mit ihrer vaginistischen Reaktion schützt sich Frau A. wirkungsvoll vor genitaler Sexualität, die sie mit ihrer Weiblichkeit konfrontieren und ihr Schicksal, nämlich eine Frau zu sein, gleichsam besiegeln würde. Frau-Sein aber bedeutet Unterwürfigkeit gegenüber dem Mann, körperliche Verwundbarkeit, leidvolle Fruchtbarkeit und eine märtyrerhafte Mutterrolle. Ohne sich offen gegen Erwartungen ihrer Eltern oder ihres Mannes zu stellen, verhindert Frau A. also, die Rolle der Mutter übernehmen zu müssen. Darüber hinaus hält sie mit dem Vaginismus ihren Mann gewissermaßen auf Distanz, denn bei größerer Nähe fürchtet sie den Zwang zur Unterordnung. Weiterhin verhindert der Vaginismus den Schritt zur eigenen Familiengrün-

dung und damit eine endgültige Ablösung von den Eltern, die mit erheblichen Schuldgefühlen verbunden wäre. Und schließlich entspricht das Symptom der starken Misserfolgsorientierung der Patientin und dem verinnerlichten Verbot, "es sich richtig gut gehen zu lassen".

Herrn A. hat ein geringes Selbstbewusstsein als Mann und leidet unter seiner Unerfahrenheit. Seine eigene sexuelle "Funktionsfähigkeit" wird aufgrund des Symptoms von seiner Frau nicht auf die Probe gestellt. Gleichzeitig schützt der Vaginismus auch ihn vor ungewohnter Nähe zu einer Frau, mit der er möglicherweise nicht umgehen, die ihn überfordern könnte. Das sexuelle Symptom verhindert zudem, dass es über den Kinderwunsch, der bei Frau A. auf der bewussten Ebene stärker ausgeprägt ist als bei ihrem Mann, zu Auseinandersetzungen kommen konnte. Das Regelwerk ungeschriebener Gesetze im Umgang miteinander erspart beiden Partnern die Konfrontation mit ihrer mangelnden Konfliktfähigkeit. Dass Herr A. sich diesem Kodex besonders unterwirft, beschwichtigt bei beiden die bedrohliche Phantasie einer "aggressiven Männlichkeit". Die durch den Vaginismus bedingte nicht- "eindringende" genitale Sexualität schützte ihn ebenso wie seine Frau.

Die Bedeutung des Symptoms - zumindest in einigen Aspekten - gemeinsam mit den Patienten zu verstehen, ist eine zentrale Voraussetzung für die Therapie. Nur so kann das Symptom als etwas betrachtet werden, das die Patientin (und ihren Partner) nicht nur behindert, sondern ihr (ihnen) die Lösung von Problemen ermöglicht, für die sie bisher keine andere Lösungsmöglichkeit sieht (sehen). Es geht nicht darum, dem Paar diese Möglichkeit zu nehmen, sondern Alternativen zu eröffnen, die Situation auf weniger selbst-einschränkende Weise zu bewältigen. Diese Sichtweise steht zu Beginn - wie bei anderen Symptomen auch - im Gegensatz zum Erleben der Patientin, die das Gefühl hat, dass die vaginistische Reaktion ohne ihr Zutun geschieht und sich gegen sie richtet. Sie beginnt zu verstehen, dass es sehr wohl sie selbst ist, die die vaginistische Reaktion aus verständlichen Gründen "herstellt". Eine solche Veränderung der Sichtweise kann ein erster wesentlicher Schritt in der Therapie sein.

Zur Behandlung des Vaginismus

Der Vaginismus ist eine psychogene Abwehrreaktion des Körpers und einer psychotherapeutischen Behandlung gut zugänglich. Dennoch haben viele vaginistische Frauen eine lange, leid- und schmerzvolle Geschichte mit gynäkologischen Behandlungsversuchen hinter sich, bevor

sie zu uns kommen. Es kommt auch immer wieder vor, dass Paare aus der Behandlung wegen unerfüllten Kinderwunsches zu uns überwiesen werden. Sie sind dort häufig schon intensiv untersucht worden, haben Laparoskopie und Spermogramm machen lassen, und werden manchmal eher zufällig im Verlauf eines Gesprächs gefragt, ob sie denn überhaupt Geschlechtsverkehr miteinander haben. Stellt sich dann heraus, dass dies nicht möglich ist, werden manche Paare zu uns überwiesen. Hier trifft die Verleugnung der sexuellen Problematik auf seiten der Patienten auf die Schwierigkeit der ÄrztInnen über Sexualität zu sprechen.

Frauen, die unter vaginistischen Reaktionen leiden, wenden sich häufig zunächst einmal an ihren Gynäkologen bzw. ihre Gynäkologin oder suchen eine Beratungsstelle auf. Hier werden entscheidende Weichen gestellt. Außerordentlich wichtig und dennoch nicht selbstverständlich ist es, die Patientin mit ihrem Leiden ernst zu nehmen. Wichtig ist eine *genaue Exploration* der vorgetragenen Beschwerden, um nicht zu einer falschen Einschätzung des Problems zu kommen. Ein Gespräch, das sexuelles Verhalten und Erleben konkret benennt, gibt der Patientin die Möglichkeit, sich vielleicht erstmals auszusprechen und mit ihrem Problem nicht mehr allein zu sein. Dies ist bereits eine große, oftmals unterschätzte Hilfe, denn viele Frauen haben noch mit niemandem über ihr Problem gesprochen, sondern sind ständig dabei, sich zu verstecken. Oft fühlen sie sich durch ihre Umgebung unter Druck gesetzt. Verheiratete Paare werden z.B. häufig darauf angesprochen, ob sie denn auch Kinder wollen oder warum sie keine haben. Manchmal warten die Eltern der Patientinnen und ihrer Partner geradezu darauf, endlich Großeltern zu werden. Die Patientinnen flüchten sich in Ausreden und bleiben allein mit ihrem Problem. Auch Gespräche unter Frauen berühren oft Punkte, die für vaginistische Frauen belastend sind. Ein alltägliches Gespräch darüber, zu welcher Gynäkologin, zu welchem Gynäkologen man geht, welche Erfahrungen man mit Tampons oder Binden hat oder gar über sexuelle Erlebnisse, führt dazu, dass die Frauen verstummen und sich mit einem Gefühl der Minderwertigkeit zurückziehen. Immer wieder stellt sich heraus, dass die Frauen glauben, die einzigen mit einem solchen sexuellen Problem zu sein. Fragt die Gynäkologin bzw. BeraterIn nach und benennt das Problem, zeigt sich zur ungeheuren Erleichterung der Frauen, dass es auch andere mit dem gleichen Symptom gibt. Es hat sogar eine eigene diagnostische Bezeichnung!

Dem explorativen Gespräch kann die *Beratung* folgen. Oft kommen vaginistische Frauen mit der Vorstellung, sie seien "zu eng gebaut". Die Gynäkologin bzw. BeraterIn hat die Möglichkeit, Anatomie und Funktionsweise des weiblichen Genitals zu erklären und darauf hinzuweisen, dass die Patientin - wie jede Frau - einen äußerst dehnbaren Scheidenmuskel hat, der sich lediglich in Folge einer Angstreaktion verkrampft. Organische Ursachen seien auszuschließen. Vielmehr ginge es um die Bearbeitung der Angst und um Entspannung.

Eine solche Beratung kann schwierig sein, da betroffene Frauen manchmal keinen Zugang zu ihrer Angst haben, sondern lediglich den Wunsch nach Geschlechtsverkehr spüren und feststellen, dass ihr Körper "nicht mitmacht". Der oben beschriebene Druck, unter dem sie stehen, wird an dann vor allem an die Gynäkologin/den Gynäkologen weitergegeben und auf schnelle Veränderung gedrungen. Diesem Druck nicht nachzugeben, ist ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung.

Der von Patientinnen häufig berichtete, sicher gutgemeinte Ratschlag, sich doch zu entspannen und vor dem Geschlechtsverkehr "ein Gläschen Sekt" zu trinken, ist nicht nur wirkungslos, sondern führt dazu, dass sich die Patientin nicht erstgenommen fühlt und möglicherweise weitere Versuche, sich Hilfe zu holen, erst einmal unterlässt. Da es sich - wie bereits gesagt - beim Vaginismus immer um eine psychogene Abwehrreaktion handelt, sind somatische Behandlungsversuche kontraindiziert. Dennoch berichten Patientinnen immer wieder von Hymeninzisionen, Scheidendehnungen unter Narkose und sogar Vaginalschnitten. Hier verbindet sich der Druck der Frauen und ihre Hilflosigkeit mit dem Druck der GynäkologInnen zu helfen (zu handeln) bzw. der Schwierigkeit, Gefühle der Ohnmacht zu ertragen. Hilfreich ist es, die Frau zu einer Psychotherapie zu motivieren und vielleicht auch schon anzusprechen, dass es sinnvoll sein kann, den Partner mit einzubeziehen, da dieser "ja auch betroffen sei".

In der Literatur werden verschiedene therapeutische Ansätze zur Vaginismusbehandlung beschrieben (Psychotherapie, Hypnose, Biofeedback etc.); Verhaltenstherapie und die Behandlung mit Hegarstäben ist dennoch eines der bekanntesten Verfahren sowohl in der Einzel- als auch in der Paartherapie. Hier wird die Frau im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung angeleitet, sich zu entspannen und Stäbe mit verschiedenem Durchmesser in die Scheide

einzuführen. Sie lernt, etwas in den Körper einzulassen, ohne mit Angst und Verspannung zu reagieren. Dieses Vorgehen aus der Psychotherapie herauszulösen und als isolierte Technik anzuwenden, wird der komplexen psycho- und paardynamischen Bedeutung der Symptomatik nicht gerecht. GynäkologInnen, die ihren Patientinnen Hegarstäbe "zum Üben" in eigener Regie zur Verfügung stellen, riskieren nicht nur einen Misserfolg, der es der Patientin erschwert, später einen erneuten Versuch mit diesem effektiven Vorgehen zu machen, sondern laufen Gefahr, die Patientin lediglich funktionell "fit zu machen" für den Geschlechtsverkehr - ein Einwand, der besonders von feministischen Therapeutinnen gegen die Arbeit mit den Hegarstäben vorgebracht wird, meiner Ansicht nach aber nicht das Vorgehen als solches trifft, sondern die Art der Einbindung bzw. Nicht-Einbindung in die Therapie (Lange & Rethemeier, 1997).

Das Einführen von Fingern bzw. Hegarstäben durch den - womöglich auch noch männlichen Behandler - wiederholt das Trauma. Besonders männliche Gynäkologen und Berater sollten sich der Übergriffsproblematik (nicht nur) bei vaginistischen Frauen bewusst sein. Auch eine unbewusste Koalition mit dem "bedauernswerten" Partner der Patientin, dem man dazu verhelfen möchte, endlich einmal Geschlechtsverkehr haben zu können, kann dazu führen, dass die Frau gedrängt wird, über ihre Grenzen zu gehen. Der männliche Gynäkologe/Berater, der ein Paar mit einer vaginistischen Symptomatik berät, sollte sich bewusst sein, dass die Frau sich hier zwei Männern gegenüber sieht, die wollen, dass sie "aufmacht". Übersehen wird dabei außerdem der Anteil des Partners an der Aufrechterhaltung der Symptomatik. Seine Schwierigkeiten mit dem "Eindringen" und die Bedeutung des Symptoms für ihn können so nicht Thema werden. Für Gynäkologinnen/Beraterinnen hingegen ist es wichtig sich bewusst zu machen, dass sie in den Augen der Patientin möglicherweise zu den Frauen gehören, mit denen "alles in Ordnung" ist, zu den als "perfekt" phantasierten *anderen* Frauen, was Gefühle von Konkurrenz oder Minderwertigkeit auf Seiten der Patientin hervorrufen kann.

Veränderungen auf der Symptomebene sind nur dann sinnvoll, wenn sie mit einer psychischen Veränderung einhergehen. Zunächst einmal geht es darum zu verstehen, inwiefern das Symptom "Sinn macht" und es als *eine* Möglichkeit der Problembewältigung zu respektieren. Ziel einer Therapie ist es dann, alternative Umgangsweisen mit der zugrundeliegenden Angst

zu erarbeiten und so den Handlungsspielraum und die Erlebensvielfalt der Patientin (und ihres Partners) zu erweitern. Wenn es der GynäkologIn/BeraterIn gelingt, diese Haltung einzunehmen und zu vermitteln, so kann das vaginistischen Frauen (und ihren Partnern) nicht nur den Weg in eine psychotherapeutische Behandlung bahnen, sondern zu ihrer persönlichen Weiterentwicklung beitragen.

Literatur

Arentewicz G & Schmidt G (1993) Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Enke

Lange C & Rethemeier A (1997) Zur Behandlung des Vaginismus. Übungen mit Stäben in der Psychotherapie. Zeitschrift für Sexualforschung 10/1, 37 - 47

Vulvodynie - Schmerzen und Beschwerden im Vulvabereich

Helga Seyler

Die am häufigsten von Frauen genannten Beschwerden im Vulvabereich sind Jucken und Wundsein². Einige Frauen leiden jedoch unter starken Schmerzen im Vulvabereich, die als Vulvodynie bezeichnet werden. Da die Schmerzen häufig beim (versuchten) Geschlechtsverkehr auftreten, ist es manchmal schwierig, sie von Vaginismus abzugrenzen (Die Bedeutung der Differentialdiagnose: siehe Beitrag Carmen Lange).

Ein besonderer Aspekt von Beschwerden im Vulvabereich ist, dass sie ein Tabuthema darstellen. Es wird nicht über sie gesprochen. Über Sexualität wird in den Medien viel geschrieben, auch über viele Gesundheitsprobleme gibt es zahlreiche Informationen. Beschwerden im Vulvabereich werden jedoch nicht erwähnt und auch Frauen sprechen nicht miteinander darüber.

Das Tabu zeigt sich auch dadurch, dass es keine allgemein gebräuchlichen Begriffe gibt, um die äußeren Geschlechtsorgane der Frau zu benennen. Viele Frauen können deswegen nicht ausdrücken, wo genau sie welche Beschwerden haben. Sie sprechen von „da unten“ „im Unterleib“ und manchmal noch differenzierend von „mehr außen“ oder „innen“, anstatt die Klitoris, die inneren oder äußeren Schamlippen, den Scheideneingang, Damm oder After zu benennen.

Die fehlende Sprache und Benennung der Geschlechtsorgane führt dazu, dass die Frauen als kleine Mädchen keine genaue Vorstellung von diesen Teilen ihres Körpers entwickeln und sie in ihr Körperbild integrieren konnten. Auch das trägt zu einer nur diffusen Vorstellung vom Ort der Beschwerden bei.

Das Tabu führt weiterhin dazu, dass Frauen sich mit diesen Beschwerden sehr allein fühlen, und

oft glauben, sie seien die einzigen, die darunter leiden.

Ein auffallender Aspekt der Vulvodynie ist der große Leidensdruck der Frauen. Die Schmerzen beeinträchtigen die Sexualität sehr, und haben dementsprechend auch Auswirkungen auf die Partnerschaft. Sie wirken sich aber auch auf viele andere Lebensbereiche aus. Oft fühlen die Frauen sich auch bei Sport und Bewegung beeinträchtigt, können keine im Vulvabereich eng anliegende Kleidung tragen, manchmal sind sie sogar bei der Arbeit beeinträchtigt oder im Schlaf gestört.

Genauere Zahlen über die Häufigkeit gibt es nicht. Die Untersuchung einer repräsentativen Gruppe von Frauen aus den USA ergab, dass 16 % der Frauen in ihrem Leben länger als 3 Monate Vulvabeschwerden hatte, 7% litten zum Zeitpunkt der Befragung daran (Harlow 2003).

Definition der Vulvodynie

Vulvodynie heißt übersetzt: Schmerzen im Bereich der Vulva. Solche Schmerzen treten bei verschiedenen Hauterkrankungen auf, wie dem Lichen Sklerosus, der Schuppenflechte, allergischen Ekzemen, chronischen Hautreizungen oder chronischen Infektionen. Diese Erkrankungen müssen durch sorgfältige Untersuchung bei der HautärztIn oder GynäkologIn abgeklärt werden. Meist muss dazu eine Gewebeprobe entnommen werden.

Vulvaerkrankungen sind nicht klar dem Fachgebiet der Hautkrankheiten oder der Gynäkologie zugeordnet. Möglicherweise haben deswegen viele ÄrztInnen beider Fachgebiete keine detaillierten Kenntnisse oder Erfahrungen damit. Diese Tatsache erschwert es Frauen jedoch, kompetente ärztliche Hilfe zu finden. Deswegen ist die Untersuchung in einer Spezialambulanz für Vulvaerkrankungen (in Hautkliniken oder gynäkologischen Abteilungen einiger großen Krankenhäuser) zu empfehlen.

Von Vulvodynie als Krankheit wird gesprochen, wenn keine der oben genannten Erkrankungen für die Beschwerden ursächlich ist. Die betroffenen Frauen haben eine chronische Empfindungsstörung im Bereich der Vulva, mit Brennen, Stechen, Reizung oder Wundsein, zum Teil auch zusätzlich mit Jucken verbunden.

Die Beschwerden können ständig oder nur zeitweise, manchmal auch in bestimmten Zyklusphasen auftreten. Sie können auf bestimmte Berei-

² Siehe auch Familienplanungsrundbrief Oktober 2002 Nr. 3 : Beschwerden im Bereich von Vulva und Vagina – Juckreiz, Brennen und Ausfluss

che der Vulva begrenzt sein oder an der gesamten Vulva empfunden werden.

Bei manchen Frauen treten die Beschwerden nur bei Druck oder Berührung auf, zum Beispiel durch eng anliegende Kleidung, sportliche Aktivitäten, Einführen eines Tampons, gynäkologische Untersuchungen oder sexuelle Aktivitäten. Manche Frauen haben die Beschwerden unabhängig von den oben genannten Faktoren, auch dann können sie aber durch Druck und Berührung verschlimmert werden.

Die Erkrankung kann in jedem Alter auftreten, die meisten betroffenen Frauen sind aber zwischen Pubertät und den Wechseljahren. Die Beschwerden beginnen oft schon vor dem 25. Lebensjahr.

Bei diesen Vulvodynien ohne feststellbare Hauterkrankungen werden zwei Formen unterschieden, die aber nicht immer eindeutig voneinander abgegrenzt werden können: die Vulvavestibulitis³ und die essentielle/dysästhetische Vulvodynie⁴.

Bei der Vulvavestibulitis empfinden die Frauen Schmerzen bei Berührung, in einem umschriebenen Bereich der Schleimhaut im Scheidenvorhof, im Bereich der Ausführungsgänge der Schleimdrüsen. Sie können diese Stelle genau zeigen. Bei der gynäkologischen Untersuchung löst eine Berührung in diesem Bereich, zum Beispiel mit einem Wattestäbchen, starke Schmerzen aus. Meist ist die Haut in diesem Bereich leicht gerötet, Infektionen können aber nicht festgestellt werden.

Die Schmerzen treten hauptsächlich beim Geschlechtsverkehr oder beim Einführen von Tampons auf. Deshalb kann besonders dieses Beschwerdebild mit Vaginismus verwechselt werden. Meist können die Frauen aber bei genauerer Nachfrage angeben, ob das Einführen des Penis oder Tampons wegen eines umschriebenen Schmerzes nicht möglich ist, oder weil der Scheideneingang „zu“ ist. Allerdings können Frauen mit Vulvodynie durch die Angst vor dem Schmerz auch die Beckenbodenmuskeln verkrampfen und so zusätzlich einen Vaginismus entwickeln.

Frauen mit essentieller Vulvodynie haben diffuse brennende oder stechende Schmerzen, Jucken oder Gefühl von Wundsein, die zum Teil in den Bereich des Dammes und Afters und manchmal auch in die Innenseiten der Oberschenkel ausstrahlen können. Die Schmerzen sind meist dau-

ernd und unabhängig von Berührungen vorhanden und nicht nur beim Geschlechtsverkehr oder anderen Aktivitäten. Sie können aber durch Druck oder Berührung verstärkt werden. Sichtbare Hautveränderungen finden sich nicht.

Frauen mit essentieller Vulvodynie sind im Durchschnitt älter und die Beschwerden beginnen häufiger erst nach den Wechseljahren.

Ursachensuche

Die Ursache der Beschwerden ist Gegenstand von Forschungen, bisher aber noch ungeklärt.

Einige Ärztinnen sehen die Ursache in einer Überreaktion auf Pilzallergene bei chronischen Pilzinfektionen. Auch eine subklinische Infektion⁵ mit Papillomaviren wird als Ursache diskutiert. Bei vielen gesunden und beschwerdefreien Frauen können jedoch Hefepilze oder Papillomaviren nachgewiesen werden, und es gibt keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen diesen Infektionen und der Vulvodynie.

Andere körperliche Ursachen wie Hygiene mit reizenden Substanzen wie Deos, Waschlotionen, feuchtem Toilettenpapier und Slip-Einlagen, Überreaktion auf Bestandteile von Pilz- oder Cortisoncremes nach häufiger Anwendung, oder hormonelle Faktoren werden ebenfalls diskutiert.

Ein Forschungsansatz sieht Vulvodynie-Beschwerden als Folge von Nervenreizungen oder -entzündungen an, entsprechend von Nervenschmerzen in anderen Körperbereichen.

Nach einer anderen Hypothese ist eine andauernde Anspannung der Beckenbodenmuskeln Ursache der Schmerzen. Im Oberflächen-Elektromyogramm⁶ kann eine stärkere Aktivität nachgewiesen werden.

Da meist keine körperlichen Ursachen gefunden werden, wurde die Vulvodynie als rein psychosomatische Erkrankung angesehen. Bei einigen Frauen konnte ein Zusammenhang mit dem Beginn der Beschwerden und belastenden Lebensereignissen wie Partnerschaftskrisen hergestellt werden. Auch das Erleben von sexualisierter Gewalt wurde als Ursache vermutet. Sexualisierte Gewalt findet sich jedoch nicht häufiger bei Frauen mit Vulvodynie als bei anderen Frauen.

³ Übersetzt bedeutet dieser Begriff: Entzündung des Scheidenvorhofs. Eine Entzündung lässt sich aber bei diesem Krankheitsbild nicht feststellen.

⁴ essentiell bedeutet, dass keine Ursache bekannt ist, dysästhetisch heißt mit Missempfindungen verbunden

⁵ Infektion ohne sichtbare Hautveränderungen.

⁶ Aufzeichnung der elektrischen Aktivität in der Muskulatur durch auf die Haut aufgeklebte oder in die Vagina eingeführte Sensoren

Die meisten ExpertInnen gehen inzwischen von überwiegend körperlichen Ursachen aus und die Forschung im Bezug auf Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten bezieht sich vorwiegend darauf.

Wahrscheinlich ist, dass Vulvodynie-Beschwerden, wie andere chronische Schmerzerkrankungen, kein einheitliches Krankheitsbild darstellen, sondern Ausdruck und Folge von unterschiedlichen körperlichen und seelischen Ursachen sind.

Behandlungsansätze

Genauso wenig, wie die Ursachen bekannt sind, gibt es wirksame Behandlungsformen, die die Beschwerden sicher beseitigen. Die meisten Frauen haben eine Vielzahl von Salben, Tabletten und anderen Behandlungen angewendet, wobei ein Teil der Behandlungen die Beschwerden eher verschlimmert (Sadownik 2000).

Es wird empfohlen, potentielle Allergene oder hautreizende Mittel wie Seifen, Waschlotionen und Intimsprays meiden. Wenn Pilzinfektionen als Ursache ausgeschlossen wurden, sollten auch Pilzcremes vermieden werden, weil Bestandteile der Salbengrundlage bei empfindlichen Menschen und wiederholter Anwendung zu Hautreizungen führen können. Auch Cortisoncremes können bei langfristiger Anwendung eher zur Verschlimmerung der Beschwerden führen.

Manche Frauen können durch Anwendung von örtlich betäubenden Gels die Schmerzen lindern.

Beim Geschlechtsverkehr oder anderen sexuellen Aktivitäten können Beschwerden durch die Verwendung von Gleitmitteln verringert werden, diese können andererseits aber auch selbst zu Hautirritationen führen.

Bei Frauen nach den Wechseljahren bessern manchmal Östrogensalben die Beschwerden.

Wie bei anderen chronischen Schmerzerkrankungen können antidepressive Medikamente (Trizyklische Antidepressiva) erfolgreich sein. Sie sollen über einige Monate eingenommen werden. Auch Medikamente, mit denen chronischen Nervenschmerzen (Neuralgien) behandelt werden (Gabapentin), konnten bei einigen Frauen die Beschwerden bessern.

Da eine andauernde Verspannung der Beckenbodenmuskeln als (Mit)Ursache der Beschwerden angesehen wird, gibt es erfolgreiche Versuche, sie durch spezielles Beckenboden-Training mit Biofeedback durch Oberflächen-

Elektromyografie zu beeinflussen. Dabei soll durch starke Anspannung der Muskeln bis zur Ermüdung die anschließende Entspannung gefördert werden. Das Elektromyografie-Biofeedback-Gerät dient zum Erlernen der bewussten Wahrnehmung von An- und Entspannung und zur Überprüfung der Entspannung. Dem Konzept entsprechend könnten vielleicht auch Übungen zur besseren Wahrnehmung des Beckenbodens und seiner Entspannung hilfreich sein.

Wenn keine Maßnahmen zu einer Besserung führen, werden wegen des großen Leidensdrucks der Frauen zum Teil eingreifende chirurgische Behandlungen durchgeführt. Die schmerzempfindlichen Hautbereiche wie zum Beispiel der Scheidenvorhof werden mit Laser oder operativ entfernt. Ein Teil der Frauen hat danach weniger Beschwerden, bei anderen können jedoch die dabei entstehenden ausgedehnten Narben zu erneuten Beschwerden und sexuellen Funktionsstörungen führen.

Insgesamt sind, wie bei der Behandlung anderer chronischer Schmerzsyndrome, meist kombinierte körperliche Behandlungsansätze und psychische Unterstützung hilfreich.

Psychosomatik

Die Vulvodynie wird zwar derzeit nicht als vorwiegend psychosomatische Erkrankung angesehen, dennoch macht die spezielle Dynamik mit dem großen Leidensdruck der Frauen und der starken Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität eine psychosomatische Herangehensweise und Eingehen auf die psychosozialen Probleme erforderlich.

Die Frauen sind bei Sport und Bewegung beeinträchtigt, können oft keine Hosen tragen, manchmal zeitweise nur mit Schmerzen sitzen, manchmal stören die Beschwerden auch den Schlaf. Das kann zum Rückzug aus sozialen Kontakten und der Freizeitgestaltung führen.

Die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und zum Teil auch bei anderen sexuellen Aktivitäten führen zu Abneigung gegenüber sexuellen Kontakten, viele Frauen entwickeln aus Angst vor dem Schmerz Verspannungen der Beckenbodenmuskeln und vaginistische Reaktionen. Viele Frauen fühlen sich auch vom Partner nicht ausreichend verstanden und haben das Gefühl, dass dieser ihre Beschwerden nicht ernst genug nimmt. Sie haben oft Angst, von ihm verlassen zu werden (Sadownik 2000, Gordon 2003).

Die Frauen sind in ihrem Verhältnis zum eigenen Körper und in ihrer Körperwahrnehmung sehr verunsichert, weil sie starke Schmerzen haben, aber keine sicht- und behandelbaren Veränderungen festgestellt werden können.

Diese Verunsicherung trägt auch zum Vertrauensverlust gegenüber der Fähigkeit der ÄrztInnen bei und/oder zu der Angst, dass sie selbst unglaubwürdig wirken. Oft suchen sie immer wieder neue ÄrztInnen auf, da sie sich erhoffen, dass endlich eine Ursache gefunden wird, und die Beschwerden durch eine wirksame Behandlung beseitigt werden. Sie treffen jedoch wiederholt auf die Hilflosigkeit von ÄrztInnen, da keine Ursachen zu finden sind, und es keine zuverlässig wirksamen Behandlungen gibt. Sie gelten oft als schwierige Patientinnen, da sie wegen ihres großen Leidensdrucks auch Druck bei den ÄrztInnen auslösen. Oft erleben sie auch tatsächlich, dass ihnen die Beschwerden nicht geglaubt werden.

Im Kontakt mit diesen Frauen ist es wichtig, zu vermitteln, dass ihre Beschwerden trotz fehlender Krankheitsursachen ernst genommen werden. Mögliche Hauterkrankungen als Ursache müssen sorgfältig, am besten in einer Spezialambulanz, ausgeschlossen werden. Die Frauen müssen ausführlich über ihre Erkrankung informiert werden, und darüber, dass es keine sicher wirksame Behandlung gibt, die die Beschwerden dauerhaft beseitigen kann. Die ÄrztIn sollte mit ihnen erarbeiten, dass das Ziel ist, Behandlungsansätze zu finden, die Beschwerden so weit wie möglich lindern, und einen Umgang damit zu finden, der die Frauen möglichst wenig beeinträchtigt.

Bei großen Problemen im Bereich von Sexualität und Partnerschaft empfiehlt es sich, den Frauen eine Beratung anzubieten. Spezifische therapeutische Ansätze, insbesondere im Bereich der Sexualtherapie, gibt es nicht. Es wird empfohlen, zugrundeliegende Beziehungsprobleme und Konflikte zu bearbeiten. Die konkreten Auswirkungen der Beschwerden auf Sexualität und Partnerschaft können thematisiert werden und das Paar darin unterstützt werden, einen anderen Umgang damit zu finden. Häufig kommt es im Rahmen der Therapie zu einer Besserung der Beschwerden.

Darüber hinaus kann das Erlernen von Methoden zum Umgang mit Schmerzen, wie Entspannungstechniken, angeleitete Visualisierungen und Coping-Strategien hilfreich sein (Slowinski 2001).

Literatur

Gordon AS, Panahian-Jand M, et al. Characteristics of women with vulvar pain disorder: responses to a web-based survey. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003; 29 Suppl 1: S45-58

Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of the American Medical Women's Association* 2003; 58: 82-8

Karg M. Subjektiver Leidensdruck, Sexualität und Partnerschaft bei Patientinnen mit Vulvaerkrankungen [Dissertation]. Fachbereich Medizin der Universität Hamburg; 2003. www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2004/2016/

Lotery HE, McClure N, et al. Vulvodynia. *Lancet* 2004; 363: 1058-60

Sadownik LA. Clinical profile of vulvodynia patients. A prospective study of 300 patients. *Journal of Reproductive Medicine* 2000; 45: 679-84

Slowinski J. Multimodal sex therapy for treatment of vulvodynia: a clinician's review. *Journal of Sex & Marital therapy* 2001; 27: 607-13

Informationen und Selbsthilfe für Frauen mit Vaginismus oder Vulvodynie

Für Frauen mit Vaginismus gibt es von Betroffenen gemachte Internetseiten mit Informationen und Möglichkeiten zum Austausch. Dort wird auch auf die Möglichkeit hingewiesen, mit Vaginaltrainern selbst die Entspannung und Dehnung der Beckenbodenmuskeln zu üben. Verschiedene Modelle von Vaginaltrainern und Bezugsquellen werden dort gezeigt.

www.vaginismus-info.de

www.vaginismus-forum.com

Für Fachleute und betroffene Frauen gibt es ausführliche Informationen über Vulvodynie in englischer Sprache auf der Seite der US-amerikanischen National Vulvodynia Association (www.nva.org). Eine weitere Seite aus den USA informiert über die Behandlung des Beckenbodens mit Biofeedback (www.vulvodynia.com).

Informationen in deutscher Sprache über Vulvodynie gibt es für betroffene Frauen auf den Seiten des Fördervereins Interstitielle Cystitis e.V. (www.ica-ev.de) und unter www.ic-forum.de

Lesben und Kinderwunsch

Helga Seyler

Gesellschaftliche Aspekte

Im Gegensatz zu in heterosexuellen Partnerschaften lebenden Frauen, deren Kinderwunsch akzeptiert und unterstützt wird, wird lesbischen Frauen nicht selbstverständlich zugestanden, Kinder haben zu wollen. Bei ihnen wird in Frage gestellt, ob sie gute Mütter sein können.

Zum Teil müssen sie immer noch befürchten, dass sie für in heterosexuellen Lebensphasen gezeugte Kinder nach einer Trennung vom Partner das Sorgerecht entzogen bekommen. Insbesondere aber, wenn sie innerhalb einer lesbischen Partnerschaft ihren Kinderwunsch verwirklichen möchten, sind sie großem Rechtfertigungsdruck ausgesetzt. Die Befruchtung mit Spendersamen wird ihnen trotz fehlender rechtlicher Regelungen in Deutschland in der Regel vorenthalten.

Die Homophobie⁷, die diesen Haltungen zugrunde liegt, haben lesbische Frauen oft selbst verinnerlicht, und sie müssen sich damit nicht nur nach Außen, sondern auch in der eigenen Haltung auseinandersetzen. Meist nimmt dieser Prozess und die Entscheidung, in welcher Form der Kinderwunsch verwirklicht werden soll, mehrere Jahre in Anspruch.

Entwicklung der Kinder

Ob Lesben zugestanden wird, Kinder zu haben oder zu bekommen, wird unter verschiedenen Aspekten diskutiert.

Im Vordergrund steht dabei die Sorge um das Kindeswohl. Im allgemeinen Verständnis wird die Anwesenheit von Vater und Mutter als optimale Voraussetzung für die Entwicklung von Kindern angesehen, und ein negativer Einfluss durch die lesbische Lebensweise der Mutter und/oder die Abwesenheit eines Vaters befürchtet. Es wird befürchtet, dass die Kinder Probleme mit dem Erwerb von Geschlechtsidentität, Geschlechtsrollenverhalten oder sexueller Orientierung haben könnten.

Inzwischen gibt es viele Studien, die die Entwicklung von Kindern lesbischer und schwuler Eltern untersuchen. Die meisten stammen aus den USA, aber es gibt auch eine größere europäische Studie in der die Entwicklung von Kindern in verschiedenen Familienformen verglichen wird. (Übersichten: Baetens 2001, Hunfeld 2001, Vanfraussen 2003, Berger 2000)

Es zeigen sich keine Unterschiede in der Entwicklung von Kindern, die bei lesbischen Müttern oder in heterosexuellen Familien bzw. bei alleinlebenden heterosexuellen Müttern aufwachsen. Die Kinder unterscheiden sich auch nicht in der Entwicklung von Geschlechtsrollenverhalten, Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung. In einigen Studien wurde eine bessere Eltern-Kind-Beziehung bei lesbischen Eltern, als bei heterosexuellen gefunden. Insbesondere zu den sozialen Müttern haben Kinder von lesbischen Paaren eine engere Beziehung als Kinder heterosexueller Paare zu den Vätern, und die Versorgung der Kinder sowie die Erziehungsarbeit ist gleichmäßiger zwischen Mutter und Co-Mutter aufgeteilt.

Wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung von Kindern durch die Homosexualität der Eltern nicht direkt beeinträchtigt wird, werden oft Probleme mit homophoben Reaktionen angeführt, denen das Kind in seiner Umwelt ausgesetzt ist, weil die Familienform und die Lebensweise der Eltern nicht „normal“ ist. Insbesondere in den amerikanischen Untersuchungen der 80er Jahre spielen negative Reaktionen des sozialen Umfelds (FreundInnen, KlassenkameradInnen, LehrerInnen) eine große Rolle. Der Versuch der Kinder, die lesbische Lebensweise der Mutter geheim zu halten, führte bei einigen zu sozialem Rückzug. In Zeiten größer werdender Toleranz gegenüber lesbischer Lebensweise sind insbesondere kleinere Kinder aber meist unbefangen und unbelastet im Umgang damit. In der Zeit der Pubertät, in der die Jugendlichen verunsichert sind und sich sehr an den Werten der Peergroup orientieren, können sie selbst mit Ablehnung gegenüber der Homosexualität der Eltern reagieren.

Bei Kindern lesbischer Mütter tauchen früher oder später Fragen nach dem abwesenden Vater auf, und eine Befruchtung mit Spendersamen kann nicht, wie in heterosexuellen Partnerschaften, verschwiegen werden (Befragungen ergeben, dass die Mehrzahl der heterosexuellen Paare die Kinder nicht über die Spendersamenbefruchtung informiert). Deshalb wird auch die Frage der Anonymität oder der Dokumentation der

⁷ Homophobie: (krankhafte) Angst oder Abneigung gegen Homosexualität

Daten von Samenspendern kontrovers diskutiert. Es wird befürchtet, dass die Anonymität des biologischen Vaters zu Problemen bei der Identitätsfindung bei Jugendlichen führt. Der Umgang der Kinder mit der Zeugung durch (anonyme) Samenspende ist deshalb Gegenstand von Untersuchungen.

Bisher wurden keine negativen Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder gefunden. Bei einer Befragung von Jugendlichen, die durch anonyme Samenspende gezeugt wurden, gaben aber 10% der Mädchen und 41% der Jungen an, dass sie gerne die Möglichkeit hätten, den Vater kennen zu lernen, die meisten gaben Neugier als Grund an (Vanfraussen 2003).

Lebensformen lesbischer Familien

Viele Lesben leben bereits mit Kindern. Oft stammen sie aus früheren heterosexuellen Lebensphasen. Immer häufiger erfüllen sich lesbische Paare aber auch ihren Kinderwunsch durch Befruchtung mit Spendersamen, Geschlechtsverkehr mit einem Mann, Adoption, Pflegschaft oder als Co-Mutter. Über die Zahl gibt es nur Schätzungen.

In Dänemark werden Daten der registrierten Partnerschaften erfasst. 1989-97 lebten 8% der registrierten Paare mit Kindern unter 18 Jahren. In Schweden wird die Zahl der in lesbischen Partnerschaften entstandenen Kinder auf 60 000 geschätzt.

Lesbische Mütter und ihre Kinder leben in ganz unterschiedlichen Familienformen: alleinerziehend, in Kleinfamilie mit der Partnerin, mit einer oder mehreren Freundinnen, mit einem schwulen Freund oder einem schwulen Paar, im Kollektiv mit anderen Erwachsenen und Kindern.

Bei vielen Lesben scheint der Stellenwert des Zusammenlebens mit Kindern höher und der der biologischen Elternschaft niedriger zu sein im Vergleich zu heterosexuellen Eltern. Kinder werden weniger als Ausdruck einer Liebesbeziehung angesehen. Co-Mutterschaft oder die Übernahme von Teilverantwortung für das Kind einer Freundin sind spezifische Familienformen bei Lesben.

Bei heterosexuellen Frauen steht dagegen beim unerfüllten Kinderwunsch oft die Auseinandersetzung mit der Kränkung durch die Unfruchtbarkeit im Vordergrund. Diese Kränkung kann zum Rückzug von anderen Frauen mit Kindern führen. Andere Formen von Leben mit Kindern wie die Übernahme von Verantwortung oder Aufgaben

bei fremden Kindern werden häufig nicht wahrgenommen.

Soziale Netzwerke und Wahlverwandtschaften außerhalb der traditionellen Familienstrukturen sind auch deswegen notwendig, weil Lesben seltener auf die Unterstützung der Herkunftsfamilie (Großeltern) zurückgreifen können, z.B. wenn sie wegen ihrer Lebensweise aus der Familie ausgegrenzt werden.

Probleme gibt es bei der rechtlichen Absicherung dieser Familienformen. Das Familienrecht ermöglicht bisher kein gemeinsames Sorgerecht der Mutter und einer anderen Person als dem Kindsvater. Für den Alltag sind deshalb Verträge und Vollmachten notwendig (zu Fragen der rechtlichen Situation von homosexueller Elternschaft siehe: Familienbuch www.lsvd.de/familienbuch).

Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunschs

Lesben nutzen verschiedene Möglichkeiten, sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Meist suchen sie sich private Samenspender oder nutzen Samenbanken. Auch Adoption, Pflegschaft oder Co-Mutterschaft sind Möglichkeiten. Manche Frauen suchen gezielt sexuelle Kontakte mit Männern, um schwanger zu werden.

Die Auswirkungen der verschiedenen Möglichkeiten auf die Partnerschaft und das Zusammenleben mit dem Kind/den Kindern und deren Entwicklung werden meist sehr sorgfältig und lange diskutiert und abgewogen.

Befruchtung mit Samen von privaten Spendern

Private Samenspender können über Freunde, Freundinnen oder Bekannte gesucht werden. Es kostet einigen Mut, Männer anzusprechen, ob sie bereit sind, ihren Samen für den Kinderwunsch anderer Frauen zur Verfügung zu stellen. Es kann deswegen einfacher sein, Freundinnen einzuschalten, die die Männer ansprechen. Auch Anzeigen werden inzwischen oft zur Suche nach einem Samenspender genutzt.

Der Kontakt mit dem Samenspender/Kindsvater kann sehr unterschiedlich gestaltet werden. Zwischen völliger Anonymität, bei der der Kontakt über eine Vermittlerin läuft und sich der Samenspender und die Frau mit Kinderwunsch nicht kennen, auf der einen Seite und dem gemeinsa-

men Zusammenleben mit dem Kind auf der anderen Seite gibt es viele Möglichkeiten.

Dabei gibt es verschiedene Bedürfnisse zu berücksichtigen und zusammen zu bringen: die Wünsche der zukünftigen Mutter an den Kontakt mit dem Samenspender, die ihrer Partnerin, die potentiellen Bedürfnisse des Kindes, und die Wünsche des Samenspenders/Kindsvaters.

Daraus wird ersichtlich, dass die Suche nach einem passenden Samenspender/Kindsvater nicht so leicht ist, und viele Lesben/lesbische Paare verbringen mehrere Monate damit.

Bei privaten Samenspendern ist die Untersuchung auf durch den Samen übertragbare Infektionen, wie HIV, Hepatitis B und C, Chlamydien, Gonokokken, und die Überprüfung der Samenqualität sinnvoll.

Nutzung von Samenbanken

Rechtslage bei der Spendersamen-Befruchtung

Die Befruchtung mit Spendersamen ist in Deutschland gesetzlich nicht explizit geregelt.

Das Embryonenschutzgesetz regelt einen Großteil der fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen. Darin ist die gespaltene Mutterschaft verboten, das heißt die Leihmutterschaft. Die gespalte- ne Vaterschaft ist nicht verboten. Auch sonst gibt es darin keine Regelung, die die Spendersamen- befruchtung insgesamt oder bei alleinstehenden oder lesbischen Frauen regelt.

Strafbar könnten medizinische Maßnahmen sein, die als sittenwidrig eingestuft werden. Darüber gibt es jedoch kein Einvernehmen.

Außer dem Embryonenschutzgesetz gibt es von der Ärztekammer verfasste Richtlinien zur Durchführung von fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen, die im Berufsrecht verankert sind. Danach sind solche Behandlungen bei alleinstehenden und lesbischen Frauen verboten. Die Richtlinien beziehen sich aber explizit auf In-Vitro-Fertilisation (IVF) und ähnliche Behandlungsverfahren und nicht auf die „normale“ intra-uterine Insemination

Demnach liegt es im Ermessen der ÄrztInnen, solche Behandlungen durchzuführen, oder auch nicht.

Derzeit sind es zwei Bereiche, in denen Bedenken oder Akzeptanz vorhanden sein können. Der

eine Bereich ist der „Verkauf“ von Spendersamen. Der andere ist die Durchführung der Insemination bzw. die Unterstützung dabei. Sie werden in einzelnen Praxen durchaus unterschiedlich behandelt. Das bedeutet, es gibt Praxen und ÄrztInnen, die bereit sind, Inseminationen bei lesbischen Frauen durchzuführen, aber aus ihren Samenbanken keinen Samen an sie verkaufen, und andere Praxen, die den Samen verkaufen aber keine Inseminationen durchführen.

Dokumentation der Spender

Grundsätzlich gibt es in einigen Ländern die Wahl zwischen anonymen Samenspenden und Samenspenden, bei denen die Spenderdaten dokumentiert und später für das Kind zugänglich sind.

In Deutschland ist die Dokumentation der Spenderdaten und die Aufbewahrung bis zum 18. Lebensjahr des Kindes gängige Praxis. In Österreich und Schweden, neuerdings auch den Niederlanden, ist sie vorgeschrieben.

Die Rechtslage bezüglich der Zugänglichkeit der Daten für das Kind ist unklar. Einerseits spricht ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts den Kindern das Recht zu, in einem bestimmten Alter die Möglichkeit zu haben, zu erfahren, wer ihr biologischer Vater ist. Andererseits gibt es aber kein Gesetz, das die Aufbewahrung der Spenderdaten zwingend vorschreibt. Die anonyme Samenspende wird nicht bestraft. Diskutiert wird eine mögliche Schadensersatzpflicht der ÄrztIn bei Klage des Kindes.

In den Ländern Dänemark, Frankreich, Großbritannien oder Norwegen gibt es keine Dokumentation der Spenderdaten.

Die Vor- und Nachteile beider Formen der Samenspende werden unterschiedlich bewertet.

Einigen lesbischen Paaren erscheint ein anonym-er Samenspender sicherer. Bei heterosexuellen Paaren schließt die rechtliche Situation bei gerichtlich anerkanntem (sozialem) Vater die Anerkennung des Samenspenders als Vater aus. Lesbische Mütter gelten aber vor dem Gesetz als alleinstehend, und es ist rechtlich nicht ausgeschlossen, dass entweder das Kind selbst oder der Samenspender dessen Vaterschaft gerichtlich feststellen lassen können. Dies wird als Bedrohung für die Beziehung und besonders für die Position der Co-Mutter erlebt.

Umgekehrt werden mögliche negative Folgen der Anonymität des Samenspenders für das Kind

diskutiert (siehe oben). Viele lesbische Paare wollen dem Kind zumindest die Möglichkeit erhalten, später Informationen über den biologischen Vater bekommen zu können.

Die Samenspender selbst bevorzugen weit überwiegend die Anonymität. Nach der Einführung der Dokumentationspflicht in den Niederlanden ist dort die Zahl der Samenspender stark zurückgegangen, so dass die Nachfrage dort das Angebot übersteigt, und insbesondere für Frauen aus dem Ausland Wartelisten bestehen.

Auswahlkriterien der Samenbanken für Spender

Bei den Samenbanken werden die potentiellen Spender nach eigenen Vorerkrankungen und nach bestimmten Erkrankungen in der Familie gefragt. Die Blutgruppe wird bestimmt. Es werden Untersuchungen auf Infektionen durchgeführt, die bei der Befruchtung übertragen werden können, sowie Untersuchungen von Blut und Urin zum Ausschluss einiger Erkrankungen. Die Zahl und Qualität der Spermien wird untersucht.

Es gibt weitere Auswahlkriterien wie Alter unter 40 Jahre, durchschnittliche Figur, keine psychischen Erkrankungen oder kriminelle Veranlagung.

Beim Kauf von Spendersamen ist die Auswahl nach ethnischen Kriterien, Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße und -statur möglich.

Zum Teil sind diese Kriterien diskussionswürdig, z.B. in Bezug auf ethnische Merkmale oder „Erbkrankheiten“. Sie können auch mit rassistischen und behindertenfeindlichen Ansichten verbunden sein.

Verkauf von Samen an Lesben

In Deutschland gibt es einzelne Samenbanken, die Verträge mit lesbischen Frauen/Paaren abschließen. Der Samen wird aber nur an eine ÄrztIn abgegeben, die die Befruchtung durchführt.

In den USA gibt es Samenbanken, die nur an ÄrztInnen Samen abgeben und andere, die ihn auch an BenutzerInnen direkt abgeben, auch nach Deutschland. Adressen sind über das Internet zu finden.

Viele Lesben sind wegen der Schwierigkeiten, eine Befruchtung mit Spendersamen in Deutschland durchführen zu lassen, in die Niederlande gefahren. Durch die erwähnte Gesetzesänderung, die die Dokumentation der

Gesetzesänderung, die die Dokumentation der Spenderdaten vorschreibt, ist dort aber die Zahl der Samenspender stark zurückgegangen und die Nachfrage übersteigt nun das Angebot an Samenspenden. In den Kliniken gibt es Wartelisten.

Eine Alternative bietet eine von einer Hebamme geführte Klinik in Kopenhagen, die Spendersamenbefruchtungen durchführt. (Storkklinik, www.storkklinik.com)

Zeitpunkt der Insemination

Die Befruchtung mit Spendersamen muss kurz vor oder am Tag des Eisprungs durchgeführt werden. Durch Zyklusbeobachtung mit Temperaturmessung und Schleimbeobachtung kann der Zeitpunkt geschätzt werden. Die genauere Bestimmung wird mit LH-Tests aus dem Urin (mit Teststreifen) oder durch Ultraschallbeobachtung der Eierstöcke möglich.

Die LH-Bestimmung können die Frauen selbst durchführen. Der Test muss an den Tagen vor dem erwarteten Eisprung mehrmals durchgeführt werden, um den LH-Anstieg und den LH-Gipfel festzustellen, die dem Eisprung etwa 28-32 Stunden bzw. ca. 12 Stunden vorausgehen. Der Zykluscomputer Persona ist für die Auswertung der Teststreifen hilfreich.

Auch die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke, bei der das Wachstum des Eibläschens beobachtet wird, muss in den Tagen vor dem erwarteten Eisprung meist mehrfach durchgeführt werden und macht mehrere Arztbesuche im Zyklus erforderlich. Aus der Größe des Bläschens kann der Termin des Eisprungs abgeschätzt werden. Auch der erfolgte Eisprung kann durch Ultraschall bestätigt werden.

Techniken der Insemination

Der frische oder aufgetaute Samen kann von den Frauen zu Hause in eine Spritze gefüllt und damit in die Vagina eingeführt werden. Danach soll die Frau etwa eine halbe Stunde auf dem Rücken liegen bleiben, damit der Samen für diese Zeit möglichst im oberen Teil der Vagina vor dem Muttermund bleibt. Die Insemination kann aber auch von der FrauenärztIn in der Praxis durchgeführt werden.

Manche ÄrztInnen empfehlen die Benutzung einer speziellen Muttermundkappe, die mit einem kleinen Schlauch verbunden ist. Durch diesen

Schlauch kann der Samen in die Kappe gespritzt werden, nachdem sie vor dem Muttermund platziert wurde. Die Kappe wird dann einige Stunden auf dem Muttermund belassen. Auch diese Methode können die Frauen zu Hause selbst anwenden. Ob die Kappe tatsächlich die Erfolgsaussichten erhöht, ist nicht untersucht. Mit der Kappe muss die Frau aber nach der Insemination nicht liegen bleiben.

Die dritte Möglichkeit ist, dass der Samen nach einer speziellen Aufbereitung durch die ÄrztIn direkt in die Gebärmutter gespritzt wird. Bei Verwendung von vorher eingefrorenem Samen zeigen die meisten Studien höhere Schwangerschaftsraten wenn die Insemination intrauterin erfolgt (gegenüber Insemination vor bzw. in den Muttermund). Nachteile dieses Vorgehens sind die höheren Kosten, die mit dem technischen Aufwand der Aufbereitung des Samens verbunden sind und die Nebenwirkungen: intrauterine Insemination kann Unterbauchkrämpfe und sehr selten allergische Schockreaktionen verursachen.

Hormonelle Stimulation

Ob die Erfolgsaussichten durch eine hormonelle Stimulation der Eierstöcke bei Frauen mit normaler Eierstockfunktion erhöht werden, ist fraglich; die Ergebnisse der Studien dazu sind widersprüchlich (Ferrara 2002). Hormonelle Stimulation ist aber mit einem erhöhten Mehrlingsrisiko verbunden und erfordert eine engmaschige Überwachung der Eireifung mit regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen. Falls mehr als 2-3 Eibläschen heranreifen, muss auf eine Insemination verzichtet werden.

Bei nachgewiesenen Einschränkungen der Eierstockfunktion ist die hormonelle Stimulation sinnvoll, sonst jedoch genau abzuwägen.

Inwieweit Hormonbehandlungen laut Richtlinien der Ärztekammer in Verbindung mit der Insemination erlaubt sind, wird unterschiedlich gesehen. Explizit verboten ist außerhalb von heterosexuellen Beziehungen die In-Vitro-Fertilisation (IVF).

Erfolgsaussichten der Befruchtung mit Spendersamen

Für die Erfolgchancen der Befruchtung mit Spendersamen werden unterschiedliche Zahlen angegeben. Sie hängen von verschiedenen Faktoren ab. Bei den Frauen spielt die individuelle Fruchtbarkeit eine Rolle, wobei das Alter den größten Einfluss hat. Außerdem hängt die

Schwangerschaftsrate davon ab, ob frischer oder zuvor eingefrorener Samen benutzt wird, und von der Technik der Insemination (in die Vagina, mit Muttermundskappe, oder bei der intrauterinen Insemination direkt in die Gebärmutter).

Die Schwangerschaftsrate ist nach Insemination mit frischem Samen deutlich höher als mit zuvor eingefrorenem Samen (Williams 1995).

Es gibt Vergleiche der Schwangerschaftsraten nach intrauteriner Insemination und Insemination in die Vagina bzw. den Gebärmutterhalskanal mit eingefrorenem Samen. In den meisten Studien ist die Schwangerschaftsrate nach intrauteriner Insemination deutlich höher, auch wenn bei der Insemination in die Vagina eine Portiokappe benutzt wurde (Goldberg 1999, Williams 1995). Ursache ist wahrscheinlich, dass die Bewegbarkeit der Spermien durch das Einfrieren und Auftauen eingeschränkt wird. Auch die Lebensdauer der Spermien ist nach dem Auftauen deutlich verkürzt (maximal 24 Stunden im Eileiter), so dass es sehr wichtig ist, die Insemination kurz vor oder nach dem Eisprung durchzuführen.

Manche Studien zeigen höhere Schwangerschaftsraten bei zweimaliger Insemination mit eingefrorenem Samen vor den Muttermund an aufeinanderfolgenden Tagen (Deary 1997). Die kurze Lebensdauer und die Schwierigkeit, den exakten Zeitpunkt des Eisprungs festzustellen, erklären das Ergebnis.

Für die intrauterine Insemination mit eingefrorenem Samen sind die Ergebnisse bei zweimaliger bzw. einmaliger Insemination widersprüchlich (Deary 1997).

Die meisten Zahlen beziehen sich auf die Befruchtung mit eingefrorenem Samen von Samenbanken, und meist auch auf die intrauterine Insemination.

Nach Angaben von Samenbanken sind nach 12 Versuchen im Mittel aller Altersgruppen etwa 80% der Frauen schwanger.

Altersbezogene Angaben über die Erfolgsrate nach intrauteriner Insemination (Ferrara 2002):

Alter	bis 35 Jahre	35-40 Jahre	über 40 Jahre
Anzahl der Zyklen			
pro Zyklus	ca. 18%	ca. 12%	ca. 5%
3 Zyklen	ca. 50%	ca. 30%	ca. 18%
10 Zyklen	ca. 85%	ca. 45%	ca. 21%

Die Storkklinik in Kopenhagen gibt auf ihrer Internetseite an, dass von den dort behandelten Frauen bis 34 Jahre insgesamt 24% schwanger geworden sind, von den 35-39jährigen 13 % und von den über 39-jährigen 9%. Die Anzahl der Behandlungsversuche wird dort nicht angegeben.

Ein mit dem Alter der Frau zunehmender Teil von etwa 15-30% der Schwangerschaften endet mit einer Fehlgeburt.

Die Zahlen machen deutlich, dass nur wenige Frauen nach den ersten Versuchen schwanger sind. Den meisten steht eine anstrengende und psychisch belastende Zeit von wiederholtem Hoffen und Enttäuschung bevor, mit zahlreichen Besuchen bei der ÄrztIn, wenn die Inseminationen dort durchgeführt werden, oder sogar wiederholten Reisen, wenn die Behandlung nicht am Wohnort möglich ist. Auch die finanzielle Belastung kann groß werden. Die Kosten für die Behandlung sind sehr unterschiedlich, und setzen sich aus verschiedenen Posten wie Kosten für den Samen selbst, Transport- und Aufbewahrungskosten, Kosten für Vorgespräch und weitere ärztliche Behandlungen sowie eventuellen Reisekosten zusammen.

Auch von einem privaten Samenspender wird viel Kooperation und Flexibilität erwartet, da er immer wieder zum richtigen Termin verfügbar sein muss.

Literatur

Baetens P, Brewaeys A. Lesbian couple requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. *Human reproduction update* 2001; 7:512-9

Berger W, Reisbeck G, Schwer P. Lesben – Schwule – Kinder. eine Analyse zum Forschungsstand. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2000

Deary AJ, Seaton JEV, et al. Single versus double insemination: a retrospective audit of pregnancy rates with treatment protocols in donor insemination. *Human Reproduction* 1997; 12: 1494-6

Ferrara I, Balet R, et al. Intrauterine insemination with frozen donor sperm. Pregnancy outcome in relation to age and ovarian stimulation regime. *Human reproduction* 2002; 17: 2320-4

Goldberg JM, Mascha E, et al. Comparison of intrauterine and intracervical insemination with frozen donor sperm: a meta-analysis. *Fertility and sterility* 1999; 72: 792-5

Hunfeld JA, Fauser BC. Child development and quality of parenting in lesbian families: no psychosocial indica-

tions for a-priori withholding of infertility treatment. A systematic review. *Human reproduction update* 2002; 8: 579-90

Katzorke T. Donogene Insemination. Gegenwärtiger Stand der Behandlung in der BRD. *Gynäkologische Endokrinologie* 2003; 1: 85-94

Vanfrausssen K, Ponjaert-Kristoffersen I, et al. Family functioning in lesbian families created by donor insemination. *American Journal of Orthopsychiatry* 2003; 73: 78-90

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

Williams DB, Moley KH, et al. Does intrauterine insemination offer an advantage to cervical cap insemination in a donor insemination program? *Fertility and Sterility* 1995; 63: 295-8

Adressen

Initiative lesbischer und schwuler Eltern
www.ilse.lsvd.de

Balance, Familienplanungszentrum Berlin
www.fpz-berlin.de/leskiwu.htm

Internetseiten mit Infos und Links

www.leskids.de, www.lesben.org/kinder.htm

Samenbanken www.berliner-samenbank.de

www.samenbank-berlin.de

Familienbuch (Broschüre des LSVD mit Informationen zur Spendersamenbefruchtung und zur rechtlichen Situation von homosexueller Elternschaft) www.lsvd.de/familienbuch

IPPF-Nachrichten

Programme zur Sexuaufklärung, die auf Abstinenz basieren

USA: Das „Sexuality Information and Education Council“ (SIECUS) hat nach 2jähriger Recherche einen umfassenden Bericht⁸ zu den „Abstinence-only“-Programmen in der Sexuaufklärung und Verhütungsinformationen veröffentlicht. Demnach wurden in den USA während der letzten 5 Jahre fast 900 Millionen US Dollar für Programme verwendet, die ausschließlich sexuelle Enthaltsamkeit bis zur Ehe propagieren. Als einziger Bundesstaat verweigert Kalifornien Geldmittel für o.g. Programme.

Die Präsidentin des SIECUS, Tamara Kreinin, kommentiert: „Durch die Ausweitung nicht qualitätsgesicherter Maßnahmen werden viele Kinder und Jugendliche mit ihrem Risiko alleingelassen. Abstinenzprogramme basieren häufig auf Mechanismen der Verunsicherung und Abschreckung durch Verbreitung falsch zitierter oder falscher Fakten und verhindern die Diskussion zum Thema Verhütung“.

Quelle: IPPF-News, Internet.
SIECUS State Profiles: A portrait of Sexuality Education and Abstinence – only – until – marriage- Programs in the States.

Hinweise

Die Anzahl der Neuerkrankungen an Brustkrebs in Norwegen und Schweden während der landesweiten Einführung des Mammografie-Screenings⁹

Im Familienplanungsrundbrief Oktober 2003 wurde beschrieben, dass zu den potentiellen Risiken des Mammografie-Screenings gehört, dass Brustkrebsvarianten gefunden werden, die wenig bösartig sind und ohne das Screening nie entdeckt worden wären, so dass die davon betroffe-

nen Frauen unnötig durch die Diagnose und eingreifende Behandlung belastet werden. Ob und in welchem Umfang es zu dieser sogenannten „Überdiagnostik“ kommt, untersucht eine Studie in Norwegen und Schweden.

Dabei wurde untersucht, wie viel höher die Rate an Brustkrebs-Neuerkrankungen bei den Frauen war, die am Screening teilnahmen, im Vergleich zu der Neuerkrankungsrate in der Zeit vor der Einführung des Screenings. Außerdem wurde verfolgt, wie hoch die Rate an Neuerkrankungen bei den Frauen nach dem Ende des Screenings im Alter von über 69 Jahren war. Die Zielsetzung war, herauszufinden, ob der erwartete Anstieg der Neuerkrankungen an Brustkrebs nach der Einführung des Mammografie-Screenings dazu führt, dass die Frauen ab dem Alter von 70 Jahren, wenn sie nicht mehr am Screening teilnehmen, seltener an Brustkrebs neu erkranken¹⁰.

Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen: Tatsächlich wurden nach der Einführung des Screenings bei den 50-69jährigen Frauen in Schweden 45% und in Norwegen 50% mehr Brustkrebserkrankungen gefunden. Das ist deutlich mehr, als die zuvor angenommen 2 % und auch höher, als die in anderen Studien zum Thema gefundenen 30 %. Die erwartete Abnahme der Neuerkrankungen bei Frauen über 69 Jahren wurde nicht bestätigt.

Es wird angenommen, dass tatsächlich die Häufigkeit von Brustkrebserkrankungen um etwa 0,8% jährlich zunimmt, wie auch vor Einführung der Screening- Programme zu beobachten war. Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass bei etwa einem Drittel der Frauen in der Altersgruppe 50-69 der beim Screening diagnostizierte Brustkrebs ohne das Screening in ihrem Leben nicht entdeckt worden wäre. Das Ausmaß der in dieser Studie gefunden Überdiagnosen¹¹ ist deutlich größer als zuvor angenommen.

Quelle: Zahl PH, Strand BH, Mæhlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during

¹⁰ Wenn im Screening nur Brustkrebs früher entdeckt wird, der ohne Screening einige Zeit später gefunden worden wäre, müssten Frauen in der ersten Zeit nach Ende des Screenings seltener an Brustkrebs neu erkranken, als Frauen, die nicht am Screening teilgenommen haben.

¹¹ Überdiagnostik bei Brustkrebs-Screening ist definiert als Entdeckung von Tumoren mit geringer Bösartigkeit, die ohne Screening zu Lebzeiten der Frau nicht entdeckt worden wären

⁸ SIECUS State Profiles: A portrait of Sexuality Education and Abstinence – only – until – marriage- Programs in the States. Quelle: IPPF-News, Internet.

⁹ Screening: Reihenuntersuchung

introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328:921-924

Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt erhöhen nicht das Risiko für Brustkrebs

Eine übergeordnete internationale Arbeitsgruppe hat den Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Brustkrebs untersucht.

Hierzu wurden Daten von 44.000 Frauen aus 53 epidemiologischen Studien in 16 Ländern untersucht. Die Gruppe kommt zu dem Schluss, dass weder ein Schwangerschaftsabbruch noch eine Fehlgeburt das Risiko erhöht, Brustkrebs zu entwickeln. Auch wenn eine Frau mehrere Schwangerschaftsabbrüche durchführen lässt, korreliert das nicht mit einer Erhöhung des Brustkrebsrisikos.

Anne Furedi, British Pregnancy Advisory Service, kommentiert die Ergebnisse: Schwangerschaftsabbruch-Gegner versuchen immer wieder, Frauen, durch Darstellung übertriebener Risiken des Abbruchs zu verunsichern, um sie zum Austragen der Schwangerschaft zu bewegen.

Die Verbreitung nicht zutreffender Fakten und Zusammenhänge verursacht unnötige Ängste bei Frauen, die ungewollt schwanger sind und unnötige Sorge bei Frauen, die einen Abbruch in der Vergangenheit hatten und bei denen im späteren Leben Brustkrebs diagnostiziert wird.

Quelle: Collaborative group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Pregnancies ending in abortion do not increase the risk of developing breast cancer, *Lancet* 2004; 27 March 2004, 363: 1007 – 16
www.prochoiceforum.org.uk

Neuerscheinungen

GEK-Edition zum Thema Wechseljahre Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen - was brauchen Frauen

Dieses Buch enthält Vorträge eines im Frühjahr 2003 in Bremen veranstalteten Kongresses. Die Autorinnen und Autoren haben bis Ende 2003 ihre Beiträge auf den neuesten wissenschaftlichen Stand gebracht.

Vorgelegt wird somit ein aktuelles Handbuch für alle, die das Thema Wechseljahre interessiert

oder beruflich angeht. Das sind nicht zuletzt Gynäkologinnen und Gynäkologen, Beratungseinrichtungen, Krankenkassen und Wissenschaftler/innen.

Zu den Themen gehören

- Hormontherapie in den Wechseljahren. Wissenschaftliche Evidenz und aktuelle Empfehlungen, auch zu sogenannten Phyto-Östrogenen
- Wechseljahre und Sexualität
- Wechseljahre - ein kulturspezifisches Phänomen?
- Die professionelle Begleitung von Frauen in den Wechseljahren
- Historische und kulturelle Perspektiven auf die Wechseljahre
- Wechseljahre und Naturheilkunde

Die Programmatik zu einem frauen- und situationsgerechten Umgang mit den Wechseljahren liefert die auf dem Kongress verabschiedete *Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär*, in der es heißt: "Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit."

Das Buch ist ab ca. Ende April 2004 im Buchhandel sowie in den GEK-Betreuungsstellen erhältlich. Den vollständigen Text können Sie sich als PDF herunterladen.
<http://www.gek.de/presse/studien/artikel.html?id=18961>

Clio. Die Zeitschrift für Frauengesundheit. Mai 2004

Schwerpunktthema: Brustgesundheit – Neue Entwicklungen

Das Heft enthält Beiträge zu den aktuell diskutierten Aspekten von Brustgesundheit: Gutartige Veränderungen der Brust – Mammografiescreening – Brustselbstuntersuchung – Risikofaktoren und Brustkrebs – Therapien bei Brustkrebs – Brustkrebsbewegung in Deutschland – Was bringen Brustzentren

Es enthält Informationen für an Brustkrebs erkrankten Frauen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten (zum Beispiel über Brustrekonstruktion oder alternative Begleitbehandlungen).

In der Ausgabe finden sich auch Beiträge für Frauen, die sich als nicht betroffene mit dem Thema Brustkrebs auseinandersetzen. Zum Bei-

spiel setzt sich ein Beitrag mit den Vor- und Nachteilen des Mammografiescreenings auseinander und fasst sie so gut verständlich und anschaulich zusammen, dass er tatsächlich eine Entscheidungshilfe für Frauen bietet. Ein kritischer Beitrag befasst sich mit Risikofaktoren und präventiven Möglichkeiten.

Dabei gelingt es den Herausgeberinnen, einerseits das Thema Brustkrebs und die erkrankten Frauen ernst zu nehmen, aber auch mit sachlichen Informationen die durch andere Veröffentlichungen oft geschürte Angst vor Brustkrebs bei gesunden Frauen zu reduzieren.

Zu bestellen beim Feministischen Frauen Gesundheitszentrum, Bamberger Str. 51, 10777 Berlin, Tel 030/213 95 97 Fax 030 214 19 27

Lust ohne Last – Geschichte der Empfängnisverhütung

von Robert Jütte, Verlag C.H. Beck 2003, ISBN 3-406-49430-7, Taschenbuch 14,90€

Aus dem Inhaltsverzeichnis:

- Ars erotica oder: Die frühe Kunst der Empfängnisverhütung
- Transformationen oder: Die angebliche Repression des Verhütungswissens im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit
- Die Anfänge der scientia sexualis im 19. Jahrhundert: Der Diskurs über die Empfängnisverhütung unter dem Imperativ von Moral und Politik
- Das Regime des Normalen: Die „Demokratisierung“ der Geburtenkontrolle im 20. Jahrhundert

Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten

Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe

Von Ilhan Ilklic. Herausgeber: Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZWE), Universität Tübingen und die Robert Bosch Stiftung

Aus dem Vorwort: Praxisorientierte Handreichung für alle die sich beruflich mit Pflege von Gesundheit und Behandlung von Krankheit von den mehr als drei Millionen Muslimen in Deutschland befassen. Aus dem Inhalt: Ethische medizinische und menschliche Konfliktfelder in der Praxis, islamische Gesundheits- und Krankheitsbegriffe, Einstellung zur Geburt, Krankheit, Tod und zent-

rale Glaubensinhalte, die Welt- und Wertbild muslimischer Mitbürger prägen

Bestellung: IZWE

Mail: izwe@uni-tuebingen.de

Tel.: 07071-2977981

Fax.: 07071-295255

Schutzgebühr: 3€ zzgl. Versandkosten

Veranstaltungskalender

NUR MIT UNS: Ein FRAUENgeRECHTES GESUNDHEITssystem

11. JAHRESTAGUNG des AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.)

13. – 14. November 2004 in Berlin, Schöneberger Rathaus

Vorträge:

Gesundheitsreformen – Ziele, Chancen und Konflikte aus der Geschlechterperspektive

- Dr. Ellen Kuhlmann, Bremen

Was wäre eine 'frauengerechte' Gesundheitsversorgung?

- am Beispiel von Herz-Kreislauferkrankungen -

- Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek, Berlin

Die 'mündige Patientin'?

- Helga Kühn-Mengel, MdB, Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Moderierte Diskussionsforen:

• 3 Vertiefungsforen mit den Referentinnen der Hauptvorträge;

• 1 AKF-Charta-Forum

• 1 Forum „BKF“ über die Inhalte der Referate vor dem Hintergrund der Arbeitsergebnisse der BKF

Strategieforen:

Moderierte Diskussionen der AKF-Charta unter der Prämisse der konkreten Anwendung in einzelnen Arbeitsbereichen

Dialog: Einflussnehmen mit System

Strukturanalyse des Gesundheitssystems und Möglichkeiten der Einflussnahme Dialog mit 2 Rechtsexpertinnen

Dr. Sonja Mühlenbruch, N.N.

Ausführliches Programm ab Juli beim AKF, Knochenhauerstr. 20/25, 28195 Bremen, Fax 0421 160 49 60, buero@akf-info.de

Filmreihe „Ungewollt schwanger – der lange Weg zur legalen Abtreibung“

9.-12. September 2004 in A-1040 Wien
Veranstaltungsort: TU, Gusshausstr. 27-29

Abtreibung ist seit beinahe 30 Jahren legal und die unvorstellbaren Folgen von illegalen Abbrüchen sind damit verschwunden. Trotzdem wird Abtreibung medial – noch immer – kontrovers diskutiert und es wird – immer noch – über die betroffenen Frauen entschieden, verhandelt und dabei meist polarisiert. Nur selten werden konstruktive Lösungen diskutiert nur selten kommen betroffene Frauen selbst zu Wort.

Vielfältige historische und politische Hintergründe haben zu den aktuellen Bedingungen geführt.

Eine international bislang einzigartige Filmschau mit dem Titel „Ungewollt schwanger – der lange Weg zur legalen Abtreibung“ zeigt in insgesamt 15 Filmen von 9.-12. September 2004 in der Wiener Technischen Universität unterschiedliche Facetten zum Thema.

Gezeigt wird die Filmreihe im Rahmen des FIAPAC-Gesundheitskongresses „Gemeinsam die Gesundheit von Frauen verbessern“.

Detaillierte Informationen im Internet
www.gynmed.at und www.fiapac.org

55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG):

„Fortschritt ermöglichen – Grenzen erkennen“
14.-17. September 2004 in Hamburg

Themen: Polyzystisches Ovarsyndrom und Endometriose, Hormontherapie, Ovarielle Stimulation, Assistierte Reproduktion, Gynäkologische Onkologie, Urogynäkologie, Minimalinvasive Chirurgie, Behandlung von Myomen, Geburtshilfliches Management/Tokolyse/Frühgeburtslichkeit, Gestose, Diabetes und IUGR, Pränatale Diagnostik, Erst-Trimester-Screening

Auskunft: Amelie Aengeneyndt, Kongressorganisation GmbH, Postfach 310 307, 40483 Düsseldorf
Fax: 0211/474 79 09 64
E-Mail: info@aakongress.de,
Internet: www.dggg2004.de

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie (AGE)

7.-9. November 2004 in Wuppertal

Themen: Moderne Behandlungskonzepte bei Erkrankungen des Uterus

Leitung: Prof. J. Hucke

Auskunft: Frau Ellinghaus, OA Dr. Füllers, Bethesda-Krankenhaus, Hainstr. 35, 42109 Wuppertal

Tel.: 0202/290 21 52,

Fax: 0202/290 21 58

E-Mail: frauenklinik@bethesda-wuppertal.de

Internet: www.bethesda-wuppertal.de

XVIII. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren und 5. Symposium für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin

11.-13. November 2004 in Hannover

Themen: Deutsches IVF-Register

Tagungsort: Hannover Congress Centrum

Auskunft: AG Reproduktionsmedizinischer Zentren Niedersachsen und Bremen e.V., Zingel 29-30, 31134 Hildesheim, Tel.: 05121/20 67 90, Fax: 05121/206 79 11

5. Mainzer Fortbildungskongress

„Pränatale Medizin“

3.-4. Dezember 2004 in Mainz

Themen: Screening im 1. Trimenon, Doppler-Sonographie, Qualitätsanforderungen bei der fetalen Fehlbildungsdiagnostik, Fetale Echokardiographie, 3D-/4D-Sonographie

Tagungsort: Kurfürstliches Schloss Mainz

Auskunft: Frau I. Künstler, Frauenklinik Krankenhaus Nordwest, Steinbacher Hohl 2-26, 60488 Frankfurt
Tel.: 069/76 01 35 79,
Fax: 069/76 01 36 13
E-Mail: kuenstler.ingeborg@khnw.de