

Ziele und Inhalte psychosozialer Kinderwunschberatung

Petra Thorn

Einleitung

In den letzten Jahren hat sich nicht nur im Ausland, sondern auch in Deutschland die psychosoziale Kinderwunschberatung als Fachberatung etabliert. Mittlerweile gibt es über 170 psychosoziale Fachkräfte, die diese Beratung anbieten und von der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD zertifiziert wurden. Der Begriff „psychosoziale Kinderwunschberatung“ wird für eine behandlungsunabhängige und weisungsungebundene Beratung durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft verwendet. Diese Fachkräfte können mit medizinischen Behandlungszentren („Kinderwunschzentrum“) kooperieren, dort angesiedelt sein und/oder unabhängig von einem medizinischen Behandlungsangebot Beratung an einer Beratungsstelle oder niedergelassen durchführen.

Die psychosoziale Kinderwunschberatung ist eingebettet und Teil der psychosozialen Versorgung bei Kinderwunsch. Hierzu gehören die patientenorientierte Grundversorgung, die von allen Fachkräften mit Patientenkontakt geleistet wird, sowie die Psychotherapie, die von Psychotherapeuten und Psychiatern durchgeführt wird.

Tabelle 1: Psychosoziale Versorgung bei Kinderwunsch (aus: Wischmann & Thorn 2014)

Medizinische Information	Alle medizinischen Fachkräfte	Patientenorientierte Grundversorgung	Integriert
Information über psychosoziale Belastung des unerfüllten Kinderwunsches	Alle medizinischen und psychosozialen Fachkräfte	Patientenorientierte Grundversorgung	Integriert oder extern
Informationen über die psychosozialen Aspekte einer medizinischen Behandlung	Alle medizinischen und psychosozialen Fachkräfte	Patientenorientierte Grundversorgung	Integriert oder extern
Begleitung und Unterstützung während der Behandlung	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	Integriert oder extern
Unterstützung im Entscheidungskonflikt für/gegen (weitere) Behandlung	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	Integriert oder extern

Krisenintervention bei depressiven Reaktionen, Belastungen in der Paarbeziehung	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	Integriert oder extern
Krisenintervention bei Komplikationen (Mehrlingsschwangerschaft und –geburt, Fehlgeburt)	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	Integriert oder extern
Trauerbegleitung bei Abschied vom Kinderwunsch	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	Integriert oder extern
Psychosoziale Aufklärung bei Familienbildung mit sozialer Elternschaft (Gametenspende, Adoption, Pflegschaft)	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	Integriert oder extern
Therapeutische Beratung/Psychotherapie bei anhaltenden Depressionen, psychopathologischen Störungen u. Ä.	Psychosoziale Fachkräfte mit psychotherapeutischen/psychiatrischen Kenntnissen	Psychotherapie, medizinische Versorgung	Extern

Ziele der Beratung

Die Fachberatung umfasst Information, Begleitung und therapeutische Unterstützung bei allen Fragen zum Themenbereich „Kinderwunsch“ und zu allen damit verknüpften Lebensbereichen. Als allgemeines Ziel kann formuliert werden, dass mit Ratsuchende ein möglichst wenig belastender Umgang mit dem Kinderwunsch, vor allem während der medizinischen Behandlung, erarbeitet werden sollte. Die Beratung ist stets, wie allgemeine Beratung und Psychotherapie, ergebnisoffen und unterstützt einen kreativen und konstruktiven Umgang mit allen Herausforderungen des Kinderwunsches. Letztendlich soll sie dazu beitragen, dass Klienten eine für sie auch langfristig tragbare Entscheidung entwickeln können. Hierzu gehört auch die Entwicklung eines „Plan B“, wenn der Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht.

Für die psychosoziale Beratung werden unterschiedliche Ansätze verwendet:

- Psychoedukation und Aufklärung, in der es primär um die Vermittlung komplexer Information geht, so dass Wunscherltern selbstverantwortliche Entscheidungen treffen können (z.B. die Familienbildung mit Hilfe Dritter)
- Krisenintervention bei akuten, unvorhergesehen Situationen (z. B. keine befruchteten Eizellen, die im Rahmen der medizinischen Behandlung übertragen werden können, das Nichteintreten einer

Schwangerschaft trotz günstiger medizinischer Prognose, das Eintreten einer Mehrlingsschwangerschaft, der Verlust einer Schwangerschaft)

- Trauerbegleitung bei dem Abschied vom Kinderwunsch und der Neuorientierung für ein Leben ohne Kind
- Paarberatung/-therapie bei Schwierigkeiten in der Paardynamik
- Gruppenangebote (einmalig und fortdauernd), um Austausch und Normalisierung zu fördern

Noch immer wird in manchen Sachbüchern von einer „psychogenen“ Sterilität berichtet, also von einer Sterilität, die psychologische Ursachen hat. Auch vermuten manche Paare, dass sie aus psychologischen Gründen kein Kind bekommen können (z.B. zu viel Alltagsstress, Vorliegen eines „inneren Knotens“). Wissenschaftlich kann dies als überholt angesehen werden (Wischmann 2012). Es wird lediglich in drei Konstellationen von einer psychosozial mitbedingten Unfruchtbarkeit ausgegangen, und zwar wenn ein Paar trotz Aufklärung weiterhin fruchtbarkeitsschädigendes Verhalten praktiziert (z. B. deutliches Über- und Untergewicht, Hochleistungssport, Genussmittel- oder Medikamentenmissbrauch, extremer beruflicher Stress wie Wechselschichten bei beiden Partnern), ein heterosexuelles Paar keinen Geschlechtsverkehr an fruchtbaren Tagen hat bzw. eine nicht-organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt, ein Paar eine aus medizinische Sicht erforderliche Behandlung bewusst bejaht, diese allerdings auch nach langer Bedenkzeit doch nicht beginnt (Wischmann 2012, S. 143-144).

Die Prävalenz einer solchen verhaltensbedingten Unfruchtbarkeit liegt bei ca. 5%. Daraus ergibt sich, dass eine wie auch immer geartete psychosoziale Unterstützung, Beratung oder Psychotherapie nicht (bzw. in den o.a. Fällen nur bedingt) zum Ziel haben kann, eine Schwangerschaft herbeizuführen. Auch aus dieser Sicht ist der Ausgang der Beratung offen.

Information

Im Rahmen der Kinderwunschberatung ist es erforderlich, dass Fachkräfte umfassend über medizinische und nicht-medizinische Möglichkeiten der Erfüllung des Kinderwunsches beraten können. Dies erfordert Wissen um gynäkologische, urologische und reproduktionsmedizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und es erfordert beständige Fort- und Weiterbildung, da der Bereich der Reproduktionsmedizin hochdynamisch ist und immer wieder neue medizinische Behandlungsansätze entwickelt werden. Darüber hinaus sind Kenntnisse um gesetzliche Regelungen erforderlich, so dass Beratungskräfte über die Zulässigkeit bestimmter Behandlungen, über Regelungen der Kostenübernahme durch das Krankenkassensystem und über familienrechtliche Folgefragen bei der Verwendung von Samen- und/oder Eizellen Dritter informieren können. Ebenso relevant ist aktuelles Wissen aus dem Bereich der In- und Auslandsadoption sowie der Pflegekinderhilfe.

Kontrovers wird diskutiert, wie eine Beratung von Ratsuchenden einzuschätzen ist, die im Ausland eine hier unter Verbot stehende Behandlung (Eizellspende, Leihmutterchaft) beabsichtigen. Aufgrund der Ergebnisoffenheit wird Ratsuchenden keine Behandlung im Ausland empfohlen. Die Neutralität der Fachkraft wird sie jedoch auch nicht daran hindern, diesen Weg zu gehen. Aus psychosozialer Perspektive ist eine Beratung vor einer Behandlung mit Hilfe Dritter besonders indiziert, damit sich die Wunscherterner sowie die Personen, die zusätzlich involviert werden, mit den Folgen dieser Familienbildung auseinandersetzen: mit einer Familienzusammensetzung aus biologischer und sozialer Elternschaft, mit einem genetischen Erzeuger/einer genetischen Erzeugerin, der/die möglicherweise zunächst unbekannt ist, mit gesetzlichen Regelungen hinsichtlich des Auskunftsrechts des Kindes und der elterlichen Zuordnung, mit der Frage der Aufklärung des Kindes und des Umfelds u. ä. (Thorn 2014a). Im Sinne einer Fachlichkeit ist zu fordern, dass die psychosoziale sowie die medizinische Beratung im Rahmen solcher Behandlungen explizit strafrechtlich folgenfrei gestellt werden.

Da weder in der medizinischen Behandlung noch im Rahmen eine Adoptions- oder Pflegekinderverfahrens die Garantie auf ein Kind gibt, ist es wichtig, mit Wunschertern frühzeitig und einfühlsam eine Lebensperspektive auch ohne Kind anzusprechen. Auch während der medizinischen Behandlung bzw. des Adoptionsverfahrens ist es für viele Ratsuchende wichtig, phasenweise inneren und äußeren Abstand von der Verfolgung des Kinderwunsches zu nehmen und das Leben und die Paarbeziehung nicht zu vernachlässigen. In diesem Sinne sollten Wunschertern motiviert werden, ihr Leben proaktiv zu gestalten und der Verfolgung des Kinderwunsches einen angemessenen Platz zuzuweisen.

Begleitung

Auch wenn Wunscheltern in der Regel psychisch unauffällig erscheinen, zeigen sie vor allem nach der Diagnostik und während der medizinischen Behandlung Symptome wie eine leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und bei Frauen Körperbeschwerden auf. Dies sind häufig Folgen der medizinischen Eingriffe, die mit Behandlungsdauer zunehmen (Wischmann & Thorn 2014). Hinzu kommt, dass die Diagnose von Unfruchtbarkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Beeinträchtigungen des Selbstwerts („Ich bin kein richtiger Mann, wenn ich kein Kind zeugen kann.“), der Paarentimität („Der Sinn von Sexualität ist uns abhandengekommen.“) und der Paarkommunikation („Ich muss oft darüber sprechen, aber mein Mann kann es nicht mehr hören.“) einhergehen können. Hinzu kommt noch immer die Tabuisierung und Stigmatisierung von Unfruchtbarkeit, so dass Betroffene sich schwertun, mit anderen ihr Leid zu teilen. Dies kann zu phasenweisen Rückzügen führen, aber auch dazu, dass Kontakte abgebrochen werden, weil Wunscheltern bestimmte Situationen (z. B. schwangere Frauen, Familien mit Säuglingen) als zu schmerzhaft empfinden.

Die Beratung zielt darauf ab, den individuellen Selbstwert unabhängig von dem Status der Fruchtbarkeit zu stabilisieren, Paarkonflikte zu vermeiden bzw. abzumildern, die Interaktion und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld zu verbessern und gleichzeitig eine soziale Isolation zu vermeiden.

Beratung und Psychoedukation im Rahmen einer Familienbildung mit Hilfe Dritter

Eine Familienbildung mit Samenspende, Eizellspende, Embryonenspende/-adoption oder Leihmutterschaft kommt für Paare meist erst in Frage, wenn Optionen mit eigenen Gameten ausgeschöpft sind oder aufgrund von Erkrankungen unmöglich sind. Daher schließen die meisten heterosexuellen Paare, die eine solche Familienbildung überlegen, medizinische Bemühungen ab und setzen sich damit auseinander, dass sie kein Kind zeugen können, das mit beiden Elternteilen biologisch verwandt ist. Für fast alle geht dies mit einer Trauerreaktion einher, deren Dauer zwischen den Partnern unterschiedlich lang sein kann.

Auch für homosexuelle Paare und alleinstehende Frauen kann die Entscheidung zu dieser Familienbildung mit ähnlichen Gefühlen einhergehen. Auch sie müssen akzeptieren, dass sie mit ihrem Partner/ihrer Partnerin kein Kind zeugen können und die überwiegende Zahl der sog. „Solo-Mütter“ mussten die Erfahrung machen, dass der Partner ihren Kinderwunsch nicht mitträgt und betrauert daher, dass sie ihren Kinderwunsch nicht in einer Beziehung umsetzen können und ihrem Kind somit eine traditionelle Familienstruktur vorenthalten.

Im Sinne des Kindes- und Familienwohls ist es unabdingbar, dass sich Wunscheltern vor Behandlungsbeginn mit der Bedeutung von biologischer, genetischer und sozialer Elternschaft auseinandersetzen und sie die Hilfe Dritter nicht abwerten oder ausblenden müssen. Von psychosozialen Fachkräften wird empfohlen, die Kinder frühzeitig über ihre Zeugungsgeschichte (im Kindergartenalter) aufzuklären [u. a. Blyth et al. 2012, 2017, Thorn 2014b], und die wissenschaftliche Forschung (Golombok 2015) zeigt auf, dass dies sowohl bei den Eltern als auch den Kindern zu einem entspannten und gelassenen Umgang damit führen kann. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Wunscheltern sowohl für ihre zukünftigen Kinder als auch für ihr soziales Umfeld eine Sprache für diese Familienformen entwickeln. Letztendlich sollten Wunscheltern im Rahmen der Beratung informiert werden, wie sich Kinder in unterschiedlichen Entwicklungsstufen mit ihrer Zeugung auseinandersetzen und wie der für viele Eltern sehr angstbesetzte Kontakt zu Spender, Spenderin oder Leihmutter vorbereitet und durchgeführt werden kann, wenn das Kind sich für diese Person interessiert (Thorn 2014a).

Beratung und Psychoedukation im Rahmen besonderer Konstellationen

Paare, die eine Präimplantationsdiagnostik erwägen, einen Schwangerschaftsverlust erleben, bei denen eine Mehrlingsschwangerschaft eintritt oder sich mit anderen, besonderen Fragestellungen auseinandersetzen müssen (z. B. Fetozid), benötigen eine Fachberatung, die kompetent, wertneutral und empathisch auch hierbei unterstützen kann.

Psychotherapie

Bei besonders vulnerablen Personen (z. B. mit depressiver Vorerkrankung oder anderen chronischen oder akuten Psychopathologien) muss genau abgewogen werden, ob eine Beratung ausreichend oder eine Psychotherapie erforderlich ist.

Wann ist eine psychosoziale Kinderwunschberatung indiziert?

Grundsätzlich sollten allen Paaren in medizinischer Behandlung über die Möglichkeit einer Fachberatung informiert werden. Gemäß den Leitlinien von BKiD (Kleinschmidt et al. 2008) sollte auf jeden Fall vor jedem weiteren invasiven Schritt, vor einer Familienbildung mit Hilfe Dritter (Thorn & Wischmann 2008) und auch

nach abgeschlossener Behandlung bzw. für Paare, die keine medizinische Behandlung durchführen, zur Verfügung stehen (Kleinschmidt et al. 2008).

Von BKiD wurde eine Checkliste erstellt, mit deren Hilfe Wunscheltern eigenständig ihren Beratungsbedarf klären können. Weitere Hinweise bieten Screening-Fragebögen wie z. B. der ScreenIVF (Gameiro et al. 2015, Volmer et al. 2017).

Abbildung 1: BKiD Checkliste
(© BKiD.de)

Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch:
Die BKiD-Checkliste für Paare

BKiD
Beratungszentrum
Kinderwunsch
Deutschland
Deutsches Institut für Familienberatung

Liebes Paar mit Kinderwunsch,

sich ein Kind zu wünschen und darauf lange warten zu müssen: dies wird von vielen Paaren und vor allem Frauen als starke psychische Belastung wahrgenommen. Häufig wird der Kinderwunsch Anderen gegenüber verheimlicht, da das Thema immer noch tabuisiert ist. Wenn dazu noch eine aufwändige und auch nicht in jedem Fall erfolgreiche medizinische Behandlung hinzukommt, kann diese Situation selbst ein ansonsten emotional stabiles Paar an den Rand der Belastungsfähigkeit bringen. Spätestens jetzt sollten Sie sich überlegen, eine psychosoziale Kinderwunschberatung in Anspruch zu nehmen, wie sie von den Berater/innen von BKiD angeboten wird. Die folgende **BKiD-Checkliste** kann klären helfen, ob Sie diese Beratung aufsuchen sollten:

<input type="checkbox"/> „Als Paar haben wir kein anderes Thema mehr als den Kinderwunsch und die medizinische Behandlung.“	<input type="checkbox"/> „Ohne eigenes Kind empfinde ich mein Leben als sinnlos.“
<input type="checkbox"/> „Wenn ich Schwangeren oder Frauen mit Babys begegne, möchte ich am liebsten die Straßenseite wechseln; Familienfeste belasten mich inzwischen oft.“	<input type="checkbox"/> „Da der Befund bei mir liegt, denke ich darüber nach, meine/n Partner/in freizugeben, damit ihr/sein Kinderwunsch in neuer Partnerschaft erfüllt werden kann.“
<input type="checkbox"/> „Wenn bei meiner Partnerin die Monatsblutung eintritt, ist sie tagelang wie zerstört. Als Mann fühle ich mich da nur noch hilflos und ziehe mich immer weiter zurück.“	<input type="checkbox"/> „Wir haben uns von früheren Freunden abgewandt, da diese inzwischen Kinder haben.“
<input type="checkbox"/> „An unserer Sexualität habe ich immer weniger Freude.“	<input type="checkbox"/> „Der unerfüllte Kinderwunsch und nicht zu wissen, wie es weitergeht, blockieren mich in anderen wichtigen Entscheidungen für mein Leben, z. B. mein Arbeitsplatz.“
<input type="checkbox"/> „Ich bin mir unsicher, ob ich mich nicht zu sehr in den Kinderwunsch hineinsteigere.“	<input type="checkbox"/> „Ich finde es schwierig, in der medizinischen Behandlung eine Grenze zu ziehen und Gedanken an einen „Plan B“ zuzulassen.“

Wenn Sie **drei (oder mehr)** dieser Aussagen zustimmen können, wäre es sicherlich hilfreich, eine Beratung aufzusuchen. Aber auch falls Sie sich in diesen Aussagen nicht wieder finden, Sie jedoch mit Ihrer Situation besser umgehen oder sich als Paar gegenseitig besser unterstützen möchten, kann eine Beratung sinnvoll sein. Falls unten kein Stempelabdruck vorhanden ist: eine/n BKiD-Berater/in kann Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin nennen bzw. finden Sie im Internet unter www.bkid.de

Zertifizierung sowie Fort- und Weiterbildungen für die psychosoziale Kinderwunschberatung

Aufgrund der komplexen Materie ist eine fundierte psychosoziale Kinderwunschberatung ohne Fachwissen nicht möglich. BKiD hat daher frühzeitig Zertifizierungskriterien entwickelt. Nach diesen Vorgaben können Fachkräfte zertifiziert werden, die folgende Bedingungen erfüllen:

- eine Berufsausbildung im psychosozialen Bereich (in der Regel ein Studium der Sozialen Arbeit, Psychologie, Pädagogik o. ä.) und

- eine beraterische/therapeutische Weiterbildung mit einer Mindeststundenzahl von 420 Stunden (in Anlehnung an die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Beratung) und
- zweijährige Berufserfahrung in der psychosozialen Beratung/Therapie, davon ein Jahr in „Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ und
- Basiswissen der psychosozialen, medizinischen und rechtlichen Aspekte der Reproduktionsmedizin und des unerfüllten Kinderwunsches bzw. eine entsprechende, abgeschlossene Fortbildung und
- kontinuierliche Weiterbildung sowie Supervision

International wurden Fachverbände wie BICA (British Infertility Counselling Association) oder ANZICA (Australian and New Zealand Infertility Counselling Association) ähnliche Vorgaben entwickelt (Blyth 2012).

Seit vielen Jahren bieten BKiD-Fachkräfte darüber hinaus Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Berufsgruppe an, die Kontakt zu Wunscheltern und Familien haben. Um diese Angebote gezielt weiterzuentwickeln, wurde 2017 das BKiD Fortbildungsinstitut gegründet (siehe: www.kinderwunschfortbildung.de). Das Fortbildungsinstitut bietet erstmals 2018 auch Fortbildungen für Fachkräfte im frühkindlichen Bildungsbereich (Kindergarten u. ä.) sowie in Schulen als auch für weitere Professionen (z. B. Adoptivvermittler, Hebammen, etc.) an.

Ausblick

Es kann davon ausgegangen werden, dass wissenschaftliche Forschung immer wieder dazu führt, dass neue und ungewohnte Behandlungen möglich werden. Daher sind Beratungsfachkräfte nicht nur damit konfrontiert, sich fortlaufend weiterzubilden, sondern auch ihre fachlichen Einschätzungen und ethischen Haltungen zu hinterfragen bzw. weiterzuentwickeln. Dies trifft insbesondere für bei uns unter Verbot stehende Behandlungen und für ungewohnte und neuartige Familienzusammensetzungen zu. So wird beispielsweise seit 2017 die sog. „Drei-Eltern-Familie“ möglich, bei der der Mitochondrientransfer einer Spenderin dazu führte, dass Kinder gezeugt wurden, die mit drei Personen genetisch verwandt sind: mit der Wunschmutter, dem Wunschvater und der Frau, die Mitochondrien spendete (Sheratt 2018). Dieses Verfahren wurde sehr kontrovers diskutiert, vor allem hinsichtlich der Bedeutung der Spenderin für das so gezeugte Kind: Ist sie tatsächlich eine zweite Mutter oder ist diese Rollenzuweisung deutlich überzogen, weil der Mitochondrienanteil nur wenige Prozentanteile ausmacht? Letztendlich wird es darauf erst eine Antwort geben, wenn die so gezeugten Kinder in einem Alter sind, in dem sie selbst ihre Familienbezüge beschreiben können. Zurzeit lösen keimbahnverändernde Eingriffe, die zumindest theoretisch mit Hilfe der sog. „Gen-Schere“ möglich sein könnten, viel Diskussion um die Zulässigkeit aus. Einerseits versprechen sie Krankheiten wie Mukoviszidose zu „heilen“, da die dafür verantwortlichen Gene bzw. Genabschnitte durch „gesunde“ ersetzt werden könnten, andererseits ist das Verfahren noch lange nicht ausgereift und es ist vor allem nicht absehbar, was es für alle nachfolgenden Generationen bedeutet, wenn deren Genetik ohne deren Einwilligung verändert wurde.

Die Reproduktionsmedizin und die damit verbundenen Bereiche werden nicht nur spannend bleiben, sondern unsere Werte und Haltungen immer wieder herausfordern. Beratungsfachkräfte finden sich von jeher im Spannungsfeld zwischen individuellem Leid und gesellschaftlichen Diskursen. Sie müssen damit umgehen können, und im besten Falle sich sowohl für Ratsuchende einsetzen als auch – in ihrem Rahmen und basierend auf ihren wertvollen Erfahrungen – den öffentlichen Diskurs bereichern.

Literatur:

- Blyth, E. Guidelines für infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*, 2012, 27: 2046-2057
- Blyth E, Crawshaw M, Rodino I et al. Donor-conceived people do benefit from being told about their conception. In, *BioNews*; 2017
- Blyth E, Crawshaw M, Frith L et al. Donor-conceived people's views and experiences of their genetic origins: a critical analysis of the research evidence. *J Law Med* 2012; 19: 769-789

- Gameiro S, Boivin J, Dancet E et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Hum Reprod* 2015; 30: 2476-2485
- Golombok S. *Modern Families. Parents and children in new family forms.* Cambridge: Cambridge University Press; 2015
- Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T. *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID).* 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
- Sherratt S. Women selected for mitochondrial replacement therapy in UK. In, *BioNews*; 2018
- Thorn P. Psychosoziale Kinderwunschberatung im Rahmen der Gametenspende - Fortbildungsmanual. Mörfelden FamART; 2014a
- Thorn P. Die Eizellspende aus der Perspektive des so gezeugten Menschen. *Gynäkol Endokrinol* 2014b; 12: 21-26
- Thorn P, Wischmann T. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2008; 3: 147-152
- Volmer L, Rosner S, Toth B et al. Infertile Partners' Coping Strategies Are Interrelated - Implications for Targeted Psychological Counseling. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2017; 77: 52-58
- Wischmann T, Thorn P. *Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend;* 2014
- Wischmann T. *Einführung in die Reproduktionsmedizin.* München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag; 2012