

Patientinnen unter Kinderwunschbehandlungen

Psychologische Herausforderungen in der perikonzeptionellen Phase

Die perikonzeptionelle Phase stellt bei Kinderwunschbehandlungen eine besonders sensible und oft hoch emotionale Zeit dar, in der medizinische, psychische und soziale Faktoren eng miteinander verwoben sind. Betroffene erleben dabei ein inneres Spannungsfeld zwischen dem intensiven Kinderwunsch und der Furcht vor einem weiteren Misserfolg. Der Beitrag beleuchtet zentrale psychologische Herausforderungen und gibt praxisnahe Empfehlungen für eine unterstützende Betreuung.

Madeleine Bernet, Alexander M. Quaas, Michael von Wolff

Trotz der medizinischen Fortschritte bei der Behandlung von Unfruchtbarkeit bestehen für die betroffenen Personen häufig weiterhin erhebliche psychosoziale Belastungen. Der unerfüllte Kinderwunsch geht mit ambivalenten Emotionen, ausgeprägter Unsicherheit und Hoffnung einher.



Madeleine Bernet
(Foto: zVg)

Unerfüllter Kinderwunsch: Belastungserleben und psychosoziale Dimension

Ein unerfüllter Kinderwunsch bedeutet für viele Frauen und Paare eine Zeit grosser emotionaler Belastung. Die Phase rund um die Empfängnis – die perikonzeptionelle Phase – ist einerseits geprägt von grossen Hoffnungen, andererseits aber auch von Ängsten, Unsicherheiten und komplexen Entscheidungen. Neben den medizinischen Herausforderungen kommen psychische und soziale Belastungen hinzu, die den Verlauf und das Erleben

der Behandlung massgeblich prägen können (1-3). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind etwa 18% der erwachsenen Bevölkerung im reproduktiven Alter zumindest zeitweise von einer Infertilität betroffen (4). Die emotionale Belastung im Verlauf eines unerfüllten Kinderwunsches ist erheblich: Während zu Beginn oftmals Hoffnung dominiert, überwiegen mit jedem erfolglosen Behandlungszyklus Gefühle von Enttäuschung, Selbstzweifeln, Trauer und Ohnmacht. Negative Schwangerschaftstests und Fehlgeburten werden als einschneidende Verluste erlebt, die wiederkehrende Trauerprozesse auslösen können (5, 6).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch die perikonzeptionelle Phase subjektiv erleben. Einige Antworten darauf liefert die HoPE-Studie (Health care users' and professionals' perspectives and experiences in fertility treatment in Switzerland), deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

Spezifische Herausforderungen nach Kinderwunschbehandlungen

Die HoPE-Studie (7) verfolgte einen Mixed-Methods-Ansatz (1, 2). Sie kombinierte eine quantitative Online-Erhebung (Teilnehmer, n = 326) mit qualitativen Einzelinterviews (n = 26) sowie Fokusgruppen mit Fachpersonen (n = 20). Befragt wurden Personen mit unerfülltem Kinderwunsch sowie Fachkräfte aus der reproduktiven Gesundheitsversorgung. Erfasst wurden Lebensqualität, emotionales Wohlbefinden und spirituelle Bedürfnisse mittels validierter Instrumente: FertiQoL zur Erfassung der fertilitätsbezogenen Lebensqualität (8), SpNQ-20 zur Messung spiritueller Bedürfnisse (9) und WHO-5 zur Beurteilung des psychischen Wohlbefindens (10).

Gemäss den Empfehlungen der ESHRE (2015) (11) stellt insbesondere die etwa 14-tägige Wartezeit nach Embryo-transfer – die «Two-Week-Wait» – einen der psychisch her-

MERKSÄTZE

- Die perikonzeptionelle Phase bei Kinderwunschbehandlungen ist mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen verbunden und kann eine professionelle Begleitung erforderlich machen.
- Ambivalente Gefühle in dieser Phase sind normal und sollten aktiv aufgegriffen und thematisiert werden.
- Eine frühzeitige Intervention sowie interprofessionelle Zusammenarbeit tragen wesentlich zur Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität bei.

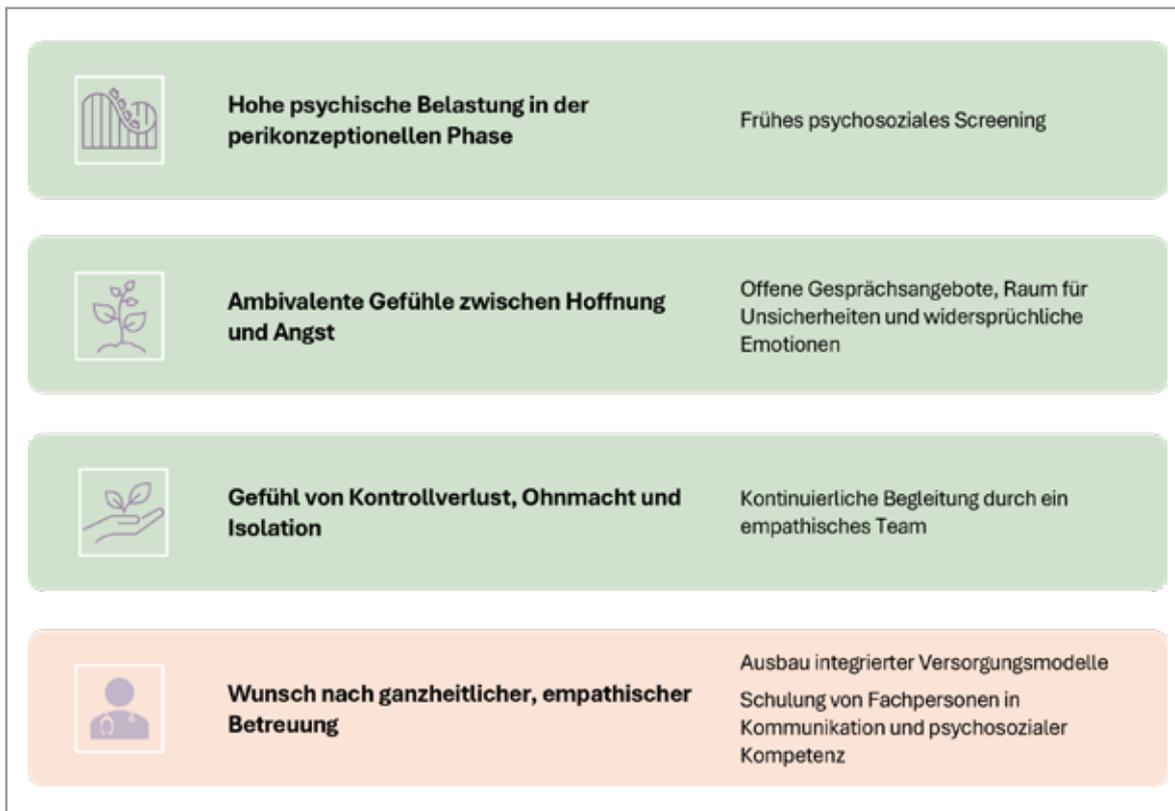


Abbildung: Belastungserleben in der perikonzeptionellen Phase: Zentrale Ergebnisse und praxisrelevante Massnahmen

ausforderndsten Abschnitte im Behandlungsprozess dar. In dieser Wartephase erreicht die emotionale Anspannung ihren Höhepunkt: Die Betroffenen haben keinerlei Kontrolle mehr über den Ausgang, während Hoffnung und Angst sich gleichzeitig ins Extreme steigern. Es handelt sich um eine Zeit tiefgreifender Unsicherheit, in der das Bedürfnis nach Orientierung und Unterstützung besonders ausgeprägt ist.

Auch die vorbereitende Phase vor dem Embryotransfer – mit hormonellen Stimulationen, körperlichen Eingriffen und psychischer Anspannung – wird als emotional sehr anspruchsvoll beschrieben. Bereits zwischen der Eizellentnahme und dem Embryotransfer sowie generell während des Wartens auf Behandlungsergebnisse können erhöhte Stress- und Angstwerte auftreten. In diesen Phasen treten neben den medizinischen Faktoren auch die psychischen und sozialen Belastungen besonders deutlich zutage (11).

Die Ergebnisse des quantitativen Teils der der HoPE-Studie verdeutlichen diese Belastungen. Die fertilitätsbezogene Lebensqualität – insbesondere die emotionale Dimension – war bei den Teilnehmenden deutlich eingeschränkt (46,4% von 100%) und liegt im internationalen Vergleich im eher unteren Bereich, was auf eine erhebliche emotionale Belastung hinweist (1).

Emotionaler Ausnahmezustand

In den qualitativen Interviews wurde die perikonzeptionelle Phase wiederholt als «emotionaler Ausnahmezustand» beschrieben. Sie war gekennzeichnet von Entscheidungsdruck,

Hoffnung, Angst und dem Erleben von sozialer Isolation. Viele Betroffene berichteten von der lähmenden Wirkung der Wartezeit zwischen Transfer und Testergebnis – eine Phase, in der das Gefühl des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlustes besonders ausgeprägt war (2). Diese Achterbahnfahrt der Gefühle während der Two-Week-Wait, dem ständigen Wechsel zwischen Hoffen und Bangen, wurde von vielen als eine der schwierigsten Erfahrungen im gesamten Kinderwunschprozess bezeichnet (2, 12).

Die qualitative Analyse der HoPE-Studie verdeutlicht die zentrale Bedeutung einer kontinuierlichen und empathischen Begleitung durch das Behandlungsteam in der perikonzeptionellen Phase. Besonders in dieser hochsensiblen Zeit kann eine verlässliche Betreuung mit fachlicher Kompetenz und Einfühlungsvermögen entscheidend dazu beitragen, dass sich Betroffene sicherer und besser unterstützt fühlen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Kontinuität, ein stabiles Vertrauensverhältnis und ein offenes Ohr für die emotionalen Bedürfnisse der Patientinnen und Paare wichtige Ressourcen sind, um die Belastungen dieser besonders vulnerablen Phase abzufedern und das Erleben der Kinderwunschbehandlung positiv zu prägen (2). Besonders hervorgehoben wurde die Bedeutung einer professionellen Begleitung, die nicht nur medizinisch fundiert, sondern auch empathisch und psychosozial kompetent ist. Kontinuität, aktives Zuhören und eine vertrauensvolle Atmosphäre wurden von den Teilnehmenden als zentrale Ressourcen beschrieben. Fachpersonen müssen für die besonderen Belastungen der perikonzeptionellen Phase sensibilisiert

sein, um Frauen und Paare in dieser Zeit adäquat zu unterstützen. Es bedarf gezielter Schulung und der Schaffung koordinierter, interprofessioneller Versorgungsstrukturen, um dieser Anforderung gerecht zu werden.

Oft ungünstige Kommentare aus dem Umfeld

Die perikonzeptionelle Phase kann dabei auch missverstanden werden – sie wird fälschlicherweise oft als eine Zeit betrachtet, in der «alles getan ist» und «nur noch abgewartet werden muss». Tatsächlich handelt es sich um eine Phase von höchster psychischer Vulnerabilität (5). Betroffene berichten in dieser Zeit nicht nur von einer tiefen Angst vor dem möglichen Scheitern der Behandlung, sondern auch von der Furcht vor (wiederholten) Aborten oder dem Verlust des ersehnten Kindes (13, 6).

Kommentare aus dem Umfeld wie «Ihr müsst euch nur entspannen» oder «Denk nicht so viel darüber nach» wurden von den Teilnehmenden als verletzend und schuldverstärkend wahrgenommen (2). Sie führten oft dazu, dass sich Betroffene noch stärker verantwortlich für den Behandlungsausgang fühlten. Die perikonzeptionelle Phase steht somit im Zentrum des emotionalen Erlebens in der Kinderwunschbehandlung. Sie ist geprägt von Ambivalenz zwischen Hoffnung auf das ersehnte Kind und der Angst vor erneutem Scheitern.

Auch der Übergang von der «unfruchtbaren Frau» zur werdenden Mutter stellt für Frauen nach Kinderwunschbehandlung eine besondere Herausforderung dar und fällt ihnen häufig schwerer als Frauen, die spontan schwanger werden (13). Gerade in dieser Phase ist das Risiko für Angst- und depressive Symptome deutlich erhöht, insbesondere bei Mehrlingschwangerschaften oder geburtshilflichen Komplikationen, die das Belastungserleben zusätzlich verstärken (6).

Weitere Ängste bei eingetretener Schwangerschaft

Frauen und Paare, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterzogen haben, sehen sich spezifischen psychischen Belastungen gegenüber, welche sowohl nach erfolgreicher als auch nach erfolgloser Behandlung von Bedeutung sind. Nach einer erfolgreich eingetretenen Schwangerschaft können weiterhin Verlustängste bestehen, die Sorgen um Fehl- oder Totgeburt umfassen. Solche Ängste können die Entwicklung einer mütterlichen Identität und einer frühen Mutter-Kind-Bindung beeinträchtigen. Darüber hinaus erleben viele Frauen ambivalente Gefühle, in denen sich Freude und Dankbarkeit mit Unsicherheit und Überforderung mischen (6). Das lange Warten auf ein Kind führt bei vielen zu einem erhöhten Anspruch an sich selbst, nun eine «perfekte Mutter» sein zu müssen, was den Druck zusätzlich verstärkt (2). Psychosoziale Belastungen im Rahmen von Kinderwunschbehandlungen sind erheblich und werden häufig unterschätzt.

Wiederholte Behandlungsfehlschläge können zu emotionalen Krisen führen und die Therapieadhärenz beeinträchtigen. Viele Betroffene berichten von mangelnder psychosozialer Unterstützung, was den vorzeitigen Abbruch der Behandlung begünstigen kann. Eine integrative Berücksichtigung psychosozialer Aspekte ist daher essenziell für eine umfassende Versorgung (5).

Empfehlungen für die Praxis

Gesundheitsfachpersonen nehmen in dieser Phase eine zentrale Rolle ein. Ein frühzeitiges Screening psychischer Belastungen – etwa mithilfe von Instrumenten wie dem FertiQoL oder der Edinburgh-Postnatal-Depressionsskala – ist sinnvoll (14). Beratungsgespräche sollten Raum für ambivalente Gefühle schaffen und die individuelle Fruchtbarkeitsvorgeschichte aktiv einbeziehen. Eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit sowie personelle Kontinuität im Betreuungsteam fördern Vertrauen und Stabilität. Empathie, aktives Zuhören sowie eine klare und wertschätzende Kommunikation sind dabei essenziell (5). Der Ausbau koordinierter Versorgungsmodelle ist entscheidend, um Betroffene langfristig zu unterstützen. Diese sollten nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Angebote umfassen. Die gezielte Schulung von Fachpersonen in kommunikativen und psychosozialen Kompetenzen bildet hierbei einen zentralen Baustein (2, 15).

Fazit

Die perikonzeptionelle Phase im Kontext assistierter Reproduktionstechniken stellt eine besonders komplexe und vulnerable Lebenssituation dar. Sie erfordert von den Betroffenen erhebliche emotionale Resilienz und ist zugleich mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen und Krisen assoziiert. Vor diesem Hintergrund ist eine einfühlsame, interdisziplinär abgestimmte Betreuung von zentraler Bedeutung. Die Integration medizinischer Expertise mit gezielter psychosozialer Unterstützung kann dazu beitragen, diese sensible Phase konstruktiv zu gestalten. Fachpersonen sind gefordert, einem ganzheitlichen Betreuungsansatz zu folgen, bei dem der Mensch als biopsychosoziale Einheit im Mittelpunkt steht. Dies impliziert auch ein gesellschaftliches Umdenken: Infertilität ist als ernstzunehmende Erkrankung anzuerkennen, die mit erheblichem seelischem Leid, Stigmatisierung und psychosozialen Einschränkungen einhergehen kann – und kein individuelles Versagen oder eine rein private Angelegenheit ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert folgerichtig Infertilität als Krankheit, verursacht durch pathologische Störungen des Fortpflanzungssystems. Weiterhin unterstreicht die WHO potenziell gravierende Auswirkungen der Infertilität auf das psychische Wohlbefinden. Diese Anerkennung der Infertilität als eine Krankheit bildet die Grundlage für den Ausbau bedarfsgerechter Unterstützungsangebote, die sowohl medizinische als auch psychosoziale Dimensionen umfassen. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch wünschen sich vor allem gesehen, verstanden und ganzheitlich begleitet zu werden. Eine patientenzentrierte Versorgung, die High-Tech-Medizin mit empathischer Zuwendung vereint, kann dazu beitragen, dass diese Lebensphase nicht als traumatisierend, sondern als herausfordernde, aber bewältigbare Herausforderung erlebt wird. Die Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen besteht darin, Hoffnung zu vermitteln, ohne unrealistische Erwartungen zu wecken; Ängste zu adressieren, ohne sie zu bagatellisieren; und Paaren das Gefühl zu geben, auf diesem Weg professionell und menschlich begleitet zu sein. □

Korrespondenzadresse

Madeleine Bernet

(Erstautorin, Korrespondenzadresse)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Studienleiterin

Berner Fachhochschule

Departement Gesundheit

3008 Bern

E-Mail: madeleine.bernet@bfh.ch

Dr. med. Alexander Quaas

Shady Grove Fertility Center

USA - San Diego

Prof. Dr. med. Michael von Wolff

Universitätsfrauenklinik

Inselspital Bern

Referenzen:

- Bernet M, Quaas AM, von Wolff M, Santi A, Streuli I, Wunder D, Soom Ammann E, Büssing A: Quality of life, spiritual needs, and well-being of people affected by infertility and its treatment: quantitative results of a mixed-methods study. *J Assisted Reproduction Genetics* 2025a; 42: 1853–1862. doi.org/10.1007/s10815-025-03463-z. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10815-025-03463-z>
- Bernet M, Ammann E, Quaas A, von Wolff M, Kläusler M, Büssing A: (2025b). «It's like having a second job»: qualitative insights into the emotional burden of infertility and the need for coordinated care. *J Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2025b; 46, 2505589. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2025.2505589>
- Thorn P, Wischmann T: Leitlinien «Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen». *J Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2010; 7: 394–402.
- WHO: Infertility prevalence estimates, 1990–2021. World Health Organization 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068315>
- ESHRE: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction: A guide for fertility staff. 2015. https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Psychology/ESHRE-psychology-guideline_2015_final_version-1_2.pdf
- Sutter L, Häne A, Ehrbar V, Bernet M: Psychische Gesundheit im Übergang zum Elternsein Herausforderungen und Chancen nach Kinderwunschbehandlungen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2025; 55(3): 46–50.
- Berner Fachhochschule: HoPE – Unerfüllter Kinderwunsch und Fertilitätsbehandlungen in der Schweiz. 2025. <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/hope-unerfuellter-kinderwunsch-fertilitaetsbehandlungen-schweiz/>
- Boivin J, Takefman J, Braverman A: The fertility quality of life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility* 2011; 96(2): 409–415.e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.01.089>
- Büssing A: The Spiritual Needs Questionnaire in research and clinical application: A summary of findings. *J Religion and Health* 2031; 60(5): 3732–3748. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4>
- WHO: Wellbeing measures in primary health care: The DepCare project (WHO Regional Publications, European Series No. 91). WHO Regional Office for Europe. 1998. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107794>
- ESHRE: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction: A guide for fertility staff. 2015. https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Psychology/ESHRE-psychology-guideline_2015_final_version-1_2.pdf
- Rooney KL, Domar AD: The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2018; 20(1): 41–46. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016043/>
- Warmelink JC, Marissink L, Kroes L, Ranjbar F, Henrichs J.: What are antenatal maternity care needs of women who conceived through fertility treatment?: A mixed methods systematic review. *J Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2023; 44 (1): 2148099. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2022.2148099>
- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM: Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update* 2014; 20(5): 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu003>
- Martani A, Neeser NB, Verghote K, de Geyter C, Wangmo T: «It is our everyday life». A Swiss interview-based study on care professionals' experiences in assisting older patients to conceive with medically assisted reproduction. *Ethik in der Medizin* 2015; 37(2): 135–157. <https://doi.org/10.1007/s00481-025-00864-7>