

Ich freue mich sehr, dass wir von der appella Telefon- und Online-Beratung die Möglichkeit haben, Ihnen etwas über unsere Arbeit zu berichten. Heidi Bucher hat mich gebeten, Ihnen Informationen zu ungewollter Kinderlosigkeit und zu den Behandlungen der Fortpflanzungsmedizin zu vermitteln.

1. Vorstellung appella

Das appella Informations- und Beratungstelefon bietet seit dem 8. März 1994 Information und psychosoziale Beratung zum gesamten Bereich der reproduktiven Gesundheit der Frau an und ist als politisch und konfessionell neutraler Verein organisiert. Daneben vermitteln wir ausgewählte Fachleute und Fachstellen aus der Schul- und Komplementärmedizin und aus der Psychologie/Psychotherapie zu diesen Themen. Mit der Struktur der Telefonberatung profitieren wir von allen Vorteilen einer niederschweligen, anonymen und finanziell günstigen Beratungssituation. Seit einiger Zeit bieten wir auch Online-Beratung an, diese wird rege benutzt, da sie noch niederschweliger ist, weil sie an keine fixen Zeiten gebunden ist. Wir garantieren wenn immer möglich eine Antwort innerhalb von 24 Stunden.

Fragen rund um die ungewollte Kinderlosigkeit sind heute noch hoch tabuisiert, auch wenn die Medien dieses Thema bereits seit einiger Zeit aufgegriffen haben. Noch immer wird ungewollte Kinderlosigkeit als persönliches Versagen empfunden, beladen mit Scham- und Schuldgefühlen. Warum klappt bei uns nicht, was bei anderen so spielend einfach scheint? Gerade die Anonymität von Internet und Telefon kommen der Beratung bei tabuisierten Themen sehr entgegen, sie wird deshalb auch rege in Anspruch genommen.

appella hat es sich zum Ziel gemacht, einerseits Informationen und Beratung zum Angebot der Schulmedizin anzubieten und andererseits der Komplementärmedizin mehr Raum zu geben. Der hochtechnisierten Schulmedizin stehen wir zurückhaltend gegenüber und empfehlen meist, als erstes den Weg von körperschonenden Massnahmen wie sie vor allem die Komplementärmedizin anbietet, zu wählen. Diese Behandlungen haben keine Risiken und selten Nebenwirkungen. Gerade bei Fragen rund um die ungewollte Kinderlosigkeit zeigt die Behandlung mit Komplementärmedizin grosse Erfolge.

Uns ist es ein Anliegen bzgl. der medizinischen Technologien ethischen Fragen ein grosses Gewicht zu geben. Dies betrifft ganz besonders auch alle Fragen rund um die Sterilitätstherapien.

appella ist aus der politischen Frauenarbeit gewachsen und versteht sich als unabhängige Organisation. Dies hat den Vorteil, dass wir nur uns und unserer Ethik verpflichtet sind, aber auch den grossen Nachteil, dass wir alle unentgeltlich arbeiten. Mit Spenden und Mitgliederbeiträgen finanzieren wir vor allem Inserate und den materiellen administrativen Aufwand. Seit Jahren sind wir daran, als offizielle Beratungsstelle zumindest durch den Kanton Zürich anerkannt zu werden, es scheint sich nun eine Türe hierzu zu öffnen.

Neben Öffentlichkeitsarbeit und der psychosozialen Beratung engagieren wir uns sehr bei Gesetzesentwürfen, die Einwirkungen auf unseren Themenbereich haben. Bezogen auf die ungewollte Kinderlosigkeit war dies beim Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung der Fall.

2. Wie arbeitet appella

Die Frauen, die bei appella beraten, kommen alle aus dem Sozialbereich und machen psychosoziale Beratung. Neben der medizinischen Fachberatung, deren Aufgabe es in erster Linie ist, umfassende und unabhängige Fachinformation zu den Sterilitätstherapien verständlich zu vermitteln, ist die psychosoziale Beratung ein zweiter wichtiger Strang in der Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit. Sie bietet den Raum für die Entscheidungsfindung. Das heisst, dass sie die Entscheidungskompetenz der Frau oder des Paares stärkt, dass sie sie auf ihre Potenz verweist und diese mit der Frau/dem Paar erarbeitet. In der psychosozialen Beratung haben die Frau/das Paar die Möglichkeit, fehlende Informationen einzuholen und Fragen zu formulieren. Indem sich die Beraterin in die Situation der Ratsuchenden einfühlt, deren Gefühle und Wertvorstellungen widerspiegelt, ohne die notwendige Distanz zu verlieren, gelingt es den Ratsuchenden ihr eigenes Erleben wahr- und ernst zu nehmen und daraus Entscheidungskompetenzen zu gewinnen.

Jede Beratung, die die reproduktive Gesundheit der Frau betrifft, ist in unseren Augen auch spezifisch Frauenberatung. Frauen werden gerade in der Fortpflanzungsmedizin sehr schnell zu

Versuchsobjekten, die ihre Eigenverantwortung „im Wartezimmer an den Garderobehaken hängen“ (wie ich das einmal von einer Hebamme so schön gehört habe). Sie machen also bei dieser Rollenverteilung selbst mit, indem sie sich der Meinung und den Vorschlägen der Ärzteschaft unterordnen und ihnen Folge leisten. Ich denke, in der psychisch belastenden Situation der ungewollten Kinderlosigkeit ist dies sehr gut nachvollziehbar, aber ganz sicher veränderbar. Frauenspezifische Beratung hat diese Abhängigkeiten im Auge und hilft der Frau, sie abzubauen. Wir ermuntern die Frauen, wieder ihren Subjektstatus einzunehmen und einen eigenen Standpunkt zu finden.

3. Wer ruft an mit welchen Fragestellungen

Da appella sehr gut zugänglich ist, haben wir auch ein sehr breites Spektrum von anrufenden Frauen. Da gibt es die Geschichte der Frau, die schon ein paar Behandlungen hinter sich hat und nun einfach genug hat von diesen heftigen Eingriffen und den psychischen Belastungen. Sie sucht Alternativen in der medizinischen Behandlung. Dann gibt es die Frau, die seit Jahren regelmässig Geschlechtsverkehr hat, sich ein Leben ohne Kind sehr gut vorstellen kann und von uns eigentlich nur die Bestätigung braucht, dass sie ihren Kinderwunsch loslassen kann. Vielleicht möchte sie noch die Adresse einer Psychotherapeutin oder Psychologin, die ihr beim endgültig Abschiednehmen behilflich ist. Da gibt es die Frau, die sich dermassen auf ihren Kinderwunsch versteift, dass sie völlig verzweifelt nur noch schwangere Bäuche sieht und sich völlig nutzlos und unfähig fühlt. Jede Menstruation wird zur Katastrophe. Oft genügt hier fürs erste schon, ihr zu verstehen zu geben, dass ihre „Besessenheit“ völlig in Ordnung ist und dass wir verstehen können, dass sie nichts anderes mehr wahr nimmt als schwangere Frauen. Das Tabu zu brechen, indem ich meine Verzweiflung in einem geschützten Rahmen aussprechen und „durch den Mund laufen lassen“ kann, kann schon einen ersten Schritt vorwärts bedeuten.

Da gibt es die Frau, die sich bereits nach einem halben Jahr ohne Erfolg von ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen dermassen unter Druck fühlt, dass sie sich überlegt, in die Fortpflanzungsmedizin einzusteigen und von uns Informationen und eine Zweitmeinung braucht. Vielleicht will sie auch nur die „Erlaubnis“, „nein“ sagen zu dürfen. Und natürlich gibt es auch die Frau, die alles geplant hat, die zusammen mit ihrem Mann ein Haus mit Kinderzimmer gebaut hat und nun will es einfach nicht klappen. Dann gibt es die Frauen, die äusserst schmerzhaft Behandlung über sich ergehen lassen und nicht wissen, dass gewisse Eingriffe so schmerzhaft gar nicht sein müssten (z.B. das Durchblasen der Eileiter ohne Betäubung). Die das Gefühl haben, sie müssten für jeden Eingriff dankbar sein und in ihrer Opferhaltung sehr weit gehen.

Sie sehen, die Schicksale sind sehr verschieden, sie sind aber alle geprägt von einer mehr oder weniger grossen Verzweiflung, auf natürlichem Weg nicht schwanger werden zu können.

4. Ungewollte Kinderlosigkeit

Das Problem der ungewollten Kinderlosigkeit besteht, seit es Menschen gibt. In allen Kulturen lassen sich Empfehlungen und Hilfen zur Behebung der ungewollten Kinderlosigkeit finden. Oft sind dies Rituale, Zauberriten, Magie, Beschwörungen, aber auch Pflanzen und andere natürliche Heilmittel. Bis vor etwa 100 Jahren wurde ungewollte Kinderlosigkeit als Schicksal oder als Strafe angesehen. Die heutige hochtechnisierte Medizin möchte diesen Schicksalsbegriff so weit wie möglich eliminieren und bietet deshalb auf den verschiedensten Gebieten immer differenziertere, zum Teil auch zu viel versprechende Therapien an.

Ein zweiter wichtiger Aspekt ist, dass bei kinderlosen Paaren die Ursache oft sehr voreilig bei der Frau vermutet wird. Wir hatten (in der letzten Zeit hat es zum Glück etwas abgenommen) immer wieder Frauen am Telefon, die bereits die ersten Hormonkuren hinter sich hatten, bevor ein Spermogramm beim Mann gemacht wurde. So behandelt man lieber die Frau mit zum Teil recht riskanten Eingriffen, weil ein eingeleisiges Denken eine Verursachung durch den Mann nicht zulassen kann.

Dabei ist die Ursache für ungewollte Kinderlosigkeit ziemlich gleichmässig auf Mann und Frau verteilt. Es gibt neuere AutorInnen, die sagen, dass die Ursachen etwa 50% zu 50% verteilt sind, andere sprechen von einem Drittel beim Mann, einem Drittel bei der Frau und dem letzten Drittel durch die Verbindung der beiden. Es kann z.B. sein, dass das Scheidenmilieu der Frau für das Spermium ihres Mannes nicht günstig ist. Auch die Zahlen zur sog. idiopathischen (ohne erkennbare Ursache) Kinderlosigkeit schwanken je nach AutorIn stark, die einen sprechen von 5 %, andere wieder von 10 – 15%.

5. Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit

Einerseits gibt es somatische Ursachen. Dies sind bei der Frau hormonelle Störungen wie z.B. eine Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, die zu einer Störung in der Eizellenreifung führen können. Oder es sind Eileiterverwachsungen oder Verklebungen aufgrund von Entzündungen oder Vernarbungen. Auch die Endometriose, die Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut, kann Ursache dafür sein, dass eine Frau nicht schwanger wird.

Beim Mann ist es eine eingeschränkte Spermienqualität, Verminderung der Anzahl der Spermien, ungenügende Beweglichkeit oder abnormale Ausformung der Spermien. Dann können Entzündungen zu einem Verschluss der Samenleiter führen u.a.m. Ferner wird vermutet, dass die hohe Belastung des Trinkwassers mit weiblichen Hormonen für die steigende Anzahl unfruchtbarer Männer verantwortlich sein könnte.

Neben diesen Faktoren spielt das Alter der Frau eine Rolle, da mit zunehmendem Alter die Fruchtbarkeit der Frau abnimmt. Viele Frauen verschieben ihren Kinderwunsch auf später, um zunächst eine gute Berufsausbildung zu machen und ein paar Jahre Berufstätigkeit zu erleben. Gerade hier in der Schweiz ist es noch immer schwierig, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen und so kommt gerade bei gut ausgebildeten Frauen die Erfüllung des Kinderwunsches an untergeordneter Stelle. Manchmal ist es dann zu spät und es will einfach nicht mehr klappen. Es gibt noch andere soziologische Faktoren, z.B. unsere Art, Zweierbeziehungen zu leben und wieder aufzulösen. Das Durchschnittsalter der verheirateten Frau bei der Geburt ihres ersten Kindes lag im Jahr 2005 gemäss Bundesamt für Statistik bei 30,5 Jahren. Das ist sehr spät.

6. Warum ist die Verzweiflung so gross?

Nicht schwanger zu werden trifft eine Frau unter Umständen ganz zentral in ihrer Identitätsdefinition. Gesellschaftliche Prägungen sehen auch heute noch immer vor, dass es ein wichtiger Bestandteil des weiblichen Lebenslaufes ist, Kinder zu haben. Viele Frauen erleben sich deshalb als sozial isoliert und ausgegrenzt, wenn sich ihr Kinderwunsch nicht erfüllt und so ihre Lebenssituation von der Normalbiografie anderer Frauen abweicht. Und weil der Kontakt mit gleichaltrigen Frauen oft den Kontakt mit Familien bedeutet, was wiederum sehr schmerzhaft sein kann, ziehen sich die Frauen immer mehr zurück.

So fehlen der Frau einerseits ihr eigenes Kind und andererseits immer mehr die sozialen Beziehungen, in denen sich gesellschaftliche Anerkennung und Geborgenheit manifestiert. Die Abwertung geschieht also sowohl individuell (ich versage als Frau) als auch gesellschaftlich (ich habe keine soziale Gruppe, weil ich den Erwartungen nicht entspreche). Dieses Nichterfüllen der vorherrschenden Weiblichkeitsbilder und der konventionellen Lebensentwürfe verbunden mit der eigenen Sehnsucht kann zu schweren Lebenskrisen führen.

Nicht schwanger zu werden, heisst immer auch Abschied vom gewünschten und erhofften Kind. Es muss um etwas getrauert werden, das als Wunsch existiert, vielleicht sogar völlig überhöht wird, sich aber nicht konkretisieren kann. Dies kann gerade so schmerzhaft sein wie der Verlust eines real geborenen Kindes.

„Es ist, als ob einem etwas genommen wird, was man zwar niemals besass, doch immer sicher war, es irgendwann zu haben“, „es ist etwas Existenzielles, das einen im Innersten trifft,“ zitiert Martin Spiewak in seinem Buch „Wie weit gehen wir für ein Kind?“ betroffene Menschen. Er ist der Ansicht, dass die Verzweiflung, sich nicht fortpflanzen zu können, nicht wirklich mit Konventionen zu tun hat, die überliefert wurden und so auch in Frage gestellt werden können, sondern „das reproduktive Unvermögen rührt am Innersten im Menschen, an Sexualität und Potenz, an tief verwurzelten Bildern von Männlichkeit und Weiblichkeit und schlussendlich an purer Biologie.“ Die Fähigkeit des Menschen sich fortzupflanzen, gehöre schlicht zu seiner Identität und sei Teil seines Selbstbildes. Unabhängig davon, welche Meinung Sie mehr überzeugt, wird doch deutlich, dass die ungewollte Kinderlosigkeit vor allem die Frau in ihrem Innersten trifft und erschüttern kann. Gerade dem Druck, den sie sich selbst macht, ist am schwierigsten gegenzusteuern, dem Druck aus der Gesellschaft kann sie sich vielleicht noch eher entziehen. Ganz schwierig wird es, wenn der gesellschaftliche Druck den eigenen verstärkt.

Wir denken, dass nur deshalb, weil der Wunsch nach einem eigenen Kind so viele Facetten der Persönlichkeit betrifft und beeinflusst, Sterilitätstherapien ihren Markt erobern konnten, Hoffnungen verbreiten können, die sie bis jetzt in keinsten Weise erfüllen, und Frauen immer wieder zu Behandlungen bringen können, die zum Teil nur sehr schwierig zu ertragen sind.

7. Sterilitätsbehandlungen

Ich beziehe mich bei der Darstellung der verschiedenen Behandlungen auf unsere Gratisbroschüre: „Der unerfüllte Kinderwunsch – wie gehen wir damit um?“, eine Informationsschrift zu den schulmedizinischen Sterilitätstherapien und Alternativen.

Schulmedizinisch unterstützte Fortpflanzung wird zwar als Paarbehandlung bezeichnet, da sie familienstiftend wirken soll, umfasst aber in hohem Masse frauenspezifische Eingriffe. Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung trägt allein die Frau, und so soll auch sie es ein, die über die Massnahmen entscheidet.

Unfruchtbarkeit ist ein sehr weiter Begriff. Im Leben fast jeder Frau und fast jeden Mannes gibt es Phasen zeitweiliger Unfruchtbarkeit aufgrund von kritischen Lebensereignissen. Die Zeitspanne, die bei regelmässigem Geschlechtsverkehr verstreichen soll, bevor man von Unfruchtbarkeit spricht, variiert stark. Es gibt ÄrztInnen, die bereits nach einem halben Jahr eine unterstützende Behandlung vorschlagen (vor allem, wenn die Frau bereits älter ist), aber auch solche, die raten, bis zu drei Jahren zu warten. In einigen, nicht allzu wenigen Fällen erledigt sich dann das Problem von selbst.

Wenn das Paar noch relativ jung ist und sich keine organischen Ursachen erkennen lassen, wenn das Spermogramm unauffällig ist und Gebärmutter und Eileiter in Ordnung sind, wird die Ärztin den beiden raten, den Zyklus der Frau zu beobachten und vor allem an den fruchtbaren Tagen Geschlechtsverkehr zu haben. Das wird von vielen Paaren als nicht ganz einfach erlebt, Sie können es sich alle vorstellen, Sex nach Zeitplan ist nicht sonderlich sinnlich. Wenn auch dies keinen Erfolg hat, gibt es die Möglichkeit der artifiziellen homologen Insemination. Diese wird durchgeführt, wenn der Verdacht auf eine Unverträglichkeit von Zervixschleim und Spermien besteht. Hierbei wird das präparierte Spermium direkt in die Gebärmutter gespritzt, um das Scheidenmilieu zu umgehen.

Ist jedoch der Zyklus der Frau unregelmässig, die gynäkologische Untersuchung jedoch unauffällig, wird die Ärztin/der Arzt eine Hormontherapie empfehlen, um den Zyklus zu regulieren. Normalerweise wird die Hormonabgabe während etwa dreier Zyklen durchgeführt, spätestens nach 6 Monaten wird die Behandlung abgebrochen. Eine solche Hormonkur kann einige unerwünschte Nebenwirkungen haben, wie Gewichtszunahme, Unwohlsein, Unterleibsschmerzen, aber auch Kopfschmerzen, gelegentlich Depressionen und Müdigkeit und noch einige mehr. Eine längere Therapiedauer kann zur Vergrösserung der Eierstöcke und zur Bildung von Zysten führen. Stellt sich nun trotz regelmässigem Zyklus noch immer keine Schwangerschaft ein, besteht die Möglichkeit einer artifiziellen Insemination. Hierbei wird wie vorgängig schon erwähnt nach der hormonellen Eisprungauslösung mittel einer Spritze das Spermium des Mannes in den Gebärmutterhals, teilweise in die Gebärmutterhöhle oder direkt in den Eileiter gebracht. Bei der Besamung durch den eigenen Partner spricht man von homologer, bei einem anonymen Samenspender von heterologer Insemination. Die Erfolgchancen liegen bei 3 – 15 % für eine Befruchtung pro Behandlungszyklus.

Eine andere Situation ist es, wenn organische Befunde vorliegen. Bei der Frau ist dies, wie bereits erwähnt in vielen Fällen eine mangelnde Durchlässigkeit der Eileiter. Hier besteht die Möglichkeit einer mikrochirurgischen Operation, was aber nicht immer zum Erfolg führt. Die letzte Hoffnung hier ist oft die In-vitro-Fertilisation, die Befruchtung im Reagenzglas, die IVF.

Hier werden mittels hormoneller Stimulation der Eierstöcke sogenannte Mehrfach-Eisprünge ausgelöst. Parallel dazu erfolgt die Überwachung des Zyklus anhand von Ultraschalluntersuchungen und Hormonbestimmungen in Blut und Urin. Die hormonelle Stimulierung entspricht einer Hormontherapie und wird auch bei einem normalen Zyklus angewandt. Sie bewirkt, dass mehrere Eizellen für die Befruchtung zur Verfügung stehen.

Zunächst wird der Eisprung mit einer eisprungauslösenden Spritze eingeleitet. Ungefähr 40 Stunden später wird mittels einer Punktierung die Eientnahme vorgenommen. Wichtig ist hier der Zeitpunkt, nämlich vor oder während des Eisprungs. Hat der Eisprung bereits stattgefunden, sind die Eizellen nicht mehr auffindbar. Die Risiken bei der Auslösung einer solchen Superovulation sind Wassereinlagerungen in den Lungen und Atemnot, ferner Gewichtszunahme und Anschwellen des Bauches.

Mit einer dünnen Nadel werden die Eizellen nun abgesaugt. Dafür werden die Follikel angestochen und die Flüssigkeit mit den Eizellen abgesaugt. Man punktiert so viele Eizellen wie möglich. Der

Eingriff erfolgt unter Lokalanästhesie mit einem zusätzlichen Beruhigungsmittel und dauert etwa eine halbe Stunde.

Wie bei jedem Eingriff medizinisch unterstützter Fortpflanzungen wird auch bei der In-vitro-Fertilisation der Samen des Mannes aufbereitet, bevor er mit dem Ei zusammengebracht wird. Und dieses Zusammenbringen soll nach der Punktion so rasch wie möglich passieren.

Hat eine Befruchtung stattgefunden, werden der Frau nach ca. 48 Stunden bis zu drei Embryonen im sogenannten Embryonentransfer eingesetzt. Dies geschieht mit einem Plastikkatheter, der in die Gebärmutter eingeführt wird. Auch bei diesem Eingriff werden oft noch einmal Hormone verabreicht, um die Einnistung des Eies zu begünstigen. Nach dem Transfer findet etwa alle 2 Tage eine regelmässige Kontrolle der Hormonwerte statt, um so schnell wie möglich eine Schwangerschaft feststellen zu können.

Ist die Qualität der Spermien schlecht, wird eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion – ICSI genannt – durchgeführt. Hierzu genügt eine Samenzelle, die mit einer Mikropipette in das Zytoplasma der Eizelle injiziert wird. Heute wird ICSI etwa gleich häufig angewandt wie die IVF, obwohl es Hinweise dafür gibt, dass mit ICSI gezeugte Kinder ein doppelt so hohes Risiko haben, mit einer falschen Zahl Geschlechtschromosomen auf die Welt zu kommen.

Eine andere Studie an dänischen Rekruten hat ferner gezeigt, dass künstlich gezeugte Männer sehr viel häufiger unfruchtbar sind als andere. So schafft sich die Reproduktionsmedizin ihr zukünftiges Klientel grad selbst!

Durchschnittlich werden pro Frau 10 Eizellen gewonnen. Da die Erfolgsrate bei der Befruchtung 70% beträgt und höchstens drei Eizellen zu Embryonen entwickelt und transferiert werden dürfen, bleiben durchschnittlich 4 befruchtungsfähige Eizellen übrig. Da nur so viele Eizellen zu Embryonen entwickelt werden dürfen, wie auch eingepflanzt werden, stellt sich die Frage der Bewahrung überzähliger Eizellen. Heute gibt es noch keine funktionierende Methode zur Langzeitgefrierung von Eizellen. Der Gesetzgeber erlaubt ausschliesslich die Kryokonservierung imprägnierter Eizellen. Die befruchtete Eizelle wird vor ihrer Kernverschmelzung, das heisst bevor ein Embryo entstanden ist, tiefgefroren. Ist der Behandlungszyklus erfolglos geblieben oder entsteht später ein weiterer Kinderwunsch, so besteht die Möglichkeit, bei einem nächsten Mal auf diese befruchteten Eizellen zurückzugreifen, was der Frau eine weitere Eientnahme erspart. Ungeklärt sind allerdings mögliche Risiken der Kryokonservierung in Bezug auf die Entwicklung menschlichen Lebens.

8. Erfolgszahlen

Eine tatsächliche Erfolgsrate anzugeben ist sehr schwierig, fast unmöglich. Wichtig ist auch, zu unterscheiden, ob erfolgte Schwangerschaften oder erfolgte Geburten als statistischer Wert für den Erfolg einer Behandlung dienen. Das eidgenössische Versicherungsgericht spricht von einer Erfolgsrate von 10% bezüglich Geburten, die Zahlen der Fortpflanzungsmedizin liegen bei bis zu 20%, was aber von verschiedenen Seiten bestritten wird.

Ein Behandlungszyklus der IVF kostet zwischen Fr. 5'000.– und Fr. 8'000.–, für die ICSI geben die Paare zwischen Fr. 6'000 und Fr. 10'000.– aus. Die Krankenkasse zahlt lediglich die Kosten für die Sterilitätstherapien und die konservative Sterilitätsbehandlung, also z.B. die Hormontherapie. Wenn man bedenkt, dass drei Behandlungszyklen als vertretbar und vernünftig erachtet werden, können Sie sich vorstellen, wie hoch allein der finanzielle Aufwand zur Erfüllung des Kinderwunsches ist. Es gibt Paare, die bis zu Fr. 50'000.– bezahlen. Für die Frau sind die Behandlungen ein Fulltimejob, von der psychischen und physischen Belastung kann zu schweigen.

9. Alternative Wege

appella empfiehlt anrufenden Frauen sehr häufig den Weg in die Komplementärmedizin zu versuchen. Gerade die Traditionelle Chinesische Medizin kann grosse Erfolge bei der Behandlung ungewollter Paare vorweisen, aber auch die Homöopathie ist zu empfehlen. Ferner gibt es heute TCM-Therapeutinnen, die reproduktionsmedizinische Behandlungen mit ihrer Behandlung unterstützen. Sehr oft empfehlen wir auch dem Paar/der Frau, sich eine psychologische oder psychotherapeutische Begleitung zu überlegen. Diese Begleitung ist sehr sinnvoll vor, während und nach einem Behandlungszyklus, sie kann ferner dabei helfen, den Abschied vom erhofften Kind zuzulassen und andere Wege der Lebensgestaltung und des Lebenssinnes wiederzufinden. Sie kann auch dabei helfen, die manchmal sehr grossen Belastungen für die Partnerschaft in einem erträglichen Rahmen zu halten. Ein anderer Weg der psychischen Unterstützung ist der Besuch einer Selbsthilfegruppe.

Und dann weisen wir natürlich auch immer auf die Möglichkeit einer sozialen Elternschaft hin, Adoptionen, Pflegekinder oder den Kontakt mit Kindern als Tageseltern, und dann kommen Sie zum Zuge!

10. Noch ein paar Bemerkungen zur rechtlichen Situation

Gemäss Fortpflanzungsmedizingesetz sind medizinisch unterstützte Fortpflanzungsverfahren nur dann erlaubt, wenn nach Wissen der Schulmedizin keine andere Möglichkeit besteht, zu einem eigenen Kind zu gelangen. Untersagt sind ferner Ei- und Embryonenspende und die Leihmutterchaft. Die Samenspende durch Dritte ist erlaubt, allerdings hat das Kind das Recht, mit Volljährigkeit den Namen des Spenders zu erfahren. Diese Regelung hat einen grossen Schwund von Samenspendern bewirkt, in der Schweiz lässt sich kaum mehr Fremdsamen finden. Die Befruchtung mit gespendeten Samenzellen darf nur bei verheirateten Paaren durchgeführt werden. Ansonsten besteht keine Einschränkung bzgl. Zivilstand bei gegengeschlechtlichen Paaren.

11. Die Präimplantationsdiagnostik

Zum Schluss noch ein paar Bemerkungen zur Präimplantationsdiagnostik, der PID. Die PID dient der Untersuchung der befruchteten Eizellen, bevor sie in den Körper der Frau zurückgelangen. Mit der PID sollen die Embryonen ausgewählt werden, die genetisch am gesündesten scheinen, sich dadurch besser einnisten und so den Erfolg der Fortpflanzungsmedizin erhöhen sollen. Neueste Studien haben jedoch gezeigt, dass gerade dies nicht zutrifft. Die Erfolgsrate bei Embryonen, denen für die PID eine Zelle entnommen wurde, ist niedriger als bei solchen, die nicht einer Qualitätskontrolle unterzogen wurden. Ferner war die PID ursprünglich vor allem auch für Paare gedacht, die ein Risiko einer genetischen Erkrankung eines zukünftigen Kindes in sich tragen. Mit der PID lassen sich die Embryonen finden, die nicht Träger des defekten Gens sind.

Die PID schien auch den Vorteil zu haben, die Belastung der Pränataldiagnostik und eines Schwangerschaftsabbruches zu vermeiden. Da die PID aber wie fast jede andere diagnostische Methode eine Fehlerquote hat, wird den Frauen dazu geraten, dennoch Pränataldiagnostik machen zu lassen. In der Schweiz, wie auch in Österreich, Deutschland und Italien, ist die PID verboten. Nun hat vor allem Felix Gutzwiller einen Vorstoss gemacht, um die PID zu legalisieren und ich denke, wir werden in einiger Zeit darüber abstimmen.

Wir sind der Meinung, dass die Legalisierung der PID der Fortpflanzungsmedizin einen neuen Markt schaffen wird, wir sind nicht die Einzigen, die befürchten, dass mit der Legalisierung der PID die Anzahl der reproduktionsmedizinischen Eingriffe ansteigen wird. Sie wird nicht nur bei ungewollt kinderlosen Paaren und solchen mit genetischen Belastungen eingesetzt werden. In den USA wird heute nur noch jede 8. PID zur Feststellung genetischer Krankheiten durchgeführt, jede 10. dient ausschliesslich der Feststellung des Geschlechts. Die Feststellung des Geschlechts des Kindes ist in der Schweiz ebenso verboten, sofern dies nicht wichtig ist zur Erkennung einer genetischen Erkrankung. Wir alle kennen Berichte über „Designerbabys“, wo Kinder mit speziellen Merkmalen gezeugt werden, um anderen Menschen zu dienen. Ich möchte das im Einzelfall nicht moralisch verwerfen. Ich bin zu sehr Mutter, um nicht zu wissen, dass ich für meine Kinder alles täte, um sie gesund zu erhalten. Ich denke, hier besteht eine ethisch moralische Aufgabe der Gesellschaft, Entwicklungen, die uns aus dem Ruder zu laufen drohen, zu stoppen.

Zürich, im November 2007, Monnika Rothacher, dipl.heilpäd., dipl. psych. IAP, appella Beraterin