

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – Studiengang Gesundheit

Diplomarbeit

zum Thema

Bedeutung psychologischer Beratung und Therapie im Rahmen reproduktionsmedizinischer Sterilitätstherapie

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. K.-H. Wehkamp

Zweitgutachter: Prof. Dr. G. Schürgers

vorgelegt von

Daniela Hützen
Busenbergstraße 30
44269 Dortmund

Matrikelnummer 1583018

im

Wintersemester 2004/2005

am

27. November 2004

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Einleitung	4
1. Sterilität	6
1.1 Historischer Abriss	6
1.2 Epidemiologie der Sterilität	6
1.3 Ätiologie der Sterilität	8
1.3.1 Weibliche Sterilität	9
1.3.2 Männliche Sterilität	10
1.4 Psychische Phänomene - Ursache oder Folge der Kinderlosigkeit?	11
2. Reproduktionsmedizin	12
2.1 Historischer Abriss	12
2.2 Wissenschaft	13
2.2.1 Techniken der assistierten Reproduktionsmedizin	14
2.2.2 Entwicklung der Behandlungszahlen	19
2.2.3 Erfolgsaussichten und Erfolgsquote	20
2.3 Gesundheitspolitischer Aspekt	23
2.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Reproduktionsmedizin	23
2.3.2 Gesundheitsstrukturreform	25
2.3.3 Ökonomische Relevanz	29
2.4 Modelle zur Integration von psychologischer Beratung und Therapie im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlung	31
2.4.1 Beispiel der Heidelberger Kinderwunschsprechstunde	31
2.4.2 Beispiel des Fertility Center Berlin Charlottenburg	44
2.5 Berücksichtigung des psychologischen Faktors in der Reproduktions- medizin	50

3. Reproduktion, Psychologie und Psychotherapie	53
3.1. Wo und wie spielen psychische Faktoren eine Rolle bei der Verursachung und Behandlung der Sterilität?	53
3.1.1 Psychische Mitverursachung der Sterilität	53
3.1.2 Psychosozialer Stress und Spermaqualität	55
3.1.3 Lebenszufriedenheit und Sterilität	56
3.1.4 Einfluss psychologischer Interventionen auf die Compliance	58
3.1.5 Beratungs- und Psychotherapiebedarf von Paaren mit Fertilitäts- störungen	60
3.2 Psychologische Interventionen im Rahmen der Sterilitätsbehandlung	63
3.2.1 Einfluss von psychologischer Beratung und Therapie auf Ergebnis und Dauer der Sterilitätsbehandlung	63
3.2.2 Psychologische Beratung und Therapie als psychische Entlastung	65
3.2.3 Präventivmedizinische Bedeutung bei frustriertem Kinderwunsch	67
 4. Zusammenfassung	 70
 Literaturverzeichnis	 73
 Eidesstattliche Erklärung	 77
 Anhang	 78

Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung 1:</u>	Entwicklung der Anzahl der Zentren und Kliniken für Reproduktionsmedizin in der BRD	14
<u>Abbildung 2:</u>	Anzahl der Behandlungen 1982-2002	19
<u>Abbildung 3:</u>	Behandlungsergebnisse 2000 für IVF, ICSI, Kryo	20
<u>Abbildung 4:</u>	Zusammenfassung der Kurzstatistik 2002 für IVF, ICSI, IVF/ICSI	21
<u>Abbildung 5:</u>	Klinische Schwangerschaften, Aborte, Eus und Totgeburten 2001	22
<u>Abbildung 6:</u>	Alterspyramide im Jahr 2000 und 2040	26
<u>Abbildung 7:</u>	Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sowie durchschnittlicher Beitragssatz (1998 – 2003)	27
<u>Abbildung 8:</u>	Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (in Mrd. Euro)	31
<u>Abbildung 9:</u>	Struktur und Inhalte der Paarberatung	36
<u>Abbildung 10:</u>	Durchschnittliche Veränderungen von Kinderwunschstärke und Kinderwunsch-Belastung	66
<u>Abbildung 11:</u>	Veränderung der Kinderwunschstärke in Treatment-Gruppen	66

Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Funktion und Bedeutung der psychologischen Beratung und Therapie im Rahmen der Reproduktionsmedizin.

Die Fragestellung wird bearbeitet und erscheint besonders interessant, da die psychologische Beratung und Therapie bislang lediglich punktuell im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlungen zum Einsatz gelangt.

Auf der anderen Seite zeigen die in die Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe integrierten psychosomatischen Inhalte sowie die zusätzliche Ausbildung zur Psychotherapie an, wie wichtig es ist, eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten zu forcieren.

Das Problem der Sterilität impliziert neben eindeutig organischen Befunden ein komplexes multifaktorielles Geschehen von biologischen, organischen und psychodynamischen Faktoren. Um eine ganzheitliche Sicht des Sterilitätsproblems zu ermöglichen erscheint der Einbezug psychologischer Begleitmaßnahmen unumgänglich.

Von vielen Paaren wird es vorausgesetzt, ein Kind bekommen zu können, wenn sie es sich wünschen. Die Konfrontation mit dem unerfüllten Kinderwunsch trifft sie umso unvorbereiteter. Konzepte zur Diagnostik und die Behandlung mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zur Erfüllung des Kinderwunsches konzentrieren sich sodann auf die körperlichen Aspekte. Häufig bleibt dabei die starke psychologische Belastung, mit der die Patientinnen durch die hormonelle Behandlung, Eizellentnahme, Embryonentransfer, Wartezeiten und die sich zum Teil oftmals wiederholenden Misserfolge konfrontiert werden, wenig beachtet.

Die dauerhafte ungewollte Kinderlosigkeit betrifft ca. 9% aller Paare in der BRD dauerhaft, darüber hinaus wartet fast jede dritte Frau ein oder mehrmals ein Jahr auf den Eintritt einer Schwangerschaft. Untersuchungen zur Folge ist eher von einer Zunahme der Zahlen auszugehen.

Durch das Phänomen des immer „späteren“ Kinderwunsches wird die Sterilität noch begünstigt. Die Erfolgsaussichten der kostenintensiven reproduktionsmedizinischen Verfahren werden vor der Behandlung oftmals überschätzt und die psychologische Belastung unterschätzt.

Es stellt sich nachdem die Frage, wie die Reproduktionsmedizin ausgestattet sein muss, um eine optimale Qualität zu sichern und gute Kosten-Nutzen-Effektivität zu erzielen.

Dabei ist abzuklären, inwieweit sich unter dem vorgenannten Aspekt psychologische Begleitmaßnahmen in die Reproduktionsmedizin integrieren lassen, um gegebenenfalls kostendämpfend und sinnvoll zugleich wirken zu können, so dass sich durch das Angebot der psychologischen Beratung und Therapie als Teil der Reproduktionsmedizin diese optimieren lässt.

Dauerhaft ungewollte Kinderlosigkeit kann unter Umständen eine starke seelische Belastung für die betroffenen Patientinnen darstellen, woraus sich zuletzt die Frage ergibt, ob die psychologische Beratung und Therapie hier auch als Präventivmaßnahme entlastend wirken könnte.

1. Sterilität

1.1 Historischer Abriss

Unfruchtbarkeit galt zu allen Zeiten und bei allen Völkern als großes Unglück. Jede Kultur entwickelte ihre eigenen Methoden, um dem Problem der Unfruchtbarkeit entgegen zu wirken. Von der Antike bis zur Renaissance, dem Beginn der modernen Wissenschaften, wurden die abenteuerlichsten Rezepturen ersonnen, um die Unfruchtbarkeit zu bekämpfen.¹ So gelangten zur Heilung Zaubetränke, Zauberriten, Wallfahrten, Kräuter und Badekuren, die sich als unwirksam herausstellten, zum Einsatz.

Die Unfruchtbarkeit der Frau war nach Condrau (1969) wie kaum eine andere menschliche Unvollkommenheit von abergläubischem Zauber und Magie umgeben.²

Die mit der kinderlosen Ehe verbundene „Schuld“ und „Schande“ wurde nahezu ausschließlich der Frau angelastet. Männer wurden in die Ursachensachenfindung der Unfruchtbarkeit demgegenüber meist nicht mit einbezogen.

Aufgrund ihrer Unfruchtbarkeit wurden Frauen aus der Gesellschaft ausgestoßen und verachtet. Jahrhunderte lang haben sie unter dieser Situation gelitten. Damit sind die Frauen in eine Schuld-Strafe-Beziehung gedrängt worden, eine Rolle, aus der sie sich noch bis heute nicht gänzlich befreien konnten.³

1.2 Epidemiologie der Sterilität

In den letzten Jahrzehnten hat der Anteil ungewollt kinderloser Ehen in den westlichen Industrieländern kontinuierlich zugenommen.⁴

Geläufigen Schätzungen zufolge sollen in der Bundesrepublik Deutschland ungefähr 10 bis 15%, nach anderen Schätzungen gar bis zu 20 % aller Paare im reproduktionsfähigen Alter unter ungewollter Kinderlosigkeit leiden.⁵

¹ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 49

² Stauber (1988), Psychosomatik der sterilen Ehe, Berlin, S. 16

³ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 49

⁴ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 55

⁵ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 423

Dies entspräche in absoluten Zahlen bis zu zwei Millionen Paaren, die auf natürlichem Wege keine Kinder bekommen können.⁶

Allerdings sind diese Schätzwerte jüngst angezweifelt worden. Im Rahmen einer repräsentativen Studie über „die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik“ der von Prof. Dr. Elmar Brähler geleiteten Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig wurde der Prozentsatz der ungewollt kinderlosen Paare deutlich niedriger mit lediglich 2 % aller befragten Paare ermittelt.⁷

Die in der Tendenz jedoch gleichwohl zu konstatierende Zunahme der ungewollten Kinderlosigkeit findet ihre Ursache vor allem in den Lebens- und Arbeitsbedingungen unserer Gesellschaft, die sich in den letzten Jahrzehnten beständig und entscheidend verändert haben.

So verschiebt sich der Zeitpunkt der Familiengründung durch die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen immer weiter nach hinten. Der Beruf hat für viele Frauen in den Jahren, die physiologisch günstig für eine Konzeption und einen unproblematischen Schwangerschaftsverlauf wären, Priorität.⁸

Darüber hinaus tragen auch die zunehmend längeren Ausbildungszeiten zu einem Hinausschieben des Zeitpunktes der Familiengründung bei.⁹

In den vergangenen 30 Jahren stieg das durchschnittliche Alter der Erstgebärenden kontinuierlich, von 25 Jahren im Jahr 1961 auf 29 Jahre im Jahr 1999. Ebenfalls angestiegen ist der Anteil der Spätgebärenden an der Gesamtzahl aller Gebärenden: Während 1990 nur fünf Prozent der Mütter über 35 Jahre alt waren, konnten im Jahr 2000 bereits 14 Prozent dokumentiert werden.

Zugleich ist die absolute Kinderzahl stetig gesunken. So bekommen deutsche Frauen heute im Durchschnitt nur noch 1,37 Kinder.¹⁰ Die Geburtenrate in Deutschland hat damit den niedrigsten Stand aller Zeiten erreicht. Im europäischen Vergleich wird nur noch in

⁶ Michel (2004), Tabuthema Kinderlosigkeit, Die Tagespost Nr. 14, 03.02.2004

⁷ Brähler und Stöbel-Richter (29.01.2004), Pressemitteilung zur Vorstellung der Studie „Die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik“

⁸ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 55; Spiewak (2003), Mutterglück im Rentenalter, Die Zeit, Nr. 5/2003

⁹ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 423

¹⁰ Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S. 41

Spanien und Italien eine noch niedrigere Geburtenrate verzeichnet. Da die Entwicklung in Deutschland jedoch bereits länger andauert, hat sie sich hier stärker ausgewirkt.¹¹

Zusätzlich wird das stetige Absinken der Geburtenraten seit rund drei Jahrzehnten durch das Phänomen der „gewollten Kinderlosigkeit“ begünstigt. Diese war noch zu Anfang der 70er Jahre nahezu unbedeutend. Nach einer Untersuchung von Johnson et al. (1987) muss im mitteleuropäischen Raum von einer gewollten Kinderlosigkeit von 10% ausgegangen werden.¹²

1.3 Ätiologie der Sterilität

In der Literatur findet sich häufig die Unterteilung der Sterilität in verschiedene Sterilitätsformen. Es wird differenziert zwischen organischer, funktioneller, psychogener und idiopathischer Sterilität.

Da sich psychische Sterilitätsursachen jedoch oftmals auch symptomatisch, z.B. in Form von Amenorrhöen, Anovulationen, Tubenspasmus und Sexualstörungen äußern, ist durchaus fraglich, ob die gängige Unterteilung in unterschiedliche Sterilitätsformen überhaupt sinnvoll ist.

In Fällen, in denen weder organische noch hormonelle Faktoren die Sterilität erklären können, in denen bei beiden Partnern die Geschlechtsorgane normal entwickelt sind, die Frau einen biphasischen ovulatorischen Menstruationszyklus hat und das Spermogramm des Mannes gleichfalls unauffällig ist, wird von einer idiopathischen Sterilität gesprochen. Bei derartig ungeklärter Sterilitätsursache stehen erfahrungsgemäß häufig psychische Faktoren im Vordergrund, was vor einer medizinischen Sterilitätstherapie in jedem Fall eruiert werden sollte.¹³

Schließlich können sich psychische Sterilitätsursachen phänomenologisch in unterschiedlicher Weise, sowohl symptomatisch als auch asymptomatisch – idiopathisch –, äußern.

¹¹ Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S. 41

¹² Stauber, Kentenich und Richter (1999), Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Berlin und andere, S. 407; Brähler und Stöbel-Richter (29.01.2004), Pressemitteilung zur Vorstellung der Studie „Die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik“

¹³ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 109

Ätiologisch werden oftmals psychische Konflikte vermutet, die in engem Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geschlechtsidentität stehen.¹⁴ Anhand zahlreicher Untersuchungen (Mohr et al. 1989; Stauber 1986, 1991; Frick-Bruder und Schütt 1991; Goldschmidt und Jürgensen 1994; Auhagen 1995) konnte gezeigt werden, dass der bewusste Kinderwunsch nicht selten durch eine innere Ablehnung von Schwangerschaft und Geburt überlagert wird.¹⁵

Allerdings ist auch dies nicht unbestritten. So konnte in neueren Studien, z. B. in der „Heidelberger Kinderwunschsprechstunde“ (Wischmann 1998), nachgewiesen werden, dass bei idiopathisch sterilen Paaren psychische Auffälligkeiten nicht häufiger als bei der Durchschnittsbevölkerung zu verzeichnen sind.

1.3.1 Weibliche Sterilität

Die häufigste Ursache für eine Einschränkung der Fruchtbarkeit bei der Frau ist eine hormonelle Störung, die sich u.a. ovariell auswirkt, gefolgt von Endometriose, einer gutartigen Wucherung von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter. Kommt es hierbei z.B. zu Wucherungen in den Eileitern, kann dies die Durchgängigkeit der Eileiter beeinträchtigen. Allgemein stellen Verschlüsse der Eileiter eine relativ häufige Sterilitätsursache dar. Seltener sind demgegenüber Erkrankungen der Gebärmutter oder Antikörperbildungen gegen Spermien.¹⁶

Die relative Häufigkeit von Sterilitätsursachen bei der Frau, wobei es sich um ungefähre Zahlenangaben handelt, wird wie folgt angegeben:

- | | |
|--|--------------|
| • ovariell | ca. 30% |
| • tubar | ca. 30% |
| • uterin | ca. 5% |
| • zervikal | ca. 5% |
| • vaginal | ca. 5% |
| • extragenital, immunologisch, ungeklärt | ca. 15% |
| • psychisch | ca. 10-(30)% |

¹⁴ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 428

¹⁵ Stauber, Kentenich und Richter (1999), Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Berlin und andere, S. 410

¹⁶ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 55

Die Diagnostik und Therapie weiblicher Sterilitätsursachen gestaltet sich meistens deutlich komplizierter und langwieriger als beim Mann.¹⁷

1.3.2 Männliche Sterilität

Beim Mann kommt es am häufigsten zu einer Störung der Spermiogenese, der Bildung und Reifung der Spermien, gelegentlich treten auch Störungen beim Samenzelltransport auf.¹⁸

Schädigende Einflüsse auf die Spermiogenese können sich durch Nikotin, Alkohol und Drogen und auch durch Erkrankungen ergeben.

Des Weiteren können beim Mann organische Sterilitätsursachen u. a. durch Missbildungen oder Verletzungen an Hoden, Nebenhoden, Prostata und Urethra entstehen. Früher durchgemachte Infektionen wie z.B. Mumps oder eine Varikozele begünstigen Fruchtbarkeitsstörungen gleichfalls.

Bei der Paardiagnostik sollte das Spermogramm nach Möglichkeit an den Anfang der Diagnostik gestellt werden, da sich hierdurch gegebenenfalls invasive diagnostische und therapeutische Schritte bei der Frau vermeiden lassen.

Psychische Sterilitätsursachen können sich beim Mann in Form von Libidostörungen, Erektionsstörungen, Orgasmusstörungen und Ejakulationsstörungen äußern. Es sollte beachtet werden, dass Qualitätsminderungen des Spermias immer auch psychisch bedingt sein können.

¹⁷ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 427

¹⁸ Wischmann und Stammer (2001), Der Traum vom eigenen Kind, Stuttgart und andere, S. 28

Eine strikte Trennung in weibliche und männliche Sterilität ist nicht immer möglich, da bei ca. 10-20% der ungewollt kinderlosen Paare Konzeptionshindernisse bei beiden Partnern auftreten.¹⁹

1.4 Psychische Phänomene: Ursache oder Folge der Kinderlosigkeit?

Die Bedeutung psychologischer Faktoren für die Sterilität wurde seit jeher hoch eingeschätzt und meist zur Erklärung derjenigen Fälle herangezogen, bei denen eine organische Ursache nicht diagnostiziert werden konnte – idiopathische Sterilität.

Bereits in den 40er Jahren wurden die ersten, vorwiegend psychoanalytisch orientierten Forschungsbemühungen zur Klärung der Fruchtbarkeitsstörung durchgeführt, die sich auf die Suche nach ätiopathogenetischen Faktoren konzentrierten. So vermutete Meininger, dass „die Krankheit der sterilen Frau“ (1943 zit. in: Strauß, 1991, S.23) einen psychischen Konflikt darstelle, der sich durch gynäkologische Symptome äußere.

Die Frau stand im Mittelpunkt der Untersuchungen, ihr wurde eine unbewusste Ablehnung der Mutterrolle, eine gestörte Geschlechtsidentität, eine unreife Weiblichkeit und Neurotizismus angelastet und in einen Kausalzusammenhang mit der Fruchtbarkeitsstörung gebracht. Um derartige Hypothesen untermauern zu können, wurden umfangreiche Studien durchgeführt. Die Forschungsansätze zielten darauf ab, Unterschiede in den Persönlichkeitsvariablen zwischen Frauen mit organischer und idiopathischer Sterilität sowie zwischen fertilen und infertilen Frauen zu zeigen. Des Weiteren sollten Unterschiede zwischen Frauen, die nach einer medizinischen Behandlung eine Schwangerschaft erreichten und denjenigen, die kinderlos blieben, untersucht und dargestellt werden. Mit den Männern befassten sich Studien indessen nur selten.

In Überblicksarbeiten, die den aktuellen Forschungsstand zusammenfassen, konnten hinsichtlich einer psychischen Verursachung der Sterilität jedoch nur wenig konsistente Ergebnisse aufgezeigt werden (Edelmann und Connolly 1986, Strauß 1991). Zwar konnte nachgewiesen werden, dass Stress die Fertilität direkt sowie indirekt beeinflussen kann und sowohl als Ursache sowie als Folge von Fertilitätsstörungen in Frage kommt (Greil 1997, Henning und Strauß 2000). Jedoch kann heute zusammenfassend gesagt werden, dass bisher kein wissenschaftlicher Nachweis für die Möglichkeit einer psychischen

¹⁹ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 424

Verursachung der Infertilität geliefert werden konnte (Nijs und Demyttenaere 1989, Henning und Strauß 2000).

Statt dessen wurde das psychische Leiden kinderloser Paare vermehrt als Begleiterscheinung und nicht mehr als Ursache der Kinderlosigkeit verstanden. Edelmann und Connolly konnten in Untersuchungen zeigen, dass nur bei Paaren mit lange unerfülltem Kinderwunsch häufiger psychologische Besonderheiten auftreten. Das macht deutlich, dass psychische Auffälligkeiten sich als Folge der Sterilität und ihrer Behandlung äußern.

Zugleich haben andere Untersuchungsergebnisse gezeigt, dass psychosozialer Stress die Fortpflanzungsfähigkeit in einem klinisch relevantem Maß beeinträchtigen kann, was sich sodann ursächlich fertilitätsmindernd auswirkt.²⁰

Auch die bereits erwähnte „Heidelberger Kinderwunschsprechstunde“ (Wischmann 1998) konnte in ihrem diagnostischen Teil belegen, dass Paare mit einer langen Kinderwunschdauer und einer langen medizinischen Behandlung eine stärkere Belastung aufgrund des unerfüllten Kinderwunsches verspürten und einen erhöhten psychologischen Beratungsbedarf angaben.²¹

2. Reproduktionsmedizin

2.1 Historischer Abriss

Jahrtausende lang umgaben Geheimnisse alle Vorgänge des menschlichen Organismus, die zur Zeugung, Entwicklung und Geburt eines Kindes führten. Der Mensch musste sich dem Schicksal, Kinder bekommen zu können oder nicht, schlicht unterwerfen.

Nachdem sodann 1959 erstmalig von einem erfolgreichen Embryonen-Transfer an einem Kaninchen berichtet wurde, erfolgte die Ausweitung dieses Verfahrens auch auf andere Tiere, womit der grundlegende Beweis für die Möglichkeit der In-vitro-Fertilisation bei Säugetieren erbracht war.²²

²⁰ Stammer (2001), Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, Dissertation, S. 13

²¹ Stammer (2001), Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, Dissertation, S. 2-6

²² Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, S. 150

Der erste künstlich gezeugte Mensch kam am 25. Juli 1978 zur Welt: Louise Brown ist durch die „In-vitro-Fertilisation“ außerhalb des Mutterleibes gezeugt worden.

Seither hat die Fortpflanzungsmedizin eine rasante Entwicklung durchlaufen. So wurde unter anderem ergänzend zur In-vitro-Fertilisation die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion entwickelt, die insbesondere bei pathologischem Spermabefund Erfolge verspricht.²³

Gegenwärtig gibt es mehr als 200.000 Kinder auf der Welt, die ihr Dasein diesem medizinischen Fortschritt verdanken. Der Kinderwunsch vieler Paare – weltweit dürfte es sich um eine Zahl im Millionenbereich handeln – kann nur aufgrund dieses Fortschritts erfüllt werden.²⁴

Auf der anderen Seite stehen die mit jeder medizinisch-technischen Entwicklung verbundenen Risiken. Hier verlaufen die Bruchlinien sowohl der ethischen Diskussion als auch des technisch Machbaren gegenwärtig entlang der Selektion von Embryonen anhand genetischer Merkmale – Präimplantationsdiagnostik –, der Stammzellenforschung und des – insbesondere nicht therapeutischen – Klonens.

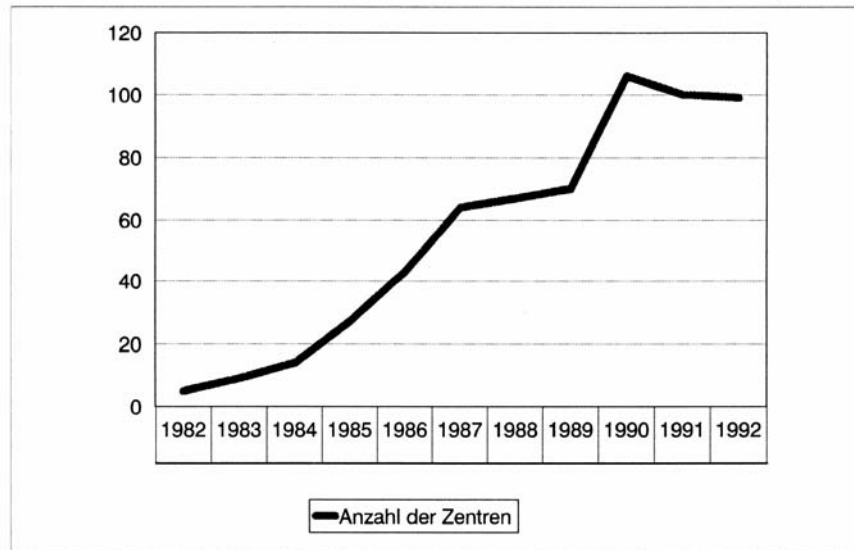
2.2 Wissenschaft

Die Reproduktionsmedizin konnte in der BRD in den letzten zwei Dekaden einen bedeutungsvollen Aufschwung verzeichnen. Es ist zu einer deutlichen Zunahme reproduktionsmedizinischer Zentren und Kliniken gekommen. Die nachfolgend abgebildete Tabelle²⁵ zeigt die Entwicklung der Anzahl der Zentren und Kliniken für Reproduktionsmedizin in der BRD von 1982 bis 1992.

²³ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, Berlin, New York, Vorwort

²⁴ Diedrich, zitiert bei Petersen, Welt am Sonntag, Nr. 2, Sonntag 11.01.2004

²⁵ Brähler und Goldschmidt (1998), Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen, Bern und andere, S. 12



(erstellt nach Rjosk et al., 1994)

Entwicklung der Anzahl der Zentren und Kliniken für Reproduktionsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland

(Abb. 1, Quelle: Brähler und Goldschmidt, 1998, Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen, S. 12)

Darüber hinaus ist es der Reproduktionsmedizin gelungen, immer bessere und differenzierte Behandlungen und Verfahren zur Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit zu entwickeln. Dies zeigt sich nicht zuletzt an den stetig zunehmenden Behandlungszahlen (sogleich unter 2.2.2).²⁶

2.2.1 Techniken der assistierten Reproduktionsmedizin

Die therapeutischen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin wurden durch die Entwicklung der assistierten Reproduktion in den letzten Jahren revolutioniert. Die Verfahren werden zur Behandlung weiblicher sowie männlicher Fertilitätsstörungen bei Paaren eingesetzt, bei denen sich eine Schwangerschaft auf andere Weise nicht einstellt oder nicht einstellen kann.

Die unterschiedlichen Techniken der assistierten Reproduktionsmedizin werden nachfolgend kurz dargestellt.

²⁶ Brähler und Goldschmidt (1998), Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen, Bern und andere, S. 12

Intrauterine Insemination

Bei der intrauterinen Insemination wird aufbereitetes Spermatozoenkonzentrat mit Hilfe eines Inseminationskatheters direkt in den Zervixkanal oder in den Uterus eingebracht.

Indikationen hierfür bilden insbesondere bestimmte Formen der männlichen Subfertilität, bei der z. B. durch ein zu geringes Ejakulatvolumen oder die eingeschränkte Beweglichkeit und Vorwärtsprogression der Spermien die Aszension einer ausreichenden Zahl beweglicher und morphologisch normaler Spermatozoen in den oberen weiblichen Genitaltrakt nicht möglich ist.

Darüber hinaus findet dieses Verfahren auch bei der zervikalen und immunologischen Sterilität der Frau Anwendung.

Bei der homologen intrauterinen Insemination sind – unter der Voraussetzung einfühlbarer Anwendung - kaum negative psychische Auswirkungen bekannt.²⁷

In-vitro-Fertilisation

Das Prinzip der In-vitro-Fertilisation (IVF) beruht darauf, dass nach ovarieller Stimulation eine oder mehrere Eizellen aus den sprungreifen Follikeln gewonnen werden. Die Follikelpunktion wird nach Hormonkontrolle durchgeführt und kann durch eine Laparoskopie erfolgen, wobei jedoch meistens die ultraschallgesteuerte transvaginale Follikelpunktion bevorzugt wird.

Die gewonnen Eizellen werden im Labor mit ca. 100.000 aus aufbereitetem Ejakulat gewonnenen Spermatozoen nach einer Vorinkubationszeit von ca. 3-6 Stunden im Kulturmedium zusammengebracht.

Die Eizellen werden 16-20 Stunden nach der Insemination mikroskopisch auf das Vorkommen von Vorkernen untersucht. Nach 40-48 Stunden erfolgt meistens der Transfer von ein bis drei Embryonen im Vier- bis Acht-Zellstadium unter sterilen Bedingungen und mit Hilfe eines Spezialkatheters in das Uteruskavum. Im Anschluss daran wird die Patientin hormonell unterstützt, um die Implantation und die Gelbkörperphase zu begünstigen.²⁸

²⁷ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 441-442; Bender, Diedrich und Künzel (1998), Endokrinologie und Reproduktionsmedizin III, München und andere, S. 286

²⁸ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 443-444

Seit dem ersten Erfolg der IVF 1978 hat sich diese Methode Anfang der 80er Jahre mit großem Erfolg bei der Behandlung der tubaren Sterilität etabliert und zu einem Routinebehandlungsverfahren entwickelt.

Allerdings verzeichnete das Indikationsspektrum zur IVF Anfang der 90er Jahre eine große Wandlung, die in der Zunahme der männlichen Subfertilität begründet liegt.

1992 galten bereits 41% der Fälle durch eine andrologische Ursache zur IVF indiziert. Addiert man die Fälle kombinierter tubarer und andrologischer Sterilitätsursachen hinzu, so ist von einer männlichen Subfertilität als Ursache der ungewollten Kinderlosigkeit von ca. 50% auszugehen. Die IVF wird als konsekutiv richtige Behandlung nach erfolgloser intrauteriner Insemination betrachtet.²⁹

Die In-vitro-Fertilisation bietet manchen Paaren die einzige Möglichkeit, zu einem eigenen Kind zu kommen. Dennoch hat dieses Verfahren einige Nebenwirkungen. Es kann sowohl bei der Stimulation als auch bei der Eizellgewinnung zu Komplikationen kommen. Die Abortrate ist im Vergleich zu spontan eintretenden Schwangerschaften erhöht, des Weiteren werden vermehrt Frühgeburten – insbesondere bei Mehrlingsschwangerschaften, welche nach reproduktionsmedizinischer Behandlung gehäuft auftreten – dokumentiert, dazu kommt die enorme psychische Belastung für die Patientin.³⁰

Intrazytoplastische Spermieninjektion

Bei der Intrazytoplastischen Spermieninjektion (ICSI) wird unter lichtmikroskopischen Bedingungen ein einzelnes Spermatozoon mit einer Mikropipette direkt in das Zytoplasma der Eizelle injiziert. Mit dieser Methode wird die letzte Barriere zum Zytoplasma der Eizelle überwunden.³¹

Die Patientinnen werden für die ICSI genauso vorbereitet wie für das Verfahren der konventionellen IVF. Während jedoch bei der IVF bei männlicher Subfertilität Hunderttausend motile Spermien erfordert werden, kann bei der ICSI sodann mit wenigen Spermatozoen – unter Umständen mit nur einem – eine Befruchtung erzielt werden. Darüber hinaus ist es möglich bei Ejakulationsstörungen sowie Azoospermie einzelne

²⁹ Bender, Diedrich und Künzel (1998). Endokrinologie und Reproduktionsmedizin III, München und andere, S.286

³⁰ Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 444

³¹ Bender, Diedrich und Künzel (1998), Endokrinologie und Reproduktionsmedizin III, München und andere, S.291

Samenfäden direkt aus dem Hoden oder Nebenhoden zu gewinnen und diese mit relativ gutem Befruchtungserfolg für die ICSI zu verwenden.

Die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion ist bei schweren Formen der männlichen Subfertilität indiziert. Seit Mitte der 90er Jahre hat die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion der Behandlung männlicher Subfertilität zum Durchbruch verhelfen können.³²

Die Nebenwirkungen dieser Methode sind ähnlich denen der In-Vitro-Fertilisation, von gleicher Bedeutung ist jedoch auch die psychische Belastung für die Patientin.

Kryokonservierung

Die Kryokonservierung gilt als ein technisch weitgehend bewährtes Hilfsverfahren im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung. Desgleichen wird der Kryokonservierung in der ethischen Diskussion bedeutende Aufmerksamkeit zuteil, schafft sie doch erst die Voraussetzungen unter denen zum Beispiel die Stammzellforschung möglich wird.³³

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, die Kryokonservierung zu nutzen. Jüngste Erfahrungen haben gezeigt, dass gesundes Spermia die Kryokonservierung, bei der die Samenflüssigkeit bei -196° in einer Stickstofflösung eingefroren und bei Bedarf wieder aufgetaut wird, selbst über Dekaden schadlos übersteht. In Großbritannien wurde ein gesundes Kind nach künstlicher Befruchtung mit Spermien geboren, die nach einer Hodenkrebskrankung des Vaters vor bereits 21 Jahren eingefroren worden waren.³⁴

Da aber die Spermienqualität des Mannes bei der Durchführung der homologen intrauterinen Insemination ohnehin nur bedingt fertil ist, wird nach Möglichkeit frisches Spermia verwendet. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, besteht hier die Option, auf Kryospermia zurückzugreifen.

Insbesondere bei der Durchführung der konventionellen In-Vitro-Fertilisation und dem Konservieren von Embryonen im Pronucleusstadium stellt die Kryokonservierung eine bewährte Methode dar. Gegenwärtig werden bis zu drei Embryonen pro Transfer in den

³² Stauber und Weyerstahl (2001), Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart, S. 444

³³ Bender, Diedrich und Künzel (1998), Endokrinologie und Reproduktionsmedizin III, München und andere, S.330

³⁴ Meldung der Ärzte Zeitung vom 26.05.2004

Uterus gegeben. Das setzt voraus, dass die Stimulation der Follikelreifung so bemessen wird, dass möglichst nur drei Oozyten heranreifen. Eine derartig exakte Dosierung der Hormonvergabe ist jedoch bislang noch nicht möglich und so lange es technisch nicht möglich ist, in jedem Fall nur so viele Embryonen zu erzeugen, wie sie für einen erfolgreichen Transfer benötigt werden, wird es „überzählige“ Embryonen geben.

Die Kryokonservierung bietet hier die Möglichkeit, überzählige Embryonen bei minus 196°C in einer Stickstofflösung einzufrieren und bei Bedarf unbeschadet wieder aufzutauen. So können aufgetaute Embryonen der Frau, der die Eizellen entnommen wurden, bei einem erneuten Transfer zugeführt werden, wodurch invasive Eingriffe wie Eizellentnahmen reduziert werden können.

Zu Zeiten in denen man Embryonen noch nicht konservieren konnte, blieb nichts anderes übrig, als diese absterben zu lassen. Das Absterbenlassen von „überzähligen“ Embryonen ist indessen – auch wenn diese juristisch gesehen keinen personenrechtlichen Schutz genießen – aus ethischer Sicht nicht vertretbar. Ebenso problematisch ist es jedoch, einer Frau alle Eizellen zuzuführen, die sich befruchten lassen. Das damit verbundene Risiko von Mehrlingsschwangerschaften und die somit einhergehende Gefährdung der Frau ist aus ärztlicher Sicht gleichfalls nicht zu vertreten.

So trägt die Kryokonservierung also einerseits zur Verringerung der Zahl invasiver Eingriffe und zugleich zur Abmilderung des Problems „überzähliger“ Embryonen bei, vermag andererseits jedoch auch keine befriedigende Lösung dieses Problems zu bieten. Zudem wirft sie die Frage nach der weiteren Verwendung „überzähliger“ kryokonservierter Embryonen nach Abschluss der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf, wenn bereits der erste Embryonentransfer gelingt und das Paar keine weiteren Kinder wünscht.

2.2.2 Entwicklung der Behandlungszahlen

Innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte haben die Zahlen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zur Behandlung der Sterilität einen stetigen Aufschwung verbuchen können.

Die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Zahlen dokumentieren die Entwicklung und Nutzung reproduktionsmedizinischer Behandlungsverfahren.

Anzahl der Behandlungen 1982-2002 (plausible Zyklen)

IVF, ICSI, IVF/ICSI, GIFT, KRYO

	1982	1984	1986	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
IVF	742	972	3806	7130	7343	8492	12857	12441	16175	18731	14494	9902	18763	21880	28945	28506	23936
GIFT			380	1266	985	706	1283	803	829	1047	420	104	11	41	25	19	13
Kryo									499	1375	2660	2656	4616	7661	9457	12195	14423
ICSI									5856	13598	16233	15365	23578	21244	15752	24897	37692
IVF/ICSI													424	962	790	695	678
Keine Behandlung*												2585	67	6600	6562	7507	9802
Gesamt	742	972	4201	8579	8653	9725	14770	14190	23684	34973	33993	30676	45459	58388	61531	73819	87044

Ab 1999 werden nur noch durchgeführte (abgeschlossene) Behandlungen dokumentiert.
Es wurden prospektiv und retrospektiv erfasste Daten verwendet.

*) abgebrochene Behandlungen vor durchgeführter Eizellbehandlung

(Abb. 2, Quelle: Deutsches IVF-Register, Jahresbericht 2002, S. 7)

Im Jahr 2002 wurden 22.813 In-vitro-Fertilisationen durchgeführt, davon kam es in 19.974 Fällen auch zu einem Embryo-Transfer nach erfolgter Fertilisation. Die Intracytoplasmatische Spermieninjektion wurde im Jahr 2002 35.877 mal angewendet. In 34.036 Fällen erfolgte der Embryo-Transfer nach erfolgreicher Fertilisierung. Die angegebenen Zahlen sind der nachfolgenden Tabelle entnommen.

Behandlungsergebnisse IVF, ICSI, Kryo 2002						
prospektive Zyklen						
IVF 2002						
	n	%	Fertilisier. %	Embryo. vorh. %	Transfer %	Klin. SS %
IVF	22813	100,00				
Erfolgreiche Fertilisier. *	20446	89,62	100,00			
Mind. 1 Embryo vorh.	19993	87,64	97,78	100,00		
Transfer durchgeführt	19974	87,56	97,69	99,90	100,00	
Klin. SS	5362	23,50	26,23	26,82	26,84	100,00
Geburt	2591					48,32
Abort	1057					19,71
Extrauterin gravidität	148					2,76
Keine Angaben	1566					29,21

ICSI 2002						
	n	%	Fertilisier. %	Embryo. vorh. %	Transfer %	Klin. SS %
ICSI	35877	100,00				
Erfolgreiche Fertilisier. *	34681	96,67	100,00			
Mind. 1 Embryo vorh.	34071	94,97	98,24	100,00		
Transfer durchgeführt	34036	94,87	98,14	99,90	100,00	
Klin. SS	9261	25,82	26,71	27,18	27,21	100,00
Geburt	4657					50,29
Abort	1750					18,90
Extrauterin gravidität	178					1,92
Keine Angaben	2676					28,90

(Abb. 3, Quelle: Deutsches IVF-Register, Jahresbericht 2002, S. 12)

2.2.3 Erfolgsaussichten und Erfolgsquote

Die Erfolgsraten reproduktionsmedizinischer Maßnahmen in der Sterilitätstherapie werden allgemein überschätzt.³⁵

Reproduktionsmediziner, die eine eingetretene Schwangerschaft als Berechnungseinheit wählen, können bessere Resultate präsentieren, als Kollegen, die nur lebend geborene Kinder verzeichnen.

Seit einigen Jahren gilt deshalb ein gemeinsamer Standard für die meisten deutschen Kinderwunschzentren. Dieser wird vorgegeben vom Deutschen IVF-Register (DIR), welches seinen Sitz an der Landesärztekammer Schleswig-Holstein hat. Das Deutsche IVF-Register fungiert als zentrale Datenerfassung, der die gesamten Behandlungszahlen gemeldet werden. Die Erhebung der Behandlungsergebnisse erfolgt durch ein einheitliches

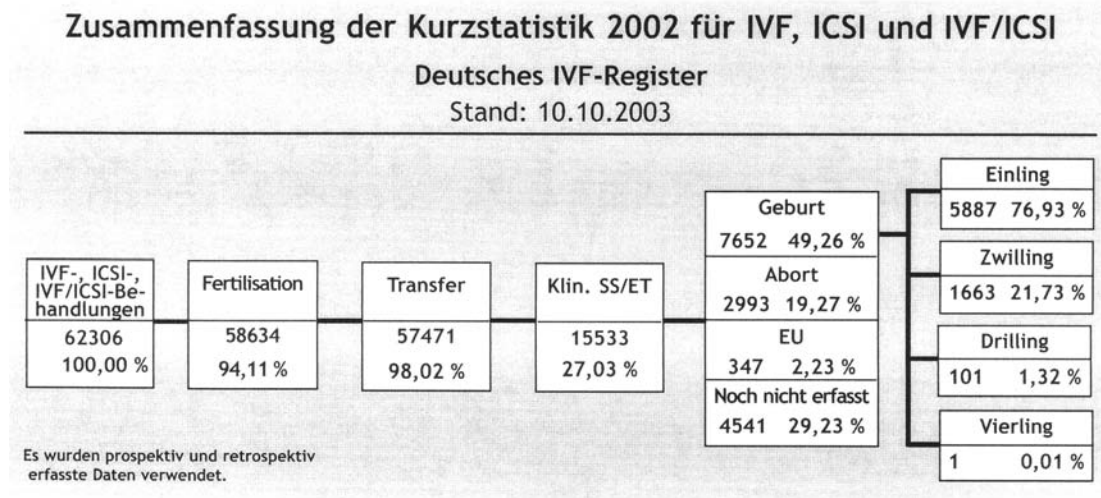
³⁵ Brähler und Stöbel-Richter (29.01.2004), Pressemitteilung zur Vorstellung der Studie „Die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik“

Computerprogramm. Inzwischen werden dem Deutschen IVF-Register die Daten von 90% aller Reproduktionszentren übermittelt, so dass die jährlich im Herbst veröffentlichten Behandlungsergebnisse glaubhaft und repräsentativ sind (siehe Abb. 4).³⁶

Wie durch die nachfolgende Abbildung 5 illustriert wird, lag die Rate der Lebendgeburten, der sogenannten „Baby-take-home-rate“, nach IVF und ICSI pro Behandlungsversuch im Jahr 2001 bei ca. 15%. Oftmals wird die Erfolgsquote jedoch pro Embryotransfer und nicht pro Behandlungsversuch angegeben, wodurch eine höhere Erfolgsaussicht suggeriert wird als dies – bezogen auf die Gesamtzahl aller Behandlungsversuche – tatsächlich der Fall ist.³⁷

Die Diskrepanz zwischen der erfolgreichen Fertilisation von Eizellen und der Anzahl der nach dem Embryotransfer ausgetragenen Schwangerschaften ist recht hoch. Bisher ist es noch nicht gelungen, die Gründe hierfür zu erforschen.

Vorstellbar wäre, dass Hormonstimulation, Follikelpunktion und Embryo-Transfer so viel Unruhe in die natürlichen Abläufe des weiblichen Fortpflanzungssystems bringen, dass dadurch unter Umständen die ungestörte Einnistung des Embryos zumindest erschwert sein könnte.³⁸



(Abb. 4, Quelle: Deutsches IVF-Register, Jahresbericht 2002, S. 9)

³⁶ Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S.116

³⁷ Wischmann und Stammer (2001), Der Traum vom eigenen Kind, Stuttgart und andere, S. 24-25

³⁸ Stauber und Maaßen (1988), Der andere Weg zum eigenen Kind, S. 132

Klinische SS, Aborte, EUs und Totgeburten 2001

2001	IVF		ICSI		IVF/ICSI		Kryo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Durchgeführte Behandl.	28561		24952		692		12391	
Klin. SS/ET	6966	100	6656	100	186	100	1974	100
Keine Angaben	797	11,44	729	10,95	24	12,90	184	9,32
Geburten	4492	64,48	4454	66,92	109	58,60	1169	59,22
Aborte	1499	21,52	1361	20,45	47	25,27	549	27,81
Extrauteringravidität	178	2,56	112	1,68	6	3,23	72	3,65
Kinder	5720		5492		136		1361	
tot geborene Kinder *	72	1,26	69	1,26	1	0,74	16	1,18
Baby-take-home-rate **		15,73		17,85		15,75		9,43
		16,17 ¹		18,38 ¹		16,72 ¹		9,57 ¹
		17,49 ²		19,79 ²		17,78 ²		10,28 ²

*) Anzahl der tot geborenen Kinder bezogen auf die Anzahl der Kinder

**) Anzahl der Geburten pro Anzahl der durchgeführten Behandlungen in Prozent

¹) Zyklen mit unbekanntem Schwangerschaftsausgang wurden von der Basismenge subtrahiert

²) Für Zyklen mit unbekanntem Schwangerschaftsausgang wurde die wahrscheinliche Geburtenrate (Geburt pro SS) ermittelt und zu den bekannten Geburten addiert

Es wurden prospektiv und retrospektiv erfasste Daten verwendet.

(Abb. 5, Quelle: Deutsches IVF-Register, Jahresbericht 2002, S. 14)

Bemerkenswert ist allerdings, dass die Geburtenrate in Behandlungspausen sowie während der Wartezeiten auf die Sterilitätsbehandlung ähnlich hoch liegt wie während der Behandlungsverfahren.

Zudem wird oftmals nicht beachtet, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft mit zunehmender Anzahl der Versuche nicht erhöht, sich die Erfolgswahrscheinlichkeit nicht aufaddiert. Vielmehr sinkt die Erfolgswahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft mit jedem erneuten Behandlungszyklus weiter ab. Im Durchschnitt muss die Hälfte aller Paare die reproduktionsmedizinische Sterilitätstherapie ohne ein leibliches Kind beenden.

Hinzu kommen darüber hinaus die Risiken, die eine Schwangerschaft nach Anwendung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen birgt. So ist zum Beispiel die um das Zwanzigfache erhöhte Wahrscheinlichkeit von Zwillingschwangerschaften nicht zu unterschätzen. Schwierigkeiten in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt sind oftmals erhöht, des Weiteren wird ein vermehrtes Vorkommen von Frühgeburten registriert. Darüber hinaus ist die körperliche sowie seelische Entwicklung bei höhergradigen Mehrlingen oftmals beeinträchtigt.³⁹

³⁹ Wischmann und Stammer (2001), Der Traum vom eigenen Kind, Stuttgart und andere, S. 24-25

2.3 Gesundheitspolitischer Aspekt

In den letzten Jahrzehnten hat der medizinisch-technische Fortschritt der Wissenschaft dem menschlichen Zugriff zuvor verschlossene Bereiche geöffnet und zur Entwicklung von verbesserten Behandlungsmethoden für chronische und schwere Erkrankungen geführt.

Bedingt durch diese Entwicklung hat sich zwar erfreulicherweise ein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung ergeben, jedoch war gleichfalls ein kontinuierlicher Anstieg der Kosten für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verzeichnen. Darüber hinaus hat der wissenschaftliche Fortschritt in mehrfacher Hinsicht auch rechtliches Neuland eröffnet, so dass sich der Gesetzgeber in gleich mehrfacher Hinsicht veranlasst sah, tätig zu werden.

2.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Reproduktionsmedizin

Der Schutz menschlichen Lebens und menschlicher Würde, so die Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes, ist oberste Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Dieser Schutz wird u.a. garantiert durch den sechzehnten Abschnitt des Strafgesetzbuches, der in den §§ 211-222 die Vorschriften über die Tötungsdelikte und die Abtreibung enthält.

Allerdings hat der Gesetzgeber in diesen Vorschriften nicht definiert, wann menschliches Leben beginnt oder endet, sondern die Klärung dieser Fragen Wissenschaft und Rechtsprechung überlassen.

Aus juristischer Sicht wird der Zeitpunkt des Beginns menschlichen Lebens und damit des strafrechtlichen Schutzes des menschlichen Lebens üblicherweise erst mit dem Zeitpunkt des Beginns des Geburtsakts, d.h. bei regulärem Geburtsverlauf mit Einsetzen der Eröffnungswehen angesetzt.⁴⁰

Pränatale Einwirkungen auf den Fötus sind demgegenüber nur nach den Vorschriften über die nicht indizierte Abtreibung unter Strafe gestellt und unterfallen nicht dem Anwendungsbereich der Tötungs- oder Körperverletzungsdelikte.

⁴⁰ Fischer (1999), Kommentar zum Strafgesetzbuch und Nebengesetzen, Anmerkungen vor § 211, Randnummer 2, München, 49. Auflage

Aber auch der strafrechtliche Schutz des ungeborenen Lebens durch die Abtreibungsvorschriften unterliegt zeitlicher Begrenzung und beginnt erst mit der Nidation des Embryos.⁴¹

Demgegenüber blieb die vornidative Lebensphase, in utero wie in vitro, zunächst gesetzlich ungeschützt, obwohl die medizinische Wissenschaft seit der Geburt von Louise Brown 1978 in diesen Bereich längst manipulativ eingegriffen hatte.

Die hierdurch entstandene rechtliche Grauzone wurde erst mit Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG, Bundesgesetzblatt 1990, Teil I, S. 2746) im Dezember 1990 beseitigt. Seither ist die Anwendung der Methoden der Reproduktionsmedizin gesetzlich nur noch zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erlaubt, ihre missbräuchliche Verwendung dagegen unter Strafe gestellt. Unter Strafe gestellt sind insbesondere

- die Befruchtung von Eizellen zu einem anderen Zweck als der Herbeiführung einer Schwangerschaft derjenigen Frau, von der die Eizelle stammt (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG);
- die Übertragung von mehr als drei Embryonen auf eine Frau während eines Zyklus (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG);
- die Ersatzmutterschaft (§ 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG);
- die Weiterverwendung extrakorporal erzeugter oder einer Frau vor Abschluss der Einnistung entnommener Embryonen zu anderen als Erhaltungszwecken (§ 2 ESchG);
- die künstliche Befruchtung nach vorangegangener Geschlechtswahl, es sei denn, dass die Geschlechtswahl der Verhinderung bestimmter geschlechtsgebundener Erbkrankheiten dient (§ 3 ESchG);
- die künstliche Veränderung menschlicher Keimbahnzellen (§ 5 ESchG);
- das Kloning (§ 6 ESchG) und
- die Heranbildung von Chimären und Hybriden (§ 7 ESchG).

Durch die Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes wird die Reproduktionsmedizin danach streng auf den Bereich der Therapie ungewollter Kinderlosigkeit begrenzt und

⁴¹ Fischer (1999), Kommentar zum Strafgesetzbuch und Nebengesetzen, Anmerkungen vor § 218 a, Randnummer 6, München, 49. Auflage

hierdurch für eine die Würde menschlichen Lebens achtenden Umgang mit Embryonen in frühen Entwicklungsstadien Sorge getragen. Die Weiterverwendung „überzähliger“ Embryonen für Forschungszwecke, insbesondere die Bereitstellung von Embryonen für die Gewinnung von Stammzellen, ist bei Androhung von Strafe untersagt.

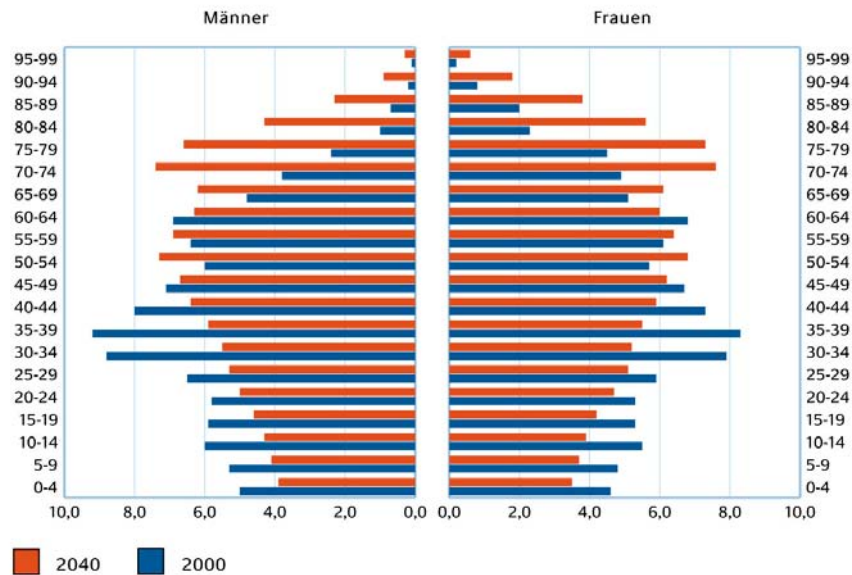
Ergänzt werden die Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes noch durch das im Juni 2002 verabschiedete Stammzellengesetz (StZG, Bundesgesetzblatt 2000, Teil I, S. 2277), das die Einfuhr und Forschung an oder unter Verwendung von menschlichen Stammzellen in § 6 StZG einem generellen Genehmigungsvorbehalt durch eine interdisziplinär aus Biologen, Medizinern, Fachleuten für Ethik und Theologen zusammengesetzte und unabhängige zentrale Ethik-Kommission unterwirft.

Durch die Anordnung eines Genehmigungsvorbehalts wird die im Grundgesetz in Artikel 5 Abs. 3 garantierte Freiheit von Wissenschaft und Forschung für den Bereich der Stammzellenforschung weitgehend eingeschränkt. Die ohne Genehmigung erfolgte Einfuhr oder Forschung an oder unter Verwendung von Stammzellen ist in § 13 Abs. 1 StZG unter Strafandrohung verboten.

2.3.2 Gesundheitsstrukturreform

Die seit Jahrzehnten sinkende Geburtenrate und der hinzukommende Zuwachs älterer Menschen haben in der Bundesrepublik Deutschland – ebenso wie in allen anderen westlichen Industrienationen – einen demografischen Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft bewirkt (vgl. nachfolgende Grafik).

ALTERSPYRAMIDE IM JAHR 2000 UND 2040 (ANGABEN IN %)



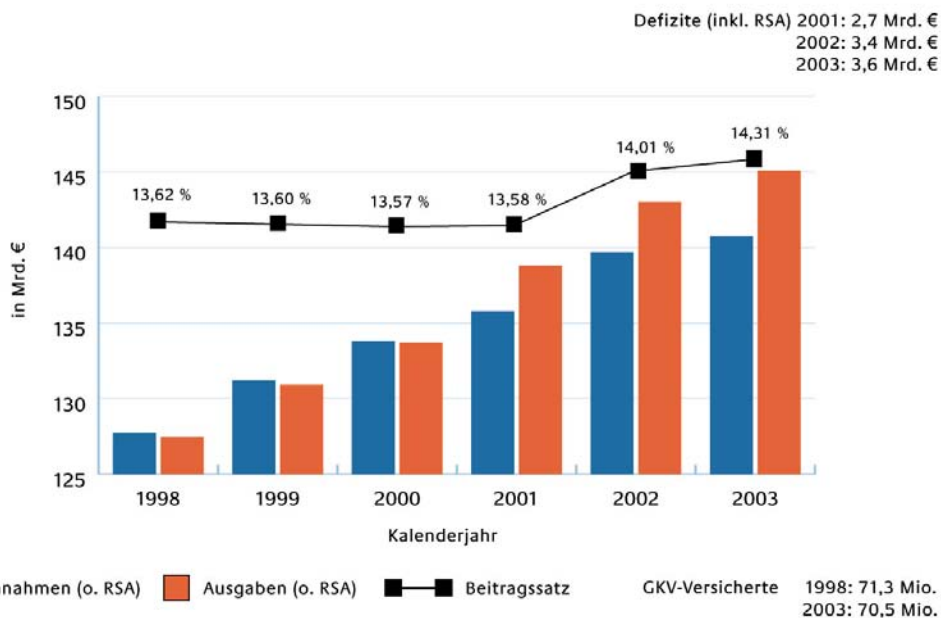
Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme

© Redaktionsbüro Gesundheit

(Abb. 6, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/grafiken/infografik_alterspyramide_300dpi.jpg)

Diese Entwicklung hat im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit ihrem Solidarprinzip allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht oder Einkommen den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung garantiert, zu einem stetigen Ausgabenanstieg geführt, mit dem der Anstieg der Einnahmen nicht Schritt gehalten hat (vgl. nachfolgende Grafik).

EINNAHMEN UND AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG SOWIE DURCHSCHNITTLICHER BEITRAGSSATZ (1998-2003)



(Abb. 7, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/grafiken/infografik_einnahmen_ausgaben_gkv_300dpi.jpg)

Die sich aus dieser Entwicklung ergebende Finanzierungslücke wollte der Gesetzgeber jedoch nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen geschlossen wissen, da hierdurch die Lohnnebenkosten erhöht würden, was nach Ansicht des Gesetzgebers zu einer weiter steigenden Arbeitslosigkeit beitrüge.⁴²

Der Gesetzgeber hat aufgrund dessen mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003⁴³ eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, mit denen die Kosten im Gesundheitssektor gesenkt werden sollen. Auch der Bereich der künstlichen Befruchtung wird von diesen Änderungen betroffen.

Zwar umfassen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wobei insbesondere

⁴² Begründung des gemeinsamen Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen für ein Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08.09.2003

⁴³ Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, S. 2190

Inseminationsbehandlungen und In-vitro-Fertilisationen Berücksichtigung finden, allerdings ist hier die Kostenübernahmeregelung neu strukturiert worden.

Nach der bis zum 31.12.2003 geltenden Rechtslage übernahmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für bis zu vier Verfahren zur künstlichen Befruchtung voll.

Mit Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung am 01.01.2004 wurde die in § 27 a Sozialgesetzbuch Teil V (SGB V) enthaltene Regelung der Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung nunmehr dahingehend abgeändert, dass künftig die gesetzlichen Krankenkassen nur noch 50% der Behandlungskosten für maximal drei Versuche zur künstlichen Befruchtung übernehmen.

Im einzelnen müssen für die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Nach ärztlicher Feststellung muss die Maßnahme erforderlich sein (vgl. § 27 a Abs. 1 Nr. 1 SGB V). In der Regel ist diese Erforderlichkeit gegeben, wenn herkömmliche Behandlungsmaßnahmen (z.B. ausschließlich hormonelle Stimulationsverfahren, Fertilisationsoperationen) nicht (mehr) Erfolg versprechend sind;
- Es muss die hinreichende Aussicht bestehen, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist (vgl. § 27 a Abs. 1 Nr. 2 SGB V);
- Die Personen, die die Behandlungsmaßnahmen in Anspruch nehmen wollen, müssen miteinander verheiratet sein (vgl. § 27 a Abs. 1 Nr. 3 SGB V);
- Es dürfen nur und ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (vgl. § 27 a Abs. 1 Nr. 4 SGB V);

- Die behandlungswilligen Ehegatten müssen sich vor Beginn der Behandlung von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, informieren lassen (vgl. § 27 a Abs. 1 Nr. 5 SGB V);
- Versicherte, die einen Anspruch auf Kostenübernahme erheben, müssen das 25. Lebensjahr vollendet haben (vgl. § 27 a Abs. 3 SGB V);
- Ein Anspruch auf Kostenübernahme ist nur möglich, soweit bei Frauen das 40. und bei Männern das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde (vgl. § 27 a Abs. 3 SGB V);
- Eine Kostenübernahme findet nur statt, wenn der Behandlungsplan zuvor der Krankenkasse vorgelegt und von dieser genehmigt worden ist (vgl. § 27 a Abs. 3 SGB V).

Die behandlungswilligen Patienten haben neben dem hälftigen Kostenanteil für die invasiven Behandlungsverfahren zusätzlich die Kosten für diejenigen Medikamente zu tragen, welche für die vorbereitende Stimulationstherapie und nachfolgend unterstützend für die Implantation des Embryos gegeben werden.

2.3.3 Ökonomische Relevanz

Generell gültige Angaben zu den für eine reproduktionsmedizinische Behandlung aufzuwendenden Kosten können nicht gemacht werden, da die Höhe der Kosten überwiegend von variablen Faktoren abhängig ist.

So verursachen bereits unterschiedliche Hebesätze, insbesondere zwischen Kliniken und ambulanten Zentren, erhebliche Diskrepanzen bei den Kosten. Zudem vergeben die einzelnen Bundesländer verschieden hohe Punktwerte für die Abrechnung der Behandlungsmaßnahmen.

Schließlich ist der im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung zu treibende finanzielle Aufwand von den individuellen Prädispositionen der Patienten und der

gewählten Behandlungsmethode abhängig. So variieren insbesondere die Medikamentenkosten bei der IVF-Methode und der ICSI-Methode vorausgehenden hormonellen Stimulationstherapie.⁴⁴

Bei den nachfolgend aufgeführten Beträgen handelt es sich danach lediglich um ungefähre Angaben zu dem von den Patienten selbst zu tragenden hälftigen Kostenanteil. Die relativ hohe Spannweite der Kosten bei Durchführung von In-vitro-Fertilisationen und Intrazytoplasmischer Spermieninjektionen mit Embryotransfer erklärt sich aus der Abhängigkeit der Kosten von der Anzahl der Versuche zur Befruchtung von Eizellen.

Findet eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht statt, müssen weitaus höhere Beträge eingeplant werden (nachfolgend in Klammern angegeben), da in diesem Fall die erbrachten ärztlichen Leistungen privat abgerechnet werden. Darüber hinaus ist die Höhe der Kosten sodann von dem gewählten Abrechnungsfaktor abhängig.

IVF inkl. Embryotransfer	587,00 €	(1.500,00 - 2.500,00 €)
IVF ohne Embryotransfer	507,00 €	
ICSI inkl. Embryotransfer	799,00 €	(2.500,00 - 3.500,00 €)
ICSI ohne Embryotransfer	723,00 €	
Anästhesiekosten	130,00 €	(270,00 €)

(Quelle: Fertility Center Berlin, <http://www.fertilitycenter-berlin.de/kosten.htm>)

Die im Rahmen der Behandlung verordneten Medikamente verursachen zusätzliche Kosten in Höhe von ungefähr 1.500,00 €, von dem ebenfalls 50% von dem Patienten zu tragen sind. Allerdings unterliegt insbesondere dieser Wert abhängig von der Art und Schwere der Fruchtbarkeitsstörung großen Schwankungen.

⁴⁴ Beyer und Strauß (4/2004), Ungewollte Kinderlosigkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 20, Robert Koch Institut, Berlin

Demgegenüber soll der finanzielle Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen für die künstliche Befruchtung vor Inkrafttreten der Gesundheitsstrukturreform nach einer Meldung der Ärzte Zeitung vom 22.10.2003 bei jährlich rund 120 Mio. € gelegen haben.⁴⁵

Im Verhältnis zu den Gesamtausgaben aller gesetzlichen Krankenversicherungen von zuletzt 143,6 Mrd. € in 2003 schlagen die Ausgaben für die künstliche Befruchtung danach mit vergleichsweise bescheidenen 0,83 ‰ zu Buche.



(Abb. 8, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, <http://www.die-gesundheitsreform.de>)

2.4 Modelle zur Integration von psychologischer Beratung und Therapie im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlung

2.4.1 Psychologische Beratung und Therapie am Beispiel der Heidelberger Kinderwunschsprechstunde

Initiierung

In den letzten Jahren ist die Situation ungewollt kinderloser Paare zunehmend in das Blickfeld der Öffentlichkeit geraten⁴⁶, wobei aus psychodiagnostischer Sicht Paare mit der Diagnose „idiopathische Sterilität“ eine besonders relevante Untergruppe darstellen.

⁴⁵ Ärzte Zeitung vom 22.10.2003

⁴⁶ Wischmann (1998), Studie zur psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 3

Die Häufigkeit dieser Diagnose wird üblicherweise mit 10-15% angegeben (Strauß 1991).⁴⁷

Obwohl an einigen reproduktionsmedizinischen Zentren schon länger psychologische Betreuungen von Paaren mit Fertilitätsstörungen durchgeführt werden und gleichfalls Beratungskonzepte beschrieben worden sind, handelt es sich bei den durchgeführten Untersuchungen häufig nur um Fallbeschreibungen. Anhand dieser konnte zwar dokumentiert werden, dass es nach psychotherapeutischen Interventionen zum Eintritt einer Schwangerschaft kam, jedoch mangelte es an systematischen Studien zur Überprüfung der Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen. Die Frage, inwieweit hier psychotherapiespezifische Effekte vorlagen oder eher unspezifische Effekte wie emotionale Unterstützung und Begleitung der Paare wirksam waren, blieb ungeklärt. Ein überzeugendes, auf die Wünsche und Bedürfnisse ungewollt kinderloser Paare adaptiertes Beratungs- und Psychotherapiekonzept, welches einer wissenschaftlichen Prüfung bezüglich seiner Effizienz unterzogen wurde, lag den Projektleitern nach ihrer Einschätzung des Forschungsstandes bis zum Beginn des Projektes „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ 1994 im deutschsprachigen Raum noch nicht vor.⁴⁸

Das Ziel der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ war es, ein Beratungskonzept zu entwickeln, vorzulegen und zu evaluieren, das auf den neuesten empirischen Befunden basiert. Dieses sollte sich an den Wünschen und Sorgen der Paare orientieren und das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch nachweisbar vermindern. Dabei sollte die Hilfe bei der Verarbeitung der Krise des unerfüllten Kinderwunsches im Vordergrund stehen und nicht die psychotherapeutische Behandlung der Infertilität.

Das Projekt wurde als Erstprojekt im BMBF-geförderten Forschungsverbund „Psychosomatische Diagnostik und Beratung/Therapie bei Fertilitätsstörungen“ in der Zeit vom 1. April 1994 bis zum 31. Mai 1997 durchgeführt.

Projektleitung

Die Projektleitung setzte sich aus Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres, Dr. sc.hum. Dipl.-Psych. Tewes Wischmann, die in der Abteilung für Medizinische Psychologie der

⁴⁷ Wischmann (1998), Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 4

⁴⁸ Wischmann (1998), Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 5-7

Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg tätig sind, und Prof. Dr. med. Ingrid Gerhard aus der Abteilung Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg zusammen.

Fragestellung

Das Projekt wurde in einen diagnostischen und einen interventionsbezogenen Teil unterteilt. Im diagnostischen Teil sollte die Fragestellung bearbeitet werden, ob sich Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, insbesondere mit idiopathischer Sterilität – ohne organischen Befund – von den Normierungsstichproben psychologischer Fragebögen zu Partnerschaft, Lebenszufriedenheit, psychischen und physischen Beschwerden sowie zu Persönlichkeitsaspekten unterscheiden. Des Weiteren sollte untersucht werden, ob sich psychologische Kriterien zur Prognose des Eintritts einer Schwangerschaft identifizieren lassen.

Im interventionsbezogenen Teil sollte die Fragestellung bearbeitet werden, ob durch eine psychologische Beratung bzw. eine Paartherapie eine signifikante Reduktion relevanter psychologischer Variablen, insbesondere Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch, Depressivität und Ängstlichkeit erreicht werden können.⁴⁹

Diagnostischer Teil

Im diagnostischen Teil der Studie wurde eine unausgelesene Stichprobe von Kinderwunsch-Paaren mittels eines psychosozialen Fragebogeninventars hinsichtlich sozialer, psychologischer und medizinischer Merkmale untersucht.

Das psychosoziale Fragebogeninventar enthielt die folgenden Instrumente: Fragen zu soziodemografischen Merkmalen, zu belastenden Lebensereignissen, zum Kinderwunsch und zur Kinderwunschanamnese, zur subjektiven Ursachentheorie der Kinderlosigkeit, zur Lebenszufriedenheit, sowie einen Partnerschaftsfragebogen, eine Problemliste, die Symptomcheckliste 90-R und den Giessen-Test im Selbstbild, Fremdbild und Ich-Idealbild als Persönlichkeitstest.

Die psychologische Diagnostik umfasste, basierend auf den vorgenannten Instrumenten, die Bereiche Paarinteraktion, Affektivität, Lebenszufriedenheit, Kinderwunschmotivation

⁴⁹ Universitätsklinikum Heidelberg, <http://www.med.uni-heidelberg.de/psycho/medpsych/hdkw1.htm>

sowie Beziehungskonflikte. Auf Grundlage dieser Bereiche sollte die Frage überprüft werden, ob sich „Paartypen“ identifizieren lassen, anhand derer sich prognostische Kriterien des Behandlungsablaufs und eine differentielle Indikation zur psychosomatischen Beratung ableiten lassen.⁵⁰

Beratungskonzept und Zielsetzung

Als Zielsetzung war vorgegeben, für die von ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Paare eine adäquatere Verarbeitung der Fertilitätskrise zu erreichen. Im Rahmen der Beratung wurde deshalb versucht, die Bewältigungsressourcen des Paares bezüglich des unerfüllten Kinderwunsches zu aktivieren und darüber hinaus eine verbesserte Kommunikation miteinander, mit den Ärzten und anderen Außenstehenden zu forcieren. Die Akzeptanz einer möglicherweise nicht therapierbaren körperlichen Störung sollte gefördert und eventuelle sexuelle Störungen bearbeitet werden. Die Unterstützung bei den gegebenenfalls notwendigen Veränderungen des Lebensstils und der Lebensziele stellte in der Beratung einen wichtigen Aspekt dar.

Zu Beginn der Beratung wurde dem Paar mitgeteilt, dass aus Sicht der Projektleiter der Eintritt einer Schwangerschaft nicht das Ziel der Beratung wäre, sondern dass primär die Motivation des Kinderwunsches und mögliche Belastungen innerhalb der Paarbeziehung geklärt werden sollten. Insbesondere der Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit sollte erleichtert werden.

Für die Projektleiter war es von großer Bedeutung, die Beratungsgespräche mit der Grundhaltung zu führen, dass Kinderlosigkeit nicht zwangsläufig als Ausdruck einer pathologischen Paarstruktur oder eines „fixierten“ Kinderwunsches zu verstehen. In der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ wird eine Fertilitätsstörung als ein multifaktorielles Bedingungsgefüge verstanden, bei dem psychische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen können. Das Erleben einer Fertilitätsstörung wird als ein kritisches Lebensereignis erachtet, dessen Bewältigung bzw. Nicht-Bewältigung weitreichenden Einfluss auf die Fruchtbarkeit, die Paarbeziehung und auf weitere Lebensbereiche haben kann.

⁵⁰ Universitätsklinikum Heidelberg, <http://www.med.uni-heidelberg.de/psycho/medpsych/hdkw1.htm>

Paarberatung

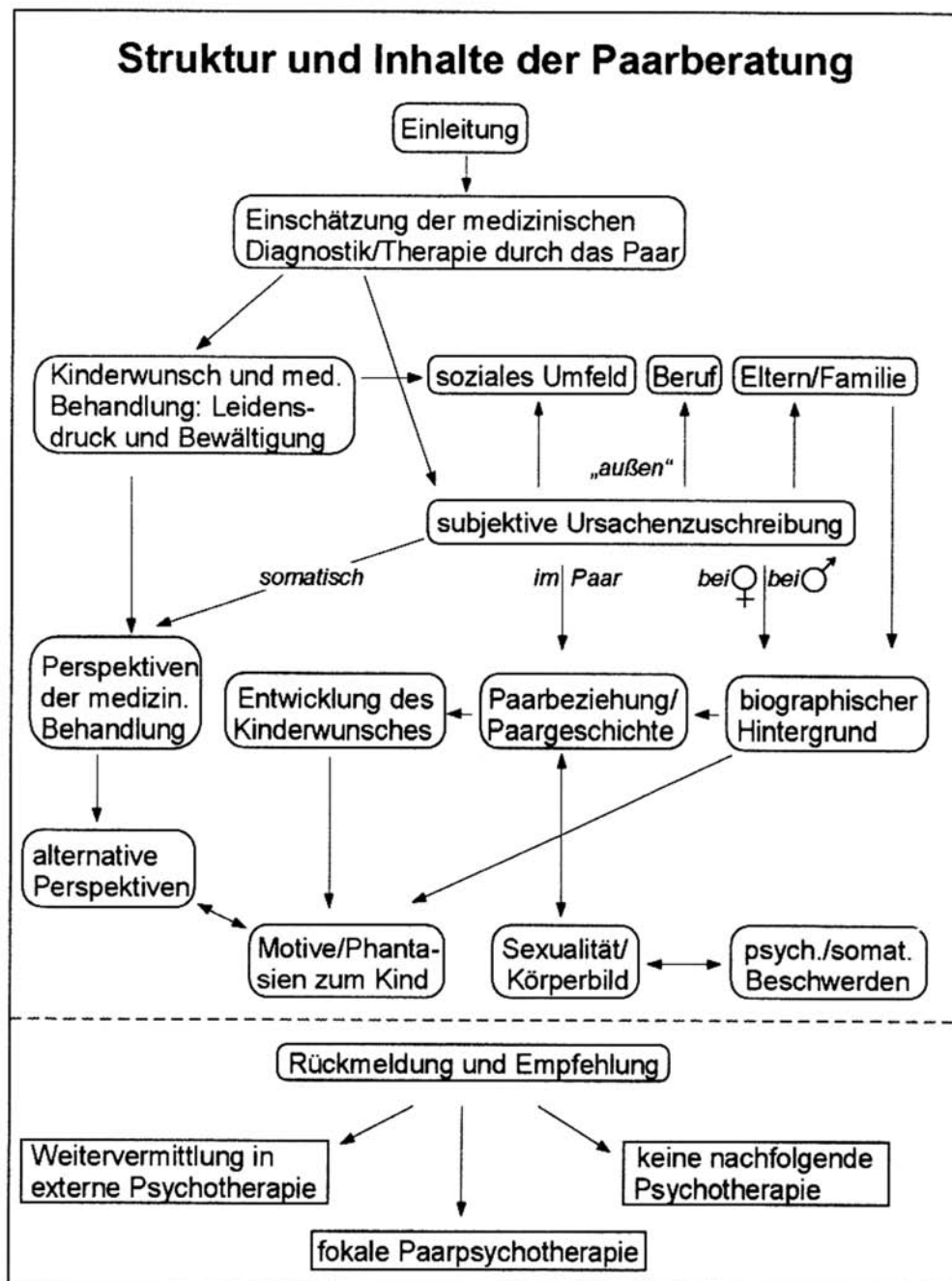
Die zweistündige Paarberatung wurde allen Paaren, die sich aufgrund des unerfüllten Kinderwunsches an die Hormonsprechstunde der Heidelberger Universitätsfrauenklinik wandten, angeboten.

Innerhalb dieser Beratungsgespräche, die in zwei Termine aufgeteilt wurden, sollten mit dem Paar mögliche Belastungen im Zusammenhang mit dem unerfüllten Kinderwunsch erörtert und bei Bedarf über weitergehende psychologische Hilfen informiert werden.

Als Grundsätze der Gesprächsführung in der Paarberatung wurden folgende Schwerpunkte erachtet:

- **Transparenz**
Ablauf, Inhalte und Ziele der Beratung werden dem Paar dargestellt und begründet.
- **Paarzentrierung**
Der Kinderwunsch und der Umgang mit der Kinderlosigkeit betrifft beide Partner.
- **Klärung**
Es wird erörtert, welche Motive bei beiden Partnern in den Kinderwunsch mit einfließen.
- **Entlastung**
Die Sexualität während der Kinderwunschbehandlung wird fast von jedem Paar als beeinträchtigt empfunden.
- **Ressourcenaktivierung**
Die Gestaltungsmöglichkeiten des Paares in der gegenwärtigen Situation der Kinderlosigkeit werden gestärkt.

Die thematischen Schwerpunkte der Paarberatung sind hier anhand der Abbildung kurz skizziert und werden nachfolgend erläutert.



Struktur und Inhalte der Paarberatung
(aus Wischmann et al. 1997)

(Abb. 9, Quelle: Wischmann, 1998, Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 12)

Die „Einschätzung der medizinischen Diagnostik und Therapie“ durch das Paar („Dieses Mal muss es klappen!“) stand am Beginn der Beratung. Es wurde die gegebenenfalls bei Frau und Mann unterschiedliche Einschätzung des Erfolgs der Kinderwunschbehandlung und die damit einhergehende Hoffnung und Resignation sowie die Frage der Schuldzuweisung thematisiert. Es fiel auf, dass sich nicht alle Paare über den Zweck der einzelnen medizinischen Maßnahmen in Kenntnis gesetzt zeigten. Betreffend des Schwerpunktes „Umgang mit der Kinderlosigkeit und deren Behandlung“ („Wenn wir gefragt werden, sagen wir: Wir wollen jetzt kein Kind“). Betreffend dieses Schwerpunktes wurde vermittelt, dass es nicht als Ausdruck einer intakten, leistungsfähigen und sexuell erfüllten Paarbeziehung zu gewahren ist, ein Kind zu bekommen. Trotzdem wird es oft als Defekt empfunden, kein Kind zu bekommen. Das Sprechen darüber wird über dies noch aus Gründen der Scham tabuisiert. In der Beratung konnte die Balance zwischen dem „Verheimlichen“ und „Verstecken“ des Kinderwunsches und insbesondere der Behandlung gegenüber einer ungeschützten Öffentlichkeit neu definiert werden.

Aktuelle Lebenssituation und Beruf

Es erfolgte die Abklärung der beruflichen Situation, um gegebenenfalls fertilitätsrelevante Stressoren bei Frau und Mann abklären zu können („Mit Kind könnte ich endlich aufhören zu arbeiten“). Andere Belastungen, wie beispielsweise eine eingeschränkte finanzielle Situation oder familiäre Umstände konnten hier gleichfalls besprochen werden.

Kinderwunschmotivation

Oftmals werden mit einem Kind u. a. Veränderungen verknüpft („Erst ein Kind gibt meinem Leben einen Sinn“), die das Paar bereits jetzt, auch in Unabhängigkeit von der Realisierung des Kinderwunsches, aktiv gestalten kann. Dazu können die Abgrenzung von den Eltern bzw. Schwiegereltern sowie die Stabilisierung der Paarbeziehung gehören.

Um den Kinderwunsch einschätzen zu können wurden neben den bewusst geäußerten Motiven und Erwartungen des Paares auch unbewusste Inhalte berücksichtigt, wie z.B. Phantasien und Träume zum Kind. Ambivalenzen, welche mit dem Kinderwunsch oder der Behandlung verknüpft sind, können nach jahrelanger Fertilitätstherapie von dem Paar kaum noch bewusst wahrgenommen werden. Die Berater versuchten hier als „Anwälte der Gefühle“ zu wirken und den Paaren gegebenenfalls abgewehrte Gefühle vorsichtig zu verdeutlichen. Werden solche Ambivalenzen bewusst erlebbar und tragbar, führt dies

häufig zur Entwicklung kritischer Distanz und dadurch begünstigt zu größerer innerer Freiheit bezüglich des Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung.

Herkunftsfamilie

Insbesondere bei Paaren, die in ihrer Kindheit und Jugend mit belastenden und traumatischen Erlebnissen konfrontiert wurden, ist der Kinderwunsch mit dem – unbewussten – Wunsch der Wiedergutmachung gekoppelt („Mein Kind soll es besser haben als ich“). Gleichfalls können durch biografische Belastungsprädikatoren auch Befürchtungen forciert werden, die negativen Kindheitserfahrungen könnten sich reaktualisieren. Darüber hinaus gibt ein Kind dem Paar auch eine neue Identität, lässt eine „richtige Familie“ entstehen, wodurch sich auch die Beziehung zur Herkunftsfamilie verändert.

Soziales Umfeld

Viele Paare sehen sich – insbesondere beim Erreichen einer bestimmten Altersstufe – unter sozialen Druck gesetzt („Plötzlich sind alle Freundinnen schwanger geworden“). Im sozialen Umfeld scheinen unvermittelt alle Freundinnen schwanger zu werden; gelegentlich ergibt sich dieser Druck auch direkt von einem Elternteil, der auf ein Enkelkind wartet. Durch diesen Druck kann ein defensiver Umgang mit dem Kinderwunsch noch begünstigt werden. Weder Freunde noch Eltern werden über den Kinderwunsch informiert oder in die Behandlung involviert. Der Kinderwunsch wird verschwiegen, was manchmal soweit führt, dass Paare zu „Notlügen“ greifen.

Paarbeziehung

Die Kinderwunschbehandlung kann sich zeitweise aufwendig und vor allem langwierig gestalten. Die Partnerschaft wird dadurch häufig erheblichen Belastungen ausgesetzt. Daraus resultierende Konflikte werden oftmals nicht angesprochen, da an einem wichtigen gemeinsamen Ziel gearbeitet wird. Unterschiedliche Bedürfnisse und Absichten können sich dabei aus dem Blickfeld des Paares verlieren, eigentlich anstehende Auseinandersetzungen werden vermieden oder aufgeschoben („Wir haben nur noch dieses eine Thema“).

Die Partner wurden in der Beratung unterstützt und ermutigt, unterschiedliche Standpunkte und Wünsche gegenseitig wieder wahrzunehmen und anzuerkennen.

Sexualität und Körperbild

Gerade in den Phasen, in denen Paare innerhalb einer hormonellen Stimulationsbehandlung nach drei- bis fünftägiger Karenzzeit kurz vor dem errechneten Zeitpunkt des Eisprungs gezielt Verkehr haben sollen, findet spontane Sexualität oft nicht statt („An den fruchtbaren Tagen läuft jetzt nichts mehr“). Sexualität wird als Erfüllung des Zwecks: Sexualität gleich Schwangerschaft, funktionalisiert, die Lust nimmt ab. Nicht selten kommt es vor, dass der Druck so groß wird, sexuelle Funktionsstörungen entstehen und das Paar – ganz entgegen seinem bewussten Willen – keinen sexuellen Verkehr mehr an den fruchtbaren Tagen hat.

Hier konnten gelegentlich auch starke Ängste in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt in der Beratung geklärt werden.

Alternative Lebensentwürfe

Zu Beginn der Behandlung ist für viele Paare eine Perspektive ohne ein leibliches Kind kaum vorstellbar („Ich kann mir nicht vorstellen, ohne ein Kind leben zu müssen“). Es wird versucht, gemeinsam in der Beratung eine solche Perspektive zu erarbeiten, da diese oft den Beginn einer Trauerarbeit ermöglicht, in der von etwas bisher nicht Erreichtem Abschied genommen werden kann. Dadurch wird die Herausbildung neuer Lebensperspektiven erleichtert, wie z.B. die aktive Auseinandersetzung mit einer Adoption oder Pflegschaft. Diese soll keinen „Ersatz“ für das leibliche Kind implizieren, da ungewollte Kinderlosigkeit kein hinreichendes Motiv bei einer Adoptionsvermittlung darstellt, in der Eltern für bedürftige Kinder gesucht werden und nicht umgekehrt.

Des Weiteren kann durch die Schaffung einer neuen beruflichen oder sozialen Identität oder die Intensivierung der Paarbeziehung auf dem Hintergrund anderer Werte eine neue Lebensperspektive herausgearbeitet werden.

Dieser Aspekt der Beratung befasst sich mit der Konfrontation einer möglichen Erfolglosigkeit der medizinischen Behandlung, die bei den IvF- und ICSI-Behandlungen einen Großteil der Paare erwartet.⁵¹

⁵¹ Wischmann (1998), Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 14-18

Paartherapie

Eine nachfolgende Paartherapie, welche eine Dauer von zehn Sitzungen umfasst, wurde Paaren angeboten, bei denen sich in den zwei Beratungsgesprächen veränderungsbedürftige Bereiche identifizieren ließen, wie z.B. starke Ängste bezüglich der medizinischen Behandlung, sexuelle Probleme oder Perspektivlosigkeit ohne Kind.

Voraussetzung war, dass beide Paare für eine gemeinsame Psychotherapie motiviert waren. Die Paartherapie wurde zusammen von einer Psychotherapeutin und einem Psychotherapeuten durchgeführt, so dass jedem Partner ein gleich- sowie gegengeschlechtliches Gegenüber geboten werden konnte.

Die therapeutische Vorgehensweise basierte auf dem Ausgangspunkt, dass das Erleben einer Fruchtbarkeitsstörung als kritisches Lebensereignis anzusehen ist, welches die betroffenen Paare in eine Lebenskrise stürzen kann, aus der sie ohne professionelle Unterstützung alleine nur schwer wieder herausfinden können. Einige Paare können aufgrund ihrer erworbenen Vulnerabilitäten und ihrer vorhandenen Bewältigungsstrategien dieses Ereignis zumindest zeitweise nicht selbstständig verarbeiten. Oft kommt es bei den betroffenen Paaren auch zu einem sozialen Rückzug, da sich viele Paare durch ihre Kinderlosigkeit zunehmend von ihrem bisherigen sozialen Umfeld ausgeschlossen fühlen. Dadurch bedingt reduzieren sich die Möglichkeiten für das Paar, sich von der Kinderwunschproblematik distanzieren zu können. Das Paar kann in einen Teufelskreis gelangen, durch den es sich immer stärker eingeengt fühlt. Die Fertilität kann wiederum durch dieses sich potenzierende Stresserleben und die gegebenenfalls daraus resultierenden physiologischen und psychologischen Reaktionen zusätzlich negativ beeinflusst werden.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Interventionen innerhalb der Paartherapie richtete sich auf die Kommunikation des Paares. Hier wurde einerseits die Kommunikation zwischen den Partnern als auch auf der anderen Seite die Kommunikation mit wichtigen Außenstehenden in Bezug auf den unerfüllten Kinderwunsch fokussiert. Die Befähigung und Förderung des Gefühls der Eigenverantwortlichkeit und des Zusammenhalts der Paare wurde für grundlegend gehalten, womit die Unterstützung der aktiven Beteiligung beider Partner an der gesamten medizinischen Behandlung gemeint ist. Der Zusammenhalt zielt primär auf das Bemühen ab, das Bedürfnis nach Austausch und emotionaler Bindung zu befriedigen und zu stärken, da dies oft aufgrund der Belastungen aus der

Infertilitätsdiagnose und durch die Behandlung und die damit verbundene Interaktion mit dem Behandlungsteam erschwert wird.

In ihrem konkreten Vorgehen orientierten sich die die Paartherapie durchführende Psychotherapeutin und der Psychotherapeut an systemtherapeutischen und tiefenpsychologischen Therapieansätzen (Stammer et al. 1998).

Systemtherapeutische Vorgaben zur Planung einer zeitlich befristeten Therapie ermöglichten eine gute Strukturierung der Therapie insgesamt, als auch der einzelnen Sitzungen sowie der Zeit zwischen den Sitzungen. Zur Identifizierung und Behebung von Kommunikationsstörungen eines Paares wurden Konzepte der Musterbildung und Mustererkennung in personalen und interpersonalen Wirklichkeitskonstruktionen hilfreich eingesetzt. Primär war hier auch sensibel auf die zum Teil unbewusste Rollenverteilung des Paares im Umgang mit dem Kinderwunsch zu achten. Gleichfalls wurde es als wichtig erachtet, die bisherige differenzierte Literatur zur Psychologie der Infertilität und ihrer Behandlung, insbesondere derjenigen psychoanalytischen Ursprungs zu berücksichtigen. Diese boten wertvolle Hinweise zum Verständnis verschiedener Paardynamiken und deren unbewusster Bedeutung (z.B. Auhagen-Stephanos 1991, Stauber 1993, Frick-Bruder 1989b).

Insbesondere der individuelle spezifische emotionale Umgang eines Paares mit dem unerfüllten Kinderwunsch lässt sich häufig erst in der Kontextbetrachtung mit der Biografie des Paares verstehen. Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen gelten aufgrund der Erfahrungen der in das Projekt involvierten Psychotherapeuten ebenfalls als wesentlich zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines konstruktiven, therapeutischen Dialogs.

Es wurden keine stark pathologieorientierten psychoanalytischen Konzepte wie ein „überwertiger“ oder „kranker“ Kinderwunsch, oder die Hypothese, dass eine organisch nicht geklärte Fertilitätsstörung grundsätzlich auf die unbewusste Ablehnung einer Schwangerschaft oder der Weiblichkeit zurückzuführen ist, vertreten. Primär fehlt diesen Hypothesen die empirische Validität, darüber hinaus wurden sie für den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als hinderlich erachtet. Es wurde ferner davon ausgegangen, dass Paare mit einem „zeitweise überwertigen Kinderwunsch“ oder einem „fixierten Kinderwunsch“ letztlich weniger Zugang zu einer psychologischen Beratung suchen, als dass sie sich meist ganz auf die medizinische Behandlung konzentrieren und

widersprüchliche Affekte oftmals stark verleugnen (s. Strauß 1996). Eine psychologische Beratung wurde in diesen Fällen meistens abgelehnt und – sollte sie von den behandelnden Ärzten gefordert worden sein – überwiegend sehr verschlossen und misstrauisch von Seiten des Paares geführt. Den Beratern blieb hier nur die Möglichkeit, sich als Ansprechpartner für gegebene zukünftige Krisenzeiten anzubieten (s. Maier-Kirstätter & Ditz, 1994).

Ergebnisse

Die Untersuchungen ergaben, dass sich 72,5% der Frauen und 61,8% der Männer eine psychologische Beratung als Hilfe zur Bewältigung der ungewollten Kinderlosigkeit für sich vorstellen konnten.

Im diagnostischen Teil ergab sich im Durchschnitt eine erhöhte Depressivität und eine etwas erhöhte Ängstlichkeit bei den Frauen im Vergleich zu den Fragebogennormwerten. Darüber hinaus ergab der Vergleich mit den Fragebogennormwerten wenig Auffälligkeiten.

Weitgehend konnte die Hypothese, dass ungewollt kinderlose Paare aus psychopathologischer Sicht durchschnittlich unauffällig erscheinen, bestätigt werden.

Frauen mit idiopathischer Sterilität gaben signifikant häufiger belastende Lebensereignisse in der Kindheit an als die Frauen der Vergleichsgruppe (61,8% versus 51,6%; $p < 0,05$).

Spezifische psychosoziale Variablen als Prädiktoren für den Eintritt einer Schwangerschaft konnten nicht gefunden werden.

Der interventionsbezogenen Teil ergab, dass vermehrt Paare die Beratung wahrgenommen hatten, bei denen beide Partner biografische Belastungen angegeben hatten (sogenannte „vulnerable“ Paare).

Bei den Frauen waren die Merkmale Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch, Depressivität und Ängstlichkeit wichtig für die Entscheidung, das Angebot der Beratung bzw. Paartherapie in Anspruch zu nehmen.

Um die Effekte der psychologischen Paarberatung und Paartherapie quantitativ überprüfen zu können, wurden drei unabhängige Stichproben gebildet.

In den zentralen Werten „Kinderwunschstärke“ und „Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch“ konnte eine statistisch signifikante Veränderung dokumentiert werden. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Stärke des Kinderwunsches und insbesondere die Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch nach der Beratung und stärker noch nach der Paartherapie abnahmen. Bei den Männern zeigten sich in diesen Werten nur Tendenzen.

Weniger von der Beratung profitierten Paare, die von vorneherein nur einen geringen Beratungswunsch äußerten und sich eher verschlossen und misstrauisch präsentierten sowie Paare, bei denen sich die Männer eher belastet und unzufrieden darstellten.

Des Weiteren wurden die Rückmeldungen nach der Beratung qualitativ ausgewertet, wobei deutlich wurde, dass das Gespräch mit einem „neutralen Dritten“ als hilfreich erlebt wurde. Darüber hinaus wurde es als hilfreich empfunden, dass sich das Angebot der psychologischen Beratung an das Paar richtete.

Als Therapieeffekt in Folge der Paartherapie zeigte sich, dass – obwohl die Umwelt weiterhin als eher negativ reagierend eingeschätzt wurde – die eigenen Reaktionen auf die soziale Umwelt zum Therapieende jedoch deutlich positiver wahrgenommen wurden. Darüber hinaus konnte eine Zunahme der partnerschaftlichen Kommunikation dokumentiert werden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch im Durchschnitt nicht um eine spezifische und psychologisch auffällige Gruppe handelt. Darauf gründet die Zielsetzung, eine Entpsychopathologisierung ungewollt kinderloser Paare zu unterstützen, was sodann dazu führen könnte, dass die Akzeptanz der psychologischen Beratung als Möglichkeit der Entlastung ungewollt kinderloser Paare weiter ansteigen würde.

Obwohl der Beratungsbedarf und die entlastende Wirkung der psychologischen Beratung und Therapie bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in der Studie nachgewiesen werden konnten, kann diese an der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg seit Ablauf der Drittmittelförderung nur noch in begrenztem Umfang angeboten werden.

2.4.2 Psychologische Beratung und Therapie am Beispiel des Fertility Center Berlin-Charlottenburg

Entwicklung des Berliner Modells

Bereits seit gut anderthalb Jahrzehnten wird an der Universitäts-Frauenklinik Berlin-Charlottenburg, im Rahmen der Kinderwunsch-Behandlung eine Konzeption verfolgt, wonach es die Pflicht des Gynäkologen und Andrologen sei, tiefenpsychologische Überlegungen bei überwertigem Kinderwunsch vermehrt in die Behandlung mit einzubeziehen.

Vor dem Hintergrund der Etablierung der In-vitro-Fertilisation als Behandlungsmethode in der klinischen Praxis wurde sodann darüber beraten, ob es nicht sinnvoll sei, die Wünsche der Patienten nach einer grenzenlosen Reproduktionsmedizin gegebenenfalls mit dem Vorschlag eines Verzichts auf ein eigenes Kind zu beantworten und einen überwertigen Kinderwunsch in einen sogenannten „gesunden“ Kinderwunsch zu überführen, so dass unter Umständen auch ein Verzicht auf ein eigenes Kind ohne große psychische Beeinträchtigung möglich erscheint. Auch stellte man sich die Frage, ob nicht die Gefahr bestehe, dass die technische Entwicklung unserer geistigen davonläuft.

Bevor die In-vitro-Fertilisation in das Programm der Universitäts-Frauenklinik Berlin Charlottenburg, dessen reproduktionsmedizinische Abteilung seit 1999 unter dem Namen Fertility Center Berlin bekannt ist, aufgenommen wurde, befragte man 500 der sich dort in Behandlung befindlichen Kinderwunschaare nach ihrer Einstellung zu diesem neuen Verfahren. Die Einstellung der betroffenen Paare war eindeutig: 78,1% standen dieser Methode positiv gegenüber, was bedeutet, dass mehr als drei Viertel der Kinderwunschaare eine außerkörperliche Befruchtung in Anspruch nehmen würde, wenn eine Indikation dafür bestünde.

Demzufolge würden die Wünsche der Mehrzahl der Patienten vernachlässigt werden, wenn diese Methode der extrakorporalen Fertilisation nicht berücksichtigt werden würde. Nichtsdestotrotz erschien eine Grenzziehung in dieser neuen Dimension der Medizin aufgrund ethischer und rechtlicher Gesichtspunkte unbedingt notwendig.

Aus diesen Gründen hat die Kinderwunschsprechstunde der Universitäts-Frauenklinik Berlin Charlottenburg bereits 1982 ethische Rahmenbedingungen, die als „Berliner Modell“ bekannt geworden sind, entwickelt:

- Extrakorporale Befruchtung nur innerhalb der Familienstruktur, keine Ei- oder Samenspende, keine Leihmutterschaft
- Keine verändernden Manipulationen an Embryonen, keine verbrauchende Forschung.
- Maßvolle Stimulation, kein Einfrieren von Embryonen, nach Möglichkeit alle Embryonen zurück zur Mutter
- Strenge Indikation, insbesondere keine IvF bei psychosomatischen Kontraindikationen (Kentenich 1989)

Das Berliner Modell versucht, die extrakorporale Fertilisation „richtig“ anzuwenden – „richtig“ im Hinblick auf unseren jetzigen Wissensstand und den Gegebenheiten von psychischer, medizinischer, ethischer und juristischer Seite. Die mit dem Berliner Modell erarbeiteten Rahmenbedingungen sollen absichern, dass die extrakorporale Befruchtung patientenorientiert und mit klarer Indikation angewendet wird. Zum damaligen Zeitpunkt bestanden noch keine ethischen oder juristischen Richtlinien von standesärztlicher oder staatlicher Seite. Bestandteile des Berliner Modells finden sich im Embryonenschutzgesetz von 1990 wieder.⁵²

Psychosomatisches Behandlungskonzept

Jedes Paar erhielt zu Beginn der Diagnostik einen Fragebogenkatalog zur Bearbeitung. Zuzüglich zu einem psychoanalytisch orientierten Persönlichkeitstest (Beckmann und Richter 1972) wurden die Partnerbilder von Mann und Frau erbeten. Es ergaben sich

⁵² Stauber in Bettendorf und Breckwoldt (1989), Reproduktionmedizin, Stuttgart, S. 396

hieraus Profile, die sich adäquat im Rahmen einer integrierten psychosomatischen Gynäkologie anwenden ließen. Ein interessanter Aspekt ist hier z.B. das Dominanzverhalten der Partner beim Wunsch nach invasiven therapeutischen Schritten. Zudem wird eine Beschwerdenliste zum Verständnis interkurrent auftretender Symptome erbeten. Im psychosomatischen Bereich sollte eine Multisymptomatik auf psychische Auffälligkeiten hinweisen, die vor der Durchführung einer außerkörperlichen Befruchtung unbedingt aufzugreifen sind.

Das wiederholte Sprechstundengespräch ist ein wichtiger Aspekt des psychosomatischen Konzepts des Fertility-Center Berlin-Charlottenburg, das dadurch diagnostische und therapeutische Ansatzpunkte deutlich werden.

Ergänzend erhielten die Patienten nach dem Embryo-Transfer einen Fragebogen, welcher primär dazu diente, den Patientinnen und ihren Partnern die Möglichkeit zu Verbesserungsvorschlägen zu geben. In der Arbeitsgruppe für extrakorporale Fertilisation wurde eine Reihe dieser Vorschläge diskutiert und in die Tat umgesetzt. Besonders imponierten die offenen Mitteilungen über Phantasien und Ängste gegenüber den neueren invasiven Therapieverfahren (Stauber et al. 1985, 1986). Die Ergebnisse offerierten, dass die psychische Belastung durch die extrakorporale Befruchtung größer ist als die organische Belastung. So wurden z. B. die invasiven Verfahren der IVF- und ICSI-Fertilisation zurückgestellt, wenn starke depressive Reaktionen oder Suchttendenzen bei einem der Partner bemerkt wurden. Gleichfalls mildern längere Behandlungspausen die Anspannung, die diese therapeutische Prozedur hervorrufen kann.

Eine besondere Bedeutung wurde in dem Konzept des Fertility Center Berlin-Charlottenburg den Nachuntersuchungen der IVF- und ICSI-Paare beigemessen. Hier interessierte die aktuelle Einstellung der Kinderwunschaare gegenüber der reproduktionsmedizinischen Sterilitätsverfahren nach vergeblichen Eingriffen in Form von Laparoskopie. Die Auswertung von 50 Fragebögen ergab, dass die überwältigende Mehrheit der befragten Frauen und Männer dieses Verfahren trotz des Misserfolges sehr positiv beurteilte und weitere IVF- oder ICSI-Behandlungen wünschen würde, wenn nur die geringste Chance einer Erfüllung des Kinderwunsches bestünde.

Als letzten und besonders wichtigen Behandlungsschritt innerhalb des psychosomatischen Behandlungskonzept wurde eine Langzeitbeobachtung der Paare und deren Kinder nach erfolgreicher IVF- und ICSI-Behandlung angesehen.

Das psychosomatische Behandlungskonzept des Fertility Center Berlin-Charlottenburg entstand primär in der Vorstellung, die neuen Verfahren der extrakorporalen Fertilisation patientenorientiert anzuwenden. Es sollte unterstützend dabei wirken, Ängste abzubauen und zu einer vertrauensvollen Anwendung führen.⁵³

Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Sterilität

In den Achtziger Jahren wurde in der Frauenklinik Berlin Charlottenburg damit begonnen, ein Behandlungskonzept zur Einbeziehung psychosomatischer Faktoren in die Fertilitätsbehandlung zu entwickeln. Die seinerzeit gefundenen Ergebnisse wurden fortentwickelt und haben zwischenzeitlich Eingang in die „Leitlinien psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Sterilität“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) gefunden.⁵⁴

Demzufolge wird jedes Kinderwunschpaar, das die Kinderwunschsprechstunde aufsucht, im Erstgespräch auf Punkte wie Kinderwunschmotivation, vita sexualis usw. angesprochen. Eine psychosomatische Zusatzuntersuchung schließt an die aus dem Erstgespräch gewonnenen Erkenntnisse an und soll jedes Paar auf mögliche psychische Belastungen untersuchen.

Die Vorgehensweise der psychosomatisch orientierten Diagnostik und Therapie wird nachfolgend dargestellt:

Notwendige Diagnostik:

1. Erstgespräch mit dem Paar entsprechend der psychosomatischen Grundversorgung mit Focus auf dem Sterilitätsproblem (inklusive psychosozialer Bedingungen), Partnerschaft und Sexualität.
2. Parallele Untersuchung der Frau (Hormone, Infektionsserologie, Uterus, Cervix, Tube) und Untersuchung des Mannes (1-2 SpermioGramme, HIV-Test, evtl. körperliche Untersuchung, evtl. Hormonanalyse, evtl. Zytogenetik).

⁵³ Stauber in Bettendorf und Breckwoldt (1989), Reproduktionsmedizin, Stuttgart, S. 395

⁵⁴ Leitlinien der DGPF für Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie, 1999

3. Angebot einer psychologischen/psychotherapeutischen Betreuung des Paares oder der Einzelperson.

Im Einzelfall nützliche Diagnostik:

1. Im Einzelfall weiterführende Diagnostik bei männlichen und weiblichen Sterilitätsfaktoren.
2. Einbeziehung eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten in der Praxis, im Team, im Konsiliardienst oder im Liäsiondienst.

Hinweise zur Durchführung der Diagnostik:

1. Die Sterilität soll als bio-psycho-soziales Problem aufgefasst werden.
2. Der durchführende Arzt soll über ausreichende Kenntnisse der psychosomatischen Grundversorgung verfügen und diese integrativ selbst in Diagnostik und Therapie mit einbeziehen.
3. Psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten sollen in die Teams fest integriert sein, um eine Trennung in körperliche und psychische Anteile zu vermeiden.
4. Eine psychosomatische Betreuung soll von Anfang an gewährleistet sein, nicht erst nach Enttäuschungen oder bei erfolgloser Beendigung der Therapie.
5. In der psychosomatisch orientierten Diagnostik empfehlen sich Schlüsselfragen (siehe Anhang).
6. Mindestens 30% der Frauen haben in ihrem Leben Phasen der Kinderlosigkeit, wobei der größte Teil später schwanger wird.

Konservative Therapie:

1. Die Therapie orientiert sich medizinisch an der Diagnose, wobei die Schwangerschaftsrate nach Therapie und die Spontanschwangerschaftsrate ohne Behandlung mit einzubeziehen sind.
2. Bei offenen Tuben soll zurückhaltend therapiert werden: Je jünger die Patientin ist, je kürzer der Kinderwunsch besteht und je unauffälliger das Spermogramm ist.
3. Ärztliche Gesprächsführung und Begleitung entsprechend der psychosomatischen Grundversorgung.
4. Eine psychosomatische Betreuung, Paarbetreuung oder Paartherapie kann den Leidensdruck der ungewollten Kinderlosigkeit mindern bzw. eine größere Ergebnisoffenheit erreichen.

5. Die psychosomatisch orientierte Therapie sollte alle konservativen, insbesondere aber invasiven Therapieabschnitte (z.B. IVF/ICSI) mit umfassen.

Operative Therapie:

Eine operative Therapie der Sterilität kann sich nach Abschluss einer Diagnostik der Sterilität ergeben. Da jede Operation eine zusätzliche Belastung der Patientin bzw. des Paares darstellt, ist auch hier eine integrative psychosomatische Betreuung notwendig.

Ambulant:

Die Therapie sollte soweit wie möglich ambulant erfolgen.

Stationär:

Da eine stationäre Betreuung eher eine zusätzlich belastende Situation für die Patientin darstellt, ist hier ein integriertes psychosomatisches Konzept notwendig. Eine enge Kooperation zur Praxis – auch aus psychosomatischer Sicht – ist notwendig.

Nachsorge:

Nach Beendigung der Therapie (mit und ohne Kind) sollte in der nachfolgenden ärztlichen Betreuung auf die Sterilitätskrise eingegangen werden, insbesondere wenn sich dieses Thema weiterhin als vulnerabel darstellt.

Hinweise zur Durchführung der Therapie:

1. Vor jedem therapeutischen Schritt ist das Paar noch einmal in Bezug auf die spontane Schwangerschafts- und Geburtenrate ohne Therapie zu beraten.
2. Bei jeder Therapieform ist das Mehrlings- und Frühgeburtenrisiko zu erwägen und auf die Gefahren und Folgen von Frühgeburten hinzuweisen.
3. Das Therapieziel ist die Lösung des Sterilitätsproblems, wobei das Ergebnis eine Schwangerschaft oder den Verzicht auf ein (eigenes) Kind sein kann.
4. Bei jeder Therapie ist eine zeitliche Begrenzung und das Alter von Patientin und Patient zu diskutieren.
5. Bei der ärztlichen Beratung ist besonders auf Nebenwirkungen und Risiken von Medikamenten bzw. der operativen Therapie einzugehen.

6. Ethische und juristische Vorschriften müssen beachtet werden: Embryonenschutzgesetz, SGV V, Berufsordnung für Ärzte.⁵⁵

2.5 Berücksichtigung des psychologischen Faktors in der Reproduktionsmedizin

Die medizinisch kompetente Behandlung in Reproduktionszentren oder Kinderwunschpraxen wird von vielen sich dort in Behandlung befindlichen Patienten gelobt. Gleichzeitig kritisieren diese Patienten jedoch eine mangelhafte Beratung und die fehlende psychologische Begleitung. Viele Patienten geben an, dass ihnen das Gefühl, „nur eine Nummer zu sein“ vermittelt wurde, sie sprechen von einer „Massenabfertigung“. Wertungen wie „es muss immer zack-zack gehen“ und „die interessiert nur ihre Schwangerschaftsquote“ sind häufig zu hören. Kinderwunschpaare äußern oftmals, dass Ärzte und Schwestern immer freundlich und sehr professionell waren, aber nie jemand fragte, wie es einem geht, auch nicht, wenn sich nach der aufwendigen und belastenden Behandlungsprozedur wieder keine Schwangerschaft eingestellt hat.

Unfruchtbarkeit ist eine medizinische Diagnose, ihre Folge jedoch, die ungewollte Kinderlosigkeit, ein soziales und seelisches Problem.

Prof. Dr. Heribert Kentenich⁵⁶, überzeugt von der Wichtigkeit eines ganzheitlichen Verständnisses der Kinderwunschbehandlung und tätig am Fertility Center Berlin-Charlottenburg, sagt, dass sich ein Paar in Behandlung begibt, weil es ihm nicht gut geht mit dem unerfüllten Kinderwunsch. Hierbei handelt es sich primär um etwas Psychologisches und es ist die Aufgabe des Arztes, sich darum zu kümmern. Während sich auf der medizinischen Seite sehr um eine kompetente und professionelle Behandlung der Patienten bemüht wird, entziehen sich die meisten Reproduktionsmediziner hier jedoch beinahe gänzlich ihrer Verantwortung. Finden Informationsabende statt – was nicht in jedem reproduktionsmedizinischen Zentrum der Fall ist – wird hier oftmals überwiegend von Schwangerschaftsraten, Spermienzahl und Eizellqualität geredet. Wenig Beachtung findet hierbei, wie die meisten Patienten die Behandlung erleben. Meistens wird die seelische Belastung der Therapie vor der Behandlung meist nur am Rande erwähnt oder heruntergespielt. Die gegenwärtige Sterilitätstherapie konzentriert sich fast ausschließlich

⁵⁵ Leitlinien der DGPF für Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie, 1999

⁵⁶ zitiert bei: Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein eigenes Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S. 101-102

auf die Behebung körperlicher Defizite beziehungsweise versucht diese durch eine Befruchtung außerhalb des Körpers zu umgehen. Der hohe ärztliche, medikamentöse und finanzielle Aufwand, der betrieben wird, damit eine Frau schwanger wird, steht dabei in einem starken Missverhältnis zum Fehlen jeder Unterstützung und Hilfe, wenn dies nicht gelingt.

Von Beginn an wurde die Reproduktionsmedizin von dieser Kritik begleitet und obschon die mangelnde Sensibilität der Ärzte und die fehlende psychologische Betreuung bereits seit den achtziger Jahren durch Medien, Experten und Betroffene kritisiert wird, hat sich daran trotz einiger Verbesserungen bis heute nur wenig geändert.

Interessant erscheint jedoch, dass gemäß der Richtlinien der Bundesärztekammer und des Beschlusses des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen für die künstliche Befruchtung jedes IVF-Paar Anspruch auf umfassende Beratung hat. Demzufolge darf eine künstliche Befruchtung nur durchgeführt werden, „wenn die Ehegatten zuvor (...) über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden sind“. Das impliziert auch eine Erörterung der „körperlichen und seelischen Belastungen, insbesondere für die Frau, sowie mögliche Alternativen zum eigenen Kind (z.B. Adoption)“.

Allerdings gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen darüber, wie diese Beratung tatsächlich aussehen soll. Im Hinblick auf die Vielzahl von Studien zu jedem – medizinischen – Aspekt der assistierten Reproduktionsmedizin erscheint dies allein als ein merkwürdiger Umstand.

Viele Reproduktionsmediziner argumentieren, für die Beratung nicht zuständig zu sein, was insofern richtig ist, als das die Aufklärung durch einen Arzt, der die reproduktionsmedizinische Behandlung nicht selbst durchführt, erfolgen soll. In der Regel kommt diese Aufgabe dem Hausgynäkologen zu, wobei die meisten Gynäkologen weder über die Zeit noch über ausreichende Kenntnisse verfügen, um die Paare ausreichend zu informieren und zu beraten. So wird dieses Gespräch oftmals zur Formalität. Im ersten Gespräch mit dem Reproduktionsmediziner werden die Patienten zwar über die bevorstehende Behandlung informiert, jedoch stehen hier meistens Hormonpräparate, die Anzahl der Eizellen und die Spermaqualität im Vordergrund. Für das, was vor der Behandlung stattgefunden hat und was hierauf folgen wird, fühlt sich oftmals niemand verantwortlich.

Der Psychologe Tewes Wischmann⁵⁷, Teilnehmer und Herausgeber der Studie „Heidelberger Kinderwunschsprechstunde“, kritisiert, dass in den meisten Zentren immer noch das „Modell Fortpflanzungsfabrik“ dominiert.

Dennoch hat sich in den letzten Jahren einiges verbessert. So wird die Aneignung psychosomatischer Kenntnisse in Zukunft zur Pflicht für Gynäkologen und somit auch für Reproduktionsmediziner. Für wichtig sollte erachtet werden, ein gutes IVF-Zentrum nicht nur an seinen Schwangerschaftsraten, sondern auch daran zu messen, wie zufrieden diejenigen sind, bei denen keine Schwangerschaft, die zur Geburt eines Kindes geführt hat, erreicht werden konnte.

Bezüglich der psychologischen Maßnahmen muss noch erwähnt werden, dass sich zwar viele Paare eine seelische Begleitung wünschen, es auf der anderen Seite jedoch immer noch eine Vielzahl an Patienten mit Vorbehalten gegenüber dieser Maßnahmen gibt. Viele Paare haben Angst, dass ihnen der Kinderwunsch bei der Beratung ausgedreht werden soll. Diese Sorge ist insofern nicht unbegründet, als dass noch immer manche Berater die psychoanalytische Erklärung favorisieren, wonach die Sterilitätsursachen in verdrängten seelischen Konflikten, einer mangelnden Identifikation mit der eigenen Weiblichkeit und einer gestörten Beziehung zur Mutter zu suchen sind. Durch das Vorherrschen solcher Herangehensweisen wird der Zugang zu einer sinnvoll eingesetzten psychologischen Betreuung, die zu einer Belastungsreduktion für die Patienten führen soll, noch erschwert.

Das Konzept der Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde und das Fertility Center Berlin-Charlottenburg, bei denen das Beratungsgespräch als selbstverständlicher Teil am Beginn der Behandlung einfließt, wodurch die Schwelle für die psychologische Betreuung gering gehalten wird, veranschaulichen beispielhaft die Integration psychologischer Maßnahmen innerhalb der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie.

Der psychologische Faktor wird hier schwerpunktmäßig berücksichtigt und ergänzend zu den Maßnahmen der medizinischen Behandlung eingesetzt.

⁵⁷ zitiert bei: Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein eigenes Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S. 101-102

3. Reproduktion, Psychologie und Psychotherapie

3.1 Wo und wie spielen psychische Faktoren eine Rolle bei der Verursachung und Behandlung der Sterilität?

Viele Autoren haben psychische Faktoren im Zusammenhang mit der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung beschrieben. So konnte beobachtet werden, dass bei Frauen mit normaler Ovarialfunktion Störungen auftraten, wenn eine artifizielle Insemination geplant war (De Watteville, 1957). Bei Männern mit normaler Testesfunktion fand sich eine schlechte Spermaqualität, wenn dieses für eine artefizielle Insemination benötigt wurde.

Anhand dieser Beobachtungen zeigt sich, von welcher Bedeutung ein adäquater ganzheitlicher diagnostischer und therapeutischer Ansatz ist, damit im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung nicht noch mehr Probleme erzeugt werden. Die psychologischen Gegebenheiten innerhalb einer Sterilitätsbehandlung können eine große Rolle für den Verlauf und den Erfolg der Behandlung spielen.

In Studien, die sich mit der Bewältigung und den kurzfristigen Folgen der In-Vitro-Fertilisation beschäftigten, konnte überzeugend dargestellt werden, dass die Behandlung eine starke psychische Belastung darstellt (Holmes und Tymstra 1987; Mahlstedt et al. 1987; Hölzle 1986, 1989; Mao und Wood 1984; Stauber et al. 1986).⁵⁸

Es konnte belegt werden, dass es – unabhängig vom Ausgang der Behandlung – u. a. zu einer starken Zunahme des Stresserlebens bei den Frauen kommt und die Partnerschaften bei längerer Behandlungsdauer erheblich belastet sind.⁵⁹

3.1.1 Psychische Mitverursachung der Sterilität

Die ursprüngliche psychosomatische Theoriebildung ging bei nicht vorhandenen organischen Sterilitätsursachen häufig von einer rein psychologischen Verursachung der Kinderlosigkeit bei einem bestimmten Teil der betroffenen Paare aus und forderte in den gegebenen Fällen eine psychoanalytische Behandlung der Fruchtbarkeitsstörung. Diese These konnte in ihrer Rigidität jedoch nicht aufrechterhalten bleiben. Vom heutigen Standpunkt aus muss von einem additiven Effekt psychologischer Faktoren ausgegangen

⁵⁸ Bettendorf und Breckwoldt (1989), Reproduktionsmedizin, Stuttgart, S. 408

⁵⁹ Alexander, Brähler, Goldschmidt, Stöbel-Richter (2003), Studie zum Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit ungewollt kinderloser Paare und dem Behandlungsausgang nach IVF, Leipzig

werden. Mittels der psychophysiologischen Forschung konnte gezeigt werden, dass Stress reproduktive Hormone und das Immunsystem beeinflussen und somit zu einer Störung der Fruchtbarkeit und Verursachung der Sterilität führen kann. Des Weiteren konnten lokale Auswirkungen auf die weiblichen Fortpflanzungsorgane nachgewiesen werden (Reading et al. 1989).

Neben diesen, gegebenenfalls zu einer Fruchtbarkeitsstörung führenden Faktoren, stützen sich aktuelle psychologische Ansätze auf die Annahme, dass das Erleben einer Fertilitätsstörung und die entsprechenden Behandlungen als sehr belastend erfahren werden und physiologische Stressreaktionen auslösen kann.⁶⁰

3.1.2 Psychosozialer Stress und Spermaqualität

Das Spermogramm bietet eine Menge diagnostischer Aussagen über den Grad der Zeugungsfähigkeit eines Mannes.

Gleichwohl systematische Untersuchungen, die die Fragestellung bearbeiten, ob Männer mit auffälligen Spermabefunden auch hinsichtlich bestimmter psychologischer Merkmale auffällig erscheinen und inwieweit Stresssituationen zu einer Veränderung der Spermaqualität führen, sind bisher recht selten.

Studien von Hellheimer et al. (1985) und Hubert et al. (1985) zeigen jedoch anhand einer größeren Stichprobe von Männern mit auffälligen andrologischen Parametern, dass diese mit psychologischen Variablen wie soziale Kompetenz, soziale Anpassung, Realitätsbezogenheit und Selbstsicherheit im Zusammenhang stehen.

Die Untersuchung der Einflüsse kurzfristiger Belastung auf physiologische Parameter der männlichen Fertilität stellt ein weiteres wichtiges Forschungsthema dar. Stauber (1988) konnte nachweisen, dass sich psychosozialer Stress negativ auf die Qualität des Spermas auswirkt. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch Clarke et al. (1999). Stauber konnte darstellen, dass sich die negative Beeinflussung der Parameter des Spermogramms aus der Wirkung von familiärem Stress ableiten lässt.

Bezüglich beruflichen Stresses korrelierten die Angaben von gefühltem Stress im Beruf mit der Spermienzahl, Motilität, Kinetik, Morphologie und Fructosewerten. Je

⁶⁰ Stammer (2001), Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, Dissertation, Insheim, S. 11-12

ausgeprägter sich die einzelnen subfertilen Parameter darstellten, desto größer ist der Anteil an Patienten mit beruflichem Stress. Weiterhin fand Stauber Hinweise dafür, dass die Tätigkeit des Hodens durch nervöse Erregung gestört wird und anatomisch fassbare Veränderungen der Keimdrüsen hervorgerufen werden.

Mc Grady (1984) und Agostini et al (1984) konnten weitere Hinweise auf die Bedeutung von Stress in Bezug auf die männliche Infertilität liefern, in dem sie bei fertilen Männern nach traumatischen Ereignissen – wie z. B. Todesfällen in der Familie, Verlust des Arbeitsplatzes etc. – eine Reduktion des Ejakulatvolumens sowie eine Reduktion der Anzahl und der Motilität der Spermien verbunden mit einem erhöhten Prolaktinspiegel und einem erniedrigten Testosteronspiegel fanden. Bei einer Vergleichsgruppe konnten keine Schwankungen in dieser Richtung gefunden werden.

Eine negative Korrelation von Spermaparametern wie dem Ejakulatvolumen und dem Prozentsatz an Spermien von normaler morphologischer Form mit erlebtem physiologischer und psychologischem Stress konnte Giblin et al. (1988) nachweisen. Darüber hinaus zeigte sich hierbei ein Zusammenhang zwischen guter Spermaqualität und gleichfalls guten adaptiven Fähigkeiten mit Stress umzugehen.

Gutberlet und Hellhammer (1994) sind der Auffassung, dass psychische Belastungen mit destruktiven Auswirkungen auf das Hormonsystem im Ergebnis zu einer Störung der Spermiogenese führen können.

Des Weiteren macht Vogt (1995) auch auf eine Störung des Samentransportes aufmerksam. Die Tatsache, dass es nicht ausreicht, sich bei andrologischen Untersuchungen auf ein Spermiogramm zu verlassen, da Schwankungen des durch Masturbation gewonnenen Spermias nicht selten sind (Heller und Clermont, 1973) ist bekannt. Sodann ist es denkbar, dass es zu diesen Störungen des Samentransports auch während des Geschlechtsverkehrs kommen kann und insbesondere dadurch begünstigt wird, wenn dieser Verkehr zum Konzeptionsoptimum als anspannende Leistungssituation – nun endlich ein Kind zeugen zu wollen – empfunden wird.

Für die Behandlung der Subfertilität haben die zu untersuchenden Zusammenhänge zwischen psychischen Alltagsbelastungen und Spermaqualität eine unmittelbare

Bedeutung. Die Behandlung erfolgte bisher auf der rein medizinischen Ebene, wobei die teure medikamentöse Therapie häufig nicht das gewünschte Ergebnis bringt. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung des psychologischen Aspekt noch.

Nun könnte angenommen werden, dass im Zeitalter der intracytoplastischen Spermieninjektion die Probleme männlicher Subfertilität der Vergangenheit angehören müssten, dennoch sollte hierbei nicht außer Acht gelassen werden, dass es der Wunsch vieler Paare ist, die Zeugung eines Kindes nicht der Medizin allein zu überlassen.⁶¹

3.1.3 Lebenszufriedenheit und Sterilität

Es wird vielfach angegeben, dass sich die ungewollte Kinderlosigkeit sowie die medizinische Behandlung negativ auf die verschiedenen Lebensbereiche von Frauen und Männern auswirkt. Dennoch sind explizite Untersuchungen zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und Lebensqualität selten. Das gründet vermutlich darauf, dass die Determinanten der Lebenszufriedenheit in der wissenschaftlichen Forschung zahlreich und uneinheitlich sind. Einzelne Bereiche wie subjektive Angaben zur Gesundheit, zum Erleben der Partnerschaft oder der Sexualität, der eigenen Person bzw. dem Selbstbild sowie zu sozialen Beziehungen gelten als indirekter Ausdruck der Lebenszufriedenheit und wurden bei kinderlosen Paaren untersucht.

Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit als prognostischer Faktor für den Eintritt einer Schwangerschaft sind von großer Bedeutung, da sie näheren Aufschluss darüber geben können, ob und in welchem Ausmaß die Zufriedenheit einen Einfluss auf das Sterilitätsgeschehen hat.

Strauß et al. (1999) konnten nachweisen, dass Frauen, die nach einem Jahr schwanger wurden, im Erstkontakt über eine höhere Lebenszufriedenheit verfügten, als Frauen, die nicht schwanger wurden.

In einer Studie zum Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit ungewollt kinderloser Paare und dem Behandlungsausgang nach IVF (Goldschmidt, Stöbel-Richter, Alexander, Brähler, 2003) wurde u.a. untersucht, welche Auswirkungen die Behandlung

⁶¹ Brähler und Goldschmidt (1998), Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen, Bern und andere, S. 151-153

und deren Belastungen auf die Lebenszufriedenheit von kinderlosen Frauen und Männern zeigen.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen fielen die Zufriedenheitseinschätzungen in fast allen Lebensbereichen im Vergleich zur Normalbevölkerung auffallend hoch aus. Es wurden kaum Unzufriedenheiten reflektiert. Diese extremen Antworttendenzen legen nahe, dass Männer und Frauen der IVF-Gruppe sehr bestrebt waren, sich insbesondere vor der Behandlung unauffällig und zufrieden darzustellen, da diese eine enorme Bedeutung für sie hat. Das führt häufig dazu, dass die Antworten nach dem Kriterium der sozialen Erwünschtheit erfolgen.

Die jedoch von den Männern angegebene nur mäßige Zufriedenheit bezüglich der sozialen Kontakte weist daraufhin, dass sich ungewollt kinderlose Paare mit zunehmender Dauer des unerfüllten Kinderwunsches verstärkt sozial zurückziehen.

Signifikant unzufriedener mit dem Bereich „Ehe und Partnerschaft“ zeigten sich beim zweiten Befragungszeitpunkt im Vergleich zum ersten Befragungszeitpunkt Paare, die durch die Behandlung kein Kind bekamen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich eine erfolglose Behandlung negativ auf die Paarbeziehung auswirken kann.

Bei Frauen die später einen Abort hatten, konnte bereits vor dem Behandlungsbeginn eine signifikant niedrigere allgemeine Lebenszufriedenheit und eine signifikante Unzufriedenheit mit ihrer Gesundheit dokumentiert werden im Vergleich zu den Frauen, die durch die Behandlung ein Kind bekamen. Ein Abort wird von beiden Partnern als sehr belastend und mit vielen Unzufriedenheiten verbunden erlebt. So konnte bei den Frauen sowie den Männern der Gruppe „Abort“ zum zweiten Befragungszeitpunkt eine allgemeine Abnahme der Lebenszufriedenheit registriert werden.

Da bei diesen Paaren über den Verlust der eigenen Fertilität hinaus noch der Verlust eines Kindes verarbeitet werden muss, auf den neben einer verstärkten Lebensunzufriedenheit insbesondere die Männer auch mit Selbstwertkrisen reagieren, sehen die Autoren hier unbedingt eine psychologische „Nachsorge“ oder mindestens ein psychologisches Angebot im Rahmen der medizinischen Behandlung indiziert.

Ausgrund der vorliegenden Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass Paare – insbesondere Frauen – die bereits bei Behandlungsbeginn sehr unzufrieden sind, eine Risikogruppe darstellen. Die intensive akute oder chronische Belastung durch die IVF-

Behandlung kann mit psychophysiologischen Stressreaktionen einhergehen, wodurch ein Abort begünstigt werden könnte.

Auf diesen Erkenntnissen basierend wäre es sehr wichtig, diese Paare zu identifizieren und ihnen von einem sofortigen Beginn der Behandlung abzuraten.

Unter Berücksichtigung einer ganzheitlichen, psychosomatisch orientierten Sichtweise sollte eine Behandlung erst begonnen werden, wenn die Lebenszufriedenheit der Paare wieder gestiegen ist und eine Stabilisierung stattgefunden hat. Da der behandelnde Arzt dem Paar hierbei Einsicht in ganzheitliche, psychosomatische Zusammenhänge ermöglichen sollte, setzt dies zunächst voraus, dass er eine gute Arzt-Patient-Beziehung herstellen kann. Die Autoren erachten hier gleichfalls das Führen psychotherapeutischer Gespräche als eine wichtige Maßnahme, um klären zu können, ob es sich um strukturelle Unzufriedenheiten bedingt durch konkrete Lebensumstände handelt oder gravierende psychische Probleme dafür Verantwortung tragen, die einer weiteren Klärung bedürfen würden.

Als prognostischer Faktor für den Behandlungserfolg wurde die Lebenszufriedenheit in wissenschaftlichen Studien bisher nicht berücksichtigt, weshalb die Ergebnisse dieser Studie, die Lebenszufriedenheit als prognostischen Faktor für den Behandlungserfolg nachweisen, vorsichtig interpretiert werden sollten.

Die Ergebnisse der Studie zeigen zudem, dass es bei Paaren, bei denen sich durch die Behandlung keine Schwangerschaft eingestellt hat, zu vermehrten Konflikten in der Partnerschaft kommt. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass bei einer Fortsetzung der Behandlung weitere Misserfolge diese Situation erheblich verschärfen würden. Um hierbei stärkeren Beziehungskonflikten vorbeugen zu können, ist anzuraten, das Paar bei der Verarbeitung dieser Misserfolge durch psychologische Interventionen adäquat zu unterstützen.⁶²

3.1.4 Einfluss psychologischer Interventionen auf die Compliance

Die Compliance hat aufgrund ärztlicher Besorgnisse und wissenschaftlichen Interesses immer mehr an Bedeutung gewonnen. Unter dem Begriff „Compliance“ versteht man den Grad, in dem das Verhalten einer Person mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korreliert, zum Beispiel in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten, bei der

⁶² Alexander, Brähler, Goldschmidt, Stöbel-Richter (2003), Studie zum Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit ungewollt kinderloser Paare und dem Behandlungserfolg nach IVF, Leipzig

Veränderung des Lebensstils oder allgemein bei der Bereitschaft, professionelle Hilfe aufzusuchen und sich an die therapeutischen Maßnahmen und Regeln zu halten.⁶³ Gleichfalls wird unter Compliance ein Prozess der Therapieoptimierung verstanden, an dem Patient und Therapeut gleichermaßen beteiligt sind.

Insbesondere die Interaktion zwischen Arzt und Patient sollte fokussiert werden, da die in ihr enthaltenen Elemente der Kommunikation, die gegenseitige Erwartung und die Zufriedenheit ausschlaggebend an dem Ausmaß der Compliance beteiligt sind (vgl. Schneller et al. 1980).

So konnten Sackett und Haynes (1976) zeigen, dass eine gute Information und Aufklärung über eine Erkrankung bzw. Diagnose einen hohen Stellenwert (71%) für den Compliance-Prozess einnimmt. Von Bedeutung ist gleichfalls der Schluss, dass es für den Patienten bei wenigen oder kurzen Arzt-Kontakten kaum möglich ist, ausreichende und zufrieden stellende Informationen zu erhalten (Ley 1982, Raspe 1976). Es konnte durch Untersuchungen bestätigt werden, dass ein bestimmter Zeitaufwand von Seiten des Therapeuten positiv mit dem Compliance-Verhalten der Patienten einhergeht (Haynes 1974). Davis (1968 a) konnte anhand seiner Untersuchung belegen, dass ärztliche Anweisungen vom Patienten später eher befolgt werden, wenn es dem Patienten und Therapeuten gelingt, in einem vorangegangenen Gespräch Spannungen und Ängste abzubauen. Effektive Kommunikation fördert die Compliance unter anderem dann, wenn ein großer Anteil Feedback des Therapeuten zum Patienten (Haynes 1974) und vom Patienten zum Therapeuten (Svarstad 1974 und 1976) in den Gesprächen enthalten ist und entstehende Spannungen sogleich adäquat angegangen werden.

Vielfach konnte der Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit und Non-Compliance des Patienten gezeigt werden (vgl. Alpert 1964, Diamond et al. 1968, Kasl 1975, Matthews und Hingson 1977). Untersuchungen zur Zufriedenheit mit der Kommunikation (Ley et al. 1976 b) und der Zufriedenheit mit der Beratung (Korsch et al 1968) wurden durchgeführt, wobei dargestellt werden konnte, dass die Qualität des Informationsaustausches zwischen Patient und Arzt besonders relevant für die Zufriedenheit des Patienten und somit auch für die Compliance ist (vgl. Waitzkin und Stoeckle 1972). Waitzkin und Stoeckle (1976) konnten weiter zeigen, dass sich die Patienten häufiger über mangelnde Information und Beratung beklagten als über irgendeinen anderen Aspekt der medizinischen Betreuung.

⁶³ Haynes, Sackett und Taylor (1986), Compliance Handbuch, München, 2. Auflage, S. 11-12

Nach Ley (1982) wurde das Ausmaß an Unzufriedenheit mit der Kommunikation im medizinischen Bereich in empirischen Arbeiten mit 35-40% angegeben.

Es kann zusammengefasst werden, dass Patienten-Non-Compliance infolge von Unzufriedenheit dadurch begünstigt wird, dass beim Patienten das Gefühl entsteht, zu schnell untersucht worden zu sein, bestimmte Erklärungen und Zuspruch erwartet werden, die nicht erfolgen, sich der Patient nicht richtig eingeschätzt und verstanden fühlt und es nicht gelingt, emotionale Spannungen abzubauen (Korsch et al. 1968, Francis et al 1969, Geertsen et al. 1973, vgl. Schneller et al. 1980).⁶⁴

3.1.5 Beratungs- und Psychotherapiebedarf von Paaren mit Fertilitätsproblemen

Der unerfüllte Kinderwunsch stellt für das betroffene Paar häufig eine schwere Lebenskrise dar, hinzu kommen darüber hinaus die diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Reproduktionsmedizin, die sich seelisch sehr belastend auswirken können. Stauber (1994) sieht darin die Wichtigkeit für eine psychosomatische Betrachtungsweise bei unerfülltem Kinderwunsch.

Im Gegensatz dazu eröffnen alle neueren Überblicksarbeiten, in denen empirische Studien mit hohen methodischen Standards zusammenfassend bewertet werden, dass keine wesentlichen Unterschiede bezüglich psychologischer Auffälligkeiten bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch im Vergleich zur Kontrollgruppe bestehen (Dunkel-Schetter und Lobel 1991, Nijs und Demyttenaere 1989, Wischmann et al. 2000).

Obschon die Paare in Bezug auf Fragebogendaten im Durchschnitt klinisch unauffällig erscheinen, leiden doch einige sehr unter der ungewollten Kinderlosigkeit und suchen dadurch bedingt professionelle Hilfe, um die Fertilitätskrise zu bewältigen.

Freeman et al. (1985) konnte zeigen, dass 49% der Frauen und 15% der Männer die Unfruchtbarkeit als sehr beunruhigend und als die traurigste Erfahrung in ihrem Leben empfinden.

In einer Untersuchung von Paulson et al. (1988) stellte sich bei normalen psychologischen Testergebnissen heraus, dass 18% der Frauen während der diagnostischen Phase der Sterilitätsbehandlung psychologische Beratung aufsuchten.

⁶⁴ Gietmann, Maas und Spörkel (1985), Compliance im therapeutischen Prozess, Marburg, S. 4-30

Daniluk konnte 1988 anhand einer Studie zeigen, dass 90% der Paare mit durchschnittlichen Testwerten, die keine psychische Beeinträchtigung oder Partnerschaftsprobleme suggerierten, eine psychologische Beratung im Rahmen ihrer Sterilitätstherapie befürworteten.

Shaw et al. (1988) konnte belegen, dass sich 50% der sich in der Wartezeit vor einer IVF-Behandlung befindlichen Paare eine psychologische Beratung für diese Zeit erwünschten.

66% der Frauen und 40% der Männer gaben in einer Untersuchung von Baram et al. (1988) an, nach einer erfolglosen IVF-Behandlung an Depressionen zu leiden.

Eine längerfristige Beratung nach einer erfolglosen IVF-Behandlung wurde von 24% der Frauen und 13% der Männer als hilfreich eingeschätzt.

Nun stellt sich die Frage, wie das Fehlen messbarer psychischer Auffälligkeiten von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch bei empirischen Studien mit dem klinischen Eindruck, aus dem hervorgeht, dass das Erleben von Sterilität und ihrer Behandlung extrem belastend sein kann und die Patienten infolgedessen in einem hohen Maße psychologische Unterstützung einfordern, in Übereinstimmung zu bringen ist.

Reading (1991) fasst mögliche Erklärungen, wie die bisherigen Forschungsmethodologien die Komplexität der untersuchten Phänomene verdecken können, wie folgt zusammen:

- Die bisher angewandten Messinstrumente sind vermutlich nicht geeignet, Veränderungen in der individuellen Belastung oder z. B. situativ auftretende Traurigkeit zu erfassen.
- Die Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch könnte nur für vulnerable Paare so stark sein, dass psychologische Unterstützung notwendig wird.
- Die Fragebögen werden womöglich unter dem Kriterium der sozialen Erwünschtheit ausgefüllt (Strauß 1991), da es sich um ein psychologisches Screening handelt, welches Einfluss auf die weiterführende medizinische Behandlung hat.

- Mazure et al. (1988) konnten belegen, dass sterile Paare dazu neigen, Stressgefühle und Angst zu unterdrücken.
- Psychologische Testergebnisse können stark in Abhängigkeit zum Zeitpunkt der Durchführung stehen. Wird die Testung zum Beginn einer Behandlung in einer universitären Einrichtung durchgeführt, sind die Probanden möglicherweise noch in einer optimistischen Verfassung und geneigt, ihre Erfolgchancen zu überschätzen (Reading 1989).
- Von Bedeutung könnte auch sein, dass sich aus psychologischer Sicht nur die stabilsten Betroffenen den anstrengenden und beeinträchtigenden Behandlungen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterziehen (Conolly et al. 1993).
- Eine Fertilitätsstörung und die mit ihr einhergehenden psychischen Reaktionen unterliegen einer großen Bandbreite möglicher individueller Unterschiede, z. B. bezüglich individueller Bewältigungsstrategien und der Wahrnehmung möglicher Alternativen zum Kinderwunsch.

Es herrscht grundsätzlich Übereinstimmung über die Notwendigkeit unterstützender psychologischer Interventionen für Paare in Kinderwunschbehandlung.

Alle bisher präsentierten Forschungsergebnisse konnten darstellen, dass der unerfüllte Kinderwunsch, die Diagnose einer Fertilitätsstörung und deren medizinische Behandlung zumindest für Teilgruppen ungewollt kinderloser Männer, Frauen und Paare mit größeren psychischen Belastungen einhergehen.

Dies weist deutlich auf die Notwendigkeit von psychologischen Interventionen im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie hin.⁶⁵

⁶⁵ Stammer (2001), Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, Dissertation, Insheim, S. 9-11

3.2 Psychologische Interventionen im Rahmen der Sterilitätsbehandlung

3.2.1 Einfluss von psychologischer Beratung und Therapie auf Ergebnis und Dauer der Sterilitätsbehandlung

Auf dem Gebiet der Fertilitätsstörungen existieren trotz der intensiven psychologischen Forschungstätigkeit der letzten 20 Jahre nur wenige kontrollierte klinische Studien zur Effektivität psychologischer Interventionen bei unerfülltem Kinderwunsch.

Bents (1991) publizierte eine entsprechende Arbeit, in der er verhaltenstherapeutische Interventionen durchführte. In seinem Modell wurde grundlegend von einem negativen Einfluss psychosozialer Belastungen, die sich auf die reproduktiven Systeme von Mann und Frau auswirken, ausgegangen. Partnerschaftskonflikten sowie Kommunikationsproblemen werden dabei eine wesentliche Mediatorenfunktion beigemessen. Auf dieser Basis wurde eine verhaltenstherapeutische Paartherapie durchgeführt, deren Zielsetzung darin bestand, durch Veränderungen der partnerschaftlichen Interaktion Verbesserungen in der Fortpflanzungsfähigkeit sowie in der Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches zu erreichen.

Nach Beendigung eines verhaltenstherapeutischen Paartherapie-Programms (Hahlweg et al. 1982) trat innerhalb der nachfolgenden vier Monate bei fünf von fünfzehn Paaren eine Schwangerschaft ein. Im Gegensatz dazu stellte sich in der Wartezeit und während der Therapie keine Schwangerschaft ein. Bei den Männern stieg nach Abschluss der Therapie die Spermienzahl hochsignifikant an.

Hypothesenkonform veränderten sich die gemessenen psychosozialen Parameter unter der Experimentalbedingung und waren durch reduzierte Belastungen und Verbesserungen in der Stressverarbeitung charakterisiert. Die Effekte zeigten sich über die Zeit stabil. In der Experimentalgruppe zeigte sich die Schwangerschaftsrate von 33% gegenüber der Kontrollbedingung sowie gegenüber den bekannten Raten der Spontankonzeptionen von 10-20% bei langfristig kinderlosen Paaren deutlich überlegen.

Anhand der Ergebnisse kann belegt werden, dass psychologische Interventionen einen fertilitätssteigernden Effekt haben und das Ergebnis einer Sterilität positiv beeinflussen können. Gleichmaßen wird an dieser Stelle erneut die Bedeutung von psychosozialen Stress auf die Fortpflanzungsfähigkeit in einem klinisch relevantem Maß hervorgehoben. Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass psychologische Beratung oder Therapie

durch die allgemeine Verbesserung der psychosozialen Lage – unabhängig von dem Eintritt einer Schwangerschaft – positive Auswirkungen auf die Lebensqualität haben kann und das unabhängig von der Erfüllung des Kinderwunsches.

Eine neuere verhaltenstherapeutische Studie von Tuschen-Caffier et al. (1999) kommt mit einem anderen Interventionsansatz zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Autoren konnten darlegen, dass ihr paartherapeutisches Vorgehen – wobei ein Schwerpunkt in der Veränderung des sexuellen Verhaltens und Erlebens lag – Hilflosigkeitsgefühle und Stresserleben in der Partnerschaft reduzieren konnte. Es konnte eine Verbesserung der Spermaqualität sowie eine Geburtenrate von 30% nachgewiesen werden. Allerdings konnte durch das Führen von Fertilitätsbüchern vor Therapiebeginn festgestellt werden, dass sechs von zwölf Paaren keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen hatten, darüber hinaus wurde von 14% der Paare die fruchtbare Zeit nicht korrekt markiert, ein Aspekt der Studie, der nicht eben die Bedeutung der Psychotherapie für die Verbesserung der Fertilität zu stützen scheint.

Sarrell und DeCherney (1985) führten eine Studie durch, an der 20 Paare mit sekundärer Sterilität ohne erkennbare organische Ursache teilnahmen. Zu Beginn der medizinischen Behandlung wurden mit zehn randomisiert zugewiesenen Paaren in Anwesenheit des behandelnden Reproduktionsmediziners Interviews durch einen Psychotherapeuten durchgeführt und besprochen. Sechs der zehn Frauen waren nach 18 Monaten schwanger, während in der Kontrollgruppe nur bei einer von neun Frauen eine Schwangerschaft eintrat.

Die bisher umfangreichste Katamnese-Studie präsentierte Kemeter (1993) an einem reproduktionsmedizinischen Zentrum, wobei er den Schwerpunkt auf die Analyse spontan eingetretener Schwangerschaften legte. Die Stichprobe umfasste 413 Frauen, welche sich im Verlauf von zehn Jahren an einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterzogen haben. 17% der Frauen sind in einem Zeitraum von 1-10 Jahren nach der letzten Konsultation spontan schwanger geworden, davon 8% nach heterologer Insemination und 11% nach In-vitro-Fertilisation. Nach psychosomatisch orientierter Beratung hingegen trat bei 30% eine Schwangerschaft ein.

Frauen, die später spontan Kinder gebären, führten dies zu 69% auf den nachlassenden psychischen Druck zurück, dem sie sich durch innere und äußere Ursachen ausgesetzt fühlten.

In den letzten 20 Jahren wird ein dauerhafter Abschied vom Kinderwunsch durch die ständige Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten immer wieder neu in Frage gestellt. Für die Mehrzahl der Paare beinhaltet jede neue Behandlungsmethode einen neuen Kreislauf von Hoffnung, Bangen und Enttäuschung. Das führt oftmals dazu, dass das „psychische Durchhaltevermögen“ immer stärker strapaziert wird. Für Paare, die sich in einer solchen dauerhaften Krise befinden, können qualifizierte psychologische Behandlungsangebote hilfreich und unterstützend sein und zwar nicht nur zur besseren Bewältigung der medizinischen Behandlung, sondern auch um diese gegebenenfalls beenden zu können.

Psychologische Maßnahmen können einerseits insofern die Dauer einer Sterilität beeinflussen, als das sie – wie oben aufgeführt – den Eintritt einer Schwangerschaft positiv beeinflussen, so dass die Paare demzufolge aus der Behandlung ausscheiden.

Paare mit frustriertem Kinderwunsch können gleichfalls durch adäquate psychologische Maßnahmen hilfreich bei der Bewältigung der Fertilitätskrise und der Erarbeitung neuer Lebensperspektiven unterstützt werden. Eine Anpassung an eine kinderlose Situation soll dabei erleichtert werden, so dass die betroffenen Paare durch eine positivere Grundstimmung und neue Perspektiven in die Lage versetzt werden, die invasive reproduktionsmedizinische Sterilitätsbehandlung beenden zu können.

3.2.2 Psychologische Beratung und Therapie als psychische Entlastung

Im Rahmen der Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde (Wischmann 1998) stellte die psychische Entlastung ein Hauptziel der psychologischen Beratung und Therapie dar, welches durch eine nachgewiesene Abnahme der mit dem unerfüllten Kinderwunsch einhergehenden Belastung erreicht wurde.

Es konnte belegt werden, dass ein positiver Effekt von Paarberatung und Paartherapie auf die zentralen Kennwerte „Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch“ und „Stärke des Kinderwunsches“ hypothesenkonform eintrat. Der Kinderwunsch war sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern nach Beratung und Therapie signifikant geringer. Bezüglich der Frauen konnte überdies ein stärkerer Effekt der Paartherapie im Vergleich

zur Beratung in Anbetracht auf die Reduktion der Kinderwunschstärke statistisch abgesichert werden.

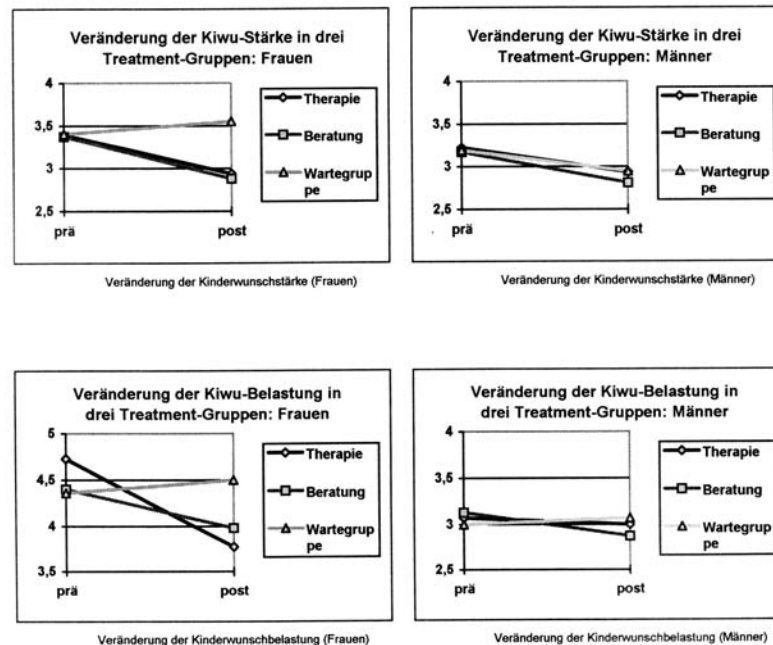
Die psychische Entlastung konnte sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern nachgewiesen werden und erreichte bei den Frauen ein deutliches statistisches Signifikanzniveau.

Die Effekte der psychologischen Beratung und Therapie sind in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.⁶⁶

Vergleichsgruppe	Veränderung der Kiwu-Stärke		Veränderung der Kiwu-Belastung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Wartegruppe	+0,15 3,40⇒3,55	-0,24 3,19⇒2,95	+0,14 4,36⇒4,50	+0,07 3,00⇒3,07
Beratungsgruppe	-0,48 3,37⇒2,88	-0,35 3,17⇒2,81	-0,43 4,40⇒3,98	-0,26 3,13⇒2,87
Therapiegruppe	-0,44 3,39⇒2,94	-0,28 3,22⇒2,94	-1,07 4,73⇒3,77	-0,07 3,07⇒3,00

KIWu=Kinderwunsch; Mittelwerte nur für Patienten mit gültigem Prä- und Post-Wert
(Abweichungen der Differenzen durch Rundungsfehler; Prä/Post-Werte kursiv)

(Abb. 10, Quelle: Wischmann, 1998, Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 92)



(Abb. 11, Quelle: Wischmann, 1998, Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 93)

⁶⁶ Wischmann (1998), Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde, Heidelberg, S. 92-93

Stewart et al. (1992) untersuchten Paare, die an einer spezialisierten Klinik eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchführen ließen und darüber hinaus an einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie teilnahmen. Dieses Angebot wurde von 25 Männern und 39 Frauen beendet. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte durch die Teilnahme an dem psychologischen Angebot eine signifikante Reduktion der Beschwerden in Bezug auf Depressivität, Ängstlichkeit, zwanghaftes Verhalten und Aggressivität und draus resultierend eine Abnahme der psychischen Belastung erzielt werden.

Die dargestellten Untersuchungen lassen deutlich erkennen, dass bereits mit wenigen Sitzungen messbare Therapieeffekte bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch erreicht werden können. Die Betroffenen, insbesondere die Frauen, sind nach der psychologischen Intervention in der Regel weniger ängstlich und depressiv, zudem wird meistens auch eine allgemeine Verbesserung der Lebensqualität registriert werden.

Diese Effekte sind zwar primär unabhängig vom Eintritt einer Schwangerschaft zu betrachten, allerdings beeinflussen verhaltenstherapeutische Maßnahmen die Schwangerschaftsrate bisher positiver und wirken erfolgreicher an deren Steigerung mit als andere therapeutischen Verfahren. Nach psychologischen Interventionen konnte eine Schwangerschaftsrate von durchschnittlich ca. 30% erzielt werden!

Dieser Hintergrund und die nachgewiesene psychische Entlastung durch psychologische Interventionen untermauert die Indikation und Dringlichkeit für die psychologische Beratung und Therapie innerhalb der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie noch.⁶⁷

3.2.3 Präventivmedizinische Bedeutung bei frustranem Kinderwunsch

Die positiven und entlastenden Auswirkungen psychologischer Beratung und Therapie im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie sind vorangehend erläutert worden.

Es stellt sich nun die Frage, wie sich eine therapeutisch frustran bleibende Sterilität bei den betroffenen Paaren auswirkt und ob es sinnvoll erscheint, dass begleitend zur Sterilitätstherapie eine psychologische Betreuung eingesetzt wird, welche präventiv wirkend eine adäquatere Verarbeitung der ungewollten Kinderlosigkeit ermöglicht.

⁶⁷ Stammer (2001), Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, Dissertation, Insheim, S. 15-18

Immerhin fallen laut Prof. Dr. Heribert Kentenich 30-40% der Frauen nach einer erfolglosen Therapie phasenweise in eine Depression.

Eine Studie des Jenaer Instituts für medizinische Psychologie ergab zwar, dass Paare, deren Kinderwunsch nicht in Erfüllung gegangen ist, langfristig genauso glücklich und zufrieden und nicht kränker oder gesünder als andere Menschen sind. Allerdings ergab die Untersuchung auch, dass Paare, die nach gescheiterter Sterilitätstherapie keine alternativen Lebensentwürfe entwickeln konnten und Paare, bei denen die Schuld eine große Rolle spielt, gefährdet seien.⁶⁸

Vor diesem Hintergrund erscheint eine psychologische Betreuung indiziert, da diese nicht nur die Belastungen der Sterilitätstherapie verringert, sondern auch der Erarbeitung neuer Lebensperspektiven eine große Bedeutung beimisst.

Schulz-Ruhtenberg (1980) legte Ergebnisse aus einer Nachuntersuchung von Paaren über die Auswirkung und Verarbeitung eines nicht erfüllten Kinderwunsches vor. Im Vergleich zu Frauen ohne Kinderwunschproblematik fiel hierbei auf, dass Frauen aus kinderlos gebliebenen Ehen Tendenzen und signifikante Hinweise zeigen, die auf eine eingeschränkte Lebensverwirklichung schließen lassen. So stellen sich die Frauen mit frustriertem Kinderwunsch in ihrer beruflichen Situation weniger zufrieden dar, zudem empfinden sie auch ihre Partnerbeziehung negativer als die Kontrollgruppe. Eindrucksvoll imponierte, dass kinderlos gebliebene Frauen nach Abschluss der Sterilitätsbehandlung vermehrt psychosomatische Symptome aufwiesen. So konnten signifikant mehr Dysmenorrhöen, Unterbauchbeschwerden, Obstipationen und sexuelle Funktionsstörungen beobachtet werden. Des Weiteren wurden Abweichungen in der Kontaktfrequenz deutlich. Die Frauen aus den kinderlos gebliebenen Ehen verfügen zwar im Vergleich zur Kontrollgruppe über einen ähnlich großen Freundes- und Bekanntenkreis, distanzieren sich jedoch auffällig und zeigen somit eine Tendenz zur sozialen Isolation.⁶⁹

Der Mann aus steril gebliebenen Ehen zeigt im Durchschnitt ähnliche Verarbeitungsstörungen wie seine Frau. Im Hinblick auf ein Vergleichskollektiv blieb die Freude am Beruf bei den Männern mit frustriertem Kinderwunsch deutlich zurück. 29% dieser Männer berichteten über funktionelle Sexualstörungen seit dem Zeitpunkt der

⁶⁸ Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S. 111

⁶⁹ Schulz-Ruhtenberg (1980), Untersuchung über Auswirkung und Verarbeitung eines nicht erfüllten Kinderwunsches, Dissertation, Berlin, S. 16-21, 28-30, 49-50

zunehmenden Gewissheit über den unerfüllten Kinderwunsch. Dies war besonders auffällig bei Männern, die mit den Befunden pathologischer SpermioGrammparameter konfrontiert worden waren.

Zusammenfassend resultiert aus dieser Nachuntersuchung, dass der nicht erfüllbare Kinderwunsch für die meisten betroffenen Frauen eine starke narzisstische Kränkung bedeutet. Dies stellt sich auch in Form einer depressiven Grundstimmung, einer vermehrten Isolierung und unterschiedlichsten Somatisierungen dar. Allein durch das Auftreten vermehrt psychosomatischer Symptome wurde eine Einschränkung der Lebensperspektive gesehen.

Die Darstellung der Nachuntersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass der nicht erfüllbare Kinderwunsch häufig einen schwer lösbaren Konflikt für die betroffenen Paare darstellt, welcher in seinen Auswirkungen ein Krankheitsbild mit hohem Leidensdruck zur Folge haben kann.⁷⁰

Die Ergebnisse repräsentieren das Ausmaß psychischer Belastungen, unter denen Paare mit nicht erfülltem Kinderwunsch leiden. Es wird deutlich, welche Bedeutung begleitenden psychologischen Maßnahmen im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie zukommt, zum einen aufgrund der mit der Behandlung einhergehenden Belastungen, zum anderen wegen der Auseinandersetzung mit dem vielleicht nicht erfüllbaren Kinderwunsch. Es wurde vorstehend dargelegt, dass die Intensität des Kinderwunsches durch psychologische Interventionen gesenkt werden konnte. Weiter konnten durch eine ressourcenorientierte Vorgehensweise innerhalb der psychologischen Maßnahmen neue Lebensperspektiven erarbeitet werden, die eine bessere Bewältigung der durch den unerfüllten Kinderwunsch ausgelösten Krise ermöglichten und zur Eröffnung neuer Lebensperspektiven führten.

Hieraus folgt, dass eine präventiv orientierte psychologische Beratung oder Therapie eine bessere Verarbeitung der Kinderlosigkeit ermöglichen, die zum Vermeiden und zur Reduktion späterer psychosomatischer Leiden beiträgt.

Dieser Effekt erleichtert nicht nur die belastende Situation für die betroffenen Paare, sondern wirkt sich darüber hinaus auch in gesundheitspolitischem Bezug günstig aus, da den Kosten, die durch langfristige Behandlungen verschiedenster Somatisierungen und

⁷⁰ Stauber in Bettendorf und Breckwoldt (1989), Reproduktionsmedizin, Stuttgart, S. 392-393

psychischer Leiden als Ergebnis des unerfüllten Kinderwunsches entstünden, vorgebeugt werden kann bzw. diese eingedämmt werden können.

4. Zusammenfassung

Vorstehend konnte gezeigt werden, dass die psychologische Beratung und Begleitung von Kinderwunschpaaren als integraler Bestandteil der Sterilitätstherapie gleich in mehrfacher Hinsicht positive Effekte zeigt.

Innerhalb der Reproduktionsmedizin wird es nach wie vor oftmals als alleinige Aufgabe verstanden, den betroffenen Frauen zu einer Schwangerschaft zu verhelfen. Endet diese in einem Abort – für den Arzt bedeutet dies dennoch einen positiven Vermerk in seiner Statistik, für das betroffene Paar dagegen eine persönliche Tragödie – oder bleibt die Behandlung erfolglos, fühlt sich meistens niemand verantwortlich. Neben der fachkompetenten medizinischen Behandlung scheint für eine psychologische Begleitung weder Zeit, noch stehen dafür die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung.

Es sollte als dringende Zielsetzung der Reproduktionsmedizin aufgefasst werden, diese Lücke der Verantwortlichkeit zu füllen, indem den Patienten eine psychologische Begleitung angeboten wird, die die psychischen Belastungen der Behandlung erträglicher macht und die gegebenenfalls auch auf ein Leben ohne Kind vorbereitet.⁷¹

Betrachtet man im Einzelnen die durch psychologische Interventionen erzielten Effekte, wie z.B. das Nachlassen der psychischen Belastung, die Verringerung der Kinderwunschstärke, ein früheres Ausscheiden aus der kostenintensiven und belastenden reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie und die Erarbeitung neuer Lebensperspektiven, wodurch die Patienten befähigt werden, auch nach einem erfolglosen Ausscheiden aus der Sterilitätstherapie ein zufriedenes und „gesundes“ Leben zu leben, unterstreicht dies die Bedeutung der psychologischen Betreuung innerhalb der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie.

⁷¹ Spiewak (2002), Wie weit gehen wir für ein eigenes Kind?, Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt a. M., S.101-102

Eine psychologische Betreuung, die von Beginn an auch die Erarbeitung neuer Lebensperspektiven einbezieht, ermöglicht so bei einem eventuellen Misserfolg einen besseren Umgang mit der Situation und beugt möglichen Spätfolgen vor.

Die Ergänzung der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie durch die psychologische Beratung und Therapie erscheint danach dringend indiziert, um durch die nachgewiesene psychische Entlastung eine ganzheitliche Versorgung der Patientin gewährleisten zu können. Eine dahingehend optimierte Behandlung wird letztendlich auch zu einer erhöhten Kosten-Nutzen-Effektivität und effizienteren Behandlung führen.

Die Feststellung, dass die meisten Patienten bereits ein bis zwei psychologische Beratungsgespräche sehr hilfreich und unterstützend empfinden und nur wenige Betroffene eine mehrstündige Therapie benötigen, lässt zudem den hierfür zu treibenden finanziellen Aufwand übersichtlich erscheinen. Erstrebenswert wäre es somit, wenn die psychologische Beratung gleich zu Beginn der Untersuchungen begleitend in das Behandlungskonzept integriert würde, um so die Schwelle für die psychologische Betreuung niedrig zu halten. Schließlich erscheinen die Kosten für zwei Gesprächsstunden mit einem geschulten Psychologen im Verhältnis zu den Gesamtkosten der bis ca. 4.000,- Euro teuren IVF- und ICSI-Behandlungen marginal.

Auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht und insbesondere vor dem Hintergrund der stetigen Bemühungen um eine Eindämmung der bislang expansiven Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bleibt die Beurteilung des Effekts einer psychologischen Beratung bzw. Begleitung im Rahmen der Sterilitätstherapie positiv.

Dabei ist zu bedenken, dass die Ausgaben für die künstliche Befruchtung mit einem Anteil von nur rund 0,83 % an den Gesamtausgaben aller gesetzlichen Krankenversicherungen eher unwesentlich sind (vgl. S. 26), so dass sich die durch die seit dem 01.01.2004 geltende neue Kostenregelung in diesem Bereich erzielten Einsparungen auf die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen nicht merklich auswirken werden.

Demgegenüber werden nach Inkrafttreten der neuen Kostenregelung nicht alle Paare mit unerfülltem Kinderwunsch über die finanziellen Möglichkeiten für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung verfügen. Der volkswirtschaftliche positive Aspekt der

Erzeugung von Kindern in einer überalternden Gesellschaft und die Anzahl der jährlich durch reproduktionsmedizinische Verfahren erzeugten Kinder, die potenziell alle in unser Steuer- und Rentensystem einzahlen werden, lässt die durch die Gesundheitsstruktur-reformen angeordneten Einsparungen fraglich erscheinen.

Schließlich stellt sich auch hier die Frage, ob es unter dem Gesichtspunkt des gleichen Zugangs aller Bevölkerungsgruppen zu medizinischer Versorgung vertretbar ist, wenn die Möglichkeit, Kinder zu bekommen, einem Teil der von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffenen aufgrund der nunmehr angehobenen Kostenbeteiligung unzugänglich bleibt, während sich ein anderer Teil diese Behandlung erkaufen kann.

Als Fazit bleibt somit festzuhalten, dass die Ergänzung der reproduktionsmedizinischen Sterilitätstherapie durch psychologische Beratung oder Therapie zu einem optimierten Behandlungsangebot und einer besseren Kosten-Nutzen-Effektivität führt und aufgrund dessen als Standard etabliert werden sollte.

Literaturverzeichnis

Ärzte-Zeitung	Meldung	26.05.2004
Ärzte-Zeitung	Meldung	22.10.2003
Alexander, H. Brähler, E. Goldschmidt, S. Stöbel-Richter, Y.	Studie zum Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit ungewollt kinderloser Paare und dem Behandlungsausgang nach IVF	Leipzig, 01/2003
Bender, Hans Georg Diedrich, Klaus, Künzel, Wolfgang	Endokrinologie und Reproduktionsmedizin III	4. Auflage, München, Wien, Baltimore, 1998
Bettendorf, Gerhard Breckwoldt, Meinert	Reproduktionsmedizin	Stuttgart, 1989
Brähler, Elmar Goldschmidt, Susanne	Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen	Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1998
Brähler, Elmar Stöbel-Richter, Yve	Pressemitteilung zur Vorstellung der Studie „Die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik“	29.01.2004
Bundesgesetzblatt	Teil 1	2003

Bundestagsdrucksache 15/1525	Begründung des gemeinsamen Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen für ein Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung	08.09.2003
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPF)	Leitlinien für psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Sterilität	04/1999
Fischer, Thomas	Kommentar zum Strafgesetzbuch und Nebengesetzen, 49. Auflage	München, 1999
Gietmann, M. Maass, M. Spörkel, H.	Compliance im therapeutischen Prozess	Marburg, 1985
Haynes, R. B. Sackett, D. L. Taylor, D. W..	Compliance Handbuch, 2. Auflage	München, 1986
Michel, Karl-Georg	Tabu-Thema Kinderlosigkeit, Die Tagespost, Nr. 14	03.02.2004
Petersen, Anne	Die Träume der kinderlosen Frauen, Welt am Sonntag, Nr. 2	11.01.2004
Robert Koch-Institut	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 20, Ungewollte Kinderlosigkeit	Berlin, 2004

Schulz-Ruhtenberg, Conrad	Untersuchung über Auswirkung und Verarbeitung eines nicht erfüllten Kinderwunsches, Dissertation	Berlin, 1980
Spiewak, Martin	Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin	Frankfurt am Main, 2002
Spiewak, Martin	Mutterglück im Rentenalter „Die Zeit“	5/2003
Stammer, Heike	Psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch, Dissertation	Insheim, 2001
Stauber, Manfred	Psychosomatik der sterilen Ehe	Berlin, 1988
Stauber, Manfred Kentenich, Heribert Richter, Dietmar	Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie	Berlin, Heidelberg, New York, London, Hong Kong u.a., 1999
Stauber, Manfred Maaßen, Barbara	Der andere Weg zum eigenen Kind	Berlin, New York, 1988
Stauber, Manfred Weyerstahl, Thomas	Gynäkologie und Geburtshilfe	Stuttgart, 2001
Wischmann, Tewes	Heidelberger Kinderwunsch- Sprechstunde - Eine Studie zu psychosozialen Aspekten Ungewollter Kinderlosigkeit, Dissertation	Heidelberg, 1998

Wischmann, Tewes
Stammer, Heike

Der Traum vom eigenen Kind

Stuttgart, Berlin,
Köln, 2001

Quellen aus dem Internet

Deutsches IVF-Register

<http://www.Deutsches-IVF-Register.de>

(zit.: DIR, 2002)

Fertility-Center Berlin

<http://www.fertilitycenter-berlin.de/kosten.htm>

(zit. Fertility-Center Berlin)

Uni-Klinikum Heidelberg

<http://www.med.uni-heidelberg.de/psycho/medpsych/hdkw1.htm>

(zit.: med.uni-heidelberg.de)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Dortmund, den

.....
(Daniela Hützen)