INTERVIEW DR. LARS HAPPEL

"Wir kämpfen bei den Paaren gegen die Zeit"

Studium, Karriere, Reisen: Viele Paare verschieben ihren Kinderwunsch auf später. Ein großer Fehler, sagen Reproduktions-Mediziner.

SAARBRÜCKEN Früher galt ungewollte Kinderlosigkeit noch als ein unabänderliches Schicksal. Heute suchen viele Paare Hilfe bei Ärzten wie den Spezialisten des Kinderwunschzentrums IVF Saarbrücken-Kaiserslautern. Mit der medizinischen Unterstützung des Teams um Lars Happel kamen 2016 im Saarland bis zu 700 von insgesamt 8200 Kindern zur Welt.

Herr Dr. Happel, etwa jedes zehnte Paar zwischen 25 und 59 Jahren ist ungewollt kinderlos. Rund 15 Prozent der Paare suchen inzwischen Hilfe bei Reproduktionsmedizinern. Warum ist die Zahl so hoch?

HAPPEL Ich denke, es liegt daran, dass unsere Gesellschaft einen extremen Veränderungsprozess durchmacht. Das sehen wir auch an der Anzahl und am Durchschnittsalter der Paare, die zu uns kommen. Dieses steigt immer mehr an. Bei Frauen liegt das Behandlungsalter inzwischen im Schnitt bei 35 Jahren. 1973 lag das Alter der Erstgebärenden noch bei durchschnittlich 23 Jahren, heute sind wir bei im Schnitt 31 Jahren angekommen. Hier ist die gesellschaftliche Verschiebung im Vergleich zu den Jahrhunderten zuvor dramatisch. Und dieser Prozess schreitet unaufhaltsam fort. Je höher aber das Alter ist, in dem die Entscheidung für ein Kind fällt, desto stärker steigt auch die Gefahr, dass Krankheiten - sowohl auf männlicher als auch auf weiblicher Seite eine Schwangerschaft erschweren.

Spielt bei der Frage nach der Fruchtbarkeit auch die Lebensweise der Partner eine Rolle?

HAPPEL Ja, neben dem Rauchen ist heute Adipositas, also Fettleibigkeit, ein entscheidender Faktor. Vor allem hier im Saarland, wo es im bundesweiten Vergleich überproportional viele Übergewichtige gibt. Adipositas kann zu Durchblutungsstörungen führen, sowohl in den Eierstöcken als auch in den Hoden. Damit ist Übergewicht für die Fruchtbarkeit nicht nur ein Problem bei der Frau, sondern auch beim Mann.

Halten Sie das Hinausschieben für das größte Hindernis bei der Kinderwunsch-Erfüllung?

HAPPEL Ja, wir Reproduktionsmediziner kämpfen bei den Paaren gegen die Zeit. Jede zehnte Frau hat schon mit 30 Jahren Hormoneinschränkungen, jede fünfte mit 35. Und jeder zweiten Frau mit 40 Jahren müssen wir mitteilen, dass die Zeit überschritten ist und wir ihr nicht mehr helfen können. Das ist dramatisch. Gerade weil in der Öffentlichkeit häufig der falsche Eindruck vermittelt wird, es sei kein Problem, mit über 40 Jahren noch Kinder zu bekommen. Dabei handelt es sich hier meist um unterstützte Schwangerschaften.

Befördern nicht auch die Behandlungsmöglichkeiten, die Sie anbieten, den Trend des Aufschiebens? HAPPEL Die Annahme, die Medizin kann alles, also kann ich mir mit dem Kinderkriegen Zeit lassen, ist zwar weit verbreitet. Aber in der Realität ist das definitiv nicht der Fall. Es sei denn, wir würden Tricks anwenden, die dann möglicherweise mit den rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland kollidieren. Aber das tun wir nicht.

Inzwischen werden die Menschen immer älter. Führt das nicht dazu, dass sich auch die Zeit der Fruchtbarkeit nach hinten verschiebt?

HAPPEL Das ist bisher nicht bewiesen. Logisch ist aber, dass der Grad der Fruchtbarkeit davon abhängt, wie gesund ein Mensch ist – und mit zunehmendem Alter werden auch gesundheitliche Probleme wahrscheinlicher. Hinzu kommt der Einfluss von Umweltgiften. Ein junger Mensch mit 22 oder 23 Jahren kann zudem eine vorübergehende Fruchtbarkeitseinschränkung zeitlich eher kompensieren als ein älterer.



Der Gynäkologe Lars Happel sieht unter anderem Adipositas als einen entscheidenden Faktor bei Fruchtbarkeitsproblemen.

FOTOS: IRIS MAURER

Gibt es äußere Umstände, die Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben? **HAPPEL** Wirklich erwiesen ist das nicht. Aber als es vor zwei Jahren den Zustrom von syrischen Flüchtlingen gab, ist bei Untersuchungen aufgefallen, dass tatsächlich überproportional viele der geflüchteten Frauen eine schlechtere Fruchtbarkeit aufwiesen als die hiesigen Frauen ihres Alters. Junge Frauen, die mit 25, 26 Jahren teilweise Hormonwerte hatten, wie das üblicherweise Frauen mit 38, 40 Jahren der Fall ist. Daraus kann man vielleicht schon schließen, dass die Lebensbedingungen - beispielsweise Kriegsstress und Flucht - zu vorübergehenden Fruchtbarkeitseinschränkungen führen können. Andererseits wissen wir aus unserer Geschichte, dass reihenweise Frauen während der Weltkriege schwanger geworden sind, nachdem der Mann nur kurz auf Heimaturlaub zu Hause war. Es gibt also sicherlich nicht den Lebensstress, der die Fruchtbarkeit völlig eliminiert.

Kommen auch Frauen zu Ihnen, die sich so stark unter Druck füh len, dass sie Ihre Hilfe zu früh in Anspruch nehmen?

HAPPEL Eigentlich nicht, leider eher zu spät. Uns ist es sogar lieber, eine Frau kommt früher zu uns, weil wir in der Regel erst einmal in eine längere Diagnostik einsteigen müssen. Wir würden niemals mit Vollgas in eine Behandlung gehen, sondern wir checken erst mal ab, ob tatsächlich eine Störung vorliegt, die behandelt werden muss, oder ob vielleicht eher die Ungeduld der Motor ist.

Wie erklären Sie sich, dass Frauen, die zunächst mit medizinischer Unterstützung schwanger geworden sind, weitere Kinder ohne medizinische Hilfe bekommen?

HAPPEL Unsere Erfahrung zeigt, dass bei Frauen, die eingeschränkt fruchtbar waren und dann unterstützt schwanger geworden sind, oftmals eine zweite und dritte Schwangerschaft unkomplizierter eintritt als die erste. Die erste Schwangerschaft, die unterstützt erfolgt ist, hilft dem Körper häufig zur Rhythmisierung des Zyklus. Sie gibt den Impuls, dass es zum Eisprung kommt. Das Phänomen lässt sich vor allem dadurch erklären, dass jede Schwangerschaft der Entstehung der nächsten hilft.

Demnach ist der Grad der Fruchtbarkeit also bei Mann oder Frau keine festgelegte Größe?

HAPPEL Nein. Ich kann ein Beispiel aus meiner Praxis nennen: Eine Patientin hatte es durch eine Samenspende geschafft, schwanger zu werden - ihr Mann war sehr eingeschränkt fruchtbar. Nach der Geburt des Kindes wurde die Frau ein weiteres Mal von ihrem Mann schwanger - ohne medizinische Hilfe. Offenbar

hat die Stimulation durch die erste Schwangerschaft dazu geführt, dass die Schwäche des Mannes kompensiert werden konnte.

Also kann die Frage nach einer eingeschränkten Fruchtbarkeit nicht immer eindeutig an einem Partner festgemacht werden?

HAPPEL Nein, die Fruchtbarkeit ist ein Wechselspiel. Es ist nicht die weibliche Fruchtbarkeitsstörung oder die männliche, sondern es ist immer das Paar, das ein gemeinsames Problem hat. Wir reden deswegen immer von Paar-Sterilität.

Kommen auch Frauen zu Ihnen, die keinen Partner haben? Oder homosexuelle Paare?

HAPPEL Alleinstehenden Frauen ohne Partner oder homosexuellen Frauen können wir nicht helfen. Nach der ärztlichen Berufsordnung des Saarlandes von 2006 sind wir dazu nicht autorisiert. Bei dieser Berufsordnung handelt es sich allerdings nicht um ein juristisches, sondern ein ethisches Recht.

Warum sollen etwa lesbische Frauen keine Kinder haben? Sie dürfen heute ja auch heiraten. Sollte die Berufsordnung da nicht aktualisiert

HAPPEL Eigentlich spricht nichts da-

gegen, etwa verheirateten lesbischen Paaren zu helfen. Das Problem ist ein juristischer Spagat, weil es in diesem Fall keinen männlichen Part gibt, der juristisch der Vater ist. Anonyme Samenspenden sind nämlich in Deutschland nicht erlaubt, weil hier jeder das Recht auf Kenntnis seiner Abstammung hat. Nur der eingetragene - also rechtliche - Vater ist zum Unterhalt des Kindes verpflichtet.

Und wie verhält es sich beispielsweise, wenn eine alleinstehende Frau einen Mann mitbringt, der sich als Samenspender zur Verfügung stellt? HAPPEL Auch das ist bei uns nicht möglich. Die sogenannte Insemination ist nur bei verheirateten Frauen erlaubt. Das ist ebenfalls juristisch so festgelegt: Bei verheirateten Paaren ist nämlich automatisch der Ehemann auch der rechtliche Vater des Kindes.

Wann lehnen Sie eine Behandlung ab? Was sind Ihre roten Linien? HAPPEL Bestimmte Regeln haben wir uns als Reproduktionsärzte selbst erarbeitet. Unsere Grenzen sind unter anderem da, wo etwa der Mann über 60 Jahre alt ist. Eine Behandlung stellen wir auch bei extremem Übergewicht einer Frau in Frage, etwa bei einem Body-Mass-Index von über 38.

Gibt es auch eine Altersgrenze bei der Frau? HAPPEL Grundsätzlich setzt die Fruchtbarkeit die Grenze bei einer

Frau. Wir haben kein Problem mit einer Behandlung, auch wenn eine Frau 45 oder darüber ist, wenn sie dann tatsächlich noch das Potenzial hat, schwanger zu werden. Sie sagen, auch das Alter des Mannes ist entscheidend. Hat das damit

zu tun, dass mit den Jahren die Gefahr einer Übertragung genetischer Mutationen auf das Kind wächst? HAPPEL Nein, das ist kaum ausschlaggebend. Es ist eher eine ethische Frage. Wir schicken einen Mann mit über 60 auch nicht grundsätzlich weg. Allerdings klären wir die Paare in solchen Fällen in aller Deutlichkeit auf: etwa über das Risiko schwerer Erkrankungen, das mit zunehmendem Alter wächst, und eine damit einhergehende mögliche Doppelbelastung für die Mutter, die noch ein kleines Kind zu versorgen hat. Und dass die Frau gegebenenfalls durch den Tod des Partners mit dem Aufziehen des Kindes alleine sein kann. Wenn Paare aber sagen, all das sei ihnen bei ihrer Entscheidung bewusst, schlagen wir eine Behandlung auch nicht aus. Das steht uns nicht zu.

Wann sagen Sie Paaren, dass die Behandlung keinen Sinn mehr hat? HAPPEL Das ist das Schwerste überhaupt. Fehlende Erfolgsaussichten ergeben sich oftmals während der Behandlung dann, wenn etwa die Hormone nicht ansprechen, sich also keine Eizellen entwickeln. Wir versuchen, die Paare dazu zu bewegen, sich selbst ein Limit zu setzen. Denn die Zumutbarkeitsgrenzen sind ja ganz individuell. Wir sagen jedoch auch ganz offen, wenn wir keine Erfolgschancen mehr sehen. Die meisten Paare gehen auch darauf ein.

Gibt es Paare, die mit dezidierten Wünschen – etwa Mädchen oder

Junge – zu Ihnen kommen? HAPPEL Solche Paare wären bei uns an der völlig falschen Adresse. Uns geht es darum, Paaren überhaupt zu einem Kind zu verhelfen. Nicht zu einem Kind mit besonderen Merkmalen. Wir treffen keine Auslese – nicht allein aus rechtlichen, sondern auch aus eigenen ethischen Gründen.

Ist nicht auch die Präimplantationsdiagnostik (PID), also die Untersuchung von Embryo-Zellen vor dem Einsetzen in die Gebärmutter, in gewissem Sinne eine Auslese?

HAPPEL Das ist keine Auslese im eigentlichen Sinn. Die PID ist in Deutschland gesetzlich verankert. Dabei geht es darum, die Weitervererbung einer sehr schweren Krankheit in die nächste Generation zu verhindern. Wenn also bei einem der Partner eine äußerst schwerwiegende Erbkrankheit vorliegt, von der man weiß, dass sie etwa bei jedem zweiten Nachkommen ausbrechen wird, dürfen wir Embryonen auf diese, aber nur auf diese einzige Mutation hin im Reagenzglas untersuchen. Nach einer PID können wir selbst weder etwas über die Haarfarbe noch über das Geschlecht sagen. Auch nichts über andere Krankheiten, die eventuell auftreten könnten.

Mit der PID hat sich die Politik ja aus ethischen Gründen sehr schwer getan. Finden Sie die jetzige Regelung, also die eingeschränkten Zulassung der PID, angemessen?

HAPPEL Ich kann gut damit leben, dass man sich Gedanken darüber macht und Grenzen setzt. Allerdings finde ich auch nicht ganz unproblematisch, es einer Ethikkommission zu überlassen, welche Krankheit so schwerwiegend ist, dass eine PID gerechtfertigt ist. Wenn sich etwa ein Partner mit einer Krankheit über Jahre quält und sagt, er möchte sie seinem Kind nicht zumuten - wie soll dann eine Ethikkommission eine Entscheidung über eine PID treffen, die die Personen gar nicht kennt?

Wie waren Ihre bisherigen Erfahrungen mit der Kommission?

HAPPEL Unsere Anträge sind bislang alle durchgegangen. Was ich nicht nachvollziehen kann, ist, dass es für die PID keinerlei Unterstützung von den Krankenkassen geben darf. Für die Kosten, die sich zwischen 10 000 bis 15 000 Euro belaufen, müssen die Paare allein aufkommen.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Kinderwunschbehandlung nur unter bestimmten Bedingungen: Beide Partner müssen über 25 sein, der Mann darf nicht über 50, die Frau nicht über 40 Jahre alt sein. Auch muss das Paar verheiratet sein. Ist das in Ordnung?

HAPPEL Ich habe mit solch allgemeinen Grenzen generell ein Problem, weil es große individuelle Unterschiede gibt. Es gibt beispielsweise Frauen, die mit 36 Jahren schon in den Wechseljahren sind. Die haben dann zwar Anspruch auf eine Behandlung, aber keine Chance, schwanger zu werden. Und es gibt andere, über 40-Jährige, die ebenso schwanger werden können wie andere mit 34, die aber keinen Anspruch auf Kostenübernahme haben. Außerdem motiviert die auf 40 Jahre festgelegte Altersgrenze jüngere Frauen dazu, den Kinderwunsch aufzuschieben. Deswegen halte ich das für das falsche Signal.

berücksichtigen? Heute werden die Menschen älter, warum sollen sie nicht später Kinder bekommen? **HAPPEL** Nein, es muss andersherum sein. Wir müssen Gesellschaft und Politik dazu zu bringen, dass sie jun-

ge Paare in die Lage versetzen, dass

sie zwischen 25 und 30 Jahren Kin-

der bekommen können.

Müsste man nicht die Demografie

In den USA zahlen Hightech-Unternehmen ihren Mitarbeitern das Einfrieren von Ei- und Samenzellen, um Familiengründungen zu verschieben. Was halten Sie vom "Social freezing"?

HAPPEL Ich halte das für das völlig falsche Signal. Die Unternehmen sollten eher dafür sorgen, dass Familie und Karriere vereinbar sind. Auch bei uns lassen Paare aus beruflichen Gründen befruchtete Eizellen einfrieren. Wir können diese über einen fast unbegrenzten Zeitraum konservieren. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es bald eine Flut von Frauen geben wird, die sich noch mit über 50 Jahren Eizellen einpflanzen lassen. Dafür gibt es nämlich keine rechtliche Grenze.

DAS INTERVIEW FÜHRTEN IRIS NEU-MICHALIK UND ULRICH BRENNER

Produktion dieser Seite: Iris Neu-Michalik, Ulrich Brenner Pascal Becher



Die SZ-Redakteure Ulrich Brenner und Iris Neu-Michalik im Gespräch mit dem Reproduktions-Mediziner Lars Happel.

INFO

Die häufigsten Behandlungsmethoden

Hormontherapie: Die Einnah-

me bestimmter Hormone kann bei manchen Frauen ausreichen, um die Fruchtbarkeit zu steigern. **Insemination:** Die instrumentelle Übertragung männlicher Samenzellen in die Gebärmutterhöhle ist die am häufigsten angewandte Methode der assistierten Befruchtung. **In-vitro-Fertilisation:** Bei der In-vitro-Fertilisation, also der Be-

fruchtung außerhalb des Körpers,

geschieht ein Teil dessen, was nor-

malerweise im Körper der Frau (Ei-

leiter) stattfindet, in einem Reagenzglas. Nach zwei bis fünf Tagen werden maximal drei der befruchteten Eizellen in die Gebärmutter eingesetzt. Die Erfolgsaussichten lagen 2014 bei 36,2 Prozent pro Embryo-

Einfrieren von Eizellen: Auf Wunsch können Eizellen im Vorkernstadium, also vor der Verschmelzung der Kerne von Sperma und Eizelle, eingefroren werden. Falls die extrakorporale Befruchtung nicht beim ersten Versuch klappt oder das Paar sich weitere Kinder wünscht, können sie zu einem beliebig späteren Zeitpunkt eingesetzt werden.