

Ärztliche Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch

H. Kentenich, A. Tandler-Schneider, A. J. Weblus, M. Werling

Information, Aufklärung, Beratung und schließlich Herstellung eines informed consent sind der Schlüssel für eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patient aus bio-psycho-sozialer Sicht. Bei der Beratung im Zusammenhang mit ungewollter Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin gilt es, einige Besonderheiten zu beachten. Im Gegensatz zu anderen Gebieten der Medizin wird keine eigentliche Erkrankung im Sinn eines Schmerzes oder einer schwerwiegenden Störung des Körpers mit medizinischen oder chirurgischen Mitteln behandelt, sondern es steht der unerfüllte Kinderwunsch als Lebenskrise im Vordergrund.

Wenn eine Frau nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr und einer Zeitdauer von mindestens einem Jahr nicht schwanger ist, spricht man von Subfertilität oder auch Sterilität (1). Die Weltgesundheitsorganisation sieht dies als Krankheit an. Das Europäische Parlament hat in seiner Resolution vom 21. Februar 2008 zu diesem Problem Stellung genommen und spricht ebenfalls von einer Krankheit (2).

Im Folgenden soll zunächst auf einige Besonderheiten in der Beratung bei Kinderwunsch eingegangen werden. Des Weiteren soll verdeutlicht werden, wie die Rolle des Arztes angesichts der Beratungserfordernisse im Rahmen der In-vitro-Fertilisation konkret aussieht. Es geht darum, die Besonderheiten und besonderen Konfliktpotenziale kenntlich zu machen, auf die sich der Arzt in seiner Rolle als Berater einstellen muss (3).

Besondere Beratungssituation bei Sterilität

Die Grundlage der ärztlichen Beratung sind Information und Aufklärung. Da der Ablauf des weiblichen Menstruationszyklus, die Befruchtungsvorgänge sowie Hindernisse zur Befruchtung (z. B. Verschluss der Eileiter, Samenqualität) für viele Paare

schwer verständlich sind, ist eine grundlegende Information, eventuell anhand von Bildern oder Grafiken sinnvoll. Dies ist umso notwendiger bei Paaren mit niedriger Bildung. Zudem haben viele Paare zu hohe Erwartungen, mit welcher Wahrscheinlichkeit z. B. eine künstliche Befruchtung nicht nur zur Schwangerschaft, sondern auch zur Geburt von einem oder mehreren Kindern führt.

Beim Übergang von Diagnostik zur Therapie (z. B. künstliche Befruchtung) müssen weitere Faktoren berücksichtigt werden. So ist das Alter der Patientin wesentlich für die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Schwangerschaft (4). Dies gilt sowohl für die Spontanschwangerschaft als auch für die Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung. Zudem sollen mögliche Alternativen bedacht werden: Eine spontane Schwangerschaftsrate ohne Therapie, der Verzicht auf ein eigenes Kind, Adoption, Samenspende oder Eizellspende.

Kinderlosigkeit ist besonders bei Migrantenpaaren und Paaren aus der Dritten Welt ein großes Problem, da sie geringere gesellschaftliche Anerkennung ohne Kind finden. Hier sind sprachliche Defizite ein wesentliches Hindernis, nicht nur, um den Hintergrund der psychosozialen Situation zu

Arzt-Patienten-Kommunikation

Auf welche Kommunikationsaspekte es beim Thema „Ärztliche Gesprächsführung in der Gynäkologie und Geburtshilfe“ ankommt, zeigt der FRAUENARZT an verschiedenen Beispielen in einer kleinen Publikationsreihe auf.

In lockerer Folge werden für die gynäkologische Praxis relevante kommunikative Herausforderungen und Besonderheiten sowie der Umgang mit spezifischen Patientinnengruppen herausgearbeitet wie

- ▶ Wie kann ärztliche Gesprächsführung gelingen?
- ▶ Schambesetztes Thema Inkontinenz
- ▶ Unerfüllter Kinderwunsch
- ▶ Ärztliche Gesprächsführung bei intrauterinem Fruchttod
- ▶ Trauerberatung und Angehörigengespräche

erfassen, sondern auch, um medizinisch sinnvoll behandeln zu können. Mitunter werden Dolmetscherdienste eingeschaltet, die aber nur unzureichend die individuellen Besonderheiten des Paares und die Komplexität der Therapie vermitteln können.

Auf der Grundlage von Information und Aufklärung kann dann eine qualitativ gute Beratung erfolgen. Diese soll nicht direktiv, sondern ergebnisoffen sein. Eine dialogische Entscheidung im Sinne eines „shared decision making“ ist anzustreben. Hierbei muss die Patientin keinesfalls alle Details komplett antizipieren und verstehen. Die ärztliche Aufklärung soll das Paar aber in die Lage versetzen, die Tragweite ihrer Entscheidung zu überblicken. Da es sich nicht um Notfallentscheidungen handelt, sondern um ein planbare Behandlung, sind die Anforderungen an die Aufklärung hoch.

Besonderheiten in der Diagnostik und Therapie der Reproduktionsmedizin

Die Beziehung zwischen Arzt und Patientin mit Kinderwunsch trifft auf einige Besonderheiten. Bei der Reproduktionsmedizin handelt es sich

um eine sehr spezialisierte Diagnostik und Therapie, so dass die Asymmetrie des Wissens zwischen Patientenpaar und Arzt noch deutlicher ist als beim „normalen Arztbesuch“, z. B. im Falle einer Erkältung oder eines Schmerzsyndroms.

Für die Paare steht der Wunsch nach einem gesunden Kind im Vordergrund. Sie überschätzen die Wahrscheinlichkeit einer Geburt und unterschätzen die Probleme bei Mehrlingsgeburten sowie die Risiken einer Behandlung. Der Arzt sollte den Wunsch der Paare nach einem Kind positiv aufnehmen, aber zugleich auch die möglichen Gefahren und Risiken für die Frau im Rahmen der Behandlung und für Mutter und Kind im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt, insbesondere bei einer Mehrlingsschwangerschaft wegen der hohen Gefahr der Frühgeburtlichkeit, vor Augen haben (5).

Es geht darum, das Leiden an der Kinderlosigkeit zu erfassen

Innerhalb eines bio-psycho-sozialen Modells berät der Arzt nicht nur im engeren Sinn zu medizinischen Fragen, sondern bezieht auch die psychischen, sozialen und ethischen Aspekte mit ein. Hinsichtlich einer psychosomatischen Betrachtung wären psychische und soziale Aspekte gleich wichtig, was dem Konzept der „psychosomatischen Grundversorgung“ entspricht. Um es praktisch zu beschreiben: Der Arzt sollte nicht isoliert Hormone, Eizellen oder Spermazellen und die medizinischen Sterilitätsprobleme betrachten. Vielmehr sollte es sein Anliegen sein, das Leiden an der Kinderlosigkeit zu erfassen, zu weiteren psychischen Störungen oder Erkrankungen (Angststörungen, Depressionen) nachzufragen und auch sehr intime Dinge wie Sexualität und Sexualstörungen einzu beziehen. Keinesfalls ist die Ausgrenzung von psychischen und sozialen Fragen oder eine primäre Weiterleitung an einen Psychologen sinnvoll. Stehen aber psychologische, psychi-

atrische oder sexuelle Störungen im Vordergrund, so erscheint die frühzeitige Einbeziehung von Psychologen, Psychiatern oder Sexualtherapeuten sinnvoll. Nach den gesetzlichen Vorschriften bei künstlicher Befruchtung (§ 27 a und § 121 a SGB V) ist eine feste Kooperation mit Psychologen notwendige Voraussetzung.

Die Beratung bezieht sich auf ein Paar und soll demnach beiden einzelnen Personen gerecht werden. Sie wird sich auf das Paar im Sinn einer gelebten Partnerschaft beziehen, wobei hier sehr persönliche Dinge wie Zufriedenheit in der Partnerschaft, Sexualität usw. im Beratungsprozess zu betrachten wären. Oft ist der Kinderwunsch nicht bei beiden Partnern gleichermaßen ausgeprägt, so dass dieser auch in der Dynamik der Partnerbeziehung zu sehen ist.

Ein mögliches Konfliktpotenzial ist vorhanden, da der Arzt auch eigene wirtschaftliche Interessen verfolgen muss und daher (wirtschaftlich gesehen) gerade an Selbstzahlern und individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) interessiert sein kann. Die generellen finanziellen Belastungen für das Paar können erheblich sein. Maßnahmen der außerkörperlichen Befruchtung werden bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung nur unter bestimmten Bedingungen (z. B. Ehestatus) und dann auch nur zu 50 % bezahlt, so dass der Eigenanteil bei einer Behandlung der In-vitro-Fertilisation mitunter einen Monatslohn eines Angestellten ausmachen kann (€ 1.500–2.000). Der große Wunsch nach einem Kind kann also zu einer großen finanziellen Belastung des Paares führen.

Auch das ungeborene Kind muss mit einbezogen werden

Weiter sollen die Interessen des ungeborenen Kindes in den Beratungsprozess mit einbezogen werden, sowohl unter psychischen als auch medizinischen Gesichtspunkten. Die Gesundheit und das Wohlergehen der

Frau und des Kindes (Kindeswohl im weiteren Sinne) stehen mit im Fokus der Beratung in seiner Rolle als Arzt. Es sollte keine Behandlung begonnen werden, bei der absehbar ist, dass nach der Geburt das Kindeswohl nicht gewährleistet ist, z. B. wegen massivem Substanzabusus oder wegen eines Umstands, mit dem es in der Vergangenheit bei dem Paar oder bei den einzelnen Personen zu Kindesvernachlässigungen gekommen ist. In dieser Situation ist zuerst eine gute Erfassung des Ist-Zustands aus bio-psycho-sozialer Sicht notwendig, und es stehen möglicherweise psychologische/psychiatrische oder soziale Interventionen im Vordergrund. Mitunter kann dann eine Kinderwunschbehandlung gar nicht erst begonnen werden.

Die Reproduktionsmedizin hat die frühesten Formen menschlichen Lebens zum Gegenstand. Bereits bei der Zeugung des ersten IVF-Kindes im Jahre 1978 wurden damals bestehende medizinische Grenzen überschritten. Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin beinhaltet, dass bei möglichen Grenzüberschreitungen eine ärztliche Abwägung von medizinischen Vorteilen und Risiken bei gleichzeitiger Betrachtung der psychologischen, ethischen und juristischen Grenzziehungen notwendig ist. Eine Behandlung von Frauen mit Eizellspende erscheint ethisch im Sinne der Patientinnen-Autonomie vertretbar. Eine solche Schwangerschaft bereitet aber nicht selten Probleme für Mutter (Präeklampsie) und Kind mit den Folgen der Frühgeburtlichkeit. Bei der Leihmutterchaft ist die psychologische Situation aller Beteiligten zu hinterfragen, weil hierbei eine Frau im Auftrag gegen Geld ein Kind austrägt und danach per Kontrakt das Kind übergibt. Hier sind zugleich juristische Grenzen zu bedenken, da eine Herausgabe des Kindes an die auftraggebenden Eltern in einigen Ländern juristisch nicht möglich ist.

Um es soweit zusammenzufassen: Der Arzt muss im Rahmen der Beratung

bei Kinderwunsch und in der Reproduktionsmedizin diese Besonderheiten berücksichtigen und wird dazu immer wieder auch an eigene Grenzen stoßen.

Für die Information, Aufklärung und Beratung stehen den Paaren vielerlei Informationsquellen zur Verfügung, unter anderem auch Internetportale und Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Wesentlich sind für die Paare die Internetseiten der entsprechenden Zentren, die allerdings häufig unvollständige Angaben zu den „Erfolgsraten“ und zu den Möglichkeiten der psychologischen Unterstützung machen (6, 7).

Richtlinien zur Beratung in Deutschland bei IVF

Im Folgenden sollen die Besonderheiten in der Rolle des Arztes und der Arzt-Patienten-Beziehung konkret an den Beratungserfordernissen deutlich gemacht werden, um ein genaues Bild der Arztrolle im Verfahren der künstlichen Befruchtung und der damit vorhandenen Probleme zu bekommen.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Musterrichtlinie zur Durchführung der Assistierte Reproduktion (Novelle 2006) (8) ausführlich zu Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung Stellung genommen. Die detaillierten Vorgaben hierzu sollen sowohl die Qualität der Beratung als auch die Ergebnisse der Beratung und Behandlung (im Sinne der Patientenzufriedenheit) verbessern.

Untersuchungen zur Qualität der Beratung in Deutschland zeigen, dass viele Patientenpaare nicht gut genug informiert sind. Dies hat Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung, insbesondere bei sehr stark ausgeprägtem Kinderwunsch. Besondere Beratungsdefizite sind bei schwierigen Situationen, wie z. B. einer nicht erfolgreichen Behandlung oder bei der Beendigung der Therapie, festzustellen (9).

Auf Grundlage der Richtlinien der Bundesärztekammer (2006) soll hier auf die verschiedenen Aspekte aus medizinischer und psychosozialer Sicht eingegangen werden (8).

Medizinische Aspekte

■ Allgemeine Hinweise

Substanzabusus (insbesondere Nikotin), deutliches Übergewicht und Untergewicht sowie extremer Stress können die Konzeptionschancen deutlich mindern. Dieses gilt generell, aber auch bei künstlicher Befruchtung (10, 11).

■ Erfolgsrate des jeweiligen Verfahrens

Paare überschätzen die Erfolge der Reproduktionsmedizin, was die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft und Geburt angeht (5). Insofern sollte der Arzt in seiner Rolle als ärztlicher Berater vor Beginn der Behandlung realistische Zahlen nennen.

Die Erfolgsraten differieren sehr stark – insbesondere abhängig vom Alter der Patientin. So liegt bei der intrauterinen homologen Insemination die Geburtenrate nur bei etwa 8–10 % pro Insemination (12). Bei der donogenen Insemination (Spendersamen) liegt die Geburtenrate ähnlich bei nur 10–12 % (12).

Bei der künstlichen Befruchtung liegen die Erfolge deutlich höher. Nach der deutschen Statistik zur IVF beträgt die klinische Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer 33,69 % (13) und die Geburtenrate pro Behandlung etwa 20 % (13). Die Schwangerschaftsrate bei ICSI beträgt pro Embryotransfer 30,76 % und die Geburtenrate bei ICSI pro Behandlung etwa 20 %. Bei der Kryokonservierung von Vorkernstadien (Einfrieren von befruchteten Eizellen) und nachfolgendem Embryotransfer ist eine Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer von 23,53 % anzunehmen und eine Geburtenrate pro Behandlung etwa 15 % (13).

■ Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Schwangerschaft

Nur eine Eileiterentfernung beidseits und/oder Gebärmutterentfernung sowie mehrfach gesicherte Azoospermie (keine Spermien) bedeuten eindeutige Unfruchtbarkeit für das Paar. Die meisten anderen Diagnosen bedeuten Subfertilität. Insofern ist bei den meisten subfertilen Paaren mit der Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen spontanen Schwangerschaft zu rechnen. Daher kann je nach Diagnose, Befund und Alter der Patientin die Spontanschwangerschaftsrate unterschiedlich sein. Insbesondere eine junge Patientin hat eine zu kalkulierende Spontanschwangerschaftsrate, selbst wenn z. B. eine hochgradige Oligoasthenoteratozoospermie (deutliches Spermaproblem) beim Partner vorliegt. In einer Nachuntersuchung von ICSI-Paaren zeigten sich 11,5 % behandlungsunabhängige Schwangerschaften (14). In einer Untersuchung an Migrantenpaaren konnte gezeigt werden, dass bis zu 23 % nachfolgende spontane Schwangerschaften entstehen, obwohl die Patientinnen durchschnittlich über etwa 2 Jahre ohne Erfolg in Kinderwunschbehandlung waren (15). Diese hohe Rate an spontanen Schwangerschaften ist durch das junge Alter der Frau bedingt.

■ Erhöhte Mehrlingsrate und mütterliche und kindliche Risiken

Die Mehrlingsproblematik ist weiterhin das gravierendste Problem der Reproduktionsmedizin (16). Viele Paare unterschätzen die Probleme, die mit Mehrlingschwangerschaften verbunden sind und äußern mitunter plakativ: „Wir wollten immer schon mehrere Kinder“. Dieser positive Wunsch sollte für den Arzt aber Anlass sein, auf die Häufigkeit von Mehrlingen und die damit verbundenen Gefahren der Frühgeburtlichkeit realistisch hinzuweisen. So wird dem Paar ermöglicht, eine konkrete Entscheidung zu der Frage zu treffen, wie viele Embryonen transferiert werden sollen (5).

Maternale Risikoerhöhung bei Zwillingschwangerschaften

Bluthochdruck in der Schwangerschaft	~ 2,5-fach
Präeklampsie	~ 2,5-fach
Nachblutung nach Geburt	~ 2-fach
Notwendigkeit eines Kaiserschnitts	~ 3-fach
Intensivmedizinische Betreuung	~ 15-fach
Postnatale Depression	~ 3-fach

Tab. 1: Maternale Risiken bei Zwillingschwangerschaften im Vergleich zu Einlingsschwangerschaften (16)

Fetale Risikoerhöhung bei Zwillingschwangerschaften

Frühgeburtlichkeit (< 37 Woche)	~ 10-fach
Niedriges Geburtsgewicht	~ 7-10-fach
Frühkindliche Hirnschädigung (Zerebralparese)	~ 3-10-fach
Atemnotsyndrom des Neugeborenen	~ 5-7-fach
Blutvergiftung (Sepsis)	~ 3-fach
Bleibende, schwere Behinderung (alle)	~ 1,5-2-fach

Tab. 2: Fetale Risiken von Zwillingschwangerschaften im Vergleich zu Einlingsschwangerschaften (16)

Es wurde im Jahre 2013 zu Mehrlingsgeburten berichtet:

- Zwillinge bei IVF 24,4 %, Drillinge 0,9% (13).
- Zwillinge bei der ICSI-Methode 14,8 %, Drillinge 0,7 % (13).

Die großen Probleme von Drillingen und Vierlingen mit ihrer extremen Frühgeburtlichkeit sind allgemein bekannt. Weniger bekannt ist aber, dass auch Zwillingsgeburten wegen der häufigeren Frühgeburtlichkeit wesentliche Probleme für Mutter und Kind darstellen (Tabelle 1 und 2).

Da der Mehrlingsproblematik in den Richtlinien der Bundesärztekammer eine besondere Bedeutung zukommt, soll der Hinweis der Bundesärztekammer besonders hervorgehoben werden: Der „elektive single embryo transfer“ (eSET) (Auswahl des besten Embryos) wird als sinnvolle Möglichkeit angesehen und eine klarstellende Änderung des Embryonenschutzgesetzes als notwendig erachtet. Erstrebenswert wären gesetzliche Regelungen wie in Belgien: Hier er-

halten Frauen mit guter Prognose eine volle Bezahlung des IVF-Zyklus, wenn sie damit einverstanden sind, dass nur ein Embryo pro Behandlungsversuch in den Mutterleib zurückgegeben wird.

Erhöhtes Risiko bei Kindern nach ICSI?

Die deutsche ICSI-Studie hat in dieser Frage eindeutige Ergebnisse erbracht. So ist in der Normalbevölkerung mit Auffälligkeiten bei Neugeborenen von 6,1 % zu rechnen und bei Anwendung der ICSI-Methode mit 8,7 % (17). Andere Untersuchungen zeigen, dass allein der Umstand, dass eine Frau über einen längeren Zeitraum subfertil war, ebenfalls zu vermehrten Auffälligkeiten führt, auch bei Kindern, die spontan gezeugt wurden (18).

Grundsätzlich zeigen Untersuchungen, dass auch Einlingsschwangerschaften nach künstlicher Befruchtung mit Problemen behaftet sind. Die Kinder werden nicht nur zu früh

geboren, sondern sind auch für ihr Schwangerschaftsalter zu leicht. Es ist nicht auszuschließen, dass die Art der Zeugung (In-vitro-Fertilisation oder ICSI) auch für mögliche epigenetische Veränderungen verantwortlich ist (19–22).

Hintergrundrisiko

Das bedeutsamste Hintergrundrisiko ist das Alter der Frau. Es hat nicht nur Einfluss auf die Erfolgsrate, sondern auch auf die Fehlgeburtenrate und die Rate an chromosomalen Auffälligkeiten (insbesondere Trisomie). Im Vergleich dazu hat das Alter des Mannes eine geringere Bedeutung. Allerdings nimmt auch die Fruchtbarkeit des Mannes etwa ab dem 40. Lebensjahr ab (4).

Ein besonderes Augenmerk ist auf Verwandtenehen zu richten. Insbesondere bei Migranten sind Verwandtenehen nicht selten. Die Datenlage zu Auffälligkeiten der Kinder bei Migrantenehen ist nicht einheitlich. Es gibt aber Hinweise, dass Auffälligkeiten bei gemeinsamem genetischem Hintergrund erhöht sind.

Weitere Punkte, die der Arzt in seine Beratung einbeziehen sollte, sind: Ablauf des Verfahrens, Zystenbildung nach Stimulationsbehandlung, Überstimulationsreaktion, Nebenwirkungen von Medikamenten, Fehlgeburten in Abhängigkeit vom Alter der Frau, Eileiterschwangerschaft, mögliche Risiken bei Verfahren, deren endgültige Risikoeinschätzung nicht geklärt ist (8, 23).

Psychosoziale Aspekte

Die Rolle des Arztes in der Reproduktionsmedizin soll sich neben den medizinischen auf die psychosozialen Besonderheiten beziehen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer (2006) sehen eine ausführliche Information, Aufklärung und Beratung auch zu psychosozialen Aspekten vor. Untersuchungen zeigen, dass hier deut-

liche Verbesserungen notwendig erscheinen (9, 6).

■ **Psychosoziale Aspekte unter der Therapie**

Der psychische Stress der Kinderwunschbehandlung wird meistens belastender erlebt als die medizinischen Behandlungsschritte. Dies bedeutet, dass die tägliche Hormonapplikation von den Patientinnen meist weniger belastend empfunden wird als die Wartezeit bis zur erfolgreichen Fertilisation oder schließlich auch zum Schwangerschaftstest (24).

■ **Mögliche Auswirkungen auf die Paarbeziehung**

Zu den Effekten einer erfolglosen Sterilitätsbehandlung auf die Qualität der Paarbeziehung gibt es unterschiedliche Studienergebnisse. Einige Autoren fanden eine deutliche Verbesserung der Partnerschaft durch einen Zuwachs an gemeinschaftlicher Aktivität, Verständnis und Nähe. Andere Studien fanden keine oder eine leicht negative Auswirkung auf die Partnerschaft. Nach erfolgreicher Sterilitätsbehandlung zeigen einzelne Berichte zwar eine gesteigerte Zufriedenheit mit der Paarbeziehung gegenüber Paaren mit spontan entstandener Schwangerschaft, im überwiegenden Teil der Arbeiten werden jedoch keine Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit und Trennungsraten zwischen beiden Gruppen gefunden (24).

■ **Mögliche Auswirkungen auf die Sexualität**

Etwa 30 % der Partner haben vorübergehende oder bleibende Probleme im Zusammenhang von Sexualität und Sterilität, vor allem Erregungs- und Orgasmusstörungen sowie Lustprobleme. Gerade die abnehmende Lust im Zusammenhang mit einer Kinderwunschbehandlung bedarf einer Beratung. Auf Nachfrage bestätigen sehr viele Paare, dass ihr Lustempfinden verändert ist, insbesondere wenn Eingriffe in die Sexualität erfolgen wie bei Insemination, IVF oder Verkehr zum optimalen Zeitpunkt (24).

■ **Mögliche Kontraindikationen gegen eine Behandlung**

Im Beratungsprozess soll der Arzt auch auf fertilitätsschädigendes Verhalten eingehen (Nikotinabusus, Genuss- und Arzneimittelabusus, Essstörung, extremer – eventuell auch beruflicher – Stress) sowie relevante Sexualstörungen (kein Geschlechtsverkehr an fruchtbaren Tagen, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). Bei diesen Störungen steht eine psychotherapeutische/sexualtherapeutische Behandlung im Vordergrund.

Im Übrigen gelten sämtliche medizinische Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft auch als Kontraindikation gegen die Anwendung von Methoden der künstlichen Befruchtung. Hierzu wären auch schwere psychiatrische Erkrankungen sowie Alkohol- und Drogenabusus zu benennen, die das Kindeswohl mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gefährden würden. Eine entsprechende zielgerichtete Therapie würde dann im Vordergrund stehen.

Inhalte der psychosozialen ärztlichen Beratung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer sind weiterhin: mögliche depressive Reaktionen bei Misserfolg, verstärkter Leidensdruck der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung, Alternativen zur Behandlung, mögliche psychosoziale Belastung bei Mehrlingen (8, 24).

■ **Behandlung mit fremdem Samen**

Eine Behandlung mit fremdem Samen ist möglich und wird insbesondere beim heterosexuellen Paar insoweit praktiziert, als etwa 100.000 Kinder bisher in Deutschland nach dieser Methode geboren sind. In der Beratung sollte die veränderte Familiensituation bedacht und auch vor der Behandlung angesprochen werden, ob und wann diese besondere Methode der Zeugung dem Kind später bekannt gemacht werden soll. Juristisch sollte der Arzt wissen und auch dem Paar vermitteln, dass es

dem Kind spätestens nach Erreichen des 18. Lebensjahres freisteht, seine genetische Herkunft zu erfahren und Kontakt zum Samenspender aufzunehmen. Dann kann auch die bisher bestehende Vaterschaft zum sozialen Vater aberkannt werden. Insofern sollte sich der Arzt bei dieser Form der Behandlung nicht nur auf die technischen Aspekte, sondern auch auf die zukünftigen psychosozialen Besonderheiten beziehen. Hier ist von vornherein die Einbeziehung einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung sinnvoll.

Die Behandlung des lesbischen Paares und alleinstehender Frauen mit Samenspende ist grundsätzlich möglich. Zurzeit wird sie noch erschwert durch die Richtlinie der Bundesärztekammer 2006, wenn die betreffende Richtlinie in die Berufsordnung der Landesärztekammer übernommen wurde. Die späteren Besonderheiten sollten ebenfalls angesprochen werden (24).

Behandlungsunabhängige Beratung

Gerade bei lang bestehendem Kinderwunsch, erfolgloser Therapie und dem möglichen Einsatz von fremden Gameten (Samen- oder Eizellen) sollte dem Paar eine zweite Sicht angeboten werden. Ausgebildete psychosoziale Berater könnten dem Paar aus behandlungsunabhängiger Sicht die Besonderheiten eröffnen, die sich ergeben, wenn die Gameten eines Dritten in die Familie einbezogen werden (24).

Eizellspende und Leihmutterschaft

Eizellspende und Leihmutterschaft sind in Deutschland eindeutig verboten. Trotzdem gibt es Paare, für die dieses grundsätzlich in Betracht kommt, z. B. wenn eine Frau keine Eierstöcke mehr hat oder die Gebärmutter wegen einer gutartigen oder bösartigen Erkrankung entfernt wurde.

Erwogen werden sollten die Alternativen einer Adoption, Pflegekind oder Beendigung einer aktiven Behandlung. Trotz Verbots der Eizellspende und Leihmutterchaft sollte der Arzt auf medizinischer und psychosozialer Ebene dem Paar spiegeln, welche besonderen Risiken sich z. B. in einer Schwangerschaft ergeben können nach Eizellspende: Erhöhte Rate an schwangerschaftsinduziertem Hypertonus, Gestationsdiabetes, Präeklampsie. Auch sollten einer Frau im Alter von über 40 Jahren die Risiken besonders verdeutlicht werden. Gerade bei Eizellspende und Leihmutterchaft gilt es auch zu bedenken, dass eine fremde Frau ihren eigenen Körper oder die Eizellen ihres Körpers für jemand anderes zur Verfügung stellt, ohne selbst einen direkten Nutzen zu haben.

Fazit für die Praxis

Ärztliche Gesprächsführung bei Kinderwunsch sollte neben medizinischen Aspekten auch die Aspekte der Belastung in Diagnostik und Therapie betonen. Die psychischen Belastungen werden meistens bedeutsamer erlebt als die körperlichen Belastungen. Bei jeder Hormonstimulation (aber auch insbesondere bei der In-vitro-Fertilisation) ist die Mehrlingsproblematik, insbesondere bezüglich der Frühgeburtslichkeit, zu diskutieren. Die Beratungserfordernisse steigen mit der Invasivität des Verfahrens (z. B. In-vitro-Fertilisation). Die besondere Situation der Behandlung mit fremden Gameten (z. B. fremden Samenzellen) aus familiendynamischer Sicht sollte von vornherein bedacht werden.

Literatur

1. Gurunath, S, Pandian, Z, Anderson, RA, Bhattacharya, S: Defining infertility – a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 2011; 17 (5): 575-588.
2. European Parliament: Resolution of 21 February 2008 on the demographic future of Europe. 2008; 2007/2156 (INI).
3. Kentenich, H, Tandler-Schneider, A: Die Arztrolle in unterschiedlichen klinischen

- Kontexten. *Bundesgesundheitsblatt* 2012; 55: 1144-1153.
4. Dunson DR, Baird DD, Colombo B: Increased infertility with age in men and women. *Obstet Gynecol* 2004 103: 51-56.
5. Borkenhagen, A, Brähler, E, Kentenich, H: Attudes of German infertile couples towards multiple births and elective embryo transfer. *Human Reproduction* 2007; 22 (11): 2882-2887.
6. Stöbel-Richter Y, Thorn P, Kentenich H, Brähler E, Wischmann T: Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2011 8 (3):416-423.
7. Kadi S, Wiesing U: Uninformed Decisions? The Online Presentation of Success and Failure of IVF and Related Methods on German IVF Centre Websites. *Geburtsh Frauenheilk* 2015; 75 (12):1258-1263.
8. Bundesärztekammer: (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. *Deutsches Ärzteblatt* 2006 103: A1392-1403.
9. Rauprich O, Berns E, Vollmann J: Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany. *Human Reproduction* 2011; 26 (9): 2382-2392.
10. Benedict, MD, Missmer, StA, Vahratian, A et al.: Secondhand tobacco smoke exposure is associated with increased risk of failed implantation and reduced IVF success. *Human Reproduction* 2011 26 (9): 2525-2531.
11. Gruber, I, Klein, M: Die Einflüsse des Tabakkonsums auf die weibliche Fertilität und auf eine ART-Behandlung. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2011, 8 (5): 298-303.
12. Kupka, MS, Hooghe, TD, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, Castilla JA, Calhaz-Jorge, C, De Geyter Ch, Goossens V: Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* (2016) 31(2): 233-248.
13. Deutsches IVF-Register (DIR) Jahrbuch 2015: Ergebnisse zu 2014. Ärztekammer Schleswig-Holstein.
14. Osmanaoglu K, Collins JA, Kolibianakis E et al.: Spontaneous pregnancies in couples who discontinued intracytoplasmic sperm injection treatment: a 5 year follow-up study. *Fertil Steril* 2002; 78: 550-556.
15. Lange-Boettcher P: Schwangerschaftsrate türkischer Migrantinnen im Rahmen der Kinderwunschprechstunde – spontan oder durch Reproduktionsmedizin. Inauguraldissertation 2004. Medizinische Fakultät, Humboldt-Universität Berlin.
16. Diedrich, K, Felberbaum, R, Griesinger, G, Hepp, H, Kreß, H, Riedel, U: Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Friedrich Ebert Stiftung, Berlin 2008.
17. Ludwig M, Katalanic A: Die deutsche ICSI-Follow-up-Studie – Zusammenfassung der Ergebnisse publizierter Arbeiten und Einordnung in die aktuelle Studienlage. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2005; 2 (3): 151-162.
18. Zhu JL, Basso O, Obel C, Bille, C, Olsen, J: Infertility, infertility treatment and congenial malformations: Danish national birth cohort. *BMJ* 2006, doi:10.1136/bmj.38919.495718.AE.

19. Diedrich, K, Banz-Jansen, C, Ludwig, AK: Schwangerschaftsrisiken und Outcome der Kinder nach ART. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2011; 8 (2): 108-111.
20. Savage, T, Peek, J, Hofman, PL, Cutfield, WS: Childhood outcomes of assisted reproductive technology. *Human Reproduction* 2011; 26 (9): 2392-2400.
21. Sazonova, A, Källen, K, Thurin-Kjellberg, A, Wennerholm, UB, Bergh, CO: Factors affecting obstetric outcome of singletons born after IVF. *Human Reproduction* 2011; 26 (10): 2878-2886.
22. Davies, MJ, Moore, VM, Willson, KJ, Van Essen, P, Priest, K, Scott, H, Haan, EA, Chan, A: Reproductive Technologies and the Risk of Birth Defects. *N Engl J Med* 2012; May 10; 366 (19): 1803-1813.
23. Kentenich, H, Pietzner, K: Qualitätssicherung in der assistierten Reproduktion auf der Grundlage einer qualifizierten Beratung. *Gynäkologische Endokrinologie* 2007; 4: 187-192.
24. AWMF: Fertilitätsstörungen, psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. 2014. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-003.html>.



Für die Autoren

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich
 Fertility Center Berlin
 Spandauer Damm 130
 14050 Berlin
kentenich@fertilitycenterberlin.de

Anzeige