

Fertilitätsstörungen

Praktische Therapie bei Fertilitätsstörungen Manual für Frauenärztinnen und Frauenärzte aus psychosomatischer Sicht

Autoren

Heribert Kentenich (Berlin)
Tewes Wischmann (Heidelberg)
Heike Stammer (Heidelberg)
Edith Ittner (Göttingen)
Wolfgang Himmel (Göttingen)
Michael M. Kochen (Göttingen)
Walter Krause (Marburg)
Karla Ningel (Jena)
Kathrin Regel (Jena)
Bernhard Strauß (Jena)

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. H. Kentenich
DRK Frauenklinik
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Das Manual wurde in Kooperation der Forschungsprojekte zur Psychosomatischen Diagnostik und Beratung/Therapie bei ungewollter Kinderlosigkeit des Förderschwerpunktes "Fertilitätsstörungen" des Bundesministeriums für Forschung, Bildung und Technologie erstellt.

Einleitung

Die Basis jeder Therapie von Fertilitätsstörungen ist das ärztliche Gespräch. In diesem werden neben der medizinischen Anamnese auch die Dringlichkeit des Behandlungswunsches und die Situation, aus der der Kinderwunsch entstanden ist, näher betrachtet. Aus einer psychosomatischen Sicht ist es nicht die Aufgabe des Arztes, den Kinderwunsch in Frage zu stellen. Beratung und Betreuung sollen der Patientin oder dem Paar die Möglichkeit eröffnen, die Entscheidung für oder gegen die medizinische Behandlung der Fertilitätsstörung selbst zu treffen und immer wieder neu zu überprüfen - als eigene Entscheidung.

In der Therapie werden neben einfachen Informationen und Beratungen sowie medikamentöser Therapie auch zahlreiche Verfahren der assistierten Reproduktion angeboten: intrauterine Insemination (IUI), in-vitro Fertilisation (IVF), intratubarer Gametentransfer (GIFT), intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und viele weitere Varianten. Diese Behandlungen sind in ihrem Ablauf für das Paar sehr aufwendig: Jeder Schritt beinhaltet Blutentnahmen, Injektionen, Ultraschalluntersuchungen und vieles mehr. Auf jeder Ebene können aber auch diagnostische Ergebnisse zu einem Abbruch der Behandlung führen.

Die modernen reproduktionsmedizinischen Techniken erfordern einen großen personellen und finanziellen Aufwand. Neben den Ärzten sind technische Mitarbeiter, Biologen und Arzthelferinnen involviert. Um die Ressourcen deshalb sinnvoll einsetzen zu können, ist eine genaue Kenntnis nicht nur der biologischen Vorgänge, sondern auch ihrer Bedeutung für das Empfinden der PatientInnen erforderlich. Die Unfruchtbarkeit wird von den betroffenen

Paaren - vor allem von den Frauen - häufig als leidvoll erlebt. Mit diesem Leid wenden sie sich meistens an den Arzt, mit der Bitte um Hilfe. Es ist Aufgabe des Arztes, das Paar über die in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten umfassend zu informieren und mit dem Paar gemeinsam abzuwägen, welche therapeutische Methode am sinnvollsten erscheint.

Der Wunsch nach einem Kind

Bevor die Probleme der Behandlung von Fertilitätsstörungen und der Sinn eines Betreuungskonzeptes näher diskutiert werden, ist zunächst die Erörterung einer scheinbar banalen Frage wesentlich: "Warum haben Paare den Wunsch nach Kindern?"

Wird diese Frage den betroffenen Paaren gestellt, so sind häufige Antworten: "Weil es zur Ehe dazugehört", "weil Kinder dem Leben einen Sinn geben" oder "weil man sich in den Kindern wieder findet." Die Antworten zeigen schon, dass Kinder auch gewünscht werden, weil diese für die eigene Person wesentlich sind. Man spricht von einem narzisstischen Gewinn, denn Kinder geben einem selbst auch viel Positives zurück. Selbstverständlich werden Kinder auch um ihrer selbst willen geliebt.

Den Wunsch nach Nachwuchs kann man zwar als ein instinktgesteuertes Bedürfnis ansehen, bei den Menschen kommen jedoch weitere Faktoren hinzu. Waren früher leibliche Kinder aus ökonomischen Gründen, z.B. vor der Einführung der Rentenversicherung wesentlich, so stehen heute individuelle emotionale Bedürfnisse im Vordergrund. Die Entstehung des Kinderwunsches ist Ergebnis einer Persönlichkeitsentwicklung, denn der Kinderwunsch ist nicht von Anfang an da, sondern wächst im Laufe des Lebens (Frick-Bruder & Schütt, 1991). Die umgebenden psychosozialen Faktoren modulieren den Kinderwunsch. In Industriegesellschaften steht bei bestimmten Bevölkerungsschichten zunächst die Karriere im Vordergrund, während es in anderen Gesellschaften vollkommen "normal" ist, wenn bereits 17jährige Frauen das Bedürfnis haben, schwanger zu werden. Der Kinderwunsch entwickelt sich in der Regel in der Dynamik der Beziehung zwischen zwei Partnern.

Das Problem der Fertilitätsstörung - Die Vorgeschichte

Wenn wir nun den Wunsch nach einem Kind als das Ergebnis eines psychischen Reifungsprozesses auffassen, so ist die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch bei der Frau (und beim Mann) auch von Ambivalenz geprägt. Die Entscheidung für ein Kind impliziert oft eine einschneidende Veränderung in der Lebensgestaltung des Paares. Wenn aber in einer Partnerbeziehung der Kinderwunsch heranreift und die Frau wird nicht schwanger, so kann das Problem der Fertilitätsstörung zu einer unerwarteten Krise führen (Brähler & Meyer, 1991; Frick-Bruder & Schütt, 1991; Stauber, 1993; Strauß, 1991; Wischmann, Stammer, Gerhard & Verres, 1997). Zunächst ist die Frau überrascht, dass sie nach ein, zwei oder drei Monaten des Wartens nicht schwanger wurde. Sie wundert sich über den Beginn der Regelblutung, denn "eigentlich hätte es ja klappen müssen". Mit jedem Monat des Wartens können sich die Gedanken immer stärker auf das Kind konzentrieren, das immer mehr idealisiert wird. Schließlich ist sie in ihrem Selbstwertgefühl gekränkt (narzisstische Kränkung). Dass sie selbst vom Problem der eingeschränkten Fertilität betroffen sein könnte, hatte sie sich nicht vorstellen können. Sie konsultiert schließlich einen Arzt. Dieser untersucht sie, gibt ihr Ratschläge oder Medikamente, aber es klappt trotzdem nicht. Zu dem Problem der Kränkung tritt nunmehr das Problem der Hilflosigkeit: Was kann die Patientin tun? Schließlich treten Schuldgefühle auf: "Was habe ich falsch gemacht? Habe ich früher eine Eileiterentzündung nicht auskuriert?" Zudem überkommen sie Gefühle der Trauer und der Verzweiflung. Jede Monatsblutung ist eine erneute "Niederlage". Die Fertilitätsstörung kann dann schließlich auch zum Paarproblem werden: Es ist die Frage zu klären, wer "Schuld" an der Sterilität hat und ob man sich überhaupt weiter in medizinische Behandlung begeben soll (Menning, 1980).

Diese Krise kann den Mann gleichermaßen, insbesondere im Hinblick auf den Aspekt der Hilflosigkeit, betreffen. Im Gegensatz zur Frau, die den Frauenarzt als Ansprechpartner zur Verfügung stehen hat (bzw. haben sollte), gibt es für den Mann keine professionelle Unterstützung, es sei denn, Androloge, Urologe oder auch der Frauenarzt beziehen ihn von Anfang an in das Gespräch mit ein.

Erstgespräch beim Frauenarzt

Für das Erstgespräch sind Fragen des Settings wesentlich: So sollte man möglichst ein Paargespräch über einen Zeitraum von etwa 20 - 30 Minuten einplanen. Wenn die Patientin aber alleine kommt oder auch mehrfach Entschuldigungen für das Nichterscheinen des Partners benennt, so sollte man dieses ansprechen. Mitunter ist ein sehr ungleichmäßig verteilter Kinderwunsch und starker eigener Druck zur Behandlung hinter einem solchen Problem vorhanden. Im Erstgespräch sollte man auch auf den Ablauf von Körperfunktionen eingehen. Das Wissen der Paare um die Körperfunktionen ist oft sehr "spärlich". Nur wenige Paare haben klare Vorstellungen von Aussehen, Zustand und Funktion der Sexualorgane und von den Hormonabläufen. Dieses sollte man anhand von Zeichnungen und Informationsmaterial (z.B. Thöne & Rabe, 1999) verdeutlichen. Gerade bei modernen Verfahren der Sterilitätstherapie (IVF/ICSI) besteht eine Diskrepanz zwischen dem vorhandenen Wissen der Paare und dem notwendigen Wissen zur Durchführung dieser therapeutischen Verfahren (Yüksel & Kentenich, 1996). Bei der zunehmenden Technisierung sind die Paare überfordert, so dass immer eine genaue Information und Aufklärung notwendig ist. Hilfreich kann es häufig sein, dem Paar Literaturhinweise zu geben, wie es sich über die Ursachen und die Verarbeitung von Fertilitätsstörungen informieren kann (z.B. Strowitzki, 1998; Thöne & Rabe, 1999; Winkler, 1994).

Häufig beschränken sich Ärzte im Erstgespräch auf anatomische Befunde. So werden Patientinnen oft nur nach früheren Operationen oder bereits durchgeführten Hormonuntersuchungen befragt, ohne die Einbettung der Problematik in die psychosoziale Situation des Paares zu berücksichtigen. Dies wird mitunter auch von den Paaren selbst gewünscht, weil sie sich ja über die Behebung von Störungen den schnellen Erfolg wünschen. Gerade das Erstgespräch sollte aber das Problem der Fertilitätsstörung umfassender (von der somatischen und psychosozialen Seite her) ansprechen.

Fragen zur Befindlichkeit, zur Bedeutung des Kinderwunsches und zum Leiden am Problem der Kinderlosigkeit müssen in das Erstgespräch gut integriert sein, so dass man vermeidet, Schuldgefühle zu induzieren. Noch mehr gilt dies für Fragen der Sexualität. Ärzte sind kaum darin ausgebildet, Fragen der Sexualität anzusprechen. Sexualität umfasst den persönlichsten Bereich des Paares, der mit einer normalen Scham auch geschützt wird. Fragen der Sexualität müssen nicht immer im ersten Gespräch angesprochen werden. Sie sollten aber natürlich in den diagnostisch-therapeutischen Ablauf integriert sein. Gut geeignete Fragen sind: "Wie erleben Sie Ihre Sexualität?", "Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität?" (s. Abschnitt "Schlüssel Fragen").

Im Erstgespräch sollte der Arzt wahrnehmen und verstehen können, warum das Paar auf Behandlung drängt: die Sterilitätskrise lastet so schwer, dass eine Lösung nur über die schnell erzeugte Schwangerschaft möglich zu sein scheint. Insofern soll der Arzt erkennen, warum das Paar "drängt, etwas zu tun". Wesentlich ist, dieses Drängen der Paare zu verstehen und einen medizinisch rationellen und psychisch nachvollziehbaren Diagnostik- und Therapieleitfaden zu erstellen. Ein weiteres Problem kann darin bestehen, beim Abschluss des Erstgespräches vorschnell eine eindeutige Diagnose benennen zu wollen. Oft genug werden Patientinnen dann mit speziellen "Etiketten" (Corpus-luteum-Insuffizienz, Tubensterilität, etc.) belegt, ohne dass es zu diesem Zeitpunkt wirklich eindeutige Beweise für diese Diagnosen gibt.

Erstgespräch

- Einzelperson oder Paar?
- Was weiß das Paar von Körperfunktionen und Fertilitätsstörungen?
- Keine Beschränkung auf anatomische Befunde
- "Überfall" mit "Psychofragen" → Angst vor Schuldzuweisungen
- "Überfall" mit Fragen zur Sexualität → Scham vermeidet Offenheit
- besser: "Schlüsselfragen"
- Drängen der Paare ("etwas tun")
- schnelle Diagnose = Gefahr der Etikettierung der Patientin/ des Paares

Diagnostische Phase

Die Untersuchung von Hormonen ist sinnvoll. Man sollte sich aber vergegenwärtigen, dass Hormone auch tageszeitlichen Schwankungen unterworfen sind und dass die Zyklen nicht gleichmäßig ablaufen. Insofern sind Hormonbefunde immer mit großer Vorsicht zu interpretieren (The ESHRE Capri Workshop, 1996). Man erhält nicht unbedingt eine größere Klarheit, wenn man diese Hormonuntersuchungen mehrfach veranlasst, weil auch diese Wiederholungen immer nur einen partiellen Ausschnitt der Zyklusabläufe wiedergeben. Das gleiche gilt für SpermioGramme: SpermioGramme sind jahreszeitlichen und individuellen Schwankungen unterworfen (Lerchl & Nieschlag, 1996). Insofern ist hier auch nur selten ein Erkenntnisgewinn über mehr als zwei SpermioGramme zu erwarten. Für das Paar tragen die häufig mehrfach durchgeführten Untersuchungen nicht immer zu mehr Klarheit bei, sondern steigern manchmal sogar die Verwirrung über die aktuelle Lage.

Das Führen von Basal-Temperaturkurven ist in einem zeitlich begrenzten Rahmen sinnvoll, da sie es der Patientin ermöglichen, den zyklischen Hormonablauf darzustellen und darüber den Körper und seine Funktionen besser kennen zu lernen. Andererseits kann das Messen von Basal-Temperaturen auch belastende Veränderungen im Tagesablauf der Patientin oder des Paares mit sich bringen (z.B. Messen der Temperatur vor dem Aufstehen, Sexualverkehr "nach Termin") und eine Vielfalt von Fehlermöglichkeiten beinhalten (z.B. Veränderung des Schlafrhythmus, Fehleranfälligkeit durch Infekte). Insofern sollte man nicht mehr als zwei bis drei Basal-Temperaturkurven führen lassen.

Auch der Postkoital-Test beinhaltet Vor- und Nachteile. Ein Vorteil ist sicherlich darin zu sehen, dass man in der Zyklusmitte einige Erkenntnisse über die Cervix, den Cervixschleim sowie die Spermien-Cervixinteraktion gewinnen kann. Auf der anderen Seite ist dieser Test schwer zu standardisieren und man neigt daher auch zur Überinterpretation der gewonnenen Befunde. Aus diesem Grunde sieht die European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) in ihren Guidelines (The ESHRE Capri Workshop, 1996) diese Methode als nicht sehr sinnvoll an.

Kontraindikationen gegen eine medizinische Therapie bei Fertilitätsstörungen

Allgemein gelten als Kontraindikationen diejenigen Erkrankungen, die gegen eine Schwangerschaft sprechen. Aufgrund der medizinischen Fortschritte sind aber z. B. Diabetes mellitus, Hypertonus und Gefäßerkrankungen nur sehr selten noch als eindeutige Kontraindikation gegen eine Schwangerschaft anzusehen. Bezüglich der Infektionen bleibt die HIV-Infektion der Frau weiterhin eine Kontraindikation gegen eine aktive medizinische Therapie, da trotz weiterer Fortschritte der Medizin noch mit einem Infektionsrisiko des neugeborenen Kindes von etwa 13 - 15% zu rechnen ist (Schäfer & Friese, 1996).

Schwere psychische Störungen, wie Psychosen müssen als Kontraindikationen angesehen werden, wenn eine adäquate Betreuung des Kindes nicht möglich sein wird. Dieses bedarf jedoch im Einzelfall einer sehr genauen Abklärung, die interdisziplinär (mit

Psychiater/Psychologen gemeinsam) durchgeführt werden sollte. Beachtet man dies nicht, so entsteht sehr schnell eine ethisch schwierige Situation. Ethisch akzeptabel ist nur, wenn dem Paar durch Aufklärung, Information und Beratung eine weitgehend selbständige Entscheidung ermöglicht wird. Abgeleitet davon (und teilweise unabhängig davon) ist aber die Entscheidung zu sehen, ob der Arzt die Behandlung dann selbst durchführt oder nicht. Jeder Arzt wird und muss seine individuellen Grenzen finden, was die Therapie angeht. Dieses muss im Zweifelsfall auch der Patientin/dem Paar gegenüber (rechtzeitig!) verdeutlicht werden.

Schwierigkeiten bereitet auch das Vorgehen bei psychisch mitbedingter Sterilität. Die Begriffe psychogene Sterilität und idiopathische bzw. funktionelle Sterilität werden häufig gleichgesetzt. Sie bedürfen jedoch einer gesonderten Betrachtung und Definition.

Das Problem der definitorischen Festlegung der idiopathischen Sterilität besteht darin, dass in Folge der zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten die idiopathische Sterilität immer mehr eingegrenzt werden kann. Die Gefahr dabei ist jedoch, dass beispielsweise die mittels verbesserter Diagnosemöglichkeiten gewonnenen Befunde einer geringen Endometriose oder diskreter Hormonveränderungen als die entscheidende Ursache der Sterilität angesehen werden. Ein weiteres Problem besteht darin, dass eine eindeutige Diagnose oft nicht fassbar ist und auch bei Vorliegen organischer Ursachen der Fertilitätsstörung eine psychische Mitbedingtheit nicht auszuschließen ist. Bei der Diagnose einer psychogenen Sterilität müssen psychische Gründe vorhanden sein, die ursächlich zur Sterilität führen (z.B. eine unbewusste Konzeptionsverhinderung durch das Vermeiden des Geschlechtsverkehrs an den fruchtbaren Tagen). Dem betroffenen Paar muss verdeutlicht werden, dass eine psychische Betreuung oder Psychotherapie/Paartherapie eher die Lösung des Problems darstellt. Schwierig wird es aber, wenn das Paar innerlich nicht bereit ist, diese psychogenen Faktoren zu akzeptieren. Auf jeden Fall sollte bei Hinweisen auf eine psychogene Sterilität von einer medizinisch orientierten Therapie Abstand genommen werden. Der Arzt sollte in Gesprächen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mögliche Konfliktbereiche wahrnehmen und im Bedarfsfall gezielt eine weitere Diagnostik und Therapie einleiten.

Kontraindikation gegen eine medizinische Therapie

- Kontraindikation gegen eine Schwangerschaft (selten)
- HIV-Infektion der Mutter
- Psychosen oder schwere psychische Störungen, die die Betreuung des Kindes unmöglich machen
- eindeutig psychogene Sterilität (z.B. Vermeiden des Geschlechtsverkehrs an den fruchtbaren Tagen)

Fokussierung auf psychische Aspekte

Bei einigen PatientInnen ist eine intensivere Befragung und Betreuung indiziert: Innerhalb einer Sterilitätssprechstunde suchen oft Frauen und Männer nach einer Sterilisation nach Hilfe. Dieses ist lebensgeschichtlich in den meisten Fällen nachvollziehbar. Man sollte aber den Patientinnen und Patienten widerspiegeln, dass sie sich zu einem früheren Zeitpunkt eindeutig gegen eine Schwangerschaft ausgesprochen haben und sich nunmehr doch um das Zustandekommen einer Schwangerschaft bemühen wollen. Dieses sollte mit dem Paar besprochen werden. Das gleiche gilt bei (mehrmaliger) Abruption. Da Schwangerschaft häufig auch mit einem Ambivalenzkonflikt einhergeht, muss vermieden werden, das Thema im Sinne einer Schuldzuweisung aufzuarbeiten. Auch hier gilt es lebensgeschichtlich nachzuvollziehen, warum sich die Patientin jetzt in der Lage sieht, sich für das Leben des Kindes auszusprechen.

Vor allem in Ballungsräumen und Großstädten haben Patientinnen/Paare vermehrt Erfahrungen mit Psychotherapie oder ähnlichen therapeutischen Verfahren, die wegen früherer partnerschaftlicher Krisen, aber auch wegen des Kinderwunsches in Anspruch genommen wurden. Im ärztlichen Gespräch sollte dies aufgegriffen und mit dem Paar überlegt werden, ob und wie medizinische und psychologische Therapie miteinander verbunden bzw. eine medizinische Therapie auch mit zum Inhalt der Psychotherapie gemacht werden sollte. Gelegentlich bietet sich für Betroffene der Hausarzt als zusätzlicher Gesprächspartner bei Belastungen und Problemen mit Kinderlosigkeit an - vor allem angesichts seiner oftmals langjährigen Kenntnis vom Patienten und dessen familiärem, sozialem und beruflichem Umfeld. Zum einen sollten Patienten angeregt werden, bei Bedarf auch mit dem vertrauten Hausarzt vor Ort zu sprechen. Zum anderen könnte ein Gespräch bzw. eine Kooperation zwischen Hausarzt und Frauenarzt beiden Facharztgruppen wichtige Hintergrundinformationen über die medizinische und psychische Situation des jeweiligen Paares liefern. Darüber hinaus könnte der Hausarzt bei unerfüllt bleibendem Kinderwunsch (langfristige) Beratung und Betreuung anbieten bzw. weitergehende Hilfen vermitteln (Himmel, Ittner & Kochen, 1996; Kentenich et al., 1996).

Eine intensivere psychosoziale Befragung und Betreuung ist insbesondere bei den PatientInnen angezeigt, bei denen das Problem der Kinderlosigkeit zum Lebensmittelpunkt wurde. Intensivere Betreuung brauchen auch die Patientinnen über 40 Jahre, die ahnen, dass die Erfüllung des Kinderwunsches aufgrund des Altersproblems nur noch schwer möglich ist und bei denen "die Zeit drängt". Hier kann zwar medizinisch behandelt werden, es sollten aber klare zeitliche Grenzen besprochen werden. Wesentlich ist der Hinweis auf die niedrigen Erfolgsraten.

Auch die Situation des Partners innerhalb der Behandlung von Fertilitätsstörungen sollte Beachtung finden. Wir wissen, dass der Partner psychisch durchaus bei einer Therapie mitreagiert. So empfinden die Partner die medizinischen Teile einer IVF-Behandlung (Eizellpunktion) deutlich unangenehmer als die Patientin selbst. Hiermit drücken sie offensichtlich ihr Mitgefühl aus. Auch Männer stehen während einer solchen Behandlung unter Stress. Denn schließlich "leiden sie mit", wenn die Follikelreifung nicht optimal verläuft. Nahezu 30% der Männer geben weiterhin an, dass für sie die Art und Weise der Masturbation bei der IVF-Behandlung deutlich unangenehm ist (Kentenich & Stauber, 1991), da sie schließlich aufgefordert werden, "Samen zu spenden", wenn bei der Frau bereits Eizellen gewonnen werden konnten. Dies kann sie zusätzlich unter Druck setzen. Insofern überrascht es nicht, wenn auch der Mann bei der Behandlung von Fertilitätsstörungen häufiger mit sexuellen Störungen reagiert (Pusch, Urdl, & Walcher, 1989).

Was ist ein Behandlungserfolg?

Diese Frage erscheint zunächst banal: Es gibt keine Zweifel, dass Schwangerschaft und Geburt die anzustrebenden Erfolgskriterien einer Behandlung von Fertilitätsstörungen sind. Diese Definition sollte aber erweitert werden, da der Behandlungserfolg keinesfalls garantiert werden kann (Kemeter, 1992).

Als Erfolg sollte auch definiert werden:

- Das Erreichen einer realistischen Behandlungserwartung beim Paar

Dem Paar sollten die realistischen, d. h. wissenschaftlich gesicherten Zahlen genannt werden, durch eine bestimmte Therapie schwanger zu werden. Diese Zahlen sollten sich auf die Geburt und nicht auf die Schwangerschaft beziehen, denn das Paar ist an einer Geburt interessiert und nicht an biochemischer Schwangerschaft oder Abort (Templeton, Morris, & Parslow, 1996). Des Weiteren ist es wichtig, dem Paar die

Risiken und Nebenwirkungen der Medikamente und therapeutischen Verfahren zu vergegenwärtigen (Schenker & Ezra, 1994).

- Begrenzung der Behandlung auf einen für das Paar akzeptablen Weg

Sehr oft verlangen Paare die Fortsetzung einer Therapie bis die Schwangerschaft eintritt. Aber eine Schwangerschaft kann nicht in jedem Fall erreicht werden. Insofern gilt auch als Erfolg, wenn es dem Paar ermöglicht wird, eine Grenze der Behandlung anzuerkennen. Diese Grenze ist immer individuell. Sie sollte nicht vom Arzt verordnet werden (außer bei eindeutigen medizinischen Kontraindikationen), sondern im Diskussionsprozess mit dem Paar erlangt werden.

- Vermeidung von Mehrlingsgeburten

Mehrlings- und Frühgeburten sind eines der größten Probleme der Reproduktionsmedizin. Man kann sich darüber streiten, ob Drillinge ein Behandlungserfolg oder -misserfolg sind. Wir sollten aber im Hinblick auf das erhöhte Risiko von Frühgeburten bei durch reproduktionsmedizinische Behandlungen herbeigeführten Schwangerschaften bedenken, dass Schwangerschaften unter 32 Wochen - auch heute noch unter den Bedingungen einer intensiven Neonatalmedizin - eine hohe Rate an Behinderungen haben. Etwa 28% aller Kinder, die vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche geboren werden, sind entweder blind, taub, haben schwere frühfetale Schäden oder einen IQ unter 70 (Ohrt, Riegel & Wolke, 1995).

- Vermeidung medizinischer Risiken

In früheren Zeiten wurden häufig Operationen (Antefixationen) durchgeführt. Ein zweifelhafter "Erfolg" dieser Operationen war oft, dass Patientinnen nunmehr endgültig (durch die Verwachsungen bedingt) tubensteril waren. Auch heutzutage sind Nutzen und Risiken abzuwägen. Überstimulationssyndrome sind eines der häufigsten Risiken der Stimulationsbehandlung (Schenker & Ezra, 1994). Eine Vermeidung von schweren Überstimulationssyndromen kann also als Erfolg angesehen werden. Bedingt durch Blutungen, Überstimulationssyndrom und Infektionen sind nach IVF-Punktionen auch Todesfälle aufgetreten.

- Befriedigendes Sexualleben

Nahezu ein Drittel aller Paare mit Fertilitätsstörungen erlebten sexuelle Störungen (Golombok, 1992; Möller & Fallström, 1991). Diese Störungen sind entweder schon vor Beginn der Therapie vorhanden, sehr häufig werden sie aber in der Therapie durch die Behandlungsmethoden ausgelöst oder verstärkt. Gerade dadurch, dass die Sexualität zielgerichtet ist (während der Stimulationsbehandlung) oder vermieden werden muss (homologe Insemination, IVF), ist die Spontaneität der Sexualität stark beeinträchtigt. Die Spontaneität ist ein wesentlicher Aspekt einer zufrieden erlebten Sexualität. Wenn es dem Paar ermöglicht wird, Fragen der Sexualität zu diskutieren und die Therapie auch entsprechend auszurichten, so ist dies ein Behandlungserfolg.

Zu bedenken ist auch, was die sexualitätslose Zeugung im Labor für das Sexualleben des Paares und die Phantasien in Bezug auf das werdende Kind und die spätere Elternschaft bedeutet sowie welche Möglichkeiten das Paar hat, die bei der Zeugung im Labor fehlende Intimität anderweitig zu erleben.

Zur Ermutigung sollte das Paar darauf hingewiesen werden, dass ca. ein Drittel der Schwangerschaften spontan, d.h. ohne entsprechende Therapie z.B. während der Diagnostikphase zustande kommen (Kemeter, 1993).

- Akzeptieren der eigenen Grenzen

Die Reproduktionsmedizin erweckt den Eindruck, als könne jederzeit eine Schwangerschaft herbeigeführt werden. Seit nahezu 20 Jahren können Formen der tubaren Sterilität mit IVF behandelt werden. Heutzutage bietet sich die ICSI-Methode bei Formen der männlichen Subfertilität an. Trotzdem kann eine Lebendgeburt eines Kindes nach Therapie höchstens in etwa der Hälfte der Fälle erreicht werden (Templeton et al., 1996). Diese Grenzen sollten wir Ärzte auch akzeptieren.

- Bewältigung der Sterilitätskrise

Wenn nach einem langen Behandlungs- und Beratungsprozess von der Frau bzw. dem Paar akzeptiert werden kann, keine eigenen Kinder bekommen zu können, so ist dies als ein Erfolg zu bewerten. Dieser Prozess des Akzeptierens eröffnet der Frau oder dem Paar die Möglichkeit, sich neuen Lebensperspektiven zuzuwenden (Strauß, 1991; Wischmann et al., 1997).

Was ist ein Erfolg für den Arzt?

- Kind
- realistische Erwartungen des Paares hinsichtlich des Behandlungserfolgs
- Vermeidung von Überstimulation, Mehrlingsgeburten, unnötigen OP
- Akzeptieren der eigenen Grenzen
- Diskussion des Sterilitätskonfliktes

Was ist ein Erfolg für das Paar?

- Kind
- Erfahrung der Schwangerschaft
- Bewusste Entscheidungen für oder gegen einzelne Behandlungsschritte
- Begrenzung der Behandlung
- befriedigendes Sexualeben
- Trauerarbeit und Akzeptieren, keine eigenen Kinder zu bekommen
- Lebensperspektive mit bzw. ohne Kind

Probleme bei der Betreuung

Bei möglichen Problemen in der Arzt-Patienten-Beziehung sollten wir die Übertragung und Gegenübertragung genauer betrachten:

Umgang mit Übertragung

Das Phänomen der Übertragung bedeutet, dass die Patientin (aber auch ihr Partner) eigene Gefühle, die sie früher zu wichtigen Personen (Mutter oder Vater) hatte, in ihrem späteren Leben auf andere Personen überträgt. Diese Übertragung geschieht insbesondere dann, wenn diese Person für sie eine besondere Bedeutung bekommt. Oft ist der Arzt (im Speziellen der Reproduktionsmediziner) das Ziel solcher Übertragungen, da die Patientin von ihm die Erfüllung ihres Kinderwunsches und damit die Lösung wesentlicher Lebensfragen erhofft. In dieser Übertragungssituation erlangt der Arzt eine Bedeutung, die er von sich aus meist unterschätzt. Zugleich zeigen manche Paare besondere Formen der psychischen Abwehr (sog. Abwehrmechanismen). Häufig benutzen Patientinnen und auch

ihre Partner z.B. die Abwehrform der Idealisierung. Sie idealisieren alles, was zu einer Schwangerschaft führt. So wird der Arzt "in höchsten Tönen" gelobt, die technische Medizin wird idealisiert und das Kind kann nur von seinen guten Seiten her antizipiert werden. Eine andere Form der Abwehr ist die Verleugnung. Das Paar ist geneigt, die individuelle Chance, schwanger zu werden, zu überschätzen und die niedrigen realen Erfolgsquoten zu verleugnen.

Gegenübertragung

Jeder Arzt und Berater hat seine persönliche Geschichte und seine eigenen Persönlichkeitsmerkmale. Er wird also auf bestimmte PatientInnen in unterschiedlicher Weise reagieren. Dadurch wird er einige PatientInnen besonders "angenehm", andere wiederum als besonders "unangenehm" erleben. Wenn der Arzt z.B. eher zwanghaft veranlagt und überordentlich ist, so wird er die Patientin eher akzeptieren, wenn sie sich in der medizinischen Behandlung sehr korrekt verhält. Er wird aber seine Probleme mit einer Patientin haben, die "alles nicht so genau nimmt", zu spät zur Sprechstunde kommt oder die Tabletten falsch einnimmt (Kentenich, 1993). Eine unbewusste Verbindung zwischen Arzt und Patient wird auch in der Reproduktionsmedizin oft beobachtet. Beide (Arzt und Patient/in) bevorzugen die aktive Behandlung (Stimulation, IVF, ICSI). Wenn man aktiv etwas tun kann, dann braucht man keine Zeit zum Überlegen oder Diskutieren. Es bleibt keine Zeit, um Trauer zuzulassen. Diese unbewusste Einheit führt zur Abwehr von Emotionen, weil beide z.B. den Misserfolg (keine Schwangerschaft, Fehlgeburt) schnell "vergessen" wollen. Diese Einheit macht verständlich, warum bei der medizinischen Behandlung von Fertilitätsstörungen die psychische Seite oft so wenig zugelassen wird. Dies bedeutet keinen Vorwurf an Arzt oder Patient/in, denn von psychologischer Seite her können wir dieses Phänomen verstehen. Der Arzt sollte sich dieses Problem jedoch vergegenwärtigen. Es ist auch sinnvoll, immer wieder Behandlungspausen zuzulassen oder anzuregen, "um das Kind kommen zu lassen, wenn die Zeit reif ist".

Schlüsselfragen

Zum Schluss wollen wir anhand einiger Schlüsselfragen (vgl. Wischmann et al., 1997) praxisorientierte Hinweise geben:

- Wie lange versuchen Sie schon, schwanger zu werden?

Mitunter hat die Patientin gerade erst mit der Pille aufgehört und kommt schon in die Konsultation. Möglicherweise liegt dies daran, dass die Patientin mit der Einstellung an die Erfüllung ihres Kinderwunsches herangeht, dass in einem Lebensstil, wo alles planbar ist, auch der Körper zu funktionieren hat. In diesem Fall sind sicher Informationen zu den Konzeptionschancen notwendig.

- Warum soll das Kind gerade jetzt kommen? Wie hat sich Ihr Kinderwunsch entwickelt?

Kinderwunsch entsteht in Partnersituationen zu bestimmten Zeiten. Oft ist zu beobachten, dass der Kinderwunsch dann aktuell wird, wenn ein Angehöriger vor kurzer Zeit gestorben ist, oder wenn ein sonstiger schwerer Verlust zu beklagen ist. Wir sollten als Ärzte den zeitlichen Rahmen der Fertilitätsstörung und die Aktualität des Kinderwunsches nachvollziehen können.

- Wer leidet mehr unter der Kinderlosigkeit?

In den meisten Fällen ist der Leidensdruck bei der Patientin größer als beim Partner (Strauß, 1991). Dies ist verständlich, denn der Mann kann niemals selbst schwanger

werden oder ein Kind bekommen. Auf der anderen Seite kann aber der Leidensdruck beim Ehemann sehr viel größer sein, wenn die Patientin z.B. Kinder aus früheren Beziehungen hat, oder wenn Schuldgefühle aufgrund einer männlich bedingten Fertilitätsstörung für den Ehemann stärker sind. Überhaupt können (unausgesprochene) Schuldzuweisungen erheblich zu einer Verstärkung des Leidens am unerfüllten Kinderwunsch führen.

- Welche körperlichen und seelischen Beschwerden haben Sie?

Wir sollten die Patientin auch nach möglicherweise psychosomatischen Beschwerden wie Asthma, Unterbauchschmerz, Magen-Darm-Problemen, Hauterkrankungen, Dysmenorrhoe etc. fragen. Auch die Frage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Vorbehandlungen oder aktuellen Behandlungen ist wesentlich. Auch mögliche Psychologisierungen der Fertilitätsstörung durch die Patientin/den Patienten sollten kritisch hinterfragt werden.

- Was veränderte sich in Ihrem Leben seitdem Sie von der Fertilitätsstörung wissen?

Viele Paare haben ihr tägliches Leben nach Bewusstwerden der Fertilitätsstörung vollkommen verändert. Die Sexualität wird oft nur zielgerichtet wahrgenommen. Mitunter glaubt die Patientin, durch Aufgabe ihres Berufes schneller schwanger werden zu können, weil sie sich dann ganz der Fertilitätsdiagnostik und -therapie widmen kann. Dies führt aber in den meisten Fällen zu einer größeren Fokussierung und Fixierung auf den Kinderwunsch und wirkt letztendlich kontraproduktiv.

- Wenn Sie auf Ihre eigene Kindheit blicken, was wollen Sie genauso bzw. anders machen als Ihre Eltern?

Diese Frage eignet sich mitunter nicht für das Erstgespräch. Es kann aber wichtig sein, (gerade bei "komplizierten" Paaren) zu wissen, was das Paar während der eigenen Kindheit geprägt hat. Viele PatientInnen haben eine karge Kindheit gehabt oder sie idealisieren ihre Kindheit (bzw. ihren Vater oder ihre Mutter), weil diese Idealisierung das Bild einer schönen Kindheit aufrecht erhält. Hier besteht die Gefahr, dass dem zu zeugenden Kind (oft unbewusst) eine ganz bestimmte Funktion zugewiesen wird. So soll diesem beispielsweise eine Kindheit gegeben werden, die der eigenen gleicht oder es soll genau das Gegenteil erfolgen, indem versucht wird, dem Kind die Sorgen und Nöte der eigenen Kindheit zu ersparen. Das Warten auf ein Kind kann frühere Kränkungen reaktualisieren, für deren Bewältigung das zu zeugende Kind wiederum instrumentalisiert werden kann.

- Welche alternativen Perspektiven gibt es für Sie?

Die Frage nach alternativen Perspektiven, nach Behandlungsdauer und möglicher Beendigung der Therapie sowie die Frage, wie man sich ein Leben ohne Kind vorstellen kann, muss immer wieder im Verlauf des Beratungsprozesses diskutiert werden. Diese Fragen stehen üblicherweise nicht am Anfang. Die Behandlung von Fertilitätsstörungen ist aber dann ungenügend, wenn die Frage nach Alternativen erst am Ende einer frustrierten Therapie auftaucht. Dann wird das Paar den Hinweis auf Alternativen als Strafe nach einer erfolglosen Therapie ansehen. Zusammengefasst bedeutet Beratung, dem Paar zum Zeitpunkt der Sterilitätskrise die Möglichkeit zu geben, diese besonders schmerzliche Erfahrung in einen größeren Zusammenhang des Lebens zu stellen. Beratung ist nicht Psychotherapie. Sie soll aber auf einer professionellen Grundlage einen Weg aus dieser Krise zeigen. Auch moderne Reproduktionsmedizin kann menschlicher gestaltet werden. Sie ist in sich weder gut noch schlecht. Weder idealistische Bewunderung noch ideologische Ablehnung sind

sinnvoll. Es kommt darauf an, das Paar mit seinen seelischen, sozialen und körperlichen Seiten im Zentrum zu sehen und Diagnostik und Therapie individuell anzupassen.

Schlüsselfragen (vgl. Wischmann et al., 1997)

- Wie lange haben Sie schon den Wunsch nach einem Kind?
- Wie lange sind Sie schon in Behandlung?
- Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass Ihr Kinderwunsch bisher unerfüllt geblieben ist? (subjektive Theorie)
- Wer leidet mehr unter der Kinderlosigkeit (Mann oder Frau)?
- Was hat sich in Ihrem Leben verändert seit Sie von der Fertilitätsstörung wissen?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität und Liebe? (Frequenz, Anorgasmie, Dyspareunie, Lust)
- Was hat sich in Ihrer Sexualität verändert?
- Psychosomatische Krankheitsbilder (Ulcus, Asthma, Unterbauchschmerz, Haut)?
- Psychiatrische/psychotherapeutische (Vor-)Behandlung? (Lebenskrisen, Partnerschaft)
- Wenn Sie Ihre eigene Kindheit betrachten, was möchten Sie Ihrem Kind weitergeben und was möchten Sie ihm ersparen?
- Welche Therapie sollte Ihrer Ansicht nach durchgeführt werden?
- Wie stehen Sie zu alternativen Perspektiven? (Adoption, Pflegekind)
- Wo sind Grenzen der Therapie? (Dauer der Therapie)
- Wie geht es weiter, falls wir nicht "erfolgreich" sind?

Literatur

Brähler, E. & Meyer, A. (1991). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Frick-Bruder, V. & Schütt, E. (1991). Zur Psychologie des männlichen und weiblichen Kinderwunsches. In Stauber, M., Conrad, F. & Haselbacher, G. (Hrsg.), Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/91 (S. 15 - 21). Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. Human Reproduction, 7, 208 - 212

Himmel, W., Ittner, E. & Kochen, M. (1996). Möglichkeiten hausärztlicher Betreuung bei ungewollter Kinderlosigkeit. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 72, 611 - 618.

Kemeter, P. (1992). Psychologische Aspekte der modernen Fortpflanzungsmedizin. In Ringler, M., Fennecz, U. & Springer-Kremser, M. (Hrsg.), Frauen "Krankheiten" (S. 240-257). Wien: WUV-Universitätsverlag

Kemeter, P. (1993). Die assistierte Reproduktion im Rückblick der Patientinnen, Fert., 9, 103 - 110

Kentenich, H. & Stauber, M. (1991). Psychosomatische Aspekte bei IVF-Patientinnen. Gynäkologische Praxis, 15, 529 - 541

Kentenich, H. (1993). Die Emotionen des Arztes in der Sterilitätssprechstunde. Gynäkologe, 26, 205 - 209

Kentenich, H., Stief, G., Haase, A., Tandler-Schneider, A., Commentz, D., Siedentopf, F. & Schmiandy, H. (1996). Diagnostik und Therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 72, 594 - 600.

Lerchl, A. & Nieschlag, E. (1996). Gibt es eine Spermakrise? Deutsches Ärzteblatt, 93, B. 1936 - 1939. Menning, B.E. (1980). The emotional needs of infertile couples. Fertilität/Sterilität, 34, 313 - 319

Möller, A. & Fallström, K. (1991). Psychological consequences of infertility: a longitudinal study. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., 12, 27 - 45

Ohr, B., Riegel, R. & Wolke, D. (1995). Langzeitprognose sehr kleiner Frühgeborener. Arch. Gyn. Obstet., 257, 480 - 492

Pusch, H.H., Urdl, W. & Walcher, W. (1989). Untersuchungen zum psychosozialen Hintergrund von Sterilitätspatientinnen. Arch. Gyn. Obstet., 245, 1055 - 1057

Schäfer, A. & Friese, K. (1996). Maßnahmen zur Senkung des maternofetalen HIV-Transmissionsrisikos. Deutsches Ärzteblatt, 93, A 2234 - 2236

Schenker, J.G. & Ezra, Y. (1994). Complications of assisted reproductive techniques. Fertilität/Sterilität., 61, 411 - 422

Stauber, M. (1993). Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit. Berlin: BMV

Strauß, B. (1991). Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung. Stuttgart: Enke

Strowitzki, Th. (1998). Wenn das Wunschkind ausbleibt. Hüthig-Verlag

Templeton, A., Morris, J.K. & Parslow, W. (1996). Factors that affect outcome of IVF treatment. Lancet, 348, 1402 - 1406

The ESHRE Capri Workshop (1996). Guidelines: Prevalence, Diagnosis, Treatment and Management of Infertility. Excerpts on Human Reproduction. Oxford: University Press

Thöne, C. & Rabe, T. (1999). Wir wollen ein Kind! DTV Ratgeber

Winkler, U. (1994). Der unerfüllte Kinderwunsch. München: Beck

Wischmann, T., Stammer, H., Gerhard, I. & Verres, R. (1997). "Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde" - Ein Modell psychosomatischer Beratung für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 57, 405 - 412

Yüksel, E. & Kentenich, H. (1996). Sterile türkische Paare. "Sprachlosigkeit" erschwert die Behandlung. Münchner medizinische Wochenschrift, 138, 65 - 68

Link: Um umfangreiche Informationen zu Fertilitätsstörungen zu erhalten, besuchen Sie [FertiNet](http://www.fertinet.de/german/index.jsp). → <http://www.fertinet.de/german/index.jsp>