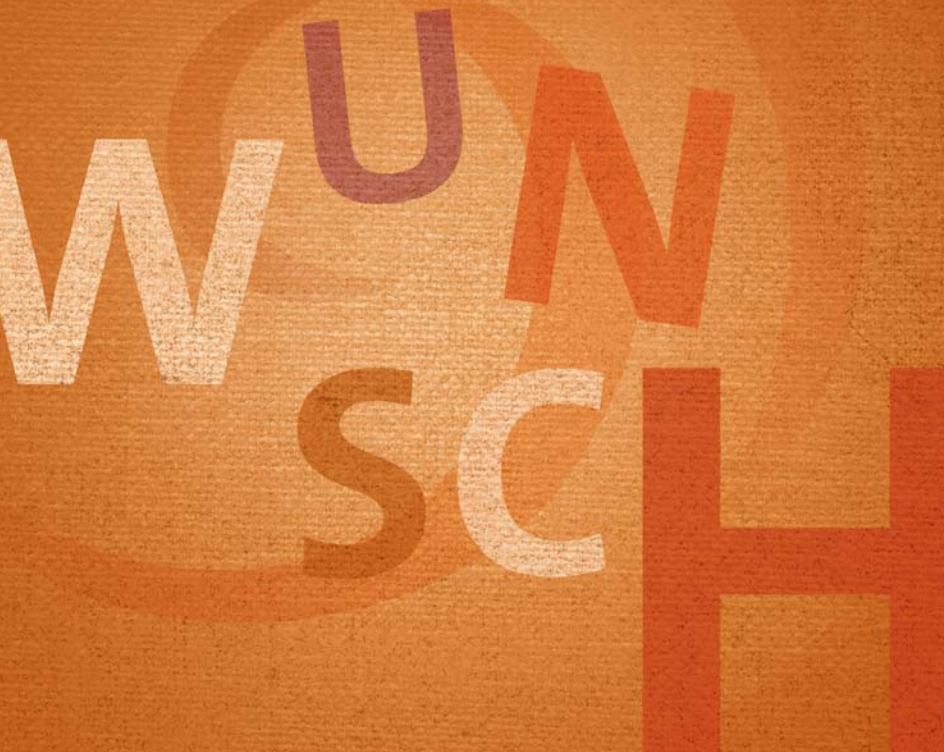


UNERFÜLLTER KINDER WUNSCH

KÖRPER UND SEXUALITÄT



Impressum: © 2012, **pro familia** Deutsche Gesellschaft für Familienplanung,
Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband, Stresemannallee 3,
60596 Frankfurt am Main, Telefon 0 69 / 26 95 77 90, www.profamilia.de

5. überarbeitete Auflage 2012, 153.000 – 203.000.

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Text: Harriet Langanke

Redaktion: Claudia Camp



Inhalt

Ungewollt kinderlos	04
Fruchtbare und unfruchtbare Zeiten	04
Fragen, die Sie für sich klären können	08
Faktoren, die Ihre Fruchtbarkeit beeinflussen	10
Seelisches Befinden bei ungewollter Kinderlosigkeit	14
Anlaufstellen in der Medizin	14
Anlaufstellen in der Beratung	15
Diagnostische Maßnahmen	16
Therapiemöglichkeiten	17
Hormonelle Stimulation bei der Frau	17
Follikelpunktion	18
Insemination	18
Insemination mit Spendersamen	19
In-vitro-Fertilisation (IVF)	20
Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	21
IMSI	21
MESA/TESE	21
Einfrieren von Eizellen (Kryokonservierung)	22
Polkörperdiagnostik/Präimplantationsdiagnostik	22
PN-Scoring	23
Embryoskopie	23
Assisted hatching („Schlüpfhilfe“)	24
Angebote im Ausland	24
Kosten	25
Erfolgskontrolle	27
Risiken der Kinderwunschbehandlung	29
Seelische Belastung	31
Andere Wege	32
Adoption	33
Pflegekinder	34
Leben ohne Kinder	35
Anhang	36



UNGEWOLLT KINDERLOS

Wenn Ihr Wunsch nach einem Kind bisher unerfüllt blieb, kann es dafür viele Gründe geben. Mit den aktuellen diagnostischen Verfahren lässt sich nach den Ursachen für Ihre Kinderlosigkeit forschen. Nicht immer, aber in einigen Fällen können moderne Behandlungsmethoden Ihnen dabei helfen, den Kinderwunsch zu erfüllen.

Vielleicht überlegen Sie, ob eine Kinderwunschbehandlung für Sie in Frage kommen könnte? Oder Sie haben bereits erste Schritte unternommen und wissen jetzt nicht, wie es weitergehen kann?

Diese Broschüre will Ihnen Orientierungshilfen geben und Sie bei Ihrem Weg – für welchen auch immer Sie sich entscheiden – unterstützen.

Fruchtbare und unfruchtbare Zeiten

Sie wissen es sicher längst: Nicht bei jedem ungeschützten Verkehr kommt es zu einer Befruchtung. Der Zeitpunkt spielt eine wichtige Rolle. Denn für die längste Zeit des Zyklus liegt vor dem Muttermund, dem Zugang zur Gebärmutter, ein zäher Schleimpfropf, durch den die Samenzellen (Spermien) nur schwer gelangen können. Erst um die Zeit des Eisprungs verflüssigt sich der Schleim und erleichtert den Spermien ihren Weg zur Eizelle.

Die Eizelle, die sich aus dem Eibläschen (Follikel) im Eierstock gelöst hat, gelangt mit einer kleinen Menge Flüssigkeit in den Eileiter. Wellenartige Bewegungen der Eileiterwände tragen die Eizelle zur Gebärmutter.

Zur Befruchtung kommt es nur, wenn die Eizelle auf diesem Weg mit Samenzellen zusammentrifft, die sich mit ihr vereinigen können. Dazu haben die Spermien nicht allzu viel Zeit, denn die Eizelle ist nur bis zu

etwa 24 Stunden lang befruchtbar. Samenzellen wiederum können im Körper der Frau bis zu fünf, manchmal sogar acht Tage überleben.

„*Irgendwann haben wir nur noch an den fruchtbaren Tagen Sex gehabt. Der Spaß kam dabei zwar etwas zu kurz, aber das war uns unser größter Wunsch wirklich wert.* (Stefan, 38 Jahre)

Etwa fünf bis zehn Prozent der Eizellen können gar nicht befruchtet werden, weil ihre äußere Hülle für die Samenfäden undurchdringlich ist. Trotz erfolgreicher Befruchtung entwickeln sich 40 bis 50 Prozent aller Schwangerschaften aufgrund unterschiedlicher Störungen nicht weiter. Sie enden, oft unbemerkt, mit der nächsten Regel als sehr frühe Fehlgeburt. Selbst bei einem gesunden Paar beträgt die Chance, bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr innerhalb eines Zyklus schwanger zu werden, lediglich 20 bis 30 Prozent.

Moderne Verhütungsmethoden beeinflussen die Fruchtbarkeit, denn sie ermöglichen eine bewusste Entscheidung für Kinder zu einem gewünschten Zeitpunkt. Wenn empfängnisverhütende Mittel nicht mehr angewendet werden, dauert es im Durchschnitt sechs bis zwölf Monate, bis eine Frau schwanger wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob mit oder ohne Hormone verhütet wurde.¹ Nur nach dem Absetzen der Dreimonatsspritze kann es manchmal lange dauern, bis sich der Eisprung wieder einstellt; in seltenen Fällen sogar über ein Jahr. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Spirale auftreten, können die spätere Fruchtbarkeit ebenfalls einschränken.

Was heißt eigentlich „unfruchtbar“?

Nach einer medizinischen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gilt ein Paar dann als unfruchtbar („infertil“), wenn sich trotz regelmäßigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs innerhalb eines Jahres keine Schwangerschaft einstellt.² Eine andere, epidemiologische Zählweise der WHO spricht sogar erst nach zwei Jahren von einer „Unfähigkeit zu zeugen oder zu empfangen“³.

¹ Mansour, D. et al (2011): Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature, in: Contraception 84, S. 465 – 477

² www.who.int/genomics/gender/en/index6.html

³ „Inability to conceive“; World Health Organization. Reproductive health indicators for global monitoring: Report of the second interagency meeting, 2001. Genf.

Das besagt für Sie im Einzelfall jedoch nicht viel über Ihre Chancen für die Geburt eines Kindes. Jede dritte Frau mit Kinderwunsch wartet länger als ein Jahr auf eine Schwangerschaft. Sogar die als unfruchtbar definierten Paare haben innerhalb von sieben Jahren eine knapp vierzigprozentige Wahrscheinlichkeit, doch noch spontan, also ohne weitere Maßnahmen, Eltern zu werden. Der Grund: Fruchtbarkeit ist normalerweise nichts Gleichbleibendes – sie schwankt im Laufe jedes Lebens.

Auch in jungen Jahren kann es fruchtbare und unfruchtbare Phasen geben. Wenn beispielsweise Frauen oder Männer oder gar beide körperlich und seelisch überlastet sind, kann die Fruchtbarkeit darunter eine Zeitlang leiden.

Bei Frauen dauert die fruchtbare Lebensphase rund vier Jahrzehnte und endet meist Anfang der Fünfziger mit den Wechseljahren (Klimakterium, Menopause). Am fruchtbarsten sind Frauen zwischen 20 und 25 Jahren, schon mit 30 Jahren nimmt die Fruchtbarkeit merklich ab. Frauen, die ab dem vierzigsten Lebensjahr schwanger werden wollen, haben deutlich geringere Chancen – etwa zehn bis 30 Prozent – im Laufe eines Jahres schwanger zu werden.

Männer sind theoretisch bis zu ihrem Lebensende zeugungsfähig. Allerdings nimmt bei ihnen jenseits des fünfzigsten Lebensjahres die Produktion von Sexualhormonen ab. Damit verringert sich die Anzahl der befruchtungsfähigen Spermien im Erguss. Fruchtbarkeitsprobleme bekommen nun vor allem jene Männer, die schon in jüngeren Jahren eine niedrige Zahl an Spermien hatten und jetzt noch weniger produzieren.

Schwanger werden mit und ohne Hilfe

Ob Sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen oder „der Natur ihren Lauf“ lassen wollen, ist eine sehr individuelle Entscheidung. Manche betrachten die medizinischen Möglichkeiten als hilfreich. Andere haben Vorbehalte oder Angst vor den Folgen der Hormonbehandlung oder vor medizinischen Eingriffen. Wer gute Erfahrungen mit Naturheilverfahren gemacht haben, wird vielleicht auch beim Kinderwunsch nach solchen Lösungen suchen.

Es gibt keinen für alle Menschen gleichermaßen „richtigen“ oder „falschen“ Weg. Wichtig ist, dass Sie den Weg gehen, der zu Ihnen passt. Selbst bei Paaren, die sich zum Kinderwunsch zunächst nur beraten lassen, tritt nicht selten eine Schwangerschaft ein, obwohl sie noch keine

Behandlung begonnen haben. Und immerhin kann es bei bis zu einem Viertel der Paare selbst nach einer erfolglos beendeten Kinderwunschbehandlung später doch noch zu einer spontanen Schwangerschaft kommen.⁴

Es klingt völlig verrückt: Wir fingen gerade an zu überlegen, wie wir unser Leben auch ohne Kinder schön gestalten könnten, da war Miriam plötzlich ganz einfach schwanger.

„ (Carl, 37 Jahre)

Männer und Frauen, die wissen, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg für sie nahezu ausgeschlossen ist (zum Beispiel bei kompletter Verklebung der Eileiter oder sehr schlechten Ergebnissen im Spermogramm) müssen sich entscheiden: Wollen sie sich medizinisch behandeln lassen? Oder eine andere Form der Familiengründung (zum Beispiel Adoption etc.) wählen? Oder sich für ein Leben ohne Kinder entscheiden?

Sicher spielt bei der Entscheidung auch das Alter eine große Rolle. Wenn Sie jung sind, können Sie entspannter abwarten. Wenn Sie als Frau über 35 sind und schon lange auf ein Kind warten, ist der Entscheidungsdruck sicherlich schon größer. Tatsache ist, dass mit zunehmendem Alter auch die Chancen bei einer Kinderwunsch-Behandlung sinken. Grundsätzlich gibt es auch in der Reproduktionsmedizin keine Garantien. Nur 40 bis 50 Prozent aller Paare, die eine komplette Kinderwunsch-Behandlung durchlaufen, bekommen während dieser Zeit ein Kind.⁵

Während 1970 nur zehn Prozent der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes älter als 30 Jahre waren, waren 1990 bereits 25 Prozent älter als 30 Jahre. Inzwischen liegt das Durchschnittsalter für Erstgebärende in West-Deutschland bei 29,2 Jahren, in Ostdeutschland bei 27,4 Jahren.⁶

⁴Troude, P., Bailly, E., Guibert, J., Bouyer, J., de la Rochebrochard, E. (2012): Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization, in: Fertility and Sterility, Vol, 98, N. 1, July 2012, sowie Kupka, Soballa, van der Ven (2002): Spontaner Schwangerschaftseintritt nach Sterilitätstherapie, Adoption und psychologischer Beratung. Reproduktionsmedizin 2002, 18: 110 – 115

⁵Kleinschmidt, D., Thorn, P., Wischmann, T. (2008): Kinderwunsch und professionelle Beratung, Stuttgart

⁶Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012



Fragen, die Sie für sich klären können

Schon bevor Sie eine ärztliche Behandlung in Betracht ziehen oder sich beraten lassen, aber auch immer während der laufenden Behandlungen, können Sie sich als Paar in Gesprächen Klarheit verschaffen. Ein Fragenkatalog kann Ihnen dabei Hilfestellung leisten. Dabei sollten Sie die jeweiligen Fragen zunächst einzeln beantworten und erst dann Ihre Antworten miteinander vergleichen. Besonders die Fragen, bei denen Ihre Antworten sehr unterschiedlich ausfallen, verdienen Ihre besondere Aufmerksamkeit.

- Warum wünsche ich mir ein Kind? Was erhoffe ich mir, wenn es da ist?
- Wie stelle ich mir mein und unser Leben mit einem Kind vor? Was würde, könnte, müsste sich dadurch in unserer Partnerschaft ändern? Wie würde mein Leben als (Co-) Mutter oder als (Co-) Vater⁷ aussehen?
- Bin ich bereit, mich ärztlich-psychologisch darüber beraten zu lassen, welche Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten es gibt?
- Bin ich bereit, mich untersuchen zu lassen, um herauszufinden, ob die Ursachen der Kinderlosigkeit bei mir liegen?
- Bin ich bereit, auf Gewohnheiten (wie zum Beispiel Rauchen) zugunsten des Kinderwunsches zu verzichten?
- Wie würde eine Mehrlingsschwangerschaft unsere Paarbeziehung, die vielleicht vorhandenen Geschwister und nicht zuletzt meine und unsere finanzielle Situation beeinflussen?

⁷ Unter Co-Mutter bzw. Co-Vater versteht man bei homosexuellen Paaren die Partnerin der leiblichen Mutter des Kindes bzw. den Partner des leiblichen Vaters des Kindes.

- Könnte ich beruflich zurückstecken, wenn eine zeitaufwändige und seelisch wie körperlich belastende Behandlung das erfordert?
- Gibt es für mich ethisch-moralische, religiöse oder ganz persönliche Gründe, die den Behandlungsversuchen Grenzen setzen? Welche sind das?
- Bin ich bereit, finanzielle Opfer für notwendige Nebenkosten einer Behandlung zu bringen (zum Beispiel Reise- und Hotelkosten bei Therapien in weit entfernten Zentren)? Wo sehe ich meine und unsere finanziellen Grenzen?
- Wenn ein Therapieversuch gescheitert ist, will ich mich dann auf eine Wiederholung einlassen? Wie oft bin ich dazu bereit?
- Wenn eine bestimmte Therapie endgültig gescheitert ist, will ich/wollen wir dann noch eine andere Therapie versuchen, falls das möglich ist?
- Wie stehe ich zu einer Adoption oder zur Aufnahme eines Pflegekindes?
- Wie könnte mein und unser gemeinsames Leben ohne Kind aussehen?
- Was wünsche ich mir von meiner Partnerin/meinem Partner im Zusammenhang mit meinem Kinderwunsch?

Sich diese Fragen selbst zu stellen und sie mit der Partnerin, dem Partner offen zu besprechen, ist vielleicht nicht einfach, aber immer sinnvoll. Die Fragen können das gegenseitige Verständnis für Wünsche, Ängste und Erwartungen verbessern und vertiefen. Manchmal machen sie auch verborgene Konflikte sichtbar – Sie können sie dann entschärfen und womöglich sogar lösen.

Wenn Sie sich als Paar mit Hilfe der Fragen Klarheit verschafft haben, kann Ihnen im nächsten Schritt das Gespräch in einer ärztlichen Praxis oder in einer Beratungsstelle helfen. Dabei geht es vor allem darum, ausführlich über das Problem und seine Bedeutung für Sie als Paar zu sprechen. Schon dieses Gespräch entlastet die Betroffenen oft sehr und ist nicht selten sogar die beste »Therapie«. Es ist auch eine wichtige Grundlage, um mit den seelischen Belastungen umzugehen, die im Laufe einer Kinderwunschbehandlung bei beiden auftreten können.

Faktoren, die Ihre Fruchtbarkeit beeinflussen

Stress

Ob Stress dafür verantwortlich ist, dass Paare nicht schwanger werden, ist bis heute ungeklärt. Die Studienlage dazu ist sehr widersprüchlich. Es gibt Paare, die trotz hoher Stressbelastung problemlos schwanger werden. Andere reagieren empfindlich auf Stress und belastende Lebensereignisse.⁸

Anhaltender Druck am Arbeitsplatz, Erwerbslosigkeit, ständige Überforderung, Prüfungssituationen, Krankheits- oder Todesfälle in der Familie, Partnerschaftskonflikte und vieles mehr können bei einer Frau den Zyklus stören, den Eisprung unterdrücken und beim Mann die Spermienproduktion bremsen. Zwar lässt sich Stress nicht immer vermeiden, aber Sie haben die Möglichkeit, ihn abzubauen: durch körperliche Bewegung, Sport (aber kein Hochleistungssport), Entspannung (durch Yoga, Meditation, Autogenes Training, Atemtherapie), Partnermassage, genügend ungestörten Schlaf.

„Meine Spermioogramme fielen tatsächlich völlig unterschiedlich aus. Ich hätte nie gedacht, dass mein Lebenswandel so viel Einfluss auf meine Zeugungsfähigkeit hat.“ (Roger, 39 Jahre)

Ernährung und Körpergewicht

Nehmen Frauen weniger Kalorien zu sich, als sie eigentlich brauchen, schaltet der Organismus auf „Sparflamme“: Er verlangsamt das Verbrennen der Nährstoffe und drosselt die nicht unbedingt lebenswichtigen Körperfunktionen, zum Beispiel die Fortpflanzung. Bereits nach zwei Wochen Nulldiät kann der normale Monatszyklus aussetzen, weil das Gehirn keine hormonellen Impulse mehr an die Keimdrüsen abgibt. Zu Fruchtbarkeitsstörungen kann es aber auch schon während einer herkömmlichen 1000-Kalorien-Diät kommen – selbst dann, wenn eine Frau dabei ihr ideales Körpergewicht nicht unterschreitet. Junge Frauen unter 25 sind für solche diätbedingten Störungen besonders anfällig, weil ihr Zyklus noch nicht so stabil ist wie in späteren Jahren.

Fruchtbarkeitsprobleme können auch bei stark über- oder untergewichtigen Frauen auftreten. Oft pendelt sich der Zyklus wieder ein, wenn die Frauen sich ihrem Normalgewicht nähern.

⁸ Wischmann, T. (2003): Psychogene Fertilitätsstörungen. Mythen und Fakten. Gynäkologische Endokrinologie 2003, 1: 187-196

Allgemein gilt, dass eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung positiven Einfluss auf die Fruchtbarkeit der Frau hat.

Ob auch die Fortpflanzungsfähigkeit von Männern durch Körpergewicht und Ernährung beeinflusst wird, ist noch nicht erforscht.

Alkohol, Nikotin, Medikamente

Alkohol beeinflusst die Fruchtbarkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen negativ. Bei Alkoholikern werden eine niedrige Spermienzahl und mangelnde Beweglichkeit der Samenfäden beobachtet. Diese Faktoren normalisieren sich nach dreimonatiger Entwöhnung. Alkoholranke Frauen haben häufiger Zyklus- und Fruchtbarkeitsstörungen. Die Empfängnisrate bei Raucherinnen⁹ ist deutlich vermindert. Außerdem müssen sie mit einer erhöhten Fehlgeburtsrate rechnen. Bei Männern hat starkes Rauchen einen negativen Einfluss auf die Spermienzahl und deren Beweglichkeit. Bei beiden Geschlechtern bessern sich diese Faktoren nach mehrwöchiger Abstinenz.

„Ich habe immer gedacht, wenn ich erstmal schwanger bin, lasse ich das mit dem Rauchen endgültig sein. Mir war gar nicht bewusst, dass wir beide schon vorher aufhören sollten, damit unsere Chancen auf ein Baby steigen.“ (Conny, 34 Jahre)

Falls Sie Medikamente einnehmen, sollten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt unbedingt fragen, ob dadurch Ihre Fruchtbarkeit beeinflusst wird. Vielleicht können Sie dann auf ein anderes Mittel umsteigen.

Umwelteinflüsse

Anhaltender Lärm, zum Beispiel am Arbeitsplatz, kann einen negativen Einfluss auf die Fruchtbarkeit von Frauen haben. Bei Männern ist es vor allen Dingen große Hitze, die sich besonders negativ auswirken kann. Auch Schadstoffe (zum Beispiel Benzpyrene, PCB, Bleiverbindungen, Lösemittel) und Umweltgifte (zum Beispiel Pestizide) können die Fruchtbarkeit schädigen, zumal manche sich mit der Zeit im Körper anreichern.

⁹Gruber, I., Klein, M. (2011): Die Einflüsse des Tabakkonsums auf die weibliche Fertilität und auf eine ART-Behandlung, in: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2011; 8 (5), 298-303

Maßvoller Sport und körperliche Fitness wirken sich positiv auf Ihre Gesundheit und damit auch auf Ihre Fruchtbarkeit aus. Allerdings kann regelmäßige intensive Anstrengung wie im Leistungssport bei Männern und bei Frauen zu Fruchtbarkeitsproblemen führen.

Körperliche Faktoren

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann auch auf eine körperliche Erkrankung hinweisen. Sie sollten sich deshalb medizinisch untersuchen lassen, wenn Sie unter Ihrer Kinderlosigkeit leiden. Zu den wichtigsten körperlichen Ursachen gehören:

Bei der Frau

- die Eizellen reifen nicht regulär, weil die Funktion der Eierstöcke eingeschränkt ist
- hormonelle Störungen (zum Beispiel der Hirnanhangsdrüse, der Schilddrüse, der Nebennierenrinde), Diabetes, Störungen der Leber- oder Nierenfunktion und schwere Infektionskrankheiten beeinträchtigen die Fruchtbarkeit
- die Eileiter sind oder waren entzündet und der Eitransport ist – zum Beispiel durch Fehlbildungen oder Verwachsungen – gestört
- Endometriose: Gebärmutter Schleimhaut hat sich außerhalb der Gebärmutter angesiedelt, zum Beispiel im Eileiter; auch Verwachsungen der Gebärmutterwand (Asherman-Syndrom) können zur Unfruchtbarkeit führen
- es bestehen Antikörper gegen Ei- oder Spermazellen (immunologische Infertilität)
- Chromosomen-Anomalien

Ich habe total auf die Medizin vertraut. Ich war völlig sicher, dass es eine logische Ursache und dann auch eine medizinische Therapie für uns gibt. Dass die Ärzte dann trotz aller Untersuchungen keine Begründung finden konnten, hat mich wahnsinnig wütend gemacht. (Maika, 37 Jahre)

Beim Mann

- die Hodenfunktion ist gestört, zum Beispiel durch eine frühere Mumpsinfektion

- Strahlen- oder Chemotherapie – zum Beispiel nach einem Tumorleiden – hat die Hodenfunktion beeinträchtigt
- der Samen ist bakteriell verunreinigt
- Hodenhochstand oder Krampfadern am Hoden
- die Samenleiter sind verschlossen
- es bestehen Antikörper gegen Samenzellen (immunologische Infertilität)
- Chromosomen-Anomalien

Bei ca. 15 Prozent der betroffenen Paare lässt sich die Ursache für ihren unerfüllten Kinderwunsch medizinisch nicht herausfinden. Gerade auch dann kann es sehr hilfreich sein, sich im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung psychologisch beraten zu lassen.

Psychische Faktoren

Nach heutigem Stand der Wissenschaft haben Paare mit unerfülltem Kinderwunsch keineswegs häufiger psychische Störungen als andere Paare. Das gilt sogar für Paare, bei denen keine körperlichen Ursachen gefunden wurden, und für langfristig ungewollt kinderlose Paare. Nur selten sind psychische Störungen allein für die Fruchtbarkeitsstörung verantwortlich. Hierzu gehören zum Beispiel ein extrem gesundheitschädigendes Verhalten, das Vermeiden von Sex zur fruchtbaren Zeit oder die Unfähigkeit, Geschlechtsverkehr zu haben (bei Erektionsstörungen des Mannes oder Scheidenverkrampfung der Frau).

Viele überschätzen den Einfluss psychischer Faktoren auf die Fruchtbarkeit. Es gibt keinen wissenschaftlichen Beleg für die Annahme, ein „zu großer Kinderwunsch“ oder ein bestimmtes „Beziehungsmuster“ könnte die Fruchtbarkeitsstörung mit verursachen. Es gibt auch keine ernst zu nehmenden Hinweise, dass der Abschied vom Kinderwunsch die Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden erhöht.¹⁰

Paare mit Kinderwunsch sind Paare wie andere auch. Sie lieben sich und haben manchmal Konflikte. Der einzige Unterschied: Sie können nicht so einfach wie andere Kinder bekommen.

¹⁰ Wischmann, T. (2003): Psychogene Fertilitätsstörungen. Mythen und Fakten, in: Gynäkologische Endokrinologie 2003, 1: 187-196

Seelisches Befinden bei ungewollter Kinderlosigkeit

Viele Paare verunsichert die Erkenntnis „Wir können kein Kind bekommen“ sehr. Vielleicht erleben auch Sie emotionale Krisen und Gefühle wie Trauer, Depression, Frustration, Schuldgefühle oder Ähnliches?

Ihr Selbstbewusstsein kann unter dem Eindruck des „Nichtfunktionierens“ und unter dem „Kontrollverlust“ über die Lebensplanung leiden. Durch den unerfüllten Kinderwunsch können Konflikte aus der eigenen Kindheit wieder aufbrechen. Auch im sozialen Kontakt zu Familie und Freunden kann sich vieles verändern. Vielleicht ziehen Sie sich zurück oder versuchen, Kontakt mit schwangeren Frauen oder jungen Familien zu vermeiden?

Wenn ärztliche Untersuchungen die Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch erkennen, kann das zu Schuldgefühlen führen.

“

Als ich nach dem Spermogramm erfuhr, dass meine Spermien überhaupt nicht zur Befruchtung geeignet sind, da war ich ganz schön schockiert und fühlte mich plötzlich richtig wertlos. (Louis, 42 Jahre)

”

Aber auch wenn keine organischen Ursachen zu finden sind, kann das zwiespältige Gefühlen auslösen: Auf der einen Seite entsteht Erleichterung, dass nichts „Ernstes“ vorliegt. Andererseits stellt sich dann aber umso intensiver die Frage: „Woran liegt es denn nun?“ „Was können wir tun?“.

Konflikte in der Partnerschaft sind in dieser Zeit nicht selten. Bei vielen löst das Gefühl, der „Verursacher“ zu sein, Schuldgefühle und Versagensängste aus. Frauen wie Männer stellen die Funktionstüchtigkeit ihres Körpers in Frage und wissen nicht, wie ihr Partner oder ihre Partnerin mit dieser Situation umgehen wird.

Anlaufstellen in der Medizin

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie sich entschlossen haben, das Gespräch zu suchen oder auch Hilfsangebote anzunehmen?

Für erste medizinische Fragen sind sowohl Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt als auch Ihr Frauenarzt bzw. -ärztin die ersten, mit denen Sie



sprechen sollten. Männer wenden sich häufig zunächst an eine urologische Praxis, die auch die Diagnostik beim Mann übernehmen kann. Unter Umständen kann ein Teil der Diagnostik und Behandlung der Frau in der frauenärztlichen Praxis erfolgen. Doch im nächsten Schritt empfiehlt sich dann meist, ein medizinisches Zentrum zu finden, das auf Diagnostik und Verfahren der künstlichen Befruchtung spezialisiert ist. Solche Einrichtungen heißen Fertilitäts-, Reproduktions- oder Kinderwunschzentren.

„*Ich erinnere mich gut daran, wie ich das erste Mal als Mann in einer Frauenarztpraxis saß. Anfangs kam ich mir ziemlich blöd vor, aber später habe ich dann öfter Männer im Wartezimmer getroffen.* (Alex, 41 Jahre)

Wichtig ist in jedem Fall, dass Sie sich gemeinsam als Paar in der Praxis oder dem Zentrum vorstellen. Der Kinderwunsch betrifft Sie beide. Deshalb betreffen auch alle Fragen zur Ursache der Kinderlosigkeit oder zum weiteren Vorgehen Sie beide.

Anlaufstellen in der Beratung

Ungewollte Kinderlosigkeit kann alle Beteiligten und die gemeinsame Beziehung vor große Herausforderungen stellen. Schließlich berührt das Thema viele sensible Bereiche. Es geht um Sexualität, um Gesundheit und um nicht weniger als die künftige Lebensplanung. Deshalb kann es sehr wichtig sein, über gemeinsame Vorstellungen und mögliche Unterschiedlichkeiten offen miteinander zu sprechen. Das fällt nicht immer leicht. Wer möchte, kann sich dabei von den Profis in den Beratungsstellen helfen lassen (Adressen siehe Seite 36).

Für Fragen, die über die medizinische Beratung und Behandlung hinausgehen, stehen Ihnen psychotherapeutische, psychosoziale sowie rechtliche Beratung und Begleitung zur Verfügung. Für diese Angebote können Sie sich an Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, an pro familia-Beratungsstellen und Beratungsstellen anderer Träger (zum Beispiel AWO, Diakonie, Donum Vitae, SKF) und an niedergelassene Psychologen und Psychologinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wenden.

Wie gehen Sie beide mit Belastungen und Schwierigkeiten um? Wer schweigt und zieht sich zurück, wer will immer wieder reden? Solche Unterschiede können für erhebliche Spannungen sorgen.

Wir haben uns immer öfter gestritten. Ich war oft furchtbar traurig, fühlte mich allein und verlassen. Beim dritten Termin mit dem Psychologen haben wir dann endlich wieder ins Gespräch gefunden und die Rettungsleine für unsere Ehe gezogen. (Carina, 29 Jahre)

Wenn der Kinderwunsch bei Ihnen beiden unterschiedlich stark ausgeprägt ist, kann das zu Problemen führen. Vor allem, wenn Sie nicht offen miteinander darüber sprechen können. Nutzen Sie immer wieder die Fragen auf Seite 8: Bei wem von Ihnen ist der Kinderwunsch im Moment stärker? Bei wem hat sich die Haltung vielleicht geändert?

Diagnostische Maßnahmen

Was passiert, wenn es mit den ärztlichen Untersuchungen losgeht?

Vor den körperlichen Untersuchungen steht ein ausführliches ärztliches Gespräch. Dabei werden Ihnen Fragen gestellt zu Ihrer Krankenvorgeschichte, zum allgemeinen Gesundheitszustand, zum Zyklus der Frau, zur Einnahme von Medikamenten, zur Häufigkeit der Sexualkontakte und zu früheren Schwangerschaften oder Kindern. Für dieses erste Gespräch sollten Sie ausreichend Zeit einplanen.

Um die **Ursachen der Unfruchtbarkeit** herauszufinden, werden zunächst diese Faktoren geprüft:

- findet ein Eisprung statt?
- wie ist die Qualität der Spermien?

Zu den diagnostischen Maßnahmen gehört in jedem Fall eine allgemeine körperliche Untersuchung.

Bei der Frau kommen hinzu: Hormonbestimmungen im Blut, Ultraschalluntersuchungen, mikrobiologische Untersuchung auf eine Genitalinfektion, Prüfung der Durchgängigkeit der Eileiter.

Beim Mann erfolgt die Diagnose über die Untersuchung des äußeren Genitals, die wiederholte Prüfung der Spermienqualität innerhalb von drei Monaten sowie über eine mikrobiologische Untersuchung auf Genitalinfektionen.

Nach dem Gespräch mit der Ärztin wurde uns klar, dass wir ganz falsche Vorstellungen davon hatten, wann wir die besten Chancen für eine Schwangerschaft hätten. Wir waren mit unserem Sex immer ein bis zwei Tage zu spät dran. (Johannes, 42 Jahre)

THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Noch vor einer gezielten Kinderwunschbehandlung können bei Ihnen andere Maßnahmen nötig oder sinnvoll sein. Je nachdem, was die Diagnostik ergibt, sollten vielleicht eine Schilddrüsenfehlfunktion oder Infektionen im Genitaltrakt behandelt werden. Es kann sinnvoll sein, die Eireifung oder den Eisprung zu unterstützen (zum Beispiel mit Clomifencitrat) oder bei einer Gelbkörperschwäche natürliches Gelbkörperhormon einzunehmen (Progesteron). Bei Bedarf können Myome, also gutartige Geschwülste in der Gebärmutter oder Krampfadern am Hodensack operativ entfernt werden. Was genau sinnvoll ist, entscheiden Sie gemeinsam mit Ihren Ärzten oder Ärztinnen. Erst wenn Ihnen solche Behandlungen nicht helfen, geht es darum zu klären, ob Sie den Weg der künstlichen Befruchtung gehen wollen.

Hormonelle Stimulation bei der Frau

Bei Frauen steht am Anfang einer reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung oft die hormonelle Stimulation. Dazu wird ab dem dritten Tag des Zyklus mit einer Hormonbehandlung begonnen. Hierbei werden Spritzen benutzt, die das Hormon LH (luteinisierendes Hormon) oder das Hormon FSH (follikelstimulierendes Hormon) enthalten.

Beide Hormone regen die Eizellreifung an. Die Spritzen können Sie sich selbst oder mit Hilfe Ihres Partners geben.

Ab dem achten Zyklustag wird mittels Ultraschall- und Blutuntersuchung die Eizellreife kontrolliert. Ist der Follikel – das Bläschen mit den Eizellen – groß genug (ca. 18 – 20 mm), wird der Eisprung mit einem weiteren Hormon, dem humanen Choriongonadotropin (hCG), ausgelöst.

„Mir war durchaus klar, dass unser Weg zum eigenen Kind anstrengend würde. Aber dass am Ende unsere ganze Beziehung daran fast kaputtgegangen wäre, hätte ich mir vorher nie träumen lassen.“ (Kris, 37 Jahre)

Dann wird versucht, die Eizelle entweder durch Geschlechtsverkehr oder mit Hilfe der Insemination zu befruchten.

Follikelpunktion

Es kann auch sein, dass Eizellen entnommen werden müssen, um sie außerhalb des Körpers mit den Spermazellen zu befruchten. Dann entnehmen Arzt oder Ärztin 36 Stunden nach der Injektion des hCG mit einer feinen Nadel Eizellen aus den Follikeln. Der Eingriff dauert einige Minuten, erfolgt meistens durch die Scheide und lässt sich per Ultraschall beobachten. Als Frau können Sie entscheiden, ob Sie die Punktion mit Beruhigungs- und Schmerzmitteln oder unter Narkose vornehmen lassen.

Insemination

Bei der Insemination (Samenübertragung) werden Spermien mit einem dünnen Schlauch zum optimalen Zeitpunkt während des Eisprungs direkt in die Gebärmutter oder den Eileiter gebracht. Die Insemination kann im natürlichen Zyklus erfolgen oder nach einer Hormonbehandlung der Frau. Die Eizellreifung wird mit Ultraschall überwacht, um die Zahl der Follikel bestimmen und eine Mehrlingsschwangerschaft verhindern zu können.

Der häufigste Grund für eine Insemination ist eine leichte Fruchtbarkeitsstörung des Mannes, beispielsweise eine zu geringe Anzahl oder zu wenig bewegliche Spermien im Erguss. Der Samen wird meist durch Selbstbefriedigung (Masturbation) gewonnen, dann werden die beweglichen Samenzellen konzentriert (Aufbereitung).

Natürlich hat die Insemination keinen Spaß gemacht. Aber sie hat auch nicht wehgetan und in der Klinik waren alle sehr nett. (Ulla, 34 Jahre)

Die Schwangerschaftsraten dieser Methode sind von vielen Faktoren abhängig: von der Spermienqualität, dem Alter der Frau und den Vorbehandlungen. Nach maximal sechs Behandlungszyklen ohne Schwangerschaft gilt die Insemination als erfolglos.

Insemination mit Spendersamen

Im Unterschied zur homologen Insemination, bei der ein Paar seinen Samen zu ihrer Eizelle transportieren lässt, kommt bei der heterologen (oder „donogenen“) Insemination der Samen eines Spenders zum Einsatz.

Diese Methode können Sie in Erwägung ziehen,

- wenn keine oder nur wenige befruchtungsfähige Spermien vorhanden sind,
- bei Erbkrankheiten in der Familie des Mannes,
- als alleinstehende Frau oder als lesbisches Paar.

Wie wird sich das anfühlen, wenn das Kind nur einem von uns ähnlich sieht? Werde ich es vielleicht weniger lieben? (Curt, 39 Jahre)

Die heterologe Insemination wirft viele psychologische und ethische Fragen für das Paar und für das spätere Kind auf. Eine umfassende Aufklärung des Paares über die rechtlichen, medizinischen und sozialen Aspekte sowie eine schriftliche Einwilligung vor Beginn der Behandlung sind daher verpflichtend. Dabei geht es um das Verhältnis zwischen Eltern, Kind, Arzt/Ärztin und Samenspender, um Abstammungs-, Unterhalts- und Erbrecht. Der Samen kommt in der Regel von einer Samenbank. Der Spender verzichtet auf Forderungen, so erfährt er zum Beispiel nicht die Identität des mit seinem Samen gezeugten Kindes. Er selbst ist vor Ansprüchen des Empfängerpaars geschützt. Allerdings hat ein Kind in Deutschland mit 18 Jahren das Recht, die Identität seiner leiblichen Eltern zu erfahren. Für lesbische und für alleinstehende Frauen ist es eher schwierig, sich in Deutschland mit Spendersamen behandeln zu lassen.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

Wörtlich bedeutet IVF „Befruchtung im Glas“. Die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle erfolgt außerhalb der Gebärmutter in einem Laborschälchen.

Die IVF-Methode wird angewendet, wenn die Eileiter der Frau verschlossen sind oder bei sehr eingeschränkter Qualität der Spermien. Sie kommt auch in Frage, wenn die bisher genannten Therapien nicht zu einer Schwangerschaft geführt haben.

Zunächst wird bei der Frau durch hormonelle Stimulation die Bildung von mehreren Eizellen im Eierstock angeregt. Die Eizellen werden dann meist über die Scheide aus dem Eierstock abgesaugt (transvaginale Follikelpunktion, s. Seite 18). Die so gewonnenen Eizellen werden in einer Nährlösung mit den Spermien zusammengebracht.

Wir durften dabei sein, als unsere Zellen zusammengebracht wurden. Trotz der Labor-Atmosphäre haben wir viel gelacht. Das hat uns sehr geholfen, die bange Zeit des Wartens zu überstehen. (Kirsten, 32 Jahre, und Deniz, 37 Jahre)

Meist bleiben die Ei- und Spermien für 24 Stunden bei 37° Celsius in einem Wärmeschrank. Dann wird unter dem Mikroskop überprüft, ob es zu einer Befruchtung gekommen ist.

War die IVF erfolgreich, können bis zu drei befruchtete Eizellen nach weiteren 24 bis 48 Stunden in die Gebärmutter übertragen werden (Embryotransfer). Inzwischen wird auch oft fünf Tage abgewartet, bis sich das befruchtete Ei zum Stadium der Blastozyste entwickelt hat. Dann werden maximal zwei entwicklungsfähige Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt (Blastozystentransfer).¹¹

Die möglichst geringe Zahl der zurückgesetzten Embryonen soll das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften reduzieren. Bei Frauen unter 35 Jahren wird grundsätzlich empfohlen, nur zwei befruchtete Eizellen zurückzusetzen.

Die Entscheidung darüber, wie der Transfer stattfindet, liegt letztlich bei Ihnen.

¹¹Laut Deutschem IVF-Register ist der Anteil der durchgeführten 5-Tage-Kulturdauer mit anschließendem Blastozystentransfer seit Jahren ansteigend.

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Bei der ICSI (gesprochen „Iksi“) handelt es sich um eine Weiterentwicklung der In-vitro-Fertilisation. Unter einem speziellen Mikroskop wird ein einzelnes Spermium in eine dünne Pipette aufgezogen und außerhalb des Körpers direkt in die Eizelle eingebracht (injiziert).

Die ICSI wird vor allem angewendet, wenn die Ursache der Kinderlosigkeit beim Mann liegt. Dies kann der Fall sein, wenn er nur wenige Samenzellen produziert oder wenn die vorhandenen kaum beweglich sind. Die Spermien sind dann nicht in der Lage, die Hülle der Eizelle zu durchdringen.

Die Mehrzahl der Kinderwunsch-Behandlungen in Deutschland sind ICSI-Behandlungen.

IMSI

In seltenen Fällen, bei sehr eingeschränkter Spermienqualität, kann die ICSI auch als IMSI (intrazytoplasmatische Injektion morphologisch ausgewählter Spermien) erfolgen. Dabei wird mit einem hochauflösenden Mikroskop, einer Videokamera und einem speziellen Computerprogramm ein Spermium mit optimaler Form für die nachfolgende ICSI ausgesucht. Die Kosten für IMSI belaufen sich auf ungefähr 400 Euro. Es konnte anhand von Studien bisher nicht nachgewiesen werden, dass die Schwangerschafts- und Geburtenrate mit der IMSI signifikant erhöht werden können.¹²

MESA/TESE

Falls im Erguss keine Spermien vorhanden sind, lassen sie sich mit einem kleinen chirurgischen Eingriff aus dem Gewebe von Nebenhoden (MESA = microsurgical epididymal sperm aspiration) oder Hoden (TESE = testicular sperm extraction) gewinnen. Das Verfahren ist in bis zu 75 Prozent der Fälle erfolgreich und das Gewebe kann anschließend eingefroren werden. Die Menge und Qualität der so gewonnen Spermien ist allerdings meist so gering, dass anschließend eine ICSI durchgeführt wird. MESA und TESE kommen auch bei vorangegangener Sterilisation zum Einsatz. Die MESA wird in Deutschland kaum noch angewandt.

¹² ESHRE Campus Workshop 2011: Practical aspects of non invasive selection of gametes, embryos and blastocysts in a modern IVF laboratory

„Seit einem Autounfall vor 15 Jahren bin ich querschnittgelähmt. Erst dachte ich, ich müsste auf eigene Kinder verzichten. Der Versuch mit der Insemination war nicht erfolgreich, aber mit der TESE hat es funktioniert und heute bin ich Vater von zwei Kindern. (Jan, 42 Jahre)“

Einfrieren von Eizellen (Kryokonservierung)

Nach der hormonellen Stimulation der Frau werden im Allgemeinen drei bis zehn, manchmal auch deutlich mehr Eizellen gewonnen. Da nicht jede Eizelle für die Befruchtung geeignet ist, werden mehrere Eizellen benötigt. Doch pro Behandlungszyklus dürfen maximal drei (und bei Blastozystentransfer nur zwei) befruchtete Eizellen in die Gebärmutter zurückgesetzt werden, um das Risiko einer Mehrlingschwangerschaft zu begrenzen.

Wenn Samenzellen in die Eizellen eingedrungen sind, aber noch keine Verschmelzung der Erbanlagen stattgefunden hat (Vorkernstadium), dürfen die Zellen für spätere Versuche eingefroren werden. Das nennt man Kryokonservierung.

Die Eizellen mit dem Spermium können in späteren Zyklen aufgetaut werden und nach der Verschmelzung der Kerne als Embryo in die Gebärmutter zurückgesetzt werden (Embryotransfer). Ungefähr ein Viertel aller Behandlungszyklen, die heute in Deutschland durchgeführt werden, basiert auf dem Transfer von kryokonservierten Zellen.

Die Kryokonservierung von befruchteten Eizellen kostet ca. 400 Euro, hinzu kommen die Lagerungskosten für ca. sechs Monate von etwa 125 Euro. So entstehen für einen Kryo-Zyklus Kosten zwischen 600 und 800 Euro. Die Schwangerschaftsrate ist bei diesem Verfahren niedriger als bei der IVF mit sogenannten frischen Eizellen.¹³

Polkörperdiagnostik/Präimplantationsdiagnostik

Mit der Polkörperdiagnostik (PKD) lassen sich Eizellen noch vor der Befruchtung genetisch untersuchen. Die PKD kostet zwischen 900 und 1.600 Euro. Mit ihr sollen Chromosomenfehlverteilungen erkannt

¹³ Deutsches IVF Register, Jahrbuch 2010, in Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Nr. 4, 2011

werden, die eine Schwangerschaft verhindern oder eine Fehlgeburt verursachen können. Da sich die PKD nur auf die mütterlichen Chromosomen bezieht, ist ihre Aussagekraft beschränkt. International hat sich die Präimplantationsdiagnostik (PID) durchgesetzt, um festzustellen, ob genetische Probleme (Chromosomenfehlverteilung oder Veränderungen auf einzelnen Genen) vorliegen.

In Deutschland können voraussichtlich ab Januar 2013 unter bestimmten Bedingungen Embryonen mit der PID untersucht werden.¹⁴

PN-Scoring

Beim PN-Scoring wird die Qualität der Eizellen im PN-Stadium (Pronuclei: Vorkern) beurteilt, um diejenigen auszuwählen, die sich am wahrscheinlichsten zu einem einnistungsfähigen Embryo entwickeln. Für das PN-Scoring fallen Kosten in Höhe von rund 150 – 250 Euro an. Inwieweit die alleinige Verwendung des PN-Scoring einen bedeutenden Vorteil im Hinblick auf die erzielte Schwangerschaftsrate hat, ist nicht eindeutig geklärt.

Vielmehr geht man davon aus, dass durch eine Kombination mehrerer Beurteilungssysteme – darunter auch das Vorkern-Scoring – die höchsten Schwangerschaftsraten erzielt werden können.¹⁵

Embryoskopie

Bei der Embryoskopie handelt es sich um ein spezielles Beobachtungssystem für Embryonen. In dem Gerät, das in Dänemark entwickelt wurde, werden Embryonen von der Befruchtung bis zum Transfer in die Gebärmutter bei konstanten Bedingungen (Temperatur, pH-Wert etc.) von einer mikroskopischen Spezialkamera beobachtet. So ist jeder Entwicklungsschritt des Embryos zu beurteilen. Wenn man dann den Embryo mit dem besten Wachstums- und Reifungsprofil auswählt, soll sich sowohl das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften reduzieren als auch eine hohe Schwangerschaftsrate erreichen lassen.

¹⁴ Präimplantationsdiagnostikgesetz vom 08.12.2011

¹⁵ Greuner, M., Winkler, S., Mayrath, B., Montag, M., Schmiady, H.: (2012): Charakterisierung des morphologischen Entwicklungspotentials von der Oozyte bis zum Embryo, in: J Reproduktionsmed Endokrinol 2012; 9 (1): 13-19

Das Embryoscope™ ist noch relativ neu, wird bisher nur in wenigen Zentren angeboten und muss privat bezahlt werden. Die Kosten belaufen sich auf ungefähr 250 – 500 Euro.

Assisted hatching („Schlüpfhilfe“)

Bevor sich der Embryo in der Gebärmutter einnisten kann, muss er aus seiner Umhüllung „schlüpfen“. Mit einem Laser oder einer anderen Technik lässt sich die Embryo-Hülle an einer Stelle ausdünnen, was das Schlüpfen erleichtern soll.

Die Datenlage kann bisher nicht belegen, ob mit Assisted hatching die Geburtsrate generell steigt. Doch für einige Gruppen, zum Beispiel bei älteren Patientinnen, wurden positive Auswirkungen beobachtet.¹⁶ Die Kosten dafür liegen bei ca. 170 – 300 Euro.

ANGEBOTE IM AUSLAND

Es sind vor allem gesetzliche Bestimmungen¹⁷ in Deutschland, die dazu führen, dass manche Frauen, Männer und Paare mit Kinderwunsch über eine Behandlung im Ausland nachdenken.

Beispielsweise ist Leihmutterschaft in Deutschland verboten. Auch Eizell- oder Embryonen-Spenden sind in Deutschland illegal, weshalb manche Paare auf Angebote im Ausland ausweichen. Auch lesbische Paare fahren zur Erfüllung ihres Kinderwunsches häufig ins Ausland, da in Deutschland nur wenige Ärzte und Ärztinnen Samenspenderbearbeitungen für interessierte Frauen anbieten.

Einige versprechen sich bessere Chancen, wenn mehr als die in Deutschland erlaubten Embryonen produziert bzw. rückgesetzt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass mit der Anzahl der eingesetzten Embryos auch das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft steigt.

Nicht zuletzt sind in manchen Ländern sehr weitgehende Diagnosen und auch Eingriffe in die Embryonen erlaubt.

¹⁶ Mohamad Eid Hammadeh, M.E., Fischer-Hammadeh, C., Ali, K.R. (2011): Assisted hatching in assisted reproduction: a state of the art, in: J Assist Reprod Genet. 2011 February; 28(2): 119–128 und Das, S., Blake, D., Farquhar, C., Seif, M.M.W. (2009): Assisted hatching on assisted conception (IVF and ICSI). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD001894. DOI: 10.1002/14651858.CD001894.pub4

¹⁷ Embryonenschutzgesetz, zuletzt geändert am 21.11.2011, und Präimplantationsdiagnostikgesetz vom 08.12.2011.

Nach all den teuren und erfolglosen Versuchen in Deutschland bin ich seelisch völlig am Boden. In Internet-Foren lese ich immer wieder von den großen Erfolgschancen in ausländischen Kliniken. Jetzt überlege ich, ob ich noch einen allerletzten Versuch in einem Nachbarland starten soll. (Catarina, 31 Jahre)

Für Angebote im Ausland gilt: Fast immer müssen Sie alle medizinischen, aber auch viele weitere Nebenkosten selbst tragen. Die deutschen gesetzlichen Krankenkassen übernehmen, wenn überhaupt, nur solche Kosten, die auch bei einer Behandlung in Deutschland übernommen würden.

Schon die Suche nach einem kompetenten Zentrum kann aufwendig und zermürend sein. Wenn als Informationsquellen nur eigene Webseiten oder Werbebroschüren dienen, sind eine objektive Einschätzung und ein realistischer Vergleich mit dem Angebot in Deutschland schwierig.

Wer entschlossen ist, Hilfe im Ausland zu suchen, kann sich im Inland dazu beraten lassen und von den Erfahrungen anderer lernen. Sie können sich dazu an eine auf das Thema spezialisierte Beratungsstelle wenden (siehe Adressen im Anhang).

KOSTEN

Wenn Sie sich für eine Kinderwunschbehandlung entscheiden, müssen Sie darauf gefasst sein, dass eine erhebliche finanzielle Belastung auf Sie zukommt. Die Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sind sehr unterschiedlich und decken in keinem Fall alle Kosten. Vor der Behandlung sollten Sie in jedem Fall einen Behandlungsplan erstellen lassen.

Gesetzliche Krankenversicherungen

Seit 2004 gilt für die Therapie bei ungewollter Kinderlosigkeit: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen 50 Prozent der entstehenden Kosten. Das gilt aber nur für drei Versuche; bei Insemination ohne hormonelle Stimulation beteiligen sich die Kassen eventuell an mehr Versuchen.

Ein paar Zahlen zum Eigenanteil für einen Zyklus zur Orientierung (die Kosten können individuell sehr unterschiedlich ausfallen):

Insemination mit Hormonspritzen: ca. 500 Euro

IVF: ca. 1.600 Euro

ICSI: 1.800 Euro

TESE: 3.000 Euro

ICSI inklusive Blastozystentransfer, PN-Scoring und Kryokonservierung:
3.000 – 4.400 Euro

Die Altersgrenzen liegen für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, beim Mann bei 50 Jahren. Das Paar muss verheiratet sein. Gleichgeschlechtliche Paare mit eingetragener Lebenspartnerschaft gelten in diesem Kontext als nicht verheiratet.

Inzwischen gibt es Überlegungen und Maßnahmen, um diese Kostenregelung zugunsten der Paare zu ändern. In einigen Bundesländern werden bereits weitere Kosten übernommen.

Außerdem stellt der Bund seit 2012 Zuschüsse für den ersten bis vierten Versuch einer IVF- oder ICSI-Behandlung bereit. Das Geld gibt es aber nur, wenn sich auch das zuständige Bundesland an den Kosten beteiligt. Wie betroffene Paare an die Hilfen kommen, erfahren sie bei dem jeweils zuständigen Landesministerium.

Nach einer früheren Sterilisation übernehmen die gesetzlichen Kassen prinzipiell keine Kosten.

Von beiden Partnern muss der HIV-Status bekannt sein und bei der Frau muss ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelninfektion bestehen.

Wenn Sie HIV positiv sind, spricht das allein nicht gegen eine Kinderwunschbehandlung. In Deutschland gibt es einige Zentren, die sich auf die Kinderwunschbehandlung bei HIV-positiven Frauen und Männern spezialisiert haben. Zum Teil werden diese Behandlungen auch von den Krankenkassen bezahlt.

Eine ganze Reihe von zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten wird von den gesetzlichen Krankenkassen gar nicht übernommen. Dazu gehören Maßnahmen wie Assisted hatching, Blastozystentransfer, Polkörperdiagnostik, PN-Scoring, die Nutzung des Embryoscope™ sowie das Einfrieren von Eizellen oder Spermien. Auch Behandlungen mit Spender-

samen sind prinzipiell von der Kostenerstattung ausgenommen. Psychotherapeutische Hilfe im Rahmen von Kinderwunschbehandlungen wird für gesetzlich Versicherte nur dann bezahlt, wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt das Paar an eine Fachärztin/einen Facharzt oder von den Kassen anerkannte Psychologin/anerkannten Psychologen überweist.

„Dieser Papierkrieg. Diese Kosten. Ich finde das schrecklich ungerecht, dass wir für den normalsten Wunsch der Welt so viel Bürokratie in Kauf nehmen müssen und so viel Geld bezahlen müssen! (Maggie, 37 Jahre)“

Private Krankenversicherungen

Private Krankenkassen unterscheiden sich stark in ihren Leistungen. Deshalb sollten Sie als privat Versicherte vor einer aufwendigen Diagnostik und Therapie mit Ihrer Kasse klären, welche ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen erstattet werden.

Befruchtung mit Fremdsamen wird weder von den gesetzlichen noch den privaten Krankenversicherungen bezahlt. Sie können aber anfragen, ob Ihre Kasse für einzelne Behandlungsteile (Voruntersuchung, Festlegung des Therapieplans) aufkommt.

Vor Beginn der Behandlung müssen Sie der Krankenkasse in jedem Fall einen Behandlungsplan zur Genehmigung vorlegen.

„Bei uns ist das unglaublich kompliziert. Mein Mann ist privat versichert, ich bin bei einer gesetzlichen Krankenkasse, habe aber einige Zusatzversicherungen. Wir müssen jeden Schritt ganz genau mit den Ärzten und den Versicherungen abstimmen.“
(Naomi, 33 Jahre, und Rüdiger, 48 Jahre)

ERFOLGSKONTROLLE

Wenn Sie eine Kinderwunschbehandlung planen, wollen Sie vermutlich wissen, welche Chancen und Risiken mit den jeweiligen Maßnahmen verbunden sind. Statistiken und Studien – wo sie denn vorliegen – können Ihnen zwar nur begrenzt helfen, weil jeder Einzelfall anders ist. Aber mit einer guten Beratung und Begleitung bieten Ihnen die jeweiligen Angaben eine wichtige Orientierungshilfe.

All die Statistiken haben mir letztlich gar nicht geholfen. Ich habe immer nur daran gedacht, dass es bei mir schon klappen wird. Die Hoffnung war einfach immer größer als die Angst.

„ (Mara, 37 Jahre)

Schon etwa zwei Wochen, nachdem ein oder mehrere Embryonen in der Gebärmutter angekommen sind (Embryotransfer), lässt sich mit einer Blutuntersuchung feststellen, ob eine Schwangerschaft begonnen hat. Aber erst nach einem Monat lässt sich im Ultraschall erkennen, ob ein oder mehrere Embryonen leben und heranwachsen.

Um die Erfolgsrate einer Kinderwunschbehandlung zu beziffern, dient weltweit die **Schwangerschaftsrate nach Embryotransfer**. Die Rate liegt, abhängig vom Alter der Frau, bei durchschnittlich 20 bis 30 Prozent. Diese Zahl finden Sie auch oft in Veröffentlichungen oder Webseiten.

Doch Sie sollten bedenken: Eine eingetretene Schwangerschaft bedeutet noch nicht, dass am Ende auch ein Kind zur Welt kommt, denn ungefähr jede vierte bis fünfte Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung endet als Fehlgeburt.

Um die Wahrscheinlichkeit zu berechnen, mit der Sie dank einer Behandlung ein Kind zur Welt zu bringen, eignet sich die Geburtenrate pro Punktion, die sogenannte **Baby-take-home-Rate**.

In Deutschland wird die Baby-take-home-Rate mit durchschnittlich 17,5 Prozent angegeben.¹⁸ Bei ICSI liegt sie leicht über diesem Durchschnitt, bei einem Kryotransfer um ca. sechs Prozentpunkte darunter. Die Baby-take-home-Rate bei Insemination liegt unter diesem Durchschnitt, ist aber stark abhängig von den individuellen Vorbedingungen.

Wenn Sie ein passendes Kinderwunschzentrum suchen, lassen Sie sich dort möglichst genaue Zahlen zur Baby-take-home-Rate geben – am besten nach dem Alter der Frauen aufgeschlüsselt –, um die Erfolgsaussichten richtig einschätzen zu können. Die Angabe von „Schwangerschaftsrate“ ohne Angabe, worauf sich die Rate genau bezieht, ist nicht aussagekräftig.

Ihre individuellen Erfolgsaussichten können sehr viel höher sein als die oben erwähnten Durchschnittswerte, aber auch sehr viel niedriger. Letzteres trifft vor allem auf Frauen über 40 zu.

RISIKEN DER KINDERWUNSCH-BEHANDLUNG

Bei Schwangerschaften nach assistierter Befruchtung treten häufiger unterschiedliche Komplikationen auf. Das liegt nicht immer, aber sehr häufig an der höheren Zahl von Mehrlingsschwangerschaften. Eine Kinderwunschbehandlung kann auch schon vor dem Eintritt einer Schwangerschaft zu Komplikationen führen.

Nebenwirkungen der hormonellen Stimulation und Ovarielles Überstimulationssyndrom (OHSS)

Die hormonelle Stimulation kann die Eierstöcke stark und schmerzhaft vergrößern. Einige Frauen klagen über Völlegefühl und Übelkeit. In leichter Form tritt das „Ovarielle Überstimulationssyndrom“ (OHSS) nach hormoneller Stimulation sehr häufig auf. Dabei kommt es zu Wasseransammlungen im Gewebe und manchmal auch im Bauch- oder Brustraum.

In wenigen Fällen entsteht durch die hormonelle Stimulation ein schweres OHSS. Dann sind eine genaue Kontrolle des Gesundheitszustandes und manchmal auch die Überwachung im Krankenhaus notwendig. Schwere Verlaufsformen findet man bei unter einem Prozent der Stimulationen.¹⁹

Komplikationen bei der Eizellentnahme

Komplikationen bei der Entnahme der Eizellen (Follikelpunktion) sind selten. Sie liegen bei unter einem Prozent.

Eileiterschwangerschaft

Die Möglichkeit, dass sich ein befruchtetes Ei im Eileiter einnistet, ist bei assistierten Schwangerschaften genauso hoch wie bei allen anderen und liegt bei ca. 1,5 bis 2,5 Prozent. Bei Frauen mit vorausgegangenen Entzündungen der Eileiter oder früheren Eileiterschwangerschaften ist das Risiko der Eileiterschwangerschaft erhöht.

Fehlgeburt

Die Fehlgeburtenrate beträgt nach einer Kinderwunschbehandlung ca. 20 bis 25 Prozent. Bei Schwangerschaften ohne Kinderwunsch-

¹⁸ Wissenschaftliche Dienste, Deutscher Bundestag (2010): Aktueller Begriff: Präimplantationsdiagnostik. Nr. 80/10.

¹⁹ Sander, T., Borcard, A. (2011): Das ovarielle Überstimulationssyndrom (OHSS), in: Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2011; 21 (3)

behandlung liegt diese Rate bei ca. 15 Prozent. Die höhere Fehlgeburtsrate erklärt sich vor allem durch das durchschnittlich höhere Alter der Frau bei einer Kinderwunschbehandlung.

Früh- und Mangelgeburten

Bei der IVF-Behandlung kommen Früh- und Mangelgeburten mit gesundheitlichen Risiken für die Kinder häufiger vor. Bei einer Zwillingschwangerschaft nach Kinderwunschbehandlung kommen ca. 82 Prozent der Kinder vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt. Bei Einlings-Schwangerschaften liegt dieser Anteil bei 18 Prozent.²⁰

Fehlbildungen

Studien weisen auf eine erhöhte Zahl von Fehlbildungen bei Kindern hin, die nach IVF oder ICSI-Behandlung geboren wurden. Es fehlt bisher jedoch der Nachweis, dass die Fehlbildungen durch die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen entstanden sind. Vielmehr geht man davon aus, dass die Ursachen für die Fehlbildungen eher bei den gesundheitlichen Faktoren der Eltern begründet liegen, die zu einer Kinderwunschbehandlung geführt haben.

Vor einer ICSI-Behandlung wird den Eltern eine genetische Beratung empfohlen.

Mehrlingsschwangerschaften

Die häufig auftretenden Mehrlingsschwangerschaften sind ein ernst zu nehmendes Problem der Kinderwunschbehandlung. Denn eine Mehrlingsschwangerschaft ist immer mit erhöhten gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kinder verbunden.

Die Wahrscheinlichkeit für die Geburt von Zwillingen nach Kinderwunschbehandlung liegt in Deutschland bei durchschnittlich ca. 19 Prozent²¹, wobei der Anteil nach IVF am größten ist und bei Kryotransfer am geringsten. Das Vorkommen von Drillingsgeburten konnte auf 1,7 Prozent reduziert werden.

In Deutschland dürfen bis zu drei Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt werden. Da eine Teilung auch noch nach dem Einsetzen möglich ist, können auch höhergradige Schwangerschaften entstehen.

²⁰ Deutsches IVF-Register: Jahrbuch 2010. J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8 (4): S. 30

²¹ Deutsches IVF-Register: Jahrbuch 2010. J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8 (4): S. 8

Um das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften zu verringern, sollten Frauen unter 35 Jahren nur zwei Embryonen in die Gebärmutter einsetzen lassen. Höhergradige Mehrlingsschwangerschaften können auch nach einer Hormonstimulierung oder bei einer hormonstimulierten Insemination auftreten (siehe Seite 18).

SEELISCHE BELASTUNG

Sehr häufig wird die Kinderwunschbehandlung als große Belastung empfunden. Denn eine Kinderwunschbehandlung hat nicht nur medizinische Aspekte. Sie kann auch eine Herausforderung für Ihre gesamten Lebensumstände bedeuten. Viele Paare erleben als erstes, wie die Lust und das Spontane bei der Sexualität verschwinden, wenn der Kinderwunsch im Vordergrund steht.

Planen Sie Zeit ein für Ihre Kinderwunschbehandlung. Die Krankenkassen brauchen Zeit für ihre Entscheidungen zu den Kosten. Sie brauchen Zeit, um ein passendes Zentrum zu finden. Dann wieder geht es nach langem Warten ganz schnell und Sie müssen Termine auch kurzfristig wahrnehmen.

„In der Firma habe ich echt Stress gehabt. Ich musste ja an festen Terminen zur Behandlung, wollte den Grund aber nicht öffentlich machen. Also habe ich mir Ausreden überlegt, um mit Kollegen Urlaubstage zu tauschen und meine Arbeit umorganisieren zu können.“ (Gabriela, 37 Jahre)

Manche Frauen berichten von heftigen Stimmungsschwankungen. Das kann an der Hormonbehandlung liegen, manchmal aber auch an einem zermürbenden Wechsel zwischen Hoffen und Verzweifeln. Wenn Sie am Anfang extreme Hoffnungen haben, ist die Enttäuschung oft umso tiefer, bis hin zur Depression. Die meisten Paare berichten von einem starken Auf und Ab der Gefühle und von Stress in der Partnerschaft.

Manchmal kann sich die Kinderwunschbehandlung zum alles beherrschenden Thema Ihres Lebens entwickeln. Ähnlich wie bei einer Sucht kann es Ihnen dann schwer fallen, die Behandlung zu beenden oder zumindest eine Pause einzulegen.

Der Austausch mit Menschen in einer vergleichbaren Situation kann auch dann sinnvoll sein, wenn Sie über das Kinderwunsch-Thema nicht – oder nicht mehr – mit Freunden oder in der Familie sprechen wollen. Denn je länger die Kinderwunschbehandlung dauert, umso anstrengender können die Fragen aus dem Umfeld werden.

Mit einem ehemals guten Freund habe ich mich völlig zerstritten. Am Anfang hatte er viele gut gemeinte Ratschläge für mich. Aber nach dem zweiten Fehlschlag hat er immer gedrängt, dass wir aufgeben sollten. Ich musste den Kontakt irgendwann abbrechen, weil ich es einfach nicht mehr aushielt. (Rafael, 48 Jahre)

Wenn es Ihnen auch so geht, sollten Sie Unterstützungsangebote in Erwägung ziehen. Die meisten Paare können die Belastungen dann besser bewältigen. Das Gespräch mit anderen Betroffenen (zum Beispiel in einer Selbsthilfegruppe, siehe Seite 36) oder eine individuelle psychologische Beratung oder Begleitung, wie sie auch von pro familia angeboten wird, kann Ihnen helfen.

ANDERE WEGE

Frauen und Männer, deren Kinderwunsch nicht oder nur unter großen Opfern erfüllt werden kann, können für sich andere Wege finden, ein erfülltes und glückliches Leben zu gestalten.

Wenn Sie sich auf ein Kind „aus eigenem Fleisch und Blut“ festgelegt haben, kann Ihnen der Gedanke an ein fremdes Kind schwerfallen. Dennoch ist es sinnvoll, zwischen „biologischer Elternschaft“ und „sozialer Elternschaft“ zu unterscheiden: Biologischen Eltern verdankt jeder Mensch sein Leben; zu sozialen Eltern werden die biologischen nur, wenn sie sich zu ihrem Kind bekennen, es annehmen, lieben und aufziehen. Die sozialen Eltern ermöglichen einem Kind, wie und wohin es sich entwickeln kann. Auch als biologische Eltern haben Sie es nicht vollständig in der Hand, was aus Ihrem Kind wird. Zwar geben Sie Ihre Erbanlagen an Ihr Kind weiter – aber diese bestimmen nicht zwingend die Entwicklung Ihres Kindes. Für die Persönlichkeit eines Menschen sind auch die sozialen Gegebenheiten und das alltägliche Lebensumfeld, die Umwelteinflüsse, die Erziehung entscheidend.

Wenn ein Kind Menschen braucht, die die soziale Elternschaft übernehmen und verantworten, können Sie sich darum bemühen, ein fremdes Kind aufzunehmen und großzuziehen, und sich so Ihren Kinderwunsch erfüllen.



Adoption

Die Adoptionsvermittlungsstellen haben die Auswahl unter den zahlreichen adoptionswilligen Paaren oder Einzelpersonen, die sich bei ihnen melden: Auf ein „zur Adoption freigestelltes Kind“ warten durchschnittlich sechs Bewerber und Bewerberinnen.

Ihre Chancen auf die Adoption eines Kleinkinds oder Säuglings sind eher gering. Höher, bei ungefähr 41 Prozent, liegt der Anteil der Kinder, die im Alter bis zu sechs Jahren vermittelt werden. Die meisten Adoptionswilligen möchten möglichst die Säuglingszeit ihres Kindes miterleben. Sie fürchten, ältere Kinder könnten bereits durch ihr Elternhaus oder durch Heimaufenthalte negativ geprägt sein. Oft spielt auch der Wunsch eine Rolle, das Kind solle nie erfahren, dass es adoptiert ist. Das Zusammenleben mit einem Kind sollte jedoch nicht auf einer Lüge beruhen. Kinder haben das Recht, ihre Herkunft zu erfahren.

Die Statistik des Jahres 2011 ergibt, dass ungefähr 10 Prozent aller bundesdeutschen Adoptivkinder zum Zweck der Adoption aus dem Ausland geholt wurden.²² Zuständig für die Vermittlungen sind staatlich anerkannte und kontrollierte Organisationen (Adressen im Anhang). Kommerzielle Agenturen sind in Deutschland nicht zugelassen. Ihre Tätigkeiten sind illegal und stehen unter Strafe.

Eine gesetzliche Altersbegrenzung ist für die Adoptiveltern nicht vorgeschrieben. Dennoch gilt, dass der Altersunterschied zwischen Kind und Eltern nicht größer als 40 Jahre sein sollte. Es ist zwar nicht zwingend, verheiratet zu sein, jedoch wird das verheiratete Paar hier mit Blick auf die rechtliche und finanzielle Absicherung möglicherweise eher berücksichtigt.

Alleinstehende, Menschen mit Behinderung und homosexuelle Paare haben große Schwierigkeiten, als Eltern für eine Adoption ausgewählt zu werden.

Pflegekinder

Die meisten Jugendämter suchen nach Einzelpersonen oder Paaren, bei denen sie Pflegestellen für Kinder einrichten können, die nicht bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen können. Die Pflegeeltern erhalten Unterhalts- und Erziehungsgelder gestaffelt nach dem Alter der Kinder und den Anforderungen, die sie an die Erziehung stellen. Inzwischen verfügen einige Jugendämter auch über Erfahrungen mit schwulen und lesbischen Pflegeeltern und zeigen sich hier aufgeschlossen.

*Medizinisch hatten wir fast alles versucht – ohne Erfolg. „
Deshalb haben wir uns entschieden, für ein fremdes Kind
da zu sein. Für eine reguläre Adoption waren wir dem
Jugendamt wohl schon zu alt. Aber die damals dreijährige
Sarah durften wir als Pflegekind zu uns nehmen. Sie lebte
schon fast vier Jahre bei uns, bevor wir sie endlich adoptie-
ren konnten. Eine richtige Familie waren wir trotzdem von
„ Anfang an! (Conny, 45 Jahre)*

²² Statistisches Bundesamt (2012): Statistiken der Kinder und Jugendhilfe. Adoptionen 2011. Wiesbaden, 2012, S. 9

Nicht selten entstehen aus Pflegeverhältnissen Adoptionen. Wenn Sie bis zur Volljährigkeit des Pflegekindes warten, ist lediglich ein notariell beglaubigter Adoptionsvertrag zwischen Annehmendem und Anzunehmendem nötig. Wenn Sie nachweisen können, dass sich ein echtes Eltern-Kind-Verhältnis entwickelt hat, wird das Familiengericht zustimmen. Sie sollten unbedingt eine „Volladoption“ beantragen, sonst ist der oder die Adoptierte nicht nur gegenüber den Adoptiveltern, sondern auch den leiblichen Eltern unterhaltspflichtig.

Leben ohne Kinder

Es kann sein, dass Sie irgendwann erkennen müssen: Ihr Kinderwunsch lässt sich weder medizinisch noch durch die Annahme eines Kindes erfüllen – allen Anstrengungen und Mühen zum Trotz. Vielleicht erleben Sie deshalb Phasen der Wut, der Trauer, der Resignation. Auch in solchen Zeiten kann Ihnen eine psychologische Beratung helfen.

Denn es ist nicht immer einfach, sich von einem geplanten Lebensentwurf zu verabschieden und neue Perspektiven zu entwickeln.

Damals, als mein Mann mich bat, keine weiteren Schritte mehr zu unternehmen, war ich sehr verzweifelt. Ich wollte die Hoffnung auf ein Kind nicht begraben und klammerte mich an jedes Versprechen der Medizin. Es hat lange gedauert, bis mir klar wurde, dass wir auch als kinderloses Paar glücklich sein können. (Irina, 45 Jahre)

Wenn Ihnen ein Leben ohne Kinder wert- und sinnlos erscheint oder wenn Sie sich ohne Nachkommen mangelhaft und unvollständig fühlen, können Sie sich helfen lassen. Zum Beispiel von Psychologen und Psychologinnen oder Therapeuten und Therapeutinnen, die mit Beratungsstellen wie der pro familia zusammenarbeiten. Denn es gibt viele Möglichkeiten, das eigene Leben zu gestalten. Ob mit oder ohne Kinder.

Anhang

Kinderwunsch und Internet

Die Webseiten zum Thema Kinderwunsch sind ebenso vielfältig wie unterschiedlich in ihrer Qualität. Die verschiedenen Aussagen, die Hoffnung verheißenden Webseiten mit optimistischen „Erfolgsquoten“ können jedoch auch sehr verunsichern. Wir empfehlen Ihnen daher hier nur eine kleine Auswahl und verweisen ansonsten auf persönliche Beratungsangebote.

Webseiten mit Informationen:

www.familienplanung.de/kinderwunsch (mit Beratungsstellensuche)

www.wunschkinder.de

Adressen

Wer sich weiter informieren oder beraten lassen will, kann sich an eine Reihe unterschiedlicher Einrichtungen wenden. Die nachfolgende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Beratungsnetzwerk Kinderwunsch: www.bkid.de (Adressen zur psychosozialen/psychologischen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch/ungewollter Kinderlosigkeit)
- Reproduktionsmedizinische Zentren in Deutschland: www.repromed.de
- Spezielle Kinderwunsch-Beratung bieten größere Kliniken und Universitätskliniken an, beispielsweise: www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=2744
- Kinderwunsch-Sprechstunden der pro familia-Beratungsstellen: Die Adressen der Beratungsstellen sind beim entsprechenden Landesverband oder unter www.profamilia.de zu erhalten.

Thema Selbsthilfe

- www.wunschkind.de
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., www.dag-shg.de
- Selbsthilfegruppe „ungewolltkinderlos“, www.ungewolltkinderlos.de

Thema Adoption und Pflegschaft

- Bundesverband der Pflege- und Adoptiveltern e. V., www.pfad-bv.de
- Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern, www.arbeitskreis-pflegekinder.de
- www.adoption.de
- Internationaler Sozialdienst, Deutscher Zweig e. V., www.iss-ger.de
- Bundeszentralstelle für Auslandsadoption, www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/BZAA/BZAA__node.html

Paare, die ein Kind adoptieren möchten, können sich am besten an eine anerkannte Adoptionsvermittlungsstelle wenden. Kontaktadressen sind:

- die Adoptionsvermittlungsstelle eines Jugendamtes
- die zentrale Adoptionsstelle des Landesjugendamtes
- eine örtliche oder zentrale Stelle der Wohlfahrtsverbände

Homosexuelle Paare mit Kinderwunsch

- Initiative lesbischer und schwuler Eltern, www.ilse.lsvd.de
- Storkklinik, Kopenhagen, www.storkklinik.com

Literatur – Ratgeber

Die Literatur zum Thema Kinderwunsch ist sehr umfangreich. Hier kann nur eine Auswahl angegeben werden.

Albarelli, Flora; Wildhalm, Simone: **Eiertanz. Das Kinderwunschbuch.** München, 2010

BZgA: Medienpaket „**Kinderwunsch**“, (Band 1: Ein kleines Wunder: Die Fortpflanzung; Band 2: Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht; Band 3: Sehnsucht nach einem Kind; Band 4: Warum gerade wir?), zu bestellen über www.familienplanung.de/service/broschueren-der-bzga/kinderwunsch

Enchelmaier, Iris: **Abschied vom Kinderwunsch.** Ein Ratgeber für Frauen, die ungewollt kinderlos geblieben sind. Stuttgart, 2009

Stammer, Heike; Wischmann, Tewes: **Der Traum vom eigenen Kind.** Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch, Stuttgart, 5. Auflage 2010

Spiewak, Martin: **Wie weit gehen wir für ein Kind?** Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt am Main, 2. Auflage 2005

Thorn, Petra: **Männliche Unfruchtbarkeit und Kinderwunsch.** Erfahrungen, Lebensgestaltung, Beratung, Stuttgart, 2010

Zehetbauer, Susanne: **Ich bin eine Frau ohne Kinder.** Begleitung beim Abschied vom Kinderwunsch. München, 2007

Literatur – Fachbücher (kleine Auswahl)

Kleinschmidt, Dorothee; Thorn, Petra, Wischmann, Tewes (Hrsg.):

Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID), Stuttgart, 2008

Thorn, Petra: **Reproduktives Reisen,** Online-Publikation, 2012:
www.profamilia.de/publikationen



Broschüren der pro familia

Folgende Broschüren können Sie – soweit vorrätig – in den Beratungsstellen oder über die Bundesgeschäftsstelle der pro familia, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Tel.: 069 / 26 95 77 90, erhalten oder unter www.profamilia.de herunterladen.

Broschürenreihe

Verhütungsmethoden

- Chemische Verhütungsmittel
- Das Diaphragma
- Das Frauenkondom
- Das Kondom
- Die Pille
- Die Portiokappe
- Die Spirale
- Hormonale Langzeitverhütung
- »Pille danach« und »Spirale danach«
- Sterilisation
- Der Vaginalring
- Das Verhütungspflaster

Broschürenreihe Körper und Sexualität

- Chlamydieninfektion
- Menstruation
- Körperzeichen weisen den Weg
- Lustwandel. Sexuelle Probleme in der Partnerschaft
- Schwangerschaftsabbruch
- Sexualität und körperliche Behinderung

- Sexualität und geistige Behinderung
- Sexuell übertragbare Krankheiten
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Wechseljahre
- Wenn Probleme auftauchen ...

Für Jugendliche

- Anders ist normal
- Auf Nummer sicher mit der Pille danach
- Deine Sexualität – deine Rechte
- Mädchen, Jungen. Jungen, Mädchen
- Man(n) nehme ... ein Kondom, das passt
- Sex, Respekt, Lust und Liebe

In anderen Sprachen

- Schwangerschaftsabbruch (In Serbokroatisch, Russisch und Türkisch)
- »Pille danach« und »Spirale danach« (In Russisch und Türkisch)
- Verhütung (In Arabisch-Deutsch, Polnisch-Deutsch, Englisch-Deutsch, Russisch-Deutsch, Spanisch-Deutsch und Türkisch-Deutsch)

Adressen der Landesverbände

Baden-Württemberg

Theodor-Heuss-Straße 23
70174 Stuttgart
Tel. 07 11 / 2 59 93 53
lv.baden-wuerttemberg@profamilia.de

Bayern

Rumfordstraße 10
80469 München
Tel. 0 89 / 29 08 40 46
lv.bayern@profamilia.de

Berlin

Kalckreuthstraße 4
10777 Berlin
Tel. 0 30 / 2 13 90 20
lv.berlin@profamilia.de

Brandenburg

Charlottenstraße 30
14467 Potsdam
Tel. 03 31 / 7 40 83 97
lv.brandenburg@profamilia.de

Bremen

Hollerallee 24
28209 Bremen
Tel. 04 21 / 3 40 60 60
lv.bremen@profamilia.de

Hamburg

Seewartenstraße 10
20459 Hamburg
Tel. 0 40 / 3 09 97 49-30
lv.hamburg@profamilia.de

Hessen

Palmengartenstraße 14
60325 Frankfurt/Main
Tel. 0 69 / 44 70 61
lv.hessen@profamilia.de

Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Straße 6 – 7
18057 Rostock
Tel. 03 81 / 3 13 05
lv.mecklenburg-vorpommern@
profamilia.de

Niedersachsen

Lange Laube 14
30159 Hannover
Tel. 05 11 / 30 18 57 80
lv.niedersachsen@profamilia.de

Nordrhein-Westfalen

Kolpingstraße 14
42103 Wuppertal
Tel. 02 02 / 2 45 65 10
lv.nordrhein-westfalen@
profamilia.de

Rheinland-Pfalz

Schießgartenstraße 7
55116 Mainz
Tel. 0 61 31 / 23 63 50
lv.rheinland-pfalz@profamilia.de

Saarland

Mainzer Straße 106
66121 Saarbrücken
Tel. 06 81 / 91 81 76 77
lv.saarland@profamilia.de

Sachsen

Weststraße 49
09112 Chemnitz
Tel. 03 71 / 3 55 67 90
lv.sachsen@profamilia.de

Sachsen-Anhalt

Zinksgartenstraße 14
06108 Halle
Tel. 03 45 / 5 22 06 36
lv.sachsen-anhalt@profamilia.de

Schleswig-Holstein

Marienstraße 29 – 31
24937 Flensburg
Tel. 04 61 / 9 09 26 20
lv.schleswig-holstein@profamilia.de

Thüringen

Erfurter Straße 28
99423 Weimar
Tel. 0 36 43 / 77 03 03
lv.thueringen@profamilia.de

pro familia tritt für den verantwortlichen Umgang mit knappen Ressourcen ein. Wenn Sie diese Broschüre nicht mehr benötigen, geben Sie sie bitte an Interessierte weiter. Vielen Dank.

