



- 2 Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin
- 2.2 Fortpflanzungsmedizin
- 2.2.3 Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie  
(DGPGG)

## Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen

AWMF 016/003 (S1)

### 1. Definition und Eingrenzung

Die nachfolgenden Leitlinien beziehen sich auf die psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit (Syn.: Sterilität/Infertilität). Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Entstehung, Verlauf, Diagnostik und Therapie biologische, psychologische und soziale Faktoren eine große Rolle spielen.

#### 1.1 ICD-10

- Sterilität der Frau (N97)
- Sterilität beim Mann (N46)

#### 1.2 Häufigkeit

Schätzungsweise 6–9% aller Paare in Mitteleuropa sind ungewollt kinderlos und wünschen eine Behandlung. Ca. 3% bleiben dauerhaft ungewollt kinderlos. Mindestens 30% aller Frauen mit schließlich erfülltem Kinderwunsch erleben eine mindestens 12-monatige Episode der Unfruchtbarkeit.

### 2. Diagnostik

#### 2.1 Somatische Diagnostik

##### *2.1.1 Diagnostik bei der Frau*

##### a) Endokrinologische Diagnostik

- Zur Erfassung endokrinologischer Störungen erfolgt die Erstellung eines Hormonstatus in der ersten Zyklushälfte (3.–8. Zyklustag). Dieser umfasst: E<sub>2</sub>, LH, FSH, Prolaktin, DHEAS, Testosteron, TSH, evtl. T3/T4.

Zur Überwachung des zyklusgerechten Verlaufs der Hormone kann ein Zyklusmonitoring durchgeführt werden.

- Überprüfung der Corpus-luteum-Funktion in der 2. Zyklushälfte (Progesteron, E<sub>2</sub>) etwa 5–8 Tage postovulatorisch.

#### b) Uterus/Ovar

Zur Beurteilung der Lage, Form und Struktur des inneren Genitales erfolgt eine vaginalsonographische Diagnostik. Bei der abdominalsonographischen Diagnostik zeigt sich nur eine begrenzte Beurteilbarkeit der Organe, sie hat aber ihre Berechtigung in Ausnahmefällen.

Uterus: Nachweis bzw. Ausschluss von Myomen, Beurteilung der Lage des Uterus, Form des Uterus (z.B. Miss- und Doppelbildungen), Struktur und Dicke des Endometriums, Ausschluss von Polypen.

Ovarien: Nachweis beider Ovarien, Strukturveränderungen (z.B. PCO, Zysten).

#### c) Infektiologische Diagnostik

In der Basisdiagnostik erfolgt eine Blutabnahme zum Ausschluss folgender Infektionen: Röteln, Varizellen, Toxoplasmose, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV. Bei der vaginalen Untersuchung erfolgt ein Zervixabstrich zur Nativmikroskopie und zum Chlamydienscreening.

#### d) Abklärung des Tubenfaktors

Zur Abklärung des Tubenfaktors gibt es folgende Möglichkeiten:

1. diagnostische Laparoskopie mit Chromoperleabation,
2. Hysterosalpingo-Kontrastsonographie,
3. Röntgen-Hysterosalpingographie.

Die Hysterosalpingographie tritt aufgrund der Strahlenbelastung gegenüber der Hystero-Kontrastsonographie als diagnostische Methode in den Hintergrund. Goldstandard zur Abklärung des Tubenfaktors ist die Laparoskopie, da sich hierbei auch entzündliche Veränderungen, Verwachsungen und die Beschaffenheit der Ovarien darstellen lassen und therapeutisch angegangen werden können; meist auch mit Hysteroskopie.

#### e) Ausschluss von Störungen des Allgemeinzustandes

Es erfolgt eine gründliche Anamnese, des Weiteren eine Blutentnahme mit Bestimmung des Blutbilds und der klinischen Chemie zur Erfassung von Leber- und Nierenfunktionsstörungen sowie hämatologischen Erkrankungen.

### 2.1.2 Diagnostik beim Mann

Es erfolgt eine Ejakulatuntersuchung mit Bestimmung der Menge, Viskosität, pH-Wert, Spermienzahl, Motilität, Vitalität und Morphologie, ergänzt ggf. durch infektiologische und hormonelle Analytik. Generell ist eine umfassende andrologisch-klinische Untersuchung mit Untersuchung des Genitales (Hoden,

akzessorische Geschlechtsdrüsen) anzuraten, die zumindest bei pathologischem Spermogramm zu erfolgen hat. Die klinische Untersuchung sollte vom spezialisierten Arzt durchgeführt werden (Andrologie, Urologie).

### 2.1.3 Überweisung

Die Überweisung an Spezialisten der Reproduktionsmedizin in Klinik und Praxis sollte bei längerer Dauer des Kinderwunsches (> 2 Jahre), bei eindeutigen schweren Sterilitätsfaktoren bzw. Alter der Frau > 35 Jahre sofort erfolgen (siehe 2.2).

## 2.2 Psychosomatische Diagnostik

### 2.2.1 Hintergrund der Diagnostik

#### 2.2.1.1 Psychologische Merkmale ungewollt kinderloser Personen

Bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch erscheint der Anteil psychopathologisch auffälliger Personen nicht höher als in der Allgemeinbevölkerung. Während bei ungewollt kinderlosen Männern keine nennenswerten Auffälligkeiten festgestellt wurden, ergaben sich als durchgängige Befunde bei den ungewollt kinderlosen Frauen eine erhöhte Depressivität, ein leicht erhöhte Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden. Dieser Befund kann als Folge der Diagnosestellung und reproduktionsmedizinischer Therapie interpretiert werden, da die Ausprägung der Symptome zunächst mit der Dauer der Kinderwunschbehandlung zunimmt.

#### 2.2.1.2 Partnerbeziehung und Partnerschaftsqualität

Es gibt keine Hinweise auf eine durchschnittlich größere partnerschaftsbezogene Unzufriedenheit sowie spezifische Beziehungsmuster bei ungewollt kinderlosen Paaren. Paardiagnostische Untersuchungen mit dem Gießen-Test bestätigen die durchschnittlich höhere Depressivität der Frauen im Kontrast zur Darstellung der Männer. Mit längerer Behandlungsdauer stellen sich ungewollt kinderlose Frauen mit ihrer Ehe und Partnerschaft durchschnittlich zufriedener dar. Bisherige Erhebungen zur sexuellen Zufriedenheit sind aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten nicht eindeutig interpretierbar (z.B. aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse von Interviews und Fragebögen). Bei einem Großteil der Paare ist die Sexualität im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung zumindest temporär beeinträchtigt (insbesondere bei Geschlechtsverkehr nach Terminplan und während einer IVF- bzw. ICSI-Behandlung).

#### 2.2.1.3 Paare mit idiopathischer Sterilität

Es gibt keinerlei gesicherte psychologisch relevante Unterschiede zwischen idiopathisch sterilen und organisch sterilen Paaren.

### 2.2.2 Behandlungsverlauf

Bisherige Untersuchungen fokussierten vor allem die psychischen Belastungen im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlungen. Dabei werden in erster Linie die Wartezeiten auf das Behandlungsergebnis als sehr belastend bewertet. Viele

Paare beschreiben auch Probleme am Arbeitsplatz durch das Geheimhalten der Fertilitätsstörung und der Behandlung sowie aufgrund häufiger behandlungsbedingter Fehlzeiten. Auftretende sexuelle Probleme im Behandlungsverlauf werden häufig als belastend eingeschätzt, z.B. wenn die Sexualität mit Leistungsdruck verbunden wird. Die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung steigt auch mit der Kinderwunschdauer und einer hohen Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch an.

In der Literatur finden sich Forschungsergebnisse, die auf die Bedeutung von Ängstlichkeit und Depressivität im Zusammenhang mit der Realisierung des Kinderwunsches hinweisen, wiewohl die Datenlage nicht eindeutig ist. Die Bedeutung der Partnerschaft für den möglichen Erfolg der Behandlung kann nicht abschließend bewertet werden, gibt es doch bis heute sehr wenige Studien, die diesem Aspekt Rechnung tragen. Das Alter der Frauen spielt in Bezug auf die Erlangung der Schwangerschaft eine wesentliche Rolle. Dieser Faktor ist gerade deshalb bedeutsam, da bei einem Großteil der Frauen, die sich in Kinderwunschbehandlung befinden, die Fruchtbarkeit altersbedingt bereits abnimmt.

### 2.2.3 Bewältigung

#### 2.2.3.1 Behandlungen ohne Schwangerschaft

Bisherige Studien zur Bewältigung eines erfolglosen Behandlungsverlaufs kommen zu der Ansicht, dass der überwiegende Teil betroffener Paare die Enttäuschung gut verarbeiten kann. Doch gibt es auch Hinweise auf eine Risikogruppe besonders belasteter Paare: Deren Stimmungen waren auch noch lange nach einer erfolglosen Behandlung von Depressivität geprägt und besonders für Frauen führte die nicht eingetretene Schwangerschaft zu Einschränkungen in der Lebensqualität. Im Hinblick auf protektive Faktoren hat sich gezeigt, dass gerade Frauen besser mit der Enttäuschung über den unerfüllt gebliebenen Kinderwunsch umgehen können, wenn sie die Erfolgswahrscheinlichkeit realistisch einschätzen und bereits während des Behandlungsprozesses emotionale Unterstützung bekommen bzw. annehmen können.

Nur wenige Studien beschäftigen sich bisher mit den langfristigen Folgen von Kinderlosigkeit. Diese Studien kommen zu dem Ergebnis, dass sich infertile Paare im Hinblick auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand nicht wesentlich von Paaren mit Kindern unterscheiden. Nach den Studienergebnissen haben manche kinderlose Frauen und Männer allerdings weniger umfassende soziale Netze. Sie erleben aber nicht unbedingt eine größere Einsamkeit oder vermehrte Beeinträchtigungen in der Lebenszufriedenheit aufgrund einer geringeren sozialen Unterstützung.

#### 1.2.3.2 Behandlungen mit Schwangerschaft/Geburt

In der überwiegenden Zahl der Studien finden sich keine schwerwiegenden Auffälligkeiten in der körperlichen, geistigen oder psychischen Entwicklung von Einlingskindern nach assistierter Reproduktion. Auch die Paarbeziehungen und die Eltern-Kind-Beziehungen in diesen Familien unterscheiden sich nur geringfügig oder nur vorübergehend von denen in Familien ohne reproduktionsmedizinische

Behandlung. Im Verlauf der Schwangerschaft kann aber die Ängstlichkeit erhöht sein, die Abortrate nach assistierter Reproduktion ist erhöht, gelegentlich ist ein überprotektives Verhalten der Ärzte zu verzeichnen, woraus ein häufigerer Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft und eine erhöhte Sectiorate folgen.

Familien nach assistierter Reproduktion sind Familien nach spontaner Schwangerschaft erheblich ähnlicher als aufgrund einzelner Studien zu erwarten wäre. Deutliche Probleme bestehen bei höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften/-geburten, da davon betroffene Eltern und ihre Kinder erhebliche gesundheitliche, soziale und familiäre Belastungen zu bewältigen haben. Im Falle eines Fetozids (dessen psychologische Auswirkungen bislang nicht hinreichend untersucht sind) soll über mögliche kurzfristige und langfristige Folgen ausführlich beraten werden.

#### 2.2.4 Diagnostische Maßnahmen

##### 2.2.4.1 Notwendige Diagnostik

- Erstgespräch mit dem Paar entsprechend den Richtlinien der psychosomatischen Grundversorgung durch einen entsprechend weitergebildeten Arzt mit dem Gesprächsfokus auf dem Erleben der Fertilitätsstörung, deren Auswirkungen auf die Partnerschaft und Sexualität sowie dem Umgang des Paares mit dem Thema innerhalb und außerhalb der Partnerschaft (vgl. „Schlüsselfragen“ im Anhang).
- Zentrale Variablen zur Indikation einer weitergehenden psychosozialen Beratung und psychotherapeutischen Behandlung sind neben manifesten psychischen Störungen die aktuelle Belastung v. a. der Frau (Depressivität, Ängstlichkeit und körperliche Beschwerden und Erschöpfung), die Dauer des Kinderwunsches bzw. der medizinischen Behandlung (da die psychische Belastung im Durchschnitt eher zunimmt) sowie die Stärke des Kinderwunsches (liegt eine übermäßige Fixierung des Paares auf die Realisierung des Kinderwunsches vor, d.h. sind mögliche andere Lebensziele aus dem Blickfeld geraten?).
- Eine sorgfältige Sexualanamnese des Paares ist unerlässlich. Dazu gehört auch die Exploration des aktuellen Sexualverhaltens und des vorhandenen Wissens über biologische Vorgänge, die eine Konzeption ermöglichen. Möglicherweise vorhandene Schamprobleme sollten dabei berücksichtigt werden. Sexualberatung/Sexualtherapie können in diesem Zusammenhang indiziert sein.
- Fehlgeburten, Totgeburten sowie Schwangerschaftsabbrüche, Sterilisation und deren psychische Verarbeitung (z.B. Schuldthematik) sollten erfragt werden.
- Bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (homologe und heterologe Insemination, IVF, ICSI, MESA, TESE) sollten damit verbundene Ängste (z.B. Herkunft und Motive der Samenspender, „vertauschte“ Embryonen usw.) aktiv und gezielt exploriert werden.

- Im Vorfeld der Maßnahmen der Reproduktionsmedizin muss bei Paaren mit gesetzlicher Versicherung nach § 27a SGB V eine behandlungsunabhängige ärztliche Beratung zu medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten erfolgen.

#### 2.2.4.2 In Einzelfall nützliche Diagnostik

Bei organischer Sterilität (z.B. bei Endometriose) sollte gegebenenfalls eine ausführliche Schmerzdiagnostik vorgenommen werden.

#### 2.2.4.3 Hinweise zur Durchführung der Diagnostik

- Erstgespräch und Abschlussgespräch sollten immer mit dem Paar geführt werden.
- Der Kinderwunsch an sich sollte akzeptiert werden. Spezieller Exploration bedarf der psychische Druck, unter den sich das Paar setzt, den Kinderwunsch baldmöglichst zu realisieren.
- Psychosoziale Beratung und Psychotherapie sollten grundsätzlich jedem Paar angeboten werden und zu jedem Zeitpunkt der medizinischen Diagnostik/Therapie bei Bedarf in Anspruch genommen werden können. Für vulnerable (psychisch vorbelastete) bzw. akut besonders belastete Paare sind sie als notwendig anzusehen. Diese Risikogruppe umfasst ca. 15–20% aller Frauen und Männer.
- Bei psychischen Veränderungen im Rahmen einer Hormonbehandlung sollte auf die Möglichkeit von Medikamentennebenwirkungen geachtet werden.
- Von überwiegend psychogener Fertilitätsstörung kann nur dann gesprochen werden, wenn ein Paar trotz Kinderwunsches und Aufklärung durch den Arzt weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert (z.B. Essstörung, Hochleistungssport, Medikamenten- bzw. Genussmittelmisbrauch, extremer Stress) bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt (kein GV an den fruchtbaren Tagen, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). Psychogene Faktoren liegen auch dann vor, wenn ein Paar eine medizinisch indizierte Infertilitätstherapie bewusst bejaht, aber nicht beginnt. Bei psychogener/psychisch mitbedingter Fertilitätsstörung sollte ein Psychotherapeut hinzugezogen werden (gegebenenfalls Überweisung in Paartherapie/Sexualtherapie/Einzel- oder Gruppenpsychotherapie).
- Bei idiopathischer Sterilität (nicht gleichzusetzen mit psychogener Fertilitätsstörung) sollte entlastend beraten werden. Hier ist gezielt in Richtung Selbstvorwürfe, Schuldzuschreibungen, Depression zu explorieren.
- Infragestellung einer invasiveren reproduktionsmedizinischen Behandlung bei eindeutig psychogener Fertilitätsstörung und beim Vorliegen von Psychosen oder schweren psychischen Störungen, welche die Betreuung des Kindes behindern können. Zur differentialdiagnostischen Abklärung Hinzuziehung eines Spezialisten.
- Über die Erfolgschancen der Behandlung, die Risiken von Mehrlingsgeburten und über mögliche Risiken von kindlichen Fehlbildungen bei der Anwendung assistierter Reproduktion (insbesondere ICSI) sollte umfassend aufgeklärt werden.

- Zur Prävention langfristiger negativer psychischer Folgen sollte bei erfolgloser Behandlung (Fehlgeburt, keine Schwangerschaft) zur Klärung der Notwendigkeit einer weiteren Betreuung ein ausführliches Abschlussgespräch mit dem Paar vereinbart werden.

#### 2.2.4.4 Entbehrliche Diagnostik

- Persönlichkeitstests bzw. psychiatrische Fragebögen als Screening-Verfahren.
- Die vorrangige und ausschließliche Suche nach unbewussten Konflikten als ursächlich für eine idiopathische Sterilität ist wissenschaftlich nicht haltbar. Sie kann zu Stigmatisierung führen und dadurch die Etablierung einer vertrauensvollen Arzt-Paar-Beziehung beeinträchtigen.

### 3. Therapie

#### 3.1 Grundzüge der somatischen Therapie

##### 3.1.1 Endokrinologie

###### a) Hyperprolaktinämie

Nach Ausschluss von Erkrankungen, die zu Hyperprolaktinämie führen (z.B. neurologische, psychiatrische Störungen, Hypothalamus-Hypophysen-Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Tumoren) und Ausschluss Prolaktin-freisetzender Medikamente (z.B. Antihistaminika, Neuroleptika, Antidepressiva) erfolgt die Therapie mit Prolaktin-Inhibitoren. Geht erfolgt eine radiologische Sella-Diagnostik zum Ausschluss eines Makroprolaktinoms.

###### b) Hyperandrogenämie

Zunächst Differenzierung der Hyperandrogenämie, z.B. adrenale Enzymdefekte, exogene Androgen-Verarbeitung, hormonsezernierende Tumoren. Als Therapie eignen sich:

- Glukokortikoide (Wirkung durch adrenale Androgen-Blockade),
- Spironolacton (komplexer Wirkmechanismus).

###### c) Schilddrüsenfunktionsstörungen

Hypothyreose: Es erfolgt eine Substitution mit L-Thyroxin und Gabe von 50–100 µg Jodid/die.

Hyperthyreose: Gabe von Thyreostatika wie z.B. Carbimazol, Thiouracil.

###### d) Primäre Störungen der Ovarialfunktion

Hierbei zeigen sich niedrige Östrogen-Spiegel und erhöhte FSH-Werte. Differentialdiagnostisch sind zu unterscheiden: chromosomale Anomalien, Klimakterium praecox, Menopause, exogene Ursachen wie z.B. Z.n.

Chemotherapie oder Radiatio, Autoimmunerkrankungen und Gonadendysgenese. Eine Sterilitätstherapie ist in den meisten Fällen nicht möglich (außer Eizell-Spende). Es sollte dann eine E<sub>2</sub>-Substitution erfolgen.

### 3.1.2 Infektiologische Therapie

Die infektiologische Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung (Näheres siehe: Deutsche Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, AG für Infektion und Infektionsimmunologie: Empfehlungen zu Infektionsrisiken bei Verfahren der assistierten Reproduktion, Frauenarzt 2002; 43: 87–94).

### 3.1.3 Stimulationsstherapie

Eine Stimulation des Zyklus erfolgt bei leichten Formen der weiblichen oder männlichen Subfertilität mit GV zum Konzeptionsoptimum bzw. Inseminationsbehandlung.

- a) Behandlung mit Antiöstrogenen (z.B. Clomifen) mit einer Dosierung von 50–100 mg CC/Tag über 5–7 Tage pro Zyklus unter Ultraschall-Monitoring und ergänzt durch Hormonbestimmungen ca. 4–6 Zyklen.
- b) Behandlung mit Gonadotropinen (HMG, FSH, r-FSH) bei Therapieversagern unter Behandlung mit Antiöstrogenen, bei hypogonadotropem Hypogonadismus und zur kontrollierten Polyovulation bei männlicher Subfertilität. Es erfolgen engmaschige vaginalsonographische Untersuchungen zur Beurteilung der Follikelreifung und E<sub>2</sub>/LH/Progesteron-Bestimmungen. Ovulationsinduktion durch HCG-Gabe, ggf. Unterstützung der Lutealphase durch HCG oder Progesteron. CAVE: Überstimulation und Mehrlinge.
- c) Bei hypothalamischem Hypogonadismus: Pulsative GnRH-Behandlung (Pumpe) oder hMG/FSH/recFSH-Stimulation.

### 3.1.4 Operative Therapie

#### a) Z.n. Sterilisation

Nach Sterilisation oder partieller Salpingektomie bei Tubargravidität, bei Tubenverschlüssen entzündlicher oder endometriotischer Genese kommen Refertilisierungsoperationen per Laparoskopie oder mikrochirurgisch (tubotubare Anastomose) infrage. Falls dies nicht möglich ist oder bei erhöhtem Alter der Patientin, kommt primär IVF infrage.

#### b) Postentzündlicher Tubenschaden

Adhäsiolyse, Salpingostomie/Salpingoneostomie per Laparoskopie oder Mikrochirurgie/Laparotomie.

#### c) Uterus myomatosus



Je nach Größe und Lage der Myome erfolgt eine Myomenukleation per laparoskopiam oder per laparotomiam, falls diese Myome eine fertilitätsmindernde Bedeutung haben.

#### d) Uterusanomalien

Insbesondere bei Doppelmissbildungen muss eingeschätzt werden, ob diese eine fertilitätsmindernde Bedeutung haben. Ggf. kann operativ saniert werden.

#### 3.1.5 Internistische Therapie von Allgemeinerkrankungen

Allgemeinerkrankungen werden unabhängig von der Sterilitätstherapie behandelt (z.B. Diabetes mellitus, Adipositas).

#### 3.1.6 IVF

Indikationen zur IVF sind gegeben bei tubarer Insuffizienz, männlichen Fertilitätsstörungen, immunologischer, idiopathischer Infertilität und ebenso bei Endometriose (siehe Bundesärztekammer: Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Deutsches Ärzteblatt 1998; 95 (49): B 2454–B 2459).

Es gibt verschiedene Stimulationsprotokolle. Ein häufig angewandtes Protokoll ist das der Downregulation durch ein GnRH-Analogon und daraufhin die kontrollierte ovarielle Stimulation mit Gonadotropinen. Alternativ dazu gibt es die Gonadotropinstimulation mit gleichzeitiger Gabe eines GnRH-Antagonisten. Es folgt die vaginale Follikelpunktion, dann die In-vitro-Fertilisation mit nachfolgendem Embryotransfer.

#### 3.1.7 ICSI

Indikationen zur intrazytoplasmatischen Spermieninjektion sind gegeben bei schweren männlichen Fertilitätsstörungen, die mit anderen Therapien nicht behandelbar sind, und bei fehlender Fertilisation bei konventioneller IVF. Die dazu benötigten Spermien können aus dem Ejakulat, aus dem Nebenhoden (MESA) oder aus dem Hoden (TESE) gewonnen werden (siehe Bundesärztekammer: Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Deutsches Ärzteblatt 1998; 95 (49): B 2454–B 2459).

#### 3.1.8 Heterologe Insemination

Bei Azoospermie und schweren Fertilitätsstörungen des Mannes bei gleichzeitigem unauffälligem innerem Genitale der Frau kann die heterologe Insemination angeboten werden. In der Beratung ist auf die rechtlichen Aspekte (keine juristische Regelung in Deutschland), auf die Aufspaltung zwischen genetischem und sozialem Vater und auf die Frage, ob und wann die Herkunft dem Kind mitgeteilt wird, Wert zu legen.

#### 3.1.9 Endometriose

Die Therapie bei Endometriose als Sterilitätsursache richtet sich nach dem Schweregrad der Endometriose. Dieser wird per laparoscopiam bestimmt. Bei der Laparoskopie werden alle sichtbaren Endometrioseherde entfernt. Bei schwerer Endometriose kann eine operative Sanierung von Ovarialendometriose, Blasen- und Darmendometriose notwendig werden. Bei leichter Endometriose und Tubendurchgängigkeit erfolgt eine Stimulationstherapie mit oder ohne Insemination. Bei schwerer Endometriose mit tubarer Insuffizienz erfolgt die IVF. Hormonale Therapien der Endometriose (Gestagene, GnRH-Analoga, Winobanin) haben wenig Effekt auf die Sterilität.

### 3.2 Aufklärung und Beratung

#### *3.2.1 Aufklärung, Information und Einwilligung*

Die Richtlinien der FAY für assistierte Reproduktion sollten in ihren Aussagen zur Aufklärung, Information und Einwilligung bei allen Verfahren der Sterilitätstherapie zur Anwendung gelangen.

#### *3.2.2 Psychosomatische Grundversorgung*

Psychosomatische Grundversorgung als ärztliche Aufgabe umfasst eine möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Abklärung des Krankheitsbildes in seinen somatischen, psychischen und psychosozialen Aspekten sowie die Therapie dieser psychogenen bzw. psychisch mitbedingten Beschwerden. Der Partner und andere enge Bezugspersonen sollen einbezogen werden.

#### *3.2.3 Indikation für Beratung und Psychotherapie*

##### *3.2.3.1 Indikation für psychosoziale Beratung und Krisenintervention*

Infertilität ist stets mit psychischen Belastungen verbunden, daher ist die psychosoziale Beratung immer ein integraler Bestandteil des Behandlungsangebotes. Neben der Beratung entsprechend der psychosomatischen Grundversorgung durch den Arzt sollte ein behandlungsunabhängiges Angebot getrennt von der ärztlichen Betreuung stattfinden. Die Beratung sollte nur durch geschultes, d. h. über die körperlichen und psychischen Aspekte der Infertilität gut informiertes Personal erfolgen.

Beratungsinhalte können die Entwicklung des Kinderwunsches in der Paarbeziehung, Motivation für den Kinderwunsch, die aktuellen Belastungen durch den unerfüllten Kinderwunsch und durch die Behandlung (in Bezug auf die Sexualität), die Partnerschaft und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte wie auch der beruflichen Situation sein. Des Weiteren soll die Entscheidungskompetenz des Paares über den weiteren Behandlungsverlauf gefördert werden („Implikationsberatung“). Ziel der Beratung ist auch die rechtzeitige Identifizierung von stark belasteten Paaren, die einer weiteren psychotherapeutischen Betreuung bedürfen.

Psychosoziale Beratungskonzepte sollten auf die spezifischen Bedürfnisse und Voraussetzungen der jeweiligen Personen ausgerichtet sein (z.B. Beratung ausländischer Paare in deren Muttersprache). Spezifische psychosoziale Beratung kann z.B. notwendig sein bei depressiven Reaktionen, Behandlungsmisserfolgen, starken Behandlungsängsten, sexuellen Störungen, Tot- und Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch bei kindlicher Fehlbildung und Feto- oder Totgeburt. Familien mit hochgradigen Mehrlingen nach reproduktionsmedizinischer Behandlung sollte eine intensivere Nachbetreuung immer angeboten werden. Eine behandlungsbegleitende psychosoziale Betreuung kann den Leidensdruck der ungewollten Kinderlosigkeit mindern bzw. eine größere Ergebnisoffenheit erreichen.

#### 3.2.3.2 Indikation für Psychotherapie

Eine Psychotherapie ist dann indiziert, wenn die Diagnostik genügend Anzeichen dafür ergibt, dass mit dem unerfüllten Kinderwunsch sehr starke psychische Belastungen wie z.B. schwere Depressionen, Ängste und Partnerschaftskonflikte verbunden sind und keine ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Unabhängig vom organischen Befund ist eine Psychotherapie/Sexualtherapie ebenfalls indiziert, wenn Hinweise auf manifeste sexuelle Störungen bestehen. Eine Erhöhung der Schwangerschaftschance kann nicht primäres Ziel der Psychotherapie sein.

#### 3.2.3.3 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren können behandlungsbegleitend für jedes Paar sinnvoll sein und sind vor allem als ergänzende Verfahren zur Stressreduktion in der Behandlung von Fertilitätsstörungen zu verstehen (E:II-3).

#### 3.2.3.4 Spezifische Psychotherapieverfahren

Die differentielle Indikation für ein spezifisches Psychotherapieverfahren oder -setting ist individuell zu stellen. Belege für die Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie (inkl. Metaanalysen) liegen vor (E:I).

#### 3.2.3.4 Medien zur Information und Aufklärung

Grundsätzlich ist zu empfehlen, Betroffenen wissenschaftlich fundiertes Informationsmaterial zu den medizinischen und zu den emotionalen Aspekten der Unfruchtbarkeit (inkl. Sexualität, Möglichkeiten und Grenzen der Medizin) zur Verfügung zu stellen. Entsprechende Broschüren und Filme zur Informationsvermittlung sind mittlerweile reichlich vorhanden (z.B. Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzgA).

### 3.3 Psychopharmakologie

Depressionen als Folge des unerfüllten Kinderwunsches sind in erster Linie psychotherapeutisch zu behandeln. Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung von

Ängsten und Depressionen ist im Einzelfall abzuklären, wobei auf hormonelle Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie zu achten ist (E:III).

### 3.4. Selbsthilfegruppen

Die Paare sollten generell über die Möglichkeit informiert werden, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen. Sie sollten außerdem über die Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen informiert werden

## **4. Anhang**

### 4.1. Schlüsselfragen

Folgende Schlüsselfragen eignen sich für das ärztliche Gespräch, um die bio-psycho-soziale Dimension der Kinderlosigkeit des Paares zu erschließen:

- Wie lange haben Sie den Wunsch nach einem Kind?
- Wie lange sind Sie in Behandlung?
- Bei wie vielen Ärzten waren Sie in Behandlung?
- Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass Ihr Kinderwunsch bisher unerfüllt geblieben ist?
- Wie sehr leiden Sie beide unter der Kinderlosigkeit?
- Wer leidet mehr am Problem der Kinderlosigkeit (Mann oder Frau)?
- 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, Dyspareunie)?
- Was hat sich in Ihrer Sexualität verändert?
- Weitere wesentliche Beschwerden (Magen-Darm, Asthma, chronische Schmerzen, Haut, Haare, seelische Belastung)?
- Psychiatrische/psychotherapeutische (Vor-)Behandlung (Lebenskrisen, Partnerschaft)?
- Welche Therapie sollte Ihrer Ansicht nach durchgeführt werden?
- Was müsste sich in Ihrem Leben ändern, 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“?

## 5. Verfahren zur Konsensbildung

Die Evidenzbewertung E:I–III für die Qualitätsbeurteilung therapeutischer Verfahren im Bereich der Psychosomatik folgt Rudolf und Eich (1999):

- E:I bedeutet Evidenz aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten kontrollierten Studie.
- E:II-1 bedeutet Evidenz aufgrund einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design.
- E:II-2 bedeutet Evidenz aufgrund von Kohortenstudien oder Fallkontrollstudien mit adäquatem Design, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschergruppen durchgeführt.
- E:II-3 bedeutet Evidenz aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Interventionen vergleichen.
- E:III bedeutet Meinungen von respektierten Experten gemäß klinischer Erfahrung, beschreibender Studien oder Berichten von Expertengremien.

Die Leitlinie entspricht der „best evidence“ nach Literatursauswertung, Erarbeitung von Quellentexten, mehrfachen Konsensuskonferenzen mit fortlaufenden Aktualisierungen und Zertifizierung durch die entsprechenden Fachgesellschaften.

### Verantwortliche Autoren:

Prof. Dr. phil. B. Strauß, Jena (Federführung)  
Dr. phil. K. Beyer, Jena  
Dr. med. C. Bindt, Hamburg  
Dr. rer. biol. hum. E. Brähler, Leipzig  
Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. H. Felder, Gießen  
L. Gacinski, Berlin  
Dr. rer. nat. D. Gagel, Berlin  
Dr. rer. nat. S. Goldschmidt, Leipzig  
Dipl.-Psych. K. Henning, Jena  
Dr. phil. Dipl.-Psych. E. Ittner, Göttingen  
Prof. Dr. med. H. Kentenich, Berlin  
Dipl.-Psych. V. Pastor, Berlin  
Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. H. Stammer, Heidelberg  
Prof. Dr. phil. Y. Stöbel-Richter, Leipzig  
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Verres, Heidelberg  
PD Dr. sc. hm. Dipl.-Psych. T. Wischmann, Heidelberg  
Dr. med. E. Yüksel, Berlin

Rückmeldungen an die Autorinnen und Autoren über E-Mail:  
bernhard.strauss@med.uni-jena.de

**Erstfassung** publiziert in FRAUENARZT 40 (1999), 750 ff.

**Überarbeitung und Aktualisierung** 2004

**Gültigkeit bestätigt** im Jahr 2008 und im Jahr 2010. Eine Neufassung ist in Vorbereitung.