

Heribert Kentenich, Elmar Brähler, Ingrid Kowalcek,
Bernhard Strauß, Petra Thorn, Anna Julka Weblus,
Tewes Wischmann, Yve Stöbel-Richter
Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik
und Therapie bei Fertilitätsstörungen

Forschung Psychosozial

Heribert Kantenich, Elmar Brähler, Ingrid Kowalcek,
Bernhard Strauß, Petra Thorn, Anna Julka Weblus,
Tewes Wischmann, Yve Stöbel-Richter

Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen

Unter Mitarbeit von Ada Borkenhagen, Matthias David,
Therese de Liz, Christina Hempowicz, Anke Matthes,
Annekathrin Sender und Kerstin Weidner

Psychosozial-Verlag

Die Veröffentlichung der Leitlinie erfolgt in Abstimmung mit den
AWMF-Fachgesellschaften Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID),
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP), Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Psychologie (DGMP), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH), Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe
und Gynäkologie (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie
und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.
(DGPT), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG),
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) sowie unter
Zustimmung der Patientenorganisation Wunschkind e. V.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2014 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 969978 - 18; Fax: 06 41 - 969978 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des
Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Hieronymus Bosch: »Garten der Lüste« (Detail)

Satz: Barbara Brendel, Leipzig

Umschlaggestaltung: Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-world.de

Druck: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany



ISBN 978-3-8379-2311-7

Inhalt

Vorwort	11
1 Einführung	15
1.1 Einleitende Bemerkungen	15
1.1.1 Definition und Eingrenzung	16
1.2 ICD-10	17
1.3 Häufigkeit/Epidemiologie	17
2 Psychosomatische Diagnostik	19
2.1 Hintergrund der Diagnostik	19
2.1.1 Psychologische Merkmale ungewollt kinderloser Frauen und Männer	21
2.1.2 Psychosoziale Belastung durch Infertilität im Erleben von Frauen und Männern	23
2.1.3 Paarbeziehung und Partnerschaftsqualität ungewollt kinderloser Paare	24
2.1.4 Paare mit idiopathischer Fertilitätsstörung	25
2.1.5 Verhaltensbedingte Fertilitätsstörungen	26
2.1.6 Stress bzw. belastende Lebensereignisse und Fertilitätsstörungen	27
2.1.7 Methodische Überlegungen	29
3 Behandlungsverlauf	31
3.1 Prognostische Kriterien für das Eintreten von Schwangerschaften bei ungewollt kinderlosen Paaren	31
3.1.1 Epidemiologische Aspekte	31
3.1.2 Statistische Prognosemodelle	32

3.1.3	Stichproben und Erhebungsinstrumente	34
3.1.4	Prädiktoren für das Eintreten einer Schwangerschaft	35
3.1.4.1	Medizinische Prädiktoren	35
3.1.4.2	Psychologische Prädiktoren	36
3.1.5	Partnerschaftliche Aspekte	39
3.2	Psychosoziale Faktoren im weiteren Verlauf nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung	41
3.2.1	Medizinische Risikobelastung während Schwangerschaft und Geburt für Mütter und Kinder	41
3.2.1.1	Kongenitale Anomalien	43
3.2.1.2	Epigenetische Defekte	44
3.2.2	Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	45
3.2.3	Paarbeziehung	48
3.2.4	Eltern-Kind-Beziehung	49
3.2.5	Kindliche Entwicklung	52
3.2.6	Einlinge versus Mehrlinge	54
3.2.6.1	Körperliche und psychische Auffälligkeiten der Kinder	55
3.2.6.2	Psychische Entwicklung der Eltern von Mehrlingen	56
3.2.6.3	Strategien zur Vermeidung von Mehrlingen	58
3.3.	Belastungen durch ungewollte Kinderlosigkeit, Befindlichkeit nach erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung und langfristige Folgen der Kinderlosigkeit	62
3.3.1	Unmittelbare Reaktionen auf eine erfolglose Behandlung	62
3.3.2	Langfristige Folgen der ungewollten Kinderlosigkeit	63
3.3.3	Geschlechtsspezifische Reaktionen	64
3.3.4	Partnerschaftszufriedenheit	66
3.3.5	Sexualität	66
3.3.6	Hilfreiche und weniger hilfreiche Coping-Strategien	67
3.3.7	Methodenkritische Wertung	70

4	Psychosomatische und psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie	73
4.1	Diagnostische Maßnahmen aus psychosomatischer Sicht	73
4.1.1	Notwendige Diagnostik	73
4.1.2	Im Einzelfall nützliche Diagnostik	74
4.1.3	Kontraindikationen und Besonderheiten	75
4.1.4	Aufklärung/Psychoedukation	79
4.1.5	Hinweise zur Durchführung der Diagnostik	80
4.1.6	Entbehrliche Diagnostik	81
4.2	Therapie	82
4.2.1	Psychosomatische Therapie	82
4.2.1.1	Einführung	82
4.2.1.2	Psychosomatische Grundversorgung	83
4.2.2	Regelungen zu Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung	83
4.2.2.1	Musterrichtlinie der Bundesärztekammer	84
4.2.2.2	Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	86
4.3	Beratung und Psychotherapie	89
4.3.1	Indikation/Psychosoziale Behandlungsziele	89
4.3.2	Effekte psychologischer Beratungs- und Therapieangebote	91
4.3.2.1	Psychologische Beratung	91
4.3.2.2	Entspannungsverfahren	92
4.3.2.3	Psychoedukation und Stressbewältigung	92
4.3.2.4	Verhaltenstherapeutische Interventionen	94
4.3.2.5	Gruppenpsychotherapie	95
4.3.2.6	Internetbasierte Psychoedukation und psychosoziale Unterstützung	95
4.3.2.7	Telefonberatung	96
4.3.2.8	Kombinierte Behandlungen	97
4.3.2.9	Alternative Verfahren	98
4.3.2.10	Meta-Analysen	99
4.3.3	Qualitätssicherung psychologischer Beratungs- und Therapieeffekte	100

4.3.4	Prävention von Fertilitätsstörungen	105
4.3.4.1	Sozialpolitische Aspekte	105
4.3.4.2	Einstellung, Mythen und Wissen um Fertilität	107
4.3.4.3	Medizinische Risikofaktoren	108
4.3.4.4	Fertilitätsprotektion bei schwerwiegenden Erkrankungen (am Beispiel onkologischer Erkrankungen)	109
5	Paare mit Migrationshintergrund in der Reproduktionsmedizin	113
5.1	Einleitung	113
5.2	Kinderwunschberatung und Tradition, Familiengröße und kulturelle Normen	114
5.3	Kinderwunschmotive	114
5.4	Sterilität und psychische Belastung	115
5.5	Bereitschaft zu invasiven Therapiemethoden und zu Alternativen	117
5.6	Kommunikationsprobleme	117
5.7	Gesundheitswissen und Informationsbedarf	118
5.8	Reproduktion und Reproduktionsmedizin aus islamischer Sicht	119
6	Familienbildung nach Gametenspende	123
6.1	Familienrechtliche Aspekte	123
6.2	Donogene Behandlung bei heterosexuellen Paaren	125
6.2.1	Körperliche und psychologische Entwicklung der Kinder	125
6.2.2	Aufklärung der Kinder	126
6.2.3	Sichtweisen der Kinder und Erwachsenen	128
6.3.	Donogene Behandlung bei lesbischen Paaren	130
6.3.1	Kinderwunsch lesbischer Paare	130
6.3.2	Körperliche und psychologische Entwicklung der Kinder	130
6.3.3	Aufklärung der Kinder	131
6.3.4	Sichtweisen der Kinder und Erwachsenen	131
6.4	Donogene Behandlung bei alleinstehenden Frauen	133
6.4.1	Kinderwunsch alleinstehender Frauen	133

6.4.2	Körperliche und psychologische Entwicklung sowie Aufklärung der Kinder	134
6.5	Donogene Behandlung mit einem den Wunscheltern bekannten Spender	135
6.6	Samenspender	137
6.6.1	Motivation und Haltungen von Samenspendern	138
6.6.2	Veränderung der Haltung zur Anonymität	139
7	Medien zur Information und Aufklärung	141
7.1	Hilfesuchendes Verhalten infertiler Frauen	141
7.2	Vorbereitende Informationen: Broschüren und andere Medien	142
7.3	Internet	144
7.4	Methodenkritische Wertung	146
8	Selbsthilfegruppen	149
9	Reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland	151
Anhang		
1	Schlüsselfragen	155
2	Praktische Hinweise zur psychologischen Beratung (allgemein)	156
3	Praktische Hinweise zur psychosozialen Beratung und psychosomatischen Therapie bei Gametenspende	156
4	Glossar	158
5	Forschungsdesiderata	169
6	Literatur	174
7	Autorinnen und Autoren	206

Vorwort

Störungen der Fertilität von Frauen und Männern, die in eine ungewollte Kinderlosigkeit münden, stellen für Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Beraterinnen und Berater trotz der rasanten Weiterentwicklung vor allem der medizinisch-technischen Seite der Reproduktionsmedizin nach wie vor ein großes Problem dar. Dieses ist nicht zuletzt durch das seelische Leiden bedingt, das mit einer ungewollten Kinderlosigkeit einhergeht und meist spezifischer Kompetenzen und Interventionsstrategien bedarf.

Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, über die medizinischen Behandlungsmaßnahmen hinausgehend, evidenzbasierte Leitlinien zur psychosomatisch orientierten Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen zu verfassen.

Grundsätzlich erfolgt die primäre Diagnostik steriler Paare über die betreuenden Primärärzte (z.B. Frauenärztin/Frauenarzt, Urologin/Urologe, Andrologin/Androloge). Der nachfolgende Text bezieht sich auf diese grundlegende Diagnostik. Im Vordergrund stehen insbesondere Maßnahmen der Reproduktionsmedizin mit ihren spezifischen Problemen für Patientin/Patient/Paar, die zu erwartenden Kinder sowie die betreuenden Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Beraterinnen/Berater.

Die vorliegende Leitlinie basiert auf der früheren Leitlinie »Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie«, die im Jahre 2004 veröffentlicht wurde (Strauß et al. 2004).

Auf dieser Grundlage wurden Schlüsselfragen formuliert, nach denen eine Literaturrecherche mit deutschen und englischen Stichwörtern durchgeführt wurde, vorrangig über die Datenbanken Medline, Pubmed und Web of knowledge. Die Suche erfolgte für den Zeitraum Januar

2003 bis September 2012, da Publikationen vor dem Jahr 2003 bereits in der o.g. Leitlinie von 2004 berücksichtigt wurden. Die Literaturrecherche erfolgte über Frau Dipl.-Psych. Annekathrin Sender und Frau Prof. Dr. Yve Stöbel-Richter.

Im Zeitraum von 2009 bis 2012 trafen sich Experten aus verschiedenen Fachgesellschaften, um diese Leitlinie zu aktualisieren.

Diese Mitglieder der Leitliniengruppe(*) waren:

Prof. Dr. Elmar Brähler
Prof. Dr. Heribert Kantenich
Prof. Dr. Ingrid Kowalcek
Prof. Dr. Yve Stöbel-Richter
Prof. Dr. Bernhard Strauß
Dr. Petra Thorn
Dr. Anna Julka Weblus
PD Dr. Tewes Wischmann

Weitere beteiligte Personen waren:

PD Dr. Ada Borkenhagen
Prof. Dr. Matthias David
Dipl.-Psych. Therese de Liz
Dr. Christina Hempowicz
Dr. Anke Matthes
Dipl.-Psych. Annekathrin Sender
Prof. Dr. Kerstin Weidner

Primär beteiligte Fachgesellschaften waren über die nachfolgend genannten Vertreter:

- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)
Dr. Petra Thorn
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
PD Dr. Tewes Wischmann
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Prof. Dr. Bernhard Strauß und Prof. Dr. Elmar Brähler
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)
Prof. Dr. Ingrid Kowalcek und Prof. Dr. Heribert Kantenich

- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)
Prof. Dr. Yve Stöbel-Richter
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
PD Dr. Tewes Wischmann
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGFS)
Prof. Dr. Bernhard Strauß
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Prof. Dr. Kerstin Weidner

Weitere Fachgesellschaften wurden im Laufe der Erarbeitung der Leitlinie über die primär beteiligten Fachgesellschaften hinaus *sekundär beteiligt*. Folgende Fachgesellschaften haben der Leitlinie bis zum 17.12.2013 zugestimmt:

- Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV).

Zudem hat als Patientenorganisation »Wunschkind e.V.« zugestimmt. Die weiteren Details sind im *Leitlinienreport* festgehalten.

Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im Folgenden auf die explizite Nennung jeweils beider Geschlechter (im Sinne von Patientin/Patient; Ärztin/Arzt) verzichtet, sondern jeweils eine Form gewählt, wobei die andere Form ebenfalls gemeint ist.

Besonderer Dank gilt auch Frau Erika Tönjes und Frau Dipl.-Psych. Annekathrin Sender, die bei der Zusammenstellung und Literaturüberarbeitung behilflich waren.

Heribert Kentenich

Tewes Wischmann

Yve Stöbel-Richter

für die Leitliniengruppe(), im Februar 2014*

1

Einführung

Heribert Kentenich & Anna Julka Weblus

1.1 Einleitende Bemerkungen

Etwa sieben bis neun Prozent aller Paare im reproduktiven Alter haben einen Kinderwunsch und werden innerhalb eines Jahres bei regelmäßigem Sexualverkehr nicht schwanger (ungewollte Kinderlosigkeit). Die Ursachen der Kinderlosigkeit liegen zur Hälfte bei der Frau (funktionelle und pathologische Veränderungen von weiblichen Hormonen, Gebärmutter, Eileitern) und zur Hälfte beim Mann (Probleme der Samenzellproduktion, Verschluss des Samenleiters, hormonelle Störungen). Es erfolgt in diesem Fall auf Wunsch eine Diagnostik und Therapie, die medizinisch und psychosomatisch orientiert sein sollte.

Ungewollte Kinderlosigkeit wird von den meisten Paaren als Kränkung mit Ausbildung von Insuffizienzgefühlen erlebt. Die Einbeziehung von psychosomatischen und psychosozialen Gesichtspunkten in Diagnostik und Therapie ist daher von großer Bedeutung.

Grundsätzlich erfolgt die primäre Diagnostik steriler Paare über die betreuenden Primärärzte (z.B. Frauenärztin, Urologe, Androloge).

Der nachfolgende Text bezieht sich auch auf diese grundlegende Diagnostik. Im Vordergrund stehen aber insbesondere Maßnahmen der Reproduktionsmedizin mit ihren spezifischen Problemen für Patientin/Patient/Paar, die zu erwartenden Kinder sowie die betreuenden Ärztinnen, Psychologinnen und Beraterinnen.

Die Leitlinie orientiert sich auf »psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen«. Dies soll verdeutlichen, dass bereits in der primären Diagnostik und Therapie die Einbeziehung biologischer, psychischer und sozialer Gesichtspunkte von Beginn an notwendig ist.

Bei der ärztlichen Versorgung gibt es den Begriff der »Psychosomatischen Grundversorgung«, der im Rahmen der ärztlichen Patientenbetreuung die Einbeziehung biologischer, psychischer und sozialer Aspekte in Diagnostik und Therapie zum Inhalt hat.

Der Begriff »Psychosomatische Grundversorgung« ist in der Weiterbildungsordnung und den Weiterbildungsrichtlinien für Ärzte definiert. Für Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung »Frauenheilkunde« ist die Qualifikation der psychosomatischen Grundversorgung in der aktuellen Facharztweiterbildung bereits verankert.

Im Folgenden wird unter dem Begriff »psychosomatisch orientierte Beratung« sowohl die »psychosomatische Beratung« als auch die »psychosoziale Beratung« verstanden. Diese Begrifflichkeit bezieht sich auf Ärztinnen und Ärzte, aber gleichermaßen auf psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sowie Berufsgruppen mit anerkannter psychosozialer Beratungskompetenz.

Die psychosomatische oder psychosoziale Beratung soll durch den Arzt behandlungsabhängig erfolgen. Das Angebot behandlungsunabhängiger ärztlicher und nichtärztlicher psychosomatisch orientierter Beratung ist notwendig.

Auf der Grundlage der bereits im Jahre 2004 veröffentlichten früheren Leitlinie »Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie« (Strauß et al. 2004) wurden Schlüsselfragen formuliert, nach denen eine erneute Literaturrecherche mit deutschen und englischen Stichwörtern erfolgte, vorrangig über die Datenbanken Medline, Pubmed und Web of knowledge. Als Suchzeitraum wurde hierbei 2003 bis September 2012 eingesetzt, da Publikationen vor dem Jahr 2003 bereits in der früheren Leitlinie von 2004 berücksichtigt wurden.

1.1.1 Definition und Eingrenzung

Die nachfolgenden Leitlinien beziehen sich auf die psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit (Synonym: Sterilität bzw. Infertilität). Unter Infertilität wird laut WHO das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach mindestens zwölf Monaten regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr verstanden (WHO 2002; Zegers-Hochschild et al. 2009; Gurunath et al. 2011). Es kann davon aus-

gegangen werden, dass bei Entstehung, Verlauf, Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Die Begrifflichkeiten zur ungewollten Kinderlosigkeit werden immer noch völlig unterschiedlich verwendet, im Folgenden wird der Begriff Fertilitätsstörungen synonym für Sterilität bzw. Infertilität angewendet.

Im Rahmen dieser Leitlinie wird grundsätzlich nicht zwischen primären und sekundären Fertilitätsstörungen unterschieden.

1.2 ICD-10

Sterilität der Frau (N97.0–9)

Sterilität beim Mann (N46)

1.3 Häufigkeit/Epidemiologie

Boivin et al. (2007) beschreiben in ihrem Review eine weltweite mediane Prävalenzrate für Sterilität von 9% (Range 3,5–16,7%), also dem zum Zeitpunkt der Datenerfassung aktuellen Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr über einen Zeitraum von zwölf Monaten. In Ländern der Dritten Welt ist teilweise von höheren Prävalenzraten auszugehen, valide Daten hierzu sind aber kaum vorhanden (Dyer 2009). Die bislang verbreiteten Zahlen von 15–20% für Deutschland sind wissenschaftlich nicht belegbar.

Die Lebenszeitprävalenz für Sterilität liegt bei 4%, wenngleich bei etwa 25% der Frauen über einen Zeitraum von einem Jahr trotz regelmäßig ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt (Schmidt et al. 1995; Slama et al. 2012). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Gnoth et al. (2005). Bei ungeschütztem Verkehr werden innerhalb der ersten sechs Monate 80% der Frauen schwanger. Nach insgesamt 48 Monaten bleiben etwa 5% der Paare infertil und haben dann nur eine minimale Chance, in Zukunft ohne medizinische Hilfe schwanger zu werden.

Die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftseintritts ist altersabhängig (Leridon 2004). Bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist inner-

halb von einem Jahr mit einem Schwangerschaftseintritt mit resultierender Lebendgeburt mit folgenden Wahrscheinlichkeiten zu rechnen: bei Frauen im Alter von 30 Jahren 75%, im Alter von 35 Jahren 66% und im Alter von 40 Jahren 44%. Nach anderen Quellen nimmt die Fruchtbarkeit bei der Frau bereits nach dem 25. Lebensjahr und beim Mann nach dem 40. Lebensjahr ab (van Noord-Zaadstra 1991; Dunson et al. 2004; Sartorius/Nieschlag 2010).

Ein Problem in der Beurteilung und im Vergleich von verschiedenen Untersuchungen zur Epidemiologie der Infertilität stellen die uneinheitlichen Definitionen der Begrifflichkeiten und die verschiedenen Outcome-Parameter dar (Greenhall/Vessey 1990).