

Dokumentation des Fachgespräches

**Psychosoziale Beratung bei
medizinisch assistierter Fortpflanzung**

und

**Kooperation mit
reproduktionsmedizinischen Praxen /
Kinderwunschzentren**

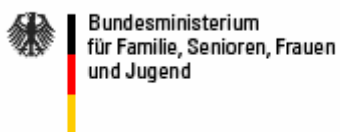
19. November 2008 in Frankfurt am Main

Veranstalter: pro familia-Bundesverband

Impressum

© 2009, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Telefon 069 / 63 90 02, Telefax 069 / 63 98 52, E-Mail: info@profamilia.de, www.profamilia.de

Der pro familia-Bundesverband wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)



Inhalt

Inhalt.....	3
Zum Thema	4
Resümee	5
Ulla Ellerstorfer: Begrüßung	6
Dr. Tewes Wischmann: Psychosoziale Beratung vor, während und nach der Anwendung von Methoden der technisch assistierten Fortpflanzung	7
Dr. Michael Thaele: Alltag in der reproduktionsmedizinischen Praxis – Möglichkeiten der Kooperation mit psychosozialer Beratung	14
Dorothee Kleinschmidt: Gelungene Kooperation zwischen Beratungsstelle und reproduktionsmedizinischer Praxis – So kann die Zusammenarbeit gelingen	19
Diskussion.....	25
TeilnehmerInnenliste.....	26

Zum Thema

Das Fachgespräch „Psychosoziale Beratung vor, während und nach der Anwendung von Methoden der medizinisch assistierten Fortpflanzung und Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Praxen / Kinderwunschzentren“ fand am 19. November 2008 in Frankfurt am Main statt.

Es war die Fortsetzung einer Reihe von Initiativen des pro familia-Bundesverbandes zum Thema. Bereits in den Jahren 2001 und 2005 fanden im Rahmen der Bundesmitgliederversammlung zwei Fachtagungen statt¹, bei denen politisch-ethische, rechtliche und beraterische Fragen der Reproduktionsmedizin diskutiert wurden. Im pro familia-Familienplanungsrundbrief werden regelmäßig die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus diesem Themenbereich vorgestellt. Auch in verschiedenen Ausgaben des pro familia-Magazins wurden immer wieder Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin und die Wünsche und Beratungsanliegen von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch diskutiert. Seit Ende der 1990er Jahre bietet der pro familia-Bundesverband zudem in unregelmäßigen Abständen Weiterbildungen für pro familia-Fachkräfte zum Thema an.

Die seit 2004 reduzierten Kassenleistungen im Bereich der medizinisch assistierten Befruchtung haben dazu geführt, dass das Recht auf Zugang zu reproduktionsmedizinisch assistierter Befruchtung für ökonomisch schlechter gestellte Frauen und Paare eingeschränkt wurde. Unverheiratete Paare und Homosexuelle sind von assistierter Fortpflanzung ganz ausgeschlossen, denn nach den allgemeinen Richtlinien der Bundesärztekammer werden reproduktionsmedizinische Verfahren zur Befruchtung grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewendet. Dass Personen aus finanziellen Gründen, aufgrund ihres Familienstandes oder ihrer sexuellen Orientierung von Maßnahmen der medizinisch assistierten Reproduktion in Deutschland ausgeschlossen werden, muss weiterhin im Fokus von pro familia bleiben und gerade diesen Personengruppen sollte in der Beratung Hilfestellung angeboten werden.

Trotz des Bedeutungszuwachses der medizinisch assistierten Befruchtung insgesamt – und die Dynamik der Entwicklung ist beeindruckend – werden die Angebote der institutionellen Beratung vor, während und nach einer Behandlung nicht entsprechend nachgefragt – die Gründe für diese Diskrepanz sind allerdings bisher nicht geklärt.

Angebote und fachliche Standards müssen daher analysiert, differenziert bearbeitet und weiterentwickelt werden.

Hier stellen sich insbesondere folgende Fragen:

- Welche Beratungsangebote von Frauen und Paaren werden vor, während bzw. nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung in Anspruch genommen?
- Wie soll der Ausbau /die Differenzierung der psychosozialen Beratungsangebote für kinderlose Frauen und Paare nach den verschiedenen Stadien der Entscheidungsfindung bzw. Behandlung weiterentwickelt werden?
- Ob und wie ist der Auf- und Ausbau von Kooperationen mit reproduktionsmedizinischen Praxen / Kinderwunschzentren zu realisieren?
- Wie sollte die Öffentlichkeits- und Informationsarbeit für das Recht auf Zugang von Frauen und Paaren zu Methoden der technisch assistierten Befruchtung lokal und überregional aussehen? Wie kann sie verbessert werden?

¹ Forum „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“ am 21. Mai 2005 in Erfurt, Fachtagung „Reproduktionsmedizin und weibliche Autonomie“ am 4. Main 2001 in Berlin.

Resümee

Die Veranstaltung hat den Bedarf an psychosozialer Beratung bei Paaren, die vor, in oder nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung stehen, deutlich gemacht.

pro familia ist in der Lage, diese Paare qualifiziert zu beraten.

BeraterInnen müssen dafür ständig weiterqualifiziert werden, denn der technologische Fortschritt ist rasant und der Fortbildungsbedarf und die Anforderungen an die Qualitätssicherung sind hoch. Der Bundesverband bietet seit den 1990er Jahren eine Fortbildung für BeraterInnen zu diesem Thema an und es wurde angeregt, die Fortbildungsmöglichkeiten auszubauen.

Ogleich die Beratungskompetenz in den pro familia-Beratungsstellen vorhanden ist, ist die Zielgruppe meist schwer erreichbar. Dieser Aspekt wurde in der konstruktiven Diskussion unter der Leitung von Prof. Dr. Frank Louwen im Laufe der Veranstaltung immer wieder thematisiert.

Die Möglichkeiten, einen engeren Kontakt zu ReproduktionsmedizinerInnen herzustellen, waren dabei wichtige Diskussionspunkte. Häufig müssen auf lokaler Ebene Berührungspunkte abgebaut und ein Klima gegenseitiger Wertschätzung aufgebaut werden, um im Sinne der KlientInnen eine umfassende Versorgung anbieten zu können.

Die Vorträge von Dorothee Kleinschmidt und Dr. Michael Thaele haben, einmal aus der Sicht einer pro familia-Medizinerin/Beraterin, einmal aus der Sicht eines Reproduktionsmediziners, gezeigt, dass eine Kooperation zwischen BeraterInnen und ÄrztInnen nötig und sinnvoll ist. Die ReferentInnen haben Wege aufgezeigt, wie eine solche Kooperation sinnvoll gestaltet werden kann. Es wurden darüber hinaus auch Vorschläge gemacht, wie das Beratungsangebot bekannt gemacht werden kann (Poster, Flyer, Internet, Aktionstage...). Diese Aspekte hat die anschließende Diskussion noch vertieft.

Im Laufe der Diskussion wurde außerdem deutlich, dass die innerverbandliche Diskussion über den Bereich Reproduktionsmedizin weitergeführt werden muss, mit dem Ziel, klare Positionen zu formulieren. Dies würde auch die Beraterinnen unterstützen, die in der Beratung immer wieder zu diesen Themen Stellung beziehen müssen, aber auch die (fach-)politische Debatte und Einflussnahme der pro familia für das Recht auf Selbstbestimmung und Umsetzung der sexuellen und reproduktive Gesundheit ermöglichen und stärken. Eine Beteiligung der pro familia am Diskussionsprozess im Bereich Reproduktionsmedizin ist auch insofern wichtig – und damit schließt sich der Kreis und wir kehren zurück zur konkreten Beratungstätigkeit –, als sie in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein dafür entstehen lässt, dass sich bei pro familia kompetente, unabhängige und klientenorientierte Ansprechpartner für die Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch finden.

Ulla Ellerstorfer, Bundesvorstand pro familia

Begrüßung

Die heutige Fachtagung thematisiert die Frage, wie pro familia ihr Angebot psychosozialer Beratung für Frauen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch strukturell und beraterisch weiterentwickeln kann. Mit diesen Anliegen befasst sich der Verband, sie liegen auf der Hand und bedürfen sicher keiner einführenden Worte. Deswegen möchte ich einige Überlegungen an den Anfang der Veranstaltung stellen, die die Fragestellung in einen größeren Zusammenhang einordnen.

Die Reproduktionsmedizin betreffend kursieren eine Reihe von Vorurteilen in der Öffentlichkeit. Auf der einen Seite stehen die nicht einlösbaren Versprechungen der reproduktionsmedizinischen Forschung, jedem Paar mit unerfülltem Kinderwunsch zum Kind zu verhelfen; vor dem Hintergrund eines aus demographischen Statistiken herausgelesenen und gleichsam apokalyptisch hochstilisierten deutschen Bevölkerungsrückgangs gewinnen solche Versprechungen an Suggestivkraft. Auf der anderen Seite warnen kritische Stimmen vor einer bedrängenden, insgesamt vorrangig riskanten Reproduktionsmedizin mit bislang ungeklärten psychologischen Auswirkungen. Die Gesundheitspolitik hat zudem ein Zweiklassensystem etabliert, innerhalb dessen nicht mehr jedem Menschen gleichermaßen Zugang zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen gewährt wird. Sowohl die deutsche Gesetzgebung mit einem Gesetz, das mit der wissenschaftlichen Weiterentwicklung nicht Schritt hält, als auch die Ethikdebatte schweben in Bezug auf die Reproduktionsmedizin hoch über der Realität der betroffenen Menschen.

Diese Realität ist geprägt von Einzelschicksalen von Frauen und Männern, die sich ein leibliches Kind wünschen und denen auf medizinischem Weg vielleicht geholfen werden kann. An dieser Stelle stellt sich eine Frage, die wir heute intensiv diskutieren wollen, nämlich zu welchem Zeitpunkt – zu Beginn, während und/oder nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung – Betroffene psychosoziale Beratung wünschen und brauchen und wie diese Beratung aussehen soll. Außerdem sollte im Erfahrungsaustausch auch diskutiert werden, wie stark ein solches Angebot nachgefragt wird.

Wir wollen in unserem internen Dialog von pro familia BeraterInnen, zu dem auch ein Reproduktionsmediziner und ein externer psychosozialer Berater eingeladen wurden, versuchen zu klären, ob ein für eine Kooperation notwendiges Vertrauensverhältnis zwischen der Reproduktionsmedizin und der psychosozialen Beratung bei pro familia besteht oder ob und wie dieses hergestellt werden kann und sollte. Thema sollte auch ganz konkret sein, wie ein Kontakt zu ReproduktionsmedizinerInnen aufgenommen und ein Dialog angestoßen werden kann.

Die Klärung dieser Fragen kann uns als Verband einen Schritt weiter führen auf dem Weg zu unseren KlientInnen von heute und morgen und uns dabei helfen, eine klientenorientierte institutionelle Beratung nachfrageorientiert zu platzieren, die als oberstes Ziel hat, Menschen in ihrem Recht auf Selbstbestimmung zu unterstützen.

Dr. Tewes Wischmann, Universität Heidelberg

Psychosoziale Beratung vor, während und nach der Anwendung von Methoden der technisch assistierten Fortpflanzung

Die Ausgangslage: ungewollte Kinderlosigkeit als emotionale Krise

Bevor die Chancen und Möglichkeiten von psychosozialer Beratung bei technisch assistierter Reproduktion fokussiert werden, soll kurz die Ausgangslage in medizinischer wie demographischer Hinsicht skizziert werden.²

Betrachtet man die Zahlen, so wird deutlich, dass ungewollte Kinderlosigkeit kein Randproblem ist: 3 bis 9 % der Paare mit Kinderwunsch gelten als ungewollt kinderlos, das sind schätzungsweise 0,5 bis 1,5 Millionen Paare. Die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare steigt zudem stetig an, was vor allem am Anstieg des Alters der Erstgebärenden liegt, das 1977 bei durchschnittlich 24,9 Jahren in West- und 21,7 Jahren in Ostdeutschland lag und bis 2004 im Osten auf 28,4 und im Westen sogar auf 30,5 Jahre anstieg.

Auch in Folge dieser Entwicklung verdoppelte sich die Anzahl aller reproduktionsmedizinischen Behandlungen in den letzten elf Jahren: Gab es 1997 in Deutschland 30.676 Behandlungen, so waren es 2007 64.578 Behandlungen – die Spitze von 105.854 Behandlungen im Jahr 2003 ist dabei zu vernachlässigen, weil sie sich aus der neuen Vergütungssituation in Deutschland erklärt.³

Die Behandlungen nahmen also signifikant zu, die Lebendgeburten- oder „baby-take-home“-Rate liegt allerdings pro begonnenem IVF- bzw. ICSI-Zyklus relativ konstant bei ca. 14 % (± 6 %) und insgesamt nach drei durchgeführten Behandlungszyklen durchschnittlich bei unter 50 %.

Viele Studien weisen nach, dass Infertilität von den Betroffenen als schwere emotionale Krise empfunden wird. Wenn keine medizinischen Gründe für die Infertilität vorliegen, wird diese – obwohl die Prävalenz psychogener Infertilität nur auf etwa 5 % zu schätzen ist – häufig automatisch für psychogen gehalten, was die Paare zusätzlich mit Schuldgefühlen belasten kann.⁴

Eine Untersuchung mit Paaren, die sich im Laufe einer reproduktionsmedizinischen Behandlung in psychosozialer Beratung befanden, offenbarte, dass Frauen und Männer ungewollte Kinderlosigkeit tendenziell unterschiedlich erleben. Während die Frauen stark unter der Kinderlosigkeit litten und sich eher depressiv und subjektiv überfordert fühlten, stand bei den Männern die Unzufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft im Vordergrund und sie betonten die Depressivität der Partnerin. Männer wie Frauen konnten sich eine psychische Ursache der Kinderlosigkeit vorstellen, aber Frauen begründeten dies eher mit ihrer subjektiven Überforderung und Männer mit sexuellen und partnerschaftlichen Problemen.⁵ Selbst- und Fremdbilder können dabei erheblich differieren und die Kommunikation innerhalb der Partnerschaft erschweren oder gänzlich blockieren.

Die reproduktionsmedizinische Behandlung selbst bedeutet zusätzlich eine starke psychische Belastung, die mit der Zahl erfolgloser Behandlungszyklen zunimmt. Insbesondere

² Übersichtsarbeit zur gesamten Thematik: Wischmann 2008a

³ DIR 2008.

⁴ Wischmann 2006.

⁵ Wischmann et al. 2009.

die Wartezeit nach dem Embryotransfer stellt für viele Frauen eine extrem belastende Phase innerhalb der Behandlung dar.⁶ Aus der hohen emotionalen Belastung erklärt sich auch, dass über die Hälfte der Paare nicht alle Behandlungszyklen in Anspruch nehmen, selbst wenn die Kosten komplett von den Versicherungen getragen werden. Zwei Drittel der Frauen brachen laut dem Deutschen IVF-Register im Jahr 2006 nach zwei Zyklen die Behandlung ab und nur ein Promille hielt länger als zehn Zyklen durch.⁷

Bedarf an psychosozialer Beratung

Gemäß einer Studie von Greil und McQuillan von 2004 stand die Inanspruchnahme professioneller Hilfe eines Therapeuten oder Psychoexperten bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich nicht in medizinischer Behandlung befanden, mit 8,2 % fast an letzter Stelle der angebotenen Hilfeleistungen, hinter dem Kontakt einer Selbsthilfegruppe, eines Alternativmediziners oder dem Recherchieren von Informationen aus unterschiedlichen Quellen wie wissenschaftlicher Literatur, Zeitschriften, Internet etc. 66,4 % dieser Frauen favorisierten den Austausch mit Freunden und Familie, also mit dem direkten sozialen Umfeld, und kurz dahinter den Austausch mit Menschen, die die gleiche Erfahrung gemacht haben. Bei Frauen, die sich in medizinischer Behandlung befanden, stieg zwar insgesamt das Hilfebedürfnis an, aber die Rangfolge änderte sich kaum und das Bedürfnis nach professioneller therapeutischer Hilfe lag mit ca. 15 % weiterhin an vorletzter Stelle, während der Austausch mit Freunden und Familie die Skala mit 83 % anführte.⁸

In anderen Studien wurde deutlich, dass ein höherer Bedarf an schriftlichen Informationen besteht, so dokumentierten Souter et al. 1998, dass von 806 Frauen nur 33 % schriftliche Informationen von ihrer Klinik zur reproduktionsmedizinischen Behandlung erhielten, sich aber 78 % mehr Informationen in schriftlicher Form gewünscht hätten. Dabei haben Frauen insgesamt einen leicht höheren Informationsbedarf als Männer und ein deutlich größeres Bedürfnis nach Kontakt mit anderen Betroffenen.

Der Bedarf an psychosozialer Beratung nach einer erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlung liegt aus Sicht der Ärzte bei ca. 50 %, befragt man jedoch die Paare, so sinkt er um die Hälfte auf ca. 25 % ab. Auch in den anderen Stadien der Behandlung, also in individuellen Krisensituationen, begleitend zu medizinischen Eingriffen, während der Wartephasen nach Embryotransfer, oder während der gesamten Behandlung schätzten Ärzte den Beratungsbedarf deutlich höher ein als ihre PatientInnen. Nur vor Beginn einer Behandlung oder bei Diagnosestellung sahen Betroffene wie Ärzte den Beratungsbedarf annähernd gleich bei um die 35 %, obgleich die Mediziner auch hier leicht höher lagen.

Das mangelnde Vertrauen von Patientinnen in die psychologische Beratung begründen diese vor allem mit Angst vor Stigmatisierung (27 %) und Angst vor Labilisierung (18 %). 21 % der Befragten bei einer Umfrage in einer Frauenklinik zweifelten an der Wirksamkeit der Beratung und 18 % gaben an, genügend eigene Bewältigungsressourcen zu haben und eine zusätzliche psychologische Betreuung nicht zu benötigen.⁹

Studien aus der Schweiz und Großbritannien belegten jedoch, dass die psychosoziale Beratung eine hohe Akzeptanz erreicht, wenn sie als integraler Bestandteil der Behandlung angeboten wird. Hier können Akzeptanzraten von bis zu 80 % erreicht werden, sofern Ziele und Verlauf der Beratung den PatientInnen von Beginn an kommuniziert werden.¹⁰

⁶ Wischmann 2008a.

⁷ DIR 2007.

⁸ Wischmann 2009.

⁹ Wischmann 2003.

¹⁰ Wischmann 2009.

Ob Paare, die durch reproduktionsmedizinische Maßnahmen Eltern geworden sind, Schwierigkeiten mit der Integration ihrer vorherigen Fertilitätsstörung in ihre Elternschaft haben und ob sie deshalb einer speziellen psychosozialen Betreuung bedürfen, ist noch weitgehend ungeklärt. Auch die Beratung von Familien mit Mehrlingen nach Maßnahmen der assistierten Reproduktion wurde bisher nicht systematisch evaluiert.¹¹

Erwartungen an psychosoziale Beratung

Die Erwartungen an eine psychologische Beratung sind dabei recht unterschiedlich. In Heidelberg wurden Paare, die an einer reproduktionsmedizinischen Behandlung teilnahmen, auf ihre Erwartungen an die psychologische Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch hin befragt.¹² Während 21 % der befragten 648 Frauen und 414 Männer Hilfe im Umgang mit ihrer Kinderlosigkeit erwarteten, erhofften sich fast 13 % eine Ursachenklärung und etwa 10 % eine Minderung des psychischen Drucks, unter 10 % erhofften sich jeweils Unterstützung in ihrer spezifischen emotionalen Notlage, so die Lösung psychischer oder partnerschaftlicher Probleme, Hilfe bei Neuorientierungen, Austausch, Abbau von Angst und anderen Hemmungen. Ca. 13 % setzten keine Hoffnungen in die psychologische Beratung und etwa 10 % hatten keine Meinung dazu.

Eine in Australien vorgenommene Befragung von Frauen, die vor zwei bis drei Jahren an einer reproduktionsmedizinischen Behandlung teilgenommen hatten, ergab, dass 90 % dieser Frauen eine behandlungsbegleitende psychologische Beratung, wie sie in Australien als Standard angeboten wird, unterstützten. 80 % der befragten Frauen wünschten sich eine spezielle Beratung über die Möglichkeiten und Chancen eines Behandlungsabbruchs, allerdings gaben nur 16 % der Frauen, die die Behandlung tatsächlich abbrachen, an, dass die angebotene Beratung ihnen bei der Beendigung der Behandlung hilfreich war. Aus dieser Diskrepanz erweist sich, dass der richtige Zeitpunkt, die reproduktionsmedizinische Behandlung zu beenden, auch in der Kinderwunschberatung nach wie vor ein Tabuthema ist.¹³

Ziele psychosozialer Beratung für ungewollt kinderlose Paare

Zunächst sollte klar ausgesprochen werden, dass höhere Schwangerschaftsraten nicht Ziel einer seriösen psychosozialen Beratung sein können.¹⁴ Das Geschäft mit der Hoffnung blüht, wie man aus vielerlei Berichten und pseudowissenschaftlichen Untersuchungen ersehen kann, wo Frauen wie durch ein Wunder aufgrund von Geistheilern, Gebeten, spezifischen Säften oder besonderen Situationen plötzlich trotz gegenteiliger medizinischer Diagnose spontan schwanger wurden. Hier handelt es sich allerdings durchweg um unseriöse Angebote.

Die psychosoziale Beratung für ungewollt kinderlose Paare bietet hingegen in erster Linie eine Hilfestellung zur Bewältigung einer in dem unerfüllten Kinderwunsch begründeten emotionalen Krisensituation und muss insofern auf die individuellen Probleme der Paare eingehen.¹⁵

So sollten den Paaren Entscheidungshilfen in Hinsicht auf anstehende medizinische Therapieschritte angeboten werden, aber auch Hilfestellung bei Paarkonflikten, die sich

¹¹ Wischmann 2008a.

¹² Wischmann 2004.

¹³ Wischmann 2009.

¹⁴ Wischmann 2009.

¹⁵ Stammer et al. 2004.

aus der belastenden emotionalen Situation ergeben. Außerdem sollte Wert darauf gelegt werden, die Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärzten und dem Umfeld zu verbessern, um eine bessere Bewältigung der Situation zu erreichen. Ein wichtiger Aspekt ist es auch, die Akzeptanz eines Lebens ohne leibliche Kinder zu fördern und die Möglichkeit einer erfolglosen Therapie von Anfang an in das Beratungsgespräch einzubeziehen. Zudem sollte man die Paare bei der Findung alternativer Perspektiven unterstützen. Der Abschied vom Kinderwunsch, der die Wertschätzung und Anerkennung der vorangehenden Phase ebenso umfasst wie die Neuorientierung, ist ein wichtiger Weg, den die Beratung positiv begleiten kann. Allerdings ist die Wirksamkeit von Interventionen zum Abschied vom Kinderwunsch bisher nicht systematisch evaluiert.

In diesem Zusammenhang muss auch bedacht werden, dass viele wissenschaftliche Studien nur geringe Unterschiede in der Lebensqualität und der Lebenssituation von ungewollt kinderlos gebliebenen Paaren und Eltern festgestellt haben. Dabei ist es prognostisch günstig, wenn die Betroffenen eine positive Neubewertung ihrer Lebenssituation vornehmen, diese akzeptieren und aktiv nach Alternativen und neuen sozialen Kontakten suchen. Ungünstig ist hingegen, wenn sich die KlientInnen in passives Grübeln und ein Gefühl der Machtlosigkeit zurückziehen, das aus einer einseitigen Fokussierung auf den Kinderwunsch resultiert.¹⁶ Insgesamt muss hier allerdings beachtet werden, dass etwa ein Drittel der Paare, die trotz Behandlung kinderlos blieben, nicht an weiteren Umfragen teilnimmt.¹⁷

Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei medizinisch assistierter Reproduktion

Der internationale Zusammenschluss von Beratungsorganisationen bei unerfülltem Kinderwunsch „International Infertility Counselling Organization (IICO)“ hat Mitglieder aus 13 Ländern (Stand 2008) und bietet auf seiner Website einen knappen Vergleich der Beratungsstandards in unterschiedlichen Ländern der Welt (www.iffs-iico.org). Im Folgenden soll die Situation in einigen dieser Länder, insbesondere aber in Deutschland, näher vorgestellt werden.

Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages hat in ihrem Bericht zu „Recht und Ethik der modernen Medizin“ von 2002 auch die Beratung bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen angesprochen und formulierte folgende Forderungen:

- Einrichtung von Schwellen abbauend wirkenden Beratungsangeboten, auch unabhängig von reproduktionsmedizinischen Zentren.
- Aufklärung der Gynäkologen und der Öffentlichkeit zu allen Aspekten von Fruchtbarkeitsstörungen.
- Psychosoziale Beratung bereits vor geplanten Maßnahmen der assistierten Reproduktion, einschließlich dreimonatiger Bedenkzeit.
- Beratungsangebot als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Qualifikation der BeraterInnen: Erfahrung in der Paarberatung, Kenntnis der psychosozialen Faktoren bei ungewollter Kinderlosigkeit, Wissen um den aktuellen Stand der medizinisch assistierten Reproduktion.

Diese Forderungen können als vorbildlich gelten und ihre flächendeckende Umsetzung ist unbedingt anzustreben.

¹⁶ Strauß et al. 2004.

¹⁷ Wischmann 2008a.

Die Bundesärztekammer hat 2006 eine „(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ herausgegeben, in der beispielsweise unter Punkt 3.2.2. auch psychosoziale Aspekte aufgeführt sind, die in eine Beratung einfließen sollen. So soll die Beratung auf psychische Belastungen unter der Therapie und mögliche Auswirkungen auf Paarbeziehung und Sexualität eingehen, depressive Reaktionen bei Misserfolg auffangen, den Leidensdruck abmildern, aber auch Alternativen anbieten sowie in Belastungssituationen bei Mehrlingen nach Therapie helfen.¹⁸ Die Durchsetzung dieser Maßnahmen wird dann jedoch nur als eine Empfehlung formuliert: „Die regelmäßige Kooperation mit einer Humangenetikerin/einem Humangenetiker und einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten muss gewährleistet sein. Es empfiehlt sich weiterhin eine Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle.“¹⁹ Explizit erwähnt wird die psychosoziale Beratung nochmals bei der heterologen Insemination, wo sie zwar deutlicher empfohlen, aber ebenfalls nicht verpflichtend gemacht wird: „Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.“²⁰

Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch hat das „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V.“ (BKID) herausgegeben (unter www.bkid.de/richtlinien.pdf abrufbar)²¹ sowie Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende, die ein spezielles Beratungsangebot erfordert (unter www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf abrufbar)²². BKID ist ein multiprofessioneller Zusammenschluss von BeraterInnen mit Erfahrung in der psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch. Der Arbeitsschwerpunkt des Vereins liegt auf allen Fragen in Zusammenhang mit Fertilitätsstörungen und der psychosozialen Beratung und Begleitung bei Kinderwunsch und umfasst auch Diskussion und Information in diesem Bereich sowie Qualifizierungsmaßnahmen für Berater. BKID hat Kriterien für die Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch entwickelt, die von allen BKID BeraterInnen zu erfüllen sind und die auch die Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich umfassen (online unter www.bkid.de/selbst.html). Als zertifiziertes Mitglied von BKID wird man in die BeraterInnenliste von BKID aufgenommen, die im Internet zur Verfügung steht.

Kurz soll nun noch die internationale Situation skizziert werden.

In Großbritannien werden alle Maßnahmen der assistierten Reproduktion von der unabhängigen Körperschaft des öffentlichen Rechts „Human Fertilisation and Embryology Authority“ (HFEA) überwacht. Laut deren Leitlinien muss auf die Möglichkeit der Beratung hingewiesen werden, sie ist aber nicht verpflichtend. Bei Eizell- bzw. Embryonenspende wird allerdings in der Praxis nicht ohne Beratung weiterbehandelt. Die BeraterInnen können, müssen aber nicht durch die „British Infertility Counselling Association“ (BICA) akkreditiert sein.

Eine verpflichtende Beratung vor jeglichen Maßnahmen der assistierten Reproduktion gibt es nur in Victoria/Australien. In den anderen Staaten Australiens und in Neuseeland gilt nur bei Gametenspende ebenfalls verpflichtende Beratung. Die Akkreditierung der Berater durch die „Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association“ (ANZICA) wird empfohlen.

In den USA wird die Beratung zwar von der „American Society for Reproductive Medicine“

¹⁸ BÄK, S. A 1396.

¹⁹ BÄK, S. A 1397.

²⁰ BÄK, S. A 1397.

²¹ Kleinschmidt et al. 2008.

²² Wischmann 2008b, Thorn & Wischmann 2008.

(ASRM) empfohlen, aber es gibt keine Regulierungsbehörde. Qualifikationsrichtlinien für BeraterInnen liegen vor, sie sind aber nicht verpflichtend.

Zusammenfassung und Ausblick

Es wurde dargelegt, dass ca. 15 bis 20 % der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch eine psychosoziale Beratung benötigen. Allerdings gibt es eine Diskrepanz zwischen Beratungswunsch und Inanspruchnahme dieser Hilfestellung, die sich aus Furcht vor Stigmatisierung und Labilisierung sowie aus einem Informationsdefizit erklären lässt.

Wenn die psychosoziale Beratung integraler Bestandteil der Kinderwunschtherapie ist und deren Inhalte transparent sind, erhöhen sich die Akzeptanzraten signifikant. So nehmen an der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg, wo die Beratung integraler Bestandteil der Behandlung ist, bis zu 40 % der PatientInnen diese wahr. Die psychosoziale Beratung wirkt vor und während Maßnahmen der assistierten Reproduktion schnell und effektiv, zum Teil schon nach fünf Sitzungen. Nach Abschluss der reproduktionsmedizinischen Behandlung ist der Beratungseffekt allerdings noch nicht evaluiert.

Abschließend sollen die zentralen Maßnahmen, die in Deutschland im Bereich der psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch in naher Zukunft umgesetzt werden müssen, nochmals zusammengefasst werden:

- Bereitstellung eines niederschweligen (flächendeckenden und kostenfreien) psychosozialen Beratungsangebots vor, während und nach allen Maßnahmen der medizinisch assistierten Reproduktion sowie unabhängig davon.
- Umsetzung der Empfehlungen der Enquete-Kommission von 2002.
- Standardisierung der (Weiter-)Qualifikation der psychosozialen BeraterInnen (z.B. nach Richt- und Leitlinien sowie Selbstverpflichtung und Weiterbildungskatalog von BKiD).
- Ausgleich von Informationsdefiziten in der Öffentlichkeit über psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen/Auswirkungen der medizinisch assistierten Reproduktion.
- Aufgrund der speziellen Implikationen verbindlicher Charakter der psychosozialen Beratung bei Gametenspende und Dokumentation dieser spezifischen Beratung.

Liste der zitierten Literatur:

- BÄK: (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Novelle 2006. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A 1392-A 1403 (online unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Kuenstbefrucht_pdf.pdf)
- Deutscher Bundestag: Schlussbericht der Enquete-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin". Berlin 2002 (online unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/090/1409020.pdf>)
- DIR. Deutsches IVF-Register: Jahrbuch 2006. Bad Segeberg 2007 (online unter <http://www.deutsches-ivf-register.de>)
- DIR. Deutsches IVF-Register: Jahrbuch 2007. Bad Segeberg 2008 (online unter <http://www.deutsches-ivf-register.de>)
- Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg.). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer, Stuttgart 2008
- Stammer H, Verres R, Wischmann T. Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Göttingen: Hogrefe 2004
- Strauß B, Brähler E, Kentenich H. Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer 2004
- Thorn P, Wischmann T. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J Reproduktionsmed Endokrinol 2008; 6: 147–152 (online unter <http://www.kup.at/reproduktionsmedizin>)
- Wischmann T: Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. Der Gynäkologe, 2003; 36: 125-136 (online unter <http://www.dr-wischmann.de>)
- Wischmann T: Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde. Psychosomatische Beratungs- und Betreuungskonzepte für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Habilitationsschrift, Universität Heidelberg, 2004
- Wischmann T. Psychogenese von Fertilitätsstörungen: eine Übersicht. Geburtsh Frauenheilk 2006; 66: 34–43
- Wischmann T: Psychologische Aspekte bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. CME Prakt Fortbild Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol 2008a; 4: 194-209 (online unter <http://www.akademos.de/gyn>)
- Wischmann T. Psychosoziale Aspekte der Spendersamenbehandlung. Geburtsh Frauenheilk 2008b; 68: 1147-1153
- Wischmann T: Bedeutung einer begleitenden psychologischen Behandlung. In: Diedrich K, Bohlmann M (Hrsg.) Assistierte Reproduktion: Welche ergänzenden Therapieoptionen sind zur Verbesserung von Schwangerschaftsraten und Schwangerschaftsverläufen evidenzbasiert? Gynäkol Endokrinol 2009; 2 (im Druck)
- Wischmann T, Scherg H, Brähler E: Beziehungsmuster ungewollt kinderloser Paare im Gießen-Test. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 2002; 4: 409-426
- Wischmann T, Scherg H, Strowitzki Th, Verres R: Psychosocial Characteristics of Women and Men attending Infertility Counselling. Human Reprod 2009 (in print)

**Dr. Michael Thaele, reproduktionsmedizinisches Zentrum,
Saarbrücken und Kaiserslautern**

Alltag in der reproduktionsmedizinischen Praxis – Möglichkeiten der Kooperation mit psychosozialer Beratung

Ich möchte im Folgenden aus der Sicht eines Reproduktionsmediziners die Kooperationsmöglichkeiten und -chancen mit Personen oder Institutionen, die eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung anbieten, beschreiben. Mir ist es schon lange ein Anliegen, bei der Anwendung von Methoden der assistierten Reproduktion auch die psychologische Situation der Paare einzubeziehen und schon 1997 habe ich einen Artikel zu diesem Themenbereich verfasst.²³

Der unerfüllte Kinderwunsch bedeutet für viele Paare eine Störung des Selbstwertgefühls: Sie empfinden die Situation als Niederlage, der sie schicksalhaft unterworfen sind. Dieser primäre Konflikt kann aber auch in positive Energie verwandelt werden, so dass die Schwierigkeiten, ein eigenes Kind zu bekommen, zu Aufgabe und Ziel einer bestimmten Lebensphase werden. Hier ist die individuelle Wertung jedes Partners entscheidend, denn auch innerpartnerschaftlich reagiert der Einzelne häufig different. Es ist in diesem Zusammenhang sehr wichtig, Paare sowohl in ihrem gemeinsamen Kinderwunsch zu sehen als auch individuell zu differenzieren.

Unerfüllter Kinderwunsch – was nun?

Wenn sich nun für ein Paar nach einer bestimmten Zeit der Kinderwunsch nicht erfüllt, so wenden sie sich üblicherweise zunächst an einen Arzt ihres Vertrauens.

Dies ist für die große Mehrzahl der Paare sicherlich der richtige Weg, sie erfahren eine fachkompetente, gezielte Diagnostik in der Arztpraxis, an die sich gezielte therapeutische Schritte anschließen.

Meiner Erfahrung nach liegt die Rate der Paare, bei denen der unerfüllte Kinderwunsch auf einem Partnerschafts- oder Sexualkonflikt beruht, bei weniger als 1 %.

Wenn diese Gruppe auch realiter recht klein ist, so ist in der Praxis doch unbedingt darauf zu achten, gerade diese Beweggründe für einen unerfüllten Kinderwunsch richtig zu erkennen, da eine rein medizinische Behandlung in diesen Fällen völlig falsch wäre.

Für den behandelnden Arzt spielt in der Therapie bei unerfülltem Kinderwunsch auch die psychosoziale Beratung eine wichtige Rolle, sie gehört ebenso wie die medizinische Beratung zum Repertoire des Arztes und ist in ärztlichen Richtlinien klar geregelt.

Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

²³ Thaele 1997.

Richtlinien für die psychosoziale Beratung von ärztlicher Seite aus

Es gibt kein anderes Land, wo es so viele Festlegungen für die psychosoziale Beratung von ärztlicher Seite aus gibt wie in Deutschland.

In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/) ist unter Punkt 7 festgelegt: „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (...) dürfen nur durchgeführt werden, wenn die Ehegatten zuvor von einem Arzt, der die Maßnahmen nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden sind (...)“

Die Inhalte der Beratung sind dann unter Punkt 14 genauer ausgeführt und umfassen explizit die „individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung“ und unter Punkt 20 wird festgelegt, dass diese Beratung nur von Ärzten durchgeführt werden darf, die einen „Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung“ erworben haben.

Vor einer ICSI-Therapie ist zudem eine humangenetische Beratung vorgesehen, die das Paar allerdings ablehnen kann (Punkt 16 der RiLi des G-BA).

Die Bundesärztekammer empfiehlt die unabhängige „Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle“ in ihrer „(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ von 2006.²⁴

Außerdem wird in dieser Richtlinie explizit die Beratung zu psychosozialen Aspekten gefordert (Punkt 3.2.2.) und eine unabhängige psychosoziale Beratung soll den Paaren angeboten werden (Punkt 3.2.4.).²⁵ Zwar wird die Kooperation mit externen Beratern nicht verpflichtend vorgeschrieben, es wird aber eine Empfehlung ausgesprochen und aus der Praxis weiß ich, dass sich die meisten Reproduktionsmediziner bemühen, dieser zu entsprechen.

In die Therapie müssen also sowohl medizinische als auch psychologische Aspekte integriert werden. Laut (Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer sind die psychologischen Kompetenzen auf ein Team von ÄrztInnen mit Qualifikation für die psychosomatische Grundversorgung, ärztlichen oder psychologischen PsychotherapeutInnen und einer externen psychosozialen Beratungsstelle zu verteilen.²⁶

Den Paaren müssen ihre persönlichen Aussichten, ein Kind zu bekommen, klar geschildert werden, so muss beispielsweise das Fehlgeburtsrisiko insbesondere bei älteren Frauen in der Beratung angesprochen werden sowie die medizinischen wie emotionalen Folgen der unterschiedlichen reproduktionsmedizinischen Behandlungsmethoden.

Von Anfang an müssen auch Alternativen in die Beratung einbezogen werden. Zwar ist die Behandlung bei über 50 % der Paare erfolgreich – das „Wunschkind“ wird geboren –, was aber auch bedeutet, dass fast jedes zweite Paar die Behandlung ohne Kind beendet.

Die psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch scheint also von den ersten therapeutischen Schritten über die Feststellung der medizinischen Ursache und anschließender Therapie bis hin zum Wunschkind bzw. dem Umgang mit Alternativen aus ärztlicher Sicht klar und suffizient geregelt.

²⁴ BÄK Punkt 4.3.1., A 1397.

²⁵ BÄK, A 1396.

²⁶ BÄK, A 1396/7.

Beratung und Aufklärung bekommen dabei von ärztlicher Seite alle Paaren, die sich aufgrund ihres Kinderwunsches in Behandlung begeben.

Aber ist damit auch tatsächlich eine patientenorientierte Betreuung gewährleistet? Es gibt Paare, die eine intensivere Betreuung benötigen, und um diese Personen muss es im Folgenden gehen.

Die behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung

Meiner Erfahrung nach ist es nicht sinnvoll, alle Paare zu einem externen psychologischen Berater zu schicken. PatientInnen können sich dadurch stigmatisiert fühlen, als würden sie auf Grund ihres unerfüllten Kinderwunsches für psychisch krank erklärt. Letztlich führt ein solches Vorgehen dazu, dass die PatientInnen sich an andere Einrichtungen wenden, wo sie keine psychologischen „Pflichttermine“ wahrnehmen müssen.

Die behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung sollte meiner Ansicht nach ein niedrigschwellig zugängliches Angebot bleiben, dass man freiwillig und ohne Druck wahrnehmen kann aber nicht muss.

Bei diesem Angebot geht es nicht vorrangig um medizinische Fragen, sondern um die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen in allen drei Behandlungsphasen: Bei Anamnese, in der Therapiephase und nach Beendigung der Behandlung.

Besonders die Phase nach der Therapie wird häufig vernachlässigt, obwohl sie schwerwiegende Konflikte aufwerfen kann. Es können beispielsweise Schuldgefühle entstehen, wenn eine Frau nach assistierter Reproduktion ein behindertes Kind zur Welt bringt – obgleich die Erfahrung lehrt, dass gerade diese Paare häufig besser mit einer Behinderung umgehen als Paare, die ihre Kinder ohne Hilfestellung bekommen haben. Völlig anders gelagerte, aber ebenso schwerwiegende Probleme können auftreten, wenn eine reproduktionsmedizinische Behandlung nicht erfolgreich war, und ein Paar alternative Wege geht und sich für eine Adoption entscheidet.

Die Bedarfsgruppe für behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung ist recht klar zu umreißen.

Eine in diesem Jahr veröffentlichte Studie aus Schweden über die Prävalenz psychiatrischer Störungen bei infertilen Frauen und Männern, die sich einer In-vitro-Fertilisation unterziehen, stellt aktuelle Zahlen zur Verfügung.²⁷ Hier muss allerdings beachtet werden, dass sich diese Zahlen nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen lassen, da insbesondere bei der Feststellung der Zufriedenheit die Raten international stark differieren. 79 % der Personen, die in Schweden mit Hilfe eines Fragebogens befragt wurden, haben geantwortet. 11 % der Frauen und 5 % der Männer gaben laut dieser Studie depressive Störungen, 15 % der Frauen und ebenfalls 5 % der Männer Angststörungen während der Phase der reproduktionsmedizinischen Behandlung an.

Mit Blick auf diese Zahlen und unter Einbeziehung der leicht differierenden Situation in Deutschland lässt sich abschätzen, dass ca. 15 bis 20 % der Paare in einer reproduktionsmedizinischen Behandlung tatsächlich psychische Probleme haben, die eine intensivere psychosoziale Betreuung notwendig machen. Damit ist nicht gesagt, dass nicht auch andere Paare eine solche behandlungsunabhängige Beratung und Betreuung gewinnbringend wahrnehmen würden, ohne sie aus ärztlicher Sicht zu brauchen.

Aus diesem Grund scheint es meiner Ansicht nach für das Wohl der PatientInnen unbedingt

²⁷ Volgsten et al. 2008.

wünschenswert, eine von der reproduktionsmedizinischen Behandlung unabhängige psychosoziale Betreuung für diesen Personenkreis niedrigschwellig anzubieten.

Checkliste für die Kooperation zwischen Reproduktionsmedizin und psychosozialer Beratung

Abschließend möchte ich in Form einer Checkliste noch kurz zusammenfassend darstellen, welche Elemente aus meiner Sicht für eine gelungene Kooperation zwischen einem reproduktionsmedizinischen Zentrum / einer Praxis und einer externen psychosozialen Beratungsstelle wichtig sind. Viele dieser Punkte sind beispielsweise im Saarland, wo ich arbeite, schon umgesetzt – hier gibt es eine Abstimmung zwischen ÄrztInnen und BeraterInnen und einen gemeinsamen Grundton in der Arbeit für die PatientInnen.

Checkliste für die Zusammenarbeit zwischen externer psychosozialer Beratung und reproduktionsmedizinischem Zentrum / Praxis:

- Institutionen, die eine behandlungsunabhängige Betreuung anbieten, müssen regional verfügbar sein.
- Sie müssen für die PatientInnen kostenfrei zur Verfügung stehen.
- In diesen Einrichtungen müssen kompetente Ansprechpartner vorhanden sein, die sich in allen Fragen der assistierten Reproduktion auskennen.
- Diese BeraterInnen müssen in der Lage sein, ein Paar oder eine einzelne Person in allen Phasen der Behandlung vorurteilslos und kompetent zu betreuen.
- Die Beratungsstellen müssen auch in ihrem Außenauftritt Kompetenz im Bereich des unerfüllten Kinderwunsches ausstrahlen, um bei den Paaren Vertrauen auf eine gute, umfassende und unabhängige Beratung zu erwecken.
- Die Beratungsstellen sollten in das organisatorische Netzwerk der reproduktionsmedizinischen Zentren / Praxen eingebunden werden.
- Die psychosozialen BetreuerInnen sollten an den Patienten-Informationsabenden des reproduktionsmedizinischen Zentrums / der Praxis teilnehmen und auch umgekehrt sollten sich die ReproduktionsmedizinerInnen an den Veranstaltungen der Beratungsinstitutionen beteiligen.
- Das Aushängen von Postern und das Auslegen von Informationsmaterialien in den Räumen der jeweiligen Institution sollte wechselseitig erlaubt werden.
- Zwischen den Beratungseinrichtungen und den reproduktionsmedizinischen Zentren / Praxen sollte ein ständiger interner Austausch stattfinden.
- Regelmäßige Meetings (ein bis zwei Mal im Jahr) zwischen „beratenden BetreuerInnen“ und behandelnden ÄrztInnen sind zu empfehlen.
- Bei Bedarf sollte in Einzelfällen auch ein gezielter Informationsaustausch zwischen BeraterInnen und behandelnden ÄrztInnen stattfinden.

Liste der zitierten Literatur:

BÄK, (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Novelle 2006. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A 1392-A 1403

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ("Richtlinien über künstliche Befruchtung"). Novelle 2007. Bundesanzeiger 2008; 19: 375 (online unter: www.gba.de/informationen/richtlinien/)

Thaele, M. Musterpraxis Reproduktionsmedizin, Psychologie und Technologie kombinieren. TW Gynäkologie 1997; 10: 219-221

Volgsten et al. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Hum Rep 2008; 2056-2063

Dorothee Kleinschmidt, pro familia Nordrhein-Westfalen

Gelungene Kooperation zwischen Beratungsstelle und reproduktionsmedizinischer Praxis – So kann die Zusammenarbeit gelingen

Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in zwei Projekte aus dem Bereich Kinderwunschberatung gegeben werden, an denen die Referentin selbst in unterschiedlichen pro familia-Beratungsstellen beteiligt war.

An diese Beispiele schließt sich ein Ausblick an, der die zentralen Faktoren für eine gelungene Kooperation zwischen einer pro familia Beratungsstelle und ReproduktionsmedizinerInnen gebündelt darstellt.

Ein Projekt in Münster

Ausgangspunkt unseres Projektes waren die Forschungsarbeiten von Prof. Dr. Christina Hölzle Anfang der 90er Jahre zum Thema Kinderwunsch und psychologische Beratung begleitend oder alternativ zur reproduktionsmedizinischen Behandlung an der Universitätsfrauenklinik in Münster.

Im Verlauf der dritten Studie gab es so viele Anfragen, dass die beiden Forscherinnen diese nicht mehr allein bewältigen konnten. Man entschied sich, andere Institutionen einzubeziehen. Nach einer Schulung in lösungsorientierter Kurzzeittherapie übernahmen meine KollegInnen Frau Kubitz-Eber und Herr Schweppe-Rausch Beratungen im Rahmen der Studie. 1996 schließlich war der beraterische Teil der Studie abgeschlossen. In der Auswertungsphase konnten keine weiteren Gespräche angeboten werden, obwohl weiterhin viele Anfragen eingingen.

Nach einigen Treffen mit Frau Prof. Dr. Hölzle entschied sich pro familia, bei der Stadt Münster einen Antrag auf Projektförderung zu stellen. Diesem Antrag stimmte der Rat zu. Im Juni 1997 konnten wir mit Hilfe der städtischen Gelder und des Fördervereins der Beratungsstelle mit 8,5 Stunden pro Woche (aufgeteilt auf drei BeraterInnen) starten. Folgeanträge in den Jahren 1998 und 1999 waren erfolgreich.

Als Einleitung des Projektes organisierten wir in Kooperation mit der VHS eine Vortragsreihe mit einem Reproduktionsmediziner, einer Heilpraktikerin und pro familia-MitarbeiterInnen. Wir erstellten Informationsmaterial in Form von Flyern und einem Plakat und wandten uns an die Presse.

Als Ärztin hospitierte ich in einer reproduktionsmedizinischen Praxis. Eine solche Hospitation fördert das Verständnis für die medizinischen Abläufe, macht für die Situation der KlientInnen während einer reproduktionsmedizinischen Behandlung sensibel und ermöglicht außerdem eine bessere Kooperation mit der reproduktionsmedizinischen Praxis.

Es gelang uns, unser Plakat in mehreren Einrichtungen zu platzieren. So konnten wir an Orten, an denen sich viele Betroffenen längere Zeit aufhalten, auf unser Beratungsangebot aufmerksam machen. Der Plakattext zielte darauf ab, den Zugang für die KlientInnen möglichst niedrigschwellig zu halten und hatte folgenden Wortlaut:

Ungewollt kinderlose Paare sind Paare wie andere auch...

...und doch sind sie anders:

- sie müssen erklären, warum sie ohne Kinder leben,
- sie nehmen große Belastungen auf sich, um eine Familie zu gründen,
- sie müssen Entscheidungen treffen, wie weit eine Behandlung für sie geht,
- die Kinderlosigkeit beeinträchtigt ihr Selbstwertgefühl,
- ihr ursprünglicher Lebensplan wird in Frage gestellt...

pro familia bietet Ihnen Unterstützung:

Einzelberatung, Paarberatung und Gesprächskreise

Wie das Plakat verdeutlicht, sollte Informationsmaterial, das sich an Paare mit Kinderwunsch richtet, auf keinen Fall Krankheitszuweisungen oder Negativszenarien entwickeln, da Kinderwunschaare in der Regel psychisch gesund sind und sich lediglich in einer schwierigen Lebensphase befinden.

Neben den Personen, die aufgrund dieser Werbemaßnahmen den Weg zu uns fanden, gab es auch direkte Zuweisungen aus den reproduktionsmedizinischen Zentren, insbesondere wurden Paare mit sexuellen Funktionsstörungen an uns verwiesen – dies erklärt sich natürlich daraus, dass die Beratung zu diesem Themenkreis eine der Kernkompetenzen von pro familia ist. In die Beratung kamen dann ganz unterschiedliche Fälle: So schickte beispielsweise die Uniklinik Münster ein junges, türkischstämmiges Paar, dessen Familie schon für die In-vitro-Fertilisation gespart hatte, bei dem sich dann aber herausstellte, dass es noch nie Sexualkontakt hatte. Hier bot sich natürlich die beraterische Unterstützung an. Häufiger kamen Paare, die zum Beispiel aufgrund von Erektionsstörungen oder Vaginismus ihren Kinderwunsch, aber natürlich auch ihre Sexualität, nicht ausleben konnten. Es ist offensichtlich, dass pro familia in diesen Fragen aufgrund langjähriger Kenntnisse in der Beratung zur Therapie sexueller Funktionsstörungen ein immenses beraterisches Know-how weitergeben und diesen Menschen sicherlich helfend zur Seite stehen kann.

Nach Abschluss der dreijährigen Projektphase hatte sich das Angebot etabliert, die Rat-suchenden kamen weiter in einer Frequenz von ca. 130 Beratungen im Jahr.

Hier wird deutlich, dass sich die Öffentlichkeitsarbeit, die während des Projektes von pro familia geleistet wurde, gelohnt hat und der vorhandene Beratungsbedarf offensichtlich zumindest in Teilen aufgefangen werden konnte.

Ein Projekt in Bochum

Seit mehreren Jahren kooperiert die pro familia im Raum Bochum mit drei reproduktionsmedizinischen Praxen, allerdings auf sehr unterschiedlichen Ebenen.

Mit einer Praxis in Bochum hat sich eine eher offene Zusammenarbeit ergeben, indem dort Flyer und Informationsmaterial ausliegen, die über das Beratungsangebot von pro familia zum Thema informieren.

Bei einer in Dortmund ansässigen Praxis ist das psychosoziale Beratungsangebot von pro familia auf der Internetseite aufgeführt. Zudem wird unser Beratungsangebot bezüglich der Gametenspende, für das meine Kollegin Jutta Benninghoven und ich seit einiger Zeit zertifiziert sind, von dieser Praxis auf dem „Laufzettel“ aufgeführt, den die Paare vor einer möglichen Behandlung mit Spendersamen ausgehändigt bekommen. Teilweise (leider noch sehr selten) gibt es auch Überweisungen bei anderen Fragestellung (Erschöpfung nach Behandlungen oder Fehlgeburt).

Schließlich arbeiten wir noch in einer intensiven Kooperation mit einer dritten Praxis aus Gelsenkirchen zusammen. Eine der Ärztinnen verweist als einzige direkt KlientInnen an uns und stellt uns in besonders schwierigen Einzelfällen die Ratsuchenden und ihre Probleme sogar telephonisch näher vor. Schon im Vorfeld einer Behandlung schickt sie Personen in unsere Beratung, wenn sie einen weitergehenden Beratungsbedarf vermutet, etwa eine ambivalenten Entscheidungshaltung oder andere psychische Probleme im Zusammenhang mit dem unerfüllten Kinderwunsch.

Die zuletzt beschriebene Zusammenarbeit mit der Gelsenkirchener Praxis ist die engste und letztlich produktivste, da die KlientInnen bei diesem Vorgehen genau in den Situationen an uns verwiesen werden, in denen sie unsere Hilfe benötigen. Also etwa, wenn die Diagnose fällt, dass der Kinderwunsch schwierig erfüllbar ist, dass eine Samenspende in Anspruch genommen werden muss oder sich das Ende einer reproduktionsmedizinischen Behandlung ohne Schwangerschaft abzeichnet. Unser Angebot zielt primär darauf, Menschen in der psychisch und physisch belastenden Phase einer reproduktionsmedizinischen Behandlung zu unterstützen, sie besser durch die Kinderwunschzeit zu bringen, den Stress und die Probleme, die aus der Behandlung resultieren, abzumildern. Eine weniger enge Kooperation birgt die Gefahr, dass PatientInnen erst dann an uns verwiesen werden, wenn schon massive psychische Probleme aufgetreten sind, wenn sie sich etwa mit Suizidgedanken tragen, also Situationen, in denen wir selbstverständlich eine Krisenintervention anbieten, wir die PatientInnen aber letztlich an geeignetere Stellen mit intensiverer Betreuungsmöglichkeit weiter vermitteln müssen.

Faktoren für eine gelungene Kooperation zwischen pro familia Beratungsstelle und reproduktionsmedizinischer Praxis

Welche Kooperationsmaßnahmen mit ReproduktionsmedizinerInnen sind unser Ziel?

- Aushängen und Auslegen von Informationsmaterial / Präsenz auf der Webseite.
- Überweisung von KlientInnen zur psychosozialen Beratung.
- Einbindung des Beratungsangebotes in den Behandlungsprozess.
- Gemeinsame Infoabende.
- Beratungsangebote vor Ort in der reproduktionsmedizinischen Praxis oder Klinik.

Persönliche Voraussetzungen der BeraterInnen

- Die BeraterInnen müssen sich unbedingt ein gewisses Grundwissen in der Reproduktionsmedizin aneignen. Sie müssen die unterschiedlichen reproduktionsmedizinischen Verfahren kennen und sich mit dem Für und Wider dieser Verfahren auseinandergesetzt haben.

- Dieses Grundwissen zur Reproduktionsmedizin kann in den reproduktionsmedizinischen Praxen oder Kliniken selbst erworben werden durch die Teilnahme an Fortbildungsangeboten mit Einblick in den Behandlungsalltag, durch den Besuch von Infoabenden oder durch Hospitationen.
- Hinzu kommen Fortbildungsangebote anderer Anbieter und im besten Falle eine Zertifizierung des Beratungsangebots, zum Beispiel über das „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland“ (www.bkid.de).
- Außerdem sollte die BeraterIn eine psychosoziale Ausbildung und Erfahrungen mit therapeutischen Verfahren haben sowie eine Spezialisierung in der Kinderwunschberatung nachweisen können.

Kontaktaufnahme:

- Zu empfehlen ist eine telefonische Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung mit persönlichem Gespräch in der Praxis.
- Empfehlenswert ist die Teilnahme an Infoabenden der Praxis.
- Auch Fachfortbildungen oder Kongresse (z.B. „Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin“) bieten sich an, um einen direkten persönlichen Kontakt zu ReproduktionsmedizinerInnen herzustellen.

Gesprächsführung:

Am Anfang des Gespräches sollten Fragen zum speziellen Angebot der Praxis stehen, also etwa:

- Worauf hat sich die Praxis spezialisiert?
- Welche reproduktionsmedizinischen Verfahren werden neben dem Standard angeboten? (IVF (InvitroFertilisation), ICSI (Mikrospermieninjektion), MESA (Entnahme von Spermien aus den Nebenhoden), TESE (Spermiengewinnung per Hodenbiopsie))
- Müssen die Paare verheiratet sein?
- Wird Samenspende angeboten?
- Werden HIV-positive Paare behandelt?

Durch das Ansprechen dieser Fragen ergibt sich ein Bild der Praxis und der Einstellungen der behandelnden Ärzte zu reproduktionsmedizinischen Verfahren.

Für den Arzt wird gleichzeitig die Kompetenz des Beraters/der Beraterin verdeutlicht, es wird klar, dass sie/er auf dem aktuellen medizinischen Stand ist und eine adäquate Beratung der KlientInnen anbieten kann.

Es lohnt sich, Verständnis für Problemsituationen in der Praxis zu zeigen:.

- Z.B. die 30jährige Frau, die sich unbedingt beim ersten Versuch drei Embryonen einsetzen lassen möchte, die Frau, die mit 44 mit Hilfe der Reproduktionsmedizin schwanger werden möchte, Paare, die auch nach Abschluss aller Behandlungen noch weitermachen wollen und jegliche psychosoziale Unterstützung ablehnen, oder Frauen mit schweren Grunderkrankungen, z. B. nach einer Krebserkrankung mit unklarer Prognose.

Der nächste wichtige Schritt ist die Darstellung des eigenen Angebotes und der Wertehaltungen, die sich damit verbindet:

- Dem Arzt sollte direkt verdeutlicht werden, wo die Kompetenzen der Beratung von pro familia liegen, damit die KlientInnen geschickt werden, die in dieser Beratung tatsächlich am richtigen Ort sind. Es sollte dabei auch deutlich werden, dass die Beratung nicht nur für Patientinnen und Paare da ist, deren Behandlung erfolglos war.
- Zudem sollte im Gespräch unterstrichen werden, dass die Beratung eine Entlastung für die reproduktionsmedizinische Praxis darstellen kann, weil die PatientInnen durch die Beratung psychisch ausgeglichener werden, lernen, Stresssituationen besser zu bewältigen und so beispielsweise den Umgang mit Wartezeiten besser verkraften, aber auch Anregungen zur Lösung von Paar-konflikten bekommen.
- Falls entsprechende Fähigkeiten der BeraterIn bestehen, kommt das Bewerben komplementärer Angebote gut an: Antistressstraining, meditative Verfahren, Ernährungsberatung oder Beratung zu einer gesunden Lebensführung können das Wohlbefinden von Betroffenen deutlich erhöhen.
- Es muss deutlich werden, dass pro familia nicht gegen die Reproduktionsmedizin eingestellt ist. Das Vorurteil, dass pro familia BeraterInnen den unerfüllten Kinderwunsch meist auf psychische Faktoren zurückführen, muss aus der Welt geräumt werden.
- Wichtig ist bei der Darstellung der eigenen Wertehaltung, dass man im Gespräch stets authentisch bleibt.

Außerdem sollten eigene Erfahrungen aus der Beratung kommuniziert werden:

- Dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch ganz normale Paare sind, die sich nur gerade in einer schwierigen Lebenssituation befinden.
- Dass man diesen Menschen Hilfe bei der Bewältigung von Stress, Ängsten und depressiven Verstimmungen nach fehlgeschlagenen Versuchen anbieten kann.
- Dass man sie bei Entscheidungskonflikten unterstützen kann.
- Dass es sich stets um eine ressourcenorientierte Beratung handelt.
- Dass auch die Unterstützung nach erfolgloser Behandlung zu den Beratungszielen gehört.

Im Gespräch müssen allerdings auch die Grenzen der Kooperation und die gegenläufigen Interessen klar angesprochen werden:

- Die Aufklärung der KlientInnen umfasst eine realistische Angabe der Baby-take-home-Rate. Vergleichswert ist hier die Rate der Lebendgeburten, nicht die der Schwangerschaften, die häufig angegeben wird und das Bild verzerrt. 50-60 % der Paare, die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, bleiben langfristig kinderlos.
- Wichtigstes Ziel der Beratung ist es, die selbst bestimmte Entscheidung des Paares zu unterstützen.
- Auch längere Behandlungspausen oder der Abbruch der Behandlung kann Ergebnis einer Beratung sein.
- Die Risiken reproduktionsmedizinischer Behandlung wie Überstimulierung und Mehrlingsschwangerschaften werden ebenfalls klar angesprochen.

Viele ReproduktionsmedizinerInnen befürchten, dass bei „zu viel“ Aufklärung die Paare auf eine Behandlung verzichten könnten. Meiner Erfahrung nach hält eine offene Aufklärung über Risiken und Chancen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung die KlientInnen in den meisten Fällen nicht davon ab, eine Behandlung zu beginnen, stärkt aber die Akzeptanz der unangenehmen Folgen einer solchen Behandlung deutlich.

Aufgaben für den pro familia-Bundesverband

Abschließend möchte ich noch kurz darlegen, worin meiner Ansicht nach die Möglichkeiten des pro familia-Bundesverbandes liegen, die Zusammenarbeit zwischen reproduktionsmedizinischen Praxen und Beratungsstellen bzw. den Ausbau und die Qualität psychosozialer Beratungsangebote von pro familia zu intensivieren und zu verbessern:

- Eine Positionierung des Bundesverbandes zu aktuellen Themen wie Single-Embryo-Transfer, Eizellspende und Embryonenspende, steht bisher noch aus. Viele dieser Themen sind in der Beratung wichtig. Eine differenzierte Positionierung des Gesamtverbandes wäre hilfreich.
- Entwurf und Druck von Informationsmaterial (Poster oder/und Flyer), das auf das Beratungsangebot aufmerksam macht und an den geeigneten Stellen ausgehängt bzw. -gelegt werden kann.
- Ausbau des Fortbildungsangebotes.
- Eine Kooperation mit dem „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland“ (BKID) könnte angestrebt werden.

Diskussion

Diskussionsleitung: Prof. Dr. Frank Louwen, Landesvorstand pro familia Hessen, Uniklinikum Frankfurt am Main

Aufgrund der praxisorientierten Zielsetzung der Veranstaltung und der Vorträge kreiste auch die Diskussion hauptsächlich um Fragen der konkreten Umsetzung einer psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch in pro familia-Beratungsstellen. Dabei waren sich die Anwesenden darüber einig, dass ein solches Angebot als originäre Aufgabe der pro familia anzusehen ist.

Im Detail wurden einzelne inhaltliche Aspekte der Beratung diskutiert, aber auch welche Zielgruppen Beratungsbedarf haben und wie diese auf das Angebot aufmerksam gemacht werden können, wo und in welcher Form die Beratung stattfinden sollte sowie welche Kompetenzen speziell pro familia in diesem Segment bereits zu bieten hat und welche weiter ausgebaut werden sollten. Ein Schwerpunkt lag gemäß dem Thema der Veranstaltung außerdem darauf, wie man die Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Zentren in den einzelnen Beratungsstellen verstärken kann.

Daneben wurden immer wieder über diese praxisorientierte Zielsetzung hinausgehende Fragen rund um die assistierte Reproduktion und die Präimplantationsdiagnostik angesprochen, die einleitend kurz wiedergegeben werden sollen, die aber in dem gesetzten Rahmen nur angerissen werden konnten:

- Kritisiert wurde die in Deutschland mit dem **Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004** stark eingeschränkte Übernahme der Kosten der medizinisch assistierten Reproduktion durch die Kassen. Seitdem werden nur noch 50 % der Kosten für drei Zyklen bei Frauen zwischen 25 und 40 und Männern unter 50 Jahren übernommen. Durch diese Neuerung bleiben reproduktionsmedizinische Maßnahmen vielen Personen verwehrt, die nicht die finanziellen Mittel haben.
- Für notwendig erachtet wurde eine grundsätzliche Positionierung von pro familia zur **Präimplantationsdiagnostik** und zur **Eizellenspende**.
- Auch das Problem des „**Reproduktionstourismus**“ ins europäische Ausland wurde kurz angesprochen. Der pro familia-Bundesverband hat zu diesem Thema gerade eine Studie in Auftrag gegeben, die Anfang nächsten Jahres zur Verfügung stehen und Zahlen zum Ausmaß dieser Bewegung vorlegen wird. Im Ausland werden zum Teil veraltete Behandlungsmethoden angewendet, deren Folgen dann auch in Deutschland behandelt werden müssen, und vor allem sind im Ausland Beratung und Aufklärung häufig nicht gewährleistet. Auch auf diese Umstände muss die psychosoziale Beratung reagieren.

Themenschwerpunkte der Diskussion:

Wer kommt zur psychosozialen Beratung?

Paare vor einer reproduktionsmedizinischen Behandlung

Es wurde vorgeschlagen, die Beratung vor einer reproduktionsmedizinischen Behandlung zu einem Regelangebot von pro familia zu machen, das ähnlich wie bei den Verhütungsangeboten eine breite Information über die Möglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch bieten sollte. Auf Dauer könnte man sich in diesem Bereich als Beratungsinstitution etablieren.

Paare während einer reproduktionsmedizinischen Behandlung

Gemäß der Erfahrungen aus Beratungseinrichtungen, die mit reproduktionsmedizinischen Zentren zusammenarbeiten, kommen momentan zumeist Paare in die Beratung, die erfolglose Versuche assistierter Reproduktion hinter sich haben, deren medizinische Behandlung aber noch nicht abgeschlossen ist.

Paare nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung

Wenige Paare, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung erfolglos aufgeben mussten, nehmen das in die Behandlung integrierte Beratungsangebot weiterhin wahr. Diese Paare möchten die Erinnerungen an diese Lebensphase häufig hinter sich lassen. Ein Beratungsbedarf scheint jedoch gerade hier zu bestehen.

Es wäre insofern für eine unabhängige Beratungsstelle wie pro familia sinnvoll, ein Angebot für diese Zielgruppe aufzubauen – allerdings verbunden mit einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit.

Auch hier könnten ReproduktionsmedizinerInnen als Vermittler zwischen den Paaren und der Beratungsstelle dienen.

Wo sollte die psychosoziale Beratung stattfinden?

Die Erfahrung zeigt, dass die psychosoziale Beratung unabhängig von den behandelnden ÄrztInnen bleiben und von Beginn der reproduktionsmedizinischen Behandlung an präsent sein sollte. Wenn die Beratung erst in Problemfällen angeboten wird, sinkt die Akzeptanzrate signifikant. Ob der/die BeraterIn im reproduktionsmedizinischen Zentrum selbst oder an einer anderen Stelle arbeitet, ist dabei unerheblich. Nach einer erfolglosen Behandlung scheint es aufgrund von Berührungspunkten der Betroffenen sogar eher negativ, wenn die Beratung im reproduktionsmedizinischen Zentrum stattfindet.

Insofern sind die pro familia-Beratungsstellen geeignet für ein solches Beratungsangebot.

Was kann / muss eine solche Beratung bieten?

Konsens herrschte darüber, dass bei pro familia eine klientenorientierte Beratung zur assistierten Reproduktion angeboten werden sollte, die zu allen Fragen aus dem Bereich unerfüllter Kinderwunsch (Eizellenspende, Samenspende, IVF, ICSI, MESA, TESE, PID...) unabhängig informiert. Auch bei problematischen Themen wie zum Beispiel der Eizellenspende, wo ein erhöhter psychosozialer Beratungsbedarf besteht – allerdings werden Beratungen zur Eizellenspende in Deutschland eher in Einzelfällen abgefragt – muss eine offenes Informationsgespräch stattfinden. Unbedingt sollte auch die Baby-take-

home-Rate in der Beratung realistisch geschildert werden, basierend auf den Zahlen der Lebendgeburten (<> 50 % nach drei Zyklen), nicht die der Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion, und auch das Thema Fehlgeburten und das Risiko eines Kindes mit Behinderung müssen gegebenenfalls Gegenstand der Beratung sein.

Die Beratung muss für die Paare klären, welche finanziellen Belastungen durch die assistierte Reproduktion auf sie zukommen.

Kern der Beratung bleibt aber der psychosoziale Beratungsbedarf.

In der Kinderwunschberatung sollten zu einem frühen Zeitpunkt auch Alternativen zum leiblichen Kind angesprochen werden.

Die Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Zentren darf nicht zu der Annahme führen, dass die Beratung bei pro familia nicht auch Alternativen im Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch umfasst. Wichtig ist es, die Menschen als Paar zu sehen, das auch vor und nach der Kinderwunschzeit ein Paar bleiben möchte.

Auch das Thema Sexualität kann in der Beratung eine Rolle spielen, wenn sich der unerfüllte Kinderwunsch aufgrund von Paarproblemen entwickelt hat oder diese nach sich zieht. Gerade in dieser Beratung ist eine Kernkompetenz von pro familia zu sehen.

Die Beratung soll zur Normalisierung der Gefühle beitragen und eine einseitige Übersteigerung und Konzentration auf den Kinderwunsch vermeiden helfen. Da Paare mit unerfülltem Kinderwunsch häufig Ohnmachtsgefühle entwickeln, scheint es sinnvoll, gemeinsam mit der BeraterIn einen Fahrplan zum weiteren Vorgehen zu skizzieren.

Kurz wurde auch der Bereich der Selbsthilfegruppen angerissen, die allerdings beim unerfüllten Kinderwunsch mit einer besonders hohen Fluktuation zu kämpfen haben, da sie erhebliches Engagement verlangen und die Kinderwunsch-Zeit stets eine begrenzte Phase im Leben eines Menschen ist.

Kann und sollte die Kooperation zwischen reproduktionsmedizinischen Praxen / Zentren und pro familia-Beratungsstellen ausgebaut werden?

Der Vorschlag einer für beide Seiten Erfolg versprechenden Kooperation zwischen den genannten Stellen wurde prinzipiell begrüßt.

Hinderungsgrund für eine solche Kooperation sind mangelndes Verständnis und Interesse von Seiten der ÄrztInnen für die Beratung und von Seiten der BeraterInnen für die Reproduktionsmedizin. Hier scheint der persönliche Kontakt wichtig, der nur auf lokaler Ebene verwirklicht werden kann.

Kooperationen finden auf Landesebene schon statt, was primär von den Aktivitäten der einzelnen pro familia-Stellen und von dem Interesse der Praxen abhängt.

Problematisch scheint es vor allem, die geeigneten Kooperationspartner zu finden. Eine Kooperation ist beispielsweise schwierig, wenn man die Philosophie der Praxis nicht teilt oder wenn den Paaren Fehlinformationen angeboten werden.

Auch die Konkurrenz der reproduktionsmedizinischen Praxen untereinander kann eine Kooperation erschweren.

Der Bundesverband sollte einen Kriterienkatalog für die Beurteilung der reproduktionsmedizinischen Praxen aufstellen, um diese zu erleichtern (vgl. die Arbeit von QUARZ (Qualität in Reproduktionsmedizinischen Zentren) innerhalb des BRZ (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren)).

Gemeinsame Infoabende von pro familia-Beratungsstellen und reproduktionsmedizinischen Praxen wurden als gute Kooperationsmöglichkeit genannt.

Darüber hinaus könnte man in einzelnen Städten Arbeitskreise mit ReproduktionsmedizinerInnen und MitarbeiterInnen unterschiedlicher Trägerschaften anregen.

Wo liegen die Kompetenzen der Beratungsarbeit von pro familia im Bereich des unerfüllten Kinderwunsches?

pro familia bietet eine unparteiliche Anlaufstelle außerhalb der Arztpraxis und scheint insofern geeignet für ein Beratungsangebot zum unerfüllten Kinderwunsch, das auch im Zuständigkeitsbereich des Verbandes liegt und spätestens seit der Tagung von 2005 bundesverbandlich platziert ist.

Der Schwerpunkt muss auf der psychosozialen Beratung liegen, für die pro familia in Deutschland die Anlaufstelle Nummer eins darstellt, und sich deutlich von der von den FrauenärztInnen durchgeführten psychosomatischen Grundversorgung unterscheiden.

Auch die detaillierte und fundierte medizinische Information zu den Themen rund um die Reproduktionsmedizin können viele BeraterInnen der pro familia abdecken.

Es müssen allerdings Qualitätsstandards für die Beratung erstellt werden.

Was gibt es schon bei pro familia?

Abgesehen von den im Vortrag von Dorothee Kleinschmidt skizzierten Projekten wurden in der Diskussion einige andere Angebote zum unerfüllten Kinderwunsch in unterschiedlichen pro familia-Landesverbänden genannt.

So hat beispielsweise die Beratungsstelle in Wiesbaden im Bereich Kinderwunschberatung

eine Kooperation mit einer Yoga-Lehrerin ins Leben gerufen. Ein solches Angebot bietet den Paaren in einer psychischen Stresssituation Entspannung und Wohlfühlen und hat zudem den Vorteil, dass es eine deutliche Alternative zur rein medizinischen Sicht anbietet.

Kurz vorgestellt wurde auch ein Angebot aus einer pro familia-Beratungsstelle in München mit Einzel- und Gruppenberatungen zum unerfüllten Kinderwunsch. Das Angebot, das seit 2004 weiter ausgebaut und intensiver beworben wurde, ist für Paare in allen Phasen des unerfüllten Kinderwunsches offen und umfasste auch einen Kurs bei der VHS München und ein Beratungsprojekt für Eltern von Mehrlingen am Kinderwunschzentrum in München Pasing. Die Kooperation mit ReproduktionsmedizinerInnen wurde 2004 durch die Hospitation einer Mitarbeiterin in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum begründet und wird bis heute in folgenden Bereichen fortgesetzt: gegenseitiger Informationsaustausch, Auslegen von Materialien zu den Beratungsangeboten der pro familia, Referenten aus der reproduktionsmedizinischen Praxis bei Veranstaltungen der pro familia, pro familia-Beratungsprojekt für Eltern von Mehrlingen am Kinderwunschzentrum. Die enge Zusammenarbeit mit reproduktionsmedizinischen Praxen zeigt die Akzeptanz des medizinischen Weges zum eigenen Kind durch die BeraterInnen in München, daneben bietet die Beratung bei pro familia aber auch andere Bewältigungsstrategien des unerfüllten Kinderwunsches an und bietet somit auch Paaren Unterstützung, für die eine reproduktionsmedizinische Behandlung nicht in Frage kommt. 2007 fand in München ein Forum statt, das mit Experten aus Reproduktionsmedizin und Psychologie, aber auch aus Chinesischer Medizin, Homöopathie und Yoga das weite Spektrum des Angebotes einem breiteren Publikum nahe bringen sollte.²⁸

Wie kann es weitergehen?

- Bündelung und Koordination der Arbeit der Landesverbände.
- Über die schon bestehende Fortbildung hinaus Erstellen eines Curriculums zur Weiterbildung für BeraterInnen in diesem Bereich (Grundqualifikationen, Weiterbildung, evtl. Zertifizierung).
- Erstellen von Qualitätsstandards und Richtlinien für die Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch.
- Kooperationen mit anderen Verbänden (wie BKiD oder BRZ).
- Erarbeitung eines Kriterienkataloges zur Beurteilung reproduktionsmedizinischer Praxen / Zentren.
- Öffentlichkeitsarbeit – Positionierung von pro familia als Beratungsstelle im Segment psychosoziale Kinderwunschberatung (Plakate / Flyer).
- Gewährleistung einer guten fachlichen Information – sowohl in medizinischer als auch in psychosozialer Hinsicht.
- Erarbeitung differenzierter Positionen im gesamten Bereich der Reproduktionsmedizin und Einbringen in die politische Diskussion.
- Dialog mit ReproduktionsmedizinerInnen, aber auch mit GynäkologInnen und HausärztInnen.
- Lokale, individuelle Ausgestaltung des Angebotes: Paarberatung, medizinische Beratung, Naturheilverfahren, Entspannung (Yoga), Verhaltenstherapie etc. (auch über Kooperationen).

²⁸ Herzlichen Dank an dieser Stelle an Dr. Annette Tretzel für die geduldige Beantwortung aller Fragen zum Angebot in München.

TeilnehmerInnenliste:

ReferentInnen

Ulla Ellerstorfer, Bundesvorstand der pro familia

Dorothee Kleinschmidt, Beratungsstelle Bochum

Dr. med. Michael Thaele, Praxis für Reproduktionsmedizin, Saarbrücken und Kaiserslautern

Dr. Tewes Wischmann, Diplom-Psychologe, Uni Heidelberg

Moderation

Prof. Dr. Frank Louwen, Landesvorstand der pro familia in Hessen / Klinikum der JWG-Universität Frankfurt am Main

TeilnehmerInnen

Hermine Baumann, Beratungsstelle München, Ausschuss Schwangeren- und Familienhilfegesetz des Bundesverbandes

Helga Brenneis, Beratungsstelle Wiesbaden

Dr. Jessika Buch, Beratungsstelle Bremen

Prof. Ulrike Busch, Landesvorstand Berlin, FH Merseburg, Ausschuss Schwangeren- und Familienhilfegesetz des Bundesverbandes

Angelika Diggins-Rösner, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen u. Jugend (BMFSFJ)

Barbara Ernst, Beratungsstelle Göttingen

Dr. Andrea Frölich, Bundesverband, Frankfurt am Main

Evamarie Georgi, Beratungsstelle Chemnitz

Alexandra Gottmann, Beratungsstelle St. Augustin / Troisdorf

Ruth Gottwald, Beratungsstelle Mainz

Katrin Heitsch, Beratungsstelle Magdeburg

Tanja Hülsebusch, Beratungsstelle Saarbrücken

Marianne Hürten, Landesvorstand Nordrhein-Westfalen

Dr. Marion Janke, Beratungsstelle Stuttgart

Heinz Krämer, Beratungsstelle Saarbrücken

Katja Peisker, Beratungsstelle Leipzig

Waltraud Radenbach, Beratungsstelle Lübeck

Katharina Rohmert, Beratungsstelle Darmstadt

Martina Scheffel, Beratungsstelle Gera

Helga Schwarz, Beratungsstelle München

Sabine Siegl, Ortsverband Mainz

Norma Skroch, Darmstadt, Ausschuss Schwangeren- und Familienhilfegesetz des Bundesverbandes

Dr. Ines Thonke, Bundesverband, Frankfurt am Main

Elke Thoß, Bundesverband, Frankfurt am Main

Dr. Annette Tretzel, Beratungsstelle München

Regine Wegmann, Beratungsstelle Hamburg

Sigrid Weiser, Bundesverband, Frankfurt am Main

Heidrun Werner, Beratungsstelle Weimar

Dokumentation

Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin