

Journal für

# Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik  
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



## Unerfüllter Kinderwunsch - Stereotype und Fakten

Wischmann T

*J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2006; 3 (4), 220-225*

[www.kup.at/repromedizin](http://www.kup.at/repromedizin)

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

# Unerfüllter Kinderwunsch – Stereotype und Fakten\*

T. Wischmann

In den letzten Jahren hat es enorme Erkenntnisfortschritte zu den psychologischen Aspekten bei unerfülltem Kinderwunsch gegeben. In dieser Übersichtsarbeit werden zunächst wichtige demographische und medizinische Vorbedingungen dargestellt. Es folgt ein Überblick über psychosoziale Merkmale ungewollt kinderloser Paare und über die Zusammenhänge von psychischem Streß und Fruchtbarkeitsstörungen. Weiterhin werden die psychischen Auswirkungen der Reproduktionsmedizin beschrieben sowie Erkenntnisse über langfristige Folgen von ungewollter Kinderlosigkeit. Eine Erhebung über den psychosozialen Beratungsbedarf aus Sicht von Kinderwunschpaaren und Frauenärzten wird vorgestellt. Grundlagen, Ziele und Effekte psychologischer Beratung bzw. Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch werden beschrieben, wie auch Forderungen für die Zukunft.

**Schlüsselwörter:** Kinderwunschberatung, Psychotherapie, psychogene Sterilität, idiopathische Infertilität

**Involuntary Childlessness – Stereotypes and Facts.** The last few years have brought huge advances in the consideration of psychosocial aspects of infertility. This review begins with a presentation of important demographic and medical preconditions involved. This is followed by an overview of psychosocial features typical of infertile couples and a discussion of the connections between distress and infertility. The psychological effects of reproductive medical treatment are described, and the long-term impact of involuntary childlessness outlined. A survey on the need for psychosocial infertility counselling as seen by both infertile couples and by gynaecologists is presented. The basic principles, aims and effects of counselling and psychotherapy with infertile couples are set out in detail, together with urgent requirements for the future. **J Reproduktionsmed Endokrinol** 2006; 3 (4): 220–5.

**Key words:** infertility counselling, psychotherapy, psychogenic infertility, idiopathic infertility

„Wer ohne Kinder lebt, der weiß von keinem Leid – wer ohne Kinder stirbt, der weiß von keiner Freud“. Hat dieser Sinnspruch in den heutigen Zeiten der (scheinbar) „multioptionalen Gesellschaft“ angesichts beständig sinkender Geburtenraten noch irgendeine besondere Relevanz? Und verheißt der reproduktionsmedizinische Fortschritt nicht auch, man könne die Realisierung des Kinderwunsches in ein nahezu beliebig hohes Lebensalter verschieben, denn die Medizin würde einem letztlich noch zum leiblichen Kind verhelfen? Dieser Beitrag gibt einen Überblick über Stereotype und Fakten in bezug auf den unerfüllten Kinderwunsch und seine psychologischen Aspekte.

Wie andere Bereiche der modernen „High-Tech-Medizin“ verführt auch die Reproduktionsmedizin zur Polarisierung. Dieses betrifft insbesondere die psychosozialen Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches und der Techniken der sogenannten assistierten Reproduktion (ART). Nur so ist wohl zu erklären, daß wissenschaftlich längst etablierte Erkenntnisse dazu bisher kaum Eingang in das Laienverständnis und in die meisten Ratgeberbücher, aber auch in die professionelle Kinderwunschberatung gefunden haben.

## Wie viele ungewollt kinderlose Paare gibt es eigentlich?

Die Zahlen hierzu schwanken erheblich und sind – wie viele Statistiken – auch von den jeweiligen Interessen geleitet. Während zum Beispiel die Pharmaindustrie von über 2,5 Mio. Paaren in Deutschland ausgeht [1], sprechen manche Gesundheitspolitiker von weniger als 1 Mio. Paaren. Das hat auch unter anderem mit der Schwierig-

keit der Definition zu tun: Wenn bei einem Paar z. B. die Frau ein Kind möchte, der Partner aber (noch) nicht, ist das Paar dann als gewollt kinderlos oder als ungewollt kinderlos zu bezeichnen? Weiterhin kommt es sehr häufig vor, daß eine zunächst gewollte Kinderlosigkeit allmählich in eine ungewollte Kinderlosigkeit übergeht. Der Kinderwunsch wird aufgeschoben, bis die Rahmenbedingungen ein geringeres Risiko für das Paar (insbesondere für die Frau!) darstellen. Wenn er dann schließlich realisiert werden soll, werden die biologischen Grenzen wirksam [2].

Nach neueren systematischen Studien gelten ungefähr 3–9 % der Paare mit Kinderwunsch als ungewollt kinderlos, d. h. diese ca. 1/2 Mio. bis 1,5 Mio. Paare sind oft auf die Reproduktionsmedizin zur Realisierung ihres Wunsches angewiesen [3]. Eine passagere Fruchtbarkeitsstörung kommt sehr viel häufiger vor als allgemein eingeschätzt: Jede dritte Frau mit Kinderwunsch wartet länger als ein Jahr auf eine Schwangerschaft [4]. Es ist von einer weiteren Zunahme ungewollter Kinderlosigkeit auszugehen, da das Durchschnittsalter der Erstgebärenden in (West-) Deutschland von 24,9 Jahren im Jahr 1977 auf jetzt 30,5 Jahre gestiegen ist [5]. Noch steiler gestaltete sich dieser Anstieg in den neuen Bundesländern, im gleichen Zeitraum von 21,7 Jahre auf 28,4 Jahre. Das Alter der Frau gilt als wichtigster prognostischer Faktor für die Erfüllung des Kinderwunsches [6]. Zudem nehmen Risikofaktoren wie Chlamydieninfektionen und Übergewicht bei Frauen zu, während sich die Spermioграмme der Männer im Durchschnitt verschlechtern [7].

In Deutschland werden nicht nur immer weniger Kinder geboren – in den vergangenen 40 Jahren hat sich die Zahl der Geburten hierzulande auf inzwischen ungefähr 700.000 im Jahr halbiert –, innerhalb von Europa steht der Geburtsjahrgang 1955 aller (gewollt und ungewollt) kinderlosen Frauen in Deutschland mit 22 % an erster Stelle (zum Vergleich: 8 % in Frankreich). Der in den Medien häufig genannte Prozentsatz von 40 % kinderloser Akademikerinnen ist allerdings um 10–15 % zu hoch angesetzt [5]. Zu anderen gängigen epidemiologischen Spekulationen und Fehlinterpretationen siehe [8]. Bei den jetzt 40jährigen (west-) deutschen Frauen beträgt der Anteil Kinderloser bereits 32 %, während die Anzahl der

\* Diese aktualisierte und erweiterte Übersichtsarbeit basiert auf einem Beitrag in Report Psychologie (Heft 5, 2006; 224–32).

Eingegangen: 29.06.2006; akzeptiert nach Revision: 27.07.2006

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

**Korrespondenzadresse:** PD Dr. Tewes Wischmann, Dipl.-Psychologe, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, D-69115 Heidelberg, Bergheimer Straße 20; E-Mail: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

Familien mit zwei oder mehr Kindern über die letzten Jahre nahezu konstant geblieben ist [9]. Die Zwei-Kind-Familie stellt allerdings nicht mehr das Ideal dar: Über 40 % der Frauen tendieren inzwischen zur Ein-Kind-Familie [10]. Die Zahl der Paare in Deutschland, die überhaupt keine Kinder möchten, nimmt zu [11]: Konnten sich 1992 noch 9,9 % der Frauen und 11,8 % der Männer nicht vorstellen, Kinder zu bekommen, waren es im Jahr 2004 bereits 14,6 % der Frauen und sogar 26,3 % der Männer (befragt wurde die Altersgruppe 20–39 Jahre) – ein Hinweis auf den „Zeugungsstreik“? In einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach stimmten 50 % der interviewten kinderlosen Frauen und Männer ohne (weiteren) Kinderwunsch der Aussage zu, daß Kinder zu anstrengend seien und man nicht wisse, ob man „die Kraft und Nerven dazu hätte“. 44 % gaben an, daß sie möglichst viele Freiräume haben und sich nicht einschränken wollen [12]. Eine weitere Ursache für den schwindenden Kinderwunsch dürfte in der zunehmenden Instabilität von Partnerschaften liegen [13].

### Was leistet die moderne Reproduktionsmedizin?

Zu den Techniken der ART zählen die intrauterine Insemination (IUI), die *In-vitro*-Fertilisation (IVF) und die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Deren Anzahl hat sich in Deutschland innerhalb von sechs Jahren mehr als verdreifacht, 2003 wurden bereits über 100.000 IVF- bzw. ICSI-Behandlungszyklen (inkl. Kryotransfers) durchgeführt [14], was allerdings auch auf das Anfang 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz und die damit verknüpften Einschränkungen der Kassenleistungen zurückzuführen ist. Mit ca. 60.000 Zyklen im Jahr 2004 liegt aber immer noch eine Verdoppelung innerhalb von sieben Jahren vor [15]. Dabei wurde jede zehnte IVF-Behandlung ohne Vorliegen irgendeiner medizinischen Indikation bei Frau oder Mann vorgenommen. Betrug die Zahl der behandelten Frauen im Jahr 1998 noch ca. 30.000, waren es fünf Jahre später mehr als doppelt so viele [14], 2004 dann ca. 40.000 [15]. Entgegen diesen rasanten Trends ist die entscheidende Zahl der Reproduktionsmedizin, die Lebendgeburtenrate (oder „baby-take-home-rate“), über die Jahre gleich geblieben. Sie liegt pro initiiertem IVF- bzw. ICSI-Zyklus im Bundesdurchschnitt bei ca. 14 % [16] (Streuung über die einzelnen ART-Zentren: ca. 8–20 %), da es in jedem 6. begonnenen Behandlungszyklus nicht zum Embryotransfer kommt [16]. Das bedeutet, daß nach drei abgeschlossenen Behandlungszyklen durchschnittlich ca. 60 % der Paare kinderlos bleiben (nach vier Zyklen ca. 50 %). In der Allgemeinbevölkerung wird die Geburtenrate nach ART pro Zyklus im Schnitt dagegen auf über 40 % geschätzt [17].

Worauf ist die Differenz zu den von vielen Fertilitätszentren genannten Schwangerschaftsraten von 20–25 % pro Behandlungszyklus zurückzuführen? In erster Linie sind dafür Fehlgeburtenraten von 20–25 % der Schwangerschaften zu nennen [15]. Zudem enden 2–4 % als extrauterine Schwangerschaften [16]. Auch das Risiko von Mehrlingsgeburten nach ART wird eher unterschätzt: Die Rate der Zwillingsgeburten ist um das 20fache, die der Drillingsgeburten um das 200fache gegenüber spontan gezeugten Kindern erhöht. Damit sind ca. 24 % aller Geburten nach ART Mehrlingsgeburten (ca. 38 % der Kinder nach ART sind Mehrlinge; [15]). In Deutschland hat sich die Rate der höhergradigen Mehrlinge – zuvor

jahrzehntelang konstant – innerhalb der letzten 20 Jahre vervierfacht, vermutlich überwiegend infolge reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, sie bleibt seit einigen Jahren allerdings auf gleichem Niveau [18]. Mit Mehrlingsschwangerschaften sind erhebliche medizinische und psychische Risiken, sowohl für die werdende Mutter als natürlich auch für die Kinder, zu erwarten [19]. Aber auch Einlinge nach assistierter Reproduktion weisen im Durchschnitt ein niedrigeres Geburtsgewicht auf [20]. Sie sind häufiger Frühgeburten als spontan gezeugte Kinder [21].

### Wie ist es um die psychologische Seite des unerfüllten Kinderwunsches bestellt?

Viele Studien haben ergeben, daß Infertilität von sehr vielen Frauen als schlimmste emotionale Krise empfunden wird, manchmal gleichzusetzen mit dem Verlust eines nahestehenden Angehörigen [22, 23]. Hinzu kommt die nicht nur zeitlich, sondern auch emotional und inzwischen auch finanziell aufwendige reproduktionsmedizinische Behandlung. Diese stellt für viele Frauen zusätzlich eine starke psychische Belastung dar, vor allem nach erfolglosen Behandlungszyklen [24]. Die gefühlsmäßige Belastung steigt mit der Zahl erfolgloser Behandlungszyklen in den ersten Jahren einer solchen Behandlung bei vielen Frauen erst einmal an [25]. Werden zudem noch keine organischen Ursachen für die Fruchtbarkeitsstörung gefunden, führt dies häufig zu der fälschlichen Gleichsetzung mit psychisch bedingter Fertilitätsstörung („psychogene Sterilität“). In der Regel setzt dies betroffene Paare in Form von Schuldgefühlen noch mehr unter Druck [26].

Die psychosomatische Sicht dominierte über Jahrzehnte ein stark pathologieorientierter Blick, fast ausschließlich auf die „sterile Frau“. In der Laienpresse und in etlichen Ratgeberbüchern werden Paare mit unerfülltem Kinderwunsch weiterhin noch häufig in psychischer Hinsicht pathologisiert (s. z. B. [27]): So seien diese – insbesondere die Frauen – in ihrer Persönlichkeit stark gestört, hätten unbewußt erhebliche Ängste bezüglich Schwanger- bzw. Elternschaft oder die Partnerschaft lasse eine Schwangerschaft nicht zu. Systematische Studien entkräften diese Vorurteile durchweg (zum Überblick: [28]). Wenn Ängste vor Schwangerschaft tatsächlich kontrazeptiv wirkten, gäbe es außerdem deutlich weniger ungewollte Schwangerschaften.

Im Durchschnitt erscheinen Paare mit Kinderwunsch psychopathologisch unauffällig. Es zeigen sich nur eine leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrt Körperbeschwerden bei vielen Frauen, die als Folge der reproduktionsmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie interpretiert werden können [28]. Bei Kinderwunschpaaren liegt der Anteil psychopathologisch auffälliger Personen mit 15–20 % keinesfalls höher als in der Allgemeinbevölkerung. Auch die Partnerschaft dieser Paare ist in der Regel absolut unauffällig. Mit längerer Behandlungsdauer stellen sich ungewollt kinderlose Frauen mit ihrer Partnerschaft im Durchschnitt sogar zufriedener dar. Spezifische Paarbeziehungsmuster, wie z. B. das Bild einer „symbiotisch-anklammernden“ Partnerschaft, können nicht als typisch für ungewollt kinderlose Paare gesehen werden [29]. Ähnliche Befunde gibt es zur Untergruppe der Paare mit idiopathischer Sterilität (= ohne psychische oder organische Verursachung): Systemati-



sche Studien an größeren Fallzahlen zeigen keinerlei gesicherte, psychologisch relevante Unterschiede zwischen idiopathisch sterilen und organisch sterilen Paaren auf. Dies betrifft auch die Beziehungsmuster von Paaren mit idiopathischer Sterilität [30]. Das heißt, daß idiopathische Sterilität nicht psychogener Sterilität gleichzusetzen ist.

### **Wann wird heutzutage von einer psychogenen Fertilitätsstörung gesprochen?**

Nach der aktuellen Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ [28] liegt eine psychogene Fertilitätsstörung dann vor, wenn

- a) ein Paar trotz Aufklärung durch den Arzt weiter ein die Fruchtbarkeit schädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Ernährungsweise – vor allem Über- bzw. Untergewicht –, Hochleistungssport, Genußmittel- bzw. Medikamentenmißbrauch, extremer beruflicher Streß),
- b) ein Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert bzw. eine nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt, oder
- c) ein Paar eine aus medizinischer Sicht notwendige Kinderwunschtherapie zwar bewußt bejaht, diese dann aber – auch nach langer Bedenkzeit – doch nicht beginnt, also beispielsweise die Tubendurchgängigkeitsprüfung oder die Erstellung eines Spermioграмms immer wieder aufschiebt.

Nach dieser wissenschaftlich belegten Definition der psychogenen Fertilitätsstörung (s. dazu auch [31]) beeinflusst nicht eine irgendwie geartete (bewußte oder unbewußte) Einstellung zum gewünschten Kind die Fertilität, sondern nur entsprechend fertilitätsschädigende oder -einschränkende Verhaltensweisen. Die Prävalenz rein psychogener Infertilität ist auf etwa 5 % einzuschätzen [26].

### **Inwieweit beeinflußt psychischer Streß die Fruchtbarkeit?**

Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur diverse Modelle, die versuchen, psychischen Streß und das reproduktive System zu verbinden (sogenannte zyklische oder Teufelskreismodelle). Danach könne beispielsweise Streß zu Tubenspasmen führen oder zu einer eingeschränkten Spermatogenese. Die so beeinträchtigte Fruchtbarkeit würde dann Schuld- und Schamgefühle sowie Wut auslösen, was als emotionaler Streß wiederum das reproduktive System beeinflussen könne [32]. Wie eine aktuelle und umfassende Überblicksarbeit zeigt [26], sind diese Zusammenhänge bisher nur postuliert und noch nicht ausreichend untersucht worden. Es ist auch eher unwahrscheinlich, daß solche einfachen Regelkreismodelle der Realität angemessen sind. Die Zusammenhänge zwischen psychischem Streß und Fruchtbarkeit werden wohl durch weitere Variablen moderiert. So wurde beispielsweise gefunden, daß optimistische Frauen mit Streß insgesamt besser umgehen können und dieser so kaum Einfluß auf das reproduktive System hat [33]. Auch andere intervenierende Variablen, wie z. B. die Qualität der Paarkommunikation und die unterschiedlichen Coping-Stile, wurden in den meisten Studien nicht berücksichtigt [34]. Aus wissenschaftlicher Sicht sind die Zusammenhänge zwischen psychischem Streß und Fruchtbarkeitsstörun-

gen also keineswegs geklärt. Erst müssen die methodologischen Probleme – wie der Mangel an systematischen kontrollierten Studien und die Überbewertung von korrelativen Studien – gelöst werden (zur Übersicht: [26]).

Als weiteres Indiz für die Existenz psychogener Sterilität wird häufig genannt, daß Frauen, die sich zur Adoption entschließen oder gerade ein Kind adoptiert haben, dann doch spontan schwanger geworden seien. Dieses Märchen zieht sich konsequent seit Jahrzehnten durch diverse Publikationen, wird dadurch aber nicht wahrer. Es gibt zwar Spontanschwangerschaften nach Aufgabe des Kinderwunsches bzw. nach Adoption, jedoch nur als sehr seltene Ausnahme [35]. Über diese 3–4 % nach Adoption schwanger gewordenen Frauen wird in den Medien weitaus mehr berichtet als über die 96–97 % der „erfolgslosen“ Frauen [36]. Vermutlich sind diese Ausnahmen in der öffentlichen Wahrnehmung daher sehr viel präsenter.

### **Was sind die psychischen Auswirkungen der assistierten Reproduktion?**

Die meisten Studien berichten übereinstimmend, daß sich Frauen in ART oft ängstlicher, depressiver sowie in ihrem Selbstwert und im sozialen Netzwerk eingeschränkter als ihre Partner darstellen, auch im Vergleich zu den altersentsprechenden Normwerten von standardisierten Fragebögen [28]. Bei Vorliegen eines andrologischen Faktors zeigen sich auch viele Männer in Kinderwunschtherapie ängstlicher und unsicherer im Vergleich zur altersentsprechenden Normstichprobe. Die Partnerschaftsqualität und die sexuelle Zufriedenheit nehmen durchschnittlich mit der Dauer der Behandlung ab, bleiben aber weitgehend im Bereich der Fragebognormen. Wegen invasiver Diagnostik (z. B. „Verkehr nach Termin“) berichten bis zu 60 % der Paare über zeitweise Einschränkungen in der Sexualität [28]. Der psychische Streß in der Wartezeit nach dem Embryotransfer ist für sehr viele Frauen belastender als alle medizinischen Maßnahmen der ART, wie z. B. eine Eileiterdurchgängigkeitsprüfung [37]. Auch wenn die Kosten der Behandlung komplett von den Versicherungen übernommen werden, nehmen trotz Mißerfolges über die Hälfte der Paare nicht alle angebotenen Behandlungszyklen in Anspruch [38]. Dies wird in erster Linie auf die emotionalen Belastungen der ART zurückgeführt [24].

### **Wie entwickeln sich Kinder nach „künstlicher“ Befruchtung?**

In den neueren Studien finden sich keine Häufungen gravierender Auffälligkeiten in der sozialen und psychischen Entwicklung von Kindern nach assistierter Reproduktion. Dieses gilt auch für die Paarbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehung (zur Übersicht: [28]). In einer Studie wurde eine Tendenz zur Überbehütung von IVF-Kindern in deren Adoleszenz gefunden, im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern [39]. Entscheidender Risikofaktor ist die bereits genannte Mehrlingsproblematik: Familien mit Mehrlingen nach ART erscheinen nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus psychologischer Sicht eindeutig als Hochrisikogruppe. Mehrlingskinder neigen vermehrt zu Verhaltens- und Sprachentwicklungsstörungen, Mehrlingsmütter haben eine signifikant größere Chance, Depressionen zu entwickeln. Zudem trennen sich Mehr-

lingseltern häufiger als Ein- oder Zwei-Kind-Eltern [19]. Während die psychische und soziale Entwicklung von Kindern nach assistierter Reproduktion (sofern nicht Mehrlinge) also eher unauffällig erscheint, liegen die Risiken der körperlichen Entwicklung deutlich höher. Es gibt für diese ein höheres Risiko für chromosomale Anomalien im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern (1,6 % vs. 0,5 %; n = 1586; nach [40]). Während mit einer schweren Fehlbildung bei einem Kind nach Spontankonzeption bei jeder 15. Schwangerschaft zu rechnen ist, betrifft dies in Deutschland jede 12. Schwangerschaft nach assistierter Reproduktion. Die Bedeutung epigenetischer Veränderungen beim Einsatz assistierter Reproduktionsmedizin ist bis heute noch nicht geklärt [40]. Es ist weiter unklar, ob beispielsweise das Medium, in dem die befruchtete Eizelle kultiviert wird, einen schädlichen Einfluß auf die Weiterentwicklung des Embryos hat [41], was gegen eine Blastozysten Kultivierung sprechen würde.

### **Was wissen wir über langfristig kinderlos gebliebene Paare?**

Systematische Studien haben gezeigt, daß es nur geringe Unterschiede in der Lebensqualität und der Lebenssituation zwischen kinderlos gebliebenen Paaren und Eltern gibt. In der Rückschau berichten viele Paare, daß sie die gemeinsam durchlebte und überwundene Krise als Paar eher „zusammengeschweißt“ hätte. Prognostisch ist dabei günstig, wenn kinderlos Gebliebene diese Situation positiv neu bewerten können und akzeptieren, aktiv nach Alternativen suchen und soziale Kontakte aufrechterhalten und ausbauen. Entsprechend prognostisch ungünstig sind Grübeln, das Gefühl der Machtlosigkeit und des Versagens sowie eine weiterhin starke Fokussierung auf Kinder als wichtiges Lebensziel [28]. Ob die von vielen Paaren berichteten Einschränkungen in der Sexualität auf das (überwundene) Problem der ungewollten Kinderlosigkeit zurückzuführen sind, oder ob diese – wie bei anderen Paaren häufig auch – doch wohl eher mit der Partnerschaftsdauer einhergehen, kann noch nicht abschließend beurteilt werden.

### **Was sind die Erwartungen an eine psychosoziale Kinderwunschberatung?**

Die von uns interviewten Gynäkologinnen und Gynäkologen (n = 129) hielten zu etwa 50 % eine Beratung von Paaren bei Behandlungsmißerfolg (keine Lebendgeburt) für notwendig. Etwa 38 % waren dafür, diese Beratung bereits bei Behandlungsbeginn anzubieten. Aus Sicht der Betroffenen (67 Patienteninterviews und 109 Teilnehmer einer Internetumfrage) lagen die Zahlen etwas anders. Das Angebot schon zu Behandlungsbeginn wünschten sich 32 % der Befragten, Beratung erst bei Behandlungsmißerfolg 24 %. Die unterschiedlich hohen Prozentangaben von Ärzten und Paaren lassen sich darauf zurückführen, daß viele Interviewte Angst vor Stigmatisierung durch eine psychologische Beratung (27 %), Zweifel an ihrer Wirksamkeit (21 %) oder Angst vor Labilisierung (18 %) nannten. 18 % der Betroffenen gaben zudem genügend eigene Bewältigungsressourcen an. 21 % der Ärzte und 15 % der Betroffenen nahmen fälschlicherweise an, daß sich ein psychosomatischer Ansatz und die schulmedizinische Behandlung wechselseitig ausschließen würden [42]. So ist zu erklären, daß zwar die Mehrzahl der Paare positiv gegenüber einer psychosozialen

Kinderwunschberatung eingestellt ist, aber nur ein kleiner Anteil dieses Angebot dann auch wahrnimmt. Paare, welche eine solche Beratung tatsächlich aufsuchen, sind durch subjektiv hohe Streß- und Depressionswerte bei den Frauen gekennzeichnet, während sich ihre Partner eher hilflos und unzufrieden mit der Partnerschaft und der gemeinsamen Sexualität darstellen [43].

### **Was können Ziele einer psychosozialen Kinderwunschberatung sein?**

Stammer, Verres und Wischmann [44] nennen folgende primäre Beratungsziele: Paare sollen die Kinderlosigkeit besser bewältigen können und die Kommunikation miteinander, mit den Ärzten und der sozialen Umwelt verbessern. Berater sollen Entscheidungshilfen zu den medizinischen Therapieschritten anbieten und damit verbundene mögliche Paarkonflikte im Vorfeld verhindern helfen oder mindern. Schließlich sollen sie die Akzeptanz bei erfolgloser medizinischer Therapie fördern und das Paar in der Findung alternativer Perspektiven unterstützen. Dazu sollte die Paarberatung im Gesprächsablauf transparent sein, entstigmatisierend und die Ressourcen des Paares aktivierend. Letzteres insbesondere in den Zeiten, in denen es sich der Fruchtbarkeitsstörung, aber auch dem reproduktionsmedizinischen Angebot gegenüber als ohnmächtig erlebt.

Beratungsfokus sollte sein, den Paaren bei der Bewältigung dieser Krise zu helfen und fertilitätsschädigendes Verhalten aufzuzeigen, nicht aber primär möglichen unbewußten Konflikten gegenüber einer Elternschaft nachzuspüren. In der psychosozialen Kinderwunschberatung sollte nicht nur über die Grenzen der technischen Machbarkeit aufgeklärt werden, sondern auch über die biologischen Grenzziehungen. Die immer wieder auftretenden emotionalen Krisen („Achterbahn der Gefühle“; [45]) und sexuellen Funktionsstörungen während der medizinischen Diagnostik bzw. Therapie gilt es zu antizipieren, aktiv anzusprechen und zu akzeptieren, da dies meistens zur Entlastung des Paares führt. Psychosoziale Berater sollten auf das im allgemeinen unterschiedliche emotionale Erleben beider Partner des Kinderwunschaars eingestellt sein und auch bei einseitigen Schuldzuweisungen eine beide Seiten verstehende und ergebnisoffene Haltung wahren. Und schließlich sollte die Kinderwunschberatung dem Paar ermöglichen, sich vom „Traum vom eigenen Kind“ zeitweise – und gegebenenfalls auch endgültig – zu verabschieden, um das Leben „außerhalb des Kinderwunsches“ wieder zu entdecken [36].

Die behandelnden Ärzte (s. dazu auch [46]) sollten dem Paar realistische Erfolgchancen der ART benennen (bezogen auf das Alter, die Diagnose und die jeweilige ART-Methode) und von Behandlungsbeginn an wie auch fortlaufend „Plan B“ thematisieren, sowie bei Mißerfolg zu Behandlungspausen („mental holidays“, [47]) raten. Sie sollten keine pauschale Psychologisierung der Unfruchtbarkeit vornehmen und die Sexualanamnese sorgfältig und taktvoll durchführen. Schließlich sollten sie entsprechende Informationsmöglichkeiten benennen (z. B. [36]), auf die Option der psychosozialen Beratung aufmerksam machen (z. B. das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland, s. <http://www.bkid.de>) und die Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ [28] beachten.

## Was bewirken die verschiedenen psychosozialen Interventionen?

Die Bereitstellung von Informationen (z. B. in Form von Broschüren oder Filmen) über den genauen technischen Ablauf reproduktionsmedizinischer Maßnahmen erleichtert in der Regel die Verarbeitung der Fertilitätsstörung. Von der Pharmaindustrie bereitgestelltes Informationsmaterial sollte durch Material von Patientenorganisationen (z. B. Wunschkind e. V.) bzw. unabhängigen Beraterorganisationen (z. B. BKiD e. V.) ergänzt werden, um potentielle Verzerrungen zu vermeiden [48]. Der Gebrauch des Internets bietet sich an, weil dadurch schnell und einfach Informationen erlangt werden können. Die Gefahr, auch falsche oder irreführende Informationen zu erhalten, ist allerdings groß. Bewährt haben sich weiterhin Telefonberatungen, wenn es um spezifische Informationen zur reproduktionsmedizinischen Behandlung geht. Eine direkte Beratung von Person zu Person können sie bei psychosozialer Belastung jedoch nicht ersetzen. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann zur Stärkung der Verarbeitungsmöglichkeiten empfohlen werden, insbesondere bei der sogenannten „third party reproduction“ wie bspw. der donogenen Insemination, weniger aber zur Erleichterung des Abschieds vom Kinderwunsch.

Die Effekte von Beratung und Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch sind in einer umfangreichen Übersichtsarbeit kürzlich analysiert worden [49]. Nur in 25 von 380 ausgewerteten Studien waren die Effekte systematisch evaluiert worden, indem beispielsweise Prä-/Postmessungen vorgenommen worden waren. Es stellte sich in dieser sorgfältigen Analyse erstens heraus, daß bei der Mehrzahl der Frauen bereits ein niederschwelliges Angebot von ein bis maximal fünf Sitzungen die emotionale Belastung deutlich reduzierte, und zweitens, daß in der Regel keine Erhöhung der Schwangerschaftsrate nach psychosozialer Intervention zu beobachten war. Eine aktuelle Metaanalyse fand zwar über alle Interventionsstudien aufsummiert deutlich höhere Schwangerschaftsraten im Vergleich zu denen der Vergleichsgruppen [50]. Es blieb aber unklar, ob die Schwangerschaften auch unabhängig von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen entstanden waren. Außerdem waren die Studien nicht wie in [49] nach ihrer unterschiedlichen methodischen Qualität bewertet worden. Eine erhöhte Schwangerschaftsrate kann also realistischerweise nicht zu den Zielen einer solchen Beratung oder Psychotherapie gezählt werden.

## Was zeigt ein Blick über Deutschlands Grenzen?

Während in Deutschland – in erster Linie (und aus gutem Grund) wegen des Embryonenschutzgesetzes – die Verfahren der assistierten Reproduktion weitgehend „ausgereizt“ sind, ist im europäischen und außereuropäischen Ausland noch eine Vielzahl weiterer reproduktionsmedizinischer Techniken im Einsatz [7]. Dazu zählen die Präimplantationsdiagnostik, die Embryooption, die Eizellspende, Leihmutterchaft (mit dem bizarren Fall einer Fünfplingsgeburt durch eine Leihmutter im April 2005 in den USA), die anonyme Gametenspende sowie die Situation der sogenannten „single mother by choice“ und lesbischer bzw. homosexueller Eltern. Die psychosozialen Aspekte dieser Techniken bzw. dieser alternativen Elternschaften wurden bisher kaum systematisch untersucht. Ähnlich wie bei der Adoption setzt sich die Bedeutung

des Wissens um den biologischen Elternteil allerdings mehr und mehr durch. Deshalb muß von einer anonymen Gametenspende inzwischen eher abgeraten werden [51]. Weiterhin gibt es wohl kaum Unterschiede zum „klassischen“ Modell der Familie, was die psychische und soziale Entwicklung der Kinder von „single mothers by choice“ oder von gleichgeschlechtlichen Eltern angeht [52, 53].

## Was sind die Rahmenbedingungen einer psychosozialen Kinderwunschberatung?

Die Forderungen zur psychosozialen Kinderwunschberatung der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ in ihrem Schlußbericht [54] sind weiterhin unbedingt gültig und harren ihrer baldigen Umsetzung (s. dazu auch die Richtlinien des „Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland“; [55]): Die Beratungsangebote sollten schwellenabbauend wirken; eine umfassende Aufklärung sowohl der Gynäkologen als auch der Öffentlichkeit zu allen Aspekten von Fruchtbarkeitsstörungen ist notwendig. Zur Qualifikation der Berater sollten gehören: Erfahrung in Paarberatung, Kenntnis der psychosozialen Faktoren bei ungewollter Kinderlosigkeit und Wissen um den aktuellen Stand der ART. Das Beratungsangebot sollte unabhängig von ART-Zentren zur Verfügung gestellt werden. Die psychosoziale Beratung sollte bereits vor geplanten Maßnahmen der ART stattfinden, einschließlich einer dreimonatigen Bedenkzeit für die Paare. Schließlich sollte das Beratungsangebot als Leistung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Der häufig in diesem Zusammenhang gestellten Kostenfrage kann nicht zuletzt auch dadurch begegnet werden, daß eine psychosoziale Kinderwunschberatung dazu beitragen kann, Paare in der Entscheidung gegen (weitere) teure reproduktionsmedizinische Maßnahmen zu unterstützen. Die im gleichen Schlußbericht aufgestellte Behauptung, daß „psychotherapeutische Beratungen“ ähnliche Erfolgsraten aufweisen wie IVF/ICSI, muß aus wissenschaftlicher Sicht allerdings als Wunschtraum bezeichnet werden.

### Literatur:

1. Calimera. Die Kinderwunschzeitschrift von Serono. Serono GmbH (Hrsg), München, 2005; 1.
2. Wiesmann U, Hannich HJ. Der Kinderwunsch im soziokulturellen Kontext. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsssch 2005; 48: 789–95.
3. Gnath C, Godehardt D, Godehardt E, Frank-Hermann P, Freundl G. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Hum Reprod 2003; 18: 1959–66.
4. Helfferich C, Küppers-Chinnow M. Verbreitung von und Umgang mit Fruchtbarkeitsstörungen. In: BZgA (Hrsg). Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine: Dokumentation einer Expertentagung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 1996; 113–36.
5. Kinderwunsch und Familiengründung bei Frauen und Männern mit Hochschulabschluss. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung (Report). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2005.
6. Michelmann H, Himmel W. Reproduktionsmedizin in Deutschland – Besonderheiten und Dilemmata. Das Gesundheitswesen 2005; 67: 605–12.
7. Wischmann T. Die Zukunft der menschlichen Reproduktion – „Krieg der Klone“? Geburtsh Frauenheilk 2006; 66: 192–5.
8. Brähler, E, Stöbel-Richter Y. Anschwellende Schrumpfgesänge. Psychother Psychosom Med Psychol 2006; 56: 231–3.
9. Diedrich K, Kunz S. Endlich ein Baby! Knauer Ratgeber, München, 2005.



10. Dorbritz J. Kinderwünsche in Europa. Keine Kinder mehr gewünscht? BIB-Mitteilungen 2004; 25: 10–7.
11. Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken. Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland (Report). Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, 2005.
12. Einflussfaktoren auf die Geburtenrate (Report). Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbach, 2004.
13. Schmitt C, Winkelmann U. Wer bleibt kinderlos? Was sozialstrukturelle Daten über Kinderlosigkeit bei Frauen und Männern verraten. *Feministische Studien* 2005; 1: 9–23.
14. Jahrbuch 2003. Deutsches IVF-Register, Lübeck, 2004.
15. Jahrbuch 2004. Deutsches IVF-Register, Lübeck, 2005.
16. Kupka MS, Felberbaum RE, van der Ven HH, Bühler K, Dahnke W, Friese K. Prognosefaktoren der assistierten Reproduktion. *Gynäkologe* 2004; 8: 686–94.
17. Stöbel-Richter Y, Borkenhagen A, Wisch S, Brähler E. Wissen und Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Aspekten der modernen Reproduktionsmedizin. Ergebnisse einer aktuellen Bevölkerungsbefragung. In: Stöbel-Richter Y, Ludwig A, Franke P, Neises M, Lehmann A (Hrsg). *Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe*. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006; 163–71.
18. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Natürliche Bevölkerungsbewegung 2003 (Report). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2004.
19. Bindt C. Das Wunschkind als Sorgenkind? Mehrlingsentwicklung nach assistierter Reproduktion. *Reproduktionsmedizin* 2002; 17: 20–9.
20. de Geyter C, de Geyter M, Steimann S, Zhang H, Holzgreve W. Comparative birth weights of singletons born after assisted reproduction and natural conception in previously infertile women. *Hum Reprod* 2006; 21: 705–12.
21. Helmerhorst FM, Perquin DAM, Donker D, Keirse MJNC. Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. *Br Med J* 2004; 328: 261–4.
22. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992; 58: 1158–63.
23. Kerr J, Brown C, Balen AH. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. *Hum Reprod* 1999; 14: 934–8.
24. Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil Steril* 2004; 8: 258–61.
25. Beutel M, Kirchmeyer P, Weidner W, Schroeder-Printzen I, Herrero JG, Köhn FM, Gips H, Kupfer J. Psychische Belastung bei MESA/TESE-Teilnehmern im Vergleich zu den Partnern von ICSI- und IVF-Teilnehmerinnen. *Reproduktionsmedizin* 2000; 16: 354–61.
26. Wischmann T. Psychogenese von Fertilitätsstörungen. Eine Übersicht. *Geburtsh Frauenheilk* 2006; 66: 34–43.
27. Ernst A, Herbst V, Langbein V, Skalik C. *Kursbuch Kinder*. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 2000.
28. Strauß B, Brähler E, Kantenich H (Hrsg). *Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie*. Leitlinie und Quellentext. Schattauer, Stuttgart, 2004.
29. Wischmann T, Scherg H, Brähler E. Beziehungsmuster ungewollt kinderloser Paare im Gießen-Test. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2002; 50: 409–26.
30. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples – a study by the “Heidelberg Fertility Consultation Service”. *Hum Reprod* 2001; 16: 1753–61.
31. Hoppe JD, Scriba PC. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. *Dtsch Arztebl* 2006; 20: A1392–A1403.
32. Domar AD, Seibel MM. Emotional aspects of infertility. In: Seibel MM (ed). *Infertility – a comprehensive text*. Appleton & Langer, Norwalk, 1990; 23–35.
33. Litt MD, Tennen H, Affleck G, Klock S. Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *J Behavior Med* 1992; 15: 171–87.
34. Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertil Steril* 2002; 77: 1241–7.
35. Wischmann T. Ungewollte Kinderlosigkeit – Ein brennendes Problem: Aus psychologischer Sicht. In: Paulitz H (Hrsg). *Adoption. Positionen, Impulse, Perspektiven*. 2. Aufl. Beck, München, 2006; 32–42.
36. Wischmann T, Stammer H. *Der Traum vom eigenen Kind*. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, 2006.
37. van Balen F, Naaktgeboren N, Trimbos-Kemper T. In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Hum Reprod* 1996; 11: 95–8.
38. Schröder AK, Katalinic A, Diedrich K, Ludwig M. Cumulative pregnancy rates and drop-out rates in a German IVF programme: 4102 cycles in 2130 patients. *Reprod BioMedicine Online* 2004; 8: 600–6.
39. Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT, Guerra D, Mantovani A, van Hall E, Crosignani PG, Dexeus S. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum Reprod* 2002; 17: 830–40.
40. Wunder D. Fehlbildungen nach assistierter Reproduktionsmedizin. *Gynäkologe* 2005; 38: 33–8.
41. Devroey P, van Steirteghem A. A review of ten years experience of ICSI. *Hum Reprod Update* 2004; 10: 19–28.
42. Wischmann T. Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. *Urologe* 2005; 44: 185–95.
43. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Hum Reprod* 2006; 21 (Suppl 1): i63.
44. Stammer H, Verres R, Wischmann T. *Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*. Hogrefe, Göttingen, 2004.
45. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34: 313–9.
46. Kantenich H, Henning K, Himmel W, Ittner E, Kochen MM, Krause W, Ningel K, Stammer H, Strauß B, Wischmann T. *Praktische Therapie bei Fertilitätsstörungen – Manual für Frauenärztinnen und Frauenärzte aus psychosomatischer Sicht*. In: Strauß B (Hrsg). *Ungewollte Kinderlosigkeit*. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie. Hogrefe, Göttingen, 2000; 225–40.
47. Paulson RJ, Sauer MV. Counseling the infertile couple: when enough is enough. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 462–4.
48. Boivin J, Kantenich H. *Guidelines for counselling in infertility*. Oxford University Press, Oxford, 2002.
49. Boivin J. Psychosoziale Interventionen bei Kinderwunsch: Ein Review. *Gynäkol Endokrinol* 2004; 2: 94–109.
50. de Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod* 2005; 20: 1324–32.
51. Thorn P, Daniels KR. Psychosoziale Fragestellungen, die bei der Familienbildung mit donogener Insemination entstehen. *Reproduktionsmedizin* 2000; 16: 202–7.
52. Golombok S, Murray C, Jadv V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod* 2006; 21: 1918–24.
53. Brewaeys A, Dufour S, Kantenich H. Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt? *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2005; 2: 35–40.
54. *Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“*. Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin, 2002.
55. *Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ des „Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland“*, online verfügbar unter <http://www.bkid.de>.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)