

Mythen und Fakten

Täglich werden wir mit den unterschiedlichsten Ängsten und Befürchtungen unserer Patientinnen konfrontiert. Sich hartnäckig haltende Gerüchte verunsichern betroffene Paare zusätzlich. Nicht zuletzt die ungefilterte und häufig unkontrollierte Informationsflut im Internet macht es betroffenen Paaren nicht immer leicht, korrekte Informationen zu beziehen.

In der Folge gehen wir auf sogenannte Mythen der Reproduktionsmedizin ein, das heisst auf immer wieder gehörte Vermutungen, Ängste und Sorgen.

1. Nach einer Kinderwunsch-Behandlungen bekomme ich doch immer Zwillinge

Die Wahrscheinlichkeit, dass im Rahmen einer In-Vitro-Fertilisation Zwillinge entstehen, liegt bei der Übertragung von zwei Embryonen bei ca. 22–25 %. Wenn ein Transfer von zwei Embryonen höchster Qualität (Blastozysten) durchgeführt wurde, kommt es in 35 % der Fälle zu Zwillingen. Man kann das Risiko durch die gezielte Übertragung von nur einem Embryo (Elective Single Embryo Transfer, eSET) fast vollständig verhindern. Das gleiche gilt für die einfache hormonelle Stimulationsbehandlung im Rahmen einer Inseminationstherapie: Bei einem Wachstum von mehr als zwei Follikeln steigt das absolute Zwillingsrisiko von 0,3 % auf 2,8 % an. Das bedeutet, dass die Furcht vor Mehrlingen heute niemanden mehr von einer Kinderwunschbehandlung abhalten sollte, da der Arzt die Therapie mit den individuellen Patientenwünschen abstimmen kann. Abgesehen von den (schicksalhaften, jedoch bei IVF minimal häufiger eintretenden) eineiigen Zwillingen, kann man zweieiige Zwillinge heutzutage mit grosser Sicherheit vermeiden, wenn dies bevorzugt wird. (Referenz: ESHRE Good Clinical Treatment in ART)

2. Ich muss nur loslassen, dann klappt's mit der Erfüllung des Kinderwunsches von ganz allein

Tatsächlich kommt es nach Beendigung der aktiven Kinderwunschbehandlung mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 0,23 – 0,29 % pro Monat zu einer spontanen Schwangerschaft. Verglichen mit den Schwangerschaftsraten durch hocheffektive Behandlungen wie die In-Vitro-Fertilisation fallen diese Zahlen aber weit ab. Daher stellt diese Option auf keinen Fall eine seriös kalkulierbare Strategie dar, wenn die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft und der Kinderwunsch noch nicht bewusst verlassen wurde. (Osmanagaoglu 2002 und Jaques et al. 2010).

3. Durch eine Hormontherapie werden die Eierstöcke ausgequetscht wie eine Zitrone und dauerhaft geschädigt

Repräsentative Studien (z. B. in einem Studienkollektiv mit über 300 teilnehmenden Frauen) konnten belegen, dass auch wiederholte Zyklen einer hochdosierten IVF-Stimulation keinerlei Einschränkung der Eierstockreserve verursachten. So zeigte sich auch bei Frauen nach sieben IVF-Zyklen keine Abnahme der Anzahl an gewonnenen Eizellen. Diese wurden lediglich und massgeblich durch den Faktor Alter beeinflusst. (de Boer EJ et al. 2004)

4. Ich habe bei meinem Arzt die Eizellen im Ultraschall gesehen

Was im Ultraschall darstellbar ist, nennt man Follikel (oder Eibläschen). Dies sind flüssigkeitsgefüllte Strukturen, die jeweils eine Eizelle beinhalten. Der Follikel wächst im Verlauf eines Monats zu einer genügenden (reifen) Grösse heran, bis es zu einem Eisprung kommt. Dabei wird die winzig kleine Eizelle aus dem Eibläschen freigesetzt und kann in der Folge befruchtet werden.

5. Kinderlosigkeit ist ein persönliches Schicksal, eine Kinderwunsch-Therapie eine Lifestyle-Behandlung

Rund 15 % aller Paare sind vom Thema Kinderlosigkeit betroffen, somit zirka jedes 7. Paar. Seit 1967 ist die ungewollte Kinderlosigkeit als eigenständiges Erkrankungsbild durch die WHO (Weltgesundheitsorganisation) anerkannt. Die UN deklariert zudem die Familiengründung als Menschenrecht. Die Grundversicherung deckt hierzulande die allermeisten medizinischen Abklärungen und konservative (nicht-IVF-assoziierte) Kinderwunschbehandlungen wie zum Beispiel Hormonstimulationen und drei Inseminationen bis zum 40. Lebensjahr.

6. Die Pille macht dauerhaft unfruchtbar

Patientinnen mit Zyklusunregelmässigkeiten profitieren in jungen Jahren durch eine Einnahme der sogenannten Anti-Baby-Pille, da durch sie eine Normalisierung der Zyklusstörungen stattfinden und Hormonstörungen elegant behoben werden können. Nach dem Absetzen kommt es in der Regel lediglich zu einem Rückfall in die alten, vor der Pilleneinnahme vorherrschenden Zyklusmuster. Gelegentlich findet sich in den ersten Zyklen eine vorübergehende Verlängerung der Zyklen, wobei diese viel weniger ausgeprägt ist als nach der Verwendung anderer Verhütungsmittel wie der 3-Monatsspritze oder dem Implanon. Insofern beeinträchtigt die Pille die Fruchtbarkeit dauerhaft ebenso wenig, wie sie sie konservieren kann.

7. Erhöhung der Temperatur im Hoden reduziert die Spermienqualität

Der Wahrheitsgehalt dieser Behauptung ist (wenn überhaupt) gering. Es heisst: Männer, die sich zusammen mit ihrer Partnerin ein Kind wünschen, sollten zu heisse Whirlpools, häufiges Saunieren, Sitzheizung im Auto etc. meiden. Eine Studie zeigte bereits vor Jahren keinerlei Auswirkungen durch dauerhaft (ganzjährig) konstant erhöhte Temperaturen am Hoden. Ein massvoller Umgang mit den genannten Situationen kann sinnvoll sein. Hysterie in Bezug auf derartig harmlose Details ist aber fehl am Platze.

8. Meine grösste Angst ist, dass der Spezialist mir sagen wird, dass ich niemals Kinder bekommen kann

Eine solche absolute Aussage ist sehr selten und häufig mit Vorsicht zu interpretieren, sofern sie nicht von einem ausgewiesenen Spezialisten kommt. Heutzutage werden Begriffe wie Unfruchtbarkeit (Sterilität) eher vermieden und stattdessen der Begriff Subfertilität vorgezogen. Dadurch wird erkennbar, dass eine vollständige Zeugungsunmöglichkeit eher die Ausnahme darstellt. Gute epidemiologische Daten zeigen, dass bei der Mehrheit der Paare ein erfolgreicher Abschluss der Kinderwunschtherapie erzielt werden kann. Dies bedeutet, dass bei > 70 % aller Paare eine Schwangerschaft mit Geburt eines gesunden Kindes möglich ist.

9. Ich hab ja noch genug Zeit für die Familienplanung, ich bin ja erst 35

Der wichtigste und aussagekräftigste „Test“ vor einer IVF-Behandlung ist der Blick auf das Alter einer Frau. Tatsächlich nimmt die Schwangerschaftsrate bereits ab dem 35. Lebensjahr kontinuierlich ab und reduziert sich ab zirka dem 40. Lebensjahr dramatisch mit jedem weiteren Jahr. Die Fachgesellschaften raten daher beim Ausbleiben einer Schwangerschaft ab dem 35. Lebensjahr bereits nach 6 Monaten ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ab dem 40. Lebensjahr sollte dies bereits unmittelbar ab neuem Kinderwunsch erfolgen, um keinerlei Zeit zu verlieren.

10. Eine künstliche Befruchtung (IVF) löst alle möglichen Probleme in kürzester Zeit und effizient

Bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch kann die In-Vitro-Fertilisation (IVF) im besten Fall Schwangerschaftsraten bis über 40 % pro Monat erzielen und stellt somit in den meisten Fällen die erfolgreichste Therapieoption in allen Alterskategorien dar. Der Vorteil der IVF gegenüber anderen, konservativen Behandlungsmethoden wird mit zunehmendem Alter jedoch immer geringer. Im Prinzip ist die spontane Schwangerschaftsrate bei gesunden und jungen Frauen diejenige, an der sich alle Behandlungen messen lassen müssen: 25–35 % kann diese im Idealfall betragen. (fivnat Jahresstatistik CH, SART Jahresstatistik USA)

11. Einer von beiden Partnern ist immer schuld an der Kinderlosigkeit

Unterschiedliche Statistiken zeigen, dass bei rund einem Drittel der Fälle beide Partner gleichzeitig Anteil an der Kinderlosigkeit haben. Andere Studien konnten zeigen, dass scheinbar unbedeutende und unbedeutende Einschränkungen auf Seiten eines Partners plötzlich doch relevant werden, wenn vordergründig leichte Sterilitätseinschränkungen auf Seiten des anderen Partners hinzukommen. Das Fazit lautet daher: Es geht wie so häufig um ein gutes Teamwork, um zum Erfolg zu kommen.

12. Folsäuretabletten reichen aus, wenn ich sie ab positivem Schwangerschaftstest einnehme

Folsäure spielt bei allen Zellneubildungs- bzw. Zellteilungsprozessen im menschlichen Körper eine wichtige Rolle. Während der Schwangerschaft kann ein Mangel an Folsäure unter anderem zu sogenannten Neuralrohr-Defekten beim Kind führen. Diese Struktur verschliesst sich bereits in der vierten Woche der Schwangerschaft und damit zu dem Zeitpunkt, an dem viele Frauen erst feststellen, dass sie schwanger sind. Daher wird die prophylaktische Einnahme von Folsäure blind vor Eintreten der Schwangerschaft empfohlen. Daneben werden auch Herzfehler, Harnwegsdefekte sowie die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten mit einem Folsäure-Mangel während der Embryonalentwicklung in Verbindung gebracht. Eine Folsäure-Prophylaxe kann das Risiko für Neuralrohr-Defekte daher um etwa 70 % senken. Überprüfen Sie Ihre Zufuhr und achten Sie auf die empfohlene Dosierung: mind. 400 µg Folsäure oder 0,4 mg.