

06|2024

report**psychologie**

Kinderwunsch heute



**Die Einstellung gegenüber
Elternzeit** S. 18

**Die körperdysmorphe Störung
im Zeitalter der sozialen
Medien** S. 30

Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt

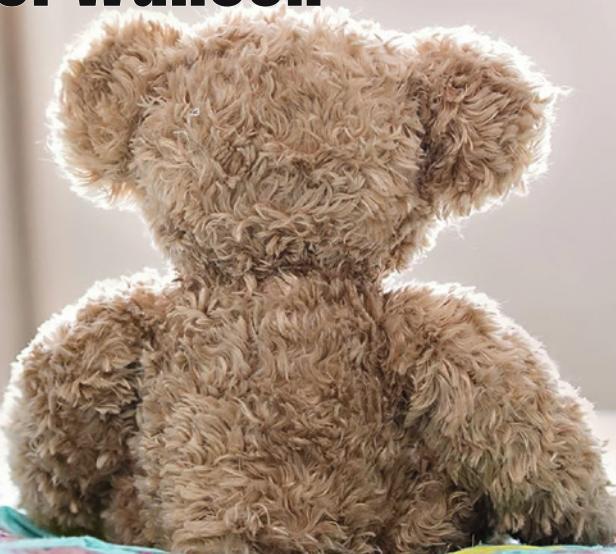


Foto: Teresa Howes - pixels.com

Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen und ungewollter Kinderlosigkeit

»Grenzerfahrungen: Wenn der Wunsch nach einem Kind nicht erfüllt wird« war der Titel meines ersten Artikels zum Thema »Kinderwunsch«, der 1998 im »report psychologie« erschien (Wischmann, 1998). In dem Vierteljahrhundert, das seitdem vergangen ist, hat sich in der medizinisch assistierten Reproduktion (MAR) einiges geändert. Andere Dinge sind gleich geblieben: Ungewollt Kinderlose sind emotional immer noch mit Grenzerfahrungen konfrontiert – ebenso wie die sie behandelnden Fachkräfte.

Die psychosozialen Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit und die psychosomatische Betreuung von Personen mit unerfülltem Kinderwunsch werden in diesem Übersichtsartikel dargestellt.

Kann Kinderkriegen ein Problem sein?

»Kinder kriegen die Leute immer« – diese Aussage wird dem damaligen Bundeskanzler Konrad Adenauer im Kontext der Rentenreform 1957 zugeschrieben. Zumindest teilweise hat sie sich als Irrtum entpuppt: Wurden 1957 in der BRD durchschnittlich noch 2,30 Kinder pro Frau geboren (2,21 in der DDR), waren es 2023 gerade einmal 1,38 in den alten und 1,30 in den neuen Bundesländern (Statistisches Bundesamt, Destatis, 2024). Dieser Trend zu immer weniger geborenen Kindern findet sich inzwischen weltweit (Bhattacharjee et al., 2024).

Kinderlosigkeit: Gewünscht und unerwünscht

Neben zunehmender gewollter Kinderlosigkeit steigt auch der Anteil ungewollt Kinderloser: Von drei kinderlosen Paaren ist mittlerweile eines ungewollt kinderlos (Wippermann, 2020). Das hat seine Ursache u. a. in der Tatsache, dass die Realisierung des Kinderwunsches immer häufiger für ein späteres Lebensalter geplant wird und damit die biologischen Grenzen stärker wirksam werden (Wischmann, 2012). Aus rein biologischer Sicht liegt das Konzeptionsoptimum der Frau bei ca. 23 Jahren. Allerdings waren 2023 in Deutschland die Mütter bei der Geburt des ersten Kindes durchschnittlich 30,3 Jahre alt. Auch durch die vermehrte mediale Prä-

senz der Reproduktionsmedizin und ihrer Möglichkeiten ist von einer weiteren Zunahme unerfüllter Kinderwünsche auszugehen. In den meisten Fällen dürfte sich dabei eine zunächst gewollte in eine später ungewollte Kinderlosigkeit (aufgrund des Alters) wandeln.

Ob »social egg freezing« (Wischmann & Schick, 2019), also das Einfrieren von Eizellen in jungen Lebensjahren für eine (mögliche) Befruchtung Jahre später, dieser Entwicklung entgegenwirken kann, erscheint fraglich – obwohl manche reproduktionsmedizinischen Zentren dieses (teure) Verfahren intensiv bewerben.

Letztlich hat die Altersentwicklung auch Einfluss auf die Erfolgsraten der MAR: Im Schnitt sind Frauen in MAR 35,8 Jahre alt (Deutsches IVF-Register, DIR, 2023, S. 41); über die vergangenen 20 Jahre ist das Durchschnittsalter kontinuierlich gestiegen. Damit bleiben die Erfolgsraten der Reproduktionsmedizin weiter auf niedrigem Niveau: Pro »frischem« Zyklus der »In-vitro-Fertilisation«¹ (IVF) bzw. »Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion«² (ICSI; siehe Wischmann, 2006) liegt die Geburtenrate pro Embryotransfer durchschnittlich bei 21 % (pro begonnenem Behandlungszyklus hingegen bei 14,6 %); bei »Kryo-Transfers«³ ist die Erfolgswahrscheinlichkeit noch etwas geringer (DIR, 2023, S. 21). Nach insgesamt drei durchgeföhrten Embryonentransfers im »Frisch-Zyklus« kann somit knapp die Hälfte der Paare ein Kind erwarten (nach drei initiierten Zyklen knapp 38 %); bei Kryo-Transfers sind es entsprechend weniger.

¹ Bei der IVF werden Eizelle und Samenzellen außerhalb des Körpers in einer Glasschale zusammengebracht. Nach zwei bis fünf Tagen im Brutschrank werden die Embryonen dann in die Gebärmutter eingespült (Embryotransfer).

² Bei einer ICSI wird eine einzelne Samenzelle mit einer sehr feinen Kanüle direkt in eine Eizelle injiziert (das weitere Vorgehen erfolgt wie bei der IVF).

³ Bei Kryo-Transfers werden befruchtete Eizellen zur späteren Verwendung zunächst in flüssigem Stickstoff tiefgefroren. Einige Embryonen überstehen den Auftauprozess vor einem darauffolgenden Embryotransfer nicht.

Damit bleibt Erfolglosigkeit leider für die meisten Paare der wahrscheinlichere Ausgang der MAR. Zur Illustration hier noch einmal die (ernüchternden) Zahlen: Von zwölf Paaren, die einen IVF-/ICSI-Zyklus beginnen, schaffen es zehn Paare bis zum Embryotransfer, drei Paare werden schwanger, und zwei Paare gehen mit einem Baby nach Hause.

Das Abortrisiko bei MAR wird – ebenso wie das Fehlgeburtstrisiko nach Spontankonzeption – häufig unterschätzt (Lindner, 2024). Das gilt sowohl für die Prävalenz als auch für den psychologischen Impact. Paare in MAR erleben aufgrund des engmaschigen Monitorings auch frühe Fehlgeburten wie »unter dem Mikroskop«.

Eigendynamik der Reproduktionsmedizin:

»Nur noch ein Versuch!«

Nur extrem selten werden Paare in MAR ärztlicherseits Sätze hören wie: »Sie haben so gut wie keine Chance mehr; hören Sie mit der Behandlung auf!« In der Regel ist eine Fruchtbarkeitsstörung potenziell behebbar. Bei andrologischen Faktoren kann eine Samenspende in Anspruch genommen werden, bei fehlenden oder stark beeinträchtigten Eizellen eine Eizellspende und bei uterinbedingter Infertilität eine Leihmutterchaft. Aus ethischer Sicht sind diese Alternativen sicherlich nicht vergleichbar (Wischmann, 2021), und in Deutschland ist bisher zudem nur die Samenspende legal, was oft zum sogenannten »reproduktiven Reisen«, d. h. zur Inanspruchnahme reproduktiver Verfahren im Ausland, führt. Dieses Phänomen kann natürlich nicht zur alleinigen Rechtfertigung dienen, auch andere Verfahren in Deutschland zu legalisieren. Eine Ausnahme bildet der »selektive Single-Embryotransfer«⁴ (eSET): Zur Vermeidung des immer noch zu hohen Mehrlingsrisikos nach MAR (aktuell ca. 17 %) sollte der eSET baldmöglichst in Deutschland erlaubt werden.

Die kumulative Geburtenrate zeigt bis zum sechsten durchgeführten Behandlungszyklus einen durchschnittlichen Anstieg, weitere Versuche machen statistisch kaum Sinn. In einem Zentrum brachte allerdings eine Patientin nach dem 18. durchgeführten Behandlungsversuch gesunde Zwillinge auf die Welt (Gnoth et al., 2011). Wenn es die persönlichen (finanziellen und emotionalen) Ressourcen zulassen, ist eine Kinderwunschtherapie potenziell grenzenlos. Werden zudem legale und ethische Grenzen ignoriert, lassen sich auch soziale und biologische Grenzziehungen aushebeln: Die weltweit älteste Singlefrau mit Kinderwunsch stammt aus Deutschland und hat mit 65 Jahren (mittels Samen- und Eizellspende im Ausland) ihre Kinder 14 bis 17 (Vierlinge) bekommen (Hinkson, Dame, Braun, Nachtigall & Henrich, 2021). Potenzielle Auswirkungen solcher Grenzüberschreitungen auf das Kindeswohl illustriert eindringlich das Schicksal der Waise Bridget, die von einer ukrainischen Leihmutter ausgetragen, aber auf-

grund einer Behinderung von ihren US-amerikanischen biologischen Erzeugern nicht angenommen wurde.

Kann ungewollte Kinderlosigkeit psychisch bedingt sein?

Inwieweit eine Fruchtbarkeitsstörung ausschließlich psychisch bedingt sein kann, ist inzwischen eindeutig geklärt (Wischmann, Schick, & Ditzen, 2020): Sofern nicht eine verhaltensbedingte Infertilität vorliegt (Wischmann et al., 2021), spielt die Psyche bei unerfülltem Kinderwunsch ursächlich keine Rolle. Die »psychogene« Infertilität ist somit als Mythos zu bezeichnen. In der Kinderwunschberatung spielt dieser Fakt eine wichtige Rolle, da sich viele Paare mit den paramedizinischen Hypothesen zur »inneren Blockade« konfrontiert sehen (z. B. Riedinger, 2021). Diese Hypothesen führen im ungünstigen Fall zum »blaming the victim«, als sei Kinderlosigkeit selbst verschuldet, und damit womöglich zu massiv belastenden Schuldgefühlen – ähnlich wie es Endometriose-Betroffene (Wischmann & Ditzen, 2024) und Frauen mit (wiederholten) Fehlgeburten (Toth et al., 2022) oft erleben. Die Annahme einer »inneren Blockade« ist also kontraproduktiv und insbesondere wissenschaftlich nicht haltbar. Dementsprechend sind auch Behandlungserfolg (»schwanger werden«) und Fehlgeburtstrisiko (»schwanger bleiben«) nicht vom »positiven Denken« der Betroffenen abhängig.

Aspekte der Kinderwunschmotivation

Wurde in der psychosomatischen Literatur des vergangenen Jahrhunderts noch vom »überwertigen« oder »fixierten« Kinderwunsch (als mögliche Ursache für ungewollte Kinderlosigkeit) gesprochen, hat sich die Wissenschaft inzwischen von solch haltlosen Spekulationen entfernt (zu Ausnahmen siehe Wischmann et al., 2020). In der Kinderwunschberatung wird nur in sehr wenigen Fällen die Kinderwunschmotivation hinterfragend geklärt (z. B. falls diese absolut ambivalent dargestellt wird). In der Regel verteilen sich Ambivalenzen bezüglich des Kinderwunsches sowie der Kinderwunschbehandlung auf beide Partner*innen, sodass die Paarberatung bei Kinderwunsch Goldstandard sein sollte (natürlich mit Ausnahme von Singlefrauen mit Kinderwunsch, die zunehmend die Beratung aufsuchen; Thorn, 2020; Wischmann, 2018). Im Fokus der Beratung stehen (neben der Abklärung einer verhaltensbedingten Infertilität) also primär der Umgang der Ratsuchenden mit der emotionalen Belastung durch Kinderwunsch und MAR sowie zeitliche und inhaltliche Behandlungsperspektiven.

»Ich will ein Kind und keine Beratung!«

Ratsuchende werden durch den Terminus »psychosoziale Beratung« eher abgeschreckt (Wippermann, 2020), und auch Fachkräfte sind nicht immer ausreichend über Beratungsinhalte und -ziele aufgeklärt (Mayer-Lewis, Thorn & Wischmann, 2020). Inhalte und Ziele sollten daher niederschwellig und transparent den jeweiligen Zielgruppen – auch den Männern (BKID, 2020) – vermittelt werden (Wischmann & Thorn, 2018), z. B. in sozialen Medien und Ratgebern (Wallraff, Thorn & Wischmann, 2022; Wischmann & Stammer, 2024). Ein Basisberatungsangebot sollte

4 Beim eSET wird durch künstliche Befruchtung eine größere Zahl von Embryonen hergestellt und aus diesen der Embryo gezielt ausgewählt und übertragen, der die größten Entwicklungschancen aufweist.



Prof. Dr. Tewes

Wischmann ist außerplanmäßiger Professor der Universität Heidelberg, Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker. Er war Projektleiter der Studie »Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde«.

für Interessierte kostenfrei sein. Die Verfügbarkeit eventuell notwendiger professioneller psychologischer Kinderwunschberatung ist in Deutschland allerdings regional nur sehr unterschiedlich gegeben (siehe www.bkid.de).

Erleben Betroffene ihre Situation als wenig stigmatisiert und kommunizieren miteinander und mit dem sozialen Umfeld offen (mit der notwendigen Abgrenzung gegenüber »wohlgemeinten« Ratschlägen), ist eine erfolgreiche Bewältigung dieser Lebenskrise mittels eigener Ressourcen und ohne professionelle Unterstützung meist gut gewährleistet. Das heißt, dass die Mehrzahl der Kinderwunschpaare keiner psychosozialen Beratung oder gar Psychotherapie bedarf. Paare, die eine Beratung in Anspruch nehmen, stellen sich insgesamt als psychologisch belastet bzw. unzufrieden dar (Wischmann, Scherg, Strowitzki & Verres, 2009).

Beratungskonzept der »Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde«

Das konkrete Vorgehen einer psychosozialen Kinderwunschberatung ist mehrfach publiziert worden (z. B. BKID, 2022; Stammer, Verres & Wischmann, 2004; Van den Broeck, Emery, Wischmann & Thorn, 2015; Wischmann, 1998; Wischmann, 2023), auch in englischsprachigen Standardwerken (Covington & Burns, 2006; Covington, 2022). Es können dabei tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch fundierte Ansätze kombiniert werden (Wischmann, 2014). Ein intensives Beratungsangebot sollte insbesondere vorgehalten werden bei: (wiederholter) Fehl- und Totgeburt (Jansen et al., 2022), Komorbiditäten wie z. B. Endometriose (Wischmann & Ditzen, 2024), vor, während und nach einer Behandlung mit Gametenspende bzw. Embryonen spende/-adoption oder Leihmutterschaft (Thorn & Wischmann, 2021) sowie vor einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland (Thorn & Wischmann, 2013). Eine verpflichtende Kinderwunschberatung ist kontraindiziert, da dies u. a. der reproduktiven Autonomie des Paares und dem Ansatz der Niedrigschwelleitigkeit eines psychosozialen Beratungsangebots widerspricht.

Insbesondere vor bzw. bei der »third-party reproduction« ist das Kindeswohl verstärkt in den Fokus der Beratung zu nehmen: Aufklärung des Kindes und potenzielle Kontaktmöglichkeiten zu den genetischen Wurzeln. Bezuglich der Samenspende ist dies in Deutschland mit dem Samenspenderregistergesetz geregelt, nicht aber wenn die Spende privat erfolgt (z. B. bei lesbischen Paaren mit Samenspender aus dem Freundeskreis), und nicht bei der Eizellspende (Thorn, 2022). Spender*innen und Leihmüttern sollte ebenfalls eine psychosoziale Beratung vor, während und nach einer Behandlung verbindlich empfohlen werden (Thorn & Wischmann, 2021), was allerdings bei Spenderinnen und Leihmüttern bisher so gut wie gar nicht umgesetzt wird.

Ergebnisse aus den Beratungs- und Therapiegesprächen

Als sehr entlastend erleben die beratenen Paare die Normalisierung ihres emotionalen Erlebens, wie z. B.

die »Achterbahn der Gefühle«, starke Trauerreaktion (und ggf. Schuldgefühle) nach Fehlgeburt, Neid auf Schwangere, negative Veränderung der Sexualität des Paares. Wegen der sich oft entwickelnden Eigendynamik der MAR ist es wichtig, die »Gestaltungshoheit« des Paares zu stärken und aktive Gestaltungsmöglichkeiten zu fördern. Zentral sind dabei die »Fahrplanerstellung« mit Grenzziehung (Van den Broeck et al., 2015) und das Anvisieren eines »Plan B« (Wischmann & Thorn, 2023). Schließlich wird die entlastende Informationsvermittlung als weiteres zentral wirksames Agens der Kinderwunschberatung erlebt (Thorn, Wischmann & Mayer-Lewis, 2024), z. B. bezüglich des Mythos »psychogene Sterilität« (Wischmann et al., 2020), zur meist fehlenden Evidenzbasierung alternativmedizinischer Maßnahmen (Wischmann, 2012), zu förderlichen (z. B. aktiv konfrontierenden) bzw. ungünstigen (z. B. aktiv vermeiden) Coping-Stilen (Volmer, Rösner, Toth, Strowitzki & Wischmann, 2017) sowie zur (gar nicht so erschreckenden) Perspektive einer definitiven ungewollten Kinderlosigkeit (Wischmann, Korge, Scherg, Strowitzki & Verres, 2012). Eine evidenzbasierte wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei unerfülltem Kinderwunsch liegt bisher noch nicht vor (Kremer, Ditzen & Wischmann, 2023).

Fazit und Ausblick

Unerfüllter Kinderwunsch betrifft ca. jedes zehnte Paar in Deutschland, und auch die medizinischen Möglichkeiten verhelfen einem großen Teil dieser Paare nicht zum erfüllten Kinderwunsch. Aufgrund der immer noch vorhandenen Stigmatisierung des Themas und zahlreicher Vorurteile bezüglich der psychologischen Aspekte ist eine fortwährende professionelle Aufklärung Betroffener eminent wichtig (z. B. www.informationsportal-kinderwunsch.de), insbesondere in den sozialen Medien. Zur Unterstützung bei dieser oft als fundamentalen Lebenskrise erlebten Situation – mit ungewissem Ausgang – sollte eine professionelle psychosoziale Kinderwunschberatung allen Interessierten vor, in bzw. nach MAR niedrigschwellig zur Verfügung stehen.

Auch nach 25 Jahren ist diese Aussage noch gültig: »Wie bei allen medizinischen Bemühungen, bei denen es um existenziell Menschliches geht – und um nichts anderes handelt es sich auch beim Kinderwunsch –, ist der technische Fortschritt nicht nur ein Segen. Auch in der Reproduktionsmedizin zeigt sich die Notwendigkeit, Abbruchkriterien für ärztliche Interventionen zu definieren. Es werden hier nicht nur die betroffenen Paare mit Grenzerfahrungen konfrontiert, sondern auch ihre behandelnden Ärzte und Ärztinnen« (Wischmann, 1998, S. 143). Paaren in MAR sollte daher möglichst frühzeitig sowohl die Notwendigkeit der Grenzziehung als auch die eines »Plan B« erläutert werden (Wischmann & Thorn, 2023). Letztendlich geht es in der Kinderwunschberatung darum, die Betroffenen darin zu unterstützen, den Kinderwunsch wieder in das Leben einzubauen – und nicht das Leben durch den Kinderwunsch dominieren zu lassen.

Prof. Dr. Tewes Wischmann

Literatur:

Die Literaturliste kann per E-Mail beim Verlag angefordert werden: s.koch@psychogenverlag.de



reportpsychologie

[Bestellen Sie hier Ihr Probeabonnement](#)



Deutscher
Psychologen
Verlag GmbH

Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

verlag@psychologenverlag.de

www.psychologenverlag.de