



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland

**Status quo und Erfordernisse für eine bessere
Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation**

Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland – Zusammenfassung

Die Erhebung „Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland – Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation“ wurde im Sommer 2012 durch Herrn Dr. Wischmann und Frau Dr. Thorn in Beauftragung durch das BMFSFJ vorgenommen. Die drei Zielgruppen reproduktionsmedizinische Zentren, Schwangerschaftsberatungsstellen und psychosoziale BeraterInnen bei unerfülltem Kinderwunsch sowie Interessenverbände zu dieser Thematik wurden mittels Online-Umfragen zur psychosozialen Kinderwunschberatung befragt. Es konnten Antworten von 55 reproduktionsmedizinischen Zentren, 345 Beratungsstellen bzw. BeraterInnen und 8 Interessenverbänden ausgewertet werden, was einer durchschnittlichen Antwortquote von ca. 45 % entspricht. Den Antworten nach ist davon auszugehen, dass insbesondere an psychosozialer Kinderwunschberatung Interessierte an der Umfrage teilgenommen hatten, was wahrscheinlich die Repräsentativität der Ergebnisse tangiert. Nachfolgende Ausführungen basieren auf den Umfrageergebnissen und der Expertise der BerichterstellerInnen.

Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch hat sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend professionalisiert. National wie international ist eine Vielzahl von Beratungskonzepten entwickelt worden, deren Effektivität mehrfach systematisch evaluiert worden ist. Psychosoziale Kinderwunschberatung wirkt in der Regel emotional entlastend, trägt zur Entscheidungsautonomie der Betroffenen bei und hilft, gegebenenfalls ein Leben ohne eigenes Kind anzunehmen. In Deutschland wird die psychosoziale Kinderwunschberatung zum einen von BeraterInnen in reproduktionsmedizinischen Zentren oder davon unabhängig angeboten, zum anderen innerhalb der Schwangerschaftsberatung als Teil der Beratung zur Familienplanung gemäß dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. Wie oft diese Beratung durchgeführt wird, konnte nach den Ergebnissen dieser Umfrage nur geschätzt werden. Von ca. 14 % der Beratungsstellen bzw. BeraterInnen wird diese Beratung eigenen Angaben nach gelegentlich und von weiteren ca. 8 % regelmäßig angeboten. Dabei führen zurzeit etliche BeraterInnen vereinzelt psychosoziale Kinderwunschberatung durch und einige wenige viel, die durchschnittliche Beratungsfrequenz liegt zwischen einmal monatlich (z. B. in Beratungsstellen mit kirchlicher Trägerschaft) und einmal täglich (z. B. in einigen reproduktionsmedizinischen Zentren oder bei niedergelassenen BeraterInnen).

Das Angebot der (behandlungsunabhängigen) psychosozialen Kinderwunschberatung wird sowohl von reproduktionsmedizinischen Zentren als auch von Schwangerschaftsberatungsstellen in extrem unterschiedlicher Weise öffentlich bekannt gemacht. In sehr vielen Fällen ist davon auszugehen, dass Ratsuchende mit unerfülltem Kinderwunsch aufgrund der öffentlichen (auch Online-)Darstellung sowohl der reproduktionsmedizinischen Zentren als auch der Schwangerschaftsberatungsstellen keine Hinweise bekommen, dass dort potenziell auch eine psychosoziale Kinderwunschberatung angeboten wird, da diese in der öffentlichen Darstellung des Zentrums bzw. der Beratungsstelle oder Praxis nicht aufgeführt ist.

Die vorliegenden Rahmenbedingungen (Gesetze und ärztliche bzw. psychosoziale Richtlinien) zur psychosozialen Kinderwunschberatung umfassen neben dem Sozialgesetzbuch V und Schwangerschaftskonfliktgesetz insbesondere die Richtlinie der Bundesärztekammer, die

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die Leitlinie „Psychosomatik bei Fertilitätsstörungen“ und die Richt- und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. Diese Richt- und Leitlinien sind notwendige, aber nicht in jedem Punkt hinreichende Voraussetzung zur Durchführung professioneller psychosozialer Kinderwunschberatung, da sie nicht widerspruchsfrei sind und da insbesondere ihre verbindliche Umsetzung bisher nicht gewährleistet ist.

Aus dem hier skizzierten Status quo ergeben sich diese drei Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland.

1. Entstigmatisierung der psychosozialen Kinderwunschberatung

Nicht alle Paare und Personen mit unerfülltem Kinderwunsch bedürfen einer psychosozialen Kinderwunschberatung. Für beratungsbedürftige Betroffene kann jedoch Angst vor Stigmatisierung sowie zusätzlicher psychischer Labilisierung dazu führen, dass sie keine psychosoziale Kinderwunschberatung in Anspruch nehmen. Daher sollte die Beratungsmöglichkeit niedrigschwellig, also kostengünstig und flächendeckend, vor, während und nach reproduktionsmedizinischer Behandlung sowie unabhängig davon angeboten werden. Niedrigschwellig bedeutet auch, dass Ablauf, Inhalte und mögliche Effekte der psychosozialen Kinderwunschberatung transparent gemacht werden. Dazu sind vorhandene Medien wie Broschüren (z. B. BZgA, BKiD, pro familia und anderer Träger), Filme, Onlineauftritte im Sinne einer weiteren Entstigmatisierung der psychosozialen Kinderwunschberatung zu aktualisieren bzw. neu zu konzeptualisieren (z. B. „Leitfaden Kinderwunsch“). Hierbei sind insbesondere die Zielgruppen männlicher Partner mit Kinderwunsch sowie lesbische Paare mit Kinderwunsch besser als bisher anzusprechen. Eine Online-Beratung zur Thematik, eingebettet in ein interaktiv zu nutzendes Internetangebot, könnte auch maßgeblich zur Niedrigschwelligkeit beitragen. Alle diese Maßnahmen sollten in einer Kinderwunsch-Medienkampagne des BMFSFJ gebündelt werden.

2. Verankerung der psychosozialen Kinderwunschberatung in die medizinische Versorgung

Die psychosoziale Kinderwunschberatung sollte nach Meinung des Großteils der befragten reproduktionsmedizinischen Zentren wie auch der psychosozialen Beratungsstellen und BeraterInnen besser in die medizinische Versorgung integriert werden. Dazu sollen reproduktionsmedizinische Zentren zu einer Kooperation mit einer psychosozialen Fachkraft verpflichtet werden, bspw. durch eine zusätzliche Zertifizierung. Idealerweise sollten Ratsuchende die Möglichkeit haben, zwischen einer integrierten und einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung zu wählen, realistischere Weise sollte aber in jedem Zentrum zumindest eine Kooperation nachgewiesen werden. Die Inanspruchnahme dieser psychosozialen Beratung könnte durch das DIR (Deutsches IVF-Register) dokumentiert werden. Inwieweit eine gesetzliche oder standesrechtliche Verpflichtung zur Kooperation die Verankerung der psychosozialen Kinderwunschberatung in die medizinische Versorgung erleichtert, ist je nach befragter Zielgruppe umstritten. Diese Verankerung sollte durch gemeinsame Flyer, regelmäßige Informationsveranstaltungen und gemeinsamen Internetauftritt den Ratsuchenden (auch der Zielgruppe lesbischer Paare) gegenüber öffentlichkeitswirksam offensiv dargestellt werden.

Nicht umstritten ist, dass die psychosoziale Kinderwunschberatung unabhängig von der durchführenden Person (ReproduktionsmedizinerIn oder psychosoziale/r BeraterIn) finanziell unterstützt werden sollte, was die Niedrigschwelligkeit sowohl auf Angebotsseite als auch auf Seite der Ratsuchenden fördern würde. Weiterhin ist eine regelmäßige wechselseitige Weiterbildung und fachlicher Austausch zu medizinischen und psychosozialen Aspekten bei Fertilitätsstörungen zwecks Sensibilisierung der unterschiedlichen Professionen anzustreben. Eine Netzwerkbildung von niedergelassenen GynäkologInnen, ReproduktionsmedizinerInnen, psychosoziale/n BeraterInnen und gegebenenfalls AdoptionsvermittlerInnen und Frauengesundheitszentren zur besseren Integration der psychosozialen Beratung in die medizinische Versorgung ist auf regionaler Ebene zu fördern.

3. Qualitätssicherungsmaßnahmen für die psychosoziale Kinderwunschberatung

Die wichtigsten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind die regelmäßige Super- bzw. Intervention der Beratungen, die direkte Evaluation der psychosozialen Kinderwunschberatung durch die KlientInnen sowie regelmäßige und niedrigschwellig erreichbare (wohnnah und finanzierbare) Fort- und Weiterbildungen. Dazu sollten auch Qualitätszirkel explizit zur psychosozialen Kinderwunschberatung von Ärzte- und Psychotherapeutenkammern anerkannt werden. Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, KlientInnen ressourcenschonend Beratungen evaluieren zu lassen (z. B. über ein Online-Bewertungsportal). Bereits bestehende Fort- und Weiterbildungskonzepte zur psychosozialen Kinderwunschberatung sollten gesammelt, integriert, systematisch evaluiert und weiterentwickelt werden, um Synergieeffekte zu nutzen. Wie im professionellen Gesundheitswesen üblich, sollten regelmäßige Zertifizierungen der psychosozialen KinderwunschberaterInnen erfolgen, verschiedene Konzepte dazu liegen bereits vor. Zur Qualitätssicherung der Beratung sollten bereits vorhandene Richt- und Leitlinien umgesetzt und neue Leitlinien für bisher noch vernachlässigte Themen formuliert werden (z. B. für die Beratung von lesbischen Paaren, von PatientInnen vor onkologischer Therapie, von psychisch erkrankten PatientInnen).

Inhalt

Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland – Zusammenfassung	2
Vorbemerkung	7
Einleitung	9
1. Einführung	14
1.1 Begriffsbestimmungen und Schreibweisen	15
2. Psychosomatik des unerfüllten Kinderwunsches – aktueller wissenschaftlicher Stand	16
2.1 Psychosoziale Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung	17
3. Psychosoziale Versorgung	19
3.1 Patientenorientierte Grundversorgung	19
3.2 Psychosoziale Kinderwunschberatung	20
3.2.1 Fachliche Grundlagen der psychosozialen Kinderwunschberatung	22
3.2.2 Beratungssettings und Formen der Beratung	23
3.2.3 Integrierte versus externe psychosoziale Kinderwunschberatung	24
3.3 Psychologische Beratung und Psychotherapie	25
3.4 Selbsthilfegruppen und -organisationen	27
4. Gesetzliche, berufsrechtliche und weitere Vorgaben für die psychosoziale Kinderwunschberatung	28
4.1 Embryonenschutzgesetz	29
4.2 Sozialgesetzbuch V	29
4.3 Schwangerschaftskonfliktgesetz	30
4.4 Richtlinie der Bundesärztekammer	31
4.5 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	32
4.6 Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen	32
4.7 BKiD Richt- und Leitlinien	33
4.8 Weitere Richt- und Leitlinien in Deutschland	34
4.9 Exemplarische internationale Richt- und Leitlinien	35
5. Status der psychosozialen Kinderwunschberatung	38
5.1 Akzeptanz der psychosozialen Kinderwunschberatung und Erwartungen	38
5.2 Inanspruchnahme der psychosozialen Kinderwunschberatung	39
5.3 Effekte der psychosozialen Kinderwunschberatung	40
5.4 Angebote psychosozialer Kinderwunschberatung	42

6. Studiendesign	47
7. Ergebnisse	48
7.1 Quantitative und qualitative Auswertung der Antworten aus den reproduktionsmedizinischen Zentren	48
7.2 Quantitative und qualitative Auswertung der Antworten der psychosozialen Fachkräfte	59
7.3 Quantitative und qualitative Auswertung der Antworten der Interessenverbände	96
8. Erfordernisse für die Zukunft.....	102
8.1 Entstigmatisierung der psychosozialen Kinderwunschberatung	102
8.1.1 Forderungen aus Sicht der Kinderwunschzentren	102
8.1.2 Forderungen aus Sicht der BeraterInnen	103
8.1.3 Forderungen aus Sicht der Interessenverbände	103
8.2 Formale Verankerung der psychosozialen Kinderwunschberatung in die medizinische Versorgung	103
8.2.1 Forderungen aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren	105
8.2.2 Forderungen aus Sicht der BeraterInnen	106
8.2.3 Forderungen aus Sicht der Interessenverbände	108
8.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen für die psychosoziale Kinderwunschberatung....	108
8.3.1 Forderungen aus Sicht der Kinderwunschzentren	110
8.3.2 Forderungen aus Sicht der BeraterInnen	110
8.3.3 Forderungen aus Sicht der Interessenverbände	112
9. Literatur	113
10. Glossar und Abkürzungsverzeichnis	120
11. Anhang	123
11.1 Fragebogen für Kinderwunschzentren zum Status der ärztlichen und der behand- lungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland	123
11.2 Fragebogen für psychosoziale Fachkräfte zum Status der behandlungs- unabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland	126
11.3 Fragebogen für Interessenvertreter/in zum Status der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland	130

Vorbemerkung

Aufgrund verschiedener Berichte in der Presse, dass sich Frau Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder für eine finanzielle Besserstellung der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bezüglich reproduktionsmedizinischer Behandlungen engagieren, sie sich zudem für eine Entstigmatisierung von Unfruchtbarkeit einsetzen und die Verbesserung der psychosozialen Beratung dieser Paare erreichen wollte, schrieb der Vorstand der „Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD“, vertreten durch Frau Dr. Petra Thorn und Herrn Dr. Tewes Wischmann, am 2. Dezember 2011 einen offenen Brief an die Bundesfamilienministerin. In diesem wurde auf die bereits entwickelten Richt- und Leitlinien von BKiD zur psychosozialen Kinderwunschberatung hingewiesen und das Angebot einer fachlichen Mitarbeit von BKiD bei Neuerungen bezüglich dieser Kinderwunschberatung unterbreitet (dieser offene Brief ist im Wortlaut unter www.bkid.de einsehbar). Bundesfamilienministerin Frau Dr. Schröder antwortete in einem persönlichen Brief am 11. Januar 2012, in dem sie sich für diese angebotene Unterstützung bedankte und ihr Gesamtkonzept – bestehend aus der finanziellen Unterstützung bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, der umfassenden Gewährleistung psychosozialer Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit, der Aufklärung zu den Hintergründen von Kinderlosigkeit und der Verbesserung der Rahmenbedingungen von Adoptionen – skizzierte. Eine von ihr angekündigte Kontaktaufnahme seitens des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erfolgte telefonisch am 26. Januar 2012 durch Frau Bärbel Hinz von der Bundesstiftung Mutter und Kind beim BMFSFJ, dem ein persönliches Treffen von Frau Hinz und Herrn Dr. Wischmann gemeinsam mit Frau Pohle vom BMFSFJ und Frau Dr. Thorn von BKiD am 20. Februar 2012 in Heidelberg folgte. Herr Dr. Wischmann und Frau Dr. Thorn erstellten im Nachgang dieses Treffens verschiedene Konzepte zur Verbesserung der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland. Diese umfassten unter anderem Überlegungen zu einem Modellprojekt (mit umfassender Evaluation) mit einer kostenfreien einmaligen psychosozialen Kinderwunschberatung auf Wunsch für alle Paare in reproduktionsmedizinischer Behandlung sowie die Entwicklung und Evaluation multimedialer Informationsmaterialien zu allen Aspekten des unerfüllten Kinderwunsches. Im Austausch mit den Vertreterinnen des BMFSFJ wurde deutlich, dass in einem ersten Schritt zunächst die vielschichtigen und bundesweit sehr unterschiedlichen Beratungsangebote umfassend zusammengestellt und so übersichtlich aufbereitet werden sollten, dass sie für die betroffenen Paare besser bekannt, transparenter und leichter zugänglich werden. Zu diesem Zweck wurde diese Umfrage konzipiert, deren Ablauf und deren Ergebnisse im folgenden Bericht dargestellt werden.

Die fachliche Expertise der beiden BerichterstellerInnen lässt sich wie folgt skizzieren:

- Dr. Tewes Wischmann (Psychotherapeut/Psychoanalytiker) ist seit über zwei Jahrzehnten in dem Feld „Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen“ tätig. Er hat von 1994–2000 ein BMBF-gefördertes Forschungsprojekt „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ durchgeführt und darüber habilitiert. Dr. Wischmann ist (Co-)Autor von sechs Büchern zum Thema und hat zahlreiche Fachzeitschriftenartikel und Buchbeiträge dazu verfasst. Er ist Associate Editor der international führenden reproduktionsmedizinischen Fachzeitschrift *Human Reproduction*. Weiterhin ist er Fachkommissionsleiter „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“ des Dachverbandes Reproduktionsbiologie und -medizin e. V. (DVR) sowie

Gründungs- und Vorstandsmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD“. BKiD stellt den Fachverband der professionellen psychosozialen KinderwunschberaterInnen in Deutschland dar. Dr. Wischmann erstellte die nationalen AWMF- und die internationalen ESHRE-Leitlinien zum Thema mit und ist mit deren Aktualisierungen befasst.

- Dr. Petra Thorn ist Sozialarbeiterin und Familientherapeutin und arbeitet seit 1993 in der Kinderwunschberatung. Im sozialwissenschaftlichen Bereich hat sie sich mit psychosozialen Aspekten des unerfüllten Kinderwunsches, vor allem der Gametenspende, auseinandergesetzt. Sie hat zahlreiche Fachartikel, mehrere Gutachten sowie acht Bücher (davon drei Kinderbücher) publiziert bzw. (mit-)herausgegeben und ist Gutachterin mehrerer internationaler Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist sie Gründungsmitglied und seit 2006 erste Vorsitzende der „Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD“, Vorstandsmitglied des „Arbeitskreises für donogene Insemination“, zweite Vorsitzende der „International Infertility Counseling Organisation“, war von 2008 bis 2011 Koordinatorin der „Special Interest Group Psychology and Counselling“ der „European Society of Human Reproduction and Embryology“ und ist Mitglied mehrerer Fachorganisationen, darunter der „Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz in der Akademie für Ethik in der Medizin Göttingen“. Wie Dr. Wischmann ist auch sie mit der Aktualisierung der AWMF- und der internationalen ESHRE-Leitlinien befasst.

Erklärung zum Interessenskonflikt: Beide AutorInnen haben diesen Bericht ausschließlich auf dem Hintergrund ihrer (auch internationalen) fachlichen Expertise nach bestem Wissen und Gewissen verfasst und versichern, dass weder die Beauftragung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend noch die Beauftragung durch die „Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD“ irgendeinen relevanten Einfluss auf die Datenerhebung und die Ergebnisdarstellung bzw. -interpretation im hier vorliegenden Bericht hatte.

Heidelberg/Mörfelden, den 28. August 2012

Einleitung

Es ist ein Thema, das viele Menschen bewegt: Fast jeder hat in seinem Bekanntenkreis oder sogar in der Familie Paare, die lange vergeblich versucht haben, ein Kind zu bekommen – bis sie erfahren mussten, dass ihr Kinderwunsch sich nur mit medizinischer Hilfe erfüllen lässt. Fast jeder weiß deshalb, wie verzweifelt viele Menschen sind, die sich sehnlichst Kinder wünschen, aber auf natürlichem Wege keine bekommen können. In Deutschland gibt es ca. 1,4 Mio. Menschen, die von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sind. Ungewollte Kinderlosigkeit ist damit kein Randthema einiger weniger Frauen und Männer. Im Gegenteil: Fast jedes zehnte Paar zwischen 25 und 59 Jahren hat einen unerfüllten Kinderwunsch und ist auf medizinische Hilfe angewiesen. Trotzdem wird öffentlich immer noch zu wenig über die Gründe für unerfüllte Kinderwünsche gesprochen. Das muss sich ändern, damit Hilfe und Unterstützungsangebote betroffene Paare auch erreichen können. Der Bundesregierung ist es ein wichtiges Anliegen, das bestehende Tabu aufzubrechen und betroffene Paare umfassend und nachhaltig zu unterstützen.

Zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Kinder gehören für viele Menschen in Deutschland zu einem glücklichen Leben dazu. In den letzten Jahren ist die Anzahl derer, die sich ein Leben ohne Kinder nicht vorstellen mögen, sogar noch gestiegen. So gaben 2008 rund 40 % der Kinderlosen unter 50 Jahren an, ganz bestimmt Kinder haben zu wollen. In 2011 waren es über 50 % der Befragten. Gerade bei jungen Männern stieg der Kinderwunsch deutlich an.

Ob und wann aus einem Kinderwunsch die Entscheidung für ein Kind folgt, ist abhängig von den gegebenen äußeren Rahmenbedingungen einerseits und vom individuellen Lebensentwurf bzw. der individuellen Lebenssituation andererseits. Dabei kommt es vor allem auf die richtige Partnerin bzw. den richtigen Partner an. Hier liegt oftmals schon das erste Hindernis: Frauen und Männer in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen geben in Umfragen häufig an, dass ihnen die passende Partnerin bzw. der passende Partner fehlt. Ein weiteres Hindernis, das besonders Frauen und Männer im Alter zwischen 20 und 30 Jahren betrifft, ist die Konzentration auf Ausbildung und Berufseinstieg in dieser Lebensphase. Viele junge Paare wollen sich erst eine gesicherte Existenz aufbauen. Solange diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, wird die Familienplanung aufgeschoben. So nachvollziehbar diese Überlegungen sind – sie erweisen sich im Nachhinein nicht immer als richtig. Zum einen kann es gerade in Studien- oder Ausbildungsphasen durchaus günstige Momente zur Familiengründung geben. Aus diesem Grund will die Bundesregierung die Vereinbarkeit von Kind und Studium bzw. Ausbildung verbessern, damit junge Frauen und Männer auch schon früher den Mut haben, sich für ein Kind zu entscheiden. Zum anderen ist es ein leider häufiger und schmerzhafter Irrtum, dass eine Schwangerschaft ebenso zuverlässig planbar ist wie ihre Vermeidung. Aus einer „gewollten“ Kinderlosigkeit wird oft eine ungewollte. Denn ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Fruchtbarkeit von Frauen ebenso ab wie die Zeugungsfähigkeit der Männer, die insbesondere ab dem Alter von 35 Jahren deutlich zurückgeht. Hier fehlt es häufig an Informationen und Aufklärung. Das gilt auch für weitere mögliche Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit, die nicht unbedingt mit dem Alter zu tun haben: Neben vielfältigen medizinischen Aspekten durch Erkrankungen oder Störungen, wie beispielsweise verklebte Eileiter, Myome in der Gebärmutter oder schlechte Spermienqualität, gilt zum Beispiel auch die Zunahme der Umwelt-

belastungen als mögliche Ursache für Unfruchtbarkeit. Das Bundesfamilienministerium legt darum einen neuen Schwerpunkt bei der Aufklärungsarbeit.

Dank des medizinischen Fortschrittes muss der sehnliche Kinderwunsch eines Paares heute aber selbst bei schweren Erkrankungen in vielen Fällen nicht unerfüllt bleiben. Das ist zunächst einmal ermutigend. Doch viele Paare, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, haben in den letzten Jahren darauf verzichten müssen. Denn mit dem Modernisierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung ist 2004 auch ein erheblicher Teil der Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischer Hilfe weggefallen. Für viele Paare wurde die Kinderwunschbehandlung dadurch unbezahlbar. Dementsprechend sank die Zahl der erfolgreichen künstlichen Befruchtungen. Die Bundesregierung hält es deshalb über die Aufklärungsarbeit hinaus für dringend notwendig, die finanzielle Unterstützung bei Kinderwunschbehandlungen zu verbessern.

Bundesinitiative zur Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit

Das Bundesfamilienministerium hat in der 17. Legislaturperiode die Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ gestartet. Aus den genannten Gründen erfasst die Bundesregierung damit das Thema der ungewollten Kinderlosigkeit ganzheitlich und verfolgt konkret folgende Ziele:

1. Verbesserung der finanziellen Unterstützung ungewollt kinderloser Ehepaare bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen,
2. Enttabuisierung des Themas Kinderlosigkeit und Entstigmatisierung der betroffenen Frauen und Paare und
3. begleitend dazu frühzeitige, zielgruppenspezifische Aufklärung über Fruchtbarkeit und Kinderwunsch im Lebenslauf sowie
4. Stärkung der psychosozialen Beratung und Begleitung vor, während und nach den Behandlungen.

Zu 1.: Verbesserung der finanziellen Unterstützung ungewollt kinderloser Ehepaare bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen

In diesem Rahmen gewährt der Bund gemeinsam mit den Ländern finanzielle Hilfen bei einer medizinischen Kinderwunschbehandlung. Die Voraussetzungen dazu haben wir in einer Förderrichtlinie festgelegt, die am 1. April 2012 in Kraft getreten ist. Der Bund und die interessierten Länder stellen demnach seit dem 1. Januar 2013 finanzielle Mittel zur Unterstützung ungewollt kinderloser Paare bei der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen zur Verfügung. Zuwendungsfähig sind solche Behandlungen, an denen sich das jeweilige Hauptwohnsitzbundesland – durch Ausführung eigener Förderprogramme – in finanziell mindestens gleicher Höhe wie der Bund beteiligt. Seit 1. Januar 2013 beteiligen sich Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern mit ihrem jeweils eigens dafür beschlossenen Landesförderprogramm an der gemeinsamen Umsetzung der Bundesförderrichtlinie; mit Wirkung ab 1. Juni 2013 unterstützen Thüringen und seit 1. Juli 2013 auch Sachsen gemeinsam mit dem Bund Paare mit Kinderwunsch. Andere Länder, wie zum Beispiel Sachsen-Anhalt, haben ebenfalls bereits erklärt, dass sie teilnehmen werden.

Zu 2.: Enttabuisierung des Themas Kinderlosigkeit und Entstigmatisierung der betroffenen Frauen und Paare

Dem Bundesfamilienministerium ist zudem bei der Unterstützung von Betroffenen ein weiterer Aspekt besonders wichtig: Angesichts der enormen körperlichen und psychischen Belastung durch eine Kinderwunschbehandlung sollte klar sein, dass kein Paar eine solche Behandlung leichtfertig auf sich nimmt. Bitter ist für Frauen und Männer, deren Kinderwunsch unerfüllt ist, darum vor allem auch das Unverständnis in ihrer Umwelt: Häufig werden sie als Egoisten angesehen, die ihren Kinderwunsch der Karriere und der Selbstverwirklichung wegen zu lange aufgeschoben haben. Solche Vorurteile treffen von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffene besonders hart. Um Verständnis zu wecken für die Ursachen, die Bedeutung und die Folgen von Kinderlosigkeit, hat das Bundesfamilienministerium darum eine Milieu-Studie in Auftrag gegeben. Damit sollten erstmals verlässliche milieuspezifische Daten und Befunde zu den vielfältigen Ursachen, Motiven, Einstellungen und Erfahrungen (zunächst) gewollt und ungewollt kinderloser Frauen, Männer und Paare, zur Verschiebung des Kinderwunsches sowie zu etwaigen Diskriminierungserfahrungen Betroffener erhoben und auf dieser Grundlage entsprechende Handlungsoptionen entwickelt werden.

Zu 3.: Frühzeitige, zielgruppenspezifische Aufklärung über Fruchtbarkeit und Kinderwunsch im Lebenslauf

Daneben bildet die Aufklärungsarbeit in der Gesamtkonzeption des Bundesfamilienministeriums zur Unterstützung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch einen eigenen Schwerpunkt. Denn um ungewollter Kinderlosigkeit wirksam entgegenzuwirken, bedarf es auch geeigneter Informations- und Präventivmaßnahmen, die junge Frauen und Männer in der Familienplanungsphase erreichen. Dazu hat das Familienministerium eine eigene Homepage erstellt, auf der über die Gründe und Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit aufgeklärt wird.

Zu 4.: Stärkung der psychosozialen Beratung und Begleitung vor, während und nach den Behandlungen

Schließlich hat das Bundesfamilienministerium Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Beratung und Begleitung vor, während und nach reproduktionsmedizinischen Behandlungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch auf den Weg gebracht. Denn die oftmals langwierigen und teuren reproduktionsmedizinischen Behandlungen verursachen nicht nur monetäre Kosten. Sie beanspruchen auch Körper und Seele und können die Partnerschaft sehr belasten. Zu allen Phasen der Kinderwunschbehandlung geraten manche Menschen in ein länger anhaltendes seelisches Tief. In diesen Fällen ist eine psychosoziale Beratung neben der medizinischen Therapie eine sinnvolle Ergänzung. Die psychologische Unterstützung bedarf meistens einiger weniger Beratungsgespräche, um Hintergründe und Zusammenhänge des großen Leidensdrucks zu begreifen und so aus der Krise herauszufinden.

Status quo der psychosozialen Kinderwunschberatung

Für viele Menschen gehört die Familiengründung zum Lebensglück. Sie planen den Nachwuchs fest in ihr Leben ein und rechnen gar nicht damit, dass es schwierig werden könnte, schwanger zu werden. Bleibt der Kinderwunsch unerfüllt, erleben Paare die ungewollte Kinderlosigkeit als starke seelische Belastung. Ebenso empfinden viele Betroffene die Zeit der medizinischen Behandlung als ein Wechselbad der Gefühle: Enttäuschungen wegen Behandlungsmisserfolgen und die Hoffnung, dass es mit dem nächsten Behandlungsversuch doch noch klappt, wechseln sich in dieser Zeit schnell ab. Während die psychischen Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch in der Regel deutlich überschätzt werden, werden die Auswirkungen sowohl des unerfüllten Kinderwunsches als auch der reproduktionsmedizinischen Behandlung immer noch häufig unterschätzt. Die Intensität der Krise des unerfüllten Kinderwunsches ist für viele Frauen gleichzusetzen mit dem Leiden an einer schwerwiegenden Erkrankung oder dem Verlust eines nahen Angehörigen.

Aus diesem Grund kommt der psychosozialen Beratung im Kontext der reproduktionsmedizinischen Behandlung eine hohe Bedeutung zu. Entsprechend liegt darauf auch ein politischer Schwerpunkt. Tatsächlich hat sich auch das Angebot von psychosozialer Beratung in den letzten Jahren stark weiterentwickelt und konnte sich zu einem eigenständigen Beratungsfeld etablieren. Fragen, die den aktuellen Stand der psychosozialen Beratung klären, wurden aber bisher nicht gestellt. Es herrscht also eine große Unkenntnis darüber, wer, zu welchem Zeitpunkt bei wem und wie oft psychosoziale Beratung in Anspruch nimmt.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesfamilienministerium im Rahmen der Bundesinitiative zur Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit eine Erhebung des Status quo der psychosozialen Beratung in Auftrag gegeben, mit dem Ziel, aus den gewonnenen Ergebnissen Strategien für die Zukunft zu entwickeln und effektive Hilfs- und Informationsangebote für Betroffene auf den Weg zu bringen. Die Erhebung der Daten fand von Ende Juni bis Ende Juli 2012 statt. Für die deutschlandweite Datenerhebung wurden die drei Zielgruppen – reproduktionsmedizinische Zentren, Schwangerschaftsberatungsstellen und psychosoziale BeraterInnen bei unerfülltem Kinderwunsch sowie Interessenverbände – mittels Online-Umfragen befragt. Es konnten Antworten von 55 Kinderwunschzentren, 345 Beratungsstellen bzw. BeraterInnen und 8 Interessenverbänden ausgewertet werden, was einer durchschnittlichen Antwortquote von ca. 45 % entspricht.

In Deutschland wird die psychosoziale Kinderwunschberatung zum einen von BeraterInnen in reproduktionsmedizinischen Zentren oder davon unabhängig angeboten, zum anderen innerhalb der Schwangerschaftsberatung als Teil der Beratung zur Familienplanung gemäß dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. Wie oft diese Beratung durchgeführt wird, konnte nach den Ergebnissen dieser Umfrage nur geschätzt werden. Von ca. 14 % der Beratungsstellen bzw. BeraterInnen wird diese Beratung gemäß eigenen Angaben gelegentlich, von weiteren ca. 8 % regelmäßig angeboten. Dabei führen zurzeit etliche BeraterInnen vereinzelt psychosoziale Kinderwunschberatung durch und einige wenige viel. Die durchschnittliche Beratungsfrequenz liegt zwischen einmal monatlich (z. B. in Beratungsstellen mit kirchlicher Trägerschaft) und einmal täglich (z. B. in einigen reproduktionsmedizinischen Zentren oder bei niedergelassenen BeraterInnen).

Das Angebot der (behandlungsunabhängigen) psychosozialen Kinderwunschberatung wird sowohl von reproduktionsmedizinischen Zentren als auch von Schwangerschaftsberatungsstellen in extrem unterschiedlicher Weise öffentlich bekannt gemacht. In sehr vielen Fällen ist davon auszugehen, dass Ratsuchende mit unerfülltem Kinderwunsch aufgrund der öffentlichen Darstellung sowohl der reproduktionsmedizinischen Zentren als auch der Schwangerschaftsberatungsstellen keine Hinweise bekommen, dass dort auch psychosoziale Kinderwunschberatung angeboten wird, da diese beispielsweise auf der Website des Zentrums bzw. der Beratungsstelle oder Praxis nicht aufgeführt ist.

Handlungsbereiche für die Stärkung der psychosozialen Kinderwunschberatung auf Basis der Erhebungsergebnisse

Aus der Skizzierung des Status quo, basierend auf der in Auftrag gegebenen Kurzerhebung und Untersuchung in 2012, ergeben sich drei wesentliche Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland.

Enttabuisierung der psychosozialen Kinderwunschberatung

Nicht alle Paare und Personen mit unerfülltem Kinderwunsch brauchen eine psychosoziale Kinderwunschberatung. Für beratungsbedürftige Betroffene kann jedoch die Angst vor Stigmatisierung sowie zusätzlicher psychischer Labilisierung dazu führen, dass sie keine psychosoziale Kinderwunschberatung in Anspruch nehmen. Daher sollte die Beratungsmöglichkeit niedrigschwellig, also kostengünstig und flächendeckend vor, während und nach reproduktionsmedizinischer Behandlung sowie unabhängig davon angeboten werden. Niedrigschwellig bedeutet auch, dass Ablauf, Inhalte und mögliche Effekte der psychosozialen Kinderwunschberatung transparent gemacht werden.

Verankerung der Beratung in die medizinische Versorgung

Damit Beratung von allen Akteuren akzeptiert wird, muss sie kostengünstig oder kostenneutral angeboten werden können. Eine bessere Integration in die medizinische Versorgung kann beispielsweise sehr einfach durch gemeinsame Flyer, Informationsveranstaltungen und Internetauftritte erreicht werden.

Um mehr gegenseitiges Verständnis der verschiedenen Professionen (MedizinerInnen, BeraterInnen) für ihre Arbeit zu erwirken und auf dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Stand zu bleiben, muss der fachliche Austausch zu medizinischen und psychosozialen Aspekten bei Fertilitätsstörungen gefördert werden.

Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Beratung

Für alle Befragten sind die wichtigsten Qualitätssicherungsmaßnahmen zum einen regelmäßige Supervision bzw. Intervision der Beratungen und die direkte Evaluation der psychosozialen Kinderwunschberatung durch die KlientInnen und zum anderen regelmäßige und niedrigschwellig erreichbare (wohnortnahe und finanzierbare) Fort- und Weiterbildungen. Dazu sollten auch Qualitätszirkel explizit zur psychosozialen Kinderwunschberatung von Ärzten und Psychotherapeutenkammern anerkannt werden. Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, KlientInnen ressourcenschonend Beratungen evaluieren zu lassen (z. B. über ein Online-Bewertungsportal).

1.

Einführung

Seit der Geburt von Louise Brown, dem ersten Kind, das 1977 mithilfe einer IVF (In-vitro-Fertilisation) gezeugt wurde, hat sich die Reproduktionsmedizin rasant entwickelt. Es gibt mittlerweile zahlreiche Diagnose- und Behandlungsmethoden, die Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen nutzen können. Schon vor über 40 Jahren haben sich medizinische Fachgesellschaften gegründet, in den letzten 10–15 Jahren sind zudem in zahlreichen Ländern Fachgesellschaften für die psychosoziale Kinderwunschberatung etabliert worden. Die Entwicklung in der psychosozialen Kinderwunschberatung beruht auf dem Verständnis, dass der unerfüllte Kinderwunsch und die reproduktionsmedizinische Behandlung mit psychosozialen Belastungen einhergehen können und Paare von einer psychosozialen Kinderwunschberatung profitieren können, um diesen Belastungen vorzubeugen oder sie abzumildern. Für die psychosoziale Kinderwunschberatung sind spezifische psychosoziale und medizinische Kenntnisse erforderlich, sie sollte auf fachlich hohem Niveau und von erfahrenen ExpertInnen durchgeführt werden. Die Fachgesellschaften haben daher nicht nur Qualifikationsstandards entwickelt, sondern für zahlreiche Themenbereiche Leit- und Richtlinien, an denen sich psychosoziale und medizinische Fachkräfte orientieren können (Blyth, 2012). Diese Entwicklung hat zu einer Professionalisierung der psychosozialen Kinderwunschberatung geführt.

In Deutschland hat sich im Jahr 2000 die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e. V. (BKID) gegründet. BKID ist ein multiprofessioneller Zusammenschluss der psychosozialen Fachkräfte in Deutschland, welche langjährige Erfahrungen in der psychosozialen Kinderwunschberatung haben. BKID hat, wie ähnliche Fachgesellschaften, Qualifikationsrichtlinien und Leitlinien entwickelt und engagiert sich in der Fort- und Weiterbildung.

Dieser Bericht beschreibt die Implementierung der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland. Er gibt im ersten Teil einen Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Psychosomatik, beschreibt psychosoziale Versorgungsmodelle im Allgemeinen und definiert die psychosoziale Kinderwunschberatung. Im nächsten Teil werden juristische und berufsrechtliche Regelungen für die psychosoziale Kinderwunschberatung dargestellt und es werden relevante Leit- und Richtlinien beschrieben. Anschließend wird der aktuelle Status der psychosozialen Kinderwunschberatung dargestellt. Um zu untersuchen, wie verbreitet die psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland ist, welche Fachkräfte sie anbieten, welche Qualifikationen hierfür vorliegen und welche Verbesserungen vorgeschlagen werden, wurden drei umfangreiche Befragungen durchgeführt. In Teil 6 wird das Studiendesign beschrieben und Teil 7 schildert die Ergebnisse. Im Anschluss werden, basierend auf den ersten fünf Kapiteln und den Untersuchungen, in Kapitel 8 Maßnahmen formuliert, um die psycho-

soziale Kinderwunschberatung besser zu implementieren und weiterzuentwickeln. Im Anhang findet sich die Literaturliste, ein Glossar und Abkürzungsverzeichnis, und es sind die für die Untersuchungen verwendeten Fragebögen sowie Anschreiben und Begleitbrief abgedruckt.

1.1 Begriffsbestimmungen und Schreibweisen

Im Folgenden wird der Begriff „**psychosoziale Kinderwunschberatung**“ für die behandlungsunabhängige¹ und weisungsungebundene Beratung durch eine entsprechend ausgebildete psychosoziale Fachkraft verwendet. Diese kann **integriert** angeboten werden, also durch eine Fachkraft, die die Beratung innerhalb eines reproduktionsmedizinischen Zentrums durchführt, oder **extern**, d. h. von einer Fachkraft oder Beratungsstelle, die dafür eigene Räumlichkeiten nutzt. Davon unabhängig ist die **patientenzentrierte Grundversorgung** („patient centered care“) zu sehen, die von allen Fachkräften angeboten wird, die PatientInnenkontakt haben, und für die keine Fachweiterbildung in psychosozialer Beratung oder Psychotherapie erforderlich ist. Auf die „Psychosomatische Grundversorgung“ wird noch unter 3.1 eingegangen werden.

Der Begriff „**reproduktionsmedizinisches Zentrum**“ beschreibt eine medizinische Einrichtung, die die Zulassung gemäß dem Sozialgesetzbuch V für die IVF und ähnliche Behandlungsmethoden hat; in der Umgangssprache wird hierfür häufig auch der Begriff „Kinderwunschzentrum“ verwendet. Unter **medizinischen Behandlungen** werden alle Behandlungen verstanden, die Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen in Anspruch nehmen können, also hormonelle Stimulationen, Inseminationen (im Spontanzyklus oder nach hormoneller Stimulation) und „künstliche Befruchtungen“. Unter **ART** (assistierte Reproduktionstechnologien) werden ausschließlich „künstliche Befruchtungen“ wie IVF und ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektion) verstanden, einschließlich IVF bzw. ICSI mit zuvor kryokonservierten Gameten.

Da ein unerfüllter Kinderwunsch sowohl Frauen als auch Männer betrifft, sie gegebenenfalls von Ärztinnen bzw. Ärzten behandelt und von weiblichen bzw. männlichen psychosozialen Fachkräften beraten werden (können), haben wir uns aufgrund der Lesbarkeit für die Schreibweise KlientIn, MedizinerIn und BeraterIn entschieden, wenn beide Geschlechter gemeint sind (und es keine geschlechtsneutrale Formulierung gibt). In den Fragebögen war eine andere Schreibweise gewählt worden (z. B. Klient/inn/en). Wenn im Folgenden „Paare“ genannt werden, sind in der Regel auch Frauen in lesbischer Partnerschaft eingeschlossen. Feststellungen zum unerfüllten Kinderwunsch von Männern in homosexueller Partnerschaft oder von alleinstehenden Personen werden in diesem Bericht nicht getroffen.

1 Sofern nicht anders definiert, ist hiermit im gesamten Text die behandlungsunabhängige Beratung im Sinne von 3.2.4 der Richtlinie der Bundesärztekammer (2006) gemeint (s. 4.4 weiter hinten).

2.

Psychosomatik des unerfüllten Kinderwunsches – aktueller wissenschaftlicher Stand

In der psychosomatischen Sicht des unerfüllten Kinderwunsches dominierte über viele Jahrzehnte ein stark pathologisierender Blick, der zudem fast ausschließlich die Frau betraf. Sowohl in der Laienpresse als auch in manchen Fachbüchern werden vor allem Frauen auch weiterhin in psychischer Hinsicht oft noch pathologisiert. Diese Frauen werden als in ihrer Persönlichkeit gestört beschrieben, ihnen werden unbewusste Ängste vor einer Schwanger- bzw. Elternschaft oder eine symbiotische Verstrickung mit ihrem Partner unterstellt, sodass ein Kind keinen Platz habe (Christie & Morgan, 2006; Eisner, 1963; Goldschmidt & de Boor, 1976; Klußmann & Nickel, 2009).

Mittlerweile gelten diese Konzepte jedoch als überholt (Apfel & Keylor, 2002). Die Studienlage zeigt auf, dass Paare mit Kinderwunsch in der Regel psychisch unauffällig sind. Es zeigen sich zwar erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrt Körperbeschwerden bei einigen der untersuchten Frauen. Diese sind jedoch als Zeichen der Lebenskrise, die der unerfüllte Kinderwunsch für die meisten Paare bedeutet, und/oder als Folge der reproduktionsmedizinischen Diagnostik oder Behandlungen nachvollziehbar und verständlich. Pasch und KollegInnen konnten in ihrer prospektiven Studie an Frauen in IVF-Behandlung zeigen, dass psychischer Stress (in Form von Depressivität bzw. Ängstlichkeit) keinen Einfluss auf den Ausgang der IVF-Behandlung hatte. Umgekehrt waren fehlgeschlagene IVF-Versuche mit erhöhter Depressivität und Ängstlichkeit bei den untersuchten Frauen verbunden (Pasch et al., 2012). Der Anteil von Personen, bei denen Psychopathologien diagnostiziert werden, liegt mit 15–20 % genau so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Spezifische Beziehungsmuster, wie sie früher postuliert wurden, sind nicht typisch für Kinderwunschpaare. Ähnliche Befunde gibt es auch für Paare, bei denen kein Grund für die Unfruchtbarkeit festgestellt werden kann (sogenannte „idiopathische Sterilität“), und somit ist diese Form der Infertilität nicht gleichzusetzen mit „psychogener“ Infertilität (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, & Verres, 2001). Gemäß den aktuellen Leitlinien „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (Kentenich et al., 2014; Strauss, Brähler, & Kentenich, 2004) liegt eine verhaltensbedingte – und damit potenziell psychosozial (mit-)bedingte – Fertilitätsstörung nur in diesen Fällen vor:

- wenn ein Paar trotz ärztlicher Aufklärung weiter ein Fruchtbarkeit schädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Ernährungsweise – vor allem Über- bzw. Untergewicht –, Hochleistungssport, Genussmittel- bzw. Medikamentenmissbrauch, extrem beeinträchtigender beruflicher Stress wie z. B. Wechselschichtarbeit beider Partner),
- wenn ein (heterosexuelles) Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert bzw. eine nicht-organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt,

- wenn ein Paar eine aus medizinischer Sicht notwendige Kinderwunschdiagnostik bzw. -therapie zwar bewusst bejaht, diese dann aber – auch nach langer Bedenkzeit – doch nicht beginnt, also beispielsweise die Tubendurchgängigkeitsprüfung oder die Erstellung eines Spermioграмms immer wieder aufschiebt.

Es wird geschätzt, dass die Prävalenz dieser verhaltensbedingten Infertilität bei ca. 5–9 % liegt (Schilling, Toth, Rösner, Strowitzki, & Wischmann, 2012; Wischmann, 2006).

Der Einfluss von Stress auf die Fruchtbarkeit wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert (Wischmann, 2010). Methodisch sorgfältig durchgeführte Studien an größeren Stichproben (z. B. Lintsen, Verhaak, Eijkemans, Smeenk, & Braat, 2009) zeigen, dass die Bedeutung von Alltagsstress für die Fruchtbarkeit eher vernachlässigbar gering ist. Allerdings sind viele Studien methodisch unzureichend, und die traditionellen Stressmodelle werden dem dyadischen Kontext der Infertilität – einer Störung, die sich erst in der Zusammenschau zweier PartnerInnen zeigt – nicht gerecht, sodass hier noch keine endgültige Klarheit besteht.

2.1 Psychosoziale Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung

Bei vielen Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch zeigt sich als durchgängiger Befund eine leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrt Körperbeschwerden. Dies kann vor allem als Folge der Diagnostik bzw. der medizinischen Behandlung verstanden werden, da die Symptome bei anhaltender Behandlung zunächst zunehmen (Beutel et al., 1999). Hinsichtlich der Partnerzufriedenheit gibt es keine Auffälligkeiten, mit längerer medizinischer Behandlung stellen sich Frauen im Vergleich zu Normwerten mit ihrer Partnerschaft eher zufriedener dar (Repokari et al., 2007). Jedoch beschreibt knapp die Hälfte der Frauen die ungewollte Kinderlosigkeit als die schlimmste Krise ihres Lebens. Von der Auswirkung her ähnelt diese Krise einer schwerwiegenden Erkrankung oder dem Verlust eines nahen Angehörigen (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993; Kerr, Brown, & Balen, 1999).

Den Studien und der klinischen Erfahrung der AutorInnen nach zeigen Männer im Durchschnitt eine geringere Kinderwunschstärke und Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Männer im Bemühen, ihre Partnerinnen zu unterstützen, eher „stumm“ leiden (Cousineau & Domar, 2007), dass typische „geschlechtsspezifische“ Bewältigungsstrategien auch in dieser Krise greifen und sich viele Männer daher eher lösungsorientiert verhalten und ihrem Leidensdruck seltener Ausdruck verleihen. Außerdem sind invasive reproduktionsmedizinische Eingriffe bei Männern und die entsprechenden psychischen Folgen seltener. Neuere Studien zeigen auf, dass bei Vorliegen ausschließlich andrologisch bedingter Infertilität Männer genauso stark leiden wie Frauen bei rein gynäkologisch bedingter Infertilität (Holter, Anderheim, Bergh, & Moller, 2007; Peronace, Boivin, & Schmidt, 2007). Diese Studien müssen jedoch noch an größeren Stichproben repliziert werden. Dass der Leidensdruck möglicherweise recht ähnlich ist, belegte auch eine Studie von 162 Paaren, in der die psychische Belastung für das jeweilige Paar (und nicht für die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Männer) berechnet wurde (Chachamovich et al., 2009). Hier zeigten sich kaum Unterschiede in der emotionalen Belastung zwischen Frauen und Männern.

Es liegen keine grundsätzlichen Hinweise auf eine größere partnerschaftliche Unzufriedenheit bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch vor. Allerdings zeigen Paare, die länger in medizinischer Behandlung sind, eine abnehmende Zufriedenheit in der Beziehung. Es ist möglich, dass die oft überdurchschnittliche Zufriedenheit und die in einigen Studien erkennbare Idealisierung der Paarbeziehung von Frauen (und Männern) zu Beginn einer IVF-Behandlung ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit darstellt, möglicherweise aus Angst vor einem Behandlungsausschluss aufgrund psychischer Instabilität (Wischmann, 2004). Aussagen zur sexuellen Zufriedenheit sind mit einiger Wahrscheinlichkeit aufgrund des gleichen Antwortverhaltens ebenfalls nur eingeschränkt auswertbar. Interviews und die klinische Erfahrung der AutorInnen zeigt auf, dass bei einem Großteil der Paare (bis zu 60 %) vor allem im Verlaufe der medizinischen Behandlung (Geschlechtsverkehr nach Termin u. Ä.) die Sexualität zumindest vorübergehend stark beeinträchtigt ist (Wischmann, 2009b).

Da die Lebendgeburtenrate nach IVF bzw. ICSI pro durchgeführten Behandlungsversuch in Deutschland durchschnittlich nicht mehr als 20 % beträgt, bleibt nach drei Behandlungsversuchen im Schnitt die Hälfte der Paare ohne Kind (Wischmann, 2012). In der Lebenssituation zwischen ungewollt kinderlos gebliebenen Paaren und Eltern zeigen sich nur geringe Unterschiede. Retrospektiv beschreiben viele Paare, dass sie die gemeinsam durchlebte und überwundene Krise „zusammengeschweißt“ hätte, die Trennungsraten sind langfristig niedriger bis genauso hoch wie bei Paaren mit Kindern. Prognostisch günstig für kinderlos gebliebene Paare ist eine positive Neubewertung und Akzeptanz, das Erarbeiten von Alternativen und das Aufrechterhalten von sozialen Kontakten. Allerdings zeigen auch in diesem Bereich Studien noch Lücken auf, vor allem, da in vielen Untersuchungen die Nonresponderrate ein Drittel ausmacht und es Hinweise gibt, dass die Lebenssituation dieser Untergruppe etwas ungünstiger ist (zur Übersicht: Kentenich et al., 2014). Alle diesem Abschnitt zugrunde liegenden Studien waren an heterosexuellen Paaren mit Kinderwunsch gemacht worden. Von daher muss eine Übertragbarkeit der genannten Ergebnisse auf lesbische Partnerschaften mit Kinderwunsch zuerst noch überprüft werden.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass eine psychologische Verursachung ungewollter Kinderlosigkeit im Allgemeinen deutlich überschätzt wird, während die emotionalen Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung jedoch noch immer häufig unterschätzt werden. Für viele Frauen und Männer stellt der unerfüllte Kinderwunsch eine existenzielle Lebenskrise dar. Die Akzeptanz der Kinderlosigkeit und eine positive Neubewertung sind mittel- bzw. langfristig wichtig, um nach dieser Krise posttraumatisches Wachstum zu ermöglichen.

3.

Psychosoziale Versorgung

Die psychosoziale Versorgung von Personen und Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch umfasst eine allgemeine patientenorientierte Grundversorgung („patient-centered care“), die psychosoziale Kinderwunschberatung („infertility counselling“) und die psychotherapeutische Beratung/Therapie („therapeutic counselling“) (siehe: Boivin & Kantenich, 2002; Peterson et al., 2012; Wischmann, 2012).

3.1 Patientenorientierte Grundversorgung

Die patientenorientierte Grundversorgung wird beispielsweise von ÄrztInnen und BiologInnen, die PatientInnenkontakt haben, sowie vom medizinischen Fachpersonal (ArzthelferIn, medizinisch-technische/r Angestellte/r etc.) geleistet. Diese Grundversorgung umfasst vor allem kommunikative Ansätze, die dazu beitragen, dass die medizinische Information (z. B. Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten) verstanden und PatientInnen zu einem „informed consent“ befähigt werden. Darüber hinaus sollen die individuellen, partnerschaftlichen und sozialen Bedürfnisse von PatientInnen verstanden, gewürdigt und im Rahmen der medizinischen Versorgung angemessen berücksichtigt werden. Alle Fachkräfte benötigen daher ein Mindestmaß an Wissen um die psychosozialen Implikationen des unerfüllten Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung sowie Kenntnisse von verbalen Interventionstechniken, Empathie und ein entsprechendes Zeitfenster für das einzelne PatientInnenpaar. Darüber hinaus müssen sie die Grenzen ihrer fachlichen Kompetenzen einhalten und ggf. an andere Fachkräfte verweisen können (Corrigan, Daniels, & Thorn, 2002).

Für ÄrztInnen wird eine entsprechende Fortbildung z. B. im Rahmen der „Psychosomatischen Grundversorgung für Gynäkologen“ angeboten. Diese umfasst Kenntnisse der Psychopathologie und Neurosenlehre, medizinische und psychosomatische Aspekte des Kinderwunsches und der menschlichen Reproduktion, Psychotherapieverfahren sowie das Aneignen verbaler Interventionstechniken. Zeitlich umfasst sie nach Informationen der Bundesärztekammer sowohl Kern-(Basis-)Veranstaltungen zur Vermittlung des verbindlichen Mindestbestands an Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen (mindestens 80 Stunden, davon 20 Stunden Theorie, 30 Stunden praktische Übungen und 30 Stunden Balintarbeit) als auch fakultative (Wahl) Veranstaltungen zur freiwilligen Vertiefung, Differenzierung und Schwerpunktbildung. Für medizinische Fachangestellte werden ebenfalls Fort- und Weiterbildungen angeboten, z. B. von der Fachgruppe DNra (Deutsches Netzwerk Reproduktionsassistenten – www.repromedizin.de/arbeitsgemeinschaften/dnra). Der Fokus dieser Veranstaltungen liegt z. B. auf Diagnostik und Therapie des Kinderwunsches, Kinderwunsch und Krebs oder Medikamente und Psyche. In der Regel sind diese Fortbildungen eintägig.

Da diese psychosoziale Versorgung durch die Fachkräfte durchgeführt wird, die in den reproduktionsmedizinischen Zentren arbeiten, ist sie in die medizinische Behandlung integriert.

Auch psychosoziale Fachkräfte können zu dieser Grundversorgung im Rahmen ihrer Arbeit beitragen, beispielsweise im Rahmen der Exploration von Behandlungsmöglichkeiten und dem individuellen Abwägen, welches Maß an Invasivität Ratsuchende aufgrund ihres persönlichen Erfahrungshintergrunds zulassen können.

Alle Fachkräfte, die Kontakt zu Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch haben, sollten über aktuelle und fundierte medizinische und psychosoziale Grundkenntnisse in diesem Bereich verfügen, damit sie eine patientInnenzentrierte Versorgung gewährleisten können.

3.2 Psychosoziale Kinderwunschberatung

Der Begriff „Beratung“ wird in der Umgangssprache unspezifisch für viele und unterschiedliche Formen von Hilfestellung und Unterstützung verwendet, die eine Person in Anspruch nehmen kann (z. B. „Beratung“ vor einem Autokauf, „Beratung“ durch eine Architektin/einen Architekten oder ApothekerIn). Dies hat dazu geführt, dass „Beratung“ im Alltag als zwischenmenschliche Hilfestellung wahrgenommen wird, für die wenig Qualifikation erforderlich ist und die von unterschiedlichen Berufsgruppen, die nicht unbedingt über psychosoziale Fachkenntnisse verfügen, durchgeführt werden kann. Von „Beratung“ wird daher häufig auch außerhalb eines psychosozialen Fachkontexts gesprochen. Im Folgenden wird „Beratung“ fachspezifisch als „eine Form der helfenden Interaktion zwischen zwei oder mehreren Beteiligten, bei der BeraterInnen ratsuchende KlientInnen dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem an Orientierung, Klarheit, Wissen, an Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenzen zu gewinnen“ definiert (Nestmann & Sickendieck, 2001, S. 140). Hierzu sind beraterisches und/oder therapeutisches Wissen erforderlich, das sich psychosoziale Fachkräfte mit entsprechender Grundausbildung im Rahmen von mehrjährigen Weiterbildungen angeeignet haben.

Ziel der psychosozialen Kinderwunschberatung ist die Bewältigung der Lebenskrise, unabhängig von der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung und deren Ausgang. Hierzu gehören die folgenden grundsätzlichen Beratungsinhalte:

- eine verbesserte Kommunikation des Paares untereinander, mit den ÄrztInnen sowie dem sozialen Umfeld,
- eine Entscheidungshilfe für oder gegen eine bzw. eine weitere (reproduktions-)medizinische Behandlung,
- das Ansprechen und Verändern von Fruchtbarkeitsschädigendem Verhalten,
- eine Begleitung während der (reproduktions-)medizinischen Behandlung,
- das Antizipieren, Normalisieren und Mindern der typischen emotionalen Belastungsfaktoren, die mit der medizinischen Kinderwunschbehandlung einhergehen („Achterbahn der Gefühle“, depressive und Trauerreaktionen nach erfolgloser Behandlung, sexuelle Funktionsstörungen),
- das Ansprechen und Normalisieren von unterschiedlichem Erleben beider Partner und den „geschlechtsspezifischen“ Bewältigungsmechanismen, das (Wieder-)Entdecken von Ressourcen innerhalb der Paarbeziehung,

- das frühzeitige Thematisieren eines alternativen Lebensplans und das zeitweise – und gegebenenfalls endgültige – Verabschieden eines Lebens mit Kind sowie das Wiederentdecken eines Lebens unabhängig und außerhalb des Kinderwunsches (Stammer, Verres, & Wischmann, 2004; Wischmann & Stammer, 2010).

Bei der Familienbildung mit Gametenspende² ist zusätzlich die Exploration der folgenden Aspekte wichtig:

- das Zulassen von Trauer um ein Kind, das biologisch von beiden PartnerInnen abstammt,
- juristische und medizinische Basisinformation (vor allem bei einer Behandlung im Ausland),
- der Umgang mit Stigma und Tabu, die diese Familienformen umgeben,
- die Bedeutung von biologischer und sozialer Elternschaft, die Bedeutung eines Spenders/einer Spenderin,
- die Empfehlung, das Kind frühzeitig und altersgerecht aufzuklären, Hilfestellung für die Umsetzung der Aufklärung und Informationen über entwicklungspsychologisch angemessenen Umgang mit der Familienzusammensetzung,
- die Bedeutung des Spenders/der Spenderin für das Kind im Verlaufe seines Lebens (Thorn & Wischmann, 2008, 2010).

Dies verdeutlicht, dass es für eine psychosoziale Kinderwunschberatung fachspezifischer Kenntnisse bedarf und dass diese Beratung keinesfalls anspruchslos ist und damit undifferenziert von unterschiedlichen Berufsgruppen „beiläufig“ durchgeführt werden könnte. Vielmehr sind Grundlagen im beraterischen und/oder psychotherapeutischen Bereich sowie spezielle reproduktionsmedizinische und psychosomatische Kenntnisse erforderlich. Internationaler Konsens ist daher, dass die psychosoziale Kinderwunschberatung von Fachkräften (MedizinerInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen sowie ähnlichen Berufsgruppen) durchgeführt wird, die über eine Grundausbildung (in der Regel einen Hochschulabschluss im sozialwissenschaftlichen Bereich), eine mehrjährige therapeutische oder beraterische Ausbildung (z. B. Verhaltenstherapie, systemische Therapie, Paar- und Familienberatung u. Ä.) sowie über Kenntnisse der menschlichen Fortpflanzung und der Reproduktionsmedizin, der medizinischen, gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen, der ethischen Fragestellungen und vor allem der psychosozialen Aspekte der menschlichen Fortpflanzung und der assistierten Reproduktionstechnologien verfügen sowie sich regelmäßig weiterbilden (Blyth, 2012; Haase & Blyth, 2006).

In Großbritannien ist beispielsweise eine Ausbildung in Beratung, klinischer Psychologie oder Psychotherapie erforderlich sowie der Nachweis von Supervision, Erfahrung in der Kinderwunschberatung und regelmäßige Weiterbildung, um eine Akkreditierung von der British Infertility Counselling Association (BICA) zu erhalten. Für Australien und Neuseeland hat die Australian and New Zealand Infertility Counselling Association (ANZICA) festgelegt, dass ein Hochschulabschluss, eine Zulassung als PsychologIn, SozialarbeiterIn oder PsychiaterIn, zwei Jahre Beratungserfahrung und Wissen über Unfruchtbarkeit und Kinderwunschberatung nachgewiesen werden müssen, um eine Akkreditierung zu erlangen. Für Deutschland wurden von BKiD im Jahr 2002 sowie im Jahr 2006 ähnliche Voraussetzungen festgelegt: Die für psy-

² Die Gametenspende umfasst die Samenspende, die Eizellspende und die Embryonenspende. In Deutschland ist die Eizellspende verboten, dennoch suchen viele Personen und Paare eine psychosoziale Kinderwunschberatung vor einer Behandlung mit Eizellspende im Ausland auf. Der Status der Embryonenspende ist nicht geklärt (s. 4.1).

chosoziale Kinderwunschberatung zertifizierten psychosozialen Fachkräfte müssen eine abgeschlossene Berufsausbildung im psychosozialen Bereich, eine abgeschlossene Weiterbildung in Beratung/Paartherapie, Basiswissen im medizinischen und psychosozialen Bereich der Reproduktionsmedizin und eine zweijährige Berufserfahrung in der psychosozialen Beratung/Therapie, davon ein Jahr in der Kinderwunschberatung, vorweisen (seit 2002) und sich (seit 2006) zur kontinuierlichen Weiterbildung verpflichten (Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD, 2008b). Die in Deutschland vorhandenen Fortbildungen zur psychosozialen Kinderwunschberatung werden im Ergebnisteil weiter hinten unter 7.2 (Frage 8) vorgestellt.

3.2.1 Fachliche Grundlagen der psychosozialen Kinderwunschberatung

Da der unerfüllte Kinderwunsch Auswirkungen auf viele Lebensbereiche hat, ist es für das beraterische Vorgehen erforderlich, therapieschulen- und -theorienübergreifend, also eklektisch, vorgehen zu können. Typischerweise werden in der psychosozialen Kinderwunschberatung Anleihen in den folgenden Theoriebereichen gemacht:

- systemische Paar- und Familientherapie, da der Kinderwunsch die Paardynamik betrifft (z. B. Stammer, Verres, & Wischmann, 2004) und das Symptom der Kinderlosigkeit nur in der Zusammenschau beider PartnerInnen sichtbar ist (Van den Broeck, Emery, Wischmann, & Thorn, 2010), wegen der Bedeutung von Ritualen und rituellen Verschreibungen als Wirkfaktoren (z. B. Imber-Black, Roberts, & Whiting, 2001), wegen der Bedeutung von Familienheimnissen, vor allem im Rahmen der Behandlung mit Gametenspende (z. B. Imber-Black, 1995; Thorn & Daniels, 2007),
- Krisenintervention, da vor allem von vielen Frauen der unerfüllte Kinderwunsch als existenzielle Lebenskrise wahrgenommen wird, die mit einem hohen emotionalen Druck und dem Verlust des seelischen Gleichgewichts einhergehen kann (z. B. Golan, 1983),
- Trauerbegleitung, da nicht nur viele Paare trotz medizinischer Unterstützung kinderlos bleiben, sondern auch die erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlungsversuche in der Regel mit Trauerreaktionen einhergehen (z. B. Kübler-Ross, 2001; Menning, 1982),
- Stigmatheorien, da Unfruchtbarkeit selbst sowie vor allem die Behandlung mit Gametenspende meist mit Stigma und Tabu behaftet sind (z. B. Goffman, 1998; Miall, 1986; Thorn, 2008c),
- „geschlechtsspezifische“ Krisenbewältigungsmodelle, da die Krise des unerfüllten Kinderwunsches die Paardynamik beeinträchtigen kann und da infertilitätsspezifisches Coping sich wechselseitig bedingt (Peterson, Pirritano, Christensen, & Schmidt, 2008),
- Theorien zur Sexualität und zu sexuellen Störungen, da bei vielen Paaren der unerfüllte Kinderwunsch und/oder die medizinische Behandlung zu Störungen in der Sexualität führen (Wischmann, 2009b),
- Theorien der Identitätsbildung, da der unerfüllte Kinderwunsch das Selbstbild und die Identitätsstabilität infrage stellen und die Aufklärung der Zeugung mit Gametenspende nach der Kindheit eine Identitätskrise auslösen können (z. B. Erikson, 1977; Turner & Coyle, 2000),
- Modelle der Psychoedukation, die vor allem für die Vorbereitung der Familienbildung mit Gametenspende hilfreich sind (Daniels, Thorn, & Westerbrooke, 2007; Thorn & Daniels, 2003),
- gruppentherapeutische Modelle, die die rationale und affektive Bearbeitung von Problemen unterstützen und vor allem zur Normalisierung von Gefühlen und Erleben beitragen (Covington, 2006; Moreno, 2007; Thorn, 2002),

- psychodynamische Modelle, da zumindest bei einem Teil der Personen bzw. Paare die Krise ungewollter Kinderlosigkeit zu einer Reaktualisierung früherer Traumata führen kann (z. B. Wischmann, 2012),
- Psychopathologie, da psychosoziale Fachkräfte einschätzen müssen, wann eine manifeste psychiatrische Erkrankung (rezidivierende schwere Depression oder Angststörung, Psychose o. Ä.) vorliegt, die eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung und ggf. medikamentöse Einstellung erfordert (z. B. Kentenich et al., 2014).

Da vor allem in den letzten Jahren die Anzahl der Paare, die eine Behandlung im Ausland erwägen, gestiegen ist, sollte auch Basiswissen um Behandlungsmöglichkeiten und -schwierigkeiten im Ausland und gesetzliche Regelungen in Zielländern der Behandlung (z. B. Spanien, Osteuropa) vorliegen (Thorn & Wischmann, 2010). Letztendlich müssen sich psychosoziale Fachkräfte auch mit ethischen Fragestellungen auseinandersetzen, um Paare begleiten zu können, die Behandlungen in Erwägung ziehen, die hier kontrovers diskutiert werden bzw. wurden. Hierunter fallen z. B. die Präimplantationsdiagnostik, die Eizellspende, die mit der Gefahr der Kommerzialisierung und Ausbeutung der Spenderin einhergehen können, oder die Leihmutterschaft, die darüber hinaus zu juristischen Komplikationen hinsichtlich der Zuordnung der Elternschaft führt (Thorn, 2008b), von der ethischen Bewertung dieser Verfahren hier einmal abgesehen.

Inzwischen liegen darüber hinaus eine Vielzahl an Fachpublikationen zu Ablauf und Inhalten der psychosozialen Kinderwunschberatung vor. Im deutschsprachigen Raum sind, neben zahlreichen Fachartikeln, die Bücher von Strauß (2000), Stammer, Verres und Wischmann (2004), Kleinschmidt, Thorn und Wischmann (2008) sowie Thorn (2008a) zu erwähnen. Als internationaler „Goldstandard“ ist das Handbuch von Covington & Burns (2006) zu nennen.

3.2.2 Beratungssettings und Formen der Beratung

Die psychosoziale Kinderwunschberatung wird in der Regel als eine Paarberatung angeboten. Allerdings kann bei starker Belastung der Frau, bei starken Kommunikationsstörungen beim Paar und bei alleinstehenden Personen mit unerfülltem Kinderwunsch auch eine Einzelberatung durchgeführt werden. Professionell angeleitete Gesprächsgruppen werden häufig für spezifische Themenstellungen (z. B. psychoedukative Gruppen vor einer Behandlung mit Spender-samen, Abschied vom Kinderwunsch) angeboten. Niedrigschwellig angebotene Gruppen (z. B. als „Informationsgruppe“) können auf bessere Resonanz stoßen als „therapeutische“ Gruppenangebote. Letztendlich scheint das Angebot vor allem von der Ausbildung und der fachlichen Ausrichtung der psychosozialen Fachkraft abhängig zu sein.

International wurden mittlerweile auch Ansätze für eine internetbasierte Beratung (z. B. Hämerli, 2009) entwickelt, und es ist bekannt, dass Fachkräfte in Deutschland und im Ausland auch telefonische Beratung anbieten, allerdings wurde dies noch nicht evaluiert (Wischmann, 2009a). Vor allem die technikbasierten Beratungsangebote, für die keine persönlichen Beratungstermine vereinbart und keine Fahrtzeit in Kauf genommen werden müssen, die zeitlich deutlich flexibler als die traditionelle Face-to-Face-Beratung sind und auch in anonymer Form angeboten werden können, werden in Zukunft wahrscheinlich von wachsender Bedeutung sein.

3.2.3 Integrierte versus externe psychosoziale Kinderwunschberatung

Die psychosoziale Kinderwunschberatung kann sowohl integriert als auch extern angeboten werden. Bei einem integrierten Angebot bietet die psychosoziale Fachkraft im reproduktionsmedizinischen Zentrum Beratung an, diese ist entweder für KlientInnen kostenfrei, da die Fachkraft im Zentrum angestellt ist, oder mit einem Honorar verbunden, wenn die Fachkraft die Räume des reproduktionsmedizinischen Zentrums nutzt. In Deutschland ist dieses Modell – im Gegensatz zu Ländern wie England oder Australien, wo die Mehrheit der BeraterInnen in den reproduktionsmedizinischen Zentren arbeitet – noch wenig verbreitet. Laut einer Pilotstudie gaben zwar 37 der 103 untersuchten Kinderwunschzentren in Deutschland auf ihren Homepages eine Kooperation mit einer psychosozialen Beratung an. Am häufigsten wurde die Kooperation mit externen PsychologInnen, BeraterInnen und Beratungsstellen, in weiteren Fällen die Kooperation mit einer psychosomatischen Klinik angegeben. Allerdings gaben nur 7 Kinderwunschzentren an, eine psychosoziale Fachkraft im Team zu haben und weitere sechs gaben eine Kooperation ohne nähere Ausführungen an (Stöbel-Richter, Thorn, Brähler, Kentenich, & Wischmann, 2011). Diese Pilotstudie beschreibt, dass die externe psychosoziale Kinderwunschberatung sowohl vor, während als auch nach Beendigung der medizinischen Behandlung insgesamt eher selten stattfindet. Vermutet wird eine mangelnde Anbindung der psychosozialen Beratung an die medizinische Behandlung bzw. die fehlende Integration. Daher erstaunt nicht, dass sowohl Interessenverbände als auch durch BKiD zertifizierte Fachkräfte sich in dieser Studie dafür aussprachen, ReproduktionsmedizinerInnen dazu zu verpflichten, auf eine psychosoziale Kinderwunschberatung hinzuweisen, PatientInnen jedoch die Entscheidung einzuräumen, ob sie diese in Anspruch nehmen möchten. Hier wurden Vergleiche mit der Schwangerschaftskonfliktberatung angestellt und es wurden Parallelen zur psychologischen Versorgung in der Onkologie gezogen – Bereiche, in denen die Beratung entweder verpflichtend ist oder ein multidisziplinärer Ansatz mit integrierter psychosozialer Beratung mittlerweile Praxis ist.

Die überwiegende Anzahl der psychosozialen Fachkräfte in diesem Bereich arbeitet in Deutschland in einer Beratungsinstitution oder in freier Praxis mit mehr oder weniger enger Anbindung an ein bzw. in Kooperation mit einem reproduktionsmedizinischen Zentrum. In der genannten Pilotstudie war die Haltung der psychosozialen Fachkräfte zur Frage, ob die Beratung integriert oder extern durchgeführt werden soll, geteilt. Viele sprachen sich für eine integrierte Beratung aus, da dies die Hemmschwelle senken würde, eine Beratung wahrzunehmen, und signalisiert, dass diese ein sinnvoller und integrierter Bestandteil der Behandlung ist. Auch würde die integrierte psychosoziale Beratung einer Pathologisierung der PatientInnen vorbeugen und bei ÄrztInnen dazu führen, dass sie den Stellenwert und die Bedeutung der Beratung besser einschätzen könnten. Allerdings müsse diese weisungsungebunden und ergebnisoffen sein. Die Hälfte der in der Pilotstudie Befragten sprach sich jedoch für eine externe und unabhängige Beratung aus bzw. hielt es für wichtig, Paaren eine Wahlmöglichkeit einzuräumen. Dies wurde damit begründet, dass PatientInnen den emotionalen Abstand zur medizinischen Behandlung benötigten und dies im Rahmen einer externen Beratung eher gegeben ist. Auch wurde die Befürchtung ausgesprochen, dass eine neutrale und ergebnisoffene Beratung in den Kinderwunschzentren nur schwer möglich und nicht immer gewährleistet sei. Letztendlich sei eine externe Beratung auch für die Personen und

Paare erforderlich, die (noch) keine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, sich aber dennoch mit den psychosozialen Implikationen des unerfüllten Kinderwunsches auseinandersetzen möchten (Stöbel-Richter, Thorn, Brähler, Kentenich, & Wischmann, 2011).

Dies verdeutlicht, dass beide Settings Vor- und Nachteile haben. Ein deutlicher Vorteil der integrierten psychosozialen Kinderwunschberatung ist eine niedrige Hemmschwelle. Eine Beratung, die im reproduktionsmedizinischen Zentrum installiert ist, signalisiert, dass die psychosoziale Beratung integraler und „normaler“ Bestandteil der medizinischen Versorgung darstellt. Eine Stigmatisierung aufgrund der Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung wird damit minimiert. Die Hemmschwelle wird ebenso dadurch gesenkt, dass diese Beratung in der Regel nicht mit Kosten verbunden ist und dass Ratsuchende keine zusätzliche Stelle aufsuchen müssen und die Terminplanung dadurch erleichtert wird. Ein großer Vorteil ist zudem, dass die Fachkraft vor Ort ist und Einblick in die medizinische Behandlung hat und somit der interdisziplinäre Austausch vereinfacht wird. Nachteil des integrierten Settings ist das Bedürfnis mancher Personen und Paare, die psychosoziale Kinderwunschberatung unabhängig von der medizinischen Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen, sowie die Befürchtungen, dass kritische Reaktionen über die medizinische Behandlung bei einer Fachkraft, die im reproduktionsmedizinischen Zentrum angestellt ist, nicht zugelassen werden können, diese nicht neutral beraten kann oder Inhalte der Beratung mit dem medizinischen Personal besprochen werden und die Vertraulichkeit daher nicht eingehalten wird (Corrigan, Daniel & Thorn, 2002).

Die psychosoziale Kinderwunschberatung ist fachlich anspruchsvoll und sollte daher von entsprechend speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden. Sie kann in unterschiedlichen Settings (Einzel-, Paar- oder Gruppenberatung) durchgeführt werden. Ratsuchende sollten selbst entscheiden können, ob sie eine in das reproduktionsmedizinische Zentrum integrierte Kinderwunschberatung oder ein externes psychosoziales Beratungsangebot wahrnehmen möchten.

3.3 Psychologische Beratung und Psychotherapie

Nach Wischmann (2012) und Thorn & Wischmann (2010) ist vor allem bei folgenden Konstellationen eine Kinderwunschberatung erforderlich und sollte daher nicht nur (unverbindlich) angeboten, sondern explizit empfohlen werden (und diese Empfehlung auch dokumentiert werden; Stöbel-Richter, Thorn, Brähler, Kentenich, & Wischmann, 2011):

- vulnerable Personen/Paare (z. B. psychiatrische Vorerkrankungen, Suchtmittelmissbrauch, besondere physische oder mentale Bedürfnisse und Erfordernisse, eingeschränkte Fähigkeit zum „informed consent“ o.Ä.),
- Vorliegen einer verhaltensbedingten Fertilitätsstörung (siehe oben),
- krisenhafte individuelle Verarbeitung (z. B. massive Selbstwertproblematik, depressive Verarbeitung mit anhaltender, starker Fokussierung auf den Kinderwunsch unter Vernachlässigung anderer Lebensinhalte o.Ä.),
- krisenhafte Paardynamik (z. B. sexuelle Störungen, ambivalentes oder unentschiedenes Verhalten bzgl. medizinischer Möglichkeiten o.Ä.),
- vor invasiven medizinischen Eingriffen (z. B. Übergang von Insemination zu IVF, vor einer Behandlung im Ausland o.Ä.),

- vor präimplantations- oder pränataldiagnostischen Maßnahmen während bzw. nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung,
- bei einer Mehrlingsschwangerschaft (insbesondere vor Fetozyd),
- bei (wiederholter) Fehl- und Totgeburt,
- vor, während und nach einer Behandlung mit Gametenspende oder Leihmutterschaft,
- SpenderInnen und Leihmüttern sollte ebenfalls eine psychosoziale Beratung vor, während und nach einer Behandlung verbindlich empfohlen werden.

Nur ein kleiner Teil der Personen oder Paare mit unerfülltem Kinderwunsch leidet an einer Psychopathologie, die eine psychologische Beratung oder eine Psychotherapie erfordert. In der Regel handelt es sich um vulnerable Personen, bei denen bereits vor der Auseinandersetzung mit dem unerfüllten Kinderwunsch eine Erkrankung vorlag und diese ggf. aufgrund der Krise und/oder der medizinischen Behandlung verstärkt oder reaktiviert wird. Darüber hinaus können (in wenigen Fällen) aufgrund der Krise des unerfüllten Kinderwunsches und durch das Erleben der medizinischen Behandlung depressive Reaktionen und Angststörungen auftreten bzw. ausgelöst werden, die nicht nur vorübergehend sind und eine länger dauernde Psychotherapie erforderlich machen. Die medizinischen sowie die psychosozialen Fachkräfte müssen über ausreichend Wissen und Erfahrung verfügen, um diese Personen einer Psychotherapie oder einer psychiatrischen Behandlung zuführen zu können (Kentenich et al., 2014). Diese Versorgung ist in der Regel extern.

Nur ein kleiner Teil der Paare mit Kinderwunsch weist Psychopathologien auf. Alle Fachkräfte sollten um diese Störungen wissen, damit sie weiterverweisen können bzw. damit psychosoziale Fachkräfte entsprechend behandeln können.

Das folgende idealtypische Modell (s. Abb. 1) skizziert die Stufen der psychosozialen Versorgung und ordnet sie den entsprechenden Fachkräften zu; im Alltag sind die Übergänge eher fließend und es gibt Überlappungen (in Anlehnung an: Peterson et al., 2012; Wischmann, 2012).

Abb. 1: Stufen der psychosozialen Versorgung

	Inhalte	Profession	Versorgungsart	Integriert/ extern
1.	Information über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten	Alle medizinischen Fachkräfte	Patientenorientierte Grundversorgung	integriert
2.	Information über die psychosozialen Belastungen des unerfüllten Kinderwunsches	Alle medizinischen und psychosoziale Fachkräfte	Patientenorientierte Grundversorgung	integriert oder extern
3.	Information über die psychosozialen Aspekte einer medizinischen Behandlung	Alle medizinischen und psychosozialen Fachkräfte	Patientenorientierte Grundversorgung	integriert oder extern
4.	Begleitung und Unterstützung während der Behandlung	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	integriert oder extern
5.	Unterstützung bei der Entscheidungsfindung für/ gegen (weitere) Behandlung	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	integriert oder extern
6.	Krisenintervention bei depressiven Reaktionen, Belastungen in der Partnerschaft	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	integriert oder extern
7.	Krisenintervention bei Komplikationen (Mehrlingsschwangerschaft und -geburt, Fehlgeburt)	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	integriert oder extern
8.	Trauerbegleitung bei Abschied vom Kinderwunsch	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	integriert oder extern
9.	Psychosoziale Beratung bei Familienbildung mit sozialer Elternschaft (Gametenspende, Adoption, Pflegeelternschaft)	Psychosoziale Fachkräfte	Psychosoziale Kinderwunschberatung	integriert oder extern
10.	Therapeutische Beratung/ Psychotherapie bei anhaltenden Depressionen, psychopathologischen Störungen u. Ä.	Psychosoziale Fachkräfte mit psychotherapeutischen/psychiatrischen Kenntnissen	Psychotherapie, medizinische Versorgung	extern

3.4 Selbsthilfegruppen und -organisationen

In vielen Gesundheitsbereichen haben sich Selbsthilfegruppen und -organisationen etabliert. Auch wenn sie keine professionelle Hilfe anbieten, sollen sie nicht unerwähnt bleiben, denn für viele Betroffene ist das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe mit einer deutlich geringeren Hemmschwelle verbunden als die Inanspruchnahme einer fachlichen Hilfe. Daher sollten alle Fachkräfte um entsprechende Anlaufstellen wissen und an sie weiterverweisen können. In Deutschland hat sich vor fast 20 Jahren Wunschkind e. V. (www.wunschkind.de) gegründet, der überregionale Verein der Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Foren und Gruppen, die überwiegend regional oder online aktiv sind (z. B. www.klein-putz.de, www.spenderkinder.de).

Selbsthilfegruppen stellen niedrigschwellige Hilfsangebote dar, die für manche Personen und Paare wichtige Anlaufstellen sein können.

4.

Gesetzliche, berufsrechtliche und weitere Vorgaben für die psychosoziale Kinderwunschberatung

Medizinische Leit- und Richtlinien sind in der Regel von Fachgesellschaften erstellt worden. In diesen Leit- bzw. Richtlinien werden praxisorientierte Empfehlungen gegeben, die im Sinne der evidenzbasierten Medizin (EBM) wissenschaftlich fundiert sind. Evidenzbasierung bedeutet, dass nicht allein die Expertise der Ärztin/des Arztes handlungsleitend ist, sondern dass Diagnostik und Therapie einer wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen worden sind, die dabei im besten Fall durch Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien vorgenommen worden ist. In einer randomisierten kontrollierten Studie werden die untersuchten Personen per Zufall einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugeteilt. Damit werden systematische Fehler, welche die Ergebnisse verfälschen könnten, vermieden. In einer Meta-Analyse werden die Originaldaten mehrerer dieser Einzelstudien zusammengefasst ausgewertet, sodass sie einer virtuellen Studie mit großer Stichprobe entspricht. Viele dieser Meta-Analysen zu allen Bereichen der Medizin werden von der nichtkommerziellen Cochrane-Organisation vorgenommen, die ihre Ergebnisse im Internet unter www.cochrane.org der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt. Wenn zu einem Bereich keine randomisierten kontrollierten Studien vorhanden sind, werden methodisch einfachere Studien für die Empfehlungen herangezogen. Fehlen auch diese, kann eine ExpertInnengruppe eine konsensuale Empfehlung geben.

Während Richtlinien bindend sind und ihre Nichteinhaltung berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen kann, haben Leitlinien den Charakter von wissenschaftlichen Empfehlungen, wie man üblicherweise ein bestimmtes Krankheitsbild behandeln sollte. Daran setzt auch eine Kritik an den Leitlinien an: Die Medizin solle sich an den PatientInnen orientieren und nicht an Leitlinien, zudem würden diese die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken. Die Vorteile von Leitlinien überwiegen allerdings deutlich, da mit ihrer Hilfe auch PatientInnen mehr Einblick in ärztliche Entscheidungsprozesse gewinnen können. In Deutschland werden viele medizinische Leitlinien vom Dachverband der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt. Im Internet sind diese unter www.awmf-leitlinien.de online einsehbar. International ist die Datenbank des Guidelines International Network unter www.g-i-n.net online verfügbar. Im Folgenden werden die wichtigsten nationalen und internationalen Gesetze und Leitlinien zur Behandlung von Fertilitätsstörungen und zur psychosozialen Kinderwunschberatung dargestellt.

4.1 Embryonenschutzgesetz

Gesetzlich ist die Reproduktionsmedizin in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG) seit 1991 geregelt (letzte Novellierung: 2011). Embryo im Sinne dieses Gesetzes ist nach § 8 bereits die befruchtete, entwicklungsfähige Eizelle, die damit besonders geschützt ist. Als entwicklungsfähig gilt eine Eizelle nach dem ESchG innerhalb von 24 Stunden nach der Kernverschmelzung, vorher wird sie Präembryo oder Eizelle im Pronukleus-(Vorkern-)Stadium genannt. Unter Strafe gestellt werden durch das ESchG die missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken:

- wenn eine fremde unbefruchtete Eizelle übertragen wird (daher ist eine Eizellspende in Deutschland nicht erlaubt, während die Auslegung für eine Embryonenspende umstritten ist),
- eine Befruchtung zu einem anderen Zweck als zur Schwangerschaft vorgenommen wird,
- innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen übertragen werden („Dreier-Regel“),
- durch intratubaren Gametentransfer mehr als drei Eizellen befruchtet werden
- oder der Embryo vor der Einnistung aus der Gebärmutter entnommen wird.

Auch die künstliche Befruchtung einer Leihmutter oder die künstliche Übertragung eines Embryos auf eine Leihmutter sind strafbar. Weiterhin steht unter Strafe die künstliche Befruchtung einer Eizelle mit einer Samenzelle, die nach ihrem Geschlechtschromosom ausgewählt worden ist (außer zur Vermeidung einer Muskeldystrophie oder einer ähnlich schwerwiegenden Erbkrankheit). Auch die eigenmächtige Befruchtung oder Übertragung oder künstliche Befruchtung nach dem Tode wird bestraft. Unter Strafe stehen auch die künstliche Veränderung der Erbinformation menschlicher Keimbahnzellen, das Klonen und das Vermengen von Erbinformationen verschiedener Eizellen, die zur Chimären- oder Hybridbildung führt. Ergänzt wurde das ESchG im November 2011 durch eine Verordnungsermächtigung bezüglich der Präimplantationsdiagnostik (PID), die nach einem vorher ergangenen Urteil des Bundesverfassungsgerichtes doch als mit dem ESchG vereinbar angesehen wird. Die PID darf allerdings nur zum Zweck der Verhinderung schwerwiegender Erbkrankheiten bzw. zur Verhinderung von Fehl- bzw. Totgeburten aufgrund schwerwiegender Schädigung des Embryos angewendet werden.

Zur psychosozialen Kinderwunschberatung finden sich im ESchG keine Ausführungen.

4.2 Sozialgesetzbuch V

Im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V, zuletzt geändert 21. Juli 2012) ist in § 27a („Künstliche Befruchtung“) der aktuelle Stand der Voraussetzungen der Kostenübernahme für eine assistierte Reproduktion (z. B. Familienstand, Altersgrenzen) der entsprechenden ärztlichen Maßnahmen sowie die Einzelheiten der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen festgelegt. In diesem Zusammenhang ist der folgende Passus wichtig: „Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn [...] sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter **Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte** haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen über-

wiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist“ (Hervorhebung d. d. A.). In § 121 wird die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen und damit die zuständige Gruppe von ÄrztInnen geregelt.

Wie Stöbel-Richter et al. (2011) in ihrer Publikation aufzeigen, sind die in der Richtlinie der Bundesärztekammer (s. 4.4) gegebenen Empfehlungen different zu den Forderungen des Gesetztextes des SGB V: Während durch das SGB die Beratung durch eine Ärztin/einen Arzt, die/der die Behandlung nicht selbst durchführt, gefordert wird (s. o.), empfiehlt die Bundesärztekammer eine Beratung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Um beiden Empfehlungen bzw. Anforderungen gerecht zu werden, müssten somit wenigstens zwei Beratungen durchgeführt werden. Zu welchen Aspekten der assistierten Reproduktion die überweisende Ärztin/der überweisende Arzt und zu welchen die/der behandelnde ReproduktionsmedizinerIn im Einzelnen aufklären soll bzw. darf, ist nach Meinung der AutorInnen nicht eindeutig genug festgelegt. Weiterhin weisen Stöbel-Richter et al. (2011) darauf hin, dass die Ärztin/der Arzt, welche/r nicht zum Behandlungsteam gehört (überweisende/r GynäkologIn), nicht immer über ausreichend Fach- und Detailwissen verfügt, um über alle wesentlichen Aspekte – vor allem hinsichtlich der psychosomatischen Aspekte, aber auch hinsichtlich der zu erwartenden Erfolgsraten – ausreichend aufzuklären.

4.3 Schwangerschaftskonfliktgesetz

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) (Bundesminister der Justiz, 2011) spricht in § 2 u. a. jeder Frau und jedem Mann das Recht zu, sich in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen. Explizit umfasst dieser Anspruch auch die Familienplanung, Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und rechtliche sowie psychologische Aspekte einer Adoption. Unter § 3 und § 4 SchKG sind die Länder aufgefordert, ein ausreichendes Beratungsangebot wohnortnah sicherzustellen und dieses finanziell zu fördern. Hierfür soll gem. § 9 SchKG persönlich und fachlich qualifiziertes Personal vorhanden sein, und ein Interessenskonflikt mit einer Einrichtung, die den Schwangerschaftsabbruch durchführt, soll ausgeschlossen sein.

Auch wenn das SchKG nicht explizit eine psychosoziale Kinderwunschberatung beschreibt, wird deutlich, dass sich die Themenbereiche (vor allem die „Familienplanung“) sehr wohl auch auf die Problematik des unerfüllten Kinderwunsches beziehen. Daher haben in Deutschland einige Beratungsstellen, die Schwangerschaftskonfliktberatung anbieten, auch die psychosoziale Kinderwunschberatung in ihrem Spektrum an Leistungen (s. 5.4 und die Ergebnisse der Online-Umfrage unter den psychosozialen BeraterInnen auf Frage 10 weiter hinten). Inwieweit allerdings diese Beratung, wie im SchKG gefordert, immer wohnortnah und fachlich qualifiziert durchgeführt wird, ist zurzeit unklar.

4.4 Richtlinie der Bundesärztekammer

Die (Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion (BÄK-Richtlinie; Bundesärztekammer, 2006) ist unter www.bundesaerztekammer.de einzusehen. In ihr werden (nach den Begriffsbestimmungen und Definitionen) die medizinischen Voraussetzungen für die assistierte Reproduktion beschrieben. Dazu zählen die Methoden (einschließlich der Spendersamenbehandlung und der Polkörperdiagnostik) und Indikationen dieser Verfahren, die Kontraindikationen und die humangenetische Beratung. Es folgt ein Abschnitt über die rechtlichen Voraussetzungen, wozu statusrechtliche Voraussetzungen zählen (nur bei der Spendersamenbehandlung ist die Ehe Voraussetzung, bei nicht miteinander verheirateten Personen soll sie mit besonderer Zurückhaltung durchgeführt werden) sowie Embryonenschutzgesetz und Berufsrecht. Sehr detailliert wird sowohl auf die medizinischen als auch auf die psychosozialen Aspekte von Information, Beratung, Aufklärung und Einwilligung eingegangen, hinzu kommen die Bereiche Humangenetik, externe psychosoziale Beratung, Kostenübernahme und Dokumentation. Gemäß der Muster-Richtlinie der Bundesärztekammer soll die Ärztin/der Arzt grundsätzlich „auf die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung hinweisen“ (Bundesärztekammer, 2006, S. A 1396). Vor einer Behandlung mit Samenspende soll „den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden“ (S. A 1397, 5.3.2). In einem letzten längeren Abschnitt sind die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erläutert, zunächst allgemein, dann für spezifische Verfahren (z. B. Kryokonservierung). Ein ausführlicher Kommentar zu den einzelnen Punkten der Richtlinie schließt diese dann ab.

Wie von Thorn und Wischmann (2008) erläutert, ist die konkrete Umsetzung dieser BÄK-Richtlinie – bezogen auf den psychosozialen Teil – noch stark verbesserungswürdig. So kritisieren die AutorInnen, dass ein möglicher Ausschluss eines Paares aus einer Kinderwunschbehandlung im Sinne des Kindeswohls unzureichend differenziert wird. Im Kommentar der BÄK-Richtlinie wird bei Vorliegen „konkreter Anhaltspunkte für medizinische, soziale oder psychische Probleme“, durch welche die Versorgung des zu zeugenden Kindes gefährdet werden könnte, ein Behandlungsausschluss ausgesprochen. Auch „der Wille und die Möglichkeit [...] diesen Gefährdungen [...] entgegenzuwirken“ rechtfertige gemäß der BÄK-Richtlinie die Behandlung nicht. In dieser Absolutheit ausgedrückt beruhen diese Formulierungen nach Meinung von Thorn und Wischmann (2008) auf fragwürdigen Annahmen. Die Absolutheit unterstellt eine grundsätzliche Unfähigkeit, mithilfe eigener oder fremder Ressourcen Schwierigkeiten zu lösen. Darüber hinaus bleibt das Wohl bereits vorhandener Kinder unberücksichtigt, denn nur die Versorgung des zu zeugenden Kindes ist für die Entscheidung maßgeblich. Die Richtlinien der ASRM (American Society for Reproductive Medicine) empfehlen hingegen, dass nicht nur dem Wohl des zu zeugenden Kindes, sondern auch dem Wohl bereits geborener Kinder bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung vorrangige Bedeutung zukommen soll. Gemäß diesen Richtlinien können besondere Lebensumstände (beispielsweise das Vorliegen einer akuten schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, kriminelle Anamnese) zu einem Behandlungsausschluss der Wunsche Eltern führen, allerdings ist ein Behandlungsausschluss nicht grundsätzlich vorgesehen. Auch wurde nach Meinung von Thorn und Wischmann (2008) versäumt, für einen solch weitgreifenden, aber möglicherweise erforderlichen Eingriff in die reproduktive Autonomie eines Paares einen

Entscheidungsfindungsprozess zu formulieren. Aus den entsprechenden Formulierungen der BÄK-Richtlinie geht nicht hervor, wer eine solch heikle Entscheidung zu treffen hat. Sicherlich sollte eine derartige Entscheidung nicht im Ermessen einer einzelnen Ärztin bzw. eines einzelnen Arztes liegen, sondern beispielsweise durch ein multidisziplinäres Team im Rahmen einer klinischen Ethikberatung gefällt werden, in der auch eine psychosoziale Fachkraft mitwirkt. Darüber hinaus sollte der Entscheidungsprozess sorgfältig dokumentiert und dem Paar auf geeignete Weise mitgeteilt werden.

4.5 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (www.g-ba.de; zuletzt geändert Juli 2011) 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. Dabei sollen nicht nur die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren angesprochen, sondern auch die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau sowie mögliche Alternativen zum eigenen Kind (zum Beispiel Adoption) eingehend erörtert werden.“ Unter Punkt 20 wird festgelegt, dass diese Beratung nur von ÄrztInnen durchgeführt werden darf, die einen „Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung“ erworben haben (alle Zitate aus: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2011).

4.6 Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen

Die Leitlinien „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (s. unter www.dgpf.de) erschienen in ihrer ersten Fassung 2004 (Strauss et al., 2004) und sind inzwischen überarbeitet worden (Kentenich et al., 2014). In ihnen werden – neben der somatischen Diagnostik und Therapie – ausführlich psychosomatische Aspekte beschrieben, die sich auf psychologische Merkmale ungewollt kinderloser Personen beziehen, auf die Partnerschaft und Partnerschaftsqualität, auf Paare mit idiopathischer Infertilität und auf die Bewältigung von erfolglosen Behandlungen (ohne Geburt) bzw. auf die Familienentwicklungen nach assistierter Reproduktion. Es werden Hinweise zur notwendigen Diagnostik gegeben, zur im Einzelfall nützlichen Diagnostik und zur entbehrlichen Diagnostik sowie zur konkreten Durchführung der Diagnostik. Auch die Indikationen zu einer weiteren Psychotherapie bzw. der Verweis auf Selbsthilfegruppen werden dargelegt. In der aktualisierten Fassung dieser Leitlinien werden zusätzlich noch die Themen unkonventionelle Familienbildung (lesbische und alleinstehende Frauen), Fertilitätsprotektion und „reproduktives Reisen“ angesprochen.

4.7 BKiD Richt- und Leitlinien

Einen ähnlich großen Stellenwert wie in der eben beschriebenen Leitlinie haben die psychosozialen Aspekte von Fertilitätsstörungen in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD (BKID-Leitlinien, siehe: www.bkid.de). BKiD hat bisher drei Leit- bzw. Richtlinien verabschiedet: die Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ (Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD, 2008a), die „Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende“ (Thorn & Wischmann, 2008) und die Leitlinien „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“ (Thorn & Wischmann, 2010). In den BKiD-Richtlinien zur psychosozialen Beratung – die tatsächlich aber Leitlinien sind, da sie von den Landesärztekammern bisher nicht übernommen wurden – wird die Notwendigkeit einer möglichst niedrigschwelligen Implementierung der psychosozialen Beratung in die reproduktionsmedizinische Praxis betont, also eine enge Kooperation und deutliche Hinweise auf die behandlungsunabhängige Beratungsmöglichkeit, die auch nach (erfolgreicher oder erfolgloser) medizinischer Behandlung zur Verfügung stehen sollte. Es werden auch Hinweise zu den möglichen Zielen und Inhalten der Beratung gegeben. So soll die ergebnisoffene Beratung die konstruktive Verarbeitung der Krise des unerfüllten Kinderwunsches unterstützen. Inhaltlich werden individuenbezogene Themen wie Selbstwert und Körpererleben, paarbezogene Themen (wie Schwierigkeiten in der Kommunikation und in der Sexualität) sowie soziale Auswirkungen (Umgang mit möglicher Tabuisierung und Stigmatisierung ungewollt Kinderloser) beispielhaft angesprochen.

In den BKiD-Leitlinien zur Gametenspende wird ausführlich auf die Besonderheiten dieser Art von Familienbildung eingegangen. Dadurch, dass neben Mutter und dem sozialen Vater mit dem Samenspender eine dritte Person an der Familienbildung beteiligt ist, steigt die Komplexität der Beratung. Von daher werden in diesen Gametenspende-Leitlinien sowohl Hinweise zur Beratung der Wunschmutter und des Wunschvaters gegeben als auch Hinweise zur Beratung des Spenders. In der Beratung der Wunscheltern geht es unter anderem um den Umgang mit der biologischen und sozialen Elternschaft, um die Bedeutung der Spendersamenbehandlung für die Wunscheltern (einschließlich der ambivalenten Gefühle), für (mögliche) Geschwister des zu zeugenden Kindes und für zukünftige Großeltern. Die Bedürfnisse des Kindes und das Kindeswohl nehmen einen prominenten Platz ein. Die Aufklärung des Kindes über die Zeugungsart wird aus professioneller psychosozialer Sicht auf jeden Fall befürwortet, um Familiengeheimnisse zu vermeiden, auch wenn der Samenspender anonym bleiben sollte. Auch mögliche Verunsicherungen des sozialen Vaters über seine Rolle werden angesprochen. Die Leitlinien gehen auch kurz auf die noch unbefriedigend geklärte rechtliche Situation bei Samenspende in Deutschland ein. Die Beratung des Spenders umfasst die Klärung seiner Motivation zur Spende, die Bedeutung für die eigene Familienbildung und die für ihn mögliche Zielgruppe (heterosexuelles Paar, lesbische Frau, alleinstehende Frau) sowie die Frage, wie er mit einer potenziellen Kontaktaufnahme durch das Kind umgehen wird.

Aufgrund der Zunahme des „reproduktiven Reisens“ hat BKiD Leitlinien auch zu diesem Thema erstellt. Quintessenz dieser Leitlinien sind die folgenden Empfehlungen:

- Wunscheltern sollten vor Behandlungsbeginn von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt (im In- oder im Ausland) auf die Möglichkeit einer Kinderwunschberatung in Deutschland hingewiesen werden.
- Sie sollten einer Behandlung nur dann zustimmen, wenn sie alle Informationen bezüglich der geplanten Behandlung verstehen.
- Die Behandlung sollte medizinisch indiziert sein und sie sollte ausreichend Aussicht auf Erfolg haben. Die Wunscheltern sollten bei entsprechenden Behandlungen auf das Mehrlingsrisiko hingewiesen werden.
- Die Wunscheltern sollten ausreichend psychische, physische und finanzielle Ressourcen für eine Behandlung im Ausland haben. Sie sollten auch Grenzen der medizinischen Behandlung reflektieren.
- Sie sollten auf seriöse Informationsmöglichkeiten hingewiesen werden.
- Bei einer Behandlung mit Gametenspende werden sie auf die entsprechenden BKiD-Gametenspende-Leitlinien hingewiesen. Zusätzlich ist auf die gesetzlichen Regelungen der Spenderanonymität bzw. -identifizierbarkeit und die Implikationen für das Kind hinzuweisen.
- Die Dokumentation, aus denen SpenderIn, Leihmütter und behandelte Personen hervorgehen, sollte rechtsverbindlich sein und für mindestens 80 Jahre erfolgen. Kinder sollten das garantierte Recht erhalten, ihre biologische Abstammung erfahren zu können, unabhängig von dem Land der durchgeführten medizinischen Behandlung.
- SpenderIn und Leihmütter sollten sich nicht nur psychologischen Testverfahren unterziehen müssen, sondern ihnen sollte eine unabhängige psychosoziale Beratung zu jeder Zeit niedrigschwellig zur Verfügung stehen.
- Langzeitstudien, die die psychologischen und medizinischen Implikationen für alle Beteiligten untersuchen, vor allem für die so gezeugten Kinder, sind dringend erforderlich.
- Es ist eine öffentliche Diskussion um die Vergütung von ausländischen Gametenspende-Innen sowie Leihmüttern erforderlich, damit das Problem der finanziellen Ausbeutung stärker in den öffentlichen Fokus gerät.

4.8 Weitere Richt- und Leitlinien in Deutschland

Auf die anderen im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin relevanten Leitlinien in Deutschland – z. B. Diagnostik und Therapie der Endometriose, Diagnostik und Therapie beim wiederholten Spontanabort, zur Diagnostik und Behandlung HIV-betroffener Paare mit Kinderwunsch und zum Fertilitätserhalt bei onkologischen Patientinnen – wird hier nicht näher eingegangen, da diese vorwiegend medizinisch orientierten Leitlinien für die psychosoziale Kinderwunschberatung wenig relevant sind. Diese weiteren Leitlinien sind auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe einsehbar (www.dggg.de). Gleiches gilt für die in der Reproduktionsmedizin noch zu berücksichtigenden weiteren Gesetze wie bspw. das Gewebegesetz (zur Übersicht: s. Revermann & Hüsing, 2011).

4.9 Exemplarische internationale Richt- und Leitlinien

In Großbritannien werden alle Maßnahmen der assistierten Reproduktion von der unabhängigen Körperschaft des öffentlichen Rechts „Human Fertilisation and Embryology Authority“ (HFEA) überwacht (www.hfea.gov.uk). Laut deren Leitlinien („Code of Practice“, basierend auf dem mittlerweile mehrfach aktualisierten „Human Fertilisation and Embryology Act 1990“) muss auf die Möglichkeit der psychosozialen Kinderwunschberatung hingewiesen werden, sie ist aber für Paare nicht verpflichtend. Bei einer Gametenspende wird allerdings in der Praxis nicht ohne vorherige Beratung weiterbehandelt. Die BeraterInnen können, müssen aber nicht durch BICA akkreditiert sein (siehe 3.2 und www.bica.net). Weiterhin werden noch Hinweise zum Setting der Beratung gegeben (bevorzugt im reproduktionsmedizinischen Zentrum lokalisiert), zur Information über die Beratung und zur Vertraulichkeit der Beratungssitzungen (Human Fertilisation and Embryology Authority, 2012).

BICA beschreibt in ihren Leitlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung (British Infertility Counselling Association, 2007) in acht Punkten die notwendigen Aspekte. Nach einer Definition von „Counselling“ werden die Bestandteile einer guten Betreuungsqualität definiert, die betreffenden regulativen Rahmenbedingungen, Inhalt und Ablauf der Kinderwunschberatung, spezielle Beratungsaspekte bei Gametenspende, bei „egg-sharing“³ und bei Leihmutterschaft sowie bei Präimplantationsdiagnostik und anderer genetischer Beratung. Schließlich werden die notwendigen Qualifikationskriterien, die Weiterbildungsanforderungen und das Qualitätsmanagement von BICA-akkreditierten KinderwunschberaterInnen dargelegt. In verschiedenen Anhängen werden die konkreten Ausführungsbedingungen spezifiziert. Die **„Guidelines for good practice in infertility counselling“ der BICA** dürften somit zum internationalen Goldstandard der Leitlinien zur Kinderwunschberatung gehören.

Die **NICE-Leitlinien** (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004) beschreiben in erster Linie das diagnostische und therapeutische Vorgehen mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, gehen aber in einigen Punkten auch auf die psychosoziale Kinderwunschberatung ein. So soll das Paar darauf hingewiesen werden, dass psychischer Stress möglicherweise die Partnerschaft und die Sexualität beeinflussen kann. Weiterhin wird der Hinweis auf Selbsthilfegruppen für hilfreich erachtet. Schließlich sollte generell Kinderwunschberatung angeboten werden, vor, während und nach diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen, unabhängig von deren Ausgang, und zwar von einer Person, die nicht in die Behandlung der Fertilitätsstörungen involviert ist („behandlungsunabhängig“). Speziell bei Spendersamenbehandlung wird eine Beratung zu den körperlichen und psychologischen Implikationen dieses Verfahrens für die Betroffenen und deren potenzielle Kinder sowie für den Samenspender empfohlen. Auch bei Eizellspende, „egg-sharing“ und bei fertilitätserhaltenden Maßnahmen vor Krebstherapie sollte eine behandlungsunabhängige Beratung durchgeführt werden. Die NICE-Leitlinien liegen auch in einer Version für Betroffene vor.

3 Der Begriff „egg-sharing“ bezeichnet ein Verfahren, bei dem eine Frau, die sich einer IVF unterzieht, einen Teil ihrer Eizellen einem anderen Paar spendet. In der Regel werden der spendenden Frau ein Teil der Behandlungskosten erlassen.

Eine verpflichtende Beratung vor jeglichen Maßnahmen der assistierten Reproduktion gibt es nur im Bundesstaat Victoria in Australien. In den anderen Staaten Australiens und in Neuseeland gilt nur bei Gametenspende ebenfalls verpflichtende Beratung. Die Akkreditierung der BeraterInnen durch den dortigen Fachverband ANZICA wird empfohlen.

In den USA wird die Beratung zwar von der ASRM empfohlen, aber es gibt keine Regulierungsbehörde. Qualifikationsleitlinien für psychosoziale BeraterInnen liegen vor, sie sind aber nicht verpflichtend. In diesen **Leitlinien der „Mental Health Professional Group“** (ASRM Mental Health Professional Group, 1995) werden die Voraussetzungen für professionelle KinderwunschberaterInnen beschrieben: ein Abschluss in einem psychosozialen Grundberuf, eine Behandlungsgenehmigung (abhängig vom jeweiligen Bundesstaat), Grundwissen bezüglich der medizinischen und der psychologischen Aspekte der Infertilität, mindestens ein Jahr Beratungserfahrung (unter Super- oder Intervision) und die Verpflichtung zu kontinuierlicher berufsbegleitender Fortbildung.

Die ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) hat **Leitlinien zur guten klinischen Behandlung in der assistierten Reproduktion** herausgegeben (ESHRE, 2008). Im Abschnitt „Information und Beratung“ wird Folgendes geschrieben: „Da die ungewollte Kinderlosigkeit eine psychische Belastung darstellen kann, sollte ein Beratungsangebot bestehen, das alle medizinischen, psychologischen und sozialen Fragen aufgreift. Die psychologische Beratung sollte in das Programm eines jeden Zentrums integriert sein und von ÄrztInnen, Krankenschwestern und/oder professionellen BeraterInnen durchgeführt werden. Beratungsangebote sollten sowohl vor als auch während und nach Diagnostik und Behandlung unabhängig vom Ausgang der Behandlung bestehen. Die PatientInnen sollten auch darüber informiert werden, dass Stresssituationen für beide Partner die Beziehung belasten können und sich negativ auf die Sexualität auswirken können“ (Strowitzki, 2009). Eine Orientierung an den NICE-Leitlinien ist in diesen Formulierungen offensichtlich.

Die **„Guidelines for counselling in infertility“** der ESHRE wurden nach einem Treffen von ExpertInnen aus sieben Ländern im September 1999 konzipiert und im Jahr 2001 in einer Kurzversion veröffentlicht (Boivin et al., 2001), 2002 vollständig (Boivin & Kantenich, 2002). In diesen Leitlinien werden Grundlagen der Kinderwunschberatung beschrieben (Wer sollte beraten? Wer sollte beraten werden? Was ist die Aufgabe der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes? Welche konkreten Abfolgen einer Beratung gibt es?) und spezielle Fragestellungen (Schwangerschaft nach reproduktionsmedizinischer Behandlung, Mehrlingschwangerschaften, Beendigung der Behandlung, Sexualität, PatientInnen mit Migrationshintergrund). Weitere Abschnitte widmen sich der unkonventionellen Familienbildung (Spendersamenbehandlung, Eizell- und Embryonenspende, Leihmutterschaft, Adoption, Behandlung von lesbischen Paaren und von alleinstehenden Frauen) sowie ergänzenden psychosozialen Angeboten (schriftliches Material und Telefonberatung, Selbsthilfegruppen und professionell angeleitete Gruppen). Diese Leitlinien werden seit 2011 von Mitgliedern der „Special Interest Group ‚Psychology and Counselling‘“ revidiert (s. unter www.eshre.eu) und voraussichtlich auf dem ESHRE-Kongress 2013 in London vorgestellt.

Der internationale Beratungsdachverband IICO (**International Infertility Counseling Organization**) hat bisher noch keine Leitlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung entwickelt (www.iico-infertilitycounseling.org).

Eine Vielzahl von Leitlinien zur reproduktiven Gesundheit hat die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) herausgegeben, sie beziehen sich allerdings überwiegend auf Kontrazeptiva und Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten (www.who.int). Andere Guideline-Fachgesellschaften wie z. B. die US-amerikanische „National Guideline Clearinghouse“ (www.guideline.gov) haben zu bestimmten gynäkologischen Krankheitsbildern Leitlinien erstellt (z. B. zur Endometriose), aber keine speziellen zur Infertilitätsbehandlung.

In der bisher einzigen Übersichtsarbeit hat Blyth die international verfügbaren Leitlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung zusammengestellt (Blyth, 2012). Zusammenfassend zeigt er auf, dass sowohl die Regulierungen auf gesetzlicher oder standesrechtlicher Seite weltweit völlig unterschiedlich gehandhabt werden – z. T. sogar innerhalb eines Landes wie z. B. in Australien –, als auch die inhaltlichen Anforderungen (an die Beratungsinhalte und an die Qualifikationen der psychosozialen Fachkräfte) insgesamt divergent sind. Eine gesetzliche Regulierung der psychosozialen Kinderwunschberatung gibt es nach den Recherchen des Autors weltweit nur in Großbritannien, Spanien und der Schweiz. Darüber hinaus werden die oben genannten nationalen Leitlinien aufgeführt (zusätzlich noch die kanadischen Leitlinien). In Bezug auf die Qualifikation der psychosozialen Fachkraft sieht Blyth als Minimalstandard eine berufliche Grundqualifikation (z. B. in Beratung, Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie oder Sozialarbeit), eine für das Land relevante Lizenz zum Praktizieren der Beratung, grundlegendes Training bezüglich medizinischer und psychosozialer Aspekte von Infertilität, grundlegende praktische Beratungserfahrung in diesem Feld und die Bereitschaft zu sowie der Nachweis von fortlaufender beruflicher Weiterbildung.

Mehrere deutsche Richtlinien unterstützen bzw. empfehlen die psychosoziale Kinderwunschberatung. Vor allem von BKiD wurden Leit- und Richtlinien für die Qualifikation von Fachkräften sowie für inhaltliches Vorgehen in der Beratung veröffentlicht. International sind insbesondere im angelsächsischen Raum auch gesetzliche Vorgaben für eine Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Fachkräften erlassen worden. Darüber hinaus haben nationale Fachverbände – ähnliche wie BKiD für Deutschland – Qualifikationsstandards und Beratungskonzepte zur psychosozialen Kinderwunschberatung entwickelt.

5.

Status der psychosozialen Kinderwunschberatung

5.1 Akzeptanz der psychosozialen Kinderwunschberatung und Erwartungen

Für Deutschland liegen zurzeit keine Zahlen vor, wie viele Personen oder Paare tatsächlich eine psychosoziale Kinderwunschberatung in Anspruch nehmen. Die bereits unter 3.2.3 erwähnte Pilotstudie zeigte auf, dass diese nur selten durchgeführt wird, Grund hierfür ist wahrscheinlich die mangelnde Integration in die medizinische Versorgung (Stöbel-Richter, Thorn, Brähler, Kentenich, & Wischmann, 2011). In der internationalen Literatur wird beschrieben, dass sich viele Paare Information und Zugang zu professioneller Beratung wünschen (Domar, Smith, Conboy, Iannone, & Alper, 2009; Kerr et al., 1999; Salakos, Roupas, Sotiropoulou, & Grigoriou, 2004; Schmidt, 2010), allerdings nur bis zu 19 % der Paare tatsächlich eine Beratung wahrnehmen (Schmidt et al., 2003; Souter, Penney, Hopton, & Templeton, 1998). Boivin und KollegInnen (Boivin, Scanlan, & Walker, 1999) befragten sowohl GynäkologInnen als auch Betroffene und stellten fest, dass ca. 50 % der ÄrztInnen eine Beratung nur bei Behandlungsmisserfolg für erforderlich hielten, 38 % für eine Beratung bei Behandlungsbeginn plädierten und dass Ärztinnen einen häufigeren Beratungsbedarf vermuteten als ihre männlichen Kollegen. 32 % der Personen und Paare mit Kinderwunsch sprachen sich in dieser Untersuchung für eine Beratung bei Behandlungsbeginn aus und 24 % erst bei Behandlungsmisserfolg. Eine weitere deutsche Studie verdeutlicht, dass auch Angst vor Stigmatisierung durch die Beratung, Zweifel an ihrer Wirksamkeit oder Angst vor Labilisierung sowie ausreichend eigene Bewältigungsressourcen als Gründe gegen eine Inanspruchnahme formuliert werden (Wischmann, 2003).

Wenn die psychosoziale Beratung ein integraler Bestandteil der medizinischen Behandlung ist und ihr Ziel und Verlauf von Beginn an transparent gemacht werden, können jedoch Akzeptanzraten von bis zu 80 % erreicht werden (Emery et al., 2003). Auch wertschätzen Betroffene die Beratung retrospektiv: Über 70 % der Teilnehmerinnen einer Nachbefragung waren sehr zufrieden oder zufrieden mit der Kinderwunschberatung, die sie im Rahmen der medizinischen Behandlung erhalten hatten (Monach, 2003). Überdies stimmten in einer weiteren Studie 90 % der Frauen, die einige Jahre nach ihrer IVF-Behandlung befragt wurden, der Aussage zu, dass eine fortlaufende psychosoziale Kinderwunschberatung Teil der IVF sein sollte (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001).

Die Erwartungen an eine psychosoziale Kinderwunschberatung sind mannigfaltig. In einer deutschen Studie wünschten 21 % der befragten 648 Frauen und 414 Männer Hilfe im Umgang mit ihrer Kinderlosigkeit, 13 % eine Ursachenklärung und ca. 10 % eine Minderung des psychischen Drucks (Wischmann, 2004). Weniger als 10 % erhofften sich Unterstützung für ihre emotionale Notlage, Abbau von Ängsten und anderen Hemmungen, rund 13 % setzten keine Hoffnungen in die Beratung und ca. 10 % äußerten keine Meinung dazu (siehe Abbildung 2).

Abb. 2: Erwartungen an eine psychologische Beratung (aus: Wischmann 2004, S. 55)

Was erhoffen Sie sich von einer psychologischen Beratung zum Thema „unerfüllter Kinderwunsch“?		
Hinweise/Hilfe zum Umgang mit Kinderlosigkeit	21,1 %	(N = 222)
nichts/nicht viel	13,2 %	(N = 139)
Ursachenklärung	12,7 %	(N = 134)
psychischen Druck mindern	10,5 %	(N = 110)
weiß nicht	10,3 %	(N = 108)
Lösung psychischer Probleme	8,5 %	(N = 90)
Akzeptanz, Alternativen, Neuorientierung	6,6 %	(N = 70)
Aussprache/Austausch mit einer kompetenten Person	5,1 %	(N = 54)
Lösung partnerschaftlicher Probleme	4,8 %	(N = 51)
Abbau von Angst/Belastungen	4,7 %	(N = 50)
Abbau von Hemmungen/Blockaden	4,7 %	(N = 49)

Mehrfachnennungen möglich

keine Nennungen: N = 814

In den letzten Jahren ist das Medium Internet aufgrund seiner Vielfalt, der Verfügbarkeit unabhängig von Zeit und Raum und letztendlich seiner Anonymität für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch immer attraktiver geworden. Das Gefühl, einer „virtuellen Gruppe“ zugehörig zu sein, die emotionale Unterstützung bietet, scheint infertilitätsbezogenen Stress zu lindern (Hämmerli, 2009; Welbourne, Blanchard, & Boughton, 2009). Psychosoziale Unterstützungsprogramme wurden bereits 2004 (Cousineau et al., 2004) und 2009 (Hämmerli, 2009) entwickelt, sind jedoch in Deutschland noch nicht verfügbar.

Viele Paare wünschen sich eine psychosoziale Kinderwunschberatung und sehen dies für erforderlich an, doch Angst vor Stigmatisierung und zusätzlicher Labilisierung sowie die mangelnde Integration in die medizinische Behandlung führen zu einer niedrigen Wahrnehmung der Beratungsangebote. Internetgestützte psychosoziale Kinderwunschberatung ist bisher noch wenig verbreitet.

5.2 Inanspruchnahme der psychosozialen Kinderwunschberatung

In einer Zufallsstichprobe in den USA, die 123 infertile Frauen mit Kinderwunsch beinhaltete, zeigten sich folgende Muster im Hilfe suchenden Verhalten: Viele Frauen besprachen das Thema mit FreundInnen oder Familienangehörigen (66 %), mit anderen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben (58 %), lasen Artikel über Fertilitätsstörungen in populären Zeitschriften (60 %), in technisch-wissenschaftlichen Fachzeitschriften (50 %) oder lasen Bücher zu diesem Thema (42 %). Weniger Frauen suchten im Internet nach Informationen (24 %) oder nahmen zu einer Selbsthilfegruppe oder PatientInnenorganisation Kontakt auf (15 %). Nur ca. 8 % konsultierten eine/n PsychotherapeutIn oder PsychiaterIn. Die gleiche Anzahl besprachen ihre Probleme mit einer Pfarrerin/einem Pfarrer oder einer spirituellen Autoritätsperson, doppelt so viele jedoch wandten sich an eine/n HeilerIn oder AlternativmedizinerIn (Greil & McQuillan, 2004). Bei der Untergruppe von 56 Frauen, die sich in medizinischer Behandlung befanden, lag die Rate von Gesprächen mit FreundInnen und Familienangehörigen ca. 15–20 %, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe jedoch nur um 10–15 % höher. Paare einer deutschen Studie, die eine Beratung in Anspruch nahmen, waren gekennzeichnet durch subjektiv hohe Stress- und Depressionswerte bei den Frauen sowie Hilflosigkeit und Unzufriedenheit mit der Paarbezie-

hung und der Sexualität der Partner. Beide Partner gaben zudem mehr psychosoziale Belastungen in ihrer Lebensgeschichte an als Paare, die keine Beratung wahrnahmen (Wischmann et al., 2009a).

Es ist unklar, inwieweit die Richtlinie der BÄK (2006) hinsichtlich der Empfehlung einer weiterführenden psychosozialen Beratung vor einer Spermienbehandlung umgesetzt wird. Klinische Erfahrung und Austausch unter den zertifizierten BeraterInnen von BKiD zeigen auf, dass ÄrztInnen seit der Veröffentlichung der entsprechenden Leitlinien für die psychosoziale Beratung (Thorn & Wischmann, 2008) vermehrt eine Beratung empfehlen bzw. erwarten, konkrete Zahlen und Daten liegen jedoch nicht vor.

Auch liegen zurzeit keine Daten darüber vor, nach welchen Kriterien Ratsuchende entscheiden, ob sie sich einer Einzel- oder Paarberatung bzw. einem Gruppenangebot zur Kinderwunschberatung unterziehen. Laut Schmidt und KollegInnen (2003) können sich nur 10 % der Frauen und 4 % der Männer vorstellen, eine professionell angeleitete Gesprächsgruppe zu besuchen, sodass auch hier von Berührungängsten ausgegangen werden kann. Es kann weiterhin vermutet werden, dass auch die Kosten einer psychosozialen Kinderwunschberatung eine Hemmschwelle darstellen, zumindest bei niedergelassenen BeraterInnen. Um Barrieren abzubauen, sollten zukünftig die Beratungen möglichst flächendeckend und kostenfrei angeboten werden. Darüber hinaus sollten Konzepte entwickelt werden, die internetbasiert sind bzw. eine Kombination aus Face-to-Face- und technikbasierter Beratung zulassen.

Nur wenige Personen und Paare und überwiegend solche, die bereits belastende Lebensereignisse verarbeiten mussten, nehmen eine von sich aus psychosoziale Kinderwunschberatung wahr. Für Deutschland liegen kaum Daten vor, auch nicht für die Beratung vor einer Samenspende, obgleich diese laut der Richtlinie der BÄK explizit empfohlen wird. Auch fehlen bislang Untersuchungen, die Aufschluss darüber geben, nach welchen Kriterien Ratsuchende Einzelberatung, Paarberatung oder Gruppenangebote wählen. Aufgrund der wachsenden Akzeptanz und Verbreitung von internetbasierten psychosozialen Unterstützungsangeboten sollten diese in Zukunft mehr Beachtung erhalten; alle psychosozialen Unterstützungsangebote sollten systematisch evaluiert werden.

5.3 Effekte der psychosozialen Kinderwunschberatung

In ihrer ausführlichen und systematischen Übersichtsarbeit von 25 Studien stellte Boivin (2004) fest, dass psychosoziale Interventionen effektiver darin sind, negative Affekte zu reduzieren als partnerschaftliche und soziale Beziehungsaspekte zu verbessern. Fast alle psychosozialen Interventionen zeigten einen positiven Effekt auf mindestens eine der untersuchten Outcome-Variablen und in keiner Studie wurde ein negativer Effekt auf das Wohlbefinden festgestellt. Gruppenangebote, in denen psychoedukative Ansätze verwendet oder Fähigkeiten (z. B. Entspannungsübungen) trainiert wurden, waren deutlich effektiver als Beratungsinterventionen, die den Ausdruck von Gefühlen oder die Diskussion von Gedanken und Gefühlen betonten. Frauen und Männer, so diese Übersichtsarbeit, profitierten gleichermaßen von psychosozialen Interventionen, allerdings waren psychoedukative Ansätze für Männer attraktiver als für Frauen. Eine Erhöhung der Schwangerschaftsraten war nur in 3 der 8 Studien guter Qualität nachweisbar, allerdings ist dies auch kein dezidiertes Ziel der professionellen psychosozialen Kinderwunschberatung.

De Liz und Strauß führten 2005 eine Meta-Analyse von 11 Studien zu Einzel- und Partnerschaftsinterventionen und weiteren 11 Studien zu Gruppeninterventionen durch. Die AutorInnen bestätigten Boivins Ergebnisse hinsichtlich der Reduktion negativer Affekte, vermuteten jedoch, dass psychotherapeutische Interventionen auch einen positiven Effekt auf die Konzeptionsraten haben könnten, da die Schwangerschaftsraten über alle Studien dreimal so hoch waren wie in den Vergleichsgruppen; allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Vergleichsgruppen unterschiedliche medizinische Therapieansätze entscheidende Erfolgsfaktoren darstellten.

Eine aktuellere und methodisch anspruchsvolle Meta-Analyse von 12 randomisierten und 9 kontrollierten Studien (Hämmerli, Znoj, & Barth, 2009) zeichnet ein anderes Bild. Ihr zufolge gibt es keine nachweisbaren Effekte bezüglich des psychischen Befindens (Depressivität, Ängstlichkeit, psychische Belastung, interpersonelles Funktionieren und infertilitätsspezifischer Stress), allerdings einen deutlich positiven Effekt auf die Schwangerschaftsraten. Wurden allerdings nur die kontrollierten Studien mit randomisierter Zuweisung betrachtet, war der Effekt klein und statistisch nicht signifikant. Darüber hinaus zeigte die Subgruppenanalyse getrennt für Frauen und Männer auf, dass bei Frauen eine signifikante Reduktion der psychischen Belastung erreicht wurde und eine länger andauernde psychologische Intervention (6 und mehr Sitzungen) – anders als bei Boivin (2004) – deutliche Effekte auf die psychologischen Variablen wie Ängstlichkeit und Depressivität hatten. Die positiven Auswirkungen auf die Schwangerschaftsraten könnten z. B. durch die Steigerung der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs nach psychologischer Beratung erklärt werden.

Zusammenfassend hat Boivins Aussage bezüglich der Schwangerschaftsraten nach psychosozialen Interventionen nach wie vor Bestand. Sie schrieb: „(Es) erscheint klar, dass weitere Forschungsarbeiten sich mit der systematischen Evaluierung von Schwangerschaftseffekten befassen müssen, bevor psychosoziale Interventionen als Hilfe zur Verbesserung der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit für Paare mit Kinderwunsch empfohlen werden können“ (Boivin, 2004, S. 104). Eine Erhöhung der Schwangerschaftsraten durch die Teilnahme an einer begleitenden psychosozialen Kinderwunschberatung ist unwahrscheinlich, es sei denn, die ursächlichen Faktoren einer verhaltensbedingten – und damit potenziell psychosozial mitbedingten – Fruchtbarkeitsstörung konnten bearbeitet werden. Bei ca. 89% der IVF-Behandlungen und ca. 98% der ICSI-Behandlungen im Jahr 2010 (DIR, 2011) lagen eindeutige organmedizinische Befunde vor, welche nach wissenschaftlichem Verständnis einer psychosozialen Intervention nicht zugänglich sind.⁴ Zur Bewältigung der Lebenskrise der ungewollten Kinderlosigkeit sind psychosoziale Interventionen nachgewiesenermaßen förderlich. Oft kann bereits nach wenigen Sitzungen ein entlastender Effekt aufgezeigt werden. Andere psychosoziale Interventionsangebote (z. B. Lesen von Ratgeberbüchern, Teilnahme an Internet-Chatforen) werden zwar von vielen Kinderwunschpaaren als hilfreich eingeschätzt, sind in ihrer Wirksamkeit jedoch wissenschaftlich noch nicht genügend evaluiert worden.

Die psychosoziale Kinderwunschberatung in Form von Einzel- und Paarberatung als auch in Form von Gruppenintervention trägt nachweislich schon nach wenigen Sitzungen zu einer psychischen Entlastung bei, insbesondere der vom unerfüllten Kinderwunsch betroffenen Frauen.

⁴ Im Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ wird zwar die Behauptung aufgestellt, dass „psychotherapeutische Beratungen“ ähnliche Erfolgsraten haben wie IVF/ICSI (Deutscher Bundestag 2001, S. 144), dies muss jedoch aus wissenschaftlicher Sicht als unrichtig bezeichnet werden.

5.4 Angebote psychosozialer Kinderwunschberatung

Nach unseren Recherchen sind in Deutschland potenzielle Angebote psychosozialer Kinderwunschberatung in den reproduktionsmedizinischen Zentren, in den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen und bei darauf spezialisierten niedergelassenen BeraterInnen und TherapeutInnen zu lokalisieren. Für die Zielgruppe lesbische Paare mit unerfülltem Kinderwunsch identifizierten wir zudem noch Lesben- und Frauenberatungsstellen. Zusätzlich wurden alle bei BKiD zertifizierten BeraterInnen als potenzielle AnbieterInnen psychosozialer Kinderwunschberatung wahrgenommen.

Inwieweit psychosoziale Kinderwunschberatung explizites Angebot der reproduktionsmedizinischen Zentren ist, war relativ zeitnah bereits in der mehrfach erwähnten Studie von Stöbel-Richter und KollegInnen (2011) untersucht worden: In den 103 untersuchten Internetauftritten gaben 62 IVF-Zentren eine detaillierte Übersicht über die in ihrer Praxis angebotenen Leistungen (60,2 %). Von diesen 62 Zentren gaben lediglich 4 IVF-Zentren (6,5 %) auch „psychologische Betreuung“ als explizite Leistung an. Zu der Fragestellung, welche der psychosozialen Betreuungsmaßnahmen von welcher Person übernommen werden, erfolgte bei keinem der 103 IVF-Zentren eine Angabe auf der entsprechenden Homepage. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss: „Entgegen des recht hohen Stellenwertes der psychosozialen Kinderwunschberatung in der ärztlichen Richtlinie von 2006 [...] kommt dieses Angebot in der Öffentlichkeitsarbeit (Internetauftritt) der untersuchten IVF-Zentren nur in geringem Maße vor“ (a. a. O., S. 421 f.). Für weitere Ergebnisse dieser Pilotstudie sei auf die Originalpublikation verwiesen.

Mittels einer Internetrecherche wurde von den BerichterstellerInnen Ende Juli und Anfang August 2012 überprüft, inwieweit psychosoziale Kinderwunschberatung bei den Trägern der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen im Internet explizit gemacht wird. Diese werden in alphabetischer Reihenfolge hier dargestellt (Stand: 07.08.2012; ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Internetauftritt der **AWO**: Hier findet sich der allgemeine Hinweis auf das Angebot der „Beratung bei sexualpädagogischen und medizinischen/psychologischen Fragestellungen und Aspekten, dazu gehören Informationen zur Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung und ungewollter Kinderlosigkeit“ (s. www.awo-schwanger.de/Beratung.html, s. a. www.awo-informationsservice.org/index.php?id=498 und www.awo.org/index.php?id=498). „Psychosoziale Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ wird an der AWO Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Familienplanung und Ehe- und Lebensprobleme in Dortmund explizit angeboten. Dort findet sich auch folgender Hinweis: „Zum Thema ‚Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch‘ ist in unserem Haus seit 2007 eine Broschüre erhältlich. Die Broschüre betrachtet die psychosozialen Bedingungen, denen Frauen und Männer als Paar im Rahmen einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterliegen. Mit der Broschüre sollen sie ermutigt werden, sich in dem Prozess der Fruchtbarkeitsbehandlung Begleitung und Beratung zu holen. So kann dem Druck, der auf der Situation lastet, und den Reaktionen, die daraus resultieren können, entgegengewirkt werden. Verfasst wurde die Broschüre von Frau Nellissen (Psychologische Psychotherapeutin), die seit 8 Jahren in der AWO Beratungsstelle als Diplom-Psychologin arbeitet. Die Broschüre wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und in Zusammenarbeit mit dem AWO Bundesverband herausgegeben“

(s. www.awo-dortmund.de/mastercms5/awofiles/Inhalt/Dateien/ehe/awo_brosch_kinderwunsch_02_08.pdf).⁵ Die AWO Niederrhein geht in ihrem Online-Beratungsportal www.liebe-lore.de auch auf die Thematik „Kinderlosigkeit“ ein. Im Bereich „Schwangerschaftsberatung“ werden unter der Überschrift „Ich wünsche mir ein Kind! Kann ich mir mein zukünftiges Leben sinnvoll auch ohne Kinder vorstellen?“ diese beiden Aspekte thematisiert: „Inwieweit sollen wir medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, um unseren Kinderwunsch zu erfüllen?“ und „Wer kann uns während der vielleicht schwierigen Zeit der Behandlungszyklen stärken und begleiten?“. Im Lore-Agnes-Haus der AWO in Essen bietet die Ärztin Stefanie Boos „Kinderwunschberatung (auch für Lesben)“ an.

Internetauftritt der **Caritas**: Im Bundes-Rahmenhandbuch der Katholischen Schwangerschaftsberatung des Deutschen Caritasverbandes (Version 01.05.2007) wird unerfüllter Kinderwunsch in diesem Zusammenhang erwähnt: „Ziele und Aufgaben der Katholischen Schwangerschaftsberatung: [...] Die Katholische Schwangerschaftsberatung informiert, berät und unterstützt Frauen, Männer, Familien in Einzelfallberatung und Gruppenarbeit: [...] bei Verlust durch Fehl- oder Totgeburt, nach frühem Kindstod, [...] bei ungewollter Kinderlosigkeit“ (S. 16 f.). An anderer Stelle wird diese Aussage wiederholt, ansonsten ist zu dieser Thematik nichts mehr in diesem Handbuch aufgeführt.

Auf dem Online-Beratungsangebot der Caritas (www.evangelische-beratung.info) wurden keine Informationen zum Thema gefunden. Einzelne Unterverbände (z. B. Diakonie Baden und Diakonie Kurhessen-Waldeck) sowie einzelne Beratungsstellen (z. B. Heidelberg) verweisen explizit auf das Thema unerfüllter Kinderwunsch und psychosoziale Beratungsmöglichkeiten dazu, meist im Bereich Schwangerschaftsberatung („Die Beratungsstellen helfen weiter bei allen Fragen zu Schwangerschaft und Geburt, zum Beispiel bei unerfülltem Kinderwunsch oder der Trauer um ein Kind“). Der Internetauftritt der Caritas Rheine vermerkt: „Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch kann ein Beratungsangebot durch ein Beraterpaar gemacht werden.“

Die Internetauftritte des **Diakonischen Werkes** und des **Sozialdienstes katholischer Frauen** (SkF) überschneiden sich, so wird die Online-Beratung von beiden Verbänden gemeinsam betrieben (s. www.beratung-caritas.de). Unter dem Punkt „Leistungen der Beratungsstellen“ wird vom Diakonie-Bundesverband explizit aufgeführt, dass die Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auch die „psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch und reproduktionsmedizinischer Behandlung“ umfasst (s. www.diakonie.de/leistungen-der-beratungsstellen-2142.htm). Dieses zeigt sich auch auf den Internetangeboten der einzelnen Beratungsstellen vor Ort. So bietet der SkF in Heidelberg eine Beratung an unter der Überschrift „Trauer und Schwangerschaft“ zum „Abschied vom Kinderwunsch“ (skf-heidelberg.de/inhalt/schwangerschaftsberatung). Der SkF Mannheim listet sein Angebot „Beratung zu Familienplanung und Kinderwunsch“ unter „Schwangeren- und Familienberatung“ auf (www.skf-mannheim.de/78926.html). Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung zur Präimplantationsdiagnostik fordert der SkF „die gesetzliche Einbindung psychosozialer Beratungsangebote im Rahmen einer medizinischen Behandlung von Frauen mit Kinderwunsch“ (Pressemitteilung vom 24.06.2011, unter www.skf-zentrale.de/77611.asp?id=33057&page=2&area=pfskf).

5 Hier wird allerdings zum Teil noch das Modell der „psychogenen Infertilität“ vertreten: „Ein ambivalenter Kinderwunsch kann seelische Ursache von Unfruchtbarkeit sein [...]“

Im Beratungskonzept von **donum vitae** (s. z. B. www.donumvitae.org/media/raw/dv_beratungskonzept_mai07.pdf) taucht das Thema „unerfüllter Kinderwunsch“ nicht auf, auf einzelnen Imageflyern hingegen schon: „Weitere Themen unserer Beratungsarbeit sind die Verarbeitung von Tot- und Fehlgeburten sowie ungewollte Kinderlosigkeit“ (s. www.donumvitae.org/media/raw/imageflyer_donum_vitae_2011.pdf; s. auch: www.donumvitae-onlineberatung.de/Beratungsangebot). In einzelnen „Donum vitae“-Beratungsstellen vor Ort sind teilweise sehr ausführliche Informationsangebote zur psychosozialen Kinderwunschberatung vorhanden, z. B. in Gießen und in Amberg (SARA-Projekt), aber auch in Rosenheim und der Stadt Brandenburg.

Beim SARA-Projekt, das seit 2008 von **donum vitae** Amberg im Zusammenhang mit dem Klinikum St. Marien Amberg durchgeführt wird, ist die Vielzahl der Angebote (Einzel-, Paarberatungen und Gruppentreffen, Telefon- und E-mail-Beratung) und die Niedrigschwelligkeit der Angebote (kostenfrei, ggf. abends, zu Hause, anonym) zu erwähnen. Das Angebot richtet sich nicht nur an ungewollt kinderlose Paare vor und während reproduktionsmedizinischer Behandlung, sondern auch an Paare vor Adoption oder Pflegschaft und an Eltern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung. Dadurch wird das Projekt allerdings vermutlich sehr ressourcenintensiv (Personalstunden). Inwieweit die starke Verortung des SARA-Projekts in einem „christlich-ethischen Kontext“ – wie es einige im Internet über dieses Projekt verfügbaren Informationen verdeutlichen – für einige Betroffene (z. B. alleinstehende Frauen oder lesbische Paare) die Akzeptanz dieses Angebotes einschränken könnte, kann hier nicht beurteilt werden.

Auf den Internetseiten des **DRK** (www.drk.de) wurden keine Informationen zur psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch oder ungewollter Kinderlosigkeit gefunden.

Die Internetseiten der **FrauenGesundheitsZentren** (FGZ) haben im Beratungsangebot die Themen „Lesben und Kinderwunsch“ (z. B. in den Beratungsstellen in Berlin, Freiburg, Köln, München und Stuttgart) sowie „Unerfüllter Kinderwunsch“ (in den Beratungsstellen in Berlin, Freiburg, Göttingen, Köln, München, Nürnberg, Stuttgart und Wiesbaden; s. www.frauengesundheitszentren.de). Auf der Website der Beratungsstelle in Berlin wird in der Rubrik „Häufige Fragen zum Thema Kinderwunsch“ verwiesen auf: „Außerdem gibt es psychologische Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit der ungewollten Kinderlosigkeit sowie Adoption oder Pflegschaft.“

Das feministische FGZ Stuttgart hatte 1999 eine Broschüre „Unerfüllter Kinderwunsch“ (56 Seiten) erstellt, die zwar vergriffen ist, auf die aber auf einigen Internetangeboten der Frauengesundheitszentren noch hingewiesen wird. Die Broschüre „Lesben und Kinderwunsch“ (66 Seiten) ist bei vielen Frauengesundheitszentren zu erwerben.

Bei den **Gesundheits-** und **Landratsämtern** sind zwei Online-Auftritte besonders hervorzuheben: Das Gesundheitsamt des Rems-Murr-Kreises hat einen ausführlicher Flyer zur psychosozialen Kinderwunschberatung in das Internet gestellt, in dem zudem auch lesbische Paare angesprochen werden (s. www.rems-murr-kreis.de/Kinderwunsch_aktuell.pdf). Landratsämter in Bayern haben ihr Angebot zur psychosozialen Kinderwunschberatung zentral zusammengefasst in das Internet gestellt unter www.schwanger-in-bayern.de/schwangerenberatung/themen/schwangerschaft-geburt/unerfuellter-kinderwunsch.html.

Internetauftritt von **pro familia**: Explizit wird psychosoziale Kinderwunschberatung bspw. in der Broschüre „Standpunkt Schwangerschaftsberatung“ des „pro familia“-Bundesverbands aus dem Jahr 2006 gemacht (s. www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Standpunkt_Schwangerschaftsberatung.pdf). Dort werden als Beratungsinhalte neben Familienplanung, Schwangerschaft, gesetzliche Leistungen und Hilfen, ungewollte Schwangerschaft, Leben mit Säugling und Kleinkind auch unerfüllter Kinderwunsch genannt, mit den Stichworten Möglichkeiten der künstlichen Befruchtung, Chancen, Risiken und Grenzen der Reproduktionsmedizin, Alternativen zur leiblichen Elternschaft (Adoption, Pflegschaft) und Bewältigungsstrategien für ein Leben ohne Kinder (a. a. O., S. 6 f.). Das „pro familia“-Programm der Fort- und Weiterbildung umfasst u. a. Grundlagen der Sozial- und Konfliktberatung bei Schwangerschaft, unerfülltem Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin (a. a. O., S. 9). Auch die Broschüre Unerfüllter Kinderwunsch für KlientInnen (s. weiter unten) wird hier erwähnt (a. a. O., S. 10). Unter der Überschrift „Aktuelle Herausforderungen“ wird – neben Kinderwunsch eines HIV-infizierten Paares und Präimplantationsdiagnostik ein eigener Absatz zum Unerfüllten Kinderwunsch aufgeführt. Dort werden u. a. die Information und psychosoziale Begleitung vor, während und nach der reproduktionsmedizinischen Behandlung aufgeführt (a. a. O., S. 14). Auch im Flyer „pro familia bietet an“ (s. www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/profamilia_faltblatt.pdf) wird Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch explizit genannt, so wie auch im Programm „Selbstbestimmte Sexualität“ „medizinische, psychologische, psychosoziale und familienrechtliche Beratung“ zu unerfülltem Kinderwunsch (s. www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/Ziele_ProgrammNA.pdf). Etwas allgemeiner ist dort zudem formuliert: „Das Recht auf Familienplanung schließt neben dem Recht auf Schwangerschaftsverhütung auch das Recht auf Kinderlosigkeit sowie auf Hilfe bei Problemen mit der Empfängnis- und Zeugungsfähigkeit ein.“ Explizit werden in der Broschüre „Unerfüllter Kinderwunsch“ aus dem Jahr 2004 die psychischen Faktoren angesprochen, unter den Punkten „Psychische Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit“⁶ und „Psychisches Befinden bei ungewollter Kinderlosigkeit“ und es wird auf die Beratungsmöglichkeiten hingewiesen: „eine individuelle psychologische Beratung oder Begleitung, wie sie auch von pro familia angeboten wird, kann hilfreich sein“ (S. 17). Bemerkenswert erscheint auch, dass der unerfüllte Kinderwunsch bei gleichgeschlechtlichen Paaren angesprochen wird.

Im Online-Auftritt von pro familia heißt es: „Die pro familia Beratungsstellen bieten ärztliche, psychologische und soziale Beratung [...] zur Familienplanung für Ratsuchende, [...] die sich bisher vergebens ein Kind gewünscht haben“ (www.profamilia.de/pro-familia/profil/unsere-angebote.html). Eine ganze Seite des „pro familia“-Online-Auftrittes widmet sich den psychosozialen Aspekten des unerfüllten Kinderwunsches (www.profamilia.de/erwachsene/kinderwunsch/unerfuellter-kinderwunsch/psychosoziale-aspekte.html). Einige Beratungsstellen von pro familia halten zudem spezielle Informationsangebote zur Thematik im Internet vor. Auf etlichen Online-Auftritten der einzelnen „pro familia“-Beratungsstellen erscheint allerdings kein Hinweis auf die Beratungsmöglichkeit bei unerfülltem Kinderwunsch. Auf die Fortbildungsangebote von pro familia zur psychosozialen Kinderwunschberatung wird im Ergebnis teil 7.2 unter Frage 8 näher eingegangen.

6 Wobei hier in der Broschüre teilweise auch das überholte Modell der psychogenen Infertilität (s. Abschnitt 2) vertreten wird: „... können zum Beispiel ungelöste innere Konflikte, nicht verarbeitete Erfahrungen und unbewusste Ängste an den Fruchtbarkeitsproblemen beteiligt sein“ (a. a. O., S. 10).

Darüber hinaus wurde überprüft, inwieweit andere **Ehe- und Lebensberatungen** Angebote zur psychosozialen Kinderwunschberatung machen.

Auf der Internetpräsenz der **Bundeskonzferenz zu Erziehungsfragen e. V.** (<http://www.bke.de>) konnten keine Aussagen zum Thema „Kinderwunsch“ oder „Kinderlosigkeit“ gefunden werden.

Die **Evangelische Konferenz für Familien und Lebensberatung e. V.** bietet Fortbildungen zum Themenbereich der Pränataldiagnostik (siehe z. B.: <http://www.ekful.de/index6d44.html?id=131>) und Fachtagungen an, die auch psychosoziale Kinderwunschberatung und ethische Fragestellungen von ART beinhalten (siehe z. B.: http://www.ekful.de/fileadmin/EKFUL/DATA/DOCUMENTS/VERANSTALTUNGEN/Programm-Flyer_Ethik_2006-10-06_1_.pdf). Die dort genannten Adoptionsberatungsstellen sind auf der BZgA-Homepage aufgeführt, ebenso ein Großteil der Familien- und Lebensberatungsstellen.

Die Schwerpunkte der **Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V. (DAJEB)** liegen im Fort- und Weiterbildungs- und Publikationsbereich. Über den online verfügbaren „Beratungsführer“ können regionale Beratungsstellen gefunden werden. Die Eingrenzungen per Stichworte enthält die Begriffe „Sexualberatung“, „Eheberatung“ und „Familienplanungsberatung“ (siehe: <http://www.dajeb.de/suchmask.php>). Es folgen Verweise auf Beratungsstellen, die ebenfalls auf der Homepage der BZgA gelistet sind. Die Begriffe „Kinderwunsch“ oder „Kinderlosigkeit“ konnten nicht gefunden werden.

Die **Katholische Bundeskonferenz für Ehe-, Familien- und Lebensberatung** (<http://www.katholische-eheberatung.de>) bietet ebenfalls Beratung für die Themenbereiche „Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme“, „Schwangerschaft“ und „Sexualität“ an, auch ist ein Teil der Beratungsstellen auf der Homepage der BZgA gelistet. Die Begriffe „Kinderwunsch“ oder „Kinderlosigkeit“ konnten nicht gefunden werden.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass das Angebot psychosozialer Kinderwunschberatung bei den Trägern der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen sowie Ehe- und Lebensberatungsstellen im Internet in extrem unterschiedlicher Weise explizit gemacht wird. Es gibt Online-Darstellungen, bei denen Paare und Einzelpersonen mit unerfülltem Kinderwunsch keinerlei Hinweise darauf bekommen können, dass Beratung zur Familienplanung oder Eheberatung auch Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch beinhalten könnte. Andere Angebote beinhalten dagegen ausführliche und auf die psychosozialen Belange eingehende Broschüren und Flyer zur Thematik. Die Erstellung dieser Informationsmaterialien ist vermutlich in vielen Fällen auf die Initiative einzelner BeraterInnen zurückzuführen. In sehr vielen Fällen ist davon auszugehen, dass Ratsuchende mit unerfülltem Kinderwunsch aufgrund der Online-Angebote der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen keine Hinweise bekommen, dass sie dort potenziell auch psychosoziale Kinderwunschberatung angeboten bekommen. Von den mit dieser Thematik befassten Fachverbänden in Deutschland bieten BKiD und pro familia das umfangreichste und differenzierteste Angebot im Internet.

6. Studiendesign

Die nachfolgende Untersuchung stellt, basierend auf drei Befragungen, den aktuellen Stand der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland dar und formuliert Erfordernisse für die Zukunft, um die psychosoziale Kinderwunschbehandlung besser zu implementieren und weiterzuentwickeln. Zentrale Fragestellungen der Untersuchung sind:

- Wer führt eine psychosoziale Kinderwunschberatung durch?
- Über welche Qualifikationen verfügen Fachkräfte in Deutschland, die die psychosoziale Kinderwunschberatung durchführen?
- Welche Beratungssettings gibt es?
- Wie häufig wird die psychosoziale Kinderwunschberatung in Anspruch genommen?
- Welche Kosten entstehen dafür?
- Wie gestaltet sich die Kooperation zwischen den medizinischen und den psychosozialen Fachkräften?

Drei Zielgruppen wurden befragt:

1. Alle Kinderwunschzentren in Deutschland, die mit dem Deutschen IVF-Register (DIR) assoziiert sind (N = 125)
2. Alle (kontaktierbaren) Beratungseinrichtungen, die explizit Schwangerschafts(konflikt)beratung und/oder Kinderwunschberatung anbieten (N = 1.098) sowie alle Mitglieder von BKiD (N = 155), von denen N = 94 zertifizierte BeraterInnen in Deutschland sind (Stand: Juli 2012)
3. Alle Bundesverbände von Beratungseinrichtungen (N = 12) sowie weitere Interessenverbände (z. B. Wunschkind e. V., Endometriosevereinigung, Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, Bundesverband der reproduktionsmedizinischen Zentren) (N = 14) und Lesben- und Frauenberatungsstellen (N = 105), insgesamt (N = 131)

Für diese drei Gruppen wurden unterschiedliche Fragebögen entworfen (siehe Anhang), die darauf abzielten, das Beratungssetting, die Qualifikation der Fachkraft, den Umfang der Kinderwunschberatung und deren Inhalte, den Zugang der Ratsuchenden zur Beratungsstelle und Erfordernisse für die Kinderwunschberatung festzustellen. Die Fragebögen wurden vom 21.06.2012 bis zum 23.07.2012 online gestellt und konnten online ausgefüllt werden. Die Zielgruppen wurden am 21.06.2012 per E-Mail auf die Untersuchung hingewiesen und gebeten, sich zu beteiligen. Am 20.07.2012 wurden alle Gruppen (bis auf die Beratungsstellen) nochmals erinnert.

7. Ergebnisse

7.1 Quantitative und qualitative Auswertung der Antworten aus den reproduktionsmedizinischen Zentren

Es waren 130 Standorte reproduktionsmedizinischer Zentren über ihre E-Mail-Adressen angeschrieben worden, alle E-Mail-Adressen waren gültig. Laut der derzeit aktuellen Aufstellung des DIR beteiligten sich (Stand: Juni 2011) insgesamt 129 reproduktionsmedizinische Zentren an der qualitätssichernden Maßnahme des DIR (<http://www.deutsches-ivf-register.de/zentren.htm>; Zugriff am 02.08.2012), laut Jahresbericht 2010 (DIR 2011) waren es 124 Zentren. In der E-Mail-Adressliste waren zwei Berliner Zentren verzeichnet, die nicht am DIR teilnehmen (bzw. dort nicht in der Adressliste verzeichnet sind), sowie ein Zentrum, welches zwischenzeitlich die Arbeit eingestellt hatte (Neubrandenburg). Da außerdem einige Zentren laut dieser Adressliste an zwei Standorten vertreten sind (z. B. 2 x Leipzig/Chemnitz, je 1 x Koblenz/Neuwied, Saarbrücken/Kaiserslautern und Siegen/Dortmund), bestand die Zielgruppe somit aus 125 reproduktionsmedizinischen Zentren.

Von 60 dieser 125 Zentren war die Umfrage begonnen und von 59 Zentren abgeschlossen worden (= 47,2 %). Vier dieser Zentren gaben an, nicht an der Umfrage teilnehmen zu wollen (= 3,2 %; Frage 2: „Ich habe das Anschreiben gelesen und bin bereit, an dieser Umfrage teilzunehmen“ bzw. „Ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen“), während von 55 Zentren ein Großteil der 15 Fragen beantwortet worden war (= 44,0 %). Der Rücklauf ist für eine Online-Umfrage mit einmaliger Erinnerungs-E-Mail und einem zeitlich auf 22 Werktage relativ begrenzten Zeitraum als gut bis sehr gut zu bezeichnen (Cummings, Savitz, & Konrad, 2001).

Da die Online-Umfrage auf Wunsch auch anonym durchgeführt werden konnte, kann über die Repräsentativität der Antworten keine präzise Aussage getroffen werden. Vom Umfrageergebnis wollten 27 der 55 teilnehmenden Zentren informiert werden (= 49,1 %; Frage 15: „Ich möchte über die Vorstellung der Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden“), es gaben allerdings nur 21 Zentren ihre Kontaktmöglichkeiten an (Post- bzw. E-Mail-Adresse; = 38,2 %). Die Durchsicht dieser Adressen ergab keinerlei Auffälligkeiten. Es waren sowohl universitäre als auch private und sowohl große als auch kleinere Zentren unter den Antwortenden vertreten, es gab auch keine regionalen Auffälligkeiten (z. B. bezüglich neuer oder alter Bundesländer oder Nord- versus Süddeutschland), sodass mit großer Wahrscheinlichkeit von einer hohen Repräsentativität der Stichprobe ausgegangen werden kann. Ein möglicher Bias könnte allerdings darin liegen, dass vor allem Zentren geantwortet hatten, bei denen die integrierte oder unabhängige psychosoziale Beratung einen hohen Stellenwert hat, sodass bspw. die Angaben über die Zahl der in den Zentren beschäftigten psychosozialen Fachkräfte überdurchschnitt-

lich hoch im Vergleich zur Gesamtstichprobe ausgefallen sein könnten (s. Antworten auf Frage 3 und insbesondere Frage 8 weiter unten).

Zur Auswertung der quantitativen Angaben wurden die Ergebnisse des Surveys in eine Excel-Tabelle importiert und mittels der statistischen Funktionen dieser Tabellenkalkulation Prozentangaben, arithmetisches Mittel, Minimal- und Maximalwert sowie der Modalwert (in den Antwortmöglichkeiten am häufigsten genannter Wert) berechnet. Soweit es sinnvoll erschien, wurde zur statistischen Absicherung von Gruppenunterschieden der Chi²-Test berechnet, als Signifikanzniveau wurde – wie international üblich – $\alpha < 5\%$ festgelegt.

Für die qualitative Auswertung der Fragen 10, 12, 13 und 14 wurden die Antworten themenspezifisch in Haupt- und Nebenkodes eingeordnet (Miles & Huberman, 1994; Strauss & Corbin, 1998) und nach Gewichtung dargestellt und beschrieben. Beschreibungen wie „sehr viele“, „viele“ oder „wenige“ Kinderwunschzentren bzw. Antworten beziehen sich auf jeweils über 75 %, über 50 % oder weniger als 25 % der Kinderwunschzentren, die diese Frage entsprechend beantwortet haben.

Bei der Auswertung der Fragebögen der BeraterInnen und der Interessenverbände wurde ebenso verfahren.

Frage 3:

In unserem Kinderwunschzentrum arbeiten folgende Fachkräfte: (Bitte nennen Sie die Anzahl)

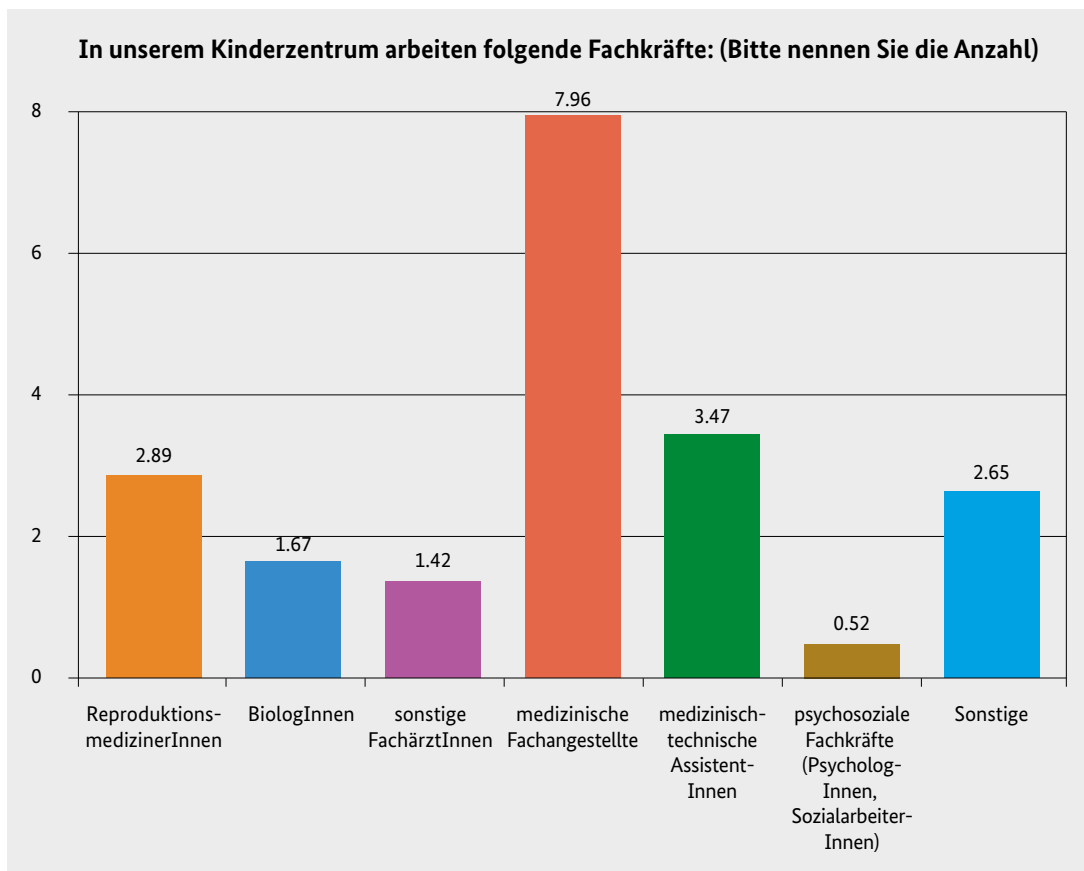
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Modalwert
Reproduktionsmediziner/inn/en	2,89	1	7	2
Biolog/inn/en	1,67	0	3	1
sonstige Fachärztinnen/Fachärzte	1,42	0	6	0
medizinische Fachangestellte	7,96	0	25	10
medizinisch-technische Assistent /inn/en	3,47	0	20	3
psychosoziale Fachkräfte (Psycholog/inn/en, SozialarbeiterInnen)	0,52	0	2	0
Sonstige	2,65	0	10	1

(Frage 3 von allen Zentren beantwortet)

Am häufigsten wurden erwartungsgemäß medizinische Fachangestellte genannt, gefolgt von medizinisch-technischen AssistentInnen und ReproduktionsmedizinerInnen. Psychosoziale Fachkräfte wurden nur selten genannt (insgesamt 21-mal; s. Abb. 6), der Modalwert lag bei 0.

Folgende Abb. 3 verdeutlicht die Verteilung der Fachkräfte grafisch.

Abb. 3: Verteilung der Fachkräfte in den Zentren



Frage 4:

In unserem Kinderwunschzentrum bieten die folgenden Fachkräfte eine psychosoziale Kinderwunschberatung an: (Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
Reproduktionsmediziner/inn/en	85,5
Biolog/inn/en	0,0
sonstige Fachärztinnen und Fachärzte	38,2
medizinische Fachangestellte	9,1
medizinisch-technische Assistent/inn/en	0,0
psychosoziale Fachkräfte (Psycholog/inn/en, SozialarbeiterInnen)	43,6
Sonstige	20,0

(Frage 4 von allen Zentren beantwortet)

Während die psychosoziale Kinderwunschberatung in keinem Fall durch den/die BiologIn und die MTAs angeboten wurde, gab immerhin nahezu jedes 10. Zentrum an, dass die medizinischen Fachangestellten diese Beratung anbieten. Der weitaus größte Teil der psychosozialen Beratung wird jedoch – nach eigenen Angaben – durch die ReproduktionsmedizinerInnen geleistet, zu einem kleineren Teil durch sonstige FachärztInnen, und, sofern vorhanden, durch die psychosozialen Fachkräfte des Zentrums. Bei den Anbietern „sonstige Fachkräfte“ wurden 14 Nennungen gemacht, die sich überwiegend auf „kooperierende/n externe/n PsychologIn“ bzw. „PsychotherapeutIn“ (einschließlich „HeilpraktikerIn Psychotherapie“) oder „Medizinpsychologie“ bezogen (10 x). Einmal wurde „PsychiaterIn“ genannt, 1 x „Sekretärinnen/Hotel-fachfrau“ und 1 x „ReproduktionsmedizinerInnen haben Zusatzausbildung in Sexualmedizin, Hypnotherapeutischer Psychotherapie, Psychotherapie und Psychosomatik“; 1 x blieb die Fachkraft ungenannt („externe Betreuung“).

Frage 5:

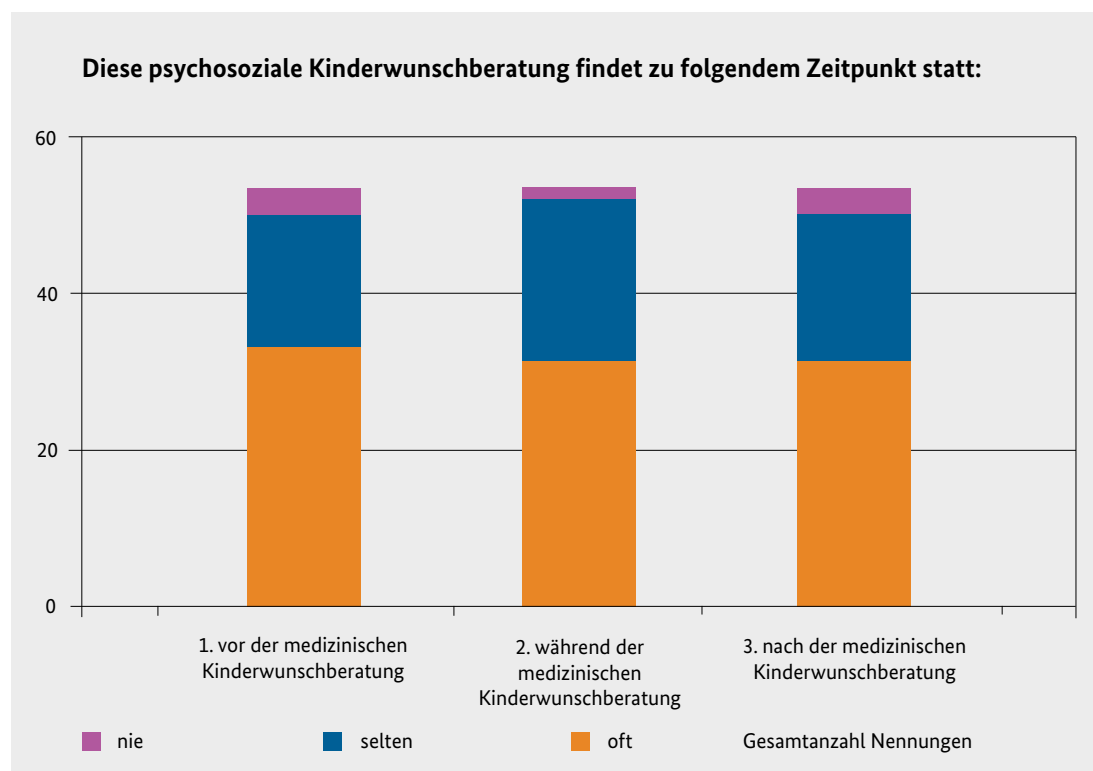
Diese psychosoziale Beratung findet zu folgendem Zeitpunkt statt:

	oft	selten	nie
vor der medizinischen Kinderwunschbehandlung	62,3 % (33)	32,1 % (17)	5,7 % (3)
während der medizinischen Kinderwunschbehandlung	58,5 % (31)	39,6 % (21)	1,9 % (1)
nach der medizinischen Kinderwunschbehandlung	58,5 % (31)	35,8 % (19)	5,7 % (3)

(Frage 5 von 2 Zentren nicht beantwortet)

Nachfolgende Abb. 4 verdeutlicht die Verteilung der Beratung auf die verschiedenen Behandlungsabschnitte grafisch.

Abb. 4: Zeitpunkte der Kinderwunschberatung



Sowohl der Tabelle als auch der Abbildung 4 ist zu entnehmen, dass die psychosoziale Kinderwunschberatung zu allen Zeitpunkten der medizinischen Behandlung nahezu gleichermaßen angeboten wird (leicht verstärkt während der Behandlung).

Frage 6:

Die Inhalte dieser psychosozialen Beratung umfassen (Mehrfachantworten möglich):

	Prozent
medizinische Informationen zur Behandlung	80,4
Informationen zu Chancen und Risiken der assistierten Reproduktion	84,3
Information zu psychologischen Belastungsaspekten	92,2
Beratung vor einer Samenspende	66,7
Beratung vor einer Behandlung im Ausland	41,2
Sonstiges/nämlich	17,6
■ Beratung vor Auslandsbehandlung ist Beihilfe und verboten ■ Therapieabschluss, Alternativen ■ Präimplantationsdiagnostik (2 x), (Embryo-)Adoption ■ Paardynamik, Umgang mit Trauer und Enttäuschung ■ Folgen der Behandlung: Was kommt danach? ■ Alternativen zum eigenen Kind (z. B. Adoption) (2 x) ■ Fertilitätsprotektion vor onkologischer Therapie ■ Beratung vor heterologer ART (2 x)	

(Frage 6 von 4 Zentren nicht beantwortet)

Die Antworten auf Frage 6 ergaben erwartungsgemäß, dass die Information zu psychologischen Belastungsaspekten wie auch die Informationen zu Chancen, Risiken und anderen Aspekten der medizinischen Behandlung den Schwerpunkt der psychosozialen Kinderwunschberatung ausmachen. Bei den Zentren, die Spendersamenbehandlung anbieten, wird diese Behandlungsoption in der psychosozialen Beratung thematisiert. Überraschend war hingegen, dass 21 der 51 antwortenden Zentren angaben, dass Beratung vor einer Behandlung im Ausland auch Inhalt der psychosozialen Kinderwunschberatung sei. Aus den Angaben zu „Sonstiges“ erscheint mitteilenswert, dass der Behandlungsmisserfolg auch thematisiert wird sowie spezielle medizinische Behandlungsangebote (wie Präimplantationsdiagnostik, heterologe ART, Fertilitätsprotektion).

Frage 7:

Zur Durchführung der ärztlichen Beratung zu psychosozialen Aspekten:

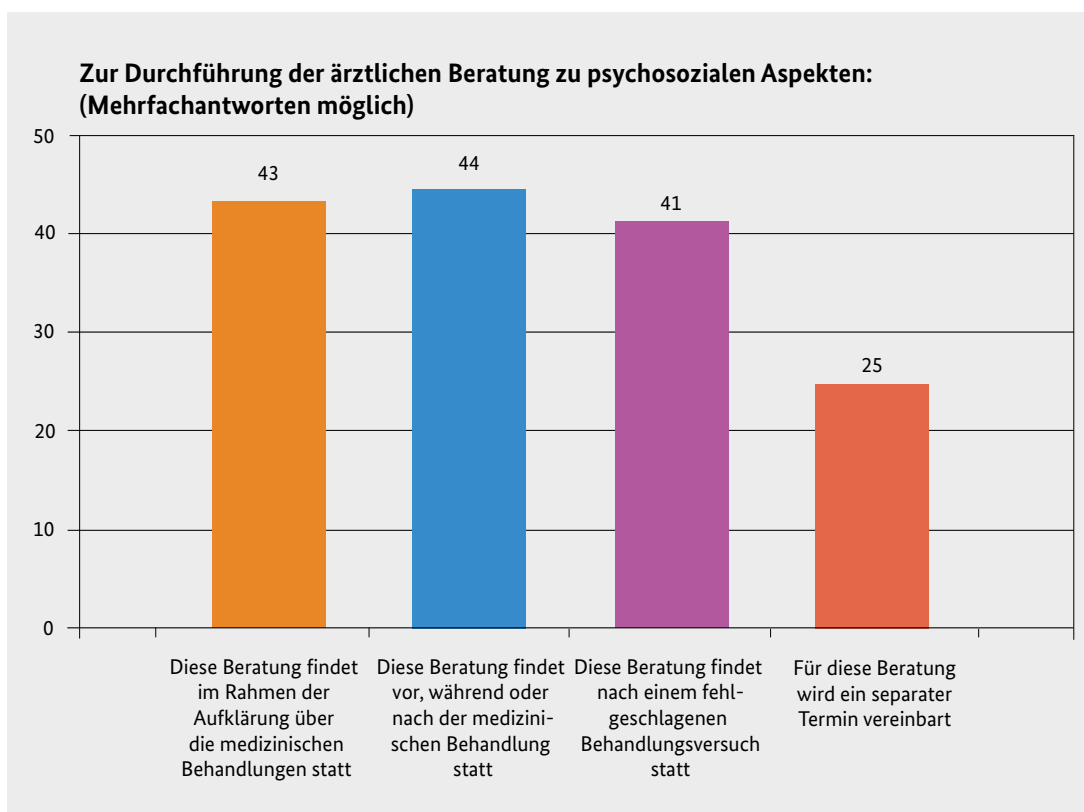
(Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
Diese Beratung findet im Rahmen der Aufklärung über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten statt	79,6
Diese Beratung findet vor, während oder nach der medizinischen Behandlung statt	81,5
Diese Beratung findet nach einem fehlgeschlagenen Behandlungsversuch statt	75,9
Für diese Beratung wird ein separater Termin vereinbart	46,3
Für diese Beratung stehen durchschnittlich _____ Minuten pro Patient/in zur Verfügung	MW: 33,7 (min. 5, max. 90), Modalwert: 30

(Frage 7 von 1 Zentrum nicht beantwortet)

Nachfolgende Abb. 5 verdeutlicht die Zeitpunkte der Beratung grafisch.

Abb. 5: Zeitpunkte der ärztlichen Beratung

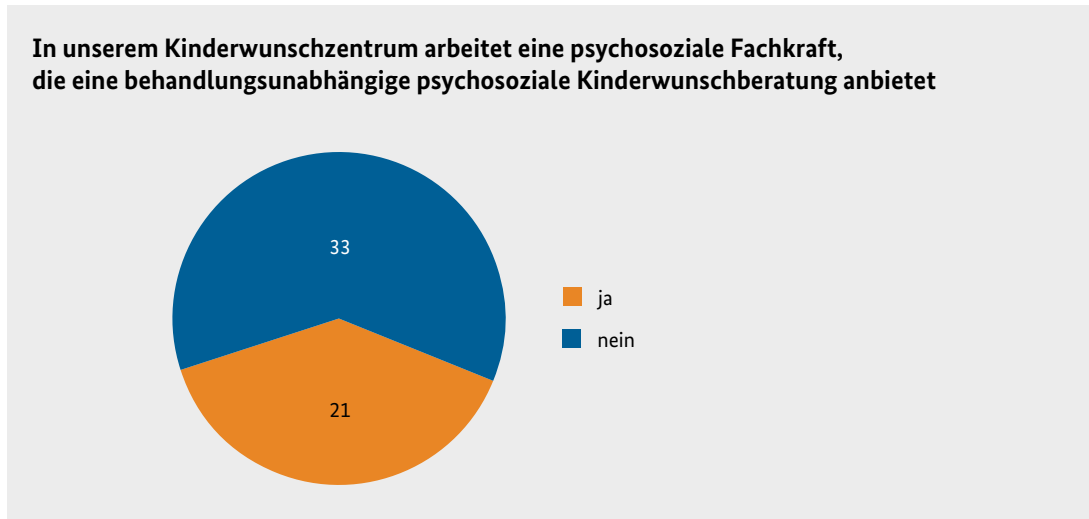


In der Regel wird die ärztliche Beratung zu psychosozialen Aspekten nicht zu einem separat vereinbarten Zeitpunkt durchgeführt, sondern innerhalb des behandlungseinführenden ärztlichen Gesprächs und während sowie nach fehlgeschlagener medizinischer Behandlung. Für diese ärztliche psychosoziale Beratung stehen (eigenen Angaben zufolge) im Schnitt ca. 30 Minuten zur Verfügung, auffällig hier die große Schwankungsbreite von 5 bis zu 90 Minuten. (s. a. Beantwortung der Fragen 10a und b weiter unten).

Frage 8:

In unserem Kinderwunschzentrum arbeitet eine psychosoziale Fachkraft, die eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung anbietet

Abb. 6: Anteil der Zentren mit integrierter psychosozialer Fachkraft:



(Frage 8 von 1 Zentrum nicht beantwortet)

In 39 % der antwortenden Zentren (21 von 54) arbeitet eine psychosoziale Fachkraft, die behandlungsunabhängige Kinderwunschberatung anbietet, in 61 % nicht (33 von 54). Verglichen mit den Zahlen der Pilotstudie von Stöbel-Richter et al. (2011) muss hier dementsprechend von einem Bias dieser Umfrage ausgegangen werden, dass nämlich von einer Überrepräsentierung von Zentren mit integrierten psychosozialen Fachkräften auszugehen ist. Damit ist eine Generalisierbarkeit auf alle 125 reproduktionsmedizinischen Zentren als Zielgruppe dieser Umfrage nur eingeschränkt möglich. Der Stellenwert behandlungsunabhängiger psychosozialer Kinderwunschberatung für ReproduktionsmedizinerInnen in Deutschland wird in den Ergebnissen dieser Umfrage in Bezug auf die Gesamtzielgruppe daher vermutlich überschätzt werden.

Frage 9:

Die Patient/inn/en werden auf das Angebot der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung hingewiesen

	oft	selten	nie
die Patient/inn/en fragen nach der Beratung	14,8 % (8)	79,6 % (43)	5,6 % (3)
durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt	83,0 % (44)	17,0 % (9)	0,0 % (0)
durch die Biologin/den Biologen	4,1 % (2)	42,9 % (21)	53,1 % (26)
durch die medizinischen Fachangestellten	26,0 % (13)	46,0 % (23)	28,0 % (14)
durch die medizinisch-technischen Assistent/inn/en	2,1 % (1)	37,5 % (18)	60,4 % (29)
durch:	22,2 % (2)	55,6 % (5)	22,2 % (2)
■ andere Patient/inn/en ■ korrespondierende Psychologin/korrespondierender Psychologe (2 x) ■ Psychotherapeut/inn/en, Psycholog/inn/en etc. (2 x) ■ Patient/inn/en-Informationsabend, Internetauftritt, Flyer im Wartezimmer			

(Frage 9 von 1 Zentrum nicht beantwortet)

Erwartungsgemäß werden die Betroffenen kaum durch das Laborpersonal (BiologInnen und MTAs) auf das behandlungsunabhängige psychosoziale Beratungsangebot hingewiesen, sondern fast ausschließlich durch den/die behandelnde/n ReproduktionsmedizinerIn und in geringerem Ausmaß durch die medizinischen Fachangestellten. Den Umfrageergebnissen nach kommt es aus Sicht der ReproduktionsmedizinerInnen eher selten vor, dass PatientInnen von sich aus nach diesem Beratungsangebot aktiv nachfragen.

Frage 10:

Diese Maßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern:

Diese Frage wurde von 14 Zentren nicht beantwortet. Um die psychosoziale Kinderwunschberatung besser zu verankern, empfehlen einige reproduktionsmedizinische Zentren vor allem, deren Hemmschwelle niedriger zu gestalten. So soll Ratsuchenden der Zugang zu Beratung vereinfacht werden, indem das Beratungsangebot ausgebaut wird, flächendeckender gestaltet wird und mehr Fachkräfte ausgebildet werden. Auch soll in Akutsituationen (Krisenintervention) eine schnelle Terminvergabe möglich sein. Eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Beratung ist auch in ihren Augen erforderlich, um „Ängste vor einer psychosozialen Beratung“ zu nehmen. Es wird u. a. befürchtet, dass PatientInnen sich „auf die Psycho-Schiene abgescho-ben“ fühlen oder sie argwöhnen, dass man ihnen in der Beratung „den Kinderwunsch auszu-reden versucht“. Viele Zentren gaben die Kosten, entweder für die Beratung oder für die medi-zinische Behandlung, als Grund dafür an, dass die psychosoziale Kinderwunschberatung eher selten in Anspruch genommen wird. Ein reproduktionsmedizinisches Zentrum äußerte die Befürchtung, dass es für PatientInnen eine Hürde darstellt, sich neben der ärztlichen Betreu-ung auch noch einer weiteren Person zu öffnen, und dass dies, zusammen mit den Kosten der Beratung, dazu beiträgt, dass nur wenige Paare eine Beratung aufsuchen.

Die Haltung der antwortenden ReproduktionsmedizinerInnen zur integrierten bzw. unabhängigen Beratung ist gespalten. Einige reproduktionsmedizinische Zentren erachten Beratung als eine „autonome“ Dienstleistung, in die sie sich „nicht einmischen“ sollten, betonen die Freiwilligkeit der Beratung („Keine Entmündigung des Patienten“) und geben Kooperationen mit entsprechend geschulten Fachkräften an, die sie wertschätzen. Andere Zentren empfehlen, eine Beratung routinemäßig z. B. vor Behandlungsbeginn anzubieten, da sie eine häufigere und intensive Beratung und Betreuung durch PsychologInnen für wichtig erachten; ein reproduktionsmedizinisches Zentrum formuliert dies sehr direkt: „So wie vorgeschrieben ist, dass ein Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über die Belastung einer ART-Behandlung aufklären muss, so sollte es nötig werden, auf ein Beratungsangebot psychologischer Art hinzuweisen. Sozial beraten in der Regel die Ärzte.“ Als Möglichkeit, die Kooperation zu verbessern, wurde von einem reproduktionsmedizinischen Zentrum eine formale Zertifizierung der Kinderwunschzentren mit einer festgelegten Anzahl psychosozialer Fachkräfte vorgeschlagen. Häufigere Vorschläge bezogen sich auf eine weniger formalisierte Kontaktherstellung zu und Kooperation mit ortsansässigen Fachkräften. Andere Zentren sprechen sich dafür aus, Fachkräfte im reproduktionsmedizinischen Zentrum zu beschäftigen, um mehr Ratsuchende zu erreichen. Allerdings sollten hierfür die Kosten, beispielsweise durch die Krankenkassen, übernommen werden. Falls die Beratung mit Kosten verbunden ist, so wird befürchtet, „sinkt das Interesse nahezu auf null bei den Patienten“. Ein Zentrum berichtete, dass ein integriertes Beratungsangebot nicht angenommen und daraufhin wieder eingestellt wurde (ob dies aufgrund von Kosten nicht in Anspruch genommen wurde, bleibt unklar), ein anderes geht davon aus, dass PatientInnen keinen „Veränderungswunsch“ haben und daher ein Beratungsangebot nicht wahrgenommen wird.

Einige Zentren machten inhaltliche Vorschläge zur psychosozialen Kinderwunschberatung. Diese sollten Angst vor der medizinischen Therapie nehmen sowie den Umgang damit explorieren, Stress und Partnerkonflikte abbauen, Belastungssituationen überwinden, nach erfolglosen Behandlungen Alternativen akzeptieren oder auch grundsätzlich weitere Lebenswege mit und ohne Kind entwickeln helfen. Um Belastungen zu erkennen und eine Beratung gezielt empfehlen zu können, werden Fragebögen mit Auswertungsmanual als potenziell hilfreich erachtet. Fortbildungsbedarf bei psychosozialen Fachkräften wurde im Bereich der Beratung bei Gametenspende und der Kinderwunschbehandlung im Ausland gesehen.

Um die ärztliche Beratung zu verbessern, schlugen mehrere Zentren Seminare für ÄrztInnen und nichtärztliche MitarbeiterInnen vor, ein Zentrum sprach sich dafür aus, dass „mindestens ein psychologisch/psychotherapeutisch geschulter Reproduktionsmediziner pro Praxis“ angestellt sein sollte. Auch für diese Beratung soll die Finanzierung verbessert werden („ausreichende Vergütung derprechenden Medizin, um auch den wirtschaftlichen Rahmen zu gestalten“, „bessere Honorierung der Gesprächsleistung durch die Krankenkassen“).

Einige reproduktionsmedizinische Zentren nutzen diesen Fragebogen auch, um ihren Unmut über die momentane Kostenübernahme der medizinischen Behandlung und andere Vorgaben zu äußern. So sollten die Beschränkung auf drei Behandlungszyklen mit 50%iger Kosten-erstattung, die untere Altersgrenze bei Frauen und Männern mit klarer Indikation (z. B. Azospermie des Mannes, Tubenverschluss der Frau) und die Kriterien für eine ICSI und die Anwendung der WHO-Grenzbereiche zur Spermogrammbeurteilung in der Revision von 2010 (WHO, 2010) aufgehoben werden.

Frage 11:

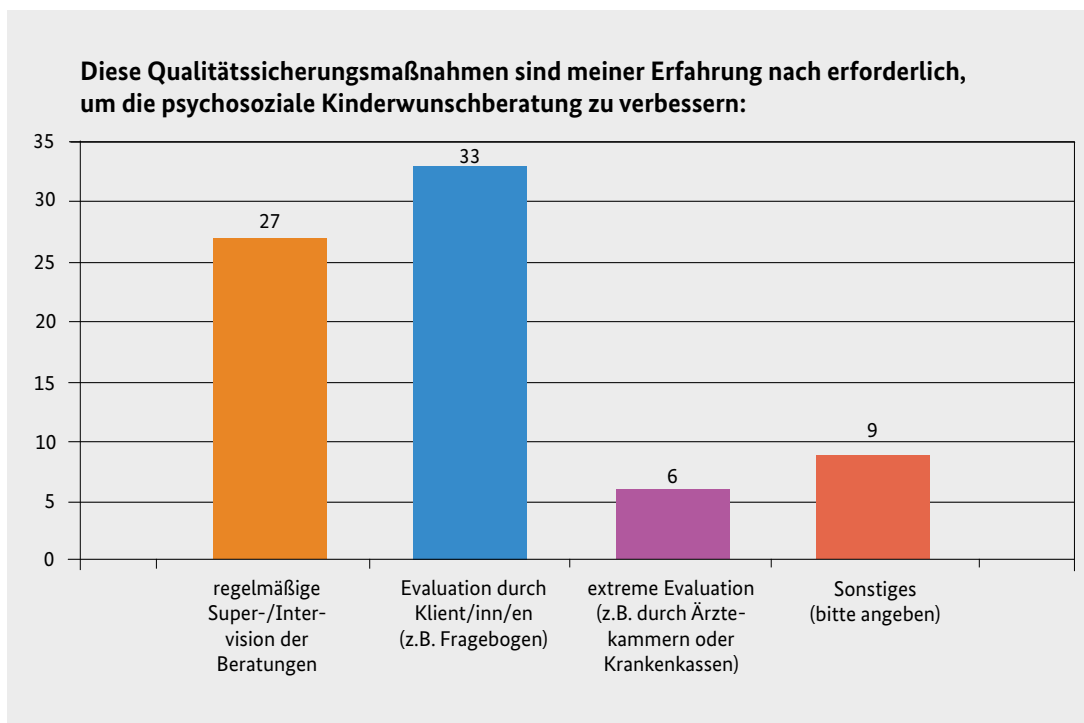
Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern: (Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
regelmäßige Super-/Intervision der Beratungen	58,7
Evaluation durch Klient/inn/en (z. B. Fragebogen)	71,7
externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen)	13,0
Sonstiges (bitte angeben):	19,6
■ Schulung der Berater/inn/en ■ ausreichende Qualifikation der Berater/inn/en (Ausbildung zur Heilpraktikerin/zum Heilpraktiker nicht ausreichend) ■ Datenerhebung im DIR ■ Zertifizierung ■ Voraussetzung: qualifiziertes Fachpersonal ■ ausreichend ■ direkte regelmäßige Kommunikation zw. PsychologIn +Ärztin/Arzt ■ Es muss mehr Zeit zur Verfügung stehen, die auch entsprechend vergütet wird!!!!!!!!!!!! ■ Die von Kinderwunschzentren selbst angebotenen Beratungen selbst sind GUT und bedürfen keiner Verbesserung	

(Frage 11 von 9 Zentren nicht beantwortet)

Folgende Abb. 7 verdeutlicht die bewerteten Qualitätssicherungsmaßnahmen grafisch.

Abb. 7: Gewünschte Qualitätssicherungsmaßnahmen (ReproduktionsmedizinerInnen)



Als wichtigste Qualitätssicherungsmaßnahme wurde von den VertreterInnen der reproduktionsmedizinischen Zentren die direkte Evaluation der psychosozialen Kinderwunschberatung durch die KlientInnen bspw. mittels Fragebogen gesehen. Kaum weniger wichtig wurde die regelmäßige Supervision bzw. Intervention der Beratungen als qualitätssichernde Maßnahmen eingeschätzt, während eine externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen) für deutlich weniger nötig bzw. sinnvoll gehalten wurde.

Frage 12:

Diese Leit- bzw. Richtlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung kenne ich:

Den 31 reproduktionsmedizinischen Zentren, die diese Frage beantworteten, sind vor allem die Leit- und Richtlinien des BKID, und hier vor allem die Leitlinien für die Beratung im Rahmen der Gametenspende und die Leitlinien für Behandlung im Ausland, bekannt. Weiterhin wurden die Richtlinien der BÄK und der Landesärztekammern, das Manual der Frauenärztinnen/-ärzte, die Psychosomatik-Leitlinien der DGPF (Strauß et al., 2004), die DGRM-Richtlinie, die Richtlinie des Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie die der ESHRE (Boivin & Kentenich, 2002) und des Dachverbands für Reproduktionsmedizin e. V. (DVR) zur PID aufgezählt. Vier Zentren vermerkten hier Fragezeichen oder beantworteten die Frage nach ihnen bekannten Leit- und Richtlinien mit „nein“ bzw. „keine“.

Frage 13:

Für diese Bereiche der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten noch Leit- bzw. Richtlinien erstellt werden:

Von den 14 reproduktionsmedizinischen Zentren, die diese Frage beantworteten, sprachen sich zwei für zusätzliche Leit- und Richtlinien im Bereich der Präimplantationsdiagnostik aus. Weitere Themenbereiche, für die dies als wünschenswert erachtet wird, waren (mit je 1 Nennung)

- Gametenspende
- „RisikopatientInnen“ (nicht näher spezifiziert)
- Frauen mit psychischen Erkrankungen
- Frauen mit primärer Ovarialinsuffizienz
- Fertilitätsprotektion vor onkologischer Therapie
- Partnerschaftskonflikte
- Embryooption
- Kinderwunsch bei gleichgeschlechtlichen Paaren
- Abschließen mit dem Kinderwunsch nach mehreren erfolglosen Versuchen

Ein Zentrum sprach sich dafür aus, dass psychosoziales Fachpersonal diese Richtlinien erarbeiten sollte, dieses fehle allerdings momentan. Weiterhin sollten die BÄK-Richtlinie sowie die der Krankenkassen aktualisiert werden.

Frage 14:

Diese Rückmeldung(en) möchte ich zusätzlich zu den o. a. Themenbereichen noch geben:

Die letzte offene Frage diente der Möglichkeit, zusätzliche Rückmeldungen zur Umfrage zu geben; 18 reproduktionsmedizinische Zentren nutzten diese Möglichkeit. Viele Zentren sprachen hier finanzielle Aspekte an. So werden ihrer Meinung nach psychosoziale Interventionen nicht ausreichend vergütet und daher haben die Zentren wenig Anreiz, diese anzubieten; hier müsste „*Nachbesserung erfolgen*“. Die Finanzierbarkeit der psychosozialen Beratung stünde „*in den Sternen*“. Hinzu kommt, dass die finanzielle Belastung der Paare seit der Änderung des GMG 2004 (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) gestiegen sei. Einige Zentren beschrieben nochmals die geringe Inanspruchnahme von Beratung; in einem Fall wurde die Folgerung ausgedrückt, dass die ärztliche Aufklärung wohl gut genug sei, sodass eine weitere Beratung nicht erforderlich sei, in einem anderen wurde die Vermutung ausgesprochen, dass die Akzeptanz von Beratung hoch sei, wenn die Ärztin bzw. der Arzt sie durchführe, dies jedoch aus Zeitmangel nur selten geschehe.

Unmut wurde hier auch nochmals wegen der zahlenmäßig begrenzten Behandlungskosten für gesetzlich versicherte PatientInnen und wegen der unteren Altersgrenze ausgedrückt. Die Altersgrenze sei „*eine reine Sparmaßnahme*“, die „*medizinisch/biologisch nicht zu begründen*“ sei.

Zur Umsetzung wurden nochmals unterschiedliche Vorschläge gemacht: Die Beratung sollte regelmäßig begleitend angeboten werden, eine Kooperation mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt sei sinnvoll, die Beratung sollte in einem geschützten Rahmen außerhalb des reproduktionsmedizinischen Zentrums stattfinden, die psychosozialen Fachkräfte könnten im reproduktionsmedizinischen Zentrum präsent sein, z. B. bei Veranstaltungen wie den Informationsabenden.

Ein reproduktionsmedizinisches Zentrum vermerkte, dass die Vorgaben für die psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland im europäischen Vergleich durch die Richtlinie der BÄK gut vorbereitet seien, die Umsetzung allerdings verbesserungsbedürftig sei. Eine grundsätzliche Kritik an Leitlinien im Allgemeinen formulierte ein reproduktionsmedizinisches Zentrum, das vermerkte, dass Leitlinien nicht für alle gültig seien oder akzeptiert werden und dass weder ÄrztInnen noch PatientInnen „*eine Bevormundung*“ wünschen. Ein weiteres kritisierte, dass es keine Kontrolle über die psychosoziale Beratung gebe, die gem. § 27a SGB durchgeführt werden muss. Hier sei eine Verbesserung erforderlich.

7.2 Quantitative und qualitative Auswertung der Antworten der psychosozialen Fachkräfte

Es waren alle in der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gelisteten Schwangerschaftsberatungsstellen sowie alle Mitglieder von BKiD e. V. angeschrieben worden. Dazu wurden zunächst Mitte Juni 2012 alle Adressen der Schwangerschaftsberatungsstellen, die unter <http://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstellensuche/> zu diesem Zeitpunkt aufrufbar waren, in eine Excel-Tabelle eingelesen. Laut Website der BZgA

werden die dort „dargestellten Informationen zu den Angeboten der Beratungsstellen [...] von diesen selbst gepflegt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für die Richtigkeit der Angaben im Detail nicht verantwortlich. Die Kontaktdaten der Datenbank werden jedoch in regelmäßigen Abständen geprüft. Die letzte Prüfung fand im Januar/Februar 2012 statt“ (Stand: 02.08.2012).

In der Excel-Tabelle waren 1.341 Beratungsstellen (einschließlich der jeweiligen Außenstellen) verzeichnet. Bei 136 Stellen waren keine E-Mail-Adressen angegeben, bei 107 Beratungsstellen waren die E-Mail-Adressen nicht korrekt. Der Zielgruppe von 1.098 Beratungsstellen wurde am 21. und 22. Juni 2012 folgende E-Mail (inhaltlich analog – bis auf die unterschiedliche Zahl der Fragen – der E-Mail an die reproduktionsmedizinischen Zentren und an die Interessenverbände) übermittelt:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

*auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) soll die psychosoziale Betreuung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Deutschland verbessert werden (s. das **Schreiben des BMFSFJ**). Zur Erfassung des aktuellen Stands dieser psychosozialen Betreuung sind der/die Unterzeichner/in vom BMFSFJ mit einer Umfrage unter allen reproduktionsmedizinischen Zentren und allen psychosozialen Kinderwunschberater/inne/n beauftragt worden.*

Wir möchten Sie daher herzlich bitten, den kurzen Fragebogen (25 Fragen) online unter <https://www.surveymonkey.com/s/MZL9NYD> bis zum 8. Juli 2012 auszufüllen. Bitte schicken Sie uns bis dahin auf alle Fälle eine Bestätigungs-E-Mail, auch wenn Sie an der Umfrage nicht teilnehmen möchten (siehe Frage 2 der Online-Umfrage).

Sollten wir zu dem genannten Termin keine Bestätigungs-E-Mail von Ihnen erhalten haben, würden wir uns erlauben, Sie zwischen dem 9. Juli und 20. Juli 2012 telefonisch zu kontaktieren und die Fragen mit Ihnen kurz durchzugehen. Die Teilnahme an dieser anonymen Umfrage ist selbstverständlich freiwillig und kann von Ihnen (auch ohne Angabe von Gründen) jederzeit beendet werden. Auch eine nichtanonyme Teilnahme ist auf Wunsch möglich. Die Umfrageergebnisse werden vom BMFSFJ voraussichtlich im Herbst 2012 vorgestellt werden, auf Wunsch (siehe Frage 25) informieren wir Sie gerne über den Termin. Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

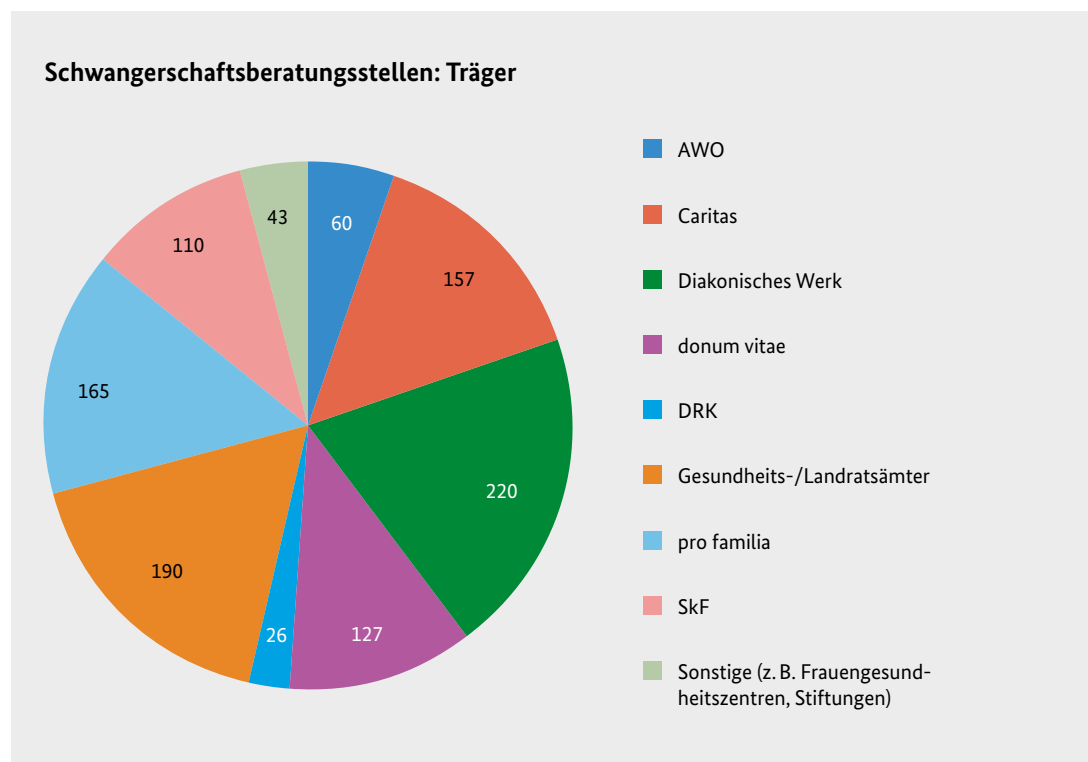
Mit herzlichem Dank für Ihre Mithilfe und mit freundlichen Grüßen!

Dr. Tewes Wischmann (Heidelberg), Dr. Petra Thorn (Mörfelden)

Angehängt war dieser E-Mail das Anschreiben auf dem Briefkopf von BKiD, unterzeichnet von Herrn Dr. Wischmann und Frau Dr. Thorn vom 21.06.2012 (s. Anhang 11.4) sowie das Begleitschreiben des BMFSFJ, unterzeichnet von Frau Welskop-Deffaa (undatiert), erhalten am 20.06.2012 (s. Anhang 11.5). Die gleiche E-Mail ging an alle 155 Mitglieder von BKiD e.V. (http://www.bkid.de/m_liste.html), wobei insbesondere die 94 zertifizierten BKiD-BeraterInnen aus Deutschland (<http://www.bkid.de/beraterliste.html>) gebeten wurden, an dieser Online-Umfrage teilzunehmen. Die BKiD-BeraterInnen bekamen am 20.07.2012 eine Erinnerung-E-Mail mit einer erneuten Fristsetzung bis zum 23. Juli 2012. Die in der E-Mail angekündigte telefonische Befragung wurde in erster Linie wegen des sehr engen zeitlichen Rahmens der Auswertung nicht durchgeführt und wurde aufgrund des guten bis sehr guten Rücklaufs aus den Zielgruppen reproduktionsmedizinischer Zentren und Beratungsstellen bzw. BeraterInnen auch für nicht mehr notwendig gehalten. Von einigen (< 10) Beratungsstellen bzw. BeraterInnen wurde telefonisch der Fragebogen in schriftlicher Form erbeten. Dieser konnte entgeltfrei zurückgeschickt werden. Es wurden alle bis zum 23.07.2012 zurückerhaltenen Fragebögen berücksichtigt und deren Beantwortungen manuell in die Online-Umfrage eingegeben. Aufgrund der sehr engen zeitlichen Rahmenvorgabe konnte auch der sonst meist übliche Weg, die Beratungsstellen „top-down“ über die zuständigen FachreferentInnen der jeweiligen Trägerschaften über diese Umfrage zu informieren, nicht gegangen werden. Das Anschreiben erfolgte zeitlich parallel an die Beratungsstellen bzw. BeraterInnen und an die FachreferentInnen (s. 7.3).

Die Zielgruppe der 1.098 Schwangerschaftsberatungsstellen setzte sich wie folgt zusammen (s. Abb. 8):

Abb. 8: Träger der Zielgruppe Schwangerschaftsberatungsstellen



Die Zahlenangaben in Abb. 8 sind insofern nicht verbindlich, als den Adressdaten der BZgA-Datenbank nicht immer eindeutig die jeweilige Trägerschaft zuzuordnen war. Ca. 56 % der Beratungsstellen der Zielgruppe waren demnach in kirchlicher Trägerschaft.

Die in der Einladungs-E-Mail erbetene Bestätigungs-E-Mail wurde nur 271 Mal zugeschickt (= 24,7 % der Zielgruppe; zum Teil wurde die Bestätigung auch telefonisch übermittelt). In 145 dieser E-Mails (bzw. Telefonate) erfolgte die Angabe, dass keine psychosoziale Kinderwunschberatung angeboten werden würde, und 2-mal, dass sie trotz des Angebotes nicht wahrgenommen würde (zusammen 54,2 %). In 15 E-Mails wurde mitgeteilt, dass keine Teilnahme an der Umfrage erfolgen würde (5,5 %), 5 E-Mails erhielten sonstige Mitteilungen (wie Urlaubs- oder Krankheitsabwesenheit der zuständigen Person; 1,8 %). In 104 E-Mails wurde die Teilnahme an der Online-Umfrage bestätigt (38,4 %). Insgesamt ist der Rücklauf von Bestätigungs-E-Mails (bzw. Telefonaten) mit ca. einem Viertel als nicht zufriedenstellend zu bezeichnen. Über die Gründe dafür kann nur spekuliert werden: Da der Großteil der Beratungsstellen keine explizite psychosoziale Kinderwunschberatung anbietet, hat wahrscheinlich ein Großteil der Zielgruppe Schwangerschaftsberatungsstellen darauf verzichtet, an dieser Umfrage teilzunehmen bzw. deswegen eine Bestätigungs-E-Mail zu verschicken.

Dass die psychosoziale Kinderwunschberatung in sehr vielen Fällen in den Schwangerschaftsberatungsstellen eher randständig ist, wird inhaltlich durch etliche Rückmeldungen (in Form von E-Mails) belegt, von denen einige hier – in anonymisierter Form – exemplarisch dargestellt werden sollen (siehe auch die Antworten auf Frage 24):

Sehr geehrte Kolleginnen,

XXX führt keine explizite Kinderwunschberatung durch bzw. bietet diese nicht an. Im Rahmen der Beratung zu pränataler Diagnostik kommen immer wieder Frauen zu uns, die einen auffälligen Befund nach IVF haben. Hier steht der Entscheidungskonflikt bzgl. der bestehenden Schwangerschaft im Mittelpunkt, allerdings natürlich auch auf dem Hintergrund der IVF.

Da wir zur Familien- und Lebensberatung der YYY Kirche gehören, gehen unsere Daten dort mit ein. Meine Kollegin hat auch ausführlicher auf Ihre Anfrage geantwortet.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte ...,

leider können wir Ihre Fragen nicht beantworten, da wir in den letzten 10 Jahren kaum zu dieser Fragestellung kontaktiert wurden. Gelegentlich kommt dieses Thema in der irgendwann später wahrgenommenen Paarberatung zur Sprache. Das ist dann aber keine Beratung mehr im Rahmen der von Ihnen evaluierten Kinderwunschberatung. Das ist eine Paarberatung, in der u. a. auch der psychische Druck dieser (teilweise Jahre zurückliegenden) Zeit zur Sprache kommt. Wir halten daher eine psychosoziale Kinderwunschberatung für sinnvoll und würden uns bei entsprechender Nachfrage auch daran beteiligen.

Im Moment verfügen wir aber in XXX noch nicht über eine ausreichende Qualifikation. Wir arbeiten eng mit YYY in XYZ und ZZZ zusammen, die, anders als wir, jeweils eine Ärztin beschäftigen. Gegenwärtig würden wir die Nachfragen eher dorthin vermitteln. Bei größerer Nachfrage würden wir auch relativ kurzfristig für die adäquate Qualifizierung unserer Mitarbeiterinnen sorgen können.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrter Herr Dr. Wischmann,

im Team haben wir die Umfrage besprochen. Bei allen Kolleginnen sind es in den 20 Jahren des Bestehens unserer Beratungsstelle nur wenige Einzelfälle gewesen. Das Thema unerfüllter Kinderwunsch wurde im Zusammenhang einer Paar- bzw. Einzelberatung mit thematisiert, war aber nur in 2–3 Fällen der Anmeldegrund.

Da die meisten Fragen nicht zutreffend sind, werden wir an der Umfrage nicht teilnehmen.

Mit freundlichem Gruß

Guten Tag,

hier unsere kurze Rückmeldung zur Umfrage: Wir bieten keine spezifische Kinderwunschberatung in unserem Haus an, sondern verweisen bei entsprechenden Anfragen auf Fachberatungsstellen.

Ich wünsche ein sonniges Wochenende

Sehr geehrte Damen und Herren,

*in unserer Beratungsstelle führen wir keine Kinderwunschberatungen durch.
Ich bin seit 15 Jahren im XXX und wir hatten noch nie eine Anfrage nach einer Kinderwunschberatung.*

Mit freundlichem Gruß

Sehr geehrter Herr Dr. Wischmann,

bezüglich Ihrer Anfrage hinsichtlich des Themas „Psychosoziale Betreuung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch“ für das BMFSFJ möchte ich Ihnen mitteilen, dass in unserer Beratungsstelle in den letzten beiden Jahren keine Beratungen hinsichtlich unerfülltem Kinderwunsch geführt wurden. Ich hoffe, dass diese Information für Sie ausreichend ist, ansonsten stehe ich gerne bei weiteren Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Damen und Herren,

*Frauen mit dieser Problematik kommen leider bei uns nicht an, obwohl wir sie gerne beraten würden.
Deshalb macht es keinen Sinn, an Ihrer Umfrage teilzunehmen.
Gleiches gilt für meine Kollegin Frau XXX.*

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in unserer Beratungsstelle finden kaum (geschätzt in den letzten 10 Jahren ca. 4 Beratungen) Beratungen zu diesem Thema statt. Es lohnt sich überhaupt nicht, den Fragebogen auszufüllen, insbesondere da wir uns die Zeit dafür gern sparen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir können an der Umfrage nicht teilnehmen, da wir keine explizite Kinderwunschberatung machen. Dieses wird hier von der Uniklinik mit der Kinderwunschsprechstunde abgedeckt und hiermit besteht eine gute Zusammenarbeit. Kinderwunschberatung findet lediglich sehr allgemein im Rahmen der allgemeinen Schwangerenberatung statt.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrter Herr Wischmann und sehr geehrte Frau Dr. Thorn!

Wir möchten bzw. können uns an der Umfrage nicht beteiligen, da wir in den vergangenen Jahren nur 2 telefonische und 1 persönliche Anfrage wegen finanzieller Mittel für einen Kinderwunsch hatten.

[...]

Mit freundlichen Grüßen, auch vom Team

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin eine 1-Frau-Beratungsstelle. Es kommt sehr selten vor, dass Klientinnen primär mit dem Anliegen „Kinderwunschberatung“ hier ankommen. Somit ist es mir nicht möglich, den Fragebogen zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

Diese exemplarischen Rückmeldungen zeigen auf, dass eine explizite psychosoziale Kinderwunschberatung nur von sehr wenigen Schwangerschaftsberatungsstellen angeboten wird und von daher eine höhere Beteiligung an der Online-Umfrage nicht zu erwarten war.

Zwischen der Zielgruppe der Schwangerschaftsberatungsstellen und der Zielgruppe der zertifizierten BKiD-BeraterInnen gibt es Überschneidungen. So arbeiten 22 der 94 BKiD-BeraterInnen in Deutschland in „pro familia“-Beratungsstellen und 10 BKiD-BeraterInnen in kirchlichen Beratungsstellen. Fünf BKiD-BeraterInnen arbeiten in sonstigen Beratungsstellen (z. B. Trägerschaft AWO), während eine BKiD-Beraterin bei einem Gesundheitsamt arbeitet. Einige wenige der in Beratungsstellen tätigen BKiD-BeraterInnen sind zudem auch noch selbstständig im Bereich Kinderwunsch psychosozial beratend tätig. Von daher ist die Gesamtzielgruppe der Online-Umfrage (Schwangerschaftsberatungsstellen und BKiD-BeraterInnen) nicht eindeutig zu beziffern. Sie wird hier der Einfachheit halber auf 1.150 AdressatInnen festgelegt.

Auswertung der Online-Umfrage

538 Personen hatten die Online-Umfrage gestartet, insgesamt 521 Personen hatten sie durchgeführt und 515 Personen auch vollständig abgeschlossen (95,7 %). Bezogen auf die Gesamtzielgruppe (1.150 Personen) liegt der Rücklauf bei 521 TeilnehmerInnen der Online-Umfrage bei 45,3 %. Der Rücklauf ist für eine Online-Umfrage (ohne Erinnerungs-E-Mail für die Beratungsstellen) als sehr gut zu bezeichnen (Cummings et al., 2001), zumal im Erhebungszeitraum in fünf Bundesländern Schulsommerferien waren. 176 der 521 Personen gaben an, nicht an der Umfrage teilnehmen zu wollen (= 33,8 %; Frage 2: „Ich habe das Anschreiben gelesen und bin bereit, an dieser Umfrage teilzunehmen“ bzw. „Ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen“), was relativ hoch erscheint, was aber nach der inhaltlichen Auswertung der offenen Fragen in allererster Linie darauf zurückzuführen ist, dass die entsprechenden Personen explizit keine oder kaum psychosoziale Kinderwunschberatung anbieten. Der Rücklauf lag bei den zertifizierten BKiD-BeraterInnen genau bei 50,0 % (47 von 94; s. Antworten auf Frage 18b).

Da die Online-Umfrage auf Wunsch auch anonym durchgeführt werden konnte, kann über die Repräsentativität der Antworten keine präzise Aussage getroffen werden, ein offensichtlicher Bias liegt allerdings nicht vor. Vom Umfrageergebnis wollten 161 der 345 teilnehmenden BeraterInnen informiert werden (= 46,7 %; Frage 25: „Ich möchte über die Vorstellung der Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden“), es gaben allerdings nur 139 Personen ihre Kontaktmöglichkeiten an (Post- bzw. E-Mail-Adresse; = 40,3 %).

Einige wenige (<5) Antworten wurden von den antwortenden BeraterInnen explizit für die gesamte Beratungsstelle ausgefüllt (dies war in der Antwort auf Frage 21 angemerkt), bezogen sich also nicht auf Einzelpersonen.

Frage 3:

Ich arbeite ...: (Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
an einer kirchlichen Beratungsstelle	40,0
an einer staatlichen Beratungsstelle	13,9
an einer freien Beratungsstelle	33,9
als niedergelassene/r Berater/in	6,7
in einem Kinderwunschzentrum	2,6
Sonstiges (bitte angeben):	7,8
- Dieser Fragebogen wird hier stellenbezogen beantwortet, nicht personenbezogen. An unserer Beratungsstelle arbeiten 7 Beraterinnen mit insges. 4,7 Planstellen - pro familia - systemische Familientherapeutin - freiberuflich in psychologischer Praxis - Lesbenberatungsstelle LeTRa in München - AWO - Kooperation mit einer Familienbildungsstätte - Träger: nichtkonfessioneller Wohlfahrtsverband - selbstständig in eigener psychologischer Praxis - Arbeiterwohlfahrt - Familienbildungsstätte - eigene Praxis für Kiwu-Begleitung im Aufbau - Angestellte DW/SW SKB - Staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen - AWO Beratungsstelle für Schwangerschaft, Sexualität, Partnerschaft - pro familia - Zu unserer Stelle, einer staatl. anerkannten Schwangerschaftsberatungsstelle, kommen keine Frauen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Zu uns kommen Frauen bei ungewollter Schwangerschaft oder bei finanziellen Schwierigkeiten und Beratungsbedarf während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Selten kommen Frauen nach einer erfolgreichen Kinderwunschbehandlung zu uns mit Informationsbedarf oder wegen finanzieller Hilfen. - Psychotherapeutische Praxis als niedergelassene Psychotherapeutin und rechne mit allen Krankenkassen ab. - selbstständig, aber in Kooperation mit 2 Kinderwunschzentren - private Beratungspraxis - Schwangerschaftsberatung Gesundheitsamt Kommune - in eigener Praxis (Heilpraktikerin für Psychotherapie) - und auch in Kooperation mit einem Kinderwunschzentrum - Autonome Frauenberatungsstelle - Staatl. anerk. Schwangerenberatungsstelle Donum Vitae - niedergelassene Psychotherapeutin - Hausarztpraxis (selbstständig niedergelassen)	

(Frage 3 von allen psychosozialen BeraterInnen beantwortet)

Ein Großteil der antwortenden BeraterInnen arbeitet an einer Beratungsstelle mit kirchlicher Trägerschaft, was in etwa auch dem Anteil an Schwangerschaftsberatungsstellen entspricht (s. weiter oben). Nur sehr wenige BeraterInnen sind niedergelassen (23 Antworten) und ein noch geringerer Anteil arbeitet direkt in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum (9 Antworten).

Frage 4:

Ich bin

	Prozent
jünger als 30 Jahre	0,6
zwischen 30 und 40	9,3
zwischen 40 und 50	29,7
zwischen 50 und 60	52,0
über 60	7,8
keine Angabe	0,6

(Frage 4 von 1 Person nicht beantwortet)

Nahezu 60 % der Antwortenden gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung älter als 50 Jahre zu sein. Es gab nur tendenzielle, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerschaften in den Altersgruppen (BeraterInnen an Beratungsstellen waren tendenziell etwas älter als Niedergelassene oder BeraterInnen an reproduktionsmedizinischen Zentren).

Frage 5:

Mein Geschlecht:

	Prozent
weiblich	97,1
männlich	2,9

(Frage 5 von 2 Personen nicht beantwortet)

Die Antwortenden waren fast ausschließlich weiblichen Geschlechts. Es gab keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerschaften bezüglich des Geschlechts der BeraterInnen.

Frage 6:

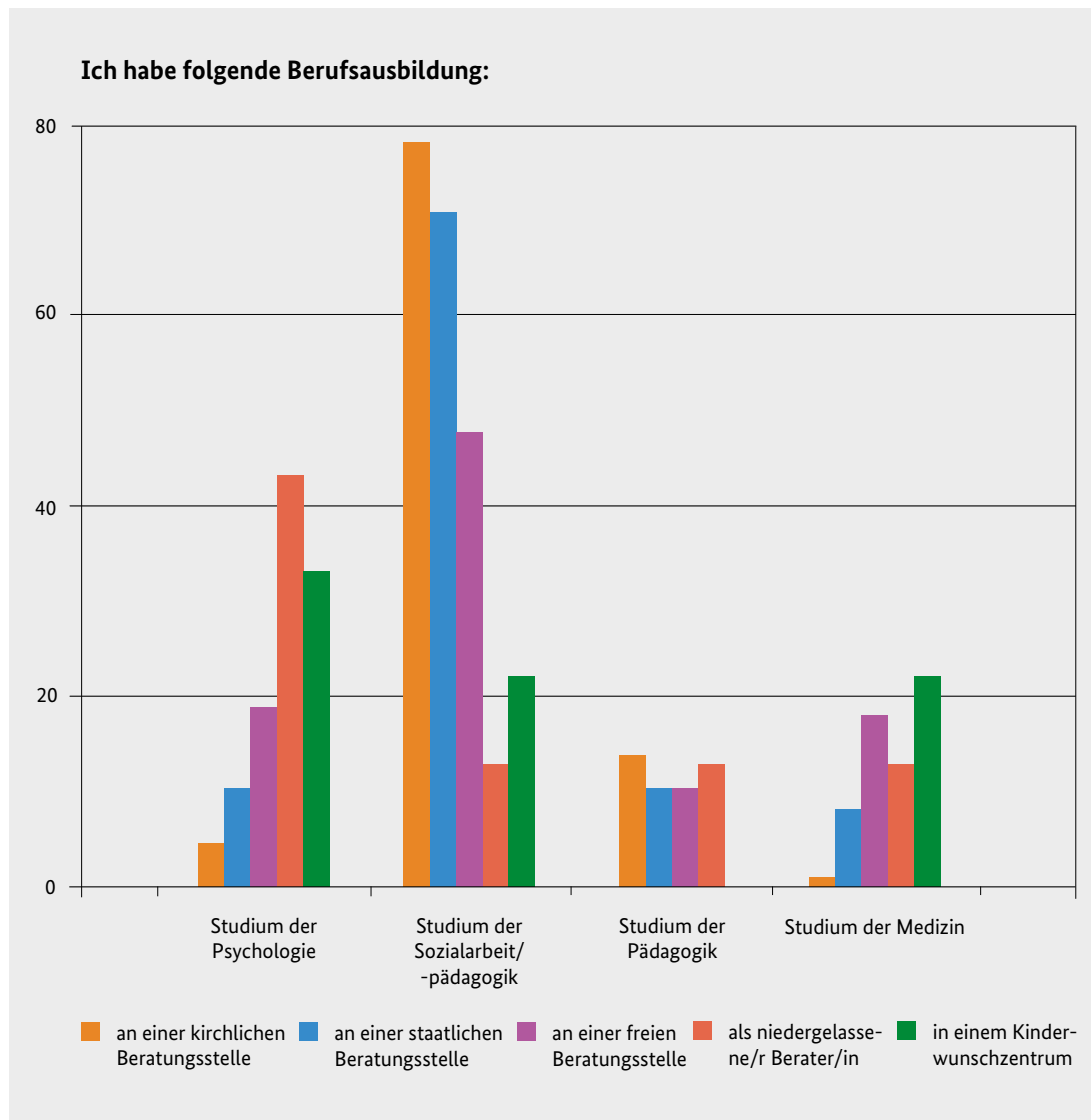
Ich habe folgende Berufsausbildung (Mehrfachantworten möglich):

	Prozent
Studium der Psychologie	13,4
Studium der Sozialarbeit/-pädagogik	60,2
Studium der Pädagogik	11,3
Studium der Medizin	10,2
Sonstiges (bitte angeben)	14,2
- Master Sexualpädagogik (2 x)/Familienplanung - Medizinpädagogik - Heilpraktiker f. Psychotherapie (11 x), Therapieausbildungen - Dipl. Ehe-, Familien-, Lebensberatung (BAG) (3 x) - Erziehungswissenschaft (univ.) - Dipl.-Pol. (Nebenfach u. a. Soziologie und Päd.-Psych.) - Studium der Religionspädagogik - Krankengymnastik, Sexualmedizin - Erzieherin (2 x) mit Beratungs- und Therapiefortbildungen - Hebamme (3 x), system. u. psychosoz. Ausbildung - Heilpädagogin - Soziologie (4 x) - Caritaswissenschaften und angewandte Theologie - Studium der Theologie - Studium Sozialmanagement - Gestalt-Psychotherapeutin - Sozialwissenschaften, Nebenfach Pädagogik - Körperpsychotherapie-Ausbildung - Schwangerschaftskonfliktberatung, Sexualpädagogik - Lehrerin, Dipl.-Supervisorin - alle Beraterinnen - Sozialwirtschaft - Master of Public Health - Krankenschwester - ev. Gemeindepädagogik - Biologie - verschied. Zusatzqualifikationen - in Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin - Medienwissenschaften - Psychotherapie	

(Frage 6 von 1 Person nicht beantwortet)

Die Antworten auf Frage 6 ergaben erwartungsgemäß, dass über 60 % der Antwortenden ein Studium der Sozialarbeit bzw. der Sozialpädagogik abgeleistet hatten. Deutlich weniger oft wurden Medizin, Psychologie oder Pädagogik als Grundstudium genannt, alle drei Richtungen waren ähnlich selten vertreten. Bei den Nennungen unter Sonstiges waren Heilpraktikerinnen (Psychotherapie) häufig vertreten, deutlich seltener hingegen Soziologinnen, Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen sowie Hebammen und Theologinnen (Letztere insbesondere in Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft). Bei den niedergelassenen BeraterInnen wurde das Psychologiestudium mit 43,5 % am häufigsten genannt ($p < 0,05$), bei den BeraterInnen in reproduktionsmedizinischen Zentren waren es 33,3 % ($p < 0,05$); s. dazu nachfolgende Abb. 9.

Abb. 9: Berufsausbildung



Frage 7:

Ich habe folgende therapeutische/beraterische Qualifikation(en):

(Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
Familientherapie/systemische Therapie	43,9
Verhaltenstherapie	8,6
tiefenpsychologisch orientierte Therapie	18,5
körperorientierte Therapie	11,5
Sonstiges, nämlich:	11,6
■ Ausbildung zur Schwangerenkonfliktberaterin (33 x) ■ klientenzentrierte Beratung bzw. Gesprächspsychotherapie (25 x) ■ Gestaltberatung bzw. -therapie (16 x) ■ Sexualberatung und -therapie bzw. -pädagogik (13 x) ■ systemische Paarberatung bzw. -therapie (10 x, + 3 x in Ausbildung) ■ Mediation (12 x) ■ Beraterin im Kontext PND (11 x) ■ Supervision (8 x) ■ Paarberatung (8 x) ■ Traumatechniken (innere Bilderarbeit, EMDR) (6 x) ■ Psychodrama (6 x) ■ psychoanal. Sexualberatung und Therapie (4 x) ■ Dipl.-Ehe-, Familien-, Lebensberatung (BAG) (4 x) ■ Psychosomatische Grundversorgung (4 x) ■ Trauerbegleitung (4 x) ■ NLP-Master (3 x) ■ Paar- und Lebensberaterin (DAJEB) (3 x) ■ Ausbildung in Integrativer Therapie und Beratung (EAG) (3 x) ■ Transaktionsanalyse (3 x) ■ Hypnotherapie (3 x) ■ TZI/Konfliktberatung (3 x) ■ psychosoziale Beratung (2 x) ■ Gesundheitspädagogik (2 x) ■ Sozialtherapie (2 x) ■ TCM (2 x) ■ „wingwave“-Coach (2 x) ■ keine (2 x) ■ je 1 x: Seelsorgerin, Aufstellung, Verfahrenspflegerin, Musiktherapie, Kunsttherapeutin, NFP, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (appr.), Zusatzausbildung Schuldnerberatung, energetische Psychologie Gallo, geistiges Heilen/Schamanismus, Akupunktur, zahlreiche Weiterbildungen (derzeit Psychologiestudium), Sozialtherapeutisches Rollenspiel, Zusatzbezeichnung Psychoanalyse, lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Gesprächsführung als Grundlage helfender Beratung für Mitarbeiter/inn/en) in der familienbezogenen Beratung mit dem Schwerpunkt „Schwanger“, Haptonomie, Kommunikationspsychologie ZKP Uni Hamburg, STR Gruppentherapeutin (ASIS), Atemtherapie, langjährigeberaterische Tätigkeit im Bereich Schwangeren- und Familienplanungsberatung inkl. zahlreicher Fortbildungen v. a. in systemischer Beratung, jedoch keine abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildung, EPB-Beraterin, Marte Meo, Paarsynthese, Fortbildung in Kinderwunsch Beratung und Therapie, psych.-soz. Beratungsfortbildungen, Geburtsvorbereiterin (GfG)	

(Frage 7 von 42 Personen nicht beantwortet)

Erwartungsgemäß hatte die Mehrzahl der BeraterInnen eine systemisch-familientherapeutische Qualifikation, während – an zweiter Stelle liegend – tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Körpertherapie (insbesondere bei den niedergelassenen BeraterInnen; N. S.), Verhaltenstherapie und klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie etwa ähnlich stark vertreten

waren. Als Zusatzqualifikationen wurden (auch erwartungsgemäß) häufig die Ausbildung zur bzw. zum SchwangerenkonfliktberaterIn genannt, mit Abstand dazu dann die zur Sexualberatung und -therapie bzw. -pädagogik und zur Mediation sowie zur bzw. zum BeraterIn im Kontext der Pränataldiagnostik.

Frage 8:

Ich habe an folgenden spezifischen Fortbildungen für psychosoziale Kinderwunschberatung teilgenommen:

(Bitte beschreiben Sie kurz, welche Fortbildung(en) Sie besucht haben und wie viele Tage diese umfasst hat)

Diese Frage wurde von 179 Personen nicht beantwortet (= 51,9%), 17 Mal wurde angegeben, dass keine spezifische Fortbildung für psychosoziale Kinderwunschberatung wahrgenommen wurde (= 4,9%). Ca. 30 Rückmeldungen (ca. 8,7%) waren so unspezifisch (z. B. „Fachtage durch unseren Verband“, „Eintägige Veranstaltung meines Trägers; Impulsveranstaltung“ oder „Kinderwunschberatung“), dass sie in der folgenden Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten. Da in den Antworten auf die spezifischen Fortbildungen sehr unterschiedliche (oder gar keine) Zeiten genannt wurden, wurde bei der Auswertung auf eine Mittelwertsbildung verzichtet. Im Folgenden werden die Fortbildungen für psychosoziale Kinderwunschberatung in der Reihenfolge der Häufigkeiten aufgeführt.

Am häufigsten (32 x) wurden die Tagungen von BKiD (jeweils 2 Tage im Frühjahr und im Herbst jedes Jahres) als spezifische Fortbildung genannt (4 x davon in Zusammenhang mit dem Post Graduate Workshop der IICO (International Infertility Counseling Organization) in München im September 2010). Bisher hat BKiD 24 Tagungen zu unterschiedlichen Themen im Zusammenhang mit psychosozialer Kinderwunschberatung ausgerichtet (s. www.bkid.de), seit einigen Jahren sind außerdem Intervisionsgruppen fester Bestandteil der Tagungen.

Am zweithäufigsten (30 x) wurden verschiedene Fachtage zum Thema als Fortbildungsform angegeben. Diese umfassten meist jeweils Vorträge und Workshops zu medizinischen und zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit, zusätzlich z. B. noch zur Selbsthilfe, zu Adoption, zur Gametenspendebehandlung, zum „reproduktiven Reisen“ und zu Komplementärmedizin. Als Beispiele wurden hier genannt: „Forum Kinderwunsch“ (pro familia München 2007 und Dezember 2011; 4 x genannt), Fortbildung beim Diakonischen Werk Baden in Stuttgart (Juli 2011), Diakonie-Fachtag „Schwangerschaft: Natur und Technik“ im Mai 2012 in Pforzheim, Fachtag des Diakonischen Werkes der Landeskirche Hannover in Hannover, Fachtag „Kinderwunsch“ auf der Jahrestagung der DAJEB, SkF-Tagung „unerfüllter Kinderwunsch“, Fachtag der AWO 2007 in Essen sowie die Fachtagungen von pro familia; z. B. „Chancen und Risiken der neuen Fortpflanzungstechniken“ im April 1986 in Frankfurt/M., „Sexuelle und reproduktive Rechte sind Menschenrechte“ im Mai 2004 in Bonn, „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“ im Mai 2005 in Erfurt, „Grenzüberschreitende Kinderwunschbehandlung – Institutionelle Beratung im Spannungsfeld“ im Mai 2010 in Bonn (2 x genannt), „Vom Kinderwunsch zum Wunschkind – Alles nach Plan“ im April 2011 in Stuttgart (zusammen mit der Fritz-Erler-Stiftung; 2 x genannt) und die „pro familia“-Fachgespräche (wie z. B. „Psychosoziale Beratung bei medizinisch assistierter Fortpflanzung und Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Praxen/Kinderwunschzentren“ im November 2008 in Frankfurt/M. oder „Spannungsfeld ‚Reproduktives Reisen‘ und Konsequenzen für die Klient-Innenaufklärung“ im Dezember 2009 in Frankfurt/M.).

20 x genannt wurde die BKiD-Fortbildung „Psychosoziale Beratung bei Gametenspende“ (2 Tage). Die Fortbildung entspricht den Fortbildungskriterien für die Anerkennung „Psychosoziale Beratung bei Gametenspende“ des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland e. V. und umfasst die folgenden Themenbereiche: Reflexion der persönlichen und professionellen Haltung zur Gametenspende, Basiswissen der medizinischen Behandlung, juristische Aspekte der Samenspende in Deutschland, psychosoziale Implikationen für das Kind, die Eltern und den Spender (bzw. die Spenderin), Samenspende für lesbische und alleinstehende Frauen, Aufklärung von Kindern und Erwachsenen unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten, aktuelle wissenschaftliche und internationale Diskussionen der Gametenspende. Diese Fortbildung wurde von BKiD in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Thorn (Mörfelden) bzw. Frau Werdehausen (Essen) sowie von Frau Dr. Thorn unabhängig von BKiD angeboten. Alle zertifizierten BeraterInnen von BKiD, die zusätzlich auch zur psychosozialen Beratung bei Behandlung mit Gametenspende qualifiziert sind, haben diese Fortbildung absolviert (s. www.bkid.de).

17 x wurde die Fortbildung „Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik“ (PND) (2 oder 3 Tage; unterschiedliche Zeitangaben) als spezifische Fortbildung für die Kinderwunschberatung angegeben. Es wurde kein Träger angegeben, beispielhaft soll hier das Fortbildungskonzept von pro familia vorgestellt werden (s. <http://www.profamilia.de/fachpersonal/fortbildung-bei-pro-familia/fortbildungsangebot/schwangerschaftsberatung/psychosoziale-beratung-bei-pnd.html> und [/psychosoziale-beratung-bei-pnd-vertiefung.html](http://www.profamilia.de/fachpersonal/fortbildung-bei-pro-familia/fortbildungsangebot/schwangerschaftsberatung/psychosoziale-beratung-bei-pnd-vertiefung.html)): Die Basisfortbildung Pränataldiagnostik soll vor allem die BeraterInnen der Schwangerenberatungsstellen für die psychosoziale Beratung vor, während und nach Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Methoden qualifizieren. Sie vermittelt medizinisches Grundwissen über pränataldiagnostische Methoden, beraterische Handlungskompetenz und die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten dieser Beratung. Die vertiefende Fortbildung verfolgt zusätzlich das Ziel, die BeraterInnen in der psychosozialen Beratung bei PND vertiefend zu qualifizieren und auf dem neuesten Stand der medizinischen Forschung, Gesetzgebung und Beratungspraxis zu halten. In der Fortbildung werden folgende Themen intensiv behandelt: rechtliche und medizinische Grundlagen, Reflexion der Beratungsprozesse vor, während und nach PND, Umgang mit verschiedenen Handlungskonsequenzen der PND für die KlientInnen, Umgang mit Abschied und Trauer und interprofessionelle Zusammenarbeit.

16 x wurde die „pro familia“-interne Fortbildung „Aspekte der Kinderlosigkeit“ (2 Wochenenden) angegeben. Dieses Fortbildungskonzept wurde infolge der „pro familia“-Fachtagung „Chancen und Risiken der neuen Fortpflanzungstechniken“ 1986 entworfen und sollte die rasante Entwicklung der modernen Reproduktionsmedizin (z. B. erstes deutsches „Retortenbaby“ 1982) in den Fortbildungsinhalten aufgreifen. Die bis dahin durchgeführte Behandlung der Thematik im Ärztekurs der pro familia wurde als nicht ausreichend eingeschätzt, zudem sollte sie auch noch anderen Berufsgruppen zugänglich gemacht werden. Diese seit 1988 durchgeführte interne Fortbildung von pro familia hat das Ziel, die Fachkompetenz der BeraterInnen für das Beratungskonzept „Information“ (z. B. Fortpflanzung, Sexualverhalten sowie medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), „Beratung“ (z. B. psychische, partnerschaftliche und soziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit) und „Begleitung“ (z. B. vor der Entscheidung für eine medizinische Behandlung oder nach erfolglos abgebrochener Behandlung) zu erweitern.

13 x wurde die Fortbildung „Dynamik des unerfüllten Kinderwunsches“ (2 Tage) und 2 x „Professionelle Arbeit mit Kinderwunschgruppen“ (1 Tag) der Augsburger Kinderwunschberaterin Christine Büchl genannt. Nach der Website der Beraterin (www.christine-buechl.de/Fortbildung/fortbildung.html; Stand: 07.08.2012) sind Inhalte dieser Fortbildung „Prozessverlauf Kinderwunsch und phasentypische Gefühle“, „Paardynamik“, „Beraterischer Umgang mit der Eigendynamik von Behandlung“ sowie „Akquise und Setting von Beratungs- und Gruppenangeboten“. Zielgruppen: Das Seminar steht für verschiedene Berufsgruppen offen, die im Bereich Beratung und Psychotherapie bei Kinderwunsch tätig sind oder tätig sein werden. „Insbesondere Sozialpädagogen, Psychologen und Mediziner sind mit diesem Seminar angesprochen“.

12 x genannt wurde das Modellprojekt „Kinderwunsch und professionelle Beratung“ vom pro familia Bundesverband und von BKiD (insgesamt 9 Tage an 3 Wochenenden, bisher einmalig in 2011/2012). In dieser angebotenen Fortbildung werden die Beratungskonzepte und Leitlinien von pro familia und BKiD und der rechtsbasierte Ansatz zusammengeführt. Dieses bundesweit zurzeit aktuellste und umfangreichste Fortbildungscurriculum soll BeraterInnen und TherapeutInnen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit ungewollt Kinderlose beraten oder beraten wollen, qualifizieren. Dabei wird medizinisches und psychologisches Basiswissen für den Bereich des Kinderwunsches vermittelt und hierfür die beraterische psychosoziale Kompetenz geschult. Die Fortbildung gibt darüber hinaus Gelegenheit zu gesellschaftlichen und ethischen Diskussionen. Das Fortbildungscurriculum besteht aus den drei Modulen „Medizinische und psychologische Grundlagen des unerfüllten Kinderwunsches und der assistierten Reproduktion“, „Psychische/psychosoziale Dynamik des unerfüllten Kinderwunsches und Vermittlung beraterischer Ansätze“ sowie „Kinderwunschberatung in besonderen Kontexten“. Diese umfassen Grundzüge der menschlichen Fortpflanzung, Störungen der Fortpflanzung und deren Behandlungsmöglichkeiten, juristische und berufsrechtliche Grundlagen, Psychosomatik des unerfüllten Kinderwunsches, psychosoziale Implikationen des Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung, beraterische Gesprächsführung und Interventionstechniken sowie beraterisches Vorgehen in besonderen Situationen (z. B. medizinische Komplikationen, Gametenspende, Behandlung im Ausland, gleichgeschlechtliche Paare) und deren ethische Reflexion (s. <http://www.profamilia.de/fachpersonal/fortbildung-bei-pro-familia/fortbildungsangebot/kinderwunschberatung.html>; Stand: 07.08.12).

6 x Fortbildung „Schwangerschaftskonfliktberatung gem. § 2 SchKG“ (12 Tage an drei Terminen, in Bezug auf die psychosoziale Kinderwunschberatung wurde 1 x die Zeitangabe 20 Stunden gemacht). Es wurde auch hier kein Träger angegeben, beispielhaft soll hier wiederum (aufgrund der einfachen Verfügbarkeit im Internet; s. <http://www.profamilia.de/fachpersonal/fortbildung-bei-pro-familia/fortbildungsangebot/schwangerschaftsberatung/grundlagen-der-sozial-und-konfliktberatung.html>) das Fortbildungskonzept von pro familia vorgestellt werden. Die „pro familia“-Fortbildung „Grundlagen der Sozial- und Konfliktberatung bei Schwangerschaft“ besteht aus drei Seminaren und vermittelt im ersten Seminar (4-tägig) über Fachreferate aktuelle Informationen und Grundkenntnisse zu juristischen, sozialrechtlichen und medizinischen Fragen und schafft so wesentliche Voraussetzungen für die gesetzlich vorgeschriebene Beratung. Ferner werden organisatorisch-praktische Aspekte der Beratung behandelt. Im zweiten Seminar (3-tägig) wird Gelegenheit gegeben, das im ersten Seminar erworbene Wissen zu ergänzen und zu festigen. Fragen, die im Beratungsalltag entstanden sind, können geklärt werden. Besonderes Augenmerk wird in diesem Seminar auf das Thema „Wissensmanagement“ gelegt. Die häufigen Veränderungen von sozialrechtlichen Regelungen machen

es notwendig, ein System zu entwickeln, das den schnellen Zugang zu neuen Informationen gewährleistet. Das darauf folgende 5-tägige Seminar soll die Fähigkeit der BeraterInnen fördern, mit den besonderen Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung bei ungewollter Schwangerschaft umzugehen. Dies erfordert von den BeraterInnen ein besonderes Maß an Einfühlungsvermögen, Vorurteilsfreiheit und Kompetenz, um die Chance zu einem offenen Gespräch zu ermöglichen sowie vertiefende Kenntnisse in Gesprächsführung. Selbsterfahrungsanteile zur persönlichen Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen und dem eigenen Beratungsverhalten der TeilnehmerInnen nehmen dabei neben Übungen zu konkreten Beratungssituationen einen bedeutenden Raum ein.

5 x die Fortbildungsreihe der DAJEB in Chorin/Berlin „Gesprächsführung mit Kinderwunschpaaren“. Diese ist (laut Website der DAJEB) inhaltlich gegliedert nach dem „Drei-Säulen-Modell“ in Wissensvermittlung, themenzentrierte Selbsterfahrung und Transfer in die Praxis. Bei der Wissensvermittlung geht es darum, Wissensdefizite und Unklarheiten herauszufinden und auszugleichen. Die themenzentrierte Selbsterfahrung ist ein wichtiges Element der Veranstaltungen zu den speziellen Themen. Durch Förderung der Selbstwahrnehmung, Bewusstheit und verbale Reflexion in der Gruppe sollen die TeilnehmerInnen sich ihrer Betroffenheit und Einstellungen zu den Themen klar werden. Der Transfer in die Praxis bedeutet, die durch die Wissensvermittlung und durch die Selbsterfahrung erfahrenen Inhalte in die Berufspraxis zu transferieren, zu integrieren und einzuüben.

5 x genannt wurden die Fortbildungsworkshops von Dr. Wischmann in Heidelberg zu „Psychosoziale Betreuung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch“ (1 Tag). Diese finden in der Regel zweimal jährlich statt. Seit 1989 werden Kinderwunschpaare am Universitätsklinikum Heidelberg in einem ganzheitlichen Konzept sowohl medizinisch als auch psychologisch betreut. In dieser Veranstaltung wird auf die psychosozialen Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit eingegangen. Zunächst werden in einem Vortrag die wichtigsten Ergebnisse referiert, Schwerpunkt bildet dabei die Studie „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“. In dem anschließenden Workshop wird das Heidelberger psychosomatische Beratungs- und Therapiekonzept für Kinderwunschpaare vorgestellt. Für die Beratung wurden Schlüsselfragen entwickelt, die diagnostisch und therapeutisch relevante Aspekte erfassen.

3 x wurde „Trauerarbeit in der Schwangerenberatung“ angegeben (keine weiteren Informationen). Ein „Grundkurs Trauerbegleitung nach Fehlgeburt, Totgeburt und frühem Kindstod“ (3 Tage) wird bspw. vom SkF angeboten. „Aspekte der Trauerbegleitung in der Schwangerenberatung“: donum vitae bietet eine zweitägige Fortbildung dazu an.

2 x genannt: Vorträge Frau Dr. Thorn (nicht näher spezifiziert)

2 x Fortbildung in Natürlicher Familienplanung (NFP). Laut Website der Arbeitsgruppe NFP (s. www.nfp-online.de/fileadmin/downloads/Ausbildungsordnung.pdf; Stand: 07.08.2012) handelt es sich um eine einjährige standardisierte Ausbildung, die einen Zeitraum von mindestens 56 Ausbildungsstunden umfasst. Zu den Inhalten der KursleiterInnen-Schulung gehören ein vertiefendes Methodentraining, die Diskussion anderer natürlicher Familienplanungsmethoden, die Arbeit an Originalzyklusverläufen, die Vermittlung spezieller Kapitel aus der Didaktik, die Vertiefung spezieller Kapitel aus der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Erörterung spezieller Probleme der Kursleitung und Entwicklung von Problemlösungsstrategien.

2 x im Rahmen von Tagungen an verschiedenen Workshops und Vorträgen zum Thema (z. B. Endometriose und Kinderwunsch), keine spezifische Fortbildung.

Je 1 x wurden genannt:

Fortbildungen durch weitere Trägerschaften: Fortbildung Kinderwunschberatung SkF in Dortmund/München (4 Tage), Fortbildung donum vitae (3 Tage), Adoption (3 Tage), Akademie AWO Lore-Agnes-Haus in Essen (1 Tag), Fortbildung beim Diakonischen Werk (ohne Zeitangabe).

Super-/Intervision: wöchentliche Supervision durch einen externen Psychoanalytiker, „Arbeitskreis Kinderwunschberatung“ seit 2007, Balintgruppen und Supervision, Arbeitsgruppe dazu (auch Intervision), Ärzttestammtisch.

Berufliche Ausbildung: Facharztausbildung 4 Jahre, Geburtsvorbereitung GfG (1-jährige Ausbildung).

Sonstige Veranstaltungen: ESHRE SIG Psychology and Counselling (1 Tag), homosexuelle Familienkonstellationen im Fokus der Psychoanalyse (1 Tag), Lesben und Kinderwunsch („oft“), „Tragödien in der Schwangerschaft“ (2 Tage in Bregenz/Österreich), Kinderwunsch und Elternschaft bei Menschen mit Behinderung (1 Tag), Kinderwunschberatung aus hypnotherapeutischer Sicht (3 Tage), Endokrinologikum Berlin 2010 (1 Tag), 4. DVR-Kongress 2011 in Berlin (3 Tage).

Sonstiges: Literaturstudium zum Thema.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass – neben den Tagungen von BKiD – als meistgenutzte Art der spezifischen Fortbildung in psychosozialer Kinderwunschberatung insbesondere Fachtage zum Thema genutzt werden, in denen in kompakter Form verschiedene Facetten der Thematik aufgezeigt werden. Eine häufig genutzte zeitintensivere Art der Fortbildung stellen die Angebote von pro familia (und die anderer Träger) dar.

Frage 9:

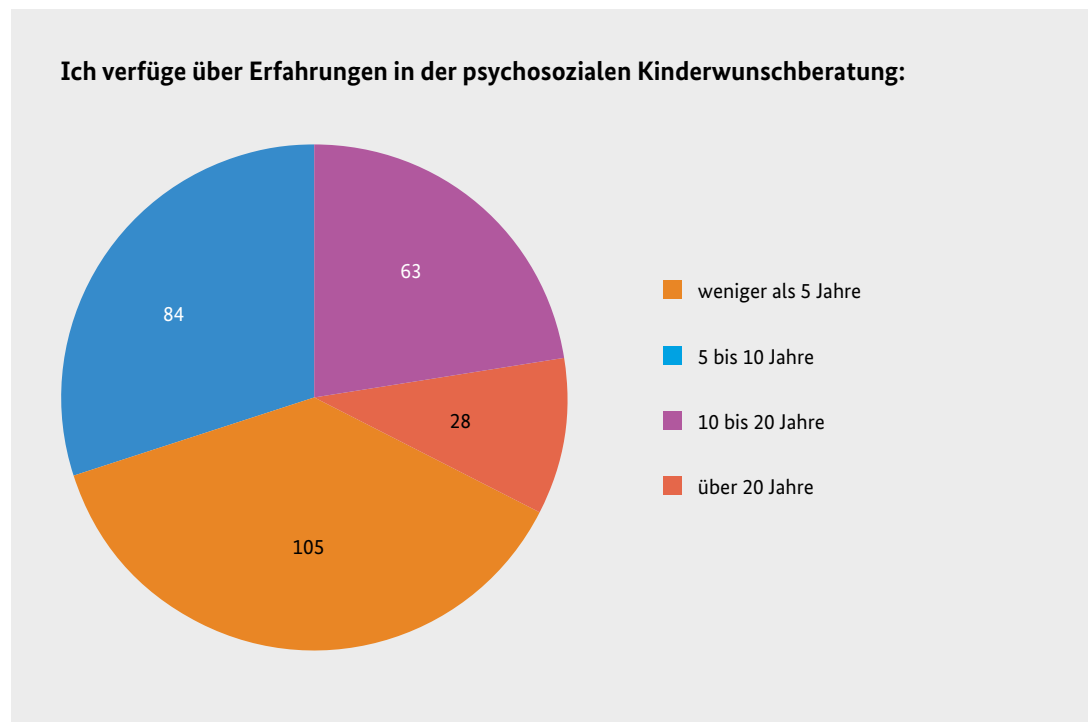
Ich verfüge über Erfahrung in der psychosozialen Kinderwunschberatung:

	Prozent
weniger als 5 Jahre	37,5
5 bis 10 Jahre	30,0
10 bis 20 Jahre	22,5
über 20 Jahre	10,0

(Frage 9 von 65 Personen nicht beantwortet)

Die Erfahrung in der psychosozialen Kinderwunschberatung war zeitlich gleichmäßig gestreut. Aufgrund des eher hohen durchschnittlichen Alters der BeraterInnen (s. Antworten auf Frage 4) war auch eine über 10-jährige Erfahrung in Kinderwunschberatung anteilmäßig häufig vertreten (s. zur Illustration auch Abb. 10). Die durchschnittlich (etwas) jüngeren BeraterInnen an den reproduktionsmedizinischen Zentren hatten tendenziell dementsprechend etwas weniger Erfahrung in der psychosozialen Kinderwunschberatung.

Abb. 10: Beratungserfahrung



Frage 10:

Durchschnittlich führe ich diese Anzahl von psychosozialen Kinderwunschberatungen durch:
(Bitte orientieren Sie sich an der ersten Hälfte dieses Jahres oder am letzten Jahr)

a) _____ Sitzungen à 50–60 Min. monatlich oder b) _____ Sitzungen à 50–60 Min. jährlich

Diese Frage wurde von 54 der teilnehmenden 345 Personen nicht beantwortet (= 15,6 %), insgesamt 39 Personen gaben an, 0 Sitzungen monatlich bzw. jährlich durchzuführen (= 11,3 %). Die Antworten der verbleibenden 252 Personen auf Frage 10 wurden auf die durchschnittliche Zahl der Beratungssitzungen monatlich umgerechnet. Bei den monatlichen Angaben waren es minimal 1 Sitzung und maximal 80 Sitzungen, am häufigsten wurden 2 Sitzungen genannt (Modalwert). Bei den jährlichen Angaben wurden minimal 1 Sitzung und maximal 295 Sitzungen genannt, der Modalwert betrug 10 Sitzungen.

Unter der – zumindest plausiblen – Prämisse, dass die nicht an der Umfrage teilnehmenden Personen keine Kinderwunschberatung durchführen, würden ca. 22 % der Gesamtzielgruppe an Beratungsstellen bzw. BeraterInnen (252 von 1.150) eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung mindestens einmal jährlich durchführen (ohne die antworten-

den 47 BKiD-BeraterInnen beträgt dieser Prozentsatz ca. 19%). Aus dieser Untergruppe führen nach eigenen Angaben mindestens einmal monatlich 92 Beratungsstellen bzw. BeraterInnen eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung durch (= 8% der Gesamtzielgruppe), ohne die antwortenden 32 BKiD-BeraterInnen dieser Untergruppe mit mindestens einer Beratung/monatlich beträgt dieser Prozentsatz ca. 5%.

Der Mittelwert über alle BeraterInnen mit Angaben zur Zahl der Sitzungen betrug 3,95 Sitzungen im Monat, d.h., durchschnittlich wurde ca. 1 Beratungssitzung pro Woche durchgeführt. Erwartungsgemäß wurden von den teilnehmenden zertifizierten BKiD-BeraterInnen mit durchschnittlich 13,6 Sitzungen monatlich deutlich mehr Sitzungen durchgeführt als von den anderen antwortenden BeraterInnen ($p < 0,05$). Durchschnittlich am wenigsten Beratungssitzungen psychosozialer Kinderwunschberatung werden an den antwortenden 138 Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft durchgeführt (ca. 1/Monat); bei den Beratungsstellen in staatlicher oder freier Trägerschaft sind es ca. 3–4 Sitzungen pro Monat. Durchschnittlich deutlich mehr Sitzungen wurden von den 23 antwortenden niedergelassenen BeraterInnen (ca. 3/Woche) angegeben und erwartungsgemäß noch mehr von den teilnehmenden 9 BeraterInnen in den Kinderwunschzentren mit ca. 5 pro Woche.

Frage 11:

Durchschnittlich berate ich diese Anzahl von Klient/inn/en bzw. Paaren

(Bitte orientieren Sie sich an der ersten Hälfte dieses Jahres oder am letzten Jahr)

a) _____ Klient/inn/en bzw. Paare monatlich oder b) _____ Klient/inn/en bzw. Paare jährlich

Da aufgrund der Beantwortungen ersichtlich wurde, dass ein Teil der BeraterInnen die Frage als Frage nach der Gesamtzahl der KlientInnen verstanden hatte (und nicht als Zahl von KlientInnen in psychosozialer Kinderwunschberatung), wurden ca. 40 unplausible Angaben (bspw. deutlich mehr KlientInnen als Kinderwunschberatungen bei überwiegend Einzelsettings) aus den Antworten gelöscht. Von daher stellt die nachstehende Anzahl der durchschnittlichen KlientInnen eine (leichte) Unterschätzung der tatsächlichen Anzahl dar.

Diese Frage wurde von 79 der teilnehmenden 345 Personen nicht beantwortet (= 22,9%; einschließlich der gelöschten Antworten). Die Antworten der verbleibenden 266 Personen auf Frage 11 wurden auf die durchschnittliche Anzahl der KlientInnen bzw. Paare monatlich umgerechnet. Bei den monatlichen Angaben waren es minimal 1 KlientIn und maximal 50 KlientInnen, am häufigsten wurden 2 KlientInnen genannt (Modalwert). Bei den jährlichen Angaben wurden minimal 1 KlientIn und maximal 100 KlientInnen genannt, der Modalwert betrug ebenso 2 KlientInnen.

Der Mittelwert über alle BeraterInnen mit Angaben zur Anzahl der KlientInnen betrug 2,94 KlientInnen im Monat (es wurde nicht nach Einzel- oder Paarberatung unterschieden). Erwartungsgemäß wurden von den teilnehmenden zertifizierten BKiD-BeraterInnen mit durchschnittlich 16 KlientInnen monatlich deutlich mehr KlientInnen beraten als von den anderen antwortenden BeraterInnen ($p < 0,05$). Durchschnittlich am wenigsten KlientInnen sind an den antwortenden Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft in psychosozialer Kinderwunschberatung (ca. 2/Monat), bei den Beratungsstellen in staatlicher oder freier Trägerschaft sind es ca. 4–5 pro Monat. Durchschnittlich deutlich mehr beratene Personen gibt es bei den antwortenden niedergelassenen BeraterInnen (ca. 18/Monat) und erwartungsgemäß noch mehr bei den teilnehmenden BeraterInnen in den Kinderwunschzentren (ca. 23/Monat).

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass die Verteilung der Anzahl von beratenen Personen über alle BeraterInnen sehr ungleich ist. So haben bspw. die 11 BeraterInnen mit dem größten „KlientInnenaufkommen“ (> 10/Monat) insgesamt genauso viele KlientInnenkontakte pro Monat wie die 70 BeraterInnen mit 10 oder weniger KlientInnen im Monat. Das bedeutet, dass die sehr hohe „Beratungsleistung“ von einigen wenigen BeraterInnen den durchschnittlichen Wert an beratenen Personen über die gesamte befragte Gruppe unverhältnismäßig stark ansteigen lässt (auch abzulesen an den Modalwerten).

Frage 12:

Die Inhalte dieser Kinderwunschberatung bezogen sich schwerpunktmäßig auf folgende Themen:

	oft	selten	nie
allgemeine Beratung zum Thema Kinderwunsch	73,3 %	22,9%	3,8%
allgemeine Beratung zur Reproduktionsmedizin	43,1 %	38,7%	18,2%
allgemeine Beratung zur Alternativmedizin	13,3 %	49,0%	37,6%
Adoption/Pflegschaft	26,9%	57,9%	15,1%
lesbische Paare	8,4 %	37,2%	54,4%
alleinstehende Frauen	6,7 %	40,9%	52,4%
Samenspende	20,5 %	37,9%	41,75%
Eizellspende	4,7 %	38,4%	56,9%
Sonstiges, nämlich:	50,7 %	13,8%	35,5%
■ psychosoziale Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch/Problematisierung (13 x) ■ Begleitung beim Umgang mit der Krise, Trauerarbeit, Kommunikation in der Partnerschaft etc. (8 x) ■ starke emotionale Belast. durch Abbruch, Kinderlosigkeit, Trauerbegleitung nach IVF/ICSI, Abschied (8 x) ■ Verarbeitung von Fehl- und Totgeburten, Risiken in der Schwangerschaft, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch reproduktionsmedizinische Verfahren, Fragen zu PND (6 x) ■ Begleitung während des Behandlungszyklus (4 x) ■ sexuelle Störung (4 x) ■ Finanzierung Kinderwunschbehandlung (4 x) ■ Behandlungen im Ausland, Leihmutterschaft (3 x) ■ psychovegetative Beschwerden, konkrete Sorgen, Ängste, Stresserleben (2 x) ■ Lesben und Kinderwunsch bzw. Situation bei schwulen Vätern (2 x) je 1 x: ■ Kinderwunsch bei trans*identen Menschen ■ Stiefkindadoption ■ Kinderwunsch bei Klientinnen mit psychischen Erkrankungen ■ Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften nach Kinderwunschbehandlung ■ Lebensplanung/Lebensentwurf ■ Ich arbeite in einer Onlineberatung mit, da kommt selten eine Anfrage zu dieser Thematik ■ Auseinandersetzung mit Rolle/Erwartungen als Frau, gerade bei Klientinnen mit Migrationshintergrund			

(Frage 12 von 51 Personen nicht beantwortet)

Erwartungsgemäß wurde an erster Stelle die allgemeine Beratung zum Thema Kinderwunsch genannt (s. auch die ersten beiden Nennungen unter Sonstiges). Die allgemeine Beratung zur Reproduktionsmedizin steht an zweiter Stelle, hier sind insbesondere behandlungsbegleitende Beratung sowie Beratung nach erfolgloser Behandlung wichtig (s. auch die Antworten auf Frage 13). Inhaltlich stehen die Verarbeitung von Fehl- und Totgeburten, Aufklärung über Risiken in der Schwangerschaft und Fragen zu PND im Vordergrund sowie die Trauerbegleitung nach erfolgloser IVF/ICSI und der Abschied vom Kinderwunsch. Auch genannt wurden Beratung bei Sexualstörungen während einer Kinderwunschtherapie, Fragen zur Finanzierung der Therapie und Fragen zu Behandlungsmöglichkeiten im Ausland sowie die Situation gleichgeschlechtlicher Partnerschaften.

An den Beratungsstellen in kirchlicher und an denen in staatlicher Trägerschaft wird tendenziell weniger die allgemeine Beratung zur Reproduktionsmedizin als Schwerpunkt gesehen. Ebenso wenig ist dort die Beratung lesbischer Paare und die Beratung alleinstehender Frauen ein Schwerpunkt (im Vergleich zu Beratungsstellen in freier Trägerschaft, Niedergelassenen und BeraterInnen in reproduktionsmedizinischen Zentren). Beratung bei Gametenspende wurde tendenziell häufiger von den BeraterInnen in den reproduktionsmedizinischen Zentren gegeben (im Vergleich zu den anderen BeraterInnen), aufgrund der geringen Zellenbesetzung wurden diese Unterschiede aber nicht signifikant.

Frage 13:

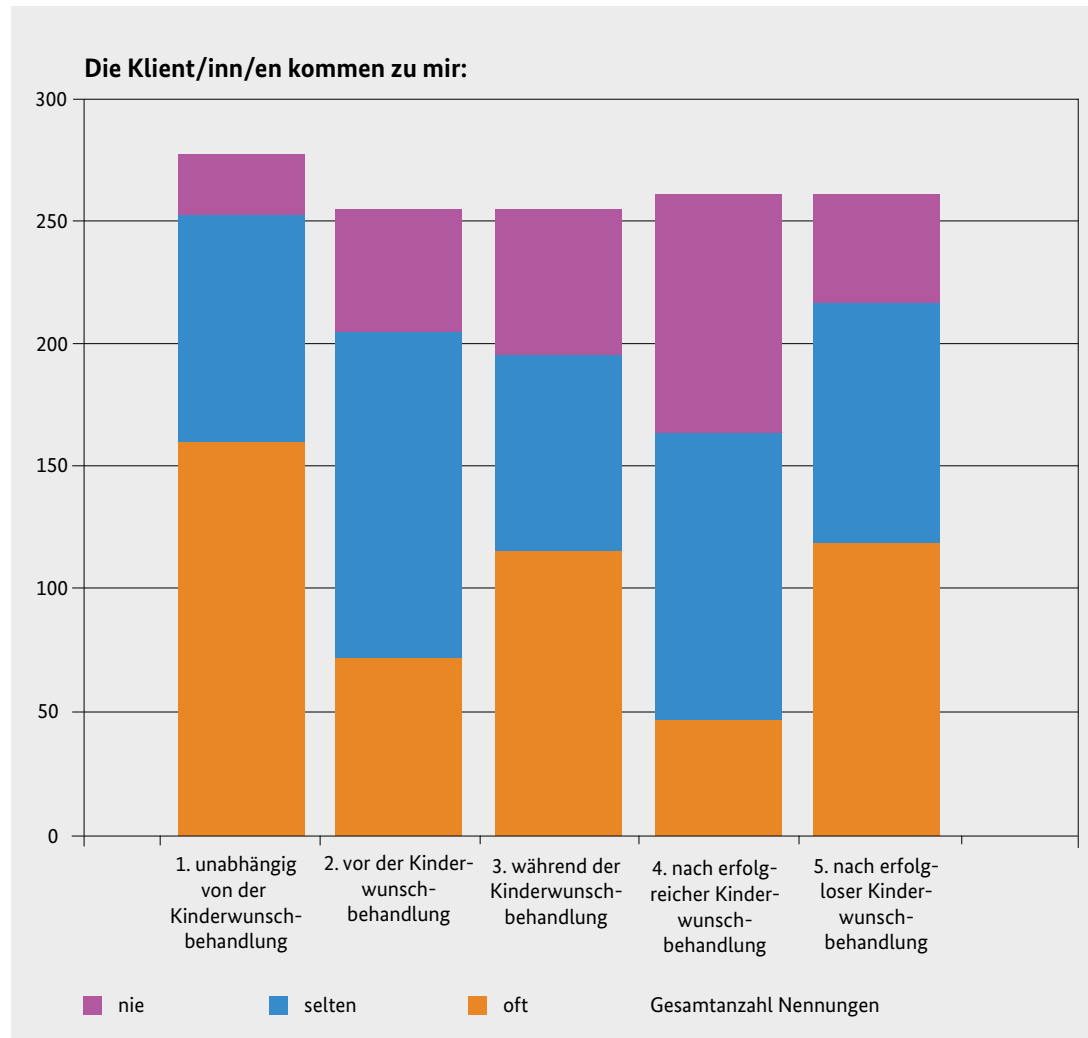
Die Klient/inn/en kommen zu mir:

	oft	selten	nie
unabhängig von der Kinderwunschbehandlung	57,9 %	32,5 %	9,6 %
vor der Kinderwunschbehandlung	28,2 %	52,2 %	19,6 %
während der Kinderwunschbehandlung	44,9 %	32,0 %	23,0 %
nach erfolgreicher Kinderwunschbehandlung	17,2 %	45,8 %	37,0 %
nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung	45,4 %	37,4 %	17,2 %

(Frage 13 von 41 Personen nicht beantwortet)

Die folgende Abb. 11 verdeutlicht die Verteilung der Beratung auf die verschiedenen medizinischen Behandlungsabschnitte grafisch.

Abb. 11: Beratungszeitpunkte



Die KlientInnen nehmen die psychosoziale Kinderwunschberatung sehr häufig auch unabhängig von der Durchführung einer medizinischen Kinderwunschbehandlung wahr. Sehr deutlich ist die Abhängigkeit der Inanspruchnahme vom Ausgang der Kinderwunschtherapie: Während aus Sicht der BeraterInnen nach erfolgreicher Therapie zu über einem Drittel keine psychosoziale Beratung aufgesucht wird, ist es bei erfolgloser Therapie sehr häufig der Fall, ähnlich häufig wie begleitend zur Kinderwunschtherapie. Bei der psychosozialen Beratung nach erfolgreicher Therapie dürfte es sich um Ängste vor Fehlgeburten, Fragen zu Schwangerschaftsrisiken und möglicher PND handeln (s. Antworten auf Frage 12 unter Sonstiges). Die Beratung nach erfolgloser Therapie ist meist Trauerbegleitung nach erfolgloser ART und der Abschied vom Kinderwunsch.

Zu den niedergelassenen BeraterInnen und zu den BeraterInnen in reproduktionsmedizinischen Zentren kommen signifikant seltener KlientInnen unabhängig von der Kinderwunschbehandlung im Vergleich zu den BeraterInnen in Beratungsstellen ($p < 0,05$). Während der Kinderwunschbehandlung werden KlientInnen selten von Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft gesehen ($p < 0,05$). Es ergaben sich keine weiteren Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Trägerschaften in der Beantwortung von Frage 13.

Frage 14:

Die Klient/inn/en finden zu mir:

	oft	selten	nie
auf Empfehlung eines Kinderwunschzentrums	20,5 %	28,9 %	50,6 %
durch Information im Internet	47,0 %	43,0 %	10,0 %
auf Empfehlung anderer psychosozialer Fachkräfte oder Beratungseinrichtungen	40,7 %	45,1 %	14,2 %
auf Empfehlungen von Klient/inn/en	52,3 %	33,8 %	13,8 %
Sonstiges, nämlich:	44,8 %	24,1 %	31,0 %
■ Gynäkologin/Gynäkologe des Wohnortes (31 x) ■ Flyer, Berichterstattung in den Medien, Zeitungsartikel (23 x) ■ andere behandelnde Ärztinnen/Ärzte (12 x) ■ weil die Klient/inn/en uns aus anderen Themenfeldern kennen (Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, PND, Verhütungsberatung, Trennung und Scheidungsberatung) (9 x) ■ Empfehlung nichtärztlicher Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, Hebammen (3 x) ■ Informationsabende (3 x) ■ BKiD-Homepage (2 x) ■ weiß ich nicht (2 x) je 1 x genannt: ■ Pflege- u. Adoptivfamiliengruppe ■ Kirchengemeinde, Pfarrerin/Pfarrer ■ Eigeninitiative ■ durch Bekannte/Freundinnen/Freunde ■ unser Gruppenprogramm für Kinderwunschaare ■ Programmheft und Mailverteiler ■ über Therapeutenliste der KV, von Krankenkassen ■ Ich biete Gruppen für Mütter mit Säuglingen an ■ Jugendamt ■ auf Empfehlung alternativmedizinischer Anbieter, nach Vorträgen von mir ■ Zufall ■ sind meine Patient/inn/en im hausärztl. Kontext ■ Buch ■ Wunsch nach Beratung in einer Lesbenberatungsstelle			

(Frage 14 von 52 Personen nicht beantwortet)

Auffällig ist bei den Antworten auf die Frage nach dem Zugangsmodus der KlientInnen zu den BeraterInnen, dass in der Hälfte der Fälle (121-mal) keine Empfehlung des reproduktionsmedizinischen Zentrums wahrgenommen oder in der Umfrage angegeben wird. In vielen Fällen wird hingegen von niedergelassenen GynäkologInnen (und auch von anderen behandelnden ÄrztInnen wie z. B. der Hausärztin bzw. dem Hausarzt) eine Empfehlung zur behandlungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung angegeben. Weiterhin erfolgt der Zugang sehr häufig über die Empfehlung durch andere KlientInnen und über das Informationsange-

bot im Internet (und über Flyer zur psychosozialen Beratung) sowie die Berichterstattung in den Medien. Seltener entwickelt sich der Kontakt aus anderen Beratungszusammenhängen heraus. Informationsabende und die Internetseite von BKiD werden als Zugangsmodus zur psychosozialen Beratung kaum angeführt.

Es ergab sich ein großer Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen von Trägerschaften in der Beantwortung der Frage 14: Während alle 9 in reproduktionsmedizinischen Zentren tätigen BeraterInnen erwartungsgemäß angaben, dass KlientInnen auf Empfehlung des Zentrums zu ihnen kommen würden – und 2/3 der 18 antwortenden niedergelassenen BeraterInnen –, gaben 2/3 der BeraterInnen aus Stellen in kirchlicher Trägerschaft an, dass dieses bei ihnen nie der Fall sei ($p < 0,05$; bei denen in staatlicher oder in freier Trägerschaft waren es jeweils ca. 46 %, welche „nie“ angaben). Tendenziell häufiger auf Empfehlung von anderen KlientInnen kommen KlientInnen zu niedergelassenen BeraterInnen im Vergleich zu den anderen vier Gruppen.

Frage 15:

Bei mir entstehen für die Kinderwunschberatung folgende Kosten:

Die Beratung ist kostenfrei	70,2 %
Klient/inn/en können an die Beratungseinrichtung spenden	16,7 %
Mein Honorar beträgt pro Sitzung:	13,0 %
Mittelwert: 59,32 €, min. 0 €, max. 100 €, Modalwerte: 60 € und 80 €	

(Frage 15 von 44 Personen nicht beantwortet)

Der überwiegende Teil der antwortenden BeraterInnen gab an, dass die Beratung bei ihnen kostenfrei sei, wobei dieses insbesondere BeraterInnen in Stellen in kirchlicher oder in staatlicher Trägerschaft angaben (jeweils über 85 %). Niedergelassene BeraterInnen werden hingegen erwartungsgemäß von KlientInnen bezahlt, wobei als Honorar für die Sitzung (à 50 Minuten) gleich häufig 60 € und 80 € genannt wurden. Ein/e BeraterIn gab an, dass die Beratungssitzungen 90 Minuten dauern würden (à 70 €). Bei immerhin 4 der 7 antwortenden BeraterInnen aus reproduktionsmedizinischen Zentren ist die Beratung für die KlientInnen kostenfrei (= 57,1 %).

Frage 16:

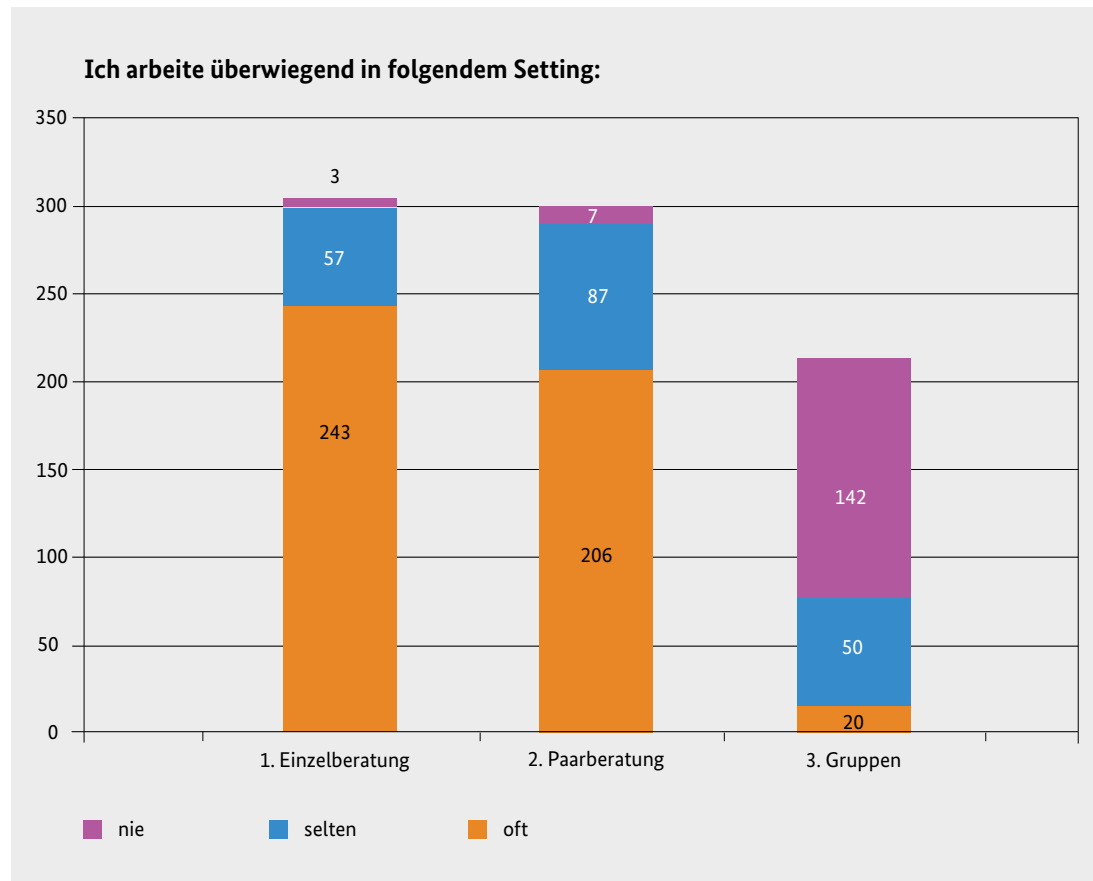
Ich arbeite überwiegend im folgenden Setting:

	oft	selten	nie
Einzelberatung	80,2 %	18,8 %	1,0 %
Paarberatung	68,7 %	29,0 %	2,3 %
Gruppen	9,4 %	23,6 %	67,0 %

(Frage 16 von 35 Personen nicht beantwortet)

Während die Einzelberatung das bevorzugte Setting ist und die Paarberatung einen fast genauso hohen Stellenwert einnimmt, wird ein Gruppenangebot in der psychosozialen Kinderwunschberatung nur selten vorgehalten (s. auch Abb. 12). Dieses gilt auch unabhängig von den jeweiligen Trägerschaften, wobei immerhin 5 der 8 antwortenden BeraterInnen aus reproduktionsmedizinischen Zentren auch ein Gruppensetting durchführen.

Abb. 12: Beratungssettings



Frage 17:

Ich kenne die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID – www.bkid.de)

Diese Frage wurde von 20 Personen nicht beantwortet. 208 Personen gaben an, BKID zu kennen, während 117 Personen BKID nicht kannten. Erwartungsgemäß kannten alle 9 antwortenden BeraterInnen aus reproduktionsmedizinischen Zentren BKID, während es bei den BeraterInnen aus Stellen in kirchlicher Trägerschaft etwas weniger als die Hälfte waren.

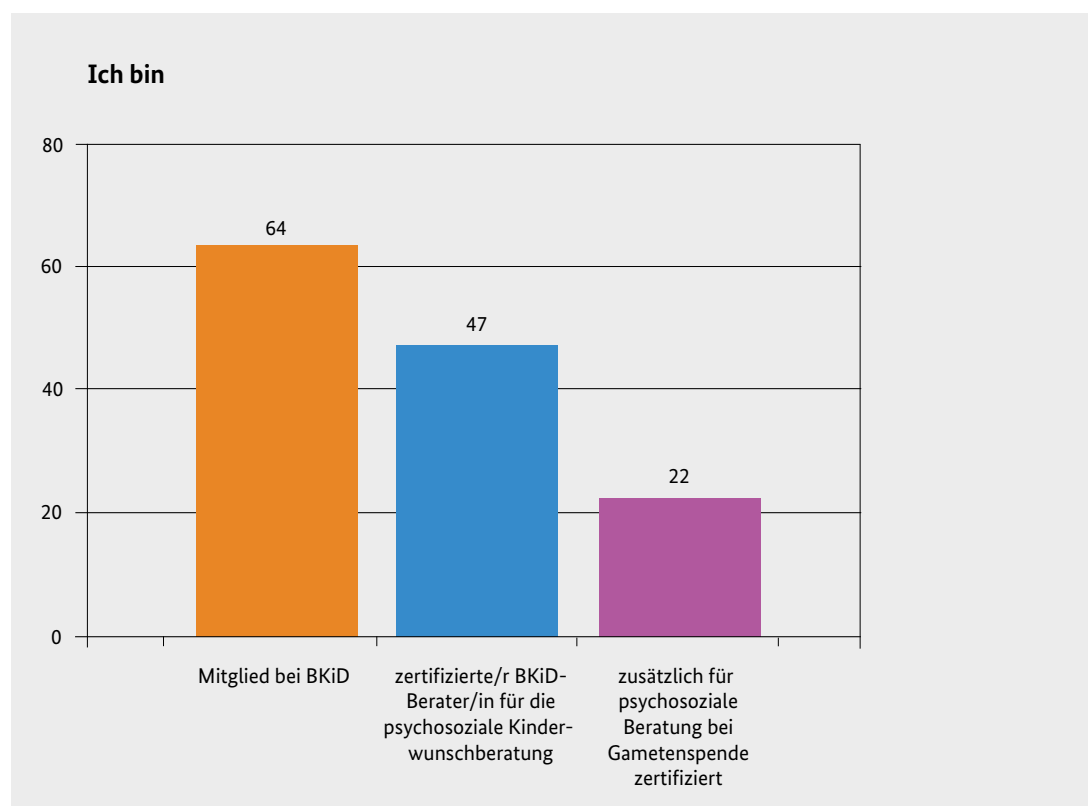
Frage 18:

Ich bin (Mehrfachantworten möglich)

- Mitglied bei BKiD
- zertifizierte/r BKiD-Berater/in für die psychosoziale Kinderwunschberatung
- zusätzlich für psychosoziale Beratung bei Gametenspende zertifiziert

Frage 18 blieb bei 276 Personen unbeantwortet. 64 Personen gaben an, Mitglied bei BKiD zu sein, 47 waren zertifizierte BKiD-BeraterInnen und 22 BKiD-BeraterInnen waren zusätzlich für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende zertifiziert (s. auch nachfolgende Abb. 13).

Abb. 13: BKiD-Mitgliedschaft/-Zertifizierung



Von den zertifizierten BKiD-BeraterInnen gab ca. ein Drittel an, niedergelassen zu sein (s. Antworten auf Frage 3), und damit deutlich mehr als der Durchschnitt der BeraterInnen. 38 % der BKiD-BeraterInnen hatten Psychologie studiert und 21 % Medizin, damit waren diese Studiengänge auch überproportional vertreten (s. Antworten auf Frage 6). Zwei der antwortenden 47 BKiD-BeraterInnen waren Männer, die damit prozentual etwas häufiger vertreten waren als in der Gesamtstichprobe (alle hier unter Frage 18 genannten Unterschiede sind nicht auf statistische Signifikanz getestet).

Frage 19:

Ich kooperiere mit Kinderwunschzentren. Diese Zusammenarbeit ist positiv/negativ, da ...

Von den 82 psychosozialen Fachkräften, die die Fragen nach den positiven Aspekten der Kooperation beschrieben, wurden vor allem die folgenden Aspekte benannt: Die Möglichkeit des interdisziplinären Austauschs (*„fachlicher Austausch ist möglich“*, *„ich einen Einblick in die Arbeit vor Ort erhielt“*, *„ich nehme an interdisziplinären Fortbildungen und internen Aktivitäten teil“*, *„gemeinsame Supervision“*), die Tatsache, dass die KlientInnen von der Kooperation profitieren (z. B. die schnelle Verweisungsmöglichkeit auf eine Beratung im Krisenfall, dass sie ganzheitlich versorgt werden, dass sie überhaupt über die Beratungsmöglichkeit informiert werden) und das fachliche Profitieren der BeraterInnen (z. B. durch eine Hospitationsmöglichkeit) als auch der ÄrztInnen (*„die Ärzte werden offener für meine Anliegen und psychosoziale Aspekte“*) wurden benannt. Von einigen wurde vermerkt, dass die Aufgeschlossenheit der ÄrztInnen dazu führt, dass viele Paare eine Beratung aufsuchen, dass sie über aktuelle medizinische Entwicklungen informiert sind und bei Klagen von KlientInnen über ÄrztInnen dies mit ihnen besprechen können. Auch wird davon ausgegangen, dass die Beratung für ÄrztInnen eine große Entlastung darstellen kann. Von einigen wurde jedoch angemerkt, dass ein ständiger und persönlicher Kontakt erforderlich sei, um die Kooperation aufrechtzuerhalten.

Mehrere BeraterInnen beschrieben die Kooperation als gut bis „hervorragend“ und zählten auf, dass Flyer ausgelegt werden, dass gemeinsame Informationsveranstaltungen stattfinden und dass gegenseitig verwiesen wird. In Einzelfällen werden darüber hinaus gemeinsame Forschungsprojekte durchgeführt, das reproduktionsmedizinische Zentrum stellt Räume für die psychosoziale Kinderwunschberatung zur Verfügung und es findet regelmäßig ein Austausch in einer ExpertInnenrunde statt. In diesem Zusammenhang wird auch dargestellt, dass die Beratung und die BeraterInnen wertgeschätzt werden (*„die Zentren sind froh über das spezifische Angebot“*, *„... die Arbeit geschätzt wird“*, *„... ich von den Zentren empfohlen werde“*). Andere bemerkten, dass die Zentren Flyer auslegen, sie „aufgeschlossen“ seien, „freundliches Interesse“ bei einem persönlichen Vorstellungsgespräch gezeigt wurde oder im Internet die Kooperation darstellten, aber es wenig konkrete Kooperation bzw. wenig Hinweise für KlientInnen auf die Beratungsmöglichkeit gibt.

In einigen wenigen Fällen wird die Kooperation als im Aufbau beschrieben (z. B. *„das Interesse für den Austausch ist da, es ist bis jetzt noch nicht gelungen, einen Termin zum Kennenlernen zu finden“*, *„Momentan kooperiere ich noch mit keinem Kinderwunschzentrum, da ich möglichst unvoreingenommen in den Beratungsprozess einsteigen möchte. ... eine zu nahe Verbindung zu einem Kinderwunschzentrum könne die Neutralität des Beraters in Frage stellen“*). In vier Fällen wurde berichtet, dass eine Kooperation nicht oder nur selten stattfindet, in einem weiteren findet sie nur im Rahmen der Pränataldiagnostik statt.

Eine Rückmeldung bezog sich auf die Situation lesbischer Frauen. Es wurde als wichtig erachtet zu wissen, welche ÄrztInnen Lesben behandeln und welche Bedingungen sie stellen. Einer weiteren Rückmeldung zufolge wisse die psychosoziale Fachkraft, *„in welcher Praxis“* die Klientel gut aufgehoben sei.

65 BeraterInnen äußerten Frustration und Unmut hinsichtlich der Kooperation mit den Kinderwunschzentren. Die Rückmeldungen beschrieben überwiegend ein mangelndes Interesse der ÄrztInnen an einer Kooperation („keine Kooperation“, „kein Interesse an meinen Erfahrungen“, „zu wenig Kontaktinteresse seitens des Kinderwunschzentrums“, „gelegentlich mühsam“, „nur bei Komplikationen“), obgleich von einigen immer wieder Kooperationsangebote unterbreitet werden, und wenig Verständnis für die psychosozialen Aspekte („es gilt immer wieder, die Ärzte für die psychologische Problematik zu sensibilisieren, auch wenn ich tagtäglich mit ihnen zusammenarbeite“). Kritisiert wurde daher, dass nicht allen Paaren eine psychosoziale Beratung gleichermaßen empfohlen wird oder dass die Empfehlung zur Beratung zu spät erfolgt und es bereits „chronifizierte Verläufe“ gibt. Es kommt daher vor, dass Paare „von sich aus aktiv werden“ und eine Beratung aufsuchen. In manchen Fällen beschrieben die Fachkräfte, dass nur in Extremsituationen auf die Möglichkeit der psychosozialen Kinderwunschberatung hingewiesen wird, dass die „Kinderwunschzentren (und die Gynäkologen) ... die Beratung ihrer Klientinnen als ihre eigene Domäne“ betrachten, dass die „Initiative auf beiden Seiten“ fehle und eine Kooperation ein hoher Arbeitsaufwand bedeute, der im Beratungsalltag nur schwer zu leisten sei.

Deutlich werden auch unterschiedliche Haltungen zu den Inhalten der psychosozialen Kinderwunschberatung. BeraterInnen befürchteten, dass das reproduktionsmedizinische Zentrum erwartet, dass die „Beratung dazu beiträgt, die Behandlung besser ‚durchzuhalten‘ und nicht so viel Verständnis für ergebnisoffene psychosoziale Beratung“ vorhanden sei, dass ÄrztInnen die Unterstützung unterbewerten und „den Bedarf nicht sehen und glauben, eine Psychologin auf der Website stehen zu haben, reiche aus“. Auch würde eine Beratung abgelehnt, da „Patientinnen nach der Psychotherapie entweder ohne Behandlung schwanger werden, kritischer dem Verfahren gegenüberstehen oder sich positiv eine andere Perspektive entwickeln können“. In einem Fall wurde die mangelnde Kooperation finanziell begründet: Sie kam nicht zustande, nachdem die Beratungsstelle „es ablehnten musste, uns an den Kosten für Kryokonservierung oder weitere Fertilitätsbehandlungen zu beteiligen, weil wir dafür keine Mittel zu vergeben haben“, in einem anderen wurde das reproduktionsmedizinische Zentrum als „profitorientierte Einrichtung“ beschrieben, die ein Angebot von „Schwangerschaftsabbruch über Samenbank bis zur Kinderwunschbehandlung“ vorhält.

Weiterhin wurden strukturelle Hindernisse in der Kooperation benannt. So seien ein persönlicher Austausch mit einem reproduktionsmedizinischen Zentrum und auch eine psychosoziale Kinderwunschberatung aufgrund der großen geografischen Distanz zwischen Beratungsstelle zum reproduktionsmedizinischen Zentrum bzw. Kinderwunschpaar nicht möglich. Darüber hinaus seien die finanziellen Kosten ein Faktor, der von einer Beratung abhalten könne: Das reproduktionsmedizinische Zentrum würde sich nicht an den Kosten für die Beratung beteiligen und die medizinische Kinderwunschbehandlung wäre so teuer, dass viele Paare an der Beratung sparen würden, zumal sie keine Kassenleistung sei. Dies führe zu einer Konkurrenzsituation: „So gesehen stehen Medizin und die psychologische Beratung in Konkurrenz zueinander, zumal ein Mediziner in seinem Können ‚höher‘ bewertet wird als Psychologen.“

In einigen wenigen Fällen gab es bereits Kooperationsformen mit anderen psychosozialen Fachkräften bzw. es ist eine Fachkraft im reproduktionsmedizinischen Zentrum angesiedelt, sodass eine weitere Kooperation nicht zustande kam. Eine Fachkraft, die offensichtlich die Beratung im reproduktionsmedizinischen Zentrum anbietet, beschreibt allerdings, dass Ratsuchende eine Verquickung befürchten: „*Manche Klienten denken, ich wäre so verbunden, dass sie nicht immer ganz offen sind*“. In einem Fall wurde befürchtet, dass es „zu viele verschiedene psychosoziale Angebote“ gibt und dies Paare verwirren könnte.

Auch bei dieser Frage wurde deutlich, dass nicht alle Beratungsstellen eine psychosoziale Kinderwunschberatung anbieten oder sich hierfür qualifiziert einschätzen und daher keine Kooperation initiieren. Dennoch fließt die Kinderwunschberatung in Paarberatung, Sexualberatung und auch in die Erziehungsberatung ein und wird in diesen Beratungen thematisiert.

Letztendlich wurde auch kritisiert, dass lesbische Paare nicht medizinisch behandelt werden bzw. dass für diese Gruppe keine Offenheit bestünde.

Frage 20:

Welche Maßnahmen sind meiner Meinung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern?

Aus Sicht der 140 psychosozialen Fachkräfte, die diese Frage beantworteten, sind vor allem vier Maßnahmen relevant: (1) eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der psychosozialen und medizinischen Versorgung, (2) Öffentlichkeitsarbeit, welche die psychosoziale Beratung und den unerfüllten Kinderwunsch entstigmatisiert, (3) eine bessere Finanzierung von Beratung und medizinischer Behandlung sowie (4) Fortbildungs- und Qualifikationsmaßnahmen vor allem für psychosoziale, aber auch für medizinische Fachkräfte.

Vernetzung und Kooperation

Fast alle psychosozialen Fachkräfte wünschen sich eine (verbesserte) Kooperation und Zusammenarbeit mit GynäkologInnen und ReproduktionsmedizinerInnen. Sie erachten diese als wichtig vor allem, wenn „*die Behandlung nicht gelingt*“, gehen davon aus, dass die Qualität der Beratung, aber auch die medizinische Behandlungsqualität durch diese Vernetzung steigt, dass dies eine Rückkoppelung auf kurzem Weg ermöglichen würde und dies dem Gedanken einer holistischen, umfassenden Behandlung näher kommt. Zusätzliche Vernetzungswünsche bezogen sich auf andere, verwandte Professionen, u. a. niedergelassene PsychotherapeutInnen, Beratungsstellen für homosexuelle Menschen sowie weitere, nicht näher bezeichnete Institutionen und ÄrztInnen.

In der Realität erleben sie jedoch, dass ÄrztInnen die „*psychosoziale Beratung der Schwangerschaftsberatungsstelle als Konkurrenz*“ wahrnehmen und daher keine Beratung empfehlen. Sie fordern daher eine bessere Kooperation, weniger „*Paternalismus*“ gegenüber der Zusammenarbeit, Aufklärung über die psychosozialen Implikationen der Kinderwunschbehandlung und vor allem eine proaktive, explizite und frühzeitige („*nicht erst nach frustrierten Versuchen*“) Information über das Beratungsangebot. Darüber hinaus wurde oft angeregt, dass auch niedergelassene GynäkologInnen im Vorfeld der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf die psychosoziale Kinderwunschberatung verweisen bzw. parallel auf eine psychosoziale Beratung und die reproduktionsmedizinische Behandlung hinweisen sollten.

Manche Fachkräfte äußerten Frustration ob des Vernetzungsangebots, das offensichtlich von dem ortsansässigen reproduktionsmedizinischen Zentrum nicht angenommen wurde: „*Unser Angebot ist ausreichend bekannt gemacht worden*“, „*Von unserer Seite aus wird um Kooperation geworben, bisher haben wir jedoch nur Überweisungen von Frauen, die wegen einer Behinderung des Kindes nach Kinderwunschbehandlung oder wegen der empfohlenen Reduktion einer Mehrlingsschwangerschaft nach Kinderwunschbehandlung eine Beratung benötigen*“.

Mehrere Ansätze wurden vorgeschlagen, um die Kooperation und Vernetzung voranzutreiben und zu verbessern. Persönliche Kontakte, Faltblätter, die die Kooperation in der Öffentlichkeit darstellen („*Netzwerkflyer*“) sowie Qualitätszirkel werden als wichtig erachtet. Als zentraler Aspekt jedoch wird die Notwendigkeit einer Sensibilisierung der ÄrztInnen für die psychosoziale Beratung genannt. So sollen ÄrztInnen (niedergelassene GynäkologInnen sowie ReproduktionsmedizinerInnen) ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass eine psychosoziale Kinderwunschberatung hilft, Stress zu mindern, sie sollen über Sinn und Art der Beratung informiert sein und sie sollen ein Verantwortungsgefühl dafür entwickeln, dass Paare von einer psychosozialen Begleitung während der reproduktionsmedizinischen Behandlung profitieren können. Hierzu seien gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung erforderlich, die z. B. im Rahmen von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen oder Tagungen geweckt oder erhöht werden können. Auch das Assistenzpersonal in Kinderwunschzentren sollte gut geschult sein, damit Paare nicht zusätzlich während der Behandlung belastet werden und auch dieses auf Beratung hinweisen kann. Darüber hinaus werden auch verpflichtende Fortbildungen für den psychosozialen Bereich vorgeschlagen, damit das medizinische Personal mehr Sensibilität entwickelt („*Frauen beklagen sich über den kalten Umgangston*“). Gewünscht wird von einigen auch eine verbindliche Hinweispflicht der Kinderwunschzentren auf die psychosoziale Kinderwunschberatung, beispielsweise durch eine Änderung der Richtlinie der BÄK, durch eine Nachweispflicht für die Kooperation, durch anderweitige verbindliche Forderungen des Gesetzgebers oder die verpflichtende Umsetzung der Leitlinien zur psychosomatischen Kinderwunschbehandlung (Strauß, Brähler, & Kentenich, 2004).

Einige Fachkräfte sprechen sich auch in diesem Zusammenhang für die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Beratung aus, deutlich mehr jedoch fordern die bessere Integration der psychosozialen Versorgung in die medizinische Behandlung („*psychosoziale Beratung sollte als ein gewichtiger Baustein unbedingt zur medizinischen Behandlung dazukommen*“). Dieses Angebot sollte kostenfrei bzw. kostengünstig sein, als Kostenträger hierfür wurden Krankenkassen oder die Kinderwunschzentren selbst vorgeschlagen. Andere Fachkräfte möchten eine Klärung der Verortung der Kinderwunschberatung und fragen, ob dies in den Kinderwunschzentren, in Beratungsstellen oder von niedergelassenen PsychotherapeutInnen geleistet werden soll.

Öffentlichkeitsarbeit

Viele Fachkräfte fordern eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „*unerfüllter Kinderwunsch*“ und zur Bedeutung und Wichtigkeit von Beratung. So soll auf das Beratungsangebot von Schwangeren- und Paarberatungsstellen aufmerksam gemacht werden, Kinderwunschpaaren soll verdeutlicht werden, dass sie einen Anspruch auf Beratung haben, Krankenkassen sollten auf Beratung hinweisen, da dort der Behandlungsplan vorgelegt wird, die Beratungsstellen ihrerseits sollen ihre Arbeit öffentlichkeitswirksam darstellen, in den Medien sollte seriös und ohne zu polarisieren über Kinderlosigkeit berichtet werden und es sollte vermehrt Pressearbeit, insbesondere in gynäkologischen Fachzeitschriften, gemacht werden.

Diese Öffentlichkeitsarbeit soll zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung der ungewollten Kinderlosigkeit und der psychosozialen Beratung beitragen. Viele psychosoziale Fachkräfte bezeichnen die Beratung als mit einem Tabu behaftet und kritisieren die mangelnde Sensibilisierung anderer Fachkräfte hierfür. Weiterhin wird auch ein selbstverständlicher Umgang mit der Kinderlosigkeit und mit bestimmten Behandlungsmethoden, beispielsweise der Gametenspende, vermisst. In den Medien, so die Fachkräfte, werden hohe Erwartungen geweckt und „*Machbarkeitsillusionen*“ vermittelt. Vor allem zwei Institutionen können Abhilfe schaffen. Zum einen wird vorgeschlagen, dass eine öffentlich Stelle, beispielsweise das BMFSFJ, verstärkt Öffentlichkeitsarbeit bzgl. der Kinderwunschbehandlung und der psychosozialen Beratungsmöglichkeiten macht. Außerdem könnten sozialpolitische Maßnahmen helfen, das Thema mehr in den öffentlichen Fokus zu rücken, z. B. durch einen gesetzlich verankerten „*Beratungsauftrag entsprechend § 2 SchKG*“. Zum Zweiten sollen die unterschiedlichen Beratungsstellen sowie BKiD mehr Öffentlichkeitsarbeit durchführen, z. B. psychosoziale Beratungsangebote besser bewerben, Paare gezielter erreichen und informieren, Informationsmaterial (gedruckt und online) verbreiten und die Internetpräsenz intensivieren. Relativ konkret wurde außerdem vorgeschlagen, dass Beratungsstellen einen „*Tag der offenen Tür*“ zu diesem Beratungsthema durchführen könnten und dass aktuelle und zeitgemäße Faltblätter erstellt bzw. vorhandene Faltblätter aktualisiert werden sollen. Letztendlich wird auch gefordert, dass in diesem Bereich die wissenschaftliche Forschungstätigkeit erhöht wird und Publikationen vor allem zu Beratungserfahrungen veröffentlicht werden.

Bessere Finanzierung von Beratung und medizinischer Behandlung

Fast alle psychosozialen Fachkräfte sprechen sich für eine bessere Finanzierung der Beratung bzw. der Beratungsstellen aus. Als Möglichkeit wird vor allem eine Kostenübernahme der Beratung durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen vorgeschlagen. Dies sollte möglichst ohne langwierigen Antrag für eine Psychotherapie durchzuführen sein, jedoch mit eigener Abrechnungsnummer für niedergelassene BeraterInnen im Sinne einer Kurzzeittherapie von 10–15 Sitzungen. Damit wäre eine begleitende Beratung während der medizinischen Behandlung möglich. Außerdem wurde, ohne detailliertere Ausführungen, ein Bonussystem bei den Krankenkassen vorgeschlagen. Eine weitere Maßnahme wäre, andere öffentliche Mittel für die Beratung zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus schlagen die psychosozialen Fachkräfte eine anteilige Kostenübernahme für die Beratung vor oder die Kostenübernahme für eine begrenzte Anzahl von Sitzungen (1–3), und zwar sowohl für eine in die Kinderwunschzentren integrierte Beratung als auch eine externe psychosoziale Beratung. Kritisiert wird, dass „*sich nur die wirklich reichen Patienten*“ die psychosoziale Beratung leisten können.

Auch sollen die Beratungsstellen finanziell bessergestellt werden. Die psychosoziale Kinderwunschberatung an anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen soll gefördert werden, Mittel für zusätzliches Personal sowie für Schulungen sollen zur Verfügung gestellt werden und die Beratungsstellen sollen auch auf Dauer finanziell abgesichert sein. Viele Fachkräfte schildern, dass sie bisher „*aus Kapazitätsgründen kein Angebot zum Thema Kinderwunsch vorhalten*“ können und dass sie „*mit der allgemeinen Schwangerenberatung, Bundesstiftung, sexualpädagogischen Präventionsarbeit und Beratung bei PND an der Kapazitätsgrenze angelangt*“ sind. Es wird kritisiert, dass es in ländlichen Gegenden und in den neuen Bundesländern wenig Angebote für Kinderwunschberatung gibt und daher ein „*flächendeckendes Netz von entsprechend weitergebildeten BeraterInnen*“ sowie ein dauerhaft bestehendes Beratungsangebot erforderlich ist.

Einige Fachkräfte sprachen sich auch für eine Verbesserung der Kostenübernahme der medizinischen Behandlung aus. So sollten die hohen Behandlungskosten wieder vollständig übernommen werden, damit alle Paare entlastet werden. Besonders drastisch wurde ein Beispiel geschildert: *„bei muslimischen Frauen, für die so eine Situation oft noch dramatischer ist als für deutsche Frauen, da sie oft mit der Situation alleingelassen und ausgegrenzt werden, aus der Praxis kenne ich auch öfter anschließende Frauenhausaufenthalte und sehr schwierige Lebensbedingungen mit der Situation!“*

Fortbildung und Qualifikation

Viele Fachkräfte wünschen mehr und auf den unerfüllten Kinderwunsch bezogene Fort- und Weiterbildungen für sich selbst bzw. die Beratungsstellen. Solche Fortbildungen sollen wohnortnah und kostengünstig angeboten werden (s. auch die Antworten auf Frage 21). Einige fordern regelmäßige Angebote, andere erachten eine Spezialisierung einiger weniger Beratungsstellen, die auch über medizinisches Personal wie GynäkologInnen verfügen, für sinnvoll. Außerdem wird vorgeschlagen, die Thematik des unerfüllten Kinderwunsches in Aus- und Fortbildungen der allgemeinen psychosozialen Beratung aufzunehmen und auch entsprechende Supervision anzubieten. Bemängelt wird, dass zurzeit *„fast nur BKiD und evtl. Profa ein gutes Fortbildungsangebot“* machen.

Auch Fortbildungsangebote für die Beratung lesbischer und schwuler Paare sowie *„trans*idente Menschen“* werden gefordert. So sollen BeraterInnen zumindest Basiswissen über die medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekte von Lesben mit Kinderwunsch haben bzw. an geeignete Fachkräfte weiterverweisen können.

Als sinnvoll wird außerdem eine Qualitätssicherung der Beratung erachtet. Die Vorschläge umfassen eine Angliederung der Kinderwunschberatung an den *„allgemeinen fachlichen Beratungsdiskurs“*, die Festlegung von Qualifikationsstandards (beispielsweise entsprechend den Richtlinien von BKiD) durch Körperschaften wie die BÄK, die Entwicklung und Weiterentwicklung einer standardisierten Qualifikation für KinderwunschberaterInnen und eine Fortbildungspflicht für BeraterInnen. Weiterhin wurde eine Hospitation in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum und die Aufnahme von BKiD im Dachverband für Beratung für sinnvoll erachtet.

Gewünscht werden auch eine stärkere Vernetzung der Fachkräfte und eine öffentlichkeitswirksame Darstellung dieser Vernetzung. Auch in diesem Zusammenhang werden die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder *„regionaler peer groups“* sowie die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen empfohlen, damit sich Fachkräfte austauschen können.

Weiteres

Weitere, vereinzelt genannte Maßnahmen waren die Entwicklung eines Präventionsangebots (z. B. sexualpädagogische Präventionsarbeit im Rahmen von Sexualkundeunterricht, das Thematisieren von Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit in Schulbüchern), die Entwicklung einer Online-Beratung zum Thema Kinderwunsch und die Forderung nach mehr männlichen Beratern und nach allgemeinen gesellschaftspolitischen Änderungen, sodass junge Frauen *„ohne Karriereknick“* Kinder bekommen können. Letztendlich wurden für die Gruppe der homosexuellen Menschen rechtliche Änderungen gefordert: Sie sollen ein Adoptionsrecht erhalten und der Zugang zur Samen- und Eizellspende soll vereinfacht bzw. möglich gemacht werden.

Frage 21:

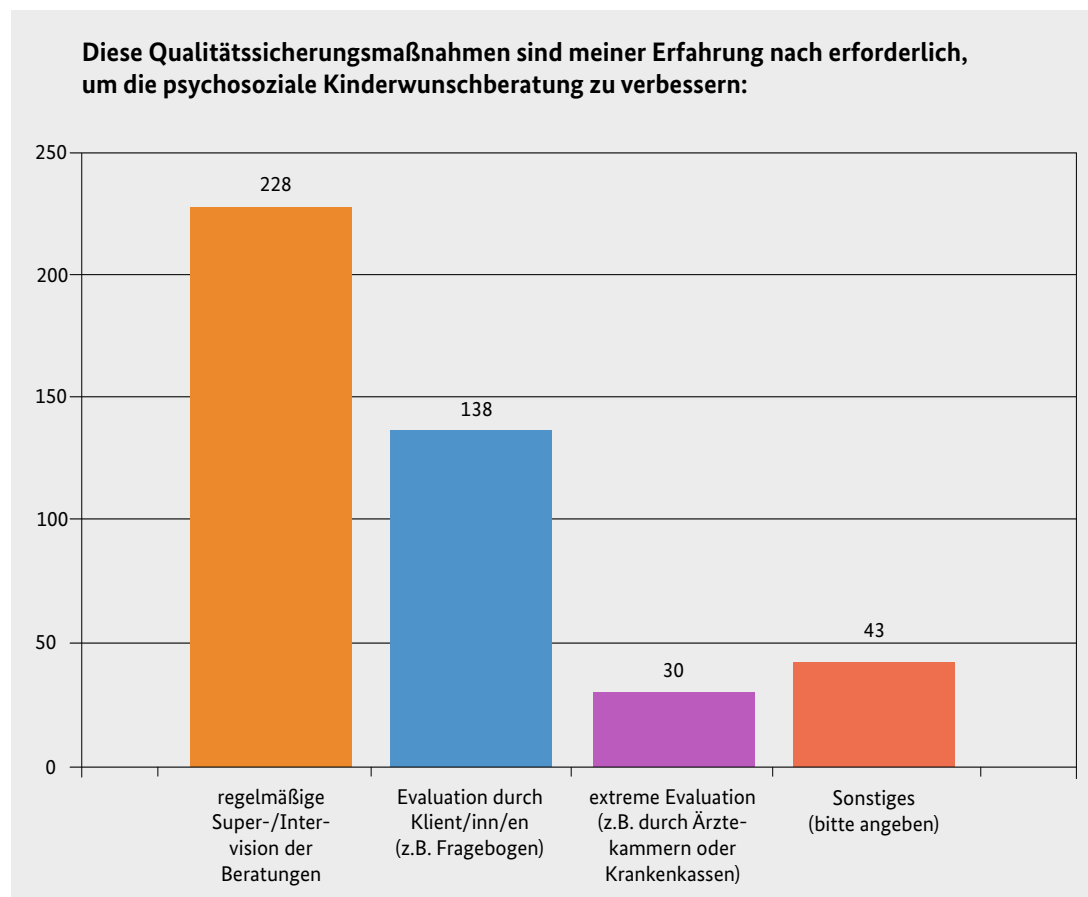
Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern: (Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
regelmäßige Super-/Intervision der Beratungen	92,3
Evaluation durch Klient/inn/en (z. B. Fragebogen)	55,9
externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen)	12,1
Sonstiges (bitte angeben):	17,4
■ regelmäßige Fort- und Weiterbildungen (14 x), auch für Berater/inn/en aus den Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, vor Ort ■ Qualitätszirkel mit Arzt/inn/en/Reproduktionsmediziner/inn/en, regelmäßiger Austausch inter- und interdisziplinär (7 x) ■ gute Netzwerkarbeit in der Region (3 x) ■ Beraternetzwerk wie BKiD ist sehr hilfreich und positiv (2 x) ■ kann ich nicht einschätzen (2 x) je 1 x genannt: ■ keine zusätzliche Bürokratie ■ externe Evaluation von unabhängiger Stelle – KK usw. sind ja „Geldgeber“ ■ ich gebe zu Bedenken: Evaluation durch Klient/inn/en könnte erfolgsabhängig sein ■ Rückmeldung der Klient/inn/en im Abschlussgespräch mündlich erfragt ■ Unabhängigkeit von kommerzieller Kinderwunschbehandlung ■ Beratungsangebot nur in großen Beratungsstellen mit spezialisierten Berater/inn/en ■ Richtlinien für Gruppenangebote für Regenbogenfamilien ■ findet schon statt ■ Evaluation durch die Psychotherapeutenkammern ■ Supervisionen werden bereits gemacht ■ regelmäßige Zertifizierung durch BKiD ■ eine viel kritischere Diskussion gegenüber der enormen Lobbypolitik der Pharmaindustrie, die die Not und das Leiden der Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit ausnutzt ■ Wer bezahlt das alles? ■ vor Ort Schaffung von Räumlichkeiten/Mit-Bezahlung durch die Ärztinnen/Ärzte ■ Die Kinderwunschberatung muss bei uns erst eingerichtet werden ■ mehr Infomaterial über den medizinischen Bereich zur Verfügung stellen ■ Ergebnisse zu sammeln ■ mehr Forschung	

(Frage 21 von 98 Personen nicht beantwortet)

Abb. 14 verdeutlicht die bewerteten Qualitätssicherungsmaßnahmen grafisch.

Abb. 14: Gewünschte Qualitätssicherungsmaßnahmen (Berater/inn/en)



Als wichtigste Qualitätssicherungsmaßnahme wurde von den psychosozialen KinderwunschberaterInnen die regelmäßige Super- bzw. Intervision der Beratungen gesehen. Weniger wichtig wurde als qualitätssichernde Maßnahme die direkte Evaluation der psychosozialen Kinderwunschberatung durch die KlientInnen bspw. mittels Fragebogen eingeschätzt, während eine externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen) für wenig nötig bzw. sinnvoll gehalten wurde (in diesem Punkt vergleichbar mit den Angaben der reproduktionsmedizinischen Zentren). Acht der neun antwortenden BeraterInnen aus reproduktionsmedizinischen Zentren waren für eine Evaluation durch KlientInnen, und damit prozentual deutlich mehr als bei den anderen befragten Gruppen.

Frage 22:

Diese Leit- bzw. Richtlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung kenne ich

114 Fachkräfte beantworteten diese Frage. Am bekanntesten sind die Leit- und Richtlinien des BKiD. 33 Fachkräfte gaben an, alle BKiD-Richtlinien zu kennen, 32 kennen die Richtlinie zur psychosozialen Kinderwunschberatung, weitere 33 kennen die Leitlinien zur Gametenspende und 29 die Leitlinien „Reproduktives Reisen“. Weiterhin ist mehreren Fachkräften die Richtlinie der BÄK bekannt, vielen jedoch nicht explizit: Diese Fachkräfte beschrieben Inhalte

dieser Richtlinie („Ärzte müssen auf Beratung verweisen“, „Ärzte sind verpflichtet, auf die Möglichkeit der Beratung hinzuweisen“), ohne diese Inhalte direkt mit der BÄK-Richtlinie in Verbindung zu bringen. Darüber hinaus wurden die folgenden Leit- und Richtlinien von einzelnen Fachkräften benannt:

- ESHRE – Guidelines (2-mal)
- DGPF (2-mal)
- „pro familia“-Leitlinien (2-mal)
- Leitlinien „Psychosomatik“ (Strauß et al., 2004) (2-mal)
- IPPF
- DGPG (2-mal)
- DAKJEF
- kirchliche Leitlinien für die allgemeine psychosoziale Beratung
- Leitlinien der Psychotherapeutenkammer
- internationale Richtlinien
- Frankfurter Erklärung zur Beratung allgemein

Auch wurden Diskussionspapiere, Stellungnahmen und Bücher genannt, z. B. das Diskussionspapier der Diakonie Baden zur PID, eine Stellungnahme des Diakonischen Werks Baden-Württemberg und der Ratgeber „Der Traum vom eigenen Kind“ (Wischmann & Stammer, 2010). Letztendlich wurden auch das Psychotherapeutengesetz, das Sozialgesetzbuch und das Schwangerschaftskonfliktgesetz aufgeführt. Vier Fachkräfte kennen keine Richt- oder Leitlinien, eine weitere Fachkraft teilte mit, dass diese „noch sehr unbekannt“ seien.

Zusätzlich teilen viele Fachkräfte Beratungsgrundsätze mit, die inhaltlich leitend in der Beratung sein können. Hierzu gehören:

- die Ergebnisoffenheit, Wertefreiheit und Unabhängigkeit der Beratung
- die Bereitstellung fundierter und seriöser Information zur reproduktionsmedizinischen Behandlung
- die Unabhängigkeit und Weisungsungebundenheit von Beratung im medizinischen Kontext
- die Beratung als Möglichkeit der Information, Entscheidungsfindung, Begleitung und Therapie

Frage 23:

Für diese Bereiche der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten noch Leit- bzw. Richtlinien erstellt werden

Für folgende Themenbereiche sollen gemäß den 35 BeraterInnen, die hierzu Rückmeldung gaben, noch Leit- oder Richtlinien erstellt werden:

Mehrfachnennung:

- Kinderwunsch von lesbischen und alleinstehenden Frauen bzw. Regenbogenfamilien
- Alternativmedizin: seriöse und unseriöse Angebote für Kinderwunschaare
- PID
- Eizellspende
- Umgang mit Trauer, Grenzziehung und Abschied vom Kinderwunsch
- Sexualität und Kinderwunsch
- Trauerbegleitung (nach Verlust, nach Mehrlingsreduktion)

Einfachnennung:

- Embryonenspende
- Pränataldiagnostik
- Ethische Fragestellung hinsichtlich der medizinischen Weiterentwicklung
- Phasenspezifische Beratung während der Kinderwunschbehandlung
- Allgemeine Schwangerenberatung
- Adoption und Inpflegenahme von Kindern

Darüber hinaus wurden Stichpunkte wie „*Versorgung im ländlichen Raum*“, „*für Frauenärzte*“ und „*Leitlinien für die Finanzierung (Kosten sehr unterschiedlich)*“ aufgeführt, die sich nicht direkt auf Beratungsinhalte beziehen.

Frage 24:

Diese Rückmeldung(en) möchte ich zusätzlich zu den o. a. Themenbereichen noch geben

Die häufigsten Rückmeldungen der 89 psychosozialen Fachkräfte, die sich bei dieser Frage beteiligten, bezogen sich darauf, dass keine (22 TeilnehmerInnen) bzw. wenig (18 TeilnehmerInnen) Fachkräfte bzw. Beratungsstellen eine Kinderwunschberatung durchführen. Als Gründe wurden angebracht, dass „*ein fachlicher Input fehlt*“, dass die Beratungsangebote im ländlichen Bereich sind und (wie auch zu den Kinderwunschzentren) weite Anfahrten erforderlich sind oder Ratsuchende Hilfe in entfernteren Städten aufsuchen, dass Schwangerenberatungsstellen nicht als zuständig für die Kinderwunschberatung wahrgenommen werden, dass viele Beratungen erst nach der medizinischen Behandlung und während der Schwangerschaft stattfinden und dass finanzielle und personelle Ressourcen fehlen und daher dieser Bereich nicht explizit beworben wird. Einige TeilnehmerInnen vermerkten, dass sie an Fachberatungsstellen weiterverweisen, andere betonten, dass jede Schwangerschaftsberatungsstelle mit der Thematik des Kinderwunsches vertraut sein sollte. Ein/e TeilnehmerIn beschrieb großes Interesse an der Kinderwunschberatung, bemängelte jedoch eine häufige Terminabsage der Ratsuchenden aufgrund der Kosten.

Mehrere Rückmeldungen bezogen sich auf die medizinische Behandlung und die Kooperation. Auch bei dieser letzten Frage wurde gefordert, dass Paare ganzheitlich betreut werden sollen und eine Beratung Bestandteil davon ist. Außerdem böte eine enge Kooperation und damit verbundene „*Einblicke und ggf. Kenntnisse über die medizinischen Aspekte der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen ... gute Voraussetzungen für eine kompetente Beratung*“.

Weiterhin wurde hier gefordert, dass während der medizinischen Behandlung ständig psychosoziale Beratungsangebote unterbreitet werden sollen und dass „*im ESchG Mindeststandards für Beratung definiert werden*“ und ÄrztInnen eine Kooperationsverpflichtung mit psychosozialen Fachkräften eingehen sollten. Eine Fachkraft betonte nochmals, dass eine unabhängige Beratung außerhalb der medizinischen Behandlung gewährleistet sein soll, damit Paare neutral und allparteilich beraten werden können. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang die „*Quasi-Zwangsberatung vor Fremdinseminationen als abzuhakenden Punkt auf Laufzettel*“ sowie die „*böswillige Spaltung*“ der Bereiche Schulmedizin und Alternativmedizin; hier seien Kooperation und Toleranz erforderlich.

Weiterhin wird nochmals Öffentlichkeitsarbeit gefordert, damit die psychosoziale „Kinderwunschberatung in der Gesellschaft, Ärzteschaft und Politik einen höheren Stellenwert erhält. Das Interesse des BMFSFJ und dieses Projekt werden daher explizit begrüßt.“

Als *Einzelnennungen* wurden diese zusätzlichen Aspekte beschrieben:

- Das Adoptionsrecht sollte überarbeitet werden.
- Die Behandlung von Lesben sollte erleichtert werden.
- Die regelmäßigen Hinweise und Informationen durch BKiD sind eine gute Unterstützung in der Beratungsarbeit.
- Die Beratungskosten sollten zumindest teilweise übernommen werden.
- Die Prävention (Aufklärung über Fruchtbarkeit, Kinderwunsch u. Ä. in der Schule, in bestimmten Studiengängen und Ausbildungen) und Forschung dazu sollten initiiert werden.
- Hebammen sind in die nachgeburtliche Versorgung von Kinderwunschpaaren eingebunden; hier fehlen Hilfen und Forschung.
- Behandlungen im Ausland führen zu komplexen Situationen (Beratung nach PND-Befund, nach Leihmutterschaft).
- Die besonderen Qualifikationen der Fachkräfte für die psychosoziale Kinderwunschberatung sollen berücksichtigt und entsprechend vergütet werden.
- Ist die Aufklärung von Kindern, die mit medizinischer Hilfe gezeugt wurden, für deren seelische Gesundheit nötig?

7.3 Quantitative und qualitative Auswertung der Antworten der Interessenverbände

Es wurden folgende acht Bundesverbände von Beratungseinrichtungen über ihre zentralen Geschäftsstellen angeschrieben:

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Deutscher Caritasverband e. V., Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., donum vitae – Verein zur Förderung des Schutzes des menschlichen Lebens e. V. – Bundesverband, pro familia Bundesverband – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Sozialdienst katholischer Frauen – Zentrale e. V.

Weiterhin wurden (erfasst über den Dachverband Beratung, s. www.dachverband-beratung.de) noch als potenziell mit der Thematik befasste fünf Organisationen angeschrieben:

Geschäftsstelle des Bundesverbandes katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e. V., Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie e. V., Evangelische Konferenz für Familien und Lebensberatung e. V. und der Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision

Zusätzlich wurden diese 14 weiteren Interessenverbände kontaktiert:

ABC Club, Wunschkind e. V., Vorstand des Berufsverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ), Aktion Kinderwunsch, Arbeitskreis für donogene Insemination e. V., Endometriosevereinigung e. V., Initiative donogene Insemination, Lesben- und Schwulenverband Deutschland, Fachkommission Frauen-/Strukturpolitik des Dachverbands Reproduktions-

biologie und -medizin e. V., Deutsches Netzwerk Reproduktionsassistenten, Initiative Regenbogen – Glücklose Schwangerschaft, ungewollt kinderlos, Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, Dachverband Reproduktionsmedizin und -biologie e. V. (DVR).

Von den 105 (per E-Mail bzw. per Briefpost) angeschriebenen Lesben-/Frauenberatungsstellen gaben 6 direkt die Rückmeldung, sich nicht an der Beratung beteiligen zu können, da sie explizit keine psychosoziale Kinderwunschberatung anbieten würden. Bei acht Beratungsstellen waren die Briefe wegen falscher Adresse nicht zustellbar. Nicht anonym teilgenommen haben sechs Zentren. Da den Lesben-/Frauenberatungsstellen die gleiche Online-Umfrage wie den Beratungsstellen bzw. BeraterInnen zugewiesen ist, sind deren Antworten in der Auswertung unter 7.2 enthalten.

Ergebnisse aus der Umfrage unter den Interessenverbänden

Von dieser Zielgruppe hatten 16 die Umfrage begonnen und 15 durchgeführt, wobei nur acht bereit waren, an der Umfrage teilzunehmen. Eine Kontaktadresse wurde in keinem Fall angegeben. Eine quantitative Auswertung erschien nicht sinnvoll, weshalb im Folgenden nur die Freitextantworten der Online-Umfrage dargestellt werden.

Frage 3:

Diese Maßnahmen sind meiner Erfahrung nach kurz- oder langfristig erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern:

Für 5 Interessenverbände sind eine bessere Öffentlichkeitsarbeit und konkrete Implementierung der Beratung in die medizinische Behandlung zentrale Verbesserungsmaßnahmen (z. B. „Beratungsmöglichkeiten nach frustrierten Behandlungen eröffnen schon zu Beginn der Behandlung“). Sie sprechen sich für eine Vernetzung und bessere Verbreitung der Beratungsangebote aus (z. B. „Liste qualifizierter BeraterInnen“) und erachten eine Normalisierung bzw. Entstigmatisierung der psychosozialen Beratung als einen wichtigen Faktor, der die Inanspruchnahme der Beratung erhöhen könnte. Weiterhin wurde es für maßgeblich erachtet, den Kinderwunschzentren eine juristisch verbindliche Nachweispflicht hinsichtlich der Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle aufzuerlegen. Ein Interessenverband empfahl sogar eine gesetzliche Verpflichtung zur Beratung, denn Erfahrungen aus anderen Bereichen wie der Pränataldiagnostik zeigten auf, dass nur auf diesem Wege die Beratung fest verankert werden könne. Darüber hinaus sei es wichtig, MedizinerInnen bereits während des Studiums für die Thematik des unerfüllten Kinderwunsches zu sensibilisieren und diesen Themenbereich in die Weiterbildungsordnungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aufzunehmen. Letztendlich sollen für die psychosoziale Kinderwunschberatung Fort- und Weiterbildungen angeboten werden und den Beratungsstellen sollten hierfür, für Fachliteratur sowie für die Durchführung der Beratung finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Frage 4:

Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern:

Regelmäßige Supervision bzw. Intervention sowie eine Evaluation der Beratung durch KlientInnen wurden von 6 Interessenverbänden als wichtige Qualitätssicherungsmaßnahmen erachtet. Zusätzlich wurden eine externe Evaluation durch Ärztekammern oder Krankenkassen sowie regelmäßige Fortbildungen angeregt. Konkret genannt wurden

- 6 x regelmäßige Super-/Intervention der Beratungen
- 5 x Evaluation durch KlientInnen (z. B. Fragebogen)
- 1 x externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen)
- 2 x regelmäßige Fortbildung der BeraterInnen

Frage 5:

Diese Leit- bzw. Richtlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung kenne ich:

Drei Interessenverbände beantworteten diese Frage. Diese kannten die Leit- und Richtlinien des BKiD. Darüber hinaus wurden die Richtlinie der BÄK sowie nicht näher bezeichnete Leitlinien zur Beratung bei Präimplantationsdiagnostik, Fetoizid bei Mehrlingen, zu Fehl- und Totgeburt, bei Lesben und alleinstehenden Frauen genannt. Konkret genannt wurden

- 3 x BKiD-Richtlinien
- 1 x Richtlinie der BÄK, Richtlinie zur DI
- 1 x Beratung zu Präimplantationsdiagnostik
- 1 x Beratung zu Fetoizid bei Mehrlingen
- 1 x Beratung nach Fehlgeburt oder Totgeburt und bei gleichgeschlechtlichen Paaren und Alleinstehenden
- 1 x ESchG

Frage 6:

Für diese Bereiche der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten noch Leit- bzw. Richtlinien erstellt werden:

Nur 2 Interessenverbände beschrieben Bedarf für zusätzliche Leit- oder Richtlinien, und zwar Richtlinien im Zusammenhang mit der PND (2-mal), Beratung bei Fetoizid im Rahmen von Mehrlingen (1-mal), Beratung nach Fehl- oder Totgeburt (1-mal) und Beratung bei gleichgeschlechtlichen Paaren und Alleinstehenden (1-mal).

Frage 7:

Diese Rückmeldung(en) möchte ich zusätzlich zu den o. a. Themenbereichen noch geben:

Nur 2 Interessenverbände gaben noch zusätzliche Rückmeldungen. Einer bezog sich auf die Rahmenbedingungen für die Beschäftigten von ÄrztInnen in den Schwangerschaftsberatungsstellen, die verbessert werden sollten, der zweite forderte nochmals „eine gesetzliche Verpflichtung zur Beratung zu erlassen, wenn diese wirksam werden soll“.

Frage 8:

Ich möchte über die Vorstellung der Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden.

Ein Interessenverband möchte über die Ergebnisse informiert werden, teilte seine Anschrift jedoch nicht mit.

Von einzelnen VertreterInnen der Geschäftsstellen wurden uns Rückmeldungen in Form von E-Mails gegeben, die hier anonymisiert dargestellt werden.

Sehr geehrte Frau Thorn, sehr geehrter Herr Wischmann,

Ihren Fragebogen zum Status der psychosozialen Kinderwunschberatung habe ich in dieser Woche erhalten.

Als zuständige Mitarbeiterin für den Arbeitsbereich Schwangerschaftsberatung begrüße ich grundsätzlich, wenn Sie und das BMFSFJ sich des Themas „Kinderwunschberatung“ annehmen. Allerdings hat sowohl das Schreiben von Frau Welskop-Deffaa als auch der nicht klare Adressat/inn/enkreis der Befragung bei mir Verwunderung ausgelöst. Daher werde ich den Fragebogen so nicht ausfüllen, möchte Ihnen aber dennoch eine Rückmeldung geben.

Die Schwangerschaftsberatungsstellen beraten in allen Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt. Dazu gehört auch die Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit, das ist ihr gesetzlicher Auftrag nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz. Die tatsächlichen Beratungen zu diesem Thema können in den einzelnen Beratungsstellen unterschiedlich sein. Während es in vielen Beratungsstellen eher nicht ein häufiger Beratungsanlass ist, haben andere Beratungsstellen einen ihrer Schwerpunkte auf die Beratung zu diesem Thema gelegt und Angebote dazu entwickelt (z.B. Zusammenarbeit mit Kinderwunschzentren oder Gruppenangebote für betroffene Paare).

Über die Ergebnisse Ihrer Umfrage möchte ich gern informiert werden.

Für Fragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Frau Dr. Thorn, sehr geehrter Herr Dr. Wischmann,

ich wende mich an Sie als Bundesreferentin für die Schwangerschaftsberatung XXX. Bei mir häufen sich die Anfragen von Beratungsstellen und YYY bzgl. Ihrer Fragebogenaktion mit der Bitte um Rückmeldung und nähere Informationen. Leider hat Ihre Abfrage die Beratungsstellen recht unvermittelt erreicht und eher irritiert. Mir ist dabei nicht ganz klar geworden, ob Sie alle Schwangerschaftsberatungsstellen angeschrieben haben oder einen spezifischen Verteiler. Ich selber habe Ihren Fragebogen erhalten, meine Kollegin Frau Y dagegen nicht. Haben Sie auch an die Adoptions- und Pflegekinderdienste gedacht? Hier findet psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch häufiger statt. Auch Frau Z. hat erst von mir von der Erhebung erfahren.

Nachdem ich Sie telefonisch nicht erreicht habe, habe ich mit Frau B. telefoniert, die mir einiges über die Hintergründe Ihres Auftrages erzählt hat. Sie hat mich gebeten, mit Ihnen per Mail Kontakt aufzunehmen.

Nun zur Schwangerschaftsberatung: Unsere Beratungsstellen bieten im Allgemeinen keine unmittelbare „Kinderwunschberatung“ an, dennoch werden in der Schwangerschaftsberatung Frauen/Paare auch bei unerfülltem Kinderwunsch psychosozial beraten, wenn dies zum Thema in der Beratung – z. B. im Zusammenhang mit Beratung vor/während/nach PND – wird.

Es gibt auch einige wenige Beratungsstellen, die sich in dieser Thematik spezialisiert haben. Diesen Beratungsstellen werde ich empfehlen, sich auf jeden Fall an Ihrer Fragebogenaktion zu beteiligen. Vorher bitte ich Sie aber um eine kurze Rückmeldung, ob Sie tatsächlich alle Schwangerschaftsberatungsstellen angeschrieben haben oder nur einzelne, von denen Sie ausgehen, dass sie ein spezifisches Angebot machen.

Ich bin sehr am weiteren Fortgang und an den Ergebnissen Ihrer Befragung interessiert und stehe Ihnen auch zu Nachfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Frau Dr. Thorn, sehr geehrter Herr Dr. Wischmann,

in Deutschland gibt es etwa 300 Schwangerschaftsberatungsstellen in Trägerschaft von XYZ. Die Beratungsstellen beraten Frauen und Paare gemäß dem Aufgabenspektrum des § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz.

Frauen und Paare werden in allen Fragestellungen rund um eine Schwangerschaft und auch nach der Geburt des Kindes bis zum vollendeten 3. Lebensjahr beraten.

Aufgrund ihres Aufgabenspektrums wird in der Schwangerschaftsberatung bei Bedarf das Thema unerfüllter Kinderwunsch aufgegriffen. In der Regel bieten die Schwangerschaftsberatungsstellen aber keine unmittelbare Kinderwunschberatung an. Dennoch gibt es Stellen, in denen sich Beraterinnen mit diesem Thema intensiv beschäftigt und sich fortgebildet haben und ein entsprechendes Angebot vorhalten.

Zu Ihrer Umfrage:

Mir ist nicht ganz klar, welche Verteilerlisten Sie bei Ihrer Umfrage verwenden. Wurden alle Schwangerschaftsberatungsstellen angeschrieben?

Es kamen bei mir Rückmeldungen an, dass nicht alle Beratungsstellen angeschrieben wurden. Dies sorgte für Irritationen.

Ich bin daran interessiert, über Ihre Befragung mehr zu erfahren, und stehe Ihnen gerne bei einem Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrter Herr Wischmann, sehr geehrte Frau Thorn,

vielen Dank für Ihre Anfrage.

XYZ ist ein gemeinnütziger Verein, der die Belange von ungewollt Kinderlosen mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen und durch den Dialog mit der Politik in den Blick der Gesellschaft bringen will.

Psychosoziale Kinderwunschberatung bieten wir nicht an, nur im Sinne von „Wegweisen“, Weiterleiten an Beratungs- und Kinderwunsch-Einrichtungen und Informationsbereitstellung.

Über eine Information von Ihnen bei Vorstellung der Umfrageergebnisse des BMFSFJ würden wir uns nichtsdestotrotz freuen!

Herzliche Grüße

8.

Erfordernisse für die Zukunft

Im folgenden, letzten Kapitel wird anhand der Aspekte „Entstigmatisierung der Beratung“, „Formale Verankerung der Beratung in die medizinische Versorgung“ und „Qualitätssicherungsmaßnahmen“ der Status quo der psychosozialen Kinderwunschberatung zusammengefasst und die Forderungen – basierend auf den Befragungen der Kinderwunschzentren, der psychosozialen Fachkräfte und der Interessenverbände – für eine bessere Implementierung der Beratung beschrieben und begründet.

8.1 Entstigmatisierung der psychosozialen Kinderwunschberatung

Viele Paare wünschen sich eine psychosoziale Kinderwunschberatung und sehen dies für erforderlich an, doch Angst vor Stigmatisierung und zusätzlicher Labilisierung sowie die mangelnde Integration in die medizinische Behandlung führen zu einer niedrigen Wahrnehmung der Beratungsangebote. Daher nehmen nur wenige Personen und Paare und überwiegend solche, die bereits belastende Lebensereignisse verarbeiten mussten, eine psychosoziale Kinderwunschberatung wahr. Für Deutschland liegen kaum Daten vor, wie häufig tatsächlich eine Beratung in Anspruch genommen wird; auch liegen keine Zahlen für die Beratung vor einer Samenspende vor, obgleich dies laut der Richtlinie der BÄK explizit empfohlen wird. Bei guter Integration des psychosozialen Beratungsangebotes können allerdings Akzeptanzraten von bis zu 80 % erreicht werden (Emery et al., 2003). Darüber hinaus fehlen bislang Untersuchungen, die Aufschluss darüber geben, nach welchen Kriterien Ratsuchende Einzelberatung, Paarberatung oder Gruppenangebote wählen.

8.1.1 Forderungen aus Sicht der Kinderwunschzentren

1. Eine konstruktive und **nichtstigmatisierende Darstellung** der psychosozialen Kinderwunschberatung ist aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren sinnvoll. Diese soll als Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dem unerfüllten Kinderwunsch und der medizinischen Behandlung dargestellt werden, damit mögliche Vorurteile (z. B. dass die Beratung darauf abzielt, den Kinderwunsch oder die reproduktionsmedizinische Behandlung „auszureden“) entkräftet werden.
2. Ein **flächendeckendes Angebot** von Fachkräften, die sich auf die psychosoziale Kinderwunschberatung spezialisiert haben, sowie eine feste Verankerung dieser Beratung in die medizinische Behandlung können zusätzlich dazu beitragen, die Hemmschwelle für eine Beratung herabzusetzen und die psychosoziale Kinderwunschberatung als wesentlichen und wertvollen Teil der medizinischen Behandlung anzuerkennen.

8.1.2 Forderungen aus Sicht der BeraterInnen

3. Auch die psychosozialen Fachkräfte sprachen sich für mehr **Öffentlichkeitsarbeit** zur Problematik des unerfüllten Kinderwunsches und zur Bedeutung der psychosozialen Kinderwunschberatung aus.
4. Ein **wohnortnahes Angebot** der psychosozialen Kinderwunschberatung wird ebenfalls als Instrument erachtet, dass die Entstigmatisierung in der Gesellschaft allein durch die öffentliche Präsenz vorantreibt.
5. Die BeraterInnen unterbreiteten zusätzlich mehrere **konkrete Vorschläge**:

Das BMFSFJ, dessen Engagement für die psychosoziale Kinderwunschberatung explizit begrüßt wird, könne die Öffentlichkeitsarbeit vorantreiben und die Thematik „unerfüllter Kinderwunsch“ in den Medien verstärkt darstellen.

Beratungsstellen könnten ihre Arbeit zu diesem Themenbereich öffentlichkeitswirksam im Rahmen von „Tagen der offenen Tür“ oder Ähnlichem sowie intensiver online darstellen und Faltblätter hierzu entwerfen bzw. vorhandene aktualisieren.

Ein gesetzlich verankerter Beratungsauftrag wird als weiteres Instrument erachtet, die psychosoziale Kinderwunschberatung in der Öffentlichkeit und in der Fachöffentlichkeit besser zu verorten und damit deren Akzeptanz zu erhöhen.

Letztendlich sollten wissenschaftliche Forschungsprojekte angeregt werden, die auch Aspekte der psychosozialen Beratung untersuchen. Die Ergebnisse sollten sowohl in der Fach- als auch in der Laienpresse und in weiteren öffentlichen Medien dargestellt werden.

8.1.3 Forderungen aus Sicht der Interessenverbände

Auch die Interessenverbände sehen vor allem in der **Öffentlichkeitsarbeit** die Möglichkeit, die psychosoziale Kinderwunschberatung bekannter zu machen und Hemmschwellen abzubauen.

Hierfür wird zusätzlich eine **stärkere Vernetzung** der auf die psychosoziale Kinderwunschberatung spezialisierten psychosozialen Fachkräfte gefordert, damit der Zugang zu dieser Beratung erleichtert wird.

8.2 Formale Verankerung der psychosozialen Kinderwunschberatung in die medizinische Versorgung

In Deutschland gibt es, im Vergleich zu psychosozialer Beratung in anderen krisenhaften Lebenssituationen wie beispielsweise dem Schwangerschaftskonflikt, keine gesetzliche Verankerung der Notwendigkeit einer psychosozialen Kinderwunschberatung. Auch gibt es keine tatsächlich sanktionsbewährten Richtlinien, nach denen eine psychosoziale Kinderwunschberatung vor, während oder nach einer medizinischen Behandlung angeboten oder empfohlen werden muss.

Das ESchG trifft keine Aussage zur psychosozialen Kinderwunschberatung, die Richtlinie des BÄK bleibt hinsichtlich des Erfordernisses einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung eher vage. ÄrztInnen sind zwar angehalten, vor Behandlungsbeginn eine ärztliche Beratung durchzuführen und vor einer Spendersamenbehandlung auf eine externe psychosoziale Beratung hinzuweisen. Die vorliegende Umfrage und die Pilotstudie von Stöbel-Richter et al. (2011) zeigen jedoch auf, dass diesen Vorgaben nicht immer Rechnung getragen wird. Gemäß der vorliegenden Studie verweisen zwar über 80 % der ÄrztInnen auf eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung, knapp über die Hälfte aller befragten psychosozialen Fachkräfte und ca. 2/3 der BeraterInnen an kirchlichen Beratungsstellen jedoch teilen mit, dass Ratsuchende nie auf Empfehlung eines Kinderwunschzentrums eine Beratung in Anspruch nehmen. Auch die psychosoziale Beratung vor einer Spendersamenbehandlung, die gemäß der BÄK immer empfohlen werden soll, wird laut der vorliegenden Befragung nicht häufig durchgeführt.

Weiterhin gibt es widersprüchliche Vorgaben zur Beratung: Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung fordert eine solche Beratung vor Behandlungsbeginn durch eine Ärztin/einen Arzt, die/der die Behandlung nicht selbst durchführt, eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung wird jedoch nicht gefordert. Wie Stöbel-Richter et al. (2011) in ihrer Publikation aufzeigen, empfiehlt die Bundesärztekammer in ihrer Richtlinie eine Beratung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Um beiden Empfehlungen bzw. Anforderungen gerecht zu werden, müssten somit wenigstens zwei Beratungen durchgeführt werden.

Die psychosoziale Kinderwunschberatung spielt daher faktisch bisher oft eine untergeordnete und wenig ausdifferenzierte Rolle, obgleich es mittlerweile für die Beratungsinhalte und -interventionen zahlreiche deutsche Richt- und Leitlinien hierfür gibt. Die Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ führt detailliert aus, wie die Diagnostik und psychosoziale Versorgung durchgeführt werden können, die Leit- und Richtlinien des BKiD zeigen Qualifikationsstandards und Inhalte für die psychosoziale Kinderwunschberatung auf. Weiterhin beschreiben bspw. Strauß (2000), Thorn (2008a), Stammer et al. (2004) sowie Kleinschmidt et al. (2008) detailliert in ihren Publikationen das Vorgehen in der und Interventionen für die psychosoziale Kinderwunschberatung. Zusätzlich liegen zahlreiche internationale Leitlinien (s. 4.8) und Konzepte für die psychosoziale Kinderwunschberatung – wie z. B. das bereits erwähnte Standardwerk für die Beratung: Covington & Hammer Burns (2006) – zur Orientierung vor. Im angelsächsischen Raum gibt es darüber hinaus auch gesetzliche Vorgaben für eine Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Fachkräften und für die Qualifikation dieser Fachkräfte. Letztendlich haben mehrere nationale Fachverbände für psychosoziale Kinderwunschberatung – ähnlich wie z. B. BKiD für Deutschland – Qualifikationsstandards und Beratungskonzepte entwickelt.

Alle Fachkräfte, die Kontakt zu Paaren und Personen mit Kinderwunsch haben, sollten über aktuelle und fundierte medizinische und psychosoziale Grundkenntnisse verfügen, damit sie eine professionelle patientenzentrierte Versorgung gewährleisten können.

Die ärztliche Beratung, die gemäß der Richtlinie der BÄK vor Behandlungsbeginn erforderlich ist, wird laut den Rückmeldungen der reproduktionsmedizinischen Zentren sowohl vor, während als auch nach der Behandlung durchgeführt. In der Regel findet diese Beratung während des Behandlungseinführenden Gesprächs, während und auch nach der medizinischen Behandlung statt und es stehen hierfür durchschnittlich ca. 30 Minuten zur Verfügung, mit einer Schwankungsbreite von 5 bis zu 90 Minuten. Eine Orientierung an den Vorgaben der BÄK ist nur ansatzweise zu erkennen. Deutlich wird aus unseren Umfrageergebnissen, dass einige ÄrztInnen die ärztliche psychosoziale Beratung ernst nehmen und sie vor Behandlungsbeginn mit einem ausreichenden Zeitfenster durchführen. Die Daten lassen jedoch auch darauf schließen, dass andere diese Beratung sehr knapp halten und möglicherweise erst während der Behandlung durchführen. Dies deckt sich mit der Pilotstudie von Stöbel-Richter et al. (2011), in der ebenfalls der Umfang der psychosozialen Beratung als ausbaufähig beschrieben wird. Unzufrieden sind die ÄrztInnen mit der Honorierung ihrer Beratung; dies trägt möglicherweise auch dazu bei, dass für diese Beratung wenig Zeit veranschlagt wird.

Für eine fundierte patientenzentrierte Grundversorgung benötigen alle Fachkräfte fachliches Wissen und ein ausreichendes Zeitfenster für die Gesprächsführung. Gemäß der vorliegenden Erhebung ist diese Grundversorgung noch stark ausbaufähig.

8.2.1 Forderungen aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren

1. Um die Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Fachkräften voranzutreiben und die psychosoziale Kinderwunschberatung besser in die medizinische Versorgung einzubinden, sprechen sich die reproduktionsmedizinischen Zentren für eine **verpflichtende Kooperation** mit einer Fachkraft für die psychosoziale Kinderwunschberatung aus, beispielsweise indem hierfür eine zusätzliche Zertifizierung erforderlich wird.
2. Die psychosoziale Kinderwunschberatung sollte sowohl **integriert als auch unabhängig** angeboten werden. Die Ratsuchenden selbst sollten idealerweise entscheiden können, welche Beratung sie wahrnehmen möchten. Diese unabhängige Beratung ist insbesondere für Paare wichtig, die sich nicht in reproduktionsmedizinischer Behandlung befinden.
3. Nicht nur um eine Entstigmatisierung voranzutreiben, sondern auch um die psychosoziale Kinderwunschberatung besser zu implementieren, sprechen sich die reproduktionsmedizinischen Zentren für einen **Ausbau** der psychosozialen Kinderwunschberatung aus, damit diese Beratung flächendeckend angeboten werden kann, Wartezeiten vermieden werden und in Krisensituationen eine Beratung umgehend in Anspruch genommen werden kann.
4. Für den Bereich der psychosozialen Kinderwunschberatung sollen aus Sicht der MedizinerInnen für diese Bereiche weitere **Leitlinien** erstellt werden:
 - Beratung von PatientInnen mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen
 - Beratung vor einer onkologischen Therapie (Protektion der Fertilität)
 - Beratung gleichgeschlechtlicher Paare mit Kinderwunsch

5. Die psychosoziale Kinderwunschberatung sollte **kostengünstig** oder kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Dies ist vor allem angesichts der hohen Zuzahlung zur medizinischen Kinderwunschbehandlung und begrenzter finanzieller Ressourcen mancher Paare von Bedeutung. Die ÄrztInnen befürchten, dass ein (hohes) Honorar für eine psychosoziale Kinderwunschberatung diese PatientInnen zusätzlich belastet und von der Beratung abhält.
6. Für die psychosoziale Kinderwunschberatung könnten Instrumente entwickelt werden, um deren Inanspruchnahme zu **dokumentieren**, z. B. eine anonymisierte Aufnahme der Anzahl und Inhalte in das DIR (s. Stöbel-Richter et al., 2011). Dies käme einer Kontrolle der Beratung gleich und wäre eine (zusätzliche) Maßnahme, dieser Beratung eine höhere Bedeutung zukommen zu lassen.
7. Viele der antwortenden ÄrztInnen führen eine ärztliche Beratung der Kinderwunschpaare durch und äußerten sich frustriert ob des niedrigen Honorars, das hierfür zur Verfügung stehe. Möglicherweise trägt dieses niedrige Honorar dazu bei, dass die ärztliche psychosoziale Beratung von einigen ÄrztInnen eher kurz, von manchen selten durchgeführt wird. Die „sprechende Medizin“ sollte daher aufgewertet und die **Gesprächsleistungen der ÄrztInnen für diese patientenzentrierte Versorgung** aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren **besser honoriert** werden.

8.2.2 Forderungen aus Sicht der BeraterInnen

1. Auch die psychosozialen Fachkräfte sprachen sich für einen **verpflichtenden Hinweis** auf die Beratung aus. Im Gegensatz zu den reproduktionsmedizinischen Zentren, die eine niedrigschwellige Verpflichtung beispielsweise als zusätzliche Zertifizierung forderten, befürworteten einige wenige BeraterInnen sogar eine gesetzliche Verpflichtung oder eine (sanktionsbewährte) Richtlinie, die eine Kooperation fest verankert.
Dies erscheint auf dem Hintergrund, dass ca. 50% aller BeraterInnen (ca. 2/3 der BeraterInnen bei kirchlichen Trägern und ca. 46% der BeraterInnen bei staatlichen oder freien Trägern) nach eigenen Angaben nie einen KlientInnenkontakt aufgrund einer Empfehlung durch ein Kinderwunschzentrum haben, verständlich. Darüber hinaus äußerten viele BeraterInnen Frustration hinsichtlich ihrer Bemühungen um eine Kooperation. Sie teilten mit, dass sie sich sehr um eine Zusammenarbeit bemühten, diese aber abgelehnt würde, dass Ratsuchende nur in Extremsituationen oder zu einem recht späten Zeitpunkt während der medizinischen Behandlung auf die Möglichkeit einer Beratung hingewiesen werden würden. Sie werten dies als Zeichen mangelnden Interesses der reproduktionsmedizinischen Zentren an der Beratung und gehen davon aus, dass eine Kooperation nur dann zustande kommt, wenn sie verbindlich gefordert ist.
2. Da Ratsuchende häufig von GynäkologInnen, aber auch von HausärztInnen und UrologInnen auf die Möglichkeit einer psychosozialen Kinderwunschberatung hingewiesen werden, sprachen sich die BeraterInnen auch dafür aus, dass auch für diese Gruppe der ÄrztInnen **verbindliche und eindeutige Rahmenbedingungen (z. B. in Richtlinien) für die Empfehlung einer Beratung** entwickelt werden. Hierzu gehören weitere ÄrztInnen wie AndrologInnen, HumangenetikerInnen, die vor einer Kinderwunschbehandlung konsultiert werden, sowie Hebammen und PädiaterInnen, die nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung aufgesucht werden.

3. Weiterhin wird eine in die reproduktionsmedizinischen Zentren **integrierte psychosoziale Kinderwunschberatung bzw. deren Ausbau** gefordert. Nur 9 BeraterInnen gaben an, in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum zu arbeiten. Dies steht im Widerspruch zu den 21 reproduktionsmedizinischen Zentren, die angaben, eine Fachkraft für die psychosoziale Kinderwunschberatung vor Ort zu haben.

Die Fachkräfte nannten zahlreiche Gründe für einen Ausbau der integrierte Beratung: Sie hat positive Wirkung auf die Inanspruchnahme von Beratung und auf die Kooperation zwischen den psychosozialen und den medizinischen Fachkräften, der fachliche Austausch wird vereinfacht und führt zu mehr Interesse, Verständnis, Sensibilität und Wertschätzung für die Arbeit der anderen Profession und es ist in Krisensituationen eine sofortige Intervention möglich. Letztendlich argumentierten einige Fachkräfte auch, dass eine integrierte psychosoziale Kinderwunschberatung allokationsoptimierend wirken kann.

4. Da die Beratung bei kirchlichen und staatlichen Beratungsstellen kostenfrei ist, ist es erforderlich, **finanzielle Ressourcen für die Implementierung** der psychosozialen Kinderwunschberatung (Fort- und Weiterbildung, Einarbeitung in den Themenbereich des unerfüllten Kinderwunsches, Öffentlichkeits- und Netzwerksarbeit) zur Verfügung zu stellen.
5. Bei niedergelassenen BeraterInnen ist die Beratung mit einem Honorar verbunden (in der Regel € 60,00 bis € 80,00 pro Sitzung). Von vielen Fachkräften wird befürchtet, dass die anteiligen Kosten, die Kinderwunschaare für die medizinische Behandlung zahlen müssen, zu einer angespannten finanziellen Lage führen würden und dazu, dass sie eine kostenpflichtige psychosoziale Beratung nicht wahrnehmen. Zwar ist der Anteil der niedergelassenen BeraterInnen gering (knapp 7 %), allerdings führt diese Gruppe der Fachkräfte – zusammen mit den BeraterInnen, die direkt in den reproduktionsmedizinischen Zentren arbeiten – die meisten Beratungen durch und sie beraten – nach den BeraterInnen, die direkt in den reproduktionsmedizinischen Zentren arbeiten – mit Abstand die meisten Personen und Paare. Die Beratungsfachkräfte fordern daher, dass die **Kosten für die Kinderwunschberatung zumindest anteilig übernommen** werden, unabhängig davon, wo die Beratung stattfindet.

Als Kostenträger werden die privaten und öffentlichen **Krankenkassen** vorgeschlagen. So könnte für die psychosoziale Kinderwunschberatung eine eigene Abrechnungsnummer eingerichtet werden, und sie könne als Kurzzeittherapie mit 10 Sitzungen mit einem niedrighwelligen Antragsverfahren als explizite *Paarberatung* (wichtig, da bislang nur Einzeltherapie vom Krankenkassensystem übernommen wird) definiert werden. Damit wäre eine Begleitung während der medizinischen Behandlung kostenfrei möglich.

Weiterhin wurde die Forderung gestellt, **öffentliche Mittel** für diese Beratung bereitzustellen. Hierfür sollten BeraterInnen oder Ratsuchende für eine begrenzte Anzahl von Sitzungen (1 bis 3 Sitzungen) eine Kostenübernahme erhalten, unabhängig davon, wo diese Beratung stattfindet.

Für beide Modelle müssten Qualifikationsstandards für die psychosozialen Fachkräfte festgelegt werden und es müsste ein möglichst **einfaches Verfahren für die Kostenübernahme** entwickelt werden. Beide Modelle haben den Vorteil, dass Honorare für die Kinderwunschberatung vor allem bei den kirchlichen und staatlichen Beratungsstellen auch dafür eingesetzt werden könnten, die psychosoziale Kinderwunschberatung zu implementieren und weiterzuentwickeln.

6. Die psychosozialen Fachkräfte forderten eine **Zertifizierung für die Kinderwunschberatung**. Im Rahmen von Vorgaben, die bspw. an die Qualifikationsrichtlinien von BKiD angelehnt werden können, sollten formale Vorgaben erstellt werden, damit die Fachlichkeit sichergestellt und nach außen dargestellt werden kann.

7. Für die Weiterentwicklung der inhaltlichen Arbeit werden **zusätzliche Leitlinien** für sinnvoll erachtet. Diese sollten die folgenden Themenbereiche umfassen:

- der Kinderwunsch homosexueller Paare
- Beratung alleinstehender Frauen mit Kinderwunsch
- Umgang mit Trauer und Grenzziehung in der reproduktionsmedizinischen Behandlung
- Sexualität und Kinderwunsch
- PID
- ethische Aspekte neuerer medizinischer Verfahren (z. B. Embryonenspende)

8.2.3 Forderungen aus Sicht der Interessenverbände

1. Die Interessenverbände sprechen sich ebenso für eine bessere Verankerung der psychosozialen Kinderwunschberatung in die medizinische Versorgung und für eine obligatorische oder sogar gesetzlich auferlegte **Pflicht, auf die Beratung hinzuweisen**, aus.

2. Zusätzliche **Leitlinien** halten sie für folgende Bereiche für erforderlich:

- PND
- Fetozyd bei Mehrlingen
- Beratung bei Fehl- und Totgeburt
- Beratung gleichgeschlechtlicher Paare

8.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen für die psychosoziale Kinderwunschberatung

Für viele Frauen und Männer stellt der unerfüllte Kinderwunsch eine existenzielle Lebenskrise dar. Eine psychologische Verursachung ungewollter Kinderlosigkeit wird jedoch im Allgemeinen deutlich überschätzt, während die emotionalen Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches und der medizinischen Behandlung noch immer häufig unterschätzt werden. Die Akzeptanz der Kinderlosigkeit und eine positive Neubewertung sind mittel- bzw. langfristig wichtig, um nach dieser Krise posttraumatisches Wachstum zu ermöglichen. Die psychosoziale Kinderwunschberatung trägt nachweislich schon nach wenigen Sitzungen zu einer psychischen Entlastung bei.

Die psychosoziale Kinderwunschberatung ist fachlich anspruchsvoll und sollte daher von entsprechend speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden. Sie kann in unterschiedlichen Settings (Einzel-, Paar- oder Gruppenberatung; integriert in die und unabhängig von der medizinischen Behandlung) durchgeführt werden. Ratsuchende sollten entscheiden können, ob sie eine in das reproduktionsmedizinische Zentrum integrierte Kinderwunschberatung oder ein externes Beratungsangebot wahrnehmen möchten. Letzteres ist vor allem für Personen und Paare wichtig, die eine Beratung unabhängig von der medizinischen Behandlung suchen oder diese nicht in Anspruch nehmen, aber dennoch eine psychosoziale Beratung aufsuchen möchten.

Die psychosoziale Kinderwunschberatung ist eingebettet in die allgemeine psychosoziale Versorgung, zu der die von allen Fachkräften geleistete patientenzentrierte Grundversorgung, die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen und die psychologische Beratung und Therapie gehören.

Nur ein kleiner Teil der Paare mit Kinderwunsch weist Psychopathologien auf. Alle Fachkräfte sollten um diese Störungen wissen, damit sie weiterverweisen können bzw. damit psychosoziale Fachkräfte entsprechend behandeln können.

In der vorliegenden Erhebung gaben die reproduktionsmedizinischen Zentren an, dass überwiegend ÄrztInnen und medizinische Fachangestellte auf die Möglichkeit der psychosozialen Kinderwunschberatung hinweisen. Dies steht im o. a. Widerspruch mit den Angaben der BeraterInnen. Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich bei den reproduktionsmedizinischen Zentren, die sich an dieser Erhebung beteiligten, um diejenigen, die der Beratung offen und unterstützend gegenüberstehen. Die Antworten sind daher in dieser Hinsicht wahrscheinlich für die Gesamtgruppe der reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland nicht repräsentativ.

Aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren findet die psychosoziale Kinderwunschberatung zu fast gleichen Anteilen an den Zeitpunkten vor, während und nach der medizinischen Behandlung statt und wird überwiegend durch die ÄrztInnen durchgeführt. Diese informieren über die medizinische Behandlung und sie klären über Chancen und Risiken und den psychologischen Belastungsaspekt auf. Auch beraten sie vor einer Samenspende und, im geringeren Ausmaß, auch vor einer Behandlung, die im Ausland geplant ist. Allerdings stehen für diese ärztliche Beratung durchschnittlich nur 30 Min. zur Verfügung. Da dies ein kleines Zeitfenster für komplexe Themenbereiche wie z. B. die Familienbildung mit Samenspende ist, handelt es sich hierbei möglicherweise überwiegend um grundsätzliche Information (d. h. patientenzentrierte Grundversorgung) und weniger um eine psychosoziale Kinderwunschberatung.

8.3.1 Forderungen aus Sicht der Kinderwunschzentren

1. Gemäß den Angaben der reproduktionsmedizinischen Zentren führen sowohl die ÄrztInnen und die kooperierenden oder integrierten psychosozialen Fachkräfte als auch, bei immerhin jedem 10. Zentrum, das sich bei der Erhebung beteiligte, medizinische Fachangeestellte eine psychosoziale Beratung durch. Es kann aufgrund dieser Ergebnisse wohl davon ausgegangen werden, dass in den Antworten der reproduktionsmedizinischen Zentren nicht bzw. kaum zwischen der patientenzentrierten Grundversorgung, der ärztlichen Beratung und der eigentlichen psychosozialen Kinderwunschberatung unterschieden wird. Dies ist aufgrund des Begriffs „Beratung“, der in vielen verschiedenen Kontexten als eher allgemeine Hilfestellung verwendet wird, nicht erstaunlich. Um die unterschiedlichen Ansätze jedoch differenzieren zu können, sollten für die unterschiedlichen Versorgungsmodalitäten **eindeutige Begrifflichkeiten** etabliert werden.
2. Die ReproduktionsmedizinerInnen selbst und das Fachpersonal der reproduktionsmedizinischen Zentren sollten verbindlich und regelmäßig auch bezüglich psychosozialer und psychosomatischer Aspekte bei Fertilitätsstörungen **fort- und weitergebildet** werden, sodass sie eine patientenzentrierte Versorgung anbieten und fundierte Empfehlungen für eine psychosoziale Versorgung aussprechen können. Die Psychosomatik des Kinderwunsches sollte fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein, vor allem die der GynäkologInnen, UrologInnen, AndrologInnen, HumangenetikerInnen und angehenden ReproduktionsmedizinerInnen.
3. Um die **Qualität der psychosozialen Kinderwunschberatung** zu erhöhen, fordern die ÄrztInnen eine spezifische **Aus- und Weiterbildung** für die Beratungsfachkräfte. Auch eine **Zertifizierung** sei sinnvoll, um Qualitätsstandards zu dokumentieren.

Sie sprechen sich darüber hinaus für regelmäßige **Supervision und Evaluation** der psychosozialen Kinderwunschberatung als qualitätssichernde Maßnahmen aus.

8.3.2 Forderungen aus Sicht der BeraterInnen

1. Die BeraterInnen forderten vor allem mehr und kostengünstige **Fort- und Weiterbildung**. Fast alle teilnehmenden Fachkräfte haben eine solide Grundausbildung (über 90 % ein Studium im psychosozialen Bereich) und qualifizierende beraterische/therapeutische Weiterbildungen.

Knapp die Hälfte (48 %) der Fachkräfte hat die Frage nach der Teilnahme an einer spezifischen Fortbildung für die psychosoziale Kinderwunschberatung nicht beantwortet, sodass wohl davon ausgegangen werden kann, dass diese an einer solchen bislang nicht teilgenommen haben. Zu bedenken ist, dass knapp 60 % der BeraterInnen über 50 Jahre alt sind und ca. 47 % aller teilnehmenden Fachkräfte weniger als 10 Jahre Erfahrung in der psychosozialen Kinderwunschberatung haben. Es gibt somit viele ältere Fachkräfte, die noch nicht lange in diesem Bereich arbeiten; daher ist der Weiterbildungsbedarf nicht nur von jungen Fachkräften zu Berufsbeginn, sondern auch von älteren Fachkräften hoch.

2. Die Fortbildungsmöglichkeiten sollten **kostengünstig** sein. Dies ist vor allem für jüngere Fachkräfte mit geringerem Einkommen wichtig und spiegelt möglicherweise auch das Bedürfnis der Beratungsstellen nach mehr finanziellen Ressourcen und einer besseren finanziellen Absicherung für die Beratungstätigkeit wider.
3. Die **Tagungen von BKiD** wurden als attraktive und kostengünstige Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung genannt. Diese Tagungen werden zwei Mal jährlich durchgeführt und enthalten Möglichkeiten für Weiterbildungen und Super-/Intervision. Darüber hinaus werden eintägige **Fachtagungen** (die kompakt Wissen zu spezifischen Themen vermitteln und häufig kostenfrei sind) sowie **längere Fortbildungen** (z. B. von pro familia und anderen Trägern) von den BeraterInnen als sinnvoll erachtet.
4. Viele Fachkräfte wünschen eine Qualitätssicherung durch **Zertifizierungsstandards** wie bspw. diejenigen, die BKiD entwickelt hat. Diese Zertifizierungsstandards sollten dem internationalen Niveau entsprechen.

Die vorliegende Erhebung zeigt auf, dass zertifizierte Beratungsfachkräfte von BKiD signifikant mehr Beratungen und vor allem auch Beratungen vor und während der reproduktionsmedizinischen Behandlung durchführen, während von BKiD nichtzertifizierte Fachkräfte deutlich weniger und häufig erst nach (erfolglosem) Behandlungsende eine Beratung durchführen.

5. Als Instrumente, um die psychosoziale Kinderwunschberatung **weiterzuentwickeln**, wird die Entwicklung von Evaluationsinstrumenten (durch KlientInnen, durch externe Körperschaften wie die BÄK) empfohlen sowie verstärkte wissenschaftliche Forschung und Publikation.
6. Darüber hinaus werden **Fortbildungen**, die unkonventionelle Familienbildungen (gleichgeschlechtliche Paare, alleinstehende Frauen, Paare, die eine Behandlung im Ausland planen) thematisieren, gefordert, damit Fachkräfte auch auf diese Themenstellungen in der Beratung kompetent eingehen können.
7. Nur 2,9 % aller antwortenden 343 BeraterInnen sind **männlich**. Da die psychosoziale Kinderwunschberatung häufig im Paarsetting durchgeführt wird und auch die männlichen Partner angesprochen werden sollen, ist es erforderlich, den Anteil der männlichen Berater zu steigern.
8. Aufgrund der wachsenden Akzeptanz von **internet- und weiteren technikbasierten** psychosozialen Unterstützungsangeboten (z. B. Telefonberatung) sollten diese (weiter-)entwickelt, umgesetzt werden und in Zukunft mehr Beachtung erhalten, einschließlich systematischer Evaluation ihres Nutzens.
9. Die BeraterInnen teilten oft ihre Frustration darüber mit, dass sie das medizinische Personal über Beratungsinhalte und -grundsätze informieren und **Missverständnisse aus dem Weg räumen müssen**. Einige Fachkräfte beschwerten sich, dass ÄrztInnen die Beratung als „Durchhaltestrategie“ sähen und hofften, dass PatientInnen für weitere Behandlungen

stabilisiert werden, ohne zu erkennen, dass eine psychosoziale Beratung immer ergebnisoffen ist. In anderen Fällen wurde die psychosoziale Beratung als Konkurrenz zur medizinischen Behandlung wahrgenommen. Auch um die Kooperation in dieser Hinsicht zu erleichtern, sind das Thematisieren der psychosozialen Beratung und der Psychosomatik der Infertilität in der Ausbildung und der Fort- und Weiterbildung der ÄrztInnen und des medizinischen Personals erforderlich.

10. Fast alle BeraterInnen sprachen sich für eine **bessere Vernetzung** vor allem mit den ReproduktionsmedizinerInnen und weiteren medizinischen Fachgruppen aus. Zu einer solchen Vernetzung könnten weitere nichtmedizinische Fachkräfte hinzukommen, z. B. aus dem Bereich der Adoptionsvermittlung. Sie schlugen regionale Vernetzung und Qualitätszirkel vor, damit sich Fachkräfte persönlich kennenlernen und fachlich austauschen können. Für diese Vernetzungsarbeit sind jedoch zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen erforderlich, die hierfür zur Verfügung gestellt werden sollten.

Hinsichtlich der Initiative zur Vernetzung der psychosozialen mit der medizinischen Versorgung wurde deutlich, dass einige BeraterInnen viel Engagement zeigten, ihre Bemühungen jedoch mit wenig Erfolg verbunden waren, denn das Vernetzungsangebot wurde von den reproduktionsmedizinischen Praxen nicht angenommen. Ähnliches spiegelte sich auch in einer Untersuchung zum psychosozialen Beratungsangebot im Rahmen der PND wider: Die Bemühungen um eine multiprofessionelle Kooperation waren deutlich weniger erfolgreich, wenn sie von den psychosozialen BeraterInnen ausgingen, als wenn die ÄrztInnen hierfür die Initiative ergriffen (Horstkötter, Roth, Rummer, & Woopen, 2012, S. 6). Daher ist es nicht erstaunlich, dass sich die BeraterInnen für eine formalisierte Form der Kooperation (s. 8.2.2) aussprechen.

8.3.3 Forderungen aus Sicht der Interessenverbände

1. Die Interessenverbände fordern vor allem mehr **Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten** für Fachkräfte, die sich in die psychosoziale Kinderwunschberatung einarbeiten möchten, sowie finanzielle Mittel hierfür.
2. Weiterhin halten sie ebenfalls regelmäßige **Super- und Intervision** sowie **Evaluationsinstrumente** für die Kinderwunschberatung für angemessene Maßnahmen, um die Beratungsqualität zu verbessern.
3. Auch sie erachten es als notwendig, **ÄrztInnen in ihrer Aus- und Weiterbildung** für die psychosozialen Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches und der reproduktionsmedizinischen Behandlung mehr zu sensibilisieren.

9. Literatur

Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002): Psychoanalysis and infertility – myths and realities. International Journal of Psychoanalysis, 83, 85–103.

ASRM Mental Health Professional Group. (1995): Qualification guidelines for infertility counsellors, 23.07.2012, from http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/About_Us/Specialty_Societies/Professional_Groups/MHPG/MHPG_Guidelines.pdf

Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association. Membership Criteria, 23.07.2012, from <http://www.fertilitysociety.com.au/wp-content/uploads/ANZICA-MEMBERSHIP-CRITERIA.pdf>

Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., Schroeder-Printzen, I., et al. (1999): Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. Andrologia, 31(1), 27–35.

Blyth, E. (2012): Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? Hum Reprod, 27, 2046–2057.

Boivin, J. (2004): Psychosoziale Interventionen bei Kinderwunsch. Ein Review. Gynäkologische Endokrinologie, 2, 94–109.

Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., et al. (2001): Guidelines for counselling in infertility: outline version. Hum Reprod, 16(6), 1301–1304.

Boivin, J., & Kentenich, H. (Hrsg.). (2002): Guidelines for counselling in infertility. Oxford: Oxford University Press.

Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999): Why are infertile patients not using psychosocial counselling? Hum Reprod, 14(5), 1384–1391.

British Infertility Counselling Association. (2007): Guidelines for good practice in infertility counselling, 2nd Edition, 24.07.2012, from http://www.bica.net/sites/default/files/file_attach/Guidelines_for_good_practice.pdf

Bundesärztekammer. (2006): (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. Deutsches Ärzteblatt, 20, A1392–A1403.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. (2011): Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“). Bundesanzeiger, 153, 3493.

Bundesminister der Justiz. (2011): Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in der Fassung vom 22.12.2011. BGBl I S. 1398.

Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M. P., Cordova, F. P., Knauth, D., & Passos, E. (2009): Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Hum Reprod*, 24(9), 2151–2157.

Christie, G. L., & Morgan, A. (2006): Individual Therapy, Group Therapy and Co-Therapy Work with Infertile Couples. *Australasian Journal of Psychotherapy*, 25(1), 82–103.

Corrigan, E., Daniels, K., & Thorn, P. (2002): Who should counsel? In J. Boivin & H. Kertenich (Eds.), *Guidelines for Counselling in Infertility* (pp. 7–8). Oxford: Oxford University Press.

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007): Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 293–308.

Cousineau, T. M., Lord, S. E., Seibring, A. R., Corsini, E. A., Viders, J. C., & Lakhani, S. R. (2004): A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study. *Fertil Steril*, 81(3), 532–538.

Covington, S. (2006): Group approaches to infertility counselling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Hrsg.), *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2. Aufl., S. 156–168). Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Covington, S. H., & Burns, L. H. (Hrsg.). (2006): *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2. Aufl.). Cambridge, London, New York: Cambridge University Press.

Cummings, S. M., Savitz, L. A., & Konrad, T. R. (2001): Reported Response Rates to Mailed Physician Questionnaires. *Health Services Research*, 35(6), 1347–1355.

Daniels, K., Thorn, P., & Westerbrooke, R. (2007): Confidence in the use of donor insemination: An evaluation of the impact of participating in a group preparation programme. *Hum Fertil (Camb)*, 10(1), 13–20.

de Liz, T. M., & Strauss, B. (2005): Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod*, 20(5), 1324–1332.

Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. (2008a): Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch“, in: Kleinschmidt, D., Thorn, P., & Wischmann, T. (Hrsg.). (2008). *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. (S. 117–121). Stuttgart: Kohlhammer.

Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. (2008b): Selbstverpflichtungs-
erklärung, 20.03.2009, from <http://www.bkid.de/kriterien.pdf>

DIR. (2011): Deutsches IVF-Register, 24.07.2012, from <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2010-d.pdf>

Domar, A. D., Smith, K., Conboy, L., Iannone, M., & Alper, M. (2009): A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 94(4), 1457–1459.

Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993): The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14 Suppl, 45–52.

Eisner, B. G. (1963): Some Psychological Differences between Fertile and Infertile Women. *J Clin Psychol*, 19, 391–395.

Emery, M., Beran, M. D., Darwiche, J., Oppizzi, L., Joris, V., Capel, R., et al. (2003): Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod*, 18(12), 2647–2653.

Erikson, E. (1977): Lebensgeschichte und historischer Augenblick. Frankfurt: Suhrkamp.

ESHRE. (2008): Good clinical treatment in assisted reproduction. *The Parliament Magazine* (274), 85–89.

Goffman, E. (1998): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten (13. ed.). Frankfurt: Suhrkamp.

Golan, N. (1983): Krisenintervention – Strategien psychosozialer Hilfen. Freiburg: Lambertus.

Goldschmidt, O., & de Boor, C. (1976): Psychoanalytische Untersuchung funktionell steriler Ehepaare. *Psyche*, 10, 899–923.

Greil, A. L., & McQuillan, J. (2004): Help-seeking patterns among subfecund women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(4), 305–319.

Haase, J., & Blyth, E. (2006): Global perspectives on infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Hrsg.), *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2. Aufl., S. 544–558). Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. (2001): Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod*, 16(2), 374–383.

Hämmerli, K. (2009): Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 6(3), 111–115.

Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009): The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. Hum Reprod Update, 15(3), 279–295.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Moller, A. (2007): The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. Hum Reprod, 22(9), 2559–2565.

Horstkötter, N., Roth, A., Rummer, A., & Woopen, C. (2012): Das Schwangerschaftskonfliktgesetz und seine Umsetzung: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes „Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch“. 2. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 2, 3–8.

Human Fertilisation and Embryology Authority. (2012): Code of Practice, 8th Edition, 24.07.2012, from http://www.hfea.gov.uk/docs/8th_Code_of_Practice.pdf

Imber-Black, E. (1995): Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Imber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R. (2001): Rituale in Familien und Familientherapie (4. ed.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Kentenich, H., Brähler, E., Kowalcek, I., Strauß, B., Thorn, P., Weblus, A.-J., Wischmann, T., & Stöbel-Richter, Y. (Hrsg.). (2014): Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext (Revision), Psychosozial Verlag (im Druck).

Kerr, J., Brown, C., & Balen, A. H. (1999): The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: Results of a survey performed in 1997. Hum Reprod, 14(4), 934–938.

Kleinschmidt, D., Thorn, P., & Wischmann, T. (Hrsg.). (2008): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Stuttgart: Kohlhammer.

Klußmann, R., & Nickel, M. (2009): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche (6. Aufl.). Wien: Springer.

Kübler-Ross, E. (2001): Interviews mit Sterbenden (4. Aufl.). Freiburg: Kreuz Verlag.

Lintsen, A. M. E., Verhaak, C., Eijkemans, M. J., Smeenk, J. M., & Braat, D. D. (2009): Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF oder ICSI treatment. Hum Reprod, 25(5), 1092–1098.

Menning, B. E. (1982): The psychosocial impact of infertility. Nurs Clin North Am, 17(1), 155–163.

Miall, C. E. (1986): The stigma of involuntary childlessness. Social problems, 33(4), 268–282.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994):** Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Thousand Oaks, California: Sage.
- Monach, J. (2003):** Counselling – its role in the infertility team. *Hum Fertil (Camb)*, 6(2), S. 17–21.
- Moreno, J. (2007):** Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einleitung in die Theorie und Praxis (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004):** Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems. Clinical Guideline 11, from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10936/29267/29267.pdf>
- Nestmann, F., & Sickendieck, U. (2001):** Beratung – Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Ansätze. In H.-U. Otto & H. Thirsch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik* (2. Aufl., S. 140). Neuwied: Luchterhand.
- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., & Adler, N. E. (2012):** Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril*, 98(2), 459–464.
- Peronace, L. A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2007):** Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 28(2), 105–114.
- Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012):** An introduction to infertility counseling: A guide for mental health and medical professionals. *J Assist Reprod Genet*, 29(3), 243–248.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008):** The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod*, 23(5), 1128–1137.
- Repokari, L., Punamaki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., et al. (2007):** Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*, 22(5), 1481–1491.
- Revermann, C., & Hüsing, B. (2011):** Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Berlin: Edition Sigma.
- Salakos, N., Roupa, Z., Sotiropoulou, P., & Grigoriou, O. (2004):** Family planning and psychosocial support for infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 9(1), 47–51.
- Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2012):** Prevalence of behaviour-related fertility disorder in a clinical sample: Results of a pilot study. *Arch Gynecol Obstet*, 286(5), 1307–1314.
- Schmidt, L. (2010):** Psychosocial consequences of infertility and treatment. *Reproductive Endocrinology and Infertility*, 1, 93–100.

Schmidt, L., Holstein, B. E., Boivin, J., Sangren, H., Tjornhoj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., et al. (2003): Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Hum Reprod*, 18(3), 628–637.

Souter, V. L., Penney, G., Hopton, J. L., & Templeton, A. A. (1998): Patient satisfaction with the management of infertility. *Hum Reprod*, 13(7), 1831–1836.

Stammer, H., Verres, R., & Wischmann, T. (2004): Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Göttingen: Hogrefe.

Stöbel-Richter, Y., Thorn, P., Brähler, E., Kentenich, H., & Wischmann, T. (2011): Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 8(6), 416–423.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998): Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory (Vol. 2.). Thousand Oaks, California: Sage.

Strauß, B. (Hrsg.). (2000): Ungewollte Kinderlosigkeit. Göttingen: Hogrefe.

Strauß, B., Brähler, E., & Kentenich, H. (Hrsg.). (2004): Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer.

Strowitzki, T. (2009): Gute Klinische Behandlung („Good Clinical Treatment“) bei Maßnahmen der assistierten Reproduktion (ART). *Gynäkologische Endokrinologie*, 7(1), 39–44.

Thorn, P. (2002): Professionally facilitated group work. In J. Boivin & H. Kentenich (Hrsg.), *Guidelines for Counselling in Infertility* (pp. 49–50). Oxford: Oxford University Press.

Thorn, P. (2008a): Familiengründung mit Samenspende. Ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen. Stuttgart: Kohlhammer.

Thorn, P. (2008b): Reproduktives Reisen – eine Expertise für den Pro Familia Bundesverband, 24.09.2009, from <http://www.profamilia.de/shop/download/285.pdf>

Thorn, P. (2008c): Samenspende und Stigmatisierung – ein unauflösbares Dilemma? In G. Bockenheimer-Lucius, P. Thorn & C. Wendehorst (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown* (S. 135–156). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.

Thorn, P., & Daniels, K. (2007): Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 67, 993–1001.

Thorn, P., & Daniels, K. R. (2003): A group-work approach in family building by donor insemination: empowering the marginalized. *Hum Fertil (Camb)*, 6(1), 46–50.

Thorn, P., & Wischmann, T. (2008): Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J Reproduktionsmed Endokrinol, 3, 147–152.

Thorn, P., & Wischmann, T. (2010): Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“. J Reproduktionsmed Endokrinol, 7(5), 394–401.

Turner, A., & Coyle, A. (2000): What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. Hum Reprod, 15(9), 2041–2051.

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010): Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. Patient Educ Couns, 81(3), 422–428.

Welbourne, J. L., Blanchard, A. L., & Boughton, M. D. (2009): Supportive communication, sense of virtual community and health outcomes in online infertility groups. C & T Proceedings of the fourth international conference on Communities and Technologies, 31–40.

WHO. (2010): WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen (5. Aufl.). Geneva: World Health Organization.

Wischmann, T. (2003): Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. Gynäkologe, 36, 125–136.

Wischmann, T. (2004): „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde – Psychosomatische Beratungs- und Betreuungskonzepte für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch“ (Habilitationsschrift, unveröffentlicht). Heidelberg: Universität Heidelberg.

Wischmann, T. (2006): Psychogenese von Fertilitätsstörungen: eine Übersicht. Geburtsh Frauenheilk, 66, 34–43.

Wischmann, T. (2009a): Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme. J Reproduktionsmed Endokrinol, 6(5), 214–222.

Wischmann, T. (2009b): Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. Sexualogie, 16(3–4), 111–121.

Wischmann, T. (2010): Macht „Stress“ subfertil? Psyche und Mythen in der Reproduktionsmedizin. Gynäkol Endokrinol, 8(2), 124–128.

Wischmann, T. (2012): Einführung Reproduktionsmedizin. Medizinische Grundlagen – Psychosomatik – Psychosoziale Aspekte. München: UTB Reinhardt.

Wischmann, T., & Stammer, H. (2010): Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001): Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the ‘Heidelberg Fertility Consultation Service’. Hum Reprod, 16(8), 1753–1761.

10.

Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abort:	Fehlgeburt, am häufigsten im ersten Drittel der Schwangerschaft
andrologische Sterilität:	Unfruchtbarkeit des Mannes
Anovulation:	Ausbleiben des Eisprungs
ART:	Assisted reproduction techniques, Verfahren der assistierten Reproduktion (wie IUI, IVF und ICSI)
ASRM:	American Society for Reproductive Medicine
Azoospermie:	völliges Fehlen von Samenzellen im Samenerguss
baby-take-home-Rate:	Prozentsatz der Lebendgeburten nach Verfahren der assistierten Reproduktion (wie IVF oder ICSI)
BÄK:	Bundesärztekammer
BICA:	British Infertility Counselling Association
BKiD:	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V.
Blastozyste:	Embryo am vierten bis siebten Tag der Entwicklung, etwa zum Zeitpunkt der Einnistung. Auch Keimbläschen genannt.
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAKJEF:	Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung
DGGG:	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGPFG:	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DIR:	Deutsches IVF-Register, dokumentiert zentral Behandlungszyklen und Schwangerschaftsraten nach IVF bzw. ICSI, IVF/ICSI und Kryotransfer.
donogene Insemination (DI):	Einbringen von Spendersamen in die Gebärmutter
DVR:	Dachverband für Reproduktionsbiologie und -medizin e.V.
EBM:	Evidenzbasierte Medizin
Endometriose:	Gebärmutterschleimhautähnliches Gewebe wächst an falscher Stelle, z. B. im kleinen Becken, am Bauchfell, an den Eierstöcken oder in der tiefen Bauchhöhle, führt häufig zu Unfruchtbarkeit und starken Menstruationsbeschwerden.
ESchG:	Embryonenschutzgesetz
ESHRE:	European Society of Human Reproduction and Embryology
Fertilisation:	Befruchtung, Eindringen einer Samenzelle in eine Eizelle
Gameten:	Keimzellen, d. h. Samenzellen und Eizellen

Geplante lesbische Familien:	lesbische Paare, die sich gemeinsam für ein Kind mithilfe einer donogenen Insemination entschieden haben
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG:	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
heterolog:	hier: mit Fremdsamen
heterologe Insemination:	Einbringen von Spendersamen in die Gebärmutter (siehe auch DI)
HFEA:	Human Fertility and Embryology Authority/Act
idiopathische Sterilität:	langjährige Unfruchtbarkeit, für die es keine erkennbare (organische oder seelische) Ursache gibt. Nicht gleichzusetzen mit psychisch bedingter Fruchtbarkeitsstörung.
IICO:	International Infertility Counseling Organization
intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI):	Punktion und Rücktransfer wie bei der IVF, dazwischen Mikroinjektion einer einzelnen Samenzelle direkt in die Eizelle mithilfe von sogenannten Mikromanipulatoren
intrauterine Insemination (IUI):	Übertragen einer dafür vorbereiteten Samenprobe mittels Katheter in die Gebärmutter zum Zeitpunkt des Eisprungs, meist nach vorheriger Hormonstimulation der Frau, Maßnahme der assistierten Reproduktion
In-vitro-Fertilisation (IVF):	sogenannte Reagenzglasbefruchtung; Maßnahme der assistierten Reproduktion, bei der nach Punktion der Eibläschen die Befruchtung außerhalb des Körpers im Reagenzglas stattfindet. Die Embryonen werden meist nach 48 Stunden unter Umgehung des Eileiters direkt in die Gebärmutter transferiert.
IPPF:	International Planned Parenthood Federation
Kryokonservierung:	hier: Tieffrieren von Gameten
Kryo-TESE:	Tieffrieren von Hodenbiopsien, um darin befindliche Spermien später nach hormoneller Stimulation der Frau zur intracytoplasmatischen Spermieninjektion nützen zu können.
Kryotransfer:	Embryotransfer von zuvor tiefgefrorenen Präembryonen
NICE:	National Institute for Health and Clinical Excellence
PID:	Präimplantationsdiagnostik
PKV:	Private Krankenversicherung
PND:	Pränataldiagnostik
polyzystische Ovarien (PCO):	häufige Ursache von Zyklusstörungen mit vergrößerten Eierstöcken, Ovulationsstörungen, Verschiebung der Hirnanhangsdrüsenhormone LH und FSH und Erhöhung der männlichen Hormone
Präimplantationsdiagnostik (PID):	Entnahme einzelner Zellen des Embryos im Sechs- bis Achtzellstadium in Rahmen einer IVF-Behandlung zur Diagnose schwerer Erbkrankheiten oder zur Geschlechtsbestimmung. In Österreich und der Schweiz nicht erlaubt.

psychosoziale

Kinderwunschberatung:

unabhängige und weisungsungebundene Beratung durch eine psychosoziale Fachkraft

Reproduktionsmedizinisches

Zentrum:

Einrichtung, die IVF und andere Verfahren der assistierten Reproduktion durchführt.

Regenbogenfamilie:

Familie mit homosexuellen Eltern

single-embryo-transfer (SET):

Übertragung nur eines ausgewählten Embryos beim Embryo-transfer zur Vermeidung des Mehrlingsschwangerschaftsrisikos (auch „elective single-embryo transfer“, eSET, genannt)

SkF:

Sozialdienst katholischer Frauen

Spermiogramm:

Beurteilung des Samenbefundes u. a. nach Zahl, Beweglichkeit und Form der Samenzellen

testicular sperm extraction

(TESE):

Gewinnung von Samenzellen direkt aus dem Hodengewebe für Verfahren der assistierten Reproduktion (operative Entnahme)

WHO:

Weltgesundheitsorganisation

11.

Anhang

11.1 Fragebogen für Kinderwunschzentren zum Status der ärztlichen und der behandlungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland

Dieser Fragebogen sollte von jedem Kinderwunschzentrum einmal ausgefüllt werden (auch wenn dort keine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung angeboten wird).

Wenn in den folgenden Fragen nur ein Geschlecht benannt wird, sind selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

Alle Daten werden anonymisiert ausgewertet. Für Rückfragen stehen Ihnen die Studienleiter Herr Dr. Tewes Wischmann (Tel.: 06221-183924, E-Mail: praxis@dr-wischmann.de) und Frau Dr. Petra Thorn (Tel.: 06105-22629, E-Mail: mail@pthorn.de) zur Verfügung.

1. Code-Nr.: **RMZD** (+ letzte Ziffer Postleitzahl + Geburtsdatum)

2. Ich habe das Anschreiben gelesen und bin bereit, an dieser Umfrage teilzunehmen.
Ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen.

3. Im Kinderwunschzentrum arbeiten folgende Fachkräfte *(Bitte nennen Sie die Anzahl)*
___ Reproduktionsmediziner
___ Biologe/n
___ sonstige Fachärzte
___ medizinische Fachangestellte
___ medizinisch-technische Assistenten
___ psychosoziale Fachkräfte (Psychologen, Sozialarbeiter o.Ä.)
___ Sonstige, nämlich _____

4. In unserem Kinderwunschzentrum bieten die folgenden Fachkräfte eine psychosoziale Kinderwunschberatung an *(Mehrfachantworten möglich)*
Reproduktionsmediziner
sonstige Fachärzte
medizinische Fachangestellte
psychosoziale Fachkräfte (Psychologen, Sozialarbeiter o.Ä.)
Sonstige, nämlich _____

5. Diese psychosoziale Beratung findet zu folgendem Zeitpunkt statt:

oft selten nie

1. vor der medizinischen Kinderwunschbehandlung
2. während der medizinischen Kinderwunschbehandlung
3. nach der medizinischen Kinderwunschbehandlung

6. Die Inhalte dieser psychosozialen Beratung umfassen *(Mehrfachantworten möglich)*

medizinische Informationen zur Behandlung
Informationen zu Chancen und Risiken der assistierten Reproduktion
Information zu psychologischen Belastungsaspekten
Beratung vor einer Samenspende
Beratung vor einer Behandlung im Ausland
Sonstiges, nämlich _____

7. Zur Durchführung der ärztlichen Beratung zu psychosozialen Aspekten:

(Mehrfachantworten möglich)

Diese Beratung findet im Rahmen der Aufklärung über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten statt.

Diese Beratung findet vor, während oder nach der medizinischen Behandlung statt.

Diese Beratung findet nach einem fehlgeschlagenen Behandlungsversuch statt.

Für diese Beratung wird ein separater Termin vereinbart.

Für diese Beratung stehen durchschnittlich _____ Minuten pro Patient/in zur Verfügung.

8. In unserem Kinderwunschzentrum arbeitet eine psychosoziale Fachkraft, die eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung anbietet:

ja *(Bitte diese Fachkraft auf die besondere Umfrage unter www.bkid.de aufmerksam machen!)*
nein

9. Die Patient/inn/en werden auf das Angebot der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung hingewiesen

oft selten nie

1. die Patient/inn/en fragen nach der Beratung
2. durch den behandelnden Arzt
3. durch den Biologen
4. durch die medizinische Fachangestellte
5. durch die medizinisch-technische Assistentin
6. durch _____

10. Diese Maßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern:

a) kurzfristig:

1. _____
2. _____
3. _____

b) langfristig:

1. _____
2. _____
3. _____

11. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern: *(Mehrfachantworten möglich)*

regelmäßige Super-/Intervision der Beratungen

Evaluation durch Klient/inn/en (z. B. Fragebogen)

externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen)

Sonstiges: _____

12. Diese Leit- bzw. Richtlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung kenne ich:

1. _____
2. _____
3. _____

13. Für diese Bereiche der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten noch Leit- bzw. Richtlinien erstellt werden:

1. _____
2. _____
3. _____

14. Diese Rückmeldung(en) möchte ich zusätzlich zu den o. a. Themenbereichen noch geben:

1. _____
2. _____
3. _____

15. Ich möchte über die Vorstellung der Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden.

Absenderstempel:

(entfällt bei anonymer Teilnahme)

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mühe!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen an Dr. Wischmann, Institut für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, in einem unfrankierten Briefumschlag mit dem Vermerk „Rückantwort, Gebühr zahlt Empfänger!“, Danke!

11.2 Fragebogen für psychosoziale Fachkräfte zum Status der behandlungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland

Dieser Fragebogen sollte von jeder psychosozialen Fachkraft ausgefüllt werden, die psychosoziale Kinderwunschberatung anbietet. Alle Daten werden anonymisiert ausgewertet.

Für Rückfragen stehen Ihnen die Studienleiter Herr Dr. Tewes Wischmann (Tel.: 06221-183924, E-Mail: praxis@dr-wischmann.de) und Frau Dr. Petra Thorn (Tel.: 06105-22629, E-Mail: mail@pthorn.de) zur Verfügung.

1. Code-Nr.: **KIWB** (+ letzte Ziffer Postleitzahl + Geburtsdatum)

2. Ich habe das Anschreiben gelesen und bin bereit, an dieser Umfrage teilzunehmen.
Ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen.

3. Ich arbeite (Mehrfachantworten möglich)
an einer kirchlichen Beratungsstelle
an einer staatlichen Beratungsstelle
an einer freien Beratungsstelle
als niedergelassene/r Berater/in
in einem Kinderwunschzentrum
Sonstiges, nämlich: _____

4. Ich bin
jünger als 30 Jahre
zwischen 30 und 40
zwischen 40 und 50
zwischen 50 und 60
älter als 60 Jahre
keine Angabe

5. Mein Geschlecht:
weiblich
männlich

6. Ich habe folgende Berufsausbildung: (Mehrfachantworten möglich)
Studium der Psychologie
Studium der Sozialarbeit/-pädagogik
Studium der Pädagogik
Studium der Medizin
Sonstiges, nämlich: _____

7. Ich habe folgende therapeutische/beraterische Qualifikation(en): *(Mehrfachantworten möglich)*

Familientherapie/systemische Therapie

Verhaltenstherapie

tiefenpsychologisch orientierte Therapie

körperorientierte Therapie

Sonstiges, nämlich: _____

8. Ich habe an folgenden spezifischen Fortbildungen für psychosoziale Kinderwunschberatung teilgenommen: *(Bitte beschreiben Sie kurz, welche Fortbildung(en) Sie besucht haben und wie viele Tage diese umfasst hat)*

1. _____ Tage

2. _____ Tage

3. _____ Tage

9. Ich verfüge über Erfahrung in der psychosozialen Kinderwunschberatung:

weniger als 5 Jahre

5 bis 10 Jahre

10 bis 20 Jahre

über 20 Jahre

10. Durchschnittlich führe ich diese Anzahl von psychosozialen Kinderwunschberatungen durch: *(Bitte orientieren Sie sich an der ersten Hälfte dieses Jahres oder am letzten Jahr)*

a) _____ Sitzungen à 50–60 Min. monatlich oder b) _____ Sitzungen à 50–60 Min. jährlich

11. Durchschnittlich berate ich diese Anzahl von Klient/inn/en bzw. Paaren

(Bitte orientieren Sie sich an der ersten Hälfte dieses Jahres oder am letzten Jahr)

a) _____ Klient/inn/en bzw. Paare monatlich oder b) _____ Klient/inn/en bzw. Paare jährlich

12. Die Inhalte dieser Kinderwunschberatung bezogen sich schwerpunktmäßig auf folgende Themen:

oft selten nie

1. allgemeine Beratung zum Thema Kinderwunsch

2. allgemeine Beratung zur Reproduktionsmedizin

3. allgemeine Beratung zur Alternativmedizin

4. Adoption/Pflegschaft

5. lesbische Paare

6. alleinstehende Frauen

7. Samenspende

8. Eizellspende

9. Sonstiges, nämlich: _____

13. Die Klient/inn/en kommen zu mir:

oft selten nie

1. unabhängig von der Kinderwunschbehandlung
2. vor der Kinderwunschbehandlung
3. während der Kinderwunschbehandlung
4. nach erfolgreicher Kinderwunschbehandlung
5. nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung

14. Die Klient/inn/en finden zu mir:

oft selten nie

1. auf Empfehlung eines Kinderwunschzentrums
2. durch Information im Internet
3. auf Empfehlung anderer psychosozialer Fachkräfte
oder Beratungseinrichtungen
4. auf Empfehlungen von Klient/inn/en
5. Sonstiges, nämlich: _____

15. Bei mir entstehen für die Kinderwunschberatung folgende Kosten:

Die Beratung ist kostenfrei

Klient/inn/en können an die Beratungseinrichtung spenden

Mein Honorar beträgt pro Sitzung € _____

16. Ich arbeite überwiegend im folgenden Setting:

oft selten nie

1. Einzelberatung
2. Paarberatung
3. Gruppen

17. Ich kenne die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Beratungsnetzwerk

Kinderwunsch Deutschland e. V. (BKID – www.bkid.de)

ja

nein

18. Ich bin

(Mehrfachantworten möglich)

Mitglied bei BKID

zertifizierte/r BKID-Berater/in für die psychosoziale Kinderwunschberatung

zusätzlich für psychosoziale Beratung bei Gametenspende zertifiziert

19. Ich kooperiere mit Kinderwunschzentren. Diese Zusammenarbeit ist

positiv, da _____

negativ, da _____

20. Diese Maßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern:

a) kurzfristig:

1. _____
2. _____
3. _____

b) langfristig:

1. _____
2. _____
3. _____

21. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern: *(Mehrfachantworten möglich)*

regelmäßige Super-/Intervision der Beratungen

Evaluation durch Klient/inn/en (z. B. Fragebogen)

externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen)

Sonstiges: _____

22. Diese Leit- bzw. Richtlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung kenne ich:

1. _____
2. _____
3. _____

23. Für diese Bereiche der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten noch Leit- bzw. Richtlinien erstellt werden:

1. _____
2. _____
3. _____

24. Diese Rückmeldung(en) möchte ich zusätzlich zu den o. a. Themenbereichen noch geben:

1. _____
2. _____
3. _____

Ich möchte über die Vorstellung der Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden.

Absenderstempel:

(entfällt bei anonymer Teilnahme)

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mühe!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen an Dr. Wischmann, Institut für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, in einem unfrankierten Briefumschlag mit dem Vermerk „Rückantwort, Gebühr zahlt Empfänger!“, Danke!

11.3 Fragebogen für Interessenvertreter/inn/en zum Status der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland

Dieser Fragebogen sollte von jeder Organisation bzw. jeder/jedem Interessenvertreter/in der psychosozialen Kinderwunschberatung pro Organisation bzw. pro Interessenvertreter/in einmal ausgefüllt werden.

Wenn in den folgenden Fragen nur ein Geschlecht benannt wird, sind selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

Alle Daten werden anonymisiert ausgewertet. Für Rückfragen stehen Ihnen die Studienleiter Herr Dr. Tewes Wischmann (Tel.: 06221-183924, E-Mail: praxis@dr-wischmann.de) und Frau Dr. Petra Thorn (Tel.: 06105-22629, E-Mail: mail@pthorn.de) zur Verfügung.

1. Code: **KWIV** (+ letzte Ziffer Postleitzahl + Geburtsdatum)

2. Ich habe das Anschreiben gelesen und bin bereit, an dieser Umfrage teilzunehmen.
Ich möchte nicht an dieser Umfrage teilnehmen.

3. Diese Maßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern:

a) kurzfristig:

1. _____
2. _____
3. _____

b) langfristig:

1. _____
2. _____
3. _____

4. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen sind meiner Erfahrung nach erforderlich, um die psychosoziale Kinderwunschberatung zu verbessern: (Mehrfachantworten möglich)

regelmäßige Super-/Intervision der Beratungen
Evaluation durch Klient/inn/en (z. B. Fragebogen)
externe Evaluation (z. B. durch Ärztekammern oder Krankenkassen)
Sonstiges: _____

5. Diese Leit- bzw. Richtlinien zur psychosozialen Kinderwunschberatung kenne ich:

1. _____
2. _____
3. _____

6. Für diese Bereiche der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten noch Leit- bzw. Richtlinien erstellt werden:

1. _____
2. _____
3. _____

7. Diese Rückmeldung(en) möchte ich zusätzlich zu den o. a. Themenbereichen noch geben:

1. _____
2. _____
3. _____

8. Ich möchte über die Vorstellung der Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden.

Absenderstempel:
(entfällt bei anonymer Teilnahme)



Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mühe!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen an Dr. Wischmann, Institut für Medizinische Psychologie, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, in einem unfrankierten Briefumschlag mit dem Vermerk „Rückantwort, Gebühr zahlt Empfänger!“, Danke!

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



erstellt im August 2012 von
Dr. Tewes Wischmann (Heidelberg) & Dr. Petra Thorn (Mörfelden)
(beauftragt durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD)

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 20179130
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
Fax: 030 18555-4400
E-Mail: info@bmfsfjservice.bund.de

Einheitliche Behördennummer: 115*
Zugang zum 115-Gebärdentelefon: 115@gebaerdentelefon.d115.de

Stand: Januar 2014

Gestaltung: www.avitamin.de

- * Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr zur Verfügung. Diese erreichen Sie zurzeit in ausgesuchten Modellregionen wie Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen u. a.. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.115.de.