

# Psychologische Beratung rund um Kinderwunsch in Österreich.

Bedarfsanalyse vor, während und nach medizinisch assistierten Reproduktionstechniken

Psychological Treatment in Austria. When a Desire to Become Pregnant is Dominant. Needs Assessment Before, During and After Medically Assisted Fertility Treatments

Anita Weichberger & Karin Lebersorger

Themenschwerpunkt Aktuelle Entwicklungen ...

## Zusammenfassung

Unerfüllter Kinderwunsch ist ein umfassendes bio-psycho-soziales Problem mit großem Leidensdruck für die Betroffenen. Medizinische Behandlungen können zwar in vielen Fällen zu einer Schwangerschaft und zur Geburt eines Kindes führen, psychologische Aspekte der Unfruchtbarkeit bzw. die durch die Behandlung entstandene körperliche und psychische Belastung werden in Österreich derzeit kaum thematisiert. Die Perspektive des zu schaffenden Kindes und seine Antizipation als eigenständige Person mit Rechten und Bedürfnissen werden zudem weitgehend außer Acht gelassen. Sowohl in seinem als auch im Interesse der werdenden Eltern sollte psychosozialen Aspekten in der Praxis der medizinisch assistierten Reproduktion (ART) ein weit größerer Raum eingeräumt werden, als das die derzeitigen Erfahrungen zeigen. Anhand der Darstellung der gesetzlichen Regelung, Behandlungsmethoden und statistischen Daten wird die aktuelle Situation in Österreich aufgezeigt. Anhand internationaler Beispiele sowie klinischer Erfahrungen an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien wird in vorliegender Arbeit für die Notwendigkeit der Etablierung und systematischen Anbindung qualitativ hochwertiger, qualifizierter psychologischer Beratung und psychotherapeutischer Betreuung im Rahmen von Kinderwunschbehandlungen plädiert.

## Abstract

When a desired pregnancy does not happen it causes a bio-psycho-social problem with a lot of mental trauma for the aggrieved parties. Whereas medical fertility treatment often can lead to a pregnancy and to the birth of a child, the psychological aspects of sterility as well as the physical and mental burdens caused by these treatments are barely a topic in Austria. The aspect of the child to be and its anticipation as

an independent person with rights and needs is widely omitted. For the child's sake and for that of its parents, psychosocial aspects should play a much bigger role in the common standards of medically assisted reproduction (ART). The current situation in Austria is being shown via the current standing of the law, treatment methods and statistical data. International examples and the clinical experience at the university clinic for gynecology and obstetrics in Vienna show the need for the establishment and systematic integration of high quality and qualified psychological counseling and psychotherapeutic treatment of the unfulfilled desire to be pregnant and to give birth to a child.

## 1. Ungewollte Kinderlosigkeit

Im Leben der meisten Menschen kommt ein Zeitpunkt, zu dem sie sich bereit fühlen, eine Familie zu gründen. Bis zur Zulassung der ersten Antibabypille Mitte des 20. Jahrhunderts (USA 1960, Deutschland 1961) (Jütte, 2003), als zur Verhütung nur sehr begrenzte Möglichkeiten zur Verfügung standen, hatte eine Schwangerschaft einen mehr oder weniger schicksalhaften Charakter. Heute erscheint es planbarer, wann ein Kind geboren werden sollte, die Entscheidung zur Familiengründung passiert vielfach bewusst. Die meisten Frauen werden nach dieser Entscheidung im ersten Halbjahr schwanger, viele sogar im ersten Monat (William und Keye, 2006). Für manche Frauen und Paare beginnt aber eine lange Spirale von Hoffen, Warten und Enttäuschungen.

Die WHO definiert Unfruchtbarkeit (Sterilität, Infertilität) als das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach 12 Monaten ungeschütztem Sexualverkehr. Ca. 9-14% der Paare sind in der industrialisierten Welt davon betroffen (William und Keye, 2006). Erfolgt keine medizinische Behandlung, bleiben etwa 5% der Paare auch nach vier Jahren kinderlos. Bei 20-30% der Paare sind da-

für beim Mann, bei 20-35 % bei der Frau und bei 25-40 % bei beiden Partnern körperliche Faktoren verantwortlich. Solche sind Störungen beim Eisprung, Anomalien der Gebärmutter oder der Eileiter, Endometriose, hormonelle und/oder immunologische sowie genetische Faktoren oder eine verminderte Qualität und/oder Quantität der Spermien. Bei 10-20 % der Paare lässt sich die Sterilität nicht aufgrund körperlicher Ursachen erklären (Gnoth et al., 2004).

Die Fruchtbarkeit wird auch vom individuellen Verhalten, in erster Linie vom Sexualverhalten, beeinflusst. Lebensstil, Rauchen und das Körpergewicht (sowohl Über- als auch Untergewicht) können für Sterilität mitverantwortlich sein (ESHRE ART Fact Sheet).

Das Durchschnittsalter von Erstgebärenden steigt in den letzten Jahren stetig an. Laut Statistik Austria (statistik.at) waren Frauen in Österreich bei der Geburt ihres ersten Kindes im Jahr 1985 durchschnittlich 24,0, im Jahr 2000 27,1 und im Jahr 2016 29,4 Jahre alt. Die Gründe dafür sind vielfältig, wie längere Ausbildungszeiten, der Wunsch zur Schaffung einer gewissen finanziellen Existenzgrundlage vor der Familiengründung, Bedenken bzw. tatsächliche Hürden bei der Karriereplanung, das Fehlen eines Partners usw. Allerdings spielt das Alter der Frau eine wesentliche Rolle bei ihrer Fruchtbarkeit: Mit zunehmendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines Kindes.

## 2. Medizinische Behandlungsmöglichkeiten: ART (assistierte Reproduktionstechniken)

Parallel zu Entwicklungen in der Empfängnisverhütung wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auch die medizinischen Möglichkeiten zur Diagnostik und Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit reformiert. Seit der Geburt des ersten Kindes nach einer In-vitro-Fertilisation (IVF) 1978 wird die Anzahl der durch IVF gezeugten Menschen weltweit auf über 5,4 Millionen geschätzt (ESHRE ART Fact Sheet). In Deutschland kommen laut Auhagen-Stephanos (2015, S. 87) und Oelsner und Lehmkuhl (2016, S. 9) assistierte Reproduktionstechnologien (ART) bei bereits 2 % aller Geburten zum Einsatz, mit steigender Tendenz. Für Österreich liegen keine genauen Zahlen vor. Laut IVF-Register wurden im Jahr 2015 2.409 Kinder nach einer fondsfinanzierten IVF-Behandlung geboren (Jahresbericht des Österreichischen IVF-Fonds), die Gesamtanzahl der Geburten lag bei 84.381 (statistik.at). Das ergibt 2,8 %. Tatsächlich liegt der Anteil um einiges höher, Geburten nach Fertilitätsbehandlungen im Ausland sowie selbstfinanzierte Behandlungen im Inland wurden hier nicht mitberücksichtigt. Die Art der Zeugung wird bei der Geburt in Österreich nicht systematisch erfasst.

### 2.1. Behandlungsmethoden

Je nach medizinischer Problemstellung kommen heute unterschiedliche Verfahren der assistierten Reproduktion zur Anwendung. Bei einer hormonellen Stimulation wird das Heranreifen von Eizellen angeregt. Sie kann als alleinige Maßnahme durchgeführt werden, wobei die Befruchtung spontan in einem Sexualakt erfolgen soll. Zusätzlich können Spermien im Rahmen einer Insemination mit einem Katheter in die Gebärmutter eingebracht werden.

Bei einer künstlichen Befruchtung werden die Eizellen der Frau nach einer hormonellen Stimulation entnommen und außerhalb ihres Körpers mit den Samen ihres Partners befruchtet. Bei einer IVF-Behandlung (In-vitro-Fertilisation) werden Samen- und Eizelle in einem flüssigen Medium zusammengebracht, wobei die Spermien ihren eigenen Weg zur Eizelle finden müssen. Eine spezielle Form der IVF stellt die ICSI (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion) dar. Hier wird eines der Spermien vom medizinischen Personal ausgewählt und direkt in die Eizelle injiziert. Sowohl bei der IVF als auch bei der ICSI wird die Entwicklung der befruchteten Eizellen unter Mikroskop beobachtet. Nach 2-5 Tagen werden diejenigen Embryonen ausgewählt, die das meiste Potenzial haben, sich in die Gebärmutter einzunisten und sich weiterentwickeln zu können. Eines oder mehrere davon werden der Frau eingesetzt, überzählige Embryonen können eingefroren (kryokonserviert) werden und bei einer weiteren Behandlung eingesetzt werden. Im Rahmen der Reproduktionsmedizin kommen sowohl eigene Keimzellen der KinderwunschpatientInnen als auch Keimzellen von sogenannten SpenderInnen zur Anwendung. So wird über Eizell-, Samen- und Embryonenspende gesprochen. Bei einer Leihmutterchaft wird das Kind, das entweder genetisch von den AuftraggeberInnen abstammt oder durch eine Fremdkeimzellspende entstanden ist, von einer Frau ausgetragen, die es nach der Geburt den „Wunscheltern“ übergibt.

### 2.2. Gesetzliche Regelung

In Österreich wird die medizinische Behandlung von Unfruchtbarkeit mit dem Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) geregelt. Das besagt, dass eine In-vitro-Fertilisation nur von FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in einer dafür zugelassenen Krankenanstalt durchgeführt werden kann. Österreichweit gibt es 26 solche IVF-Zentren. Es dürfen nur Ehepartner oder Personen, die in eingetragener Partnerschaft oder in einer Lebensgemeinschaft leben, behandelt werden. Bei Unfruchtbarkeit darf eine Samenspende oder unter bestimmten Bedingungen seit der Gesetzesnovellierung 2015 auch eine Eizellspende vorgenommen werden. Ebenfalls seit 2015 sind Samenspende und IVF auch für weibliche gleichgeschlechtliche Paare erlaubt. Leih-

mutterschaft sowie Behandlungen, die den gesetzlich geregelten Bedingungen nicht entsprechen, sind in Österreich verboten. Die Kosten für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung müssen die Betroffenen selbst tragen, außer sie erfüllen die Voraussetzungen einer Fonds-Finanzierung (IVF-Fonds-Gesetz). In diesem Fall werden 70% der Behandlungskosten übernommen. Diese Unterstützung wird pro Schwangerschaft maximal viermal dann gewährt, wenn für die Unfruchtbarkeit medizinische Ursachen gefunden wurden, die Frau unter 40, der Mann unter 50 Jahre alt ist und bestimmte Voraussetzungen der Staatsbürgerschaft erfüllt werden.

In der geburtshilflichen Praxis erleben wir, dass die Betroffenen häufig ins Ausland ausweichen, da dort die Behandlungen entweder deutlich günstiger sind, und/oder durch national unterschiedliche gesetzliche Regelung Behandlungsformen erlaubt sind, die in Österreich nicht zugelassen sind (Samenspende für alleinstehende Frauen, andere oder keine Alterseinschränkung, Embryonenspende, Leihmutterschaft ...).

### 2.3. Erfolgsaussichten

---

Je nach Erhebungsmethode und Definition des Behandlungserfolgs findet man sehr unterschiedliche Zahlen zu den Erfolgsaussichten medizinisch assistierter Reproduktionsverfahren (Kleinschmied et al., 2008). Aus der Perspektive der Betroffenen kann man Erfolg mit der Geburt eines Kindes definieren. Dieses wird im Jahresbericht des österreichischen IVF-Registers (IVF-Register Jahresbericht, 2016) unter „Baby-Take-Home-Rate“ für 2015 mit 27,1% beziffert.

Da der IVF-Fonds nur unter bestimmten Bedingungen, die die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft erhöhen, die IVF finanziert, ist es anzunehmen, dass die tatsächlichen Erfolgszahlen pro IVF-Versuch unter diesem Prozentsatz liegen. Auch werden hier begonnene IVF-Zyklen nicht berücksichtigt, bei denen es nicht zu einem Embryonentransfer gekommen ist.

Da die Wahrscheinlichkeit für den Behandlungserfolg von individuellen Faktoren wie Alter, medizinischer Problematik, Verhaltensparametern usw. stark abhängt, kann diese auch nur im Rahmen einer medizinischen Beratung eingeschätzt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass es bei einem Behandlungsversuch nicht zu einer Schwangerschaft kommt, ist allerdings mindestens zweimal höher als die Erfolgswahrscheinlichkeit.

### 2.4. Medizinische Risiken und Komplikationen bei ART

---

Eine Überstimulation (OHSS = Ovarian Hyperstimulation Syndrom) ist ein häufiger Nebeneffekt der IVF-Behandlung. Schwere Formen kommen laut Österreichischer IVF-Gesellschaft nur in 1% der Fälle vor. Häufiger

kommt es zu einer Eileiterschwangerschaft. Nach einer IVF-Behandlung kommt es bei etwa 5% der Frauen dazu. (Österreichische IVF-Gesellschaft).

Kinder, die nach einer assistierten Reproduktion geboren werden, weisen eine leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit für Fehlbildungen unterschiedlichen Schweregrades auf. Je nach Erhebungsmethode variiert diese Erhöhung gegenüber spontan konzipierten Kindern zwischen 15-40% (Pinborg et al., 2013), wobei hier nur die lebend geborenen Kinder berücksichtigt werden. Bei Verdacht auf einer schweren Fehlbildung des Feten besteht in Österreich die Möglichkeit, die Schwangerschaft bis zum Geburtsbeginn abzubrechen. Da Schwangerschaftsabbrüche hierzulande statistisch nicht erfasst werden, gibt es auch keine Daten darüber, zu welchem Prozentsatz solche Abbrüche nach einer ART-Behandlung durchgeführt werden. Klinische Erfahrungen an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien sprechen dafür, dass dieser Anteil womöglich über den 15-40% liegen könnte.

Die Wahrscheinlichkeit für eine Mehrlingsschwangerschaft nach einer ART-Behandlung ist deutlich erhöht gegenüber Spontanschwangerschaften. Laut IVF-Register waren 2015 11,5% der Frauen nach der IVF mit Zwillingen, 0,1% mit Drillingen schwanger. Spontan sind es hingegen 1,1-1,2% Zwillinge (Krampl-Bettelheim, 2010).

Mehrlingsschwangerschaften bedeuten auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwangerschaftsassozierte Erkrankungen wie Gestationsdiabetes, Bluthochdruck und Präeklampsie (Kainer und Husslein, 2010). Eine Mehrlingsschwangerschaft endet sehr häufig in einer Frühgeburt und ist mit niedrigem Geburtsgewicht assoziiert, birgt daher gesundheitliche Risiken für die Kinder. Eine bisher wenig diskutierte Komplikation in Schwangerschaften nach Eizellspende ist das erhöhte Risiko, an Präeklampsie oder am HELLP-Syndrom zu erkranken. Diese kommen zwei- bis dreimal Mal häufiger als in einer Spontanschwangerschaft vor und lassen sich nicht nur durch das höhere mütterliche Alter, sondern durch die Tatsache, dass der Fötus genetisch vollkommen fremd ist, erklären (Storgaard et al., 2016).

## 3. Psychologische Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch und ART

---

Unerfüllter Kinderwunsch ist ein großer Einschnitt im Leben der Betroffenen. Medizinische Behandlungen können zwar zu einer Schwangerschaft führen, der Erfolg ist keinesfalls sicher und ist mit deutlichen psychischen und körperlichen Belastungen verbunden. Neben den (medizinischen) Handlungsschritten und kognitiven Überlegungen sollte dabei inhärenter großer Emotionalität Raum zugestanden werden.

### 3.1. Sterilität als psychische Belastung

---

Sterilität betrifft die gesamte Lebensplanung und die Zukunftsvorstellungen und hat eine zentrale Rolle in der Paarbeziehung. Ein Kind zu bekommen, aktiviert tiefe emotionale Bedürfnisse – wenn es auf sich warten lässt, wird die schon oft als Kind antizipierte Mutter/Vaterrolle infrage gestellt, Erwartungen an sich selbst und des sozialen Umfelds können nicht erfüllt werden. Ein Kind zu haben, bedeutet etwas von sich weitergeben zu können, einen tieferen Sinn im Leben zu haben, für jemanden zu sorgen ... Zu erkennen, dass der eigene Körper oder der des Partners nicht voll funktionsfähig ist, oder als Paar gemeinsam nicht in der Lage zu sein, ein Kind zu zeugen, ist eine große Enttäuschung und eine tiefe Kränkung. Viele Betroffene sind das erste Mal in ihrem Leben damit konfrontiert, dass ihre Bemühungen nicht fruchten, fühlen sich ohnmächtig, hilflos und ausgeliefert.

Die meisten Paare beginnen nach 3-5 Jahren erfolgloser Zeugungsversuche mit einer medizinischen Behandlung (Gnoth et al., 2004). Das bedeutet Monate und Jahre immer wieder aufkeimender Hoffnung und darauf folgender Enttäuschungen. Es ist eine Zerreißprobe für die Partnerschaft: Die Sexualität wird instrumentalisiert und wird im Interesse eines Zieles und nicht für sich selbst praktiziert, es kann zu Libidoverlust führen. Sowohl bei der Gestaltung des Alltags, bei Interessen und Aktivitäten, aber auch in der Paarkommunikation kann es zu einer Einengung kommen. Andere Lebensbereiche werden immer mehr dem Kinderwunsch und deren Behandlungsschritten untergeordnet: Urlaube werden danach geplant, berufliche Entscheidungen und eventuelle Karriereschritte werden verschoben, weil „jederzeit ein Kind dazwischenkommen könnte“. Je länger die Phase des unerfüllten Kinderwunsches dauert, umso eher werden eine Schwangerschaft und das Leben mit einem Kind idealisiert.

Frauen und Männer mit Kinderwunsch sind psychopathologisch nicht auffällig, der Anteil an Psychopathologien liegt bei dem der Gesamtbevölkerung. Auch die Paarbeziehungen wurden in mehreren Studien als unauffällig beschrieben. Eine reine psychogene Ursache für die Sterilität wird vielfach widergelegt und ist laut Wischmann bei höchstens 5% der Paare nachzuweisen. Viel mehr sind die ungewollte Kinderlosigkeit und in weiterer Folge die Behandlungen selbst als Ursache für psychische Belastung anzusehen. Depressivität und Ängstlichkeit nehmen messbar mit zunehmender Dauer des unerfüllten Kinderwunsches zu (Wischmann 2003).

### 3.2. Die Behandlung als Stressor

---

Ein IVF-Behandlungszyklus bedeutet für die meisten Paare eine große psychische Herausforderung. Die Betroffenen müssen erkennen und für sich zugeben, dass sie Hilfe brauchen, höchst intime Themen müssen mit

Fremden besprochen werden. Die Erfolgsaussichten einer Fruchtbarkeitsbehandlung werden von den meisten Paaren überschätzt, die damit verbundene psychische Belastung deutlich unterschätzt (Kleinschmidt et al., 2008). Am Anfang der Behandlung steht oft eine Erleichterung darüber, dass man aktiv etwas tun kann und nicht mehr passiv den körperlichen Vorgängen ausgeliefert ist. Die Paare werden für die Behandlung eingeschult, die Frau muss täglich Hormone spritzen, die die Eileiter zum Heranreifen möglichst vieler Eizellen anregen. Viele Frauen berichten über teilweise starke Stimmungsschwankungen während dieser Zeit. Termine im Behandlungsinstitut müssen mit der Arbeit koordiniert werden, wobei über den Grund für die häufigen Arztbesuche nur wenige am Arbeitsplatz sprechen möchten. Oft wird über die Behandlung in der Familie und im Freundeskreis nicht offen kommuniziert: Es wird als belastend erlebt, wenn man darauf angesprochen wird und kann als zusätzlicher Erfolgsdruck empfunden werden. Auch Schamgefühle und die wegen der Unfruchtbarkeit empfundene narzisstische Kränkung spielen dabei eine Rolle, wenn Betroffene die Behandlung verheimlichen.

Zeitgleich zur Eizellentnahme soll der Mann seine Spermien mittels Masturbation liefern. Wie viele Eizellen damit befruchtet werden können, wie viele davon sich gut entwickeln und letztendlich eingesetzt werden können, ist vorher nicht abschätzbar. Nach dem Embryonentransfer dauert es zwei Wochen lang, bis eine Schwangerschaft nachweisbar ist. Diese Zeit wird als besonders angespannt erlebt: Die Frauen beobachten ihren Körper sehr genau und suchen nach Hinweiszeichen einer Schwangerschaft. Manche versuchen, mit körperlicher Schonung oder anderen Maßnahmen die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Einnistung zu schaffen, wobei es unklar ist, ob das beeinflussbar wäre. (William and Reye, 2006). Es ist eine Zeit der Hilflosigkeit, Einsamkeit und des Wartens. Auch die Partner fühlen sich oft während der gesamten Behandlung ohnmächtig. Gerade, wenn die IVF aufgrund ihrer Unfruchtbarkeit notwendig ist, möchten viele Männer einen Beitrag leisten und übernehmen das Spritzen und begleiten die Partnerin zu Arztterminen. Wenn der Schwangerschaftstest positiv ist, folgt auf das kurze Aufatmen die weitere Beobachtung des Körpers und das Bangen, ob das Kind bleibt. Es wird immer wieder auf Bestätigung von außen (Ultraschalluntersuchungen) gewartet, dass sich der Embryo normal entwickelt. Ab der positiven Herzaktion (7-8. Schwangerschaftswoche) endet die Zuständigkeit der Infertilitätsklinik.

### 3.3. Erfolgreiche IVF-Behandlung

---

Ein negativer Schwangerschaftstest ist für alle Betroffenen eine Enttäuschung. All die Bemühungen und Hoffnungen scheinen umsonst gewesen zu sein, Trauer fordert jetzt seinen Raum. Noch bevor konkrete weitere Schritte überlegt werden, sollte es möglich sein,



mit dem medizinischen Team in einem Gespräch über den Versuch zu reflektieren. Es sollte den Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, Trauer, Enttäuschung, Wut und andere auftauchende Gefühle zuzulassen und diese als normale Reaktion auf das Nicht-Eintreten der Schwangerschaft zu erleben. Diese Emotionalität bedarf Zeit, erst nach deren Abklingen kann überlegt werden, wie es weitergehen soll. Soll man einen weiteren Versuch starten? Wie weit soll man mit den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gehen? Welche Alternativen gibt es für die Familiengründung (Adoption, Pflegekinder)? Wie wäre das Leben ohne Kinder? Weitere Handlungsschritte sollten nach sorgfältiger Abwägung, idealerweise in einem unabhängigen Setting, besprochen und so gesetzt werden, dass sie als ich-konform erlebt werden können.

### 3.4. Besondere Rolle der psychologischen Beratung vor einer Fremdzeimzellspende

Während eine psychologische Beratung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung als optional angesehen werden kann, verhält es sich in Bezug auf Fremdzeimzellspenden anders.

Wenn ein Paar oder eine Frau die Möglichkeit einer Eizellspende oder Embryonenspende überlegt, sollte psychologische Beratung noch vor einem Versuch obligat erfolgen. In der reproduktionmedizinischen Praxis wird eine Fremdzeimzellspende als lineare Fortsetzung der Behandlung angesehen. Diese unterscheidet sich allerdings durch die Einbeziehung von Fremden maßgeblich von einer Behandlung, die mit eigenen Keimzellen durchgeführt wird. Obwohl dabei die Frau eine Schwangerschaft durchlebt, stammt das Kind genetisch von einer dritten, meistens unbekannt Person ab. Daher ähnelt eine Eizell- oder eine Embryonenspende in ihrer Psychodynamik am ehesten einer Adoption. Im medizinischen Setting hat sich noch keine einheitliche Sprache diesbezüglich etabliert, es ist eine große Unsicherheit mit dem Umgang mit dem „Fremden“ zu beobachten. Vielfach wird versucht, mit Hinweisen auf die Epigenetik und auf das „Schwangerschaftserleben“ den qualitativen Unterschied abzuschwächen und Bedenken der Betroffenen beiseite zu schieben.

Eine Auseinandersetzung mit dem Fremden sollte idealerweise in einer Situation erfolgen, wo noch alle Alternativen offen sind und noch bevor ein Kind entsteht. Wenn es bereits auch nur im Bauch vorhanden ist, können Schuldgefühle ihm gegenüber eine ehrliche Auseinandersetzung verhindern. Themen, wie „wie wird in der Familie über die Entstehungsgeschichte des Kindes kommuniziert“, „wie kann man das Menschenrecht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung wahren“, „welches Wissen brauche ich von der Spenderin“, „wie bezeichnen wir die Spenderin, und was genau bin ich zu diesem Kind“ sollten Gegenstand der Beratung sein, da diese auch Handlungsalternativen schaffen können. Be-

denken und Fantasien sollten unbedingt in einem unabhängigen Setting ins Bewusstsein gefördert und bearbeitet werden können.

Laut Fortpflanzungsmedizingesetz sind ÄrztInnen verpflichtet, die werdenden Eltern über die Herausforderungen, die durch die Verwendung von Samen oder Eizellen von dritten Personen für die Eltern und das Kind entstehen, aufzuklären (FMedG). Diese Herausforderungen sind in erster Linie psychologischer Natur und sollten daher im Rahmen einer verpflichtenden psychologischen Beratung noch vor der Behandlung besprochen werden.

## 4. Schwangerschaft nach ART aus psychologischer Sicht

### 4.1. Angst, Ambivalenz und Schuldgefühle

An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Abteilung Geburtshilfe und feto-maternale Medizin in Wien werden Frauen in einer Schwangerschaft mit unterschiedlichen Zuweisungsdiagnosen klinisch-psychologisch im stationären und im ambulanten Setting betreut. Solche sind drohende Fehl- oder Frühgeburt, fetale Anomalien, psychosoziale Probleme (Ängste, Depressionen, Partnerschaftsprobleme, ...), frühere Verluste in einer Schwangerschaft usw. Assistierte Reproduktion oder langes Warten auf die Schwangerschaft werden nicht als Grund für eine Zuweisung angesehen. Trotzdem waren in den vergangenen zehn Jahren 12-14 % aller zugewiesenen Patientinnen nach einer ART-Behandlung schwanger (Jahresberichte der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien 2007-2016). Diese Zahl liegt deutlich über dem vermuteten Anteil von ART von 2-3 % aller Schwangerschaften. Auch wenn man das spezielle Risikokollektiv eines Perinatalzentrums betrachtet, liegt der Anteil an Frauen, die psychologische Unterstützung in ihrer Schwangerschaft nach ART in Anspruch nahmen deutlich höher als bei Frauen mit einer spontanen Schwangerschaft.

Die Themen dieser Beratungen und Behandlungen kreisen um die Angst um das Kind, um den unsicheren Ausgang der Schwangerschaft und um Angst vor einer möglichen Behinderung des Kindes. Bei medizinischen Komplikationen werden häufig Schuldgefühle thematisiert: Da die Zeugung durch viele bewusste Entscheidungen und Handlungsschritte erfolgte, fühlen sich Betroffene oft selbst für die entstandenen Schwierigkeiten verantwortlich.

Frauen, die nach vielen Jahren des Wartens und nach (mehreren) medizinischen Behandlungen schwanger geworden sind, beginnen die Schwangerschaft häufig im Zustand der körperlichen und psychischen Erschöpfung. In der Zeit des aktiven Hinarbeitens auf ein Kind wird das „Schwangersein“ oft idealisiert. Obwohl das medizinische Ziel der Reproduktionsbehandlung erreicht wurde, folgt auf die kurze Erleichterung und Freude eine

weitere Zeit der Unsicherheit. Wird das Kind bleiben? Ist es gesund? Wird alles gut gehen? Das subjektive Erleben der Schwangerschaft weicht in vieler Hinsicht von den Erwartungen ab. Sätze wie „Ich kann die Schwangerschaft nicht genießen“ und „Wann kann ich endlich aufatmen?“ zeugen von Anspannung und Enttäuschung. Die Realität einer Schwangerschaft mit körperlichen Beschwerden, Ängsten, Zweifeln und Bedenken überrascht.

Die erste Zeit jeder Schwangerschaft ist von einer natürlichen Ambivalenz gekennzeichnet. Die kommenden Veränderungen des eigenen Lebens, der Partnerschaft und des Körpers lösen nicht nur Freude, sondern auch manchmal intensive negative Gefühle aus. Das Zulassen dieser Ambivalenz fällt gerade Frauen, die aktiv so viel für das Zustandekommen der Schwangerschaft getan haben, besonders schwer. So können unangenehme Gefühle und Gedanken, die die Schwangerschaft und das Kind infrage stellen, als besonders bedrohlich erlebt und verdrängt werden, was die aktive Auseinandersetzung mit der Ambivalenz verhindert.

Psychologische Beratung und Behandlung bei einer Schwangerschaft nach assistierter Reproduktion sollte daher die Möglichkeit bieten, die ambivalenten Gefühle zuzulassen, zu bearbeiten und zu normalisieren. Fantasien und Vorstellungen über die Schwangerschaft und über das Kind sollten auch Raum bekommen, um die Idealisierung Stück für Stück der Realität annähern zu können.

Frauen, die nach einer Eizellspende schwanger geworden sind, empfinden oft intensive Gefühle und Bedenken. Das Fremde und das Aushalten oder das Abwehren des Fremden nimmt viel Raum in ihrer Fantasie ein. Wenn die Behandlung im Ausland erfolgte, haben manche Frauen das Gefühl, etwas Unerlaubtes getan zu haben. All das erschwert die Kommunikation im geburtshilflichen Setting und kann zur erheblichen psychischen Belastung für die Schwangere werden.

Eine erhöhte Sectiorate nach ART lässt sich teilweise mit psychologischen Faktoren erklären. Da das Vertrauen in den eigenen Körper durch die oft jahrelangen vergeblichen Versuche erschüttert ist, fehlt es vielfach am Vertrauen, die Geburt meistern zu können. Diese Ängste und Unsicherheiten sowie der Gedanke „lieber nichts riskieren“ lassen viele GynäkologInnen die vermeintliche Sicherheit eines Kaiserschnitts vorziehen. Eine Stärkung des Vertrauens in den eigenen Körper lässt Frauen mehr Spielraum bei der Vorbereitung und Gestaltung der Geburtssituation.

## 4.2. Mehrlingsreduktion

Eine besondere Herausforderung für die psychologische Arbeit mit Schwangeren nach ART ist die Frage nach einer Mehrlingsreduktion. Auch wenn heute nur in Ausnahmefällen im Rahmen einer IVF-Behandlung mehr als zwei Embryonen eingesetzt werden, kommt es manchmal, vor allem bei einer hormonellen Stimulation, zu

höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften. (Drillinge, Vierlinge oder mehr). Bei Drillingen nicht immer, aber bei Vierlingen wird fast immer seitens der betreuenden Geburtsklinik oder FrauenärztInnen eine Reduktion auf ein oder zwei Feten vorgeschlagen (Breunlich, 2017). Nach oft jahrelangen Versuchen ist die Frau endlich schwanger, nun muss sie entscheiden, ob sie das Risiko einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft mit der Möglichkeit einer Fehlgeburt oder einer extremen Frühgeburt und lebenslangen Folgeschäden für ein oder mehrere Kinder auf sich nimmt oder sich auf ein Fetozid einlässt.

Im Vergleich zu Paaren, die spontan mit höhergradigen Mehrlingen schwanger geworden sind, fehlt den Paaren nach ART häufig das Vertrauen, dass „alles gut gehen könnte“. Auch die empfundene Verantwortung für die entstandene Situation lässt diese Paare eher einen Fetozid durchführen. Trotzdem liegt die Rate der Reduktionen relativ niedrig: Etwa 12% der Paare mit einer Drillingsschwangerschaft entschieden sich an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien in den vergangenen Jahren für eine Mehrlingsreduktion (Leithner-Dziubas, 2015). Der Umgang mit den verstorbenen Feten, auftauchende Schuldgefühle, das Zulassen der Trauer und die Entwicklung eines Narrativs, wie diese Kinder in die Familiengeschichte integriert werden können, sollte Thema kontinuierlicher psychologischer Gespräche sein, um einer Tabuisierung entgegenzuwirken.

## 5. Herausforderungen für die Eltern-Kind-Beziehungen

Je nach angewandter Methode – von intrauteriner Insemination über In-vitro-Fertilisation bis zur Einbeziehung von genetisch fremden Keimzellen und Leihmüttern – finden sich Konstellationen, die bewusste und unbewusste Gefühle und Fantasien in den Eltern und Kindern auslösen. Für unbelastete Familienbeziehungen ist es notwendig, die Entstehungsgeschichte eines Kindes in die Familiengeschichte zu integrieren. Metzger (2017, S. 267 f) weist auf die Komplexität der Integrationsleistung hin, die von allen Beteiligten geleistet werden muss. Manche der im folgenden ausgeführten Aspekte finden sich auch in anderen Kontexten, sind aber bei ART in einer besonderen Weise verdichtet.

### 5.1. Auseinandersetzung mit bedeutsamen Anderen

Allen Formen von assistierter Empfängnis ist gemein, dass Dritte und oftmals auch mehrere in die Intimität der Paar-Dyade treten. Werden die Gameten des Paares verwendet, sind der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin diese Anderen und repräsentieren das reproduktionsmedizinische Team. Bei Einbeziehung bi-

ologisch Anderer kommt es zur Aufspaltung von Elternschaft. So ist es heute technisch möglich, dass ein Kind durch Kombination von genetischem Material zweier Eizellen zwei genetische Mütter hat, eine Gestationsmutter und eine oder mehrere soziale Mütter. Vaterschaft kann sich in einen genetischen Vater und einen oder mehrere soziale Väter aufspalten. Bei Keimzellspende wird oftmals nur vom „Spermium“ oder dem „Ei“ gesprochen, um die ganze Person, die die genetische Elternschaft verkörpert, außen vor zu lassen.

Die Anderen erweitern nach erfolgreicher Schwangerschaft die Vater-Mutter-Kind-Triade und nehmen darin eine bedeutsame Rolle ein. Fantasmatisch sind alle AkteurInnen in Beziehung, wie Fallberichte und Dokumentationen zeigen (Arlamovsky, 2016, 2017; Ehrensaft, 2008, 2016): Heftige Gefühle der Rivalität, des Begehrens, aber auch der Angst und des Selbstzweifels belasten die Beziehungen in der Kernfamilie, wenn sie abgewehrt und nicht verarbeitet werden (Ehrensaft, 2014; Springer-Kremser, 2001).

Für eine sichere Identitätsfindung jedes Kindes ist es wichtig, über seine Herkunft und somit über den Einsatz von ART bei seiner Entstehung und – falls gegeben – über multiple Elternschaft Bescheid zu wissen, so wie es für Pflege- und Adoptivkinder schon lange Standard ist (Auhagen-Stephanos, 2010, 2017; Ehrensaft, 2008, 2014; Lebersorger, 2015, 2017; Oelsner und Lehmkuhl, 2016; Tordy und Riegler, 2014).

## 5.2. Heimlichkeit versus Offenheit

Eine Infertilitätsdiagnose ist für viele Menschen traumatisch und mit Gefühlen von Verzweiflung, Scham, Wut, Neid u. v. m. verbunden (Auhagen-Stephanos, 2010). Um nach der Geburt des lang ersehnten Kindes nicht mehr mit diesen unangenehmen Gefühlszuständen konfrontiert zu sein, vermeiden viele Eltern, mit ihren Kindern über die Besonderheit ihrer Entstehung zu sprechen (Lebersorger, 2016). Kommen bei ART Fremdgameten zum Einsatz, liegt die Aufklärungsquote um 10% (Bernard, 2014; Wischmann, 2008). Die Wichtigkeit von Transparenz bezüglich der genetischen Abstammung für die Identitätsentwicklung zeigt deren Verankerung im Artikel 8 der UN-Kinderrechtskonvention. Ein Familiengeheimnis belastet die Eltern-Kind-Beziehungen immer, und es ist für Eltern oftmals nicht einfach, ein kindgemäßes Narrativ zu entwickeln und zu vermitteln.

## 5.3. Kindgemäße elterliche Erwartungen

Viele Eltern setzen besonders hohe Erwartungen in ihr lang ersehntes „Wunschkind“. Das Wording der Reproduktionsmedizin – „Kinderwunschbehandlung“ in „Kinderwunschkliniken“ – bestärkt die Eltern darin (Binder-Klinsing, 2014). So suchen viele Eltern bereits bei

normativen Entwicklungskrisen psychologische Hilfe, sind verunsichert und von ihrem Kind enttäuscht (Lebersorger, 2016). Durch die erhöhte Rate an Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsschwangerschaften und/oder Fehlbildungen bei ART wird die Diskrepanz zwischen dem Vorstellungskind und dem realen Kind in vielen Familien besonders groß (Steinberg und Kraemer, 2016).

## 5.4. Psychologische Hilfe

Begleitung und Beratung, die gelingende Eltern-Kind-Beziehungen anstreben, sollte folgende Aspekte miteinbeziehen:

- Schaffung eines Denkraums zum Thematisieren, Durcharbeiten und Integrieren der Gefühle und Fantasien vor und während des Behandlungszeitraums, der sich oft über Jahre und über viele Versuche erstreckt sowie der Gefühle, die Schwangerschaft und Geburt begleiten.
- Aufklärung bezüglich der malignen Auswirkungen von Familiengeheimnissen. Offenheit von Anfang an gegenüber dem Kind bezüglich seiner Entstehung. Erarbeiten altersgemäßer Narrative für das Kind und eines angstfreien Zugangs zu multipler Elternschaft.
- Hilfe bei der Entwicklung realistischer Erwartungen an das Kind. Unterstützung und Beratung bei Entwicklungsbeeinträchtigungen.

In der psychologischen Praxis sind die Kinderbücher von Petra Thorn (2006, 2009, 2011) und Cory Silverberg (2014) hilfreich.

Zusammenfassend ist es wichtig festzuhalten, dass der Einsatz von Reproduktionstechnologien per se nicht zu Entwicklungsproblemen führt. Es hängt vielmehr davon ab, wie ART angewendet und kommuniziert werden, und ob sie die Bedürfnisse eines Kindes und seine Rechte berücksichtigen (Berger 1997, 2010). Dazu gehören Offenheit bezüglich seiner Entstehung und Transparenz bei Gametenspenden. Finden sich Heimlichkeit, Anonymität und elterliche Enttäuschung, so stellen diese Belastungen für die familiären Beziehungen dar, nicht alle späteren Schwierigkeiten sind aber allein darauf zurückzuführen (Oelsner und Lehmkuhl, 2016). Ziel der psychologischen Arbeit mit den Familien ist es, Eltern und ihre Kinder auf ihrem Weg zu einem unbelasteten, vertrauensvollen Miteinander zu unterstützen.

## 6. Psychologische Beratung und Behandlung in Österreich rund um ART

Im österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) wird psychologische Beratung im § 7 in Absatz (2) geregelt:

„Der Arzt hat den Ehegatten, eingetragenen Partnern oder Lebensgefährten oder dritten Personen, deren Samen oder Eizellen verwendet werden, eine psychologische Beratung oder eine psychotherapeutische Betreuung vorzuschlagen und sie auf die Möglichkeit hinzuweisen, andere unabhängige Beratungseinrichtungen zu konsultieren.“ Die Krankenanstalt muss für die Möglichkeit der ausreichenden psychologischen Beratung oder psychotherapeutischen Betreuung sorgen und ÄrztInnen sind verpflichtet, eine psychologische Beratung oder psychotherapeutische Behandlung vorzuschlagen. Ob und in welcher Form diese dann tatsächlich in Anspruch genommen wird, wird weder geregelt noch scheint dies besonders wichtig zu sein. Beratung und Informationen zur ungewollten Kinderlosigkeit werden vor allem von IVF-Instituten angeboten, die in einem Interessenskonflikt stehen. Unabhängige Beratungsangebote findet man kaum. Ausnahme bildet eine Informationsbroschüre des Wiener Büros für Frauengesundheit („Wenn das Wunschkind auf sich warten lässt ...“).

Zur Anfangszeit der In-vitro-Fertilisation in Österreich in den 80er- und 90er-Jahren wurde von Kemeter und Fiegl ein psychosomatisch orientierter Ansatz verfolgt. Psychotherapeutisch geschulte ÄrztInnen und PsychologInnen führten gemeinsam das Erstgespräch, bei Bedarf konnte das Paar weitere Termine wahrnehmen. Vertrauen und der Kontakt wurde so bereits am Anfang der Behandlung hergestellt, psychosozialen Faktoren wurde im Rahmen der Behandlung genügend Raum zugestanden. (Kemeter und Fiegl, 1999). Leider wird dieses Modell nicht mehr praktiziert, in den österreichischen Instituten wird der rein somatische Ansatz verfolgt. Kontaktdaten von PsychologInnen, PsychotherapeutInnen oder Lebens- und SozialberaterInnen werden vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin dem Paar weitergegeben, die in unterschiedlich intensivem Kontakt mit dem Institut stehen. Da die Empfehlung zu einer psychologischen Beratung der ärztlichen Kommunikation unterliegt, sind bewusste und unbewusste Haltungen und Einstellungen des Arztes/der Ärztin gegenüber einer psychologischen Beratung maßgeblich bei der Inanspruchnahme. Tatsächlich wird psychologische Beratung in Österreich nur selten, erst nach Jahren und nach mehreren erfolglosen Versuchen in Anspruch genommen (Leithner-Dziubas, 2015). Erfahrungen der Klinischen PsychologInnen mit Schwangeren nach ART an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien machen es deutlich, dass eine Beratung bereits im Vorfeld vielfach wünschenswert wäre.

ESHRE, die European Society for Human Reproduction and Endocrinology fordert die Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren von allen Teammitgliedern einer Fertilitätsklinik in allen Phasen der Behandlungen sowie das systematische Einbinden von speziell geschulten psychosozialen BeraterInnen in die Behandlung (Gomeiro et al., 2015).

International hat sich für die psychosoziale Beratung rund um Sterilität die Berufsbezeichnung „Infertility Counselor“ etabliert (Hammer Burns and Covington,

2006). Das sind speziell geschulte „mental health-care provider“ (PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen) mit Wissen um die medizinischen Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten der Infertilität, die auch mit gesetzlichen Regelungen und ethischen Aspekten vertraut sind. Sie sind in den internationalen als auch in den nationalen Gesellschaften der Reproduktionsmediziner mit speziellen Interessensgruppen vertreten, bieten Aus- und Weiterbildungen sowohl als eigenständige Veranstaltungen (z. B. ESHRE Basic training course for infertility counselling: from theory to practice, 29.-30. Oktober 2016 in Wien) als auch eingebettet in die medizinischen Tagungen.

International sind PsychologInnen oder psychosoziale BeraterInnen häufig Teammitglieder (Smeenk, 2016) und ein psychologisches Erstgespräch ist selbstverständlicher Teil der Behandlung. Anhand (semi-)strukturierter Interviews werden Risikofaktoren und psychische Belastungen erfragt und gezielte Behandlungen angeboten. Auch Psychoedukation sowie psychologische Beratung vor einer geplanten Fremdgameten-spende ist vorgesehen.

In Deutschland sorgt das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID – bkid.de) dafür, dass psychosoziale Beratung rund um Kinderwunschbehandlungen immer selbstverständlicher wird. Mit ihren Qualifizierungs- und Weiterbildungsangeboten wurde in den letzten 20 Jahren ein Pool an ExpertInnen geschaffen, auf den sowohl Fertilitätskliniken als auch Betroffene zurückgreifen können. Mittlerweile werden ExpertInnen des Netzwerks bei Gesetzesänderungen miteinbezogen, so erfahren psychosoziale Aspekte der Unfruchtbarkeit auch auf der Ebene der Gesetzgebung Berücksichtigung (mündliche Information von P. Thorn, BKID).

In Österreich existieren derzeit keine Standards für die psychologische Beratung bei Unfruchtbarkeit. Laut gesetzlicher Regelung sind alle Berufsgruppen, die eine psychologische Beratung anbieten dürfen, berechtigt, das auch im Rahmen von Kinderwunschbehandlungen zu tun. Das sind klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen, die in die Liste des Bundesministeriums als solche eingetragen sind sowie Lebens- und SozialberaterInnen. PsychotherapeutInnen, die ebenfalls auf der Liste des Gesundheitsministeriums stehen, können psychotherapeutische Behandlung bei Unfruchtbarkeit anbieten. Eine weitere Eingrenzung bzw. inhaltliche Anforderungen an diese Beratungen und Behandlungen existieren derzeit nicht.

Im Berufsverband Österreichischer PsychologInnen wurde Anfang 2017 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, um die vorhandene psychologische Expertise zu bündeln, qualitativ hochwertige Beratungs- und Weiterbildungsangebote zu schaffen und den psychosozialen Bedürfnissen der betroffenen Paare und den zu zeugenden Kindern Raum und Aufmerksamkeit zu verschaffen.



## Literatur

- ARLAMOVSKY, M. (2016). Future Baby. Geyrhalter Film. <http://www.futurebaby.at> [08.10.2017].
- ARLAMOVSKY, M. (2017). Father Mother Donor Child. Geyrhalter Film. <https://vimeo.com/ondemand/fathermotherdonorchild> [08.10.2017].
- AUHAGEN-STEPHANOS, U. (2010). Technisch erzeugte Kinder – arme Kinder? In Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 146, 41. Jg., 2/2010, 155-172.
- AUHAGEN-STEPHANOS, U. (2015). Mütter auf dem Weg der künstlichen Befruchtung: „Woher willst Du wissen, was Gottes Wille ist?“ In Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Heft 165, 46. Jg., 1/2015, 87-105.
- AUHAGEN-STEPHANOS, U. (2017). Der Mutter-Embryo-Dialog. Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit im Spiegel der Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- BERGER, M. (1997). Zur frühen Entwicklung von Kindern und Eltern nach erfolgreicher In-vitro-Fertilisation. In Kinderanalyse, 1997/2, 153-181.
- BERGER, M. (2010). Zur Entwicklung von Elternschaft und ihren sogenannten Retortenkindern im familiären Kontext. In J. Hardt et al. Sehnsucht Familie in der Postmoderne: Eltern und Kinder in Therapie heute. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 125-146.
- BERNARD, A. (2014). Kinder machen. Samenspende, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Frankfurt am Main: Fischer.
- BINDER-KLINSING, G. (2014). Kinderkriegen heute: Von der Virtualität zur Machbarkeit? In P. Wahl, U. Lehmkuhl (Hrsg.), Seelische Wirklichkeiten in virtuellen Welten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 151-180.
- BREUNLICH, B. (2017). Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaft. Medizinische, psychologische, ethische und rechtliche Aspekte. Neue Juristische Monografien Band 75. DBV Verlag.
- EHRENSAFT, D. (2008). When baby makes three or four or more: Attachment, individuation, and identity in assisted-conception families. In Psychoanalytic Study of the Child, 2008, Vol. 63, 3-23.
- EHRENSAFT, D. (2014). Family complexes and oedipal circles: Mothers, fathers, babies, donors, and surrogates. In M. Mann (Ed.), Psychoanalytic Aspects of Assisted Reproductive Technology. London: Karnac, 19-43.
- EHRENSAFT, D. (2016). Baby making: It takes an egg and sperm and a rainbow of genders. In Gentile, Katie (Ed.): The Business of Being Made. The temporalities of reproductive technologies, in psychoanalysis and cultures. Abington: Routledge, 113-134.
- ESHRE European Society for Human Reproduction and Endocrinology, ART fact sheet. Update October 2016.
- FIEL, J. & KEMETER, P. (2013). Katamnestic Untersuchung von Paaren mit Kindern nach In-vitro-Fertilisation oder Samenspende. Jahrbuch der medizinischen Psychologie 5. Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin. Springer Verlag, S. 111-126.
- FORTPFLANZUNGSMEDIZINGESETZ (FMedG). Gesamte Rechtsvorschrift für Fortpflanzungsmedizinengesetz <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046>.
- GAMEIRO, S., BOIVIN, J., DANCET, E., DE KLERK, C., EMERY, M., LEWIS-JONES, C., THORN, P., VAN DEN BROECK, U., VENETIS, C., VERHAAG, C. M., WISCHMANN, T. & VERMEULEN, N. ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff.
- GNOTH, C., FRANK-HERRMANN, P., FREUNDL, G., FRIOL, K., GODEHARDT & E., TIGGES, J. J. (2004). Definition und Prävalenz von Subfertilität und Infertilität. Reproduktionsmed. Endokrinol; 1 (4), 272-278.
- HAMMER BURNS, L. & COVINGTON, S. N. (2006). Psychology and infertility. In infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians. Cambridge University Press S. 1-19.
- IVF-FONDS-GESETZ: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10005158>.
- IVF-REGISTER JAHRESBERICHT 2016. [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/5/5/CH1094/CMS1340806672582/jahresbericht\\_ivf-fonds\\_2016.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/5/5/CH1094/CMS1340806672582/jahresbericht_ivf-fonds_2016.pdf).
- JAHRESBERICHTE DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE WIEN. <https://frauenheilkunde.meduniwien.ac.at/geburtshilfe/allgemeine-informationen/news/jahresberichte/>.
- ROBERT, J. (2003). Lust ohne Last: Geschichte der Empfängnisverhütung von der Antike bis zur Gegenwart. München: C. H. Beck.
- KAINER, F. & HUSSLEIN, P. (2010). Erkrankungen und Risikofaktoren in der Schwangerschaft. In Schneider, Husslein, Schneider: Die Geburtshilfe. 4. Auflage. Springer Verlag, S. 275-305.
- KEMETER, P. & FIEGL, J. (1999). Das psychosomatisch orientierte Gespräch im Rahmen der Sterilitätsbehandlung – eine Quantifizierung der Gesprächsschwerpunkte und der therapeutischen Strategien. Journal für Fertilität und Reproduktion, 9 (1) (Ausgabe für Österreich), 23-31.
- KLEINSCHMIDT, D., THORN, P. & WISCHMANN, T. (Hrsg.), (2008). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer Verlag.
- KRAMPL-BETTELHEIM, E. (2010). Mehrlinge. In Schneider, Husslein, Schneider: Die Geburtshilfe. 4. Auflage. Springer Verlag, S. 925-937.
- LEBERSORGER, K. J. (2015). Kinder zwischen Sehnsucht, Scham und Schweigen – Auswirkungen von Idealvorstellungen, Selbstzweifel und Familiengeheimnissen auf die psychische Entwicklung von Kindern nach medizinisch assistierter Reproduktion. Der Gynäkologe, Wien: Prometheus Verlag, 2015; 2: 10-13.
- LEBERSORGER, K. J. (2016). Wunsch Kinder – Fördernde und hemmende Einflüsse medizinisch assistierter Reproduktion auf die Persönlichkeits- und Beziehungsentwicklung. Springer, Neuropsychiatrie (2016) 30:33-41, doi: 10.1007/s40211-016-0171-4.
- LEBERSORGER, K. J. (2017). Aus vielen mach drei! In Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin. Imago Hominis, Band 24, Heft 1, 35-43.
- LEITHNER-DZIUBAS, K. (2015). Zwischen Kinderwunsch und Seelenheil. Vortrag im Rahmen des wissenschaftlichen Seminars an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, MedUni Wien.
- LISTEN DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSMINISTERIUMS. <http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at>, <http://gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at>. (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at>).
- METZGER, H.-G. (2017). Künstliche Befruchtungen, neue Sexualitäten und die Bedeutung der heterosexuellen Urszene. In H. G. Metzger, F. Dammasch (Hrsg.), Männlichkeit, Sexualität, Aggression. Zur Psychoanalyse männlicher Identität und Vaterschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag, 261-276.
- ÖSTERREICHISCHE IVF-GESELLSCHAFT. <http://www.ivf-gesellschaft.at/index.php?id=101>.
- OELSNER, W., LEHMKUHL, G. (2016). Spenderkinder. Künstliche Befruchtung, Samenspende, Leihmutterchaft und die Folgen. Munderfing: fischer & gann.
- PINBORG, A., HENNINGSEN, A. K., MALCHAU, S. S. & LOFT, A. (2013). Congenital anomalies after assisted reproductive technology. Fertil Steril. 99(2):327-32.

- SILVERBERG, C. (2014). Wie entsteht ein Baby? Ein Buch für jede Art von Familie und jede Art von Kind. Mabuse-Verlag.
- SMEENK, J. (2016). Medically assisted reproduction: What do counselors need to know? ESHRE basic course on Infertility Counselling 29-30. Vienna.
- SPRINGER-KREMSENER, M. (2001). Das Leiden an der Unfruchtbarkeit. In M. Springer-Kremser, M. Ringler, A. Eder (Hrsg.), Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus. Wien: Springer, 2001, 123-131.
- STATISTIK AUSTRIA: [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/022903.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/022903.html).
- STEINBERG, Z. & KRAEMER, S. (2016). The shadow side of ART. In K. Gentile (Ed.), The business of being made. The temporalities of reproductive technologies, in psychoanalysis and cultures. Abington: Routledge, 135 – 163.
- STORGAARD, M., LOFT, A., BERGH, C., WENNERHOLM, U. B., SÖDERSTRÖM-ANTTILA, V., ROMUNDSTAD, L. B., AITOMAKI, K., OLDE-REID, N., FORMAN, J. & PINBORG, A. (2017). Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: A systematic review and meta-analysis. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 124, Issue 4, pages 561-572.
- THORN, P. (2006). Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben. Unter Mitarbeit von Tiziana Rinaldi. 1. Aufl. Mörfelden: FamART-Verl.
- THORN, P. & RINALDI, T. (2009). Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für lesbische Familien mit Wunschkindern durch Samenspende. 1. Aufl. Mörfelden: FamART-Verl.
- THORN, P. & RINALDI, T. (2011). Woher manche Babys kommen. Ein Erklärungs- und Aufklärungsbuch für Kinder, die mit medizinischer Unterstützung gezeugt wurden. 1. Aufl. Mörfelden: FamART.
- TORDY, K. & RIEGLER, J. (2014). Psychologische Aspekte der Eizellenspende. In Der Gynäkologe 4/2014, Berlin: Springer, 251-257.
- UN-KINDERRECHTSKONVENTION: [https://www.kinderrechtskonvention.info/schutz-der-identitaet-des-kindes-3473/\[08.10.2017\]](https://www.kinderrechtskonvention.info/schutz-der-identitaet-des-kindes-3473/[08.10.2017]).
- INFORMATIONSBROSCHÜRE DER STADT WIEN. „Wenn das Wunschkind auf sich warten lässt“, <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/kinderwunsch.pdf>.
- WISCHMANN, T. (2003). Psychogene Fertilitätsstörungen. Mythen und Fakten. Zeitschrift: Gynäkologische Endokrinologie 4/2003.
- WISCHMANN, T. (2008). Psychosoziale Entwicklung von IVF-Kindern und ihren Eltern. In Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2008; 5 (6), 329-334.
- WILLIAM, R. & KEYE, JR. (2006). Medical Aspects of Infertility for the Counselor. In Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. Cambridge University Press 2006; 20-36.

## Autorinnen

### Mag. Anita Weichberger

ist Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin.

Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
anita.weichberger@akhwien.at



### Dr. Karin J. Lebersorger

ist Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin.

Institut für Erziehungshilfe  
Schlosshoferstraße 4/7  
A-1210 Wien  
karin.lebersorger@chello.at

