

Sie  
lesen im  
Folgenden  
Kapitel-  
auszüge  
aus dem  
Manual

**BKiD**

Beratungsnetzwerk  
Kinderwunsch  
Deutschland



Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung

---

## Psychosoziale Kinderwunschberatung

Medizinische, ethische und  
psychosoziale Aspekte,  
beraterische Interventionen

---

Fortbildungsmanual

Herausgegeben von der  
Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung -  
Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V.

Autorinnen und Autoren dieses Manuals  
Petra Thorn, Tewes Wischmann, Susanne Quitmann, Almut Dorn

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert werden.

Inhalte dieses Manuals dürfen ohne schriftliche Genehmigung des Vorstands von BKiD nicht verwendet werden, insbesondere nicht für Aus- und Weiterbildungszwecke, auch nicht auszugsweise.

Psychosoziale Kinderwunschberatung – Medizinische, ethische und psychosoziale Aspekte, beraterische Interventionen

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung –  
Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V.  
c/o Institut für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Str. 20  
69115 Heidelberg  
Tel +49 (0) 6221 568137  
Fax +49 (0) 6221 565303  
[info@bkid.de](mailto:info@bkid.de)  
[www.bkid.de](http://www.bkid.de)

Autorinnen und Autoren

Petra Thorn, Tewes Wischmann, Susanne Quitmann, Almut Dorn

1. Auflage – Mörfelden 2014  
FamART Verlag  
ISBN Druck 978-3-9452-7503-0  
ISBN PDF 978-3-9452-7504-7

FamART Verlag  
Langener Str. 37  
D-64546 Mörfelden  
+49 (0) 6105 22629  
[info@famart.de](mailto:info@famart.de)  
[www.famart.de](http://www.famart.de)

## Inhaltsverzeichnis

BKiD - Fortbildungsmanuale	1
Einführung	2
Modul I	3
1.1 Übersicht	
1.2 Biologische Grundlagen der menschlichen Fortpflanzung	3
Die Fruchtbarkeit der Frau	3
Die Fruchtbarkeit des Mannes	4
1.3 Individuelle und partnerschaftliche Reaktionen auf die Diagnose „Fertilitätsstörung“	5
Psychosomatik bei Fertilitätsstörungen	5
Psychosoziale Belastung durch Infertilität im Erleben von Frauen und Männern	7
1.4 Behandlungsmöglichkeiten bei Mann und Frau	10
Alternativmedizinische Ansätze	12
1.5 ART aus Sicht der PatientInnen – „Achterbahn der Gefühle“	14
Auseinandersetzung mit ART	14
Ein IVF-Zyklus im Detail	15
Therapieende	18
1.6 Fehlgeburten: medizinische Grundlagen	20
Genetische Faktoren	21
Anatomische Faktoren	21
Mikrobiologische Faktoren	22
Endokrinologische Faktoren	22
Autoimmunologische Faktoren	22
Idiopathische WSA	23
1.7 Reproduktionsmedizin: gesetzliche Grundlagen und Kosten	25
Gesetzliche und berufsrechtliche Regelungen	25
Kosten der Kinderwunschbehandlung	26
1.8 Chancen und Risiken von ART (national und international)	28
Chancen von ART: National	28
Chancen von ART: International	31
Risiken von ART: National und international	34
1.9 Umsetzung der Fortbildung in Beratungspraxis	36
1.10 Literatur Modul 1	37
Grundlagenliteratur Modul 1	37
Literatur fakultativ Modul 1	38
Erfahrungsberichte	38
Modul 2	40
2.1 Übersicht	40
2.2 Bewältigungsstrategien und psychosoziale Kinderwunschberatung	40
Bewältigung der Diagnose „Sterilität“	40
Bewältigung der Kinderwunschbehandlung	41
Bewältigung von dauerhafter Kinderlosigkeit	42
2.3 Sexualität und unerfüllter Kinderwunsch	44

2.4	Psychosoziale Beratung in speziellen Situationen	47
	Erhöhter psychosozialer Beratungswunsch	47
	Familiäres und soziales Umfeld	48
	Psychosoziale Beratung und „Reproduktives Reisen“	49
	Psychosoziale Beratung vor invasiven medizinischen Maßnahmen wie PID, PND und Fetozyd	51
	Paare mit Migrationshintergrund	53
2.5	Unterschiedliche Beratungssettings	55
	Einführung	55
	Verankerung der Kinderwunschberatung in die medizinische Behandlung	55
	Aktuelle Situation	58
	Beratungssettings zertifizierter BeraterInnen	60
2.6	<b>Einzel-, Paarberatung und Gruppenangebote</b>	<b>62</b>
	Einzelberatung	62
	Paarberatung	63
	Sexualberatung und Sexualtherapie	64
	Beratung versus Psychotherapie	65
	Gruppenangebote	65
2.7	Umgang mit dem sozialen Umfeld	67
	Umgang in der Familie	67
	Umgang im Freundes-/Bekanntenzirkel	68
	Umgang im beruflichen Umfeld	68
	Phantasierter Umgang mit dem erwünschten Kind	68
2.8	Weitere psychosoziale Ressourcen	70
	Telefonberatung	70
	Beratung mittels Internet	70
	Selbsthilfegruppen	71
2.9	Unterschiedliche therapeutische Schulen	73
	Systemische/familientherapeutische Ansätze	73
	Körpertherapeutische Ansätze	74
	Tiefenpsychologische Ansätze	76
	Psychoedukative Ansätze	77
2.10	Umsetzung der Fortbildung in der Beratungspraxis	79
2.11	Literatur Modul 2	80
	Grundlagenliteratur Modul 2	80
	Fakultative Literatur Modul 2	80
	Internetlinks Modul 2	81
Modul 3		82
3.1	<b>Psychosoziale Aspekte zu Schwangerschaftsverlusten</b>	<b>82</b>
	Fehlgeburten	82
	Totgeburten	83
	Schwangerschaftsabbrüche	83
3.2	Ethische Grenzen in ART	85
3.3	Entwicklung von Kindern nach ART (in konventionellen und neuen Familienformen)	87
	Erleben von Schwangerschaft und Geburt nach ART	87
	Paarbeziehungen nach ART	87
	Eltern-Kind-Beziehungen nach ART	87
	Körperliche Entwicklung von Kindern nach ART	88

Entwicklung von Einlingen nach ART	89
Entwicklung von Mehrlingen nach ART	90
Entwicklung von Kindern in neuen Familienformen	91
Entwicklung von Kindern nach Gametenspende und Leihmutterschaft	91
3.4 Beratungsverläufe: vom Erstgespräch zum Abschlussgespräch	93
Im Erstgespräch	93
Beratung nach Diagnosestellung	94
Beratung im Behandlungsverlauf	94
Beratung zu alternativmedizinischer Unterstützung	96
Beratung nach gescheiterter Behandlung	96
Beratung bei Übergang zu Psychotherapie/psychiatrischer Behandlung	97
3.5 Abschied vom Kinderwunsch – langfristiger Verlauf und „Plan B“	99
Kurz- und langfristige Folgen der ungewollten Kinderlosigkeit	99
Erfolgreiche Coping-Strategien	99
Langzeitstudien	99
Heidelberger Katamnesestudie	100
Trauerprozess (nach Verena Kast)	101
Hilfreiche Rituale	102
„Plan B“	103
3.6 Umsetzung der Fortbildung in die Beratungspraxis	105
3.7 Literatur Modul 3	106
Grundlagenliteratur Modul 3	106
Fakultative Literatur Modul 3:	106
Weiterführende Hinweise zu allen 3 Modulen	107
Zum Vertiefen	108
Glossar	108
Leitlinien des BKiD	120
Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“	120
Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende	123
Leitlinien „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“	128
Weitere Leit- und Richtlinien	136
Embryonenschutzgesetz	136
(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006	141
Internetseiten	146
Quellenangaben	147

## BKiD - Fortbildungsmanuale

---

Die psychosoziale Kinderwunschberatung ist eine spezialisierte Form der psychosozialen Beratung, die nicht nur Beratungskompetenz, sondern auch Fachwissen im Bereich der psychologischen, sozialen, medizinischen, ethischen und juristischen Aspekte der Reproduktionsmedizin erfordert.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung - Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKiD) wurde 2000 gegründet. Sie ist ein multiprofessioneller Zusammenschluss qualifizierter und zertifizierter psychosozialer Beraterinnen und Berater, die Erfahrung in der psychosozialen Kinderwunschberatung haben. BKiD hat Leitlinien für diese Beratung erstellt und führt seit vielen Jahren Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte durch, die sich für die psychosoziale Kinderwunschberatung und spezifische Unterthemen qualifizieren möchten. Diese Fort- und Weiterbildungen zeichnen sich nicht nur dadurch aus, dass sie von Fachkräften durchgeführt werden, die über langjährige Erfahrung im klinischen, wissenschaftlichen und didaktischen Bereich verfügen, sondern dass die Teilnehmer umfassend über die historischen Entwicklungen der Kinderwunschberatung sowie aktuelle Erkenntnisse und wissenschaftliche Diskussionen informiert werden. Dieses Fachwissen und die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten der medizinisch unterstützten Fortpflanzung soll sie dazu befähigen, eine fundierte psychosoziale Kinderwunschberatung durchzuführen. In der Reihe der BKiD-Fortbildungsmanuale wurde dieses Fachwissen verschriftlicht. Die Fortbildungsmanuale fassen die Inhalte der Fortbildungen zusammen und verweisen auf zusätzliche Artikel zum Vertiefen besonderer Themenbereiche.

Zielgruppe für die Fortbildungsmanuale sind vor allem die Teilnehmer der Fortbildungen, denen die Fortbildungsmanuale zur Vor- und Nachbereitung dienen sollen. Darüber hinaus sind sie für alle psychosozialen Berufsgruppen (Sozialarbeiter und -pädagogen, Psychologen, ärztliche Psychotherapeuten etc.) und medizinischen Fachkräfte (Reproduktionsmediziner, Gynäkologen, Urologen, Andrologen, medizinischen Fachpersonal, Heilpraktiker etc.) geeignet, um sich in die Theorie und Methodik der psychosozialen Kinderwunschberatung einzulesen. Sie ersetzen jedoch nicht die Teilnahme an einer Fortbildung.

Die Fortbildungsmanuale werden bei Bedarf aktualisiert. Erhältlich ist die jeweils aktuelle Version, diese kann als PDF-Dokument oder ausgedruckt erworben werden. Die Herausgeber und AutorInnen freuen sich über Rückmeldungen und Ergänzungen für zukünftige Auflagen.

Für den BKiD Vorstand

Dr. Petra Thorn  
PD Dr. Tewes Wischmann  
Dr. Almut Dorn

Dr. Susanne Quitmann  
Kerstin Giesa  
Ildikó Bálint

# Einführung

---

Die psychosoziale Kinderwunschberatung hat in den letzten Jahrzehnten eine rasante Entwicklung genommen. Von einer randständigen Beratung, die kaum durch die psychosoziale oder medizinische Profession noch von Ratsuchenden wahrgenommen wurde, entwickelte sie sich in Deutschland und international zu einer Fachberatung. Eingebunden in die dynamischen Entwicklungen der Reproduktionsmedizin und in gesellschaftliche Trends, die immer vielfältigere Familienzusammensetzungen zulassen, erfordert diese Beratung nicht nur tiefes Fachwissen sondern auch kontinuierliche Weiterbildung in allen Bereichen dieser Familienbildung.

Seit mehreren Jahren führt die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD sowohl gemeinsam mit weiteren Beratungsverbänden als auch eigenständig Fortbildungen zur psychosozialen Kinderwunschberatung durch. Hieraus entwickelte sich das Konzept einer aus drei Modulen bestehenden Grundlagenfortbildung mit Vertiefungsfortbildungen zu spezifischen Themenbereichen. In diesem Fortbildungsmanual wurden die Inhalte der dreiteiligen Grundlagenfortbildung zusammengestellt.

Dieses Manual fasst das Basiswissen für Fachkräfte zusammen, die psychosoziale Kinderwunschberatung anbieten möchten. Es ist in drei Module aufgeteilt. Das erste Modul dient der Einführung in die Thematik. Hier werden vor allem medizinische, psychosoziale und rechtliche Aspekte dargestellt. Im zweiten Modul werden die emotionalen Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches und das konkrete Vorgehen in der Beratung beschrieben. Auch werden besondere Beratungssituationen (u.a. Krisen in der Partnerschaft, soziale Isolation, „reproduktives Reisen“, Präimplantationsdiagnostik), die Bedeutung des sozialen Umfelds sowie unterschiedliche Beratungssettings und therapeutische Ausrichtungen behandelt. Im dritten Modul werden ethische Grenzsituationen, Beratungsverläufe und vor allem der Schwerpunkt „Abschied vom Kinderwunsch“ sowie die Entwicklung von Lebensalternativen behandelt. Alle Module enden jeweils mit Literaturhinweisen zum Vertiefen. Das Manual schließt ab mit einem Glossar, den Leitlinien des BKiD sowie weiterführenden Internetseiten und Quellenangaben. In einigen Fällen verweisen wir auf Internetseiten, die unserer Erfahrung nach hilfreich für die Vertiefung sind. Für die Inhalte dieser Seiten können wir jedoch keine Haftung übernehmen. Das alleinige Studium des Fortbildungsmanuals von BKiD kann die Fortbildungsangebote von BKiD nicht ersetzen, sie aber vertiefen.

Mörfelden, im Dezember 2014

Petra Thorn  
Susanne Quitmann

Tewes Wischmann  
Almut Dorn

## 1.8 Chancen und Risiken von ART (national und international)

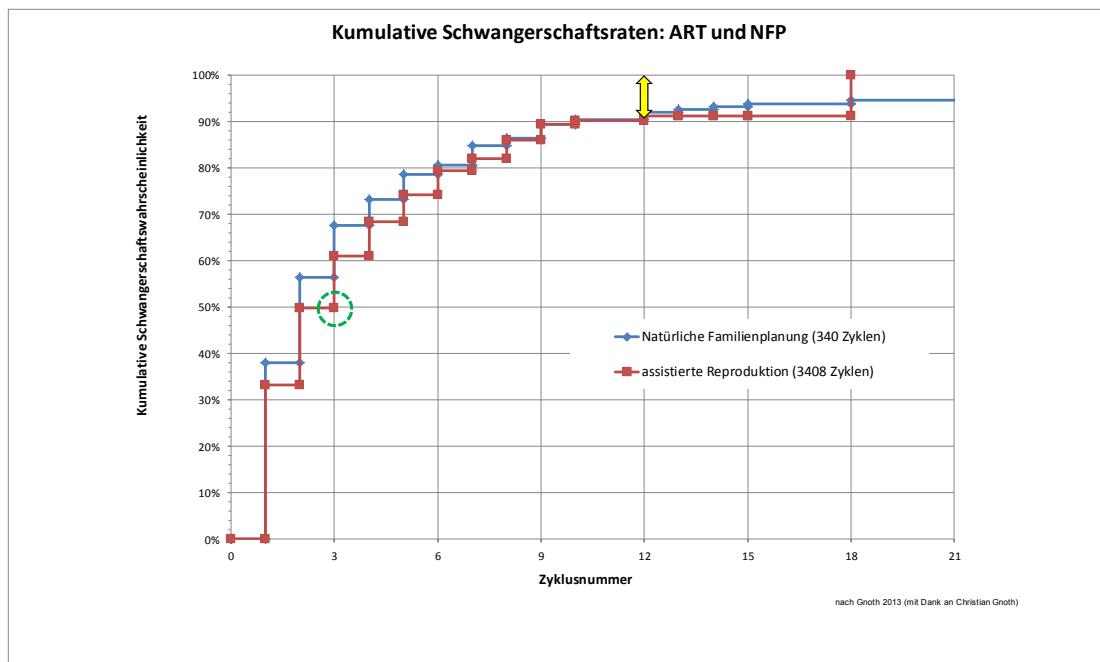
Tewes Wischmann

In Ergänzung zu diesem Kapitel können auch die Kapitel von J. Zimmermann und R. Grau [ContentPlus Material zu 2], das Kapitel IV.1 in [14] sowie die Kapitel 4.4 und 4.5 in [8] gelesen werden.

### Chancen von ART: National

Die Gegenüberstellung kumulativer Schwangerschaftsraten nach assistierter Reproduktion (ART) und nach natürlicher Familienplanung (NFP) in Abb. 1.8.1 hilft, verschiedene Aspekte zu verdeutlichen.

Abbildung 1.8.1 Kumulative Schwangerschaftsrate



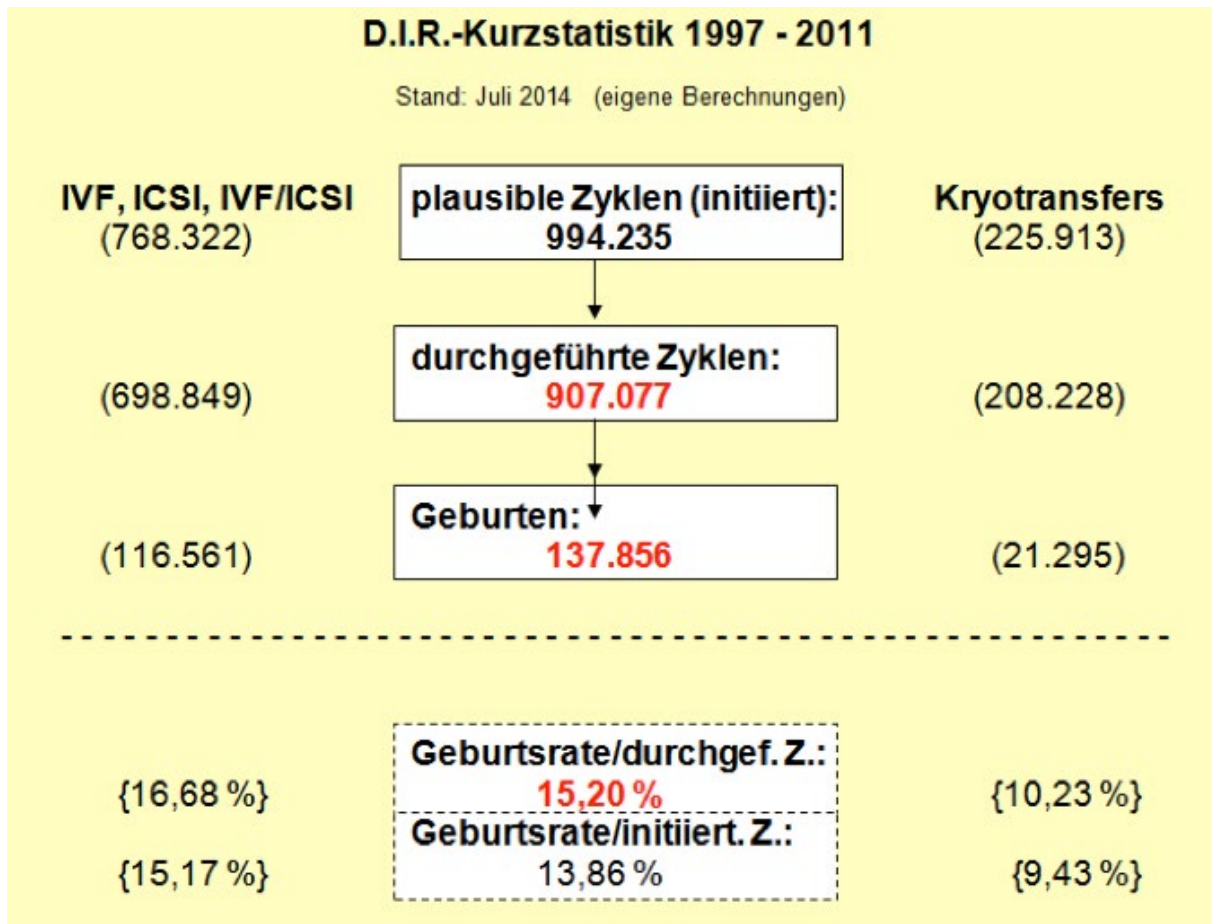
So ist zu sehen, dass die Schwangerschaftsraten nach ART die der NFP bestenfalls erreichen können, sie aber nicht übertreffen [5]. Von daher wirkt die Internet-Werbung zu den Erfolgchancen eines niedersächsischen IVF-Zentrums zumindest irritierend: „Die Schwangerschaftserwartung nach IVF oder IVF/ICSI liegt aktuell etwa 10 – 20% über der natürlichen Schwangerschaftserwartung eines gesunden Paares“. Weiterhin wird deutlich, dass nach 12 Zyklen etwa 92% der Paare mit Kinderwunsch schwanger geworden sind (s. Doppelpfeil in Abb. 1.8.1). Nach gängiger Definition (keine Schwangerschaft nach 1 Jahr ungeschützten regelmäßigen Geschlechtsverkehrs) sind also ca. 8% der Paare als ungewollt kinderlos zu bezeichnen. Weiterhin illustriert die Abbildung, dass nach drei ART-Zyklen etwa die Hälfte der Paare in diesem reproduktionsmedizinischen Zentrum schwanger geworden sind (s. gestrichelter Kreis in Abb. 1.8.1). Letztlich lässt sich hier auch die Eigendynamik der reproduktionsmedizinischen Behandlung verdeutlichen: Auch nach mehr als 15 durchgeführten Behandlungszyklen kann es noch zu einer Schwangerschaft (und auch einer Lebendgeburt) kommen. Aus Sicht der Reproduktionsmedizin gibt es außerhalb der



Statistik also nur sehr selten „harte“ Kriterien, die dem Paar ein Behandlungsende nahelegen, ein „6er im Lotto“ erscheint jederzeit noch möglich.

Den Zusammenhang zwischen begonnenen (initiierten) Zyklen, durchgeführten Zyklen und der Geburtenrate zeigt Abbildung 1.8.2 [modifiziert nach 8] anhand der Daten des Deutschen IVF-Registers (DIR).

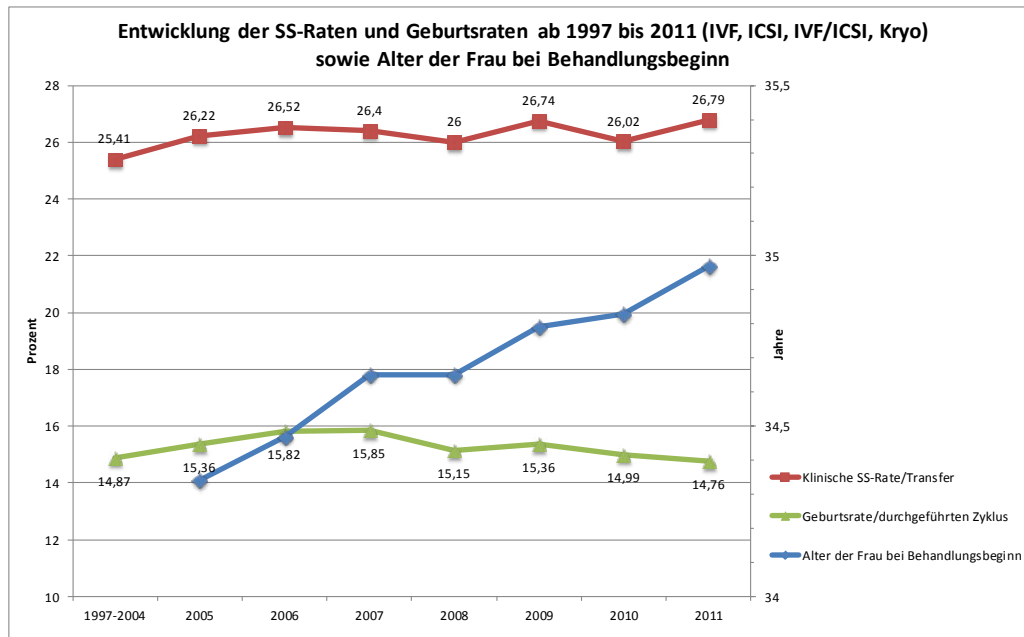
Abbildung 1.8.2 DIR Kurzstatistik



Zwischen 1997 und 2011 wurden in Deutschland insgesamt ca. 900.000 Behandlungszyklen durchgeführt, die zu etwa 140.000 Geburten geführt haben. Damit beträgt die Geburtenrate pro durchgeführten Zyklus etwa 15% (über alle Behandlungsverfahren). Pro initiierten Zyklus beträgt die Geburtenrate bei ca. 1 Million plausibler Zyklen in diesem Gesamtzeitraum etwa 14%. Bei Zyklen mit „frischen“ Eizellen liegen die Geburtenraten durchschnittlich etwas höher, bei „Kryo-Zyklen“ etwas niedriger. Da in der DIR-Statistik die Lebendgeburtenrate nicht explizit ausgewiesen wird, müssen diese Zahlen noch um etwa 0,1% (Totgeburtenrate) nach unten korrigiert werden.

Das sich die Fortschritte in der reproduktionsmedizinischen Behandlung letztlich nicht auf die Geburtenrate auswirken, verdeutlicht Abbildung 1.8.3 [modifiziert nach 8].

Abbildung 1.8.3 Schwangerschafts- und Geburtsraten



Hier wird deutlich, dass zwischen der klinischen Schwangerschaftsrate pro durchgeführtem Embryotransfer – wie sie häufig als Erfolgskriterium vom Kinderwunschzentrum kommuniziert wird – und der Geburtenrate pro durchgeführtem Zyklus – an der letztlich das betroffene Paar interessiert ist – etwa 10 Prozentpunkte liegen. Dieser Unterschied ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass auch bei assistierter Reproduktion ein Teil der Schwangerschaften als extrauterine Schwangerschaft (EUG; meistens Eileiterschwangerschaft) oder Fehlgeburt endet, beides etwa doppelt so häufig wie bei spontanen Schwangerschaften. Weiterhin zeigt Abb. 1.8.3, dass sich die Erfolgsraten – Schwangerschafts- wie Geburtenraten – über die Jahre kaum geändert haben. Verantwortlich dafür dürfte das immer weiter ansteigende Alter der Frau zu Behandlungsbeginn der assistierten Reproduktion sein, welches inzwischen bei ca. 35 Jahren liegt, ein Anstieg von ca. sechs Monaten innerhalb von nur fünf Jahren. Das Alter der Frau gilt als wichtigster Prädiktor für den Erfolg bzw. Misserfolg von ART. Da für die allermeisten Paare das (lebendgeborene) Kind das entscheidende Erfolgskriterium der ART ist – und nicht eine Schwangerschaftsrate –, wird international zunehmend gefordert, dass von den jeweiligen Registern die kumulative Lebendgeburtenrate pro Paar und pro initiiertem Behandlungszyklus berichtet wird. In den Zentren sollten die Paare (zusammen mit der Einschätzung einer Chance auf Spontanschwangerschaft) eine genaue Einschätzung ihrer individuellen Chance für das jeweilige Behandlungsverfahren erhalten können, dessen körperliche und psychische Belastungen, Kosten, Nebenwirkungen und Risiken [24].

Wie viele Paare gehen nun tatsächlich mit der Lebendgeburt eines Kindes aus der reproduktionsmedizinischen Behandlung hervor? In Abbildung 1.8.4 [modifiziert nach 8] sind die entsprechenden kumulativen Geburtenraten anhand einer US-amerikanischen [25] und einer deutschen Studie [26] gezeigt.

Da etwa die Hälfte der Paare die reproduktionsmedizinische Behandlung vorzeitig (ohne Schwangerschaft) verlässt („drop-outs“) – meistens wird der psychische Stress durch die ART dafür als Grund angegeben, deutlich weniger häufig eine schlechte medizinische Prognose – sind zu den Erfolgsraten Schätzungen erforderlich. Die optimistische Einschätzung geht davon aus, dass alle „drop-outs“ die gleiche Schwangerschaftschance haben wie die Paare,

die in der Behandlung verblieben sind. Die konservative Einschätzung hingegen nimmt für die „drop-outs“ an, dass sich keine Schwangerschaft mehr einstellen wird. Die „wahren“ Werte dürften also zwischen den beiden Prozentzahlen liegen. Für beide Studien gilt, dass nach drei ART-Zyklen etwa die Hälfte der Paare ein lebendgeborenes Kind mit nach Hause nehmen kann („baby-take-home“-Rate), und nach vier Versuchen etwa 60% der Paare.

Zu den Verfahren der ART gehört auch die intrauterine Insemination (IUI) nach hormoneller Stimulation der Frau [8, S. 74f]. Im Gegensatz zu IVF und ICSI sind die Behandlungen mit IUI in Deutschland nicht zentral erfasst. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die IUI-Erfolgsraten deutlich unter denen von IVF und ICSI liegen [27] (siehe auch weiter unten).

•••••

## 2.6 Einzel-, Paarberatung und Gruppenangebote

Petra Thorn

Von vielen Menschen wird Beratung und Therapie mit einem Stigma verbunden. Eine der ersten Aufgaben ist daher die Klärung, was eine psychosoziale Kinderwunschberatung bedeutet: Ungewollt Kinderlose sind nicht psychisch krank, befinden sich jedoch in einer (mehr oder weniger stark ausgeprägten) existentiellen Krise, bei der fachliche Unterstützung weiterhelfen kann.

Wie Ratsuchende Beratung wahrnehmen, hängt von ihrer Vorerfahrung ab und wie das ärztliche Personal auf Beratung hingewiesen hat (Beratung als sinnvolle Ergänzung versus Beratung, weil die Medizin nicht mehr weiter weiß). Für viele Ratsuchende ist es sehr ungewohnt, über intime Themen wie Fortpflanzung und Sexualität mit Dritten zu sprechen. Es ist wichtig, dass die Fachkraft diese Themen einfühlsam benennt („Bei vielen Paaren leidet die Lust am Sex, wie geht es Ihnen damit?“). Außerdem müssen unrealistische Erwartungen korrigiert werden („seelischen Knoten“ lösen).

### Einzelberatung

Typische Indikationen für eine Einzelberatung sind

- Alleinstehenden Frau mit Kinderwunsch
- Wenn der Partner sich weigert, Beratung wahrzunehmen
- Wenn Einigkeit besteht, dass ein Partner deutlich belasteter ist
- Wenn die Terminfindung für beide Partner extrem schwierig ist
- Wenn Themenbereiche zunächst alleine besprochen werden möchten (z.B. Selbstwert bei männlicher Unfruchtbarkeit) [52]

Ansätze:

- Psychodynamische Therapie/Beratung (Fokus auf Verstehen und ggf. Verändern von kognitiven und affektiven Mustern),
- Verhaltenstherapie (Fokus auf kognitive Strukturen und Verhaltensveränderungen),
- Strategische/lösungsorientierte Therapie (Veränderung durch Erarbeiten von Strategien/Lösungen und deren Implementierung; implizit systemisch, es gibt mehr als eine Lösung, Lösungen können „konstruiert“, d.h. erarbeitet werden)
- Krisenintervention (Symptomlinderung, Vermittlung von Copingstrategien, die auch zukünftig hilfreich sind)
- Trauerberatung (Erlaubnis zum Ausdruck von Trauer, Trauerrituale, Entwicklung neuer Lebensinhalte)

### Paarberatung

Typische Indikationen für eine Paarberatung sind

- Trauer über Fehlversuche, individuelle Trauerverarbeitung zulassen
- Kommunikations- und sexuelle Schwierigkeiten
- Unterstützung bei depressiven Reaktionen

- Umgang mit dem sozialen Umfeld
- Entscheidungen zu anderen Behandlungsoptionen, Alternative Perspektiven der Familienplanung (Gametenspende, Adoption)
- Abschied vom Kinderwunsch
- Entwicklung einer Lebensalternative [12]
- Lesbische Paare [53, hier vor allem die Kapitel von Green und Thorn]

### Typisches Vorgehen in der Paarberatung

- Auftragsklärung
- Niedrige „Dosis“ von Beratungssitzungen
- Normalisierung statt Pathologisierung
- Lösungsorientierung
- Aufbauen auf Erfahrung und Einsicht anstelle von Kompetenztraining, Aktivierung von „unentdeckten“ Kompetenzen
- Systemorientierung, auch Nutzung des sozialen Umfelds anstatt Ausgrenzung
- Erlaubnis zum Jammern und Klagen
- Humor
- Fließender Übergang von Beratung zu Therapie
- Sinnfindung und Relativierung des Handlungsdrucks („sich Abfinden“ nicht als Resignation, sondern „reife Lebensphilosophie“)

Um zwischen der Indikation einer Einzel- versus einer Paarberatung entscheiden zu können, sind folgende Fragen hilfreich:

- Liegt die Problematik im Individuum (z.B. ein stagnierender Trauerprozess) oder in der Paarinteraktion?
- Bei der Kinderwunschberatung ist eine Paarberatung in der Regel effektiver (auch wenn es nur einen medizinischen Diagnostiziertr ger gibt), da immer das Paarsystem von der Fertilitätsstörung betroffen ist.

### Sexualberatung und Sexualtherapie

Bei ca. 60% aller Paare mit unerf ltem Kinderwunsch leidet zumindest vorübergehend die Sexualität (siehe auch Kapitel Sexualität und Kinderwunsch). Daher sollte in der Beratung die Zufriedenheit mit der Sexualität immer angesprochen werden (z.B. „Bei vielen Paaren leidet die Sexualität, da Geschlechtsverkehr nur noch mit Misserfolg und der Kinderwunsch nur noch mit medizinischen Eingriffen verbunden ist. Wie geht es Ihnen?“). Als Fachkraft ist es wichtig, über ein Vokabular zu verfügen, um über Sexualität sprechen zu können. Folgendes sollte exploriert werden:

- Leidet das Paar an der sexuellen Störung? Hat es einen Ver nderungswunsch?
- Liegt die Problematik primär in der Kinderwunschbehandlung oder liegt primär eine sexuelle Störung vor?
- Sind andere Einflussmöglichkeiten abgeklärt (Medikamenteneinnahme darunter auch Steroide zum Muskelaufbau u. ., urologische Untersuchung)?
- Sexuelle Störungen, die relativ eindeutig auf unerf lten Kinderwunsch zurückzuführen sind: primär normalisieren und entlasten!

- Verfüge ich über ausreichend therapeutisches/beraterisches Wissen und Erfahrung, um Hilfe geben zu können oder ist es sinnvoller, an eine andere (sexualtherapeutische) Fachkraft weiter zu verweisen?

### Beratung versus Psychotherapie

Die Übergänge zwischen Beratung und Therapie sind fließend. In der Beratung werden überwiegend festgelegte und eingegrenzte (und eingrenzbar) Inhalte geklärt, in der Psychotherapie wird der Persönlichkeit und der persönlichen Entwicklung bzw. der Aufarbeitung einer Psychopathologie Raum gegeben. Somit werden in einer Psychotherapie immer auch Themenbereiche exploriert, die nicht oder nur indirekt mit der Krise des Kinderwunsches zusammenhängen. Daraus folgt, dass eine Beratung von der zeitlichen Dimension überschaubarer ist (bei der Kinderwunschberatung in der Regel zwischen 1 und 10 Sitzungen, die ggf. individuell „abgerufen“ werden) als eine Psychotherapie. Allerdings zeigen einige Personen mit Kinderwunsch auch starke Symptome (vor allem anhaltende depressive Reaktionen und Angststörungen), für die eine Psychotherapie der geeignete Rahmen ist. Daher ist es sinnvoll, weiterverweisen und hierfür Ratsuchende an Psychotherapeuten oder Psychiater vermitteln zu können. Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass es für viele bereits Überwindung kostet, eine Beratung aufzusuchen. Eine Psychotherapie ist in der Regel mit einem noch größeren Stigma und noch gravierenden Hemmungen verbunden. Dies sollte daher sehr einfühlsam formuliert werden, größtmögliche Transparenz in der Vorgehensweise senkt die Hemmschwellen deutlich.

•••••

## 3.1 Psychosoziale Aspekte zu Schwangerschaftsverlusten

Almut Dorn

### Fehlgeburten

Als Fehlgeburten (Aborte) gelten Schwangerschaftsverluste bis zu einem Gewicht des Fötus/ Embryos von 500 g. Bis zur 16. Schwangerschaftswoche (SSW) spricht man von Früh- danach von Spätaborten. 10 – 15% aller Schwangerschaften enden in Fehlgeburten.

Je länger eine Schwangerschaft hat auf sich warten lassen und eventuell verbunden war mit mehreren reproduktionsmedizinischen Versuchen, desto fragiler wird die gesamte Phase der Schwangerschaft erlebt. Durch das Wissen um die leicht erhöhte Fehlgeburtenrate nach ART wird nicht selten die Frühschwangerschaft mit besonders großer Skepsis und Ängstlichkeit durchlebt. Verstärkt wird dies, wenn bereits Fehlgeburten oder sogar Totgeburten einer Schwangerschaft voraus gingen.

Nach längerer Kinderwunschzeit besteht bei vielen bereits ein vermindertes Vertrauen in die eigenen körperlichen Funktionen. Bei wiederholten Fehlgeburten stellen Frauen häufig zu ihrer „Fähigkeit ein Kind zu zeugen“ auch noch ihre „Fähigkeit ein Kind auszutragen“ in Frage. Es kann zu starker Selbstabwertung, Schuldgefühlen und gemindertem Selbstbewusstsein kommen und zur Suche nach eigenem Fehlverhalten, das die Fehlgeburt ausgelöst haben könnte. Zu viel innere Anspannung oder starke Ängste, auch starke Ambivalenzen gegenüber der Schwangerschaft oder psychische Beeinträchtigungen werden als Selbstvorwurf herangezogen. Diese subjektiven Bedingungsfaktoren haben einen großen Einfluss auf das Erleben einer Folgeschwangerschaft und müssen unbedingt erfragt und relativiert werden.

Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es bisher keinerlei Hinweise auf solche psychischen Einflussfaktoren [1,21]. Jedoch ist von einem deutlich erhöhten Beratungs- und Betreuungsbedarf während der Folgeschwangerschaften auszugehen. Seitens der Betroffenen besteht ein großer Wunsch nach Kontrolle und Rückversicherung über den Fortbestand der Schwangerschaft, was zu mehr Praxisbesuchen und Wunsch nach Ultraschalluntersuchungen führen kann, was lediglich dazu dient, die Ängste zu reduzieren. Ziel sollte jedoch nicht sein, die Betroffenen „angstfrei“ durch eine Schwangerschaft zu führen, sondern diese durchaus „realen“ und nicht phobischen Ängste zu „normalisieren“. Angst allein führt nicht zu Fehlgeburten. Manchmal erhöht sich der psychische Druck allein dadurch, dass Ängste „mit aller Macht“ unterdrückt werden. Das Zulassen von Ängsten „in einem gesunden Maße“ verringert diesen Stress [62].

### Totgeburten

Bei über 500 g. Geburtsgewicht und Versterben des Kindes vor, während oder unmittelbar nach der Geburt spricht man von einer Totgeburt. Häufig haben die Schwangeren zu diesem Zeitpunkt bereits Kindsbewegungen gespürt, haben sich aufgrund der „überstandenen“ ersten 12 Wochen sicherer gefühlt und begonnen eine bewusste Beziehung zum Kind aufzubauen. Eine Fehlgeburt ist nicht immer weniger schmerzlich und traurig als eine Totgeburt, die inneren Bilder und Vorstellungen zu dem Kind und der sich entwickelnden Familie werden jedoch mit fortschreitender Schwangerschaft immer konkreter und realer. Der Abschied kann dann als durchaus „zerstörend“ empfunden werden. Späte Fehlgeburten und Totgeburten sind reale Geburten, operative Eingriffe (Curretagen/Ausschabungen) sind in der Regel nur bis zur 14. – 16. SSW möglich. Diese Tatsache wirkt auf die Betroffenen zunächst besonders grausam, im Nachhinein werden diese Geburten aber meist als „guter Ablöseprozess“ und

nicht traumatisch empfunden. Die Frauen und Paare müssen aber auf diese stille Geburt gut vorbereitet und dann auch einfühlsam geburtshilflich betreut werden.

### Schwangerschaftsabbrüche

Zu den Verlusterfahrungen zählen auch Schwangerschaftsabbrüche. Die meisten Frauen verarbeiten frühe Abbrüche aufgrund der Beratungsregelung psychisch recht stabil. Trotzdem kann durch einen folgenden unerfüllten Kinderwunsch oder weitere Schwangerschaftsverluste dieses Thema nochmals präsent werden. Auch die Phantasie, dass einem diese gewollte Schwangerschaft jetzt eventuell „als Strafe“ für den Abbruch „nicht gegönnt wird“ ist nicht selten.

Das Risiko von fetalen Fehlbildungen nach IVF und ICSI ist erhöht, erstens weil die Frauen im Durchschnitt bereits höheren Alters sind und zweitens sich das Risiko bei länger bestehender Infertilität eines Paares erhöht. Ob die Verfahren der künstlichen Befruchtung selber das Risiko zusätzlich erhöhen, ist immer noch nicht ganz geklärt. Schwangere nach reproduktionsmedizinischer Behandlung nehmen deshalb mehr Pränataldiagnostik in Anspruch als nach Spontankonzeption. Bei einem auffälligen Befund stellt sich dann eventuell die Frage nach dem Austragen der Schwangerschaft oder einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation, wenn eine Gefährdung der psychischen Gesundheit der werdenden Mutter bestehen würde. Diese Konfliktsituation, die von den meisten Betroffenen als sehr belastend erlebt wird, kann sich zu einem traumatischen Erleben ausweiten, wenn es eine längere Vorgeschichte zur Erlangung der Schwangerschaft gibt.

Die Verarbeitung von Schwangerschaftsverlusten hängt aber nicht nur vom Kontext der Schwangerschaft ab sondern in hohem Maße von der vorhandenen psychischen Stabilität bzw. Widerstandsfähigkeit (Resilienz), zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Krisenbewältigung und entsprechenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien).

•••••