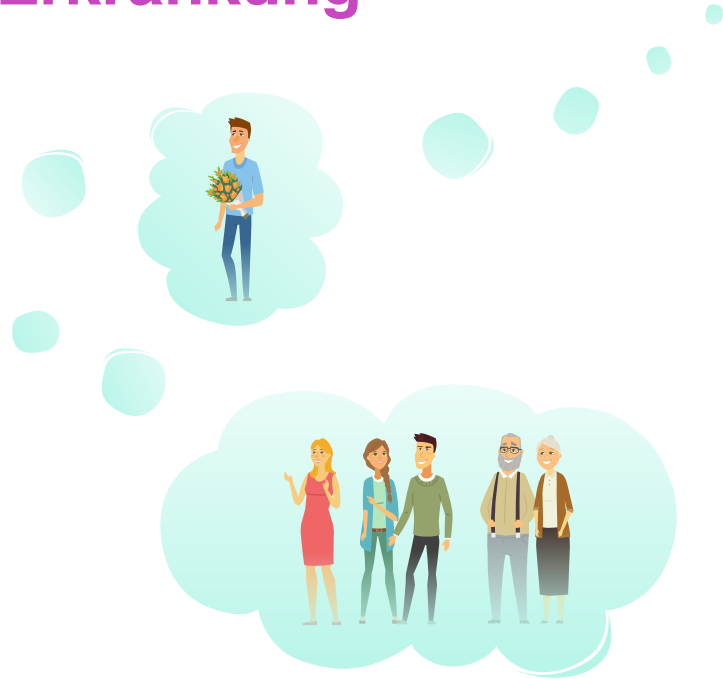


Kinderwunsch bei psychischer Erkrankung

Informationsbroschüre
für Patientinnen



Herausgeber- und Autorenschaft

Autorinnen und Autoren der Psychiatrieverbunde Nord und Süd des Kantons St.Gallen

Dr. med. Jacqueline Binswanger
MSc Rahel Altwegg

Autorinnen und Autoren der Stiftung Dialog Ethik

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius

Weitere Autorinnen und Autoren

Dr. med. Antje Heck, Psychiatrische Dienste Aargau
Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich

Zitiervorschlag

Baumann-Hölzle, Ruth; Binswanger, Jacqueline; Heck, Antje; Seifritz, Erich; Gregorowius, Daniel; Altwegg, Rahel (2021): *Kinderwunsch bei psychischer Erkrankung – Informationsbroschüre für Patientinnen*. 0. Auflage (interne Erstauflage). Stiftung Dialog Ethik; Zürich. Psychiatrie St.Gallen Nord; Wil. St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd; Pfäfers.

Kontaktpersonen

Stiftung Dialog Ethik:

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Stiftung Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418, CH-8050 Zürich
Tel. +41 (0)44 252 42 01
info@dialog-ethik.ch

Kompetenzzentrum Gynäkopsychiatrie:

Psychiatrie St.Gallen Nord
Zürcherstrasse 30, CH-9500 Wil
Tel. +41 (0)58 178 10 10
ambulatorium.wil@psgn.ch

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
Balgacherstrasse 202, CH-9435 Heerbrugg
Tel. +41 (0)58 178 77 00
heerbrugg@psych.ch

Praxis Dr. med. Jacqueline Binswanger:

Dr. med. Jacqueline Binswanger
Seeblickstrasse 15, CH-9306 Freidorf
Tel: +41 (0)76 581 38 68
praxisbinswanger@hin.ch

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Der Kinderwunsch | 8 |
| 2 | Informationen zu Kinderwunsch und psychischer Erkrankung. | 11 |
| 2.1 | Depression und Kinderwunsch | 12 |
| 2.1.1. | Allgemeine Informationen | 12 |
| 2.1.2. | Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Depression | 13 |
| 2.1.3. | Versorgung zum Wohl von Mutter und Kind | 13 |
| 2.2 | Bipolare Erkrankung und Kinderwunsch | 15 |
| 2.2.1. | Allgemeine Informationen | 15 |
| 2.2.2. | Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Bipolare Störung | 16 |
| 2.2.3. | Versorgung zum Wohl von Mutter und Kind | 16 |
| 2.3 | Schizophrenie und Kinderwunsch | 18 |
| 2.3.1. | Allgemeine Informationen | 18 |
| 2.3.2. | Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Schizophrenie | 19 |
| 2.3.3. | Versorgung zum Wohl von Mutter und Kind | 19 |
| 2.4 | Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit. | 21 |
| 2.4.1. | Nutzen | 21 |
| 2.4.2. | Risiko | 23 |
| 2.4.3. | Zulassung. | 23 |
| 2.5 | Vererbbarkeit von psychischen Erkrankungen. | 29 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3 | Verantwortliche Elternschaft und Kinderwunsch | 33 |
| 3.1 | Vorstellungen von einem guten Leben für mein Kind und mich | 33 |
| 3.2 | Voraussetzungen für ein gutes Leben von Mutter und Kind | 37 |
| 3.3 | Gesellschaftlicher Wandel und Herausforderungen für die Frau und Mutter | 40 |
| 3.4 | Schlussgedanken | 42 |
| 4 | Hilfreiche Adressen | 43 |
| 5 | Leseempfehlungen | 44 |
| 6 | Quellenverzeichnis | 45 |
| 7 | Literaturverzeichnis | 47 |
| 8 | Hintergrund zur Broschüre | 50 |
| 9 | Bezug der Broschüre | 52 |
| 9.1 | Bezug in digitaler Form | 52 |
| 9.2 | Einsatz in der Beratung | 53 |
| 10 | Impressum | 54 |

Vorwort

Liebe Leserin

Diese Broschüre richtet sich an Frauen im gebärfähigen Alter, bei denen eine Depression, eine Bipolare Störung oder eine Schizophrenie diagnostiziert wurde. Diese Erkrankungen treten oft phasenweise auf und werden häufig mit bestimmten Medikamenten behandelt. Die Broschüre kann aber auch von Frauen mit anderen psychischen Erkrankungen genutzt werden. Und auch Frauen ohne psychiatrische Diagnose finden in der Broschüre hilfreiche Klärungsfragen rund um einen möglichen Kinderwunsch. Allen Frauen im gebärfähigen Alter, die sich mit einem Kinderwunsch auseinandersetzen, bietet sie viele wichtige Hinweise. Ein Kind verändert das eigene Leben und dasjenige des Partners beziehungsweise der Partnerin stets tiefgreifend, unabhängig von der jeweiligen Beziehungsform und sexuellen Orientierung. Bei einer psychischen Erkrankung kommen noch weitere Fragen dazu. Grundsätzlich gilt: Kinder zu bekommen oder nicht, ist eine ganz persönliche Entscheidung. Mit den Informationen, Hinweisen und Fragen in dieser Broschüre möchten wir Sie bei Ihrer Suche nach Antworten rund um das Thema Kinderwunsch unterstützen.

Die Broschüre wurde gemeinsam von einer Gruppe erfahrener Fachleute aus der Medizin (Psychiatrie, Gynäkologie, Allgemeine Innere Medizin, Genetik), der Psychologie, der Ethik und dem Recht erarbeitet. Dabei wurden neueste Forschungserkenntnisse aus der internationalen Fachliteratur zu den Bereichen Psychologie, Psychiatrie und Pharmakologie sowie Genetik einbezogen. Eine interprofessionelle Expertengruppe begleitete den Erstellungsprozess der Broschüre. Weitere Informationen zum Hintergrund der Broschüre finden Sie im Anhang.

Die Broschüre hat drei Teile:

- Der erste Teil setzt sich mit der Frage des Kinderwunsches auseinander.
- Der zweite Teil informiert über die spezifischen Themen und Fragen im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung und Schwangerschaft.
- Der dritte Teil zur verantwortlichen Elternschaft und zum Kinderwunsch beinhaltet eine Reihe von Fragen, die sich alle Frauen im gebärfähigen Alter stellen können.

Zu bedenken ist auch, dass Schwangerschaften häufig ungeplant eintreten. Studien vermuten, dass dies bis zu 50 von 100 Schwangerschaften betrifft^{1,2}. Vor diesem Hintergrund ist es ratsam, dass sich alle Frauen im gebärfähigen Alter mit der Frage auseinandersetzen, ob sie ein Kind bekommen oder zum momentanen Zeitpunkt bewusst eine Schwangerschaft verhüten wollen.

Sind Sie als Frau im gebärfähigen Alter wegen einer Krankheit in einer Behandlung, empfehlen wir Ihnen, dort das Thema Kinderwunsch anzusprechen. Sollten Sie dabei den Eindruck haben, dass die behandelnde Fachperson (Psychiaterin oder Psychiater, Frauenärztin oder Frauenarzt, Hausärztin oder Hausarzt) das Thema überhaupt oder Ihren Kinderwunsch nicht ernst nimmt oder Ihnen eine Mutterschaft generell nicht zutraut, können Sie eine Zweitmeinung bei einer weiteren Fachperson einholen.

Das Gespräch mit der Sie behandelnden Fachperson mit entsprechender Kompetenz für die präkonzeptionelle Beratung ist hilfreich. Dies kann Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt, Ihre Frauenärztin oder Ihr Frauenarzt, Ihre Psychologin oder Ihr Psychologe, Ihre Psychiaterin oder Ihr Psychiater sein. Auch Familienberatungsstellen unterstützen Sie bei Fragen rund um einen Kinderwunsch: Konkrete Adressen dazu finden Sie im Anhang dieser Broschüre.

Für Fachpersonen wurden zusätzlich zu dieser Broschüre fachliche Empfehlungen unter dem Titel «Integrierte psychiatrisch psychotherapeutische präkonzeptionelle Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter» erarbeitet, die sich auf die Informationen, Hinweise und Fragen dieser Broschüre beziehen und diese vertiefen. Das Ziel ist, dass die Fachperson Sie fundiert informiert, berät und gut begleitet, damit Sie für sich in Ihrer ganz persönlichen Lebenssituation eine gute Entscheidung treffen können.

Wir hoffen, dass diese Broschüre Ihnen hilft, das Thema Kinderwunsch für sich zu klären.

*Ruth Baumann-Hölzle, Jacqueline Binswanger,
Daniel Gregorowius und Rahel Altwegg*

Zürich, im September 2021

1 Der Kinderwunsch

Im Laufe der Zeit treffen Sie immer wieder Entscheidungen, die Ihr Leben verändern. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob Sie Mutter werden möchten. Ein Kind zu bekommen oder nicht, muss mittlerweile kein Zufall mehr sein, sondern Sie können sich heutzutage bewusst dafür oder dagegen entscheiden. Haben Sie sich bereits mit der Frage befasst, ob Sie gern ein Kind bekommen möchten?

Zu der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch können folgende Fragen beitragen:

- 1. Setze ich mich aktuell bewusst mit der Frage auseinander, ein Kind zu bekommen und Mutter zu werden?**
- 2. Verspüre ich ein starkes Bedürfnis nach einem Kind?**
- 3. Will mein Partner beziehungsweise meine Partnerin ein Kind oder Kinder?**

- 4. Erwartet mein soziales Umfeld, dass ich Kinder habe?**
- 5. Was erhoffe ich mir von einem Kind für mein Leben?**
- 6. Was erhoffe ich mir für sein Leben?**
- 7. Mache ich mir Sorgen oder gibt es Befürchtungen in Bezug auf ein Leben mit einem Kind?**
- 8. Was könnte dazu führen, dass ich mich für ein Leben ohne Kinder entscheide?**
- 9. Was würde es für mich bedeuten, wenn ich keine Kinder bekäme?**
- 10. Beeinflusst meine psychische Erkrankung meinen Kinderwunsch? Wenn ja, wie beeinflusst sie ihn?**



Möchte ich
ein Kind?

Ich habe eine
psychiatrische Diagnose.
Soll sie meinen **Kinderwunsch**
beeinflussen?



2 Informationen zu Kinderwunsch und psychischer Erkrankung

Die meisten Frauen machen sich Gedanken darüber, was eine Schwangerschaft auslösen und wie sie sich auf ihr Leben auswirken könnte. Hat eine Frau eine Diagnose für eine psychische Erkrankung, stellen sich zusätzliche Fragen: Beeinflusst die Schwangerschaft die psychische Erkrankung? Beeinflusst die Erkrankung die Entwicklung eines Kindes?

Ist eine Frau professionell psychiatrisch behandelt und betreut und ist ferner ein tragendes Beziehungsnetz vorhanden (durch Eltern, Grosseltern oder andere Personen), kann sich ein Kind mit einer Mutter mit einer psychischen Erkrankung gut entwickeln. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, kann das Wohl des Kindes gefährdet sein. So können sich durch eine psychische Erkrankung direkt Risiken für das Kind ergeben (beispielsweise Geburtskomplikationen, geringeres Geburtsgewicht des Kindes³), aber auch indirekt durch die erhöhte Belastung und die gleichzeitige geringere Belastbarkeit der Mutter, durch verminderte Beziehung und Beschäftigung mit dem Kind bis hin zu einem erhöhten Suizidrisiko.

Im Falle einer psychischen Erkrankung ist es hilfreich, offen mit einer Fachperson über mögliche Auswirkungen der Krankheit und dadurch bedingte Einschränkungen zu sprechen. Dazu gehört auch die Frage, ob Betroffene in der Lage sind, ihr Kind aus eigener Kraft zu versorgen, oder ob weitere Un-

terstützung etwa durch eine Familienbegleitung benötigt wird. Das Umfeld – insbesondere Väter und Partnerinnen beziehungsweise Partner – hat eine wichtige Funktion als Quelle der Unterstützung und Entlastung in der Alltagsbewältigung. Um Rückfälle zu vermeiden, ist es wichtig, dass das Umfeld auf Warnzeichen achtet und Fachpersonen verfügbar sind. Wichtig ist auch, dass sich betroffene Frauen auf ihr Umfeld verlassen können und ausreichend unterstützt und entlastet werden, damit sie gut für sich und das Kind sorgen können. Ist der Verlauf einer psychischen Erkrankung schwer oder chronisch, ist mit der zuständigen Fachperson im Vorfeld gut abzuschätzen und zu planen, wie die Betreuung des Kindes konkret gestaltet werden kann, beispielsweise dann, wenn ein stationärer Aufenthalt notwendig ist. Ganz wesentlich ist, dass Medikamente nicht ohne Rücksprache mit einer Fachperson geändert oder gar weggelassen werden. Dadurch kann sich unter Umständen eine Erkrankung verschlechtern^{4,5,6}.

Es ist daher wichtig, dass Sie Ihre Frauenärztin oder Ihren Frauenarzt über Ihre psychische Erkrankung informieren – auch dann, wenn Sie symptomfrei sind. Eine frühzeitige und fundierte Beratung insbesondere in Bezug auf das Einnehmen von Medikamenten während Schwangerschaft und Stillzeit ist hilfreich. In den folgenden Kapiteln finden Sie wichtige Informationen zu den einzelnen Erkrankungen und Medikamenten.

2.1 Depression und Kinderwunsch

2.1.1. Allgemeine Informationen

Zeitpunkt und Lebensalter sind bei einer depressiven Erkrankung individuell sehr verschieden. Die Hälfte aller Patientinnen und Patienten erkrankt bereits vor dem 31. Lebensjahr daran⁷. Eine Depression zeichnet sich durch einen sogenannten episodischen Verlauf aus, das heisst, die Krankheitsphasen (Episoden) sind zeitlich begrenzt. Es gibt aber auch Personen, die chronisch depressiv sind, was bedeutet, dass sich einzelne Episoden nicht voneinander abgrenzen lassen und die Erkrankung durchgehend besteht. Eine depressive Krankheitsepisode, in der die Krankheit ihre spezifischen Symptome zeigt, kann verschiedene Schweregrade erreichen. Danach können die Symptome vollständig verschwinden oder es kann eine depressive Restsymptomatik bestehen bleiben, die das Risiko für eine erneute Episode erhöht⁸. Die Symptome kehren dann wieder zurück: In diesem Fall spricht man von einem «Rezidiv». Bei der Hälfte aller erkrankten Personen kommt es im Verlauf des Lebens zu mindestens einer weiteren akuten Krankheitsphase⁹, was die Wahrscheinlichkeit für eine Wiedererkrankung deutlich erhöht¹⁰. Ein Teil der Betroffenen leidet noch an weiteren psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Angst-, Panik- und Zwangsstörungen oder Suchterkrankungen)¹¹. Diese können es zusätzlich erschweren, die Krankheit zu bewältigen und im Alltag zu funktionieren.

Wie beeinflusst
die Depression
das Leben mit
meinem Kind?



2.1.2. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Depression

Auch während einer Schwangerschaft kann es zu einer depressiven Episode kommen. Die Häufigkeit ist ungefähr gleich wie bei einer nicht schwangeren Frau¹² und betrifft etwa zwölf von 100 Frauen. Bei bekannter Depression erhöht das plötzliche Absetzen der eingesetzten Medikamente (Antidepressiva oder Stimmungsstabilisatoren) bei einer Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall deutlich. Statistisch gesehen können bis zu sieben von zehn Personen einen solchen Rückfall erleiden¹³.

Nach der Geburt ist das Risiko für eine depressive Episode (Ersterkrankung, Wiedererkrankung oder Verschlimmerung der depressiven Symptome) deutlich erhöht¹⁴. Die Häufigkeit für diese sogenannte «postpartale Depression» (von lateinisch «postpartum» für «nach der Geburt eines Kindes») liegt ungefähr bei 15 von 100 Frauen. Einer der deutlichsten Risikofaktoren dafür ist das Auftreten depressiver Symptome schon während der Schwangerschaft¹⁵. Bestehen bereits depressive Symptome, so können sich diese nach der Geburt durch hormonelle Prozesse und mögliche Anpassungsschwierigkeiten an die veränderten Lebensumstände verschlimmern¹⁶.

2.1.3. Versorgung zum Wohl von Mutter und Kind

Frauen mit einer depressiven Erkrankung haben bereits eine oder mehrere Episoden erlebt. Sie sind somit im Umgang mit ihrer Erkrankung zu einer «Expertin in eigener Sache» geworden. Dabei sind die Lebensumstände, in denen die betroffene Frau lebt, und wie sich die Erkrankung darin äussert, sehr unterschiedlich. Dementsprechend gibt es kein Patentrezept, wie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gut gelingen können. Es ist wichtig, sich frühzeitig Gedanken über die eigene Situation zu machen und mit der Psychologin beziehungsweise dem Psychologen oder der Psychiaterin beziehungsweise dem Psychiater das Risiko einer erneuten depressiven Episode oder einer Verschlimmerung der Symptome zu besprechen. Diese können Ihnen die verschiedenen Möglichkeiten aufzeigen, wie Sie unterstützt werden können und was bei der Medikation beachtet werden muss.



Habe ich genug Informationen über
die Diagnose **Depression** und
Schwangerschaft? Was für
Fragen möchte ich noch
beantwortet haben?

2.2 Bipolare Erkrankung und Kinderwunsch

2.2.1. Allgemeine Informationen

Bipolare Erkrankungen, also ein Vorkommen von sogenannten depressiven und manischen Phasen, haben sehr vielfältige Verläufe. Ein Grossteil der Betroffenen erlebt wiederholte Krankheitsepisoden¹⁷. Viele Betroffene zeigen danach eine Restsymptomatik, die die eigene Lebensgestaltung und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen kann und das Auftreten einer erneuten Episode begünstigt¹⁸. Häufig leiden Betroffene mit einer Bipolaren Erkrankung noch an anderen psychischen Erkrankungen, was zu weiteren Beschwerden und Einschränkungen führen kann (beispielsweise Angst- und Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch)¹⁹. Verlauf und Prognose wirken sich auf die eigene Lebensgestaltung aus und haben Einfluss auf die Gestaltung eines Kinderwunsches.

Wie beeinflusst die
Bipolare Erkrankung
das Leben mit
meinem Kind?



2.2.2. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Bipolare Störung

Während der Schwangerschaft besteht kein erhöhtes Risiko für eine Neuerkrankung oder eine Wiedererkrankung an einer Bipolaren Störung. Das Risiko ist aber deutlich erhöht, wenn bei einer geplanten oder bestehenden Schwangerschaft Medikamente plötzlich abgesetzt werden²⁰.

Nach der Entbindung hingegen liegt eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für eine Neu- oder Wiedererkrankung vor²¹. Frauen mit einer Bipolaren Störung haben nach der Geburt ein hohes Risiko für die Entwicklung einer schweren Psychose nach der Geburt, entweder als Erstdiagnose oder als Wiedererkrankung²². Selbst eine entsprechende Behandlung mit Medikamenten kann nicht immer davor schützen²³. Die Symptome treten meist innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Geburt auf. Bei schweren Symptomen ist die Gefahr für die Gesundheit von Mutter und Kind gross²⁴. Bei einer Bipolaren Erkrankung wird deshalb ausdrücklich eine Entbindung in einem Spital mit angeschlossener Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie empfohlen. Ein Konsiliar- und Liaisondienst bedeutet, dass ein psychiatrischer Facharzt im Geburtsspital verfügbar ist. Damit kann eine Frau während der Geburt und im Wochenbett psychiatrisch mitbehandelt werden.

2.2.3. Versorgung zum Wohl von Mutter und Kind

Die meisten Bipolaren Erkrankungen treten im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter auf, sodass Frauen mit Bipolarer Erkrankung und Kinderwunsch bereits manische und depressive Episoden erlebt haben und «Expertin in eigener Sache» sind²⁵. Ein gutes Krankheitsmanagement mit den Fachpersonen und eine sorgfältige Einstellung der Medikamentendosierungen sind wichtig. Das Umfeld mit Angehörigen und Freunden ist ebenfalls wertvoll und wesentlich, um die Frau nach der Geburt so zu unterstützen, dass sie den Alltag bewältigen kann. Besonders die Väter beziehungsweise Partner oder Partnerinnen haben hier eine wichtige Funktion in den Wochen und Monaten nach der Geburt. Vor allem eine Reizabschirmung, genügend Schlaf und das Erkennen von individuellen Frühwarnzeichen einer Wiedererkrankung sind von zentraler Bedeutung, um für das Wohl der Mutter und des Kindes zu sorgen. Bei einem schweren Verlauf, etwa bei einer Klinikeinweisung der Mutter, sollte im Voraus geplant werden, wie das Kind betreut werden kann.



Habe ich genug Informationen über
die Diagnose **Bipolare Störung**
und **Schwangerschaft?**
Was für Fragen möchte ich
noch beantwortet haben?

2.3 Schizophrenie und Kinderwunsch

2.3.1. Allgemeine Informationen

Bei etwa zwei von drei Personen mit einer Schizophrenie entwickelt sich diese Erkrankung noch vor dem 31. Lebensjahr²⁶. Der Krankheitsverlauf einer Schizophrenie zeigt verschiedene Grundformen: Nach einer mehr oder weniger akuten und mehr oder weniger ausgeprägten ersten Krankheitsepisode klingen die Symptome bei etwa einem Drittel der betroffenen Personen ab, ohne wieder aufzutreten²⁷. Bei zwei Dritteln der Betroffenen kann es zu einem sogenannten episodischen Verlauf kommen. Dies bedeutet, dass in den folgenden Jahren erneut Episoden auftreten²⁸. Es gibt dabei verschiedene Verlaufsformen: Entweder gehen die Symptome zwischen den Episoden vollständig zurück, sodass der Alltag wieder selbstständig bewältigt werden kann. Oder es kommt zwischen den Episoden zu einer abgeschwächten, aber dauerhaften Symptomatik, die das Bewältigen des Alltags einschränken kann. Bei einer bis zwei von 20 betroffenen Personen nimmt die Erkrankung einen sogenannten chronischen Verlauf. Das bedeutet, dass die Erkrankung durchgehend besteht, ohne dass sich einzelne Episoden abgrenzen lassen²⁹.

Menschen mit einer Schizophrenie können weitere psychische Leiden aufweisen, die den Erkrankungsverlauf ungünstig beeinflussen können. Dazu zählen Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen (insbesondere Tabak, Alkohol und Cannabis), Depressionen und Suizidalität, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung und Angststörungen.

Wie beeinflusst die
Schizophrenie
das Leben mit
meinem Kind?



2.3.2. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Schizophrenie

Das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, ist während der Schwangerschaft und bis zu zwölf Monate nach der Geburt nicht erhöht³⁰. Allerdings vergrößert das plötzliche Absetzen von antipsychotischen Medikamenten, die zu einer Stabilisierung des Zustands der Patientin beitragen sollen, das Risiko für eine Wiedererkrankung deutlich³¹. Frauen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, haben ein höheres Risiko für Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt³². Die Kinder haben häufig ein niedrigeres Geburtsgewicht³³. Als Ursache dafür wird vermutet, dass bekannte Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum verstärkt vorhanden sind sowie ein niedrigerer wirtschaftlicher Status besteht³⁴. Krankheitsbedingt kann es sein, dass der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und auch nach der Geburt für Frauen mit einer Schizophrenie erschwert ist³⁵. In selten auftretenden Fällen kann es zu einer Leugnung der Schwangerschaft und damit zu einer Gefahr für Mutter und Kind kommen³⁶.

2.3.3. Versorgung zum Wohl von Mutter und Kind

Viele Frauen mit Kinderwunsch haben bereits Krankheitserfahrung mit erlebten Episoden. Sie können die Krankheit in ihre Lebensplanung integrieren. Bei schweren oder chronischen Verläufen kann dies jedoch schwierig oder gar unmöglich werden. Das Umfeld – insbesondere die Väter und Partnerinnen beziehungsweise Partner – haben hier eine wichtige Funktion als Quelle für Unterstützung und Entlastung in der Alltagsbewältigung. Zur Vermeidung von Rückfällen ist es wichtig, dass das Umfeld auf Warnzeichen achtet und Fachpersonen verfügbar sind.



Habe ich genug Informationen über
die Diagnose **Schizophrenie**
und **Schwangerschaft**?
Was für Fragen möchte ich
noch beantwortet haben?

2.4 Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit

Erkrankungen, ob körperlich oder psychisch, müssen erkannt und behandelt werden. Sie können in allen Lebensphasen auftreten, so auch in der Schwangerschaft und Stillzeit. Das Besondere in dieser Phase ist, dass die Wahl für oder gegen eine bestimmte Behandlungsmethode direkt und indirekt nicht nur das Wohl der Frau, sondern auch das des Kindes betrifft. Bei Frauen im gebärfähigen Alter muss daher ein möglicher Kinderwunsch in die Therapieplanung einbezogen werden. Besonders sorgfältig muss diese Auswahl erfolgen, wenn es um die Entscheidung für oder gegen den Einsatz von Medikamenten geht. Dieses Kapitel gibt Ihnen wichtige Informationen zur Behandlung einer psychischen Erkrankung mit Medikamenten (sogenannten Psychopharmaka) während der Schwangerschaft und Stillzeit. Es ersetzt aber keinesfalls eine fachliche Beratung und individuelle Therapieplanung mit einer Psychiaterin beziehungsweise einem Psychiater.

Ziel einer Behandlung ist, dass die Beschwerden zurückgehen, der Alltag wieder bewältigt werden kann und die psychische Stabilität gefördert wird. Dazu kann auch der Schutz gegen eine Wiedererkrankung (sogenannte Rückfallprophylaxe) gehören. Die Entscheidung für oder gegen ein Medikament treffen Sie zusammen mit Ihrer Fachärztin beziehungsweise Ihrem Facharzt, das heisst Ihrer Psychiaterin beziehungsweise Ihrem Psychiater.

rin beziehungsweise Ihrem Psychiater oder gegebenenfalls Ihrer Frauenärztin beziehungsweise Ihrem Frauenarzt. Die Auswahl des Medikaments ist von vielen Faktoren abhängig, und zwar hauptsächlich von der Art der Erkrankung (Diagnose), von der Schwere und Häufigkeit (Erst- oder Wiedererkrankung) und der Erfahrung, ob ein Medikament bereits einmal gut wirksam war und vertragen wurde oder nicht. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist zusätzlich abzuklären, ob das Medikament während der Schwangerschaft oder Stillzeit Risiken für das Kind mit sich bringt. Neben den Medikamenten können auch Therapien zur Verbesserung der Selbstfürsorge oder regelmässige Aktivitäten (Sport, Meditation etc.) zur Rückfallprophylaxe beitragen.

Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung ist zentral bei der Entscheidung und Auswahl eines Medikaments. Da die Schwere und der Verlauf einer Erkrankung sehr unterschiedlich sind, bedeutet dies immer eine Abwägung im Einzelfall.

2.4.1. Nutzen

Eine Medikation soll dahingehend wirken, dass die Symptome zurückgehen, sich die Befindlichkeit verbessert und die Stabilität einer betroffenen Person unterstützt wird. Ohne Be-

Können meine
Medikamente
meinem **Kind** schaden?



schwerden fühlt sich eine psychisch erkrankte Person wieder leistungsfähiger, belastbarer und kann ihren Alltag selbstbestimmter gestalten. Durch eine Medikation können weitreichendere Massnahmen – wie zum Beispiel eine stationäre Behandlung – häufig verhindert oder, falls doch erforderlich, schneller beendet werden. All dies wirkt sich auch positiv auf das Kind aus.

2.4.2. Risiko

Medikamente, die während der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden, sind immer auf ihre Auswirkungen auf das Kind zu prüfen. Das Risiko für Fehlbildungen sowie körperliche und psychische Entwicklungsstörungen des Kindes durch ein Medikament muss im Voraus abgeklärt und ausgeschlossen werden.

Andererseits ergeben sich durch eine **unbehandelte psychische Erkrankung** direkt Risiken für das Kind (etwa Geburtskomplikationen, geringeres Geburtsgewicht des Kindes)³⁷. Möglich sind aber auch indirekte Risiken durch eine erhöhte Belastung und geringere Leistungsfähigkeit der betroffenen Person, verminderte Beziehung und Beschäftigung mit dem Kind bis hin zu einem erhöhten Suizidrisiko. Im Hinblick auf einen Einsatz von Medikamenten ist hier immer eine Nutzen-Risiko-Analyse hinsichtlich der Gefährdung von Mutter und Kind durch die Erkrankung selbst und die geplante medikamentöse Behandlung vorzunehmen.

Medikamente sollten nicht plötzlich abgesetzt werden und eine gut eingestellte Medikation sollte nicht ohne Absprache mit der medizinischen Fachperson – in der Regel der Psychiaterin beziehungsweise dem Psychiater – verändert werden, da sich dadurch die Krankheit verschlechtern kann^{38,39,40}.

2.4.3. Zulassung

Psychopharmaka während Schwangerschaft und Stillzeit – dies gilt auch für alle anderen Medikamente – werden als sogenannter «Off-Label-Use» abgegeben, was bedeutet, dass sie von Swissmedic, der Heilmittelbehörde der Schweiz, nicht offiziell zugelassen sind. Ein wesentlicher Grund für die fehlende offizielle Zulassung während Schwangerschaft und Stillzeit ist, dass es für diese Medikamente keine systematischen Vergleichsstudien gibt. Solche Vergleichsstudien dürfen aus ethischen Gründen bei ungeborenen Kindern beziehungsweise an schwangeren Frauen nicht durchgeführt werden. Zudem ist die fehlende offizielle Zulassung eine rechtliche Absicherung der Vertriebsfirma. Sie kann aber zu Verunsicherung bei Betroffenen und Fachpersonen führen – vor allem dann, wenn die klinischen Erfahrungen keine Hinweise auf schädigende Auswirkungen auf das Kind zeigen.

Bei der Verschreibung von Medikamenten muss jede Situation einzeln beurteilt werden. Die Anwendung im «Off-Label-Use» bedeutet nicht, dass ein Medikament nicht gegeben werden darf. Es bedeutet vielmehr, dass man sich bei der Nutzen-Risiko-Abwägung nicht auf den «Beipackzettel» verlassen sollte, sondern andere fachliche Informations- und Beratungsstellen in Anspruch genommen werden sollten, die nachfolgend genannt werden. Durch umfassende Sammlungen von Fallberichten und weitere Untersuchungen besteht heute eine sehr gute Datenlage, was die Wirkung von Medikamenten in der Schwangerschaft und Stillzeit angeht. So kann gut eingeschätzt werden, inwiefern sich ein Medikament während der Schwangerschaft und Stillzeit eignet⁴¹. Es gibt verschiedene Angebote, die über Nutzen und Gefahren von Medikamenten informieren und durch ausgewiesene Expertinnen und Experten betrieben werden:

- Das Angebot **Embryotox** wird in Deutschland von Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen wie zum Beispiel Frauenärztinnen und -ärzten, Arzneimittelspezialistinnen und -spezialisten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern betrieben. Embryotox stellt sowohl individuelle Beratung als auch eine kostenlose Datenbank online zur Verfügung. Das Angebot ist abrufbar unter www.embryotox.de.
- Beim Angebot **Reprotax** berät Dr. med. Wolfgang Paulus vom Universitätsklinikum Ulm auf Grundlage einer Datenbank Betroffene und Fachpersonen. Weitere Kontaktangaben sind zu finden unter www.uniklinik-ulm.de/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/schwerpunkte/geburtsmedizin/medikamentenberatung.html

- In der Schweiz gibt es bei Dr. med. Antje Heck die **Sprechstunde «Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit»** der Psychiatrischen Dienste Aargau. In einem persönlichen Beratungsgespräch besteht die Möglichkeit, eine Medikation bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft und in der Stillzeit zu besprechen und gemeinsam die Risiken und das sinnvolle weitere Vorgehen zu prüfen. Die Kontaktangaben sind zu finden unter www.pdag.ch/fuer-patientinnen-patienten-und-angehoerige/angebote-fuer-kinder-und-jugendliche/offers/spezialsprechstunde-medikamente-in-schwangerschaft-und-stillzeit/. Die Anmeldung erfolgt via E-Mail-Adresse schwangerschaft@pdag.ch.
- Ferner bestehen in einigen Kantonen **Angebote der Gynäkopsychiatrie**, die unter anderem Medikamente im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes besprechen. Angebote der Gynäkopsychiatrie sind am besten beim regionalen Psychiatrieambulatorium zu erfragen.

Sollten Sie also Näheres über ein Medikament wissen wollen, können Sie sich in einem ersten Schritt an Embryotox wenden und die erhaltenen Informationen mit Ihrer Psychiaterin oder Ihrem Psychiater besprechen. Die Datenbank wird laufend aktualisiert. Umfangreiche Sammlungen von ausführlichen Einzelfallberichten erlauben es, das Risiko einzelner Medikamente fachlich fundiert einzuschätzen.

Es gibt eine grosse Anzahl von verschiedenen Medikamentengruppen, die in ihrer bisherigen Anwendung **kein erhöhtes Fehlbildungsrisiko** oder kindliche Entwicklungsstörungen zur Folge haben. Bei diesen Medikamenten ist das Risiko für die

Mutter und das Kind relativ gering, der Nutzen der Medikamente kann aber sehr gross sein. Grundsätzlich lässt sich sagen: Je häufiger ein Medikament eingesetzt wurde und je älter es ist, desto mehr Daten liegen dazu vor, sodass die Empfehlungen auf einer breiteren Datenbasis beruhen. Innerhalb der verschiedenen Medikamentengruppen kann dies die Auswahl eines vertretbaren Medikaments beeinflussen. Gleichzeitig hängt die Wahl des Medikaments auch von der individuellen Erkrankung und persönlichen Faktoren der jeweiligen Patientin ab.

Um das Risiko einer Medikation in der Schwangerschaft überblicken zu können, wird häufig empfohlen, nur ein einzelnes Medikament einzusetzen. Je nach Symptomen und Krankheitsausprägung ist eine Behandlung mit mehreren Substanzen dennoch häufig notwendig und auch sinnvoll, um die psychische Stabilität zu erhalten oder wiederherzustellen.

In Tabelle 1 sind die wichtigsten Psychopharmaka aufgelistet. Die Spalte «Mittel der Wahl» beinhaltet diejenigen Medikamente, die in ihrer Anwendung breit untersucht wurden und die kein zusätzliches Risiko bergen, das über die Rate an spontan entstandenen Fehlbildungen hinausgeht. «Tolerabel» sind alternative Wirkstoffe mit demselben Wirkspektrum, wobei die Datenlage ebenfalls gut, die Wirkung aber nicht ganz so breit untersucht wurde wie bei den «Mitteln der Wahl». Die Spalte «nicht empfohlen» listet Wirkstoffe auf, die sich als schädlich für die Entwicklung des Kindes erwiesen haben.

Die klinische Erfahrung mit gewissen Medikamenten ist in die Tabelle eingeflossen: Dies ist in der Tabelle kursiv dargestellt und mit einer Fussnote ergänzt.

Bei der Einnahme aller auf das Nervensystem in Gehirn und Rückenmark wirkenden Medikamente, zu denen Psychopharmaka gehören, kann es sein, dass beim Neugeborenen nach der Geburt kurzzeitig Symptome auftreten, die man als «Anpassungsstörung» bezeichnet⁴². Diese zeigt sich in Übererregbarkeit, Schlafstörungen, schrillum Schreien oder Schläfrigkeit. Diese Symptome legen sich nach den ersten Tagen von selbst und haben keine langfristigen negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Nach unserer Erfahrung sind Anpassungsstörungen beim Neugeborenen nach Einnahme von Medikamenten der Gruppe der SSRI (der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Citalopram, Escitalopram oder Sertralin) sehr selten. Nach Einnahme von Medikamenten der Gruppe der SSNRI (der selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) treten sie je nach verwendeter Dosis häufiger auf, sind aber in aller Regel ungefährlich. Bei einer Benzodiazepinabhängigkeit oder bei regelmässigem Gebrauch von Z-Substanzen (zum Beispiel Zolpidem) können diese Symptome aber länger andauern und erfordern eine kinderärztliche Behandlung des Neugeborenen⁴³.

Werden während der Schwangerschaft regelmässig Medikamente eingenommen, wird empfohlen, in einem Spital zu gebären, das eine Neonatologie-Station hat (Intensivstation für Neugeborene), damit das Neugeborene spezifisch und gut versorgt werden kann. So können die Mutter und das Kind am gleichen Ort behandelt werden und eine frühe Trennung kann vermieden werden.

Ferner ist es sinnvoll, im Verlauf der Schwangerschaft die Einnahme der notwendigen Medikamente wiederholt mit dem verschreibenden Arzt beziehungsweise der verschreibenden Ärztin zu besprechen. Einerseits ist dies wichtig, weil es auch während einer Schwangerschaft zu einer Verschlechterung des psychischen Befindens kommen kann, und andererseits, da im Blut der Schwangeren häufig niedrigere Spiegel eines Medikamentes gemessen werden als vor der Schwangerschaft. Daher ist es manchmal notwendig, eine lange gewohnte Dosis in der Schwangerschaft zu erhöhen, um die Wirkung aufrechtzuerhalten. Im Fall von Stimmungsstabilisatoren sollten während der Schwangerschaft Medikamentenspiegel im Blut gemessen werden, damit die Dosen angepasst werden können. Keinesfalls sollten Medikamente schon, kurz nachdem eine Schwangerschaft festgestellt worden ist, in ihrer Dosierung reduziert oder ihre Einnahme ohne Rücksprache einfach gestoppt werden.

Im gesamten Verlauf der Schwangerschaft ist eine gute Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen beziehungsweise Ärzten aller Fachrichtungen (zum Beispiel aus der Psychiatrie und der Frauenheilkunde) notwendig. Vor der Entbindung sollte Kontakt mit der Entbindungsklinik aufgenommen und die Medikation in der Zeit rund um die Geburt und die Stillzeit geplant werden. Zahlreiche Psychopharmaka können auch während der Stillzeit eingenommen werden. Sind zusätzliche Schlafmittel oder weitere Medikamente notwendig, kann auch ein Teilstillen oder ein Abstillen diskutiert werden. Ferner sollte rechtzeitig dafür gesorgt werden, dass für den Fall einer erneuten Krankheitsphase ein helfendes Netz für die frischgebackene Mutter bereitsteht: Hier sollten Unterstützungsmöglichkeiten durch die Familie oder Hebammen, ambulante oder auch stationäre Behandlungsmöglichkeiten besprochen und gegebenenfalls frühzeitig in die Wege geleitet werden.

Die bisherige Forschung zeigt, dass das Befinden der Mutter, das soziale Umfeld und das Miteinander von Mutter und Kind für die langfristige gesunde Entwicklung des Kindes mindestens so wichtig sind wie die Auswirkungen von Psychopharmaka während der Schwangerschaft⁴⁴. Dies zeigt nochmals, wie wichtig Gesundheit und Befindlichkeit der Mutter sind.

Tabelle 1: Mittel der Wahl nach Behandlungsindikation in Anlehnung an Dathe & Schaefer (2019)⁴⁵

(Hinweis: Für Wahl der Medikamente vergleiche die aktuellen Angaben unter www.embryotox.de.)

| Indikation (Grund für die Medikation) | Mittel der Wahl (Wirkstoff) | Tolerabel | Nicht empfohlen (kontraindiziert) | Bemerkung |
|---|---|--|--|---|
| Depressive Symptomatik, antriebsgemindert | Sertralin Citalopram Escitalopram | Andere etablierte Antidepressiva ⁴⁶ | | Anpassungsstörungen ⁴⁷ in der Regel nach SSRI ⁴⁸ unwahrscheinlich |
| Depressive Symptomatik, agitiert | Amitriptylin, Mirtazapin | Andere etablierte Antidepressiva ⁴⁹ | | Anpassungsstörungen beim Neugeborenen möglich |
| Bipolare Störung | Quetiapin Lamotrigin | Lithium andere etablierte Antipsychotika ⁵⁰ | Keine Valproinsäure zur Phasenprophylaxe (Rückfall-Verhinderung) | Lithium bei stabiler Einstellung belassen; Anpassungsstörungen beim Neugeborenen möglich, insbes. bei Lithium |
| Psychotische Symptome | Quetiapin, Olanzapin Risperidon, Aripiprazol <i>Haloperidol</i> ⁵¹ | Andere etablierte Antipsychotika ⁵² | | Anpassungsstörungen beim Neugeborenen möglich |
| Schlafstörungen Anspannung Unruhe | Diphenhydramin <i>Amitriptylin</i> ⁵³ Mirtazapin, Quetiapin <i>Lorazepam</i> ⁵⁴ | <i>Trazodon</i> ⁵⁵ (dauerhafte Einnahme) Zolpidem, Zopiclon (alle nur kurzzeitig) | | Achtung: Entzug beim Neugeborenen bei Benzodiazepinen und Z-Substanzen im chronischen Gebrauch |
| Angsterkrankung | Sertralin, Citalopram <i>Escitalopram</i> ⁵⁶ | Venlafaxin rtd andere Antidepressiva ⁵⁷ | | Anpassungsstörungen beim Neugeborenen nach SSRI unwahrscheinlich, nach SNRI möglich |
| Zwangssymptomatik | Sertralin, Citalopram <i>Escitalopram</i> ⁵⁸ | Andere etablierte Antidepressiva ⁵⁹ | | Anpassungsstörungen beim Neugeborenen eher unwahrscheinlich |

Kann ich meine
Erkrankung meinem
Kind **weitervererben**?



2.5 Vererbbarkeit von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen entstehen aus einer Wechselwirkung zwischen «biologischen», «psychologischen» und «sozialen» Einflussfaktoren. Genetische Faktoren als Teil der «biologischen» Krankheitsursachen spielen dabei eine gewichtige Rolle. Psychische Erkrankungen haben jedoch nie eine alleinige und eindeutige genetische Ursache: Unsere genetische Ausstattung stellt lediglich einen Risikofaktor unter vielen anderen Risikofaktoren dar. Dieser Risikofaktor wird auch als «Vulnerabilität» bezeichnet.

Eine bestimmte erbliche Veranlagung beziehungsweise Vulnerabilität löst noch keine psychische Erkrankung aus, sondern erhöht lediglich das Risiko, unter Umständen eine solche zu entwickeln. Ob sich tatsächlich eine psychische Erkrankung entwickelt, hängt von zusätzlichen psychologischen und sozialen Faktoren ab. Zu diesen psychologischen Faktoren zählt zum Beispiel, wie gut eine Person mit Stress umgehen oder sich einer schwierigen Situation anpassen kann. Bei den sozialen Faktoren kann es einen Einfluss haben, wie gross Stressfaktoren im Leben sind und ob sie kontrolliert und günstig beeinflusst werden können.

Die Fähigkeit, mit Stress umzugehen und schwierige Lebenssituationen zu meistern, wird auch als «Resilienz» be-

zeichnet. Diese wird durch biologische, psychologische und soziale Faktoren bestimmt. Das bedeutet, dass Menschen mit hoher Resilienz ungünstige Lebensbedingungen ohne psychische Erkrankung überwinden können. Auf der anderen Seite bedeutet es aber auch, dass bei Menschen mit hoher Vulnerabilität beziehungsweise mit schwächer ausgeprägter Resilienz eine psychische Erkrankung ohne ersichtlichen äusseren Grund entstehen kann⁶⁰.

Die Genetik beziehungsweise die Vererbung von psychischen Erkrankungen wird wissenschaftlich mit zwei grundsätzlich unterschiedlichen Studientypen untersucht:

- Der erste Studientyp, sogenannte Zwillings- und Familienstudien, untersuchen im Wesentlichen, ob sich bestimmte psychische Erkrankungen in Abhängigkeit des Verwandtschaftsgrads häufen. Klassischerweise wird untersucht, wie gross die Wahrscheinlichkeit bei eineiigen Zwillingen ist, die genetisch weitgehend identisch ausgestattet sind, dass beide die gleiche Erkrankung aufweisen. Um die sozialen Einflussfaktoren auszuschliessen, werden dazu auch Zwillinge untersucht, die in getrennten Familien unter unterschiedlichen Umständen aufgewachsen sind. Diese Zwillings- und Familienstudien erlauben es zu berechnen, wie stark der ge-

netische Einfluss auf die Vulnerabilität beziehungsweise die Resilienz bei einem bestimmten Verwandtschaftsgrad ist. Es wird also beispielsweise untersucht, wie hoch die genetische Vulnerabilität für einen Sohn einer Mutter mit Schizophrenie ist oder wie hoch sie für die eineiige Zwillingsschwester einer Frau mit Depression ist.

- Im zweiten Studientyp, den sogenannten genomweiten Assoziationsstudien, werden einzelne Gene beziehungsweise Merkmale in unserer Erbsubstanz, der sogenannten Desoxyribonukleinsäure (kurz «DNS») gesucht, die statistisch gesehen bei einer bestimmten psychischen Erkrankung gehäuft vorkommen. Dazu wird eine grosse Anzahl von Menschen mit einer bestimmten psychischen Erkrankung mit solchen ohne Erkrankung verglichen. Ziel dieser Studien ist es, einzelne Gene beziehungsweise Merkmale zu identifizieren, die mit der Krankheit verknüpft sind, man sagt auch: assoziiert sind. In den letzten Jahren wurde eine sehr grosse Anzahl solcher Studien mit Millionen von gesunden und erkrankten Menschen durchgeführt. Dabei wurden mehrere Gene und Erbsubstanzbestandteile gefunden, die einen Einfluss auf die Vulnerabilität haben. Die Einflüsse dieser molekularen Veränderungen sind jedoch nur statistisch gesehen relevant. Sie haben auf der Ebene der einzelnen Person keine Bedeutung, das heisst, man kann sie nicht verwenden, um individuelle Risiken abzuschätzen. Es scheint so zu sein, dass die molekulare genetische Ausstattung zur Entstehung von psychischen Erkrankungen sehr komplex ist. Es scheint ausserdem der Fall zu sein, dass der Einfluss auf die Vulnerabilität weniger auf einzelne Gene zurückgeht, sondern vielmehr

auf eine noch nicht verstandene Wechselwirkung zwischen vielen Genen und Eigenschaften der Erbsubstanz.

Unser Erbgut, die DNS, unterliegt nicht nur der vererbten genetischen Information über die Erbsubstanz, sondern auch Einflüssen der Umwelt. So können beispielsweise starke Stressfaktoren der Umwelt Veränderungen an der DNS auslösen, die dazu führen, dass gewisse Gene weniger stark ausgelesen beziehungsweise ausgeschaltet werden. Dies hat zur Folge, dass die Produkte dieser Gene, nämlich Proteine, die eine wichtige Funktion im Körper haben, verringert oder nicht mehr produziert werden. Solche sogenannten «epigenetischen» Veränderungen werden beispielsweise durch schwere Lebensereignisse oder chronisch schädliche Einflüsse hervorgerufen. Auch wenn die Forschung in der Epigenetik noch verhältnismässig jung ist, weiss man heute, dass die Vulnerabilität beziehungsweise die Resilienz bezüglich einer psychischen Erkrankung durch epigenetische Faktoren beeinflusst werden können. Mit anderen Worten: Die vererbte genetische Information in unserem Erbgut, unserer DNS, kann die Individualität einer Person nicht vollständig erklären. Durch epigenetische Einflüsse kann ein hohes genetisches Risiko vermindert werden, nämlich durch Erhöhung der Resilienz, und ein niedriges genetisches Risiko verstärkt werden, nämlich durch Erhöhung der Vulnerabilität.

Zusammengefasst wissen wir, dass das Risiko, eine bestimmte psychische Erkrankung zu entwickeln, genetisch mitbestimmt wird. Diese Vulnerabilität ist jedoch nur ein Faktor unter vielen anderen und kann im Rahmen einer günstigen biologischen, psychologischen und sozialen Wechselwirkung ausgeglichen werden⁶¹. Ein deutlich grösserer Risikofaktor für das Auftreten einer bestimmten psychischen Erkrankung ist eine frühere Erkrankung. In diesem Fall ist es wichtig, die Therapie nach Abheilungen sorgfältig und nachhaltig zu planen. Dies gilt gerade bei einer geplanten Schwangerschaft.

Das Risiko für einen Menschen, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, liegt bei 16 bis 20%⁶², wobei eine familiäre Vorbelastung die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung erhöht⁶³. Bei der Schizophrenie liegt das Lebenszeit-Erkrankungsrisiko bei 1% in der Allgemeinbevölkerung. Bei familiärer Vorbelastung ist das Risiko hingegen deutlich höher⁶⁴. Für die Schizophrenie und die Bipolare Störung ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit beträchtlich: Bis zu 50% (Vulnerabilität) des Risikos werden durch genetische Faktoren bestimmt⁶⁵. Auf der anderen Seite bedeutet dies aber auch, dass die anderen 50% nicht durch genetische, sondern durch beeinflussbare Faktoren bestimmt werden. Durch gezielte Förderung dieser Faktoren und ein günstiges Lebensumfeld kann die Krankheitswahrscheinlichkeit reduziert werden⁶⁶.

Diese Prozesse sind Gegenstand aktueller Forschung. Die bisherigen Erkenntnisse in der Forschung zeigen, dass es nicht unsere Gene allein sind, die bestimmen, was mit uns passiert, sondern dass es wichtig ist, die eigenen Lebensumstände möglichst günstig zu gestalten. Dies ist auch das Ziel der vorliegenden Broschüre: Ein Kinderwunsch soll gut durchdacht sein; die Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit danach sollen für Mutter und Kind möglichst vorteilhaft gestaltet werden. Das bedeutet: Menschen mit einem erhöhten Risiko für eine psychische Erkrankung sollten dies mit ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt offen besprechen, sodass entsprechende Vorsichtsmassnahmen getroffen werden können. Dadurch kann die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, dass die Krankheit ausbricht.

Diese **Informationen** über den Einfluss von Medikamenten und den Genen auf eine **Schwangerschaft** sind sicher wichtig. Aber ich möchte doch, dass meine **Ärztin** beziehungsweise mein **Arzt** mich genau darüber informiert.



3 Verantwortliche Elternschaft und Kinderwunsch

3.1 Vorstellungen von einem guten Leben für mein Kind und mich

Jede Mutter möchte für ihr Kind und sich selbst nur das Beste. Die Vorstellungen darüber, was ein gutes Leben ausmacht, sind jedoch sehr unterschiedlich. Deshalb möchten wir Sie auffordern, sich zu überlegen, was für Sie und für Ihr Kind ein gutes Leben sein könnte und wie Sie und Ihr Partner oder Ihre Partnerin Ihr Leben zusammen mit einem Kind gestalten würden.

Ein Kind verändert das Leben einer Frau und eines Paares grundsätzlich. Kinder können sehr bereichernd und gleichzeitig auch sehr anstrengend und belastend sein. Die Eltern sind verantwortlich für die Pflege, Betreuung, Erziehung und Ausbildung des Kindes. Alle Eltern erleben Momente, in denen sie an ihre Grenzen stoßen und Entlastung brauchen. Hilfe anzunehmen ist kein Zeichen von Schwäche, sondern zeigt die Stärke, die eigenen Grenzen ernst zu nehmen, und den Willen, für sich selbst und das Kind gut zu sorgen. Die meisten Menschen freuen sich, jemandem zu helfen und für einander da zu sein.

Es gibt Phasen im Leben, die mit aussergewöhnlichem Stress verbunden sind. Manchmal befindet man sich in einer schwierigen Lebenssituation oder steht vor einer grossen Veränderung wie zum Beispiel einem Stellenwechsel. Auch eine Erkrankung oder eine Krankheitsepisode löst grossen Stress aus. In solchen Phasen ist es wichtig, genau zu prüfen, ob man einen Kinderwunsch in einer solchen Situation und zu diesem Zeitpunkt realisieren möchte und kann.



Ist der Kinderwunsch aber stark, empfiehlt es sich, möglichst früh verbindliche Unterstützung für die Zeit nach der Geburt und für das Leben mit einem Kind zu organisieren. In sehr stressigen Phasen kann es nämlich sein, dass die Familie und der Freundeskreis nicht ausreichen, um die Belastungen zu tragen. Dann ist es hilfreich, weitere Angebote zu nutzen wie Haushaltshilfen, externe Kinderbetreuung oder Entlastungsdienste. Oftmals schämen sich Betroffene, solche Angebote auch wirklich zu nutzen, denn sie möchten lieber ihr Leben allein meistern können. Doch alle Menschen haben Zeiten, in denen sie Unterstützung brauchen. Das ist weder aussergewöhnlich noch ehrenrührig. Eine humane, gerechte Gesellschaft muss bereit sein, ihre Mitglieder in Zeiten der Not zu unterstützen. Im Anhang finden Sie Adressen, die Ihnen bei der Suche nach Unterstützungsangeboten helfen können.

Ein gutes Leben mit einem Kind setzt voraus, dass die Mutter und der Vater beziehungsweise der Partner oder die Partnerin stressige Lebenssituationen gut bewältigen können, sich gegenseitig unterstützen und bei Bedarf auch auf Unterstützung und Hilfe von aussen zählen können. Die eigenen Eltern und Schwiegereltern, Verwandte oder Freundinnen und Freunde können dabei eine wichtige Hilfe sein. Es lohnt sich auf jeden Fall, andere Menschen um Hilfe zu bitten und angebotene Hilfe auch anzunehmen.

Es empfiehlt sich, sich bereits im Vorfeld Gedanken darüber zu machen, wie im Falle einer akuten Krise die Betreuung des Kindes organisiert werden soll. Wenn der Wunsch schriftlich festgehalten wird, kann Transparenz geschaffen und der Selbstbestimmung mehr Gewicht gegeben werden. Reichen die selbst oder vom sozialen Umfeld in die Wege geleiteten Hilfen nicht aus und ist das Wohl des Kindes gefährdet, so ist die Kindesschutzbehörde einzubeziehen, die den Unterstützungsbedarf abklärt und für entsprechende Massnahmen sorgt.

Die folgenden Fragen sollen Sie dabei unterstützen, für sich zu überlegen, wie Sie sich ein gutes Leben mit einem Kind vorstellen und was Sie von einem Leben mit Kind erwarten. Es hilft Ihnen vielleicht, wenn Sie Ihre Gedanken zu den Fragen aufschreiben.

- 1. Was ist mir bei einem Leben mit einem Baby und einem Kleinkind besonders wichtig?**
- 2. Was macht in meiner Vorstellung eine «gute Mutter» aus?**
- 3. Mute ich es mir zu, die Verantwortung für die Pflege, Betreuung, Erziehung und Ausbildung meines Kindes zu übernehmen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**
- 4. Wie stelle ich mir das Leben mit einem Baby und einem Kleinkind konkret vor?**
- 5. Wie könnte sich mein Leben ändern, wenn ich ein Baby beziehungsweise Kleinkind hätte? Und wie zufrieden wäre ich mit diesen Veränderungen?**

- 6. Welche Schwierigkeiten könnte es mit einem Baby und einem Kleinkind geben und wie würde ich damit umgehen? Wer könnte mir dabei helfen?**
- 7. Worauf freue ich mich, wenn ich ein Baby bekäme?**
- 8. Was könnte mir Sorge bereiten, wenn ich ein Baby bekäme? Wer könnte mir diese Sorge nehmen? Und wie könnte diese Person dies tun?**

Wer unterstützt und begleitet **mein Kind**
auf dem Weg des **Heranwachsens**?
Können wir die Herausforderungen
mit einem Kind **gemeinsam** meistern?
Brauche ich Unterstützung
durch die **Gesellschaft**?



3.2 Voraussetzungen für ein gutes Leben von Mutter und Kind

Damit ein «gutes Leben» für Sie und Ihr Kind möglich ist, braucht es bestimmte Voraussetzungen. Denn Kinder brauchen für einen guten Start ins Leben eine vertrauensvolle Bindung und konstante Beziehungen zu Menschen, die verbindlich bereit sind, es über viele Jahre hinweg zu begleiten, zu umsorgen und zu erziehen. Dies kann nicht die biologische Mutter allein leisten.

Die folgenden Fragen sollen Sie dabei unterstützen, über die Voraussetzungen nachzudenken, die für ein «gutes Leben» als Mutter und für ein Kind nötig sind, und mögen Ihnen vielleicht auch neue Sichtweisen eröffnen. Ziel dieser Fragen ist es, dass Sie für sich klären, inwiefern Sie die jeweiligen Voraussetzungen für ein «gutes Leben» als Mutter und für Ihr Kind aus eigener Kraft oder mit Unterstützung durch Ihr Umfeld erreichen können, also mithilfe von Familie und Freunden. Überlegen Sie sich auch, inwieweit Sie auf Unterstützung durch die Gemeinschaft oder bestimmte Fachstellen angewiesen sind. Das Ergebnis Ihrer Überlegungen halten Sie bitte mit dem zutreffenden Emoji fest. Letztendlich geht es bei der Auseinandersetzung mit diesen Fragen auch darum, tabulos zu klären, ob Sie und Ihr Partner oder Ihre Partnerin sich einen möglichen Kinderwunsch erfüllen oder vielleicht auch angesichts einer sehr schwierigen Lebens- und Krankheitssituation momentan oder vielleicht auch

grundsätzlich darauf verzichten wollen.

1. Die Beziehung mit meinem Partner oder meiner Partnerin ist für mich aus heutiger Sicht stabil und tragfähig genug, um die Herausforderungen mit einem Kind zu meistern.



2. Meine finanziellen Verhältnisse und die meines Partners oder meiner Partnerin sind für ein Leben mit einem Kind ausreichend, wenn ich keine externe Kinderbetreuung brauche.



3. Meine finanziellen Verhältnisse und die meines Partners oder meiner Partnerin sind für ein Leben mit einem Kind ausreichend, auch wenn ich externe Kinderbetreuung brauche.



4. Ich habe mir mit meinem Partner oder meiner Partnerin Gedanken darüber gemacht oder schon konkrete Absprachen getroffen, wie wir die Kinderbetreuung, den Haushalt und das Berufsleben miteinander gestalten werden.



5. Mein Partner oder meine Partnerin kann mich bei der Kinderbetreuung unmittelbar unterstützen und ist bereit dazu (beispielsweise beim Wickeln des Kindes, beim nächtlichen Aufstehen, beim Aufpassen auf das Kind, beim Trösten des Kindes, dabei, dem Kind regelmässig Mahlzeiten zu kochen, im Streitfall einzugreifen etc.).



6. Ich habe mir mit meinem Partner oder meiner Partnerin schon konkrete Vorstellungen davon gemacht, wie wir unser Kind erziehen und was wir ihm mitgeben wollen.



7. Mein eigenes Kind möchte ich so erziehen, wie ich selbst erzogen worden bin.



8. Für das Leben mit einem Kind kann ich auf konkrete Hilfe zählen, etwa von den Eltern oder Schwiegereltern, Geschwistern oder Verwandten, einer Freundin oder einem Freund. Ich habe diese Personen auch schon deswegen gefragt und sie haben sich dazu bereit erklärt.



9. Ich bin bereit, mich damit auseinanderzusetzen, wie ich mit einem Baby umgehen muss, wie ich es gut versorge, richtig wickle, wie ich es stille etc. Ich bin bereit, mir hierzu auch Hilfe zu holen, etwa von einer Hebamme, einer Mütter- und Väterberaterin beziehungsweise einem Mütter- und Väterberater oder anderen Beratungsstellen, wenn ich Fragen habe.



10. Ich bin mir dessen bewusst, dass sich mein Leben mit einem Kind grundlegend verändern wird.



11. Ich bin davon überzeugt, dass ich mein Kind aushalten und unterstützen werde, auch dann, wenn ihm nicht wohl ist, es schreit oder launisch ist.



12. Ich möchte meinem Kind die gleiche Liebe geben können, wie ich sie selbst von meiner Mutter und beziehungsweise oder meinem Vater bekommen habe oder mir erhofft hatte zu bekommen.



13. Ich bin davon überzeugt, dass ich mit meiner psychischen Erkrankung eine «gute Mutter» sein kann.



14. Ich habe mit meinem Partner oder meiner Partnerin über meine psychische Erkrankung und auch darüber gesprochen,

was dies für uns als Eltern und für unser Kind bedeutet.



15. Ich kann auch mit schlechten Gefühlen und Krankheitsphasen gut umgehen, weil ich mir in schwierigen Situationen Hilfe holen kann und diese Hilfe auch zulassen werde.



16. Ich bin bereit dazu, in Krankheitsphasen, wenn es gar nicht anders geht, die Kinderbetreuung zum Wohle meines Kindes zumindest zeitweise meinem Partner oder meiner Partnerin, meinen Eltern, Geschwistern oder anderen Personen zu überlassen.



17. Ich werde mir für meine psychische Erkrankung immer sofort Hilfe holen, wenn mir nicht wohl ist, damit es mir gut geht und ich für mein Kind gut sorgen kann.



3.3 Gesellschaftlicher Wandel und Herausforderungen für die Frau und Mutter

In der Wahrnehmung der Frau als Mutter und in den Erwartungen an die Rolle der Mutter haben sich in den letzten Jahrzehnten grundlegende gesellschaftliche Veränderungen ergeben. Gerade in westlichen Demokratien wie der Schweiz lässt sich vor allem in jüngeren Generationen eine immer grössere Gleichberechtigung zwischen Frau und Mann beobachten⁶⁷. Dies wirkt sich auf die Berufstätigkeit von Frauen und Männern aus, auf die Rollenbilder in einer Ehe und ebenso auf die Aufgabenverteilung bei der Kindererziehung. Auch wenn die Gleichberechtigung weiter fortschreitet, sind die gesellschaftlichen Erwartungen und die Selbsterwartungen vieler Frauen an die Mutter- beziehungsweise Elternschaft nach wie vor sehr hoch, teilweise auch höher als die Selbsterwartungen der Männer und künftigen Väter an ihre Rolle als Eltern⁶⁸.

Nicht nur im Verhältnis zwischen Mann und Frau beziehungsweise zwischen Mutter und Vater lässt sich seit einigen Jahrzehnten in vielen westlichen Industriestaaten ein Wandel feststellen. Auch die Gestaltung sozialer Beziehungen und insbesondere der Eltern-Kind-Beziehung wandelt sich⁶⁹. Kinder haben für Paare immer weniger eine ökonomische Bedeutung – etwas als Absicherung für das Alter oder die eigene Zukunft –, sondern tragen als ein gemeinsames Lebensziel oder Lebensglück zur Selbstverwirklichung bei⁷⁰. Verbunden

mit diesem Wandel hat sich bei Paaren zunehmend auch das Verständnis von Erziehung verändert, und zwar von einem autoritären zu einem eher gleichberechtigten Erziehungsverständnis und entsprechend gleichberechtigteren Familienstrukturen⁷¹.

Trotz der zunehmenden Vielfalt in unserer Gesellschaft gibt es doch noch immer dominante Bilder von der Rolle der Frau als Mutter. Überzogene Erwartungen der Gesellschaft an eine Frau oder auch von ihr selbst können verunsichern und Druck ausüben – und zwar unabhängig davon, ob eine Frau eine psychische Erkrankung hat oder nicht. Besprechen Sie daher mögliche Unsicherheiten, Sorgen oder Zweifel Ihrerseits offen mit der Sie behandelnden Fachperson, etwa mit Ihrer Psychiaterin beziehungsweise Ihrem Psychiater oder mit Ihrer Psychologin beziehungsweise Ihrem Psychologen. Tauschen Sie sich darüber aus, was Ihre Bedenken oder Sehnsüchte hinsichtlich Ihres Kinderwunsches sind und inwieweit diese mit Vorstellungen der Gesellschaft, der Familie und des Partners beziehungsweise der Partnerin zusammenhängen. Inwiefern diese herkömmlichen Erwartungen auch Beziehungen in neuen Genderformen beeinflussen, ist eine offene und noch wenig erforschte Fragestellung, die den Rahmen dieser Broschüre sprengen würde.

Wenn Sie sich Ihres Kinderwunsches sicher sind und Sie sich auch in der Lage sehen, sich mit entsprechender Unterstützung um ein Kind zu kümmern, dann bedenken Sie: Lassen Sie sich in Ihrem Kinderwunsch nicht durch Angehörige, Freunde oder bestimmte gesellschaftliche Erwartungen, die Ihnen begegnen, verunsichern. Ein erfüllter Kinderwunsch und Ihre Mutterschaft können Ihr Wohlbefinden sehr positiv beeinflussen, sofern Sie bei Bedarf Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld erhalten⁷² und auch entsprechend psychisch gefestigt sind, also medizinisch gut betreut sind. Suchen Sie sich nicht nur medizinische Hilfe und Unterstützung durch Ihre nächsten Angehörigen, sondern auch durch Freunde oder Nachbarn und vielleicht auch Behörden. Denn die Erziehung von Kindern ist nicht nur allein die Aufgabe der Eltern, sondern auch der Gemeinschaft insgesamt.

Die Broschüre hat mir geholfen, viele Fragen zu **klären**, und andere hat sie aufgeworfen. Diese werde ich nun mit **mir selbst**, meinem **Partner**, meiner **Psychiaterin** und meinem Umfeld **besprechen**.



3.4 Schlussgedanken

Was es für Sie bedeuten würde, Mutter zu werden oder auch nicht, können nur Sie zusammen mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin beurteilen. Gute Elternschaft setzt voraus, dass Mutter und Vater beziehungsweise Partner oder Partnerin bei dieser verantwortungsvollen Aufgabe unterstützt werden. Ein afrikanisches Sprichwort bringt dies sehr gut auf den Punkt, indem es sagt, dass es für die Zeugung eines Kindes nur gerade zwei Menschen brauche, für seine Erziehung aber ein ganzes Dorf. Es ist deshalb wichtig, dass Sie im Idealfall schon vor einer möglichen Schwangerschaft klären, wer mit Ihnen zusammen Ihr Kind auf dem Weg zum erwachsenen Menschen begleiten kann und dazu auch wirklich bereit ist. Solche Unterstützung ist unabdingbar dafür, dass ein Kind gut aufwachsen kann. Sie als zukünftige Mutter haben auch Anspruch darauf. Scheuen Sie daher nicht davor zurück, um Unterstützung zu bitten und sie auch bei Bedarf einzufordern. Letztlich geht es um Ihr Wohl und das Ihres Kindes.

Eltern werden zu wollen, ist für viele Frauen und ihre Partnerinnen beziehungsweise Partner ein tiefes Bedürfnis. Dann aber auch tatsächlich Eltern zu sein, ist eine grosse Herausforderung, ob mit oder ohne psychische Erkrankung. Kinder stellen das eigene Leben im wahrsten Sinne des Wortes auf den Kopf. Und wie bei allen existenziellen Erfahrungen – seien es Liebe, Krankheit, Verlust oder Tod – können wir nur

sehr schwer abschätzen, wie wir darauf reagieren werden. Manche Hoffnungen und Befürchtungen bewahrheiten sich, andere nicht. Gleichzeitig machen wir dabei völlig neue Erfahrungen. Das Leben ist und bleibt mit und ohne psychische Erkrankung Chance und Risiko zugleich – genauso wie eine Schwangerschaft und die Elternschaft. Es ist nicht zu vergessen, dass nicht jedes Kind gesund auf die Welt kommt und krank sein kann. Mutterglück ist kein Dauerzustand, sondern Frauen erfahren es in glücklichen Augenblicken mit einem Kind; es kann verblassen, wenn man sich überfordert fühlt.

4 Hilfreiche Adressen

Nachfolgend finden Sie nützliche und weiterführende Adressen im Internet, die Informationen anbieten und unter denen Sie Kontaktpersonen zu Fragen rund um den Kinderwunsch von psychisch erkrankten Frauen finden. Über verschiedene Anlaufstellen erhalten Sie auch Informationen zu kantonalen Unterstützungsmöglichkeiten. Die kantonalen psychiatrischen Angebote können dazu Auskunft geben.

Embryotox: Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin:

www.embryotox.de

Reprotax: Beratungsstelle für Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit – Wissenschaftlicher Schwerpunkt Reproduktionstoxikologie, Dr. Wolfgang Paulus, Universitätsklinikum Ulm:

www.uniklinik-ulm.de/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/schwerpunkte/geburtsmedizin/medikamentenberatung.html

Kompetenzzentrum Gynäkopsychiatrie, Psychiatrie St.Gallen Nord:

www.psgn.ch/gynaekopsychiatrie

Kompetenzzentrum Gynäkopsychiatrie, St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd:

<https://to.psych.ch/gynaeko>

Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. Dr. Luc Turmes, LWL-Klinik Herten:

www.marce-gesellschaft.de

Marcé Gesellschaft – The International Marcé Society for Perinatal Mental Health, Brentwood, USA:

www.marcesociety.com

Mutterglück!? Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit:

www.ofpg.ch/projekte/mutterglueck

Spezialsprechstunde Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit, Dr. med. Antje Heck, Psychiatrische Dienste Aargau AG:

www.pdag.ch/fuer-patientinnen-patienten-und-angehoerige/angebote-fuer-kinder-und-jugendliche/offers/spezialsprechstunde-medikamente-in-schwangerschaft-und-stillzeit/

5 Leseempfehlungen

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von lesenswerter Literatur zur weiteren Vertiefung verschiedener Aspekte rund um die Thematik des Kinderwunsches.

5.1 Schwangerschaft und psychische Erkrankung

Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, C. (2014): *Psychisch krank und schwanger – geht das? Ein Ratgeber zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillzeit und Psychopharmaka*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

5.2 Psychopharmakologie in Schwangerschaft und Stillzeit

Briggs, G. G.; Freeman, R. F.; Yaffe, S. F. (2021): *Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 12th edition. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, C. (2016): *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

5.3 Einführung in die Ethik

Höffe, O. (2008): *Lexikon der Ethik*. 7., neubearbeitete und erweiterte Auflage. München: C. H. Beck.

Höffe, O. (2018): *Ethik. Eine Einführung*. 2., durchgesehene Edition. München: C. H. Beck.

Panza, C.; Potthast, A. (2011): *Ethik für Dummies*. Weinheim: Verlag Wiley-VCH.

Pieper, A. (2017): *Einführung in die Ethik*. 7., überarbeitete Auflage. Bern u. München: A. Francke UTB.

5.4 Ethik in der Medizin

Rufer, L.; Baumann-Hölzle, R. (2015): *Mantelbüchlein Medizin & Ethik III. Basiswissen*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

Wils, J.-P.; Baumann-Hölzle, R. (2013): *Mantelbüchlein Medizinethik I. Basiswissen*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

Wils, J.-P.; Baumann-Hölzle, R. (2013): *Mantelbüchlein Medizinethik II. Vertiefung*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

5.5 Ethik im Gesundheitswesen

Arn, C.; Weidmann-Hügler, T. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2: Ethik für Fachpersonen*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Baumann-Hölzle, R.; Arn, C. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3: Ethiktransfer in Organisationen*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Christen, M.; Baumann, M. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 4: Verantwortung im politischen Diskurs*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Meier-Allmendinger, D.; Baumann-Hölzle, R. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 1: Der selbstbestimmte Patient*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

6 Quellenverzeichnis

- 1 Vgl. Feldhaus & Boehnke (2008).
- 2 Vgl. Bergemann & Paulus (2016).
- 3 Vgl. Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.
- 4 Vgl. Russel et al. (2013) und Schiller et al. (2015).
- 5 Vgl. Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 927f.
- 6 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.
- 7 Vgl. Hiroe et al. (2005), zit. nach DGPPN et al. (2017), S.22.
- 8 Vgl. American Psychiatric Association (2013), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 31.
- 9 Vgl. Murray & Lopez (1997), Olfson et al. (2009), Wittchen et al. (2000) und 10 Craft et al. (2012), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 31.
- 10 Vgl. Kupfer (1991), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 32.
- 11 Vgl. DGPPN et al. (2017), S. 23f.
- 12 Vgl. Kühner (2016), S. 926.
- 13 Vgl. Russel et al. (2013) und Schiller et al. (2015).
- 14 Vgl. Kühner (2016), S. 926.
- 15 Vgl. Beck (2001).
- 16 Vgl. Howard et al. (2014) und Schiller et al. (2015).
- 17 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 22.
- 18 Vgl. Benazzi (2001), zit. nach Bauer et al. (2020), S. 22.
- 19 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 66.
- 20 Vgl. Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 927f.
- 21 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 928.
- 22 Vgl. Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 927f.
- 23 Vgl. Rohde et al (2016), S. 62.
- 24 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 927.
- 25 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 23.
- 26 Vgl. DGPPN (2019), S. 6.
- 27 Vgl. DGPPN (2019), S. 7.
- 28 Ebd.
- 29 Ebd.
- 30 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.
- 31 Ebd.
- 32 Vgl. Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.
- 33 Ebd.
- 34 Vgl. Tosato et al. (2017) und Bennedsen (1998), zit. nach DGPPN (2019), 35 S. 210.
- 35 Vgl. Lin et al. (2009), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.
- 36 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.
- 37 Vgl. Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.
- 38 Vgl. Russel et al. (2013) und Schiller et al. (2015).
- 39 Vgl. Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 927f.
- 40 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.
- 41 Vgl. Bergemann & Paulus (2016).
- 42 Vgl. Dathe & Schaefer (2019).
- 43 Ebd.
- 44 Vgl. Dathe & Schaefer (2019).

- 45 In Anlehnung an Dathe & Schaefer (2019). Die klinische Erfahrung der Autorin des Kapitels sowie der Projektleitung mit gewissen Medikamenten ist in die Tabelle eingeflossen. Diese Abweichungen zur originalen Tabelle sind kursiv dargestellt und mit einer Fussnote versehen.
- 46 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel auf der Datenbank Embryotox.
- 47 Vgl. Erklärung des Begriffes im Text.
- 48 Vgl. Erklärung des Begriffes im Text.
- 49 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel auf der Datenbank Embryotox.
- 50 Vgl. vorangehende Fussnote.
- 51 Gemäss Embryotox nicht Mittel der ersten Wahl, sofern Quetiapin oder gegebenenfalls Risperidon besser wirkt.
- 52 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel auf der Datenbank Embryotox.
- 53 Hier empfehlen die medizinischen Autorinnen der Broschüre die Nennung als Mittel der Wahl für den Akutbereich.
- 54 Hier empfehlen die medizinischen Autorinnen der Broschüre die Nennung als Erstwahlmedikament für den kurzfristigen Einsatz.
- 55 Trazodon ist für die Schwangerschaft nicht gut dokumentiert, in den berichteten Fällen gab es keine Hinweise auf zusätzliche kindliche Schädigungen. In der Schweiz breiter Einsatz als schlafanstossendes Antidepressivum, das in Einzelfällen nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung in Erwägung gezogen werden kann.
- 56 Hier empfehlen die medizinischen Autorinnen der Broschüre eine gleichwertige Erwähnung mit Citalopram.
- 57 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel auf der Datenbank Embryotox.
- 58 Hier empfehlen die Autorin des Kapitels und die medizinischen Autorinnen der Broschüre eine gleichwertige Erwähnung mit Citalopram.
- 59 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel auf der Datenbank Embryotox.
- 60 Vgl. Maier et al. (2017).
- 61 Ebd.
- 62 Vgl. Ebmeier et al. (2006), zit. nach DGPPN et al. (2015).
- 63 Vgl. Maier et al. (2017).
- 64 Vgl. Shih et al. (2004) und Tandon et al. (2009), zit. nach Maier et al. (2017).
- 65 Vgl. McGue & Gottesman (1991), zit. nach Maier et al. (2017).
- 66 Vgl. Gottesman & Bertelsen (1989), zit. nach Maier et al. (2017).
- 67 Vgl. Trifan et al. (2014), Negraia et al. (2018) und Cranney & Miles (2020).
- 68 Vgl. Laney et al. (2014).
- 69 Vgl. Ivan et al. (2015), S. 1987.
- 70 Vgl. Ivan et al. (2015), S. 1986.
- 71 Vgl. Trifan et al. (2014).
- 72 Vgl. Umberson et al. (2010).

7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2013):** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bauer, M.; Pfennig, A.; Schäfer, M.; Falkai, P. (2020):** *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- Beck, C. T. (2001):** Predictors of postpartum depression: an update. In: *Nursing Research*, 50(5): 275–285.
- Benazzi, F. (2001):** Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5): 232–238.
- Bennedsen, B. E. (1998):** Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. In: *Schizophrenia Research*, 33(1–2): 1–26.
- Bergemann, N.; Paulus, W. E. (2016):** Affektive Störungen in der Schwangerschaft. Therapie mit Antidepressiva und Mood Stabilizern? In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 955–966.
- Craft, L. L.; Vaniterson, E. H.; Helenowski, I. B.; Rademaker, A. W.; Courneya, K. S. (2012):** Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. In: *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21(1): 3–19.
- Cranney, S.; Miles, A. (2020):** Desperate Housewives? Differences in Work Satisfaction between Stay-At-Home and Employed Mothers, 1972–2012. In: *Journal of Family Issues*, 38(11): 1604–1625.
- Dathe, K.; Schaefer, C. (2019):** Arzneimittelbehandlung der Schwangeren. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 116(46): 783–790.
- DGPPN; BÄK; AWMF; KBV (Hrsg.) (2017):** *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- DGPPN; KBV; AWMF; AkdÄ; BPtK; BApK; DAG SHG; DEGAM; DGPM; DGPs; DGRW (Hrsg.) (2015):** *Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung*. 2. Auflage, Version 5. AWMF-Register-Nr.: nvl-005. Berlin: ÄZQ – Redaktion Nationale VersorgungsLeitlinien.
- DGPPN (Hrsg.) (2019):** *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Berlin: Springer Verlag.
- Di Florio, A.; Forty, L.; Gordon-Smith, K.; Heron, J.; Jones, L.; Craddock, N.; Jones, I. (2013):** Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. In: *JAMA Psychiatry*, 70(2): 168–175.
- Ebmeier, K. P.; Donaghey, C.; Steele, J. D. (2006):** Recent developments and current controversies in depression. In: *Lancet*, 367(9505): 153–167.

- Feldhaus, M.; Boehnke, M. (2008):** *Ungeplante Schwangerschaften: wider das Ideal der Naturbeherrschung?* 33. Kongress „Die Natur der Gesellschaft“, Kassel 2006. Frankfurt a. M.: Campus Verlag; 1680–1693.
- Gottesman, I. I.; Bertelsen, A. (1989):** Confirming unexpressed genotypes for schizophrenia. In: *Archives of General Psychiatry*, 46(10): 867–872.
- Hiroe, T.; Kojima, M.; Yamamoto, I.; Nojima, S.; Kinoshita, Y.; Hashimoto, N.; Watanabe, N.; Maeda, T.; Furukawa, T. A. (2005):** Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. In: *Psychiatry Research*, 135(3): 229–235.
- Howard, L. M.; Molyneaux, E.; Dennis, C. L.; Rochat, T.; Stein, A.; Milgrom, J. (2014):** Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. In: *Lancet*, 384(9956): 1775–1788.
- Ivan, G.; Da Roit, B.; Knijn, T. (2015):** Children First? Changing Attitudes toward the Primacy of Children in Five European Countries. In: *Journal of Family Issues*, 36(14): 1982–2001.
- Jones, I.; Chandra, P. S.; Dazzan, P.; Howard L. M. (2014):** Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. In: *Lancet*, 384(9956): 1789–1799.
- Kühner, C. (2016):** Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 926–936.
- Kupfer, D. (1991):** Long-term treatment of depression. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl. 1): 28–34.
- Laney, E. K.; Carruthers, L.; Lewis Hall, M. E.; Anderson, T. (2014):** Expanding the Self: Motherhood and Identity Development in Faculty Women. In: *Journal of Family Issues*, 35(9): 1227–1251.
- Lin, H. C.; Chen, Y. H.; Lee, H. C. (2009):** Prenatal care and adverse pregnancy outcomes among women with schizophrenia: a nationwide population-based study in Taiwan. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9): 1297–303.
- Maier, W.; Giegling, I.; Rujescu, D. (2017):** Genetik und Gen-Umwelt-Interaktionen bei psychischen Erkrankungen. In: Möller, H. J.; Laux, G.; Kapfhammer, H. P. (Hrsg.) (2017): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- McGue, M.; Gottesman, I. I. (1991):** The genetic epidemiology of schizophrenia and the design of linkage studies. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240(3): 174–181.
- Murray, C. J.; Lopez, A. D. (1997):** Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: *Murray, C. J.; Lopez, A. D. (1997): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected in 2020*. Harvard: Harvard University Press; 201–246.

- Negraia, D. V.; Augustine, J. M.; Prickett, K. C. (2018):** Gender Disparities in Parenting Time Across Activities, Child Ages, and Educational Groups. In: *Journal of Family Issues*, 39(11): 3006–3028.
- Olfson, M.; Shea, S.; Feder, A.; Fuentes, M.; Nomura, Y.; Gameroff, M.; Weissman, M. M. (2009):** Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. In: *Archives of Family Medicine*, 9(9): 876–883.
- Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, C. (2016):** *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.
- Russell, E. J.; Fawcett, J. M.; Mazmanian, D. (2013):** Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4): 377–385.
- Schiller, C. E.; Meltzer-Brody, S.; Rubinow, D. R. (2015):** The role of reproductive hormones in postpartum depression. In: *CNS Spectrums*, 20(1): 48–59.
- Shih, R. A.; Belmonte, P. L.; Zandi, P. P. (2004):** A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. In: *International Review of Psychiatry*, 16(4): 260–283.
- Stiftung Dialog Ethik; Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (2018):** *Qualitätskriterien für Patienteninformationsmaterialien und Entscheidungshilfe am Beispiel des interprofessionellen, sektorenübergreifenden Behandlungspfads Kolorektalkarzinom. Schlussbericht.* Stiftung Dialog Ethik und Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH); Zürich und Bern.
- Tandon, R.; Nasrallah, H. A.; Keshavan, M. S. (2009):** Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. In: *Schizophrenia Research*, 110(1–3): 1–23.
- Tosato, S.; Albert, U.; Tomassi, S.; Iasevoli, F.; Carmasi, C.; Ferrari, S.; Nanni, M. G.; Nivoli, A.; Volpe, U.; Atti, A. R.; Fiorillo, A. (2017):** A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5): e477–e489.
- Trifan, T. A.; Stattin, H.; Tilton-Weaver, L. (2014):** Have Authoritarian Parenting Practices and Roles Changed in the Last 50 Years? In: *Journal of Marriage and Family*, 76(4): 744–761.
- Umberson, D.; Pudrovska, T.; Reczek, C. (2010):** Parenthood, Childlessness, and Well-Being: A Life Course Perspective. In: *Journal of Marriage and Family*, 72(3): 612–629.
- Wittchen, H.-U.; Müller, N.; Schmidtke, B.; Winter, S.; Pfister, H. (2000):** Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. In: *Fortschritte der Medizin*, 118(Orig. Sonderh. 1): 4–10.

8 Hintergrund zur Broschüre

Die vorliegende Broschüre wurde im Rahmen eines dreijährigen Projektes zwischen November 2018 und November 2021 durch die Stiftung Dialog Ethik und das Kompetenzzentrum Gynäkopsychiatrie als gemeinsames Angebot der Psychiatrieverbunde Nord und Süd des Kantons St.Gallen erstellt. Finanziert wurde das Projekt zu gleichen Teilen von der Schweizer Bundesagentur Innosuisse und die Psychiatrieverbunde Nord und Süd des Kantons St.Gallen. Das Kompetenzzentrum für die Gynäkopsychiatrie des Kantons St.Gallen, das Frauen bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Wochenbett berät und behandelt, hat diese Broschüre angestossen. Denn in der Beratungspraxis zeigte sich immer wieder, dass Frauen mit einer psychischen Erkrankung viele Fragen rund um ihren Kinderwunsch haben. Die ethische und sozialwissenschaftliche Expertise kam vom Interdisziplinären Institut für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik, die sich seit über 20 Jahren im Bereich ethischer und sozialer Fragen im Gesundheitswesen engagiert, dazu forscht und Weiterbildungen sowie Beratungen anbietet.

Um die Bedürfnisse von Frauen als Grundlage für die Erstellung dieser Broschüre in Erfahrung zu bringen, wurden von Frau Hildegard Huber 20 Frauen mit einer psychischen Erkrankung im gebärfähigen Alter befragt, wie sie mit einem Kinderwunsch umgehen. Die Mehrheit dieser Frauen sagte,

dass sie es sich trotz ihrer Erkrankung zutrauen, eine gute Mutter zu sein. Die Frauen erzählten, dass der Kinderwunsch während schwerer Krankheitsphasen in den Hintergrund rücke und vor allem während Zeiten ohne Krankheitssymptome am stärksten sei. Sie berichten auch, dass sie selten von Fachpersonen auf einen Kinderwunsch angesprochen werden und sich mehr Raum für die und Unterstützung bei der Beantwortung ihrer Fragen wünschten. Auch die Sichtweise der behandelnden Fachpersonen wurde mit zusätzlichen Einzelinterviews untersucht, die von Herrn Daniel Gregorowius durchgeführt wurden. Die Ergebnisse beider Befragungen sind in die Entwicklung der Broschüre eingeflossen. Berücksichtigt wurden auch die Ergebnisse aus einer historischen Literaturstudie zur Eugenik innerhalb der Psychiatrie. Die interviewten Frauen mit einem Kinderwunsch haben durch ihre Rückmeldungen zu einem ersten Entwurf der Broschüre später wertvolle Hinweise zu ihrer Überarbeitung geliefert.

Die vorliegende Broschüre entstand unter Mitarbeit und Beratung einer interprofessionell zusammengesetzten Begleitgruppe aus verschiedenen Expertinnen und Experten. Der Begleitgruppe gehörten an MSc Rahel Altwegg, Dr. med. Paola Barbier Colombo, lic. phil. Sabine Bitter, Dr. med. univ. Angela Brucher, MAS und Mediator SDM Jürg Engler, Dr. med. Tina Fischer, Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser, Sozial-

pädagoge FH Bruno Gschwend, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Pflegeexpertin HöFa II/FH/MAS Hildegard Huber, Dr. med. Anette Lang-Dullenkopf, Prof. Dr. med. Brigitte Leeners, PD Dr. med. Thomas Maier, Dr. med. Jürg Nadig-Lüdy, Dr. med. lic. theol. Diana Meier-Allmendinger, Dr. med. Jürg Pfisterer-Graber, MAS Rosa Plattner, Mag. Dr. BA. Beate Priewasser, Dr. med. Silvia Reisch-Fritz, lic. phil. Elena Rezonico und MA Joel Walder. Weitere Expertinnen und Experten, die bei der Erstellung der Broschüre beigezogen wurden, sind Dr. med. Antje Heck, Prof. Dr. med. Erich Seifritz, BSc Pauline Bihari Vass und MSc Adelheid Lang. Weitere externe Expertise bei der Erstellung zum rechtlichen Kapitel kam von Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag. Einige Mitglieder der Begleitgruppe sowie externe Expertinnen wurden zu Co-Autorinnen der Broschüre. An den Vorbereitungen zur Entwicklung der Broschüre war auch Dr. med. Paola Barbier Colombo beteiligt, die Teil des interprofessionellen Teams war, das das Projekt «Kinderwunsch psychisch kranker Frauen» durchgeführt hat, in dessen Rahmen die vorliegende Broschüre entstand.



9 Bezug der Broschüre

Die vorliegende Broschüre «Kinderwunsch bei psychischer Erkrankung – Informationsbroschüre für Patientinnen» kann in digitaler und gedruckter Form bezogen werden.

9.1 Bezug in digitaler Form

In digitaler Form erhalten Sie die vorliegende Broschüre von der Stiftung Dialog Ethik über folgende Webadresse:

Stiftung Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich
Tel.: +41 (0)44 252 42 01
Fax: +41 (0)44 252 42 13
E-Mail: info@dialog-ethik.ch
Web: www.dialog-ethik.ch

Webadressen zum digitalen Bezug der Broschüre:

Stiftung Dialog Ethik:
www.dialog-ethik.ch/praekonzeptionelle-beratung
Psychiatrie St.Gallen Nord:
www.psgn.ch/gynaekopsychiatrie
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd:
<https://to.psych.ch/gynaeko>

9.2 Einsatz in der Beratung

Die vorliegende Broschüre kann im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen präkonzeptionellen Beratung von Ihrer Ärztin beziehungsweise Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin beziehungsweise Ihrem Psychotherapeuten eingesetzt werden. Sprechen Sie Ihre behandelnde Fachperson darauf an. Fachpersonen empfiehlt sich die Nutzung der Empfehlungen. Über die oben aufgeführten Webseiten stehen Ihnen und Ihrer behandelnden Fachperson weitere, ausführliche Informationen zum Thema bereit.

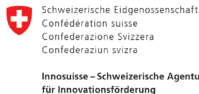
10 Impressum

Redaktion und Herausgeber: Stiftung Dialog Ethik, Zürich; Psychiatrieverbunde Nord und Süd des Kantons St.Gallen

Autorinnen und Autoren: Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Dr. med. Jacqueline Binswanger, Dr. med. Antje Heck, Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius, MSc Rahel Altwegg

Finanzierung: Das Projekt unter dem Titel «Kinderwunsch psychisch kranker Frauen», in dessen Rahmen vorliegende Broschüre entstanden ist, wurde zu gleichen Teilen mitfinanziert durch die Psychiatrieverbunde Nord und Süd des Kantons St.Gallen sowie die Schweizer Bundesagentur Innosuisse, die Projekte zwischen Forschung und Praxis aus Bundesmitteln unterstützt. Das Vorprojekt zur Vorbereitung und Planung des vorliegenden Projektes wurde finanziell unterstützt durch die Sophie von Liechtenstein Stiftung.

psychiatrie
st.gallen
nord



Mögliche Interessenskonflikte: Es bestehen keine Interessenskonflikte. Die an der Erstellung der Broschüre beteiligten Fachleute hatten keine finanziellen Interessen.

Fachberatung: Die vorliegende Broschüre entstand unter Mitarbeit und Beratung einer interprofessionell zusammengesetzten Begleitgruppe. Der Begleitgruppe gehörten an MSc Rahel Altwegg, Dr. med. Paola Barbier Colombo, lic. phil. Sabine Bitter, Dr. med. univ. Angela Brucher, MAS und Mediator SDM Jürg Engler, Dr. med. Tina Fischer, Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser, Sozialpädagogin FH Bruno Gschwend, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Pflegeexpertin HöFaII/FH/MAS Hildegard Huber, Dr. med. Anette Lang-Dullenkopf, Prof. Dr. med. Brigitte Leeners, PD Dr. med. Thomas Maier, Dr. med. Jürg Nadig-Lüdy, Dr. med. lic. theol. Diana Meier-Allmendinger, Dr. med. Jürg Pfisterer-Graber, MAS Rosa Plattner, Mag. Dr. BA. Beate Priewasser, Dr. med. Silvia Reisch-Fritz, lic. phil. Elena Rezzonico und MA Joel Walder. Weitere Expertinnen und Experten, die bei der Erstellung der Broschüre beteiligt waren, sind Dr. med. Antje Heck (Co-Autorin der psychopharmakologischen Ausführungen) und Prof. Dr. med. Erich Seifritz (Co-Autor der Ausführungen zu Genetik und Epigenetik). Die Erstellung der Broschüre (Fragen zur Bindungsforschung) wurde ausserdem begleitet durch BSc Pauline Bihari Vass und MSc Adelheid Lang (zusammen mit Mag. Dr. BA. Beate Priewasser). Weitere Expertise zu rechtlichen Fragen kam von Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag.

Informationsquellen: Die Broschüre wurde auf Grundlage des aktuellen Standes des Wissens durch die Autorinnen und Autoren zusammen mit den unter «Fachberatung» aufgeführten Personen erstellt. Die Inhalte der Broschüre orientieren sich an den Empfehlungen für Fachpersonen unter dem Titel «Integrierte psychiatrisch psychotherapeutische präkonzeptionelle Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter». Im Vorfeld der Erstellung der Broschüre und der Empfehlungen wurden unter anderem 20 Interviews mit betroffenen Frauen und weitere Einzelinterviews mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Bei der Auswahl und Nutzung der genutzten wissenschaftlichen Quellen wurden die Kriterien der evidenzbasierten Medizin zugrunde gelegt. Die verwendeten Quellen sind unter «Literaturverzeichnis» aufgeführt. Die interviewten Frauen wurden später angefragt, Rückmeldungen zu einer ersten Version der Broschüre zu geben, um das vorliegende Informationsmaterial zu verbessern.

Qualitätskontrolle: Die Qualitätskontrolle der Broschüre wurde über die interprofessionell zusammengesetzte Begleitgruppe sowie weitere externe Expertinnen und Experten gewährleistet (vgl. Anmerkungen unter «Fachberatung»). Die Erstellung der Broschüre orientierte sich an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und an den «Qualitätskriterien für Patienteninformationsmaterialien und Entscheidungshilfen», die gemeinsam von der Stiftung Dialog Ethik und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte entwickelt wurden (vgl. Stiftung Dialog Ethik & FMH 2018). Eine frühere Version der Broschüre wurde im Rahmen eines Vernetzungsprojektes mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) gemäss dieser Qualitätskriterien geprüft. Ergebnisse

aus dieser Prüfung sind in die Überarbeitung der Broschüre eingeflossen.

Gestaltung und Realisation: Ewa Christina Ming, Gidon Wessner, ming agentur ag (Zürich); Carmelo Di Stefano, Stiftung Dialog Ethik (Zürich)

Titelbild und Grafiken: Ewa Christina Ming, Gidon Wessner, ming agentur ag (Zürich)

Lektorat: Dr. rer. nat. Doris Kliem, Urbach (Deutschland)

Stand und Auflage: 25. Oktober 2021, 0. Auflage (interne Erstauflage)



Die Herausgeber:

DIALOG ETHIK
Wissen und Kompetenz
im Gesundheitswesen

www.dialog-ethik.ch

**psychiatrie
st.gallen
nord**

www.psgn.ch

 **Psychiatrie-Dienste Süd**

www.psych.ch