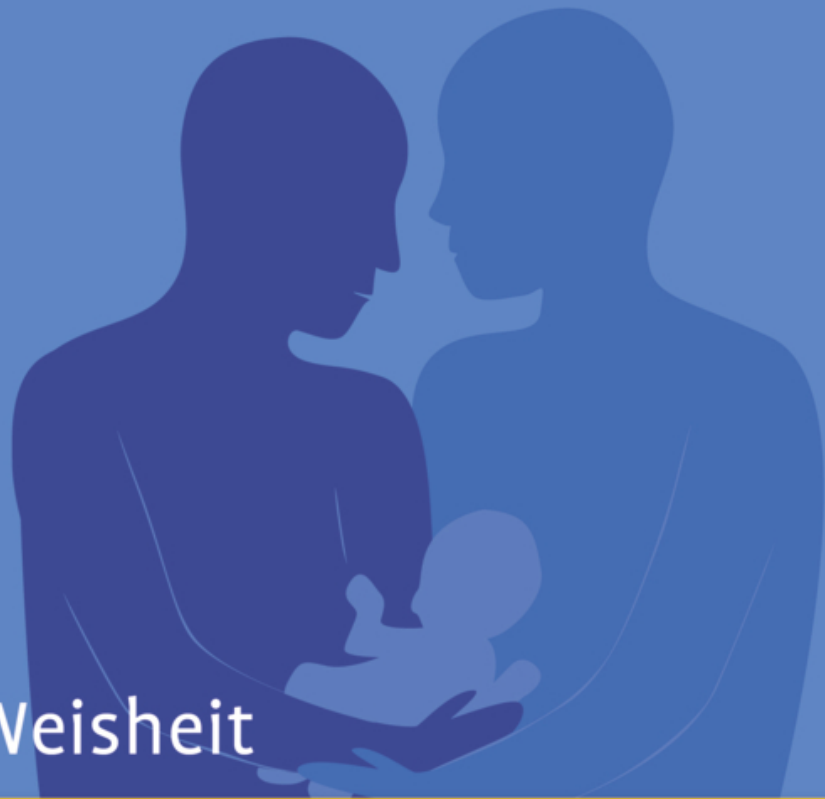




Klein • Weisheit

THERAPIE-TOOLS



Unerfüllter Kinderwunsch und Schwangerschaftsverluste



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Angela Klein
Universitätsklinikum Bonn
Gynäkologische Psychosomatik
Venusberg-Campus 1 | 53127 Bonn

Dr. Wibke Weisheit
Praxis für Psychotherapie, Supervision, Coaching
Am Neutor 2–2a | 53113 Bonn

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.
Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29072-2 Print
ISBN 978-3-621-29073-9 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa, Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Marah Ehret
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	7
Vorwort	10
1 Einführung	12
1.1 Wissenswertes zum unerfüllten Kinderwunsch	12
1.2 Wissenswertes zu Schwangerschaftsverlusten	13
1.3 Schwanger werden, schwanger sein und schwanger bleiben	15
1.4 Rechtliches	20
1.5 Psychotherapie mit Menschen mit reproduktiven Problemen	21
2 Anamnese und Exploration	22
2.1 Stressoren im Kontext von unerfülltem Kinderwunsch, Schwangerschaftsverlusten und ART	22
2.2 Exploration der Kinderwunschgeschichte und reproduktiven Verluste: Gesprächsführung	24
2.3 Psychische Reaktionen in der Akutsituation: Reproduktive Verluste als Trauma	25
3 Schulterleben und die existenzielle Dimension reproduktiver Probleme	49
3.1 Existenzieller Kontrollverlust und Schuld	49
3.2 »Du musst dich mal entspannen«: Die psychosomatische Verursachungshypothese (PSVH)	50
3.3 Therapeutische Haltung bei existenziellen Problemstellungen	51
3.4 Funktionen von Schulterleben und therapeutische Strategien	52
4 Angst	72
5 Selbstwert, Wohlbefinden und Lebensqualität	98
5.1 Selbstwert und Lebensqualität bei unerfülltem Kinderwunsch und Schwangerschaftsverlusten	98
5.2 Ziele-Werte-Klärung: Alternative Lebensentwürfe bei unerfülltem Kinderwunsch	101
6 Soziales Umfeld und Partnerschaft	122
6.1 Herausforderungen durch und für das soziale Umfeld bei reproduktiven Problemen	122
6.2 Herausforderungen für die Partnerschaft bei reproduktiven Problemen	122
6.3 Reproduktive Probleme und Sexualität	126
6.4 Paartherapeutische Ansatzpunkte im Kontext reproduktiver Probleme	127
7 Entscheidungskonflikte	150
7.1 Charakteristika von Entscheidungskonflikten im Kontext reproduktiver Problemstellungen	151
7.2 Supportive Begleitung bei Entscheidungskonflikten	154
7.3 Entscheidungsprozesse auf der Paarebene	156
7.4 Entscheidungen im Kontext von Reproduktion mit Hilfe Dritter (RmHD)	157

7.5	Therapeutischer Umgang mit dem individuellen Wunsch nach Verantwortungsabgabe	159
7.6	Entscheidungskonflikte im Kontext von Pränataldiagnostik	159
7.7	Reue	161
7.8	Ich KANN mich nicht entscheiden – Verantwortungsvermeidung	162
8	Trauer, Abschied, Neuorientierung	176
8.1	Wichtige Aspekte der Trauer nach reproduktiven Verlusten	176
8.2	Therapeutische Begleitung bei Trauer nach reproduktiven Verlusten	180
	Literatur	205
	Bildnachweis	207

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2 Anamnese und Exploration

AB 1	Exploration der aktuellen Situation und der Kinderwunschgeschichte	30
AB 2	Meine/ Unsere Reise durch die Kinderwunschzeit	34
AB 3	Exploration dysfunktionaler Gedanken bezüglich reproduktiver Verluste	36
AB 4	Meine Gedanken über mich, meinen Verlust und meine Gefühle	37
AB 5	Leitfaden zur Exploration der Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung einer Traumafolgenstörung	38
INFO 1	Schwerwiegende Verluste in der Kinderwunschgeschichte	40
AB 6	Ein Kind bekommen: Wünsche und Befürchtungen	42
AB 7	Mein Selbstbild als Elternteil	44
AB 8	Warum bin ich nur so gestresst?	45
INFO 2	Achtsamkeit und Akzeptanz beim unerfüllten Kinderwunsch?	47

3 Schulterleben und die existenzielle Dimension reproduktiver Probleme

AB 9	Schulterleben explorieren	55
INFO 3	Schuldgefühle	57
INFO 4	Schuldgefühle bei unerfülltem Kinderwunsch und Schwangerschaftsverlusten	59
AB 10	Meine Schuldgedanken und -gefühle	60
AB 11	Meine Schuldvorwürfe an andere	61
AB 12	Die kreisenden W-Fragen und meine Antworten	62
AB 13	Akzeptanz und Selbstakzeptanz bei Schulterleben	63
AB 14	Durch Selbstakzeptanz das Schuldgefühl entschärfen	65
AB 15	Um Vergebung bitten	66
AB 16	Wiedergutmachung	68
AB 17	Meine Werte	70
AB 18	Meine Wiedergutmachung	71

4 Angst

INFO 5	Was ich über Angst wissen sollte	75
INFO 6	Primäre Ängste bei unerfülltem Kinderwunsch und Schwangerschaftsverlusten	77
AB 19	Therapeutische Begleitung bei primären Ängsten	79
AB 20	Meine primären Ängste: Die Kehrseite der Medaille	80
INFO 7	Sekundäre Ängste bei unerfülltem Kinderwunsch und Schwangerschaftsverlusten	81
AB 21	Bearbeitung der sekundären Ängste	82
AB 22	Meine sekundären Ängste	83
AB 23	Die primäre Angst hereinbitten	84
AB 24	Die primäre Angst handhabbar machen	87
AB 25	Die Angst handhabbar machen und mitnehmen	88
AB 26	Pause von der Angst machen – Spannungsregulation	89
AB 27	Mein Spannungstagebuch	91
AB 28	Der Angst zuhören und selbstmitfühlend antworten	92

AB 29	Meiner Angst zuhören	93
AB 30	Aufmerksamkeit als Filter	94
AB 31	Imagination: Die Aufmerksamkeit als Scheinwerfer	95
AB 32	Pause von der Angst machen	97

5 Selbstwert, Wohlbefinden und Lebensqualität

INFO 8	Selbstwert, Wohlbefinden und Lebensqualität	105
AB 33	Die vier Säulen meines Selbstwerts	106
AB 34	Ressourcen-Belastungen-Waage: Status quo	107
AB 35	Meine Waage des Wohlbefindens	109
AB 36	Vom Versagensgefühl zur Trauer	110
AB 37	Imagination: Mein Ich vor dem Kinderwunsch	111
AB 38	Ich packe meinen Koffer aus	113
AB 39	Erhöhte Selbstfürsorge und Umgang mit dem Zeitdruck	114
AB 40	Imagination Bergwanderung	115
AB 41	Raus aus dem Standby	117
AB 42	Das Kuddelmuddel entwirren	118
AB 43	Den Blick weiten: Ziele-Werte-Klärung	119
AB 44	Den Blick wieder weiten für mehr und anderes	120
AB 45	Mit dem Weitwinkelobjektiv in die Zukunft schauen	121

6 Soziales Umfeld und Partnerschaft

AB 46	Die sozialen Säulen meines Selbstwertgefühls	130
AB 47	Kommentarbingo: Reaktionen aus dem sozialen Umfeld	131
INFO 9	Veränderungen der sozialen Interaktion bei reproduktiven Problemen und Verlusten	132
INFO 10	Interventionen: Soziale Beziehungen gestalten	134
AB 48	Mein soziales Netz	136
AB 49	Wichtig und unterstützend	137
AB 50	Meine Support-Karten	138
AB 51	Ich freue mich mit dir und bin traurig	140
INFO 11	Der »böse« Neid und die Wut, die »nicht sein darf«	142
AB 52	Neid, Wut, Ärger: Das Gefühlswirrwarr entknoten	145
AB 53	Zwiegespräch	147
INFO 12	Unerfüllter Kinderwunsch und Sexualität	148

7 Entscheidungskonflikte

AB 54	Pränataldiagnostik: Worauf lasse ich mich ein und was gilt es dabei zu bedenken?	165
AB 55	Sammeln und Sortieren für die Entscheidungsfindung	167
AB 56	Das Puzzle meiner Entscheidungsfindung	168
AB 57	Entwicklung von Szenarien	169
AB 58	Meine Szenarien	171
INFO 13	»Hätte, könnte, sollte«	173

8 Trauer, Abschied, Neuorientierung

INFO 14	»Baby Blues« ohne Baby: Hormonelle Umstellung nach Abort und Stiller Geburt	187
INFO 15	Die vielen Gesichter der Trauer	188
AB 59	Trauern als Paar	190
AB 60	Wie möchten wir trauern?	191
INFO 16	Trauern mit Geschwisterkindern	193
AB 61	Meine Trauersuppe	194
AB 62	Trauer-ige Tagesschau	195
AB 63	Ein Brief, der sich entwickelt	196
AB 64	Worte, die schmerzen: Trauer-Mythen, Normen, Glaubenssätze	197
AB 65	Mein Ritual	198
AB 66	Imaginierte Interaktion mit dem fehlenden Kind	200
AB 67	Mein Kind fehlt. Das Wunschkind kennenlernen, das nicht ins Leben gekommen ist	202
AB 68	Es jährt sich	203
AB 69	Damals und seitdem ...	204

Vorwort

Bleibt trotz intensiver Bemühungen der Kinderwunsch unerfüllt oder wird ein Kind in der Schwangerschaft verloren, so geht das fast immer mit seelischem Schmerz und Trauer einher, aber auch Angst, Wut, Schuldgefühle, Scham, Reue und Neid können sich einstellen. Mit diesen Erfahrungen verbundenes Leid der Betroffenen findet insgesamt noch wenig Ausdruck und Würdigung in der Breite der Gesellschaft. Auch im psychotherapeutischen Setting spiegelt sich dies wider. In der Anamnese wird bisher nicht regelhaft nach geburtshilflichen Vorbelastungen (Fertl et al., 2009) und reproduktiven Problemen gefragt. Das mag verschiedene Gründe haben, z. B. mangelnde Sensibilisierung und Wissen, vielleicht auch Unsicherheiten bezüglich dieser Themen und deren existenzieller Bedeutung sowie des Umgangs damit.

Seit einigen Jahren arbeiten wir mit Psychotherapeut:innen in Ausbildung im Rahmen von Seminaren und Supervision zu diesem Themenbereich. Jedes Mal erleben wir engagierte und anregende Diskussionen bezüglich der existenziellen Fragestellungen, ein Ringen um eine entsprechende therapeutische Haltung und viele Fragen, was daraus für die psychotherapeutische Begleitung folgt, verbunden mit dem Wunsch nach konkreten Arbeitsmaterialien. Wir möchten mit dem vorliegenden Therapie-Tools-Band diese Lücken schließen und Sie so ermutigen, mit Patient:innen mit reproduktiven Problemstellungen zu arbeiten. Die Informationen und Handreichungen dieser Therapie-Tools sollen Ihnen Sicherheit geben, Patient:innen in dieser kritischen Lebensphase Beistand, Zuwendung und Verständnis erfahren zu lassen und sie darin zu unterstützen und zu befähigen, ihr emotionales Erleben einzuordnen, Belastungen zu reduzieren, Gestaltungsmöglichkeiten und Rechte auszuloten und die für sie bestmöglichen Entscheidungen zu treffen.

Aufbau des Bandes

Im Einführungskapitel finden Sie aus unserer Sicht für die therapeutische Arbeit wichtige Hintergrundinformationen zu den Themen Unerfüllter Kinderwunsch, Schwangerschaftsverluste und Reproduktionsmedizin. Darauf folgt das Kapitel »Anamnese und Exploration«, das für den Einstieg in die Therapie und die Informationserhebung genutzt werden kann. Die darauffolgenden Kapitel stellen in ihrer Reihenfolge in diesem Band keinen chronologischen Therapieablauf dar. Sie können zeitlich flexibel in der Therapie zum Einsatz kommen, je nachdem welche Schwerpunkte und Dringlichkeiten sich aus der Anamnese und Exploration ergeben. Die Arbeitsblätter dieser Kapitel sind entlang des Themas dieser Therapie-Tools ausgearbeitet. Aus unserer Sicht lassen sich einige auch gut auf andere therapeutische Situationen mit existenziellen Problemstellungen, intensiven Emotionen und bedeutsamen Entscheidungen adaptieren.

Hinweise

Wenn in diesem Band von Personen / Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch oder von Betroffenen, Patient:innen und Paaren die Rede ist, sind immer homosexuelle, non-binäre, trans* und queere Personen und Paare sowie Soloeltern mitgemeint.

In diesem Band verwenden wir den Begriff »Unerfüllter Kinderwunsch« manchmal auch als Überbegriff, der Schwangerschaftsverluste inkludiert. Als alternativen Begriff für »Unerfüllten Kinderwunsch und Schwangerschaftsverluste« verwenden wir zudem »reproduktive Probleme«.

Folgende Icons begegnen Ihnen in diesem Buch:



Therapeut:in: Materialien mit diesem Icon richten sich an Behandelnde.



Patient:in: Materialien mit diesem Icon können an Patient:innen herausgegeben werden.



Wie sag ich's? Dieses Icon weist auf therapeutisches Wording in wörtlicher Rede hin.

Danksagung

Wir sind dankbar für all das, was wir auf dem Weg bis hierhin von unseren Mentor:innen, Kolleg:innen und Patient:innen lernen durften. Unser Dank gilt Herrn Professor Tewes Wischmann, einem der wichtigsten Wegbereiter der psychosozialen Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Deutschland, der mit seiner Arbeit unermüdlich darüber aufklärt, dass psychische Belastungen keine Ursache von unerfülltem Kinderwunsch sind, sondern dessen Folge. Wir möchten außerdem Frau Professorin Anke Rohde danken, die unser Vorbild für eine konsequent autonomiefördernde Begleitung von Personen in existenziellen Belastungssituationen ist. Von ihr haben wir gelernt, uns mit den Betroffenen in hochambivalenten Situationen solidarisch zu verbünden. Wir bedanken uns von Herzen bei Hannah Weisheit für ihre graphische Unterstützung und bei Thomas Ittenbach für seine Zeichnungen des »Angstmonsters«. Und vor allem danken wir all unseren Lieben für ihre Unterstützung, Anteilnahme und Geduld beim Werden dieses Projektes.

Bonn, im März 2026

*Angela Klein
Wibke Weisheit*

1 Einführung

Die Familiengründung wird üblicherweise mit Glück assoziiert. Bei Nichtgelingen geht sie jedoch mit erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit einher. Unerfüllter Kinderwunsch und Schwangerschaftsverluste konfrontieren Betroffene und deren Umwelt mit den Grenzen der Kontrollierbarkeit ihrer Existenz. Der Verlust eines Kindes gilt einerseits als »das Schlimmste im Leben«, und die Reaktionen Betroffener und ihres sozialen Umfeldes gehen von Betroffenheit bis hin zu Fassungslosigkeit und Entsetzen. Gleichzeitig wird diese existenzielle Belastung bisweilen abgetan oder tabuisiert. Ebenso finden die während frustraner Kinderwunschbehandlung erlebten Belastungen und Verluste oft noch keine angemessene Validierung und Wertschätzung im sozialen und medizinischen Umfeld. Die Stille um diese Themen ist umso erstaunlicher, als es so viele betrifft. Deshalb ist es wichtig, dass Paare mit reproduktiven Problemen Unterstützung und Hilfe in der Psychotherapie finden.

Sich mit zentralen Grundbegriffen und Abläufen aus den Themenbereichen *Unerfüllter Kinderwunsch*, *Schwangerschaftsverluste* und *Reproduktionsmedizin* vertraut zu machen, ist dafür eine notwendige Voraussetzung.

1.1 Wissenswertes zum unerfüllten Kinderwunsch

Begriffsklärung und -verwendung

Aus medizinischer Sicht spricht man von unerfülltem Kinderwunsch, wenn heterosexuelle Paare sich ein Kind wünschen und trotz regelmäßigen vaginalen Geschlechtsverkehrs nicht schwanger werden. Auch Paare, die schon ein oder mehrere Kinder haben, erleben einen unerfüllten Kinderwunsch, wenn ein weiteres gewünschtes Kind auf sich warten lässt. Homosexuelle Paare und Soloeltern, die ihren Kinderwunsch umsetzen wollen, können ebenfalls vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sein.

■ Übersicht • Zentrale Begriffe im Kontext des unerfüllten Kinderwunsches

Fertilität bezeichnet die Wahrscheinlichkeit sowohl des Eintretens als auch des Austragens einer Schwangerschaft (Synonym: Fruchtbarkeit).

Subfertilität/Infertilität: Die Fruchtbarkeit ist »leicht« (nach 6 Monaten regelmäßigen vaginalen Verkehrs), »erheblich« (nach 12 Monaten regelmäßigen Verkehrs) oder »stark« eingeschränkt (nach mehr als 12 Monaten und weniger als 48 Monaten regelmäßigen Verkehrs).

Definitive Infertilität liegt ab mindestens 48 Monaten unerfüllten Kinderwunsches bei regelmäßigem Verkehr vor. Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Schwangerschaft ist so gering, dass sie zu vernachlässigen ist.

Idiopathische Infertilität: Es ist keine klare Ursache für die Infertilität diagnostizierbar. Nach weitergehender Diagnostik im Verlaufe der ART bleiben bei 6 % der betroffenen Paare die Ursachen unbekannt (Gnoth, 2019).

Konzeption: Befruchtung und Einnisten der befruchteten Eizelle, Eintreten einer Schwangerschaft

Kontrazeption: Verhütung

ART: Assistierte Reproduktionstherapie

Der Begriff *Sterilität* wird in reproduktionsmedizinischen Fachkreisen heute nicht mehr verwendet, da er streng genommen die vollkommene Unfruchtbarkeit bezeichnet. Diese liegt allerdings nur in sehr seltenen Fällen bei beidseitigem Verschluss der Eileiter (Tuben) und / oder bei Azoospermie (vollständiges Fehlen von Samenreifungszellen und Samenzellen im Ejakulat) vor. Außerhalb reproduktionsmedizinischer Fachkreise ist der Begriff Sterilität sowohl bei Behandler:innen als auch umgangssprachlich nach wie vor gebräuchlich.

Zahlen. Bei fertilen Paaren wird die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftseintritts pro Zyklus bei regelmäßigem Verkehr an den fruchtbaren Tagen mit ca. 28 % angegeben. Die kumulative Wahrscheinlichkeit einer Konzeption innerhalb von einem Jahr liegt bei fruchtbaren Paaren bei 98 % (Gnoth, 2019). Die Lebenszeitprävalenz für Infertilität in Deutschland wird mit 12 bis 15 % angegeben (Hoßmann & Sütterlin, 2007). Gnoth (2019) fasst zusammen, dass etwa jedes fünfte bis siebte Paar mit Kinderwunsch Phasen von Infertilität erlebt. Abhängig vom Alter und der Anzahl bisheriger Zyklen ohne Schwangerschaft sinkt die Wahrscheinlichkeit für einen Schwangerschaftseintritt exponentiell. Nach 48 Monaten ausbleibender Schwangerschaft wird die Chance auf eine spontane Empfängnis als »nur noch sporadisch« bezeichnet (Gnoth, 2019).

Ursachenverteilung bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. Bei der Zuordnung der Ursachen für Subfertilität nach Geschlecht scheinen männliche Einflüsse mit insgesamt 50 % (25 % Paarsubfertilität – männliche Subfertilität prägend; 25 % männliche Subfertilität allein) den größten Anteil zu haben. 25 % werden derzeit auf Paarsubfertilität mit unklarer Hauptverursachung und 19 % auf alleinige weibliche Verursachung zurückgeführt (Gnoth, 2019).

Mögliche Ursachen verhaltensbezogener Sterilität

- ▶ Psychische Erkrankungen, in deren Folge penetrativer Geschlechtsverkehr nicht möglich ist
- ▶ Essstörungen (massives Unter- oder Übergewicht)
- ▶ Abhängigkeitserkrankungen und Substanzmissbrauch

Für psychisches Erleben, z. B. belastende Gefühle, Stress und unbewusste Konflikte, als Ursache von unerfülltem Kinderwunsch gibt es bisher keinen wissenschaftlichen Nachweis (Wischmann et al., 2022). In Kapitel 3 gehen wir näher auf die psychosomatische Verursachungshypothese ein – und warum diese sich nach wie vor hartnäckig hält.

1.2 Wissenswertes zu Schwangerschaftsverlusten

Begriffsklärung. Kinder, die in der Schwangerschaft versterben, werden »still geboren« genannt, da bei ihrer Geburt kein Schrei zu hören ist. Andere Bezeichnungen sind »Sternenkinder« oder »Schmetterlingskinder«. Jeder Schwangerschaftsverlust kann als Verlust eines Kindes erlebt werden. In den medizinischen und Alltagssprachlichen Bezeichnungen steht jedoch die Art und Weise, wie die Schwangerschaft endet, im Vordergrund.

Fehlgeburt oder Abort. Der Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft kann als Spontanabort, als Totgeburt oder als Schwangerschaftsabbruch geschehen. Spontanaborte werden Alltagssprachlich, ebenso wie in Gesetzestexten, als »Fehlgeburt« bezeichnet. Die Verwendung dieser Begrifflichkeit sehen wir kritisch, da zum einen das implizierte Wort »Fehler« Attributionen von Versagen und Scheitern bei den betroffenen Paaren begünstigen kann (s. Kap. 5), zum anderen (insbesondere bei einem frühen Abort) die Abläufe im Erleben der Betroffenen häufig wenig mit Geburt und Gebären gemein haben. Daher verwenden wir den medizinischen Begriff des *Aborts*.

■ Übersicht • Zentrale Begriffe im Kontext des Schwangerschaftsverlustes

Spontanabort: Spontanes Ende einer Schwangerschaft ohne äußeres Zutun.

Abort (Fehlgeburt): Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft ohne äußeres Zutun, das Kind zeigt nach Geburt vor der 24. Schwangerschaftswoche (SSW) keine Lebenszeichen und hat ein Gewicht bis 500 Gramm (§ 31 Abs. 2 Personenstandsverordnung).

Frühabort und Spätabort: Medizinisch kann der Frühabort (bis zur 12. SSW) vom Spätabort (13.–24. SSW) unterschieden werden (Pätzold, 2004).

Habituelle Aborte: Eine Frau hat drei oder mehr Schwangerschaftsverluste vor der 20. Schwangerschaftswoche erlebt (WHO, 1977).

Totgeburt: Vorzeitiges Ende der Schwangerschaft; das Kind hat nach Geburt keine Lebensmerkmale gezeigt, das Geburtsgewicht liegt über 500 Gramm oder aber die 24. SSW wurde erreicht (§ 31 Absatz 2 PStV).

Schwangerschaftsabbruch, induzierter Abort: Einsatz aktiver medizinischer Maßnahmen zur Beendigung einer Schwangerschaft. In Deutschland straffrei innerhalb der sog. Fristenlösung bis zur 12. SSW sowie beim Vorliegen einer kriminologischen oder medizinischen (mütterlichen) Indikation nach der 12. SSW.

Zahlen

Genaue Daten zur Anzahl von Spontanaborten in Deutschland fehlen, da diese in den ersten Schwangerschaftswochen häufig symptomfrei verlaufen und nicht der standesamtlichen Meldepflicht unterliegen. Laut einer dänischen prospektiven Längsschnittstudie erleben fast 23 % der Frauen im reproduktiven Alter mindestens einen Schwangerschaftsverlust (Lidegaard et al., 2020). Totgeburten hingegen müssen in Deutschland erfasst werden. Im Jahr 2022 kamen auf 1000 Geburten im Schnitt 4,4 tot geborene Kinder (Destatis, Pressemitteilung Nr. 287 vom 20. Juli 2023). Etwa 1 bis 3 % der Paare im reproduktiven Alter erleben habituelle Aborte (Kolte et al., 2021). Nach Schätzungen der WHO enden weltweit 6 von 10 der ungeplanten Schwangerschaften und 3 von 10 aller Schwangerschaften durch einen induzierten Abort (Bearak et al., 2020). Beim Vorliegen einer medizinischen Indikation darf in Deutschland eine Schwangerschaft auch nach der 12. SSW abgebrochen werden. Dies betraf 2023 in Deutschland fast 4000 Schwangerschaften (RKI, 2022).

Erklärungsansätze

Die spezifischen Ursachen für den Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft sind im Einzelfall häufig nicht rekonstruierbar. In der Regel findet eine vertiefte Diagnostik erst statt, wenn eine Frau drei oder mehr Schwangerschaftsverluste vor der 20. Schwangerschaftswoche erlebt (sog. habituelle Aborte).

Frühe Schwangerschaft. Hier sind es vor allem genetische oder chromosomale Abweichungen des Embryos (Hardy & Hardy, 2015), welche dazu führen, dass die weitere Entwicklung abbricht. Die Wahrscheinlichkeit für das Entstehen solcher chromosomalen Abweichungen steigt mit dem Alter der Eltern, besonders über 35 Jahren bei den Frauen und über 40 Jahren bei den Männern (Quenby et al., 2021). Frühe Schwangerschaftsverluste können auch dadurch entstehen, dass das komplexe Andocken des Embryos an das mütterliche Gefäßsystem nicht gelingt oder andere Faktoren in der Gebärmutter das Einnisten der befruchteten Eizelle erschweren.

Fortgeschrittene Schwangerschaft. Chromosomale und genetische Faktoren spielen hier eine untergeordnete Rolle als Ursache von Aborten (Hardy & Hardy, 2015). Bei fortgeschrittenen Schwangerschaften können eine Verkürzung des Gebärmutterhalses (Zervixinsuffizienz), ein vorzeitiger Blasensprung, die frühzeitige Öffnung des Muttermundes, Fehlbildungen der Gebärmutter, Komplikationen der Plazenta (z. B. Plazentainsuffizienz) sowie hormonelle und Stoffwechselstörungen der Mutter (z. B. Diabetes mellitus oder Schilddrüsenfunktionsstörungen) und bakterielle oder virale Infektionen (z. B. Toxoplasmose, Listeriose) einen Abort begünstigen.

Habituelle Aborte. Ursachen für wiederholte Aborte können das Antiphospholipid-Syndrom (APS), bislang unbekannte Chromosomenstörungen der Eltern, anatomische Besonderheiten der Gebärmutter, hormonelle Störungen oder Infektionen und Fehlfunktionen der Gebärmutter Schleimhaut sein (El Hachem et al., 2017; Dimitriadis et al., 2020). Bei etwa der Hälfte der Paare mit habituellen Aborten lässt sich trotz umfassender Diagnostik kein eindeutiger Grund feststellen.

Die Stress-Hypothese. Auch im Hinblick auf das Schwanger-Bleiben wird in der Literatur (Ng et al., 2021) und in den Alltagstheorien Stress als Erklärung für Spontanaborte genannt. Der aktuelle Forschungsstand erlaubt hier jedoch keine eindeutigen und validen Aussagen (Wischmann et al., 2022; Rooney & Domar, 2018). Gefundene korrelative Zusammenhänge zwischen Stress und reproduktiven Verlusten dürfen nicht mit einer Verursachung gleichgesetzt werden.

Forschungslage zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren für Aborte

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Alkohol stellt nachgewiesenermaßen ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsverzögerungen und Anomalien beim Embryo sowie für das fetale Alkoholsyndrom dar. In Bezug auf das Abortrisiko ist die Forschungslage nicht eindeutig. In einer neueren Metaanalyse zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Menge des Alkoholkonsums und der Häufigkeit von Aborten im ersten und zweiten Trimenon, wenn das Alter der Frauen kontrolliert wurde (Saxov et al., 2023).

Alkoholkonsum vor der Schwangerschaft. In den letzten Jahren finden sich Hinweise, dass auch väterliche Verhaltensvariablen das Risiko für Spontanaborte erhöhen können, vermittelt über Fehlbildungen beim Fetus. Regelmäßiger väterlicher Alkoholkonsum in den drei Monaten vor der Zeugung erhöhte das Risiko eines Herzfehlers beim Kind um 44 %, Binge Drinking (definiert als mind. 5 Gläser Alkohol pro Trinkgelegenheit) erhöhte es um 52 %, während regelmäßiger mütterlicher Alkoholkonsum in den Monaten vor der Schwangerschaft das Risiko um 16 % erhöhte (Metaanalyse von Zhang et al., 2020).

Nikotin. Nikotinkonsum, auch in Form von Passivrauchen, ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko für Eileiterschwangerschaften, Stille Geburten und Frühgeburten, geringem Geburtsgewicht, Plazenta praevia und Fehlbildungen beim Fötus (Leung et al., 2015; Zhang et al., 2020).

Kaffee. Kein Zusammenhang fand sich zwischen der Menge des Kaffeekonsums und dem Abortrisiko (Ng et al., 2021).

Gewicht. Starkes Unter- und Übergewicht der Schwangeren sind mit einem erhöhten Risiko für Aborte assoziiert (Balsells et al., 2016).

Wichtig: Für einen erlebten Abort sind die Ursachen im Rückblick nie eindeutig identifizierbar. Es empfiehlt sich daher dringend, Schuldzuweisungen an die Betroffenen und Schuldzuweisungen der Betroffenen an sich selbst zu hinterfragen (s. Kap. 3 »Schulderleben«).

1.3 Schwanger werden, schwanger sein und schwanger bleiben

Reproduktionsmedizin (assistierte Reproduktionstherapie, ART) hilft Paaren mit eingeschränkter Fertilität, schwanger zu werden und ein Kind zu bekommen. Dafür stehen heute eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Verfahren zur Verfügung. Deutschland hat in Europa die engsten rechtlichen Grenzen, welche ART-Verfahren angewendet werden dürfen. Im Folgenden soll ein grober Überblick über Diagnostik und Behandlungen im Rahmen der ART gegeben werden.

Irgendwie klappt es nicht – was nun?

In Deutschland besteht ein hohes Maß an reproduktiver Selbstbestimmung. Verhütung ist erlaubt und erwünscht und der Beginn der Familiengründung wird in den meisten Fällen geplant. Wenn ein heterosexuelles Paar sich entscheidet, ein Kind zu bekommen, dann geht es üblicherweise vom geschützten

zum ungeschützten Geschlechtsverkehr über. Stellt sich bei regelmäßigem ungeschützten Vaginalverkehr keine Schwangerschaft ein, wendet sich meistens zuerst die Frau an ihre:n Gynäkolog:in. In einem ersten Schritt wird eine hormonelle Optimierung und ein Tracking des Zyklus sowie Geschlechtsverkehr zum Zeitpunkt mit der höchsten statistischen Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft empfohlen (VZO s. u.). Bleibt dies erfolglos, wird das Paar an ein Kinderwunschzentrum überwiesen. Dort erfolgt die weiterführende Diagnostik, welche auch eine andrologische Abklärung der Zeugungsfähigkeit des Mannes beinhalten sollte (Toth et al., 2019). Außerdem wird in der Anamnese erhoben, ob es Hinweise auf Verhaltensfaktoren gibt, die die Subfertilität mitbedingen können.

Die Reproduktionsmedizin geht heutzutage sehr individualisiert vor. So wird die Entscheidung, wann mit welcher Behandlung die ART gestartet wird, abhängig vom Alter der Frau und von den ersten Befunden getroffen (Gnoth, 2024). Bei weiterem Ausbleiben oder Verlusten von Schwangerschaften erfolgen im Verlauf weitere diagnostische Maßnahmen und die Behandlungsempfehlungen werden angepasst.

Kinderwunschbehandlung in Deutschland

Welche reproduktionsmedizinischen Behandlungsmaßnahmen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch aktuell in Deutschland in Anspruch nehmen können, ist im Embryonenschutzgesetz (ESchG) geregelt. Im Folgenden werden diese im Überblick dargestellt:

Zyklusmonitoring/-tracking, hormonelle Optimierung. Der Zyklus wird mittels mehrfacher Ultraschall- und Blutuntersuchungen beobachtet. Bei Hormondefiziten werden diese medikamentös optimiert.

Verkehr zum Optimum (VZO). Im Rahmen des Zyklusmonitorings wird der Zeitpunkt mit der höchsten statistischen Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft ermittelt und vaginaler Geschlechtsverkehr zu diesem Zeitpunkt empfohlen.

Intrauterine Insemination (IUI) bezeichnet das mechanische Einbringen der Spermienflüssigkeit über die Vagina in den Uterus zum Zeitpunkt optimaler Empfängnisbereitschaft der Frau. Die IUI wird auch außerhalb der ärztlichen Versorgung privat zur Selbstbefruchtung genutzt, etwa bei gleichgeschlechtlichen Paaren oder bei Single-Frauen mit Kinderwunsch.

In-vitro-Fertilisation (IVF). Bei der IVF unterzieht sich die Frau in der ersten Zyklushälfte einer hormonellen Stimulation, damit möglichst viele Eizellen heranreifen. Daraufhin folgt eine Punktion der reifen Eizellen. Anschließend werden die reifen Eizellen außerhalb des Uterus der Frau jeweils zusammen mit den vielversprechendsten Spermien (Samenspende des Partners oder eines Samenspenders) in eine Petrischale mit Nährlösung gegeben. Gelingt die Befruchtung (dringt das Spermium in die Eizelle ein), lässt man die befruchteten Eizellen sich unter Laborbedingungen ca. zwei bis drei Tage entwickeln (Vorkernstadium), unter bestimmten Voraussetzungen bis zu fünf Tage (Blastozysten). Die befruchteten Eizellen, die sich bis dahin vielversprechend entwickelt haben, werden für das Zurücksetzen in den Uterus (Transfer) ausgewählt. Früher wurden häufig zwei befruchtete Eizellen in einem Transfer zurückgesetzt, weil sich dadurch statistisch die Chance auf eine Einlingsschwangerschaft erhöht. Inzwischen wird das Zurücksetzen nur eines Embryos empfohlen, da Zwillings- und Mehrlingsschwangerschaften mit einem höheren Risiko für Frühgeburtlichkeit assoziiert sind. Nicht genutzte Eizellen, Embryonen und Spermien können eingefroren werden (Kryokonservierung) und zu einem späteren Zeitpunkt für den Transfer (Kryotransfer) genutzt werden.

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Die ICSI läuft bis zu dem Prozess der Befruchtung wie eine IVF ab. Im Unterschied zur IVF wird das Spermium bei der ICSI in die Eizelle injiziert (eingebracht). Diese Methode wird empfohlen, wenn die Subfertilität vor allem männlich verursacht ist.

Kryotransfer. Das Einsetzen kryokonservierter befruchteter Eizellen hat zwar eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines Kindes, jedoch den Vorteil, dass die Frau nicht erneut hormonell stimuliert werden muss. Hat ein Paar noch eingefrorene Eizellen oder Embryonen und möchte die Kinderwunschbehandlung beenden, so kann es u. U. entscheiden, dass die Kryos verworfen werden. Die Weitergabe zur »Adoption« kryokonservierter Embryonen ist in Deutschland rechtlich

nicht abschließend geregelt. Für weitere Informationen dazu sei auf die Homepage des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften verwiesen (www.drze.de).

Testikuläre Spermienextraktion (TESE) und epididymale Spermienaspiration (MESA/PESA). Testikuläre Spermienextraktion oder epididymale Spermienaspiration kann durchgeführt werden, wenn keine Samenzellen im Ejakulat des Mannes nachweisbar sind. Mittels operativer Methoden oder perkutan wird versucht, direkt aus dem Hoden bzw. Nebenhoden Spermia zu gewinnen, welches kryokonserviert werden kann. Wenn dies erfolgreich ist, folgt anschließend eine ICSI zur künstlichen Befruchtung.

Fremdsamenspende, heterologe Samenspende. Die Fremdsamenspende ist in Deutschland rechtlich erlaubt und kann genutzt werden, wenn sich im Ejakulat und Hodengewebe des Mannes keine erfolgversprechenden Spermien finden lassen oder wenn der Mann ein nachgewiesen erhöhtes Risiko für bestimmte genetische Erkrankungen trägt. Die Befruchtung der Eizelle mit einer Fremdsamenspende wird als IUI oder als IVF durchgeführt. Single-Frauen oder lesbische Paare nutzen die Fremdsamenspende auch im privaten Rahmen zur Selbstbefruchtung.

Präimplantationsdiagnostik (PID). Unter PID wird die Suche nach genetischen Defekten oder Merkmalen in der Eizelle und der Samenzelle vor Befruchtung oder im Embryo vor Zurücksetzen in den Uterus verstanden. In Deutschland ist PID in engen Grenzen seit 2011 zulässig (Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik, PräimpG, vom 21.11.2011). Jede Inanspruchnahme von PID erfordert in Deutschland eine eigene Stellungnahme einer Ethikkommission. Sie wird vor allem bei Paaren angewendet, die zwar schwanger werden, aber aufgrund maßgeblicher genetischer Mutationen wiederholt schmerzhaftes Verlorene von Schwangerschaften bis hin zum Spätabbruch erleben mussten.

Social Freezing bezeichnet das Einfrieren von Eizellen, um sie zu einem späteren Zeitpunkt für die Umsetzung des Kinderwunsches zu nutzen. In Deutschland wird Social Freezing vor allem von Frauen in Anspruch genommen, die keinen Partner haben und ihre Eizellen für eine zukünftige Partnerschaft oder für eine zukünftige Solo-Mutterschaft sichern möchten.

■ Info • Kostenübernahme von ART in Deutschland

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen anteilig die Kosten für eine limitierte Anzahl von Behandlungszyklen unter folgenden Bedingungen:

- ▶ Das Paar ist miteinander verheiratet.
- ▶ Die Frau ist älter als 25 und jünger als 40 Jahre.
- ▶ Der Mann ist älter als 25 und jünger als 50 Jahre.
- ▶ Die Unfruchtbarkeit wurde ärztlich festgestellt.
- ▶ Die Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung ist attestiert.
- ▶ Ausschließlich die Ei- und Samenzellen dieses Paares werden verwendet.
- ▶ Vor der Behandlung hat eine medizinische und psychosoziale Beratung stattgefunden.

Zusätzlich gibt es Möglichkeiten der finanziellen Förderung von Kinderwunschbehandlung durch staatliche Stellen, deren Regelung Ländersache ist. Im System der privaten Krankenversicherung gestaltet sich die Erstattung von Kosten aus der Kinderwunschbehandlung üblicherweise schwierig. Kryokonservierung, Kryotransfer und die ART flankierende Maßnahmen wie z. B. Akupunktur müssen grundsätzlich selbst bezahlt werden.

Kinderwunschbehandlung im Ausland

Manche Paare reisen ins Ausland, um sich dort reproduktionsmedizinischen Behandlungen zu unterziehen (sog. transnationale reproduktive Mobilität, TRM), weil diese dort zum Teil kostengünstiger angeboten werden oder weil die Paare im Ausland Zugang zu reproduktionsmedizinischen Behandlungsverfahren bekommen, die in Deutschland gesetzlich verboten sind:

Eizellspende. Diese Methode stellt für Frauen mit fehlender Eizellreserve oder mit genetischen Besonderheiten, welche verhindern, dass aus vorhandenen Eizellen Schwangerschaften entstehen oder diese

intakt bleiben, eine Möglichkeit dar, schwanger zu werden und ein Kind auszutragen. Dafür unterzieht sich die Spenderin einer Hormonstimulation und Eizellpunktion. Im Rahmen einer IVF oder ICSI wird dann die gespendete Eizelle mit dem Samen des Partners der Empfängerin befruchtet und bei guter Entwicklung in den Uterus implantiert.

Embryonenspende. Die Embryonenspende ist eine Kombination aus Eizellspende und Fremdsamenspende.

Leihmutterschaft. Die Leihmutterschaft wird von Betroffenen in Betracht gezogen, wenn der unerfüllte Kinderwunsch darin begründet liegt, dass die Frau nicht in der Lage ist, ein Kind auszutragen, z. B. weil sie keine Gebärmutter hat, oder wenn sie kein Kind austragen möchte. Bei der Leihmutterschaft erfolgt die Befruchtung der mütterlichen Eizelle mit dem Spermium des Vaters im Rahmen einer IVF oder ICSI. Der Embryo wird in den Uterus der Leihmutter implantiert, die das Kind austrägt und auf die Welt bringt. Wohlhabenden gleichgeschlechtlichen Paaren mit Personen ohne Uterus bietet die Leihmutterschaft in Kombination mit einer Eizellspende die Möglichkeit, sich ihren Wunsch nach einem eigenen Kind zu erfüllen. Eine wichtige Hürde der Leihmutterschaft ist die Tatsache, dass Eltern ihre von Leihmüttern im Ausland ausgetragenen Kinder im Rahmen einer Auslandsadoption in Deutschland rechtlich als ihre Kinder anerkennen lassen müssen.

Präimplantationsdiagnostik. PID kann in manchen Ländern vollumfänglich nach dem aktuellen Stand der medizinischen Möglichkeiten in Anspruch genommen werden. Hier können nicht nur Eizellen, Gameten oder Embryonen mit genetischen Besonderheiten, z. B. einem genetisch bedingt erhöhten Risiko für eine schwerwiegende Erkrankung, aussortiert werden, sondern auch das gewünschte Geschlecht ausgewählt werden. Das in der Alltagspresse immer wieder angekündigte »Designerbaby« ist damit nicht zu erreichen, da z. B. die Augen- oder Haarfarbe oder Merkmale wie Intelligenz mittels PID noch nicht festgelegt werden können.

■ Wichtig • Die TRM wirft Fragen auf

Expert:innen sehen eine Schwierigkeit darin, dass in manchen Ländern die deutschen Standards der Patient:innen-Aufklärung und -Information sowie der Patient:innen-Sicherheit nicht gewährleistet sind. Deshalb haben sich Strukturen der Kooperation zwischen deutschen und ausländischen Kinderwunschkliniken entwickelt, die sich in rechtlichen Graubereichen bewegen und deren Legalisierung schon länger gefordert wird (s. dazu Positionspapier von Thorn, 2008).

Wirkungen und Nebenwirkungen der Kinderwunschbehandlung

Wirkungen. Aus der Datenlage ergibt sich, dass ART bei eingeschränkter Fertilität unter Betrachtung der kumulativen Schwangerschaftsraten die Chance auf eine Schwangerschaft auf das natürliche Niveau steigert (Gnoth, 2019). Die Erfolgsraten von IUI, IVF und ICSI verringern sich mit zunehmendem Alter (wie allgemein bei Schwangerschaften auch). Das Deutsche IVF-Register stellt regelmäßig die aktuellen Zahlen zur Wirksamkeit von IUI, IVF und ICSI bereit. Demnach betrugen 2021 die Erfolgswahrscheinlichkeiten für Frauen mit IVF/ICSI pro Transfer:

- für Frauen von 30–34 Jahren: Schwangerschaft ca. 40 %; Baby-Take-Home ca. 32 %
- für Frauen von 41–44 Jahren: Schwangerschaft ca. 17 %; Baby-Take-Home ca. 8 %

Nebenwirkungen. Graham et al. (2023) weisen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, dass ART für Frauen mit erhöhten Risiken für Bluthochdruck, Störungen der Plazenta, Blutungen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft, Frühgeburten sowie für Geburt per Kaiserschnitt einhergeht. Mehrlingsschwangerschaften, wie sie in der ART häufiger vorkommen, sind assoziiert mit vermehrten Schwangerschaftskomplikationen und einer höheren Wahrscheinlichkeit für Frühgeburten. Aber auch Einlingsschwangerschaften nach ART scheinen mit einem höheren Aufkommen an Frühgeburten und Totgeburten, mit niedrigerem Geburtsgewicht, kürzerer Schwangerschaftsdauer und mit erhöhter perinataler Mor-

talität assoziiert (Graham et al., 2023). Welche Faktoren der ART wie und in welchem Ausmaß zu diesen erhöhten Risiken beitragen, ist bisher nicht abschließend geklärt.

■ Wichtig

Das ovarielle Überstimulationssyndrom (OHSS) ist eine ernst zu nehmende Komplikation für Frauen, die sich einer hormonellen Follikelstimulation im Rahmen von IVF / ICSI unterziehen. Im Falle des OHSS reagieren die Eierstöcke übermäßig auf die verabreichten Hormone. Ein leichtes OHSS braucht meist keine Behandlung. Ein schweres OHSS kann lebensbedrohlich sein und muss intensivmedizinisch behandelt werden.

Was wir über die Kinder wissen. In den Alltagsmedien tauchen in regelmäßigen Abständen Artikel auf, die suggerieren, dass durch ART entstandene Kinder körperlich und geistig weniger gesund seien. Dahinter liegt nicht selten eine »survival of the fittest«-Annahme. Die Studienlage widerspricht dieser Annahme deutlich (Pinborg et al., 2023; Graham et al., 2023) und kommt zu dem Schluss, dass sich Kinder nach ART im Durchschnitt physiologisch und neurologisch unauffällig entwickeln. Gefundene höhere Risiken für ADHS, Störungen der Hirnentwicklung und geringeres Geburtsgewicht werden am ehesten durch das höhere Risiko für Mehrlingsgeburten und das damit zusammenhängende höhere Risiko für Frühgeburten erklärt.

Studien zur Entwicklung von Familien nach ART mit Hilfe Dritter (z. B. Eizellspende), die dies ihren Kindern frühzeitig offenlegen, deuten darauf hin, dass sich sowohl Eltern als auch Kinder hinsichtlich ihrer psychischen Parameter und ihrer Beziehungsqualität im normalen Rahmen bewegen (Beier et al., 2020).

Wenn die Schwangerschaft endet: Interventionen und Abläufe

Der Einstieg in den Verlust einer Schwangerschaft kann aus Sicht der Betroffenen plötzlich und abrupt erfolgen, z. B. wenn beim Routine-Check in der 9. SSW das Herz des Embryos nicht schlägt. Er kann auch schleichend und langsam ablaufen, wenn sich z. B. bei einem Ultraschall Auffälligkeiten beim Kind zeigen, zunächst die weitere Entwicklung abgewartet wird, schließlich weitere Untersuchungen eingeleitet werden, dann nach einer weiteren Wartezeit der Befund vorliegt und sich so Schritt für Schritt das Udenkbare bestätigt.

Nach solchen erschütternden Nachrichten prasseln neue und häufig unerwartete Informationen auf die Betroffenen ein, z. T. aus einem existenziellen Themenbereich, mit dem sie bislang möglicherweise noch keinerlei Berührung hatten. Gleichzeitig entstehen komplexe Entscheidungssituationen hinsichtlich des Umgangs mit dem Befund, der Gestaltung der Abläufe, der Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten im professionellen Setting, der Kommunikation im sozialen Umfeld. All dies kann im ersten Schockmoment sehr schwierig zu bewältigen sein.

Ein *Frühabort* ist in den meisten Fällen kein medizinischer Notfall, in dem sofort gehandelt werden muss, auch wenn es sich anders anfühlt. Betroffene können sich in der Regel Zeit nehmen, über ihre Möglichkeiten beraten lassen und mitentscheiden, welchen Weg sie gehen möchten:

- **Abwartendes Vorgehen:** Es wird darauf vertraut, dass der Körper der Frau den Frühabort allein bewältigt und irgendwann von selbst eine Blutung einsetzt (manchmal Wochen später), in Absprache mit dem / der Gynäkolog:in erfolgen Kontrolluntersuchungen.
- **Medikamente:** Das Warten kann abgekürzt werden, indem Medikamente verabreicht werden, welche das Einsetzen der Blutung beschleunigen. Die zeitliche Dauer lässt sich besser eingrenzen, die Blutung kann auch zu Hause einsetzen und kann stärker als eine übliche Periodenblutung sein.
- **Ambulante Operation:** Hier wird unter kurzer Narkose die Gebärmutter entleert (Absaugung oder Vakuumaspiration). Es gibt Situationen, in denen dieses sofortige Handeln indiziert ist, z. B. bei anhaltend starker Blutung, Infektionszeichen, Vorerkrankungen, Eileiterschwangerschaft.

In der *fortgeschrittenen Schwangerschaft* kann es zu einem Verlust kommen, z. B. wenn das Herz des Fetus nicht mehr schlägt, viel zu früh die Fruchtblase platzt und / oder Wehen einsetzen.

Eine andere Situation ergibt sich, wenn bei einer pränataldiagnostischen Routine-Untersuchung Auffälligkeiten beim Kind festgestellt werden. Einigen Paaren ist vor Inanspruchnahme der Diagnostik nicht bewusst, dass nicht nur bestätigt werden kann, dass »alles in Ordnung ist«, sondern auch Auffälligkeiten festgestellt werden könnten. In 2 bis 3 % der vorgeburtlichen Untersuchungen findet sich ein auffälliger Befund (Blakeley et al., 2019). In einer Erhebung unter Frauen mit pathologischem fetalem Befund gaben knapp 39 % an, sich über diese Möglichkeit im Vorfeld »kaum oder gar keine Gedanken« gemacht zu haben (Rohde & Woopen, 2007). Das Untersuchungsergebnis, dass ihr Kind eine schwerwiegende Erkrankung, Entwicklungsverzögerung oder Fehlbildungen hat bzw. haben könnte, für die es in den meisten Fällen keine Heilungsmöglichkeit gibt, trifft die werdenden Eltern meist völlig unerwartet. Beim Vorliegen eines pathologischen Befunds beim Fetus entscheiden sich 80 bis 91 % der betroffenen Eltern für einen Abbruch der Schwangerschaft (Blakeley et al., 2019).

Austragen der Schwangerschaft, Stille Geburt und Schwangerschaftsabbruch. Hat das Kind eine infauste Prognose, können sich Eltern entscheiden, die Schwangerschaft weiter auszutragen, bis das Kind intrauterin verstirbt oder der Geburtsprozess einsetzt und das Kind peripartal verstirbt. Muss oder soll die Schwangerschaft vorzeitig beendet werden, wird meist eine vaginale Geburt mit Wehen auslösenden Medikamenten eingeleitet. Zusätzlich kann es notwendig sein, im Anschluss noch eine Kürettage vorzunehmen. Bei einem Abbruch vor der 22. Schwangerschaftswoche versterben die Kinder unter der Geburt. Ist die Schwangerschaft über die 22. Woche hinaus fortgeschritten, wird vor Einleitung der Geburt ein Fetozid (intrauterin aktive Herbeiführung eines Herzstillstands beim Fetus) notwendig. Dieses Vorgehen stellt sowohl für die Schwangeren und Partner:innen als auch für die beteiligten Geburtshelfer:innen eine extreme Belastung dar.

Das Warten auf die Wehen und die Stille Geburt mit dem Wissen, kein lebendes Kind zu empfangen, kann ebenfalls als sehr belastend empfunden werden. Zugleich eröffnet dieser schwere Weg auch Gestaltungsmöglichkeiten, welche bei der Bewältigung des Verlusts helfen können (s. Kap. 8 »Trauer, Abschied, Neuorientierung«).

1.4 Rechtliches

Rechtliches zur Kinderwunschbehandlung

Welche reproduktionsmedizinischen Behandlungsmaßnahmen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch aktuell in Deutschland in Anspruch nehmen können, ist im Embryonenschutzgesetz (ESchG) geregelt.

Rechtliches bei Früh- und Spätaborten

Standesamtliche Registrierung, Bestattung. In Deutschland regelt das Personenstandsgesetz (PStV) auf Bundesebene zusammen mit dem Bestattungsrecht der Bundesländer, wie mit in der Schwangerschaft verstorbenen Kindern hinsichtlich der standesamtlichen Registrierung sowie hinsichtlich der Bestattung umzugehen ist. Bei einem Spontanabort und Schwangerschaftsabbruch (bis 24. SSW oder unter 500 Gramm) wird das Kind nicht routinemäßig im Personenstandsregister der Standesämter beurkundet. Auf Wunsch der Eltern ist es allerdings möglich (§ 31 Abs. 2 PStV), die Geburt des Kindes beim Standesamt anzuzeigen, dem Kind offiziell einen Namen zu geben, es ins Familienbuch eintragen zu lassen und damit seine Existenz dauerhaft zu dokumentieren. Die Eltern können ihr Kind bestatten, es besteht aber keine Bestattungspflicht (§ 31 Abs. 3 PStV).

Wird ein Kind später in der Schwangerschaft still geboren (ab 500 Gramm oder ab 24. SSW), besteht eine standesamtliche Meldepflicht, welche von Ärzt:innen oder Eltern angezeigt wird. Namensgebung und Eintrag ins Familienbuch sind möglich, wenn Eltern dies wünschen. Tot geborene Kinder sollen bestattet werden, die Gewichtsgrenze, ab der eine Bestattungspflicht gilt, ist jedoch regional verschieden.

Mutterschutz und Kündigungsschutz. Bei einem Frühabort bis zur 12. SSW hat die Mutter keinen Anspruch auf Mutterschutz. Sie kann aber bei seelischen und körperlichen Belastungen von ihrer Ärztin/ihrem Arzt krankgeschrieben werden. Auch die Unterstützung einer Hebamme steht ihr zu. Nach einem Abort jenseits der 12. Schwangerschaftswoche haben abhängig beschäftigte Frauen seit 01.06.2025 einen gestaffelten Anspruch auf Mutterschutz je nach Dauer der Schwangerschaft (§ 3 Mutterschutzgesetz und Mutterschutzanpassungsgesetz).

Nur wenn die Frau sich ausdrücklich zur Leistung ihrer Arbeit bereiterklärt, darf von diesen Fristen abgewichen werden. Bei einem Verlust ab der 24. Schwangerschaftswoche darf die Frau frühestens ab der dritten Woche nach der Geburt auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin wieder beschäftigt werden, wenn dies nach ärztlicher Einschätzung unbedenklich ist (§ 3 Abs. 4 Mutterschutzgesetz).

Rechtliches bei Schwangerschaftsabbrüchen

Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Schwangerschaftswoche. Wie oben schon beschrieben, ist in Deutschland ein Schwangerschaftsabbruch auch nach der 14. SSW (nach der letzten Menstruation gerechnet) nach kriminologischer Indikation sowie nach medizinisch-sozialer Indikation (»mütterliche« Indikation) straffrei möglich (§ 218 Abs. 2 StGB), sofern zwei verschiedene Ärzt:innen in einer Einzelfallprüfung diese Indikation stellen, manchmal unter Hinzuziehung einer Ethikkommission. Eine Pflicht der Betroffenen zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung besteht, anders als beim Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. SSW (nach Befruchtung gerechnet), nicht.

Registrierung, Bestattung. Aus einem Schwangerschaftsabbruch stammende Ungeborene gelten rechtlich als »Fehlgeburt« (§ 30 Abs. 2 PStV). Das den Abbruch durchführende Krankenhaus ist verpflichtet, eine anonymisierte Meldung an das Statistische Bundesamt zu erstatten (§§ 15–18 Schwangerschaftskonfliktgesetz). Zusätzlich können Eltern auf Wunsch das Kind namentlich im Standesamt anzeigen und in das Familienbuch eintragen lassen. Bestattungsrechte und -pflichten und die Regelungen zum Mutterschutz ergeben sich je nach Schwangerschaftswoche wie bereits beschrieben in vollem Umfang. Auch im Falle eines Schwangerschaftsabbruches steht Müttern eine Hebammenhilfe zu.

1.5 Psychotherapie mit Menschen mit reproduktiven Problemen

Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch sind mehrheitlich psychisch gesund, stehen jedoch meist unter starker chronischer Belastung mit teils wiederholt auftretenden akuten Krisen. Je nach individueller Vulnerabilität und Bewältigungsstrategien können diese Belastungen zu psychischen Erkrankungen führen. Supportive Therapie trägt zur Linderung der psychischen Nebenwirkungen und Folgen von reproduktiven Problemen und der ART sowie zur Stärkung der Bewältigung bei.

■ Wichtig

Supportive oder Psychotherapie erhöhen *nicht* die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden oder zu bleiben. Den existenziellen Kontrollverlust der Betroffenen mit auszuhalten und das Problem des unerfüllten Kinderwunsches nicht lösen zu können, kann Therapeut:innen sehr herausfordern und Hilflosigkeitserleben induzieren. Supervision und Selbsterfahrung können helfen.