



Leseprobe aus Croyé, Wenn der Storch nicht von alleine komm,

ISBN 978-3-407-86536-6

© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-86536-6)

isbn=978-3-407-86536-6

Einleitung

Bei der Zeugung meiner Tochter waren fünf Menschen anwesend. Nicht was Sie jetzt denken. Mein Mann und ich natürlich, dazu eine Arzthelferin, eine Laborassistentin und die wichtigste Person: unsere Ärztin Dr.B., die mit einem langen dünnen Katheter – einer Art Spritze mit einem Schlauch vorne dran – zwei zuvor im Reagenzglas befruchtete Eizellen in meiner Gebärmutter platzierte. Ich lag regungslos auf einem Gynäkologenstuhl in diesem kleinen, kargen Raum unserer Kinderwunschpraxis in Berlin, mein Mann saß neben mir und hielt meine Hand. Alles, was wir tun konnten, war, das Geschehen auf einem Monitor an der gegenüberliegenden Wand zu beobachten. Wir sahen per Videoübertragung zu, wie die Laborassistentin im Nebenzimmer die beiden drei Tage alten Mehrzeller im Reagenzglas mit einer Art Pinzette vorne am Katheter einfing und die Gerätschaft dann vorsichtig zu uns herübertrug und Frau Dr. B. überreichte. Die saß zwischen meinen gespreizten Beinen und hatte unser Schicksal nun im wahrsten Sinne des Wortes in der Hand: Richtig in der Gebärmutter platziert, würde sich hoffentlich wenigstens eine der beiden Zellen einnisten und unseren Kinderwunsch erfüllen.

Die ganze Aktion war vorbei, bevor wir richtig begriffen hatten, was da gerade passierte. Dann verabschiedeten sich alle, wünschten uns viel Glück und überließen uns unseren

10 ■ Einleitung

Gedanken. Ich blieb noch 15 Minuten wie angewurzelt auf meinem Stuhl liegen – im Hollywoodfilm hätte ich wohl einen Kopfstand gemacht. Bescheuert eigentlich, denn rausrutschen können einmal eingesetzte Eizellen nicht mehr. Es fühlte sich trotzdem gut an, zumindest einen kleinen Beitrag an der Zeugung unseres Kindes leisten zu können.

Dieser Tag im Dezember 2014 war der vorläufige Höhepunkt unserer bis dato anderthalbjährigen Kinderwunschbehandlung. Vom Absetzen der Pille bis zum Ausbleiben meines Zyklus und zur Erkenntnis, dass da irgendetwas nicht ganz stimmen konnte, vergingen drei Monate. Dann folgten die ersten Untersuchungen, zahlreiche Besuche bei verschiedenen Ärzten, Stunden des Wartens in zig Praxen und gefühlt literweise abgezapftes Blut; Therapieansätze, Medikamente, Hormonspritzen und unzählige Ultraschalluntersuchungen, die einen für immer jede Scham vor fremden Menschen verlieren lassen. Schließlich der Gang ins Kinderwunschzentrum, wo neue Untersuchungen anstanden, noch mehr Blut abgenommen wurde, noch mehr Hormonspritzen folgten und letztlich die In-vitro-Fertilisation.

Wenn Sie dieses Buch in den Händen halten, dann geht es Ihnen vermutlich ganz ähnlich wie mir. Womöglich haben Sie schon einige Monate versucht, schwanger zu werden. Oder Sie haben sogar schon eine Diagnose von Ihrem Arzt bekommen. Vielleicht warten Sie auch auf Ihr Erstgespräch im Kinderwunschzentrum. Was auch immer Sie veranlasst, sich mit diesem traurigen, aufregenden und zugleich wunderschönen Thema des unerfüllten Kinderwunschs zu beschäftigen, lassen Sie sich eines sagen: Sie sind nicht alleine. Ganz im Gegenteil: Jedes Jahr steigt die Anzahl der Behandlungen wegen Unfruchtbarkeit in Kinderwunschzentren in Deutschland. Über 100 000-mal wurde allein im Jahr 2016 eine Frau auf die künst-

liche Befruchtung vorbereitet – und dabei sind diejenigen, die eine Insemination oder Hormontherapie gemacht haben, gar nicht mitgerechnet.

Heute muss sich niemand mehr dafür schämen, wenn es nicht einfach so klappt mit dem Kinderwunsch. Zumindest theoretisch. Jeder kennt jemanden, der ähnliche Schwierigkeiten hatte. Aber im Gegensatz zu früher, als darüber nur mit den engsten Freunden und hinter vorgehaltener Hand geredet wurde, ist es heute eher eine Tatsachenbekundung: »Ach, ihr macht gerade eine Hormontherapie? Mein Schwager und seine Frau haben auch eine künstliche Befruchtung hinter sich.« Im besten Fall bekommt man noch Tipps, wie andere mit der Situation umgegangen sind, oder findet jemanden, mit dem man sich austauschen kann und der einem Mut macht. Denn auch wenn eine Kinderwunschbehandlung heute kein Stigma mehr ist, belastend, nervenaufreibend und verunsichernd ist die Zeit noch immer.

Auch mir ist es so ergangen: Ich habe den größten Teil des klassischen Behandlungswegs einer Frau mit Empfängnisproblemen durchlaufen, von der ersten Hormonuntersuchung bis zur künstlichen Befruchtung. Ich habe mir unzählige Fragen gestellt und mich nach klaren Antworten gesehnt. Als die ausgeblieben sind, habe ich sie mir selbst gesucht. Und zum größten Teil auch gefunden. Aber nicht nur das: Ich habe immer offen über meine Situation und meine akute Unfruchtbarkeit gesprochen. Dabei habe ich viel Zuspruch bekommen – und von einer überraschend großen Zahl anderer Betroffener in meinem Umfeld erfahren. Ich habe mir ihre Geschichten angehört und diese gesammelt, ergänzt durch weitere Beispiele aus Internetforen und Facebook-Gruppen. Wir alle haben etwas Ähnliches erlebt, auch wenn wir an unterschiedlichen Stellen ins Stocken geraten sind. Und wir hätten uns während

12 ■ Einleitung

dieser aufregenden und anstrengenden Zeit etwas mehr Orientierung gewünscht, eine Art Fahrplan, der uns zeigt, wo es langgeht und was auf uns zukommt.

Ich selbst hatte wahnsinniges Glück: Nach dieser ganzen Prozedur, den Untersuchungen und Behandlungsansätzen war gleich unsere erste In-vitro-Behandlung erfolgreich. Einer der beiden Eizellen gefiel es bei mir, ich wurde schwanger und habe im August 2015 eine Tochter zur Welt gebracht. Ich bin verhältnismäßig gelassen geblieben und tatsächlich mit einem eigenen Kind aus der Kinderwunschbehandlung gegangen. Aber sie hat auch Narben hinterlassen – und den Wunsch, anderen Betroffenen etwas Orientierung zu geben und vielleicht ein paar Tipps, ebenfalls gelassen zu bleiben in dieser anstrengenden Zeit. Meine eigene Geschichte führt deshalb als roter Faden durch dieses Buch, und was ich selbst nicht erlebt habe, schildere ich durch die Augen anderer Betroffener.

Mein Buch ist aber kein bloßer Erfahrungsbericht, sondern es soll einen umfassenden Überblick über die möglichen Therapien und Behandlungsansätze geben, die einem Paar offenstehen, wenn es sich in die Kinderwunschbehandlung begeben. Sie sollen wissen, wie andere sich dabei gefühlt und welche Ängste und Zweifel sie begleitet haben, aber auch welche Hoffnungen dabei helfen, immer einen Schritt weiterzugehen.

Wie alles begann

Als Jugendliche der Jahrtausendwende bekam ich beim ersten Frauenarztbesuch mit 15 Jahren die Pille verschrieben, wegen starker Periodenschmerzen. Es war damals wie heute das Mittel der Wahl und auch ein Ritus der Frauwerdung, bei dem

ich nicht außen vor sein wollte. Zudem hatte es den positiven Nebeneffekt, dass mein bisher recht unregelmäßiger Zyklus plötzlich sehr gut steuerbar war: Pünktlich drei Tage nach der letzten Pilleneinnahme bekam ich meine Periode; stand eine Reise an, nahm ich die Pille einfach zwei Monate durch. Ich habe mich genauso wenig wie meine Freundinnen und zahlreiche junge Frauen heute darüber informiert, was genau diese kleinen Tabletten eigentlich machen, wie die Pille den Hormonhaushalt steuert und welche Folgen das langfristig haben könnte. Es funktionierte einfach, und alle haben es getan. Also nahm ich brav meine Pille, Tag für Tag, Monat für Monat, dreizehn Jahre lang. Und als für meinen Partner und mich dann der Zeitpunkt gekommen war, die Pille abzusetzen, weil wir ein Baby wollten, passierte das Udenkbare: nichts. Meine Tage blieben einfach aus, über Monate. Und mein schlimmster Albtraum wurde wahr.

Ich war plötzlich mittendrin im Kinderwunschzirkus, gefangen in einem Netz aus Unsicherheit und Hoffnung. Und obwohl ich immer irgendetwas ausprobierte, wusste ich nie, wie sinnvoll oder nützlich das jetzt eigentlich war. Ich fühlte mich den Ärzten völlig ausgeliefert. Sie behandelten mich zwar stetig, aber keiner schien so recht zu wissen, wo eigentlich das Problem lag. Ich stellte das ehrlicherweise auch wenig infrage, schließlich schienen wir voranzukommen, und am Ende wurde ich auch tatsächlich schwanger. Bis heute belastet mich jedoch, dass ich in eine so passive Rolle gezwungen wurde. Denn ich wusste nie, an welcher Stelle der Kinderwunschbehandlung ich mich gerade befand. War das nun erst der Anfang oder schon fast das Ziel? Was kommt als Nächstes, welche Optionen habe ich zu welchem Zeitpunkt und warum sollte ich diesem Arzt gerade jetzt vertrauen? Warum dauert das alles so lange? Gibt es eine Abkürzung?

14 ■ Einleitung

Kommt Ihnen das bekannt vor? So wie mir geht es unzähligen Betroffenen mit unerfülltem Kinderwunsch: Wir sind zwar in Behandlung, aber nicht wirklich im Bilde. Kinderwunschbehandlungen laufen oft nach einem bestimmten Schema ab. Woran die Unfruchtbarkeit liegt, spielt dabei zunächst keine besonders große Rolle. Und selbst wenn Ursachenforschung betrieben wird, steht den Kinderwunschpraxen am Ende nur eine begrenzte Anzahl an Therapien zur Verfügung, die ich später noch eingehend beschreiben werde: Hormonstimulation, Samenübertragung, künstliche Befruchtung via In-vitro-Fertilisation (IVF) oder intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Und auch dabei ist der Ablauf in den Praxen überall ähnlich und unterscheidet sich lediglich in der Dosierung und Art der Medikamente, der Vor- und Nachbetreuung. Welche Untersuchungen gemacht, welche Therapien gewählt und welche Schritte eingeleitet werden, hängt einerseits vom behandelnden Arzt, andererseits aber auch vom Wissensstand der Patienten sowie ihren Forderungen (und ihrer Zahlungsbereitschaft) ab. Vor dem Gang in die Kinderwunschpraxis haben sich die meisten Betroffenen kaum mit Reproduktionsmedizin, Hormonen, Zyklen und Spermienqualität beschäftigt. Und plötzlich sollen sie wegweisende Entscheidungen über Themen treffen, mit denen sie sich nicht auskennen.

Meiner Erfahrung nach gehen Betroffene mit dieser Situation auf zweierlei Art um: Die einen sind völlig überfordert von den Informationen und Möglichkeiten und begeben sich komplett in die Hände ihres Arztes. Die anderen gehen zum Angriff nach vorn über und werden selbst zum Experten. Einige Frauen, mit denen ich persönlich gesprochen oder die ich in Internetforen kennengelernt habe, werden im Laufe ihrer Kinderwunschbehandlung zu regelrechten Medizin- und Pharma-Expertinnen. Sie lesen Blutwerte wie andere Leute Groß-

karten, können auf Anhieb 17 Medikamente zur Unterstützung der Eizellreifung oder Einnistung aufzählen und werfen mit Fachbegriffen wie »natürliche Killerzellen«, »Anti-Müller-Hormon« oder »Sims-Huhner-Test« um sich. Leider beschleunigt das die Kinderwunschbehandlung nicht unbedingt, aber sie fühlen sich dabei zumindest nicht ganz so hilflos.

Nur etwa 20 Prozent der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch lassen sich tatsächlich reproduktionsmedizinisch behandeln. Für viele ist die Hürde zu hoch. Sie schrecken vor invasiven Behandlungen und hohen Kosten zurück oder empfinden zu viel Scham. Oft mögen es auch einfach Unkenntnis und eine gewisse Skepsis gegenüber der Schulmedizin sein, die sie abschrecken. Kein Wunder, dass auch im Kinderwunschbereich alternative Behandlungsmethoden eine rege Nachfrage verzeichnen. Viele dieser Ansätze wirken harmlos, versprechen aber viel. Skeptiker tun sie als Esoterik ab, und Gläubige preisen sie als Wundermittel an: Naturheilkunde, Homöopathie, Akupunktur, Nahrungsergänzungsmittel und Co. Wie sinnvoll diese Methoden sind und wo ihre Grenzen liegen, werde ich im dritten Kapitel des Buches beleuchten. Manchmal werden herkömmliche und alternative Methoden auch kombiniert; oft probieren Betroffene erst das eine aus, bevor sie sich dem anderen überlassen.

Ich selbst habe einen Mittelweg gewählt: Ich habe viel gelesen und gelernt und mir die Antworten gesucht, wenn beim Arztbesuch wieder alles viel zu schnell ging und mir meine Fragen erst hinterher eingefallen sind. Ich habe den Ärzten genug vertraut, um für ihre Vorschläge offen zu bleiben. Aber ich habe auch immer nach einer Alternative gefragt, wenn ich mich mit einem Vorschlag unwohl gefühlt habe. Aber am wichtigsten war, dass ich mich nicht habe entmutigen lassen. Ich wusste immer, dass es irgendwann klappen wird. Trotz-

16 ■ Einleitung

dem habe ich mich verantwortlich gefühlt und auch ein bisschen dafür geschämt, dass ich nicht zu der natürlichsten Sache der Welt in der Lage bin: mich fortzupflanzen. Mir hat sehr geholfen, darüber zu sprechen. Ich habe nie ein Geheimnis daraus gemacht, dass ich ohne ärztliche Hilfe nicht schwanger werden kann, habe auf Nachfrage gern meine Geschichte erzählt und dabei gelernt, dass das nichts ist, wofür man sich schämen muss – und dass es vielen ähnlich geht.

Es hat sich zwar nicht so angefühlt, aber im Rückblick betrachtet, waren wir sehr schnell unterwegs: Ich habe recht früh die Entscheidung getroffen, einen neuen Therapieansatz zu versuchen oder einen anderen Arzt zu konsultieren, wenn die vorherige Methode keine Früchte trug. Ich hatte kaum Wartezeiten auf Arzttermine. Das hat Zeit gespart und uns unserem Ziel immer wieder einen Schritt näher gebracht. Dabei hat mir einerseits geholfen, dass ich sehr ungeduldig bin. Aber auch mein Beruf hat eine Rolle gespielt. Als Journalistin bin ich es gewohnt, Informationen zu sammeln und gezielt zu bewerten. Ich habe gelernt, wie ich schnell an die richtigen Auskünfte komme, wie ich Quellen bewerte und welche Fragen ich meinen Ansprechpartnern stellen muss. Und so habe ich auch während unserer Kinderwunschzeit sehr viel gelesen, sehr viele Fragen gestellt und sehr viel Wissen angesammelt, das mir dabei geholfen hat, meine Entscheidungen schnell zu treffen.

Dieses Wissen will ich nun mit Ihnen teilen. Mein Buch ist eine Art Fahrplan durch die Kinderwunschbehandlung. Natürlich kann Ihnen niemand die individuellen Entscheidungen abnehmen, die während der Behandlungen auf Sie zukommen – und das will und kann auch ich nicht. Aber es ist leichter, diese Entscheidungen zu treffen, wenn man ein umfassendes Bild hat und sich im Kinderwunschsdschungel aus Hormonwerten, mehr oder weniger invasiven Untersuchungen und Behand-

lungsansätzen orientieren kann – und weiß, welche Kosten in etwa auf einen zukommen und welche rechtlichen Fallstricke eventuell lauern. Und dabei kann ich Ihnen helfen.

Das Buch ist aufgebaut wie ein klassischer Therapieablauf: Anamnese, Untersuchungen, Therapien und Behandlungsmethoden. Am Anfang eines jeden Arztbesuches steht meistens ein Gespräch. Der Arzt stellt Fragen wie »Was führt Sie zu mir?«, »Welche Beschwerden haben Sie?«, »Hatten Sie das schon öfter?«, »Gibt es ähnliche Fälle in Ihrer Familie?«. So gewinnt er einen Überblick über Ihren gesundheitlichen Hintergrund. Der Anamnese-Teil des Buches verschafft ebenso einen Überblick über das Thema Unfruchtbarkeit: Wie funktioniert der weibliche Zyklus? Wie kommt es zur Befruchtung? Welche Ursachen für Unfruchtbarkeit gibt es? Bei Frauen und bei Männern.

Als Nächstes folgt die Untersuchung. Der Arzt hört den Patienten ab, misst den Blutdruck, nimmt vielleicht Blut ab, klopft, drückt und schiebt, um den richtigen Therapieansatz wählen zu können. Auch während einer Kinderwunschbehandlung stehen zahlreiche Untersuchungen an. Diese werden im zweiten Kapitel beschrieben: Wie sollte ein normaler Hormonspiegel aussehen? Was wird beim Spermogramm untersucht, und warum sollte man davor eine Karenzzeit einhalten? Was heißt es, wenn die Durchlässigkeit der Eileiter überprüft werden muss? Diese Untersuchungen sind elementare Bestandteile jeder Kinderwunschbehandlung und können mitunter ganz schön nervenaufreibend – und zeitraubend – sein. Zudem gibt es eine ganze Reihe an Zusatzuntersuchungen, die zwar ihre Daseinsberechtigung haben, aber in ihrer Komplexität zusätzlich verwirren können und sich auch nicht für jede Frau eignen: Muss ich wirklich zum Immunologen? Warum sollte ich einen Blutzuckerbelastungstest machen?

18 ■ Einleitung

Wenn eine Diagnose gefunden ist, stellt sich die Frage, welche Behandlung die größten Aussichten auf Erfolg hat. Nicht jeder erkältete Patient sollte oder möchte direkt mit einem Antibiotikum behandelt werden, viele probieren es erst einmal mit Ingwertee, einem heißen Bad oder Globuli. So ähnlich ist es auch in der Kinderwunschtherapie. Es gibt eine ganze Reihe sanfter Ansätze, von Naturheilkunde über Akupunktur bis zur Hormonstimulation. Diesen Therapien ist das dritte Kapitel gewidmet.

Im vierten Kapitel geht es dann um die »künstliche Befruchtung« an sich. Ich beschreibe die gängigsten – und in Deutschland, Österreich und der Schweiz legalen – Methoden und gebe einen Einblick in die Gefühlswelt der Betroffenen.

Doch mit der Behandlung alleine ist es meistens nicht getan. Im fünften Kapitel gehe ich deshalb auf einige wichtige Fragen ein, auf die man während der Kinderwunschbehandlung immer wieder stößt: Was kostet das alles, und wie kann ich es finanzieren? Wie finde ich eine gute Kinderwunschpraxis? Wie sollte ich mit Angeboten aus dem Ausland umgehen, wenn ich in Deutschland nicht mehr weiterkomme? Welche Möglichkeiten haben Singles oder homosexuelle Paare, ihren Kinderwunsch zu erfüllen? Wie gehe ich mit Rückschlägen um, und ab wann muss ich mir eingestehen, dass ich gescheitert bin?

Nach der Lektüre dieses Buches haben Sie hoffentlich eine klare Vorstellung davon, wie so eine Kinderwunschbehandlung abläuft, welche Behandlungen auf Sie zukommen können und welche Möglichkeiten Sie haben, zu Ihrem Wunschkind zu kommen. Die meisten Ihrer Fragen sollten geklärt sein, und ich hoffe, dass Sie dann vorbereitet und optimistisch in Ihre eigene Kinderwunschbehandlung starten können. Viel Glück dabei – und viel Spaß beim Lesen!

KAPITEL 2

Untersuchungsmarathon

Kennen Sie diese »Nacktscanner« an Flughäfen, wo man sich mit leicht gespreizten Beinen und erhobenen Händen für zwei Sekunden stocksteif reinstellen muss, und dann scannt das Gerät, ob Sie etwas Verdächtiges am Körper tragen? Das wäre mal eine tolle und extrem hilfreiche Erfindung für die Reproduktionsmedizin, die mir einiges an Zeit, Nerven und vor allem Körpersaft erspart hätte. Doch leider gibt es keinen solchen »Unfruchtbarkeitsscanner«. Die bisher aufgezählten Möglichkeiten, warum es nicht klappt mit dem Kinderwunsch, lassen sich in einer bloßen Unterhaltung mit dem Arzt zudem schwer überprüfen. Stattdessen müssen sich die Betroffenen einer nicht enden wollenden Reihe von Untersuchungen unterziehen. Die Suche nach der Ursache des Problems ist einer der wichtigsten und langwierigsten Bausteine der Kinderwunschbehandlung. Dabei gibt es leichte und schwere Fälle, manche Betroffenen haben nur eine »Baustelle«, bei anderen kommen einige Sachen zusammen. In der Medizin gilt gemeinhin: Wer sucht, der findet. Das muss aber nicht unbedingt immer die Ursache für die Krankheit sein, die man gerade behandeln will. Deshalb sollte man sich gut überlegen, wie tief man in die einzelnen Regionen des Körpers vordringt.

50 ■ Untersuchungsmarathon

Ein paar Untersuchungen haben sich in den letzten Jahren als Basisdiagnostik durchgesetzt: Bluttests zur Hormonbestimmung, Ultraschall der Fortpflanzungsorgane, das Spermogramm beim Mann. Auch die Krankenkassen haben ihre Bedingungen für eine Kostenübernahme festgelegt und verlangen, dass manche Dinge abgeklopft werden. Darüber hinaus kann man, je nach Auffälligkeiten oder Verdachtsmomenten, weitere Untersuchungen vornehmen. Bei etwa zehn Prozent der Paare wird übrigens nie eine Ursache für die Unfruchtbarkeit gefunden. Das nennt man »idiopathische Infertilität«. Die gute Nachricht ist, dass auch diese Paare behandelt werden können – und das sogar oft mit Erfolg.

Wie bereits erwähnt, ist die Bandbreite an Untersuchungen extrem groß. Ich werde im Folgenden auf die gängigsten und am häufigsten nachgefragten Tests eingehen und diese etwas näher erläutern. Ob für Sie die jeweilige Untersuchung infrage kommt, sollten Sie aber unbedingt mit Ihrem behandelnden Arzt klären. Viele Untersuchungen werden nicht von den Kassen übernommen und sind zudem auch nicht bei allen Patienten sinnvoll. Es liegt in Ihrem Ermessen und dem Ihres Arztes, wie invasiv Sie sich untersuchen lassen möchten.

Tanz der Vampire: Bluttests

Man könnte tatsächlich meinen, Kinderwunschärzte seien Vampire, die so nebenbei ihren Eigenbedarf an Blut decken. Schließlich musste ich bei fast jeder Untersuchung welches lassen, Röhrchen um Röhrchen wurde so gefüllt. Und wozu das Ganze? Hauptsächlich dienen die Blutproben dazu, die aktuellen Hormonwerte zu bestimmen. Denn der Stand des Zyklus

lässt sich am aktuellen Hormonspiegel meist sehr gut ablesen, da in der ersten Zyklushälfte andere Hormone eine Rolle spielen als in der zweiten. Die Werte können dem Arzt dabei helfen, ziemlich genau festzustellen, an welcher Stelle im Zyklus man sich befindet. Zusammen mit anderen Informationen wie dem tatsächlichen Zyklustag (ausgehend vom ersten Tag der letzten Blutung) und dem Zustand der Gebärmutter Schleimhaut, lässt sich so zum Beispiel sehr genau feststellen, ob das Hormonbild zum tatsächlichen Zyklustag passt oder ob vielleicht sogar eine Hormonstörung vorliegt. Wenn bestimmte Hormone verringerte oder erhöhte Werte aufweisen, kann das zudem auf bestimmte Krankheiten wie das PCO-Syndrom hindeuten, zudem können auch Tumore oder andere Wucherungen das Blutbild beeinflussen. Das gilt übrigens auch beim Mann.

Die Liste auf den folgenden Seiten zeigt exemplarisch die wichtigsten Kinderwunsch-Hormone und ihre Normbereiche. Daraus kann man gut ableiten, wie ein normaler Hormonspiegel in etwa aussehen sollte:

Natürlich werden nicht jedes Mal alle diese Hormonwerte bestimmt, meist wird der Arzt aber beim Erstbesuch in der Praxis einen großen Hormonspiegel veranlassen, damit er sich ein umfassendes Bild über den individuellen Zustand der Frau machen kann. Später reicht es, einzelne Werte gezielt abzufragen.

Sollte es im Laufe der Behandlung – in Vorbereitung auf eine künstliche Befruchtung oder nur zur Unterstützung des Zyklus – zu einer hormonellen Stimulation kommen, kann der Arzt anhand der Bluttests zudem erkennen, wie gut oder schlecht eine Patientin auf die Dosierung der Hormonspritzen reagiert. Entsprechend kann die Dosis erhöht oder reduziert werden. Auch eine Überstimulation der Eierstöcke soll so möglichst ausgeschlossen werden. Übrigens: Auch wenn immer wieder vor Überstimulationen gewarnt wird, sie kommt

52 ■ Untersuchungsmarathon

Hormon	Spiegel	Zeitpunkt	Bedeutung
follikel-stimulierendes Hormon FSH	3–10 IE/l	erste Zyklushälfte	wird in der Hirnanhangdrüse gebildet und regt Eibläschen zum Wachstum an
	> 20 IE/l	kurz vor dem Eisprung	
	3–5 IE/l	zweite Zyklushälfte	
luteinisieren-des Hormon LH	bis 10 IE/l	erste Zyklushälfte	ebenfalls in der Hirnanhangdrüse gebildetes Hormon zum Auslösen des Eisprungs
	> 20 IE/l	zum Eisprung	
	> 8 IE/l	zweite Zyklushälfte	
Östradiol	30–300 ng/l	erste Zyklushälfte	wird in den Eierstöcken ge-bildet und deutet auf bevor-stehenden Eisprung hin, unter-stützt das Follikelwachstum
	100–300 ng/l	zweite Zyklushälfte	
Progesteron	1 ng/l	erste Zyklushälfte	wird in den Eierstöcken aus den Überresten des Gelbkörpers gebildet, versorgt Eizelle nach dem Eisprung bis zum Einnisten und sogar darüber hinaus
	> 10 ng/l	zweite Zyklushälfte	
humanes Choriongonadotropin hCG	bis 5 IU/l	Männer und Frauen vor der Menopause	ein erhöhter Wert kann auf ein vorzeitiges Einsetzen der Wechseljahre hindeuten
	5–130 mIE/ml	dritte/vierte Schwangerschafts-woche	wird von der Plazenta gebildet und zeigt eine Schwangerschaft an; zu niedriger Wert könnte auf Fehlgeburt hindeuten
	75–2600 mIE/ml	fünfte bis sechste Schwangerschafts-woche	der Wert sollte sich ab Schwangerschaftseintritt etwa alle zwei Tage verdoppeln und nimmt erst im dritten Trimenon wieder leicht ab
	5000–9000 mIE/ml	siebte Woche	

Hormon	Spiegel	Zeitpunkt	Bedeutung
Thyreotropin TSH	0,4–4,0 mU/l 0,4–1,0 mU/l	Normwert bei Kinderwunsch	Hormon, das die Schilddrüse stimuliert; ein erhöhter Wert deutet auf eine Unterfunktion, ein verminderter auf eine Schilddrüsenüberfunktion hin
Testosteron	0,15–0,55 µg/l	bei Frauen	erhöhter Wert kann auf PCOS hindeuten
Androstendion	0,47 und 2,68 ng/ml	Normbereich	höherer Wert deutet auf PCO-Syndrom hin
Sexualhormon- bindendes Globulin SHGB	30–90 nmol	Normbereich	niedrigerer Wert bei PCO-Syndrom oder starkem Übergewicht (Adipositas)
Anti- Müller- Hormon AMH	1,0–6,95 ng/ml	Normbereich	gibt Auskunft über Aktivität der Eierstöcke und Eizellenvorrat; erhöhter Wert kann auf PCOS hinweisen

Die Mengenangaben sind in unterschiedlichen Maßeinheiten angegeben, die teilweise identisch sind, aber von jedem Labor etwas anders verwendet werden. Ich habe versucht, sie etwas einzuordnen: IE ist ein pharmakologischer Begriff und steht für Internationale Einheit. Manchmal wird auch der englische Begriff IU für International Unit (IU) oder nur U für Unit verwendet. Die Maßeinheit steht für eine reproduzierbare Dosierung der entsprechenden Präparate und wird anhand ihrer Wirkung, nicht ihrer Stoffmenge, eingesetzt. Die Verhältnisse sind oft willkürlich gewählt.

ng/l ist die Abkürzung für Nanogramm pro Liter. Das entspricht 0,001 Nanogramm pro Milliliter oder 0,001 Mikrogramm pro Liter – also einer extrem geringen Dichte des Stoffes pro Liter Flüssigkeit.

hCG wird entweder in Einheiten (IU/l) oder als mIE/ml angegeben, die Menge ist dabei aber identisch.

mIE/ml steht für Mikro-Einheit pro Milliliter. Die Internationale Einheit ist keine physikalische Einheit in diesem Sinne. Für jeden Stoff ist das Verhältnis zwischen Internationalen Einheiten und Masse oder Internationalen Einheiten und Stoffmenge anders.

µg/l steht für Mikrogramm pro Liter und entspricht 0,001 Milligramm pro Liter.

54 ■ Untersuchungsmarathon

tatsächlich extrem selten vor. Im Jahr 2016 kam es laut Deutschem IVF-Register in gerade mal 0,2 Prozent der Fälle zu einem schweren Überstimulationssyndrom, das mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen wie Übelkeit, Durchfall und Erbrechen, Atembeschwerden oder einer Zwerchfellreizung einhergeht und unter Umständen sogar stationär im Krankenhaus behandelt werden muss.

Der (hoffentlich) letzte Bluttest in der Kinderwunschpraxis ist der zur Feststellung der Schwangerschaft. Hier achtet der Arzt auf den hCG-Wert im Blut. Auch herkömmliche Urin-Schwangerschaftstests für zu Hause reagieren auf dieses Hormon. Im Blut kann es aber sehr viel genauer und früher bestimmt werden, weshalb erst ein positiver Bluttest offiziell die Schwangerschaft bestätigt. hCG wird in der Plazenta gebildet und sollte sich bei einem normalen Schwangerschaftsverlauf in den ersten Wochen etwa alle zwei Tage verdoppeln. Deshalb machen manche Kliniken Folgetermine mit ihren Patienten, um auf Nummer sicher zu gehen.

Während manche Frauen Sicherheit aus wiederholten hCG-Kontrollen ziehen, fühlen sich andere dadurch wahnsinnig unter Druck gesetzt: Sind ihre Hormonwerte niedriger als die anderer Frauen, fürchten sie eine Fehlgeburt oder einen Fehllalarm. Die tatsächliche Menge des hCG ist aber von Frau zu Frau völlig individuell: Während Frau A in der fünften Schwangerschaftswoche einen Wert von 128 IU/l aufweist, kann Frau B da bereits 647 IU/l haben oder sogar noch mehr. Trotzdem sind beide schwanger und haben dieselbe Chance, ihr Kind bis zum Ende auszutragen. Höhere hCG-Werte können unter Umständen auf eine Mehrlingsschwangerschaft hinweisen, müssen das aber nicht tun.

Manche Praxen verzichten auf eine weitere hCG-Kontrolle und bestellen ihre Patientinnen direkt ein bis zwei Wo-

chen nach dem positiven Bluttest zu einem Ultraschalltermin ein, bei dem dann nach einer Fruchthöhle in der Gebärmutter gesucht wird. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass dabei auch gleich eine Eileiterschwangerschaft und eine chemische Schwangerschaft ausgeschlossen werden können. Bei einer chemischen Schwangerschaft ist der Test zwar zunächst positiv, die Frau ist aber tatsächlich nicht schwanger, weil meist ein früher Abort stattgefunden hat.

Das Innerste offenbaren: Ultraschalluntersuchungen

Als ich ein junges Mädchen war, konnte ich mir nicht vorstellen, mich jemals von einem männlichen Arzt untersuchen zu lassen. Und selbst mit Mitte 20 wählte ich noch mit viel Bedacht meine Frauenärzte aus – immer waren sie weiblich. Ich weiß nicht, ob man das schon verklemmt nennen kann, aber mir war einfach immer bewusst, dass mein Arzt mich an meiner intimsten Stelle untersucht. Natürlich sind wir weit von der amerikanischen Prüderie, wie man sie aus Hollywoodfilmen kennt, entfernt. Es gibt keine weiten Kittel, die möglichst alles verhüllen und keine Vorhänge über dem Untersuchungstuhl. Nichtsdestotrotz ist es eine sehr verletzliche Situation, wie man da so vor seinem Gynäkologen oder seiner Gynäkologin sitzt, die Beine gespreizt, und sein Innerstes offenbart. Heute kann ich über mein verschämtes früheres Ich nur lachen. Ich habe nicht gezählt, von wie vielen Ärzten ich inzwischen wie oft untersucht wurde, aber es waren so viele, dass mir irgendwann auffiel, wie völlig normal es in der Zwischenzeit für mich geworden war, mich vor Fremden auszuziehen

56 ■ Untersuchungsmarathon

und mir von ihnen Ultraschallstäbe, Klemmen oder Katheter einführen zu lassen – egal, ob es männliche oder weibliche Ärzte waren. Denn auch dafür gibt es einen guten Grund, und wie sagt man im Rheinland so schön: »Wat mutt, dat mutt.«

Die vaginalen Ultraschalluntersuchungen dienen zusammen mit den Blutanalysen vor allem dazu, den Stand des Zyklus zu bestimmen, die Beschaffenheit der Eierstöcke und der Gebärmutter zu kontrollieren und die Anzahl der Follikel oder möglicherweise Zysten herauszufinden. Ärzte erkennen auf den grobkörnigen Bildern zudem, wie dick die Gebärmutter-schleimhaut ist, ob die Eierstöcke vergrößert, also angeschwollen, sind und wie sie auf eine Hormonstimulation reagieren. Deshalb sind engmaschige Ultraschalluntersuchungen während einer Hormontherapie unerlässlich und beginnen meist wenige Tage nach der ersten Hormonspritze.

In der Regel wachsen Follikel etwa einen Millimeter am Tag. Ab einer bestimmten Größe können sie aber auch Sprünge von bis zu drei Millimetern pro Tag machen. Mithilfe des Ultraschalls kann der Arzt recht genau voraussagen, wann die Follikel »reif« sind und der beste Zeitpunkt für das Auslösen des Eisprungs gekommen ist. Auch eine mögliche oder beginnende Überstimulation können Ärzte im Ultraschall recht frühzeitig erkennen. Dann ist manchmal angeraten, nicht direkt mit dem eingeschlagenen Weg fortzufahren, sondern dem Körper erst einmal Zeit zu geben, sich zu erholen. Unter Umständen muss die Behandlung sogar abgebrochen und für einige Zeit ausgesetzt werden.

Auch Verwachsungen oder Fehlbildungen der Gebärmutter wie ein Uterus septus, eine Art Trennwand in der Gebärmutter, können so möglicherweise entdeckt werden. Das Problem bei solchen Anomalien, die übrigens extrem selten sind, ist, dass sie die Fruchtbarkeit einschränken oder zu Früh- und

Fehlgeburten führen können. Wenn ein Arzt vermutet, dass hier etwas nicht stimmt, wird er in der Regel eine Gebärmutterspiegelung veranlassen, um ganz sicher zu sein.

Aber Vorsicht: Wie viel auf dem Ultraschall zu erkennen ist, liegt zum einen am Gerät, zum anderen an demjenigen, der auf den Monitor schaut und die Diagnose stellt. Ich selbst erkenne quasi nichts außer ein paar Schatten und habe deshalb größten Respekt vor Ärzten, die diese Bilder lesen können. In den letzten Jahren ist technisch zudem viel passiert, einige neue Geräte können sogar 3-D-Bilder erzeugen und so noch mehr sichtbar machen.

Oft genug wird aber auch in Zeiten modernster Technik noch etwas fehlinterpretiert, wie Julia K. leider erfahren musste. Sie wurde aufgrund eines auffälligen Ultraschalls zunächst mit Verdacht auf einen Uterus septus zum MRT (Magnetresonanztomografie) geschickt, in der Hoffnung, mit dem bildgebenden Verfahren einen noch klareren Befund zu bekommen, ohne sie gleich operieren zu müssen. Es kam aber zu einem Missverständnis: Der behandelnde Arzt stellte das Gerät zur Überprüfung eines ganz anderen Verdachts ein und diagnostizierte zunächst einen Gebärmutterhalskrebs. »Das waren die schlimmsten zwei Wochen meines Lebens«, erzählt sie frustriert. »Ich wollte eigentlich nur das Okay für meinen nächsten In-vitro-Versuch bekommen und war plötzlich schwer krank.« Doch das Missverständnis wurde aufgeklärt, die MRT-Untersuchung wiederholt und der Anfangsverdacht, dass in Julia K.s Gebärmutter eine Wand war, die da nicht hingehört, am Ende entkräftet. Sie wurde einige Monate später zwar doch noch aufgeschnitten, allerdings diente das vor allem dazu, einige Polypen in ihrer Gebärmutter zu entfernen, die man im Ultraschall nicht hatte erkennen können und erst im Rahmen einer Gebärmutterspiegelung entdeckt hatte.

In den Körper blicken: Bauch- und Gebärmutter Spiegelung

Blut- und Ultraschalluntersuchungen sind in der Regel harmlos und werden im Rahmen einer ganz normalen Behandlung im Kinderwunschzentrum oder beim Arzt durchgeführt. Es gibt aber einige Untersuchungen, die deutlich tiefer in den Körper blicken lassen und unter Vollnarkose durchgeführt werden müssen, weil währenddessen oder im Nachgang starke Schmerzen auftreten können. Ich fasse die folgenden Untersuchungen in einem Kapitel zusammen, da sie in der Praxis oft kombiniert werden.

Der Fachbegriff für Bauchspiegelung ist Laparoskopie, eine Gebärmutter Spiegelung wird von Ärzten Hysteroskopie genannt. Beides sind absolute Standardeingriffe und werden jeden Tag Tausende Male durchgeführt. In vielen Kinderwunschkliniken finden sie direkt vor Ort statt; in gynäkologischen Praxen überweist der behandelnde Arzt in ein Krankenhaus. Diese Untersuchungen dienen oft dazu, auch die Eierstöcke und Eileiter auf ihre Durchlässigkeit hin zu überprüfen.

Bis zu dieser Stelle im Untersuchungsmarathon bin ich auch gekommen, und ich saß tatsächlich schon im Aufklärungsgespräch für eine Bauchspiegelung, weil meine Endokrinologin, rein hormonell betrachtet, einfach nicht mehr weiterwusste. Nach etwa einem Jahr Hormontherapie sei es an der Zeit, organische Ursachen für das Ausbleiben einer Schwangerschaft auszuschließen, sagte sie mir und überwies mich zur Bauch- und Gebärmutter Spiegelung mit Kontrastmittelgabe an die Kinderwunschpraxis. Dabei sollte festgestellt werden, ob meine Eileiter überhaupt durchlässig sind, meine Eierstöcke und Gebärmutter funktionieren oder ich eventuell sogar Endometrioseherde habe.

Ich sage es gleich vorweg: An dieser Stelle habe ich eine Abkürzung genommen und mich direkt für eine künstliche Befruchtung entschieden. Meine Ärztin selbst hatte mir diesen Vorschlag gemacht, als ich nach Alternativen fragte. Ich kenne aber viele Frauen, die diese Untersuchungen gemacht haben und nicht solche Vorbehalte dagegen hatten wie ich. Ich habe für mich einfach keinen Sinn darin gesehen, wenn es auch anders gehen kann. Das war aber nur möglich, weil ich zu dem Zeitpunkt nach einem Jahr Hormonstimulation und Zykluskontrolle noch nicht schwanger geworden war. Normalerweise wird diese Untersuchung bereits am Anfang einer Kinderwunschbehandlung gemacht und ist zudem zumindest für einige Krankenkassen eine Voraussetzung für die Kostenübernahme. Schließlich ist es wenig sinnvoll, gewisse Maßnahmen einzuleiten, wenn eine Frau auf natürliche Art und Weise gar nicht schwanger werden kann. Es gibt zudem etliche Fälle, bei denen eine Bauch- oder eine Gebärmutterspiegelung unumgänglich sind, wenn zum Beispiel ein begründeter Verdacht auf Endometriose, Polypen oder Myome in oder auf den Organen oder ein Uterus septus besteht oder wenn es zu einer Eileiterschwangerschaft kommt.

Gebärmutterspiegelung

Die Gebärmutterspiegelung ist an sich kein chirurgischer Eingriff, weil während der Untersuchung selbst zunächst nicht geschnitten wird. Sollte der Arzt im Verlauf der Untersuchung allerdings etwas Auffälliges entdecken, hat er die Möglichkeit, dies sofort chirurgisch zu entfernen. Deshalb schätzen Ärzte diese Untersuchung; sie lässt Spielraum für

60 ■ Untersuchungs-marathon

schnelle Reaktionen. Wie läuft so eine Gebärmutterspiegelung also ab? Der Arzt schiebt ein dünnes Instrument (Hysteroskop) vaginal durch den Gebärmutterhals, der vorher etwas geweitet wird, in Richtung Gebärmutter. Oft wird ein Gas oder eine Flüssigkeit in die Gebärmutter gepumpt, um deren Inneres besser erreichbar und damit sichtbar zu machen. An dem Instrument ist vorne ein Licht mit Optik oder eine kleine Kamera angebracht, mit deren Hilfe der Arzt auf einem Bildschirm sehen kann, wie es in der Gebärmutter aussieht und ob Auffälligkeiten vorliegen. Zudem kann man durch das Instrument Operationsbesteck hindurchschieben, falls der Mediziner Wucherungen, Polypen oder Ähnliches entfernen oder Gewebeproben entnehmen will. Auch die bereits erwähnte Trennwand in der Gebärmutterhöhle (Uterus septus) kann mit einem Laser im Rahmen der Gebärmutterspiegelung entfernt werden.

Die Hysteroskopie wird normalerweise unter Narkose gemacht, da der Eingriff Schmerzen verursachen kann. Auch nach der Untersuchung klagen viele Frauen über menstruationsartige Schmerzen, die einige Tage anhalten und mit gängigen Schmerzmitteln gut zu behandeln sind. Alles in allem ist die Prozedur relativ harmlos, verläuft in der Regel ohne Komplikationen und dauert nur wenige Minuten.

Bauchspiegelung

Etwas anders sieht das bei der Bauchspiegelung aus. Sie zählt zu den minimalinvasiven Eingriffen, es wird also zunächst nur ein kleiner Schnitt unterhalb des Bauchnabels gemacht. Durch diesen wenige Zentimeter langen Schnitt führt der Arzt

eine spezielle Nadel ein, über die ein Gas (Kohlendioxid) in den Bauchraum gefüllt wird. So schafft der Arzt sich mehr Platz und kommt besser an das Organ heran, das er sich näher ansehen will. Die Nadel wird dann durch ein Sichtgerät ersetzt, meist eine Kamera. Bei Bedarf macht der Arzt weitere kleine Schnitte in die Bauchdecke, um zusätzliches Operationsbesteck in den Bauchraum einzuführen.

Das Gas wird nach dem erfolgten Eingriff zwar, so gut es geht, abgelassen, meist bleibt aber ein Rest zurück, der dann in den folgenden Tagen über den Rücken oder die Schultern entweicht, was sehr unangenehm und auch schmerzhaft sein kann. Auch die Schnitte können einige Tage lang wehtun, nachbluten oder sich sogar entzünden. Trotzdem ist die Bauchspiegelung ein vergleichsweise harmloser Eingriff und medizinisch betrachtet sogar eine echte Errungenschaft. Bei vielen Operationen im Bauchraum hat sie den großen Schnitt abgelöst, und sogar Organe wie die Gebärmutter, Eileiter oder der Blinddarm können so entfernt werden. Der Eingriff findet meist ambulant, aber unter Vollnarkose statt.

Tuboskopie

Im Rahmen einer Bauchspiegelung untersuchen Ärzte auch oft, ob die Eileiter (Tuben) verklebt sind. Diese Untersuchung ist vor allem dann angezeigt, wenn das Spermogramm des Mannes unauffällig ist, es aber trotzdem nach mehreren Versuchen nicht zur Schwangerschaft kommt. Um die Durchlässigkeit der Eileiter zu überprüfen, muss aber nicht zwingend der Bauch aufgeschnitten werden. Es gibt auch die Möglichkeit, zunächst vaginal über einen kleinen Katheter eine Flüssigkeit

62 ■ Untersuchungsmarathon

sigkeit mit Kontrastmittel in die Gebärmutter zu spritzen. Früher wurde das sogar mit Röntgenkontrastmittel gemacht, heute nutzen die meisten Praxen aber eine Zuckerlösung, die dann auf dem Ultraschall recht gut erkennbar ist. Wenn die Flüssigkeit bis in den freien Bauchraum abfließt, kann man davon ausgehen, dass die Eileiter frei sind und auch Spermien ihren Weg zum Ziel finden sollten. Wenn die Flüssigkeit sich aber in den Eileitern staut, ist auch die Chance auf eine Schwangerschaft gering.

Manchmal reicht dieses Durchspülen schon aus, um leichte Verklebungen zu lösen, die Frau wird im nächsten oder übernächsten Zyklus schwanger. In schweren Fällen ist dann aber doch eine Bauchspiegelung nötig, um Verwachsungen und Endometrioseherde zu entfernen oder die Verklebungen zu lösen. Deshalb wird die Untersuchung oft direkt im Rahmen einer Bauchspiegelung gemacht. Manche Eileiter sind aber bereits so beschädigt, dass die Ärzte direkt empfehlen, eine In-vitro-Fertilisation oder ICSI zu machen. Deshalb sollte man den Eingriff nicht leichtfertig vornehmen lassen, sondern nur, wenn sich tatsächlich eine Konsequenz für die weitere Therapie daraus ergibt.

Die Untersuchung der Eileiter mit Kontrastmittelgabe kann ohne Narkose einfach auf dem Gynäkologenstuhl vorgenommen werden und ist nicht überaus schmerzhaft, sondern wird vor allem als unangenehm beschrieben. Ein guter Zeitpunkt ist einige Tage vor dem Eisprung, etwa zwischen dem achten und zwölften Zyklustag.