



H 07649 • Ausgabe I/2008 • Nr. 33

Weisses Kreuz

Z e i t s c h r i f t f ü r L e b e n s f r a g e n

Unerfüllter Kinderwunsch

**und moderne Fortpflanzungsmedizin
Fakten, Erfahrungen, Meinungen**

Was ist ein „unerfüllter“ Kinderwunsch?

Dieses Feld ist um vieles weiter als gemeinhin vermutet. Es ist mehr als ein kinderloses Paar. Zum unerfüllten Kinderwunsch zähle ich alle, deren Kinder-Wunsch – so wie sie ihn empfinden – nicht erfüllt ist. Dazu gehören z.B. Paare,

- die eigentlich mehr Kinder haben wollten, aber aus medizinischen Gründen geht das nicht mehr – oder die Wechseljahre haben eingesetzt und sie wird nicht mehr schwanger.
- die zu einem frühen Zeitpunkt ihr Kind verloren haben, sei es als Fehl- oder Totgeburt oder durch eine Krankheit, den plötzlichen Kindstod oder einen Unfall. Und der Kinderwunsch – ist wieder unerfüllt.
- Was ist mit Singles, Alleinerziehenden und Verwitweten? Auch sie können einen Kinderwunsch haben, ihn aber vielleicht ohne Partner nicht verwirklichen.

Warum vielleicht? Nun, im Land der unbegrenzten Möglichkeiten gibt es z.B. eine Organisation „Single Mothers by Choice“ – „Alleinerziehende Mütter aus freiem Willen“ könnte man es übersetzen. Diese Frauen planen eine Schwangerschaft mittels Samenspende, weil sie keinen (oder nicht den richtigen?) Partner gefunden haben. Dies nutzen sogar lesbische Frauen, um in ihrer Partnerschaft Nachwuchs zeugen zu können. **Die Not auf diesem Gebiet ist sehr groß, aber es ist immer noch ein gesellschaftliches Tabu.** Auch in einer Zeit, in der die moderne Fortpflanzungsmedizin ganz andere Wege eröffnet, als dies früher der Fall war, wird kaum darüber gesprochen. **Die Betroffenen leiden meist still und über viele Jahre. Die Sexualität in der Partnerschaft bleibt oft auf der Strecke,** Angst und Versagensgefühle nehmen die Luft zum Atmen. Viele

kommen in eine Identitäts- und nicht selten auch in eine Glaubenskrise.

Die Verunsicherung ist groß! Was – von all den Errungenschaften der modernen Medizin – können wir als Christen denn auch vor Gott verantworten? Was ist ethisch vertretbar? Wenn Er es schon zulässt, dass wir kein Kind bekommen, dürfen wir denn dann noch selbst aktiv werden? Was mache ich, wenn es nie klappt? Dies alles sind häufig gestellte Fragen, die mir immer wieder in Varianten begegnen.

Im Artikel „7 Jahre – und immer noch kein Kind in Sicht!“ soll beispielhaft eine solche Anfrage beantwortet werden.

Dieser Weg war kein leichter, dieser Weg war steinig und schwer



Mittwoch, 23. Januar 2002

Verona Feldbusch hat öffentlich erklärt, dass sie noch dieses Jahr schwanger werden will. Ist das ungerecht! Jede wird schwanger so wie sie es will. Gerade erst die Pille abgesetzt und schon schwanger. Nur bei uns klappt es nicht.

Probieren tun wir es bestimmt schon seit 3 Jahren. Letztes Jahr waren wir in einer Kinderwunsch-Praxis. Dort hat man uns vorgeschlagen, dass ich zunächst eine Bauchspiegelung machen solle, um abzuklären, ob es Gründe dafür gibt, dass keine Schwangerschaft eintritt. Jan hat auch schon sein Sperma untersuchen lassen. Es sind nicht genug Spermien und die sind auch nicht alle fit. Die Möglichkeit schwanger zu werden haben die Ärzte zwar nicht ausgeschlossen, aber auch nicht sonderlich hoch bewertet. Aber eine Bauchspiegelung!? Mit Vollnarkose!? Ich bin noch nie operiert worden. Ich habe Angst davor. Ich traue mich nicht. Die Belastungen einer Kinderwunschbehandlung konnten wir uns nicht vorstellen. Und da war immer noch die Hoffnung, dass es doch noch klappt. Jetzt ein Jahr später hat sich auf natürlichem Weg immer noch nichts getan.

Montag, 4. Februar 2002

Meine Frauenärztin kennt die Kinderwunschpraxis und hat mir auch eine Tagesklinik für die Bauchspiegelung empfohlen. In 10 Tagen habe ich dort einen ersten Termin. Ich bin jetzt froh, dass wir diesen Schritt gemacht haben, weil ich nicht mehr das Gefühl habe in einer Sackgasse zu sein. Zum ersten Mal denke ich nicht mehr, dass mein Körper nicht funktioniert wie er sollte oder wie ich es mir wünsche, sondern dass er einfach Hilfe braucht.

Freitag, 22. März 2002

Die Bauchspiegelung liegt hinter mir. Der Eingriff war nur halb so schlimm wie befürchtet. Diagnose PCO-Syndrom¹. So konnte ich wohl nicht schwanger werden.

In der KiWu-Praxis habe ich schon angerufen. Wir können im nächsten Zyklus mit der Behandlung anfangen. Ich freue mich so und bin so hoffnungsvoll, dass sich unser Kinderwunsch doch noch erfüllt.

Montag, 22. April 2002

Wir sind in der ersten Behandlung. Eine

Insemination. Übermorgen ist die Samenübertragung und dann 2 Wochen warten. Bis jetzt empfinde ich die Behandlung nicht als besonders belastend.

Sonntag, 12. Mai 2002

Die Zeit des Wartens ist schrecklich. Ständig habe ich in mich hineingehorcht und nach Anzeichen für eine Schwangerschaft gesucht. Mal war ich froh und habe gedacht, es hat bestimmt geklappt. Mal war ich völlig am Boden zerstört und dachte, das war nichts.

Der Schwangerschaftstest war negativ. Da ich bisher keine Blutung hatte, war ich sehr hoffnungsvoll, dass es doch geklappt haben könnte und bin jetzt umso enttäuschter. Das muss ich erst einmal verarbeiten.

Einen neuen Versuch können wir erst im übernächsten Zyklus machen. Aber die Pause wird uns gut tun.

Sonntag, 9. Juni 2002

Wir haben den 2. Versuch gestartet. Ich nehme wieder Hormone. Möchte diesen Versuch etwas nüchterner angehen, will mich ablenken und

nicht ständig in mich hinein horchen und mich nur auf den Bluttest verlassen. GOTT, warum müssen wir diesen schweren Weg gehen? Warum erhört DU unsere Gebete nicht?

Mittwoch, 3. Juli 2002

Wieder negativ. Sch... ! Ach das ist so ungerecht. Jan war auch ganz enttäuscht. Schön, dass wir uns haben und uns ganz fest halten. Das alles muss uns fester zusammenschweißen, darf uns nicht auseinandertreiben.

Donnerstag, 8. August 2002

Wir sind jetzt beim 3. Versuch angelangt. Die Medikamente wurden umgestellt. Ich muss jetzt jeden Abend eine Spritze bekommen. Ich traue mich aber nicht selber, also muss Jan das tun. Er macht das gut.

Freitag, 30. August 2002

Wir können heute das Ergebnis des Bluttestes erfragen. Ich kann nicht anrufen und wieder eine negative Nachricht anhören. Diesmal muss Jan anrufen.

Donnerstag, 31. Oktober 2002

Viel Zeit ist vergangen. Zwischenzeitlich hatten wir eine In vitro Fertilisation. Allerdings konnten keine Eizellen zurückübertragen werden, weil die Spermazellen es gar nicht erst hinein geschafft haben.

Jetzt bleibt nur noch ICSI. Die Krankenkasse will nicht zahlen, sondern die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme klären. Private Kassen zahlen nur nach dem Verursacherprinzip. Aber wer ist Verursacher? Wir haben das für uns immer so gesehen, dass es an uns beiden liegt. Keiner musste die Last alleine tragen. Jetzt stehen 3000 € offen. Ich bin so traurig. Irgendwie rückt die Möglichkeit doch noch ein Kind zu bekommen in weite Ferne. Ich bin am Ende, ich weiß auch nicht, ob ich genug Kraft habe, noch mehr Fehlschläge zu verkraften.

Neben der sowieso belastenden Behandlung auch noch Geldsorgen. Nicht, dass wir nicht bereit wären das Geld dafür auszugeben. Aber es ist ja auch nicht gerade wenig.

Januar 2003

Endlich hat die Krankenkasse die Kosten für den letzten Versuch übernommen und grünes Licht für zwei weitere Versuche gegeben.

Die erste ICSI. Wir wollen die Eizellen, die nicht benötigt werden, einfrieren lassen. So brauchen wir beim nächsten Versuch nicht noch einmal die komplette Hormonbehandlung zu machen. Das ist dann zumindest körperlich nicht so belastend. Außerdem können wir das Einsetzen dieser Eizellen selber bezahlen, weil es nicht so teuer ist. Für uns sind die Eizellen viel zu kostbar, um sie nicht für einen weiteren Versuch aufzubewahren.

März 2003

Die erste ICSI hat nicht geklappt. Wieder eine Enttäuschung

Mai 2003

Wir haben konservierte Eizellen aus der ersten ICSI-Behandlung einsetzen lassen. Mal schauen, ob wir einen „Urmel aus dem Eis“ bekommen.

Juni 2003

Der Schwangerschaftstest war positiv. Wir bekommen ein Baby. Ich bin so glücklich.

Rückblick:

Heute ist unser erstes Kind 4 Jahre alt. Als es ein Jahr alt war, haben wir noch einmal versucht befruchtete Eizellen, die eingefroren waren, wiedereinsetzen zu lassen. Aber leider haben diese den Auftauprozess nicht überlebt.

Ein halbes Jahr später haben wir noch einmal einen kompletten ICSI Versuch gestartet, weil wir so sehr ein Geschwisterchen für unser erstes Kind wünschten. Der Schwangerschaftstest war zunächst positiv, doch dann setzten Blutungen ein. Eine schwere Zeit.

Das war der Schluss. Noch einen Versuch wollten wir nicht mehr machen. Die Belastungen konnten und wollten wir nicht mehr auf uns nehmen. Stattdessen machte ich mir Gedanken über einen Wiedereinstieg in meinen Beruf. Drei Monate später machte ich einen

Schwangerschaftstest, da meine Menstruation ausblieb. Ich konnte es nicht glauben. Der war positiv. Ich lief zu meinem Mann, der dies bestätigte. Trotzdem wiederholten wir den Test eine Woche später. Immer noch positiv.

Ein Termin bei meiner Frauenärztin bestätigte es ebenfalls. So langsam konnten wir es glauben. Aber wir waren unsicher, ob das Baby auch bleibt. Es blieb. Es ist jetzt ein Jahr alt. Was für ein Geschenk! Wir hatten so um ein Kind gekämpft und nun ist uns sogar ein zweites in den Schoß gefallen. Ich bin heute noch ganz gerührt vor Glück und einfach dankbar.

Ja, wir würden die Behandlung nochmal machen. Nur früher. Die Behandlungen, insbesondere die Zeiten des Wartens auf ein Ergebnis, waren schwer. Aber es war auch befreiend, weil wir keinen Leistungsdruck mehr hatten. Kein Abzählen der fruchtbaren Tage und kein Sex mehr, weil es gerade günstig war. Das hat unsere Beziehung entlastet. Den drängenden Wunsch nach dem Baby haben wir bei den Ärzten abgegeben. Wir hatten Glück mit der Praxis. Die waren alle so super nett, und haben es uns so leichter gemacht, die medizinische Hilfe anzunehmen.

Wenn die Kinder alt genug sind, wollen wir ihnen erklären, dass es heute diese medizinische Möglichkeit gibt. Sie sollen es von uns erfahren und sie sollen wissen, dass sie beide gleichermaßen gewollt und geliebt sind.

Für den Glauben waren die Jahre eine harte Probe. Bei der Segnung unseres ersten Kindes war ich ganz beschämt, weil ich so viel gezweifelt und so wenig geglaubt habe, doch ich spürte, dass GOTT gar nicht mehr erwartet hat.

Birgit und Jan Schuster *

! Ein PCO-Syndrom (= Polycystische Ovarien) ist eine Fehlsteuerung der Eierstöcke. Dabei entstehen viele Eibläschen, die meist chronisch nicht zum Eisprung kommen. Ein Ungleichgewicht zugunsten der männlichen Hormone kann ebenfalls vorhanden sein und die Chancen auf eine Schwangerschaft negativ beeinflussen.

* Namen von der Redaktion geändert



www.weisses-kreuz.de
Telefon 05609/8399-0

Fakten, Hintergründe und Hilfestellungen zu aktuellen Themen

Bestellen Sie unsere Themenflyer oder nutzen Sie unsere Infosites:

www.internet-seksucht.de www.liebewartet.de www.beziehungengestalten.de





Methoden der künstlichen Befruchtung

Hormonelle Stimulation

Gabe von Hormonen, die den weiblichen Regelzyklus beeinflussen und in der Regel mehr als eine Eizelle pro Zyklus heranreifen lassen.

Eizellentnahme

In Narkose werden der Frau unter Ultraschallkontrolle aus vorher hormonell stimulierten Eierstöcken Eizellen mittels Punktion durch die Scheide entnommen.

Spermiogramm

Der Samenerguss des Mannes wird auf Menge, Beweglichkeit und normale Spermien untersucht. Diese Probe wird zu Hause oder in der Arztpraxis durch Masturbation gewonnen.

Kryokonservierung/Kühlkonservierung

Haltbarmachen von Spermien oder befruchteten Eizellen im Vorkernstadium durch Gefrieren; es gibt erste Versuche, auch unbefruchtete Eizellen einzufrieren, jedoch bisher ohne gute Befruchtungserfolge nach dem Auftauen.

Insemination

Der Samen des Mannes wird zum fruchtbaren Zeitpunkt mit Instrumenten in die Gebärmutter der Frau eingebracht, um die Chancen auf eine Befruchtung zu erhöhen. Dazu werden vorab die schnellsten und besten Spermien ausgewählt. Die Insemination kann mit dem Samen des eigenen Partners (homolog) oder mit Spendersamen (heterolog) durchgeführt werden.

IVF = In-Vitro-Fertilisation

Eizellen und Spermien werden im Reagenzglas zusammengegeben. Die Spermien müssen in die Eizelle eindringen, um diese zu befruchten. Die so gezeugte Eizelle entwickelt sich im Brutschrank weiter und wird als Embryo der Frau nach ca. 3-5 Tagen zurückgegeben. Dies kann ohne Narkose erfolgen, die Embryonen werden mittels eines kleinen Schlauchs in die Gebärmutterhöhle eingebracht.

ICSI = Intra Cytoplasmale Spermien Injection

Einspritzen eines Spermiums in eine Eizelle unter dem Mikroskop (siehe Titelbild). Diese Methode wählt man, wenn die Samenqualität des Mannes sehr schlecht ist. So kann

auch noch ein Kind gezeugt werden, wenn nur noch geringe Mengen an Spermien vorhanden sind.

GIFT = Gameto Intra Fallopian Transfer

Nach vorheriger Stimulation der Eierstöcke werden per Bauchspiegelung Eizellen entnommen und zusammen mit den Spermien des Mannes instrumentell in den Eileiter gegeben. Die Befruchtung kann an Ort und Stelle stattfinden.

Die Ergebnisse sind nicht besser als die Befruchtung außerhalb des Mutterleibes. Der Aufwand für die so zu befruchtende Frau ist erheblich, da zu jedem Versuch eine hormonelle Stimulation, eine Vollnarkose und eine Bauchspiegelung durchgeführt werden müssen.

TESE = testikuläre Spermien-Extraktion

Spermien werden durch einen kleinen mikrochirurgischen Eingriff aus dem Hodengewebe gewonnen. Dieser Eingriff ist angezeigt, wenn im Samenerguss des Mannes keine Spermien nachweisbar sind, z.B. nach einer Sterilisation und nachfolgendem Kinderwunsch in einer zweiten Beziehung. Für diesen Eingriff ist lediglich eine örtliche Betäubung nötig.



Wegbegleiterin aus *Berufung*...

Ein Interview mit Dr. med. Ina Walter-Göbel, Frauenärztin

WK: Wie sind Sie zu diesem Spezialgebiet gekommen? Was begeistert Sie daran?

Während meiner Facharztausbildung wollte ich mehr über das Gebiet der Hormone, der damit verbundenen Störungen und Behandlungsmöglichkeiten in verschiedenen Lebensphasen der Frau erfahren. Ich wollte kompetent in der Praxis beraten können. So habe ich in einem Zentrum für Kinderwunschtherapie meine Weiterbildung gemacht. Schnell habe ich gemerkt, welche Aufgabe damit verbunden ist, nämlich Paare auf ihrem Lebensweg zu einem Kind zu begleiten. Ganz besonders aber liegt in unserer Praxis das Herzblut darin, Paare, die trotz Therapie keine Kinder bekommen können, zu stützen. Unser Team will diesen Paaren einen Weg bereiten, auch ohne Kind klarzukommen.

Viele Situationen oder Gespräche mit Patientenpaaren gehen mir oft sehr nah, aber dann denke ich, dass es sich richtig anfühlt und ich genau dort hingehöre.

WK: Wo – würden Sie sagen – beginnt das menschliche Leben? Inwiefern spielt dies für Sie eine Rolle in Ihrer täglichen Arbeit?

Das ist vom Gesetzgeber seit 1991 durch das Embryonenschutzgesetz festgelegt worden, um einem möglichen Missbrauch neuer Fortpflanzungstechniken zu begegnen. Durch strafrechtliche Verbote wird den Wertentscheidungen des Grundgesetzes zu Gunsten des Lebens und der Menschenwürde Rechnung getragen. Das Gesetz legt in einer Definitionsbestimmung fest, dass sowohl die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Zellkernverschmelzung an als auch jede einem Embryo entnommene Zelle, die sich zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag, als Embryo zu gelten haben.

Nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten kann etwa 70 % aller Paare, die wegen ungewollter Kinderlosigkeit einen Arzt aufsuchen, zu einem eigenen Kind verholfen werden.

Es gibt auch Paare, die ihre persönliche Grenze bereits schon zu einem früheren Zeitpunkt ziehen, wenn nämlich die Samenzelle in die Eizelle geschlüpft ist und noch keine Verschmelzung der beiden Zellkerne stattgefunden hat. Darauf nehmen wir selbstverständlich

Rücksicht und legen ein individuelles Umgehen gemeinsam fest, ohne dass das Paar sich in seinem eigenen, ethischen Raum verbiegen muss; z.B. ist es möglich, nur so viele Eizellen zu befruchten, wie Embryonen in die Gebärmutter der Frau zurückgegeben werden sollen (sog. Embryotransfer).

Ich persönlich würde mir eine Lockerung des Embryonenschutzgesetzes wünschen, so dass deutsche Paare nicht mehr für eine Embryonenselektion und die damit verbundene

bessere Schwangerschaftsrate ins Ausland gehen müssen. Dabei werden aus mehreren sich entwickelnden Embryonen nur die am besten entwickelten der Frau zurückgegeben; die übrigen werden verworfen. Die Mehrlingsrate könnte damit ebenfalls drastisch vermindert werden, da diese Embryonen sich besser einnisten und damit die Anzahl der einzusetzenden Embryonen insgesamt verringert werden könnte.

WK: Was ist das Vorkernstadium?

Es handelt sich dabei um eine befruchtete Eizelle, bei der eine Verschmelzung der Erbanlagen noch nicht stattgefunden hat. Das genetische Material von Ei- und Samenzelle wird als zwei kernförmige Strukturen sichtbar.



Vorkern

WK: Können nicht für die künstliche Befruchtung unbefruchtete Eizellen und ggf. Spermien eingefroren werden?

Ja, es können Spermien in flüssigem Stickstoff bei -196°C eingefroren werden. Während dieses unproblematisch ist, sind die Einfriertechniken für unbefruchtete Eizellen immer noch mit Problemen behaftet.

Da aufgrund des Embryonenschutzgesetzes das Einfrieren menschlicher Embryonen in Deutschland verboten ist, werden routinemäßig Eizellen im Vorkernstadium „kryokonserviert“ (durch Gefrieren haltbar gemacht).

Damit brauchen überzählige Vorkernstadien nicht vernichtet zu werden, sondern können für einen zukünftigen Embryotransfer zur Verfügung stehen. Die Weiterentwicklungsraten nach dem Auftauen kryokonservierter Vorkernstadien sind gut. Die Schwangerschaftsraten bei Transfer weiterentwickelter Embryonen nach Kryokonservierung liegen etwas niedriger als die Raten, welche mit nicht kryokonservierten Embryonen erreicht werden.

WK: Wie hoch ist die „Erfolgsrate“ beim Transfer eines Embryos in die Gebärmutter? Liegt diese in etwa gleich hoch wie bei einer normalen Schwangerschaft? Oder kann man sagen, dass die Rate von frühen spontanen Fehlgeburten dabei erhöht ist?

Wenn man lediglich einen Embryo transferiert, liegt die Schwangerschaftsrate bei etwa 12-16%. Die Schwangerschaftsrate bei einem Paar ohne entsprechende Problematik liegt bei ca. 20-30%.

Die generelle Empfehlung ist eher, sich zwei Embryonen transferieren zu lassen, denn dann beträgt die Erfolgsrate der Reproduktionsmedizin etwas über 30 Prozent. Die individuelle Chance des Paares auf ein eigenes Kind hängt von der Schwere der Fruchtbarkeitsstörung und vom Alter der Frau ab. Nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten kann etwa 70% aller Paare, die wegen ungewollter Kinderlosigkeit einen Arzt aufsuchen, zu einem eigenen Kind verholfen werden.

Rund jedes siebte Paar in Deutschland bleibt aus biologisch-medizinischen Gründen ungewollt kinderlos. Ein Drittel von ihnen nutzt die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin.

Die Fehlgeburtsraten nach künstlichen Befruchtungen liegen im Durchschnitt bundesweit bei 20%. Aber meines Erachtens sollte man sich immer eine Fehlgeburtsrate abhängig vom Alter der Patientin und der Anzahl der transferierten Embryonen anschauen, da gibt es nämlich große Schwankungen.

WK: Bei der künstlichen Befruchtung wird immer wieder vor hochgradigen Mehrlingen gewarnt. Wenn zwei oder drei Embryonen in die Gebärmutter zurückgegeben werden, können sich daraus z.B. noch Fünflinge entwickeln? Wenn ja, wie lange dauert diese Zeit der Unklarheit über die endgültige Anzahl der Kinder?

Zu Recht wird davor gewarnt. Eine Drillingsschwangerschaft kann immer noch zu einem großen Dilemma werden. Kommt es bei einem Transfer von zwei Embryonen zu einer Schwangerschaft, dann beträgt die Drillingsrate 0,1-0,5%.

Ein einziges Mal habe ich bislang erlebt, dass es bei zwei Embryonen zu einer Vierlingschwangerschaft gekommen ist, da sich aus einem Embryo Drillinge entwickelt haben. Ich denke, das erlebt jeder auch nur einmal in seiner beruflichen Laufbahn.

Feststellen kann man dieses etwa in der 6. Schwangerschaftswoche. Das Risiko für eine Fehlgeburt bzw. für das Absterben eines dieser Embryonen ist bis zur zwölften Schwangerschaftswoche am höchsten. Dieses Wechselbad der Gefühle ertragen zu müssen, können wir uns wahrscheinlich alle nicht vorstellen.

WK: Was geschieht mit eingefrorenen befruchteten Eizellen, wenn diese nicht mehr benötigt werden? Wie lange können diese maximal eingefroren bleiben?

Diese können auf Wunsch des Paares und nach schriftlicher Einverständniserklärung

verworfen werden oder können zu einem Zeitpunkt, an dem die Patientin sicher nicht schwanger werden kann, in die Gebärmutter transferiert werden. Werden diese befruchteten Eizellen im Vorkernstadium nach dem Auftauen nicht im Brutschrank gelagert, können sie die Verschmelzung der Zellkerne nicht einleiten und sich somit nicht weiter entwickeln. Auch da muss man die Bedürfnisse des Paares in den Vordergrund stellen. Es gibt Menschen, die können das Verwerfen von Eizellen eben für sich nicht akzeptieren.

Im Durchschnitt lassen Paare befruchtete Eizellen bei uns höchstens zwei bis drei Jahre gelagert. Aber da gibt es keine maximale Frist.

WK: Kann man sagen, wie lange eine durchschnittliche Behandlung in Ihrer Praxis dauert?

Das kann man so generell schlecht beantworten, da es auch davon abhängt, wie jedes Paar damit umgeht. Oft sind mehrere Behandlungszyklen nötig, bis eine Schwangerschaft eintritt. Dazwischen werden auch immer Pausen eingelegt und dabei gibt es große individuelle Unterschiede. Von der ersten Untersuchung bis zum Eintreten der Schwangerschaft können mehrere Monate vergehen, es kann aber auch mal viel länger dauern. Jedes Paar setzt sich irgendwann seine persönliche Zeitgrenze.

WK: Inwieweit kann man bei der künstlichen Befruchtung außerhalb des Mutterleibes eine Untersuchung einzelner Zellen auf genetische Krankheiten machen? In diese sog. Präimplantationsdiagnostik in Deutschland erlaubt?

Bei der Präimplantationsdiagnostik werden in einem sehr frühen Stadium der Entwicklung eines Embryos bei der künstlichen Befruchtung außerhalb des Körpers ein oder zwei Zellen entnommen und auf allgemeine oder spezielle Störungen im Erbgut (Chromosomenstörungen) untersucht. In Deutschland ist dieses nicht zulässig.

WK: Vielen herzlichen Dank für den spannenden Einblick in Ihr Fachgebiet!

Dr. med. Ina Walter-Göbel

ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Spezialgebiet Kinderwunschbehandlung (Reproduktionsmedizin) und arbeitet gemeinsam mit zwei Kolleginnen in eigener Kinderwunschpraxis in Gelsenkirchen. Sie ist 44 Jahre alt, verheiratet und Mutter eines Kindes. In ihrer Freizeit spielt sie Saxophon. Ihre Begeisterung für Musik zeigt sich auch in ihrer Ausbildung als Kirchenmusikerin.

