

Stellungnahme Dr. med. Friederike Taraz

Wenn sich der Kinderwunsch nicht erfüllt, ist dies für die Betroffenen nicht nur ein medizinisches Problem.

Deshalb ist es notwendig, dass eine Beratung angeboten wird, die über die medizinischen Probleme und Lösungsmöglichkeiten hinausgeht.

Die meisten Forschungsergebnisse der „Evaluierung der Kinderwunschberatung“ sind für Berater*innen nicht überraschend und für die weitere Diskussion in der Öffentlichkeit hilfreich. Ich nehme im Folgenden in drei Punkten Stellung zu den Studienergebnissen, die in meinem Beratungs-Alltag offenkundig sind und auf der Fachtagung lebhaft diskutiert wurden.

1) Etwa die Hälfte der evaluierten Beratungen fand erst nach Beginn der Kinderwunsch-Behandlung statt.

Wie können Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch zu einem früheren Zeitpunkt für eine Beratung motiviert werden?

Die Auswirkungen eines unerfüllten Kinderwunsches, aber auch einer Kinderwunsch-Behandlung, werden von den meisten Menschen im Vorfeld unterschätzt. Um sich über die Tragweite der zu treffenden Entscheidungen bewusst zu werden und um die eigenen Möglichkeiten (körperlich, psychisch, finanziell, zeitlich) sinnvoll einsetzen zu können, sollte eine Beratung von den behandelnden Ärzten grundsätzlich empfohlen werden. Ein Beratungsbeginn vor der Kinderwunsch-Behandlung ist sinnvoll, damit bei krisenhaften Zuständen ressourcenorientiert und individuell unterstützt werden kann.



Auch wenn es eine dem Zeitgeist widersprechende Herausforderung ist: in der Beratung sollte von Anfang an angesprochen werden, dass es trotz aller medizinischer Fortschritte keine Garantie für das Eintreten und für das Bestehenbleiben einer Schwangerschaft und auch nicht auf ein gesundes Kind gibt.

2) Die Studienergebnisse zeigen, dass bestimmte Gruppen (z.B. Männer, bildungsferne Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund) in der Beratung im Vergleich zur Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen deutlich unterrepräsentiert sind.



Wie könnten Angebote aussehen, die z.B. von Männern besser angenommen werden, um dem Wunsch der befragten heterosexuellen Frauen nachzukommen, dass sich auch ihre Partner – allein oder gemeinsam mit ihnen – beraten lassen? Samstags- und Abends-Sprechstunden werden von Männern häufiger wahrgenommen als Sprechstunden „während der Arbeitszeit“.

Möglicherweise würde es Männern leichter fallen, über intime Themen und Emotionen mit männlichen Beratern zu sprechen.

Für Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen und mit unterschiedlichen Muttersprachen wäre es dringend notwendig, entsprechend qualifizierte Berater*innen auszubilden.

Dass die Bezeichnung „Psychosoziale Beratung“ viele Menschen mit Kinderwunsch nicht anspricht und möglicherweise besonders die benannten Gruppen geradezu abschreckt, war bei der Fachtagung Konsens und sollte Anlass sein, diese Begrifflichkeit zu überdenken.

3) Es zeigte sich, dass die Ausgangssituationen der Ratsuchenden (alleinstehend oder queere Personen, heterosexuelles oder homosexuelles Paar, Mehrelternfamilie, Menschen nach onkologischen Erkrankungen) in der Beratung mit spezifischen Angeboten berücksichtigt werden sollten. Je komplexer die Ausgangssituation ist, desto größer sind die Herausforderungen für Eltern und Kind.



Zum Beispiel kommen in Berlin schon lange unter anderem auch Frauen in die Beratung, die planen, ohne Partner bzw. Partnerin schwanger zu werden. Welche Bereiche sollten angesprochen werden, damit eine „single mum by choice“ eine ihrer aktuellen Lebenssituation angemessene Entscheidung fällen kann? Was benötigt einerseits eine Frau mit Beziehungserfahrungen, beruflichem Erfolg und unterstützendem Umfeld? Was benötigt andererseits eine Frau, die bislang sozial isoliert lebt, mit ihrer aktuellen Lebenssituation in vielerlei Hinsicht unzufrieden ist und nun ein eigenes Kind als „Erfüllung“ sieht?

Wie können heterosexuelle Paare mit der Nachricht umgehen, dass einer der beiden Elternteile kein leibliches Kind bekommen wird? Wie kann eine geteilte biologische und soziale Elternschaft angegangen werden?

Welche Themen sollten zum Beispiel in der Beratung eines lesbischen Paares abgedeckt werden, um langfristig stimmige Entscheidungen zu treffen – etwa in Bezug auf die juristische Rolle der Co-Mutter, die Wahl eines gemeinsamen Spenders bei zwei in Beziehung lebenden Müttern oder in Bezug auf die Entscheidung, wer wann wie oft versucht, schwanger zu werden?

Die Beratung könnte einen Raum bieten, um im Vorfeld bei geplanter Mehrelternschaft die jeweiligen Vorstellungen von biologischer und sozialer Elternschaft offen auszusprechen und bei Bedarf den Abstimmungsprozess zu begleiten.

In allen Beratungen spielt die Auseinandersetzung mit dem Thema „Kommunikation“ eine Rolle, die die Ratsuchenden überrascht: zunächst über den unerfüllten Kinderwunsch, später über die möglicherweise eingetretene Schwangerschaft, eventuelle Auffälligkeiten in der Schwangerschaft, den biologischen Vater, die „Entstehungsgeschichte“ des Kindes oder den dauerhaft unerfüllten Kinderwunsch. Dabei sollte in die Überlegungen zur Kommunikation zwischen den Partner*innen, den Ärzt*innen, den nahen Angehörigen, dem Freundeskreis und den Kolleg*innen auch die Perspektive des Wunschkindes einbezogen werden. Dies gilt besonders, wenn eine heterologe Behandlung erwogen wird. Andernfalls stehen Eltern, Paare bzw. Familien zu einem späteren Zeitpunkt vor selbstentchiedenen unumstößlichen Tatsachen.