

# Psychosomatically Oriented Diagnostics and Therapy for Fertility Disorders. Guideline of the DGPF (S2k-Level, AWMF Registry Number 016/003, December 2019)

## Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. Leitlinie der DGPF (S2k-Level, AWMF-Registernummer 016/003, Dezember 2019)

### Authors

Tewes Wischmann<sup>1</sup>, Ada Borkenhagen<sup>2</sup>, Matthias David<sup>3</sup>, Almut Dorn<sup>4</sup>, Christoph Dorn<sup>5</sup>, Friedrich Gagsteiger<sup>6</sup>, Maren Goeckenjan<sup>7</sup>, Annika Ludwig<sup>8</sup>, Anne Meier-Credner<sup>9</sup>, Michelle Röhrig<sup>10</sup>, Ingrid Rothe-Kirchberger<sup>11</sup>, Maren Schick<sup>12</sup>, Stefan Siegel<sup>13</sup>, Andreas Tandler-Schneider<sup>14</sup>, Petra Thorn<sup>15</sup>, Anna Julka Weblus<sup>14</sup>, Heribert Kentenich<sup>14</sup>

### Affiliations

- 1 Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum, Heidelberg, Germany
- 2 Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Magdeburg, Germany
- 3 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Gynäkologie, Berlin, Germany
- 4 Praxis für Gynäkologische Psychosomatik, Hamburg, Germany
- 5 Facharzt-Zentrum für Kinderwunsch, Pränatale Medizin, Endokrinologie und Osteologie, Hamburg, Germany
- 6 Kinderwunsch-MVZ Ulm GmbH, Ulm, Germany
- 7 Universitätsklinikum Gustav Carus, Dresden
- 8 Praxis für Frauengesundheit Prof. Dr. Annika Ludwig und Kollegen, Hamburg, Germany
- 9 Technische Universität Braunschweig, Braunschweig, Germany
- 10 Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V., Leipzig, Germany
- 11 Psychotherapeutische Praxis, Stuttgart, Germany
- 12 Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg und Universität Heidelberg, Heidelberg, Germany
- 13 Evangelische Hochschule Nürnberg, Nürnberg, Germany
- 14 Fertility Center Berlin, Berlin, Germany
- 15 Praxis für Kinderwunschberatung und Familientherapie, Mörfelden, Germany

### Key words

psychosomatics, fertility disorders, guideline, reproductive medicine

### Schlüsselwörter

Psychosomatik, Fertilitätsstörungen, Leitlinie, Reproduktionsmedizin

received 10.12.2020

accepted after revision 21.12.2020

### Bibliography

Geburtsh Frauenheilk 2021; 81: 749–768

DOI 10.1055/a-1341-9664

ISSN 0016-5751

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Correspondence

Prof. Dr. Tewes Wischmann

University Hospital Heidelberg, Inst. of Medical Psychology

Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg, Germany

tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

### ABSTRACT

**Aim** The purpose of this official guideline published and coordinated by the German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF)] is to provide a consensus-based overview of psychosomatically oriented diagnostic procedures and treatments for fertility disorders by evaluating the relevant literature.

**Method** This S2k guideline was developed using a structured consensus process which included representative members of various professions; the guideline was commissioned by the DGPF and is based on the 2014 version of the guideline.

**Recommendations** The guideline provides recommendations on psychosomatically oriented diagnostic procedures and treatments for fertility disorders.

## ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel** Das Ziel dieser offiziellen Leitlinie, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) publiziert und koordiniert wurde, ist es, durch die Evaluation der relevanten Literatur einen konsensbasierten Überblick über die psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen zu geben.

**Methoden** Diese S2k-Leitlinie wurde durch einen strukturierten Konsens von repräsentativen Mitgliedern verschiedener Professionen im Auftrag der DGPF entwickelt, aufbauend auf der Leitlinienversion von 2014.

**Empfehlungen** Es werden Empfehlungen zur psychosomatisch orientierten Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen gegeben.

## I Guideline Information

### Guidelines program of the DGGG, OEGGG and SGGG

For information on the guidelines program, please refer to the end of this guideline.

### Citation format

Psychosomatically Oriented Diagnostics and Therapy for Fertility Disorders. Guideline of the DGPF (S2k-Level, AWMF Registry Number 016/003, December 2019). Geburtsh Frauenheilk 2021; 81: 749–768

### Guideline documents

The complete long version and a slide version of this guideline as well as a list of the conflicts of interest of all of the authors are available in German on the homepage of the AWMF:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-003.html>

### Guideline authors

See ► **Tables 1** and **2**.

► **Table 1** Lead author and/or coordinating guideline author.

Author	AWMF professional society
Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Tewes Wischmann (lead author)	German Society for Psychomatic Gynecology and Obstetrics [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.] (DGPF)
Prof. Dr. med. Heribert Kentenich	German Society for Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e. V.] (DGGEF)

► **Table 2** Contributing guideline authors and mandate holders.

Author Mandate holder	DGGG working group/AWMF/non-AWMF professional society/organization/association
PD Dr. Ada Borkenhagen*	German Psychoanalytic Society [Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft] (DPG)
Prof. Dr. Matthias David*	–
Dr. Almut Dorn*	German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (DGPPN)
Prof. Dr. Christoph Dorn*	–
Dr. Friedrich Gagsteiger	Professional Association of Gynecologists [Berufsverband der Frauenärzte] (BVF)
Dr. Maren Goeckenjan	German Society for Reproductive Medicine [Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin] (DGRM)
Prof. Dr. Heribert Kentenich*	German Society of Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin] (DGGEF)
Prof. Dr. Annika Ludwig*	–
Dipl.-Psych. Anne Meier-Credner	Donor Offspring Association [Verein Spenderkinder]
Michelle Röhrig	Endometriosis Association [Endometriose-Vereinigung]
Dr. Dipl.-Psych. Ingrid Rothe-Kirchberger	German Society for Psychoanalysis, Psychosomatics and Psychodynamic Psychology [Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.] (DGPT)
M. Sc. Psych. Maren Schick*	German Society of Medical Psychology [Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie] (DGMP)

Continued next page

► **Table 2** Contributing guideline authors and mandate holders. (Continued)

Author Mandate holder	DGGG working group/AWMF/non-AWMF professional society/organization/association
Prof. Dr. Stefan Siegel	German Society for Sexual Medicine, Sexual Therapy and Sexual Science [Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft] (DGSMTW)
Dr. Andreas Tandler-Schneider	Association of Centers for Reproductive Medicine [Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren] (BRZ)
Dr. Petra Thorn*	Infertility Counseling Network Germany [Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland] (BKID)
Dr. Anna Julka Weblus*	German Society for Gynecology and Obstetrics [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (DGGG)
Prof. Dr. Tewes Wischmann*	German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe] (DGPG)

\* Author of the long version of the guideline text.

This guideline was moderated by Dr. med. Monika Nothacker (AWMF-certified guideline moderator).

## II Guideline Application

### Purpose and objectives

The number of diagnostic procedures and therapies carried out in Europe to treat fertility disorders has continually increased over the last few years. Scientific research is increasingly focusing on the psychosocial and psychosomatic aspects of fertility disorders, but they are barely or only inadequately acknowledged in everyday life. This is why, in 2019/2020, it was thought to be time to update AWMF guideline no. 016-003 (dating from 2014).

The aim of the guideline is to evaluate recent scientific literature and expert opinions and compile recommendations to provide optimal psychosomatically oriented care to women and men (and couples) whose wish to have children has not been fulfilled. Care of these patients ranges from diagnostic procedures to potential therapies to considering alternative perspectives and successfully managing the crisis posed by a fertility disorder.

### Targeted area of patient care

Outpatient care is offered to women, men, and couples of reproductive age who are involuntarily childless.

### Target user group/target audience

All inpatient-based and outpatient-based physicians who are involved in the care and treatment of infertile women, men, and couples who wish to have children. This includes, in particular, gynecologists, andrologists, physicians specializing in gynecological endocrinology and reproductive medicine (fertility specialists). Other target users are psychologists, medical and psychological psychotherapists, psychiatrists, psychosomatic physicians and other counselors and professionals involved in the psychosocial and psychosomatic care of individuals and couples with fertility disorders.

### Adoption and period of validity

This version 4.0 of the guideline was adopted at the consensus conference held on December 9, 2019. If changes are urgently required, the guideline may be updated earlier. Similarly, if a guideline continues to reflect the current state of knowledge, its period of validity may be extended for a maximum period of 5 years (meaning that this guideline is maximally valid until December 8, 2024).

## III Methodology

### Basic principles

The method used to prepare this guideline was determined by the class to which this guideline was assigned. The AWMF Guidance Manual (version 1.0) has set out the respective rules and requirements for different classes of guidelines. Guidelines are differentiated into lowest (S1), intermediate (S2), and highest (S3) class.

This guideline has been classified as: **S2k**.

### Grading of recommendations

The grading of evidence based on the systematic search, selection, evaluation and synthesis of an evidence base which is then used to grade the recommendations is not envisaged for S2k guidelines. The different individual statements and recommendations are only differentiated linguistically, not by the use of symbols (► **Table 3**).

► **Table 3** Grading of recommendations (in English, according to Lomotan et al. Qual Saf Health Care 2010).

Description of binding character	Expression
Strong recommendation with highly binding character	must/must not
Regular recommendation with moderately binding character	should/should not
Open recommendation with limited binding character	may/may not

## Statements

Expositions or explanations of specific facts, circumstances or problems without any direct recommendations for action included in this guideline are referred to as “Statements”. It is **not** possible to provide any information about the grading of evidence for these Statements.

## Achieving consensus and level of consensus

At structured NIH-type consensus-based conferences (S2k/S3 level), authorized participants attending the session vote on draft statements and recommendations. The process is as follows. A recommendation is presented, its contents are discussed, proposed changes are put forward, and finally, all proposed changes are voted on. If a consensus is not achieved (> 75% of votes), there is another round of discussions, followed by a repeat vote. Finally, the extent of consensus is determined based on the number of participants (► **Table 4**).

► **Table 4** Level of consensus based on extent of agreement.

Symbol	Level of consensus	Extent of agreement in percent
+++	Strong consensus	> 95% of participants agree
++	Consensus	> 75–95% of participants agree
+	Majority agreement	> 50–75% of participants agree
–	No consensus	< 51% of participants agree

## Expert consensus

As the name already implies, this refers to consensus decisions taken specifically with regard to recommendations/statements made without a prior systematic search of the literature (S2k) or where evidence is lacking (S2e/S3). The term “expert consensus” (EC) used here is synonymous with terminology used in other guidelines such as “good clinical practice” (GCP) or “clinical consensus point” (CCP). The strength of the recommendation is graded as previously described in the chapter on the grading of recommendations; it is only expressed semantically (“must”/“must not” or “should”/“should not” or “may”/“may not”) without the use of symbols.

# IV Guideline

## 1 Definition and scope

The following guidelines cover psychosomatically oriented diagnostic procedures and treatments for involuntary childlessness. The WHO defines infertility as a failure to achieve a pregnancy after twelve months or more of regular unprotected sexual intercourse. It can be assumed that biological, psychological and social factors play a role in the development, course, diagnostic procedures, and treatment of involuntary childlessness. In this guideline, the terms fertility disorders or subfertility are used synonymously for sterility or infertility as most couples are not definitely or permanently infertile.

## 2 Psychosomatic diagnostics

### Statement 2.1-S1

The prevalence of psychopathological abnormalities is not higher in women and men who are involuntarily childless, even if no organic causes of the childlessness could be identified. A behavior-related fertility disorder (which could be potentially related to psychosocial causes) is found in 5% or at most 10% of all couples. For many couples, experiencing a fertility disorder as well as the psychological impact of assisted reproductive treatment is a significant emotional burden. Both women and men experience this as stressful. However, according to the findings of a number of large studies and meta-analyses, the direct impact of everyday stresses on a fertility disorder and on the success of IVF/ICSI treatment is relatively negligible (cf. also Section 3.1). It is not possible to generalize these findings to couples who are not being treated (cf. AWMF-LL 015-085).

Level of consensus: +++

### Recommendation 2.1-E1

As involuntary childlessness generally puts a strain on both partners in a relationship, psychosomatically oriented treatment should be explicitly offered to the involuntarily childless couple.

Existing counseling services should be expanded to also address the needs of the male partner, couples with a migrant background, and couples in all social classes (cf. also Section 4.1.5).

These counseling services should be offered proactively and in a non-stigmatizing manner, and the threshold for counseling (financially and organizationally) should be low.

Lifestyle and behavioral factors known to lower fertility should be proactively addressed during the couple’s psychosomatically oriented counseling.

Level of consensus: +++

### 3.1 Prognostic criteria for achieving pregnancy in involuntarily childless couples

#### Statement 3.1-S2

The woman’s age, duration of infertility and behavioral factors are significant prognostic preconditions for achieving pregnancy. Based on general or specific psychosocial factors (e.g., anxiety, depression or specific partnership-related aspects), it is not possible to predict whether a woman will become pregnant after she has undergone reproductive medical treatment.

Psychological stress is known to be a possible consequence of a fertility disorder. Increased depression and anxiety may result from the psychological burden during or following unsuccessful assisted reproductive treatment.

Whether psychological stress could be a causative factor for infertility is still being discussed. The direct impact of everyday stresses on a fertility disorder or on the success of IVF/ICSI treatment is considered to be negligible (cf. also Section 2.1).

Level of consensus: +++

#### Recommendation 3.1-E2

More consideration should be given to psychosocial factors in the context of assisted reproductive treatment and additionally, accompanying psychosomatically oriented counseling sessions should focus on them.

Level of consensus: +++

### 3.2 Pregnancy, children's health, and family dynamics after successful assisted reproduction

#### Statement: 3.2-S3

The risk of complications of pregnancy is higher after ART compared to spontaneous conceptions. During the course of the pregnancy, there is a higher probability of preeclampsia (1.5 times higher), placenta praevia (3 times higher), stillbirth (2.5 times higher), lower birth weight (1.7 times higher) and growth restriction (1.5 times higher).

Proposed causes of these increased complications of pregnancy and neonatal complications are currently being discussed and mainly point to subfertility as a background risk but also the direct impact of fertility treatment.

Multiple pregnancies have a higher risk of complications of pregnancy and preterm birth with all the consequent neonatal and postnatal complications. This also applies to singleton pregnancies after a pregnancy which was initially conceived as a multiple pregnancy ("vanishing twin").

Compared to the risk factor "multiple pregnancy", the type of conception appears to be less important, meaning that it is no longer significant for twin pregnancies.

Level of consensus: +++

#### Recommendation 3.2-E3

Infertile couples wanting to have children must be informed about the increased risk of pregnancy complications.

Multiple pregnancies must be avoided where possible, even if the couple explicitly wants to have a multiple pregnancy. This also affects the problem of the "vanishing twin".

Couples must be informed in detail about the increased risks associated with a multiple pregnancy before starting fertility treatment. Couples may be advised that if a twin pregnancy occurs, the pregnancy risks do not appear to be higher than those occurring after spontaneous conception of twins.

Level of consensus: +++

#### Statement 3.2-S4

The risk of malformation after IVF and ICSI is, on average, 1.3 times higher (about every 12th pregnancy) compared to spontaneous conception (about every 15th pregnancy).

Level of consensus: +++

#### Recommendation 3.2-E4

Infertile couples wanting to have children must be informed about the increased risk of malformations after IVF and ICSI.

Level of consensus: +++

#### Statement 3.2-S5

The risk of hypertensive disorder of pregnancy, preterm birth, and low birth weight are higher after implantation of a donor egg compared to conventional IVF treatment.

Level of consensus: +++

#### Recommendation 3.2-E5

Couples should be advised about the increased risks following implantation of a donor egg (compared to conventional IVF treatment) and these risks should be taken into account when caring for a pregnant woman who has been implanted with a donor egg.

Level of consensus: +++

#### Statement 3.2-S6

The risk of pregnancy complications with surrogacy is comparable to the level of risk associated with conventional ART but higher than that of spontaneous conception.

Level of consensus: +++

#### Statement 3.2-S7

Children conceived with ART develop similarly to spontaneously conceived children, provided they are born at term and with a normal birth weight. According to the most recent studies, the overall risk of malignancy does not appear to be significantly increased. Some studies have reported higher neurological morbidity rates, but these appear to be due most likely to the higher rate of multiple pregnancy. Despite a possibly slightly higher relative risk, the absolute risk for the individual child remains low.

Data on cardiovascular risk factors must be treated with caution because of the limited cohort sizes and heterogeneity of the studies. Some studies have reported higher blood pressure in children and adolescents following ART, but other studies were unable to confirm this.

Initial data on puberty development and surrogacy parameters on the fertility of boys conceived with ICSI suggest that their fertility in later life may be lower.

Further data on the long-term health of children and adolescents are required.

Level of consensus: +++

#### Recommendation 3.2-E6

Infertile couples must be informed about the overall lower absolute risks to the health and development of (singleton) children conceived with ART, based on current knowledge.

Because of the increased risk associated with multiple pregnancy due to the higher rate of preterm births associated with a multiple pregnancy, couples must be informed about these risks.

The risk of multiple pregnancy after ART must be kept to a minimum ("single embryo transfer").

Level of consensus: +++

#### Statement 3.2-S8

Children conceived with donated gametes appear to develop normally. There is currently insufficient evidence about the psychosocial development of children born through surrogacy.

Level of consensus: +++

#### Recommendation 3.2-E7

Women (and their partners) who have a miscarriage after fertility treatment should be offered low-threshold psychosomatic support.

Level of consensus: ++

**Statement 3.2-S9**

If couples have been unable to have a child for a long time, it is conceivable that they will have a lot of anxiety about the pregnancy and the child. Moreover, couples may idealize parenthood and therefore place high demands on themselves as parents.

The existing data show that the risk of postpartum depression is not higher after ART. The data on pregnancy-related anxiety are inconsistent. Some studies have pointed to higher pregnancy-related anxiety, but other studies have not confirmed this.

**Level of consensus: +++**

**Statement 3.2-S10**

There are no differences in family dynamics after assisted reproduction using the partner's sperm compared to spontaneous conception.

A multiple birth may be associated with a higher psychosocial risk (both for the parents and the children), particularly in the case of births of more than two children.

**Level of consensus: +++**

### 3.3 Psychological consequences of involuntary childlessness

**Statement 3.3-S11**

Long-term changes to the psychosocial situation of couples for whom assisted reproductive treatment was unsuccessful show that the unfulfilled wish to have children often plays a big role in the couple's life. Infertility is perceived by many affected people as a difficult stage in their lives. Most couples cope with the situation over the long term and their psychological wellbeing is no longer affected later on.

In the long term, there is very little difference in the quality of life and life situation between childless people and people who had children with fertility treatment. However, for some of the affected persons, involuntary childlessness remains a life event which repeatedly triggers feelings of regret (e.g., in certain stages of life such as menopause or when people of the same age become grandparents) and may require repeated efforts to adapt.

Involuntary childlessness becomes a constant burden when the capacity to develop new perspectives on life is limited. This capacity is influenced by the individual's psychological predisposition, the course of the infertility crisis, the motives behind the wish to have children, the intensity of the wish to have children, the individual's satisfaction with their partner and the attribution of the cause. Severe social isolation has been found to be an unfavorable prognostic factor.

**Level of consensus: +++**

**Recommendation 3.3-E8**

Couples or women who have remained involuntarily childless should be informed about the largely favorable prognosis in terms of quality of life and partnership but also about possible risk factors (e.g., social isolation) and protective factors (e.g., early development of new life goals and concepts). In cases with an unfavorable course, affected persons should be pointed in the direction of appropriate psychosomatically oriented counseling options.

**Level of consensus: +++**

## 4.1 Diagnostic measures from a psychosomatic point of view

**Statement 4.1-S12**

From a scientific point of view, there are (still) no clear psychological contraindications for assisted reproductive treatment. Individual decisions should be taken based on the couple's reproductive autonomy and following interdisciplinary consultation about the child's best interests.

**Level of consensus: +++**

**Recommendation 4.1-E9**

A first talk and a final discussion should be held with the couple (unless the issue affects a single woman wanting to have a child; cf. Section 4.3.5).

Psychosomatically oriented counseling should be optional with low-threshold availability at every timepoint during medical diagnostic procedures and treatment. Prior to starting treatment with donated gametes or donated/adopted embryos, the couple or individual must be offered psychosomatic counseling. Whether or not the offer of counseling is taken up must be recorded.

Counseling should also be available to couples/individuals who have not (yet) started or are no longer receiving assisted reproductive treatment. In principle, psychosomatically oriented diagnostics must be carried out during the initial discussion (with the couple) (cf. also the German Medical Association 2018):

They should particularly be used in the following situations:

- counseling or accompanying discussions prior to invasive medical procedures (e.g., when switching from IUI to IVF, prior to starting treatment abroad or similar),
- prior to gamete donation or embryo donation/adoption,
- prior to fetocide,
- if the partner has a chronic illness,
- in the event of multiple pregnancy,
- if reproductive medical treatment is unsuccessful (failure to become pregnant, miscarriage or stillbirth), and
- in the final discussion.

**Level of consensus: ++**

## 4.2 Treatment

**Recommendation 4.2-E10**

Medical care provided in the context of infertility treatment must be carried out in accordance with the principles of primary psychosomatic care. Psychosocial aspects must be included more in the treatment of infertility.

Assisted reproductive treatment must allow space for the need for psychosocial counseling. Irrespective of the reproductive medical treatment, low-threshold, psychosomatically oriented counseling must always be available.

The need for counseling increases when using donated gametes (cf. Recommendation E16–E19) or embryos (cf. Recommendation E22).

**Level of consensus: +++**

## 4.3 Counseling and psychotherapy

### Statement 4.3-S13

The limited number of available studies on the effects of psychosocial interventions in subfertile women and men emphasizes the importance of carrying out more high-quality, methodologically sound research into psychosocial counseling and treatment for fertility disorders.

The studies consulted for this review (the majority focused on behavioral therapies and combined treatments) reported predominantly positive effects, with psychosocial interventions reducing the psychological stresses associated with reproductive medical treatment; the studies are, however, inconclusive with regard to increased pregnancy rates in subgroups.

To date, the increasing number of internet-based support programs have also been insufficiently scientifically evaluated.

**Level of consensus: +++**

### Recommendation 4.3-E11

All persons who decide to begin fertility treatment must be given the opportunity to obtain information, explanations and counseling in the sense of emotional support and help to deal with problems.

Counseling services should be independent of treatment and address all women and men, particularly if they have previously had negative experiences of subfertility or had several unsuccessful treatment attempts.

Psychosomatic interventions should primarily aim to provide information, improve psychological wellbeing, and reduce stress.

**Level of consensus: +++**

### 4.3.1 Prevention of fertility disorders

#### Statement 4.3-S14

Older age, overweight, underweight and smoking, sexually transmitted diseases, and eating disorders are all factors with a clear negative impact on fertility.

There are very few controlled studies which can provide proof of the impact of targeted preventive measures.

The general public's knowledge about basic physiological facts regarding fertility and reproduction is generally low.

**Level of consensus: +++**

#### Recommendation 4.3-E12

Information materials on fertility and the diagnosis/treatment of fertility problems must be provided, tailored to the specific target group.

Information on how fertility depends on age and on fertility-related risk factors must be provided.

**Level of consensus: +++**

#### Statement 4.3-S15

People with cancer often have a good survival prognosis after they have completed cancer treatment.

Measures to protect fertility may include cryopreservation of oocytes, pronuclear stage oocytes, embryos and ovarian tissue, sperm cells and testicular tissue and the administration of GnRH analogs.

The German Fertiprotekt network can be contacted for information materials; it records measures carried out to protect fertility in Germany.

**Level of consensus: +++**

#### Recommendation 4.3-E13

All patients of reproductive age affected by cancer, children and their parents must be offered biological and psychosocial counseling about fertility protection early on.

Affected patients should be provided with low-threshold information about the options and limits to fertility protection both orally and in writing (e.g., "blue guidebooks") to make it possible for them to make decisions based on informed consent.

**Level of consensus: +++**

### 4.3.2 Older couples wanting to have children

#### Statement 4.3-S16

From a psychological point of view, there are a number of benefits of late parenthood, although the medical risks of motherhood after the age of 40 and fatherhood after the age of 50 should not be underestimated.

Counseling which also takes the child's wellbeing into account should actively address the psychosocial risks for medium-term and long-term child development and family development (including for children who have already been born) associated with late parenthood.

This counseling service covers all treatment options for late parenthood and the creation of families using donated gametes or donated/adopted embryos. Psychosomatically oriented counseling services should also explicitly address the partner, where applicable.

**Level of consensus: +++**

#### Recommendation 4.3-E14

Before embarking on late parenthood, women and men must be given the opportunity to obtain comprehensive and differentiated information, explanations, and counseling about the chances and risks from a medical and a psychosocial standpoint.

They should have low-threshold access to psychosomatically oriented counseling already before commencing ART (as well as during and after starting a family).

Cryopreservation of gametes to start a family at a later point in time should be recorded by a central agency (e.g., FertiProtekt or DIR).

**Level of consensus: +++**

## 5 Reproductive medicine for couples with migration background

### Statement 5-S17

While many couples have personal and partner-related reasons for wanting to have children, the wish to have children expressed by couples from especially pronatalist countries is often also strongly influenced by social motives.

The pressures on many couples with a migration background when a desired and expected pregnancy does not occur appears to be particularly high and may lead to increased psychological stress for both partners.

Level of consensus: +++

### Recommendation 5-E15

Before giving detailed explanations about the course of reproductive medical treatments, the treating physician should get an overview of the respective couple's existing knowledge of biological processes and sexuality.

Couples with a migration background should also be informed in detail about the causes of infertility to help to reduce at least part of the possibly existing feelings of guilt and shame associated with involuntary childlessness.

When providing advice about subfertility and information about medical reproductive treatment, specific culturally sensitive approaches should be used, which take account of social and cultural aspects when interacting with subfertile women or couples with a migration background.

Although it is important to be aware of the specific cultural and religious considerations of the couple, the treating physician should be impartial when describing all the treatment options and ask questions which invite the couple to present their personal perspectives, concerns, and questions.

In many cases there may be problems communicating with immigrant women and their partners because of language barriers. Centers of reproductive medicine should therefore have appropriate information materials in different languages and, if necessary, also insist on involving an interpreter. Using laypersons as interpreters should be avoided if possible.

Level of consensus: +++

## 6 Starting a family with third party help

### Statement 6-S18

There are no indications for adverse developments in children conceived with donated sperm and growing up in heterosexual families, as long as these children are informed about the conception and the sperm donation was not anonymous.

In Germany, persons conceived with donated sperm have the right to learn about their genetic origin.

Level of consensus: +++

### Recommendation 6-E16

Children should be given age-appropriate explanations early on (when they are still of preschool age), not least because this avoids having difficult family secrets with potential betrayals of confidence within the family.

If contacts between the child and the donor and/or half-siblings are planned, all persons involved should be able to attend psychosomatically oriented counseling to suitably prepare themselves, and such contacts should be accompanied by counseling, if required.

Level of consensus: +++

### Statement 6-S19

The motivation of lesbian couples to become parents does not differ much from that of heterosexual couples. Lesbian couples face the task of deciding about who will be the mother and the importance of the donor/genetic procreator for their future family.

Children in lesbian families develop normally, and their psychosexual development is also unremarkable.

Level of consensus: ++

### Recommendation 6-E17

Children born to lesbian parents should be informed about how they were conceived early on and, if they want to, be able to meet with the donor/genetic procreator, irrespective of whether their parents' treatment was carried out in the form of medically assisted conception, privately, or abroad.

Level of consensus: ++

### Statement 6-S20

There is very little data available on families born to single women who had fertility treatment. Initial studies indicate that the children of these solo mums develop just as well as those growing up with two parents and that solo mums also have no distinctive characteristics. However, there are still no conclusive long-term studies.

Level of consensus: +++

### Recommendation 6-E18

The special counseling needs of solo mums in terms of psychosocial care, safeguarding and the child's legal position should be considered.

Level of consensus: +++

### Statement 6-S21

Insemination with the sperm of a man known to the would-be parents changes traditional and genetic family relationships.

There is no scientific knowledge available, particularly about the long-term effects of this approach to create a family.

Level of consensus: +++

### Recommendation 6-E19

All persons involved in this type of family creation must be offered comprehensive psychosomatically oriented counseling.

Level of consensus: ++



**Statement 6-S22**

Studies have shown that men are prepared to donate sperm even if they can be identified to the children conceived in this manner. Because of the provisions of the German Sperm Donor Registry Act, men who donate sperm for medically assisted conception procedures are no longer liable for child support or similar.

Level of consensus: +++

**Recommendation 6-E20**

Men who donate sperm for medically assisted conception procedures must be informed about the legal regulations, particularly about the child's right of information and the possibility that the child could contact them.

They must also be informed about the possible consequences of DNA tests and gene databases.

Level of consensus: +++

**Statement 6-S23**

Co-parenting is a type of family about which there is very limited empirical evidence and no scientific information.

Level of consensus: +++

**Recommendation 6-E21**

Persons involved in co-parenting families should obtain detailed advice beforehand about all (potential) implications (including about who the legal parents are).

Level of consensus: +++

**Statement 6-S24**

According to currently available studies, children conceived by embryo donation/adoption develop normally.

Level of consensus: +++

**Recommendation 6-E22**

Children conceived by embryo donation/adoption should be given an age-appropriate explanation early on and have the right to know about their origin.

Psychosomatically oriented counseling must be offered to both the donating parent and the parent accepting the donation. As with families created with the help of donated gametes, all persons involved should have low-threshold access to psychosocial support before there is any contact between the child (and their family) and the donor (and their family).

Level of consensus: ++

**Statement 6-S25**

According to prospective comparative studies, the development of children conceived by oocyte donation is unremarkable and does not differ from that of children conceived spontaneously or with conventional ART, and they generally have a stable parent-child bond. Long-term studies are not available.

Level of consensus: +++

**Recommendation 6-E23**

Children conceived by oocyte donation must have the right to know about their origins and should be given age-appropriate explanations early on.

As with all types of families created by gamete donation or embryo donation/adoption, the persons involved should have access to psychosomatically oriented support before there is any contact between the child (and their family) and the donor (and their family).

Level of consensus: +++

**Statement 6-S26**

Existing studies show that children born to surrogate mothers under legally regulated conditions develop normally. Just like children born by gamete donation or embryo donation/adoption, they are interested in their surrogate mother and should therefore be able to contact them.

According to the limited studies available, this type of family does not appear to be problematic, including for the surrogate mother herself, her children and the would-be parents, if the family was created under legally regulated conditions.

Long-term studies are not available.

Level of consensus: +++

**Recommendation 6-E24**

Children born to surrogate mothers should be given an age-appropriate explanation early on.

Level of consensus: +++

## 7 Gender incongruence and fertility

**Statement 7-S27**

Many trans people want to have children at some time in their life.

Some trans people seek to change their body in accordance with their gender identity, using hormone treatments and/or surgery.

Most hormone treatments and particularly gender reassignment surgery may limit or result in an irreversible loss of reproductive capacity.

The (long-term) effects of gender reassignment hormone treatment on fertility are not clear.

There are no indications of any threats to the wellbeing of a child growing up with a trans parent.

Level of consensus: +++

**Recommendation 7-E25**

Trans people should have access to all available options for reproductive medical treatment.

Before starting gender reassignment treatment, all trans people must be advised about the possible impact on fertility and the options to protect fertility and have a family.

Trans men who keep their reproductive organs should be advised about contraception.

Children who are conceived after gender reassignment should be informed both about the reasons, type and circumstances of conception and about their parents' gender identity in an age-appropriate manner. Interactions should be respectful and the trans person's preferred pronouns should be used. Gender-neutral terms should be used during medical consultations and/or treatment.

Medical staff should be trained to understand the special concerns of trans patients.

Level of consensus: ++

**8 Reproductive medical treatment abroad****Statement 8-S28**

There is almost no scientific data available on couples and individuals who travel abroad for subfertility treatment. Descriptions of individual cases and clinical experience, however, show that there is great demand for medical, legal and psychosocial counseling among these couples.

Level of consensus: ++

**Recommendation 8-E26**

Couples and individuals who intend to undergo subfertility procedures abroad that are forbidden in Germany should be able to fall back on both medical and psychosocial counseling in Germany. It is therefore necessary that such counseling is not subject to prosecution.

Would-be parents should be made aware of the different legislation respecting subfertility treatment abroad and the implications of that for creating a family.

Level of consensus: ++

**9 Media offering information and advice****Statement 9-S29**

Information materials about the course and the technical aspects of fertility treatment probably help affected persons to cope with infertility and fertility treatment. Such information may be provided in the form of brochures or educational films but also online. The efficacy of these forms of psychosocial intervention should be evaluated.

Level of consensus: +++

**Recommendation 9-E27**

Up-to-date easy-access and low-threshold information on coping with infertility and infertility treatments should be available to all persons wanting to have children.

Treating physicians should be made aware of the advantages of the internet (e.g., low-threshold availability of national and international guidelines and information portals) and its downsides (e.g., few opportunities to validate other information).

Level of consensus: +++

**10 Self-help groups****Recommendation 10-E28**

Even though currently no scientific evaluations of the efficacy of self-help groups for subfertile/infertile persons wanting to have children are available, couples/individuals should be informed about such psychosocial offers of support and the relevant places to contact.

Level of consensus: +++

**Conflict of Interest**

The conflicts of interest of all of the authors are listed in the long version of this guideline.

**References**

The literature is listed in the long version of this guideline.

# Deutsche Version

## I Leitlinieninformationen

### Leitlinienprogramm der DGGG, OEGGG und SGGG

Informationen hierzu finden Sie am Ende der Leitlinie.

### Zitierweise

Psychosomatically Oriented Diagnostics and Therapy for Fertility Disorders. Guideline of the DGPF (S2k-Level, AWMF Registry Number 016/003, December 2019). Geburtsh Frauenheilk 2021; 81: 749–768

### Leitliniendokumente

Die vollständige Langfassung und eine DIA-Version dieser Leitlinien sowie eine Aufstellung der Interessenkonflikte aller Autoren befinden sich auf der Homepage der AWMF: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/016-003.html>

### Leitliniengruppe

Siehe ▶ **Tab. 1** und **2**.

▶ **Tab. 1** Federführender und/oder koordinierender Leitlinienautor.

Autor	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Tewes Wischmann (federführend)	Deutsche Gesellschaft für Psychomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPF)
Prof. Dr. med. Heribert Kentenich	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e. V. (DGGEF)

▶ **Tab. 2** Beteiligte Leitlinienautoren/innen bzw. Mandatsträger/innen.

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/Organisation/Verein
PD Dr. Ada Borkenhagen*	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
Prof. Dr. Matthias David*	–
Dr. Almut Dorn*	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Prof. Dr. Christoph Dorn*	–
Dr. Friedrich Gagsteiger	Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Dr. Maren Goeckenjan	Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM)
Prof. Dr. Heribert Kentenich*	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF)
Prof. Dr. Annika Ludwig*	–
Dipl.-Psych. Anne Meier-Credner	Verein Spenderkinder
Michelle Röhrig	Endometriose-Vereinigung
Dr. Dipl.-Psych. Ingrid Rothe-Kirchberger	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
M. Sc. Psych. Maren Schick*	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Prof. Dr. Stefan Siegel	Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW)
Dr. Andreas Tandler-Schneider	Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ)
Dr. Petra Thorn*	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)
Dr. Anna Julka Weblus*	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Prof. Dr. Tewes Wischmann*	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF)

\* Autor/in der Langfassung des Leitlinientextes.

Die Moderation der Leitlinie wurde dankenswerterweise von Frau Dr. Monika Nothacker (AWMF-zertifizierte Leitlinienmoderatorin) übernommen.

## II Leitlinienverwendung

### Fragestellung und Ziele

Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen haben die letzten Jahre europaweit zahlenmäßig immer mehr zugenommen. Die psychosozialen und psychosomatischen Aspekte von Fertilitätsstörungen stehen zunehmend im Fokus wissenschaftlicher Forschung, sie werden im Alltag hingegen kaum bzw. nicht adäquat berücksichtigt. Aus diesen Gründen ist eine Aktualisierung der AWMF-Leitlinie 016-003 (von 2014) in 2019/2020 erfolgt.

Ziel der Leitlinie ist es, aufgrund der aktuellen Literatur sowie von Expertenmeinungen Empfehlungen zu geben, um eine optimale psychosomatisch orientierte Betreuung von Frau und Mann (sowie dem Paar insgesamt) bei (unerfülltem) Kinderwunsch zu ermöglichen. Diese Betreuung betrifft die Phasen der Diagnostik, einer möglichen Therapie, die Erwägung von alternativen Perspektiven sowie die erfolgreiche Bewältigung der Fertilitätsstörung als Krise.

### Versorgungsbereich/Patientenzielgruppe

Alle Frauen, Männer sowie Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit in ihrem reproduktiven Alter im ambulanten Versorgungssektor.

### Anwenderzielgruppe/Adressaten

Alle Ärzt\*innen aus ambulanter und stationärer Versorgung, die an einer Betreuung und Therapie infertiler Frauen und Männer sowie Paaren mit Kinderwunsch beteiligt sind. Diese sind insbesondere Gynäkolog\*innen, Androlog\*innen, Ärzt\*innen mit Schwerpunkt „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ (Reproduktionsmediziner\*innen). Gleichwertig sind betroffen Psycholog\*innen, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen, Psychiater\*innen, Psychosomatiker\*innen sowie weitere Berater\*innen und Fachkräfte, die in der psychosozialen und psychosomatischen Betreuung von Einzelpersonen sowie von Paaren mit Fertilitätsstörungen beteiligt sind.

### Verabschiedung und Gültigkeitsdauer

Die vorliegende Version 4.0 der Leitlinie wurde in der Konsensuskonferenz am 09.12.2019 verabschiedet. Bei dringendem Bedarf kann eine Leitlinie früher aktualisiert werden, bei weiterhin aktuellem Wissensstand kann ebenso die Dauer auf maximal 5 Jahre verlängert werden (somit maximal gültig bis einschließlich 8. Dezember 2024).

## III Methodik

### Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie wird durch die Vergabe der Stufenklassifikation vorgegeben. Das AWMF-Regelwerk (Version 1.0) gibt entsprechende Regelungen vor. Es wird zwischen der niedrigsten Stufe (S1), der mittleren Stufe (S2) und der

höchsten Stufe (S3) unterschieden. Die niedrigste Klasse definiert sich durch eine Zusammenstellung von Handlungsempfehlungen, erstellt durch eine nicht repräsentative Expertengruppe. Im Jahr 2004 wurde die Stufe S2 in die systematische evidenzrecherchebasierte (S2e) oder strukturelle konsensbasierte Unterstufe (S2k) gegliedert. In der höchsten Stufe S3 vereinigen sich beide Verfahren.

Diese Leitlinie entspricht der Stufe: S2k.

### Empfehlungsgraduierung

Die Evidenzgraduierung nach systematischer Recherche, Selektion, Bewertung und Synthese der Evidenzgrundlage und eine daraus resultierende Empfehlungsgraduierung einer Leitlinie auf S2k-Niveau ist nicht vorgesehen. Es werden die einzelnen Statements und Empfehlungen nur sprachlich – nicht symbolisch – unterschieden (► Tab. 3).

► Tab. 3 Graduierung von Empfehlungen (deutschsprachig).

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	soll/soll nicht
einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	sollte/sollte nicht
offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	kann/kann nicht

### Statements

Sollten fachliche Aussagen nicht als Handlungsempfehlungen, sondern als einfache Darlegung Bestandteil dieser Leitlinie sein, werden diese als „Statements“ bezeichnet. Bei diesen Statements ist die Angabe von Evidenzgraden **nicht** möglich.

### Konsensusfindung und Konsensusstärke

Im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz nach dem NIH Typ (S2k/S3-Niveau) stimmen die berechtigten Teilnehmer der Sitzung die ausformulierten Statements und Empfehlungen ab. Der Ablauf war wie folgt: Vorstellung der Empfehlung, inhaltliche Nachfragen, Vorbringen von Änderungsvorschlägen, Abstimmung aller Änderungsvorschläge. Bei Nichterreichen eines Konsensus (> 75% der Stimmen) Diskussion und erneute Abstimmung. Abschließend wird abhängig von der Anzahl der Teilnehmer die Stärke des Konsensus ermittelt (► Tab. 4).

► Tab. 4 Einteilung zur Zustimmung der Konsensusbildung.

Sym-bolik	Konsensus-stärke	prozentuale Übereinstimmung
+++	starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75–95% der Teilnehmer
+	mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50–75% der Teilnehmer
–	kein Konsens	Zustimmung von < 51% der Teilnehmer

## Expertenkonsens

Wie der Name bereits ausdrückt, sind hier Konsensusentscheidungen speziell für Empfehlungen/Statements ohne vorige systematische Literaturrecherche (S2k) oder aufgrund von fehlenden Evidenzen (S2e/S3) gemeint. Der zu benutzende Expertenkonsens (EK) ist gleichbedeutend mit den Begrifflichkeiten aus anderen Leitlinien wie „Good Clinical Practice“ (GCP) oder „klinischer Konsensuspunkt“ (KKP). Die Empfehlungsstärke graduert sich gleichermaßen wie bereits im Kapitel Empfehlungsgraduierung beschrieben ohne die Benutzung der aufgezeigten Symbolik, sondern rein semantisch („soll“/„soll nicht“ bzw. „sollte“/„sollte nicht“ oder „kann“/„kann nicht“).

## IV Leitlinie

### 1 Definition und Eingrenzung

Die nachfolgenden Leitlinien beziehen sich auf die psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit. Unter Infertilität wird laut WHO das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach mindestens 12 Monaten regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr verstanden. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Entstehung, Verlauf, Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Im Folgenden werden die Begriffe Fertilitätsstörungen bzw. Subfertilität synonym für Sterilität bzw. Infertilität angewendet, da bei den meisten Paaren keine definitive und dauerhafte Infertilität vorliegt.

### 2 Psychosomatische Diagnostik

#### Statement 2.1-S1

Psychopathologische Auffälligkeiten liegen bei Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch nicht gehäuft vor; auch dann nicht, wenn keine organische Ursache für die Kinderlosigkeit festgestellt werden konnte.

Eine verhaltensbedingte – und damit potenziell psychosozial (mit)bedingte – Fertilitätsstörung ist bei 5% bis maximal 10% aller Paare festzustellen.

Für viele Paare stellen das Erleben der Fertilitätsstörung sowie auch die psychischen Auswirkungen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung eine erhebliche emotionale Belastung dar. Dabei erleben sich Frauen und Männer gleichermaßen belastet.

Der direkte Einfluss von Alltagsstress auf eine Fertilitätsstörung bzw. auf den Erfolg einer IVF-/ICSI-Behandlung ist allerdings nach den Ergebnissen größerer Studien und den von Metaanalysen als eher vernachlässigbar zu bezeichnen (s. a. Abschnitt 3.1). Eine Verallgemeinerung dieser Befunde auf nicht in Behandlung befindliche Paare ist nur eingeschränkt möglich (s. AWMF-LL 015-085).

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 2.1-E1

Da ungewollte Kinderlosigkeit in der Regel beide Partner eines Paares belastet, sollte sich ein psychosomatisch orientiertes Beratungsangebot explizit an das Paar mit unerfülltem Kinderwunsch wenden.

Die bisherigen Beratungsangebote sollten erweitert werden, um auch den männlichen Partner, Paare mit Migrationshintergrund sowie alle sozialen Milieus anzusprechen (s. a. Abschnitt 4.1.5).

Diese Beratungsangebote sollten entstigmatisierend und proaktiv angeboten werden sowie niedrigschwellig (finanziell und organisatorisch) zur Verfügung stehen.

In der psychosomatisch orientierten Beratung des Paares sollten auch die Lebensstil- und Verhaltensfaktoren, die sich nachweislich fertilitäts-einschränkend auswirken, proaktiv angesprochen werden.

**Konsensusstärke: +++**

### 3.1 Prognostische Kriterien für das Eintreten von Schwangerschaften bei ungewollt kinderlosen Paaren

#### Statement 3.1-S2

Das Alter der Frau, die Dauer des unerfüllten Kinderwunsches und verhaltensbedingte Faktoren sind wesentliche prognostische Voraussetzungen für den Eintritt einer Schwangerschaft.

Das Eintreten einer Schwangerschaft nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen kann nicht aufgrund allgemeiner oder spezifischer psychosozialer Faktoren (wie z. B. Ängstlichkeit, Depressivität oder spezifische partnerschaftliche Aspekte) vorhergesagt werden.

Psychischer Stress als eine mögliche Folge von Fertilitätsstörungen ist gesichert. Erhöhte Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte können sich durch psychische Belastungen während oder nach erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung ergeben.

Psychischer Stress als ursächlich für Infertilität wird weiterhin diskutiert. Der direkte Einfluss von Alltagsstress auf eine Fertilitätsstörung bzw. auf den Erfolg einer IVF-/ICSI-Behandlung ist als eher vernachlässigbar einzuschätzen (s. a. Abschnitt 2.1).

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 3.1-E2

Die psychosozialen Faktoren sollten im Kontext der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen stärker Berücksichtigung finden und zusätzlich in begleitenden psychosomatisch orientierten Beratungen fokussiert werden.

**Konsensusstärke: +++**

### 3.2 Schwangerschaftsverlauf, Gesundheit der Kinder und Familiendynamik nach erfolgreicher assistierter Reproduktion

#### Statement: 3.2-S3

Das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen ist nach ART gegenüber Spontankonzeption erhöht. Im Verlauf der Schwangerschaft ist mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit einer Präeklampsie (1,5-fach), Placenta praevia (3-fach), Totgeburt (2,5-fach), einem niedrigen Geburtsgewicht (1,7-fach) und einer Wachstumsrestriktion (1,5-fach) zu rechnen.

Als Ursachen für die vermehrten Schwangerschaftskomplikationen und neonatalen Komplikationen werden hauptsächlich die Subfertilität als Hintergrundrisiko, aber auch ein direkter Einfluss der Kinderwunschbehandlung diskutiert.

Mehrlingsschwangerschaften weisen ein hohes Risiko an Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburtlichkeit mit daraus folgenden neonatalen und postnatalen Komplikationen auf. Dies gilt auch für Einlingschwangerschaften nach angelegter Mehrlingsschwangerschaft („vanishing twin“).

Im Vergleich zum Risikofaktor Mehrlingsschwangerschaft scheint die Art der Konzeption ein geringerer Einflussfaktor zu sein, so dass er bei Zwillingschwangerschaften Signifikanz verliert.

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 3.2-E3

Kinderwuschpaare sollen über das erhöhte Risiko von Schwangerschaftsrisiken aufgeklärt werden.

Mehrlingsschwangerschaften sollen nach Möglichkeit vermieden werden, auch wenn es dem expliziten Wunsch des Paares entspricht. Dieses betrifft auch die Problematik des „vanishing twin“.

Über die erhöhten Risiken bei Mehrlingen soll vor Beginn einer Kinderwunschbehandlung eingehend aufgeklärt werden. Paare können dahingehend beraten werden, dass, wenn eine Zwillingschwangerschaft eingetreten ist, die Schwangerschaftsrisiken nicht höher zu sein scheinen als nach Spontankonzeption von Zwillingen.

**Konsensusstärke: +++**

#### Statement 3.2-S4

Das Fehlbildungsrisiko ist nach IVF und ICSI durchschnittlich um das 1,3-Fache erhöht (ca. jede 12. Schwangerschaft) gegenüber Spontankonzeption (ca. jede 15. Schwangerschaft).

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 3.2-E4

Kinderwuschpaare sollen über das erhöhte Fehlbildungsrisiko nach IVF und ICSI aufgeklärt werden.

**Konsensusstärke: +++**

#### Statement 3.2-S5

Die Risiken für eine hypertensive Schwangerschaftserkrankung, eine Frühgeburtlichkeit und ein niedriges Geburtsgewicht sind nach Eizellspende gegenüber einer herkömmlichen IVF-Therapie erhöht.

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 3.2-E5

Über die erhöhten Risiken nach Eizellspende (gegenüber einer herkömmlichen IVF-Therapie) sollte beraten werden und diese sollten bei der Betreuung von Schwangeren nach Eizellspende berücksichtigt werden.

**Konsensusstärke: +++**

#### Statement 3.2-S6

Das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen ist bei Leihmutter-schaft vergleichbar mit der konventionellen ART, aber höher als nach Spontankonzeption.

**Konsensusstärke: +++**

#### Statement 3.2-S7

Kinder nach ART entwickeln sich ähnlich wie spontan konzipierte Kinder, vorausgesetzt, sie werden zeitgerecht und mit normalem Geburtsgewicht geboren. Das Gesamtrisiko für Malignome scheint nach den neueren Studien nicht relevant erhöht zu sein. Eine in einigen Studien gefundene erhöhte neurologische Morbidität scheint am ehesten auf die erhöhte Mehrlingsrate zurückzuführen sein. Trotz einer möglichen leichten Erhöhung des relativen Risikos bleibt das absolute Risiko für das einzelne Kind niedrig.

Die Daten zu kardiovaskulären Risikofaktoren sind aufgrund der geringen Kohortengrößen und der heterogenen Studien vorsichtig zu bewerten. In einigen Studien wurde ein höherer Blutdruck bei Kindern und Jugendlichen nach ART gefunden, während andere dies nicht bestätigten.

Erste Daten zur Pubertätsentwicklung und Surrogatparameter für die Fertilität bei Jungen, die nach einer ICSI konzipiert worden sind, lassen vermuten, dass mit einer schlechteren Fertilität im späteren Leben gerechnet werden muss.

Weitere Daten zur langfristigen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen werden benötigt.

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 3.2-E6

Kinderwuschpaare sollen über die insgesamt niedrigen bisher bekannten absoluten Risiken zu Gesundheit und Entwicklung der (Einlings-)Kinder nach ART aufgeklärt werden.

Aufgrund der erhöhten Risiken der Mehrlingsschwangerschaften, die insbesondere aus der erhöhten Frühgeburtlichkeit der Mehrlinge resultieren, sollen die Paare über diese Risiken aufgeklärt werden.

Das Mehrlingsrisiko nach ART soll minimiert werden („single embryo Transfer“).

**Konsensusstärke: +++**

#### Statement 3.2-S8

Die Kinder nach Gametenspende scheinen sich normal zu entwickeln. Zur psychosozialen Entwicklung von Kindern nach Leihmutter-schaft gibt es bisher noch keine ausreichende Evidenz.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 3.2-E7**

Frauen (und ihren Partnern oder Partnerinnen), die nach Kinderwunschbehandlung einen Abort erlitten haben, sollte eine psychosomatische Unterstützung niedrigschwellig angeboten werden.

**Konsensusstärke: ++**

**Statement 3.2-S9**

Nach einer langen Dauer des unerfüllten Kinderwunsches ist es denkbar, dass eine große Angst um die Schwangerschaft und das Kind besteht. Zudem idealisieren die Paare möglicherweise die Elternschaft und haben somit hohe Ansprüche an sich als Eltern.

Die bestehenden Daten zeigen, dass das Risiko einer postpartalen Depression nach ART nicht erhöht ist. Die Daten zur schwangerschaftsbezogenen Angst sind uneinheitlich. Einige Studien deuten auf eine größere schwangerschaftsbezogene Angst hin, die andere jedoch nicht bestätigen.

**Konsensusstärke: +++**

**Statement 3.2-S10**

Es zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich der Familiendynamik nach assistierter Reproduktion im homologen System im Vergleich zu Spontankonzeption.

Mehrlingselfternschaft kann ein erhöhtes psychosoziales Risiko (sowohl für die Eltern als auch für die Kinder) darstellen, insbesondere bei höhergradigen Mehrlingen.

**Konsensusstärke: +++**

### 3.3 Psychische Folgen ungewollter Kinderlosigkeit

**Statement 3.3-S11**

Die langfristige Entwicklung der psychosozialen Situation von Paaren nach erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung zeigt, dass der unerfüllte Kinderwunsch oft noch eine große Rolle im Leben der Paare spielt. Infertilität wird von vielen Betroffenen als belastende Episode im Leben empfunden. Die meisten Paare bewältigen langfristig die Situation und sind in ihrem psychischen Wohlbefinden später nicht mehr beeinträchtigt.

In der Lebensqualität und der Lebenssituation zwischen Kinderlosen und Personen mit Kindern nach Kinderwunschbehandlung bestehen langfristig nur geringe Unterschiede. Ungewollte Kinderlosigkeit bleibt jedoch für einige Betroffene ein Lebensereignis, welches immer wieder Gefühle des Bedauerns auslöst (z. B. in Lebensphasen wie Klimakterium oder Übergang Gleichaltriger in die Großelternschaft) und erneute Adaptationsleistungen erfordern kann.

Die ungewollte Kinderlosigkeit wird zu einer andauernden Belastung, wenn die Fähigkeiten zur Entwicklung neuer Lebensperspektiven eingeschränkt sind. Diese Fähigkeiten werden von der psychischen Prädisposition sowie dem Verlauf der Infertilitätskrise, den Kinderwunschmotiven und der Kinderwunschintensität, der Partnerschaftszufriedenheit und der Ursachenzuschreibung beeinflusst. Als ungünstiger Prognosefaktor hat sich eine starke soziale Isolierung erwiesen.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 3.3-E8**

Ungewollt kinderlos gebliebene Paare bzw. Frauen sollten über die überwiegend günstige Prognose bezüglich der Lebensqualität und Partnerschaft informiert werden, aber auch über mögliche Risikofaktoren (z. B. soziale Isolierung) und Schutzfaktoren (z. B. frühzeitige Entwicklung neuer Lebensziele und -konzepte). Bei ungünstigen Verläufen sollte auf entsprechende psychosomatisch orientierte Beratungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

**Konsensusstärke: +++**

## 4.1 Diagnostische Maßnahmen aus psychosomatischer Sicht

**Statement 4.1-S12**

Eindeutige psychologische Kontraindikationen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung liegen aus wissenschaftlicher Sicht (noch) nicht vor. Einzelfallentscheidungen sollten auf der Basis der reproduktiven Autonomie des Paares und des Kindeswohls interdisziplinär betrachtet werden.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 4.1-E9**

Das Erst- und das Abschlussgespräch sollten mit dem Paar geführt werden (sofern es sich nicht um eine alleinstehende Frau mit Kinderwunsch handelt; s. Abschnitt 4.3.5).

Psychosomatisch orientierte Beratung sollte fakultativ sein und zu jedem Zeitpunkt der medizinischen Diagnostik und Therapie niedrigschwellig in Anspruch genommen werden können. Vor Behandlung mit Gametenspende bzw. Embryospende/-adoption soll ein psychosomatisches Beratungsangebot erfolgen. Dessen (Nicht-)Inanspruchnahme soll dokumentiert werden.

Das Angebot sollte auch für Paare/Einzelpersonen offenstehen, die sich (noch) nicht oder nicht mehr in reproduktionsmedizinischer Therapie befinden.

Eine psychosomatisch orientierte Diagnostik soll grundsätzlich im Erstgespräch (mit dem Paar) durchgeführt werden (s. a. BÄK 2018):

Weiterhin sollte sie insbesondere in folgenden Situationen eingesetzt werden:

- als Beratungs- bzw. begleitende Gespräche vor invasiven medizinischen Eingriffen (z. B. Übergang von IUI zu IVF, vor einer Behandlung im Ausland o. ä.),
- vor Gametenspende bzw. Embryospende/-adoption,
- vor Fetozid,
- bei chronischer Erkrankung eines Partners,
- bei Mehrlingsschwangerschaft,
- bei erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung
- (Nichteintritt der Schwangerschaft, Fehl- bzw. Totgeburt) sowie
- im Abschlussgespräch.

**Konsensusstärke: ++**

## 4.2 Therapie

### Empfehlung 4.2-E10

Die ärztliche Betreuung im Rahmen der Infertilitätstherapie soll entsprechend der „Psychosomatischen Grundversorgung“ durchgeführt werden. Die psychosozialen Aspekte sollen verstärkt in die Infertilitätsbehandlung mit einbezogen werden.

Bei Maßnahmen der assistierten Reproduktion soll dem psychosozialen Beratungsbedarf Raum gegeben werden. Eine niedrigschwellige psychosomatisch orientierte Beratung soll – unabhängig von der reproduktionsmedizinischen Behandlung – jederzeit ermöglicht werden.

Die Beratungserfordernisse steigen bei der Verwendung von fremden Gameten (s. Empfehlungen E16–E19) bzw. Embryonen (s. Empfehlung E22).

**Konsensusstärke: +++**

## 4.3 Beratung und Psychotherapie

### Statement 4.3-S13

Die wenigen Studien zu den Effekten psychosozialer Interventionen bei subfertilen Frauen und Männern unterstreichen die Notwendigkeit weiterer methodisch hochwertiger Forschung auf dem Gebiet psychosozialer Beratung und Therapie bei Fertilitätsstörungen.

Die aussagekräftigen Studien dieser Übersicht (überwiegend bezogen auf die Verhaltenstherapie und kombinierte Behandlungen) zeigen vorwiegend positive Wirkungen psychosozialer Interventionen auf die Reduktion psychischer Belastungen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung, sind allerdings uneindeutig bezüglich der Erhöhung von Schwangerschaftsraten in Subgruppen.

Auch für das wachsende Angebot an internetbasierten Unterstützungsprogrammen fehlt bisher eine ausreichende wissenschaftliche Evaluierung.

**Konsensusstärke: +++**

### Empfehlung 4.3-E11

Alle Personen, die sich für eine Kinderwunschbehandlung entscheiden, sollen die Möglichkeit zur Information, Aufklärung und Beratung im Sinne emotionaler Unterstützung und Hilfe bei der Problembewältigung erhalten.

Ein behandlungsunabhängiges Beratungsangebot sollte sich an alle Frauen und Männer richten, insbesondere bei früheren negativen Erfahrungen mit der Subfertilität oder mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen.

Die psychosomatischen Interventionen sollten primär auf die Vermittlung von Informationen, eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und eine Reduktion von Stress abzielen.

**Konsensusstärke: +++**

## 4.3.1 Prävention von Fertilitätsstörungen

### Statement 4.3-S14

Höheres Alter, Übergewicht, Untergewicht und Rauchen, sexuell übertragbare Krankheiten sowie Essstörungen gehören zu den Faktoren mit eindeutig negativem Einfluss auf die Fertilität.

Bislang gibt es kaum kontrollierte Studien, die den Einfluss gezielter präventiver Maßnahmen belegen können.

Das Wissen um grundlegende physiologische Fakten zur Fertilität und Reproduktivität in der Allgemeinbevölkerung ist als gering einzuschätzen.

**Konsensusstärke: +++**

### Empfehlung 4.3-E12

Informationsmaterialien zur Fertilität sowie zu Diagnostik/Therapie von Fertilitätsproblemen sollen zielgruppenspezifisch bereitgestellt werden.

Eine Aufklärung über die Altersabhängigkeit der Fertilität und fertilitätsbezogene Risikofaktoren soll erfolgen.

**Konsensusstärke: +++**

### Statement 4.3-S15

Menschen mit Krebserkrankungen haben oft eine gute Überlebensprognose nach Abschluss der Krebsbehandlung.

Maßnahmen der Fertilitätsprotektion können Kryokonservierung von Eizellen, Vorkernstadien, Embryonen und Eierstockgewebe, Samenzellen und Hodengewebe sein sowie die Gabe von GnRH-Analoga.

Das Netzwerk „Fertiprotekt“ hält Materialien zur Information bereit und erfasst die durchgeführten Maßnahmen zur Fertilitätsprotektion in Deutschland.

**Konsensusstärke: +++**

### Empfehlung 4.3-E13

Allen von einer Krebserkrankung betroffenen Patientinnen/Patienten im reproduktiven Alter, Kindern sowie deren Eltern soll frühzeitig eine Beratung zur Fertilitätsprotektion auf bio-psychosozialer Grundlage angeboten werden.

Informationen zu den Möglichkeiten und den Grenzen der Fertilitätsprotektion sollten den betroffenen Patientinnen und Patienten mündlich und schriftlich (z. B. „Die blauen Ratgeber“) niedrigschwellig zur Verfügung gestellt werden, um eine Entscheidungsfindung im Sinne eines „informed consent“ zu ermöglichen.

**Konsensusstärke: +++**



### 4.3.2 Kinderwunsch bei später Elternschaft

#### Statement 4.3-S16

Aus psychologischer Sicht können Vorteile bei später Elternschaft identifiziert werden, während die medizinischen Risiken einer Mutterschaft ab dem 40. Lebensjahr bzw. einer Vaterschaft ab dem 50. Lebensjahr nicht unterschätzt werden sollten.

Eine auch am Kindeswohl orientierte Beratung sollte die psychosozialen Risiken für die mittel- und langfristige Kindes- und Familienentwicklung (auch bereits geborener Kinder) bei später Elternschaft aktiv thematisieren.

Dieses Beratungsangebot betrifft alle Behandlungsmöglichkeiten bei spätem Kinderwunsch und die Familienbildung mit Gametenspende bzw. Embryonenspende/-adoption. Dieses psychosomatisch orientierte Beratungsangebot sollte sich explizit auch an die Partner – sofern vorhanden – richten.

Konsensusstärke: +++

#### Empfehlung 4.3-E14

Frauen und Männer vor später Elternschaft sollen die Möglichkeit zur umfassenden und differenzierten Information, Aufklärung und Beratung bezüglich der Chancen und der Risiken von medizinischer wie auch psychosozialer Seite erhalten.

Sie sollten niedrigschwellig bereits vor Inanspruchnahme von ART psychosomatisch orientierte Beratung aufsuchen können (auch während bzw. nach erfolgter Familienbildung).

Die Inanspruchnahme einer Kryokonservierung von Gameten zur späteren Familienbildung sollte zentral (z. B. FertiProtekt bzw. DIR) dokumentiert werden.

Konsensusstärke: +++

## 5 Paare mit Migrationshintergrund in der Reproduktionsmedizin

#### Statement 5-S17

Während viele Paare selbst- und partnerbezogene Motive für den Kinderwunsch erkennen lassen, ist der Kinderwunsch von Paaren aus besonders pronatalistisch geprägten Ländern oft zusätzlich stark von sozialen Motiven geprägt.

Der Druck, der auf vielen Paaren mit Migrationshintergrund lastet, sollte sich eine erwünschte und erwartete Schwangerschaft nicht einstellen, scheint besonders groß zu sein und kann zu verstärkter psychischer Belastung beider Partner führen.

Konsensusstärke: +++

#### Empfehlung 5-E15

Vor genauen Erläuterungen der Abläufe reproduktionsmedizinischer Maßnahmen sollte sich der/die behandelnde Arzt/Ärztin einen Überblick über das vorhandene Wissen des jeweiligen Paares zu biologischen Abläufen und Sexualität verschaffen.

Auch Paare mit Migrationshintergrund sollten detailliert über die Ursachen von Kinderlosigkeit informiert werden, um zumindest einen Teil möglicherweise vorhandener Schuld- und Schamgefühle in Zusammenhang mit ungewollter Kinderlosigkeit abzubauen zu helfen.

In der Subfertilitätsberatung und der Aufklärung über reproduktionsmedizinische Behandlungsmöglichkeiten sollten spezifische Herangehensweisen sowie kultursensitive Ansätze genutzt werden, um sozialen und kulturellen Besonderheiten im Umgang mit von Subfertilität betroffenen Migrantinnen bzw. Paaren mit Migrationshintergrund gerecht zu werden.

Obwohl es wichtig ist, sich über kulturelle und religiöse Besonderheiten der Paare im Klaren zu sein, sollte man als Behandelnder vorweggenommen alle Behandlungsmöglichkeiten darstellen und das Gegenüber durch Fragen dazu auffordern, die persönliche Sichtweise, Bedenken und Fragen darzulegen.

Wegen der nicht selten vorhandenen sprachlichen Verständigungsprobleme mit Migrantinnen und ihren Partnern sollten reproduktionsmedizinische Zentren über entsprechende Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen verfügen und ggf. auch auf die Hinzuziehung von Dolmetscher/inne/n bestehen. Auf die Nutzung von Laien als Dolmetscher/innen sollte wenn möglich verzichtet werden.

Konsensusstärke: +++

## 6 Familienbildung mithilfe Dritter

#### Statement 6-S18

Es gibt keine Hinweise auf eine nachteilige Entwicklung von Kindern, die mithilfe einer donogenen Insemination gezeugt wurden und in heterosexuellen Familien aufwachsen, sofern diese Kinder über die Konzeption aufgeklärt wurden und die Samenspende nicht anonym erfolgt war.

Mit Samenspende in Deutschland gezeugte Personen haben das Recht, Kenntnis über ihre genetische Herkunft zu erlangen.

Konsensusstärke: +++

#### Empfehlung 6-E16

Eine frühzeitige altersgerechte Aufklärung der Kinder (im Kindergartenalter) sollte erfolgen, nicht zuletzt, um ein belastendes Familiengeheimnis und einen Vertrauensbruch innerhalb der Familie zu vermeiden.

Im Rahmen des Kontaktes zwischen Kind und Spender und/oder Halbgeschwister sollten die Beteiligten eine psychosomatisch orientierte Beratung wahrnehmen können, um sich angemessen vorbereiten und diesen Kontakt bei Bedarf begleiten lassen zu können.

Konsensusstärke: +++

#### Statement 6-S19

Die Motivation zur Elternschaft von lesbischen Paaren unterscheidet sich kaum von heterosexuellen Paaren. Lesbische Paare sind vor die Aufgabe gestellt, die Mutterschaft und die Bedeutung des Spenders/genetischen Erzeugers für die zukünftige Familie zu bestimmen.

Die Entwicklung von Kindern in lesbischen Familien ist unauffällig, auch deren psychosexuelle Entwicklung.

Konsensusstärke: ++

#### Empfehlung 6-E17

Kinder lesbischer Eltern sollten frühzeitig über ihre Zeugungsgeschichte aufgeklärt werden und bei Interesse den Spender/genetischen Erzeuger kennenlernen können, unabhängig davon, ob die Eltern die Behandlung im medizinischen, im privaten System oder im Ausland durchgeführt haben.

Konsensusstärke: ++

**Statement 6-S20**

Zur Familienentwicklung bei alleinstehenden Frauen nach Kinderwunschbehandlung gibt es zurzeit nur wenige Daten. Erste Studien deuten an, dass sich die Kinder dieser „Solo-Mütter“ ebenso gut entwickeln wie diejenigen, die mit einem Elternpaar aufwachsen, und dass auch die „Solo-Mütter“ keinerlei Auffälligkeiten aufzeigen. Aussagekräftige Langzeitstudien stehen jedoch noch aus.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 6-E18**

Bei „Solo-Müttern“ sollte der besondere Beratungsbedarf bezüglich psychosozialer Versorgung, Absicherung und rechtlicher Situation des Kindes beachtet werden.

**Konsensusstärke: +++**

**Statement 6-S21**

Die Befruchtung mit dem Samen eines den Wunscheltern bekannten Mannes verändert die traditionellen und genetischen Verwandtschaftsverhältnisse. Wissenschaftliche Erkenntnisse vor allem der langfristigen Auswirkungen dieser Form der Familienbildung liegen nicht vor.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 6-E19**

Ein Angebot einer ausführlichen psychosomatisch orientierten Beratung aller Beteiligten bei dieser Form der Familienbildung soll erfolgen.

**Konsensusstärke: ++**

**Statement 6-S22**

Studiendaten zeigen auf, dass Männer bereit sind, Samen zu spenden, auch wenn sie für die so gezeugten Kinder identifizierbar sind. Aufgrund der Regelungen des Samenspenderregistergesetzes können Männer, die im medizinischen System spenden, nicht mehr für Unterhaltszahlungen o. ä. herangezogen werden.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 6-E20**

Männer, die im medizinischen System spenden, sollen über die gesetzlichen Regelungen, insbesondere über das Auskunftsrecht des Kindes sowie dessen mögliche Kontaktaufnahme informiert werden. Auch sollen sie über die möglichen Konsequenzen aufgeklärt werden, die DNA-Testverfahren und Gendatenbanken bieten.

**Konsensusstärke: +++**

**Statement 6-S23**

Co-Elternschaft ist eine Familienform, für die bislang kaum Erfahrungswerte und keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 6-E21**

Die Beteiligten bei Familienbildung im Sinne der Co-Elternschaft sollten sich im Vorfeld zu allen (potenziellen) Implikationen ausführlich beraten lassen (auch zur juristischen Zuordnung der Elternschaft).

**Konsensusstärke: +++**

**Statement 6-S24**

Die bisher vorliegenden Studien zeigen bei Kindern nach Embryonenspende/-adoption eine unauffällige Entwicklung.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 6-E22**

Kinder nach Embryonenspende/-adoption sollten frühzeitig altersgerecht aufgeklärt werden und das Recht auf Kenntnis ihrer Abstammung umsetzen können.

Eine psychosomatisch orientierte Beratung sowohl der abgebenden als auch der annehmenden Eltern soll angeboten werden. Wie bei Familienformen nach Gametenspende sollten die Beteiligten vor einer Kontaktaufnahme zwischen Kind (und Familie) und Spender/in (und Familie) auf eine psychosoziale Begleitung niedrigschwellig zurückgreifen können.

**Konsensusstärke: ++**

**Statement 6-S25**

Nach prospektiven Vergleichsstudien entwickeln sich Kinder nach Eizellspende ähnlich unauffällig wie Kinder nach Spontankonzeption bzw. konventioneller ART und haben in der Regel eine stabile Eltern-Kind-Bindung. Langfristige Studien stehen noch aus.

**Konsensusstärke: +++**

**Empfehlung 6-E23**

Kinder nach Eizellspende sollen das Recht auf Kenntnis ihrer Abstammung umsetzen können und sollten frühzeitig altersgerecht aufgeklärt werden.

Wie bei allen Familienformen nach Gametenspende bzw. Embryonenspende/-adoption sollten die Beteiligten vor einer Kontaktaufnahme zwischen Kind (und Familie) und Spender/in (und Familie) auf eine psychosomatisch orientierte Begleitung zurückgreifen können.

**Konsensusstärke: +++**

**Statement 6-S26**

Die vorliegenden Studien weisen für Kinder nach Leihmutterschaft unter gesetzlich geregelten Bedingungen eine unauffällige Entwicklung auf. Sie haben, wie auch Kinder nach Gametenspende bzw. Embryonenspende/-adoption, Interesse an der Leihmutter, daher sollte dieser Kontakt möglich sein.

Auch für die Leihmutter selbst, ihre Kinder und die Wunscheltern, so die wenigen Studien, scheint diese Familienform dann nicht mit Problemen behaftet zu sein, wenn sie unter regulierten Bedingungen stattfindet. Langfristige Studien stehen noch aus.

**Konsensusstärke: +++**

#### Empfehlung 6-E24

Kinder nach Leihmutterchaft sollten frühzeitig altersgerecht aufgeklärt werden.

Konsensusstärke: +++

## 7 Geschlechtsinkongruenz und Fertilität

#### Statement 7-S27

Viele Transpersonen haben im Laufe des Lebens einen Kinderwunsch. Einige Transpersonen streben eine körperliche Veränderung entsprechend der Geschlechtsidentität mittels hormoneller und/oder operativer Behandlung an.

Die meisten hormonellen und vor allem die operativen geschlechtsangleichenden Therapieoptionen bringen eine Einschränkung oder einen zum Teil irreversiblen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit mit sich.

Die (Langzeit-)Effekte der geschlechtsangleichenden hormonellen Behandlung auf die Fertilität sind unklar.

Es gibt keinen Hinweis auf eine Gefährdung des Wohlergehens der Kinder, die mit einem Transelternteil aufwachsen.

Konsensusstärke: +++

#### Empfehlung 7-E25

Transpersonen sollten Zugang zu allen Behandlungsoptionen der Reproduktionsmedizin haben.

Vor dem Beginn einer geschlechtsangleichenden Behandlung sollen alle Transpersonen bezüglich der möglichen Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit und über Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion und der Familienbildung beraten werden.

Bei Transmännern, die ihre reproduktiven Organe behalten, sollte eine Beratung bezüglich der Kontrazeption erfolgen.

Kinder, die nach Geschlechtsangleichung gezeugt werden, sollten sowohl über die Gründe, Art und Umstände der Zeugung als auch über die Geschlechtsidentität der Eltern altersgerecht informiert werden.

Es sollte ein wertschätzender Umgang mit Verwendung der gewünschten Anrede gepflegt werden. Im Rahmen von medizinischen Beratungen und/oder Behandlungen sollten geschlechtsneutrale Begriffe verwendet werden.

Medizinisches Personal sollte im Hinblick auf spezielle Belange von Transpatientinnen und Transpatienten geschult werden.

Konsensusstärke: ++

## 8 Reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland

#### Statement 8-S28

Es liegen bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zu Paaren und Individuen vor, die sich einer Subfertilitätsbehandlung im Ausland unterziehen. Einzelfallbeschreibungen und klinische Erfahrungen zeigen jedoch auf, dass diese Paare einen hohen medizinischen, juristischen und psychosozialen Beratungsbedarf haben.

Konsensusstärke: ++

#### Empfehlung 8-E26

Paare und Individuen, die eine in Deutschland verbotene Subfertilitätsbehandlung im Ausland beabsichtigen, sollten sowohl auf medizinische als auch psychosoziale Beratung in Deutschland zurückgreifen können. Daher ist es erforderlich, dass diese Beratung straffrei durchgeführt werden kann.

Wunscheltern sollten auf die unterschiedlichen juristischen Regelungen zur Subfertilitätsbehandlung im Ausland und deren Implikationen für die Familienbildung hingewiesen werden.

Konsensusstärke: ++

## 9 Medien zur Information und Aufklärung

#### Statement 9-S29

Informationsmaterialien über den Ablauf und die technischen Aspekte der Kinderwunschbehandlung helfen wahrscheinlich bei der Bewältigung der Infertilität und der Kinderwunschbehandlung. Diese Informationen können in Form von Broschüren oder Aufklärungsfilmern, aber auch in Online-Angeboten vermittelt werden. Die Effektivität dieser Formen psychosozialer Intervention sollte evaluiert werden.

Konsensusstärke: +++

#### Empfehlung 9-E27

Informationen zur Bewältigung der Infertilität und der Kinderwunschbehandlung sollten in aktueller Form allen Personen mit Kinderwunsch niedrigschwellig zur Verfügung gestellt werden.

Von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sollte auf die Vorzüge des Internet (z. B. niedrigschwellige Verfügbarkeit nationaler und internationaler Leitlinien und Informationsportale) und dessen Nachteile (z. B. kaum Möglichkeiten zur Validierung anderer Informationen verfügbar) hingewiesen werden.

Konsensusstärke: +++

## 10 Selbsthilfegruppen

#### Empfehlung 10-E28

Auch wenn zurzeit keine wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei unerfülltem Kinderwunsch vorliegt, sollten Paare/Individuen über dieses psychosoziale Unterstützungsangebot und entsprechende Anlaufstellen informiert werden.

Konsensusstärke: +++

### Interessenkonflikt

Die Interessenkonflikte der Autoren sind in der Langfassung der Leitlinie aufgelistet.

### Literatur

Die Literatur ist der Langversion zu entnehmen.

## Guideline Program

### Editors

#### Leading Professional Medical Associations



**German Society of Gynecology and Obstetrics  
(Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie  
und Geburtshilfe e. V. [DGGG])**

Head Office of DGGG and Professional Societies  
Jägerstraße 58–60, DE-10117 Berlin  
info@dggg.de  
<http://www.dggg.de/>

#### President of DGGG

Prof. Dr. med. Anton Scharl  
Direktor der Frauenkliniken  
Klinikum St. Marien Amberg  
Mariahilfbergweg 7, DE-92224 Amberg  
Kliniken Nordoberpfalz AG  
Söllnerstraße 16, DE-92637 Weiden

#### DGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann  
Universitätsklinikum Erlangen, Frauenklinik  
Universitätsstraße 21–23, DE-91054 Erlangen

Prof. Dr. med. Erich-Franz Solomayer  
Universitätsklinikum des Saarlandes  
Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin  
Kirrberger Straße, Gebäude 9, DE-66421 Homburg

#### Guidelines Coordination

Dr. med. Paul Gaß, Christina Meixner  
Universitätsklinikum Erlangen, Frauenklinik  
Universitätsstraße 21–23, DE-91054 Erlangen  
leitlinien@dggg.de  
<http://www.dggg.de/leitlinienstellungennahmen>

Stand: Dezember 2020



**Austrian Society of Gynecology and Obstetrics  
(Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie  
und Geburtshilfe [OEGGG])**

Frankgasse 8, AT-1090 Wien  
stephanie.leutgeb@oeggg.at  
<http://www.oeggg.at>

#### President of OEGGG

PD Dr. med. Gunda Pristauz-Telsnigg  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Klinische Abteilung für Gynäkologie  
Auenbruggerplatz 14, AT-8036 Graz

#### OEGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Karl Tamussino  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz  
Auenbruggerplatz 14, AT-8036 Graz

Prof. Dr. med. Hanns Helmer  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien  
Währinger Gürtel 18–20, AT-1090 Wien



**Swiss Society of Gynecology and Obstetrics  
(Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie  
und Geburtshilfe [SGGG])**

Gynécologie Suisse SGGG  
Altenbergstraße 29, Postfach 6, CH-3000 Bern 8  
sekretariat@sggg.ch  
<http://www.sggg.ch/>

#### President of SGGG

Dr. med. Irène Dingeldein  
Längmatt 32, CH-3280 Murten

#### SGGG Guidelines Representatives

Prof. Dr. med. Daniel Surbek  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
Geburtshilfe und feto-maternale Medizin  
Inselspital Bern  
Effingerstraße 102, CH-3010 Bern

Prof. Dr. med. René Hornung  
Kantonsspital St. Gallen, Frauenklinik  
Rorschacher Straße 95, CH-9007 St. Gallen