

„Paare mit Kinderwunsch sollten fair und offen beraten werden“

Markus S. Kupka, Marion Anna Becker

Experten-Interview | In Deutschland sind rund 1,4 Mio. Männer und Frauen ungewollt kinderlos. Die Reproduktionsmedizin bietet verschiedene Verfahren an, um den Betroffenen zu helfen. Im Interview mit DIE HEBAMME erläutert Kinderwunschexperte Prof. Dr. med. Markus S. Kupka, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und für wen sie geeignet sind.



► **Abb. 1** Bis zu einem positiven Schwangerschaftstest müssen ungewollt kinderlose Paare oft viele Hürden nehmen. Eine sensible und offene Beratung durch Kinderwunschexperten leitet sie durch diese schwierige Zeit. (Foto: Kirsten Oborny – Thieme Gruppe, Symbolbild)

Interview

Ab wann sollten Frauen, die in einer Partnerschaft leben und versuchen, ein Kind zu bekommen, eine Kinderwunschbehandlung in Erwägung ziehen?

Wenn keine medizinischen Probleme bekannt sind, sollte per Definition nach einem Jahr regelmäßigem,

ungeschützten Geschlechtsverkehr medizinischer Rat eingeholt werden. Das heißt nicht, dass man dann auch sofort behandelt wird, aber man sollte einen Status erheben und ein paar Dinge untersuchen. Dazu gehört das Hormonsystem der Frau, die Durchlässigkeit der Eileiter und die Spermienqualität des Mannes. Wenn man diese Ergebnisse vorliegen hat, kann man dem Paar in der

Regel in 75–80% der Fälle sagen, ob alles in Ordnung ist, ob sie also noch weiter „üben“ sollen oder ob es einer Hilfestellung bedarf.

Welche Hormonwerte sind für eine Kinderwunschbehandlung entscheidend und worauf kommt es bei der Testung an?

Der Hormontest der Frau muss früh im Zyklus gemacht werden – früh folliculär, das heißt in der Regel innerhalb des 3. bis 5. Zyklustags. Hier sind Parameter wichtig, die z. B. die Hirnanhangsdrüse betreffen: das Follikelstimulierende Hormon (FSH) und das Luteinisierende Hormon (LH), außerdem Prolaktin, das Milchdrüsenhormon. Auch die Schilddrüse ist essenziell – nicht so sehr zum Schwangerwerden, aber zum Schwangerbleiben. Wichtig sind hier die Hormone Thyrotropin (TSH), Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4). Dann spielen noch bestimmte männliche Hormone (Androgene) eine Rolle: das Androstendion, das in der Nebenniere oder in den Eierstöcken gebildet wird und das 17α -Hydroxyprogesteron (17-OHP), ein männliches Hormon, das ausschließlich aus der Nebenniere kommt. Entscheidend ist auch, wie groß die Reserve der Eierstöcke ist. Das Anti-Müller-Hormon (AMH) ist damit eigentlich der wichtigste Parameter bei der Hormonuntersuchung. Es ist ein Blick in die Glaskugel, denn mit diesem Wert kann man herausfinden, ob die Eierstöcke noch gut funktionieren oder ob bezüglich des Kinderwunschs Eile geboten ist. Ein Beispiel: Kommt eine 38- oder 39-jährige Patientin zur Untersuchung und der AMH-Wert liegt unter 1,0 ng/ml, dann sollte man dem Paar schon raten, keine Zeit zu verlieren, damit es möglichst bald mit der Schwangerschaft klappt.

Mit welchen Verfahren lässt sich überprüfen, ob die Eileiter der Frau durchlässig sind oder nicht?

Die bevorzugte Strategie aus Sicht der Patienten ist die **HysteroKontrastsonografie**. Dabei handelt es sich um eine Ultraschalluntersuchung, bei der Kontrastmittel in die Gebärmutter eingespült wird. Währenddessen wird ein Ultraschall durchgeführt und man sieht, ob Flüssigkeit durch die Eileiter läuft oder nicht. Das kann man ambulant und ohne Narkose machen. Man muss aber fairerweise sagen, dass diese Methode eine nicht unbeträchtliche Falsch-Positiv-Rate hat. Der Goldstandard ist daher die **Bauchspiegelung**, ein ambulanter Eingriff, der für geübte Gynäkologinnen und Gynäkologen keine große Sache ist, für die Patientin dagegen schon, denn die Untersuchung muss unter Narkose durchgeführt werden. Der Vorteil bei der Bauchspiegelung ist, dass man bestimmte Probleme reparieren kann. Man kann z. B. Verwachsungen lösen und in manchen Fällen auch eine gestörte Durchgängigkeit der Eileiter wiederherstellen.

Sie haben die Spermienqualität des Mannes als wichtige Untersuchung vor einer Kinderwunschbehandlung angesprochen. Wie wird sie getestet?

Das erfolgt mithilfe eines **Spermiogramms**, bei dem eine

Samenprobe des Mannes untersucht wird. Wichtig für die Patienten ist, dass sie den Samentest nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchführen lassen – nicht jeder Urologe macht das nach diesem Standard. Das ist jedoch ein entscheidender Faktor, denn spätere Diskussionen beispielsweise mit Versicherungen werden immer wieder darauf hinauslaufen, ob das Spermiogramm der Norm entspricht oder nicht. Bei der Beurteilung der Spermien sind drei Dinge wichtig: die Menge der Samenfäden, die Beweglichkeit und die Form.

Wie geht es nach diesen ersten Untersuchungen weiter?

Man muss in der Regel versuchen, eine Strategie zu finden, die drei Ebenen zusammenbringt. Erstens: den medizinischen Sachverhalt, also: Welche Probleme erkenne ich als Kinderwunschexperte und was ist mein Rat? Zweitens: Was will das Paar? Es gibt beispielsweise Paare, die sich eine medizinische High-End-Behandlung nicht vorstellen können – darauf muss man natürlich eingehen. Und drittens: die Kostenebene, also: Wie kann die Behandlung finanziert werden?

Welche reproduktionsmedizinischen Verfahren bieten sich an, wenn ein Paar sich eine möglichst natürliche Methode wünscht?

Nehmen wir mal an, es handelt sich um ein Paar, das schon seit zwei Jahren Kinderwunsch hat. Die Frau ist 36 Jahre alt, es besteht eine Gelbkörperschwäche, die Eileiter sind durchlässig und die Samenqualität des Mannes ist leicht eingeschränkt. Dann könnten wir beispielsweise eine sogenannte Insemination empfehlen. Dabei wird die Samenprobe des Mannes gewaschen und dann zum optimalen Zeitpunkt in die Gebärmutter gegeben. Die Erfolgswahrscheinlichkeit bei diesem Verfahren liegt durchschnittlich bei 10–12%, bei einer Reagenzglasbefruchtung sind es dagegen 32–35%. Das Paar sollte offen über diese Verhältnismäßigkeiten aufgeklärt werden. Schlecht ist, wenn Paare denken, sie könnten mit einer Insemination eine Schwangerschaftsrate von 50% erreichen. Entscheidet das Paar sich nach dem Beratungsgespräch für eine Insemination, können wir diese zwei- bis dreimal durchführen. Bringt das nicht den gewünschten Erfolg, sollte ein Strategiewechsel erwogen werden. Am besten sollte man dafür von vornherein einen Behandlungsfahrplan vereinbaren.

Welche Verfahren bieten sich an, wenn eine Insemination nicht möglich ist oder nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat?

Das ist zum einen die **In-vitro-Fertilisation (IVF)**, die Befruchtung im Reagenzglas. Dabei werden die Eierstöcke angeregt, durch eine Stimulationstherapie mehr als ein Eibläschen zu bilden. Nach 12–14 Tagen wird die Flüssigkeit aus den Eibläschen abpunktiert. Daraus werden die Eizellen extrahiert und mit den Samenzellen des

Partners befruchtet. Nach 2–5 Tagen erfolgt die Rückgabe der Embryonen in die Gebärmutter. Dann muss man noch mal 14 Tage warten, um einen Schwangerschaftstest durchzuführen zu können.

Darüber hinaus können seit über 25 Jahren männliche Zeugungsprobleme im Rahmen der Reagenzglasbefruchtung gut behandelt werden, indem eine Samenzelle in die Eizelle injiziert wird. Man nennt das **Mikroinjektion** oder auch **Intracytoplasmatische Spermieninjektion**, kurz **ICSI**. Diese Methode ist ein Meilenstein, weil man damit Paaren helfen kann, bei denen nur wenige befruchtungsfähige Spermien in der Samenflüssigkeit enthalten sind. Alternativ bietet sich für diese Paare eine Spendersamenbehandlung an, ein Verfahren, das in Deutschland erlaubt ist – wir selbst haben eine Samenbank in unserem Zentrum. Sich damit anzufreunden, ist für die Paare aber natürlich noch mal ein ganz anderer Schritt. Deshalb entscheiden sich die meisten Patienten zunächst für eine ICSI-Behandlung. Wenn das nicht klappt, kann eine Spendersamenbehandlung erwogen werden.

Welche Verfahren der Gendiagnostik sind in Deutschland möglich?

Erlaubt in Deutschland sind die **Polkörperdiagnostik (PKD)** und die **Präimplantationsdiagnostik (PID)**. Bei der Polkörperdiagnostik wird die gerade befruchtete Eizelle untersucht. Bei der Präimplantationsdiagnostik untersucht man hingegen die genetische Integrität der Embryonen. Dass die PID in Deutschland möglich ist, haben wir einem mutigen Kollegen aus Berlin (Anm. d. Redaktion: Dr. med. Matthias Bloechle) zu verdanken, der sich selbst angezeigt hat, weil er bei Patienten eine PID durchgeführt hat. Er wollte wissen, ob er sich damit strafbar gemacht hat. Der Bundesgerichtshof entschied, dass das Verfahren in diesen speziellen Fällen statthaft war. Ohne diesen mutigen Kollegen würden wir die PID heute gar nicht anbieten können – wir sind hier im Norden eins von zwei PID-Zentren und ich kann sagen, dass der Zulauf enorm ist. In der Regel geht es dabei um sehr komplexe Fragestellungen, z. B. geschlechtsspezifische Erkrankungen. Das ist wirklich eine Errungenschaft, denn die PID ermöglicht es, dass Paare, bei denen eine genetische Erkrankung vorliegt, in den Kreißsaal kommen und endlich ein gesundes Kind erwarten.

Welche Möglichkeiten der assistierten Reproduktion gibt es für Frauen, die sich einer Krebstherapie unterziehen müssen?

Der wichtigste Punkt ist, dass die behandelnden Onkologen überhaupt im Sinn haben, Beratung für einen Kinderwunsch anzubieten, der vielleicht erst in einigen Jahren entsteht. Da hat sich in letzter Zeit aber viel getan: Pädiater, die junge Mädchen mit onkologischen Erkrankungen behandeln, niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte und internistische Kolleginnen und Kollegen haben alle eine höhere Sensibilität für dieses Thema

entwickelt. Unsere Klinik ist Teil des Netzwerks „FertiPROTEKT“, dem über 100 deutschsprachige Zentren angehören. Alle Zentren dokumentieren die Beratung, sodass man jederzeit weiß, wie die Patientin beraten und auch behandelt wurde. Ein wichtiger Faktor ist, dass vor einer Operation, Bestrahlung oder vielleicht auch Chemotherapie gegebenenfalls noch genug Zeit eingeplant wird – in der Regel mindestens 14–16 Tage –, um Eizellen zu gewinnen. Diese werden dann nicht durch eine Bestrahlung oder Chemotherapie geschädigt und können der Patientin zu einem späteren Zeitpunkt wieder übertragen werden. In unserem Zentrum bieten wir auch an, Eierstockgewebe zu entnehmen und einzufrieren und es so vor Schädigung durch die Krebstherapie zu schützen. Das Gewebe kann dann später zurückgesetzt werden mit der Hoffnung, dass es wieder seine Funktion aufnimmt. Zudem kann man die Frau künstlich in die Wechseljahre versetzen mit der Idee, dass so die Eierstöcke vor einer Chemotherapie geschützt werden. Auch die Beratung bezüglich einer Eizellspende oder Embryonenspende gehört in ein solches Gespräch – allerdings ist in Deutschland nur die Embryonenspende, nicht aber die Eizellspende erlaubt.

Welche Besonderheiten bringt die Betreuung der Krebspatientinnen mit?

Es gibt dabei mehrere Herausforderungen. Die Erste ist, dass Sie die Termine möglichst schnell, am besten für den nächsten Tag, vergeben müssen. Das heißt, wenn Sie eine volle Sprechstunde haben, müssen Sie schauen, wie diese Patientin da trotzdem noch reinpasst. Es ist ja schwierig, einer anderen Patientin, die sechs Wochen auf ihren Termin gewartet hat, zu sagen: „Wir müssen Ihren Termin absagen, weil wir eine FertiPROTEKT-Patientin dazubekommen haben.“ Da müssen Sie so flexibel sein, für beides eine Lösung zu finden. Die zweite Herausforderung ist, dass Sie für die Gespräche oft mehr Zeit einplanen müssen als bei anderen Patienten, was organisationstechnisch ebenfalls schwierig sein kann. Die dritte Herausforderung liegt im Gespräch mit den Patientinnen selbst, die natürlich sehr mit ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer Therapie beschäftigt sind. Meine persönliche Erfahrung ist aber, dass die Patientinnen sehr aufmerksam sind und dass es für sie einen wichtigen Aspekt von Hoffnung birgt, wenn sie z. B. erfahren: „Ich kann meinen Lymphdrüsenkrebs überwinden und ich kann danach vielleicht sogar noch schwanger werden.“ Dadurch sind die Patientinnen beruhigter und können eventuell auch das Leid, das auf sie zukommt, leichter ertragen.

Was sind weitere Situationen, in denen sich Frauen oder Paare mit Kinderwunsch häufig an Sie wenden?

Der Trend, dass die Frauen, die sich bei uns vorstellen, immer älter werden, ist unaufhaltsam. Frauen haben heute suggestiv die Wahrnehmung: Bis 40 habe ich Zeit, bevor ich mich mit dem Thema Kinderwunsch

auseinandersetzen muss. Dadurch haben Reproduktionsmediziner zwar wirklich gut zu tun, aber es ist auch so, dass wir nicht jeder Frau in diesem Alter helfen können. Zu uns kommen, auch wegen des zunehmenden Alters, Frauen mit Begleiterkrankungen wie z. B. Über- und Unterfunktionen der Schilddrüse, mit entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn, mit Unterleibserkrankungen wie Endometriose und mit psychischen Erkrankungen wie Psychosen, Depressionen oder Burn-out-Syndrom. Auch Erkrankungen und Einschränkungen, die etwas mit Lebensführung zu tun haben, wie Diabetes, Übergewicht und Rauchen sind weit verbreitet.

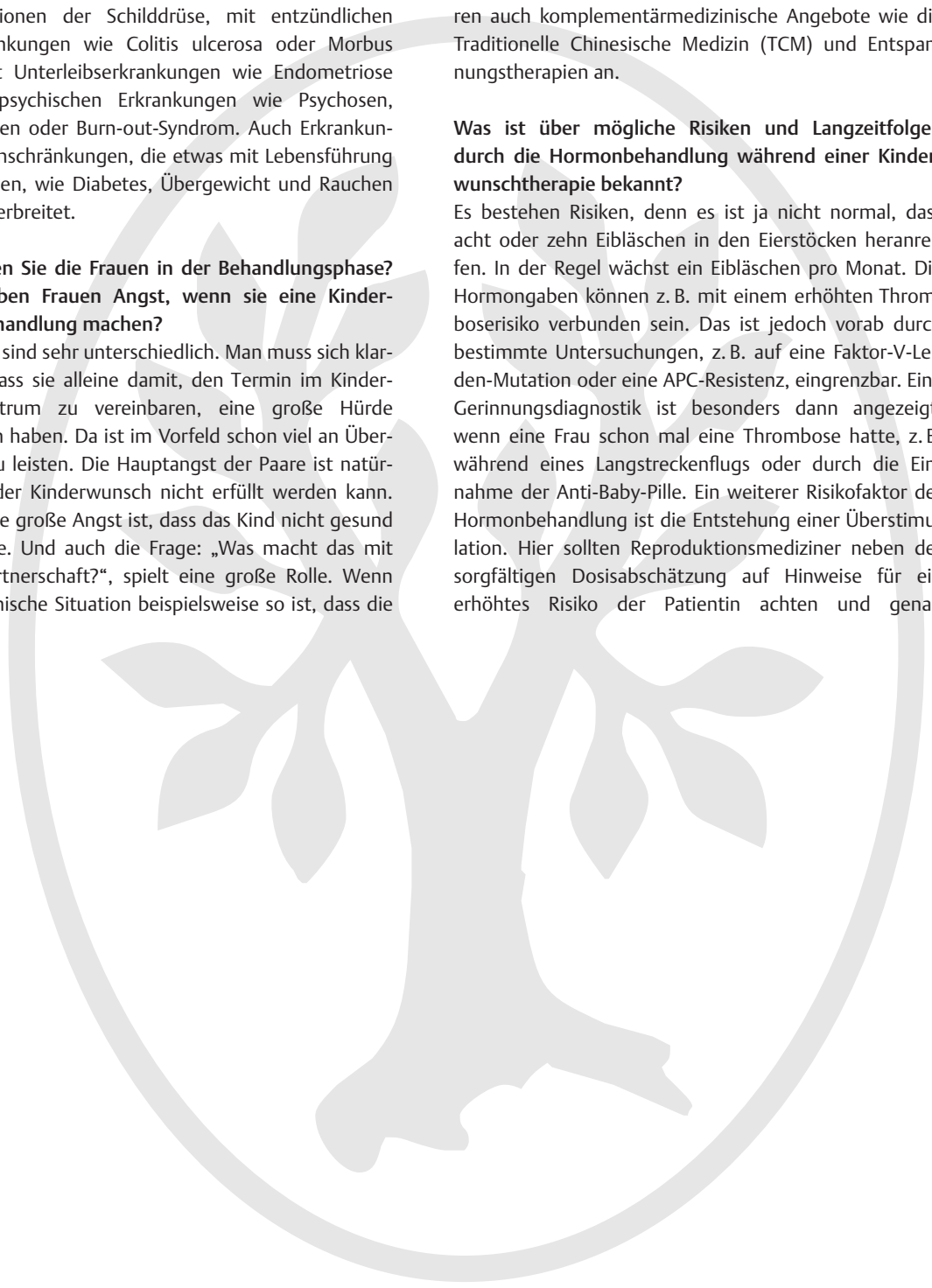
Wie erleben Sie die Frauen in der Behandlungsphase? Wovor haben Frauen Angst, wenn sie eine Kinderwunschbehandlung machen?

Die Ängste sind sehr unterschiedlich. Man muss sich klar machen, dass sie alleine damit, den Termin im Kinderwunschzentrum zu vereinbaren, eine große Hürde genommen haben. Da ist im Vorfeld schon viel an Überwindung zu leisten. Die Hauptangst der Paare ist natürlich, dass der Kinderwunsch nicht erfüllt werden kann. Eine weitere große Angst ist, dass das Kind nicht gesund sein könnte. Und auch die Frage: „Was macht das mit meiner Partnerschaft?“, spielt eine große Rolle. Wenn die medizinische Situation beispielsweise so ist, dass die

entscheidende Einschränkung auf der Seite der Frau oder auf der Seite des Mannes liegt, dann kann es zu Schuldzuweisungen kommen. Um die Paare in schwierigen Situationen unterstützen zu können, arbeiten wir eng mit drei Psychologinnen zusammen und bieten den Paaren auch komplementärmedizinische Angebote wie die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und Entspannungstherapien an.

Was ist über mögliche Risiken und Langzeitfolgen durch die Hormonbehandlung während einer Kinderwunschtherapie bekannt?

Es bestehen Risiken, denn es ist ja nicht normal, dass acht oder zehn Eibläschen in den Eierstöcken heranreifen. In der Regel wächst ein Eibläschen pro Monat. Die Hormongaben können z. B. mit einem erhöhten Thromboserisiko verbunden sein. Das ist jedoch vorab durch bestimmte Untersuchungen, z. B. auf eine Faktor-V-Leiden-Mutation oder eine APC-Resistenz, eingrenzbar. Eine Gerinnungsdiagnostik ist besonders dann angezeigt, wenn eine Frau schon mal eine Thrombose hatte, z. B. während eines Langstreckenflugs oder durch die Einnahme der Anti-Baby-Pille. Ein weiterer Risikofaktor der Hormonbehandlung ist die Entstehung einer Überstimulation. Hier sollten Reproduktionsmediziner neben der sorgfältigen Dosisabschätzung auf Hinweise für ein erhöhtes Risiko der Patientin achten und genau



beobachten, wie die Frau auf die Stimulation reagiert. Die Angst, die viele Frauen haben, dass sie durch die Hormonbehandlung früher in die Wechseljahre kommen oder der Pool ihrer Eizellen frühzeitig erschöpft sein könnte, ist dagegen unbegründet. Das hat die Natur so eingerichtet, dass niemand Angst haben muss, früher in die Wechseljahre zu kommen, weil er vielleicht vier oder fünf Kinderwunschbehandlungen gemacht hat.

Ein indirektes Risiko der Kinderwunschbehandlung ist das Mehrlingsrisiko. Das kann man bei der Reagenzglasbefruchtung aber ganz gut steuern, indem man auswählen kann, wie viele Embryonen zurückgegeben werden.

Woran ist zu denken, wenn sich trotz guter Erfolgsaussichten einer Frau oder eines Paares nach einer oder mehreren Kinderwunschbehandlungen keine Schwangerschaft einstellt? Ab wann werden weitere Untersuchungen vorgenommen und welche?

Wenn eine Schwangerschaft ausbleibt, stellt sich immer die Frage, ob der transferierte Embryo das Problem ist oder beispielsweise die Schleimhaut in der Gebärmutter, die diesen Embryo aufnehmen soll. Es gibt viele Zeichen, dass die Schleimhaut in der Gebärmutter der entscheidende Faktor ist – zusammen mit dem Alter der Eizelle, was besonders durch Eizellspendeprogramme im Ausland deutlich wird. Für die Diagnostik der Gebärmutter Schleimhaut bieten sich unterschiedliche Ansätze. Man kann sie z. B. auf bestimmte immunologische Probleme hin untersuchen. Es kann z. B. sein, dass die Patientin in der Vergangenheit eine Entzündung der Gebärmutter (Endometritis) hatte. Diese wird meist bakteriell verursacht und sorgt für wenige bis keine Beschwerden, wodurch sie unbemerkt verlaufen kann. In der Folge kann jedoch die Einnistungskapazität der Gebärmutter Schleimhaut vermindert sein. Um die Erkrankung nachzuweisen, wird eine **Gebärmutter Spiegelung** durchgeführt und man entnimmt eine Schleimhautprobe. Dabei sieht man optische Veränderungen, die nach einer Gebärmutterentzündung auftreten können. Ist der Nachweis positiv, ist vor der Kinderwunschbehandlung eine Antibiotikatherapie notwendig, um die Restinfektion zu beseitigen. In unserem Zentrum führen wir die Diagnostik zum Nachweis einer abgelaufenen Endometritis seit 1,5 Jahren durch und erhalten in ca. 25% der Fälle ein positives Testergebnis. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Verfahren, die Hinweise geliefert haben, dass sie die Einnistung des Embryos verbessern können. Dazu zählt das sogenannte **Scratching**, eine Mini-Ausschabung der Gebärmutter. Es gibt auch die Möglichkeit, die Gebärmutter vor der Rückgabe der Embryonen mit Schwangerschaftshormonen zu spülen, um ihr den Eindruck zu verleihen, sie sei schon schwanger. Aber die Diskussion, welche dieser Methoden sinnvoll ist und welche nicht, ist groß.

Ich bin der Meinung, dass die Möglichkeiten der Diagnostik bis hin zur genetischen Untersuchung mit dem Paar besprochen werden sollten. Aber ich finde es schwierig, den Patienten zu sagen: „Es wird schon klappen, Sie müssen nur weitermachen.“ Die Paare sollten fair und offen beraten werden. Das bedeutet, dass der Kinderwunschexperte auch mal sagen muss: „Es wäre gut, wenn Sie sich einen Plan B überlegen würden. Sie haben alles versucht, was technisch möglich ist, wir können Ihnen keine gute Antwort geben!“

Wie gut sind die Erfolgsaussichten von Kinderwunschbehandlungen statistisch gesehen?

Dazu gibt es sehr unterschiedliche Angaben in der Literatur. In unserem Zentrum liegt die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden bei 75-80%, wenn eine 35-jährige Patientin dreimal eine Reagenzglasbefruchtung durchläuft.

Welche Besonderheiten bringen reproduktionsmedizinische Behandlungen bei Frauen mit, die 40 Jahre oder älter sind? Wie sind hier die Erfolgsaussichten?

Bei Patientinnen ab 40 Jahren werden bestimmte Abläufe in der reproduktionsmedizinischen Behandlung schwieriger. Die Anzahl der Eizellen ist in der Regel geringer als fünf oder zehn Jahre vorher. Die Anzahl der genetisch integren Eizellen ist deutlich geringer. Die Wahrscheinlichkeit, eine Fehlgeburt zu erleiden, ist deutlich höher. Kumuliert führt das dazu, dass wir den Patientinnen sagen müssen: „Wir können erreichen, dass Sie schwanger werden, aber am Alter der Eizelle können wir nichts ändern.“ Gut lässt sich das veranschaulichen, wenn Sie in das amerikanische IVF-Register reinschauen. Dort finden Sie eine Kurve für die Schwangerschaftsrate mit eigenen Eizellen – diese geht ca. ab 35 Jahren deutlich nach unten. Bei einer Schwangerschaft mit einer gespendeten Eizelle ist es dagegen fast eine gerade Linie – ganz egal, ob die Frau 26 oder 46 Jahre alt ist, diese Linie bleibt gleich hoch.

Wer trägt die Kosten von reproduktionsmedizinischen Behandlungen in Deutschland?

Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, zahlen gesetzliche Krankenkassen in der Regel 50%. Das bedeutet: Das Paar muss miteinander verheiratet sein, beide Partner müssen über 25 Jahre alt sein, die Frau muss unter 40, der Mann unter 50 sein. Es gibt einige Krankenkassen, die auch noch die andere Hälfte zahlen, sodass das Paar auf 100% Kostenübernahme kommt. Bei den privaten Krankenversicherungen gilt das Verursacherprinzip, das heißt, die Versicherung zahlt nur, wenn der Kunde auch der Verursacher ist. Ein Beispiel: Der Mann ist privat versichert, die Frau nicht. Es liegt ein Problem aufseiten des Mannes vor, das eine ICSI nötig macht. In diesem Fall gibt es gute Chancen, dass die Versicherung des Mannes die Kosten übernimmt.

Für welche reproduktionsmedizinischen Verfahren müssen Paare heute noch ins Ausland reisen?

Die veröffentlichte Meinung suggeriert immer noch, dass wir in Deutschland ein sehr striktes System haben. Sieht man sich das 30 Jahre alte Embryonenschutzgesetz an, dann ist das auch so. Doch der Mut des oben genannten Kollegen aus Berlin, der ermöglicht hat, dass wir die PID in Deutschland anbieten dürfen, der Mut, den sogenannten „deutschen Mittelweg“ zu gehen und auch Blastozystenkulturen – also Embryonen, die fünf Tage alt sind – in die Gebärmutter zu transferieren, haben bewirkt, dass es kaum noch Gründe für Patientinnen und Patienten gibt, für die es sich lohnt, ins Ausland zu gehen.

Welche Methoden gibt es, die bisher in Deutschland noch in der Erprobung sind, aber zukünftig vielversprechende Ergebnisse liefern könnten?

Hier ist sicherlich die Möglichkeit zu nennen, Zellen umzuprogrammieren, also beispielsweise Zellen aus einem Mundabstrich oder eine Samenzelle in embryonale Stammzellen zurückzuprogrammieren. Auf diesem Wege könnte man Frauen, die Eierstockkrebs haben und beide Eierstöcke entfernen lassen müssen, helfen, mit eigenen Eizellen Embryonen zu erzeugen und schwanger zu werden. Das ist bisher jedoch noch sehr experimentell. Daneben ist die Transplantation der Gebärmutter ein großes Thema. Das wird in Deutschland schwerpunktmäßig an der Uni Tübingen durchgeführt, aber in der Regel beschränkt auf ein Krankheitsbild, bei dem die Gebärmutter nicht oder nur rudimentär angelegt ist, das Mayer-von-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH). Das wäre natürlich ein Quantensprung. Die einzige Alternative dazu ist die Leihmutterschaft, die in Deutschland nicht erlaubt ist. Bisher sind die Erfahrungen bei der Gebärmuttertransplantation allerdings nicht umfangreich genug, um zu sagen, dass es ein gutes Verfahren ist, um eigene Kinder austragen zu können. Man muss natürlich auch sehen, dass es nur wenige Frauen gibt, für die eine Gebärmuttertransplantation überhaupt in Frage kommt. Schließlich bedeutet das ja, dass die Gebärmutter fehlt, die Eierstöcke aber noch vorhanden sind.

Insgesamt wäre es wichtig, ein neues Fortpflanzungsmedizinengesetz auf den Weg zu bringen. Deutschland ist eines der wenigen Länder, in denen beispielsweise die Eizellspende nicht erlaubt ist. Die benachteiligende Situation,

dass eine Samenspende in Deutschland erlaubt ist, eine Eizellspende aber nicht, finde ich wirklich chauvinistisch.

WEB-TIPP

Eine Übersicht über die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Kinderwunschbehandlungen in Europa gibt es auf der Webseite der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) unter: <https://cm.eshre.eu/cmCountryMap/home/index/2020>

Autorinnen / Autoren

Prof. Dr. med. Markus S. Kupka ist Reproduktionsmediziner am Kinderwunschzentrum Altonaer Straße in Hamburg. Neben seiner Arbeit als Arzt leitete Kupka bis 2015 das europäische Register für Reproduktionsmedizin (European IVF Monitoring Program, EIM), seit 2002 ist er Vorstands- bzw. Kuratoriumsmitglied des Deutschen IVF-Registers (DIR). Weiterhin leitet er die Arbeitsgemeinschaft für Informationsverarbeitung in der Gynäkologie und Geburtshilfe (AIG). Von 2009 bis 2013 war Kupka im Leitungsteam des Netzwerks FERTIPROTEKT. Über sechs Jahre hinweg war er medizinischer Repräsentant für Deutschland bei der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).

Marion Anna Becker führte das Gespräch. Sie ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Markus S. Kupka
Kinderwunschzentrum Altonaer Strasse
im Gynaecologicum Hamburg
Medizinisches Versorgungszentrum GbR
Altonaer Str. 59
20357 Hamburg
Deutschland
E-Mail: markus.kupka@ivf-hamburg.de

Bibliografie

Die Hebamme 2020; 33: 32–37
DOI 10.1055/a-1250-6159
ISSN 0932-8122
© 2020. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany