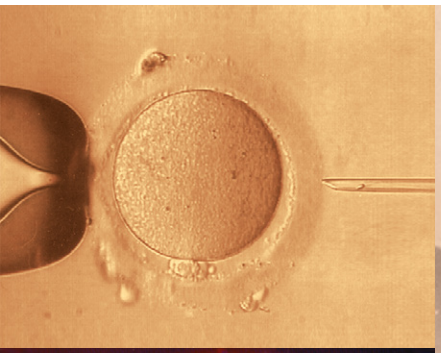
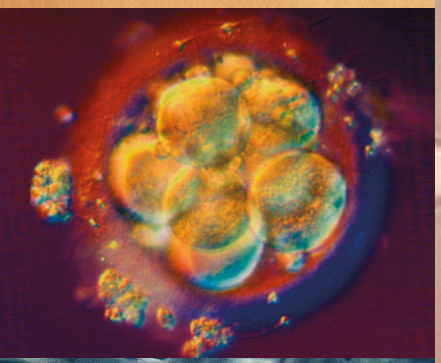
Journal für

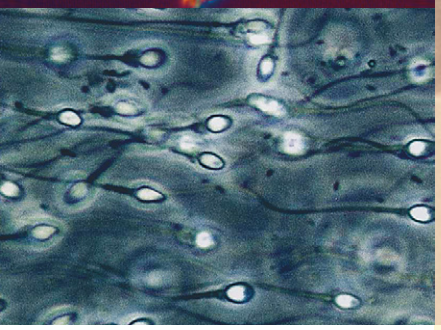
Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie







Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland - eine Pilotstudie

Stöbel-Richter Y, Thorn P, Brähler E, Kentenich H
Wischmann T

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (6), 416-423

www.kup.at/repromedizin
Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D·I·R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie

Y. Stöbel-Richter[1], P. Thorn[2], E. Brähler[1], H. Kentenich[3], T. Wischmann[4]

Der unerfüllte Kinderwunsch und dessen medizinische Behandlung sind für viele Paare mit erheblichen psychosozialen Belastungen verbunden. Dies hat in einigen Ländern zu einer Integration der psychosozialen Beratung in die medizinische Behandlung geführt. Für Deutschland liegen bislang keine Daten über das Maß der Integration der psychosozialen Kinderwunschberatung in die reproduktionsmedizinische Behandlung vor. Dieser Sachstand war die Motivation, mehrere Erhebungen zum aktuellen Stand der Kinderwunschberatung in Deutschland durchzuführen. Hierzu wurden Homepageanalysen der Kinderwunschzentren hinsichtlich ihrer Information zur Kinderwunschberatung, eine Fragebogenerhebung an verschiedenen Kinderwunschzentren und eine Stakeholder-Umfrage (Fach- und Betroffenenverbände) sowie eine Umfrage unter Fachkräften für Kinderwunschberatung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Umfragen und Analysen deuten darauf hin, dass der Umfang an psychosozialen Beratungsmöglichkeiten in den reproduktionsmedizinischen Zentren weiter ausbaufähig ist. Der von Beratungsfachkräften formulierte Bedarf ist hoch. Strukturelle Defizite wie eine mangelnde Anbindung der Beratung an die Kinderwunschzentren, in der Öffentlichkeit nicht bekannte Qualitätskriterien und die mangelnde Finanzierung von Beratung sind mögliche Gründe hierfür.

Schlüsselwörter: Kinderwunsch, psychosoziale Beratung, Homepageanalysen, Umfrage unter Interessenvertretern

Results of Surveys Regarding the Status of Psychosocial Infertility Counselling in Infertility Clinics in Germany – a Pilot Study. For most couples, infertility and its medical treatment are associated with a severe psychosocial burden. In some countries, this has led to the integration of psychosocial infertility counselling into medical treatment. For Germany, no data regarding the degree of this integration is available. This was the motivation to carry out several surveys to measure the current status of infertility counselling in Germany. For these surveys, the websites of infertility clinics were analysed regarding their information about counselling, a questionnaire survey was sent to clinics and to stakeholder and a questionnaire was sent to psychosocial experts involved in infertility counselling. The results of these surveys suggest that counselling services in infertility clinics can be improved. The need formulated by psychosocial experts is high. Structural deficits such as a lack of cooperation between counsellors and clinics, qualification standards for counselling which are unknown in public and a lack of financing for counselling are possible reasons for this. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8 (6): 416–23.**

Key words: wish for child, psychosocial counselling, analyses of websites, stakeholder survey

Einleitung

Grundsätzlich kann in den vergangenen Jahren in Deutschland ein Anstieg der Zahl der kinderlosen Frauen und Männer in den fertilen Geburtsjahrgängen registriert werden. Schätzungen für den Geburtsjahrgang 1970 gehen von ca. 30 % kinderloser Frauen für diesen Jahrgang aus [1]. Allerdings können genaue Zahlen zur Kinderlosigkeit erst nach Abschluss der fertilen Phase, also für Frauen die 45 Jahre und älter sind, ermittelt werden. In der jüngsten Veröffentlichung des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung werden für den Jahrgang 1955, also für jene Frauen, die ihre fertile Phase definitiv abgeschlossen haben, 22 % als kinderlos angegeben [2]. Diese 22 % teilen sich allerdings sehr unterschiedlich zwischen Ost und West auf, nach wie vor sind in Ostdeutschland weniger Frauen dauerhaft kinderlos als in Westdeutschland. Betrug der Anteil kinderloser Frauen für die Jahrgänge 1950–1964 in Ostdeutschland etwa 10 %, so sind für Westdeutschland wachsende Zahlen seit dem Geburtsjahrgang 1950 zu verzeichnen. Für die zwischen 1960 und 1964 geborenen westdeutschen Frauen sind die Zahlen doppelt so hoch: ein Fünftel der Frauen dieser Jahrgänge gilt als kinderlos (20 %) [3].

Genauere Schätzungen gehen davon aus, dass die Prävalenzrate für Sterilität bzw. Infertilität entgegen bislang verbreiteten Zahlen nicht ganz so hoch zu sein scheint. In ihrem Review beschreiben Boivin et al. [4] eine weltweite mediane Prävalenzrate für Sterilität, also dem Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr über einen Zeitraum von 12 Monaten, von 9 % (Range 5–15 %). Es kann davon ausgegangen werden, dass 6–9 % aller Paare in Mitteleuropa ungewollt kinderlos sind und eine Behandlung wünschen und ca. 3 % dauerhaft ungewollt kinderlos bleiben [5, 6]. Grundsätzlich ist die Entscheidung zur Familiengründung eine im Lebenslauf veränderliche bzw. vielfach an äußere Bedingungen geknüpfte, weshalb im Lebensverlauf aus einer zunächst gewollten später ein ungewollte Kinderlosigkeit resultieren kann. In diesen Fällen wird dann oft der letzte Ausweg in einer reproduktionsmedizinischen Behandlung gesucht.

Unumstritten ist inzwischen, dass der unerfüllte Kinderwunsch und die medizinische Kinderwunschbehandlung, insbesondere die In-vitro-Fertilisation (IvF) und die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), für viele Betroffene mit erheblichen psychosozialen Belastungen einher geht [7, 8]. In der Studie von Freeman et al. [9] gaben 48 % der Frauen und 15 % der Männer an, dass sie die Infertilität als schlimmste Krise in ihrem Leben empfunden hatten. Von der Auswirkung her ist diese Krise für viele Frauen gleichzusetzen mit der einer

Eingegangen: 31. Jänner 2011; akzeptiert nach Revision: 17. November 2011

Aus der [1]Selbständigen Abteilung für Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig, der [2]Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden, der [3]DRK-Frauenklinik, Berlin, und dem [4]Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Korrespondenzadresse: PD Dr. phil. habil. Yve Stöbel-Richter, Universitätsklinikum Leipzig – AöR, Department für Psychische Gesundheit, Selbst. Abt. f. Med. Psychologie & Med. Soziologie, D-04103 Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55; E-Mail: yve.stoebel-richter@medizin.uni-leipzig.de

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

schwerwiegenden Erkrankung (wie einer HIV-Infektion oder Krebserkrankung) oder dem Verlust eines nahen Angehörigen [10, 11]. Die zeitlich, emotional und finanziell aufwendige reproduktionsmedizinische Behandlung stellt für sehr viele Frauen eine zusätzliche starke psychische Belastung dar [12, 13]. Die Belastung steigt naturgemäß mit der Zahl erfolgloser Behandlungszyklen an [14, 15]. Über die Hälfte der Paare nehmen trotz Misserfolgs nicht alle angebotenen Behandlungszyklen in Anspruch, auch wenn die Versicherungen die Behandlung vollständig erstatten [13, 16]. In der Rückschau befragt geben viele Paare die emotionale Belastung als Hauptgrund für die Behandlungsbrüche an [17]. Etwa 15–20 % aller Paare erleben die Behandlung als so belastend, dass sie psychologische Beratung benötigen [18, 19]. Um diesen Belastungen zu begegnen, wurden in den vergangenen Jahren sowohl Konzepte für die psychosoziale Kinderwunschberatung erstellt [siehe z. B. 20], als auch in zahlreichen Ländern Fachgesellschaften gegründet, die Qualifikationsstandards für diese Beratung definiert haben und Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten. In Deutschland ist hier vor allem die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD zu nennen, im internationalen Kontext die International Infertility Counseling Organisation.

Die Einbindung der Kinderwunschberatung in die medizinische Behandlung ist international sehr unterschiedlich geregelt (eine Übersicht über Gesetze und Richtlinien geben [21]). In angelsächsischen Ländern wie Großbritannien, Australien und Neuseeland ist es aufgrund der Gesetzgebung bzw. medizinischer Richtlinien erforderlich, dass qualifizierte Fachkräfte für die Kinderwunschberatung in Kinderwunschzentren angestellt sind oder dass Zentren eine feste Kooperation mit psychosozialen Fachkräften eingehen. In anderen Ländern (wie in den USA) ist es üblich, dass Zentren mit psychosozialen Fachkräften eng kooperieren, ohne dass es hierfür formaler Vorgaben bedarf. Einige Fachgesellschaften haben, wie BKiD in Deutschland, Leit- und Richtlinien für die Kinderwunschberatung erstellt [22–24] oder wie z. B. BICA in Großbritannien [25]. Damit wurde nicht nur die Professionalisierung und Verbindlichkeit der psychosozialen Kinderwunschberatung vorangetrieben, sondern diese Leit- bzw. Richtlinien wurden in manchen Ländern bei der Erstellung medizinischer Richtlinien und Umsetzungsbestimmungen der Gesetzgebung berücksichtigt. So müssen in Großbritannien und Australien/Neuseeland alle Fachkräfte die Qualifikationsbestimmungen der dortigen Fachgesellschaften nachweisen, um als Kinderwunschberater/in in einer Klinik oder in eigener Praxis arbeiten zu können. Auch wird in diesen Ländern sowie in Kanada und vielen Bundesstaaten der USA eine Behandlung im donogenen System bzw. mit Leihmutterschaft nur nach vorher erfolgter psychosozialer Beratung durchgeführt.

In Deutschland hat die psychosoziale Kinderwunschberatung nach der Novellierung der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006 [26] gegenüber der Richtlinie von 1998 einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Begrüßenswert ist darüber hinaus, dass die Leitlinie „Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie“ [5] in die Musterrichtlinie eingearbeitet wurde. Reproduktionsmediziner werden somit verpflichtet, auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinzuweisen und eine solche im Vorfeld einer donogenen Insemination (DI) durchzuführen. Diese Aufwertung und Ausdifferenzierung der Beratung stellt einen bedeutsamen Fortschritt dar. Der Anschluss an international vorhandenes Spitzenniveau wurde hierdurch jedoch noch nicht erreicht [27]. Dies bezieht sich vor allem auf die aktive Integration einer professionellen psychosozialen Kinderwunschberatung in die medizinische Behandlung, aber auch auf die Qualifikationsanforderungen an die Fachkräfte. Auch die unter 3.2.4 der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) [26] geforderte Verpflichtung, auf eine psychosoziale Beratung hinzuweisen, wird im Alltag nicht immer umgesetzt, wie BKiD-Berater/innen übereinstimmend auf Anfragen des BKiD-Vorstands berichten.

Darüber hinaus sind die in der Richtlinie gegebenen Empfehlungen different zu den Forderungen der Gesetzestexte: Während durch das SGB die Beratung durch einen Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, gefordert wird, empfiehlt die BÄK eine Beratung durch den behandelnden Arzt. Um beiden Empfehlungen bzw. Anforderungen gerecht zu werden, müssten somit wenigstens zwei Beratungen durchgeführt werden. BKiD-Berater/innen wird auch diesbezüglich von Paaren rückgemeldet, dass der Arzt/die Ärztin, welche/r nicht zum Behandlungsteam gehört (überweisende/r Gynäkologe/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.

Das Maß der Integration der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland ist bislang völlig uneinheitlich und reicht von in reproduktionsmedizinische Zentren räumlich und personell integrierten, aber weisungsunabhängigen psychosozialen Beratern/Beraterinnen bis hin zum faktisch völligen Fehlen jeglicher Kooperation mit psychosozialen Fachkräften [28]. Seit der Veröffentlichung der BKiD-Leitlinien für die Gametenspende [23] wird nach klinischer Erfahrung und Feedback der BKiD-Berater und -Beraterinnen zwar deutlich häufiger eine Beratung vor einer DI empfohlen und auch angefragt, es ergeben sich allerdings große regionale Unterschiede, die sich möglicherweise mit den unterschiedlichen Berufsordnungen der verschiedenen Landesärztekammern erklären lassen.

Dieser aus Sicht der psychosozialen Kinderwunschberatung derzeit noch unbefriedigende Sachstand war die Motivation, mehrere Erhebungen zum aktuellen Stand der Kinderwunschberatung in Deutschland und unter dem Aspekt des jeweiligen Grades der Einbindung in die medizinische Versorgung durchzuführen.

Durchgeführte empirische Erhebungen

Um eine aktuelle Einschätzung der Interessenvertreter zum Stand der psychosozialen Kinderwunschberatung zu erhalten, wurden in den Monaten Februar bis April 2010 die folgenden Erhebungen durchgeführt.

Homepageanalysen

Analysiert wurden sowohl die Homepages der im DIR [29] aufgeführten

IVF-Zentren als auch die auf der BKID-Website gelisteten Homepages der psychosozialen Berater und Beraterinnen. Dabei wurden nur die Homepages in die Analyse einbezogen, die zum Zeitpunkt der Recherche zugänglich waren, allerdings ohne Berücksichtigung des letzten Aktualisierungsdatums.

Homepageanalyse – IVF-Zentren

Im Deutschen IVF-Register sind insgesamt 123 IVF-Zentren aufgeführt; von 103 dieser Zentren konnte die entsprechende Homepage analysiert werden. 20 Zentren hatten entweder keinen Internetauftritt oder auf die entsprechende Seite war kein Zugriff möglich.

Die Analyse fokussierte die folgenden Aspekte:

1. Wie sind die psychosoziale Beratung (sowohl durch Ärzte als auch durch psychosoziale Fachkräfte) und deren Integration in die reproduktionsmedizinische Behandlung hinsichtlich Organisation, Integration und Behandlungsunabhängigkeit ausgestaltet?
2. Welche Beratungsmaßnahmen werden von wem durchgeführt?
3. Erfolgt eine Qualitätssicherung der psychosozialen Beratung und wenn ja, wie?

Die Homepage-Analyse zielte primär darauf ab, herauszufinden, welchen Stellenwert die einzelnen IVF-Zentren im Rahmen ihres Internetauftrittes der psychosozialen Betreuung beimessen, zunächst auch unabhängig davon, wer diese Beratung durchführt. Über den Stellenwert der psychosozialen Beratung in der Alltags- und Behandlungspraxis der IVF-Zentren kann allerdings aufgrund dieser Analyse keine verallgemeinerbare Aussage getroffen werden.

Fragebogenerhebung

Um weitere Ergebnisse zu den oben aufgeführten Fragestellungen zu generieren, wurde ein Fragebogen mit 31 Fragen für die IVF-Zentren erarbeitet. Die hierin formulierten Fragen thematisierten folgende Aspekte: allgemeine Angaben zum Zentrum (Größe, Zahl der Mitarbeiter etc), Aspekte der ärztlichen psychosozialen Beratung sowie der (behandlungsunabhängigen) psychosozialen Beratung (Zeitpunkt der Beratung, von wem durchgeführt, Ausrichtung an der Richtlinie der BÄK, Einfluss des Beratungsgesprächs auf die Behandlung, Inhalte der Beratungsgespräche – formuliert auf der Basis der in der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (2006) aufgeführten Beratungsaspekte, Betreuung nach Abort, Qualitätssicherung). Die Beantwortung der Fragen erfolgte auf entsprechenden Antwortskalen. Per E-Mail wurden alle 123 im DIR gelisteten Zentren angeschrieben, in 40 Fällen wurde die Adresse nachrecherchiert, ca. 20 Adressaten konnten nicht erreicht werden (Drop-out-Quote 16,2 %). Trotz zweier Erinnerungsschreiben antworteten nur 15 Ärzte bzw. Ärztinnen, zwei davon aus einem Zentrum (Antwortquote 12,2 %). Es liegen somit Angaben aus 14 IVF-Zentren vor.

Umfrage unter Interessenvertretern

Verschiedene Fachgesellschaften sowie Interessensverbände (n = 16) und alle 140 Mitglieder von BKiD wurden per E-Mail gebeten, zu den folgenden offenen Fragen Stellung zu nehmen:

1. Wie sollte die psychosoziale Kinderwunschberatung zukünftig idealer Weise organisiert sein?
2. Wie kann eine hohe Qualität dieser Beratung gewährleistet werden?
3. Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind empfehlenswert?

Ergebnisse

Homepageanalysen IVF-Zentren

Von den 103 IVF-Zentren machten 89 Zentren Angaben, wie viele Ärzte insgesamt im Team arbeiten, je nach Zentrumsgröße lagen die Zahlen hier zwischen 1 und 39, im Mittel waren es 4–5 Ärzte bzw. Ärztinnen.

Weder zum Stellenwert der psychosozialen Beratung noch zur Frage der Integration psychosozialer Beratungsaspekte, noch zur Beratungsunabhängigkeit wurden auf den analysierten 89 Homepages Angaben gemacht. Jedoch lassen unseres Erachtens die Angaben zu den Kooperationen, zu gesetzlichen Regelungen und zu den Leistungen Rückschlüsse auf den Stellenwert zu.

Insgesamt gaben 35,9 % (37 IVF-Zentren) auf ihren Homepages an, dass eine Kooperation bezüglich der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung besteht; in einigen Fällen (5 %; 5 IVF-Zentren) mit einer psychosomatischen Klinik. Am häufigsten wurde die Kooperation mit externen Psychologen, Beratern bzw. mit entsprechenden Praxen angeben. Dabei kommen diese Fachkräfte entweder direkt in die IVF-Zentren (feste Termine) oder die betroffenen Paare werden weitergeleitet. In 2 Fällen (1,9 %) bestand darüber hinaus eine Zusammenarbeit mit einer sozialen Einrichtung, die Beratungsgespräche zur ungewollten Kinderlosigkeit anbietet. 6,8 % (7 IVF-Zentren) gaben an, eine Beraterin direkt im Team zu haben und 5,8 % (6 IVF-Zentren) gaben eine Kooperation an, ohne diese allerdings weiter auszuführen.

22,3 % der IVF-Zentren (n = 23) zitieren auf ihren Homepages den §27a des 5. SGB und somit die Beratungsgrundlagen. Vielfach wurde auch das Embryonenschutzgesetz wiedergegeben. In einem Fall gibt es einen externen Link zu der Richtlinie der Bundesärztekammer.

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. 89 Zentren (86,4 %) machten Angaben, welche und wie viele Fachkräfte mit welchem qualifizierenden Berufsabschluss bzw. mit welcher Zusatzqualifikation im Team arbeiten. Die am häufigsten angegebenen Qualifikationen bezogen sich allerdings auf die medizinischen Aspekte (z. B. gynäkologische Endokrinologie, Reproduktionsmedizin) und mussten im Kontext psychosozialer Betreuungsmaßnahmen unberücksichtigt bleiben. Die für die Analyse relevanten Zusatzqualifikationen und spezifischen Fortbildungen sind in Abbildung 1 aufgeführt.

Bei 4 Zentren (4,5 %) wurde angegeben, dass Mitarbeiter mit der Zusatzqualifikation „Fachgebundene Psychotherapie“ dem Team angehören.

Die Homepageanalyse ergab hinsichtlich der Ergebnisse zur Qualitätssiche-

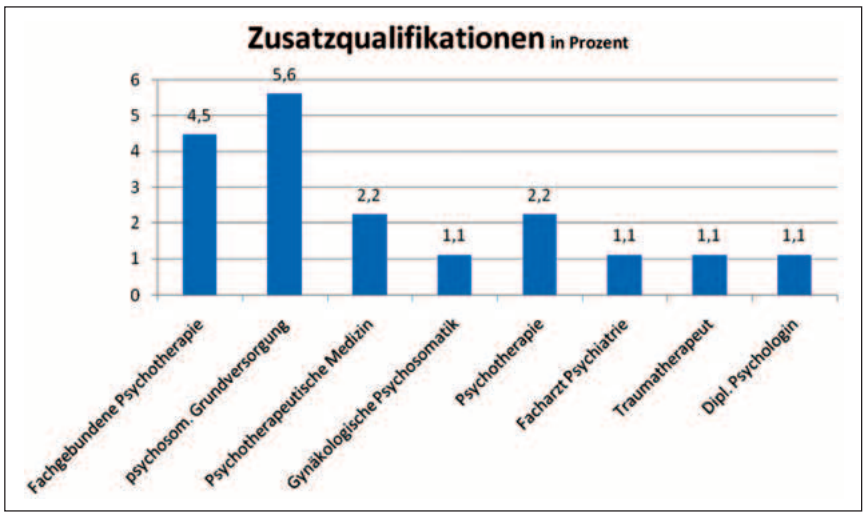


Abbildung 1: Angegebene qualifizierende Berufsabschlüsse, Zusatzqualifikationen und spezifische Fortbildungen (Homepageanalyse IVF-Zentren; Anmerkung: es wurden die auf den Homepages angegebenen Bezeichnungen verwandt).

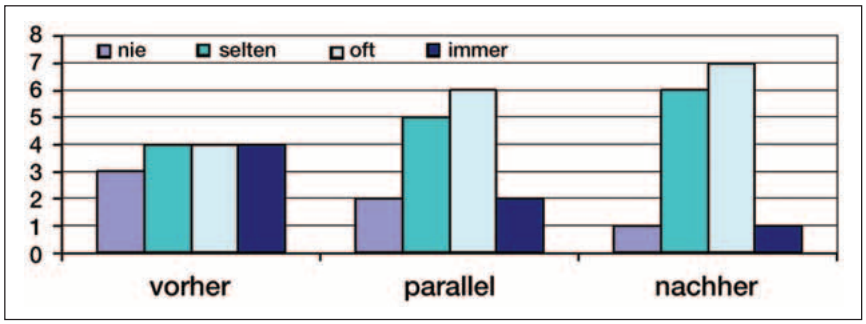


Abbildung 2: Wann erfolgen in Ihrem Zentrum ärztliche psychosoziale Beratungen? (Fragebogenerhebung, n = 15 Personen, absolute Häufigkeiten).

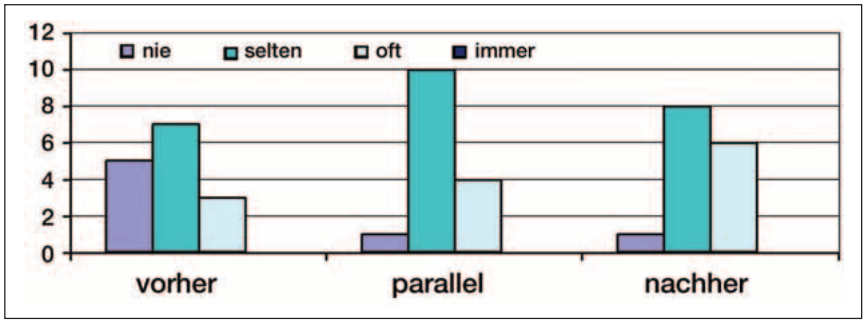


Abbildung 3: Wann erfolgen in Ihrem Zentrum psychosoziale Beratungen durch psychosoziale Fachkräfte? (Fragebogenerhebung, n = 15 Personen, absolute Häufigkeiten)

rung der psychosozialen Beratung keine Ergebnisse, hierzu erfolgten keinerlei Angaben. Gängige Instrumente bzw. Zertifizierungen, die angegeben werden, betreffen ISO-Normen. Von den 103 untersuchten Internetauftritten gaben 27,2 % (28 IVF-Zentren) an, nach ISO 9001 zertifiziert zu sein. Diese Zertifizierung aus dem Qualitätsmanagement enthält zwar auch den Aspekt „Kundenorientierung", Beratungsaspekte werden dabei allerdings nicht fokussiert. Weitere Angaben zur Qualitätssicherung erfolgten für Laborzertifizierungen (n = 2), eine Patientenbefragung, einmal HON (Health on the Net) und einmal QEP (Qualität und Entwicklung von Praxen).

Fragebogenerhebung IVF-Zentren

In den 14 antwortenden Zentren arbeiteten durchschnittlich 4,6 Ärzte bzw. Ärztinnen (Range 2–15), die Zentren existieren durchschnittlich seit 16,8 Jahren (Range 5–27 Jahre). Die insgesamt 69 Ärzte und Ärztinnen der erfassten 14 Zentren hatten nach eigenen Angaben folgende Zusatzqualifikationen (Mehrfachnennungen möglich): Psychosomatische Grundversorgung (42 Personen), Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (41 Personen), Ärztlicher Psychotherapeut (3 Personen).

Hinsichtlich der Kooperation mit einer psychosozialen Fachkraft gaben 3 Zentren (21,4 %) an, dass jemand mit im Team integriert ist, in 9 Zentren (64,3 %) bestand eine externe Kooperation (zusammen also 85,5 % der antwortenden 14 Zentren) und 2 Zentren (14,2 %) gaben keine Kooperation an.

Auf die Frage, wie viel Prozent der behandelten Paare im jeweiligen Zentrum wie oft psychosozial beraten werden, gaben 6 Zentren (40 %) eine einmalige ärztliche psychosoziale Beratung an. In 3 Zentren (21,4 %) findet keine psychosoziale Beratung statt. 4 Zentren (28 %) gaben eine mehrmalige ärztliche psychosoziale Beratung an. In jeweils einem Zentrum (6,3 %) findet eine einmalige bzw. mehrmalige behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung statt.

Die ärztliche psychosoziale Beratung erfolgt dabei entweder vor der Behandlung, parallel zu dieser, oder auch danach (Abb. 2). Drei Zentren gaben an, dass vor der Behandlung keine ärztliche (behandlungsabhängige) psychosoziale Beratung erfolgt, 4 Zentren gaben an, dass dies immer der Fall ist. 6 Zentren gaben an, dass eine Beratung oft parallel zur Behandlung erfolgt und 7 Zentren gaben an, dass eine Beratung oft auch nach der Behandlung erfolgt.

Ergänzend hierzu wurden die Häufigkeit und der Zeitpunkt der psychosozialen Beratungen durch psychosoziale Fachkräfte erfasst. Die Ergebnisse aus den Zentren zeigen – verglichen mit den ärztlichen (behandlungsabhängigen) psychosozialen Beratungen – generell eher seltene (behandlungsunabhängige) psychosoziale Beratungen durch diese Fachkräfte, was unseres Erachtens sicher auch mit dem Grad der Integration dieser Beratungsform im jeweiligen Zentrum zusammenhängt (Abb. 3).

Verbindlich für die psychosoziale Beratung sollte idealerweise die Richtlinie

Tabelle 1: Zu wie viel Prozent tragen die im Folgenden genannten Personen bzw. die Richtlinie der BÄK durchschnittlich zu der jeweiligen Entscheidung über die Beratungshäufigkeit eines Paares bei?

	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
Beratungshäufigkeit nach BÄK (%)	0	10,0	4,1	4,6
Beratungshäufigkeit nach Arzt (%)	5,0	95,0	28,9	26,0
Beratungshäufigkeit nach Team (%)	0	20,0	5,9	7,6
Beratungshäufigkeit nach psychosoz. Fachkraft (%)	0	35,0	13,2	12,4
Beratungshäufigkeit nach Paar (%)	0	90,0	47,8	25,7

der BÄK sein (vgl. Einführung). In der Fragebogenerhebung wurde dementsprechend gefragt, zu wie viel Prozent die im Folgenden genannten Personen (Tab. 1) bzw. die Richtlinie der BÄK durchschnittlich zu der jeweiligen Entscheidung über die Beratungshäufigkeit eines Paares beitragen.

Die Ergebnisse zeigen erstaunlicherweise, dass die Richtlinie der BÄK in der Praxis der 12 auswertbar antwortenden Zentren nach eigenen Angaben kaum konkrete Anwendung findet. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse für diese 12 Zentren.

Als Maßnahmen der Qualitätssicherung gaben jeweils 66,7 % der befragten IVF-Zentren die ISO 9001 sowie eine Patientenbefragung an.

Die Qualitätssicherung der psychosozialen Beratung in den IVF-Zentren erfolgt überwiegend in Teambesprechungen, weniger durch externe Supervisionen, so gut wie gar nicht durch Balintgruppen oder Benchmark. Zusätzlich zu den erfragten Optionen wurden als weitere Qualitätssicherungsaspekte angeführt: Besprechung mit Reproduktionsmedizinern (2 Nennungen; 5,4 %), Patientenbefragung am Ende der Beratung (2 Nennungen; 5,4 %) und kollegiale Intervision (7 Nennungen; 18,9 %).

Umfrage unter Interessenvertretern

Die Auswahl der per E-Mail angeschriebenen Interessenvertreter erfolgt durch die Autoren. Von den insgesamt 16 angefragten Fachgesellschaften und Interessensverbänden nahmen 10 Stellung („Aktion Kinderwunsch“, Arbeitskreis für donogene Insemination e.V., „ABC-Club“, Endometriosevereinigung, Initiative donogene Insemination, Lesben- und Schwulenverband Deutschland, Fachkommission Frauen-/Strukturpolitik des Dachverbandes Reproduktionsbiologie und -medizin, Psychologische Lesben- und Schwulenberatung Rhein-Neckar, Lesben-Informations- und Beratungsstelle Frankfurt, „Wunschkind“), 6 nicht (Berufsverband Reproduktionsmedizinischer Zentren, Deutsches Netzwerk Reproduktionsassistenz, „Initiative Regenbogen“, Pro Familia Bundesverband, Selbsthilfe „Ungewollt kinderlos“, Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin). Die antwortenden Interessenvertreter sprachen sich überwiegend dafür aus, reproduktionsmedizinische Zentren zu verpflichten, auf eine psychosoziale Kinderwunschberatung hinzuweisen und/oder eine feste Kooperation mit einer Beratungsstelle einzugehen. Darüber hinaus plädierten 2 Interessenvertreter dafür, ausführlich über mögliche Inhalte einer Beratung aufzuklären, um Hemmschwellen abzubauen. Zwei Interessenvertreter aus dem medizinischen Bereich erachteten einen grundsätzlich verpflichtenden Hinweis auf Beratung für nicht bzw. nur im Vorfeld einer Behandlung mit Gametenspende (auch einer Eizellspende) erforderlich. Überwiegend Konsens herrschte auch bezüglich einer engen Anbindung der psychosozialen Beratung an die medizinische Versorgung. Damit wäre „die Inanspruchnahme einer Beratung erheblich einfacher“ und könnte auch in akuten Situationen wahrgenommen werden. Weitere Vorschläge waren die Nutzung von Räumen (kostenfreie oder Anmietung) in reproduktionsmedizinischen Zentren, sodass die Berater vor Ort arbeiten, der weitere Ausbau von BKiD, vor allem in Regionen, in denen es zurzeit wenige Berater gibt, oder die Einrichtung eines „runden Tischs“ bzw. von (regionalen) Arbeitsgruppen, die multiprofessionell zusammengestellt sind.

Gleichzeitig wurde eine inhaltliche Trennung von behandlungsunabhängiger psychosozialer Beratung und medizinischer Behandlung für wichtig erachtet, damit die Beratung ergebnisoffen und weisungsungebunden durchgeführt werden kann. Ein Interessenvertreter aus dem Bereich der Betroffenen schlug zusätzlich eine „Peer-to-Peer“-Beratung durch geschulte Laien vor, die die Erfahrung des unerfüllten Kinderwunsches gemacht haben. Alle Interessenvertreter sprachen sich dafür aus, dass zumindest eine begrenzte Anzahl von Beratungssitzungen (zwischen einer und drei) kostenfrei sein sollte, da dies maßgeblich zum Abbau von Hemmschwellen beitragen würde. Hierfür wurde die Einrichtung einer Abrechnungsmöglichkeit durch die Krankenkassen vorgeschlagen.

Alle antwortenden Interessenvertreter sprachen sich für eine möglichst hohe Qualität der Kinderwunschberatung aus. Hierzu ist nach deren Meinung eine spezielle Fortbildung sowie Erfahrung erforderlich. Interessenvertreter aus dem homosexuellen Bereich stellten die Forderung, dass auch der Kinderwunsch gleichgeschlechtlicher Paare und die Entwicklung von Kindern in „Regenbogenfamilien“ in Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt werden. Mehrere Interessenvertreter kannten die Qualifikations- und Weiterbildungskriterien von BKiD und hielten diese für geeignet, die Beratungsqualität festzulegen, anderen waren diese nicht bekannt, sie nannten jedoch ähnliche Kriterien für eine Zertifizierung (sozialwissenschaftliches Studium, therapeutische Ausbildung, psychologische und medizinische Kenntnisse).

Als Maßnahme der Qualitätssicherung wurde vor allem eine Evaluation der (behandlungsabhängigen wie auch behandlungsunabhängigen) Kinderwunschberatung durch die Klienten vorgeschlagen. Hierfür könnten in Wartezimmer ausgelegte Fragebögen den Bedarf nach psychosozialer Beratung abfragen oder diese Beratungsverläufe nach Abschluss ausgewertet werden. Des Weiteren sollten Fachkräfte kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen sowohl auf dem Gebiet der Psychologie des unerfüllten Kinderwunsches als auch der Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen.

Umfrage unter BKiD-Mitgliedern

Von insgesamt 140 Mitgliedern von BKiD beteiligten sich 30 Beraterinnen und Berater (21,4 %; ausschließlich von

BKiD zertifizierte Fachberater). Es war kein Selektionseffekt zu erkennen (sowohl selbstständige Beraterinnen und Berater als auch in reproduktionsmedizinischen Zentren oder in Beratungsstellen arbeitende psychosoziale Fachkräfte antworteten). Die Rückmeldungen der Beraterinnen und Berater bezogen sich vor allem auf die Frage, ob die Kinderwunschberatung an ein reproduktionsmedizinisches Zentrum angebunden oder unabhängig davon erfolgen sollte. Hierzu waren die Haltungen geteilt. Viele sprachen sich für eine Beratung aus, die in den reproduktionsmedizinischen Zentren stattfindet, da dies die Hemmschwelle senkt, eine Beratung wahrzunehmen und signalisiert, dass die Beratung ein sinnvoller Bestandteil der medizinischen Behandlung ist. Auch würde eine solche integrierte Beratung einer Pathologisierung der Patienten vorbeugen und führte bei Ärzten dazu, dass sie den Stellenwert und Bedeutung einer Beratung erkennen. Auch die BKiD-Fachkräfte plädierten dafür, dass die Beratung weisungsungebunden und ergebnisoffen sein sollte. Die Hälfte der antwortenden BKiD-Berater sprach sich für eine von der medizinischen Behandlung unabhängige psychosoziale Beratung aus bzw. für die Wahlmöglichkeit zwischen integrierter und unabhängiger Beratung mit der Begründung, dass Patienten emotionalen Abstand zur medizinischen Behandlung benötigen und dies im Rahmen einer unabhängigen Beratung eher gegeben ist. Andere sprachen die Befürchtung aus, dass „eine neutrale, unabhängige Beratung (in den Kinderwunschzentren) nicht unbedingt gewährleistet“ sei und Klienten misstrauisch wären. Eine vom reproduktionsmedizinischen Zentrum unabhängige Beratung wurde auch für die Paare für wichtig erachtet, die sich gegen reproduktionsmedizinische Behandlungen entscheiden, sich aber dennoch mit den psychologischen Folgen des unerfüllten Kinderwunsches auseinandersetzen möchten. Für eine verpflichtende Beratung sprachen sich nur wenige Fachkräfte vor einer Gametenspende aus. Diese wird auf jeden Fall abgelehnt, solange Patienten die Beratung selbst bezahlen müssen.

Fast alle antwortenden BKiD-Mitglieder sprachen sich in Anlehnung an die Schwangerschaftskonfliktberatung dafür aus, dass Reproduktionsmediziner verpflichtet werden sollten, auf eine psychosoziale Kinderwunschberatung hinzuweisen, Patienten jedoch entscheiden können, ob sie eine Beratung in Anspruch nehmen wollen. Ein solches Vorgehen, so die Hoffnung, könne dazu führen, dass Patienten überhaupt von der Möglichkeit einer Beratung erführen und sie dazu motivieren, die Beratung aufzusuchen. Um dies umzusetzen, wurde die feste Anbindung einer Beratung an ein reproduktionsmedizinisches Zentrum oder der Nachweis einer festen Kooperation mit einem Berater vorgeschlagen. Einige Fachkräfte stellten Parallelen zur psychologischen Versorgung in der Onkologie her und empfahlen, für die Kinderwunschbehandlung einen ähnlichen interdisziplinären Ansatz zu entwickeln. Mehrere Fachkräfte beschrieben die Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Zentren als sehr schwierig. Es wurde kritisiert, dass Patienten nicht oder nur selten auf das Beratungsangebot aufmerksam gemacht werden, dass Flyer nicht ausgelegt werden oder psychosoziale Beratung abgewertet wird. Andere haben in den vergangenen Jahren enge Kooperationen hergestellt und berichteten von sehr positiven Erfahrungen, sowohl diejenigen, die in den Zentren arbeiten, als auch diejenigen, die in eigener Praxis oder in Beratungseinrichtungen arbeiteten.

Die meisten Fachkräfte sprachen sich für eine kostenfreie Beratung oder für eine begrenzte Zuzahlung (ähnlich der Kosten für die medizinische Behandlung) aus, da sie bei den Patienten aufgrund der erforderlichen Zuzahlung zur medizinischen Behandlung nur geringe finanzielle Ressourcen für eine Beratung vermuteten. Sie empfahlen entweder eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder die Anstellung einer psychosozialen Fachkraft durch das reproduktionsmedizinische Behandlungszentrum. Für eine Anstellung der Fachkräfte durch die reproduktionsmedizinischen Zentren spricht auch die Tatsache, dass die Ärzte durch die Wahrnehmung einer Kinderwunschberatung entlastet werden, denn ein Teil des Gesprächsbedarfs wird durch die Beratung aufgefangen. Für die Abrechnung durch die Krankenkassen wurde u. a. vorgeschlagen, eine eigene Abrechnungsziffer zur psychischen Belastung und den Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches zu entwickeln, da andere Ziffern als zu unspezifisch eingeschätzt werden. Darüber hinaus sollte in diesem Bereich auch die Paarberatung abrechenbar sein, da es erstrebenswert ist, dass beide Partner die Beratung aufsuchen. Paarberatung ist bisher nicht im Leistungskatalog der Kassen enthalten.

Alle antwortenden Fachkräfte erachten die von BKiD erstellten Richtlinien für die Qualität psychosozialer Kinderwunschberatung als Grundlage für ausreichend. In wenigen Fällen (< 10 %) wurden diese Kriterien für Fachkräfte, die nicht ausschließlich in der Kinderwunschberatung arbeiten, als zu hoch beschrieben, von anderen wurden bezüglich der Teilnahme an BKiD-Tagungen höheres Engagement vorgeschlagen. In Einzelfällen wurden explizit Qualifikationsmaßnahmen empfohlen (z. B. Hospitation in reproduktionsmedizinischen Zentren, Supervision und Intervision, Fortbildungen zu aktuellen Themen). Einige Fachkräfte sprachen sich für Supervision durch in der Kinderwunschberatung langjährig erfahrene Fachkräfte aus, was aber auch fast als einzige tatsächliche Maßnahme zur Qualitätssicherung angeführt wurde. Als qualitätssichernde Maßnahmen wurde wiederholt auf die Richtlinien, vor allem die Weiterbildungsrichtlinien, von BKiD verwiesen. Darüber hinaus wurde von vielen befragten BKiD-Mitgliedern insbesondere eine Evaluation der Beratungsgespräche vorgeschlagen. Um dies umzusetzen, könne BKiD ein Erhebungsinstrument in Form eines Fragebogens entwerfen und seinen Mitgliedern zur Verfügung stellen. Weitere Vorschläge waren die Einrichtung einer Fachgruppe auf regionaler Ebene und eines fachlichen Austauschs im Internet.

Diskussion

Die Generalisierbarkeit der hier dargestellten Ergebnisse ist aufgrund mehrerer Faktoren limitiert. Die Rücklaufquoten waren bei allen drei Erhebungen niedrig, es wurden für diese Untersuchung, die Pilotcharakter hat, keine standardisierten Fragebögen verwendet und möglicherweise war die Art der Anfrage (per E-Mail) ungeeignet. Dennoch lassen sich unseres Erachtens Trends feststellen. Entgegen des recht hohen Stellenwertes der psychosozialen Kinderwunschberatung in der ärztlichen Richtlinie von 2006 [26] kommt dieses Ange-

bot in der Öffentlichkeitsarbeit (Internetauftritt) der untersuchten IVF-Zentren nur in geringem Maße vor. Eine nur halbwegs durchgeführte Umsetzung dieses Teils der Richtlinie ist unserer Analyse nach dort nicht erkennbar, was auch die Fragebogenerhebung und die Umfrage unter den Interessenvertretern bestätigten. Während in den Jahresberichten des D·I·R die reproduktionsmedizinischen Therapieschritte detailliert, umfänglich und weitgehend verbindlich dokumentiert werden, bleiben die Art und der Umfang der psychosozialen Beratung weitgehend undokumentiert. Allerdings wären Angaben darüber, in wie viel Prozent der Behandlungszyklen eine Aufklärung über die „psychosozialen Aspekte" der Behandlung (Absatz 3.2.2. in [26]) stattgefunden hat, wünschenswert und erscheinen ohne größeren zusätzlichen Aufwand realisierbar. In der Praxis verhindern dennoch vielfach strukturelle Defizite diese Dokumentation: Während die Aufklärungspflicht bezüglich reproduktionsmedizinischer Diagnostik und Therapie eindeutig geregelt ist, stehen solche verbindlichen Regelungen bezüglich der psychosozialen Beratung noch aus. Zu welchen Aspekten der assistierten Reproduktion der überweisende Arzt und zu welchen der behandelnde Reproduktionsmediziner im Einzelnen aufklären soll bzw. darf, ist unseres Erachtens nach nicht eindeutig genug festgelegt.

Wie unsere Umfragen zeigen konnten, wird vonseiten der Beratungsfachkräfte der psychosozialen Kinderwunschberatung ein deutlich höherer Stellenwert und auch Bedarf eingeräumt. Die strukturellen Defizite (mangelnde Anbindung an das IVF-Zentrum und Finanzierung der Beratungsleistungen) wurden allerdings ebenso klar benannt. Ein weiterer Grund für die Randständigkeit der psychosozialen Kinderwunschberatung könnte auch darin liegen, dass – im Gegensatz zu den reproduktionsmedizinischen Verfahren – keine in der medizinischen Fachöffentlichkeit öffentlich bekannten Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsmaßnahmen bezüglich der Beratung vorliegen. Als Qualitätsmaßstäbe können zum Einen die Leit- und Richtlinien [22, 23] sowie die Weiterbildungskriterien [30] von BKiD dienen, zum anderen werden auch Evaluationen durch beratene Klienten als sinnvoll erachtet. Die wissenschaftlich nachgewiesene Effektivität professioneller (behandlungsunabhängiger) psychosozialer Kinderwunschberatung [31–33] ist sowohl den betroffenen Paaren als auch den reproduktionsmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten noch offensiver zu kommunizieren.

Zukünftig sollte ein Augenmerk darauf gelegt werden, die Schwelle für die Inanspruchnahme einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Kinderwunschberatung bzw. von entsprechenden Gruppenangeboten zu senken und Vorurteile abzubauen. Um dies zu erreichen, sollte bereits vor Behandlungsbeginn Informationsmaterial über gängige emotionale und psychosoziale Reaktionen auf Infertilität bei Frauen und Männern, über Bewältigungsmöglichkeiten, über Belastungen während und nach der Behandlung und über typische Inhalte der Kinderwunschberatung in Form von Schriftmaterial oder neuerer Medien anhand typischer Fallberichte sowohl den betroffenen Paaren als auch den überweisenden Gynäkologen zur Verfügung gestellt werden. Verlauf, Inhalt und Ziele einer Kinderwunschberatung sollten so transparenter gemacht werden. Als Vorbild kann dabei das „Medienpaket ungewollte Kinderlosigkeit" der BZgA [34] dienen, welches allerdings entsprechend aktualisiert und erweitert werden müsste. Schließlich sollte auch die Beratung über die Beendigung der Behandlung integraler Beratungsbestandteil sein. Vielversprechend erscheinen Ansätze, die spezifisch auf bestimmte Phasen der Kinderwunschtherapie zugeschnitten sind [z. B. 35] oder mittels psychoedukativer Ansätze die Vermittlung von Information mit der psychologischen Auseinandersetzung der kurz- und langfristigen Folgen einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme, vor allem im donogenen System, verbinden [36]. Auch in der Nutzung des Internets zur psychosozialen Kinderwunschberatung sind empfehlenswerte Ansätze bereits vorhanden [z. B. 37].

Durch den Gesetzgeber ist derzeit keine psychosoziale Beratung unabhängig von der Behandlung vorgesehen. Das führt dazu, dass der mit der ungewollten Kinderlosigkeit und mit der reproduktionsmedizinischen Behandlung verbundene, zum Teil sehr starke Leidensdruck oft unberücksichtigt bleibt, der sich aber dennoch nicht unerheblich auf das Behandlungsergebnis auswirken kann. Die oben vorgeschlagenen Maßnahmen hinsichtlich einer verbesserten Praxis der psychosozialen behandlungsunabhängigen Beratung würden auch eindeutige Regelungen der Kostenübernahme seitens der Krankenkassen erfordern. Derzeit sind die uneinheitlichen finanziellen Regelungen ein klarer Grund, die psychosoziale Beratung eher wenig in Anspruch zu nehmen bzw. seitens der Reproduktionsmediziner wenig zu praktizieren.

Sinnvoll wären ein obligatorischer Hinweis und dessen Dokumentation durch den behandelnden Arzt auf eine unabhängige psychosoziale Beratung als integraler Bestandteil der reproduktionsmedizinischen Behandlung. Damit wäre der Richtlinie der Bundesärztekammer [26], die in den meisten Bundesländern als Teil der Berufsordnung aufgenommen wurde, Rechnung getragen. Auch der überweisende Arzt sollte verpflichtet werden, auf eine behandlungsunabhängige psychosoziale Kinderwunschberatung hinzuweisen und dies zu dokumentieren. Darüber hinaus sollte zumindest eine begrenzte Anzahl von Beratungssitzungen (analog der begrenzten Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen) vom Krankenversicherungssystem übernommen werden.

Relevanz für die Praxis

Trotz des anerkannt hohen Stellenwertes der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland ist deren praktische Umsetzung häufig noch stark eingeschränkt. Neben den zugrundeliegenden strukturellen Defiziten (mangelnde Anbindung an das IVF-Zentrum und Finanzierung der Beratungsleistungen) scheint auch die Informationspolitik zur psychosozialen Beratung deren ungenügende Inanspruchnahme zu erklären.

In der Praxis sollte die Effektivität professioneller psychosozialer Kinderwunschberatung daher offensiver kommuniziert werden, worauf nicht nur die Ergebnisse dieser Pilotstudie hinweisen.

Interessenkonflikt

Die Studie entstand im Zuge gutachterlicher Tätigkeit von Frau Dr. Stöbel-Richter, Frau Dr. Thorn und Herrn Dr. Wisch-

mann für das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (Berlin). Frau Dr. Thorn ist erste Vorstandsvorsitzende, Herr Dr. Wischmann ist zweiter Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. Herr Prof. Brähler und Herr Prof. Kentenich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Dickmann M. Demographischer Wandel – Geburtenraten im internationalen Vergleich. IW-Trends 2003; 1: 1–25.

2. Höhn C, Ette A, Ruckdeschel K. Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik. Robert-Bosch-Stiftung GmbH, Stuttgart, 2006.

3. Hornung A. Zwischen Kinderlosigkeit und Zwei-Kind-Familie. In: Goldstein J KM, Huinink J, Konietzka D, Trappe H (Hrsg). Familie und Partnerschaft in Ost- und Westdeutschland. Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock, 2010; 10.

4. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod 2007; 22: 1506–12.

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

6. Stöbel-Richter Y, Brähler E. Chancen und Verzicht – Grenzen der Fortpflanzungsmedizin bei ungewollter Kinderlosigkeit. Humanitas Verlag, Dortmund, 2005.

7. Wischmann T. Psychologische Aspekte bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. CME Prakt Fortbild Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol 2008; 4: 194–209.

8. Wischmann T. Psychosoziale Aspekte bei Infertilität. Gynäkologe 2009; 42: 285–95.

9. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck RW, Mastroianni L. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilisation and embryo transfer. Fertil Steril 1985; 43: 48–53.

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

11. Kerr J, Brown C, Balen AH. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. Hum Reprod 1999; 14: 934–8.

12. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in-vitro-fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. Fertil Steril 1995; 64: 802–10.

13. Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. Fertil Steril 2004; 81: 258–61.

14. Beutel M, Kirchmeyer P, Weidner W, et al. Psychische Belastung bei MESA/TESE-Teilnehmern im Vergleich zu den Partnern von ICSI- und IVF-Teilnehmerinnen. Reproduktionsmedizin 2000; 16: 354–61.

15. Burns LH. Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. Psychiat Clin North Am 2007; 30: 689–716.

16. Schröder AK, Katalinic A, Diedrich K, Ludwig M. Cumulative pregnancy rates and drop-out rates in a German IVF programme: 4102 cycles in 2130 patients. Reproductive BioMedicine Online 2004; 8: 600–6.

17. Domar AD, Smith K, Conboy L, Iannone M, Alper M. A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. Fertil Steril 2010; 94: 1457–9.

18. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, et al. Guidelines for counselling in infertility: Outline version. Hum Reprod 2001; 16: 1301–4.

19. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. Hum Reprod 2009; 24: 378–85.

20. Covington SH, Burns LH (eds). Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicans. 2. ed. Cambridge University Press, Cambridge London New York, 2006.

21. Haase JM, Blyth E. Global Perspectives on Infertility Counseling. In: Covington SN, Hammer Burns L (eds). Infertility Counseling A Comprehensive Handbook for Clnicans. 2. ed. Cambridge University Press, Cambridge, 2006; 544–57.

22. BKiD-Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch" (PB-Richtlinien von BKiD). In: Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKiD). Kohlhammer, Stuttgart, 2008; 117–21.

23. Thorn P, Wischmann T. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J Reproduktionsmed Endokrinol 2008; 3: 147–52.

24. Thorn P, Wischmann T. Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen". J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7: 394–402.

25. BICA. Guidelines for Good Practice in Infertility Counselling. BICA Publications, London, 2006.

26. Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. Dtsch Ärztebl 2006; 20: A1392–A1403.

27. Thorn P, Wischmann T. Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer 2006 aus der Perspektive der psychosozialen Beratung. J Reproduktionsmed Endokrinol 2008; 1: 39–44.

28. Revermann C, Hüsing B. Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), Berlin, 2010.

29. DIR (Deutsches IVF-Register). Jahrbuch 2008. Deutsches IVF-Register, Bad Segeberg, 2009.

30. BKiD. BKiD-Weiterbildungskatalog. In: Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Kohlhammer, Stuttgart, 2008; 122–3.

31. Boivin J. Psychosoziale Interventionen bei Kinderwunsch: Ein Review. Gynäkol Endokrin 2004; 2: 94–109.

32. de Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. Hum Reprod 2005; 20: 1324–32.

33. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental ealth and pregnancy rate. Hum Reprod Update 2009; 15: 279–95.

34. BZgA. Medienpaket „Kinderwunsch" – Ursachen, Behandlung, Hilfen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 1999.

35. Lancastle D, Boivin J. A feasibility study of a brief coping intervention (PRCI) for the waiting period before a pregnancy test during fertility treatment. Hum Reprod 2008; 23: 2299–307.

36. Thorn P, Daniels KR. A group-work approach in family building by donor insemination: empowering the marginalized. Human Fertility (Camb) 2003; 6: 46–50.

37. Hämmerli K, Znoj H, Berger T. Kinderwunsch Online Coaching – ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm. J Reproduktionsmed Endokrinol 2009; 6: 111–5.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☑ Medizintechnik-Produkte

Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik

Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH

Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH

InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**