

WEINSCHEKIND e.V.

**Der Verein der Selbsthilfegruppen
für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit**



| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Fallgeschichte | 4 |
| 2 | Warum Selbsthilfe / Selbsthilfegruppen | 5 |
| 3 | Reproduktionsmedizin: Hoffen und Bangen | 8 |
| 4 | Störungen der Fortpflanzung | 9 |
| 4.1 | Ursachen der weiblichen Sterilität | 9 |
| 4.1.1 | Störungen der hormonellen Funktion | 9 |
| 4.1.2 | Störungen im Bereich des Gebärmutterhalses | 10 |
| 4.1.3 | Anatomische Veränderungen als Ursache der Sterilität | 11 |
| 4.2 | Störungen der Zeugungsfähigkeit beim Mann | 11 |
| 4.2.1 | Impotentia coeundi, Impotentia generandi | 11 |
| 4.2.2 | Hormonelle Störungen | 12 |
| 4.2.3 | Störungen durch Infektionskrankheiten | 12 |
| 4.2.4 | Störungen durch toxische (giftige) Belastungen | 12 |
| 4.2.5 | Unzureichende oder inadäquate Ernährung | 12 |
| 4.2.6 | Fehl- und Missbildungen | 12 |
| 4.2.7 | Hodenbedingte Störungen | 12 |
| 5 | Diagnostik der Sterilität | 13 |
| 5.1 | Diagnostik der Frau | 13 |
| 5.1.1 | Anamnese (Vorgeschichte) | 13 |
| 5.1.2 | Diagnostik der Eierstockfunktion | 13 |
| 5.1.3 | Diagnostik der Muttermundfunktion (Zervixfunktion) | 14 |
| 5.1.4 | Ultraschallüberwachung | 14 |
| 5.1.5 | Hormonanalysen | 14 |
| 5.1.6 | Diagnostik der Eileiterfunktion und anatomischer Veränderungen | 14 |
| 5.1.6.1 | Pertubation | 15 |
| 5.1.6.2 | Hysterosalpingographie / Hysterosonographie | 15 |
| 5.1.6.3 | Laparoskopie (Bauchspiegelung) | 15 |
| 5.1.6.4 | Hysteroskopie | 15 |
| 5.2 | Diagnostik des Mannes | 16 |
| 5.2.1 | Anamnese | 16 |
| 5.2.2 | Körperliche Untersuchung | 16 |
| 5.2.3 | Untersuchung des Ejakulats (Spermiogramm) | 16 |
| 5.2.4 | CASA (Computergesteuerte Bildanalyse des Ejakulats) | 17 |
| 5.2.5 | Hormonanalysen | 17 |
| 5.2.6 | Hodenbiopsie | 17 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.3 | Behandlungsmethoden und Erfolgsaussichten | 17 |
| 5.3.1 | Hormonelle Stimulation | 17 |
| 5.3.2 | In-vitro-Fertilisierung und Embryotransfer (IVF-ET) | 18 |
| 5.3.3 | Wann ist die Anwendung der In-vitro-Fertilisation sinnvoll ? | 19 |
| 5.3.4 | Risiken | 19 |
| 5.3.5 | Insemination | 19 |
| 5.3.6 | Mikromethoden | 20 |
| 5.4 | Alternativmedizinische Behandlungsmethoden | 22 |
| 5.4.1 | Akupunktur | 22 |
| 5.4.2 | Autogenes Training | 22 |
| 5.4.3 | Gesunde Ernährung | 23 |
| 5.4.4 | Fußreflexzonen­therapie | 23 |
| 5.4.5 | Homöopathie | 23 |
| 5.4.6 | Massage | 24 |
| 5.4.7 | Meditation | 24 |
| 5.4.8 | Shiatsu | 25 |
| 5.4.9 | Yoga | 25 |
| 6 | Die psychosozialen Aspekte | 26 |
| 6.1 | Die betroffenen Lebensbereiche | 26 |
| 6.1.1 | Partnerschaft | 26 |
| 6.1.2 | Freunde und Verwandte | 26 |
| 6.1.3 | Schwangere Frauen | 26 |
| 6.1.4 | Am Arbeitsplatz | 27 |
| 6.1.5 | Bei der medizinischen Behandlung | 27 |
| 6.1.6 | Bei der Adoptionsvermittlung | 27 |
| 6.2 | Psychosomatische Ursachen von Kinderlosigkeit | 28 |
| 6.2.1 | Zur eigenen Person | 28 |
| 6.2.2 | Zur eigenen Herkunftsfamilie | 28 |
| 6.2.3 | Zur Partnerschaft | 29 |
| 6.2.4 | Zum sozialen Umfeld | 29 |
| 6.3 | Wo finde ich psychosoziale / psychotherapeutische Beratung ? | 29 |
| 6.4 | Kostenübernahme der Kinderwunschbehandlung | |
| | durch die Krankenkassen | 30 |
| 6.4.1 | Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen | 31 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7 | Gesetzliche Bestimmungen in Deutschland | 32 |
| 8 | Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin | 33 |
| 8.1 | Heterologe Insemination | 33 |
| 8.2 | Mikroinjektion | 33 |
| 8.3 | Eizellenspende | 34 |
| 8.4 | Leihmutterschaft | 34 |
| 8.5 | Präimplantationsdiagnostik | 34 |
| 9 | Der andere Weg | 35 |
| 9.1 | Adoptionsverfahren | 35 |
| 10 | Hilfe zur Selbsthilfe | 36 |
| 10.1 | Wie gründet und organisiert man eine Selbsthilfegruppe | 36 |
| 10.1.1 | Publik machen einer neuen SHG | 37 |
| 10.1.2 | Äußere Form der Treffen | 38 |
| 10.1.3 | Ablauf der Treffen | 38 |
| 11 | Weiterführende Literatur und Informationen | 40 |
| | Impressum | 40 |

1 Fallgeschichte

Für Vera und Horst stand von Anfang an fest: Sie wollten zusammen ein Kind – ganz bald ! Als es nach einem Jahr noch nicht geklappt hatte, ging Vera zum Arzt. Die Nachricht, sie würden auf natürlichem Wege keine Kinder bekommen, traf beide wie ein Schlag.

Das las man doch nur in der Zeitung – das konnte doch nicht wirklich auch ihnen passieren. Nun begann für sie die endlose Lauferei von Arzt zu Arzt, von Termin zu Termin. Ständiges Hoffen, die Behandlung möge endlich erfolgreich sein und die tiefe Verzweiflung, wenn es wieder einmal nicht geklappt hatte. In der Arztpraxis kümmerte man sich zwar um ihren Körper, aber mit Ihrer seelischen Not blieben die beiden allein: die anderen Paare in der Praxis mochte man nicht ansprechen – denen ging es ja auch nicht gut und bei Freunden und Verwandten war das Thema tabu. Wie sollten die das auch verstehen ?

Als Vera ganz verzweifelt war, erwähnte ihr Arzt einen Psychotherapeuten, zu dem sie gehen könnte, aber was sollte sie denn da ? Sie war kinderlos, aber doch nicht verrückt !

Dann erfuhren sie zufällig von einer Selbsthilfegruppe in ihrer Nähe, wo sich ungewollt kinderlose Paare regelmäßig trafen. Nach langem Zögern wagte Horst den ersten Schritt und erkundigte sich telefonisch nach dem nächsten Treffen.

Als die beiden zum ersten Mal kamen, war ihnen schon etwas mulmig zumute – wie würde es sein, so unter völlig fremden Leuten etwas von sich zu erzählen ?

Doch hier ging alles ganz offen und locker zu. Sie wurden von den anderen Gruppenmitgliedern herzlich aufgenommen und als diese ganz zwanglos über ihre innersten Gedanken und Probleme sprachen, fassten auch Vera und Horst Mut, endlich einmal über ihre tiefsten Gefühle zu reden. Hier fanden sie Verständnis für ihre seelischen Nöte: für ihre Traurigkeit, wenn im Bekanntenkreis jemand schwanger wurde, für ihren Neid auf jede schwangere Frau und jeden Kinderwagen, für Vera's Verzweiflung, wenn wieder eine Behandlung fehlgeschlagen war, für die Hilflosigkeit von Horst, wenn er nichts für sie tun konnte und für die Belastungen, die daraus für die Partnerschaft entstanden.

Die Paare, die schon länger in der Kinderwunschbehandlung waren, gaben ihnen Informationen über die medizinischen Möglichkeiten und Erfahrungen damit und zeigten ihnen auch andere Wege: Homöopathische Methoden, Adoption oder Pflegekinder oder auch das Einstellen auf ein Leben ohne Kinder.

Endlich hatten Vera und Horst verständnisvolle Zuhörer für ihre Probleme gefunden, und endlich wieder Hoffnung, dass auch sie ihre Situation bewältigen würden – irgendwie...

2 Warum Selbsthilfe / Selbsthilfegruppen ?

Immer mehr Paare in den westlichen Industrieländern haben Probleme, Kinder zu bekommen. Viele der Betroffenen haben kaum Gelegenheit, in Familie oder Freundeskreis darüber zu sprechen. Selbst wenn sie Gehör finden, ist wirkliches Verständnis nur selten.

Gutgemeinte Ratschläge oder Bagatellisierungen sind in den meisten Fällen keine Hilfe. Die meisten wenden sich an Zentren oder niedergelassene Ärzte mit Kinderwunschsprechstunde und entsprechenden Therapiemöglichkeiten.

Für ein Paar stellt sich zunächst die Frage, wann es ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen soll. Nach der Definition der WHO (World Health Organisation) wird ein Paar erst dann als unfruchtbar bezeichnet, wenn trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr innerhalb eines Jahres keine Schwangerschaft eingetreten ist. Denn auch unter medizinisch optimalen Bedingungen wird immer nur ein gewisser Prozentsatz von Frauen schwanger, weil es auch in der natürlichen Fruchtbarkeit Grenzen gibt. Nach einer neuen Studie beträgt der Anteil der Paare, die zumindest zeitweise ungewollt kinderlos sind, dreißig Prozent. Dauerhaft kinderlos bleiben 8,7%. Bei den Paaren, die doch Eltern wurden, ist der Erfolg je zur Hälfte durch medizinische Behandlung oder spontane Schwangerschaften eingetreten.

Wenn mit einer Kinderwunschbehandlung begonnen wird, werden die Patienten mit den verschiedensten Erfolgsstatistiken der einzelnen Methoden konfrontiert.

Trotzdem wird sich jedes Paar bei Beginn der Kinderwunschbehandlung die Frage stellen: Gehören wir nun beim ersten oder vierten Versuch zu den Paaren, bei denen eine Schwangerschaft eintreten wird. Zudem ist die Anzahl der möglichen Behandlungsversuche aus gesundheitlichen und finanziellen Gründen beschränkt.

Jedes Paar sollte sich der Komplexität dieses Vorgangs bewusst sein, um medizinische Behandlungsmöglichkeiten nicht zu überschätzen und unbegründeterweise auf schnelle Erfolge zu hoffen.

Dieses Spannungsfeld von Hoffnung, möglichen Erfolgen und realen Chancen erzeugt eine außerordentliche Belastung im Lebensalltag ungewollt Kinderloser. Hinzu kommen die direkten physischen und psychischen Anstrengungen der Therapie. Ohne Hilfe von außen ist die Situation oft nicht zu meistern. Das psychosoziale Hilfeangebot ist meist unzureichend. Häufig ist auch die Hemmschwelle der betroffenen Paare zu groß, eine Beratungsstelle oder einen Therapeuten aufzusuchen.

Dieser von vielen erlebte Mangel führte zu Beginn der 90er Jahre unabhängig voneinander in einigen deutschen Städten zur Gründung von Selbsthilfegruppen durch engagierte Betroffene. Diese wollen und können das leisten, wozu der Medizinbetrieb nicht im ausreichenden Maße in der Lage ist: Psychosoziale Betreuung für Paare in einer schwierigen Lebenssituation. Denn in den Arztpraxen findet fast keine Kommunikation unter den Kinderwunschpatienten statt, obwohl jede (und jeder) die gleichen Erwartungen, Ängste und Enttäuschungen im Verlaufe der Behandlung durchlebt. Die Selbsthilfegruppen entstehen immer aus der jeweils besonderen Situation der Betroffenen.

So existieren auch die unterschiedlichsten Formen von Gruppen:

- angeleitete oder nicht angeleitete Selbsthilfegruppen,
- Selbsthilfegruppen für Frauen oder Paare,
- offene oder geschlossene Selbsthilfegruppen,
- Gruppen, die einen Teil ihrer Freizeit gemeinsam gestalten und sich bei ihren Problemen gegenseitig unterstützen.

Auch unterscheiden sie sich in der Intensität der Arbeit. Zunächst dienen regelmäßige Treffen zum:

- Austausch von Erfahrungen,
- Weitergabe von Informationen,
- zur gegenseitigen Unterstützung.

Dabei geht es in erster Linie darum, sich gegenseitig bei der Bewältigung der Situation zu helfen und zu unterstützen. Die jeweils besondere Situation der / des Einzelnen steht im Mittelpunkt der Gruppenarbeit. Doch bald entstand die Einsicht, dass die Problematik weitreichende Konsequenzen in vielen gesellschaftlichen Bereichen hat. Die unmittelbar Betroffenen hatten keine Stimme – geschweige denn eine Lobby. In dieser Situation suchten einige Aktive 1992 über eine Umfrage bei 207 Selbsthilfekontaktstellen den Kontakt zu den anderen Gruppen. Hierbei wurde zunächst ein Erfahrungsaustausch angestrebt, um die Möglichkeit einer kontinuierlichen Zusammenarbeit auszuloten.

Im Laufe der seit 1993 regelmäßig stattfindenden 3–4 Arbeitstreffen jährlich, und nach ersten internationalen Kontakten, wurde seit 1994 die Gründung eines Vereins der Selbsthilfegruppen für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit mit Namen WUNSCHKIND e.V. vorbereitet.

WUNSCHKIND e.V. will

- den Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Selbsthilfegruppen organisieren und koordinieren, sowie Neugründungen unterstützen,
- die Informationszentrale für Betroffene und für Selbsthilfegruppen zu Fragen ungewollter Kinderlosigkeit sein,
- Ansprechpartner für Medien, Politik, Verbände, Krankenversicherer und auch Industrieunternehmen sein, um den Erfahrungsaustausch zu fördern und den Interessen der Betroffenen Gehör zu verschaffen,

- auf Fachveranstaltungen mit Informationen und informierten Mitgliedern präsent sein,
- die interdisziplinäre Arbeit von der Reproduktionsmedizin bis zur psychosozialen Betreuung im Sinne eines ganzheitlichen Problemansatzes fordern, fördern und vorantreiben. Hierzu will WUNSCHKIND e.V. zu gegebener Zeit selbst Symposien und Fachberatungen organisieren,
- einer weiteren Einschränkung der reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten entgegenwirken. Die heterologe Insemination auf eine sinnvolle gesetzliche Grundlage stellen etc.,
- eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung als integralem Bestandteil der Kinderwunschbehandlung bewirken,
- in der Öffentlichkeit für Aufklärung und Auseinandersetzung zum Thema sorgen, damit Betroffene offener mit Ihrem Problem umgehen und mehr Verständnis finden können.



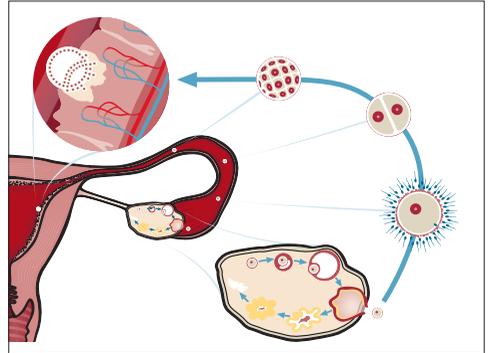
Der Verein der Selbsthilfegruppen für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit

wurde am 28.10.95 in Berlin als gemeinnütziger Verein gegründet und am 19.08.96 eingetragen.

WUNSCHKIND e.V. ist für jede Unterstützung finanzieller, materieller und ideeller Art offen und dankbar, die seine Unabhängigkeit, Überparteilichkeit und Überkonfessionalität respektiert.

3 Reproduktionsmedizin: Hoffen und Bangen

„Schwanger werden ist ein so komplexer Vorgang, dass es wie ein Wunder erscheint, wenn es überhaupt jemand schafft.“ Neuberg (1993) geht von einem Zeitraum von maximal 24 Stunden aus, in dem das Ei befruchtet werden kann. Für die Samenzellen besteht die Möglichkeit einer Befruchtung längstens 48 Stunden. Zudem müssen eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein. (Neuberg, 1993):



- Bei der Frau findet ein Eisprung statt,
- der Geschlechtsverkehr geschieht in der fruchtbaren Phase,
- die Samendichte des Mannes an beweglichen Spermien muss so groß sein, dass eine genügende bzw. ausreichende Anzahl von ihnen die Eizelle erreichen können,
- der Gebärmutterhalsschleim und die Samenzellen dürfen keine Unverträglichkeit aufweisen
- es dürfen keine mechanischen Hindernisse, zum Beispiel auf Grund von verschlossenen Eileitern oder Verwachsungen rund um die Eierstöcke, vorhanden sein.

Diese Voraussetzungen hängen wiederum von einer Vielzahl an physischen und psychischen Faktoren ab. Zusätzlich können einige dieser Faktoren große Schwankungen aufweisen. In dieses komplexe System greift die Reproduktionsmedizin ein, wenn der natürliche Erfolg ausbleibt. Wie erfolgreich oder erfolglos dieser Eingriff ist, zeigen eine Reihe von Untersuchungen. Für die Patienten ist dabei wichtig, auf die Bezugsgröße der Prozentangaben zu achten: Handelt es sich um eingetretene Schwangerschaften oder geborene Kinder pro Behandlungszyklus oder pro Embryotransfer bei IVF und ICSI.

Man nennt derzeit folgende Durchschnittszahlen: Bei einer Insemination mit den Spermien des Partners betrug die Schwangerschaftsrate 20%–30% je Zyklus.

In einer zusammenfassenden Studie von Rjosk und Mitarbeitern (1995) wurden von 54 der damals 65 (heute ca. 140) in Deutschland bekannten reproduktionsmedizinisch tätigen Arbeitsgruppen zu den Erfolgen bei Sterilitätsbehandlung mittels IVF gemacht. Bei rund einem Viertel der Frauen trat nach Embryotransfer nach IVF 1993 eine Schwangerschaft ein. Wiederum ein Drittel dieser Schwangerschaften endete mit einer Fehlgeburt oder Eileiterschwangerschaft, so dass insgesamt nur etwa ein Sechstel der Frauen nach einem Embryonttransfer ein Kind zur Welt brachte. Hierbei wurden allerdings Frühgeburten nicht erfasst. Die höchste Schwangerschaftsrate pro Embryonttransfer von fast einem Drittel wurde bei Frauen unter 30 erreicht, denen drei Embryonen übertragen wurden. Heutzutage versucht man aber, den Risiken von Mehrlingsschwangerschaften vorzubeugen, indem man besonders bei jüngeren Frauen, nur 1 oder 2 Embryonen zurücksetzt.

4 Störungen der Fortpflanzung

Viele Faktoren sind an der Entstehung eines neuen menschlichen Lebens beteiligt. Entsprechend vielfältig sind die möglichen Störfaktoren der Fortpflanzung.

In einer groben Unterteilung lassen sie sich in **männliche** und **weibliche** Ursachen, **hormonelle**, **organische**, **psychische** und **ungeklärte** Ursachen einordnen.

4.1 Ursachen der weiblichen Sterilität

Die Ursachen weiblicher Sterilität verteilen sich zu ca. 40% auf Funktionsstörungen der Eierstöcke, zu 30% auf Störungen der Eileiterfunktion und in 14% lassen sich keine Ursachen der Sterilität feststellen (vgl. Heume 1988, S. 95).

4.1.1 Störungen der hormonellen Funktion

Diese Störungen findet man auf unterschiedlichen Ebenen der Regelkreise zwischen

- Hypothalamus (Teil des Zwischenhirns)
- Hypophyse (Hirnanhangdrüse) und
- Ovarien (Eierstöcke)

Eine Störung in diesem Bereich führt zu einer mehr oder weniger starken Ausprägung einer Eierstockunterfunktion. Klinisch zeigt sich dies in einer mangelnden Reifung des Eibläschens (Follikel), im Fehlen des Eisprungs oder einer unzureichenden Gelbkörperproduktion. Jede Phase des Zyklusses hat eine wichtige Funktion, ohne die eine Schwangerschaft nicht möglich ist. Ist die Funktion des Gelbkörpers gestört, kommt es zu einer mangelnden Vorbereitung der Gebärmutter Schleimhaut für die befruchtete Eizelle. Findet kein Eisprung statt, so kann keine Eizelle befruchtet werden. Gleichzeitig kommt es durch den fehlenden Eisprung zu Störungen der Progesteronbildung. Progesteron ist das Hormon, das die Einnistung des Embryos in die Gebärmutter ermöglicht. Gelingt es dem Körper nicht, genügend FSH (Follikelstimulierende Hormone) auszuschütten, so ist bereits das Heranreifen der Eizelle unmöglich, parallel dazu kann es zu einem Östrogenmangel kommen.

Neben dem Symptom der Sterilität zeigen hormonelle Störungen häufig Zyklusstörungen. Fehlt es an Östrogenen, so kommt es zu verkürzten Zyklen und hormonellen Mangelblutungen. Fehlt es an Progesteron, wird die Gebärmutter Schleimhaut nur wenig oder gar nicht aufgebaut mit der Folge von geringen bzw. ausbleibenden Monatsblutungen oder verlängerten Zyklen.

Ist die Eierstockfunktionsstörung sehr ausgeprägt, bleibt die Menstruation ganz aus. Dies bezeichnet man als Amenorrhö. Bei der Amenorrhö unterscheidet man zwischen einer primären und einer sekundären Amenorrhö. Im Fall der primären hat es noch nie einen normalen Zyklus der Frau gegeben.

Als sekundäre Amenorrhö wird ein Zustand bezeichnet, bei dem die Frau bereits zeitweise einen regelmäßigen Monatszyklus hatte, der dann plötzlich unterbrochen wurde. Auslöser dieses plötzlichen Ausbleibens des Zyklus sind häufig Stress und traumatische Erlebnisse, psychische Störungen, mangelhafte Ernährung oder auch Medikamente.

Die gestörte hormonelle Eierstockfunktion führt mitunter auch zu Beeinträchtigungen anderer Organe. Möglich sind aber auch Hitzewallungen, ähnlich denen der Wechseljahre.

Eine seltene Ursache der hormonellen Sterilität beruht auf dem völligen Versagen des Eierstocks (primäre Ovarialinsuffizienz). Das heißt, in den Eierstöcken fehlen bereits die sonst vorhandenen Primordialfollikel, aus denen später die Eizellen entstehen sollen. Das Fehlen dieser Anlage bewirkt somit, dass trotz Ausschüttung des FSH keine Eizelle heranwachsen kann.

Auch Stress ist ein weiterer Störfaktor. Stress führt zu einer Blockade des Hypothalamus. Auslöser für Stress können psychische Faktoren sein, die den betroffenen Frauen nicht einmal bewusst sein müssen. Somit ist es zum Teil nicht möglich, die Störfaktoren auszuschalten und die Funktion des Hypothalamus zu normalisieren. Infolge von Stress unterlässt, steigert oder vermindert der Hypothalamus die Ausschüttung des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH), so dass die Hypophyse nicht zur Produktion von FSH angeregt wird.

Der Regulationsmechanismus zwischen Hypothalamus und Hypophyse wird auch beeinflusst von Hormonen, die mit dem eigentlichen Menstruationszyklus nichts zu tun haben.

Eine große Rolle spielen hierbei die Androgene. Die Androgene sind Hormone mit männlichem Wirkungscharakter und regen die Produktion eines Hormons an, das für die Milchproduktion verantwortlich ist (Prolaktin).

Auch Hormone der Schilddrüse oder der Bauchspeicheldrüse (Insulin) führen zu Fehlregulationen des Menstruationszyklusses. Die schon genannten Androgene (männl. Hormone) werden in jedem weiblichen Körper gebildet. Sie sind Vorstufen der weiblichen Sexualhormone. Werden sie im Übermaß gebildet, verursachen sie übermäßige Behaarung, fettige Haut, die zur Akne führt, Ausbleiben des Eisprungs und Blutungsunregelmäßigkeiten.

Wird im Übermaß Prolaktin gebildet, kommt es zu Störungen der Eierstockfunktion, des Monatszyklusses und zu Absonderungen von Milch aus der Brust außerhalb der Stillperiode.

4.1.2 Störungen im Bereich des Gebärmutterhalses

Zum Schutz vor Infektionen wird der Gebärmuttermund (Zervix) normalerweise von einem dicken zähen Schleim verschlossen. Zum Zeitpunkt des Eisprungs (Ovulation) verflüssigt sich der Schleim und die Spermien können in die Gebärmutter gelangen.

Findet die Verflüssigung nicht statt, spricht man von einer **funktionellen zervikalen Sterilität**. Einige Frauen bilden auch Antikörper gegen das Sperma des Mannes. Die Ursachen dieser allergischen Reaktionen sind noch unklar.

Antikörper können zu einer Verlangsamung der Spermien führen, die Spermien abtöten oder das Durchdringen der Eihülle verhindern.

4.1.3 Anatomische Veränderungen als Ursache der Sterilität

Hauptursache für anatomische Veränderungen sind Verwachsungen und Verklebungen der Eileiter. An zweiter Stelle stehen Missbildungen der Gebärmutter. Weitere Ursachen der Sterilität sind vorausgegangene Eileiterschwangerschaften, Aborte (Fehlgeburten), Geburten, Tumore, Endometriose, oder tuberkulöse Entzündungen.

Verwachsungen entstehen als Folge von Entzündungen der Eileiter oder durch Operationen im Bauchbereich, wie z.B. Blinddarmoperationen oder Kaiserschnittverbindungen. Angeborene Missbildungen der Gebärmutter sind relativ selten.

Im Laufe der normalen weiblichen Geschlechtsreife entstehen häufig gutartige Geschwülste – **Myome** – genannt. Ob sie die Fruchtbarkeit der Frau beeinflussen, ist abhängig von der Größe, der Lage und der Anzahl (vgl. Leidenberger / Bispink 1989, S. 106–108). Myome stören die Einnistung der befruchteten Eizelle und verursachen Blutungsunregelmäßigkeiten.

Anatomische Veränderungen werden mitunter auch durch **Endometriose** verursacht. Endometriose bedeutet eine Anwesenheit von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter, in 4/5 der Fälle im Bereich der Eileiter (vgl. Pschyrembel 1977, S. 309).

Die Vermehrung der Zellen führt zu Entzündungen, Verwachsungen im Bereich der Eileiter und der Gebärmutter. Gesteuert wird die Vermehrung der Endometrioseherde durch die Hormone, die das Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut fördern. Entsprechend kommt es am Ende eines Zyklus zu Blutungen der Endometrioseherde. Sie verursachen dann häufig sehr schmerzhaftes Menstruationsblutungen.

4.2 Störungen der Zeugungsfähigkeit beim Mann

Im Gegensatz zu den Kenntnissen im Bereich der weiblichen Sterilität, gibt es über die Ursachen der männlichen Zeugungsunfähigkeit relativ geringes Wissen. Andrologen nennen zwei Hauptursachen:

- gestörte Erektion und
- mangelnde Spermaqualität.

4.2.1 Impotentia coeundi, Impotentia generandi

Bei der gestörten Erektion (**Impotentia coeundi**) ist der Mann zu keinem normalen Geschlechtsverkehr in der Lage. Ursache hierfür sind häufig psychische Probleme, die entweder vorübergehend sind oder eventuell durch therapeutische Hilfe beseitigt werden können.

Mangelnde Spermaqualität (**Impotentia generandi**) liegt vor, wenn die Beweglichkeit, Überlebensdauer oder die Anzahl an gesunden Spermien zu gering ist.

Bei der Betrachtung der Impotentia generandi unterscheidet man je nach Ätiologie (Lehre der Krankheitsursachen) zwischen folgenden Ursachen der Fruchtbarkeitsstörungen:

4.2.2 Hormonelle Störungen

Funktionsstörungen und Erkrankungen der hormonellen Regelmechanismen zwischen Hypothalamus, Hypophyse, Schilddrüse und Nebenniere.

4.2.3 Störungen durch Infektionskrankheiten

Mumps, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, hoch fieberhafte Erkrankungen wie Typhus, Diphtherie und Malaria.

4.2.4 Störungen durch toxische (giftige) Belastungen

wie z.B. Medikamente, Drogen, einschließlich Nikotin und Alkohol, Schwermetalle, Strahlenbelastungen, extreme Temperaturbelastungen (bei Hochofen – oder Kühlhausarbeitern).

4.2.5 Unzureichende oder inadäquate Ernährung

Vitamin- oder Proteinmangel.

4.2.6 Fehl- und Missbildungen

Genetische Störungen, Missbildungen der Samenwege, Klinefelter Syndrom

4.2.7 Hodenbedingte Störungen

Zu große Hoden, zu kleine Hoden, Tumore, Varikozelen (Krampfadern im Hodensack), Arteriosklerose (Arterienverkalkung)

Hydrozelen (Wasserbruch), Zysten (eine durch eine Kapsel abgeschlossene, flüssigkeitsgefüllte, sackartige Geschwulst) (vgl. Wokalek 1989, in: Bettendorf / Breckwoldt 1989, S. 489).

Als normale Spermaqualität gilt ein Ejakulat (Samenerguss), in dem mindestens 20 Millionen Samenzellen pro ml Sperma vorhanden sind, von denen mehr als die Hälfte normal geformt sind und sich gut vorwärts bewegen. Liegt der Wert darunter, ist mit einer Einschränkung der Zeugungsfähigkeit zu rechnen.

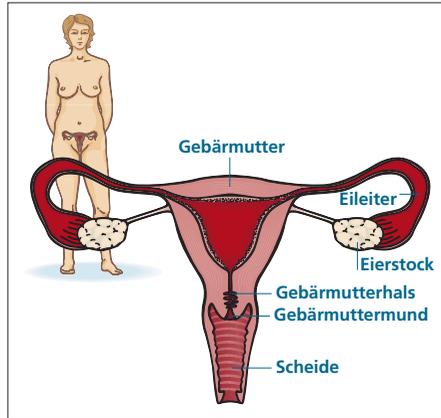
Vereinzelt kann es aber auch bei extrem schlechten Spermabefunden zu einer Befruchtung kommen. Normal sind auch Schwankungen der Spermaqualitäten, so dass Männer zu verschiedenen Zeiten einmal infolge des Spermabefundes zeugungseingeschränkt waren und zu anderen Zeiten eine volle Zeugungsfähigkeit bestätigt wurde.

5 Diagnostik der Sterilität

5.1 Diagnostik der Frau

5.1.1 Anamnese (Vorgeschichte)

Die Anamnese wird häufig in Form eines Fragebogens ermittelt. Abgefragt werden dabei Alter, Geschlechtsentwicklung, Wachstum, Kinderkrankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Erbkrankheiten, Pubertätsentwicklung, Zyklusverlauf, Regelblutung, vorausgehende Schwangerschaften und deren Verlauf, Fehlgeburten, Eierstockentzündungen, Methoden der bisher praktizierten Schwangerschaftsverhütung, Einnahme von Medikamenten, Operationen im Genitalbereich, Scheidenentzündungen, Fluor, Gewichtsverhalten, Dauer des Kinderwunsches, Dauer und Art der bisher durchgeführten Diagnostik bzw. Therapie. Darüber hinaus werden erfragt: Libido, Sexualempfinden, Orgasmusschwierigkeiten und die Häufigkeit der sexuellen Kontakte. An zweiter Stelle der Diagnostik steht die **körperliche Untersuchung**.



5.1.2 Diagnostik der Eierstockfunktion

Zur Überprüfung des Eisprungs verwendet man in der Praxis die Methode der Basaltemperaturmessung. Hierfür muss die Frau jeden Morgen nach dem Aufwachen die Körpertemperatur messen. In einem regelmäßigen Zyklus erfolgt etwa um den 15. Zyklustag ein Temperaturanstieg von etwa $0,5^{\circ}\text{C}$. Der Temperaturanstieg entsteht durch die Ausschüttung von Progesteron.

Ist der Anstieg geringer als $0,3^{\circ}\text{C}$ und erfolgt er nicht innerhalb von zwei Tagen nach dem Eisprung, so ist mit einer Störung der Progesteronproduktion zu rechnen. Ebenso ist von einer Störung auszugehen, wenn eine Temperaturerhöhung nicht mindestens 11 Tage anhält (vgl. Bettendorf 1989, in Schirrer / Bettendorf / Leidenberger / Frick-Bruder 1989, S. 72 ff.).

Die Auswertung der Basaltemperaturkurve ist leider nicht immer korrekt möglich. Viele Ereignisse führen zu Veränderungen der Temperaturkurve. Zu nennen sind hier u.a. fehlende 8-stündige Nachtruhe, fieberhafte Erkrankungen, übermäßige Bewegungen und körperliche Anstrengungen vor der Temperaturmessung, unregelmäßiger Zeitpunkt der Messung, Alkoholgenuss oder Durchführung einer Hormonstimulation.

Die Auswertung der Basaltemperaturkurve gibt Aufschluss über die Eibläschen- und Gelbkörperfunktion und einen möglichen Eisprung (Ovulation).

5.1.3 Diagnostik der Muttermundfunktion (Zervixfunktion)

Zur Diagnostik der Zervixfunktion wird die Weichheit des Muttermunds, die Menge und die Beschaffenheit des Muttermundschleims geprüft. Mit dem vorhandenen Schleim wird der Farnkrauttest durchgeführt. Geprüft wird die Spinnbarkeit des Schleims. Trägt man den Schleim auf einen Objektträger auf und lässt ihn dann antrocknen, so zeigt sich unter dem Mikroskop das sogenannte Farnkrautphänomen (vgl. Schirrer / Leidenberger / Stoll / Frick-Bruder 1978, S. 27). Eine weitere Kontrolle erfolgt durch den **Postkoital-Test**. Kurz vor dem Eisprung wird ca. 6–10 Stunden nach erfolgtem Geschlechtsverkehr die Zervixschleimhaut auf Anzahl, Beweglichkeit, Form und die Überlebensdauer der Spermien hin untersucht. Voraussetzung für die Durchführung des Postkoital-Test (PKT) ist eine vorherige 2–5tägige sexuelle Enthaltensamkeit. Finden sich bereits nach 2 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr nicht mehr genügend Spermien, sollte der **in-vitro-Penetrationstest** durchgeführt werden. Hierzu wird durch Masturbation gewonnenes Sperma mit entnommenem klarem Zervixschleim auf einem Objektträger zusammengebracht. Unter dem Mikroskop wird der Versuch des Spermas, den Schleim zu durchdringen, beobachtet und beurteilt. Der Test ermöglicht Informationen über eventuelle Störungen der Spermaqualität, der Unverträglichkeit von Schleim und Sperma, der Zervixfunktion und einen eventuellen Östrogenmangel (vgl. Bettendorf 1989, in Schirrer / Bettendorf / Leidenberger / Frick-Bruder 1989, S. 72 ff.).

5.1.4 Ultraschallüberwachung

Mit Hilfe der Ultraschallüberwachung ist es möglich, den Verlauf des Zyklusses zu beobachten. Ab dem 5. Zyklustag werden hierzu in 1- bis 2-tägigem Abstand Ultraschalluntersuchungen durch die Scheide durchgeführt. Auf dem Ultraschallbild lassen sich das Eibläschenwachstum (Follikel), Lage, Größe und Form der Gebärmutter (Uterus), der Aufbau der Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium) und die Beschaffenheit der Eierstöcke sowie der Eisprung beurteilen.

5.1.5 Hormonanalysen

Zur besseren Diagnostik der Zyklusstörungen werden Hormonbasisuntersuchungen durchgeführt. Etwa am 5. Zyklustag wird dazu etwas Blut entnommen und auf Androgene, Prolaktin, LH und FSH untersucht.

Parallel zu den Ultraschalluntersuchungen werden Hormonfunktionstests durchgeführt. Nachdem dem Körper täglich entsprechende Hormone zugeführt wurden, werden durch Blutuntersuchungen im Abstand von 1–2 Tagen Hormonprofile erstellt. Gemessen werden: Gonadotropine, Prolaktin, Östrogene, Progesteron und Androgene.

5.1.6 Diagnostik der Eileiterfunktion und anatomischer Veränderungen

Sind andere Ursachen einer Sterilität bereits ausgeschlossen, sollte die Eileiterfunktion geprüft werden. Dies geschieht durch unterschiedliche Methoden:

5.1.6.1 Pertubation

Diese Methode hat nur geringe Aussagekraft. Durch das Einblasen von Kohlendioxid durch den Gebärmutterhals wird die Eileiterdurchgängigkeit geprüft. Manche Frauen empfinden die Untersuchung als schmerzhaft.

5.1.6.2 Hysterosalpingographie / Hysterosonographie

Mit Hilfe eines Kontrastmittels und einer Röntgenuntersuchung lassen sich Veränderungen, wie Verwachsungen, Trennhäute, Polypen oder Myome feststellen. Bei der Hysterosonographie erfolgt die Untersuchung mittels Ultraschall.

5.1.6.3 Laparoskopie (Bauchspiegelung)

Durch eine Laparoskopie lassen sich die Eileiterdurchgängigkeit, mögliche Verschlüsse, Aussehen und Funktion des Eileitertrichters, Verwachsungen und Endometrioseherde untersuchen. Kleine Störungen können bei der Laparoskopie beseitigt werden. Für die Durchführung ist eine Vollnarkose (Intubationsnarkose) notwendig.

5.1.6.4 Hysteroskopie

Die Hysteroskopie wird häufig zusammen mit der Laparoskopie durchgeführt, da sie ebenfalls einer Narkose bedarf. Über einen Adapter wird Flüssigkeit oder Gas in die Gebärmutter geleitet, so dass diese sich ausdehnt. Nun lässt sich das Gebärmutterinnere auf evtl. vorhandene Myome (gutartige Geschwülste aus Muskelgewebe), Polypen (gutartige Geschwülste der Schleimhaut) oder andere Tumore hin untersuchen. Beurteilt werden kann dabei auch der Zustand der Gebärmutter Schleimhaut.

Wenn nötig, können während der Untersuchung entsprechende operative Maßnahmen durchgeführt werden (vgl. Schirrer / Leidenberger / Frick-Bruder 1989).

Risiken der Diagnostik:

Wie bei allen operativen Eingriffen und Narkosen kann es in seltenen Fällen zu Komplikationen kommen. Es können z.B. Verletzungen der inneren Organe, Blutungen und Entzündungen auftreten. Im Rahmen der Narkose kann es zu Aspirationen (Blut, Magensaft und Erbrochenes können in die Lunge gelangen), allergischen Reaktionen, Zahnschäden oder Verletzungen der Stimmbänder usw. kommen. Ebenso kann es zu einer allergischen Reaktion auf Kontrastmittel führen. Auch bei Verwendung von Kohlendioxid-Gas kann es in seltenen Fällen zu Nebenwirkungen kommen.

5.2 Diagnostik des Mannes

Die Untersuchung der männlichen Sterilitätsfaktoren ist wesentlich einfacher und unbelastender als bei der Frau. Deshalb sollten zu Beginn einer Sterilitätsbehandlung erst alle männlichen Ursachen untersucht werden.

Die andrologische Untersuchung umfasst:

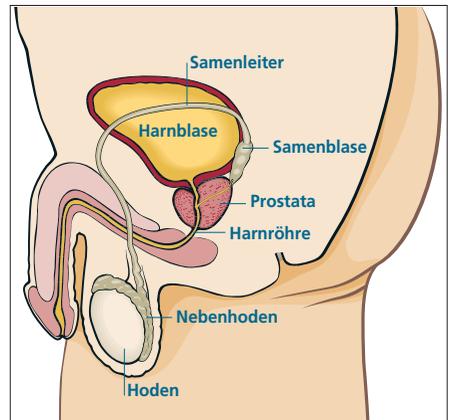
Anamnese, körperliche Untersuchung, Spermioogramme, Hormonanalysen, gegebenenfalls genetische Untersuchungen, Spezialuntersuchungen und Hodenbiopsien (vgl. Schirrer / Bettendorf / Leidenberger / Frick-Bruder 1989, S. 123 ff.).

5.2.1 Anamnese

In einem Gespräch oder per Fragebogen erfragt der Androloge die Gegebenheiten des Mannes. Ähnlich wie bei der Frau wird nach früheren Erkrankungen, Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, früheren Operationen, toxischen Belastungen und bisher praktizierten Verhütungsmethoden gefragt.

5.2.2 Körperliche Untersuchung

Auch beim Mann werden allgemeine körperliche Merkmale und spezifische andrologische Merkmale untersucht. Von Interesse sind die äußeren Geschlechtsorgane, Prostata und Nebenhoden. Beurteilt werden auch Größe, Konsistenz und Lage der Hoden. Hier sollte insbesondere auf die sogenannten Varikozelen (Krampfadern am Hoden) geachtet werden, die in vielen Fällen die Ursache für ein schlechtes Spermioogramm sein können.



5.2.3 Untersuchung des Ejakulats (Spermioogramm)

Zur Untersuchung des Ejakulats muss durch Masturbation, meist in der andrologischen Praxis, Spermia gewonnen werden. Wird es von Zuhause mitgebracht, darf es maximal 20–30 Minuten alt sein. Vor der Spermagewinnung muss 2–6 Tage auf Geschlechtsverkehr verzichtet werden. Bei der Spermagewinnung darf kein Kondom verwendet werden, da diese mit spermaaabtötenden Mitteln beschichtet sind.

Ermittelt werden folgende Faktoren des Spermas: pH-Wert, Konsistenz, Verflüssigungsgrad nach 10–15 Minuten, Flockigkeit, Geruch und Farbe, Menge, Beweglichkeit und Form der Spermafäden, Gehalt an Fruktose (sie ist für die Beweglichkeit der Spermien und die Entstehung von Testosteron erforderlich).

5.2.4 CASA (Computergestützte Bildanalyse des Ejakulats)

Durch CASA wird eine höhere Genauigkeit der folgenden einzelnen Untersuchungsfaktoren erzielt:

- die Messung zusätzlicher Mobilitätsparameter (Geschwindigkeit, Richtungsänderung)
- die Verbesserung der Reproduzierbarkeit und Objektivität

Außerdem wird die Dokumentation und Zugänglichkeit der Daten für nachfolgende statistische Bearbeitungen verbessert.

5.2.5 Hormonanalysen

Die Hormonanalysen beschränken sich auf die Hormone LH, FSH, Testosteron, Estradiol, Proaktin, SHBG [ein Sexualhormon – bindendes Globulin (Protein)] (vgl. Schill / Haidl Broschüre o. J., S. 28).

5.2.6 Hodenbiopsie

Liegen unklare Spermiogrammbefunde vor, kann aus diagnostisch-prognostischen Gründen eine Hodenbiopsie (Gewebeentnahme vom Hoden) vorgenommen werden. Die Hodenbiopsie wird in Lokalanästhesie in der andrologischen Praxis durchgeführt.

5.3 Behandlungsmethoden und Erfolgsaussichten

5.3.1 Hormonelle Stimulation

Die hormonelle Stimulation erfolgt in der Regel durch die tägliche intramuskuläre oder subcutane (s.c.) Injektion von FSH (Follikelstimulierendes Hormon) und LH (Gelbkörperhormon) dient zur Erzeugung einer größeren Anzahl von Eibläschen im Eierstock.

Diese Behandlung bedarf einer strengen fachärztlichen Kontrolle, um die Gefahr einer lebensbedrohlichen Überstimulation zu vermeiden. Weitere Nebenwirkungen der Hormonstimulation können die Vergrößerung und Verdrehung der Eierstöcke sein. Zur Vermeidung dieser Komplikationen werden zum Teil 1–2 tägige Hormonanalysen und Ultraschalluntersuchungen durchgeführt (vgl. Frobius / Siebzehrübl / Woltering / Wildt 1993, S. 27–31).

Bei Störungen im Bereich des Hypothalamus ist es möglich, die Stimulation mit dem Hormon GnRH (Gonadotropin-Releasing-Hormon) durchzuführen. Durch eine kleine Pumpe (Zyklo-mat) werden in gleichmäßigen Zeitabständen über eine in der Haut implantierte Kanüle regelmäßig kleine Mengen von GnRH abgegeben. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass es praktisch zu keiner Überstimulation kommen kann. Sie ist somit nicht für eine IVF anwendbar, da hierfür eine kontrollierte Überstimulation 1. Grades notwendig ist (vgl. Frobius / Siebzehrübl / Woltering / Wildt 1993, S. 27–31).

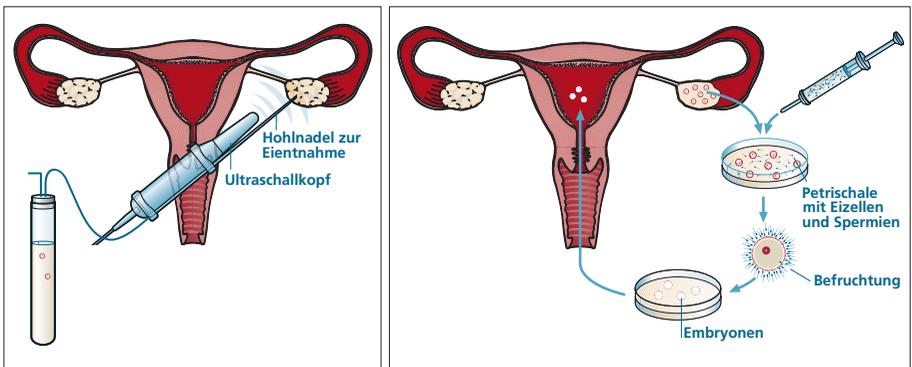
Zur besseren Steuerung der hormonellen Stimulation sowie bei Patientinnen mit Endometriose kann vor / während der Stimulation eine Down Regulation durch GnRH-Antagonisten erfolgen. Die Verabreichung dieser Hormone erfolgt z.B. durch tägliche Anwendung eines Nasensprays, tägliche oder im Abstand von 4–6 Wochen erfolgende Spritzen.

Der Einsatz von GnRH-Antagonisten (Gegenmittel) führt zu Nebenwirkungen, die mit den Nebenwirkungen der Wechseljahre vergleichbar sind, so z.B. Hitzewallungen (vgl. Diedrich / Schmutzler / Werner / Mallmann 1991, S. 41–49).

Produziert die Frau zuviel männliche Hormone, wird durch Gabe von geringen Dosen Cortison die Produktion und Wirkung der Androgene verringert (vgl. Frobius / Siebzehrühl / Woltering / Wildt 1993, S. 27–31).

5.3.2 In-vitro-Fertilisierung und Embryonentransfer (IVF-ET)

Die durch die hormonelle Stimulation produzierten reifen Eibläschen werden entweder über den durch Ultraschall kontrollierten Weg der Scheide (transvaginal) oder laparoskopisch (Bauchspiegelung in Narkose) gewonnen.



Die so gewonnenen weiblichen Zellen (Oozyten) werden auf einem Nährboden mit dem durch Masturbation gewonnenen Spermia des Mannes zusammen gebracht. 48 Stunden später wird der entstandene Embryo durch die Scheide (Vagina) in die Gebärmutter (Uterus) oder die Eileiter (Tuben) reimplantiert (s. Abb.).

Dabei muss vorher eine Verschmelzung von Ei und Samenzelle und eine Zellteilung stattgefunden haben. Häufig kommt es jedoch gar nicht zu einer solchen Befruchtung. Die Geburtenrate pro Embryotransfer liegt bei ca. 17,5% (DIR 2002)

5.3.3 Wann ist die Anwendung der In-vitro-Fertilisation sinnvoll ?

IVF ist angezeigt bei nicht behebaren Eileiterverschlüssen oder Funktionsstörungen der Eileiter, bestimmten Formen der männlichen Sterilität, Endometriose, ungeklärter (idiopatischer) Sterilität oder wenn alle anderen Methoden nicht zu einem Erfolg geführt haben.

5.3.4 Risiken

Es besteht die Gefahr von Mehrlingsschwangerschaften zu: 23,78% Zwillinge, 1,78% Drillinge und keine Vierlinge (DIR 2002/ bezogen prozentual auf die Schwangerschaften). Der Anteil der Drillinge hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen, da immer häufiger nur noch 2 statt der früher üblichen 3 Embryonen zurückgesetzt werden.

Verletzungen der Gefäße und/oder des Darms in ca. 1%. Bei 0,001% Notwendigkeit zur Entfernung der Eierstöcke.

5.3.5 Insemination

Bei der Insemination wird der natürliche Weg, den das Spermium normalerweise zurücklegen muss, verkürzt.

Man unterscheidet zwischen einer **homologen** (Spermium des Partners) und einer **heterologen** Insemination (Spermium eines fremden Spenders).

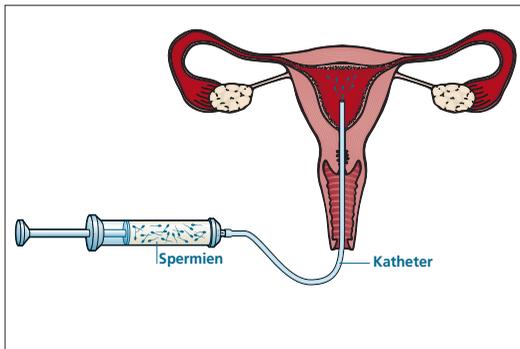
Nach der Art der Durchführung unterscheidet man zwischen:

Intravaginaler Insemination: die Gesamtmenge des Ejakulats wird in die Scheide eingespritzt.

Insemination mit der Portiokappe: Hierfür wird eine Plastikkappe unter Vakuum auf dem Gebärmuttermund festgesaugt. Über einen an der Kappe befestigten Katheter wird das Spermium eingespritzt.

Intrauterine Insemination: Das gewaschene und vom Serum befreite Spermium wird mittels eines Katheters in die Gebärmutter eingebracht.

Vaginal Intratubal Insemination: (VI-TI od. Fallopian Insemination FI). Das normale oder konzentrierte Spermium wird mit oder ohne Ultraschallüberwachung in die Eileiter gespritzt.



Wie viel Spermia wird für eine Insemination verwendet ? Für die Insemination werden ca. 0,3–0,5 ml Spermakonzentrat verwendet. Durchgeführt wird die Insemination 24 Stunden nach der Auslösung des Eisprungs durch Gabe einer Spritze mit dem Hormon HCG.

Ohne vorherige Stimulation erfolgt die Insemination zur Zeit des durch Hormonanalysen festgestellten LH-Gipfels (LH ist das Hormon, das die Eireifung und den Eisprung steuert).

Indikationen zur homologen Insemination:

Beim Mann: Störungen bei Menge, Form und Beweglichkeit der Spermafäden, vorzeitiger Samenerguss, psychische und anatomisch bedingte Erektionsstörungen, immunologische Sterilität und ungeklärte Sterilität.

Bei der Frau: Vaginismus, vaginale Missbildungen und immunologische Sterilität.

Erfolgchancen: Pro Behandlungszyklus werden Schwangerschaftsraten bis zu 30% angegeben.

Wann kann eine heterologe Insemination durchgeführt werden ? Bei nicht behebbarer Sterilität des Ehepartners, aus eugenischen Gründen, z.B. Erbkrankheiten, nach durchgeführter Sterilisation des Mannes, bei immunologischer Sterilität.

Die heterologe Insemination sollte sehr gut überlegt sein, es ist wichtig, dass beide, Frau und Mann, diese Behandlungsmethode mit all ihren Konsequenzen befürworten.

Die heterologe Insemination setzt eine stabile Partnerschaft voraus. Geklärt werden sollte vor allem, ob der Partner das nicht von ihm gezeugte Kind als sein eigenes akzeptieren kann. Jedes Kind hat nach dem Gesetz das Recht, über seine Abstammung informiert zu werden, somit hat das durch heterologe Insemination gezeugte Kind das Recht, seinen biologischen Vater genannt zu bekommen. Viele Paare haben Angst, ihrem Kind die Wahrheit mitzuteilen. Ein solches Familiengeheimnis wirkt sich unbewusst auf die Familie aus und könnte beim Kind zu psychischen Schäden führen. Vor der Durchführung einer heterologen Insemination ist eine psychosoziale / psychologische Beratung hilfreich.

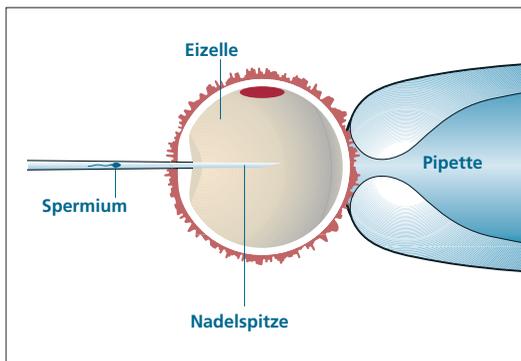
TIPP: Vor der Insemination beim behandelnden Arzt beantragen, dass die Unterlagen über den Spender 30 Jahre aufbewahrt werden sollen.

Erfolgchancen: Die Erfolge nach sechsmaliger Anwendung von tiefgefrorenem Spermia führen bei der heterologen Insemination zu kumulierten Schwangerschaftsraten von bis zu 50%.

5.3.6 Mikromethoden (ICSI)

Bei den Methoden der Mikromanipulation wird eine künstliche Befruchtung erzielt, indem durch zusätzliche Hilfsmittel das Spermia direkt in die Eizelle eingebracht wird. Somit ist es möglich, selbst bei schlechten Spermabefunden noch eine Befruchtung herbeizuführen.

Intracytoplasmatic Sperm Injection (ICSI) (siehe Abb. rechts) Durch Öffnen der äußeren Eihülle wird das Spermium direkt in das Ooplasma injiziert. Die Durchführung der ICSI ist auch möglich, wenn die Spermien unbeweglich oder missgebildet sind, so dass sie auf normalem Wege nicht in die Eizelle eindringen könnten. Mit Hilfe der ICSI wurden Geburtenraten pro Embryotransfer von 19,8% erreicht. (DIR 2002)



Kryokonservierung: Die befruchtete Eizelle wird vor der Verschmelzung der Zellkerne (Pronucleusstadium) durch Zufuhr von Gefrierschutzmitteln in flüssigem Stickstoff tiefgefroren (gilt für IVF und ICSI). Die Geburtenrate bei der Rücksetzung kryokonservierter Eizellen liegt bei ca. 10,3% pro Embryotransfer (DIR 2002).

Wann ist die Anwendung der Kryokonservierung sinnvoll ?

Wenn nach einer Stimulation mehr Eizellen befruchtet wurden als transferiert werden können, wenn ein Transfer derzeit nicht möglich ist, wenn in den folgenden Behandlungszyklen keine Hormonstimulation erfolgen und die Einnistungschancen durch Reimplantation in Zyklen ohne Stimulierung verbessert werden soll. Eine schwache hormonelle Stimulation oder völliger Verzicht darauf reduziert das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften.

MESA: Eine operative Gewinnung von Spermiovorstufen direkt aus den Nebenhoden.

TESE: Eine neue Methode, um bei männlicher Infertilität Spermia aus den Hoden zu gewinnen.

Assisted Hatching

Durch „assisted hatching“ wird unmittelbar vor dem Embryotransfer eine Öffnung in die den Embryo umgebende Hülle (Zona pellucida) eingebracht um diesem das Verlassen der Hülle zu erleichtern und somit dessen Einnistung in der Gebärmutter-schleimhaut zu ermöglichen. Empfohlen wird dieses Verfahren bei Patientinnen, die 38 Jahre und älter sind, bei der Übertragung von Embryonen, die aus kryokonservierten Eizellen hervorgegangen sind sowie bei Paaren, bei denen schon 2–3 IVF-Zyklen mit guten Transferergebnissen jedoch ausgebliebener Schwangerschaft durchgeführt wurden. Man geht davon aus, dass in diesen Fällen eine Verhärtung bzw. Verdickung der Zona pellucida die Ursache für die ausbleibende Einnistung der übertragenen Embryonen ist.

5.4 Alternativmedizinische Behandlungsmethoden

Neben der modernen Reproduktionsmedizin gibt es viele natürliche Heilverfahren, die teilweise schon Jahrtausende praktiziert werden. Viele Jahre war dieses Wissen verschüttet oder es wurde als Mittel zweiter Wahl abgetan, da es nicht wissenschaftlich analysiert und ausgewertet werden kann. Erst in den letzten Jahren haben die naturheilkundlichen Heilverfahren wieder an Boden gewonnen und werden auch bei ungewollter Kinderlosigkeit zum Teil recht erfolgreich angewandt.

Der große Vorteil bei diesen Heilverfahren ist die schonende Verfahrensweise. Es werden damit die Selbstheilungskräfte stimuliert und der Mensch wird ganzheitlich gesehen – im Gegensatz zur Schulmedizin, wo lediglich die betroffenen Organe behandelt werden. Gerade diese ganzheitliche Methodik vermissen viele Betroffene in reproduktionsmedizinischer Behandlung.

Die naturheilkundlichen Verfahren verlangen ein weitaus größeres Engagement bei der Durchführung als die herkömmliche Medizin. Bei fast allen Verfahren ist Ausdauer, eine aktive Mitarbeit, bei vielen sogar eine Veränderung von Lebensgewohnheiten oder die Aufgabe der reproduktionsmedizinischen Behandlung notwendig.

Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die gängigen Verfahren. Sie ist keinesfalls vollständig. Auch bei Naturheilverfahren ist es wichtig, einen erfahrenen Arzt, Behandler oder Therapeuten zu finden, zu dem man Vertrauen fassen kann.

5.4.1 Akupunktur

Die Nadelstichmethode basiert auf der Erkenntnis, dass einzelne Linien der Körperoberfläche – die Meridiane – mit Punkten versehen sind, die durch Direktleitung mit den inneren Organen in Verbindung stehen. Durch den Einstich von verschiedenen großen Nadeln aus Gold, Silber und Stahl an bestimmten Meridianpunkten kann der Experte hemmende oder fördernde Wirkung auf ein bestimmtes Organ ausüben. Damit wird das Gleichgewicht im Körper wieder hergestellt. Das Hauptanwendungsgebiet der Akupunktur ist die Schmerzstillung. Weiter können Funktionsstörungen behoben und seelische Krankheiten positiv beeinflusst werden.

5.4.2 Autogenes Training

Autogenes Training ist ein Entspannungstraining. Die Fähigkeit, wohlthuende körperliche Empfindungen wahrzunehmen, ist uns heute weitgehend verlorengegangen. Wir achten nur noch auf Körperfunktionen, wenn diese gestört sind oder nicht so ablaufen, wie wir es gewohnt sind. Das autogene Training ist ein psychosomatisches Verfahren, das die Einheit von Körper und Seele wieder herstellt. Diese Verknüpfung ist so wichtig, weil die Leiden und Beschwerden des Menschen sich in allen Bereichen bemerkbar machen. Es wäre nicht gut, bei einem sogenannten körperlichen Leiden das Seelische zu vernachlässigen. Das Seelische kann sich z.B. als Angst oder Selbstunsicherheit zeigen und mit Körpersymptomen einhergehen. Ebenso wäre es verfehlt, nur die psychi-

sche Seite des Menschen zu sehen. Im autogenen Training verbinden wir die geistige, gefühlsmäßige und körperliche Ebene durch autogene Selbstbeeinflussung, die sich mittels Körperspürung auf organische Zustandsänderungen bezieht. Wir werden uns unserer Ganzheit bewusst und lernen, ganzheitlich zu leben (Brenner, Helmut 1978 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997).

5.4.3 Gesunde Ernährung

Die Art der Ernährung beeinflusst unser körperliches und seelisches Wohlbefinden. Es ist heute allgemein bekannt, dass viele unserer täglichen Lebensmittel, nur bedingt den körperlichen Ansprüchen genügen. Verarbeitete Lebensmittel enthalten oft Zusätze wie Konservierungsstoffe, künstliche Farbstoffe, Geschmacksverstärker, Stabilisatoren und Emulgatoren. Der Ernährungswert von Lebensmitteln wird außerdem durch mechanische Verarbeitung, zu langes Lagern und Kochen vermindert. Viele Lebensmittel weisen erhöhte Schadstoffkonzentrationen auf, eine Folge von Überdüngung, Pestiziden etc. in der Landwirtschaft. Synthetische Hormone, die wir z.B. mit Geflügel, Eiern, Fleisch und Trinkwasser aufnehmen, können sich auch negativ auf unsere Fruchtbarkeit auswirken.

5.4.4 Fußreflexzonen­therapie

Der Fuß als Spiegelbild des Körpers reflektiert jegliche Störung im körperlichen Gleichgewicht. Das Ziel der Reflexzonen­therapie ist es, das verlorene Gleichgewicht wieder herzustellen. Das geschieht durch Stimulierung der Reflexe an den Füßen, womit Entspannung in den korrespondierenden Körperpartien erreicht wird. Die verbesserte Blutzirkulation führt die nötigen Stoffe heran, damit Schäden behoben und das Gleichgewicht wieder hergestellt werden kann. Auch die Drüsen und Organe selbst finden wieder zur Homöostasis zurück – die Kette ist geschlossen (Kunz, K. u. B. 1984 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997)

5.4.5 Homöopathie

„Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden.“ Dies forderte Dr. Samuel Hahnemann, der 1796 die homöopathische Behandlungsweise entwickelte.

In der Homöopathie ist es wichtig, dass der Behandelnde den Ursprung der Krankheit erkennt. Die Arznei wird nur aus naturbelassenen Substanzen hergestellt. Heute gibt es etwa 2500 Arzneien dieser Art. Es handelt sich dabei um Tinkturen, die aus Arzneipflanzen, aber auch aus Metallen und anderen organischen und anorganischen Stoffen gewonnen werden. Weiß also der Arzt über die Leiden seines Patienten Bescheid, verabreicht er ihm homöopathische Mittel in Säften, die in großer Dosis im Körper die selben Reaktionen wie die Krankheit auslösen würden. Durch die hohen Verdünnungen kommt es jedoch nur in Ausnahmefällen dazu, dass nach der ersten Verabreichung zunächst die Symptome des Leidens schlimmer werden.

Der „potenzierte“ Stoff (d.h. die durch eine besondere Behandlung in ihrer Wirkung gesteigerte Heils­substanz) wird stets in einer sehr hohen, manchmal kaum vorstellbaren Verdünnung gegeben. Es gibt hier bestimmte Bezeichnungen, nämlich D1 bis D23, wobei die Zahl jeweils aus-

sagt, wie stark die Verdünnung ist. Die Zahl nach dem „D“ ist gleichbedeutend mit der Anzahl der Nullen, so bedeutet etwa D12 eine Verdünnung von 1:1.000.000.000.000 (eins zu einer Billion) (Löffler, Helmut 1977 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997).

5.4.6 Massage

Massage ist vielleicht die älteste und einfachste aller medizinischen Behandlungen. Massage ist eine Wohltat und auch noch leicht zu erlernen.

Der im vorigen Jahrhundert lebende schwedische Major Thure-Brandt war in neuerer Zeit der Erste (wesentliche), der die positive Heilwirkung der Massage und der Gymnastik bei Kranken erkannte. Er entwickelte unter anderem eine spezielle gymnastische Behandlung und Massage zur Festigung und Straffung der Bänder und Organe im weiblichen Unterleib. Diese gymnastische Behandlung besteht aus zuleitenden und ableitenden Übungen, wobei dem Becken durch Gymnastik entweder Blut zugeführt oder entzogen wird. Thure-Brandt konnte mit seiner Massage und Gymnastik sogar bis dahin unfruchtbaren Frauen zu Kindern verhelfen. Eine derart spezielle Massage und Gymnastik muss vom Fachmann durchgeführt werden. Doch in vielen Fällen, in denen es sich um leichtere Beschwerden handelt, können sich Menschen mit Selbstmassage und Gymnastik Erleichterung verschaffen oder vorbeugend ihren Körper stärken (Löffler, Helmut 1977 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997).

5.4.7 Meditation

Der Berufene hält nicht fest, so verliert er nichts... Er wünscht sich Wunschlosigkeit.
(Laotse, 4.Jahrhundert v.Chr.)

Methodisch lässt sich die Meditation als einen Vorgang intensiver Betrachtung beschreiben, der bis zur Identifizierung des Betrachteten führt. Es ist ein Weg, der beim Vielerlei beginnt und im gleichen Maße, wie das Vielfältige ausgeblendet wird, zu immer größerer Einfachheit führt. In der Meditation stellt der Mensch seine zupackende Aktivität zurück, lässt sich auf etwas ein, öffnet sich dem Gehalt. Wer über eine längere Zeit übt, lernt ohne Wertung und Vorurteil, zu lauschen auf das, was um uns und in uns vorgeht. Er lernt, sich selbst loszulassen, und zugleich sich selbst anzunehmen wie er ist. Meditation führt zu einer besseren Kommunikation mit sich selbst und mit anderen. Zugleich ist Meditation eine wesentliche Hilfe bei der Bewältigung des Alltags. Ein Mensch, der meditiert, wird gegenüber hektischer Betriebsamkeit wieder Ruhe, Vertrauen und Gelassenheit erlernen, er gewinnt Durchhaltevermögen auch in Stresssituationen und wird Kraftreserven in sich entdecken, von denen er bisher nichts wusste (Boeckel, Johannes 1977 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997).

5.4.8 Shiatsu

Shiatsu ist eine heilende Massage, die vor allem aus Japan und China überliefert ist. In China gehört sie zum Vorsorgeprogramm des öffentlichen Gesundheitswesens.

Shiatsu heißt: mit dem Finger drücken. Im Vordergrund steht dabei das Drücken und Aktivieren von bestimmten Energiepunkten (Tsubos) und Bahnen (Meridiane) des Körpers und nicht die Massage des Bindegewebes oder der Muskulatur. Shiatsu wirkt vor allem auf den Energiekörper und damit auf die Bioenergie des Menschen. Durch die praktische Anwendung erfährt man, dass die Energie nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten durch die Meridiane fließt, dass diese über den ganzen Körper verteilt sind und miteinander in Verbindung stehen. So gibt es z.B. Meridiane für den Magen, den Dick- und Dünndarm, für die Leber und viele andere Organe und Körperfunktionen. Im Unterschied zur Akupunktur wird bei Shiatsu nicht durch Nadeln, sondern durch Fingerdruck stimuliert. Dadurch wird die eigene Körperenergie des Masseurs zum stimulierenden Faktor und der Haut- und Körperkontakt wird sehr persönlich (Swami, Deva Garjan 1983 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997)

5.4.9 Yoga

Eine Unze Praxis ist besser als eine Tonne Theorie.

(Swami Sivananda)

Hatha-Yoga kann mit Erfolg von jedem praktiziert werden. Man könnte Yoga als „psychosomatische Disziplin“ bezeichnen., einzigartig in seiner Konzeption, von einer unvergleichlichen Wirksamkeit, nicht mehr und nicht weniger (2.24).

Überall besteht rhythmischer Wechsel. Er beherrscht die Pflanzenwelt, das Tierreich und auch unser Leben. Spannung und Entspannung bestimmen unser tägliches Leben. Im allgemeinen werden wir vom heutigen Leistungsdruck getrieben: Termine, Veranstaltungen, Reisen und viele Dinge des Alltags. Wenn wir unser harmonisches Spannungsgleichgewicht wieder herstellen oder erhalten wollen, müssen wir den fortwährenden Wechsel der Gegensätze beachten. Der Spannungsanteil darf nicht überwiegen, sonst stören wir die natürliche Ordnung in uns. Spannung wird dann zur Verkrampfung. Wenige Minuten täglich genügen schon, um körperlich in Form zu bleiben und auch des seelische Gleichgewicht zu erlangen. Auch unsere Selbstbeherrschung wird zunehmen. Yogagymnastik verhilft zu ganzheitlichem Wohlbefinden und ist ein „Heilmittel“ für viele psychosomatische Erkrankungen. Regelmäßiges Üben ist die entscheidende Voraussetzung (Spachtholz, Barbara 1988 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997).

Darüber hinaus gibt es noch viele andere alternative Behandlungsmöglichkeiten. Auskunft erteilen die regionalen Heilpraktikerverbände in allen großen Städten.

6 Die psychosozialen Aspekte

6.1 Die betroffenen Lebensbereiche

Fast alle Lebensbereiche sind von der ungewollten Kinderlosigkeit betroffen. Wie ein roter Faden spürt man überall die Auswirkungen und die schmerzvollen Erfahrungen im Umgang mit anderen.

In den Selbsthilfegruppen wird immer wieder darüber gesprochen, wie man in diesen verschiedenen Bereichen einen leichteren Umgang mit der Kinderlosigkeit erreichen kann:

6.1.1 Partnerschaft

- es erfolgen gegenseitige Schuldzuweisungen,
- der Mann schweigt oft, die Frau möchte meistens darüber sprechen,
- der Kinderwunsch ist unterschiedlich stark,
- einer der Partner kann sich eine Adoption vorstellen, der andere nicht,
- die Sexualität ist stark eingeschränkt.

6.1.2 Freunde und Verwandte

- der unerfüllte Kinderwunsch ist ein Tabuthema
- man wird mit gutgemeinten Ratschlägen versorgt, aber es ist kein inniges Gespräch darüber möglich
- man empfindet Scham gegenüber anderen,
- man „sortiert“ seinen Freundes- und Verwandtenkreis nach Personen, denen man sich anvertrauen kann,
- der Freundeskreis verkleinert sich, da man eine andere Lebensperspektive entwickelt. Man wird mit mitleidigem Blick betrachtet, aber keiner traut sich, ein Gespräch über die Kinderlosigkeit zu beginnen,
- die eigenen Eltern reagieren bestürzt, weil sie sich Enkelkinder wünschen.

6.1.3 Schwangere Frauen

Neidgefühle kommen hoch,

- es entstehen Ängste, Freundinnen, die ein Kind bekommen, zu verlieren,
- man erfährt nur indirekt von der Schwangerschaft einer Freundin, man fühlt sich ausgeschlossen und verletzt,
- man fühlt sich ausgegrenzt aus der Welt der fruchtbaren Paare.

6.1.4 Am Arbeitsplatz

- man verschweigt die Problematik, weil man befürchtet, dass Karriere- und Aufstiegschancen eingeschränkt werden, wenn bekannt würde, dass man sich ein Kind wünscht und evtl. auch eine medizinische Behandlung macht.
- man schweigt auch, weil man nicht möchte, dass hinter dem Rücken getuschelt wird,
- wenn man eine medizinische Behandlung macht, muss man sich Entschuldigungen für den Arbeitgeber einfallen lassen,
- wissen Kolleginnen über die ungewollte Kinderlosigkeit Bescheid, wird häufig nachgefragt und noch nicht einmal der Arbeitsplatz ist ein Bereich, an dem man von der ungewollten Kinderlosigkeit Abstand nehmen kann.

6.1.5 Bei der medizinischen Behandlung

- die Ärzte behandeln scheinbar nur die „Gebärmutter“, die gesamte Persönlichkeit wird nicht mitbedacht,
- die Behandlung wird als entwürdigend empfunden,
- man fühlt sich entmündigt,
- es wird nicht umfassend informiert, vor allem die Nebenwirkungen von Medikamenten werden verschwiegen oder bagatellisiert,
- es wird nicht auf Alternativen und zusätzliche Entlastungsmöglichkeiten, wie Selbsthilfegruppen und psychosoziale Beratung, hingewiesen,
- bei unklaren Diagnosen werden wahllos Verfahren angewandt,
- der Partner wird außen vorgelassen,
- bei Krankenhausaufenthalten muss man sich eventuell ein Zimmer mit Frauen teilen, die schwanger sind oder gerade entbunden haben.

6.1.6 Bei der Adoptionsvermittlung

- man fühlt sich dem Vermittler ausgeliefert,
- man fühlt sich wieder von einer Institution abhängig,
- durch die Frage, ob man mit dem eigenen Kinderwunsch und mit einer Behandlung abgeschlossen hat, fühlt man sich bedrängt,
- es ist kränkend, die Eignung zur Elternschaft darstellen und begründen zu müssen.

Nicht jeder stößt auf alle Schwierigkeiten oder erlebt alle Probleme im gleichen Ausmaß. Vielmehr zeigt sich hier, dass Paare, aber auch die einzelnen Partner in der Partnerschaft unterschiedlich leiden.

6.2 Psychosomatische Ursachen von Kinderlosigkeit

Bei den meisten Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch liegen keine Gründe für eine sogenannte „psychogene“ Sterilität, also psychologische Ursachen des unerfüllten Kinderwunsches vor. Hiervon spricht man inzwischen nur noch, wenn Paare beispielsweise über längere Zeit hinweg an den fruchtbaren Tagen nicht miteinander schlafen oder sie reproduktionsmedizinische Behandlungen nicht beginnen, obgleich sie wiederholt geäußert haben, dies tun zu wollen. Allerdings gibt es zahlreiche psychologische und soziale Auswirkungen der ungewollten Kinderlosigkeit in vielen Lebensbereichen. Sinnvoll ist es, sich diesen Auswirkungen zu stellen und wo möglich sie konstruktiv zu ändern – alleine, mit Hilfe anderer Betroffener oder einer psychosozialen Fachkraft.

Folgende Fragen helfen herauszufinden, ob es psychosoziale Gründe für die Kinderlosigkeit geben könnte:

6.2.1 Zur eigenen Person

- Erhoffe ich mir durch ein Kind eine andere Lebenssituation ?
- Kann ich mich noch an anderen Lebenssituationen erfreuen, oder überschattet der Kinderwunsch alles ?
- Ist mir bewusst, dass Kinder auch Belastung und Einschränkung bedeuten ?
- Dient die medizinische Behandlung nur einem „Erfolgserlebnis“ oder will ich wirklich ein Kind ?
- Leide ich an anderen körperlichen Beschwerden, die ich mit dem Kinderwunsch oder der medizinischen Behandlung in Verbindung bringe ?

6.2.2 Zur eigenen Herkunftsfamilie

- Ist meine „Mutter- / Vaterrolle“ vielleicht schon besetzt, weil ich mich intensiv um ein anderes Familienmitglied kümmere ?
- Spüre ich einen besonderen Druck von meinen Eltern, endlich ein Kind haben zu müssen ?
- Falle ich aus unserer „Familienrolle“, falls ich ein Kind bekomme ?
- Passt es nicht in das Männer- / Frauenbild unserer Familie, kein Kind zu bekommen ?

6.2.3 Zur Partnerschaft

- Hat einer von uns das Gefühl, für den anderen extrem häufig eine Mutter-, bzw. Vaterrolle einnehmen zu müssen ?
- Ist die Stärke unseres Kinderwunsches extrem unterschiedlich ?
- Können wir darüber offen sprechen ?
- Haben wir noch Lust zum Sex ?
- Hat einer von uns Angst vor der Schwangerschaft oder der Geburt ?

6.2.4 Zum sozialen Umfeld

- Fühlen wir uns durch unsere Freunde unter Druck gesetzt, ein Kind zu bekommen, um „dazuzugehören“ ?
- Können wir mit unseren Freunden über den unerfüllten Kinderwunsch sprechen oder ist er zum Tabuthema geworden ? (Thorn, Petra 1996)

Alle Fortpflanzungsstörungen können durch psychosoziale Faktoren beeinflusst und auch hervorgerufen werden. Das bedeutet nicht, dass alle ungewollt kinderlosen Paare, psychische Schwierigkeiten haben. Untersuchungen zeigen, dass weniger als 5% aller unfruchtbaren Paare aufgrund ihrer psychischen Schwierigkeiten Fertilitätsstörungen haben und dass nur schwer unter den Ursachen und den Auswirkungen von Unfruchtbarkeit unterschieden werden kann (Houghton, Diane u. Peter 1984 in Info-Mappe der SHG Rhein/Main 1997).

6.3 Wo finde ich psychosoziale / psychotherapeutische Beratung ?

Seit 2000 gibt es das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V., ein Zusammenschluss von psychosozialen Fachkräften, die sich auf die Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch spezialisiert haben.

BKiD
c/o Medizinische Psychologie
Bergheimerstr. 20
69115 Heidelberg
www.bkid.de

Ehe- und Lebensberatung, Beratungsstellen für Familienplanung oder Pro Familia bieten viele Städte und Gemeinden kostenlos an.

Die örtlichen Adressen findet man im Telefonbuch unter dem Namen der Wohlfahrtsverbände: Diakonie, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband sowie den Verbänden der Jüdischen Gemeinden.

Die Psychotherapeutenliste der Krankenkassen gibt Auskunft über seriöse, von den Kassen anerkannte Psychotherapeuten. Diese können mitunter auch helfen, wenn sie nicht auf dieses Gebiet spezialisiert sind. Ausschlaggebend ist dagegen das Vertrauensverhältnis von Klient und Therapeut.

Vereinzelt gibt es kostenpflichtige Gesprächskreise von Sozialarbeitern / -pädagogen, Psychologen und Heilpraktikern mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung.

Eine andere Form der Hilfe bieten die immer mehr werdenden Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik. Da sich die Anzahl der Gruppen häufig verändert, erfährt man den aktuellen Stand bei

WUNSCHKIND e.V. www.wunschkind@directbox.com

WUNSCHKIND e.V. **informiert gerne über Beratungsstellen und andere Hilfeangebote.**

6.4 Kostenübernahme der Kinderwunschbehandlung durch die Krankenkassen

Medizinische Maßnahmen einer Sterilitätsbehandlung werden von den Krankenkassen zu 50% erstattet, wenn:

1. die Maßnahmen nach ärztlicher Auffassung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichend Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.
Eine hinreichende Aussicht besteht in der Regel nicht mehr, wenn die Maßnahme zwischen dreimal (IVF), bzw. zweimal IVF ohne Befruchtung der Eizellen, und achtmal (unstimulierte Insemination) ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. Die Altersgrenzen liegen bei der Frau zwischen 25 und 40 Jahren, beim Mann bis 50 Jahre. Erneute Versuche werden derzeit nur bei Geburt eines Kindes oder einer Totgeburt (Geburtsgewicht mind. 500 gr.) zu 50% von den Kassen erstattet.
4. die Personen, die eine Maßnahme zur künstlichen Befruchtung in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,

5. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
6. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt über die medizinischen und psychologischen Aspekte der Therapie unterrichten lassen, der die Behandlung nicht selbst durchführt. Dieser überweist sie an einen Arzt oder eine Einrichtung mit Genehmigung zur Durchführung der künstlichen Befruchtung.

6.4.1 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

- Ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind nur durchzuführen, wenn andere Möglichkeiten, wie z.B. Operationen oder alleinige hormonelle Stimulationen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind.
- Nach einer Sterilisation besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Leistung zur künstlichen Befruchtung. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse.
- Beide Ehegatten müssen zur Zeit der Durchführung der Behandlung HIV-negativ sein und bei der Frau muss ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelinfection bestehen.
- Die homologe Insemination in einem nicht hormonell stimulierten Zyklus wird bis zu achtmal und in einem stimulierten Zyklus bis zu dreimal zu 50% erstattet; die In-vitro-Fertilisation oder ICSI bis zu dreimal, der intratubare Gametentransfer bis zu zweimal zu 50%. Zu beachten ist, dass IVF und ICSI nur alternativ dreimal zu 50% erstattet werden.

Die **heterologe Insemination** wird nicht von den Krankenkassen bezahlt. Da es keine gesetzlichen Regelungen gibt, kann jedes Behandlungszentrum eigene Preise fordern. Angeboten werden verschiedene Modelle, z.B. Behandlung über ein Jahr mit maximal 12 Inseminationen ca. 2.500,- €, Behandlung über ein halbes Jahr mit maximal 6 Inseminationen ca. 1.250,- €, Behandlung innerhalb 3 Monaten mit jeweils 3 Inseminationen zum Zeitpunkt des Eisprungs ca. 500,- € usw.

Daher sollte man sich vor Behandlungsbeginn in verschiedenen Praxen informieren.

7 Gesetzliche Bestimmungen in Deutschland

Nach dem Embryonenschutzgesetz gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an als Embryo.

Das am 1. Januar 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz verbietet:

- die Übertragung einer fremden unbefruchteten Eizelle auf eine Frau
- eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt
- bei einer künstlichen Befruchtung mehr als drei befruchtete Eizellen in die Gebärmutter zu übertragen
- mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen
- einer Frau einen Embryo vor Abschluss seiner Einnistung in die Gebärmutter zu entnehmen, um diese auf eine andere Frau zu übertragen oder ihn für einen nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck zu verwenden
- bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt auf Dauer Dritten zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder ihr einen menschlichen Embryo zu übertragen
- eine missbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen (z.B. Verkauf eines durch künstliche Befruchtung erzeugten Embryos)
- durch künstliche Befruchtung das Geschlecht zu bestimmen, es sei denn, es soll eine geschlechtsgebundene, im Landesrecht als schwerwiegend anerkannte Krankheit vermieden werden
- eigenmächtig eine künstliche Befruchtung oder eine Embryonenübertragung durchzuführen, also ohne die Einwilligung der Frau und des Mannes
- wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tod künstlich zu befruchten
- die menschliche Erbinformation künstlich zu verändern
- einen menschlichen Embryo zu klonen, also künstlich zu bewirken, dass ein menschlicher Embryo mit der gleichen Erbinformation wie ein anderer Embryo, ein Mensch oder ein Verstorbener entsteht
- die Chimären- und Hybridbildung, also z.B. die Befruchtung einer menschlichen Eizelle mit dem Samen eines Tieres

Zu widerhandlungen werden mit Gefängnisstrafen geahndet (16).

8 Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin

8.1 Heterologe Insemination

Heterologe Insemination führt zur Trennung vom biologischen und sozialen Vater. Dies birgt die Gefahr, dass der soziale Vater das Kind nicht als „sein“ Kind akzeptiert. Dies gilt insbesondere bei Konflikten in der Eltern-Kind- bzw. Paarbeziehung. Vorherige Gespräche bei entsprechenden Beratungsstellen können diese Problematik aufklären.

Folgende Regelungen der heterologen Insemination wären wünschenswert:

Das Kind muss die Möglichkeit haben, sich über die Identität des genetischen Vaters zu informieren. Daher sollte der behandelnde Arzt einer langfristigen Aufzeichnungspflicht unterliegen, um dies sicherzustellen. Das entspricht dem vom Bundesverfassungsgericht festgelegten Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung.

Eine Ehelichkeitsanfechtung durch den sozialen Vater sollte gesetzlich ausgeschlossen werden. Der Samenspender muss von jeglichen Pflichten und Ansprüchen gegen das Kind ausgenommen sein. Denkbar wäre eine Regelung durch eine vor der Zeugung stattfindende Adoption des Kindes durch den sozialen Vater. Hiermit würden Status des Kindes, Unterhalts- und Erbsprüche sowie Sorgerechtsfragen geklärt.

Im Sinne des Kindeswohles sollte der biologische Vater möglichst viele Ähnlichkeiten zum sozialen Vater haben. Dadurch wird auch jede Tendenz zum „Designer-Baby“ unterbunden.

Falls aber die Anonymität der Samenspende aufgegeben wird, könnte dies dazu führen, dass künftig weniger Männer zur Spende bereit sind. Dies deshalb, weil sie davon ausgehen müssten, später irgendwann mit dem von ihrem Sperma erzeugten Nachwuchs konfrontiert zu werden. Eine Lösung könnte hier jedoch dergestalt erfolgen, dass die Identität des Spenders nur unter ganz engen Voraussetzungen offengelegt werden darf. Unter diesen Aspekten sind keine Gründe für die Ablehnung der heterologen Insemination ersichtlich.

8.2 Mikroinjektion

Die Mikroinjektion (MI) birgt die Gefahr der Manipulation und Menschenzüchtung. Zur Vermeidung von Missbrauch sollen Spermien nach dem Zufallsprinzip ausgesucht werden. Die Regelungen in § 3 ESchG bezüglich Geschlechterwahl und Manipulation bei Erbkrankheiten sind ausreichend.

Obwohl die MI aus andrologischen Gründen indiziert ist, trägt die Frau den größten Teil der ärztlichen Behandlung.

8.3 Eizellspende

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG ist die Eizellspende verboten.

Analog der Samenspende zur heterologen Insemination müsste Eizellspende für Frauen, die selbst keine Eizellen bilden können, nach Meinung vieler Betroffener erlaubt sein. Die rechtliche Stellung der sozialen und der genetischen Mutter soll der Regelung für heterologe Insemination entsprechen.

Eine Eizelle aus abgetriebenen Embryonen soll ausgeschlossen sein. Denkbar wäre hier die Verwendung von überzähligen, kryokonservierten Eizellen anderer Frauen. Eine Kommerzialisierung der Eizellenspende muss ausgeschlossen sein.

Abzulehnen ist außerdem die Eizellspende an Frauen nach der Menopause. Die Menopause als natürliche Grenze zu akzeptieren, entspricht dem Wohl des Kindes.

8.4 Leihmutterschaft

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 7 des ESchG ist diese Form der Fortpflanzungstechnik in Deutschland nicht statthaft.

Der Vertrag, in dem sich die Leihmutter verpflichtet, ihr Kind abzugeben, widerspricht sittlichen Moralvorstellungen über die Käuflichkeit der Schwangerschaft und eines Kindes, insbesondere da oft eine finanzielle Not der Leihmutter ausgenutzt wird und diese dadurch zum bloßen Objekt der Fortpflanzungstechnik herabgewürdigt wird.

Weitere Bestimmungen des ESchG, wie z.B. über das Klonen und zur künstlichen Gebärmutter, sind als Einschränkung akzeptabel, da in diesen Fällen nicht die Erfüllung eines Kinderwunsches, sondern medizinische Experimente im Vordergrund stehen.

8.5 Präimplantationsdiagnostik PID

Was ist „Präimplantationsdiagnostik“ ?

Bei der *Pränatal*diagnostik handelt es sich um inzwischen akzeptierte Verfahren wie der Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung in der 16. Schwangerschaftswoche), der Chorionzottenbiopsie (Untersuchung von Zellen des Mutterkuchens während der 8. bis 10. Schwangerschaftswochen) und dem Tripletest (Blutuntersuchungen in der 8. bis 10. Schwangerschaftswoche, der eine Wahrscheinlichkeit auf eine Missbildung aufzeigen kann). Diese Verfahren werden schon seit Jahren in der Schwangerschaft angewandt, um Missbildungen erkennen zu können.

Bei der *Präimplantations*diagnostik werden Embryonen im Zusammenhang mit einer IVF oder ICSI vor der Implantation, also dem Einsetzen in die Gebärmutter, auf genetische Veranlagung für schwere Erbkrankheiten getestet. *Präimplantations*diagnostik ist nicht zu verwechseln mit *Pränatal*diagnostik.

In anderen Ländern ist die Präimplantationsdiagnostik (PID) bereits etabliert. Der Lübecker Direktor der Universitätsfrauenklinik, Professor Klaus Dietrich, setzt sich für diese Untersuchungen von befruchteten Eizellen in Deutschland ein. Diese Form der Diagnose soll seinen Vorstellungen entsprechend dann zum Einsatz kommen, wenn Paare von einer genetischen Belastung mit einer schweren Krankheit wissen und die Wahrscheinlichkeit, dass sie diese weitervererben, groß ist. Wie z.B. bei einer Frau, die bereits zwei Schwangerschaftsabbrüche wegen vorgeburtlich diagnostizierter Mukoviszidose hatte.

„Solche Paare entlastet es, wenn IVF mit Genanalyse kombiniert und ein weiterer Schwangerschaftsabbruch vermieden wird“, sagt Dietrich.

(Aus Ärzte Zeitung 26.09.1996)

9 Der andere Weg

Bleibt der Wunsch nach einem eigenen Kind trotz aller Versuche unerfüllt, suchen viele Paare nach anderen Möglichkeiten. Eine dieser Möglichkeiten ist die Adoption. Die Zahl der zur Adoption freigegebenen Kinder ist allerdings seit Jahren rückläufig. Im Jahre 2002 standen jedem Adoptivkind ca. 13 Bewerber gegenüber. Davon waren weniger als die Hälfte familienfremde Bewerber. Der größte Anteil der Kinder wird von Stiefmutter oder -vater adoptiert.

9.1 Adoptionsverfahren

Auch der Gang zum Jugendamt ist begleitet von Unsicherheiten und Ängsten, ob man den Ansprüchen genügt. Es ist nicht Aufgabe des Jugendamtes, die Elternfähigkeit eines Paares zu prüfen. Vielmehr werden für ein bestimmtes Kind die passenden Eltern gesucht.

Deshalb spricht das Jugendamt mit den Bewerbern über folgende Themen:

- Stabilität der elterlichen Partnerschaft
- Flexibilität und Belastbarkeit und deren seelischen und körperlichen Gesundheitszustand
- wirtschaftliche Gesamtsituation und die Wohnverhältnisse
- das soziale Umfeld und die Lebensführung wird daraufhin geprüft, ob dem Kind eine Integration in das Familienleben möglich sein wird

Für das Jugendamt ist der unerfüllte Kinderwunsch allein kein hinreichender Adoptionsgrund. Das Adoptivkind darf kein Ersatz sein für das nicht geborene leibliche Kind. Es soll vielmehr als eigene Persönlichkeit angenommen und um seiner selbst willen geliebt werden. Deshalb wird von den Bewerbern erwartet, das sie die Trauerarbeit um das „eigene“ Kind bereits geleistet haben.

Von heutigen Adoptionsbewerbern wird Flexibilität und Risikobereitschaft erwartet in Bezug auf

- offene Adoption (Kontakt zur Herkunftsfamilie),
- gesundheitliche Beeinträchtigungen des Adoptivkindes (körperliche und seelische Auffälligkeiten).

Eine andere Möglichkeit besteht in der Aufnahme eines Pflegekindes. In der Regel werden häufiger Pflege- als Adoptivkinder vermittelt. Ein Pflegekindverhältnis ist oftmals zeitlich begrenzt und auf die Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie ausgerichtet. In anderen Fällen verbleiben Pflegekinder ebenso gut bis zur Volljährigkeit in der Pflegefamilie. Die verschiedenen Formen sind Kurz- und Langzeitpflege, Tages- oder Dauerpflege.

Die Aufnahme eines Pflegekindes wird mit einem bestimmten Betrag an Unterhalts- und Erziehungsgeldern vergütet. Obwohl in wenigen Fällen eine Pflegschaft in eine Adoption münden kann, sollte eine Adoption nicht das Ziel eines Pflegeverhältnisses sein.

Bewerber, die eigene Ideen einbringen, vielleicht auch einmal ungewöhnliche Wege gehen, sich evtl. schon während des laufenden Prüfverfahrens einem Adoptiv- oder Pflegeelternkreis anschließen, sind eventuell eher zum richtigen Zeitpunkt beim Jugendamt in positiver Erinnerung.

10 Hilfe zur Selbsthilfe

10.1 Wie gründet und organisiert man eine Selbsthilfegruppe ?

Wenn man mit anderen Betroffenen eine Selbsthilfegruppe gründen möchte, ist oft nicht bekannt, wie man an die Sache herangehen soll.

Sehr gute Informationsmaterialien zu Gründung und Ablauf von Selbsthilfegruppen sind zu erhalten über:

- **NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)**
Wilmersdorfer Straße 39
10627 Berlin
Telefon: 030 / 31 01 89-60
Telefax: 030 / 31 01 89-70
- **KOSA (Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte)**
Sedanstraße 10–16
50668 Köln
Telefon: 0221/ 77 63-6702
Telefax: 0221/ 77 63-6700

- **KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen)**
Marsilstein 4–6
50676 Köln
Telefon: 0221 / 95 15 42-16
Telefax: 0221 / 95 15 42-42
Türkische Sprechstunden unter 0221 / 95 15 42-56

Als sehr hilfreich hat sich auch die „Starthilfe – zum Aufbau von Selbsthilfegruppen, Leitfaden für Gründer“ erwiesen. In einzelnen Schritten enthält sie wichtige Tipps. Sie ist auch über NAKOS erhältlich oder direkt über:

- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe e.V.
c/o Friedrichstraße 28
35392 Gießen
Telefon: 0641 / 7 45 03

Neben Informationsblättern zu einzelnen Punkten gibt NAKOS auch sogenannte „Rote Adressen“ der lokalen bzw. regionalen Selbsthilfegruppen und Unterstützungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland heraus.

10.1.1 Publik machen einer neuen SHG

Viele ungewollt Kinderlose kennen keine anderen Betroffenen. Zunächst ist es daher wichtig, mit anderen Interessenten für eine Selbsthilfegruppe in Kontakt zu kommen.

Eine Möglichkeit stellen Inserate in Zeitschriften dar, die allerdings zu kurz und unpersönlich sind.

Eine andere Möglichkeit ist ein Interview – eventuell auch anonym – in einer größeren Tageszeitung. Da vielen Redakteuren das Problem der ungewollten Kinderlosigkeit wenig bekannt ist, empfiehlt sich eine persönliche Kontaktaufnahme.

Des Weiteren bietet sich die Möglichkeit, Handzettel bei Ärzten, Apotheken, Beratungsstellen etc. auszulegen.

Teilweise erklären sich auch Organisationen, wie Pro Familia oder Selbsthilfekontaktstellen bereit, Adressen und Telefonnummern von Interessenten entgegenzunehmen und weiterzuleiten oder Info-Abende zum Thema ungewollter Kinderlosigkeit durchzuführen.

Auch die Zusammenarbeit mit regionalen Kinderwunschpraxen hat sich bewährt.

Es besteht auch die Möglichkeit, an Kirchen und gesetzliche Krankenkassen heranzutreten.

Die Krankenkassen sind aus gesundheitsrechtlichen Gründen gehalten, Selbsthilfegruppen zu unterstützen und deren Gründung zu fördern. Eventuell können diese Organisationen auch Räume für Treffen oder finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

10.1.2 Äußere Form der Treffen

Hat man schließlich weitere Betroffene gefunden, stellt sich die Frage, in welchem Rahmen die Treffen stattfinden sollen. Hier bietet sich ein regelmäßiger Wochentag und eine regelmäßige Uhrzeit im Abstand von zwei bis vier Wochen zwischen den Treffen an.

Als Ort der Treffen ist es empfehlenswert, einen „neutralen“ Raum zu suchen, da die Probleme der Betroffenen in einer „nüchternen“ Atmosphäre intensiver besprochen werden können.

10.1.3 Ablauf der Treffen

Ist die Selbsthilfegruppe nicht von dritter Seite angeleitet oder betreut, so kann man festlegen, dass die Gesprächsleitung von Treffen zu Treffen wechselt.

Es empfiehlt sich, die Treffen mit einer Vorstellungsrunde und einem sogenannten „Blitzlicht“ (Wie geht es mir momentan ?) zu beginnen.

Im weiteren Verlauf sollten zunächst die aktuellen Probleme der einzelnen Teilnehmer im Vordergrund stehen. Verbleibt noch Zeit, so können auch spezielle Themen besprochen werden, die die Teilnehmer sich vorher überlegt haben. z.B.:

1. Erfahrungen mit Ärzten, Heilpraktikern, Psychologen oder Adoptionsvermittlern
2. Wie weit sollen bzw. wollen wir gehen ?
3. Wie gehe ich mit dem Partner im Hinblick auf die ungewollte Kinderlosigkeit um ?
4. Wie gehen wir mit der Schwangerschaft unserer Freunde und Bekannten um ?
5. Umgang mit den Reaktionen und Fragen unseres sozialen Umfelds
6. Stellen Adoption oder Pflegschaftsverhältnis für uns eine Alternative dar ?
7. Können wir mit dem eventuellen Abschied vom Kinderwunsch umgehen ?
8. Wie stellen wir uns dann ein Leben ohne Kinder vor ?

Zur Gestaltung der Gruppentreffen bieten sich im übrigen noch folgende Alternativen an:

- Es können Fachkräfte, wie z.B. Ärzte, Adoptionsvermittler etc. eingeladen werden. Diese kommen der Einladung erfahrungsgemäß gerne nach.
- Bei entsprechenden technischen Voraussetzungen kann sich die Gruppe auch gemeinsam Videofilme, z.B. über aufgezeichnete Fernsehsendungen, anschauen und anschließend über die Sendung diskutieren.

Die Diskussion über die Themen setzt bei den Teilnehmern sehr viel Offenheit voraus, da intime Probleme angesprochen werden. Aus diesem Grund sollte darauf hingewiesen werden, dass die persönlichen Informationen der Betroffenen, die die Teilnehmer bei den Treffen erhalten, auf jeden Fall innerhalb der Gruppe bleiben müssen.

Wichtig ist es, den Teilnehmern bewusst zu machen, dass die Selbsthilfegruppen keine Therapie darstellt und jeder für sich selbst verantwortlich ist. Die Selbsthilfegruppe bietet keine Patentrezepte, sondern eine Gelegenheit, durch Gespräche mit anderen Betroffenen die eigenen Probleme besser zu verstehen und einen individuellen Weg zu deren Bewältigung zu finden. Dabei sollte die Gruppe kein einseitiger „Abladeplatz“ für die eigenen Sorgen sein, sondern ein gegenseitiges Geben und Nehmen.

Wie die Erfahrung gezeigt hat, kann es trotz intensiver Bemühungen und unter Ausnutzung aller o.g. Möglichkeiten bis zu zwei Jahren dauern, bevor es zu einem regelmäßigen Ablauf der Treffen in einer Selbsthilfegruppe kommt.

WEINSEHKAUND e.V.

ist für jede Unterstützung finanzieller, materieller und ideeller Art offen und dankbar, die seine Unabhängigkeit und Überkonfessionalität respektiert.

11 Weiterführende Literatur und Informationen

An dieser Stelle sei auf die Homepage von Wunschkind e.V. verwiesen:

WUNSCHKIND e.V.

Telefon: 0180 / 500 21 66

Telefax: 0180 / 500 21 66

e-mail: kontakt@wunschkind.de

Internet: <http://www.wunschkind.de>

