

Leitlinie zur Abklärung des unerfüllten Kinderwunsches mit Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in gynäkologischen Praxen und Abteilungen ohne IVF*

Ziele

Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen sind oft arbeits-, zeit- und kostenintensiv. Zudem stehen immer differenziertere Möglichkeiten der Abklärung und Behandlung zur Verfügung. Da das Vorgehen vieler Leistungsanbieter nicht dem Stand der Wissenschaft entspricht und relative Qualitätsschwankungen bei verschiedenen Leistungsanbietern zu erwarten sind, ist eine von allen Fachgruppen akzeptierte Leitlinie notwendig. Ziel der Leitlinienerstellung ist eine österreichweite Verbesserung der Sterilitätsbehandlung unter Vereinheitlichung des Vorgehens verschiedener Leistungsanbieter. Die Leitlinien sollen die Diagnose- und Therapieschritte für alle Betroffenen transparent machen. Die Empfehlungen stehen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ergebnisse von Reviews und Metaanalysen der Cochrane-Database (Evidenz Grad A) wurden – wo vorhanden – immer berücksichtigt. Zu einzelnen Fragestellungen mußte auf meist randomisierte, klinische Studien und Publikationen

(Evidenz Grad B, C) zurückgegriffen werden. Bei Fragestellungen, zu denen keine Daten zur Verfügung standen, ist die Erfahrung der Arbeitsgruppenteilnehmer eingeflossen.

Anamnesegespräch

Die Anamnese, die bei allen Paaren erhoben werden sollte, beinhaltet folgende Punkte:

- Das **Alter** der Patientin und ihres Partners.
- Die **Dauer**, sowie **Intensität** und eventuell **Motivation** des **Kinderwunsches** beider Partner bzw. **evt. Kinder mit anderen Partnern**. Die Abwägung dieser Punkte kann eine Entscheidungshilfe für das weitere Procedere bieten. Bei der Dauer des Kinderwunsches ist auch der Kinderwunsch mit vorherigen Partnern zu erfragen.
- Die **Schwangerschaftsanamnese** gibt nicht nur Aufschluß über primäre und sekundäre Sterilität, sondern auch über mögliche Sterilitätsursachen (z. B. St. p. IR mit nachfolgender Endometritis oder St. p. Tubaria).
- Bei der **Zyklus**anamnese ist auf Dauer und Regelmäßigkeit zu achten, sowie auf die **Regelanamnese** mit **Menstruationsbeschwerden** (Dauer, Intensität und Zeitpunkt).

* Die vorliegende Leitlinie wurde im Auftrag der OEGGG von einer Expertengruppe erarbeitet, von Univ.-Prof. Dr. Wilfried Feichtinger redigiert und fertiggestellt.

- Weiters sollten **Vorerkrankungen** und **bestehende Erkrankungen** erfragt werden, vor allem Infektionen, entzündliche Erkrankungen des inneren Genitales, sowie endokrinologische Störungen und Stoffwechselveränderungen. Symptome wie z. B. Galaktorrhoe im Hinblick auf eine Hyperprolaktinämie könnten angesprochen werden.
- Eine exakte **Medikamentenanamnese** ist von besonderer Bedeutung, ebenso Fragen über **Nikotin-, Alkohol und Drogenkonsum**.
- Evt. **Operationen** und **Vorbehandlungen** bzw. **Untersuchungen** im Hinblick auf die Sterilität können wichtige Hinweise liefern.
- Eine einfühlsam zu erfragende **Sexualanamnese** beinhaltet nicht nur die Frequenz, auch im Hinblick auf den Konzeptionszeitpunkt (z. B. kein Verkehr bei Ovulationsschmerzen), sondern auch die Frage nach Kohabitationsbeschwerden.
- Ergänzend sollte die **Familienanamnese** erfolgen. Sie beinhaltet u. a. Fragen nach genetisch vererbten Erkrankungen.
- Fragen nach **sozialem Umfeld, beruflicher Belastung** und evt. **Veränderungen** in Privat- und Arbeitsleben **bei Eintreten einer Schwangerschaft** und die Einstellung des Paares dazu können wichtige Anhaltspunkte liefern und sollten daher Teil jedes Anamnesegespräches sein.
- Vor Beginn jeder diagnostischen und therapeutischen Intervention steht selbstverständlich ein ausführliches, **aufklärendes Gespräch** über **Durchführung, Chancen, Risiken, Kosten und Alternativen** einer Sterilitätsbehandlung.

1. Gynäkologische Untersuchung

Im Sinne einer gynäkologischen Grundabklärung sollten die folgenden Befunde –

sofern sie nicht bereits vorliegen und max. 6 Monate alt sind – erhoben werden:

- **Abstrichuntersuchungen: Sekret, PAP und Chlamydien** inklusive nativer Sekretbeurteilung.
- **Vaginaler Ultraschall**
- **Brustuntersuchung**

Auffälligkeiten sollten vor einer evt. Sterilitätsbetreuung abgeklärt werden.

2. Abklärung des Mannes

Die Abklärung der männlichen Fertilität erfolgt mittels Ejakulatuntersuchung:

- **Bakteriologische Ejakulatkultur**
- **Spermiogramm:** Die Ejakulatgewinnung erfolgt nach sexueller Karez von mindestens 2 und längstens 7 Tagen durch Masturbation. Ein eventueller Transport sollte bei Körpertemperatur erfolgen, das Zeitintervall zwischen Abgabe und Untersuchung der Probe zwei Stunden nicht überschreiten. Ein unauffälliges Spermiogramm bedarf keiner weiteren Kontrolle. Pathologische Befunde sollten durch ein Kontrollspermiogramm im Abstand von 4 Wochen überprüft werden. Bei Bestätigung erfolgt die Überweisung zur andrologischen Untersuchung.

Folgende Samenparameter sind laut WHO-Definition 1999 die aktuellen Normwerte:

Volumen:	≥ 2 ml
pH:	≥ 7,2
Spermienkonzentration:	≥ 20 Mio./ml
Gesamtspermienzahl:	≥ 40 Mio.
Gesamtbeweglichkeit:	≥ 50 %
Schnell, progressive Beweglichkeit:	≥ 25 %
Morphologie:	≥ 30 % normal geformte Spermien
Leukozyten:	< 1 Mio./ml

Nomenklatur der wichtigsten Störungen

- Normozoospermie: alle Parameter in der definierten Norm
- Oligozoospermie: verminderte Spermienkonzentration
- Asthenozoospermie: verminderte Spermienmotilität
- Teratozoospermie: verminderte normale Morphologie
- Oligoastheno-teratozoospermie: kombinierte Störung aller drei Parameter
- Azoospermie: keine Spermien im Ejakulat
- Aspermie: kein Ejakulat

Die Therapiemöglichkeiten bei männlicher Infertilität sind abhängig vom Schweregrad der Störung. Man richtet sich hierbei nach der WHO-Klassifizierung des OAT I für eine leichte Einschränkung, OAT II für eine mittelgradige und OAT III für eine hochgradige Störung (Definition: siehe Anhang WHO).

- **OAT I:** Eine Verbesserung des Ejakulats mittels **Samenaufbereitung und anschließender intrauteriner Insemination** kann versucht werden. Wenn nach **maximal 3 Versuchen** keine Konzeption eingetreten ist, soll das Paar an ein spezialisiertes Zentrum überwiesen werden.
- **OAT II oder III:** Die Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum sollte umgehend erfolgen.

3. Hormonstatus

Die Erstellung eines gezielten Hormonstatus wird zwischen 2. und 5. Zyklustag empfohlen. Aus ökonomischen Überlegungen erfolgt bei dieser Screeninguntersuchung die Bestimmung folgender Hormone: **LH, FSH, E2, TSH** und **HPRL**. Generell gilt, daß die Blutabnahme bei geringen Auffälligkeiten am nächsten Zyklusbeginn zu wiederholen ist, bei erheblichen Abweichungen jedoch eine Überweisung an einen

Spezialisten (IVF-Zentrum bzw. Endokrinologe) erfolgen sollte.

In der Folge werden die erhobenen Hormonwerte inklusive Therapieempfehlung besprochen:

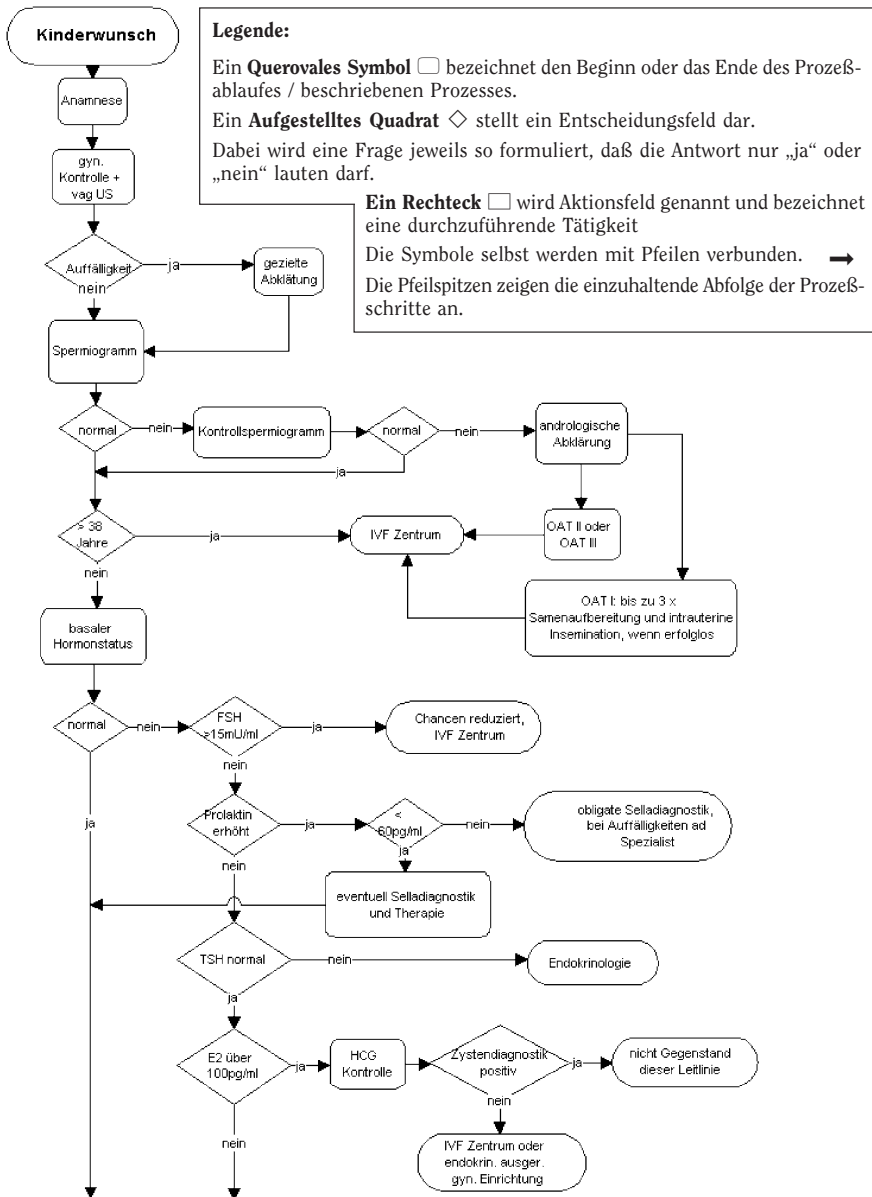
- **Follikelstimulierendes Hormon (FSH):** Normbereich: *< 12 mIU/ml bei Frauen < 35 Jahren, < 15 mIU/ml bei Frauen > 35 Jahren.*

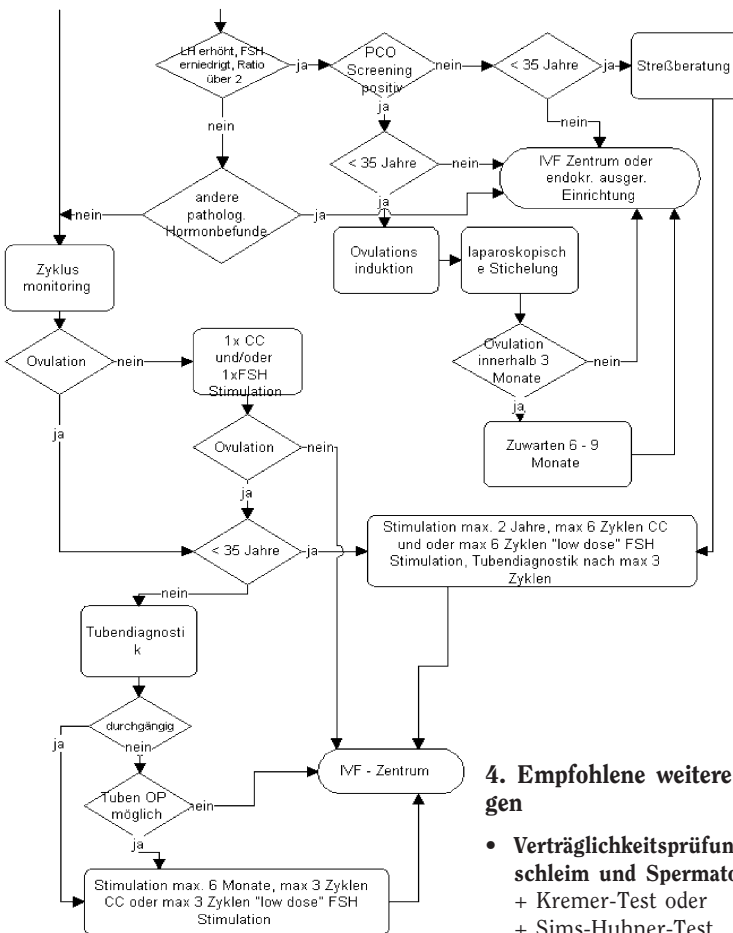
Der hypergonadotrope Hypogonadismus stellt eine äußerst schwierige, weil kaum beeinflussbare Hormonstörung dar. Deshalb sollten die Patienten über die **reduzierten Chancen** auf eine Schwangerschaft **aufgeklärt** und altersunabhängig **an ein spezialisiertes Zentrum überwiesen** werden.

- **Prolaktin:** Normbereich: *< 20 ng/ml.*
Da der Prolaktinwert großen Schwankungen unterliegt, sollte ein erhöhter Wert in jedem Fall durch eine erneute Untersuchung bestätigt werden. In diesem Zusammenhang ist ein Erfragen der Stressbelastung der letzten Wochen ebenso angezeigt, wie eine exakte Medikamentenanamnese, insbesondere von Psychopharmaka und Antihypertensiva. Wiederholt erhöhte Werte erfordern die Abklärung durch einen Spezialisten.
- **Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH):** Normbereich für die Kinderwunschbehandlung: *0,5–2,0 µU/ml.*

Eine Veränderung dieses Schilddrüsenparameters bedarf der Zuweisung an einen Endokrinologen. Auch Patienten mit TSH-Werten im Bereich der Norm und klinischem Verdacht auf Hypothyreose sollten von einem Spezialisten abgeklärt werden.

- **LH/FSH-Ratio ≥ 2 :** Sollte die Hormonanalyse eine derartig veränderte LH/FSH-Ratio (z. B. FSH: 2,8, LH: 6,1) ergeben, ist ein ultraschallgestütztes PCO-Screening empfehlenswert.





- **Östrogen (E2):** Normbereich zu Zyklusbeginn (2.-3. ZT): < 50 pg/ml.
Erhöhte Östrogenwerte können ein Hinweis auf eine ovarielle Zyste oder eine Schwangerschaft sein; daher sind diesbezügliche Kontrollen sinnvoll. Sollten sich diese Vermutungen nicht bestätigen, ist die Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum empfehlenswert.

4. Empfohlene weitere Untersuchungen

- **Verträglichkeitsprüfung von Cervixschleim und Spermatozoen**
+ Kremer-Test oder
+ Sims-Huhner-Test
- **Röteln**
- **HIV:** Antikörpertiter
- **Hepatitis**

5. Rechtliche Rahmenbedingungen

- **Unverheiratete Paare** benötigen vor der Durchführung einer Insemination einen **Notariatsakt** bzw. ein Gerichtsprotokoll als Einverständniserklärung laut Fortpflanzungsmedizingesetz.