

## **Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Sterilität**

### **Definition:**

Ungewollte Kinderlosigkeit bei vorgetragenem Kinderwunsch, die mindestens 1 Jahr andauert.

Unfruchtbarkeit kann Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit bedeuten, wobei biologische, psychische und soziale Faktoren in der Entstehung, der Diagnostik und der Therapie beteiligt sind.

### **Codierung (ICD 9):**

weibliche Sterilität (628.0)

männliche Infertilität (606)

### **Häufigkeit:**

Etwa 5 - 10 % aller Paare in Mitteleuropa sind ungewollt kinderlos.

Etwa 3 % der Paare bleiben ungewollt kinderlos.

### **Diagnostik:**

#### notwendige Diagnostik:

1. Erstgespräch mit dem Paar entspr. psychosomatischer Grundversorgung mit Focus auf Sterilitätsproblem (inkl. psychosoz. Bedingungen,) Partnerschaft und Sexualität.
2. Parallele Untersuchung der Frau (Hormone, Infektionsserologie, Uterus, Cervix, Tube) und Untersuchung des Mannes (1 - 2 Spermioogramme, HIV-Test, evtl. körperliche Untersuchung, evtl. Hormonanalyse [FSH, Testosteron], evtl. Zytogenetik).
3. Angebot einer psychologischen/psychotherapeutischen Betreuung des Paares/der Einzelperson.

#### im Einzelfall nützliche Diagnostik:

4. Im Einzelfall weiterführende Diagnostik bei männlichen und weiblichen Sterilitätsfaktoren.
5. Einbeziehung eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten in der Praxis/im Team/im Konsiliardienst/im Liäsondienst.

#### Hinweise zur Durchführung der Diagnostik:

6. Die Sterilität soll als bio-psycho-soziales Problem aufgefaßt werden.
7. Der durchführende Arzt soll über ausreichende Kenntnisse der psychosomatischen Grundversorgung verfügen und diese integrativ selbst in Diagnostik und Therapie mit einbeziehen.
8. Psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten sollen in die Teams fest integriert sein, um eine Trennung in körperliche und psychische Anteile zu vermeiden.

9. Eine psychosomatische Betreuung soll von Anfang an gewährleistet sein, nicht erst nach Enttäuschungen oder bei erfolgloser Beendigung der Therapie.
10. In der psychosomatisch orientierten Diagnostik empfehlen sich Schlüsselfragen (siehe Anhang).
11. Mindestens 30 % der Frauen haben in ihrem Leben Phasen der Kinderlosigkeit, wobei der größte Teil später schwanger wird.

#### **Therapie:**

##### konservativ:

1. Die Therapie orientiert sich medizinisch an der Diagnose, wobei die Schwangerschaftsrate nach Therapie und die Spontanschwangerschaftsrate ohne Behandlung miteinzubeziehen sind.
2. Bei offenen Tuben soll zurückhaltend therapiert werden: Je jünger die Patientin ist, je kürzer der Kinderwunsch besteht und je unauffälliger das Spermogramm ist.
3. Ärztliche Gesprächsführung und Begleitung entsprechend der psychosomatischen Grundversorgung (EBM 850 + 851, GOÄ 849).
4. Eine psychosomatische Betreuung/Paarbetreuung/Paartherapie kann den Leidensdruck der ungewollten Kinderlosigkeit mindern bzw. eine größere Ergebnisoffenheit erreichen.
5. Die psychosomatisch orientierte Therapie sollte alle konservativen, insbesondere aber invasiven Therapieabschnitte (z.B. IVF/ICSI) mit umfassen.

##### operativ:

Eine operative Therapie der Sterilität kann sich nach Abschluß einer Diagnostik der Sterilität ergeben. Da jede Operation eine zusätzliche Belastung der Patientin /des Paares darstellt, ist auch hier eine integrative psychosomatische Betreuung notwendig.

##### ambulant:

Die Therapie sollte soweit wie möglich ambulant erfolgen.

##### stationär:

Da eine stationäre Betreuung eher eine zusätzliche belastende Situation für die Patientin darstellt, ist hierbei ein integriertes psychosomatisches Konzept notwendig. Eine enge Kooperation zur Praxis - auch aus psychosomatischer Sicht - ist notwendig.

##### Nachsorge:

Nach Beendigung der Therapie (mit und ohne Kind) sollte in der nachfolgenden ärztlichen Betreuung auf die Sterilitätskrise eingegangen werden, insbesondere wenn dieses Thema sich weiterhin als vulnerabel darstellt.

### Hinweise zur Durchführung der Therapie:

6. Vor jedem therapeutischen Schritt ist das Paar noch einmal in Bezug auf die spontane Schwangerschafts- und Geburtenrate ohne Therapie zu beraten.
7. Bei jeder Therapieform ist das Mehrlings- und Frühgeburtenrisiko zu erwägen und auf die Gefahren und Folgen von Frühgeburten hinzuweisen.
8. Das Therapieziel ist die Lösung des Sterilitätsproblems, wobei das Ergebnis eine Schwangerschaft oder der Verzicht auf ein (eigenes) Kind sein kann.
9. Bei jeder Therapie ist eine zeitliche Begrenzung und das Alter von Patientin und Patient zu diskutieren.
10. Bei der ärztlichen Beratung ist besonders auf Nebenwirkungen und Risiken von Medikamenten bzw. der operativen Therapie einzugehen.
11. Ethische und juristische Vorschriften müssen beachtet werden: Embryonenschutzgesetz, SGB V, Berufsordnung für Ärzte

### **Schlüsselfragen zur Leitlinie**

#### **"Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Sterilität**

- Wie lange besteht Kinderwunsch in Ihrer Partnerschaft?
- Wie lange sind Sie in Behandlung?
- Bei wievielen Ärzten waren Sie in Behandlung?
- Was ist die Ursache Ihrer Sterilität (subjektive Theorie)?
- Wer leidet mehr unter der Kinderlosigkeit (Mann oder Frau)?
- Was hat sich in Ihrem Leben verändert seit Wissen um Sterilität?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität und Liebe (Frequenz, Anorgasmie, Dyspareunie, Lust)?
- Was hat sich in Ihrer Sexualität verändert?
- Psychosomatische Krankheitsbilder (Ulcus, Asthma, Unterbauchschmerz, Haut)?
- Psychiatr./psychotherapeut. (Vor-)Behandlung? (Lebenskrisen, Partnerschaft, Sterilität)
- Welche Therapie sollte Ihrer Ansicht nach durchgeführt werden?
- Wie stehen Sie zu Alternativen? (Adoption, Pflegekind)
- Wo sind Grenzen der Therapie? Dauer der Therapie?
- Wie geht es weiter, falls wir nicht "erfolgreich" sind?

*Stand der Formulierung:*

*Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe 4/99*