

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Unerfüllter Kinderwunsch

Auswirkungen auf Paare und mögliche Beratungs- und Therapieansätze

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 31.08.2012

Vorgelegt von: Siebel-Mogk, Alice

████████████████████

██

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin: Prof. Ursula Biebrach-Plett

Eure Kinder sind nicht eure Kinder.
Sie sind die Söhne und Töchter der Sehnsucht des Lebens
nach sich selber.
Sie kommen durch Euch aber nicht von euch,
und obwohl sie mit euch sind, gehören sie euch doch
nicht.
Ihr dürft ihnen eure Liebe geben, aber nicht eure Gedan-
ken, denn sie haben ihre eigenen Gedanken.
Ihr dürft ihren Körpern ein Haus geben, aber nicht ihren
Seelen.
Denn ihre Seelen wohnen im Haus von morgen, das ihr
nicht besuchen könnt, nicht einmal in euren Träumen.
Ihr dürft euch bemühen, wie sie zu sein, aber versucht
nicht, sie euch ähnlich zu machen.
Denn das Leben läuft nicht rückwärts, noch verweilt es im
Gestern.
Ihr seid die Bogen, von denen Eure Kinder als lebende
Pfeile abgeschickt werden.
Der Schütze sieht das Ziel auf dem Pfad der Unendlich-
keit, und Er spannt euch mit Seiner Macht,
damit seine Pfeile schnell und weit fliegen.
Lasst Euren Bogen von der Hand des Schützen auf Freude
gerichtet sein;
Denn so wie er den Pfeil liebt, der fliegt, so liebt er auch
den Bogen, der fest ist.

Khalil Gibran
„Von den Kindern“

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Motivation des Kinderwunsches.....	3
2.1	Kinderwunschemotive.....	3
3	Definition und wichtige Begriffe des unerfüllten Kinderwunsches	7
3.1	Psychogene Sterilität	9
3.2	Epidemiologie des unerfüllten Kinderwunsches	10
3.3	Ätiologie des unerfüllten Kinderwunsches.....	13
3.3.1	<i>Ursachen der Sterilität</i>	13
3.3.2	<i>Umweltfaktoren</i>	15
4	Die medizinische Diagnostik	17
4.1	Diagnostik bei der Frau	17
4.2	Diagnostik beim Mann	18
5	Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches	20
5.1	Psychosoziale Merkmale von ungewollt kinderlosen Paaren.....	20
5.2	Die ungewollt kinderlose Frau	21
5.3	Der ungewollt kinderlose Mann	23
5.4	Auswirkungen auf die Paarbeziehung	24
5.5	Psychologische Folgen des unerfüllten Kinderwunsches.....	26
5.6	Psychische Auswirkungen im Rahmen assistierter reproduktionsmedizinischer Behandlungen.....	31
5.7	Stress und Fertilitätsstörungen.....	32
6	Sexualität bei Kinderwunschpaaren.....	34
6.1	Sexuelle Probleme als Ursache des unerfüllten Kinderwunsches	34
6.2	Sexuelle Probleme als Folge des unerfüllten Kinderwunsches	35
6.3	Einfluss der Kinderwunschtherapie auf die Sexualität des Kinderwunschpaares	36
7	Wege zur Schwangerschaft.....	39
7.1	Sanfte Wege zur Schwangerschaft	39
7.1.1	<i>Akupunktur</i>	40

7.1.2	<i>Homöopathie</i>	41
7.1.3	<i>Phytotherapie</i>	42
7.2	Assistierte Reproduktion (ART): Verlauf einer fortpflanzungsmedizinischen Kinderwunschbehandlung	42
7.2.1	<i>Intrauterine Insemination</i>	43
7.2.2	<i>In-Vitro-Fertilisation</i>	44
7.2.3	<i>Intracytoplasmatische Spermieninjektion</i>	45
7.3	Risikofolgeabschätzungen	45
7.4	Die aktuellen Kostenübernahmeregelungen	47
8	Die Alternativen zur Kinderwunschbehandlung.....	49
8.1	Adoption und Pflegschaft	49
8.2	Akzeptanz der Kinderlosigkeit	51
9	Psychosoziale Beratung/Therapie	53
9.1	Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID).....	53
9.1.1	<i>Ziele und Inhalte psychosozialer Beratung</i>	54
9.2	Die „Heidelberger Kinderwunschsprechstunde“	56
9.2.1	<i>Beratungskonzept</i>	56
9.3	Anwendung in der Praxis	61
9.4	Weitere Beratungskonzepte	64
9.5	Selbsthilfegruppen	65
10	Fazit	67
	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	72
	Abbildungsverzeichnis	76
	Abkürzungsverzeichnis	77
	Eidesstattliche Erklärung.....	78

1 Einleitung

Wenn ein Paar gemeinsam beschließt, ein Kind zu bekommen, scheint es zunächst das Natürlichste auf der Welt zu sein und wird von vielen als selbstverständlich vorausgesetzt. Daher trifft es viele Paare völlig unerwartet, wenn sich die gewünschte Schwangerschaft nicht einstellt. Weltweit haben 60 bis 80 Millionen unfruchtbare Paare den Wunsch nach einem Kind, der sich auf natürlichem Wege nicht realisieren lässt (vgl. Block & Tinneberg 2008, 272).

Allein in Europa sind 15 Prozent aller heterosexuellen Paare davon betroffen. Dies entspricht ca. jedem siebten Paar. Schätzungen zu Folge bleiben etwa 6 bis 9 Prozent aller Paare dauerhaft kinderlos (vgl. Stöbel-Richter et al- 2011, 416; Wischmann & Stammer 2006, 21).

Die vorliegende Ausarbeitung behandelt ausschließlich den unerfüllten Kinderwunsch bei heterosexuellen Paaren.

Wie aber fühlen sich Frauen und Männer, bei denen sich wider Erwarten der Kinderwunsch nicht erfüllt? Was löst diese unvorhergesehene Situation bei ihnen aus? Und wie beeinflusst sie das als Paar? Vor allem: An wen können sich Betroffene wenden? Und welche Rolle kann die Soziale Arbeit hierbei übernehmen?

Diesen Fragen geht die vorliegende Arbeit nach. Eingehend wird betrachtet wie der Kinderwunsch entsteht und welche Motive zu dem Wunsch führen können. Damit wird verdeutlicht welches Ausmaß dieser Wunsch annehmen kann. Darauf folgen Begriffsklärungen des unerfüllten Kinderwunsches, um eine Definitionsgrundlage für die Ausarbeitung zu schaffen. Anschließend wird anhand von Statistiken ein Blick auf die Geburtensituation in Deutschland und Europa geworfen, um im Anschluss Ursachen für diese Situation aufzuzeigen.

Das vierte Kapitel erläutert die medizinischen Diagnoseverfahren, die zur Feststellung von Unfruchtbarkeit eingesetzt werden.

Welche emotionalen Auswirkungen die Diagnose und die eventuell anschließenden Verfahren der Reproduktionsmedizin bei betroffenen Männern und Frauen und für deren Paarbeziehung haben können, beschreiben Kapitel 5 und 6.

Im darauffolgenden Kapitel werden die gängigsten schulmedizinischen und komplementären Verfahren aufgezeigt, die betroffene Paare in Anspruch nehmen, um ihren Wunsch nach einem Kind zu verwirklichen. Wenn trotz allen Versuchen der Wunsch auf ein leibliches Kind verwehrt bleibt, besteht die Möglichkeit einer Adoption oder Pflegschaft oder die Akzeptanz eines Lebens ohne Kinder. Der letzte Abschnitt des achten Kapitels widmet sich dem Prozess,

in dem die Betroffenen die Kinderlosigkeit als Teil der eigenen Biografie zu akzeptieren lernen.

Zum Schluss geht es um die Möglichkeiten und Grenzen der Methoden von Beratungskonzepten, u.a. nach den Qualitätsstandards von BKiD, die ungewollt Kinderlosen neue Wege aus ihrer derzeitigen Lebenssituation aufzeigen sollen um sie damit zu unterstützen.

Im Fazit werden die Ergebnisse zusammengetragen und auf die eingangs genannten Fragen Bezug genommen um die Arbeit abzurunden.

2 Motivation des Kinderwunsches

Paare, die ein Kind planen, sprechen in dem Zusammenhang von ihrem gemeinsamen Wunschkind. Damit ist gemeint, dass es sich um keine ungeplante Schwangerschaft handle, sondern um die Erfüllung eines Kinderwunsches (vgl. Kuchling 2002, 17). Der Kinderwunsch in seiner heutigen Form - als eine Lebensoption für Frauen - kann als ein „Phänomen der Moderne“ (Stammer, Verres & Wischmann 2004, 18) betrachtet werden, da erst die Möglichkeit einer zuverlässigen Kontrazeption überhaupt eine tatsächliche Wahlfreiheit zwischen Mutterschaft und gewollter Kinderlosigkeit ermöglicht hat (ebd.). Die heutige „Mutterrolle - das Kind liebend und für es sorgend“ ist historisch als relativ jung zu betrachten, dass sich erst mit der Entwicklung der bürgerlichen Familie im Laufe des 18. Jahrhunderts formte (ebd.). Zuvor wurden die Kinder, welche oftmals keine Wunschkinder waren, häufig von ihren Eltern mit Geringschätzung und Gleichgültigkeit begegnet (vgl. Beck-Gernsheim 2006, 31f). Das Kind wurde als oft Last empfunden und als Unglück gesehen (vgl. Banditer 1999, 44). Körperliche Züchtigung, strengste Erziehung, Ammenwesen bzw. das Aussetzen der Kinder, waren Folgen, um einige wenige Aspekte zu benennen (vgl. Banditer 1999, 91f; Beck-Gernsheim 2006, 32).

Heute steht das „geplante“ Kind im Vordergrund, jedoch scheinen sich dahinter Wünsche der Eltern zu verbergen, die ihnen häufig in ihrer Bedeutung gar nicht bewusst sind (vgl. Kuchling 2002, 17). Weshalb an dieser Stelle die Frage aufkommt, was sich hinter dem Kinderwunsch verbirgt und welche Wünsche damit in Verbindung stehen, spricht in welchem Zusammenhang wurde der Wunsch nach einem Kind geboren? Welche Hoffnungen, Erwartungen oder Einstellungen sind mit der Erfüllung des Wunsches verknüpft (ebd.). Die Kinderwunschmotivation ist aus zahlreichen Motiven zusammengesetzt, die teils bewusst und teils unbewusst sind (vgl. Schuth 2004, 108). Zudem ändert sich die Intensität und Qualität der Motive über die Zeit und sind ereignis- und verlaufsabhängig (ebd.).

Im Folgenden werden einige Aspekte der Kinderwunschmotive dargestellt und erläutert.

2.1 Kinderwunschmotive

Der Kinderwunsch hat immer viele und auch teilweise widersprüchliche Facetten (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 18) Zum einen können selbstbezogene Überlegungen im Vordergrund stehen wie z.B. eine Lebensaufgabe, erweiterte Körpererfahrung, die Wiederbelebung der eigenen Kindheit sowie die Überwindung von Einsamkeit (ebd.). Zum anderen

können die Überlegungen partnerbezogen sein, der Frau die gewünschte Aufgabe als Mutter zu geben bzw. dem Mann die Position des Familienoberhaupts zuzugestehen. Auch können die Motive paarbezogen sein, worunter u.a. die Stabilisierung der Paarbeziehung durch ein gemeinsames Kind erhofft wird (ebd.). Die Beweggründe können des Weiteren normativ, „ein Kind gehört zu einer richtigen Familie“ und auf das soziale Umfeld bezogen sein (die Eltern wünschen sich ein Enkelkind) (ebd.).

Nach Frick-Bruder (2003) lassen sich vier unterschiedliche Motivgruppen darstellen:

Gesellschaftliche Motive:

Verbesserung des sozialen Status von Mann und Frau; Zufriedenstellen gesellschaftlicher Bedürfnisse; gesellschaftliche Anerkennung.

Philosophische und religiöse Motive

Hoffnung auf Unsterblichkeit durch die eigenen Kinder; Kinder als generellen Sinn des Lebens; Beitrag zum Überleben der Menschheit; Fortpflanzung als Wille Gottes.

Interpersonale Motive

Kind als sichtbarer und konkreter Ausdruck der Liebe eines Partners; Schwangerschaft als Bestätigung der Beziehung; ein Kind, um den Partner an sich zu binden.

Intrapsychische Motive

Bestätigung der eigenen sexuellen Identität; Möglichkeit zur Identifikation mit den Eltern; Ersatz für den Verlust einer wichtigen Person; Kind als antidepressive Funktion gegen Leeregefühl (vgl. Frick-Bruder 2003, 30).

Als weitere Motive werden innerhalb der Fachliteratur Folgende genannt.

Sozioökonomische Hintergrundvariable

z.B. verfügbares Einkommen, schulische und berufliche Qualifikation, Wohngröße

Individuelle Werteorientierung

z.B. traditionelles vs. emanzipatorisches Rollenverständnis und Verhalten von Frau, Mann, Partnerschaft und Familie, Konsum und Freizeit vs. postmaterielle Werteorientierung.

Individuelle Lebensgeschichte

z.B. allgemeiner Gesundheitszustand, eheliche Zufriedenheit, Alter, Persönlichkeitsmerkmale wie Intro- bzw. Extraversion, allgemeines Angstniveau, Depressivität (vgl. Schuth 2004, 108).

„In unserer Gesellschaft bestimmen am stärksten die lebensgeschichtlichen Variablen das generative Verhalten, gefolgt von der individuellen Wertorientierung, die ihrerseits wieder in weitem Umfang abhängig ist von der kollektiven Wertorientierung, ob z.B. eine Gesellschaft leibliche Kinder positiv wertet, sich als „kinderfreundlich“ vs. „kinderfeindlich“ definiert und entsprechende sozioökonomische Rahmenbedingungen schafft“ (Schuth 2004, 108)

Der „reife“ Kinderwunsch, aus der psychodynamischen Betrachtungsweise herrührend, entsteht aus einer partnerschaftlichen Beziehung, wenn die Partner jemand Dritten haben wollen um die Beziehung und damit ihre Lebensqualität zu bereichern (vgl. Frick-Bruder 2003, 31). Weshalb das Kind „ohne den anderen, am anderen vorbei oder ohne Rücksicht auf ihn“ nicht denkbar wäre (ebd.). Es ist als Ausdruck des Wunsches, nicht nur für sich selbst, den Partner und der Paarbeziehung, da sein zu wollen, zu verstehen (ebd.; Kuchling 2002, 18; Schuth 2004, 109).

Einige der soeben genannten Motive können darauf hindeuten, dass das Kind als eine narzisstische Selbsterweiterung verstanden werden kann. Damit ist gemeint, dass es die Funktion innehat schön und intelligent zu sein um die elterliche Potenz unter Beweis zu stellen sowie sozialer Prestige (vgl. Frick-Bruder 2003, 31). In einem Kind wird die eigene Person und das Rollenspektrum erweitert, denn die eigene Kindheit und die „Welt“ können nochmals neu gesehen und erlebt werden, was als Bereicherung empfunden wird (vgl. Schuth 2004, 109). Zudem soll das Kind, die Familiengründung stabilisieren und emotional vor Frustration im Leben sowie in persönlichen Krisen schützen, wie z.B. Gefühle von Leere- und Einsamkeit kompensieren oder den Partner an sich binden oder den Partner ersetzen (vgl. Frick-Bruder 2003, 31; Schuth 2004, 109). In diesem Zusammenhang kann von einem sogenannten „verwünschten“ Kind gesprochen werden, welches in eine Defizitsituation des Paares hineingebo- ren wird, an den eine Heilserwartung gerichtet wird (vgl. Kuchling 2002, 15ff). „Das Kind ist Substitut der eigenen nicht vollzogenen Selbstverwirklichung und wird deshalb nicht selten dranghaft um jeden Preis gewünscht“ (Frick-Bruder 2003, 31).

Es darf nicht verleugnet werden, dass der persönliche Kinderwunsch bei jedem Betroffenen Anteile sowohl partnerschaftlich bezogene als auch narzisstische Beweggründe enthält. Allerdings abhängig von der Persönlichkeit und der jeweiligen Lebenssituation (ebd.).

Der Wunsch nach einem Kind ist meistens ambivalent (vgl. Satmmer, Verres & Wischmann 2004, 19). Neben den positiven Vorstellungen die eine Schwangerschaft, Entbindung und Elternschaft mit sich bringt, gehen auch fast immer Ängste mit einher, bezüglich der kaum

einschätzbaren Veränderungen, die mit einem Kind verknüpft sind (ebd.). Dies betrifft die eigene Rolle, als werdende Mutter oder Vater, als auch die Qualität der Partnerschaft, die sich definitiv wandelt (ebd.).

Aus den soeben genannten Aspekten möglicher Kinderwunschnotive wird deutlich, dass der Wunsch nach einem Kind immer viele, teils auch widersprüchliche Facetten hat, weshalb eine Unterscheidung in einem „gesunden“ vs. „fixierten“ oder „richtigen“ vs. „falschen“ Kinderwunsch äußerst heikel ist (ebd., 18f). Gerade in Bezug auf die Krisensituation die ein unerfüllter Kinderwunsch mit sich bringt, ist es von großer Wichtigkeit, sich die Ambivalenz zuzugestehen um eine erfolgreiche Bewältigung zu ermöglichen (siehe Punkt 10) (ebd.).

3 Definition und wichtige Begriffe des unerfüllten Kinderwunsches

Fertilität bedeutet „Fruchtbarkeit“ und meint die Fähigkeit Nachkommen zu erzeugen. Bei der Frau beginnt die Phase der Fruchtbarkeit mit der Menarche, der ersten Monatsblutung und nimmt bereits leicht mit dem dreißigsten Lebensjahr ab. Mit dem vierzigsten Lebensjahr fällt die Fertilität bereits drastisch und endet mit der Menopause zumeist im Alter von 52 Jahren (vgl. Ditzen & Beinder 2010, 342). Die Fertilität des Mannes fällt ebenfalls im Alter, jedoch fehlt eine Zäsur, die die reproduktive Phase des Mannes bis hin zur nicht mehr reproduktiven Phase aufzeigt (ebd.). Die Fertilität stellt damit den Gegenpol zur Sterilität oder Infertilität da (ebd.).

Der unerfüllte Kinderwunsch bezeichnet einen Zustand, der durch das Leiden an einer Unfruchtbarkeit (Sterilität) gekennzeichnet ist (vgl. Strauß et al. 2004, 7).

Der Terminus „unerfüllter Kinderwunsch“ wird präzisiert durch die Begriffe der Sterilität und der Infertilität, die es im Weiteren zu erläutern gilt.

Nach den Richtlinien der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) liegt eine Sterilität vor, wenn sich trotz regelmäßigem Geschlechtsverkehr ohne Empfängnisverhütungsmittel in der fruchtbaren Zeit¹ innerhalb von zwei Jahren keine Schwangerschaft eingestellt hat (vgl. Henning & Strauß 2000, 15; Ludwig 2010, 130; Stammer, Verres & Wischmann 2004, 25).

Im Jahre 1967 wurde die ungewollte Kinderlosigkeit durch die Scientific Group of the Epidemiology of Infertility der Weltgesundheitsorganisation (WHO, World Health Organisation) als Krankheit anerkannt (vgl. Strauß et al. 2004, 7). Die klassische klinische Definition der WHO besagt, dass bei einem Kinderwunschpaar eine Sterilität zu diagnostizieren sei, wenn sich trotz regelmäßigem, ungeschütztem Sexualverkehr innerhalb von einen bis zu zwei Jahren keine Schwangerschaft eintritt (vgl. Freundl 2003, 124; Spiewak 2005, 43; Strauß et al. 2004, 7). Es wird zwischen einer primären und einer sekundären Sterilität unterschieden. Von einer primären Sterilität spricht man, wenn bei der Frau noch nie eine Schwangerschaft eingetreten ist (ICD-10², N97³) Beim Mann versteht man unter der primären Sterilität das Unver-

¹ Dies entspricht den Tagen um den Eisprung herum, an dem die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit am höchsten ist, denn zu dem Zeitpunkt kann die reife Eizelle bis zu 24 Stunden befruchtet werden (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 179, 181). Siehe auch unter 4.5.1, der vorliegenden Arbeit.

² ICD-10: Die internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen und ist Basis für die international vergleichbare Todesursachenstatistik

³ Krankheiten des Urogenitalsystems: N80-N98, Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes, N97: Sterilität der Frau, Nichteintreten einer Schwangerschaft (vgl. DIMDI 2011).

mögen ein Kind zu zeugen (N46⁴) (vgl. Kuchling 2002, 21; Ludwig 2005, 88; Strauß et al. 2004, 11). Eine sekundäre Sterilität besteht hingegen, wenn die Frau nach vorausgegangenen Schwangerschaften nicht mehr schwanger wird, trotz regelmäßiger Kohabitation (Geschlechtsverkehr) (vgl. Freundl 2003, 124; Ludwig 2005, 88; Strauß et al. 2004, 11).

Unter dem Begriff Infertilität hingegen wird das Unvermögen verstanden, nach erfolgter Konzeption (Empfängnis) die Frucht auszutragen und diese zu gebären. Damit bedeutet die Infertilität, auf die Frau bezogen, eine habituelle Neigung zu spontanen Früh- oder Spätaborten, Fehlgeburten, worunter die Problematik der Unfähigkeit ein lebensfähiges Kind auszutragen, verstanden wird (vgl. Kuschling 2002, 21; Ludwig 2010, 130; Schirren 2003, 5). Die Infertilität des Mannes bedeutet hingegen die Unfruchtbarkeit aufgrund erhobener Samenbefunde (vgl. Kuschling 2002, 21).

In Anlehnung an die angloamerikanische Literatur können die Begriffe Sterilität und Infertilität inzwischen synonym verwendet werden (vgl. Freundl 2003, 124; Gnoth et al. 2004, 273), denn lange Zeit wurde zwischen den Begriffen Sterilität und Infertilität deutlich unterschieden. Die Begriffe Sterilität (die Unmöglichkeit ein Kind zu zeugen) und Infertilität (die Unmöglichkeit eine Schwangerschaft auszutragen) spiegeln die Problematik jedoch nur unzureichend wider, weshalb der Begriff der Subfertilität, worunter die eingeschränkte Zeugungs- bzw. Empfängnisfähigkeit zu verstehen ist, passender scheint (vgl. Gnoth et al. 2004, 273 Ludwig 2010, 130).

Weshalb im Folgenden unter dem wissenschaftlichen Termini Infertilität für die sporadische Aussicht auf eine natürliche Empfängnis als Abgrenzung gegen die Subfertilität mit nennenswerter Spontankonzeptionsaussichten verstanden werden soll (vgl. Gnoth et al. 2004, 273). „Der Begriff der Sterilität wird jedoch häufig nach allgemeinem deutschem Sprachgebrauch als Oberbegriff weitergeführt, soll aber nicht als Zustand irreversibler und Therapierefraktärer Zeugungsunfähigkeit verstanden werden“ (Gnoth et al. 2004, 273).

Eine weitere relevante Untergruppe von Paaren, die an der ungewollten Kinderlosigkeit leiden, sind Paare mit der Diagnose „idiopathische Fertilitätsstörung“. Unter der Begrifflichkeit „idiopathischen Sterilität“ ist eine Ausschlussdiagnose zu verstehen, die gestellt werden kann, wenn Untersuchungen keine organischen und keine psychischen Ursachen für den bisherigen unerfüllten Kinderwunsch ergeben haben (vgl. Ludwig 2005, 88; Wischmann et al. 2004,

⁴ Krankheiten des Urogenitalsystems: N40-N51, Krankheiten der männlichen Genitalorgane, N46: Sterilität beim Mann (vgl. DIMDI 2011).

31f). Hinter der Diagnose „idiopathische Sterilität“ können sich jedoch auch unzureichend diagnostizierte organische Störungen verbergen, die mit den herkömmlichen, heute verfügbaren Methoden, nicht erkennbar gewesen sind (vgl. Ludwig 2005, 89; Wischmann & Stammer 2006, 29f).

Wie bereits eingehend beschrieben, variieren die Definitionen bezüglich der Sterilität und damit die Begrifflichkeit des unerfüllten Kinderwunsches. Einige Autoren sprechen bereits nach zwölf Monaten von einer ungewollten Kinderlosigkeit, wiederum andere verwenden den Begriff der Sterilität erst nach zwei Jahren. In Bezug auf eine Kinderwunschbehandlung sollte man den Begriff variabel und in Abhängigkeit des Kinderwunschaars, nutzen dürfen (vgl. Ludwig 2005, 88). Es sollte nicht gleich nach einem Jahr ohne Eintritt der erwünschten Schwangerschaft eine Indikation für reproduktionsmedizinische Maßnahmen erfolgen (vgl. Gnoth et al. 2004, 273) vielmehr sollte individuell auf die Situation des Paares geschaut werden. Denn bei einer jungen Frau, bei der sich die Schwangerschaft noch nicht eingestellt hat, wäre es angebracht eine Kinderwunschbehandlung erst nach zwei Jahren zu beginnen, hingegen eine Frau, die bereits das vierzigste Lebensjahr überschritten hat, wäre zum früheren Handeln zu raten (vgl. Gnoth et al. 273; Ludwig 2005, 88). Damit würde man einer „Überbehandlung“ bzw. einer sogenannten „Untertherapie“ entgegenwirken (vgl. Gnoth et al. 2004, 272).

3.1 Psychogene Sterilität

Idiopathische Sterilität ist mit psychogener Sterilität, seelisch bedingter, nicht gleichzusetzen (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 13; Wischmann & Stammer 2006, 182), da es sich bei einer idiopathischen Sterilität, wie bereits unter Punkt 3. beschrieben, um eine Ausschlussdiagnose handelt. Nach den Leitlinien „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ kann von einer psychischen (Mit-)Verursachung der Fruchtbarkeitsstörung gesprochen werden,

- wenn das Paar trotz des Kinderwunsches und Aufklärung durch den behandelnden Arzt weiterhin fertilitätsschädigendes Verhalten, wie z.B. gestörtes Essverhalten und damit einhergehend Über- bzw. Untergewicht, Genussmittel- bzw. Medikamentenmissbrauch, Hochleistungssport sowie extremer Stress (vor allem beruflich bedingt), praktiziert.

- wenn das Paar keinen Sexualverkehr an den fruchtbaren Tagen hat, bzw. wenn eine nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt (siehe unter 6.1).
- wenn das Paar eine aus medizinischer Sicht unablässige Kinderwunschbehandlung bewusst bejaht, diese dann aber nicht beginnt (vgl. Stammer et al. 2004, 63).

Diese Definition der psychogenen Fertilitätsstörung zeigt auf, dass nicht eine geartete (bewusste oder unbewusste) Einstellung zum Kinderwunsch die Fruchtbarkeit beeinflusst, sondern die entsprechenden fruchtbarkeitsschädigenden bzw.- einschränkenden Verhaltensweisen (siehe oben) (vgl. Wischmann 2008, 51). Die Prävalenzrate rein psychogener Infertilität wird auf 5 % geschätzt (vgl. Wischmann 2006, 222).

3.2 Epidemiologie des unerfüllten Kinderwunsches

Historisch betrachtet vergrößerte sich der Anteil ungewollt kinderloser Paare im Laufe der letzten Jahrhunderte stetig. Im 17. Jahrhundert waren lediglich 2 % der Kinderwunschaare von der ungewollten Kinderlosigkeit betroffen. Im 18. Jahrhundert verdoppelte sich bereits die Anzahl der Kinderlosenpaare und im 19. Jh. Waren es bereits 8 % der Kinderwunschaare, die unter der ungewollten Kinderlosigkeit litten (vgl. Sautter 2000, 12).

Seit Mitte der 1960er Jahre wandelt sich maßgeblich das Bild der Familie in Europa. Nach der Hochphase der Ehe und Familie, bekannt als „Golden Age of Marriage“⁵, ist ein deutlicher Geburtenrückgang in vielen Industrienationen zu verzeichnen (vgl. Beck-Gernsheim 2006, 87; Krätschmer-Hahn 2012, 16). Denn nach dem sog. Babyboom⁶ der Nachkriegszeit begann sich das vorherrschende Familienmodell zu verändern. Da die Heiratsziffern sanken, bei einem gleichzeitigen Altersanstieg bei der ersten Heirat sowie die Scheidungsrate als auch die Anzahl nichtehelicher Lebensgemeinschaften stiegen (vgl. Krätschmer-Hahn 2012, 16).

Diese Veränderungen trugen maßgeblich dazu bei, dass sich das Fertilitätsverhalten veränderte. Deutlich wird dies an der sinkenden Geburtenrate sowie an dem deutlichen Altersanstieg der Frau bei der ersten Geburt (ebd. 16 f). Das durchschnittliche Erstgraviditätsalter liegt heute bei 28,5 Jahren, dies ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu 1960 wo das Durchschnittsalter bei 25 Jahren lag (vgl. Krätschmer-Hahn 2012, 18; Stöbel-Richter & Brähler 2010, 148).

⁵ Begriff der Familiensoziologie, bezeichnet die Institutionalisierung der „Normalfamilie“ im Zeitraum der 1950er und 1960er Jahre. In der Bundesrepublik wurde die Familie sogar im Grundgesetz verankert und unter besonderen Schutz des Staates gestellt, Art. 6 Grundgesetz (vgl. Beck-Gernsheim 2006, 85).

⁶ 1964 Rekordjahr mit 1,3 Mio. Geburten (vgl. Wischmann 2008, 32).

Damit ist der Anteil der sog. Spätgebärenden, worunter Frauen über 34 Jahren zu verstehen sind, in den vergangenen zwei Jahrzehnten von 1.3 % auf 22% erheblich gestiegen (vgl. Stöbel-Richter & Brähler 2010, 148).

In Europa ist die Geburtenrate seit mehreren Jahrzehnten rückläufig und liegt momentan unter dem Reproduktionsniveau. Dies bedeutet, dass es derzeit weniger Geburten als Sterbefälle gibt (vgl. Krätschmer-Hahn 2012, 18).

Generell ist ein Anstieg der Kinderlosigkeit zu verzeichnen, denn ca. 30% der Frauen des Geburtenjahrgangs 1970 bleiben ohne Nachwuchs (vgl. Stöbel-Richter & Brähler 2010, 149). Genaue Zahlen zur Kinderlosigkeit können jedoch erst nach Beendigung der fertilen Phase ermittelt werden (ebd.). Innerhalb Europas steht der Geburtenjahrgang 1955 aller gewollt und ungewollt kinderlosen Frauen in Deutschland mit 22% an erster Stelle, Frankreich hingegen zeigt vergleichsweise einen geringeren Prozentsatz von 8% auf (vgl. Stöbel-Richter & Brähler 2010, 149; Wischmann 2008, 32).

Bei den soeben genannten Zahlen zur Kinderlosigkeit findet keine Unterscheidung zwischen ungewollter und gewollter Kinderlosigkeit statt. Der Anteil ungewollt kinderloser wird häufig mit 10-15 % zu hoch eingeschätzt (vgl. Stöbel-Richter & Brähler 2010, 149). Das mag unter anderem an der Schwierigkeit der Definition liegen, denn häufig befinden sich Paare nicht im Konsens bezgl. des Kinderkriegens und damit stellt sich die Frage sind sie gewollt oder ungewollt kinderlos? (vgl. Wischmann 2008, 32). Nicht selten kommt es vor, dass zunächst eine beabsichtigte Kinderlosigkeit besteht die sich dann in eine ungewollte Kinderlosigkeit mündet (vgl. Stöbel-Richter & Brähler 2010, 149; Wischmann 2008, 32). Schätzungen zu Folge leiden 20-30% aller Paare einmal unter verminderter Fruchtbarkeit (siehe Punkt 2.), 6-9% aller ungewollt kinderlosen Paare in Europa wünschen sich eine Kinderwunschbehandlung, wohingegen 3% ihren Kinderwunsch nicht realisieren können und damit kinderlos bleiben (vgl. Stöbel-Richter & Brähler 2010, 149).

Seit 1964 hat sich speziell in Deutschland die Anzahl der Geburten halbiert und liegt damit unter 700.000 Geburten im Jahr, womit nach Angaben der Bundesregierung lediglich in jedem vierten Haushalt Kinder leben (vgl. Wischmann 2008, 32).

Die soeben beschriebenen Geburtendynamiken, die den Anstieg des Erstgraviditätsalters sowie die sinkende Geburtenrate beinhaltet, haben sich insbesondere in unterschiedlicher Geschwindigkeit und in unterschiedlichem Maße auch in West- und Ostdeutschland vollzogen. Zwar waren Beide Teil eines umfassenden familiendemografischen Wandels in Europa, je-

doch bis 1990 von völlig unterschiedlichen gesellschaftlichen Aspekten geprägt (vgl. Krätschmer-Hahn 2012, 18). Während im Osten Deutschlands die Familiengründung relativ früh im Lebenslauf erfolgte, womit in der ehemaligen DDR eine generelle Tendenz zur frühen Familiengründung und Heirat gemeint ist, nebst zeitgleich ansteigender nichtehelicher Geburten (ebd.), war der Westen von einem Anstieg der Kinderlosigkeit sowie einem Aufschub des Geburtenalters geprägt (ebd.).

Dieser „demographische Bruch“ im Familien- und Fertilitätsverhalten wird häufig als Ausdruck derzeitigen epochalen gesellschaftlichen Wandels gesehen. Denn dieser Wandel führte dazu, dass alte Bindungen von einer neuen Form des Lebenslaufs und die damit einhergehenden neuen Anforderungen und Erwartungen (Vollzeitbeschäftigung, Flexibilisierung), aber auch neugewonnene Freiräume (Verbreitung der Pille, Erhöhung des Lebensstandards) sowie Abhängigkeiten entstanden sind (vgl. Erdle 2008, 27f; Krätschmer-Hahn 2012, 17; Stöbel-Richter & Brähler 2010, 148). Damit prägen Kultur und die Strukturen einer Gesellschaft die Eltern-Kind-Beziehung und haben damit einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Fertilität (vgl. Erdle 2008, 28f; Stöbel-Richter & Brähler 2010, 148).

Zur Prävalenz des unerfüllten Kinderwunsches in Deutschland finden sich recht unterschiedliche und nicht endgültig gesicherte Angaben. Die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare in Deutschland variiert je nach Quelle, weil häufig Angaben Interessengeleitet sind (vgl. Wischmann 2008, 31). Während die Pharmaindustrie von ca. 2,5 Mio. betroffenen Kinderwunschpaaren berichtet, gehen GesundheitspolitikerInnen von weniger als 1 Mio. betroffenen Paaren aus (ebd. 31f). Es gelten nach neueren Studien 3-9% (vgl. Thorn 2010, 23) der Kinderwunschpaare als ungewollt kinderlos. In diesem Zusammenhang bedeutet es das ca. 0,5 Mio. bis 1,5 Mio. Paare zur Realisierung ihres Kinderwunsches auf die Reproduktionsmedizin angewiesen sind (vgl. Wischmann 2008, 32). Generell besteht eine vorübergehende Fruchtbarkeitsstörung sehr viel häufiger als zunächst eingeschätzt, denn mittlerweile wartet jede dritte Frau länger als ein Jahr auf den Eintritt einer Schwangerschaft (ebd.). Auch in Zukunft ist von einer weiteren Zunahme an ungewollt kinderlosen Paaren auszugehen, da das Durchschnittsalter der erst Gravidität in (West-) Deutschland bereits bei 30,5 Jahren liegt, wohingegen es 1977 noch bei 24,9 Jahren lag (ebd.). Denn das Alter gilt als wichtigster prognostischer Faktor für den Eintritt einer Schwangerschaft und damit zur Erfüllung des Kinderwunsches (ebd.), wobei auch hier Autoren geteilter Meinung sind (vgl. Gnoth et al. 2004, 277).

„Grundsätzlich ist die Entscheidung zur Familiengründung eine im Lebenslauf veränderliche bzw. vielfach an äußeren Bedingungen geknüpft, weshalb im Lebenslauf aus einer zunächst

gewollten später ein ungewollte Kinderlosigkeit resultieren kann. In diesen Fällen wird dann oft der letzte Ausweg in einer reproduktionsmedizinischen Behandlung gesucht“ (Stöbel-Richter et al. 2011, 416).

3.3 Ätiologie des unerfüllten Kinderwunsches

Es ist häufig nicht eine einzige schwerwiegende Ursache die auf einen der Partner zurückzuführen ist, sondern unterschiedliche Einschränkungen der Fruchtbarkeit sowohl bei der Frau als auch beim Mann (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 25). Es lassen sich Störungen bei 30-45% der Männer und Frau finden. Bei etwa 15-30% der ungewollt kinderlosen Paare liegt die Ursache an beiden Geschlechtern (ebd. Feichtinger & Stanzel 2009, 131; Ludwig 2005, 62). In 10% der Fälle spricht man von idiopathischer (ungeklärte) Sterilität (ebd.). Diese prozentualen Angaben sollen lediglich Tendenzen aufzeigen und nicht als absolute Werte missverstanden werden, da diese je nach Institut und Region schwanken. Zudem erschwert eine große Dunkelziffer eine exakte Darstellung.

Es gibt zahlreiche Faktoren die sich gegenseitig bedingen und sich auf die Fruchtbarkeit auswirken. Somit kommen neben organischen Störungen auch unspezifische Faktoren zum Tragen (vgl. Henning & Strauß 2002, 3). Denn oftmals führt ein Zusammentreffen unterschiedlicher Faktoren bei einem der Partner oder bei Beiden zum unerfüllten Kinderwunsch (vgl. Zeller-Steinbrich 2006, 68). Auch seelische bzw. partnerschaftlich bedingte Problematiken können allein oder im Zusammenspiel physischer Faktoren, als Konzeptionshindernis wirksam werden (ebd.). Damit sind die Ursachen einer Fertilitätsstörung multifaktoriell zu betrachten.

3.3.1 Ursachen der Sterilität

Ursachen bei der Frau

Hormonstörungen sind mit 30- 40% die häufigsten Sterilitätsursachen der Frau (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 25; König 2003, 29). Bei mehr als 25% der Frauen liegt eine Störung der Eierstockfunktion vor, was zum Ausbleiben des Eisprungs (Ovulation), zur Störung der Eibläschenreifung sowie zur Zystenbildung an den Eierstöcken oder zu Fehleinnistung führen kann (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 135f; König 2003, 30; Tech 2011, 20). Dies zeigt sich in der Störung des Monatszykluses bzw. im Ausbleiben der Menstruation, sekundäre

Amenorrhoe⁷ (vgl. Fiegl 2008, 32f; Ludwig 2005, 37; Zeller-Steinbrich 2006, 69). Die Endometriose⁸, eine gutartige Wucherung von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter (Ovarien, Tuben), kann erheblich zur Beeinträchtigung der Konzeptionsfähigkeit beitragen (vgl. Ludwig 2005, 72; Tech 2011, 22; Wischmann & Stammer 2006, 87).

Des Weiteren kann die weibliche Infertilität in verschlossenen Eileitern (Tuben) begründet liegen (vgl. Fiegl 2008, 28; Zeller-Steinbrich 2006, 69). Seltener werden hingegen Veränderungen an der Gebärmutter (Uterine Ursachen) durch Missbildungen oder Myome (gutartige Geschwülste in oder an der Gebärmutter) sowie Störungen der Erbsubstanz (Chromosomenanomalien: es sind keine Eierstöcke angelegt) als auch immunologisch (Spermienantikörper beeinträchtigen den Fortpflanzungsprozess) bedingte Sterilität wirksam (vgl. Tech 2011, 22; Wischmann & Stammer 2006, 25; Zeller-Steinbrich 2006, 69).

Ursache beim Mann

Häufig liegt bei Mann eine Störung der Spermienbildung (bei ca. 10- 20%) vor (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 133; Thorn 2010, 23). Die Ursachen liegen u.a. durch Krampfadern, sogenannter Varikozelen, einen in der Kindheit zu spät erkannten Hodenhochstand, einer Hodenverletzung oder Hodenentzündung (z.B. durch einer Mumpserkrankung) sowie durch Infektionen als auch durch den Konsum von Alkohol, Nikotin, und Drogen (vgl. Fiegl 2008, 30; König 2003, 30f; Thorn 2010, 23). Bei ca. 15-20% der betroffenen Männer besteht eine Zeugungsunfähigkeit aufgrund verschlossener Samenwege, die durch ein Fehlen, einem Verschluss oder durch eine Undurchlässigkeit der Samenleiter verursacht wird (vgl. Fiegl 2008, 31; Thorn 2010, 24). Als weiterer Grund sind Störungen der Erbsubstanz (Chromosomenanomalien), welche ca. auf 6% der betroffenen Männer zutrifft. Dieser Störung liegt einem Überschuss weiblicher Geschlechtschromosomen zugrunde (vgl. Fiegl 2008, 32). Hormonstörungen beeinträchtigen auch bei Männern die Fruchtbarkeit. Denn in Folge dessen werden weniger Spermien gebildet, der Anteil anomaler Spermien steigt, was zu Folge hat das diese fehlgebildet sind und dadurch weniger beweglich (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 135; König 2003, 29).

⁷ Sekundärer ist die Amenorrhoe, wenn nach mind. einer stattgefundenen Menstruation im Leben die Regelblutung für mind. 3-6 Monaten ausbleibt, primär ist eine Amenorrhoe wenn die Menstruation nie eingesetzt hat (vgl. Ludwig 2005, 37).

⁸ Endometriose: Entzündungsreaktionen, Verwachsungen, Zystenbildung sind Folgen, die zur Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit führt, 7-15% der Frauen im reproduktionsfähigen Alter sind davon betroffen. Ursache für die Entstehung sind nicht vollständig geklärt (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 87; Tech 2011, 22; Feichtinger & Stanzl 2009, 139).

3.3.2 Umweltfaktoren

Wie bereits eingehend beschrieben, liegen die Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch in vielen Faktoren begründet. So ist es unumgänglich an dieser Stelle auch die Umweltfaktoren sowie den Einfluss der Lebensführung auf eine Konzeptionschance zu erwähnen.

Studien haben ergeben, dass die Zahl beweglicher Spermien sowie die Qualität der Spermien innerhalb der vergangenen 20 Jahre um ein Viertel zurückgegangen ist (vgl. Zeller-Steinrich 2006, 69). Das Vorkommen eines Hodenhochstands hat sich in den vergangenen drei bis vier Jahrzehnten verdoppelt, Chromosomanomalien sind häufiger geworden, welche mit Östrogenen die als Ausscheidungsprodukte (z.B. nach Pilleneinnahme) in den Wasserkreislauf gelangt sind, im Zusammenhang gesehen werden können (ebd.; Feichtinger & Stanzl 2009, 92f). Generell bestehen Annahmen der Wirkung von Umweltgiften, wie u.a. Pestizide⁹, Phthalate¹⁰ auf den Hormonhaushalt, die zu Fehlbildungen der Spermien und zur Unbeweglichkeit sowie zu mangelnder Spermiedichte führen und damit langfristig zu einer Fruchtbarkeitsstörung beitragen (vgl. Ritzinger & Weissenbacher 2006, 136; Sautter 2000, 90; Zeller-Steinrich 2006, 69). Weitere Einflussfaktoren stellen u.a. Nikotinkonsum sowie Über- und Untergewicht dar (vgl. Keck 2008, 49; Zeller-Steinrich 2006, 70). Tabakkonsum reduziert die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit auf ca. die Hälfte (vgl. Ludwig 2005, 114). Die Adipositas ist ein negativer Einflussfaktor nicht nur hinsichtlich der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit, sondern auch in Bezug auf die Abortrate (vgl. Keck 2008, 50f; Ludwig 2005, 115). Die Rate der Fehlgeburten verdoppelt sich bei einem Body-Mass-Index (BMI) von über 30 KG/m². Bereits bei einer Gewichtsreduktion von 5-10% des Ausgangsgewichts würde eine Spontankonzeptionswahrscheinlichkeit deutlich steigen, sofern keine weiteren Auffälligkeiten vorliegen (ebd.) Beim Mann wirkt sich Übergewicht auf die Samenbildung aus (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 100f; Wischmann & Stammer 2006, 68). Doch auch extremes Untergewicht als Folge von Anorexie oder Bulimie können die Fruchtbarkeit beeinträchtigen (ebd.). Neben Genussmittelmissbrauch und Essstörungen können Leistungssport sowie chronischer Stress z. B. arbeitsbedingt als weitere Faktoren die Fruchtbarkeitsstörung verursachen (vgl. Ritzinger & Weissenbacher 2006, 135f)

Als weitere Ursache gilt die Zunahme der Anzahl der Sexualpartner und damit ein erhöhtes Infektionsrisiko durch sexuell übertragbare Erkrankungen z.B. Chlamydieninfektionen (vgl.

⁹ Pestizide sind in zahlreichen Schädlingsbekämpfungsmitteln enthalten, trotz des Verbots seit 1978 (vgl. Sautter 2000, 90).

¹⁰ Phthalate sind als Weichmacher u.a. in Lebensmittelverpackungen enthalten (vgl. Sautter 2000, 90).

Feichtinger & Stanzl 2009, 102f; Strauß et al. 2004, 12), sowie sexuelle Funktionsstörungen (siehe Punkt 4.3).

Zudem zeigt sich eine Verlagerung der reproduktiven Phase vieler Partnerschaften in das höhere Lebensalter, welches das Risiko der Reduktion der Konzeptionswahrscheinlichkeit in sich birgt (vgl. Strauß et al. 2004, 12; Wischmann & Stammer 2006, 67). Dies liegt jedoch nicht unmittelbar in der hormonellen Veränderung der Frau, die sich auf die Produktion der befruchtungsfähigen Eizellen auswirkt, denn mit steigendem Alter der Frau steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Fruchtbarkeitsschädigende Faktoren wirksam geworden sind (ebd.).

Es lässt sich zusammenfassen, dass die häufigste Ursache bei der Frau für die Fruchtbarkeitseinschränkung eine hormonelle Störung ist, gefolgt von Endometriose sowie Verschlüssen der Eileiter (Tuben). Beim Mann hingegen tritt am häufigsten eine Störung der Samenbildung auf (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 25).

4 Die medizinische Diagnostik

Um die Ursachen für eine Infertilität abzuklären, müssen infrage kommende Ursachen nach und nach eingegrenzt werden, um den bestmöglichen Therapieansatz zu finden (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 147).

Die Diagnostik des Kinderwunschaars sollte bei den Partnern deshalb zur selben Zeit erfolgen, um eine mögliche invasive diagnostische Behandlung der Partnerin zu umgehen (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 25). Allerdings begeben sich Frauen im Durchschnitt ein Jahr früher in die medizinische Diagnostik als ihre Partner (ebd.). Die diagnostischen sowie die therapeutischen Möglichkeiten sind bei der Frau weitaus größer als die der Männer (ebd.), die im Folgenden kurz aufgezeigt werden.

4.1 Diagnostik bei der Frau

Zunächst wird die Anamnese erfragt. Eine Anamneseerhebung (medizinische Vorgeschichte) sowohl bei der Frau als auch beim Mann soll dabei unterstützen zu erkennen, ob eine weitergehende Diagnostik als sinnvoll erscheint oder nicht (vgl. Ludwig 2010, 132). Deshalb umfasst die Anamneseerhebung im Wesentlichen vier Kriterien, wie

- Individuelle Anamnese der Partner
- Familienanamnese der Partner
- Zyklusanamnese
- Sexualanamnese

Denn nur indem man das Kinderwunschpaar zum einen individuell abklärt und zum anderen als Gesamtbild betrachtet, wird man dem Paar im Rahmen der Diagnostik und Therapie gerecht (vgl. Ludwig 2005, 58). Im Anschluss der Anamnese wird zunächst festgestellt, ob ein regelmäßiger Monatszyklus und Eisprung stattfindet (vgl. Grünebaum 2008, 50). Dies wird u.a. mittels Beobachtung der Basaltemperatur¹¹ oder durch Beobachtung des Eisprungs mithilfe von Ultraschall bestimmt (ebd.) und kann zur Ermittlung für den günstigsten Zeitpunkt für den Sexualverkehr beitragen (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 148). Parallel zur Zyklusbeobachtung erfolgt die gynäkologische Untersuchung und eine Ultraschalluntersuchung, die

¹¹ Die Messung der Körpertemperatur nach dem Aufwachen wird als Basaltemperatur bezeichnet (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 147).

Hinweise auf mögliche Veränderungen der äußeren und inneren Geschlechtsorgane (z.B. der Nachweis bzw. Ausschluss von Myomen, Strukturveränderungen der Ovarien, Zystenbildung) der Frau geben sollen (vgl. Wischmann et al. 2004, 3). Im Rahmen der Sterilitätsdiagnose werden umfassende Hormonbestimmungen u.a. der LH (luteinisierendes-, eisprungaushlösendes Hormon), FSH (follikelstimulierendes Hormon (Eibläschen)), der Schilddrüsenhormone sowie Prolaktin¹² vorgenommen, mittels mehrfacher Blutentnahme im Verlauf des weiblichen Zyklus (vgl. Grünebaum 2008, 51; König 2003, 40) Diese sollen u.a. Aufschluss über Eireifung und dem Eisprung geben (vgl. Feichtinger & Stanzl 2009, 148; Fiegl 2008, 32).

Wird ein unauffälliger Befund bei der Diagnostik des Mannes ermittelt (siehe „Diagnostik beim Mann,,), bestünde die Möglichkeit in der Durchgängigkeitsprüfung der Eileiter (Abklärung des Tubenfaktors), u.a. mittels einer Röntgenuntersuchung der sog. Hysterosalpingographie (HSG)¹³ oder über eine Bauchspiegelung, der Laparoskopie¹⁴ (vgl. Grünebaum 2008, 52f; Wischmann et al. 2004, 4).

4.2 Diagnostik beim Mann

Neben den klinischen Untersuchungen, bei der u.a. die Hoden per Tast- und/oder Ultraschalluntersuchung Aufschluss auf mögliche Funktionsstörung geben sollen, wird ein Spermogramm des Mannes erstellt (vgl. Thorn 2010, 18; Wischmann et al. 2004, 4). Für das Spermogramm (Sperma-Analyse) wird Ejakulat, welches mittels Masturbation gewonnen wird, benötigt (vgl. Thorn 2010, 18). Vor Abgabe der Samenprobe ist es wichtig eine Karenzzeit (sexuelle Enthaltbarkeit) von 4-5 Tagen einzuhalten (ebd.). Das Spermogramm erfolgt gemäß der WHO-Kriterien und untersucht das Ejakulat u.a. auf Menge, Verflüssigung (Viskosität), Spermienzahl, pH-Wert, Beweglichkeit (Motilität) sowie der Form (Morphologie) (vgl. Thorn 2010, 18f; Wischmann et al. 2004, 4). Zumeist sind zwei oder mehrere Spermogramme erforderlich, die in der Regel mit einem zeitlichen Abstand von 8-12 Wochen erfolgen (vgl. Thorn 2010, 19). Häufig findet der Postkoitaltest, auch „Morgen-danach-Test“ genannt, im

¹² Prolaktin ist ein Hormon welches für die Brustentwicklung, sowie für den Milchfluss in den Brustdrüsen verantwortlich ist (vgl. Fiegl 2008, 32).

¹³ Bei der HSG wird Kontrastmittel mit erhöhtem Druck in die Gebärmutter injiziert, wodurch die Durchlässigkeit der Eileiter ersichtlich wird (vgl. Grünebaum 2008, 52).

¹⁴ Die Bauchspiegelung erfolgt unter Vollnarkose. Vor Beginn der OP wird der Bauch mit co₂ (Kohlendioxid) aufgeblasen, über einen Einschnitt in die Bauchhaut können Operationswerkzeuge eingeführt werden, wodurch der Arzt sich ein Bild über die inneren Geschlechtsorgane machen kann und ggf. Verwachsungen, Myome direkt entfernen kann (vgl. Grünebaum 2008, 53).

Rahmen der Diagnose Anwendung (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 26). Bei dem Postkoitaltest wird bewertet, wie lange die Spermien des Mannes im Gebärmutterhalsschleim der Frau beweglich sein können. Dazu wird das Kinderwunschpaar aufgefordert, nach einer Karenzzeit von einigen Tagen, Sexualverkehr kurz vor dem Eisprung zu haben. Am „Morgen danach“ wird bei der Frau mittels eines Abstriches die Anzahl der beweglichen Spermien im Gebärmutterhalssekret untersucht (ebd.). Für viele Paare stellt der Postkoitaltest eine große Herausforderung dar, wie unter 6.3 genauer ausgeführt wird.

Die Diagnose wird häufig durch infektiologische, im Rahmen des sog. MAR-Test¹⁵, und hormonelle Analytik (Untersuchung der Hormone LH, FSH,- siehe Punkt 3.1) ergänzt (vgl. Thorn 2010, 19; Wischmann et al. 2004, 4).

¹⁵ Beim sog. MAR-Test (Mixed Antiglobulin-Reaction-Test) können Spermaantikörper im Sperma nachgewiesen werden. Der Test ist jedoch umstritten weil sie keine spezifischen Antigene identifizieren können die den tatsächlichen Fortpflanzungsprozess unterbrechen (vgl. Thorn 2010, 18; Grünebaum 2008, 69)

5 Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches

Viele Paare trifft es völlig unerwartet, wenn sich die Konzeption nicht gleich einstellt und sie auf die gewünschte Schwangerschaft warten müssen (vgl. Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008, 22). Viele empfinden den unerfüllten Kinderwunsch als eine elementare Lebenskrise (vgl. Thorn 2008b, 23), da es den Verlust eines Lebensplanes und damit eines Lebenszieles darstellt (vgl. Strauß et al. 2004, 8). Durch den unerfüllten Kinderwunsch können Vorstellungen über die eigene Person ins Ungleichgewicht geraten und der individuellen Lebenskonstruktion werden somit Grenzen aufgezeigt (vgl. Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008, 22). Für viele Betroffene stellt die ungewollte Kinderlosigkeit eine Verunsicherung hinsichtlich ihres Selbstverständnisses als Frau, als Mann und als Paar dar (ebd.).

5.1 Psychosoziale Merkmale von ungewollt kinderlosen Paaren

In den vergangenen 20 Jahren hat sich die Forschung und damit die Sicht auf psychosoziale Merkmale maßgeblich verändert. Bis zur Mitte der Achtziger Jahre waren die Forschungsanstrebungen tendenziell psychoanalytisch orientiert, weshalb vorwiegend psychische Ursachen zur Erklärung der Infertilität herangezogen wurden, vor allem wenn keine organische Ursache diagnostizierbar war (idiopathische Sterilität siehe Punkt 3.) (vgl. Henning & Strauß 2000, 17; Stammer, Verres & Wischmann 2004, 5). Anfängliche Untersuchungen zu möglichen psychogenen, seelisch bedingter Infertilitätsursachen richteten sich auf weibliche Fruchtbarkeitsstörungen, weshalb die Frau im Mittelpunkt der Untersuchungen stand (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 5f).

Einige Studien deuteten darauf hin, dass unbewusste Widerstände der sterilen Frau u.a. gegen Schwangerschaft und damit eine Ablehnung der Mutterrolle sowie eine gestörte Geschlechtsidentität kausale Faktoren wären, die eine Fruchtbarkeitsstörung bedingen¹⁶ (ebd.; Wischmann et al. 2004, 24). Gegenstand der Forschung wurden daher die Persönlichkeitsunterschiede zwischen Frauen mit idiopathischer und organischer Sterilität sowie fertiler und infertiler Frauen, als auch Frauen bei der nach einer Kinderwunschbehandlung sich eine Schwangerschaft eingestellt hat und denen die ohne Kinder blieben (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 6). Resultierende Befunde weisen darauf hin, dass Persönlichkeitsmaße nicht generell in der Lage sind zwischen den genannten Populationen zu unterscheiden, so bestehen

¹⁶ Dieser Forschungsansatz wurde kritisiert, weil die Aussagen sich auf klinische Einzelfallstudien basierten und Verallgemeinerungen darstellen, geht man dem klinischen Eindruck nach (vgl. Henning & Strauß 2000, 17).

u.a. keine größeren Diskrepanzen zwischen Selbstbild und dem idealem Selbst, als auch im Körperleben der ungewollt kinderlosen Frauen gegenüber der Probandinnen der Kontrollgruppe (vgl. Henning & Strauß 2000, 17). Derartige Vorurteile wurden von systematischen Studien durchweg entkräftet (vgl. Wischmann 2009a, 287).

Heutige Forschungsansätze gehen zumeist von der Annahme aus, dass eine Fruchtbarkeitsstörung primär psychische Belastungen hervorrufen und nicht unbedingt aus ihnen resultieren (ebd., 21). Vor allem für Frauen stellt die Fruchtbarkeitsstörung eine erhebliche Belastung dar (ebd.; Wischmann 2009a, 287), aber auch für viele Männer sind davon betroffen (vgl. Thorn 2010, 11), weshalb im Folgenden näher auf psychische Merkmale bei ungewollt Kinderlosen eingegangen werden soll.

5.2 Die ungewollt kinderlose Frau

Die Infertilität wird von vielen Frauen als schlimmste emotionale Krise wahrgenommen, die den Verlust eines geliebten Menschen oder einer schwerwiegenden Erkrankung gleichkommen soll (vgl. Wischmann 2009a, 287). Die ungewollte Kinderlosigkeit stellt damit für einen Großteil der Frauen eine Problematik dar, die mit vielen Konflikten einhergehen kann, es ist es vor allem für Frauen eine psychische und soziale Problematik (vgl. Kuchling 2002, 42). Der unerfüllte Kinderwunsch kann in einem engen Zusammenhang mit dem Selbstbild der Frau und ihren sozialen Beziehungen gesehen werden, weshalb die ungewollte Kinderlosigkeit Auswirkungen auf die eigene Identität, ihre Partnerschaft (siehe Punkt 5.4) und damit auch auf die Sexualität (siehe Punkt 6.) haben kann (ebd.; Schuth 2002, 110; Zeller-Steinbrich 2006, 64).

Wenn sich die gewünschte Schwangerschaft nicht einstellt, kann dies ein Gefühl der Unvollständigkeit bei der Frau erzeugen (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 71; Strauß et al. 2004, 8). Es können Zweifel bezüglich der Mutterrolle aufkommen, die sich in Ärger und Wut, vor allem auf den eigenen Körper gerichtet, zeigen (siehe unter 5.4.1) (ebd.). Wenn der Körper die Konzeption verwehrt, kann dies für Frauen eine problematische Erfahrung darstellen, da erfolgreiche Reproduktion gesellschaftlich häufig als Beweis einer funktionierenden Weiblichkeit gilt (vgl. Kowalcek 2000, 783). Die ausstehende Schwangerschaft kann als Verlust der Potenz empfunden werden, weil ein Bereich der Weiblichkeit nicht erlebt werden kann, was zu Verunsicherungen bezüglich des Selbstwertgefühls bzw. zum Verlust des Selbstbildes

als Frau führen kann (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 71; Kowalcek 2000, 783; Schuth 2002, 110).

Psychische Auffälligkeiten der Frau in Form Ängsten und Depressionen (vgl. Schuth 2002, 110) und die damit einhergehende empfundene Infragestellung ihrer Weiblichkeit, glauben Frauen nur in einer Schwangerschaft überwinden zu können, weshalb viele der betroffenen Frauen die Lösung in den reproduktionsmedizinischen Verfahren sehen (siehe auch 7.2) (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 74; Schuth 2004, 110).

Häufig werden kinderlose Frauen mit Stigmatisierungen von ihrer Umwelt konfrontiert (vgl. Strauß et al. 2004, 8), man begegnet ihnen mit Vorurteilen (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 62). So wird ihnen vorgeworfen u.a. egoistisch, selbstsüchtig, unreif, karriereorientiert sogar kinderfeindlich zu sein. Die Fähigkeit mit Kindern umgehen zu können wird ihnen abgesprochen. Diese klischeehaften Vorstellungen haben zur Folge, dass Frauen ihren unerfüllten Kinderwunsch häufig nicht thematisieren. Im Zusammenhang mit der Nichterfüllung des Kinderwunsches werden Ängste geschürt, die letztlich in Abgrenzungen vom sozialen Umfeld münden können (ebd., 62f; Strauß et al. 2004, 8). Oder man begegnet ihnen mit Mitleid, wodurch der Frau der normative Entwicklungsschritt, der ihr durch die Fruchtbarkeitsstörung, verweigert wird, nochmals vergegenwärtigt wird (vgl. Schuth 2004, 110; Strauß et al. 2004, 8).

Durch die oft als „störanfällige beschriebene weibliche Identitätsbildung“ und die Annahme das weiblichen Selbstwertgefühl abhängig von gelingender Mutterschaft ist, wird die Fruchtbarkeitsstörung in der Regel von der Frau als kränkender und bedrohlicher empfunden als von dem Mann (vgl. Schuth 2004, 110). In Anlehnung an Fränznick und Wieners (2001) bestünde ein Grund darin, dass Männer gesellschaftliche Anerkennung und damit ihr Selbstbild stärker über den Beruf beziehen können (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 71; Schuth 2004, 110). „Das der Kinderwunsch daher von der Frau drängender vorgetragen wird, sie häufig auch ohne Partner reproduktionsmedizinische Behandlungen sucht und den höheren Preis für die Therapie zu zahlen bereit ist, dürfte in der zentralen gesellschaftlichen Bedeutung von Fortpflanzung und Mütterlichkeit für ein stabiles und Sicherheit gebendes weibliches Selbstwertgefühl liegen“ (Schuth 2004, 110). Denn die Infertilität verweigert diesen normativen Entwicklungsschritt (ebd.).

5.3 Der ungewollt kinderlose Mann

Das junge Feld der Männerforschung hat in vielen Studien belegt, dass Männer ihre Gefühle anders als Frauen zeigen, was jedoch nicht heißen soll, dass sie weniger unter der Unfruchtbarkeit leiden (vgl. Thorn 2010, 23). Wenn bei Männern eine Fruchtbarkeitsstörung u.a. aufgrund einer Störung der Spermienbildung (siehe 3.3.1) diagnostiziert wurde, erfolgen Reaktionen wie Hilflosigkeit, Scham, Ohnmacht, Verleugnung und Selbstzweifel, eine Art Schock stellt sich ein (ebd., 25; Zart 2011, 37). Mehreren Studien zufolge sind Männer stärker durch die Infertilität belastet wenn die Ursache bei ihnen diagnostiziert wurde (vgl. Henning & Strauß 2000, 28; Strauß et al. 2004, 9). Dies kann als Belastungsreaktion auf Schuldgefühle bzw. Vorwürfe für frühere Verhaltensweisen gedeutet werden (ebd.). Des Weiteren wird bei männlicher Fruchtbarkeitsstörung häufiger eine heterologe Insemination (siehe 7.2.1) in Betracht gezogen, dies bedeutet, dass der Kinderwunsch erfüllt werden könnte, der Mann aber nicht der biologische Vater wäre (ebd.). Zudem entwickeln einige Männer Selbstzweifel, denn „ein Kind zu zeugen, hängt für die meisten sehr eng mit ihrem Bild als Mann und mit ihrem männlichen Selbstwert zusammen“ (Thorn 2010, 25). Wird über männliche Unfruchtbarkeit gesprochen, geschieht dies fälschlicherweise häufig im Zusammenhang der Impotenz (ebd.; Henning & Strauß 2000, 28). So werden die Begrifflichkeiten der Virilität (Männlichkeit), Sterilität (Zeugungsunfähigkeit) sowie Potenz (Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr) bzw. Impotenz (Unfähigkeit zum Geschlechtsverkehr) häufig miteinander verwechselt, weshalb Männer mit Fruchtbarkeitsstörungen in diesem Zusammenhang mit den Männern gleichgestellt werden, die nicht zum Beischlaf fähig sind, obwohl dies häufig nicht miteinander in Verbindung steht (vgl. Thorn 2008b, 20). Die Vermischung der soeben genannten Begrifflichkeiten, trägt zur Verunsicherung bei, was u.a. dazu führt, dass die Betroffenen die Fruchtbarkeitsstörung seltener thematisieren (ebd.). Wenn sich Selbstzweifel als Folge der gestellten Diagnose beim Mann einstellen, kann dies bei ihnen zu Tag- und Nachträumen führen, bei denen Ängste und Sorgen verarbeitet werden (vgl. Thorn 2010, 27). Dies verdeutlicht, wie tief das Selbstwert des Mannes erschüttert werden kann und wie intensiv sie sich mit der Thematik auseinandersetzen (ebd., 27f). Auch können sich Gefühle von Wut und Verbitterung einstellen, die als Ausdruck der bereits genannten Ohnmacht und Hilflosigkeit, verstanden werden können (vgl. Kowalcek 2000, 783; Thorn 2010, 28).

Zudem können sich Schuldgefühle einstellen, denn Männer mit Fruchtbarkeitsstörungen können nicht nur den eigenen Kinderwunsch nicht umsetzen, auch der Kinderwunsch ihrer Partnerin bleibt unerfüllt (vgl. Thorn 2010, 29).

Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass der unerfüllte Kinderwunsch für Männer weniger von Bedeutung ist als für Frauen und sie daher weniger darunter leiden (ebd., 29). Doch im Gegensatz zu Frauen neigen Männer dazu, ihre Empfindungen mit sich selbst auszumachen, zudem zeigen sie ein geringeres Kommunikationsbedürfnis, es bestehen sozusagen geschlechtsspezifische Krisenbewältigungsmuster (ebd., 33). Generell scheinen Männer dazu zu tendieren, dass sie Dinge eher pragmatisch und zielorientiert angehen, Sachverhalte, die sie nicht beeinflussen können nehmen sie häufig schneller als gegeben hin und sind darauf bedacht Lösungen zu finden und diese umzusetzen (ebd., 29, 33; Zart 2011, 120). Derartige Bewältigungsstrategien führen jedoch dazu, dass ihre Emotionen bezüglich der ungewollten Kinderlosigkeit weniger wahrgenommen werden (ebd.). An dieser Stelle ist jedoch zu betonen dass, um Emotionen zu bewältigen, nicht unbedingt alle Gefühle mitgeteilt werden müssen. Letztlich geht es darum, über Bewältigungsstrategien zu verfügen und diese auch umzusetzen, um eine schwerwiegende Situation zu bewältigen (ebd., 30). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es Männern wesentlich schwieriger fällt mit Freunden über Ängste und Gefühle zu sprechen als Frauen (ebd.). Gründe für die unterschiedliche Gesprächskultur von Männern und Frauen wird in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen erforscht was aufgrund der Komplexität hier nur am Rande Erwähnung finden kann.¹⁷

5.4 Auswirkungen auf die Paarbeziehung

Die ungewollte Kinderlosigkeit wird erst seit einigen Jahren in der Forschung als Paarproblematik betrachtet, weshalb sich das Forschungsinteresse u.a. auf Aspekte der Partnerzufriedenheit sowie auf die Partnerinteraktion richtet (vgl. Henning & Strauß 2000, 31). Eine Fruchtbarkeitsstörung berührt nicht nur die Beziehung der jeweiligen Partner zu sich selbst, sondern auch die Beziehung zueinander (vgl. Kuchling 2002, 48). In Anlehnung an Frick-Bruder (2003) ist die Erfahrung miteinander nicht fruchtbar zu sein für beide eine Kränkung des Selbstwertgefühls, aber auch eine Kränkung der Beziehung zueinander (Frick-Bruder 2003, 32), weshalb eine Fertilitätskrise eine enorme Anforderung an die Tragfähigkeit der Paarbeziehung bedeuten kann (vgl. Kuchling 2002, 48).

Häufig führt der unerfüllte Kinderwunsch zu interpersonellen Problemen innerhalb der Paarbeziehung (vgl. Strauß et al. 2004, 8). Es kann vorkommen, dass Missverständnisse, beispielsweise aufgrund eines unterschiedlich starken Kinderwunsches (ebd.; Schuth 2004, 111),

¹⁷ Bei näherem Interesse ist auf „The Masculinity Studies Reader“ von Adams & Savran (2002) zu verweisen.

in einer Kommunikationsstörung münden, die sich u.a. in einer Art der Kommunikationsunfähigkeit zeigen kann (vgl. Schuth 2004, 111). Zu begründen ist dies damit, dass viele Frauen annehmen, dass ihre Einstellung bzw. Vorstellung bezüglich ihres gemeinsamen Kinderwunsches kongruent seien, weshalb keine Kommunikation zwischen den Partnern mehr stattfinden müsse (ebd.).

Eine andere Form der Kommunikationsproblematik, wie bereits unter 5.3 angedeutet, stellt die Situation dar, in der die Frau ein größeres Bedürfnis hat die Situation des unerfüllten Kinderwunsches zu thematisieren um diese zu verarbeiten (vgl. Thorn 2010, 33). Für einige Paare kann das unterschiedliche Redebedürfnis Probleme nach sich ziehen, einen sogenannten Teufelskreis auslösen (ebd., 34). Dies kann zur Folge haben, dass die Frau das Gefühl hat mit ihrem Kummer allein zu sein. Dies wiederum führt zur gegenseitigen Kritik und damit zur Entwertung des Partners (ebd., 34).

Wie bereits erläutert, besteht eine unterschiedliche Handhabung im Umgang mit Emotionen und Belastungssituationen zwischen den Geschlechtern (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 56) weshalb sie sich häufig nicht in ihren Bewältigungsstrategien ergänzen und unterschiedliche Behandlungsverfahren in Betracht ziehen (vgl. Strauß et al. 2004, 8). Es lässt sich eine unbewusste Rollenaufteilung bei dem betroffenen Paar vermuten, die den emotionalen Unterschied erklären würde (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 56). Im Falle dass die Frau in Depressionen verfällt übernimmt der Mann häufig den optimistischen Part, um zu verhindern, dass nicht das Paar gemeinsam in eine tiefgreifende Krise fällt (ebd.). Dies kann nachteilig sein, da sich die Frau mit ihren Emotionen nicht ernstgenommen fühlt und sich zunehmend durch den Trauerprozess von ihrem Partner distanziert sieht (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 56). Zusätzlich besteht die Gefahr, dass der Mann seine wahren Gefühle nicht mehr wahrnehmen kann oder im Bemühen seine Partnerin zu unterstützen, möglicherweise „stumm“ leidet (vgl. Thorn 2010, 50; Wischmann 2009c, 93).

Viele der betroffenen Paare tendieren zum Rückzug aus dem sozialen Umfeld, vor Scham oder der Befürchtung der Stigmatisierung, wie der Zuschreibung von Attributen wie u.a. „selbstüchtig“ und „verantwortungslos“ (detaillierter s.o.), konfrontiert zu werden (vgl. Strauß et al. 2004, 8; Onnen-Isemann 2004, 3). Weshalb häufig gemeinsame Aktivitäten und Lebensinhalte eingegrenzt und zugunsten einer Konzentration auf die Kinderwunschbehandlung ausgegeben werden (vgl. Schuth 2004, 111). Dieser Rückzug kann als Versuch interpretiert werden, dem gesellschaftlichen Druck zu entkommen, denn durch den rasanten Fortschritt der reproduktionsmedizinischen Verfahren und der öffentlichen Berichterstattung, wird

der Eindruck vermittelt, dass niemand mehr unter der ungewollten Kinderlosigkeit leiden muss (vgl. Enchelmaier 2004, 8; Onnen-Isemann 2004, 3; Strauß et al. 2004, 8). Viele der betroffenen Paare sehen sich dadurch mit dem Meinungsbild der Gesellschaft konfrontiert, sich bewusst für den unerfüllten Kinderwunsch entschieden zu haben (ebd.).

Des Weiteren können Beeinträchtigungen im sexuellen Erleben empfunden werden, weil der Sexualverkehr auf die Erfüllung des Kinderwunsches funktionalisiert wird (siehe Punkt 6.) (ebd.).

5.5 Psychologische Folgen des unerfüllten Kinderwunsches

Paare erleben nahezu einen Schock wenn sie erfahren, dass ein Fruchtbarkeitsproblem besteht, welches unter Umständen in einer Kinderlosigkeit münden kann (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 37). Das starke psychische Leiden ungewollt kinderloser Paare wird tendenziell als Folge und nicht als Ursache der Kinderlosigkeit verstanden (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 38). In Anlehnung an Menning (1980), die erstmals ein psychologisches Krisenkonzept auf die Fruchtbarkeitsproblematik übertrug, wird deutlich was Paare im Rahmen einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung durchleben (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 38, 43). Die emotionalen Reaktionen die mit dem Nichteintritt der gewünschten Schwangerschaft einhergehen, verlaufen in Form eines dynamischen Prozesses, der sich in Phasen emotionaler Zustände unterteilen lassen (vgl. Kuchling 2002, 33; Wischmann & Stammer 2006, 43).

Nachstehend erläutere ich die verschiedenen Dimensionen des „emotional roller-coaster“, eine „Achterbahn der Gefühle“, in Anlehnung an Barbara Menning (1980)¹⁸ Darunter versteht sie das, was Frauen während einer reproduktionsmedizinischen Behandlung erleben (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 43).

Schock und Verneinung

Die Diagnose einer Fruchtbarkeitsstörung trifft viele Paare völlig unerwartet, da man davon ausgeht fruchtbar zu sein, was die jahrelange Verhütung zeigt. Indem Paare Verhütungsmittel anwenden erlebt das Paar eine gewisse Planbarkeit bzw. Machbarkeit bezüglich des Zieles Kinder haben zu wollen oder nicht. Diese Machbarkeit entfällt jedoch wenn das geplante Wunschkind wider Erwarten des Paares sich nicht erfüllt (vgl. Kuchling 2002, 33). Die bishe-

¹⁸ Das Phasenmodell stammt von Barbara Menning (1980) „The emotional needs of infertile couples“ In: Fertility and Sterility, 34, 313-319.

rige gemeinsame Lebensplanung gerät ins Schwanken und wird grundlegend in Frage gestellt (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 44). Die Schockphase geht zumeist mit Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung einher (ebd.).

Nach der ersten Schockreaktion finden Schutzmechanismen ihre Anwendung, indem die Diagnosestellung der Fruchtbarkeitsstörung verneint wird. Darauf folgt häufig ein Arztwechsel, in der Hoffnung eine andere Diagnose gestellt zu bekommen (vgl. Kuchling 2002, 33). Zu der Phase der Verneinung gehört zudem, dass Paare zu Beginn einer Kinderwunschbehandlung um die relativ geringen Erfolgchancen wissen, sich aber zu der Minderheit zählen, die bereits im ersten Behandlungszyklus schwanger werden. Diese Phase kann ein paar Wochen bis über mehrere Monate andauern (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 45).

Des Weiteren versuchen betroffene Paare ihren unerfüllten Kinderwunsch geheim zu halten, vermutlich aus Angst vor Kränkungen in Form von Mitleidsbekundungen sowie unpassenden Ratschlägen. Viele Paare sehen die Fruchtbarkeitsstörung nicht als gesundheitliches Problem, sondern genießen sich für ihre Unfruchtbarkeit. Da die Thematik des Kinderwunsches Assoziationen zur Sexualität weckt, wird die Problematik der ungewollten Kinderlosigkeit tabuisiert, weil Verletzungen der Gefühle sowie oberflächliche Reaktionen der Umwelt befürchtet werden, weshalb Betroffene sich nur an die Familie oder engsten Freundeskreis wenden (vgl. Kuchling 2002, 34).

Ärger und Wut

Den scheinbar natürlichen und selbstverständlichen Wunsch nach einem leiblichen Kind nicht realisieren zu können und auf fortpflanzungsmedizinische Hilfe angewiesen zu sein, kann Ärger, Wut und Frustration bei Paaren hervorrufen (vgl. Kuchling 2002, 34; Wischmann & Stammer 2006, 45). Der Ärger entsteht als Reaktion auf die erlebte Hilflosigkeit und dem Gefühl der Ohnmacht, welches als Versuch die Abhängigkeitssituation in den Griff zu bekommen, verstanden werden kann (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 45). Häufig richten sich die erlebte Wut und der Ärger gegen den behandelnden Arzt um sich vor der eigenen Verzweiflung, der Trauer und dem Schmerz zu schützen (vgl. Kuchling 2003, 34). Die Enttäuschung über die teils unerklärliche Fruchtbarkeitsstörung ist an Zorn, Ärger und Verzweiflung gekoppelt, weshalb ein ausbleibender Behandlungserfolg zu Selbstwertproblemen führen kann (ebd.). Viele richten ihre negativ behafteten Gefühle direkt an ihren Körper, weil der den Kinderwunsch nicht erfüllt, dabei sollte man gerade in dieser Zeit gut für sich und seinen Körper sorgen (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 45). Ärger und Wut können auch in der

Partnerschaft Einzug halten. So können längst überwunden geglaubte Konflikte neu entfachen, Vorwürfe und Trennungsfantasien können das betroffene Paar überkommen, vor allem wenn die Verursachung der Kinderlosigkeit ausschließlich bei einem der Partner diagnostiziert wurde (ebd.).

Ohnmacht

Paare fühlen sich häufig der Situation des unerfüllten Kinderwunsches ausgeliefert, sie haben das Gefühl die Kontrolle über ihren Lebensentwurf und über ihren Körper verloren zu haben, was Ohnmachtsgefühle implizieren kann (vgl. Kuchling 2002, 34; Wischmann & Stammer 2006, 46). Vor allem Paare, die tendenziell ihr Leben stringent durch zu Planen versuchten, werden häufig durch die Hilflosigkeit stark verunsichert. Während der Phase der Ohnmacht besteht die Gefahr, dass das Paar eine passive Haltung einnimmt und sich gelähmt fühlt. Es droht die Gefahr das eine aktive Auseinandersetzung zur Überwindung der ungewollten Kinderlosigkeit auf unbestimmte Zeit verschoben wird, was jedoch das Risiko in sich birgt, das Jahre verstreichen und mit den Jahren die Konzeptionswahrscheinlichkeit (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 46).

Anfangseuphorie

Viele Paare, die unter dem unerfüllten Kinderwunsch leiden, reagieren zumeist sehr erleichtert, wenn sie von den weiten Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin erfahren (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 47). Durch das Aufzeigen von Perspektiven hat das Paar nicht mehr das Gefühl der ungewollten Kinderlosigkeit machtlos gegenüber zu stehen, es besteht eine Euphorie, die sich entlastend auf das Paar auswirkt (ebd.). Ein Drittel aller Paare die sich in einer Kinderwunschbehandlung befinden werden spontan schwanger, obwohl die vorgesehene medizinische Therapie noch nicht eingesetzt hat, weshalb Grund zur Annahme besteht das der Eintritt der Schwangerschaft mit der Phase der Euphorie zusammen hängt (ebd.). Allerdings kann diese Phase auch dazu verleiten, dass sich das Paar nicht mehr mit der Thematik der endgültigen Kinderlosigkeit auseinandersetzt, weil sie die optimistische Haltung des behandelnden Arztes angenommen haben und alles auf die medizinische Behandlung setzen (ebd.).

Isolation

In der Phase der Isolation ziehen sich viele der betroffenen Paare nahezu vollständig von allen sozialen Kontakten zurück, insbesondere wenn Paare im Freundes- und Verwandtenkreis Kinder haben (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 48). Ziel des Rückzugs ist die Vermeidung

von weiteren Kränkungen in Form von Fragen bezüglich des Nachwuchs (vgl. Kuchling 2002, 35). Diese Form des Rückzugs sollte als Schutzreaktion betrachtet werden und kann für eine gewisse Zeit als sinnvoll erachtet werden (ebd.). Im Rahmen des Rückzugs, um den Kontakt zu Müttern bzw. werdenden Müttern zu vermeiden, nimmt sich die Frau damit jedoch die Möglichkeit, durch Alltagsgespräche die häufig bestehende idealisierten Vorstellungen von Kindern und Familie kritisch zu hinterfragen. Derartige Gespräche könnten entlastend wirken und die Lebenskrise hemmen, eine Isolation macht dies jedoch nicht möglich (ebd.). Des Weiteren könnte die Isolation den Leidensdruck innerhalb der Partnerschaft erhöhen, da ausschließlich der Partner als Ansprechpartner fungiert was in eine Überforderung der Partnerbeziehung münden kann (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 48).

Schuld- und Schamgefühle

Fast jedes Kinderwunschpaar möchte die Ursache für die bestehende Fertilitätsstörung kennen. Es besteht die Absicht eine Erklärung für die Fruchtbarkeitsstörung zu finden. Insbesondere wenn keine medizinischen Befunde erhoben werden konnten, beginnt vor allem die Frau nach einer persönlichen Schuld in ihrer Lebensgeschichte zu suchen (vgl. Kuchling 2002, 34; Wischmann & Stammer 2006, 48). Dabei werden vergangene Handlungen die häufig mit Schuldgefühlen einhergehen, wie z.B. eine zurückliegende Abtreibung, von der Frau als ursächlich bestimmt. Nicht selten beginnen Frauen sich Vorwürfe zu machen evtl. nicht richtig gehandelt zu haben und sehen die bestehende Kinderlosigkeit als Bestrafung an¹⁹ (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 49). Zudem wird häufig seitens der Frau eine zu egoistische Verwirklichung eigener Lebens- und Berufsziele mit der bestehenden Fruchtbarkeitsproblematik in Verbindung gebracht, die mit enormen Schuldgefühlen einhergehen, da sich zu spät für ein Kind entschlossen wurde (vgl. Kuchling 2002, 34). Derartige Schuldgefühle können u.a. dazu beitragen, dass Frauen sich verpflichtet fühlen, Methoden der assistierten Reproduktionsmedizin (ART) wahrzunehmen (ebd.). Würde man sich der ART entziehen und die Behandlungen ablehnen, könnte das als eigenes Verschulden der ungewollten Kinderlosigkeit verstanden werden (ebd.). Wenn ausschließlich nur bei einem der Partner die Ursache für die Fertilitätsstörung diagnostiziert wurde, kann auch während dieser Phase der Gedanke an einer Trennung aufkommen (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 49). Denn bei dem Partner bei dem

¹⁹ Die Konzeptionschance ist nach einem medizinisch sachgerechten Schwangerschaftsabbruch, ohne Komplikationen, nicht gemindert (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 49).

die Diagnose gestellt wurde, stellt sich die Angst ein, dass aufgrund eines Verpflichtungsgefühls die Beziehung aufrechterhalten wird²⁰ (ebd.).

Depression

Gerade Frauen erleben Phasen depressiver Verstimmung weitaus häufiger als der Mann (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 51). Alltägliche Aufgaben die einem früher Freude bereitet haben werden zunehmend als Last und Pflicht empfunden. Die Sexualität wird nur in Verbindung mit der Fortpflanzung betrachtet, weshalb nicht selten die Sexualität aufgrund bestehender Lustlosigkeit eingestellt wird (siehe 6.) (ebd.). Die Phase der Depression geht häufig mit körperlichen Symptomen (psychosomatisch), wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Gewichtsschwankungen, Störungen des Monatszyklus einher die von genereller Kraftlosigkeit begleitet wird (ebd.). Sowohl die Frau als auch der Mann können von Depressionen gleichermaßen betroffen sein was nicht selten in eine Art Sprachlosigkeit mündet, da das betroffene Paar bereits alles zum Ausdruck gebracht hat und alles Weitere als sinnlos erachtet wird (ebd.). Gerade an dem Punkt der Stagnation sollte das Paar sich auf das Leben außerhalb der bestehenden Kinderwunschproblematik besinnen und sich ggf. in der Beziehung neu entdecken (ebd.).

Trauer

In der Phase der Trauer wird die lähmende Depression von Trauergefühlen abgelöst, wodurch der seelische Heilungsprozess (Verarbeitungsprozess) in Gang gesetzt wird (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 52). Durch die aktive Trauerarbeit wird man sich seiner Gefühle bewusst, die erst dann eine Bearbeitung ermöglichen (ebd.). Dieser Prozess des Trauerns benötigt viel Zeit um den Verlust zu verarbeiten. Es stellt der Verlust von konstruierten Zukunftsplänen dar, der Verlust des sozialen Netzwerkes, sowie der Verlust die eigene Familie fortzuführen. Der Trauerprozess bei einem unerfüllten Kinderwunsch gestaltete sich unter dem Aspekt besonders schwierig weil das Paar von etwas Abschied nehmen muss was sie noch gar nicht kannten (ebd.). Um die Trauerarbeit abzuschließen ist es hilfreich wenn das Paar ein Ritual für sich findet um sich von dem Wunschkind zu verabschieden, indem man evtl. das vorgesehene Kinderzimmer umgestaltet oder Babybücher verschenkt (ebd.).

²⁰ Häufig reagieren Frauen mit Schuldgefühlen wenn die Ursache für die Sterilität definitiv beim Mann liegt. Die Frau begibt sich zusätzlich in die Behandlung, mit der Absicht ihren Körper zu optimieren um damit den Befund des Mannes auszugleichen. Es wird vermutet das die Frau sich dem unterzieht, weil der Frau die Hauptverantwortung für den Kinderwunsch zugeschrieben wird, was durch die Erziehung und Gesellschaft vermittelt wird (vgl. Wischmann & Stammer 50).

Akzeptanz

Mit der Akzeptanz löst sich die Lethargie der vorangegangenen Zeit auf. Durch den verarbeiteten Trauerprozess ermöglichen sich Paare neue Perspektiven in ihrem Leben zu wählen (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 53). Die Akzeptanz setzt die an den Kinderwunsch gebundenen (seelischen) Energien wieder frei, so dass diese dem Paar zur Verfügung steht (ebd.). Diese können dazu beitragen, dass das Paar neue Fähigkeiten und Möglichkeiten für sich entdeckt und neue Entscheidungen für ihren weiteren gemeinsamen Lebensweg treffen kann (ebd.). Es sollte nicht der Anspruch erhoben werden dass der Kinderwunsch für immer abgeschlossen ist, denn voraussichtlich begleitet der unerfüllte Kinderwunsch das Paar ein Leben lang, auch wenn zumeist im Hintergrund (ebd.). Der verwehrte Wunsch nach einem Kind kann dem Paar auf dem weiteren Lebensweg immer vergegenwärtigt werden (siehe Punkt 8.2) (ebd.).

Dieses Phasenmodell psychischer Reaktionen bei Fruchtbarkeitsstörungen soll nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und Allgemeingültigkeit erheben. Denn nicht alle Paare die unter dem unerfüllten Kinderwunsch leiden, erleben die soeben erläuterten Phasen. Es ist durchaus möglich, dass einige Paare bestimmte Phasen auslassen, überspringen ggf. auch wiederholen (ebd.).

5.6 Psychische Auswirkungen im Rahmen assistierter reproduktionsmedizinischer Behandlungen

Neben den negativen Auswirkungen der Fertilitätsstörung (s.o.), ist es inzwischen unumstritten, dass die reproduktionsmedizinischen Verfahren für viele Patienten, insbesondere für Frauen, eine erhebliche emotionale Belastung darstellt (vgl. Wischmann et al. 2004, 27). So ist bei Frauen im Gegensatz zu ihren Partnern eine Tendenz zur Depressivität, Ängstlichkeit und somatischer (körperlicher) Beschwerden zu verzeichnen, die als Auswirkung reproduktionsmedizinischer Therapien ausgelegt werden kann (Wischmann 2006, 222). Da die Ausprägungen der Symptome zunächst mit der Dauer der reproduktionsmedizinischen Behandlung zunimmt (vgl. Wischmann et al. 2004, 29). Ungewollt kinderlose Männer hingegen, erscheinen weitestgehend unauffällig, ausgenommen beim Vorliegen eines andrologischen Faktors, sind Tendenzen somatischer Beschwerden sowie Ängstlichkeit zu verzeichnen (vgl. Wischmann 2006, 222).

Des Weiteren gelten die reproduktionsmedizinischen Behandlungen, die einen erheblichen zeitlichen, emotionalen sowie finanziellen Aufwand bedeuten, für die Frau zusätzlich als enorme psychische Belastung, speziell nach erfolglosen Behandlungen (vgl. Wischmann 2009a, 287; Onnen-Isemann 2004, 3). Studien ergaben, dass das Einsetzen der Menstruation bei Behandlungsmisserfolg, neben der Wartezeit nach Embryonentransfer (siehe unter 7.2.2), der höchste psychische Stress für die Frauen darstellt (vgl. Wischmann 2006, 222). Die Partnerschaftsqualität und die sexuelle Zufriedenheit nehmen tendenziell mit der Dauer einer Behandlung ab (siehe 6.3) (ebd.).

5.7 Stress und Fertilitätsstörungen

Heutige psychologische Ansätze gehen von der Annahme aus, dass das Erleben einer Fruchtbarkeitsstörung und die entsprechenden Behandlungsverfahren häufig ziemlich belastend sind und dementsprechend physiologische Stressreaktionen auslösen können (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 8). Aus diesem Grund werden psychologische Hilfen vermehrt dazu eingesetzt, das Stresserleben zu senken, um die Stimmung der Betroffenen günstig zu beeinflussen sowie die Anpassung an die aktuelle Lebenssituation mit dem unerfüllten Kinderwunsch zu erleichtern (ebd.).

Psychischer Stress kann als eine häufige Folge von Fruchtbarkeitsstörungen verstanden werden, die sich u.a. in Negativität, Ambiguität sowie Unkontrollierbarkeit zeigen können (ebd.). Der Einfluss von psychischen Stress auf die Fruchtbarkeitsstörung wird seit langem kontrovers diskutiert und ist bis heute nicht abschließend geklärt (vgl. Strauß et al. 2004, 8; Wischmann et al. 2004, 34). Es besteht die Annahme, dass die Ausschüttung stressbezogener Hormone (Prolaktin)²¹ endokrinologische oder immunologische Mechanismen (wie Antikörper im Gebärmutterhals) auslösen kann und sich dadurch keine Konzeption einstellt (ebd.).

Für den Mann bestehen gesichertere Angaben bezüglich des Zusammenhangs von Stress und einer Infertilität, denn Studien ergaben Hinweise auf die Verschlechterung des Spermioграмms (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nach langjähriger Forschung nicht gesagt werden kann, ob psychologischer Stress eine Ursache oder als Reaktion auf die Lebenssituation mit der Fruchtbarkeitsstörung verstanden werden kann (ebd.).

²¹ Prolaktin steuert die Milchbildung, bei Erhöhung kann es zur Störung der Eireifung oder Eisprung führen (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 136).

Trotz der vorangegangenen Ausführungen über mögliche psychische Folgen in Folge des unerfüllten Kinderwunsches sind laut der Leitlinien von Fertilitätsstörungen (Strauß, Brähler & Kentenich 2004), ist keine größere partnerschaftliche Unzufriedenheit bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch zu verzeichnen, unabhängig von der medizinischen Diagnostik (vgl. Wischmann et.al, 2004, 30f). Studienergebnisse ergaben, dass die Partnerschaft in der Regel unauffällig sei, mit längerer Behandlungsdauer erleben sich einige Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sogar zufriedener (vgl. Wischmann 2009a, 287), es bestehen jedoch auch Hinweise auf eine tendenziell abnehmende Partnerschaftszufriedenheit (vgl. Wischmann et al. 2004, 29ff). Forschungen ergaben, dass eine Tendenz zur Idealisierung von Partnerschaften zu erkennen, vor allem bei Patientinnen in IVF- Behandlungen (ebd., 30). Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass die meist überdurchschnittliche Zufriedenheit mit der Partnerschaft auf das Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit zurückzuführen ist (ebd., 31).

Damit erscheinen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch im Durchschnitt psychisch unauffällig (vgl. Wischmann 2009a, 287). Bei Kinderwunschpaaren liegt der Anteil psychopathologisch auffälliger Personen mit 15 bis max 20% keinesfalls höher als in der Allgemeinbevölkerung“ (vgl. Wischmann 2009a, 287).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Fruchtbarkeitsstörung und der daraus resultierende unerfüllte Kinderwunsch für ein Paar immer eine psychische Belastung darstellt, unabhängig vom jeweiligen Ausmaß (vgl. Strauß et al. 9). Interessant wäre in diesem Zusammenhang sicherlich auch, die Forschungsmethoden, die zu den oben genannten Ergebnissen geführt haben, genauer zu betrachten. Es erscheint von besonderer Wichtigkeit, geeignete Methoden der Erhebung zu finden, die der Komplexität der Auswirkungen von unerfülltem Kinderwunsch auf Paare gerecht werden. Hier bieten sich qualitative Methoden, wie beispielsweise das narrative Interview, das problem-orientierte Interview oder die Lebenslagenanalyse, auf Grund ihrer detailreichen Erhebung, an.

6 Sexualität bei Kinderwunschpaaren

Sexualität und der Wunsch nach Kindern stellt eine enge Verbindung dar, weil die Sexualität zur Reproduktion notwendig ist (vgl. Quitmann 2008, 90). Mit der Einnahme, u.a. von hormonellen Kontrazeptiva (Schwangerschaftsverhütungsmitteln), gelingt es die Sexualität mit dem verbundenen Lustgewinn in den Vordergrund zu rücken. Dadurch erscheint die Reproduktion nebensächlich und die Befriedigung bestimmt hauptsächlich den Sexualverkehr (ebd.). Damit sind wir gedanklich dazu in der Lage den Zeugungsakt von der lustgesteuerten Sexualität zu trennen. Ab dem Zeitpunkt, an dem ein Kinderwunsch bei einem Paar aufkommt, wird die Sexualität wieder mit der Reproduktion in Verbindung gesetzt. Gelingt die Kohabitation jedoch nicht, kann bei den Paaren eine immerwährende Verbindung zwischen der Reproduktion und der Sexualität entstehen (ebd.). Dies führt paradoxerweise bei einigen Paaren dazu, dass sie ihre Sexualität komplett einstellen, trotz des bestehenden Kinderwunsches oder gar eine Funktionsstörung entwickeln (ebd. 89 f). Die Sexualstörung stellt seltener die Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch dar, vielmehr scheint dies als Folge der ungewollten Kinderlosigkeit aufzutreten (vgl. Wischmann 2009b, 111), was im Folgenden näher erläutert wird.

6.1 Sexuelle Probleme als Ursache des unerfüllten Kinderwunsches

Paare, die unter dem unerfüllten Kinderwunsch leiden müssen nicht immer körperliche Probleme haben, in manchen Fällen besteht eine ungewollte Kinderlosigkeit aufgrund sexueller Störungen (vgl. Kubitz-Eber 2008, 94; Wischmann 2009b, 112). Zu den sexuellen Störungen zählen u.a. Vaginismus²², Erektionsstörungen, sexuelle Lustlosigkeit sowie Orgasmusprobleme bei Männern (vgl. Kubitz-Eber 2008, 94; Zeller-Steinbrich 2006, 70). Gerade bei Männern wird die ungewollte Kinderlosigkeit mit sexuellen Problemen häufig synonym gesehen (vgl. Wischmann 2009b, 112). Die Gleichsetzung von sexueller Potenz und der Zeugungsfähigkeit des Mannes scheint zunächst naheliegend, weil chronische Erektionsstörungen als auch ausbleibende Ejakulationen eine Zeugung in der Regel nicht ermöglichen (ebd.). Bei der Frau hingegen werden derartige Schlüsse seltener gezogen, da bei ihr prinzipiell auch bei bestehender sexueller Funktionsstörung die Möglichkeit auf eine Schwangerschaft besteht. Ausgenommen beim Auftreten von Vaginismus. (ebd.; Kuchling 2002, 50).

²² Vaginismus: Scheidenkrampf bei Einführen des Penis, häufig seelisch bedingt (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 183).

In Anlehnung der Leitlinien „Fertilitätsstörungen- psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie“ (Strauß, Brähler & Kentenich 2004) zählen psychogene sexuelle Funktionsstörungen zu den drei ursächlichen Faktoren psychisch (mit-) bedingter Fruchtbarkeitsstörungen (detaillierter unter Punkt 3.1) (vgl. Stammer et al. 2004, 63). Die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei ungewollter Kinderlosigkeit wird auf 5% geschätzt (vgl. Wischmann 2009b, 114). Eine Studie von Pook et al. (2000) ergab, dass sich nicht primär aufgrund einer sexuellen Funktionsstörung keine Schwangerschaft einstellt, sondern vielmehr aufgrund der Vermeidung von Sexualverkehr an fruchtbaren Tagen oder aber der Geschlechtsverkehr findet außerhalb der fruchtbaren Tage statt (vgl. Pook et al. 2000, 269). Die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit ist vom Zeitpunkt des sexuellen Verkehrs und des Eisprungs (Ovulation) stark abhängig (Wischmann 2009b, 114). Die Wahrscheinlichkeit zur Kohabitation liegt am höchsten, wenn der Geschlechtsverkehr zwei Tage vor dem Eisprung erfolgt, wobei selbst bei jungen fertilen Paaren lediglich eine 30% Chance besteht. Diese verringert sich bereits auf 6-8%, wenn das Kinderwunschpaar ausschließlich zum Ovulationstermin Verkehr hat. Sobald der Verkehr einen Tag verspätet stattfinden sollte, besteht bereits nur noch eine 1-2% Chance. An dieser Stelle ist es wichtig zu benennen, dass diese prozentualen Angaben sich bei Frauen mit Ende dreißig halbieren (vgl. Ditzen & Beinder 2010, 342; Wischmann 2009b, 114).

Viele Fälle der seelisch bedingten Fruchtbarkeitsstörungen dürften von daher auf gar nicht stattfindenden bzw. zeitlich ungünstigen Kohabitation zurückzuführen sein (vgl. Wischmann 2009b, 114). Dieser Annahme nach verdeutlicht die Notwendigkeit einer empathischen, sorgfältigen Sexualanamnese beim Kinderwunschpaar durch den Arzt, noch vor Beginn reproduktionsmedizinischer Verfahren, um in diesem Zusammenhang das Paar unmissverständlich bezüglich Ovulationszeitpunkt, Schwangerschaftswahrscheinlichkeit sowie Zeitpunkt des Sexualverkehrs aufzuklären (vgl. Wischmann 2009b, 114). Falls der bisher unerfüllte Kinderwunsch aufgrund psychogener sexueller Funktionsstörung ursächlich sein sollte, wäre an dieser Stelle zunächst zu raten von einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme/Behandlung abzusehen und zuerst eine Sexual- bzw. Paartherapie in Betracht zu ziehen (ebd.).

6.2 Sexuelle Probleme als Folge des unerfüllten Kinderwunsches

Der unerfüllte Kinderwunsch kann bereits nach nur kurzer Zeit als eine enorme Belastung für die Paare darstellen (vgl. Kubitz-Eber 2008, 94). In Folge dessen denken die Kinderwunschpaare beim Geschlechtsverkehr häufig an den bestehenden Kinderwunsch, wodurch die Spontanität verloren geht und in einigen Fällen in einer Lustlosigkeit mündet (vgl. Kubitz-Eber

2008, 94; Wischmann 2009b, 115). Dadurch entsteht das Gefühl, dass ausschließlich die mögliche Empfängnis im Vordergrund steht. Die sexuelle Begegnung zwischen dem Paar wird nebensächlich, wodurch der Eindruck bei dem Paar entstehen kann, dass sie als Partner gar nicht mehr gemeint sind (vgl. Kubitz-Eber 2008, 94). Vor allem durch die zeitliche Festlegung auf die vermutlich fruchtbaren Tage und die damit einhergehende Zweckgerichtetheit, „Baby making“ (Wischmann 2009b, 115) berichten einige Paare, dass die Lust auf den Geschlechtsverkehr ausbleibt. Sie fühlen sich unter Druck gesetzt und können dadurch nicht mehr entspannen (vgl. Kubitz-Eber 2008, 94). Somit stellt der unerfüllte Kinderwunsch für viele Paare eine enorme Belastung dar, die sich auf die Sexualität durchaus auswirken kann (ebd. 95).

Studien zur Folge, sind Störungen der Sexualität als Folge der Diagnosestellung sowie therapeutischer Maßnahmen häufig zu beobachten (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95; Wischmann 2009b, 115). Die Mehrzahl der Studien zeigen einen negativen Einfluss der ungewollten Kinderlosigkeit auf die Sexualität der Kinderwunschaare auf (ebd.), da der Sexualverkehr auf die Erfüllung des Kinderwunsches funktionalisiert wird (vgl. Kuchling 2002, 50; Strauß et al. 2004, 8). Es wird aber auch von positiven Auswirkungen berichtet, die jedoch seltener zu verzeichnen sind (vgl. Wischmann 2009b, 115)

6.3 Einfluss der Kinderwunschtherapie auf die Sexualität des Kinderwunschaares

Bei Kinderwunschaaren tritt häufig eine Sexualstörung im Rahmen einer medizinischen Behandlung auf, weil die Sexualität des Paares einer Funktionalisierung unterliegt (vgl. Kuchling 2002, 50; Strauß et al. 2004, 8). Diagnostische und therapeutische Maßnahmen der Reproduktionsmedizin machen einen sehr intimen Bereich der Partnerschaft öffentlich und greifen damit häufig invasiv in die Intimität und in das Sexuelleben des Kinderwunschaares ein (vgl. Kuchling 2002, 50; Quitmann 2008, 89; Wischmann 2009b, 117).

Einer der ersten empfohlenen Maßnahmen, im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung, ist die Messung der Temperatur sowie der Sexualverkehr an den entsprechenden Zyklustagen (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95). Für viele Kinderwunschaare stellt dies eine große Schwierigkeit dar, denn somit entfällt die Spontanität und damit einhergehend die Lust am Geschlechtsverkehr (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95; Quitmann 2008, 89). Der Druck, Beischlaf an den besagten fruchtbaren Tagen haben zu müssen, kann beim nicht zu Stande kommen ein schlechtes Ge-

wissen erzeugen, welches wiederum einen erhöhten Druck erzeugt. Dies führt in vielen Fällen zur generellen Lustlosigkeit und kann beim Mann unter Umständen sogar eine Erektionsstörung hervorrufen (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95). Speziell wenn die Frau aufgrund von Störungen im Zyklusverlauf sich in einer Hormonbehandlung befindet, muss auch dort der Sexualverkehr an bestimmten Tagen erfolgen (ebd.), weshalb nicht selten Männer davon berichten sich zum „Samenspender“ degradiert zu fühlen (vgl. Wischmann 2009b, 117).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Aufforderung zum terminierten Geschlechtsverkehr für die Kinderwunschaare eine Veränderung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens zur Folge hat (vgl. Kuchling 2002, 51). Denn Sexualverkehr zum Zeitpunkt des Eisprungs und damit nach Termin wird häufig als massive Beeinträchtigung empfunden, weil die Sexualität als Instrument zur Erfüllung des Kinderwunsches an immenser Bedeutung gewinnt (ebd.). Es entsteht eine Art Zwang jegliche Möglichkeit der Befruchtung zu nutzen, wodurch die lustvolle Sexualität verloren geht. Damit sinkt die Libido nicht nur außerhalb der fruchtbaren Tage sondern es kann dazu führen, dass jegliches Lustempfinden gerade zum Zeitpunkt des Eisprungs ausbleibt (ebd.).

Das bestimmte Maßnahmen der reproduktionsmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie einen störenden Einfluss auf die Sexualität des Kinderwunschaares hat, zeigt u.a. der umstrittene Postkoitaltest²³ (vgl. Wischmann 2009b, 116). Nach dem sog. „Morgen-danach-Test“ werden Paare dazu aufgefordert zum Zeitpunkt des Eisprungs der Frau miteinander Sexualverkehr zu haben (ebd.). Für viele Paare stellt der „Verkehr zum optimalen Zeitpunkt“²⁴ (VZO) durch den Zeitdruck eine enorme Belastung dar, weshalb es häufig nicht zum Geschlechtsakt kommt, meist aufgrund einer Erektionsstörung beim Mann (ebd.). Eine einmalige Erektionsstörung kann „über den bekannten Teufelskreis (Erwartungsdruck – Verkrampfung - Erektionsstörung - Scham- und Versagensgefühle - Erwartungsdruck)“ in eine andauernde sexuelle Funktionsstörung münden (ebd.). Aus diesem Grund kann der Postkoitaltest nicht bei jedem Kinderwunschaar durchgeführt werden. Auf Paare, die von einer generellen Zufriedenheit bezüglich ihrer Sexualität berichteten, hat einer Studie zu Folge, der Postkoitaltest keinen negativen Einfluss auf das Sexualverhalten (ebd.).

²³ Postkoital-Test: Nachweis von beweglichen Spermien im Gebärmutterhalsschleim unter dem Mikroskop nach dem Sexualverkehr zum Ausschluss einer verminderten Durchlässigkeit des Schleims (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 181).

²⁴ Im Englischen: „timed intercourse“ (TI), im Gegensatz zum „ordinary intercourse“ (OI) (vgl. Wischmann 2009, 116).

Im Rahmen der assistierten Reproduktion, wie die stimulierte Insemination, die In-Vitro-Fertilisation sowie die intracytoplasmatische Spermieninjektion wird eine Samenspende des Mannes benötigt (siehe unter Punkt 7.2.1) (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95; Wischmann 2009b, 117). Da die Samengewinnung mittels Masturbation erfolgt und dies häufig unter beengten Bedingungen geschehen muss, kann es unter Umständen dazu führen, dass die geforderte Leistung aufgrund des psychischen Drucks nicht erbracht werden kann (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95; Wischmann 2009b, 117). Dies stellt in der Regel eine enorme Belastung für das Kinderwunschpaar dar, denn in dem Fall ist der aktuelle Behandlungszyklus beendet und somit waren sowohl der körperliche als auch emotionale Aufwand und die hohe Kostenbeteiligung vergebens (vgl. Wischmann 2009b, 117). Wie häufig diese Samengewinnung aufgrund des psychischen Drucks nicht zustande kommt, ist derzeit noch nicht systematisch erfasst worden, nach klinischer Erfahrung geschieht dies jedoch seltener (ebd.). Für viele Paare, insbesondere für die Frauen, stellt die Kinderwunschbehandlung eine derartige psychische Belastung dar (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95; Wischmann 2009b, 117), dass trotz der Misserfolge nicht alle zur Verfügung stehenden Behandlungszyklen wahrgenommen werden, trotz möglicher vollständiger Kostenübernahme seitens der Krankenkasse (siehe unter Punkt 7.4) (vgl. Wischmann 2009b, 117). Bei erfolgloser Beendigung der Kinderwunschbehandlung beginnt zugleich eine Phase der Neuorientierung, die häufig mit Stimmungsschwankungen und einem fortlaufenden Trauerprozess einhergeht (vgl. Kubitz-Eber 2008, 95). Diese Phase kann sich ebenfalls auf die Sexualität des Paares niederlegen, da die Sexualität nicht mehr positiv erlebt wird, weil sie für das Kinderwunschpaar als sinnlos erscheint, da sie nicht zur Empfängnis führt und damit dem Paar der unerfüllte Kinderwunsch stetig vergegenwärtigt wird (ebd.).

In Anlehnung der Leitlinien für Fertilitätsstörungen (Strauß, Brähler & Kentenich 2004) lässt sich zusammenfassend sagen, dass bei einem Großteil der Paare die Sexualität im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung – insbesondere beim Verkehr nach Termin und während IVF Verfahren - zumindest temporär beeinträchtigt ist (vgl. Wischmann et al. 2004, 31).

7 Wege zur Schwangerschaft

Paare, die vergeblich auf den Eintritt einer Schwangerschaft warten und damit am unerfüllten Kinderwunsch leiden, stellen sich irgendwann die Frage, ob sie auf die Schulmedizin setzen sollen, oder ob sie den Weg der Naturheilkunde für sich wählen (vgl. König 2003, 53). Beide Behandlungswege haben ihre Vor- und Nachteile und vor allem ihre Grenzen (ebd.). Während sich die konventionellen Methoden mit der Behandlung von Krankheiten im Körper, der Korrektur gestörter Prozesse sowie der Behandlung falscher Funktionen mithilfe von Medikamenten auseinandersetzt (vgl. Block & Tinneberg 2008, 277), beinhalten komplementäre Verfahren einen sanften, auf Naturbasis, beruhenden Effekt, bei der die ganzheitliche Betrachtung von Körper und Seele im Vordergrund steht (vgl. Block & Tinneberg 2008, 276). Einige Paare präferieren die Inanspruchnahme von Therapien in Kombination aus beiden therapeutischen Systemen, nach dem Motto „doppelt hält besser“ (König 2003, 53). In Deutschland wenden bereits 40-70% aller Betroffenen unkonventionelle Heilverfahren an, entweder parallel zur schulmedizinischen Therapien oder gar als Alternative (vgl. Baltzer 2004, 75). Mittlerweile haben manche Kinderwunschkliniken und –praxen Naturheilverfahren integriert um die Ergebnisse der konventionellen Verfahren zu optimieren und fahren damit zweigleisig (vgl. Block & Tinneberg 2008, 272; König 2003, 53).

7.1 Sanfte Wege zur Schwangerschaft

Alle Naturheilverfahren haben das Ziel, die natürlichen Selbstheilungskräfte des Körpers zu verbessern. Krankheiten und Störungen werden als Ausdruck des Ungleichgewichts verstanden, weshalb sie den Grund der Erkrankung im Gesamtkomplex Mensch suchen (vgl. König 2003, 54). Denn in der Alternativmedizin werden allen Symptomen eine Bedeutung zugeschrieben, die man zunächst nicht mit einer Fruchtbarkeitsstörung assoziieren würde (ebd., 55). Beim Vorliegen organischer Erkrankungen z.B. Tubenverschluss (siehe 3.1) können unkonventionelle Heilmethoden allein nichts ausrichten, sie können aber eine unterstützende Wirkung bei Methoden der assistierten Reproduktionsmedizin (ART) erzielen (ebd.).

Für die Verfahren der Komplementär Medizin entscheiden sich viele der Kinderwunschaare, wenn sie Behandlungen, im Rahmen einer ART (siehe Punkt 7.2), mit natürlichen Mitteln unterstützen möchten oder wenn man für die Schulmedizin bereits als „austherapiert“ gilt (vgl. König 2003, 54). Einige Paare ziehen die Verfahren der Naturheilkunde der Konventionellen medizinischen Behandlungen vor, so dass entweder die ART gar nicht in Betracht ge-

zogen wird oder nur als letzte Instanz, wenn die sanften Therapiemethoden ergebnislos verliefen (ebd.).

Ein Teil der Paare haben den Wunsch nach einer nebenwirkungsfreien natürlichen und sanften Therapieform unter ganzheitlicher Betrachtung von Körper und Seele, die sie in den komplementären Verfahren finden (vgl. Block & Tinneberg 2008, 277). So wurde im Zusammenhang mit der Thematik des unerfüllten Kinderwunsches in der Vergangenheit über die Wirksamkeit von Ayurveda, Entgiftung, Reflexonthérapie, Moorkuren, Osteopathie, Aromatherapie, Fruchtbarkeitsmassage, Ernährungsumstellung, Lichttherapie, Cranio-Sakral-Therapie und (Luna) Yoga, um nur einige der Therapieformen zu nennen, diskutiert (vgl. Baltzer 2004, 75; Feichtinger & Stanzl 2009, 165; König 2003, 63ff,101ff; Wischmann & Stamer 2006, 107).

Da vor allem Akupunktur, Homöopathie sowie die Phytotherapie bei Fertilitätsstörungen in ihrer Wirksamkeit detektiert wurden (vgl. Block & Tinneberg 2008, 274), werden im Folgenden die drei am häufigsten angewandten Verfahren kurz erläutert.

7.1.1 Akupunktur

Akupunktur ist eine Jahrtausend alte Behandlungsmethode der altchinesischen Medizin, die eine spezielle Form der Hautreiztherapie darstellt (vgl. Sautter 2000, 140). Akupunktur bedeutet, dass auf der Körperoberfläche, die in vierzehn Leitbahnen, den sogenannten Meridianen aufgeteilt ist, werden bestimmte Punkte mit dünnen Spezialnadeln gestochen und stimuliert werden (ebd.). Es gibt über 360 festgelegte Akupunkturpunkte, die den „Strom der Lebensenergie“ leiten und die mit inneren sowie als auch äußeren Organen in Verbindung stehen. Eine spezielle Form der Akupunktur ist die Ohrakupunktur, da das Ohr den menschlichen Körper als Mikrosystem repräsentiert (ebd.).

Die Akupunktur hat viele Indikationsgebiete. In der Frauenheilkunde findet sie u.a. ihre Anwendung bei Hormonstörungen, Menstruationsbeschwerden sowie akuter Schmerzzustände und Aborten (vgl. Block & Tinneberg 2008, 275; Lyttleton 2008, 109, 320). Die klassischen Indikationen für Akupunktur im andrologischen Bereich sind Erektions- und Ejakulationsstörungen, frühzeitiger Samenerguss oder aber eingeschränkte Spermienbeweglichkeit des Mannes (vgl. Block & Tinneberg 2008, 175; König 2003, 61). Mit Akupunkturnadeln werden bestimmte Körperpunkte vom Arzt manipuliert, damit der Energiefluss im Körper ins ursprüngliche Gleichgewicht zurückversetzt wird (vgl. König 2003, 61). Der durch Akupunkturnadeln

ausgelöste Reiz gelangt zum Gehirn und wird von dort aus an die erkrankte Körperstelle weitergegeben, was zur Regulierung der Organ- und Drüsenfunktionen beiträgt und damit Blockaden löst – das Qi²⁵ kann wieder fließen (ebd.). Dieses Heilverfahren trägt zur Harmonisierung des Menstruationszyklus der Frau bei, was zu einem regelmäßigen Eisprung führt und die Durchblutung der Gebärmutter fördert, wodurch sich die Konzeptionschance erhöht (ebd.). Die Akupunkturbehandlung erfolgt individuell, ist schmerzfrei und erstreckt sich meistens über einen Zeitraum von 8-12 Wochen mit bis zu zwei Therapiesitzungen wöchentlich. Die Akupunkturnadeln bleiben ca. eine halbe Stunde pro Sitzung liegen (vgl. Sautter 200, 140).

7.1.2 Homöopathie

Der homöopathische Behandlungsansatz beruht auf der von Samuel Hahnemann im Jahre 1796 aufgestellten Ähnlichkeitsregel „Ähnliches wird durch Ähnliches geheilt“ (vgl. König 2003, 55; Sautter 2000, 142). Hahnemann ging davon aus, dass man eine Krankheit mit einem Wirkstoff heilen könne, der bei Gesunden Symptome hervorruft, die der Krankheit entspricht (ebd.). „Da in einem Körper die gleiche Krankheit nicht zweimal existieren könne, reize das homöopathische Mittel den Körper zu einer erneuten - diesmal nun aber erfolgreichen - Abwehr“ (König 2003, 56). Dies ist der Grund weshalb es den PatientenInnen häufig zu Beginn einer homöopathischen Behandlung schlecht ergeht. Dies wird jedoch als positiv gewertet, denn die sogenannte Erstverschlechterung deutet daraufhin, dass die Behandlung anschlägt (ebd.). Im Rahmen eines Erstgespräches wird sich u.a. nach Lebensstil, Schlafgewohnheiten, Appetit, Verdauung sowie nach Träumen und Ängsten erkundigt (ebd., 57). Unter Berücksichtigung des Körperbaus, Hauttyps, der Haltung und dem Charakter wird die passende homöopathische Arznei für den Patient oder Patientin ermittelt (ebd.). Homöopathische Arzneien helfen vorzugsweise bei idiopathischer Sterilität, Fehlgeburten, verzögertem Eisprung sowie bei Endometriose (vgl. Block & Tinneberg 2008, 274). Zudem hat sich die Homöopathie bei der Belastung mit Umweltgiften im Rahmen einer Entgiftung bewährt (ebd.). Die Behandlung infertiler Männer mit homöopathischen Arzneimitteln findet in der wissenschaftlichen Literatur wenig Beachtung, es sind jedoch Tendenzen der Erhöhung der Spermienzahl bekannt (ebd.).

²⁵ Qi ist die Energie, die in den Meridianen oder Leitbahnen zirkuliert. Das Qi ermöglicht die Kommunikation zwischen Organsystemen sowie der inneren und äußeren Körperteilen. Bei dem Menstruationszyklus ist der Qi-Fluss von besonderer Wichtigkeit, da er den Transport der Eizelle vom Eierstock durch die Eileiter bis zum Uterus nach dem Eisprung ermöglicht (vgl. Lyttleton 2008, 23).

7.1.3 Phytotherapie

Phytotherapeutika sind Arzneien pflanzlichen Ursprungs, in denen das Vielstoffgemisch der Pflanze größtenteils erhalten geblieben ist (vgl. Baltzer 2004, 76). Zur Anwendung kommen ganze Pflanzen bzw. Pflanzenteile in getrockneter und in frischer Form oder Auszüge aus beidem (ebd.). Bei der Phytotherapie, welche synonym mit Pflanzenheilkunde gesehen werden kann, handelt es sich um eine Therapie mit Heilpflanzen, die ein wichtiger Bestandteil aller traditionellen medizinischen Anwendungen ist (vgl. König 2003, 62f). Die Heilpflanzen, die bei Beschwerden der Frauen ihre Anwendung finden, enthalten häufig Phytohormone, die in der Lage sind eine Normalisierung des gestörten hormonellen Gleichgewichts herbeizuführen (vgl. Block & Tinneberg 2008, 275; Sautter 2000, 144). Die therapeutische Wirksamkeit von Mönchspfeffer (*Vitex agnus castus*) hat sich bei der Regulierung des weiblichen Zyklus bewährt (ebd.). Vor allem bei dem prämenstruellen Syndrom (PMS), worunter starke Beschwerden bereits mehrere Tage vor Eintritt der Menstruation, zu verstehen sind, konnten zahlreiche Studien die Wirksamkeit von Mönchspfeffer bestätigen (vgl. Block & Tinneberg 2008, 275). Die Therapieempfehlungen bei Männern beziehen sich auf Erektions-, Ejakulations- und Libidostörungen. Die Datenlage hinsichtlich phytotherapeutischer Präparate bei männlicher Fruchtbarkeitsstörung weisen jedoch Lücken auf (ebd.). Es werden jedoch zahlreiche Pflanzen und Kräuter eine fruchtbarkeitsfördernde Wirkung nachgesagt, so soll u.a. Petersilie, Sellerie, Spargel sowie Tollkirsche zur Steigerung der Spermienmotilität beitragen (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass obwohl komplementäre Therapien, die häufig nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden und ein Wirksamkeitsnachweis bezüglich vieler Verfahren aussteht, aber einen großen Stellenwert in der Reproduktionsmedizin einnehmen, mit steigender Tendenz (ebd., 277).

7.2 Assistierte Reproduktion (ART): Verlauf einer fortpflanzungsmedizinischen Kinderwunschbehandlung

Louise Brown ist das erste Reagenzglas-Baby, welches 1978 in England geboren wurde²⁶ (vgl. Kleinschmidt 2008, 37; Spiewak 2005, 59). 1982 wurde das erste Kind mit Hilfe einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) in Deutschland geboren (vgl. Thorn 2008a, 68). Mit dieser Inno-

²⁶ Der Gynäkologe Patrick Steptoe entwickelte gemeinsam mit dem Physiologen Robert Edwards die In-Vitro-Fertilisation. In Deutschland kam 1982 das erste IVF-Kind zur Welt (vgl. Spiewak 2005, 60f, 71).

vation brach für tausende Paare ein neues Zeitalter an, denn es wurde möglich trotz bestehender Unfruchtbarkeit ein Kind zu zeugen (ebd.). So konnten Frauen und Männer, die seit Jahren vergeblich auf die Erfüllung eines leiblichen Kindes warteten ihr Glück mit der In-Vitro-Methode versuchen (ebd.). Mit Hilfe der künstlichen Befruchtung sind inzwischen weltweit mehr als 500 000 Kinder auf die Welt gekommen (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 20)

Unter der Begrifflichkeit der Assistierte Reproduktion (ART) sollen sämtliche Verfahren, die die unmittelbare Herbeiführung einer Konzeption beabsichtigen, verstanden werden (vgl. Tech 2011, 47). Die häufigsten Verfahren, die im Rahmen der ART Anwendung finden, werden im Folgenden dargestellt.

Den meisten chirurgischen Therapiemöglichkeiten geht eine Hormonbehandlung bei der Frau voran um das Heranreifen der Eizellen zu fördern (vgl. Grünebaum 2008, 85). Die Indikation von Hormonpräparaten erfolgt bei Frauen mit einem unerfüllten Kinderwunsch zumeist aufgrund der Unregelmäßigkeit des Monatszyklus, die u.a. mit schmerzvollen, kurzen oder langanhaltenden Regelblutungen sowie unregelmäßigem (ausbleibendem) Eisprung einhergehen (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 31). Mit Hilfe der Hormonbehandlung werden diese Abweichungen reguliert und neben der bereits genannten Follikelstimulation, wird der Menstruationszyklus kontrolliert um den Zeitpunkt der Befruchtung möglichst genau zu bestimmen (ebd., 32) und damit die Konzeptionswahrscheinlichkeit zu erhöhen.

7.2.1 *Intrauterine Insemination*

Die intrauterine Insemination (IUI, engl.: AIH)²⁷ stellt die am wenigsten belastende Therapieform dar (vgl. Grünebaum 2008, 83), die häufig durchgeführt wird, wenn das Spermogramm des Mannes Einschränkungen aufweist bzw. bei einer idiopathischen Sterilität (Vgl. Ludwig 2010, 137; Tech 2011, 35; Thorn 2010). Bei der Insemination wird der Frau in der fruchtbaren Phase mittels eines Katheters aufbereitetes Sperma in die Gebärmutter eingeführt (inseminiert) (ebd.). Dieses Verfahren kann im Spontanzzyklus erfolgen, sprich ohne hormonelle Behandlung der Frau. Aber auch nach einer Stimulationsbehandlung (Hormonbehandlung) der es möglich ist das sich die Anzahl der Eizellen erhöht und damit die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft steigt (vgl. Ludwig 2010, 137; Thorn 2010, 44). Die Insemination kann mit dem Ejakulat des Partners erfolgen (homologe Insemination) es besteht jedoch auch

²⁷ IUI,AIH- assisted insemination with husband sperm (vgl. Ludwig 2010, 137).

die Möglichkeit auf einen Samenspender zurückzugreifen (heterologe Insemination)²⁸ (vgl. Grünebaum 2008, 85; Tech 2011, 36). Die Konzeptionswahrscheinlichkeit bei der Insemination liegt zwischen 6- 15% (vgl. Ludwig 2010, 137; Thorn 2010, 45).

7.2.2 *In-Vitro-Fertilisation*

Wenn die Inseminationsversuche (max. 3-4 Versuche) nicht zur Schwangerschaft geführt haben, kann auf Therapieverfahren wie IVF oder ICSI (s.u.) zurückgegriffen werden (vgl. Grünebaum 2008, 84).

Die In-Vitro-Fertilisation (IVF) erlaubt das Zusammenführen bzw. die Verschmelzung von Spermien und Eizellen außerhalb der Eileiter (vgl. Ludwig 2010, 138). Damit findet die Befruchtung nicht im Mutterleib sondern „in vitro“, sprich im Reagenzglas statt (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 43f; Wischmann & Stammer 2006, 27). Dem IVF Verfahren geht eine intensive Hormonbehandlung (Stimulation) bei der Frau voran, um möglichst viele und reife Eizellen zu gewinnen (ebd. Grünebaum 2008, 85). Die Eizellentnahme erfolgt meistens unter einer kurzen Vollnarkose, bei der die Eizellen über die Scheide mit Hilfe einer Nadel gewonnen (vaginale Punktion) und mit den aufbereiteten Spermien zusammengeführt²⁹ werden (vgl. Ludwig 2010, 138). Nach drei bis fünf Tagen werden bis zu drei Embryonen³⁰ in die Gebärmutter zurückgesetzt (Embryonentransfer) (vgl. Ludwig 2010, 138; Thorn 2010, 45). Die IVF findet u.a. Anwendung bei verschlossenen Eileitern oder in Fällen von idiopathischer Sterilität (medizinisch ungeklärte Fruchtbarkeitsstörung) (vgl. Ludwig 2010, 138). Die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit durch In-Vitro-Fertilisation liegt bei 25-30% (s.u.) (ebd.; Thorn 2010, 46). Abhängig von der individuellen Situation des Kinderwunschaars können vier bis sechs Zyklen einer IVF in Betracht gezogen werden (vgl. Ludwig 2010, 138).

²⁸ Im Rahmen einer heterologen Insemination (Samenspende) sollten vor allem rechtliche und ethische Fragen Berücksichtigung finden, denn sie beinhaltet eine getrennte biologische und soziale Elternschaft, die nicht selten in Verunsicherungen seitens der Eltern führt und viele Fragen bezgl. des Umgangs der Familienkonstellation aufwirft (vgl. Thorn 2008b, 36f), bei näherem Interesse u.a. zur Beratung bei der Samenspende ist auf Thorn (2008b) zu verweisen.

²⁹ Wenn im Rahmen der IVF oder ICSI Verfahren mehr als drei befruchtete Eizellen entstehen, besteht die Möglichkeit diese einzufrieren für einen weiteren Behandlungszyklus. Dieses Verfahren nennt sich Kryokonservierung (vgl. Thorn 2010, 45; Tech 2011, 40).

³⁰ Je mehr Embryonen eingesetzt werden, umso größer die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft (vgl. Grünebaum 2008, 91; Fiegl 2008, 39).

7.2.3 Intracytoplasmatische Spermieninjektion

Die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) kann als Zusatzmaßnahme im Rahmen einer IVF verstanden werden, da sich in der Vorbereitung, Stimulation und Eizellgewinnung nicht von dem der IVF unterscheidet (vgl. Tech 2011, 40). Das Verfahren findet vor allem Anwendung, wenn die Spermienqualität derart eingeschränkt ist und man davon ausgehen kann, dass das Spermium nicht fähig ist spontan in die Eizelle einzudringen (vgl. Grünebaum 2008, 90). Aus diesem Grund wird nach der Eizellentnahme, die Eizelle unter einem Mikroskop mit einer sog. Haltepipette fixiert um dann jeweils ein einzelnes Spermium mithilfe eines feinen Glasröhrchens (Pipette) direkt in die Eizelle injiziert (vgl. Tech 2011, 40). Mittels dieser Methode lassen sich etwa 50-70% der gewonnen Eizellen befruchten³¹ (vgl. Grünebaum 2008, 91). Nach ca. 48 Std. erfolgt der Embryotransfer (s.o.). Die Konzeptionswahrscheinlichkeit liegt auch hier zwischen 25-30% (vgl. Ludwig 2010, 138).

7.3 Risikofolgeabschätzungen

Die Reproduktionsmedizin ist natürlich nicht frei von möglichen Komplikationen. Dieses Thema wird kontrovers diskutiert. So sehen die Reproduktionsmediziner keinen wirklichen Grund zur Sorge, wohingegen die Kritiker zu Übertreibungen neigen (vgl. Spiewak 2005, 142). Im Folgenden Kapitel wird versucht objektiv die möglichen Risiken darzustellen.

Die Hormonbehandlungen, die sowohl als eigenständige Therapie als auch im Rahmen reproduktionsmedizinischer Verfahren (u.a. IVF, ICSI) Anwendung finden, können vielfältige Nebenwirkung hervorrufen (ebd.). Übelkeit, Schwindelanfälle, Gewichtszunahme, Hitzewallungen aber auch Akne sowie Zysten an den Eierstöcken können Folge hoher Hormondosierungen sein (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 33; Spiewak 2005, 142). Es kommt sehr häufig zu extremen Stimmungsschwankungen, die in schwere Depressionen münden können. Nur selten ist keine Frau von den Begleitsymptomen betroffen (vgl. Spiewak 2005, 142). Im Rahmen der künstlichen Befruchtung besteht grundsätzlich die Gefahr einer Überstimulation der Eierstöcke³², dem sog. Überstimulationssyndrom (OHSS, ovarian hyperstimulation syndrome). Im Falle des OHSS, kann es in Folge von Zystenbildung an den Eierstöcken zu Flüssigkeitsan-

³¹ Es ist eine deutliche Zunahme des ICSI Verfahrens zu verzeichnen, weil Männer mit schwerster Form der Subfertilität zu einer biologischen Vaterschaft verholfen werden kann (vgl. Tech 2011, 43).

³² Im Grunde genommen geht jeder IVF (ICSI) eine Überstimulation voraus, denn Ziel mittels der medikamentösen Stimulation sind möglichst viele und reife Eizellen zu gewinnen um die Konzeptionswahrscheinlichkeit zu erhöhen (vgl. Spiewak 2005, 143; Grünebaum 2008, 85).

sammlung in Bauchhöhle und Lunge führen, was im schlimmsten Fall zu einem Schlaganfall führen kann und somit tödlich enden kann (vgl. Ludwig 2010, 139; Spiewak 2005, 143). Das Risiko eines Überstimulationssyndrom besteht zu 2-3 % (vgl. Ludwig 2010, 139). Aufgrund der soeben genannten Risiken wird immer wieder ein vorsichtiger und zurückhaltender Einsatz von Stimulationsbehandlungen von KritikerInnen verlangt (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 33). Behandlungskomplikationen wie Überstimulation, unreife Follikel sowie mangelnde Zellteilung führen zum Abbruch der Behandlung, weshalb es bei jedem sechsten Behandlungsversuch nicht zum Embryonentransfer kommt (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 84).

Weitere Folgen durch Maßnahmen künstlicher Befruchtung können Fehlgeburten sowie Mehrlingsschwangerschaften, die häufig mit Frühgeburten³³ einhergehen, sein (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 33; Hölzle 2008, 64f; Ludwig 2010, 138). Wie bereits erwähnt, erhöht die Übertragung mehrerer Embryonen³⁴ die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit, birgt damit jedoch das Risiko einer Zwillingsgeburt oder gar höhergradige Mehrlingsgeburten³⁵ (vgl. Ludwig 2010 138; Thorn 2008a, 69). Die Fehlgeburtsrate liegt mit 25-28% um 10% höher als bei Spontanschwangerschaften, womit jede vierte medizinisch assistierte Schwangerschaft mit einer Fehlgeburt endet (vgl. Hölzle 2008, 65; Wischmann & Stammer 2006, 89). Der Anteil von Zwillingsgeburten liegt bei ca. 24%, Drillingsgeburten liegen bei vier Prozent, davon sind ein Viertel bis die Hälfte Frühgeburten sind³⁶ (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 91). Zudem besteht ein Operationsrisiko, denn jede Eizellentnahme im Rahmen der IVF und ICSI findet unter Narkose statt, weshalb in der Größenordnung von 1:1000 zu Komplikationen kommt (vgl. Ludwig 2010, 138). Neben dem Narkoserisiko selbst, sind Blutungen und Verletzungen von Organen und Gefäßen möglich (vgl. Ludwig 2010, 138; Spiewak 2005, 142). Bislang lassen sich keine langfristigen Schäden via künstliche Befruchtung nachweisen³⁷ (vgl. Spiewak 2005, 143), es bestehen jedoch unterschiedliche Ansichten bezüglich des Gesundheitszustands von Kindern, die durch künstliche Befruchtung zur Welt gekommen sind. Aus

³³ Normalerweise beträgt die Schwangerschaftsdauer 40 Wochen, bei dem das Kind mit einem Geburtsgewicht von ca. 3500 Gramm auf die Welt kommt. In Deutschland kommen 6% vor der 37 Schwangerschaftswoche meistens mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm (vgl. Tech 2011, 56; Thorn 2008a, 70).

³⁴ In Deutschland ist es erlaubt maximal drei Embryonen in einem Zyklus zu übertragen, Frauen unter 35 Jahren wird dazu geraten ausschließlich zwei Embryonen zu transferieren um die Anzahl einer Drillingsgeburt zu vermindern (vgl. Grünebaum 2008, 102; Wischmann & Stammer 2006, 91).

³⁵ Mehrlingsschwangerschaften gelten als Risikoschwangerschaften, bei denen es häufig zu Frühgeburten, was mit erniedrigtem Geburtsgewicht einhergeht, kommt (vgl. Grünebaum 2008, 102; Spiewak 2005, 145).

³⁶ Nahezu die Hälfte aller Kinder nach IVF und ICSI werden per Kaiserschnitt geboren, selbst die IVF-Einlinge werden zu 28-47% per Kaiserschnitt entbunden (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 91).

³⁷ Es bestand der Diskurs eines erhöhten Krebsrisikos aufgrund der Stimulation, siehe dazu (vgl. Spiewak 2005, 143; Fränznick & Wieners 2001, 34).

diesem Grund wird an dieser Stelle auf weiterführende Literatur³⁸ verwiesen, da eine Vertiefung dieser Thematik den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

Daran schließen sich ethische Aspekte an. In Deutschland sind die fortpflanzungsmedizinischen Möglichkeiten durch das Embryonenschutzgesetz seit 1991 streng geregelt. Die Leihmutterschaft, Embryonen- und Eizellspende sowie das Klonen sind in Deutschland verboten (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 31). Im Rahmen der IVF oder ICSI ist es nicht erlaubt auf Spendersamen zurückzugreifen, außerdem dürfen maximal drei Embryonen pro Zyklus übertragen werden (ebd.). Zudem sind Experimente sowie Untersuchungen an Embryonen strikt untersagt. Dieser enge rechtliche Rahmen bietet Paaren, die sich in einer reproduktionsmedizinischen Behandlung befinden, eine große Sicherheit, bezüglich der Verwendung ihrer Eizellen bzw. Spermien (ebd., 31f).

7.4 Die aktuellen Kostenübernahmeregelungen

Im Folgenden werden die Kostenübernahmeregelungen der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgelistet um einen Überblick, der zu erfüllenden Kriterien zu verschaffen.

- Wenn eine Therapie von der gesetzlichen Krankenkasse finanziell unterstützt wird, so geschieht dies mit 50% der Kosten für Medikamente und Therapie. Die verbleibenden 50% werden dem Kinderwunschpaar in Rechnung gestellt.
- Das behandelnde Paar muss verheiratet sein.
- Der Mann muss mindestens 25 Jahre alt sein, er darf das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Die Frau muss mindestens 25 Jahre alt sein, sie darf noch keine 40 Jahre alt sein.
- Es dürfen nur Eizellen und Spermien der Partner verwendet werden
- Derzeit werden drei Versuche (IVF oder ICSI) unterstützt

Zudem setzen die Krankenkassen voraus, dass die Behandlung medizinische erforderlich ist und eine hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht (vgl. Ludwig 2010, 139).

³⁸ Es besteht der Diskurs das die Missbildungsrate der Kinder, die mithilfe der ICSI gezeugt worden sind leicht erhöht ist, versus der IVF gezeugten Kinder (vgl. Grünebaum 2008, 91; Ludwig 2010, 138), weshalb an dieser Stelle auf Bertelsmann et al. (2008) verwiesen werden kann.

Kurzresümee

Der unerfüllte Kinderwunsch stellt für das betroffene Paar eine schwierige Lebenssituation dar. Hormonbehandlungen und Eingriffe im Rahmen der assistierten Reproduktionsmedizinischen Verfahren werden häufig als sehr belastend empfunden. Zum einen sind Paare voller Hoffnung mit Hilfe der ART zu der gewünschten Schwangerschaft zu kommen, vor allem nach einem zumeist langen erfolglosen Behandlungsweg, andererseits bestehen große Ängste vor der invasiven Behandlung und Zweifel das „Glück“ auf diese Weise zu erzwingen. Vor allem in Anbetracht der tatsächlichen Erfolgsrate von nur 15%³⁹ (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 83f). Aus diesen Gründen lehnen im Durchschnitt mehr als die Hälfte aller Kinderwunschpaare die Verfahren der ART ab, nicht zuletzt aufgrund der erheblichen emotionalen Belastungen, die mit den Verfahren einhergehen (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 82). Nicht alle Fertilitätsstörungen sind mit komplementären Verfahren zu therapieren, sie sind jedoch durchaus in der Lage, unerwünschte Nebenwirkungen durch konventionelle Methoden zu reduzieren und damit den Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit zu erleichtern (vgl. Block & Tinneberg 2008, 277). Generell ist in der Bevölkerung eine deutliche Entwicklung hin zu der Kombination von konventionellen und alternativen Therapien zu verzeichnen (ebd.).

³⁹ Die sogenannte Baby-Take-Home-Rate (vgl. König 2003, 36f).

8 Die Alternativen zur Kinderwunschbehandlung

Ob Paare den Weg möglicher Kinderwunschbehandlungen wählen, müssen sie für sich alleine und nach sorgfältiger Beratung und Abwägungen entscheiden. Paare die sich gegen den Weg langwieriger Behandlungen entscheiden, können jedoch in Betracht ziehen sich um eine Adoption zu bemühen oder ein Pflegekind aufzunehmen. In diesem Kapitel wird in Kürze der Verfahrensweg einer Adoption sowie der Pflegschaft umrissen.

8.1 Adoption und Pflegschaft

Neben der eigenen Fortpflanzung ist die Adoption die bedeutendste Form zur Gründung einer Familie und ein gesellschaftlich anerkannter Weg zur Konstituierung von Eltern-Kind-Beziehungen (vgl. Schwill 2008, 106). Dabei handelt es sich um einen langfristigen Prozess, der das ganze Leben von den Adoptiveltern und dem Kind sowie der leiblichen Eltern prägt (ebd.).

Bei der Vollzeitpflege handelt es sich um eine öffentliche Hilfe zur Erziehung (vgl. Enchelmaier 2004, 131). Grund für eine Fremdunterbringung, stellen häufig problematische Lebenssituation der Eltern dar (ebd.). Während der gesamten Pflegezeit wird angestrebt, dass die Eltern das Sorgerecht behalten sowie ein regelmäßiger Kontakt zu ihrem Kind besteht (ebd.).

Viele der adoptionswilligen, ungewollt kinderlosen Paare haben vor dem Bewerbungsverfahren bereits zahlreiche Fruchtbarkeitsbehandlungen hinter sich. Im Jahr 2005 waren pro Bewerberpaar 2,6 Behandlungen zu verzeichnen (ebd., 107). Die Motivation der Paare ein Kind zu adoptieren liegt in der Hoffnung ihre Sehnsüchte und Bedürfnisse nach einem eigenen Kind zu stillen (ebd., 108). Doch stellt die Adoption bzw. Pflegschaft eines Kindes keine Alternative zum eigenen Kinderwunsch dar, denn bei der Adoptionsvermittlung geht es darum, Eltern für bedürftige Kinder zu finden und nicht umgekehrt (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 141). Nicht das Leid von Kinderwunschpaaren soll durch eine Vermittlung reduziert werden, vielmehr ist es das Anliegen, ein neues Zuhause für das Kind zu finden, dem es nicht möglich ist, in seiner Familie aufzuwachsen (vgl. Enchelmaier 2004, 125; Fränznick & Wieners 2001, 137). Es sollte nie versucht werden ein Adoptivkind als Ersatz für ein leibliches Kind zu betrachten (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 141).

Nicht selten stoßen deshalb Kinderwunschpaare auf ablehnende Reaktionen wenn sie beim Erstgespräch beim Jugendamt ihre ungewollte Kinderlosigkeit als Motiv für eine Adoption angeben (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 141). Aus der Betrachtungsweise des Adopti-

onsvermittlers ist diese Auffassung verständlich, da sich dieser dem Wohl des zu vermittelnden Kindes verpflichtet fühlt (ebd.). Um diesem Auftrag zu genügen, sollten allen Paaren ein intensives Vorbereitungsverfahren ermöglicht werden, sich mit ihren Wünschen, Gedanken und Themen auseinanderzusetzen (vgl. Schwill 2008, 108). Mit einer Adoption oder Pflegschaft kann nicht der Trauerprozess um das fehlende eigene biologische Kind ersetzt werden (vgl. Enchelmaier 2004, 124). Wenn dieser Verlust nicht bearbeitet wurde, besteht die Gefahr, dass das Adoptivkind nicht aufgrund seiner Person aufgenommen wurde, sondern eine Ersatzfunktion erfüllt. Zudem besteht die Gefahr, dass durch das Kind tagtäglich die eigene Sterilität vergegenwärtigt wird (ebd.).

Das Verfahren zur Feststellung der Adoptionseignung erfolgt je nach Leitbild der Vermittlungsstelle sowie unter Berücksichtigung weiterer unterschiedlicher Faktoren (vgl. Schwill 2008, 108). Zu den objektiven, formalen Voraussetzungen eines Adoptionsverfahrens gehören u.a., dass die zukünftigen Eltern körperlich als auch geistig gesund sind, ein geregeltes Einkommen haben und über ausreichend Wohnraum verfügen (ebd., Wischmann & Stammer 2006, 144). Damit gibt es keine verbindlichen Richtlinien für eine Eignung (ebd.). Das Bewerberverfahren ist ein langwieriger Prozess, der sich ca. zwischen neun und zwölf Monaten erstreckt (ebd., 109).

Nicht selten hört man, dass Paare die sich bereits innerlich von einem leiblichen Kind verabschiedet haben und bereits ein Kind zur Pflege oder Adoption genommen haben, es doch noch zu einer Konzeption gekommen sei (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 143). Systematische Untersuchungen können jedoch den Zusammenhang zwischen Adoption und Schwangerschaft nicht belegen⁴⁰ (ebd.).

Abschließend ist zu nennen, dass eine Adoption bzw. eine Pflegschaft von dem Paar als eine eigenständige und neue Perspektive verstanden und entwickelt werden muss (vgl. Fränznick & Wieners 2001, 138). Aus diesem Grund führt kein Weg daran vorbei, sich mit dem unerfüllten Kinderwunsch, den Motiven für eine Adoption bzw. Pflegschaft und der Gegebenheit, dass ein angenommenes Kind seine eigene Vergangenheit hat, auseinander zu setzen (ebd.).

⁴⁰Mit 3-4% ist die Spontanschwangerschaft nach Adoption bzw. nach Aufgabe des Kinderwunsches eine Ausnahme, wird jedoch in den Medien weit verbreitet, die 96-97% der Frauen bei denen keine Schwangerschaft eintritt wird im Gegensatz nicht thematisiert (vgl. Wischmann 2009a, 288).

8.2 Akzeptanz der Kinderlosigkeit

Frauen denen das Mutterglück versagt geblieben ist, müssen sich der schwerwiegenden Herausforderung stellen, den Verlust des nie geborenen Kindes zu verarbeiten, die damit einhergehenden schmerzvollen Emotionen anzunehmen und zu durchleben – allein und zu zweit (vgl. Enchelmaier 2004, 9). Kinderlose Paare müssen sich von einem Herzenswunsch verabschieden, der unter Umständen mehrere Jahre die ganze Aufmerksamkeit des Kinderwunschaars beansprucht und damit ihr Leben geprägt hat (ebd., 32).

Den Traum vom eigenen Kind zu verabschieden fällt dem Paar schwer, weshalb der Gedanke häufig verdrängt oder aufgeschoben wird (ebd., 19; Zehetbauer 1996, 81). Das Erleben eines unerfüllten Kinderwunsches stellt häufig einen langwierigen Prozess dar, der derart gravierende psychische Belastungen nach sich ziehen kann, so dass der Abschied manchmal sogar von dem Paar herbeigesehnt wird (vgl. Enchelmaier 2004, 19). Der richtige Zeitpunkt um sich von dem Wunsch zu verabschieden muss in einigen Fällen heranreifen oder er ist plötzlich da. Manchmal weisen Zeichen wie z.B. das Vergessen von Arztterminen oder die ausbleibende Lust zum Sexualverkehr daraufhin, dass die Zeit gekommen ist loszulassen und damit eine Wende im Leben in Betracht zu ziehen (ebd.). Während dieser schwerwiegenden Entscheidung ist es wichtig, ehrlich zu sich selbst zu sein. Vielleicht weiß der Verstand bereits um die gering bestehenden Chancen auf einen Eintritt der gewünschten Schwangerschaft, aber das Herz ist noch nicht bereit sich zu verabschieden oder intuitiv weiß man um die Aussichtslosigkeit, zunehmend schwinden die Kräfte, aber der Verstand möchte alle Optionen genutzt haben (ebd., 23).

Dieser Prozess des Abschiednehmens kann von intensiver Trauer begleitet sein und kann sich über mehrere Monate oder Jahre hinziehen (ebd.). In Anlehnung an Enchelmaier (2004), stellt das Abschiednehmen ein inneres Ringen dar, den Verlust eines geliebten Menschen anzunehmen und damit umzugehen (ebd., 35). Aus diesem Grund können Trauernde unterschiedliche Phasen von Gefühlsreaktionen durchleben, die von Verzweiflung und Wut bis hin zur Leere und Depression geprägt sein können (ebd.). Obwohl sich kinderlose Paare von einer Vision verabschieden müssen – einem Kind, welches nie geboren wurde – können diese Gefühle vergleichbar sein (ebd.; Zehetbauer 1996, 88).

Die schwierigste Phase in dem Prozess des Abschiednehmens, ist die Phase der inneren Leere (vgl. Enchelmaier 2004, 37). Denn das Wunschkind stellte oft jahrelang den Mittelpunkt im Leben des Paares dar, vor allem wenn man versucht hat über reproduktionsmedizinische Be-

handlungen eine Schwangerschaft herbeizuführen. In diesem Fall richtete sich ein Großteil des Lebensrhythmus zur Verwirklichung des Wunschkindes, durch Arztbesuche oder durch Geschlechtsverkehr nach Kalender (siehe Punkt 6.3) (ebd.).

Mit dem Entschluss, sich vom Traum eines leiblichen Kindes zu verabschieden, kann der bisherige Lebensentwurf bedeutungslos werden, da das gemeinsame Ziel, entfällt wodurch eine Leere entsteht. Diese innere Leere kann mit schweren Depressionen und Verbitterung einhergehen, die sich zudem negativ auf die Partnerschaft auswirken kann (ebd., 49; Zehetbauer 1996, 88f). Da das gemeinsame Streben nach einem Kind weg fällt, muss das Paar ihre Rolle und ihre Lebensziele überdenken und neu definieren. Für viele Frauen und Männern bzw. Paare stellt dies eine überfordernde Situation dar, weshalb eine psychologische Beratung hilfreich sein könnte (ebd.; Zehetbauer 1996, 123). Eine psychologische Beratung bzw. Therapie, darf nicht als Allheilmittel missverstanden werden, es stellt den Versuch dar u.a. bei übermächtiger Trauer, Depression und entstandenen Ängsten Fuß zu fassen (vgl. Enchelmaier 2004, 50). Im Rahmen einer psychologischen Beratung soll dem Paar ermöglicht werden die eigenen Gefühle kennenzulernen, diese zu verstehen und angemessen mit ihnen umzugehen. Sie bietet Hilfe zur Neuorientierung und dabei die Blickrichtung auf die Gegenwart zu verändern und ggf. zu weiten (ebd.; Zehetbauer 1996, 123). Der Entschluss den Weg mit professioneller Hilfe gehen zu wollen, sollte aus freien Stücken geschehen, da man bereit sein muss sich zu öffnen um sich auf den bevorstehenden Entwicklungsprozess einlassen zu können (ebd.).

9 Psychosoziale Beratung/Therapie

Wie bereits unter 5.1 erläutert hat sich in den vergangenen Jahren die Einstellung bezüglich psychosozialer Faktoren bei Fruchtbarkeitsstörungen verändert. Zu Beginn der Forschung wurde in diesem Bereich durch die psychisch bedingte Infertilität bestimmt (siehe 5.1). Heute stehen die psychischen Folgen von Fruchtbarkeitsstörungen sowie die Auswirkungen im Rahmen reproduktionsmedizinischer Verfahren im Vordergrund (unter 5.6) (vgl. Wischmann 2009c, 93). Etwa 15-20% aller Paare erleben reproduktionsmedizinische Maßnahmen als derart belastend, dass sie psychologische Beratung benötigen (vgl. Stöbel-Richter et al. 2011, 417). Um diesen Belastungen zu begegnen, wurden in den vergangenen Jahren Qualitätsstandards (siehe 9.) für Beratung definiert sowie Konzepte für die psychosoziale Kinderwunschberatung erstellt (ebd.).

Studien zur Wirksamkeit von psychosozialer Beratung bzw. Psychotherapie auf die Fruchtbarkeitsstörung ergaben, dass sie sich bereits nach kürzester Zeit (weniger als 10 Sitzung) als effektiv in der Reduktion negativer Affekte (Ängstlichkeit, Depression) erweisen (vgl. Wischmann 2009c, 94ff). Aus diesem Grund, kann in Anlehnung an Wischmann, Frauen und Männern bzw. Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch eine qualifizierte psychosoziale Beratung oder Psychotherapie zur emotionalen Entlastung empfohlen werden (ebd., 97). Unter der Voraussetzung mit der unbedingten Einhaltung wissenschaftlich abgesicherter Qualitätsstandards durch die jeweiligen psychosozialen Berater und Beraterinnen (ebd.). Des Weiteren ergaben Voruntersuchungen, dass Frauen und Männer von Selbsthilfegruppen sowie von professionell angeleiteten Selbsthilfegruppen profitieren, da sie zur Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit beitragen kann (ebd., 94ff).

Aufgrund dieser Ergebnisse, wird im Folgenden das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID) vorgestellt, im Anschluss daran wird dem Leser ein Einblick in das Beratungskonzept der Heidelberger Kinderwunschsprechstunde gewährt, um sich einen Eindruck einer möglichen Kinderwunschberatung zu verschaffen. Darauf folgt ein kurzer Umriss von Selbsthilfegruppen.

9.1 Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID)

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID) ist ein multiprofessioneller Zusammenschluss hoch qualifizierter BeraterInnen, welche im Jahr 2000 gegründet wurde, der fundierte Erfahrungen in der psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch hat

(vgl. Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008, 117). Die Beratung richtet sich an Frauen und Männer mit Kinderwunsch sowie von unerfülltem Kinderwunsch Betroffene, als auch die in dem Arbeitsfeld Tätige wie z.B. pädagogische und psychosoziale Fachkräfte (ebd., 21). Der Arbeitsschwerpunkt von BKiD ist die psychosoziale Beratung sowie Begleitung beim Kinderwunsch, losgelöst von einer medizinischen Behandlung, aber auch vor, während und nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung (ebd.). Die Beratung im Rahmen von BKiD ist ergebnisoffen und unterstützt den vielfältigen, konstruktiven „Umgang mit den Herausforderungen des Kinderwunsches und dem unerfüllten Kinderwunsch“. Die Beratung berücksichtigt u.a. Möglichkeiten und Grenzen der Psychologie der ungewollten Kinderlosigkeit, der konventionellen Medizin als auch der Komplementärmedizin sowie diverser Behandlungsansätze (siehe 9.1.2, PB-Richtlinien) (ebd.).

Weitere Schwerpunkte des BKiD sind u.a. Fortbildungen sowie die Weiterqualifizierung psychosozialer Fachkräfte, als auch diverse Engagements im Zusammenhang der gesundheitlichen Prävention zur Vorbeugung von Fruchtbarkeitsstörungen (ebd.).

BKiD e.V. orientiert sich an den Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ (PB-Richtlinien), die den Stellenwert psychosozialer Beratung bei Kinderwunsch verdeutlichen. Sie beschreiben die Integration psychosozialer Beratung in die medizinische Behandlung und stellen Grundsätze für die Beratung dar (ebd., 117) die im Folgenden genauer dargestellt werden.

9.1.1 Ziele und Inhalte psychosozialer Beratung

Die psychosoziale Beratung dient vor allem der Information, Begleitung und therapeutischer Unterstützung von Betroffenen (vgl. Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008, 120), die im Folgenden nähere Erläuterung erfahren.

- Allgemeine Informationen über psychosoziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit sowie eine Sensibilisierung der Betroffenen bzw. Ratsuchenden für die Bedeutung individueller Implikationen ihres Umgangs mit dem (unerfüllten) Kinderwunsch sind Gegenstand der Beratung.
- Die Unterstützung und Begleitung der Betroffenen soll dazu dienen einen möglichst wenig belastenden Umgang mit dem Kinderwunsch und einer möglichen reproduktionsmedizinischen Behandlung zu finden.

- Die therapeutische Unterstützung dient dem Erkennen und Verändern von hinderlichen Verhaltensweisen, die der Realisierung des Kinderwunsches im Wege stehen sowie die konstruktive Verarbeitung der Krise des unerfüllten Kinderwunsches.
- Die Inhalte psychosozialer Beratung umfassen alle Lebensthemen die von dem Kinderwunsch tangiert sind. Dies sind insbesondere Auswirkungen auf das Individuum (Selbstwert sowie Körpererleben der Frau und/oder Mannes), Auswirkungen auf die Paarbeziehung (Kommunikationsschwierigkeiten, sexuelle Problematiken) und Auswirkungen im sozialen Bereich (Umgang mit der gesellschaftlichen Tabuisierung und Stigmatisierung ungewollt Kinderlose). Zudem ist von großer Wichtigkeit die Reflexion und die Sicherstellung des Wohls der bereits gezeugten Kindes, der Familie.

Die Psychosoziale Beratung bei (unerfülltem) Kinderwunsch kann nur von ausreichend qualifizierten psychosozialen Fachkräften durchgeführt werden, die den Qualitätskriterien der BKiD e.V. entsprechen sollten⁴¹ (ebd., 120).

Des Weiteren spricht sich BKiD für die Integration von Beratung in die medizinische Kinderwunschbehandlung aus (vgl. Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008, 118). Die medizinische Behandlung bei Fruchtbarkeitsstörungen wird derzeit überwiegend ohne eine angemessene psychosoziale Begleitung sowie Vor- und Nachbereitung durchgeführt, weshalb die psychologischen und sozialen Belastungen, die mit dem unerfüllten Kinderwunsch einhergehen und sich im Rahmen einer medizinischen Behandlung oftmals verstärken, nicht adäquat berücksichtigt (ebd.).

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. möchte deshalb u.a. die Hemmschwelle für eine psychosoziale Beratung senken, indem sie sich für die Kooperation zwischen reproduktionsmedizinischen Zentren und qualifizierten BeraterInnen aussprechen (ebd., 119). Zudem sollte es von hoher Priorität sein, dass beim Erstkontakt mit dem medizinischen Zentrum, der behandelnde Arzt/Ärztin auf die bestehende Möglichkeit einer psychosozialen Beratung macht. Vor allem vor Beginn einer invasiven Behandlung im Rahmen der ART sollte der betreuende Arzt/Ärztin verpflichtet sein, erneut auf eine psychosoziale Beratung hinzuweisen (ebd.). Aber auch nach Beendigung einer reproduktionsmedizinischen Therapie sollte weiterhin ein Zugang zu psychosozialer Beratung gewährleistet sein, sowohl bei erfolg-

⁴¹ Eine Zertifizierung durch BKiD e. V. gewährleistet eine Mindestqualifikation, deren Qualifikations- und Weiterbildungsrichtlinien sind im Internet unter www.Bkid.de einsehbar (vgl. Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008, 120).

reicher als auch bei erfolgloser Therapie, damit Betroffene weiterführend Unterstützung erfahren können⁴² (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass BKiD das Ziel hat bundesweit das Beratungsangebot zu verbessern, indem die soeben genannten Richtlinien für die Beratung als auch die Qualifikationskriterien für die BeraterInnen, Berücksichtigung finden.

9.2 Die „Heidelberger Kinderwunschsprechstunde“

Im Folgenden wird exemplarisch der Aufbau sowie Inhalte der psychologischen Paarberatung erläutert, wie sie innerhalb der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ am Universitätsklinikum Heidelberg durchgeführt wird. Aufgrund des vorgegeben Umfangs der vorliegenden Arbeit, wurden bestimmte Teilaspekte der Beratung gewählt, die im Folgenden vorgestellt werden.

Alle Paare, die sich aufgrund ihres unerfüllten Kinderwunsches an die Hormonsprechstunde der Heidelberger Universitätsfrauenklinik wenden, haben die Möglichkeit eine psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 32f). Die Beratung umfasst zwei Gespräche von jeweils einstündiger Dauer, bei Bedarf besteht die Möglichkeit einer anschließenden zehnstündigen fokalen Paartherapie (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 98).

Die Gespräche im Rahmen der Beratung werden mit der Grundhaltung geführt, dass der bestehende unerfüllte Kinderwunsch nicht zwangsläufig Ausdruck einer Störung der Partnerschaft oder eines fixierten Kinderwunsches zu verstehen ist (ebd.). Eine Fruchtbarkeitsstörung basiert vielmehr auf einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge, bei dem psychische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen können (ebd.). Das Erleben einer Fertilitätsstörung wird als kritisches Lebensereignis betrachtet, dessen Bewältigung bzw. Nicht-Bewältigung durchaus weitreichende Folgen für die Fertilität, für die Partnerschaft sowie für andere Lebensbereiche hat (ebd.).

9.2.1 *Beratungskonzept*

Das Konzept der evidenzbasierten⁴³ Kinderwunschberatung basiert auf einem kombinierten systemtherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Hintergrund sowie einem minimal-

⁴² Weitere Informationen unter www.bkid.de

invasiven und abgestuften Vorgehen, welches die Minderung der Schwellenangst bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch zum Ziel hat (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 48).

Das „minimal-invasives“ Vorgehen, im Rahmen der psychologischen Beratung, beabsichtigt möglichst wenig unerwünschte Nebenwirkungen und zugleich Lösungs- und Ressourcenorientierung (ebd., 33f). Die Beratung orientiert sich diesbezüglich an Leitlinien, wovon die prägnantesten im Folgenden kurz dargestellt und kurz erläutert werden:

Auftragsklärung: Nur im Rahmen sorgfältig abgeklärter Aufträge beginnt die Beratung, Im Wesentlichen wird nur das, was die betroffenen Paare als Problem und als erwünschte Lösungsideen formulieren bearbeitet.

Normalisierung statt Pathologisierung

Es wird eine Normalisierung von Problemen angestrebt und pathologieorientierte Zuschreibungen vermieden.

Lösungsorientierung

Es wird nach bislang unentdeckten, individuellen passenden, teilweise auch unkonventionelle Hilf- und Lösungsmöglichkeiten gesucht, es werden keine normativen Vorgaben für eine Lösung vorgegeben.

Systemorientierung

Es wird versucht, das soziale Umfeld für die Lösung des Problems miteinzubeziehen, anstatt es auszugrenzen.

Fließender Übergang zwischen Beratung und Therapie

Es wird nicht grundsätzlich die Beratung von der Therapie abgegrenzt, sie werden gleichermaßen als ein partnerschaftliches, auf Lösungsmöglichkeiten zentriertes Fachgespräch verstanden (ebd., 34)

Im Rahmen der Kinderwunschberatung wird sich auf systemtherapeutische und tiefenpsychologische Therapieansätze bezogen, die jedoch in einem Ergänzungsverhältnis betrachtet werden (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 35). „Systemische Fragetechniken erleichtern die Mustererkennung von personalen und interpersonalen Wirklichkeitskonstruktionen eines

⁴³ 1990 wurde die „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt und wurde von 1994 bis 2000 durchgeführt. Die Heidelberger Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit ist das zur Zeit umfangreichste abgeschlossene psychosomatische Forschungsprojekt über Paare (942 Paare) mit unerfülltem Kinderwunsch, bei näherem Interesse siehe Wischmann (2004).

Paares, die zu Kommunikationsproblemen führen. Eine konsequente Ressourcenorientierung bietet ein hilfreiches Denkmodell für ein Paar, das sich während der Kinderwunschbehandlung vorwiegend mit einem körperlichen Unvermögen konfrontiert sieht“ (Stammer, Verres & Wischmann 2004, 36). Sie erleichtert ihm, möglichst neue Handlungsoptionen zu entwickeln sowie die eigene Lebensphilosophie zu überdenken (ebd.). Schlussinterventionen am Ende eines Gesprächs räumen die Möglichkeit ein, dem Paar bestimmte Aufgaben mitzugeben, die für den Zeitraum zwischen den Beratungen vorgesehen sind. Dadurch würde sich die Nachhaltigkeit des Beratungsgesprächs erhöhen, wodurch das Gefühl eigener Handlungsfähigkeit bei dem Paar belebt werden kann (ebd.).

Aus tiefenpsychologischer Sicht, neigen Kinderwunschaare zu Beginn einer Behandlung manchmal zu einer übermäßigen und unrealistischen Idealisierung des behandelnden Arztes oder der Behandlungsmethode, die in eine massive Entwertung umschlagen kann, wenn die Behandlung ergebnislos verlief (ebd.).

Ziele und Grundhaltungen der Beratung und Therapie:

Im Folgenden sollen die allgemeinen Zielsetzungen der psychologischen Beratung- und Therapiekonzeptes dargestellt werden, die darin bestehen

- eine bessere Bewältigung der aktuellen Kinderlosigkeit zu fördern unabhängig vom Erfolg reproduktionsmedizinischer Behandlungen,
- Informationsdefizite zu beheben,
- Entscheidungshilfen bezüglich einzelner medizinischer Behandlungsschritte zu bieten,
- Mögliche (Paar-)Konflikte zu mindern, die im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung aufkommen können,
- Die Kommunikation miteinander und mit den behandelnden Ärzten zu verbessern,
- Die Akzeptanz einer möglicherweise nicht therapierbaren physischen Störung zu fördern und damit unmittelbar Unterstützung bei ggf. notwendigen Veränderungen der Lebensstruktur sowie der Lebensziele zu leisten (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 36).

Generell wird mit der Paarberatung eine allgemeine Stressreduktion angestrebt, die zudem auch die medizinische Behandlung positiv beeinflussen könnte. Da die Behandlungsentscheidungen evtl. objektiv getroffen werden kann und aufgrund eines differenzierten Informationsstandes die Empfängniswahrscheinlichkeit insgesamt dadurch verbessert werden kann (ebd.,

36f). Weitere Ziele der Beratung sind, möglicherweise entstandene sexuelle Störungen zu bessern und die Lebenszufriedenheit langfristig dadurch wieder zu erhöhen, dass das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch gelindert wird, indem neue Lebensziele in den Vordergrund treten (ebd., 37).

Struktur und Inhalte der Beratung

Zu Beginn der Beratung wird dem Paar mitgeteilt, dass aus der Sicht der Berater/Therapeuten der Eintritt einer Schwangerschaft nicht das primäre Ziel der Beratung ist (ebd., 37). Damit soll eine unrealistische Erwartungshaltung des Paares genommen werden, die evtl. zu einer Erhöhung von psychischen Stress führen könnte (ebd.).

Hauptpfeiler der Gesprächsführung in der Paarberatung sind:

- Transparenz (Ablauf, Inhalte und Ziele der Beratung werden dem Paar erläutert und begründet)
- Paarzentrierung (der Kinderwunsch wie auch der Umgang mit der Kinderlosigkeit gehen betrifft beide Partner)
- Klärung (welche Motive tragen zum Kinderwunsch beider Partner bei)
- Entlastung (die meisten Paare nehmen die Sexualität zunehmend als Belastung wahr)
- Ressourcenaktivierung (Ideen und Gestaltungsmöglichkeiten des Paares werden gestärkt) (Stammer, Verres & Wischmann 2004, 37f).

In Anlehnung an Wischmann et al. (2000) lässt sich der Ablauf der Paarberatung wie folgt charakterisieren (siehe Abb. unten): „Die Ausrichtung der Gesprächsinhalte verändert sich von Außen nach Innen und von der Gegenwart in die Vergangenheit und Zukunft“ (Wischmann et al. 2000, 177). Das bedeutet, dass zu Beginn der Beratung aktuelle Aspekte wie z.B. Emotionen bezüglich der Fruchtbarkeitsstörung, Sexualität sowie das soziale Netzwerk im Vordergrund des Gespräches stehen (ebd.). Im weiteren Verlauf werden u.a. innere Kinderwunschmotive sowie die Entwicklung des Wunsches innerhalb der Paarbeziehung als auch individuelle biographische Hintergründe in Bezug auf Kinder thematisiert. Zum Ende der Beratung kann der mögliche Lebensentwurf ohne leibliche Kinder im Raum stehen (ebd.).

Struktur und Inhalte der Paarberatung

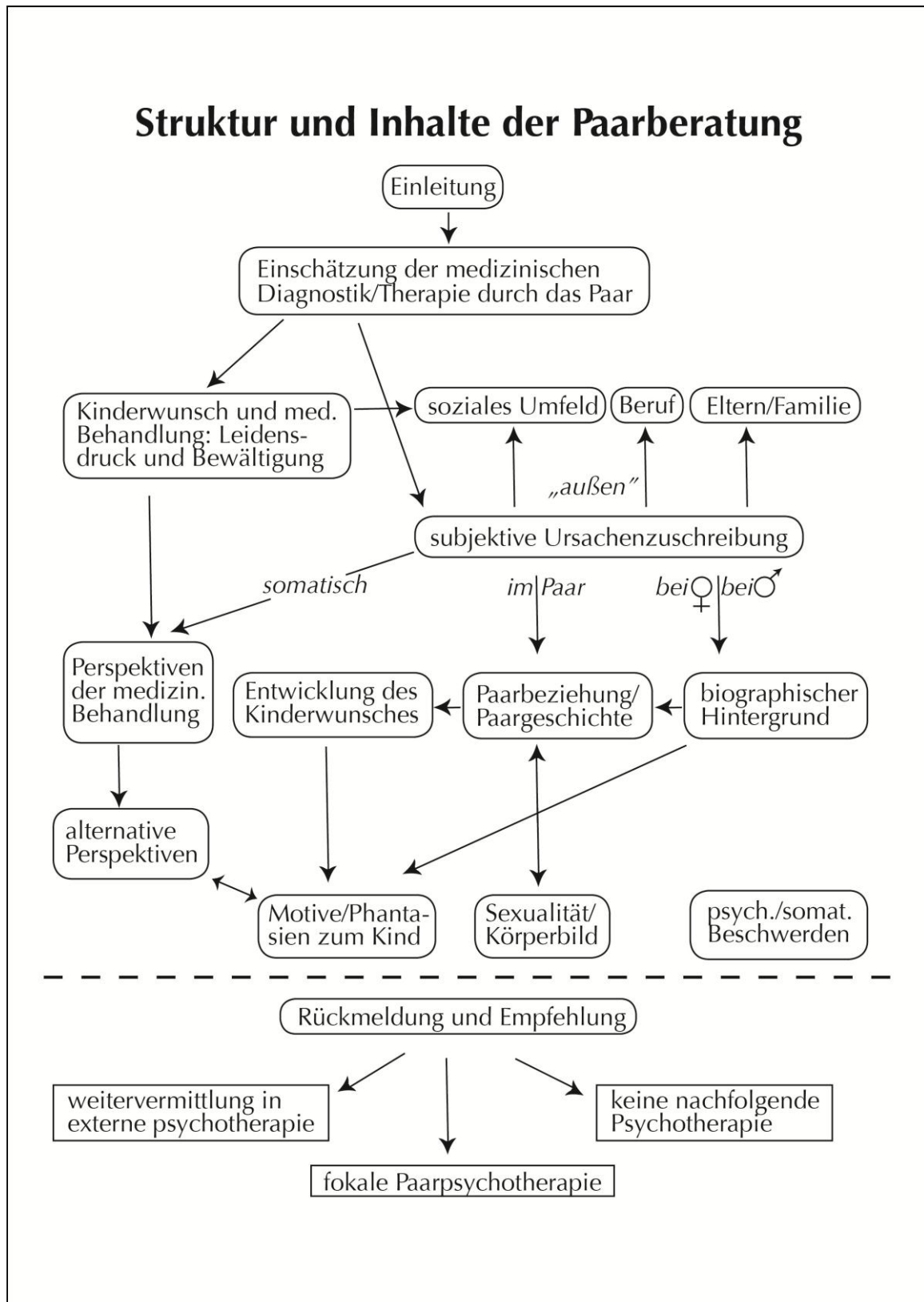


Abbildung 1: Struktur und Inhalte der Paarberatung (Quelle: modifiziert nach Wischmann & Stammer, 2006, 100)

9.3 Anwendung in der Praxis

Der Rahmen der vorliegenden Arbeit, lässt es nicht zu exemplarisch das konkrete Vorgehen, welches der Anwendung in der Praxis entsprechen würde, darzustellen, weshalb einige wichtige Inhalte der Kinderwunschberatung herausgegriffen und im Folgenden näher erläutert werden.

Subjektive Ursachenzuschreibung:

Eine zentrale Frage ist die nach der subjektiven Ursachentheorie, das heißt, dass das Paar gefragt bzw. gebeten wird, was ihrer Meinung nach, unabhängig von der medizinischen Diagnose, ein Grund für den unerfüllten Kinderwunsch darstellen könnte, wie z.B. zurückliegende Erkrankungen, derzeitiger Lebenswandel oder besonderen Umwelteinflüssen den sie ausgesetzt sind (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 53). Das Paar wird dabei ermutigt auch scheinbar banale bzw. nebensächliche Aspekte über die Verursachung der Kinderlosigkeit zu benennen. „Diese Vorstellungen können Hinweise zu vor- oder unbewussten Konflikten und möglichen Schuldgefühlen bezüglich des unerfüllten Kinderwunsches geben“, was vor allem bei der Diagnose der „idiopathischen Sterilität“ von großer Bedeutung sein kann (ebd., 54).

Die subjektiven Ursachen kann von dem betroffenen Paar in unterschiedlichen Bereichen gesehen werden (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 99). So stellen häufig Belastungen und damit einhergehend der Stress durch die Arbeit eine mögliche Ursache dar (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 56), weil z.B. Kolleginnen schwanger sind oder bereits Familie haben, weshalb insbesondere Frauen sich an ihrem Arbeitsplatz nicht mehr wohl fühlen. Zudem kann der Arbeitsplatz als derart unbefriedigend erlebt werden, dass mit Eintritt der erwünschten Schwangerschaft der Arbeitsplatz aufgegeben werden könnte, weshalb die Frau sich ihre Schwangerschaft herbeisehnt (ebd.). Des Weiteren kann „Druck“ durch das soziale Umfeld, als subjektive Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch gesehen werden (ebd., 60). So kann gelegentlich direkter Druck von einem Elternteil erzeugt werden, indem sie ihren sehnlichsten Wunsch bezüglich eines ersten Enkelkinds offen darlegen, oder viele der eigenen Freunde werden Eltern, was zusätzlich Druck bei den Betroffenen schüren kann (ebd.).

Mögliche Schlüsselfragen könnten in diesem Zusammenhang sein:

- „Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass Ihr Kinderwunsch bisher unerfüllt geblieben ist?“
- „Was müsste sich in Ihrem Leben ändern, damit ein Kind kommen kann?“

- „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer jetzigen beruflichen Situation?“
- „Haben Sie Freunde, mit denen Sie über persönliche Dinge sprechen können?“
- „Wenn Freunde und Bekannte schwanger werden: setzt Sie das unter Druck?“

(Stammer, Verres & Wischmann 2004, 54ff).

Mit diesen Fragen soll u.a. dem Paar die Möglichkeit eröffnet werden, sich von den Gedanken und Grübeleien über mögliche Ursachen für die bestehende Fruchtbarkeitsstörung zu lösen, zudem kann ermittelt werden ob ein soziales Netz besteht bzw. lässt sich eine mögliche Isolation einschätzen (ebd. 53ff).

Entwicklung des Kinderwunsches und seiner Bedeutung:

Die Entwicklung des Kinderwunsches und dessen Bedeutung für das Kinderwunschpaar stellt einen großen Teil der Beratung dar (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 101). Die Motive für ein Kind (siehe Punkt 1.1) mit ihren unterschiedlichen und ambivalenten Facetten sollen geklärt und verstehbar gemacht werden (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 57). Denn mit dem Eintritt der Schwangerschaft bzw. mit einem Kind werden Veränderungen in Verbindung gebracht, die das Paar bereits losgelöst von dem Wunschkind, ausführen könnte, wie z.B. Festigung der Partnerschaft durch gemeinsam verbrachte Zeit, Abgrenzung von den Eltern, Ausstieg aus dem ungeliebten Beruf (ebd.). Im Rahmen der Beratung gilt besonderes Augenmerk auf Anmerkungen zwiespältiger Gefühle bezüglich des Wunsches nach zeitweiliger Unterbrechung der medizinischen Behandlungsverfahren und vom Paar geäußerte Hindernisse für die Verwirklichung des Kinderwunsches, zu legen (ebd.). Denn nach jahrelangen Fruchtbarkeitsbehandlungen können oft Ambivalenzen, die mit dem Wunsch nach einem Kind oder der Behandlung im Zusammenhang stehen, nicht mehr von dem betroffenen Paar wahrgenommen werden, weshalb das Anliegen der BeraterInnen darin besteht, die unterschiedlichen Meinungen aufzugreifen und das Paar darüber miteinander ins Gespräch zu bringen und über mögliche Problematiken zu sprechen (ebd.). Das Paar soll darin bestärkt werden, über die faktischen Neuerungen, die mit einem Kind gewünscht werden, miteinander wieder ins Gespräch zu kommen. Nicht selten hat das Paar eine unterschiedliche Erwartungshaltung bezüglich der Veränderungen die mit einem Kind einhergehen. So nimmt die Frau des Öfteren an, dass vom Zeitpunkt der Geburt der Partner häufiger zuhause ist, der Mann dagegen nimmt an das seine Frau ausgelastet sei, weshalb er seinen Freizeitaktivitäten mehr nachgehen könne (ebd.).

Um bestehende Wünsche und Zweifel bzw. Sorgen möglichst genau benennen zu lassen, kann im Rahmen der Beratung evtl. eine kurze Visualisierung zum Leben mit einem Kind angeleitet werden (ebd., 58)

Mögliche Schlüsselfragen könnten sein:

- „Wie hat sich der Kinderwunsch bei Ihnen bisher entwickelt?“
- „Hat er sich im Laufe der Behandlung verändert?“
- „Haben sie schon von ihrem Kind geträumt?“
- „Was wird für sie anders sein, wenn Ihr Problem „unerfüllter Kinderwunsch“ gelöst werden kann“ (ebd.).

Alternative Perspektiven

Als einen weiteren wichtigen Aspekt im Rahmen der Kinderwunschsprechstunde stellt der Themenbereich der alternativen Perspektiven dar. Eine positive Perspektive ohne ein leibliches Kind ist für Paare vor allem zu Beginn einer medizinischen Behandlung an einem fortpflanzungsmedizinischen Zentrum, nur schwer vorstellbar (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004, 66). Die Beratung sollte vorsichtig die Idee in den Raum stellen, dass es aus psychologischer Sicht ratsam sei einen Behandlungsausgang ohne die Erfüllung des leiblichen Kindes von Anfang an in Betracht zu ziehen (ebd.). Denn bei diesem Teil der Beratung geht es um die Konfrontation mit der möglichen Erfolglosigkeit der reproduktionsmedizinischen Verfahren (ebd.). Wird im Rahmen der Beratung diese Vorstellung erarbeitet, kann dies den Beginn einer Trauerarbeit ermöglichen, in der von einem Lebenstraum Abschied genommen werden kann (siehe 8.2), was die Herausbildung neuer Lebensperspektiven implizieren könnte (vgl. Wischmann et al. 2000, 182). Die Auseinandersetzung mit alternativen Formen der Elternschaft wie Adoption oder Pflegschaft, die Schaffung einer neuen beruflichen oder sozialen Identität oder die Intensivierung der Partnerschaft auf dem Hintergrund neuer Werte und Ziele kann zu einer erhebliche Entlastung des Paares beitragen, die sich ggf. positiv auf die Behandlung auswirken kann (ebd.).

Mögliche Schlüsselfragen wären an dieser Stelle Folgende:

- „Wenn die Behandlung erfolglos sein würde, wie würde Ihr Leben dann fünf Jahre später aussehen?“
- „Mit welchen Perspektiven ohne leibliches Kind haben Sie sich bisher auseinandergesetzt?“

Mit Hilfe dieser Fragen würde es dem/der BeraterIn gelingen, die Einstellung zu einer Perspektive ohne ein leibliches Kind, z.B. ob eine Adoption in Betracht käme, einzuschätzen (ebd., 67).

Die soeben erläuterten möglichen Themen der Paarberatung können in Form der fokalen Paartherapie weitergeführt werden. Eine weiterführende Paartherapie wird nur dann empfohlen, wenn aus der Sicht der BeraterIn eine vertiefte Bearbeitung bestehender Probleme, welche aus der zweistündigen Beratung ersichtlich wurden, notwendig scheint (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 102). So können anhaltende depressive Verstimmungen der Frau, die sich u.a. in Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit ausdrücken können, aber auch in somatischer Form, wie Schlafstörungen sowie die Entwicklung einer Essstörung (ebd.). Hier besteht die Möglichkeit einer Einzeltherapie, es wird jedoch eine Paartherapie empfohlen, weil das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch, letztlich als gemeinsames Leiden verstanden werden kann (ebd.).

Aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit, ist es nicht möglich die Paartherapie vorzustellen, weshalb auf Stammer, Verres & Wischmann (2004) verwiesen wird.

9.4 Weitere Beratungskonzepte

Wie bereits eingehend beschrieben, wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Beratungskonzepte, denen unterschiedliche Schwerpunkte und Theorien unterliegen, erstellt. Um einen Überblick zu erhalten mit welchen Beratungskonzepten Frauen, Männern bzw. Paaren die vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind, noch geholfen werden kann, werden zwei weitere Konzepte im Folgenden benannt:

- Psychologische Therapie bei idiopathischer Infertilität: Ein Stressreduktionskonzept, in Anlehnung an Florin et al. (2000).
- Fokale Beratung von Frauen und Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch: Ein dreistufiges Modell, in Anlehnung an Srauß et al. (2000).

Florin et al. (2000) haben ein evidenzbasiertes Stressreduktionskonzept für Patienten mit idiopathischer Infertilität entwickelt (vgl. Florin et al. 2000, 93). Das primäre Ziel des stark handlungsorientierten Behandlungsprogramms, ist die Entlastung der Paare. (ebd., 98). Wie bereits aus 5.6 zu entnehmen, kann Stress sich auf die Fertilität auswirken, weshalb eine Belastungsreduktion u.a. zu einer Verbesserung der Spermienqualität führen kann (ebd., 99).

Das Therapieprogramm zielt darauf ab, die Konzeptionswahrscheinlichkeit durch wiederholten Sexualverkehr an den fruchtbaren Tagen zu nutzen (Florin et al. 2000, 98f). Als weiteres Ziel gilt ein besserer Umgang mit der Situation der Fruchtbarkeitsstörung (ebd., 99).

Strauß et al. (2000) entwickelten das evidenzbasierte Beratungskonzept „Fokale Beratung von Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch: Ein dreistufiges Modell“. Das Beratungskonzept fußt auf der Annahme, dass organische und psychische Bedingungen bei der Fruchtbarkeitsstörung gemeinsam existieren und daher von einem „multifaktoriellen Geschehen“ zu sprechen ist (vgl. Strauß et al. 2000, 122f). Der theoretische Hintergrund des Beratungskonzeptes ist primär tiefenpsychologisch, im Sinne, „dass die Bedeutung unbewusster Motive, Konflikte und Verarbeitungsstrategien“ (Strauß et al. 2000, 123) bereits von Beginn an mit berücksichtigt werden sollten (ebd.). Ziele sind u.a. Bewältigung der Zukunft, Selbstwertprobleme sowie kinderwunschbezogene Konflikte (ebd., 125).

Wie bereits eingehend (siehe oben) haben Studien ergeben, dass Paare die vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind von Selbsthilfegruppen profitieren, weshalb diese im Folgenden kurz vorgestellt werden.

9.5 Selbsthilfegruppen

Es lassen sich Selbsthilfegruppen in von Patienten initiierte Selbsthilfegruppen sowie in professionell angeleiteten Gruppen unterscheiden (vgl. Wischmann 2009c, 93). Angeleitete Gesprächsgruppen nehmen derweil einen höheren Stellenwert bei Betroffenen ein, da bestimmte Themenbereiche thematisiert werden, die häufig praktisch in Gruppenarbeit u.a. in Form von Rollenspielen aufgearbeitet werden (vgl. Wischmann & Stammer, 106). In Selbsthilfegruppen kommen Frauen und Paare⁴⁴ mit unerfülltem Kinderwunsch zusammen, um miteinander ihre Problematiken und mögliche Bewältigungsstrategien zu thematisieren (ebd., 105). Der Vorteil von Selbsthilfegruppen besteht in der Niedrigschwelligkeit, so dass Betroffene mit Berührungängsten bezgl. psychosozialer Beratung bzw. Therapie, erreicht werden können (vgl. Wischmann 2009c, 93).

Selbsthilfegruppen stellen eine bewährte Möglichkeit dar, Gefühle von Tabuisierung sowie der Isolation des unerfüllten Kinderwunsches zu thematisieren (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 104). Denn viele Paare leiden erheblich unter der Vorstellung, allein mit der bestehen-

⁴⁴ Selbsthilfegruppen für Männer mit unerfülltem Kinderwunsch sind bisher nicht bekannt (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 105).

den Problematik zu sein sowie darunter, dass Personen bzw. Paare, die nicht von der ungewollten Kinderlosigkeit betroffen sind, kein Verständnis für die Lebenssituation haben (ebd.). Insbesondere stellt für viele Frauen das Konzept einer Selbsthilfegruppe eine Befreiung dar, denn sie treffen auf Frauen die ihre monatlichen seelischen Einbrüche teilen und damit nachempfinden können (ebd.). Zudem stellt es eine Entlastung dar, wenn sie feststellen, dass ambivalente Gefühle gewöhnlich zu sein scheinen, in Anbetracht ihrer Lebenssituation die von der ungewollten Kinderlosigkeit zunehmend bestimmt ist (ebd.). Studien zur Folge stellt die gemeinsame Erfahrung und der Austausch mit anderen Paaren, die vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind, einen wichtigsten Effekt der Gruppenintervention dar, denn diese Erfahrung scheint die Verarbeitung der Fruchtbarkeitsstörung zu erleichtern (vgl. Wischmann 2009c, 94).

Selbsthilfegruppen können allerdings auch kritisch betrachtet werden, wenn sie die „Grübelneigung“ der Betroffenen verstärkt bzw. auftretende Konflikte unter den TeilnehmerInnen nicht bewältigen können (vgl. Wischmann & Stammer 2006, 105).

10 Fazit

Der unerfüllte Kinderwunsch stellt eine schwerwiegende Lebenskrise im Leben eines Kinderwunschpaares dar. Das Paar trifft es völlig unerwartet, weshalb die Reaktion auf die Diagnose eine Art Schock darstellt. In der vorliegenden Arbeit wurde herausgearbeitet, welchen starken Emotionen Frauen ausgesetzt sein können, aber auch wie Männer unter der ungewollten Kinderlosigkeit leiden, weshalb die Lebenskrise beide zugleich trifft und häufig als eine Kränkung ihrer selbst wahrgenommen wird. Diese Emotionen gehen nicht zuletzt damit einher, da das Paar häufig bestimmte Erwartungen bzw. Veränderungen mit dem Eintritt der Schwangerschaft verknüpft. Der Kinderwunsch setzt sich aus vielen unterschiedlichen Motiven zusammen, die teils bewusst oder unbewusst sind. Nicht selten erhofft man sich, dass sich durch die neue Lebensaufgabe die Paarbeziehung intensiviert oder sich durch die Geburt eines Kindes andere Aspekte im Leben positiv verändern. Durch den unerfüllten Kinderwunsch bleiben dem Paar all diese Wünsche verwehrt.

Das sich die ersehnte Schwangerschaft nicht einstellen möchte, kann zum Verlust des Selbstbildes der Frauen führen. Ein wichtiger Teil des „Frau-Seins“ kann nicht erfahren werden, was Frauen in eine Identitätskrise führen kann. Aus diesem Grund greifen viele Frauen auf die medizinische Behandlung zurück um nichts unversucht zu lassen.

Bisher wurde angenommen, dass Männer weniger unter der Kinderlosigkeit leiden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass Männer Probleme häufig mit sich selbst ausmachen und diese nicht kommunizieren. Frauen hingegen wenden sich nach außen um Rat bei Freunden und Familie zu suchen. Damit bedienen sich die Geschlechter spezifischen Krisenbewältigungsmustern um die schwerwiegende Situation zu überwinden. Dies kann unter Umständen jedoch zu Verstrickungen der Paarbeziehung führen oder aber die Beziehung noch intensivieren. Die meisten Paare sind in der Lage diese schwierige Situation allein zu bewältigen. Studien ergaben, dass während dieser Lebenskrise informelle Ressourcen wie Partner, Familie und Freunde von größter Bedeutung sind.

Doch bei einigen Paaren stellt der unerfüllte Kinderwunsch eine gravierende Belastung dar. Vor allem im Rahmen nicht erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Verfahren, können bei Frauen bereits latent bestehende Auswirkungen wie Ängste und Depressionen erheblich zunehmen. Damit stellt die Situation des unerfüllten Kinderwunsches, nebst hohen physischen Belastungen durch die medizinischen Verfahren, eine massive psychische Belastung dar, so dass professionelle Hilfe in Form von psychologischer Beratung gewährleistet sein sollte.

Eine Kooperation zwischen reproduktionsmedizinischen Zentren und qualifizierten Beratern, für die sich BKiD ausspricht und bereits von der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ praktiziert wird, wäre wünschenswert. Hervorzuheben ist, dass viele Paare eine psychosoziale Beratung scheuen, somit muss auf die Beratung von Beginn an hingewiesen werden, so dass eine Hemmschwelle gar nicht erst entstehen kann. Wie bereits von Studien belegt, kann eine psychosoziale Intervention eine Reduktion von negativen Affekten bereits nach kürzester Zeit erzielen. Die Beratung kann helfen, die Situation des unerfüllten Kinderwunsches und die damit einhergehenden Gefühle in einem größeren Zusammenhang zu betrachten.

Beratung bedeutet „dem Paar zum Zeitpunkt der Sterilitätskrise die Möglichkeit zu geben, diese besonders schmerzliche Erfahrung in einen größeren Zusammenhang des Lebens zu stellen. Beratung ist nicht Psychotherapie. Sie soll aber auf einer professionellen Grundlage einen Weg aus dieser Krise zeigen. (...) Es kommt darauf an, das Paar mit seinen seelischen, sozialen und körperlichen Seiten im Zentrum zu sehen und Diagnostik und Therapie individuell anzupassen“ (Kentenich et al. 2000, 238).

Da psychosoziale Beratung zwar zur Reduktion von Depressionen etc. beitragen kann, aber generell herausgefunden wurde, dass informelle Netze eine große Hilfe darstellen, ist es wichtig an diesem Punkt anzuknüpfen. Positiv zu bemerken ist, dass die Betroffenen sich nicht von professionellen BeraterInnen abhängig machen müssen, sondern sie vieles als Paar, mit der Unterstützung des sozialen Umfelds, allein bewältigen können. Durch eine zusätzliche Abhängigkeit von einer professionellen Beratung würde sich, meiner Meinung nach, das Gefühl der Machtlosigkeit nur noch verstärken, da sich das Paar ohnehin schon durch die Problematik des sich nicht erfüllenden Kinderwunsches ausgeliefert fühlt.

Sozialarbeiter, in ihrer Funktion als Berater, sollten daher Paare ermutigen mit anderen über das Thema zu sprechen und sich nicht sozial zu isolieren aus Angst vor vermeidlichen Stigmatisierungen. Dadurch soll das bestehende Tabu gebrochen werden und Paare sollten darin bestärkt werden, offen mit ihrer Lebenssituation umzugehen ohne sich verpflichtet zu fühlen intime Details preisgeben zu müssen.

Neben der hohen Wirksamkeit informeller Ressourcen, hat sich herausgestellt, dass Selbsthilfegruppen erheblich zur Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten beitragen. Sozialarbeiter sollten die Paare ermutigen sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Dies ist vor allem für diejenigen relevant, die nur über kleineres soziales Netz verfügen oder sich in ihrem Umfeld missverstanden fühlen. Die Unterstützung, die Selbsthilfegruppen mit sich bringen und das

Wissen um Personen, die ein ähnliches Schicksal teilen, können zur Bewältigung beitragen. Häufig profitieren die Teilnehmer von ihren gegenseitigen Erfahrungen, indem sie ihr erlangtes Wissen weitergeben um anderen Betroffenen, die sich noch an einem anderen Punkt des Prozesses befinden, zu helfen. Durch die Vorgehensweise nach außen zu treten, werden die Leidtragenden befähigt selbstbestimmt ihre Lebenssituation darzustellen und ggf. zu erläutern, womit man ihnen ein Stück Selbstbestimmtheit zurückgibt.

In Anbetracht der Möglichkeit, dass sich der Kinderwunsch niemals erfüllen wird und sich dadurch der Lebensentwurf des Paares nicht realisieren lässt, sollte im Rahmen der Beratung an den persönlichen Ressourcen des Paares angesetzt werden. Dabei ist es wichtig, an bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten anzusetzen und ggf. diese zu vertiefen. Zudem sollten sie sich neuen oder bestehenden Interessen außerhalb des Kinderwunsches zuwenden. Sich ihre Stärken vergegenwärtigen, wodurch sie selbstbefähigt diese Lebenskrise bewältigen können. Gerade in dieser belastenden Situation, wie der unfreiwilligen Kinderlosigkeit, ist es die Hauptaufgabe des Sozialarbeiters positive Potenziale aufzudecken und die Betroffenen somit zu motivieren ihr Leben eigenständig zu gestalten. Wichtig wäre an dieser Stelle in Erfahrung zu bringen, welche Wünsche und Ziele vor dem Kinderwunsch existierten bzw. welche Inhalte das Leben bestimmten, um ggf. an diesen anzuknüpfen. Es geht nicht darum den Kinderwunsch auszublenden, sondern lernen diesen zu verstehen, anzunehmen und dadurch eine neue Perspektive zu erlangen. Ziel sollte es sein, dass dieser Wunsch nicht mehr den Lebensinhalt bestimmt, ihm aber trotz allem genug Raum zu geben.

In der vorliegenden Thesis wurden im Rahmen der Diagnostik der ungewollten Kinderlosigkeit einige medizinische Verfahren genauer erläutert. Dies liegt darin begründet, dass es meiner Meinung nach in der Arbeit mit ungewollt kinderlosen Paaren, es von Vorteil ist, über reproduktionsmedizinische Verfahren im Bilde zu sein sowie mögliche Belastungen, die mit der Behandlungen einhergehen, zu kennen. Dazu gehört eine gewisse Grundkenntnis, über die eine pädagogische Fachkraft verfügen sollte, um eine adäquate Beratung und Begleitung zu gewährleisten.

Ein ebenso wichtiges Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit bestünde, meines Erachtens, in der Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen. Wie aus dem Kapitel zur Ätiologie zu entnehmen ist, stellt das Konsumieren von Nikotin und Alkohol Einflussfaktoren dar, die eine Fruchtbarkeitstörung bedingen können. Aus diesem Grund erscheint es mir notwendig im Rahmen der Aufklärungsarbeit (vor allem an Schulen und in der Jugendarbeit) den gesund-

heitlichen Aspekt, neben den ohnehin bekannten schwerwiegenden Nebenwirkungen, auf den der Unfruchtbarkeit zu erweitern.

Neben dem Konsum von Genussmitteln sollte zudem das Thema Essstörungen im Rahmen von Präventionsarbeit große Beachtung finden. Denn sowohl klinische als auch subklinische Formen von Bulimie, Anorexie sowie Adipositas können Einschränkungen der Fruchtbarkeit erzeugen. Dieses Ausmaß wird den Jugendlichen in dieser Form nicht bewusst sein, weshalb speziell Mädchen im Jugendalter darüber aufgeklärt werden sollten, da sie in diesem Alter Essstörungen entwickeln können.

Zudem bestünde eine frühzeitige Prävention in der Sexualaufklärung. Wie im Kapitel zur Sexualität herausgearbeitet wurde, besteht häufig kaum Kenntnis über den Zyklus der Frau sowie falsche Annahmen bezüglich Potenz und Impotenz des Mannes. Ein Kennen des eigenen Körpers ist aber unabdingbar um frühzeitige Symptome einer Fruchtbarkeitsstörung zu erkennen. Dafür ist eine qualifizierte Sexualaufklärung von Nöten, welche u.a. von Pro Familia angeboten wird.

Die vorliegende Arbeit berücksichtigt ausnahmslos heterosexuelle Paare, die sich ein Kind wünschen. Als ich diese Arbeit begann, kristallisierte sich schnell heraus, dass die zur Verfügung stehende Fachliteratur, außer weniger Ausnahmen, sich ausschließlich mit dieser Paar-Konstellation beschäftigt. Dies erscheint nachvollziehbar, da die klassische Mann-Frau-Konstellation das Bild eines Paares in unserer Gesellschaft widerspiegelt, aber auch weil nur Mann und Frau zusammen Kinder zeugen können. Es darf jedoch nicht ignoriert werden, dass es auch Betroffene gibt, die diese normativen Voraussetzungen nicht erfüllen. So können u.a. homosexuelle Paare, aber auch Alleinstehende vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sein. Literatur zu diesem Thema ist kaum existent und es kann hinterfragt werden warum dies so ist. Es bedarf hier einer grundlegenden Forschung um herauszufinden ob sich Kinderwunschnotive oder die Auswirkungen einer verwehrteten Mutter- bzw. Vaterschaft sich von denen heterosexuellen Paaren unterscheidet. Gerade im Hinblick auf die Gesetzeslage in Deutschland, die eine künstliche Befruchtung und Adoption gleichgeschlechtlicher Paare verbietet, wäre es interessant zu erfahren ob dadurch der Kinderwunsch beeinflusst wird. Wird der Kinderwunsch durch diese gesellschaftlichen Normen unterdrückt oder wie äußert er sich z.B. bei schwulen Paaren, die keine Aussicht auf ein eigenes Kind haben und welche Bewältigungsstrategien kommen für sie in Betracht?

Ein weiterer Punkt, der mir während der Bearbeitung aufgefallen ist, ist der Umstand, dass das männliche Geschlecht immer noch nicht die Bedeutung in der Forschung erfährt wie das weibliche. Die Studien ziehen hauptsächlich körperliche Ursachen als Auslöser für psychische Probleme, die beim Mann im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches auftreten, in Betracht. Neuere Forschungen beschäftigen sich auch ausführlicher mit der Rolle des Mannes, aber ich habe den Eindruck, dass dort viel pauschalisiert und generalisiert wird. So wird Männern generell die Fähigkeit zur Kommunikation abgesprochen. Dies wird, meiner Meinung nach, dem „modernen“ Mann nicht gerecht, dessen Vaterrolle sich in den letzten Jahrzehnten sehr verändert hat.

Ein Thema, welches in der vorliegenden Arbeit nicht ausführlich behandelt werden konnte, aber meines Erachtens berücksichtigt werden sollte, sind die gesellschaftlichen Bedingungen, die einer frühen Familienplanung entgegenwirken und damit den Anstieg des Erstgraviditätsalters bewirken. Durch längere Ausbildung und immer noch schwerer Vereinbarkeit von Beruf und Familie fällt die Entscheidung für eine Familiengründung in ein immer späteres Alter (vgl. Strauß et. Al 2004, 22). Wie in Kapitel 3.2 beschrieben kann dies die Fruchtbarkeit erheblich einschränken. Durch entsprechende gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen, könnte dem Verschieben der Familienplanung vieler Paare entgegen gewirkt und somit der Bedarf nach Verfahren der Reproduktionsmedizin gemindert werden. Es bleibt abzuwarten ob der beschlossene Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz für Kinder unter drei Jahren, der laut Zeit Online am 1. August 2013 in Kraft tritt, längerfristig eine Auswirkung auf die Geburtenrate in Deutschland hat und ob das Erstgraviditätsalter dadurch wieder sinkt.

Dieser soziologische Aspekt des Familienwandels bedarf einer eigenständigen, ausführlichen Ausarbeitung. Das Thema Familienplanung und der damit einhergehende Kinderwunsch kann somit auch gesamtgesellschaftlich betrachtet werden.

Doch lag es in meinem hauptsächlichsten Interesse aufzuzeigen, wie die einzelnen Betroffenen bzw. Paare den unerfüllten Kinderwunsch erleben und wie durch die soziale Arbeit geholfen werden kann. Auch wenn ich nicht alle Gesichtspunkte umfassend darstellen konnte, hoffe ich dass es mir gelungen ist einen wissenschaftlichen Abriss der heutigen Forschungsansätze aufzuzeigen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Adams, Rachel / Savran, David (Hg.) (2002): *The Masculinity Studies Reader*, Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Badinter, Elisabeth (1999): *Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhunderts bis heute*, 4. Aufl., München: Piper.
- Baltzer, Jörg [u.a.] (2004): Frauenärztliche Sprechstunde, altersspezifische Aspekte, in: Baltzer, Jörg [u.a.] (Hg.): *Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Stuttgart: Thieme, 42-87.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2006): *Die Kinderfrage heute. Über Frauenleben, Kinderwunsch und Geburtenrückgang*, München: C.H. Beck.
- Bertelsmann, Hilke [u.a.] (2008): Fehlbildungsrisiko bei extrakorporaler Befruchtung, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 11-17.
- BKiD, Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (2010): Startseite <http://www.bkid.de/home.html> (Zugriff: 08.08.2012).
- Block, Martina / Tinneberg, Hans Rudolf (2008): Entwicklung komplementärer Therapien in der Reproduktionsmedizin, in: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 5, 272-279.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): Startseite, online unter: <http://www.dimdi.de/> (Zugriff: 19.05.2012).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, online unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/index.htm#XIV> (Zugriff: 19.05.2012).
- Ditzen, Beate / Beinder, Ernst (2010): Infertilität und Schwangerschaftskomplikationen, in: Ehlert, Ulrike / von Känel, Roland (Hg.): *Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie*, Berlin, Heidelberg: Springer, 342-361.
- Enchelmaier, Iris (2004): *Abschied vom Kinderwunsch. Ein Ratgeber für Frauen, die ungewollt kinderlos geblieben sind*, Stuttgart: Kreuz.
- Erdle, Birgit (2008): „Kind ade“- Einige Überlegungen zu sozialen und gesellschaftlichen Ursachen von Kinderlosigkeit, in: Kleinschmidt, Dorothee / Thorn, Petra / Wischmann, Tewes (Hg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 27-30.
- Feichtinger, Wilfried / Stanzel, Eva (Hg.) (2009): *Die Unfruchtbarkeitsfalle. Wie es dazu kommen kann, dass man den Zug verpasst*, Wien: Orac.
- Fiegl, Jutta, (2008): *Unerfüllter Kinderwunsch. Das Wechselspiel von Körper und Seele*, München: mvg.
- Florin, Irmela [u.a.] (2000): Psychologische Therapie bei idiopathischer Infertilität: Ein Streßreduktionskonzept, in: Strauß, Bernhard (Hg.): *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*, Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 93-118.
- Fränznick, Monika / Wieners, Karin (Hg.) (2001): *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychosoziale Folgen, Bewältigungsversuche und die Dominanz der Medizin*, 2., aktualisierte Aufl. Weinheim; München: Juventa.

- Frick-Bruder, Viola (2003): Psychosomatische Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit, in: Schirren, Carl [u.a.] (Hg.): Unerfüllter Kinderwunsch. Leitfaden Reproduktionsmedizin für die Praxis, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 24-50.
- Gnoth, Christian [u. a.] (Hg.) (2004): Zur Definition und Prävalenz von Subfertilität und Infertilität, in: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 1, 272-278
- Grünebaum, Gabriele (2008): Unser Weg zum Wunschkind, Hannover: humboldt.
- Henning, Kathrin / Strauß, Bernhard (2000): Psychologische und psychosomatische Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit: Zum Stand der Forschung, in: Strauß, Bernhard (Hg.): Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie, Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 15-33.
- Hölzle, Christina (2008): Zum Umgang mit Risiken und Gefahren im Rahmen der Reproduktionsmedizin, in: Kleinschmidt, Dorothee / Thorn, Petra / Wischmann, Tewes (Hg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID), Stuttgart: W. Kohlhammer, 59-67.
- Hölzle, Christina [u.a.] (2000): Lösungsorientierte Paarberatung mit ungewollt kinderlosen Paaren, in: Strauß, Bernhard (Hg.): Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie, Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 149-172.
- Keck, Christoph (2008): Neue Wege bei unerfülltem Kinderwunsch, Stuttgart: Trias
- Kowalcek, I (2000): Die psychosomatische Paarberatung vor assistierter Reproduktion, in: Der Gynäkologe, 11, 782-787, Springer.
- König, Uta (2003): Wir wollen ein Baby. Von Mönchspfeffer bis In-vitro, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Krätschmer-Hahn, Rabea (2012): Kinderlosigkeit in Deutschland. Zum Verhältnis von Fertilität und Sozialstruktur, Wiesbaden: VS.
- Kuchling, Ilse (2002): Der unerfüllte Kinderwunsch, Wien: LexisNexis.
- Ludwig, Michael (2010): Gynäkologische Endokrinologie. Ein Handbuch für die Praxis, Hamburg: optimist.
- Ludwig, Michael (2005): Kinderwunschsprechstunde, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Lyttleton, Jane (2008): Fertilitätsstörungen behandeln mit chinesischer Medizin, München, Jena: Urban & Fischer.
- Onnen-Isemann, Corinna (2004): Ungewollte Kinderlosigkeit. Auswirkungen auf die Partnerschaft, online unter: <https://www.familienhandbuch.de/gesundheits/familienplanung/ungewollte-kinderlosigkeit-auswirkungen-auf-die-paarbeziehung> (Zugriff:02.07.2012).
- Pook, Martin [u. a.] (2000): Psychische Gesundheit und Partnerschaftsqualität idiopathisch infertiler Paare, in: Brähler, Elmar / Felder, Hildegard / Strauß, Bernhard (Hg.): Fruchtbarkeitsstörungen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 17, Göttingen [u. a.]: Hogrefe Verlag für Psychologie, 262-271.
- Quitmann, Susanne (2008): Sexualtherapie bei Paaren in reproduktionsmedizinischer Behandlung, in: Kleinschmidt, Dorothee / Thorn, Petra / Wischmann, Tewes (Hg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID), Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 89-93.

- Ritzinger, Petra / Weissenbacher, Ernst Rainer (Hg.) (2006): Später Kinderwunsch- Chancen und Risiken, 2. Aufl., Germering: W. Zuckschwerdt.
- Robert Koch- Institut (2004): Ungewollte Kinderlosigkeit, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 20, 3- 27.
- Sautter, Thomas (2000): Wirksame Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Endlich ein Baby: So nutzen Sie alle Chancen aus Naturheilkunde und moderner Medizin, 3. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme.
- Schirren, Carl [u. a.] (Hg.) (2003): Unerfüllter Kinderwunsch, Leitfaden Reproduktionsmedizin für die Praxis, 3., Erweiterte Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schuth, Walter (2004): Psychosomatische Aspekte in Gynäkologie und Geburtshilfe, in: Baltzer, Jörg [u.a.] (Hg.): Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, Stuttgart: Thieme, 88-127.
- Schwill, Marianne (2008): Adoption – Voraussetzungen, rechtliche Aspekte, Verfahrenswege, in: Kleinschmidt, Dorothee / Thorn, Petra / Wischmann, Tewes (Hg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID), Stuttgart: W. Kohlhammer, 106-110.
- Spiewak, Martin (2005): Wie weit gehen wir für ein Kind?. Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt am Main: Eichborn.
- Stammer, Heike / Verres, Rolf / Wischmann, Tewes (Hg.) (2004): Paarberatung und – therapie bei unerfülltem Kinderwunsch, Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Stammer, Heike [u.a.] (2004): Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie, in: Strauß, Bernhard / Brähler, Elmar / Kentenich, Heribert (Hg.): Fertilitätsstörungen- psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie, Stuttgart: Schattauer, 61-79.
- Stöbel Richter, Yve [u.a.] (2011): Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie, in: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 8, 416-423.
- Stöbel-Richter, Yve / Brähler, Elmar / Weidner, Kerstin (2010): Chancen und Risiken moderner reproduktionsmedizinischer Verfahren, in: Remmers, Hartmut / Kohlen, Helen (Hg.): Bioethics, Care and Gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik, Göttingen: V&R unipress, 147-161.
- Strauß, Bernhard [u.a.] (2000): Fokale Beratung von Frauen und Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch: Ein dreistufiges Modell, in: Strauß, Bernhard (Hg.): Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie, Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 119-147.
- Tech, Judith (2011): Assistierte Reproduktionstechniken. Darstellung, Analyse und Diskussion an negative bewerteter Effekte, München: Herbert Utz.
- Thorn, Petra (2008a): Mehrlingsschwangerschaften. Das große Risiko der Reproduktionsmedizin, in: Kleinschmidt, Dorothee / Thorn, Petra / Wischmann, Tewes (Hg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID), Stuttgart: W. Kohlhammer, 68-72.
- Thorn, Petra (2008b): Familiengründung mit Samenspende. Ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen, Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Thorn, Petra (2010): Männliche Unfruchtbarkeit und Kinderwunsch. Erfahrungen, Lebensgestaltung, Beratung, Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Wischmann, Tewes (2009a): Psychosoziale Aspekte bei Infertilität, in: *Der Gynäkologe* 4, 285-295, Springer.
- Wischmann, Tewes (2009b): Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch, in: *Sexuologie*, 16, 111-121.
- Wischmann, Tewes (2009c): Bedeutung einer begleitenden psychologischen Behandlung. Kann psychosoziale Beratung bzw. Psychotherapie während reproduktionsmedizinischer Maßnahmen die Schwangerschaftsraten erhöhen? , in: *Gynäkologische Endokrinologie*, 2, 93-98.
- Wischmann, Tewes (2008): Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin- Einige grundlegende Daten, in: Kleinschmidt, Dorothee / Thorn, Petra / Wischmann, Tewes (Hg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*, Stuttgart: W. Kohlhammer, 51-58.
- Wischmann, Tewes (2006): Unerfüllter Kinderwunsch- Stereotype und Fakten, in: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 3, 220-225.
- Wischmann, Tewes / Stammer, Heike (Hg.) (2006): *Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch*, 3., aktualisierte Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wischmann, Tewes [u.a.] (2004): Diagnostik, in: Strauß, Bernhard / Brähler, E. / Kentenich, Heribert (Hg.): *Fertilitätsstörungen- psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie*, Stuttgart: Schattauer.
- Wischmann, Tewes (2004): „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde – Psychosomatische Beratungs- und Betreuungskonzepte für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch“. Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg.
- Wischmann, Tewes [u.a.] (2000): Paarberatung und –therapie bei unerfülltem Kinderwunsch: Das zweistufige Konzept der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“, in: Strauß, Bernhard (Hg.): *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*, Göttingen [u.a.]: Hogrefe, 173-198.
- Zeit Online, Es fehlen noch 130.000 Kita-Plätze (01.08.2012), online unter: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2012-08/kita-plaetze> (Zugriff:29.08.2012).
- Zeller-Steinbrich, Gisela (2006): *Wenn Paare ohne Kinder bleiben. Kinderwunsch zwischen Reproduktionsmedizin und psychosozialem Verständnis*, Frankfurt a. M. : Brandes & Apsel.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur und Inhalte der Paarberatung (Quelle: modifiziert nach Wischmann & Stammer, 2006, 100)	60
--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ART	Assisted Reproductive Therapien
BKiD	Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland
BMI	Body-Maas-Index
bzgl.	Bezüglich
bzw.	Beziehungsweise
ET	Embryonentransfer
ggf.	gegebenenfalls
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion
IUI	Intrauterine Insemination
IVF	In-Vitro-Fertilisation
Jh.	Jahrhundert
vs.	Versus (lateinisch für: gegenüber)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift