



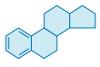
# **Psychosoziale Aspekte bei der Assistierten Reproduktion**

Konsensuspapier





ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOSOMATIK IN GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE



Österreichische Gesellschaft für  
Sterilität, Fertilität & Endokrinologie



ÖSTERREICHISCHES  
**HEBAMMENGREMIUM**  
LANDESGESCHÄFTSSTELLE WIEN



Vereinigung Österreichischer  
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

## Impressum

### Medieninhaberin und für den Inhalt verantwortlich:

Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der MA 24,  
Wiener Programm für Frauengesundheit, Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner

**Redaktion:** Mag.<sup>a</sup> Sabine Hofireck, MBA

**Mitarbeit:** Mag.<sup>a</sup> Alexandra Münch-Beurle

Brigittenufer Lände 50-54, 1200 Wien

Tel: 01/4000 84180

[frauengesundheit@ma24.wien.gv.at](mailto:frauengesundheit@ma24.wien.gv.at)

**Layout & Grafik:** ecker-design, 2020 Hollabrunn

**Lektorat:** Mag.<sup>a</sup> Monika Frank

**Illustration:** Dagmar Ecker-Ronacher

**Druck:** SPV Druckgesellschaft M.B.H., 2241 Auersthal



Besuchen Sie uns auf [frauengesundheit.wien.at](http://frauengesundheit.wien.at)

# Inhalt

Vorwort .....	5
1. Präambel .....	7
2. Definition assistierter reproduktionsmedizinischer Technik .....	7
3. Rechtliche Situation .....	7
3.1 Aufklärung und Einwilligung .....	8
3.2 Spende und Aufbewahrung von Eizellen oder Samenzellen .....	8
4. Psychische und soziale Belastungen von Kinderwunschkpaaren .....	8
4.1 Belastungen durch den unerfüllten Kinderwunsch .....	9
4.2 Psychische Belastungen im Rahmen der Fertilisationsbehandlung .....	9
4.2.1 Spezielle Belastungen bei Gametenspende .....	10
5. Auswirkungen psychischer Belastungen auf die ART-Behandlung .....	11
6. Effekte und Vorteile psychologischer bzw. psychotherapeutischer Beratung im ART-Prozess .....	11
7. Ziele psychologischer bzw. psychotherapeutischer Beratung bei ART-Behandlung .....	12
7.1 Ziele der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratung bei Gametenspende .....	12
8. Empfehlungen .....	12
8.1 Empfehlungen für Medizinerinnen und Mediziner .....	13
8.2 Empfehlungen zur Beratung bei Gametenspende .....	14
8.3 Empfehlungen zur Überweisung .....	14
8.4 Erstellung einer psychosozialen Anamnese .....	15
8.5 Empfehlungen zur Beratung für Psychologinnen / Psychologen und / oder Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten .....	15
8.6 Abschließende Empfehlungen an die Fachgesellschaften .....	16
Literaturverzeichnis .....	17





Fotocredit: PID/Bohmann

**Peter Hacker,**  
Amtsführender Stadtrat für Soziales,  
Gesundheit und Sport



Fotocredit: WIG/Christine Bauer

**Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner,**  
Leiterin Büro für Frauengesundheit  
und Gesundheitsziele, Leiterin Wiener  
Programm für Frauengesundheit

## Vorwort

Ein Kind zu bekommen ist für viele Paare ein essenzieller Teil für die gemeinsame Lebensplanung. Dennoch macht jedes sechste bis siebente Paar die Erfahrung, dass sich die gewünschte Schwangerschaft nicht (sofort) einstellt. In dieser Situation suchen viele Betroffene Hilfe in der Fortpflanzungsmedizin: Die Möglichkeiten der assistierten Reproduktion – bekannt als „Künstliche Befruchtung“ – können eine Lösung für das Problem des unerfüllten Kinderwunsches sein. Der IVF-Fonds unterstützt Paare mit unerfülltem Kinderwunsch unter gewissen Voraussetzungen finanziell.

Die Ärztinnen und Ärzte in der Fortpflanzungsmedizin können einem Paar ihre medizinische Fachexpertise, ihre technischen Möglichkeiten und ihr Einfühlungsvermögen zur Verfügung stellen. Neben dem Leidensdruck, den Paare im Verlauf des Wartens auf eine Schwangerschaft aufbauen, bringt die Behandlung neben körperlichen auch emotionale Herausforderungen mit sich; vor allem für die Frauen, die sich mit ihrem Körper diesem Prozess unterziehen, aber auch für das Paar. Im Sinne der Ganzheitlichkeit ist die Begleitung durch Psychologinnen / Psychologen oder Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Umgang mit der Situation und zukünftiger Elternschaft.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat zu dieser Thematik bereits die Broschüre „Wenn das Wunschkind auf sich warten lässt. Gut informiert die richtige Entscheidung treffen“ erstellt, die sich an Frauen und Kinderwunschpaare richtet.

Das vorliegende Konsensuspapier ist nun ein gemeinsames Statement der beteiligten Berufsgruppen. Es betont, wie wichtig auch psychosoziale Aspekte in der medizinischen Betreuung von Kinderwunschpaaren sind. Es gibt Empfehlungen, wie ReproduktionsmedizinerInnen diese in ihre Arbeit aufnehmen können und wie eine gute, erfolgreiche Zusammenarbeit mit Psychologinnen / Psychologen und Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten aussehen kann.

Das vorliegende Konsensuspapier formuliert Empfehlungen zur psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratung und Behandlung von Kinderwunschpaaren und richtet sich an folgende Berufsgruppen, die Kinderwunschpaare beraten und behandeln:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Klinische Psychologinnen und Psychologen
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Es wurde vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele / Wiener Programm für Frauengesundheit der Stadt Wien (MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung) mit führenden Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Organisationen bzw. Gesellschaften erarbeitet:

- **Mag.<sup>a</sup> Renate Anscheringer**, Psychotherapeutin
- **Priv. Doz. DDr. Michael Feichtinger**, Facharzt für Gynäkologie und Frauenheilkunde und IVF-Experte, Leiter Wunschbaby Institut Feichtinger
- **Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Jutta Fiegl**, Psychotherapeutin, Vizerektorin der Sigmund-Freud-Universität Wien, Präsidentin der Gesellschaft der Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- **Univ. Doz. Dr. Peter Kemeter**, Facharzt für Gynäkologie und Frauenheilkunde und IVF-Experte, Leiter Dr. Kemeter Kompetenzzentrum für mental unterstützte Kinderwunschbehandlung
- **Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Astrid Lampe**, Leiterin der Abteilung Psychotraumatologie und Traumatherapie am Landeskrankenhaus Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck
- **Prim.<sup>a</sup> Univ. Prof.<sup>in</sup> DDr.<sup>in</sup> med. Barbara Maier**, Fachärztin für Gynäkologie und Frauenheilkunde, Leiterin der Gynäkologischen Abteilung im Wilhelminenspital, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe
- **Marianne Mayer, MLS**, Österreichisches Hebammengremium, Leiterin der Landesgeschäftsstelle Wien
- **Assoc. Prof.<sup>in</sup> Priv. Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Leithner-Dziubas**, Stellv. Klinikleiterin Univ. Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien
- **Mag.<sup>a</sup> Yasaman Miremedi**, Psychologin, Obfrau Gesellschaft für Psychologie und Kinderwunsch
- **Dr. Alexander Stadler**, Facharzt für Gynäkologie und Frauenheilkunde und IVF-Experte, ehem. Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer Viva Neo Kinderwunschambulanz Sterignost Klagenfurt
- **Dr.<sup>in</sup> Karin Tordy**, Klinische Psychologin und Psychotherapeutin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Wien
- **Gerlinde Wawra-Pölzl**, Systemische Psychotherapeutin
- **Mag.<sup>a</sup> Anita Weichberger**, Klinische Psychologin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Wien, Leiterin der AG Kinderwunsch im Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen

# 1. Präambel

Die Gründung einer eigenen Familie ist für viele Menschen ein wichtiges Lebensziel. Dennoch ist es nicht für alle Paare erreichbar. Unfruchtbarkeit betrifft nach derzeitigen Schätzungen (ESHRE 2018, European Society of Human Reproduction and Embryology) weltweit etwa eines von sechs Paaren.<sup>1</sup> Das bedeutet, dass **nach einem Jahr trotz regelmäßigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs während der fruchtbaren Tage keine Schwangerschaft entsteht**. Daher nehmen viele Paare – auch in Österreich<sup>2</sup> – medizinisch assistierte Reproduktionstechniken (nachfolgend ART genannt) in Anspruch.

Die Entscheidung dazu ist von enormer individueller sowie gesellschaftlicher Tragweite und mit besonderen Herausforderungen, aber auch Risiken in der psychischen Verarbeitung verbunden. Die Fragestellungen und Verarbeitungsprozesse, die sich für die werdenden Eltern, insbesondere für die werdenden Mütter, ergeben, sind für Eltern und Kind äußerst komplex und bedeutend für das (zukünftige) Familiengefüge. Aus folgenden Gründen bedürfen betroffene Personen psychologischer und/oder psychotherapeutischer Begleitung:

- Angst vor der Behandlung und Belastungen durch den Behandlungsablauf
- Reflexion über die Auswirkungen der getroffenen Entscheidungen auf das Paar und das Kind
- Angst und Belastungen durch möglicherweise erfolglose Versuche mit der Konsequenz eines unerfüllt bleibenden Kinderwunsches

Die Einbindung der psychologischen Kinderwunschberatung in die medizinische Behandlung ist international sehr unterschiedlich geregelt. In zahlreichen Ländern wurden Fachgesellschaften gegründet, die Qualifikationsstandards für diese Beratung definieren sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten dazu anbieten.<sup>3</sup> So ist es in Großbritannien, Australien und Neuseeland gesetzlich vorgeschrieben, dass Institute qualifizierte KinderwunschberaterInnen im Behandlungsteam bzw. eine feste Kooperation mit ihnen haben.<sup>4</sup>

In Österreich ist die psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung im Fortpflanzungsmedizingesetz gesetzlich verankert (FMedG §7).

Allerdings gibt es keine strukturierte Vorgehensweise, keinen Konsens der einzelnen im ART-Prozess involvierten Disziplinen und damit auch keine gelebte Praxis für die psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung und Begleitung im Rahmen von reproduktionsmedizinischen Behandlungen. Während in Deutschland, den Empfehlungen von ESHRE folgend, Beratungsleitlinien existieren und auch umgesetzt werden, ist dies in Österreich bislang nicht der Fall.

Das vorliegende Konsensuspapier entstand unter Mitwirkung eines Fachbeirates und gibt Empfehlungen für die aktuelle Situation in Österreich. Besonderer Schwerpunkt sind dabei die psychologischen und psychodynamischen Aspekte bei

Gametenspende, deren Auswirkungen auf das Paar und auf die Beratung.

## 2. Definition assistierter reproduktionsmedizinischer Technik

Unter assistierter reproduktionsmedizinischer Technik – ART – (medizinisch unterstützter Fortpflanzung) wird die Anwendung medizinischer Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr verstanden.

Im Sinne des Fortpflanzungsmedizingesetzes in der gültigen Fassung von 2015 (FMedG)<sup>5</sup> sind dies:

1. das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau
2. die Vereinigung von Eizellen mit Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau
3. das Einbringen von entwicklungsfähigen Zellen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau
4. das Einbringen von Eizellen oder von Eizellen mit Samen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau.

In allen Fällen kann es sich um eigenes Material des Kinderwunschpaares oder um Spendenmaterial Dritter handeln.

## 3. Rechtliche Situation

Wer eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Anspruch nehmen darf, ist in Österreich im FMedG (2015)<sup>6</sup> genau geregelt. So ist diese nur in einer Ehe, einer eingetragenen Partnerschaft oder in einer Lebensgemeinschaft zulässig, wenn

- nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und den Ehegatten oder Lebensgefährten zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind oder
- ein Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft den Ehegatten oder Lebensgefährten wegen der ersten Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit auf Dauer nicht zumutbar ist oder

- eine Schwangerschaft bei einer von zwei miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen herbeigeführt werden soll oder
- eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung vorgenommen werden muss, um eine (im engen Rahmen) zulässige Präimplantationsdiagnostik durchzuführen.

Sind mehrere aussichtsreiche und zumutbare Methoden zur Auswahl, darf zunächst nur jene verwendet werden, die mit geringeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gefahren für die beteiligten Personen verbunden ist und bei der weniger entwicklungsfähige Zellen entstehen.

### 3.1 AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG

In § 7 ist die umfassende Aufklärung des Kinderwunschaars gesetzlich geregelt. Diese muss in leicht verständlicher Sprache spätestens 14 Tage vor der medizinisch unterstützten Fortpflanzung stattfinden. Über folgende Punkte muss jedenfalls aufgeklärt werden:

- die verschiedenen Ursachen der Unfruchtbarkeit
- die Methoden, deren Erfolgsaussichten und Unsicherheiten sowie die Tragweite des Eingriffs
- die möglichen Folgen und Gefahren der Behandlung für die Frau und das gewünschte Kind
- die im Rahmen des Eingriffs angewendeten Medizinprodukte und Arzneimitteln sowie deren Nebenwirkungen
- die mit dem Eingriff verbundenen Unannehmlichkeiten und Komplikationen
- die allenfalls erforderlichen Nachbehandlungen und möglichen Spätfolgen
- insbesondere die Auswirkungen auf die Fertilität der Frau und
- die mit dem Eingriff zusammenhängenden Kosten einschließlich zu erwartender Folgekosten.

Zudem muss die Ärztin / der Arzt den beteiligten Personen eine psychologische Beratung oder ein psychotherapeutisches Gespräch vorschlagen. Dieses ist zwischen dem Zeitpunkt des Beginns und des Endes eines Versuchs gemäß § 7 FMedG abgegolten und daher im Rahmen einer Fondsfinanzierung für das Kinderwunschpaar kostenlos.

Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung darf nur mit Zustimmung des Kinderwunschaars durchgeführt werden. Bei Lebensgemeinschaften, eingetragenen Partnerschaften oder wenn der Samen oder die Eizelle einer dritten Person verwendet wird, muss die Zustimmung in Form eines Notariatsaktes erfolgen.

### 3.2 SPENDE UND AUFBEWAHRUNG VON EIZELLEN ODER SAMENZELLEN

Für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung dürfen nur die Eizellen der Ehegattin, Lebensgefährtin, eingetragenen Partnerin bzw. der Samen des Ehegatten oder Lebensgefährten verwendet werden. Nur wenn eine dieser Personen nicht fortpflanzungsfähig ist oder bei einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung von zwei homosexuellen Frauen, dürfen Eizellen oder Samen von dritten Personen verwendet werden.

Es dürfen nur Personen Eizellen und Samen spenden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, entscheidungsfähig sind, über die gesetzliche und medizinische Situation aufgeklärt wurden und der Verwendung der Samen- oder Eizellen schriftlich zugestimmt haben. Sie dürfen daraus keinen Gewinn machen und nur in einer Krankenanstalt spenden. Eizellen, die für eine dritte Person verwendet werden sollen, dürfen nur vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 30. Lebensjahr entnommen werden.

Samen, Eizellen, entwicklungsfähige Zellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, dürfen nur in einer dafür zugelassenen Krankenanstalt bis zum Widerruf oder bis zum Tod der Person, von der sie stammen, aufbewahrt werden; Embryonen dürfen maximal 10 Jahre aufbewahrt und müssen dann vernichtet werden.

Die Überlassung von Eizellen und Samen, Hoden- sowie Eierstockgewebe ist nur möglich, wenn die betreffenden Personen schriftlich zustimmen. Diese Zustimmung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Die Entscheidung, was mit überzähligen Embryonen, Ei- und Samenzellen geschehen soll, muss nach der Behandlung getroffen werden, sollte jedoch bereits beim Aufklärungsgespräch thematisiert werden. Auf die kostenpflichtige Aufbewahrung sollten Paare hingewiesen werden.

## 4. Psychische und soziale Belastungen von Kinderwunschpaaren

Paare, die ihren Kinderwunsch nicht auf natürlichem Weg erfüllen können, erleben eine Grenze, die in vieler Hinsicht beeinträchtigt, da etwas vermeintlich so einfaches, wie ein Kind zu zeugen, nicht gelingt.

Im Folgenden werden die Belastungen durch den unerfüllten Kinderwunsch an sich sowie durch die Behandlung erläutert. Die speziellen Herausforderungen einer Gametenspende werden gesondert beschrieben.

#### 4.1 BELASTUNGEN DURCH DEN UNERFÜLLTEN KINDERWUNSCH

Ungewollte Kinderlosigkeit gilt als kritisches Lebensereignis und geht häufig mit Gefühlen von Kränkung, Sorge, Scham bis hin zu Angst und Depression sowie geminderter Lebens- und Beziehungsqualität einher. Für die Mehrzahl der Paare ist diese Erfahrung eine gravierende emotionale sowie essenzielle Beziehungsbelastung.<sup>7</sup>

Die Diagnose „Infertilität“ führt sowohl bei Männern als auch bei Frauen zur Verunsicherung bezüglich der geschlechtlichen Identität<sup>8</sup> und ist eine potenziell traumatisierende Erfahrung. In einer Studie von Freeman et al.<sup>9</sup> gaben 48 % der Frauen und 15 % der Männer an, dass sie die Infertilität als schlimmste Krise in ihrem Leben empfunden hatten.

Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Zusammenhang mit Infertilität ergeben Zahlen zwischen 25 % und 60 %.<sup>10</sup> Paare mit unerfülltem Kinderwunsch unterscheiden sich in Bezug auf die Häufigkeit von Psychopathologien nicht von der Allgemeinbevölkerung (etwa 15 bis 20 %),<sup>11</sup> allerdings erhöhen sich mit zunehmender Dauer der Infertilität und mit jedem erfolglosen Behandlungsversuch Depressivität und Ängstlichkeit.

In einer dänischen Studie<sup>12</sup> konnte nachgewiesen werden, dass ein unerfüllter Kinderwunsch einschneidende und nachhaltige Auswirkungen auf die Psyche haben kann. So hatten jene Frauen, die kinderlos geblieben sind, ein 18 Prozent höheres Risiko, wegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden zu müssen. Hierbei standen vor allem Depressionen und Angststörungen im Vordergrund.

#### 4.2 PSYCHISCHE BELASTUNGEN IM RAHMEN DER FERTILISATIONSBEHANDLUNG

Heute ist es selbstverständlich, sowohl in der medizinischen Diagnose als auch in der Therapie **das Paar** in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sollte auch in der Beratungssituation angewandt werden, da eine medizinisch unterstützte Reproduktion sowohl bei der Frau als auch beim Mann zu einer extremen psychischen Belastung werden kann. Kernelemente sind vor allem:<sup>13 14 15</sup>

- **Erfolgsdruck**, dass sich endlich eine Schwangerschaft einstellt und der Kinderwunsch erfüllt wird
- **Angst** vor Misserfolg der Behandlung
- **Tabuisierung** – Unerfüllter Kinderwunsch ist ein Tabuthema, die Inanspruchnahme einer künstlichen Befruchtung wird oft verheimlicht
- **Soziale Isolation** – Freunde und Familienmitglieder, die schwanger sind oder kleine Kinder haben, werden gemieden oder der Kontakt mit ihnen als eine große Belastung erlebt
- **Stress** – Wahrnehmung zahlreicher Termine im Rahmen der Behandlung
- **Einfluss auf die sexuelle Paarbeziehung** – Sexualität wird nicht mehr spontan, sondern nach Plan als Mittel zum Erfolg gestaltet

Dies bestätigt auch die Analyse mehrerer tausend Mitteilungen in einem Onlineforum zum Thema Reproduktionsmedizin. Wingert et al.<sup>16</sup> zeigten, dass sich fast 2/3 der Foreneinträge um psychosoziale Aspekte drehten.

Wenngleich beide Paarteile von den Belastungen betroffen sind, so reagieren Frauen und Männer auf die psychischen Belastungen zum Teil unterschiedlich. Da Frauen die Behandlungen als Eingriff unmittelbar am eigenen Körper erleben, setzen sie sich gedanklich und emotional stärker damit auseinander als Männer. Sie sind sich des Eingriffs bewusster und erleben die Enttäuschung nach missglückten Versuchen heftiger, registrieren früher das Scheitern der Behandlung und erleben den Verlust deutlicher.<sup>17</sup>

Männer wie Frauen erleben assistierte Reproduktion als „Achterbahn der Gefühle“.<sup>18</sup> Ansteigende Erwartungen und Hoffnungen während der potenziell „fruchtbaren Tage“ oder einem Behandlungsversuch, gefolgt von Enttäuschung bei Nichteintritt der Schwangerschaft.<sup>19</sup>

Folgende Teilschritte der Behandlung werden als besonders belastend erlebt:<sup>20</sup>

- Eizellenentnahme
- Einsetzen des Embryos und die Wartezeit – der psychische Stress in der Wartezeit nach dem Embryotransfer ist für sehr viele Frauen belastender als alle medizinischen Maßnahmen der ART.<sup>21</sup>
- Ein negativer Schwangerschaftstest ist eine hohe emotionale Belastung für die betroffenen Frauen / Paare. Bei manchen treten Symptome von Depression oder Angstzuständen auf.

Auch bei Vorliegen des andrologischen Faktors liegt die Hauptlast der Behandlung bei der Frau. Die zeitlich, emotional und oft auch finanziell aufwendige Behandlung ist für sehr viele Frauen eine zusätzliche starke psychische Belastung.<sup>22</sup> Rund 20 % erlebten die Behandlung als so belastend, dass sie psychologische Behandlung benötigten.<sup>23 24</sup>

Zwischen dem Bewältigungsstil, den der eine Teil des Paares pflegt und dem Wohlbefinden des anderen Paarteils besteht ein klarer Zusammenhang.<sup>25</sup>

Der hohen Erwartungshaltung von Paaren an eine durch ART erreichbare Schwangerschaft steht die Baby Take Home Rate pro Versuch von 30 % gegenüber. Auch wenn die natürliche Fruchtbarkeit im Monat nur bei 25 % liegt, wird deutlich, wie viele Frauen bzw. Paare dem Stressor des negativen Schwangerschaftstestes und der „Achterbahn der Gefühle“ bis hin zum Risiko einer resultierenden Depression ausgesetzt sind.

Das Risiko, im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung eine Depression zu entwickeln, ist besonders hoch, wenn:<sup>26 27</sup>

- Elternschaft eine zentrale Zukunftsperspektive bzw. ein wichtiges Lebensziel eines Paares oder einzelnen Paarteils darstellt
- das Gefühl des persönlichen Scheiterns aufgrund der Unfruchtbarkeit vorhanden ist (interne Attribuierung als Misserfolg)
- Hilflosigkeitsgefühle und das Gefühl von Ausweglosigkeit vorherrschen
- ein vorwiegend aktiv-vermeidender Bewältigungsstil (z. B. Schwangeren oder Kindern bewusst aus dem Weg zu gehen) gepflegt wird

Mit zunehmender Dauer der erfolglosen Infertilitätsbehandlung nimmt die psychische Belastung der Paare zu. Bei Männern zeigte sich eine signifikante Abnahme der Lebensqualität mit zunehmender Behandlungsdauer und invasiveren Methoden.<sup>28</sup> So neigen Männer vermehrt zu Alkoholkonsum, vermehrter Arbeit und riskanten Verhaltensweisen, um den erlebten Stress zu verarbeiten.<sup>29</sup> Die Ergebnisse einer Querschnittstudie mit 106 Frauen zeigten, dass das Suizidrisiko bei 9,4 % lag.<sup>30</sup>

#### 4.2.1 SPEZIELLE BELASTUNGEN BEI GAMETENSPENDE

Paare, deren Kinderwunsch nur durch Samen- oder Eizellenspende erfüllt werden kann, stehen vor einer besonderen Herausforderung: Einerseits erlebt das Paar Freude oder Erleichterung, die sich mit einer Schwangerschaft einstellt. Andererseits muss sich das werdende Elternpaar mit dem „fremden“ Anteil des Fötus sowie schließlich des Kindes in seinen Eigenschaften und seinem Aussehen auseinandersetzen und diese auch „annehmen“. Die klinische Erfahrung zeigt, dass hier ein großes Konfliktpotenzial liegt, sowohl intrapsychisch als auch innerhalb des Paares sowie zwischen Eltern und Kind.

Folgende psychologische, psychodynamische sowie soziale Aspekte sind zu berücksichtigen:<sup>31</sup>

- **Ambivalente Gefühle und Gedanken:**  
Betroffene bleiben mit ablehnenden Gefühlen und Gedanken den fremden Anteilen des Kindes gegenüber oft alleine, wenn psychologische oder psychotherapeutische AnsprechpartnerInnen fehlen.<sup>32</sup> Bleibt ein schwerwiegender intrapsychischer Konflikt unbearbeitet, können Depressionen, Ablehnung des Fötus bzw. des Kindes sowie Paarkonflikte, bis hin zum Schwangerschaftsabbruch folgen.<sup>33 34</sup>
- **Trauer:**  
Zumindest ein Elternteil erlebt den Verlust der Möglichkeit, ein biologisch eigenes Kind bekommen zu können. Diese Trauer kann von den Elternteilen unterschiedlich erlebt werden und kann Auswirkungen auf die jeweilige Bewältigung haben.
- **Verheimlichung der Gametenspende:**  
Ein geeigneter Umgang mit dem Thema wird bei Verheimlichung noch schwieriger. Es besteht die Gefahr,

dass es zu psychischen Belastungen auch für das Kind selbst kommt, etwa durch eine mangelhafte medizinische Anamnese, möglichen Vertrauensverlust zu den Eltern und traumatische Erfahrung durch eine eventuell ungeplante Offenbarung. Die Bedeutung von Familiengeheimnissen ist auch aus der Adoptionsforschung bekannt. Diese stellen eine massive Belastung für Kinder sowie Eltern dar und wirken sich hemmend auf die Entwicklung eines Klimas der Offenheit und des gegenseitigen Vertrauens aus.<sup>35</sup>

- **Aufklärung des Kindes:**

Das Kind hat nach der UN-Kinderrechtskonvention (Art 7, Abs. 1 vom 20.11.1989) das Recht, soweit möglich, seine biologischen, psychologischen und Geburteltern zu kennen. Dieses Recht wird dem Kind vorenthalten, wenn Gametenspenden im Ausland mit anderer Gesetzeslage durchgeführt werden (Anonymität der Spenderin bzw. des Spenders) und das Kind dadurch keinen Zugang zu den persönlichen Daten hat.

Das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz (§20, Abs. 2) hält fest, dass dem durch Gametenspende gezeugten Kind ab dem vollendeten 14. Lebensjahr Auskunft über die Identität der Gametenspenderin oder des Gametenspenders durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu gewährt ist. Die Eltern müssen daher entscheiden, wann und wie sie das Kind über seine genetische Herkunft informieren wollen. Dies kann mit großen Ängsten und Unsicherheiten verbunden sein, wobei es zu diesem Thema bereits viel Erfahrung und Empfehlungen sowie gibt.

- **Innerfamiliäre Eizellspende oder Samenspende:**

Diese bedeuten eine enorme Veränderung für das innerfamiliäre Rollengefüge und die Familiendynamik. Es entsteht – besonders bei Tabuisierung oder Verheimlichung – eine komplizierte emotionale Situation für alle Beteiligten, die speziell mit dem Heranwachsen des Kindes (Pubertät, Identitätsfindung) ein großes Konfliktpotenzial birgt.

Paare sind auf viele dieser Aspekte oft nicht vorbereitet und es fehlen Informationen über die psychischen Anforderungen, die mit einer Behandlung im Rahmen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung einhergehen können. Aktive Sensibilisierung und Vorbereitung für diese kritischen Themen sind hier besonders wichtig.

## 5. Auswirkungen psychischer Belastungen auf die ART-Behandlung

Der **Einfluss** von psychischen Belastungen auf Fertilisation und Implantation sowie das Zusammenspiel von Körper und Psyche wurde bereits – in zahlreichen Publikationen seit den 1980er Jahren belegt.<sup>36 37 38 39 40</sup>

Auch wenn die Datenlage nicht eindeutig ist,<sup>41 42</sup> zeigen zahlreiche Studien, dass psychischer Stress, Angst und Depression vor und während reproduktionsmedizinischer Behandlungen einen negativen Zusammenhang mit dem Outcome von Behandlungen aufweisen.<sup>43 44 45</sup> So zeigte etwa eine Metastudie (elf inkludierte Studien, 2020 Patientinnen), dass Frauen, die durch eine ART-Behandlung schwanger wurden, vor der Behandlung niedrigere Depressions-Scores und State Anxiety Scores hatten, als Frauen, die im Zuge einer ART nicht schwanger wurden.<sup>46</sup>

Die emotionale Belastung war für viele Paare der Hauptgrund für den Behandlungsabbruch.<sup>47 48</sup> Die psychische Belastung steigt mit der Zahl erfolgloser Behandlungen, die bei über der Hälfte der Paare zum Behandlungsabbruch führt, auch wenn noch bereits bezahlte Versuche offen sind.<sup>49</sup>

## 6. Effekte und Vorteile psychologischer bzw. psychotherapeutischer Beratung im ART-Prozess

Es ist belegt, dass offene Kommunikation von Emotionen und Erleben in Konfrontation mit einem potenziell traumatischen Stressor die psychische Widerstandsfähigkeit unterstützt. Betroffene, die über ihre Gedanken und Ängste sprechen, berichten über eine höhere Lebensqualität in Zusammenhang mit der Unfruchtbarkeit als auch über eine insgesamt höhere Lebenszufriedenheit.<sup>50</sup>

Rooney und Domar (2018)<sup>51</sup> fassen die Ergebnisse von 5 Metaanalysen zur Wirksamkeit von psychologischer Betreuung bei Infertilität zusammen: Psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen sind assoziiert mit geringerem psychischem Stress sowie größerer partnerschaftlicher Zufriedenheit.

**Psychologische Beratung wird retrospektiv mehr wertgeschätzt als zu Beginn der Behandlung.**

So waren 72% der Teilnehmerinnen einer umfangreichen postnatalen Nachbefragung sehr zufrieden oder zufrieden mit der psychologischen Kinderwunschberatung, die sie im Verlauf ihrer Kinderwunschbehandlung erhielten. Zudem stimmten 90% der Frauen der Aussage zu, dass eine fortlaufende psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung Teil der IVF sein sollte.<sup>52</sup>

Damit das Paar in seinem Entscheidungsprozess von Anfang an alle medizinischen, psychologischen und sozialen Faktoren einbeziehen kann, ist es wichtig, dass diese Beratungsform zeitnah zur medizinischen Aufklärung angeboten wird. Folglich soll das Beratungsgespräch bereits vor Behandlungsbeginn stattfinden.

Die psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung wird eher in Anspruch genommen, wenn sie von ärztlicher Seite als integraler Bestandteil der Behandlung angesehen und empfohlen wird.

### Vorteile für Paare:

- Möglichkeit für einen breiten Reflexionsprozess
- Reduktion der psychischen Belastungen, die mit der Fertilitätsstörung und der reproduktionsmedizinischen Behandlung einhergehen
- Höhere Lebensqualität
- Bessere Qualität in der partnerschaftlichen Beziehung
- Sicherstellung einer informierten und selbstbestimmten Entscheidung

### Vorteile für MedizinerInnen:

- Festigung der Vertrauensbasis zwischen Ärztin bzw. Arzt und Kinderwunschpaar
- Steigerung der Behandlungszufriedenheit durch psychologische Beratung im Prozess
- Entlastung und Unterstützung bei der Behandlung von Kinderwunschpaaren
- Ermöglichung des Informed Consent
- Support bei „schwierigen“ Patientinnen bzw. Paaren
- Reduktion von Hilflosigkeitsgefühlen gegenüber belasteten Paaren

Eine psychologische / psychotherapeutische Beratung sollte daher Standard und integrativer Bestandteil des Entscheidungsprozesses sein, um umfassend informiert und entsprechend vorbereitet diesen Schritt zu gehen.

## 7. Ziele psychologischer bzw. psychotherapeutischer Beratung bei ART-Behandlung

Bei der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratung sollen möglichst viele, auch bisher nicht angeführte Aspekte besprochen und vom Paar antizipiert werden.

Stammer, Verres und Wischmann<sup>53</sup> definieren für diese Beratung bei ART-Behandlung folgende **Ziele**:

- **Entlastung der Betroffenen**  
Durch Gespräche wird es möglich, sich der Belastungen durch die Infertilität und der Behandlung bewusst zu werden und gemeinsam mit der Partnerin / dem Partner zu reflektieren. Psychologische bzw. psychotherapeutische Gespräche eröffnen einen Raum, in dem viele Themen Platz haben. Durch die offene Herangehensweise sollen Leidensdruck und Verunsicherung reduziert werden.
- **Klärung der Motive und Wünsche**  
Paare werden in ihren Entscheidungsprozessen begleitet, um gut durchdachte und ich-konforme Entscheidungen zu treffen. Es geht unter anderem um den richtigen Zeitpunkt, die passende Methode und um die Frage, wie weit das Paar gehen will.
- **Stärkung der Paarbeziehung**  
Durch das Sichtbarmachen der jeweiligen Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Stressfaktoren soll innerhalb der Paarbeziehung ein offener Umgang und gegenseitiges Verständnis gefördert werden. Dadurch entsteht die Möglichkeit, eventuelle Konflikte (z. B. unterschiedliche Dringlichkeit des Kinderwunsches) im geschützten Rahmen sichtbar und bearbeitbar zu machen. Ziel ist auch, die Kommunikation miteinander, mit Ärztinnen bzw. Ärzten und dem sozialen Umfeld zufriedenstellend zu gestalten.
- **Ressourcenaktivierung**  
Zur Stärkung der eigenen psychischen Gesundheit können Ressourcen bewusst und zugänglich gemacht werden.
- **Bewältigung der Kinderlosigkeit**  
Die Beratung kann letztlich auch Unterstützung bieten bei der Verarbeitung der Trauer über den nicht erfüllbaren Kinderwunsch sowie bei der Entwicklung neuer Lebensperspektiven.
- **Prävention von möglichen Folgeerkrankungen**  
durch psychische bzw. soziale Belastungen
- **Identifizierung von hochbelasteten Personen**  
die einer weiteren psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Ebenso kann es ein Beratungsfokus sein, die Fertilität beeinflussendes Verhalten zu identifizieren, zu besprechen und dadurch die Chancen auf eine Schwangerschaft zu erhöhen.

### 7.1 ZIELE DER PSYCHOLOGISCHEN BZW. PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BERATUNG BEI GAMETENSPENDE

Bei dieser Beratung soll das Augenmerk zusätzlich auf die Bedürfnisse des Paares, aber auch des heranwachsenden Kindes gelegt werden (z. B. ansprechen, dass die Auseinandersetzung mit und die Integration von „fremden“ Eigenschaften, Charakterzügen, äußerlichem Erscheinungsbild und Interessen notwendig sind, damit die Eltern das Kind in seinem „So-Sein“ auch wirklich akzeptieren können).

Ein Ziel psychologischer bzw. psychotherapeutischer Beratung vor dem Beginn des Behandlungsprozesses ist, dass schwierige Themen im Vorfeld besprochen werden können und später einen sichereren Umgang mit der Situation ermöglichen (z. B. Sicherheit in der Mutter-/Vaterrolle, eventuell unterschiedliche Bindung zum Kind, Zeitpunkt der Information des Kindes, Umgang mit der Situation im Freundeskreis oder der Familie ...). Die Erfahrung zeigt, dass sich Frauen nach einer Eizellspende erst sehr spät psychologische Unterstützung holen.<sup>54</sup>

Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland (BKID) formuliert in ihrer Leitlinie für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende folgende Ziele:<sup>55</sup>

- Die Beratung soll dazu dienen, mögliche Informationslücken zu füllen und Ratsuchende im Prozess der Auseinandersetzung mit sozialer und biologischer Elternschaft zu unterstützen.
- Erarbeiten von Lösungen und eigenen individuellen Formen des kurz- und langfristigen Umgangs damit.
- Die Bedürfnisse der Eltern sowie die Lebensperspektive des aus Gametenspende gezeugten Kindes sollen besprochen werden.
- Betroffene Paare oder Frauen sollen bereits früh niederschwellig ein entsprechendes weiterführendes Beratungsangebot kennen und früher psychologische bzw. psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen.

## 8. Empfehlungen

Da Infertilität eine biopsychosoziale Krise im Leben eines Menschen darstellt, wird die psychosoziale Kinderwunschberatung als integraler Bestandteil eines interdisziplinären Behandlungsansatzes empfohlen. In den vergangenen Jahren hat sich die (behandlungsunabhängige) psychosoziale Kinderwunschberatung als eine spezielle Form der Beratung herausgebildet, welche professionelle Expertise und Qualifikationen erfordert.<sup>56</sup>

Der Beirat gibt für die einzelnen Berufsgruppen nachfolgende Empfehlungen.

## 8.1 EMPFEHLUNGEN FÜR MEDIZINERINNEN UND MEDIZINER

Für medizinische BehandlerInnen hat die Europäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (European Society of Human Reproduction and Embryology 2015, ESHRE<sup>57</sup>) eine psychosoziale Leitlinie erstellt,<sup>58</sup> deren Umsetzung der Beirat empfiehlt:

### Empfehlungen für KlinikerInnen:

- **Gehen Sie** auf Ihre Patientinnen / Paare ein
- Zeigen Sie **Verständnis**
- Beachten Sie die **emotionalen Auswirkungen** von Unfruchtbarkeit
- **Beziehen** Sie die Patientin / das Paar in Entscheidungen **ein**
- Berücksichtigen Sie die **individuellen Bedürfnisse** jeder Patientin
- Seien Sie sensibel und vertrauenswürdig
- Verweisen Sie bei psychosozialen Fragen an Fachpersonal

### Empfehlungen für Kliniken:

- Bieten Sie **relevante Informationen zur Behandlung in schriftlicher Form** an
- Zielen Sie auf **möglichst kurze Wartezeiten** ab
- Lassen Sie den Paaren bei Arztgesprächen **ausreichend Zeit**
- Zielen Sie auf **Kontinuität in der Betreuung** ab
- Bieten Sie **Kontaktmöglichkeiten** mit anderen Patientinnen / Kinderwunschpaaren an
- Geben Sie den Patientinnen / Paaren vor, während und nach der Behandlung Zugang zu **spezialisierten** psychologischer bzw. psychotherapeutischer **Betreuung**. Stellen Sie sicher, dass die Inanspruchnahme dieses Angebots vertraulich und unkompliziert gestaltet wird
- Ermöglichen Sie, dass Patientinnen durch eine **eigene Begleitperson** unterstützt werden
- Stellen Sie einen eigenen Raum für die Abgabe von Spermaproben bereit

Ein großer Stellenwert wird dabei auch der Information eingeräumt:

**„Verbesserte Informationsbereitstellung an den Kliniken ist die wirksamste Methode, um psychosoziale Betreuung in Routine-Fruchtbarkeitsbehandlungen einzubeziehen.“**

Wenn Paare vor dem Behandlungsbeginn vorbereitende Informationen erhalten, erhöht dies die Therapietreue, **reduziert Angst und Stress im Vorfeld der Behandlung** und **steigert die Eigenkompetenz der Patientin / des Paares in behandlungsrelevanten Belangen**. Die Bereitstellung von Informationen wird von den Paaren als sehr wichtig eingeschätzt und sie haben klare Vorstellungen darüber, in welcher Weise sie Information erhalten möchten.

### Fünf Empfehlungen zur Informationsbereitstellung für Patientinnen / Patienten und Paare:

#### 1. Stellen Sie schriftliche Information bereit

Kinderwunschpaare wissen es zu schätzen, wenn sie schriftliche Informationen zu ihrer Behandlung erhalten.

#### 2. Gehen Sie dabei auf folgende Themen ein:

- Information über Diagnosemethoden
- Informationen zu unterschiedlichen Behandlungsmethoden
- Erläuterungen zu den Behandlungsergebnissen

#### 3. Bieten Sie Information zu verfügbaren psychosozialen Betreuungsmöglichkeiten an

Stellen Sie Informationen zu verfügbaren psychosozialen Betreuungsdiensten bereit (wie etwa Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen oder Online-Unterstützungsnetzwerke). Stellen Sie dabei sicher, dass auf verständliche Weise erklärt wird, wie diese Möglichkeiten in Anspruch genommen werden können, und dass dabei Vertraulichkeit gewährleistet ist.

#### 4. Stellen Sie sicher, dass die Informationen verständlich sind

Ersuchen Sie Nicht-Fachleute um Input, um die Verständlichkeit der Materialien zu beurteilen.

#### 5. Die Informationen sollten individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt sein

Stellen Sie sicher, dass die Informationsunterlage für die Patientin „persönlich relevant“ ist. Sofern eine allgemeine Broschüre erstellt wird, kann es hilfreich sein, Patientinnen und Paare darauf hinzuweisen, welche Passagen für sie insbesondere relevant sind.

### Weitere Empfehlungen:

- Informieren Sie die Patientinnen / Paare darüber, wie ihre persönliche Lebensweise ihre allgemeine und reproduktive Gesundheit negativ beeinflussen kann.
- Unterstützen Sie Patientinnen / Paare dabei, ihre Lebensweise entsprechend zu ändern (z. B. durch Programme zur Gewichtsabnahme).
- Beziehen Sie beide Partnerteile in den Diagnose- und Behandlungsprozess ein.

Bieten Sie vorbereitende Informationen über medizinische Behandlungen und Vorgänge  
Folgende Faktoren werden mit gesteigertem Wohlbefinden seitens der Patientinnen / Paare in Verbindung gebracht:

- Kommunikative Fähigkeiten
- Respekt
- Kompetenz seitens der Klinik und des Personals
- Engagement und Informationsbereitstellung sowie
- Kontinuität in der medizinischen und psychosozialen Betreuung

ESHRE betont in der Leitlinie die Notwendigkeit einer individuellen, maßgeschneiderten psychologischen bzw. psychotherapeutischen Unterstützung durch das Behandlungsteam je nach Stadium der Behandlung. Patientinnen oder Paare, die einen erhöhten Betreuungsbedarf aufgrund höherer Belastungen im Zuge der Behandlung haben, müssen identifiziert und gegebenenfalls fachspezifisch unterstützt werden.

Den Volltext des Leitfadens finden Sie online unter [eshre.eu/guidelines](http://eshre.eu/guidelines)

## 8.2 EMPFEHLUNGEN ZUR BERATUNG BEI GAMETENSPENDE

Die Entscheidung zu einer Gametenspende sollte auf einem bewussten Prozess beruhen. Eine psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung sollte den Betroffenen besonders nahegelegt und vor der Behandlung, idealerweise persönlich, vermittelt werden. Die umfassende medizinischen Anamnese und Aufklärung sollte mit allen psychologischen und sozialen Dimensionen der Gametenspende (siehe Kapitel 4.2.1) durch speziell geschulte Fachkräfte komplettiert und mit den zukünftigen Elternteilen reflektiert werden. Interessierte Paare werden dabei in ihrem Prozess der Auseinandersetzung mit der angestrebten (biologischen und sozialen) Elternschaft unterstützt und für diese kritischen Themen vorbereitet. So kann ein kurz- und langfristig geeigneter individueller Umgang mit dieser Situation gefunden werden.

Wie auch das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland (BKID) hält es der Fachbeirat für unerlässlich, dass Ärztinnen und Ärzte, die eine Gametenspende anbieten, darauf hinwirken, dass Wunscheltern vor Behandlungsbeginn eine psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung wahrnehmen und geeignete Rahmenbedingungen hierfür schaffen, beispielsweise in Form einer festen Kooperation mit einer psychologischen bzw. psychotherapeutischen Fachkraft.<sup>59</sup>

Dabei ist es wichtig, dem Paar zu versichern, dass das psychologische bzw. psychotherapeutische Beratungsgespräch kein Auswahlverfahren darstellt, um zu entscheiden, welchem Paar eine Eizellenspende ermöglicht werden soll.

## 8.3 EMPFEHLUNGEN ZUR ÜBERWEISUNG

Wie bereits ausgeführt, sollte psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung als integraler Bestandteil einer fruchtbarkeitsmedizinischen Behandlung durch die medizinischen BehandlerInnen explizit empfohlen und angeboten und dazu an die entsprechenden Fachkräfte überwiesen werden.

### Der Beirat gibt dafür folgende Empfehlungen:

- Idealerweise gibt es ein gemeinsames Beratungsgespräch mit Medizinerin / Mediziner und Psychologin / Psychologen bzw. Psychotherapeutin / Psychotherapeuten. Wenn dies nicht möglich ist, ist es besonders entscheidend, wie die Medizinerin / der Mediziner die Überweisung zur Psychologin / zum Psychologen sprachlich formuliert.
- Es reicht nicht, nur eine Liste mit Kontaktdaten zu überreichen.
- Eine konkrete Empfehlung fördert die Kontaktaufnahme durch die Patientin / das Paar. Idealerweise findet eine persönliche Überweisung statt. Sollten Sie als MedizinerIn bereits bestehende Kooperationen mit speziellen Fachkräften haben, bieten Sie an, dass die Ordinationsassistenten einen Termin zur klinisch-psychologischen Beratung organisiert.
- Geben Sie dem Kinderwunschpaar jedoch auch die Möglichkeit, eigene BeraterInnen zu wählen.
- Es muss für die Patientin bzw. das Paar Klarheit herrschen, wer die / der medizinische BehandlerIn bleibt. Psychologische Beratung ist ein **zusätzliches** Element.
- Informieren Sie die Kinderwunschpaare darüber, dass eine psychologische oder psychotherapeutische Beratung von Frau und Mann gleichermaßen als wichtige emotionale Entlastungsmöglichkeit wertgeschätzt wird.<sup>60</sup>
- Die häufig auftretende Ambivalenz des Mannes, psychosoziale Hilfe zu beanspruchen, sollte thematisiert werden. Auch der Stellenwert des Kinderwunsches, der jeweils unterschiedlich sein kann, ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialisation beider Paarteile zu berücksichtigen.
- In der Beratung ist darüber hinaus zu akzeptieren, dass es dem Mann häufig schwerer fällt, Gefühle zu identifizieren, zu verbalisieren und dass er sich womöglich in emotionalen Belangen insgesamt unbehaglicher fühlt. Ist die psychosoziale Beratung von Anfang an Bestandteil der reproduktionsmedizinischen Behandlung, werden die Beratungstermine eher von beiden Paarteilen wahrgenommen.
- Fragen Sie im Verlauf der nächsten Behandlungen nach, ob diese Empfehlung vom Paar angenommen wurde oder nicht und dokumentieren Sie die Entscheidung.

Aktuell gibt es Klinikeinrichtungen in Wien, Linz und Innsbruck, an die überwiesen werden kann. Dennoch ist der Aufbau einer unabhängigen, niederschweligen Info- bzw. Beratungsstelle für Kinderwunschaare wünschenswert.

#### 8.4 ERSTELLUNG EINER PSYCHOSOZIALEN ANAMNESE

Im Erstgespräch ist neben der medizinischen auch die psychosoziale Anamnese zu erheben. Diese sollte von einer klinischen Psychologin / einem klinischen Psychologen, einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten oder einer in psychosomatisch orientierter Gesprächsführung geschulten und erfahrenen Fachkraft (Ärztin / Arzt) durchgeführt werden.

##### Allgemeine Empfehlungen zum diagnostischen Prozess:

- Schaffung einer angenehmen Gesprächsatmosphäre
- Herstellung einer Vertrauensbeziehung
- Sexualmedizinische Anamnese ist als Teil der allgemeinen Anamnese unerlässlich
- Erhebung der Ausprägung des Kinderwunsches bei beiden Paarteilen

##### Schlüsselfragen für das Gespräch im Rahmen der psychosozialen Diagnostik und Therapie:

Die deutsche Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften empfiehlt in ihren Leitlinien zur psychosomatischen Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen folgende Schlüsselfragen für das ärztliche Gespräch:<sup>61</sup>

- Wie lange haben Sie den Wunsch nach einem Kind? Wie stark ist er? (Skala 1–10)
- Seit wann sind Sie wegen Ihres unerfüllten Kinderwunsches in Behandlung?
- Bei wie vielen Ärztinnen / Ärzten waren Sie in Behandlung?
- Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass Ihr Kinderwunsch bisher unerfüllt geblieben ist?
- Wie sehr leiden Sie unter der Kinderlosigkeit? (Skala 1–10)
- Welcher Teil des Paares leidet mehr unter dem Problem der Kinderlosigkeit?
- Was hat sich in Ihrem Leben verändert, seit Sie von der Fertilitätsstörung wissen (Partnerschaft, Beruf, Selbstwertgefühl)?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität und Liebe (GV-Frequenz, Orgasmusempfinden, Sexualpraktiken, Lust, Zärtlichkeit, schmerzhafter Geschlechtsverkehr)?
- Was hat sich in Ihrer Sexualität verändert?

- Leiden Sie unter körperlichen Beschwerden (chronische Schmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Asthma, Hautveränderungen, Haarveränderungen) oder seelischer Belastung (z. B. depressive Symptomatik)? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht und Ihrem Körper?
- Sind oder waren Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (Lebenskrisen, Partnerschaft)?
- Welche Therapie sollte Ihrer Ansicht nach durchgeführt werden?
- Gibt es etwas, das sich Ihrer Meinung nach in Ihrem Leben ändern müsste, damit es zu einer Schwangerschaft kommt?
- Wie stehen Sie zu alternativen Lebensperspektiven im Hinblick auf ein Kind (Adoption, Pflegekind, Leben ohne Kind)?
- Wo gibt es für Sie Grenzen einer Therapie (Dauer, Behandlungsmethode)?
- Wie geht es weiter im Falle eines „Misserfolgs“? Gibt es einen „Plan B“?

#### 8.5 EMPFEHLUNGEN ZUR BERATUNG FÜR PSYCHOLOGINEN / PSYCHOLOGEN UND / ODER PSYCHOTHERAPEUTINNE / PSYCHOTHERAPEUTEN

Klinische Psychologinnen und Psychologen nach dem Psychologengesetz BGBl. Nr. 360/1990 und Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten nach dem Psychotherapiegesetz BGBl. Nr. 361/1990 ST0151 mit entsprechender Spezialisierung dürfen psychologische bzw. therapeutische Beratung im Zuge einer ART-Behandlung anbieten.

Die beratende klinische Psychologin / der beratende klinische Psychologe bzw. Psychotherapeutin / Psychotherapeut muss über ein breites Wissen über psychische, soziale, medizinische und finanzielle Aspekte der Reproduktionsmedizin verfügen.

##### Psychologische Belastungen bei Gametenspende, auf die im Rahmen der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beratung hingewiesen werden sollten, sind:<sup>62</sup>

- Reflexion des bisherigen Kinderwunsches und der unternommenen Anstrengungen
- Verabschiedung des ursprünglichen Wunsches nach einem Kind, das biologisch von beiden Elternteilen abstammt
- Mögliche Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität
- Mögliche Auswirkungen auf die Paardynamik, vor allem bezogen auf den Umgang mit sozialer und biologischer Elternschaft, unterschiedlich starke Motivation der PartnerInnen

- Besonderheiten der Familienbildung bei Gametenspende: Rollenerwartungen und Bedeutungszuschreibungen, die mit sozialer und biologischer Elternschaft einhergehen und damit verbundene Emotionen
- Umgang mit ambivalenten oder negativen Gefühlen den biologisch nicht verwandten Anteilen gegenüber
- Erwartete und unerwartete Reaktionen aus dem sozialen Umfeld
- Psychosoziale Belastungen in Zusammenhang mit den Bedürfnissen des Kindes:
  - Information über die Bedeutung der Aufklärung des Kindes
  - Besprechung der rechtlichen Lage
  - Empfehlung einer frühzeitigen Aufklärung
  - Bedeutung der Spenderin bzw. des Spenders für das Kind
  - Bedeutung von möglichen Halbgeschwistern
  - Eventuelle notarielle Vereinbarungen über die Dokumentation, die über den gesetzlich vorgesehenen Rahmen hinausgeht (z. B. Besuchsmöglichkeiten bei bekannter Spenderin / bekanntem Spender)
  - Rolle der Spenderin bzw. des Spenders bei nicht anonymen Spenden im späteren Leben des Kindes und für die Eltern

## 8.6 ABSCHLIESSENDE EMPFEHLUNGEN AN DIE FACHGESELLSCHAFTEN

- Da es in Österreich keine spezielle Leitlinie für die psychologische bzw. psychotherapeutische Beratung bei Kinderwunschpaaren gibt, wird die Anwendung der ESHRE Leitlinie empfohlen. Falls notwendig, sollte diese für Österreich adaptiert bzw. eine eigene Leitlinie erstellt werden.
- Entwicklung eines Curriculums zur psychosozialen Beratung rund um Kinderwunsch und fertilitätsmedizinischer Behandlung für Psychologinnen / Psychologen und Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten. Die speziellen Aspekte der Gametenspende müssen Teil dieser Fortbildung sein (nach deutschem Vorbild: Beratungszentrum Kinderwunsch Deutschland, Ausbildung für Beratung bei Gametenspende).
- Alternativ bietet sich auch die Übernahme der deutschen Leitlinien mit ggf. erforderlichen Adaptierungen an.
- In aktuell bestehenden PatientInnenaufklärungsbögen zur IVF-Behandlung sollten die psychosozialen Aspekte sowie die psychologischen bzw. psychotherapeutischen Begleitmöglichkeiten aufgenommen werden.

# Literaturverzeichnis

- 1 URL: [https://eshre.eu/~media/sitecore-files/Guidelines/ART-fact-sheet\\_vFebr18\\_VG.pdf?la=en](https://eshre.eu/~media/sitecore-files/Guidelines/ART-fact-sheet_vFebr18_VG.pdf?la=en) abgerufen am 16.4.2019
- 2 Ivf Registerbericht 2018
- 3 Vgl. Stöbel-Richter Y, Thorn P, Brähler E, Kentenich H, Wischmann T: Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. In: J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (5), 416–423
- 4 Ebd.
- 5 URL: <https://ris.bka.gv.at/eli/bgbl/I/2015/35>
- 6 Ebd.
- 7 Kentenich H, Brähler E, Kowalcek I, et al. (Eds). Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. Psychozial-Verlag, Gießen 2014. Zit. n. Wischmann, T: Effekte psychosozialer Intervention auf Lebensqualität und Schwangerschaftsraten bei infertilen Frauen und Männern – eine aktuelle Übersicht. In: J Reproduktionsmed. Endokrinol 2017; 14 (1), 8–13
- 8 Zit. n. Lampe A., Schüssler G: (2015) Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61, 312)
- 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. Fert Steril 1985; 43: 48–53. Zit. N. Y. Stöbel-Richter, P. Thorn, E.Brähler, H. Kentenich, T. Wischmann; Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. In: J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (6), 416–423
- 10 Domenico, De Berardis; Monica, Mazza; Marini, Stefano, et al. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: A review: La Clinica terapeutica 165(3): 163–169 . May 2014.
- 11 Wischmann T., Unerfüllter Kinderwunsch – Stereotype und Fakten. J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2005; 3 (4), 220–225
- 12 Baldur-Felskov B. et al. Psychiatric disorders in women with fertility problems: Results from a large Danish register-based cohort study. In: Human Reproduction, 2013 Mar; 28(3): 683-90. (online: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23223399>)
- 13 Wischmann T., Psychologische Aspekte bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. CME Prakt Fortbild Gynäkol Geburtshilf Gynäkol Endokrinol 2008, 4: 194–209; zit. n. Stöbel-Richter Y et al, 2011: J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (6) 416–423
- 14 Wischmann T., Psychosoziale Aspekte bei Infertilität. Gynäkologe 2009, 42: 285–295
- 15 Stöbel-Richter, Y., Thorn, P., Brähler, E., Kentenich H., Wischmann T., Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland. In: Journal Reproduktionsmed und Endokrinologie, 2011, 8 (6), 416–423
- 16 Wingert S., Harvey CDH, Duncan KA, Berry RE. Assessing the needs of assisted reproductive technology users of an online bulletin board. Intern J Cons Stud 2005, 29: 468-78. Zit. n. Wischmann T.: Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme in: J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2009; 6 (5), 214–222
- 17 Vgl. Lampe A., Schüssler, G. (2015), Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61, 313
- 18 Strowitzki T., Wischmann T. (2017): Vom Kinderwunsch zum Wunschkind: Die Sicht der Männer. 100, Ruperto Carola Forschungsnetzwerk.
- 19 Covington SH, Burns LH. Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians, 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge University Press, Cambridge 2006. Zit. n. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P: Psychosoziale Kinderwunschberatung: Einzel-, Paar- und Gruppeninterventionen. In: J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2015: 12 (1), 13–18
- 20 ESHRE-Leaflet siehe Url: [https://eshre.eu/~media/sitecore-files/Guidelines/Psychology/912996\\_Leaflet-Psychosocial\\_A4\\_WEB.pdf?la=en&hash=DBBCCB109E564B5E032EF-796365B74960EB12951](https://eshre.eu/~media/sitecore-files/Guidelines/Psychology/912996_Leaflet-Psychosocial_A4_WEB.pdf?la=en&hash=DBBCCB109E564B5E032EF-796365B74960EB12951) abgerufen am 16.4.2019
- 21 Boivin J., Lancaster D (2010) Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. Women Health 6: 59–69, zit. n. Dorn A, Wischmann T: Psychosomatik und psychosoziale Betreuung in der Reproduktionsmedizin Url: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-662-55601-6\\_44-1](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-662-55601-6_44-1)
- 22 Vgl. Stöbel-Richter Y, Thorn P, Brähler E, Kentenich H, Wischmann T: Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. In: J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (5), 416–423
- 23 Boivin J, Appleton TC, Baetens P, et al.: Guidelines for counselling in infertility: Outline version. Hum Reprod 2001; 16: 1301–4 zit. n. Stöbel-Richter et al., 2011, J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (6) 416–423
- 24 Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychological characteristics of women and men attending infertility counselling. Hum Reprod 2009; 24: 378-85, zit. n. Stöbel-Richter et al., 2011, J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (6) 416–423
- 25 Strowitzki T., Wischmann T. (2017): Vom Kinderwunsch zum Wunschkind: Die Sicht der Männer. 100, Ruperto Carola Forschungsnetzwerk.
- 26 Galhardo A, Moura-Ramos A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. The infertility trap: how defeat and entrapment affect depressive symptoms, Human Reproduction, Volume 31, Issue 2, February 2016, Pages 419–426, URL: <https://doi.org/10.1093/humrep/dev311>
- 27 Strowitzki T, Wischmann T. (2017): Vom Kinderwunsch zum Wunschkind: Die Sicht der Männer. 100, Ruperto Carola Forschungsnetzwerk. Online: <https://heiup.uni-heidelberg.de/journals/index.php/ruperto-carola/article/view/23681/17398> abgerufen am 28.11.2019
- 28 Schick, M. et al. (2016): Unerfüllter Kinderwunsch bei Männern. Qualitativ-quantitative Studie zur Untersuchung von medizinischen Ursachen, Rollenkonzepten und Behandlungsstufen auf die Lebensqualität von unfreiwillig kinderlosen Männern.
- 29 Kersting A. (2007) Trauer nach dem peripartalen Verlust eines Kindes. In: Rhode A, Marneros A (Hrsg) Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007, Kohlhammer, Stuttgart
- 30 Chen, Shania; Stukalina, Yelena; Ben, Kimhy, Shulman; Adrian; Hamdan, Sami (2016). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors, Psychiatry Research, Volume 240, Pages 53–59. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.003>
- 31 Tordy K., Riegler J. (2014) Psychologische Aspekte der Eizellspende. In: Der Gynäkologe 2014. 47 251–257

- 32 vgl. Thorn, P., Wischmann, T. (2008). Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 5 (3), 147–152.
- 33 Tordy, K., Riegler, J. (2014). Psychologische Aspekte der Eizellspende. *Der Gynäkologe*, 47/4, 251–257.
- 34 Revermann, C., Hüsigg, B. (2010). Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. URL: <http://tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab139.pdf> abgerufen am 24.4.2019
- 35 Amanda L. Baden, Doug Shadel, Ron Morgan, Ebony E. White Elliott, S. Harrington, Nicole Christian, Todd A. Bates (2019). Delaying Adoption Disclosure: A Survey of Late Discovery Adoptees *Journal of Family Issues*, 40 / 9, 1154–1180.
- 36 Kemeter P., (1984): Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Österr. Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Brüder Hollinek, Wien 1
- 37 Kemeter P., Lehmann F., (1989), Psychosomatik der Infertilität, Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1989
- 38 Springer-Kremser et al.: Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. 2. neu bearbeitete Auflage 2001, S. 29 ff
- 39 Fiegl, J. Unerfüllter Kinderwunsch. Das Wechselspiel von Körper und Seele, mvg Verlag, 2004
- 40 Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Social Health Illn* 2010; 32:140–162.
- 41 Netanella Millera, Einat Haikin Herzberger, Yael Pasternak, et al. Does stress affect IVF outcomes? A prospective study of physiological and psychological stress in women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine online*, July 2019 Volume 39, Issue 1, Pages 93–101, URL: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.01.012>
- 42 Cesta CE, Johansson ALV, Hreinsson J, Rodriguez-Wallberg KA, Olofsson JI, Holte J, Wramsby H, Wramsby M, Cnattingius O, Skalkidou A, Nyman Iliadou A.: A prospective investigation of perceived stress, infertility-related stress, and cortisol levels in women undergoing in vitro fertilization: influence on embryo quality and clinical pregnancy rate. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 Mar; 97(3): 258–268. doi: 10.1111/aogs.13280
- 43 Rooney, Kristin; Domar, Alice (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*; 20(1): 41–47. URL: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016043/>
- 44 Haimovici F, Anderson JL, Bates GW, Racowsky C, Ginsburg ES, Simovici D, Fichorova RN. Stress, anxiety, and depression of both partners in infertile couples are associated with cytokine levels and adverse IVF outcome. *American Journal of Reproductive Immunology*. 2018 Apr; 79(4):e12832. doi: 10.1111/aji.12832.
- 45 Fei-jing Zhou, Yan-na Cai & Yue-zhi Dong (2019) Stress increases the risk of pregnancy failure in couples undergoing IVF, *Stress*, 22:4, 414–420, URL: DOI:10.1080/10253890.2019.1584181
- 46 Satvinder Purewal, Sarah C. E. Chapman, Olga B. A. van den Akker, Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis, *Reproductive BioMedicine Online* (2018), doi: 10.1016/j.rbmo.2018.03.010
- 47 Van den Broeck U, Holvoet L, Enzlin P, Bakelants E, Demyttenaere K, D'Hooghe T. Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecol Obstet Invest* 2009; 68: 58–64.
- 48 Domar AD, Smith K, Coboy L, Iannone M, Aller 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; zit. N. Stöbel-Richter et al., 2011, *J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2011; 8 (6) 416–423
- 49 Olivius C., Frieden B., Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil Steril* 2004, 81: 258–61; zit. N. Stöbel-Richter et al., 2011, *J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2011; 8 (6) 416–423
- 50 Keli R. Steuber, Andrew High, Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women, *Human Reproduction*, Volume 30, Issue 7, July 2015, Pages 1635–1642, URL: <https://doi.org/10.1093/humrep/dev093>
- 51 Rooney, K., Doomar L.: The relationship between stress and infertility In: *Dialogues in Clinical Neuroscience – Vol 20 1* (45) 2018
- 52 Vgl. Wischmann, T (2009): Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen – eine kritische Bestandsaufnahme. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 6: 214–222, zit. n. Dorn A., Wischmann T.; Psychosomatik und Psychosoziale Betreuung in der Reproduktionsmedizin, Springer Verlag GmbH K. Dietrich et al. (Hrsg.)
- 53 Stammer H, Verres R, Wischmann T (2004) Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Hogrefe, Göttingen
- 54 Tordy K., Riegler J. (2014) Psychologische Aspekte der Eizellspende. In: *Der Gynäkologe* 2014. 47 251–257
- 55 Thorn P., Wischmann T., (2008). Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. In: *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*. 2008; 5 (3), 148
- 56 Van den Broeck, U., Emery M., Wischmann T., Thorn, P., Psychosoziale Kinderwunschberatung. *J Reproduktionsmed Endokrinol Online* 2015; 12 (1) 13; <https://semanticscholar.org/paper/Psychosoziale-Kinderwunschberatung%3A-Einzel-%2C-Paar-VandenBroeck-Emery/9def07372a-6758d25ad63829c8c982924c8bda1f> abgerufen am 11.12.2019
- 57 [eshre.eu/guidelines](http://eshre.eu/guidelines)
- 58 Zit. n. Lampe, A., Schüßler G. in : *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61/2015, 309–326
- 59 Thorn, P., Wischmann, T: Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende; *J. Reproduktionsmed. Endokrinol.* 3/2008 (148)
- 60 Strowitzki T., Wischmann T. (2017): Vom Kinderwunsch zum Wunschkind: Die Sicht der Männer. 100, Ruperto Carola Forschungsnetzwerk. URL: <https://heiu.uni-heidelberg.de/journals/index.php/rupertocarola/article/view/23681/17398> abgerufen am 28.11.2019
- 61 AWMF (2014): Fertilitätsstörungen, psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. URL: <http://awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-003.html>. abgerufen am 08.10.2019
- 62 Ebd.



