

INTERVIEW

«Ja zu einer zeitgemässen Fortpflanzungsmedizin»

Die Reproduktionsmedizin hilft Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Prof. Dr. med. Christian De Geyter von der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel erläutert, welche Therapien effektiv sind und warum Volkes Stimme wichtig ist.

 **Universitätsspital
Basel**
Mehr wissen. Alles geben.

Prof. Dr. De Geyter, wann ist der richtige Zeitpunkt einen Reproduktionsmediziner zu konsultieren?

Ich rate Paaren grundsätzlich dann dazu, wenn sie zwölf Monate lang trotz ungeschützten Geschlechtsverkehrs kinderlos bleiben. Junge Paare können bis zu zwei Jahre warten, Ältere sollten jedoch noch vor Beendigung der zwölf Monate einen Facharzt für Reproduktionsmedizin aufsuchen.

Was sind die häufigsten Ursachen für Unfruchtbarkeit?

Sprechen wir von ungewollter Kinderlosigkeit, gibt es interessanterweise ein Symptom und zwei Betroffene, sodass die Ursachen sowohl bei der Frau als auch beim Mann liegen können – sehr häufig auch in deren Kombination. War bei der Frau in früheren Jahren zumeist die eileiterbedingte Sterilität Ursache für ungewollte Kinderlosigkeit, liegen die Gründe heutzutage oftmals in einer Eierstockschwäche.

Wie kommt das?

Weil immer mehr Frauen sich nicht mit 27 Jahren – wenn die maximale Fruchtbarkeit erreicht ist –, sondern erst später dazu entscheiden, ihr erstes Kind zu bekommen. Je länger sie warten, desto schwieriger wird es aufgrund der zunehmenden Eierstockschwäche, sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Die Gründe für die eileiterbedingte Sterilität in früheren Jahren hängen vor allem mit den Folgen der sexuellen Revolution zusammen. Da wurde zwar bereits verhütet, aber es hat noch kein Screening für sexuell übertragbare Erkrankungen wie Chlamydien-Infektionen gegeben, die im Gegensatz zu heute häufig nicht rechtzeitig behandelt wurden. Deshalb sehen wir heute die entzündlich bedingten Eileiterverschlüsse viel seltener.

Und worin liegen bei Männern die Gründe für die Zeugungsunfähigkeit?

Beim Mann ist in den meisten Fällen eine Krampfadern am linken Hoden ursächlich. Sie entsteht in der Pubertät, wirkt sich aber erst nach zehn bis 15 Jahren aus. Dabei wird der Hoden chronisch aufgewärmt, weshalb er nicht mehr in der Lage ist, gesunde Spermien zu produzieren. Auch nimmt die Beweglichkeit der Spermien ab, oftmals auch die Anzahl der Samenzellen. Die zweithäufigste Ursache ist ein Hodenhochstand bei der Geburt, der früher oftmals erst mit sechs Jahren behandelt wurde. Heute wird bereits direkt nach der Geburt Hodenhochstand systematisch untersucht und mit einer Hormonspritze therapiert, um eine Unfruchtbarkeit zu verhindern.



Suchen Sie als Paar das Gespräch mit einem Arzt.

Wie begegnen Sie Paaren, bei denen der Kinderwunsch unerfüllt bleibt?

Das Wichtigste ist zunächst erst einmal das Gespräch. Dabei ist von Interesse, wie gesund das Paar ist, wie lange es bereits probiert, schwanger zu werden, wie der Zyklus der Frau verläuft und ob der Mann Kinderkrankheiten oder Operationen in der Vergangenheit hatte. Anschliessend werden beide Partner zu getrennten Zeitpunkten körperlich untersucht. Neben zusätzlichen hormonellen sowie Blut- und Ultraschall-Untersuchungen wird zudem ein Spermogramm des Mannes angefertigt.



Die Möglichkeiten ungewollte Kinderlosigkeit zu beheben sind vielfältig und teils umstritten.

Welche Therapiestritte werden dann eingeleitet?

Liegt nach zumeist sechs bis acht Wochen eine exakte Diagnose vor, lässt sich die Ursache in vielen Fällen therapieren. Beispielsweise werden Hormonstörungen behandelt oder Krampfadern operiert. Treten bei der Frau Polypen in der Gebärmutterhöhle auf, können diese operativ entfernt werden. Auch Erkrankungen an den Eileitern lassen sich gelegentlich korrigieren. Manchmal reicht jedoch bereits eine sexuelle Beratung, um den Kinderwunsch zu erfüllen.

Wann raten Sie zu Insemination oder In-vitro-Fertilisation?

Es gibt Situationen, in denen die Ursache identifiziert, jedoch nicht beseitigt werden kann. Etwa dann, wenn ein Junge mit Hodenhochstand zur Welt gekommen ist und dies erst zu spät erkannt und behandelt worden ist. Dann muss man dem Paar helfen, indem man bei milden Störungen Eizellen und Spermien mithilfe einer Insemination und bei schweren Störungen mit einer künstlichen Befruchtung zusammenbringt. Während die In-vitro-Fertilisation insbesondere bei einem Eileiterverschluss indiziert ist, wird die Mikroinjektion, kurz ICSI, bei stark beeinträchtigter Zeugungsfähigkeit des Mannes angewandt. Hierbei wird das Spermium mikrotechnisch direkt in die Eizelle übertragen.

Können Sie etwas über die Erfolgsaussichten der Mikro-Injektion sagen?

Ist beispielsweise nur die Spermaqualität vermindert, führt die ICSI mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Schwangerschaft. Das kann man heute relativ gut vorhersagen.

Gibt es neueste Erkenntnisse auf dem Gebiet der künstlichen Befruchtung?

Man kann die Eierstockreserve heutzutage mit neuen Hormonbestimmungen recht gut messen und eine gute Bestandsaufnahme machen – etwa, wie viele Eizellen man bei einer künstlichen Befruchtung gewinnen kann. So ist man in der Lage, die Schwangerschaftschancen, aber auch mögliche Komplikationen im Vorfeld zu regeln. Zudem hat sich die künstliche Befruchtung weiterentwickelt,

weil heute die Einfrierverfahren viel effizienter sind. Auch kann man dank neuer Medikamente bei der Durchführung der Therapie, sodass wir weniger Eizellen und weniger Komplikationen verursachen. Im alten Gesetz durften nicht nur keine Embryonen eingefroren werden, zudem war es Pflicht, alle Embryonen (maximal drei) zu übertragen. Da die Labormethoden heute viel besser sind, bedarf es viel weniger Embryonen, um eine Schwangerschaft zu erzielen.

Wie können die Verfahren weiter verbessert werden?

In erster Linie muss sich der gesetzliche Rahmen verändern. Wir brauchen mehr Freiheit bei der Durchführung der Therapie, sodass wir weniger Eizellen und weniger Komplikationen verursachen. Im alten Gesetz durften nicht nur keine Embryonen eingefroren werden, zudem war es Pflicht, alle Embryonen (maximal drei) zu übertragen. Da die Labormethoden heute viel besser sind, bedarf es viel weniger Embryonen, um eine Schwangerschaft zu erzielen.

Mit dem neuen Gesetz, über das am 5. Juni abgestimmt wird, würden wir gern nur noch einen Embryo pro Zyklus übertragen und die anderen Embryonen einfrieren, wenn sich das Paar später ein weiteres Kind wünscht.

Ebenso politisch ist das Thema Präimplantationsdiagnostik, ein Verfahren zur genetischen Untersuchung von Embryonen. Wie wichtig wäre dieses neue Gesetz?

Wir sind im Jahr 2016 und müssen wieder zeitgemäss arbeiten können. Wie müssen in der Lage sein, uns an den neuen Entwicklungen aktiv beteiligen zu können – insbesondere dann, wenn sie für die Betroffenen vorteilhaft sind. Dies geht jedoch nur, wenn mit «Ja» gestimmt wird.

Welche konkreten Folgen hätte es, wenn sich das neue Fortpflanzungsgesetz durchsetzen würde?

Der wichtigste Vorteil für die alltägliche Reproduktionsmedizin wäre, dass wir viel weniger Komplikationen verursachen würden. Hierbei ist vorrangig die Vermeidung von Mehrlingschwangerschaften zu nennen. Ausserdem wird es viel weniger unnötige Behandlungen bis zu einer intakten Schwangerschaft brauchen. Denn wir können den entwicklungsfähigen Embryo leichter identifizieren, sodass wir nicht fünf bis sechs erfolglose Therapiedurchläufe machen müssten, sondern viel häufiger nur noch einen einzigen erfolgreichen.

Ganz abgesehen von den genetischen Defekten, die man sofort erkennen könnte.

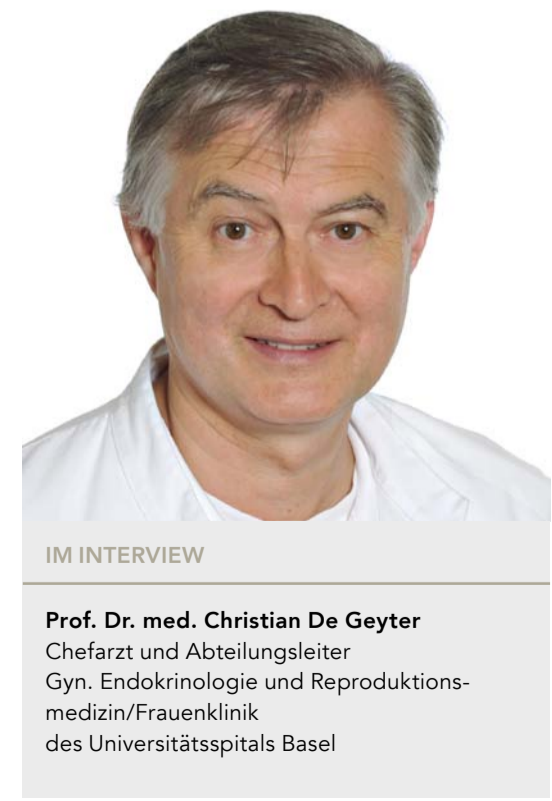
Ja, richtig. Das wäre dann der dritte entscheidende Vorteil der Präimplantationsdiagnostik. Man könnte Paaren helfen, die von einer genetischen Erkrankung betroffen sind. Das sind schwere Erkrankungen, die bis zum 50. Lebensjahr ausbrechen werden. Noch viel häufiger sind jedoch Fälle von Frauen, die partout nicht schwanger werden und bei denen in den Embryonen häufiger als bei anderen Frauen eine Chromosomenstörung vorliegt. Bei dieser Gruppe könnte man untersuchen, in welchen Embryonen keine Chromosomenstörung vorliegt. Sind alle Embryonen von einer Störung betroffen, brauchen sie nicht noch einmal eine weitere unnötige Therapie zu durchlaufen. Dann ist das Problem unlösbar. Und dann gibt es die Gruppe, die schwanger wird und immer wieder Fehlgeburten erleidet. Ursache ist hier zumeist ebenfalls eine Chromosomenstörung beim Embryo.

Wie würde sich nach einem «Ja» die Reproduktionsmedizin verändern?

Für den Fall, dass die Abstimmung für die Präimplantationsdiagnostik positiv ausfällt, haben wir bereits intern festgelegt, nur noch einen Embryo zu übertragen und dies erst nach fünf Tagen. Wir werden dann auch weniger befruchtete Eizellen einfrieren. Das heisst, dass der Aufwand geringer werden wird, was wiederum bedeutet, dass wir uns mehr um die Paare kümmern können, die nicht unbedingt eine Reproduktionsmedizin benötigen, um schwanger zu werden, sondern wo es andere Optimierungen braucht.

Während diese Veränderungen noch vom Referendum abhängen, sind andere Erneuerungen an der Frauenklinik dagegen schon definitiv.

Ganz genau, wir werden uns ab August 2017 vergrössern. Dafür gibt es gleich mehrere Gründe. Die jetzige räumliche Ausstattung reicht nicht mehr für den Bedarf im Raum Basel. Dazu kommt, dass wir im Labor eine partikelarme Umgebung benötigen, die hier in den bestehenden Räumen nicht integrierbar ist. Darüber hinaus verändern sich im Raum Basel die Verhältnisse in der Geburtshilfe und in der gynäkologischen Onkologie. Wir verzeichnen stetig steigende Patientenzahlen und werden durch den Umzug der Reproduktionsmedizin nicht nur für die Reproduktionsmedizin mehr Platz erhalten, sondern können auch für die Geburtshilfe und die gynäkologische Onkologie weiter ausbauen. Möglich sind dann auch wieder mehr endokrinologische Untersuchungen. Nicht zuletzt wird die Diskretion verbessert und damit sicher auch die individuelle Hemmschwelle gesenkt, mit so einem privaten und emotionalen Thema wie der Reproduktionsmedizin zu uns zu kommen.



IM INTERVIEW

Prof. Dr. med. Christian De Geyter
Chefarzt und Abteilungsleiter
Gyn. Endokrinologie und Reproduktions-
medizin/Frauenklinik
des Universitätsspitals Basel