



Marathon und Sprint zugleich

Finn und Lea wünschen sich ein Kind. Als das nicht so recht klappt und sie der Natur auf die Sprünge helfen wollen, beginnt für die beiden jungen Ärzte eine Odyssee durch Arztpraxen und Kinderwunschzentren.

Zwei blaue Balken auf dem Plastikstift – das wäre der größte Wunsch von Lea*, Ärztin in Weiterbildung zur Internistin im 2. Jahr. Doch es ist wieder nur ein Balken zu sehen. „Mist“, denkt sie. „Wieder warten auf den nächsten Eisprung.“ Dabei hat sie sich schon Hoffnungen gemacht. Der einfache Fertilitätsmonitor hilft auch nicht weiter.

Schwangerschaft: Im Dienst nicht vorgelesen Wie soll auch ein regelmäßiger Zyklus funktionieren – bei der Arbeitsbelastung, den Diensten, der Klinikluft, an der Lea manchmal regelrecht zu ersticken droht? „Bei jeder Dienstplanbesprechung richtete sich mein eigener Terminkalender nach möglichem Zyklusablauf, Eisprung und Erholungsphase“, sagt sie. Entspannung ins Leben zu bringen, wie es jedes einschlägige Buch rät, ist da leichter gesagt als getan – zumal ihr Mann Finn auch Arzt ist und genauso viel arbeitet. Kinderwunsch scheint hierzulande ein schwieriges Thema zu sein, erst recht für Ärzte in Weiterbildung. „Ich hatte schon im Voraus ein schlechtes Gewissen, den Kollegen meine Dienste aufzuhalsen“, erzählt Lea. Und wie soll sie dem Chefarzt überhaupt die Nachricht mitteilen, wenn es mal soweit ist? Begeistert wird er sicher nicht sein – die letzte Schwangerschaft in der Abteilung liegt Jahre zurück. Und dann noch die Unterbrechung der Weiterbildung, fern von Funktionsbereich und Intensivstation.

Mehr Frust als Lust „Der Versuch, schwanger zu werden, ist nach einer Weile wie ein Marathon und 100-m-Sprint zugleich“ sagt die Ärztin. Fast jeden Monat von Neuem – mal mithilfe des Fertilitätsmonitors, mal einfach so. „Irgendwann macht es keinen Spaß mehr, sondern wandelt sich zur Herausforderung, fast zur Last.“ Leas Frauenärztin sieht das Thema zunächst recht entspannt. Anfang Dreißig sei völlig in Ordnung – Lea und Finn hätten noch viel Zeit. „Während meiner eigenen Weiterbildung war es sowieso undenkbar, vor dem Facharzttitel schwanger zu werden!“ Nicht gerade ermutigend.

Wegen Leas unregelmäßigem Zyklus kontrolliert die Gynäkologin u.a. die Schilddrüsenwerte. Mit einem TSH-Wert von 3,5 mU/l und normwertigen fT3 und fT4 besteht eine latente Hypothyreose – sie empfiehlt die Einnahme von L-Thyroxin und schreibt eine Überweisung zum Endokrinologen. „Plötzlich fühlte ich mich

richtig krank“, sagt Lea. „Dabei bestand aus internistischer Sicht eigentlich kein Behandlungsbedarf.“ Unsicherheit macht sich breit bei dem Paar. Aufgewühlt lesen sie alle Literatur zum Thema, die sie finden. Laut Kinderwunschexperten ist ein TSH-Wert von 1 mU/l ideal für einen regelmäßigen Zyklus und die Einnistung des Eis. Lea beginnt also mit dem L-Thyroxin, langsam eindosierend.

Anonyme Arztpraxen, wachsende Unsicherheit Bald darauf begleitet Finn sie zum Termin beim Endokrinologen. „Das war so eine moderne Großpraxis“, erinnert sich Lea. „Ich kam mir vor wie auf einem Laufband – jeder Patient eine Nummer, die abgearbeitet wurde.“ Auch hier wird die Anpassung der Schilddrüse empfohlen, außerdem könne man ggf. Clomifen geben. Lea fühlt sich wie ein wandernder Laborzettel, den man nur optimieren müsse, damit die Schwangerschaft klappt. Sie nimmt das L-Thyroxin halbherzig ein, der Zyklus stabilisiert sich schließlich etwas. Daneben sammelt das Paar immer mehr Informationen. „Letztendlich hatten wir ein großes Sammelsurium aus Literaturwissen, kurzen Beratungen und Unsicherheiten“, sagt die Ärztin. „Ein klarer Plan für das weitere Vorgehen ergab sich daraus aber nicht.“

„Das Wort Infertilität schwebte im Raum, auch wenn es keiner aussprach.“

Sie beschließen, ihr Glück im Kinderwunschzentrum der Uniklinik zu versuchen – da sollte die Betreuung schließlich gezielter sein. „Aber auch dort wurden wir im Wesentlichen durchgereicht“, berichtet Lea. Anhand einiger Laborwerte und einer Ultraschallaufnahme diagnostiziert die Ärztin in kürzester Zeit ein polyzystisches Ovarialsyndrom. Lea ist am Boden zerstört. Die Ärztin schaut mitfühlend, empfiehlt die Einnahme eines Hormonpräparats, das ironischerweise zur Verhütung eingesetzt wird – und ein Spermogramm.

Auch Finn gerät ins Visier der Ärzte Kurz danach folgt Finn schon der Laborärztin durch die Flure der Kinderwunschabteilung. Zu einem kleinen, abgeschiedenen Raum, der eigentlich als Toilette dient.

„Ich machte mir keine Sorgen“, erzählt Finn. „In meiner Familie gab es schon viele Kinder, warum sollte ausgerechnet ich keine zeugen können?“ Die Spermien – Lea und Finn nennen sie scherzhaft „Schwimmerchen“ – würden schon in Ordnung sein.

Als das Spermogramm nach ein paar Tagen ausgewertet ist, muss sich Finn den Befund mithilfe von Google erarbeiten. „Allein die Tatsache, dass einige Werte außerhalb des Referenzbereichs lagen, warf mich aus der Bahn“, sagt er. „Zusammengefasst konnte man das Problem in etwa so beschreiben: Zahlreich, aber nicht so viele voll funktionsfähig, und der Kopf oft nicht spitz genug.“ Aber was bedeuten die Laborwerte nun bezüglich seiner Zeugungsfähigkeit? Weder im Studium noch in der Weiterbildung hatte er je mit einem Spermogramm zu tun gehabt. Er ruft die Laborärztin an. Die hält eine natürliche Zeugung für sehr schwierig – vor allem in Kombination mit dem PCO-Syndrom seiner Ehefrau. Die Experten empfehlen Finn eine Vorstellung beim Andrologen. „Das Wort Infertilität schwebte im Raum, auch wenn es keiner aussprach“, erinnert er sich. Die Sorge drückt sehr auf seine Stimmung – und zeigt spürbar Auswirkungen auf seine Manneskraft.

Pause aus Überforderung Auch Lea leidet unter ihrer Diagnose. Sie kann es einfach nicht glauben, liest im Gynäkologie-Buch und im Internet genau die Kriterien für ein PCO-Syndrom nach. Teils passen sie, teils aber auch gar nicht. Sie fühlt sich immer mehr verwirrt. Jeder Arztbesuch bringt eine neue Erkenntnis, eine neue Diagnose. „Eine Schwangerschaft wirkte ferner denn je“, sagt sie. „Umso drängen der wurde aber der Kinderwunsch!“ Sie beschließt, das Hormonpräparat vorerst nicht zu nehmen – schließlich hat sie auch noch nie mit der Pille verhütet.

Überfordert von all den Zahlen und Diagnosen beschließen Lea und Finn, eine Auszeit von den Fertilitätsärzten zu nehmen. Sie arbeiten, stürzen sich in Fortbildungen und versuchen, sich von ihrem größten Wunsch abzulenken. Fahren in den Urlaub, lassen sich von der Sonne verwöhnen. Ab und an behandeln sie sich mit „sanfter Medizin“, gutem Essen oder Akupunktur. Aber trotz aller Bemühungen: „Wesentlich entspannter waren wir auch nach einem halben Jahr nicht“, sagt Finn. „Der Wunsch, eine Familie zu gründen, ließ sich nicht so einfach unterdrücken.“

*alle Namen geändert

Neue Praxis, neue Hoffnung Schließlich wagen Lea und Finn einen Neuanfang: Sie sehen sich in verschiedenen anderen Kinderwunschpraxen um. Nach zahlreichen Blutentnahmen und Spermienabgaben heißt es schließlich, Lea habe gar kein PCO-Syndrom. Die eingeschränkte Spermientätigkeit bessert sich leicht, und der Androloge meint, eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege sei durchaus möglich. Also alles nicht so schlimm? „Wir waren verwundert, aber vor allem erleichtert“, sagt Lea. Das Paar möchte dem großväterlich wirkenden Kinderwunschempfehlern, bei dem sie inzwischen gelandet sind, gern glauben. „Endlich einmal jemand, der Ruhe und Zuversicht ausstrahlt – und das in einer einfachen Praxis, fern der Uniklinik“, so Lea. „Er versicherte uns, dass wir kein schwerer Fall wären.“ Im Gegensatz zu dem kerzengerade dasitzenden, verkrampften Pärchen vor seinem Schreibtisch schaut er dem Projekt optimistisch entgegen. Sein Plan: eine Insemination. Dafür müsste man Spermien gewinnen, waschen und anschließend mit einem Plastikschauch in die Gebärmutter einführen. Lea und Finn haben nach ihren Recherchen bereits mit diesem Vorschlag gerechnet, der das Kinderkriegen noch weiter von jeder Romantik entblößte. Sie stimmen zu. „Wir waren bereit, unseren Körper den technischen Errungenschaften der Zeugung zur Verfügung zu stellen“, sagt Finn. „Wir hatten das Gefühl: Jetzt kann uns nur noch die moderne Medizin helfen.“ Sie vereinbaren, dass sich Lea bei der nächsten Monatsblutung sofort wieder vorstellt.

Warten auf die Regel Lea zählt die Tage. Als der erwartete Termin näher rückt, wird sie immer nervöser. Aber die Regel bleibt aus, erst eine, dann zwei Wochen. Innere Unruhe plagt sie: Ist der Zyklus wieder durcheinander? Der TSH-Wert wieder entgleist? Was ist los mit ihrem Körper? „Das schlimmste war aber, dass um uns herum die Frauen reihenweise schwanger wurden“, erinnert sie sich. „So vielen erfüllte sich der Traum einer Familie, nur uns nicht!“ Eines Nachmittags findet Finn seine Frau weinend zu Hause sitzen. Eine ihrer Kolleginnen in der Klinik ist nun schwanger. „Einfach so“, sagt Lea, „als sei sie allein beim Waschen seiner Unterhosen befruchtet worden!“ Sie ist wütend. Wenn die rote Welle nicht kommt, geht es mit der Insemination auch nicht weiter. Dann kommt ihr ein Gedanke: Vielleicht kommt die Blutung nicht, weil sie ...

Sie traut sich nicht, es auszusprechen, reißt schnell einen Schwangerschaftstest auf und tunkt ihn in den Urinbecher. Eine Minute warten. „Und dann erschienen wirklich zwei Balken“, erzählt sie. „Einer zwar blasser als der andere – aber eindeutig das, worauf wir seit weit über einem Jahr gewartet hatten!“

Endlich schwanger? Zum Termin bei der Frauenärztin kommt das aufgeregte Paar mit 3 weiteren Schwangerschaftstests, alle positiv. Lea und Finn strahlen. Die Gynäkologin freut sich mit, zückt den Vaginalultraschall-Stab und sucht die eingenistete Frucht. Doch sie findet nichts. „Keine Sorge“, meint sie. „Das ist eine Frühschwangerschaft. Kommen Sie in 2 Wochen wieder.“

Die Zeit zieht sich wie Kaugummi. Lea und Finn informieren sich nicht mehr über Kinderwunsch-Behandlungen, sondern endlich über die Schwangerschaftszeit. Aber immer wieder ziehen Sorgen auf: Was wird der Ultraschall ergeben? Sie hoffen, bangen und freuen sich zugleich.

„Wir schoben das Thema Kinderwunsch für einige Zeit beiseite – die Wunden sollten heilen.“

Endlich die nächste Untersuchung. Die Gynäkologin schallt – und schweigt. Sie schallt noch einmal. Als Ärzte sehen Lea und Finn es selbst: Da ist zwar eine Fruchthöhle – aber mit einem schwarzen Saum. Dann sehen sie vor Tränen nichts mehr. Die Frauenärztin spricht von einem „Windei“, einer Schwangerschaftsanlage, die sich nicht weiter entwickelt. Das anliegende Hämatom deutet die beginnende Abstoßung an, eine Ausschabung sei zunächst nicht notwendig.

Wieder warten „Wir waren fassungslos, sprachlos, im tiefsten Fall ohne Boden“, erzählt Finn. „Unser Leben ging weiter, die Arbeit ging weiter, aber unsere Gedanken waren stets woanders.“ Abends fließen oft Tränen. Als ob ihre Enttäuschung nicht schon groß genug wäre, bleibt das Windei bestehen, das Hämatom ist in jedem Ultraschall größer. Lea sucht Rat bei einer Gynäkologin in ihrem Krankenhaus, die ihr eine Ausschabung empfiehlt. Vorher besuchen Lea und Finn aber noch einmal den großväterlichen Kinder-

wunschexperten. Er rät ihnen, so wenig wie möglich operativ einzugreifen und mit der Ausschabung noch zu warten. „Er fand rasch tröstende Worte“, sagt Lea. „Es hätten sich ja schon erste Schritte zur natürlichen Schwangerschaft gezeigt.“ Nach dem Abgang des Windeis soll sie wieder regelmäßige Schwangerschaftstests machen: Sobald sie negativ wären, sei eine neuer Versuch möglich.

Sie warten also weiter, arbeiten und besuchen Fortbildungen. Erst nach mehreren Wochen bekommt Lea eines Abends heftige Unterleibsschmerzen – und plötzlich geht das Windei ab. „Danach fühlten wir uns einfach nur leer“, sagt Finn. „Wir schoben das Thema Kinderwunsch für einige Zeit beiseite – die Wunden sollten heilen.“

Endlich Glück Lea rotiert in eine andere Abteilung, beide stürzen sich in die Arbeit. Sie wollen jetzt 3 Monate warten, bis man mit einer neuen Befruchtung beginnen kann. Wenn sie sich vereinen, geschieht das ohne Fertilitätsmonitor, ohne Druck und Erwartungen. Der Zyklus stellt sich immer noch nicht ein. Sie beschließen, sich einfach noch etwas Zeit zu lassen.

Zwei Monate später macht Lea – wie vom Experten geraten – einen neuen Schwangerschaftstest. Er zeigt zwei kräftige Balken. Sind das noch Anzeichen der letzten Schwangerschaft, oder vielleicht doch einer neuen? „Wir fragten uns, wie das sein konnte“, so Finn. „Und liebten uns ein paar Mal – ohne zu rechnen, und ohne Hinweis auf den Zyklusverlauf.“ Haben sie einfach nur Glück? Im richtigen Moment Schwimwerden losgeschickt und den Eisprung erwischt? Nach all der Zeit, all den Strapazen?

Richtig freuen können sie sich nicht. „Immer kam die Angst hoch, dass es vielleicht wieder ein Windei ist“, sagt Lea. Zum Termin bei der Frauenärztin kommen sie dieses Mal voller Zweifel. Doch kurz nachdem die Gynäkologin den Schallkopf aufgesetzt hat, atmet Lea schon selbst auf: Eindeutig ist eine Fruchthöhle mit Dottersack zu sehen. Eine Woche später sehen Lea und Finn dann auch das Herz in der Höhle schlagen. „Wir waren unglaublich erleichtert – und einfach nur glücklich“, sagt Finn. Einige Monate später sind sie am lang erträumten Ziel: Das Kind kommt bald zu Welt – und Lea und Finn werden endlich eine Familie.

Anonym

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1373819>

Kommentar

von Prof. Dr. Frank-Gerald B. Pajonk



Die Lösung besteht im Loslassen

Typischer Ablauf In diesem Bericht geht es vordergründig nicht um die Lösung eines medizinischen Problems oder die Besprechung eines besonderen Einsatzes, sondern um die Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben bzw. um eine spezifische Interaktion von Familie und Beruf bei Ärzten. Vor allem 3 Punkte werden thematisiert:

- ▶ Familiengründung und Schwangerschaft während der Facharztausbildung
- ▶ medizinische und psychologische Gründe für das Ausbleiben einer Schwangerschaft
- ▶ Umgang mit selbst- und fremdgemachtem Druck

Das junge Ärztepaar Lea und Finn durchläuft einen recht klassischen Prozess: von der Abwägung des Zeitpunkts, der mit beruflichen Nachteilen verbunden sein könnte, bis hin zu Entscheidungen, die aufgrund der Verunsicherungen und als Folge der ausbleibenden Schwangerschaft getroffen werden. Auch das Ende dieser Kasuistik ist klassisch zu nennen: Die Ärztin wird schwanger, als sie nicht mehr daran denkt und gerade nicht damit rechnet.

Familiengründung ist eigentlich leichter geworden Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat sich in den letzten 10 Jahren auch in der Medizin zwangsläufig verbessert. Hierzu beigetragen haben

- ▶ sowohl gesellschaftliche Entwicklungen (z.B. die Lebensphilosophie der „Generation Y“)
- ▶ als auch spezifische Veränderungen in der Arbeitsplatzsituation der Ärzte (z.B. geringere Wochenarbeitszeit, hohes Arbeitsplatzangebot auch in Teilzeit).

Auch der Wiedereinstieg ins Berufsleben z.B. nach einer Schwangerschaft ist meist

problemlos möglich, wenn man etwas flexibel ist und sich gut organisiert. Berufliche Nachteile sind durch Schwangerschaft und Elternzeit – auch bei Männern – kaum noch zu erwarten. Die meisten Kliniken und Praxen, die ausbilden, müssen und müssen weiter flexibler werden, um Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. Das ist auch sehr zu begrüßen!

Pflichtgefühl und Verantwortungsbewusstsein können im Weg stehen

Doch interessanterweise ist die Belastung für Ärztinnen und Ärzte – trotz kürzerer und flexiblerer Arbeitszeiten und größerer Auswahl an Arbeitsplätzen – nicht geringer geworden. Sie hat sogar eher zugenommen, wie die zu Unrecht wenig beachtete Untersuchung von R. Wegner und Kollegen zeigt [1]: Die Möglichkeiten, mehrere Dinge gleichzeitig vereinbaren zu können, führt eben auch dazu, dass man mehr miteinander vereinbaren oder auch nur solchen Erwartungen genügen muss. Sich davon abgrenzen zu können, ist nicht für jeden leicht.

Zu oft werden Erklärungen herangezogen, die nicht oder nur am Rande mit der Störung zu tun haben.

Gerade Menschen mit hohem Pflichtgefühl, die in jeder Situation richtig und verantwortungsbewusst handeln wollen, neigen dazu, verunsichert zu sein, wenn etwas nicht klappt, und sich dann daran „festzubeißen“. Das ist sehr hilfreich, wenn es darum geht, sich rationale Ziele zu setzen, sie zu verwirklichen und Lösungen zu entwickeln, wenn Probleme auftreten. Bei emotionalen Themen steht einem diese Persönlichkeitsstruktur jedoch im Weg und führt rascher zu Überforderung, weil die notwendige Gelassenheit fehlt.

- ▶ Das gilt nicht nur für das Kinderkriegen: Solche Eigenschaften prädisponieren auch für eine erhöhte Rate an Erschöpfungszuständen, Angsterkrankungen und Depressionen.

Nicht auf somatische Faktoren fixieren

Bei unerfülltem Kinderwunsch sind sicher beide Faktoren abzuklären: medizinische und psychologische. Im geschilderten Fall sind – wie so oft in der Medizin –

die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig. Zu oft werden für Störungen Erklärungen gesucht und auch gefunden, die nicht oder nur am Rande mit ihnen in Verbindung stehen. Dann besteht das Bedürfnis, alles zu optimieren, um diese Störungen zu beseitigen und doch zum Ziel zu kommen.

Entscheidet man sich ausschließlich für den organmedizinischen Weg, schreibt man eine Lösungsstrategie fort, die im Fall einer ausbleibenden Schwangerschaft meist nicht hilfreich ist:

- ▶ Mehr Untersuchungen führen zu mehr, zu unklaren und sich widersprechenden Ergebnissen – und damit zu mehr Verunsicherung und Frustration.
- ▶ Gleichzeitig verfestigt sich der Wunsch nach einer Schwangerschaft weiter.

Sich vom Erwartungsdruck befreien

Schließlich wird der Lebensrhythmus ganz darauf ausgerichtet, alle anderen Bereiche werden sozial, emotional und kommunikativ vernachlässigt. Das Thema Schwangerschaft ist ständig präsent, auch wenn es nicht mehr ausgesprochen wird. Am Ende erlebt man das Ausbleiben einer Schwangerschaft als schuldhaft: Für alle anderen scheint das Kinderkriegen ja nicht schwer zu sein.

Die Lösung besteht tatsächlich im Loslassen. Das ist natürlich nicht einfach, aber es gibt psychotherapeutische Techniken, die in vielen Fällen hilfreich sind. Dass man auf diesem Wege tatsächlich schwanger werden kann, zeigt die Tatsache, dass ich hierdurch schon mehrfacher Patenonkel geworden bin.

Prof. Dr. med. Frank-Gerald B. Pajonk ist Lehrbeauftragter für Psychiatrie und Psychosomatik an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Leiter der Praxis Isartal für Erkrankungen der Psyche, Schäfflar. Er gehört zum Herausgebergremium von *Lege artis*.
E-Mail: pajonk@psyspi.de

Literatur

- 1 Richter A, Kostova P, Baur X, Wegner R. Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU Working Time Directive. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; 87: 205–215

Schreiben Sie uns!

Hatten auch Sie ein persönliches Schlüsselerlebnis? Ob positiv oder negativ – in *Lege artis* können Sie davon erzählen. Sie erreichen die Redaktion unter Tel. 0711/8931-677 oder per E-Mail: legartis@thieme.de. Natürlich garantieren wir absolute Vertraulichkeit.