

## Kinderwunschbehandlung und Psyche

# Was hilft bei psychischen Belastungen in der Kinderwunschzeit?

Ein Beitrag von Dr. phil. Almut Dorn

Im Zusammenhang mit unerfülltem Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin ist immer wieder von psychischen Belastungen die Rede. Nicht immer wird dabei auseinandergelassen, ob psychische Belastungen als Ursache der Kinderlosigkeit diskutiert werden, als Begleiterscheinungen der Kinderwunschtherapie oder als Folgen der Kinderlosigkeit betrachtet werden. Im Folgenden sollen diese Themenbereiche einzeln dargestellt werden. Implikationen, die sich für die gynäkologische Praxis und Beratung ergeben, werden aufgezeigt.

Obwohl die wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema deutlich aufzeigen, dass die Psyche eine untergeordnete Rolle bei der Entstehung von Schwangerschaften spielt (Wischmann, 2006; Wischmann, 2008 b; Wischmann, 2008 a; Lintsen et al., 2009), hält sich die Vorstellung einer „psychogenen Sterilität“, also einer psychisch bedingten Fertilitätsstörung, eisern in den Köpfen der Bevölkerung, der Betroffenen und auch vieler Ärzte. Immer wieder begegnet man den Ursachenmythen von zu

viel Stress, Ambivalenzen der Schwangerschaft oder einem möglichen Kind gegenüber, von Problemen in der Partnerschaft, sexuellen Problemen oder Unreife bis hin zu einer Versteifung auf das Thema (man will es zu sehr oder denkt zu viel daran) oder der fehlenden inneren Bereitschaft für ein Kind.

Dabei werden die somatischen Gründe für die Infertilität oder Subfertilität häufig unterschätzt. Reproduktionsmediziner finden heute bei etwa 80 Prozent der Paare auf beiden Seiten Faktoren, die die Fertilität einschränken können. Das Alter der Partner ist nur einer dieser Faktoren. Bei circa 20 Prozent liegen Faktoren, die eine ungewollte Kinderlosigkeit bedingen, nur einseitig vor, oder die Gründe gelten als idiopathisch und damit als unbekannt. Gerade Paare mit idiopathischer Sterilität geraten wiederum leicht in den Verdacht einer psychogenen Störung. Allerdings bedeutet idiopathisch lediglich, dass mit den heutigen diagnostischen Methoden die Ursache für eine Sub- oder Infertilität noch nicht gefunden werden kann. Idiopathisch heißt nicht, dass somatische Gründe automatisch ausgeschlossen sind (Ludwig, 2005).

**Es geht sehr viel weniger um psychische Ursachenforschung, als man glaubt**

Studien zeigen, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht psychopathologisch auffälliger sind; die Rate beträgt 15 bis 20 Prozent. Leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrte Körperbeschwerden – vor allem bei den Frauen – zeigen sich jedoch in der Folge reproduktionsmedizinischer Diagnostik und Therapie (Wischmann, 2008 b). Auch die Partnerschaften sind in keiner Hinsicht auffälliger. Gleiches gilt für Paare mit idiopathischer Sterilität, weshalb hier der Umkehrschluss, dass das Fehlen körperlich gesicherter Ursachen mit psychogener Sterilität erklärt werden kann, nicht zulässig ist. Eher selten hat man 20- bis 30-jährige Patientinnen in der psychologischen Beratung, die sich über die psychische Blockade im Kopf Gedanken machen. Das liegt nicht daran, dass diese Altersgruppe weniger Belastungen oder Stress kennt, sondern dass der Hauptfaktor für ungewollte Kinderlosigkeit immer noch das Alter ist. Dieses wird von den Paaren häufig ausgeblendet.

Männer wie Frauen gehen beispielsweise zum Großteil davon aus, dass die Fertilität der Frau erst zwischen 35 und 40 Jahren abnimmt. Über das ideale Fertilitätsalter bis zum 25. Lebensjahr ist kaum jemand aufgeklärt (Stöbel-Richter, 2008). Dazu tragen auch Medienberichte über Prominente Beispiele bei, die zwischen 45 und 55 Jahren vermeintlich einfach Kinder bekommen. Die Ursachenverteilung von Fertilitätsstörungen zeigt darüber hinaus, dass bei bis zur Hälfte der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch auch beim Mann Störungen vermutet werden müssen (Nieschlag u. Behre, 1996). Nicht nur das Alter der Frau, sondern ebenso das Alter des zeugungswilligen Mannes hat Einfluss auf den Eintritt einer Schwangerschaft. So nimmt die „time-to-pregnancy“ (TPP), die ein wichtiger Parameter zur Beurteilung der Fertilität eines Paares ist, unabhängig vom Alter der



**Eine psychogene Fertilitätsstörung liegt vor, ...**

... wenn ein Paar trotz Aufklärung durch den Arzt weiter ein die Fruchtbarkeit schädigendes Verhalten praktiziert, zum Beispiel durch

- die Ernährungsweise (Über- oder Untergewicht, Essstörungen)
- Hochleistungssport
- Genussmittel- oder Medikamentenmissbrauch
- extremen beruflichen Stress (beispielsweise Schichtarbeit)

... wenn ein Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert oder eine nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt.

... wenn ein Paar eine aus medizinischer Sicht notwendige Kinderwunschtherapie zwar bewusst bejaht, diese aber – auch nach längerer Bedenkzeit – nicht beginnt.

Tab. 1: Definition der psychogenen Fertilitätsstörung gemäß der Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (nach Strauß et al., 2004)

Frau bei Männern über 40 Jahren deutlich zu. Weitere altersbedingte Faktoren aufseiten des Mannes beeinflussen den reproduktiven Erfolg. Dazu gehört die altersabhängige Änderung der Testosteron- und SHBG-Spiegel (Gray et al., 1991).

**Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch**

Unter den psychogenen Fertilitätsstörungen werden nach der aktuellen Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ ausschließlich fertilitätsschädigende oder fertilitätseinschränkende Verhaltensweisen verstanden (Strauß et al. 2004) (Tab. 1). Es sollte also in der Behandlung und Begleitung dieser Paare weniger um die psychische Ursachenforschung gehen, als vielmehr darum zu fokussieren, wie ein Paar mit dem unerfüllten Kinderwunsch umgeht. Zudem gilt es, herauszufinden, welche Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten diesem Paar zur Verfügung stehen. Also begleitet uns in den nächsten Abschnitten als entscheidende Frage: Was hilft wann und wem?

Für viele Paare stehen zunächst die medizinischen Fragen zu Diagnostik und Behandlung im Vordergrund. Im weiteren Verlauf zeigt sich jedoch, dass es wichtig ist, bereits früh Ambivalenzen bezüglich des Kinderwunsches zu thematisieren, auch um partnerschaftlichen Störungen entgegenzuwirken. Das offene Ansprechen von Alternativen zum leiblichen Kind macht den Paaren zudem deutlich, dass selbst reproduktionsmedizinische Maßnahmen keine Garantie auf ein eigenes Kind bedeuten. Durch das Einbeziehen eines „Plan B“ wird der Denk- und Suchprozess nach alternativen Lebensinhalten gefördert. Zusammenfassend hilft vor einer möglichen reproduktionsmedizinischen Behandlung den Paaren

- gute Information über Behandlungsmethoden, -chancen und -alternativen.
- die Diskussion von Ambivalenzen bezüglich des Kinderwunsches.
- das Ansprechen von Alternativen zum leiblichen Kind.
- die Entwicklung alternativer Lebensperspektiven.

**Psychische Belastungen in der Kinderwunschtherapie**

Wenn sich Paare für die Unterstützung durch reproduktionsmedizinische Maßnahmen entscheiden, sind sie zu diesem Zeitpunkt in der Regel schon seit geraumer Zeit – mitunter seit Jahren – belastet durch wiederholt erfolglose Versuche, auf natürlichem Wege schwanger zu werden. Manche Paare vollziehen über lange Phasen nur noch Geschlechtsverkehr zum optimalen Zykluszeitpunkt und fühlen sich frustriert durch den steten Wechsel von Hoffnung und Enttäuschung. Auch diverse Arztwechsel werden nicht selten berichtet. Dazu kommt ein nicht zu unterschätzender Druck durch das soziale Umfeld. Der Freundeskreis, der immer kinderreicher wird, die Familie, die nach Zuwachs fragt, die Kollegen, die kritisch gucken und ebenfalls immer wieder nachfragen, wann es „denn nun endlich so weit ist“. Je offener ein Paar mit seiner Problematik umgeht, umso geringer wird in der Regel dieser Druck empfunden.

Für viele stellt der Schritt in eine spezialisierte reproduktionsmedizinische Praxis nicht nur einen Hoffnungsschimmer, sondern vor allem eine große Hürde dar. Nicht selten plagt die Paare das Gefühl, selber versagt zu haben. Ist diese Hürde genommen, starten diese Paare meist sehr euphorisch in den ersten Versuch. Es entsteht das Gefühl, dass die bisherigen Schwierigkeiten durch die Medizin endgültig überwunden werden. Die Überzeugung wächst, dass es jetzt ganz sicher zur Schwangerschaft kommen muss. Gerade bei wiederholt erfolglosen Versuchen kann es daher zu einer depressiven Negativspirale kommen. Darüber hinaus besteht der Glaube, dass eine Schwangerschaft nur dann entstehen kann, wenn die Frau besonders entspannt, hoffnungsvoll und optimistisch in einen Versuch startet. Auch dieses scheint eher in den Bereich der Mythen zu gehören.

**Mythen und Wahrheiten um die vermeintlich notwendige „entspannte Verfassung“ der Frau**

Wir alle wissen, dass Frauen auch unter sehr stressigen und sogar traumatischen Bedingungen schwanger werden können. Eine prospektive Studie an 1 088 Frauen zeigte, dass auch ein extremer Anstieg des Ängstlichkeitswertes kurz vor der Punktion bei zuvor wenig ängstlichen Frauen die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nicht beeinflusste (Lintsen et al., 2009). Ein wei-

**Emotionale Reaktionen**

Trauer, Depression, emotionale Krise, Frustration, Schuldgefühle, Wut etc.

**Erschütterung des Selbstbewusstseins**

Identitätsprobleme, Kontrollverlust über die eigene Lebensplanung

**Veränderungen der Paarbeziehung**

positiv wie negativ

**Einfluss auf das Sexualleben**

unter anderem durch Geschlechtsverkehr nach Terminkalender, Fokussierung auf den Kinderwunsch

**Veränderungen der sozialen Interaktion**

Rückzug, veränderte Interaktionen, besonders mit Schwangeren und jungen Eltern

Tab. 2: Psychische Folgen von ungewollter Kinderlosigkeit und erfolglosen Behandlungsversuchen (nach Rohde u. Dorn, 2007)

terer Mythos, der sich in diesem Zusammenhang hält, ist die Verbesserung der Chancen auf eine Schwangerschaft, wenn man den Kinderwunsch aufgibt. Wenn man sozusagen loslässt und sich nicht weiter auf ein eigenes Kind versteift, wenn man sich mit den Gegebenheiten abfindet und zum Beispiel ein Kind adoptiert. Hingegen ist wissenschaftlich schon lange bekannt, dass Adoptionen die eigene natürliche Schwangerschaft nicht wahrscheinlicher machen (Seibel u. Taymor, 1982; Edelman u. Connolly, 1986; Kupka et al., 2003). In der Heidelberger Studie wurde von 32 Paaren, die ihren Kinderwunsch aufgaben, beispielsweise nur ein Paar (3,1 Prozent) nach Annahme eines Pflegekindes schwanger (Wischmann, 2006). Psychische Symptome und Belastungen treten häufig als Reaktion auf die Kinderlosigkeit und die erfolglosen Behandlungsversuche auf (Tab. 2).

### Was hilft – was führt zum Therapieausstieg?

Als besonders belastend wird die Phase nach einem Embryotransfer von Frauen erlebt. Der damit verbundene Stress wird höher eingeschätzt als alle anderen medizinischen Maßnahmen in der IVF-Behandlung (Kentenich et al., 1987; Boivin u. Lancaster, 2010).

Zudem werden Belastungen empfunden durch

- häufige Termine
- gemeinsame Termine mit dem Partner

- wechselnde Ärzte und Ansprechpartner
- pünktliche Hormoneinnahme
- Nebenwirkungen der Hormone
- eigenes Spritzen
- Heimlichkeit (vor Freunden, bei der Arbeit)
- Wechsel von Hoffnung und Enttäuschung

Leicht nachvollziehbar ist, dass die emotionale Belastung mit der Zahl erfolgloser Behandlungszyklen in den ersten Jahren ansteigt (Strauß et al., 2004). Die hohe psychische Belastung ist unter anderem ein Grund, weshalb 50 Prozent aller Paare nicht alle Versuche der Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, auch wenn eine Schwangerschaft ausbleibt (Olivius et al., 2004 a; Olivius et al., 2004 b). Hilfreich empfinden Paare, wenn sie ein Zentrum gefunden haben, in dem sie sich gut aufgehoben und ernst genommen fühlen (Tab. 3). Häufige Arztwechsel werden als eher belastend erlebt. Behandlungspausen und ein realistischer Zeitplan wirken dahingegen meist stabilisierend. Die Mitbestimmung ist vielen sehr wichtig, wenn sie schon so ein sensibles und intimes Thema wie ihre Fortpflanzung an Ärzte delegieren müssen.

### Psychische Belastungen nach erfolgreicher beziehungsweise erfolgloser Therapie

Frauen mit Schwangerschaften nach Reproduktionsmedizin nehmen im Vergleich zu Schwangeren, die natürlich konzipiert

haben, mehr medizinische Betreuung in der Schwangerschaft und rund um die Geburt wahr. Als Eltern unterscheiden sich diese Paare aber kaum von den anderen, weder bezüglich ihrer Partnerschaft noch in der Eltern-Kind-Beziehung (Ulrich et al., 2004). Als wichtiger Risikofaktor für psychische Probleme und partnerschaftliche Probleme wie auch Trennungen in diesem Zusammenhang gelten Mehrlinge, die gehäuft durch reproduktionsmedizinische Behandlung entstehen (Wischmann, 2008 a; Dorn, 2010).

Demgegenüber erleben viele Frauen die Infertilität als schlimmste emotionale Krise ihres Lebens, die von der Belastung durchaus gleichzusetzen ist mit dem Verlust nahestehender Personen (Wischmann et al., 2009). Dysthymie und Ängste kommen gehäuft bei Frauen in der Folge erlebter Infertilität vor. Auch Männer ohne Kinder berichten von einer reduzierten Lebensqualität (Klemetti et al., 2010). Gleichzeitig scheinen die langfristige Lebensqualität sowie das körperliche und subjektive Wohlbefinden bei Paaren nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung sich jedoch von Paaren mit Kindern nicht zu unterscheiden (Strauß, Brähler, Kentenich, 2004). Es stellt sich die Frage, welche Faktoren Paaren helfen, diese Krise zu meistern (Strauß et al., 2004; Lechner et al., 2007) (Tab. 4). Deutlich negativ auf die psychische Stabilität wirkt sich aus, wenn sich Schuldgefühle durch die Sterilitätsursache verfestigen. Unbearbeitet können diese in der Partner-



schaft zu Trennungsangst oder sogar zum Trennungswunsch führen („Mein/e Partner/Partnerin könnte in einer neuen Beziehung noch Kinder haben. Ich stehe ihm/ihr im Weg.“).

### Trauerarbeit – eine lebenslange Narbe bleibt

Die starke Fixierung auf den Kinderwunsch als einzig erfüllendes Lebensziel kann die allgemeine Lebensqualität sehr mindern. Häufig werden in der Folge andere Interessen, wie Hobbys, Freundschaften und sogar die Partnerschaft selbst vernachlässigt. Dadurch fallen wichtige und stärkende Ressourcen in dieser krisenhaften Situation weg. Wenn dieses positive Gegengewicht fehlt, verstärken sich Gefühle wie Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein (Tab. 4). Starkes Grübeln und fehlender Austausch durch sozialen Rückzug können erste depressive Symptome darstellen. Je verschlossener ein Paar mit ihrem Kinderwunschthema umgeht, desto höher wird zudem, wie erwähnt, häufig der soziale Druck von außen empfunden. Manchmal helfen offene Worte in der Kommunikation mit dem näheren Umfeld, damit deutlich wird, dass der tatsächlich vorhandene Kinderwunsch nicht so einfach realisierbar ist.

Die Auseinandersetzung mit der endgültigen Kinderlosigkeit ist zunächst häufig mit Gefühlen der Trauer verbunden. Auch Gefühle des Versagens, der Schuld, Leere und Depressionen können auftreten. Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich der Wunsch nach einem eigenen Kind nicht einfach abschalten oder aufgeben lässt. Meist bleibt dies ein lebenslanges Thema und kann trotz guter Bewältigung immer mal wieder traurig machen und schmerzen. Ältere Patientinnen berichten zum Beispiel darüber, dass sie sich erneut ausgeschlossen und zurückgesetzt fühlen, wenn ihre Freunde und Bekannten Großeltern werden und sie auch bei den Enkeln „wieder außen vor stehen“. Es ist also wie mit einer großen Wunde, die sich langsam schließen kann und verheilt. Trotzdem bleibt eine Narbe zurück, die noch manchmal spürbar ist und auch immer sichtbar bleibt.

Antizipation einer erfolglosen Behandlung
Ärztinnen und Ärzte/ein Zentrum, bei dem man sich gut aufgehoben und ernst genommen fühlt
Erstellen eines eigenen Zeitplans und Einplanen von Behandlungspausen
Einfache Behandlungsregime

Tab. 3: Was hilft Paaren in der Behandlungsphase und wirkt stabilisierend auf den weiteren Therapieverlauf?

<b>Negativ</b>
Schuldgefühle in Bezug auf die Sterilitätsursache
Starke Fixierung auf den Kinderwunsch als Lebensziel
Grübeln/Ohnmachtsgefühle
<b>Positiv</b>
Gelebte Trauer über den Verlust einer Lebensperspektive
Erleben von Handlungskontrolle und Entscheidungskompetenz
Positive Neubewertung der Lebenssituation ohne Kinder
Aktive Gestaltung von alternativen Lebenskonzepten

Tab. 4: Faktoren zur Krisenbewältigung nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung (nach Strauß et al., 2004; Lechner et al., 2007)

### Bewältigung der Kinderlosigkeit durch die Definition neuer Lebensziele

In der Betreuung und Beratung dieser Paare geht es also primär um den „Abschluss der Kinderwunschtherapie“ und das „Leben mit dem Wunsch nach einem Kind, der nicht in Erfüllung ging“. Trauer zuzulassen und ein positives Gegengewicht zu diesem Wunsch im Leben zu finden, sind in diesem Zusammenhang wichtige Themen. Dies gelingt vor allem dann, wenn das Gefühl besteht, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen. Dazu gehört auch das Bewusstsein, für das eigene Glück selber verantwortlich zu sein. Wenn es möglich ist, neue Lebensziele zu definieren und darüber den Kontakt zu Freunden und Familien mit Kindern nicht zu verlieren oder gar zu vermeiden, kann von einer guten Bewältigung gesprochen werden (Lechner et al., 2007; Wirtberg et al., 2007).

Partnerschaften können in allen Phasen – von der Diagnosestellung, über die Entscheidung, welche Behandlungsschritte infrage kommen bis zur Bewältigung und Akzeptanz der Kinderlosigkeit – auf die Probe gestellt werden. Einige Paare berichten, dass ein gewisser Teamgeist ihnen geholfen und sie sogar enger zusammengeschweißt habe (Wischmann, 2008 a). Hilfreich ist eine aktive und offene Auseinandersetzung mit dem Thema,

unter Berücksichtigung der verschiedenen Bedürfnisse der Partner. Die weitere Herangehensweise sollte offen miteinander besprochen werden. Dabei ist häufig der Gesprächsbedarf bei den Frauen höher ausgeprägt als bei den Männern.

Beschließt ein Paar, das Problem der Kinderlosigkeit und der Kinderwunschbehandlung geheim zu halten und nur mit sich selber auszumachen, kann einseitig oder auch beidseitig ein hoher psychischer Druck entstehen. Es hilft, sich gegenseitig ernst zu nehmen und über die jeweiligen Gefühle auszutauschen. Auch wenn noch nicht gänzlich geklärt ist, ob die Einschränkungen in der Sexualität, die viele Paare berichten, lediglich auf die Kinderwunschproblematik zurückzuführen sind oder mit der Länge der Partnerschaft in Beziehung stehen (Wirtberg et al., 2007), deuten Studien darauf hin, dass Stressfaktoren zur Verminderung der Sexualität führen. Die Sexualität sollte aber nicht gänzlich eingestellt werden. Hier kann eine entsprechende Beratung helfen, das Sexualleben des Paares wieder zu normalisieren. Damit erhöhen sich wiederum die Chancen auf eine Schwangerschaft (Nelson et al., 2008; Shindel et al., 2008; Ebbesen et al., 2009).

### Was kann psychosoziale Beratung leisten?

Viele Paare können sich nicht vorstellen, dass eine professionelle psychosoziale Beratung Ihnen in dieser Situation helfen könnte. Meist kommen die betroffenen Frauen oder Paare, die bereits einen erheblichen Leidensdruck und nicht selten deutliche psychische Symptome zeigen. Bei den Frauen stehen Depressionen und der exzessive Wunsch nach einem

Kind im Vordergrund der Beratung; Männer äußern hingegen vornehmlich Unzufriedenheit in der Partnerschaft und mit der Sexualität (Wischmann et al., 2009). In der Beratung besteht die Möglichkeit, die Kommunikation miteinander, aber auch mit betreuenden Ärztinnen und Ärzten und anderen zu verbessern. Es können Entscheidungshilfen bereitgestellt werden, wenn es um die nächsten medizinischen Behandlungsschritte geht. Darüber hinaus können Paarkonflikte thematisiert und gemindert werden. Sexuelle Störungen sollten frühzeitig erkannt und besprochen werden. Der Schwerpunkt der psychosozialen Beratung liegt in der individuellen Krisenbewältigung und der Hilfestellung zur aktiven Lebensgestaltung und Findung von langfristigen Alternativen zum Kinderwunsch, falls sich dieser nicht erfüllen lässt (Stammer et al., 2004).

Qualifizierte Berater mit Erfahrungen in der Paarberatung, Kenntnissen zu den psychosozialen Faktoren bei ungewollter Kinderlosigkeit sowie mit dem Wissen um den aktuellen Stand der Reproduktionsmedizin finden sich in der Berater-/Beraterinnenliste vom Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland ([www.bkid.de](http://www.bkid.de)). Die Beratung bei Gametenspende, die

#### Fazit für die Praxis:

Paare sollten in der gynäkologischen Praxis frühzeitig über Möglichkeiten und Grenzen ihrer Fruchtbarkeit aufgeklärt werden. Dabei sollten psychische Faktoren als Ursache der Problematik relativiert werden. Statt um eine psychische Ursachenforschung geht es vielmehr darum zu fokussieren, wie ein Paar mit dem unerfüllten Kinderwunsch umgeht und bei ausbleibendem Erfolg der Kinderwunschbehandlung zu neuen Lebensperspektiven finden kann.

Die Erfolgchancen der Reproduktionsmedizin sollten offen kommuniziert und entsprechend auf eine notwendige Alternativplanung hingewiesen werden. Hinsichtlich ihrer Partnerschaft und Sexualität sollten Paare gestützt und gestärkt werden. Hier sind frühzeitig Informationen zu vermitteln, was zur Stabilisation oder auch Destabilisation der individuellen Situation beiträgt. Mehrlingsschwangerschaften durch die assistierte Reproduktion sollten auch in Hinblick auf die psychischen Belastungen nach Entbindung vermieden werden. Eine psychosoziale Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit kann zu einer Verminderung psychischer Symptome wie auch zu einer Verbesserung der partnerschaftlichen Situation führen und sollte daher allen Kinderwunschpaaren zur Verfügung stehen.

sich in Deutschland vornehmlich auf die Spendersamenbehandlung bezieht, gewinnt immer mehr an Bedeutung, da dieser Weg der Familiengründung für die Paare mit vielen Fragen und teils Unsicherheiten verbunden ist. Paaren, die über eine Auslandsbehandlung nachdenken, sollte ebenso eine Beratung zustehen, die bei der Entscheidungsfindung helfen und wichtige Fragen im Vorfeld klären kann. Einige ausländische Behandlungszentren setzen inzwischen eine psychosoziale Beratung voraus (zum Beispiel

Finnland). Entsprechende Beratungsrichtlinien wurden entwickelt (Thorn u. Wischmann, 2009). ■

**Literaturhinweis:** Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich, [redaktion@gyne.de](mailto:redaktion@gyne.de)



Korrespondenzadresse:  
Dr. phil. Almut Dorn  
Beselerstraße 8  
22607 Hamburg  
Tel.: 0 40/88 16 99 03  
Fax: 0 40/88 16 99 04  
E-Mail: [praxis@almutdorn.de](mailto:praxis@almutdorn.de)  
Internet: [www.almutdorn.de](http://www.almutdorn.de)

