

DER PSYCHOSOZIALE KONTEXT BEI REPRODUKTIONSMEDIZINISCHEN BEHANDLUNGEN

Störungen der Fertilität von Frauen und Männern, die in eine ungewollte Kinderlosigkeit münden, sind nach wie vor ein großes Problem für alle Beteiligten. Dies ist nicht zuletzt durch das seelische Leiden und die psychischen Belastungen bedingt, die mit der ungewollten Kinderlosigkeit einhergehen und meist spezifischer Kompetenzen und Interventionsstrategien beim Behandlungsteam (Ärzte und Psychotherapeuten) bedürfen. Noch bis in die 1990er Jahre wurden Paare mit unerfülltem Kinderwunsch pathologisiert, zumal lange davon ausgegangen wurde, dass weniger als die Hälfte der Fruchtbarkeitsstörungen körperlich bedingt sei. Die wissenschaftlich fundierte Forschung ergibt mittlerweile ein grundlegend anderes Bild, nach der die Prävalenz rein psychogener Infertilität auf etwa 5 % einzuschätzen ist (Wischmann 2006).

Der Einfluss von Stress auf die Fertilität wird in der psychosomatischen Forschung seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Sorgfältige Studien an größeren Stichproben (z.B. Lintsen et al. 2009) ergeben, dass die Auswirkungen von Alltagsstress auf die Fruchtbarkeit wohl vernachlässigbar gering sind, letzte Klarheit gibt es hier allerdings noch nicht. Die Auswirkung des unerfüllten Kinderwunsches wiederum wird maßgeblich durch die partnerschaftliche Kommunikation moderiert. In einer aktuellen Studie konnte z.B. gezeigt werden, dass der subjektive Disstress direkt abhängig ist vom jeweiligen Bewältigungsverhalten des Partners (Peterson et al. 2008): Zeigt ein Partner beispielsweise eine aktiv-vermeidende Verhaltensstrategie bezüglich Schwangerer oder Kinder, hat dies einen negativen Einfluss auf das Stresserleben und die Partnerschaftsqualität beider Partner.

DAS ERLEBEN UNGEWOLLTER KINDERLOSIGKEIT

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. Viele Paare bringt die Diagnose einer Fertilitätsstörung an die Grenzen ihrer seelischen Belastbar-

keit. Besonders von Frauen kann die Tatsache, dass das »Natürlichste« der Welt nicht »funktioniert« als besonders kränkend empfunden werden. Infertilität kann zu den stressvollsten Lebenssituationen gehören, vergleichbar mit dem Verlust eines Partners oder dem Tod eines Kindes. Die emotionalen Reaktionen auf die Diagnose »Fertilitätsstörung« reichen von Erstaunen und Schock bis hin zu Depression und Trauer. Der unerfüllte Kinderwunsch vermittelt Betroffenen zum Teil den Eindruck, sozial in eine Außenseiterposition geraten zu sein.

Im Lebensentwurf (von Paaren) spielen Sterilitätsaspekte nur äußerst selten eine Rolle (z.B. bei onkologischen Erkrankungen). »Normalerweise dreht sich die Kinderfrage um das Ob und Warum oder das Wann und mit wem. Die trügerische Gewissheit, jederzeit schwanger werden zu können, lässt die Familiengründung planbar erscheinen. Je schöner der Plan, je enger das Zeitfenster zum Kinderkriegen, desto größer der Druck, wenn es nicht klappt.« (Spiewak 2002, S. 29) Häufig wird die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem weiteren Leben, wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, erst einmal aufgeschoben. Gerade für beruflich erfolgreiche Paare, die plötzlich die Erfahrung machen müssen, dass etwas in ihrem Leben nicht planbar ist und nicht auf Anhieb klappt, ist die Kränkung enorm. Der Kontrollverlust über den eigenen Körper und die vorgesehe-

ne Familienplanung stellt oftmals eine schwere Lebenskrise dar.

Allerdings erscheinen Kinderwunschpaare zum einen in genereller Hinsicht psychisch unauffällig, zum anderen zeigen sie sich zu Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung sogar zufriedener und glücklicher als Vergleichs- bzw. Kontrollgruppen. Und auch spezifische Beziehungsmuster können nicht als typisch für ungewollt kinderlose Paare gesehen werden. Hinsichtlich der Paarbeziehung gibt es keine Hinweise auf eine durchschnittlich größere partnerschaftliche Unzufriedenheit. Vor allem kinderlose Frauen zeigen sich bei längerer Behandlungsdauer sogar durchschnittlich zufriedener mit ihrer Ehe und Partnerschaft. Wischmann et al. (2004, S. 31) relativieren dies jedoch: »Es erscheint wahrscheinlicher, dass die meist überdurchschnittliche Zufriedenheit mit der Partnerschaft bei Paaren in IVF-Behandlung eher auf das Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit zurückzuführen ist als auf das tatsächliche Vorhandensein besonders psychisch stabiler Partnerschaften in diesen Stichproben. Andererseits gibt es keinerlei Hinweise dafür, dass unter Paaren in IVF-Behandlung vermehrt psychologisch auffällige Paare zu finden sind, die durch Erfüllung ihres Kinderwunsches ihre Partnerschaft zu stabilisieren versuchen.«

In der geschlechtsspezifischen Perspektive zeigen Männer insgesamt im Durchschnitt sowohl eine geringere Kinderwunschstärke als auch eine geringere Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch im Vergleich zu ihren Partnerinnen. Neuere Studien verweisen jedoch darauf, dass bei Vorliegen einer ausschließlich andrologisch bedingten Infertilität Männer ebenso stark leiden wie Frauen bei nur gynäkologisch bedingter Infertilität; die Forschungsergebnisse sind aber insgesamt noch widersprüchlich. Es kann

vermutet werden, dass dem Leidensdruck männlicher Infertilität seltener Ausdruck verliehen wird als bei Vorliegen einer ausschließlich gynäkologisch bedingten Infertilität. Tatsächlich erbrachte eine Studie an 162 Paaren vor assistierter Reproduktion, in der die Belastung für jeweils das Paar berechnet wurde (und nicht wie sonst gehandelt im Gruppenvergleich Frauen/Männer), dass die Unterschiede in der emotionalen Belastung zwischen Frauen und Männern nahezu verschwanden (Chamamovich et al. 2009).

DAS ERLEBEN DER REPRODUKTIONSMEDIZINISCHEN BEHANDLUNG

Reproduktionsmedizinische Verfahren sind oft der »letzte (Aus-)Weg«, um ein eigenes Kind zu bekommen. Und zugleich ist eine reproduktionsmedizinische Behandlung inzwischen gesellschaftlich akzeptierter als früher, weshalb sie von vielen Paaren als »normaler Weg« angesehen wird. Weitere Behandlungsmotive sind – neben eindeutigen medizinischen Diagnosen – der soziale Einfluss von Verwandten/Bekanntem sowie Medien und Kinderwunschforen im Internet, in denen über die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin berichtet wird, aber auch die Werbung der Kinderwunschzentren mit dem Versprechen hoher Erfolgchancen. Die zeitlich, emotional und finanziell aufwendige reproduktionsmedizinische Behandlung stellt jedoch für sehr viele Frauen (bzw. Paare) eine starke körperliche und psychische Belastung dar, die zudem mit der Zahl erfolgloser Behandlungszyklen ansteigt. Auch darum nehmen mehr als die Hälfte der Paare nicht alle angebotenen Behandlungszyklen in Anspruch. Und ca. 20 % aller Paare erleben die reproduktionsmedizinische Behandlung als so belastend, dass sie allein deshalb schon eine psychologische Beratung bzw. Therapie benötigen (Wischmann 2009).

AUSBLEIBENDER ERFOLG

Bleibt die Behandlung erfolglos, so wird dies von vielen Paaren als zum Teil dramatisch und als Verlust erlebt; Enttäuschung und Trauer sind die entsprechenden Reaktionen. Auch resultiert aus einer nicht eingetretenen Schwangerschaft bzw. Fehlversuchen manchmal eine depressive Episode, der oftmals eine Ursachenforschung folgt, warum es nicht geklappt und was man »falsch« gemacht habe. Therapeuten und Ärzte schildern, dass die Frauen den Misserfolg als persönliches Versagen bewerten. Sie berichten oftmals über Selbstzweifel an sich als Partnerin und fühlen Neid gegenüber Frauen, die problemlos Kinder bekommen. Einige Paare versuchen, den Misserfolg zu verdrängen und stürzen sich so schnell wie möglich in einen neuen Versuch oder suchen Ablenkung, um sich mit dem Erlebten nicht auseinandersetzen zu müssen. Allerdings gibt es durchaus viele Paare, die eine ART-Behandlung ohne psychische Symptome durchstehen, eine Trauerphase als gelingende psychologische Verarbeitung begreifen bzw. auch aktiv gestalten. Während Misserfolg im Behandlungsprozess stark dadurch geprägt ist, dass viele Paare ihre Hoffnung auf die weiteren Versuche setzen, ist der dauerhafte Misserfolg einer reproduktionsmedizinischen Behandlung von den Paaren oftmals sehr schwer zu akzeptieren und mündet ebenso häufig in depressive Episoden und Trauerreaktionen (Stöbel-Richter 2010; Thorn/Wischmann 2010).

ERLEBEN VON ELTERN SCHAFT

Im Erleben der Elternschaft nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung zeigen sich generell wenig Auffälligkeiten. Eltern-Kind-Beziehungen sind normal, und viele Paare berichten mit Stolz und voller Freude von ihrem Kind – wie andere Eltern auch. Die Dankbarkeit ist bei den Paaren zu-

meist sehr groß, und das Kind wird dadurch als etwas besonders Kostbares und nicht zufällig Entstandenes wahrgenommen. Insgesamt müssen diese Befunde aber noch an größeren Stichproben mit prospektiven und multimedialen Studiendesigns abgesichert werden, vor allem bezüglich der Familienentwicklung mit Jugendlichen und Heranwachsenden nach ART. Auch sind die Auswirkungen spezifischer Techniken der Reproduktionsmedizin (wie Kryokonservierung, In-vitro-Maturation und Präimplantationsdiagnostik) auf die Kindesentwicklung noch weitgehend unklar und bedürfen sorgfältiger prospektiver Studien. In der Mehrzahl (bisheriger) Studien wird darauf hingewiesen, dass sich Kinder nach assistierter Reproduktion (sofern nicht Mehrlinge) psychisch, motorisch und sozial ebenso weitgehend unauffällig entwickeln, wie die Beziehungen in ihren Familien. Wenn Unterschiede in den Eltern-Kind-Beziehungen gefunden wurden, dann eher in positiver Hinsicht bei ART-Familien (Thorn/Wischmann 2010).

DIE PSYCHOSOZIALE KINDERWUNSCHBERATUNG

Psychosoziale Beratung als solche ist begrifflich nicht definiert. Vielmehr wird von einer Beratung mit psychosozialen Inhalten (§ 27a SGB V) und von Information, Beratung und Aufklärung mit psychischen und sozialen Aspekten (Richtlinien BÄK 2006, Novelle 2009) gesprochen. Vom Gesetzgeber bzw. von den Krankenkassen ist eine obligatorische (behandlungsbegleitende) Betreuung der reproduktionsmedizinischen Behandlung nicht vorgesehen.

Grundsätzlich soll die psychosoziale Beratung ungewollt kinderlosen Paaren (zunächst) Entscheidungshilfen in Hinblick auf anstehende medizinische Therapieschritte anbieten, aber auch Hilfestellung bei Paarkonflikten, die

sich aus der belastenden emotionalen Situation ergeben können. Außerdem soll sie dazu beitragen, die Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärzten und dem Umfeld zu verbessern, um eine bessere Bewältigung der Situation zu erreichen. Ein wichtiger Aspekt ist auch, ggf. die Akzeptanz eines Lebens ohne leibliche Kinder zu fördern und die Möglichkeit einer erfolglosen Therapie von Anfang an in den Beratungsprozess einzubeziehen.

Nach (Thorn/Wischmann 2010, S. 49 ff.) sollte die Beratung unabdingbarer Bestandteil der psychosozialen Versorgung bei unerfülltem Kinderwunsch sein. Zur psychosozialen Versorgung gehören die Bereitstellung von Informationen zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und die Sicherstellung des Verständnisses dieser Informationen. Hierzu gehört ebenfalls eine empathische Begleitung und Gesprächsführung durch Ärzte und nichtärztliches Personal während der Behandlung sowie ein einfühlsames Mitteilen von Behandlungsmisserfolgen. Alle involvierten Fachkräfte benötigen hierfür Kenntnisse und Fähigkeiten in psychologischer Gesprächsführung und psychosomatischer Grundversorgung sowie Verständnis für die psychosozialen Implikationen des unerfüllten Kinderwunsches.

Psychosoziale Kinderwunschberatung zeichnet sich dadurch aus, dass auf der Basis therapeutischer Konzepte Ratsuchende dabei unterstützt werden, Orientierung, Klarheit, Wissen, Bearbeitungs- oder Bewältigungskompetenzen zu gewinnen. Darüber hinaus muss sie auf die spezifischen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Ratsuchenden ausgerichtet sein. Die Beratungsinhalte beziehen sich auf alle Lebensthemen, die vom Kinderwunsch tangiert sind, darüber hinaus soll das Wohl des zu zeugenden Kindes, bereits geborener Kinder und der Familien reflektiert und möglichst sichergestellt werden (Abb. 1). Nationale Fachgesellschaften sprechen sich seit mehreren Jahren dafür aus, dass alle Paare, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung beabsichtigen oder sich dieser bereits unterziehen, niedrigschwellig Zugang zu einer psychosozialen Beratung erhalten sollen. Dieser Zugang sollte zu allen Zeitpunkten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung zur Verfügung stehen, aber auch Paaren offen sein, die sich keinem Verfahren der ART unterziehen (Covington/Burns 2006).

EFFEKTE PSYCHOSOZIALER BERATUNG

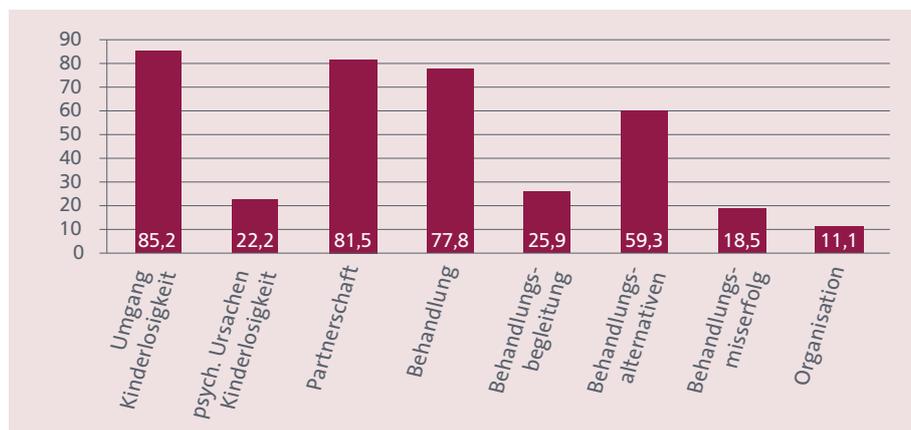
Unter anderem kam Boivin (2004) in einer systematischen Evaluation der

Interventionseffekte bei psychosozialen Begleitungen von Kinderwunschbehandlungen zu folgenden wesentlichen Ergebnissen: Psychosoziale Interventionen waren effektiver darin, negative Affekte zu reduzieren, als partnerschaftliche und soziale Beziehungsaspekte zu verbessern. Fast alle Interventionen zeigten einen positiven Effekt auf mindestens eine der untersuchten Outcomevariablen, und keine der Studien berichtete einen negativen Effekt auf das Wohlbefinden. Gruppeninterventionen, die Wert auf Aufklärung und das Vermitteln von Fertigkeiten (z.B. Entspannungstrainings) gelegt hatten, zeigten sich als signifikant effektiver im Erzielen positiver Veränderungen als die Beratungsinterventionen, welche emotionalen Ausdruck und Unterstützung hinsichtlich der Gefühle und Gedanken zur Infertilität betonten. Männer und Frauen profitierten gleichermaßen von psychosozialen Interventionen. Psychoedukative Interventionen waren für Männer attraktiver als Beratungen oder psychotherapeutische Therapien.

Hämmerli et al. (2009) schlussfolgern in einer anspruchsvollen Metaanalyse zu psychologischen Interventionen bei infertilen Patienten ein etwas anderes Bild: Bezüglich der Verbesserung des psychischen Befindens (Depressivität, Ängstlichkeit, psychische Belastung, interpersonelles Funktionieren und infertilitätsspezifischer Stress) ergeben sich keine nachweisbaren Effekte. Eine Analyse nach Dauer der psychologischen Intervention (ein bis fünf Sitzungen bzw. sechs Sitzungen und mehr) zeigt positive Folgen bezüglich psychologischer Variablen wie Ängstlichkeit oder Depressivität – anders als bei Boivin (2004) – deutlicher bei den länger dauernden Interventionen. Wischmann/Thorn (2010, S. 47) kommen insgesamt zu dem Schluss, dass zur Bewältigung der Lebenskrise der ungewollten Kinderlosigkeit psychosoziale Interventi-

ABB. 1

BERATUNGSINHALTE



Quelle: Stöbel-Richter 2010, S. 50

onen wie Beratung und Psychotherapie nachgewiesenermaßen förderlich sind und oft schon nach wenigen Sitzungen ein entlastender Effekt festgestellt werden kann.

BERATUNGSGRUNDLAGEN FÜR DIE PSYCHOSOZIALE BEGLEITUNG

Die gesetzlichen, organisatorischen und regulativen Grundlagen für die Durchführung von psychosozialer Beratung bzw. psychotherapeutischer Behandlung von Kinderwunschpaaren erschweren in verschiedener Hinsicht deren Durchführung in der konkreten praktischen Anwendung. Sie sind als teilweise disparat zu bezeichnen, und das Maß der Integration der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland ist bislang völlig uneinheitlich. Sie reicht von in reproduktionsmedizinische Zentren räumlich und personell integrierte, weisungsun-

abhängige psychosoziale Berater bis hin zum faktischen Fehlen jeglicher Kooperation mit psychosozialen Fachkräften (TAB 2010).

Die Zitate (Kasten) veranschaulichen eine Krux der gesetzlichen Richtlinien: 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 demnach wenigstens zwei Beratungen durchgeführt werden. In der Praxis zeigt sich häufig, dass nicht zum Behandlungsteam gehörende Ärzte (überweisende Gynäkologen) nicht über ausreichend Fach-/Detailwissen verfügt, um über wirklich wesentliche Aspekte angemessen aufzuklären. Oftmals wird nur der erforderliche Beratungsschein ausgehändigt, und die Paare kommen mit überhöhten bzw. falschen Erwartungen in die reproduktionsmedizinische Praxis. Zu-

sätzlich existieren die Richtlinien des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID), einem multiprofessionellen Zusammenschluss qualifizierter Berater, die fundierte Erfahrungen in der psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch und ungewollter Kinderlosigkeit aufweisen. In diesen wird nachdrücklich auf die emotionalen Belastungen während der reproduktionsmedizinischen Belastung Bezug genommen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zum Teil widersprüchliche (hinsichtlich der Frage, wer die Beratung vornehmen soll), aber auch in Ausführung und Detaillierungsgrad differente Richtlinien existieren, die als Grundlage für ärztliches Handeln in der reproduktionsmedizinischen Praxis gelten sollen.

VEREINFACHUNG UND VEREINHEITLICHUNG DER RICHTLINIEN

Um zu einer handhabbareren Beratungspraxis zu kommen, müssten die z.T. widersprüchlichen Richtlinien vereinfacht und aufeinander abgestimmt werden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass den überweisenden Gynäkologen oftmals die fachliche Kompetenz und der Einblick in die medizinischen und psychischen Aspekte der reproduktionsmedizinischen Behandlung fehlen, und deshalb Kinderwunschpaare vielfach mit übersteigerten Erwartungen in eine Kinderwunschbehandlung gehen. Auch könnte es ggf. sinnvoller sein, die Beratungspraxis den niedergelassenen Beratern zu übertragen. Dieses Vorgehen hätte mehrere Vorteile:

- > Die psychischen Belastungen der reproduktionsmedizinischen Behandlung können schon vorher verdeutlicht werden,
- > eine eventuell angezeigte Psychotherapie/Paartherapie (Indikation

BESTIMMUNGEN UND RICHTLINIEN ZUR PSYCHOSOZIALEN BERATUNG

- > § 27a, SGB V Abs. 1. Hier heißt es z.B. unter Punkt 5: »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 überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.«
- > (Muster-)Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer (2006). Hier lautet z.B. der Absatz 3.2: »Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung, die Art des Eingriffs, die Einzelschritte des Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen erkennbar Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden.«
- > Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Novelle von 2009. Hier heißt es z.B. unter Punkt 7: »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 ...«

- z.B. Sexualstörungen, Kommunikationsstörungen, depressive Episoden aufgrund des unerfüllten Kinderwunsches, psychosomatische Beschwerden etc.) kann vor Behandlungsbeginn erfolgen,
- Behandlungsoptionen können besser eingeschätzt werden,
 - mögliche Alternativen zum eigenen Kind können zu einem sehr frühen Zeitpunkt angedacht werden,
 - ein eventuell weiterführender psychosozialer Betreuungsbedarf während der reproduktionsmedizinischen Behandlung kann frühzeitig eingeschätzt werden,
 - die psychosoziale Beratung würde weniger negativ besetzt sein oder als »Prüfung« empfunden, die Paare könnten besser die entlastenden Aspekte der Beratung erfahren und nutzen,
 - die reproduktionsmedizinische Behandlung könnte entscheidend den Bedürfnissen des einzelnen Paares angepasst und damit individualisiert werden.

WAHRNEHMUNG DER BERATUNG

Kinderwunschpaare sollten ggf. bereits vor Beginn einer Behandlung mit Verfahren der assistierten Reproduktion verbindlich auf niedrigschwellig erreichbare psychosoziale Beratungsmöglichkeiten hingewiesen werden (Abb. 2). Dazu bieten sich enge Kooperationen reproduktionsmedizinischer Zentren mit entsprechend quali-

fizierten Fachkräften (in freier Praxis oder Beratungsstelle) an. Insbesondere vor invasiven Therapieschritten und bei erfolgloser Behandlung (einschließlich Fehl- bzw. Totgeburt) sollte erneut auf das psychosoziale Beratungsangebot verwiesen werden. Grundsätzlich bzw. idealerweise sollten alle Paare zu jedem Zeitpunkt einer Kinderwunschbehandlung ein psychosoziales Beratungsangebot in Anspruch nehmen können. Doch sofern ein solches Angebot überhaupt verfügbar ist, bestehen hier weiterhin Informationsdefizite und Schwellenangst. So ist zu erklären, dass zwar eine große Anzahl der Paare gegenüber psychosozialen Kinderwunschberatungen positiv eingestellt ist, aber nur ein kleinerer Teil dieses Angebot tatsächlich wahrnimmt. Wenn die psychosoziale Kinderwunschberatung integraler und selbstverständlicher Bestandteil der Behandlung ist, liegen die Akzeptanzraten allerdings deutlich höher (bis zu 80 %) (TAB 2010).

FAZIT – WAS BLEIBT ZU TUN?

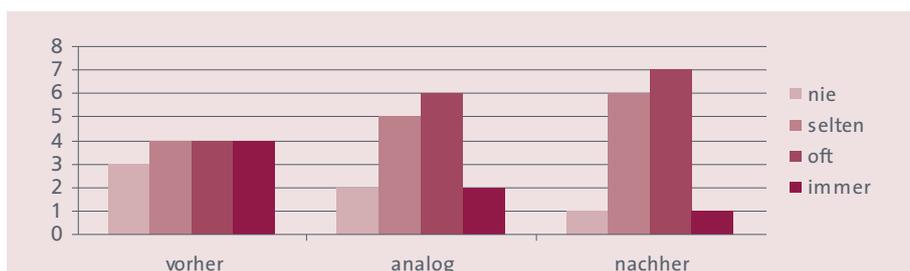
Im Lebenszyklus ist eine Kinderlosigkeit häufig zunächst gewollt – die Zeit ist noch nicht »reif« für eine Familiengründung – und entwickelt sich erst im weiteren Verlauf zu einer ungewollten – die Zeit ist »reif«, alles entspricht dem Plan, nur der Wunsch erfüllt sich nicht. Angesichts dessen sollte in breiter Öffentlichkeit über die reproduktive Phase und die Einschränkung der Optionen mit zunehmendem Alter auf-

geklärt werden (beginnend bereits im schulischen Sexualkundeunterricht): Denn mit steigendem Alter der Frau für eine erste Schwangerschaft sinkt nicht nur die Wahrscheinlichkeit für eine zweites oder drittes Kind, sondern immer häufiger auch schon für das erste. Dem gegenüber stehen die »Versprechen« der Reproduktionsmedizin, dass der Kinderwunsch »jederzeit« erfüllbar und die Reproduktionsmedizin »besser als die Natur« sei. Somit müssen alle Aspekte einer reproduktionsmedizinischen Behandlung deutlicher dargelegt und Aufwand, Kosten, Erfolge und Risiken stärker kommuniziert werden.

VERNETZTE UND SPEZIFISCHE BERATUNG

In der Praxis zeigt sich, dass die psychosozialen Berater vielfach im »luftleeren« Raum agieren, ein Feedback an die Reproduktionsmediziner erfolgt eher selten. Dies könnte sich dann anders darstellen, wenn die Berater im reproduktionsmedizinischen Zentrum unter inhaltlichen, organisatorischen und strukturellen Aspekten integriert wären und/oder zudem auch eine psychosomatische Sichtweise Grundlage der (ergebnisoffenen) Kinderwunschbehandlung ist. Vielfach eröffnet sich auch der Sinn/Nutzen einer psychosozialen Beratung für die behandelnden Reproduktionsmediziner nur wenig. Auch hier könnte eine bessere Vernetzung mit den Therapeuten für die Reproduktionsmediziner entlastende und zeitsparende Aspekte bringen. Das Kinderwunschpaar könnte so stärker von der Kompetenz beider Fachkreise profitieren und eine umfassendere Behandlung/Betreuung erhalten. In der Triade Paar–Beratung–Reproduktionsmedizin sollte der individuelle Beratungs- und Betreuungsbedarf gemeinsam, paarspezifisch und situationsabhängig festgelegt werden. Darüber hinaus würde die psychosoziale Beratung durch die Reproduktionsmediziner einen größeren Stellenwert erfahren und die derzeitige Situation, dass viele Paa-

ABB. 2 WANN ERFOLGEN PSYCHOSOZIALE BERATUNGEN? (FRAGEBOGENERHEBUNG, N = 15, ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN)



Quelle: Stöbel-Richter 2010, S. 32

re nicht oder erst sehr spät von der Option der psychosozialen Beratung erfahren, könnte deutlich verbessert und die Lücke zwischen Beratungsbedarf und Inanspruchnahme minimiert werden.

Zukünftig sollte zudem ein Augenmerk darauf gelegt werden, die Schwelle für die Inanspruchnahme von Kinderwunschberatung oder Gruppenangeboten zu senken und Vorurteile abzubauen. Um dies zu erreichen, könnten bei Behandlungsbeginn Informationsmaterialien über gängige emotionale und psychosoziale Reaktionen auf Infertilität bei Frauen und Männern, über Bewältigungsmöglichkeiten und über typische Inhalte der Kinderwunschberatung zur Verfügung gestellt werden. In Form von Schriftmaterial oder neuen Medien und anhand typischer Fallberichte könnten Verlauf, Inhalt und Ziele einer Kinderwunschberatung transparenter werden. Zudem sollte die Beratung über die mögliche Beendigung der Kinderwunschbehandlung ihr integraler Teil sein. Vielversprechend erscheinen Ansätze, die spezifisch auf bestimmte Phasen der Kinderwunschtherapie zugeschnitten sind und zudem adäquate Informationen zu kurz- und langfristigen Folgen eines ART-Eingriffs vermitteln.

FORSCHUNGSBEDARF

Generell mangelt es noch an evidenzbasierten Forschungsprojekten zu den psychosozialen Aspekten der ART in Deutschland. Dringend notwendig erscheinen auch Evaluationen der Beratungseffekte. Ferner ist der Einfluss des Geschlechts des psychosozialen Beratungspersonals auf die Beratungseffekte beim Vorliegen von verschiedenen medizinischen Diagnosegruppen (nur bei einem Partner oder bei beiden Partnern) bisher noch nicht untersucht worden. Bei männlicher Infertilität fehlen Studien zu den psychologischen Auswirkungen invasiverer reproduktionsmedizinischer Verfahren auf die betroffenen

Männer noch weitestgehend. Nicht zuletzt wäre – auch vor dem Hintergrund, dass für die psychosoziale Beratung eine hohe fachliche Qualität erforderlich ist und sich die entsprechenden Fachkräfte regelmäßig weiterbilden müssen – eine wissenschaftliche Evaluierung der Qualität der psychosozialen Kinderwunschberatung sehr sinnvoll.

Forschungsbedarf besteht auch im Hinblick auf Kindesentwicklung und Familiendynamik nach erfolgreicher Kinderwunschbehandlung. So sind etwa die psychologischen Auswirkungen der höheren Frühgeburtsraten und des geringeren Geburtsgewichts auch bei Einlingen nach ART einschließlich möglicher Folgeschäden (wie Diabetes oder Bluthochdruck) bisher noch nicht bekannt. Entsprechend sollte dies in prospektiven Studien zur Kindes- und Familienentwicklung untersucht werden. Des Weiteren ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass bei erblich bedingter väterlicher Infertilität die nach einer ICSI-Behandlung gezeugten Jungen auch infertil sein werden, die Durchführung prospektiver Studien bis zum Stadium der Familienplanung der Kinder von großer Bedeutung, und es erscheint eine frühzeitige Aufklärung dieser Jungen aus psychologischer Sicht notwendig. Auch werden generell nach assistierter Reproduktion gezeugte Kinder – wenn überhaupt – erst sehr spät (und Kinder nach Samenspende fast überhaupt nicht) über ihre Zeugungsart aufgeklärt. Was dies für die Identitätsentwicklung dieser Kinder bedeutet, sollte in weiteren prospektiven Studien an größeren Stichproben genauer geklärt werden.

LITERATUR

BÄK (Bundesärztekammer) (2006): (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006. In: Deutsches Ärzteblatt 103(20) vom 19.05.2006, S. A1392-A1403

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

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. In: Human Reproduction 24(9), S. 2151–2157

Covington, S.H., Burns, L.H. (eds.) (2006): Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians. New York

Haemmerli, K., Znoj, H., Barth, J. (2009): The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a metaanalysis examining mental health and pregnancy rate. In: Human Reproduction Update 15, S. 279–295

Lintsen, A.M.E., Verhaak, C.M., Eijkemans, M.J.C., Smeenk, J.M.J., Braat, D.D.M. (2009): Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. In: Human Reproduction 24(5), S. 1092–1098

Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Schmidt, L. (2008): The impact of partner coping in couples experiencing infertility. In: Human Reproduction 23(5), S. 1128–1137

Spiewak, M. (2002): Wie weit gehen wir für ein Kind? Frankfurt

Stöbel-Richter, Y. (2010): Psychosoziale Aspekte der assistierten Reproduktion. Gutachten im Auftrag des Deutschen Bundestages (unveröffentlicht). Leipzig

TAB (Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag) (2010): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-

technische Entwicklungen und Folgen. TAB-Arbeitsbericht Nr. 139 (im Druck)

Thorn, P., Wischmann, T. (2010): Psychosoziale Aspekte der assistierten Reproduktion. Gutachten im Auftrag des Deutschen Bundestages (unveröffentlicht). Mörfelden, Heidelberg

Wischmann, T. (2006): Psychogenese von Fertilitätsstörungen: eine Übersicht. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 66(01), S. 34–43

Wischmann, T. (2009): Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 6, S. 214–222

Wischmann, T., Stöbel-Richter, Y., Goldschmidt, S., Henning, K., Beyer, K., Stammer, H., Verres, R., Kentenich, H., Brähler, E., Strauß, B. (2004): Quellentext zur Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. 1. Di-

agnostik. In: Strauß, B., Brähler, E., Kentenich, H. (Hg.): Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Stuttgart, S. 23–43

KONTAKT

Dr. Christoph Revermann
030 28491-109
revermann@tab-beim-bundestag.de