

Leitlinienprogramm

Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



Österreichische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)



**Diagnostik und Therapie vor einer assistierten
reproduktionsmedizinischen Behandlung –
Anlage 1**

AWMF-Registernummer

015/085

Leitlinienklasse

S2k

Stand

Februar 2019

Version

1.0

In Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
e.V. (AWMF)



Anlage 1

Kommentare der universitären Reproduktionsmedizinischen Zentren (URZ):

Textteile „Die aktuellste Cochrane-Analyse konnte keine randomisierten und kontrollierten Studien für eine Meta-Analyse einschließen, so dass aktuell nur Beobachtungsstudien und retrospektive Studien vorliegen und ein Vorteil der Septumdissektion zur Verbesserung der SSR nicht nachgewiesen werden kann [209].“

Und

Empfehlung 14:

Bei einem Uterus septus/subseptus sollte vor einer Kinderwunschbehandlung eine hysteroskopische Septumdissektion durchgeführt werden.

sind eine offensichtliche contradictio in adiecto

Vorschlag: kann statt sollte

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Konsensusabstimmung hat bereits stattgefunden, daher kann eine Veränderung der Empfehlungsstärke nicht erfolgen.

Empfehlung 34:

Bei allen Frauen mit Kinderwunsch soll eine TSH-Bestimmung durchgeführt werden. Liegt der TSH-Wert $> 2,5 \text{ mU/L}$, sollten Schilddrüsen-Antikörper bestimmt werden.

das ist nicht Stand der Dinge, vgl. auch Fertil Steril 2015 Committee. Insgesamt greift die LL m.E. hier zu kurz. (s.a. Empfehlung 43)

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Konsensusabstimmung hat bereits stattgefunden, daher kann eine Veränderung der Empfehlungsstärke nicht erfolgen.

Empfehlung 39:

Bei Frauen mit PCOS kann zur Steigerung der Ovulationsfrequenz Metformin verabreicht werden.

gemeint„zusätzlich“ Metformin verabreicht werden“?

Kommentar der Leitlinienautoren:

Gemeint ist „kann auch“, keine Änderung erfolgt

Empfehlung 44:

Im Falle einer Hyperthyreose soll eine definitive Schilddrüsentherapie (OP, Radiojod) abgeschlossen sein.

gemeint „.....vor Therapiebeginn und Schwangerschaftseintritt abgeschlossen sein“?

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Empfehlung wurde zum besseren Verständnis umformuliert.

Empfehlung 53:

.....partielle histologische Untersuchung des Gewebes....

gemeint „.....histologische Untersuchung eines Teil des Gewebes“? Empfehlung insgesamt ungeeignet, da Histologie an einem Fragment nicht zweckhaft.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Empfehlung wurde zum besseren Verständnis umformuliert.

Empfehlung 54

homolog; gemeint: autolog?

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Empfehlung wurde zum besseren Verständnis umformuliert.

Empfehlung 57:

Bei asymptomatischen Patientinnen soll kein Screening auf Thrombophilien erfolgen. Bei Patientinnen mit positiver Eigen- oder Familienanamnese für thromboembolische Ereignisse sollte eine Thrombophilie-Abklärung zur Einschätzung des individuellen Thrombose-Risikos erfolgen.

was ist eine symptomatische Patientin in dem Kontext (s. Nr. 58)? Jemand mit Thrombose? Gemeint: Risikofaktoren?

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Definition erschließt sich aus dem Fließtext.

S. 108: Der Begriff „Samenspender“ ohne Kontextualisierung von TPG und RV ist hier wahrscheinlich für viele LL Nutzer irreführend.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Definition erschließt sich aus dem Fließtext.

Empfehlung 60:

Vor Anwendung von Methoden der assistierten Reproduktion soll der Mann von einem Andrologen untersucht werden.

Empfehlungsstärke: +

zu pauschal, da nicht immer geboten (Z.n. Sterilisatio der Frau, Spg unauffällig, Anamnese unauffällig), deshalb korrekt „sollte“.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Konsensusabstimmung hat bereits stattgefunden, daher kann eine Veränderung der Empfehlungsstärke nicht erfolgen. Die Empfehlung entspricht den verbindlichen „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ (KB-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 2.6.2017.

Empfehlung 73:

Bei Entnahme von Hodengewebe für eine testikuläre Spermienextraktion soll gleichzeitig eine histologische Biopsie usw ergänze bei NOA.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Von Seiten der DGA und der DGU erfolgte ein Statement, welches ebenso dem Anhang (Anlage 1) beigelegt ist.

Kommentare der SGGG

Grosse Relevanz

Die LL ist äusserst praxisrelevant, nicht zuletzt weil ihr Titel missverständlich ist; eigentlich müsste sie heissen «*Abklärung und Behandlung von unerfülltem Kinderwunsch, excl. assistierte Reproduktion*». Entsprechend betrifft sie *alle* praktizierenden Gynäkologen sowie Urologen, Andrologen, Genetiker, gynäkologisch tätige Hausärztinnen u.a.m. Die LL ist generell gut und wertvoll, enthält aber mehrere für die Schweiz heikle Empfehlungen, insbesondere bezüglich ausgedehnter genetischer und andrologischer Abklärungen sowie der Empfehlung, alle TSH-Werte über 2.5 ungeachtet des Antikörperstatus zu substituieren.

Unterschiedliche medizinische Versorgungsstrukturen CH-D-A

Es braucht einmal mehr ein Addendum, welches auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen hinweist. Die «Kinderwunsch-Affinität» von Schweizer

Fachärzten ohne Schwerpunkttitel variiert (legitimerweise) stark, und die Behandlung ist stärker vernetzt; sie läuft nicht immer nach der in der LL postulierten Dichotomie «zuerst Praxis – dann Kinderwunschzentrum». Anstelle von «Kinderwunschzentrum» ist für Schweizer Verhältnisse der Begriff «Fachärzte mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie» angemessen.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die jeweiligen länderspezifischen berufsrechtlichen Voraussetzungen sind nicht Teil der Leitlinie. Jeweilige spezifische berufliche Qualifikationen der behandelnden Ärzte sind im Kontext zu sehen und ggf. durch ein Addendum zu klarifizieren.

Unbefriedigendes «Durchwinken»

Es handelt sich wieder einmal um eine deutsche, enzyklopädisch-umfangreiche LL, für deren sorgfältiges Studium mehr als ein Wochenende aufgewendet werden müsste. Als Reviewer fühlen wir uns ausserstande, ein solches Dokument innerhalb der sehr kurzen Frist und neben dem vollen klinischen Alltag fundiert durchzuarbeiten. Das ist heikel, weil die Gefahr besteht, dass juristisch relevante und kritikwürdige Empfehlungen «durchgewinkt» werden.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Eine Vertreterin der SGGG ist Teil der Leitlinienautoren und in die Entwicklung eingebunden.

Bemerkungen zu einzelnen Algorithmen und Empfehlungen

- Im Text wie auch im Diagramm wird ein cytologischer Cervixabstrich innerhalb der letzten 12 Monate gefordert, was nicht den aktuellen CH-Richtlinien entspricht. Hier braucht es ein Schweizer Addendum.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Ein Addendum kann ggf. durch die SGGG publiziert werden.

- Es wird, wie auch später in Empfehlung 60, eine andrologische Untersuchung des Mannes gefordert, was kaum den CH-Gegebenheiten entspricht (s.unten).

Kommentar der Leitlinienautoren:

Ungeachtet rechtlicher Vorschriften ist die ganzheitliche Abklärung des Paares notwendig. Unterschiedliche rechtliche Vorschriften einzelner Länder müssen ggf. durch ein Addendum ergänzt werden.

- Ein BMI von bis zu 34 wird hier akzeptiert, was wir nicht als sinnvoll betrachten, zumal es im Widerspruch zur späteren Empfehlung 35 steht.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Empfehlung 35 bezieht sich auf die Adipositas mit einem BMI >30, wobei zu einer Gewichtsreduktion geraten wird, die Grenze von einem BMI von 34 ist Teil eines intensiven Diskussionsprozesses mitsamt Abstimmung der anwesenden Experten im Rahmen des Konsensusmeetings.

Empfehlung 12:

- Hier soll u.E. die Hydrosonographie als erster Schritt erwähnt werden.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Erklärung ergibt sich aus dem Fließtext.

Empfehlung 13

- Die LL legt sich nirgends fest, ob die Tubenabklärung zur Basisdiagnostik gehört, sondern spricht schwammig von «bei Indikation». Angesichts der niederschweligen Verfügbarkeit und Patientenfreundlichkeit der Hysterosalpingo-Kontrastsonographie sollten Tuben und Cavum uteri in der Regel abgeklärt werden. Sonst entsteht ein klares Missverhältnis zur Basisabklärung des Mannes, wo eine andrologische Untersuchung gefordert wird.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Es wird auf Abbildung 2 verwiesen.

Empfehlung 15:

- Hier wäre eine differenzierte Empfehlung für intramurale Myome von >5 cm wünschenswert.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die aktuelle Datenlage unterstützt eine Unterscheidung hinsichtlich der Größe der Myome nicht.

3.6.2.1 Therapie vaginaler Infektionen

Für die Therapie einer bakteriellen Vaginose werden Clindamycin oder Metronidazol empfohlen [294]. Die Mitbehandlung des männlichen Partners hat keinen Einfluss auf die Rezidivrate einer bakteriellen Vaginose [295].

- In der Schweiz wird hierzu häufig Fluomyzin verwendet.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Therapieempfehlung ist nicht Teil einer Empfehlung, sondern Teil des Fließtextes. Nach Maßgabe des behandelnden Arztes kann ggf. auch Fluomyzin verwendet werden.

Empfehlung 26 und 34

- In Empfehlung 34 sollte spezifiziert werden: Anti-TPO-Antikörper.
- Die Bestimmung von Serumandrogenen bei Frauen ohne Zyklusstörung und ohne Hirsutismus/Virilisierung ist fragwürdig und kostentreibend. In der Schweiz müssen praktizierende Gynäkologen auch dann Rückzahlungen an den Kostenträger gewärtigen, wenn nur die veranlassten (Labor-)Kosten über dem Durchschnitt liegen.
- Die Aufteilung der Hormon-Basisdiagnostik auf Empfehlungen 26 und 34, d.h. die völlig separate Diskussion der Schilddrüsendiagnostik, ist verwirrend und nicht sinnvoll.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Das Vorgehen erschließt sich aus dem Fließtext.

3.7.1.2 / Tabelle 10

- Tabelle 10 ist schwierig. Zum Teil finden sich Angaben, wie die Hormonparameter ausfallen müssen, z.T. nicht. Entweder lässt man die Bewertung weg oder schreibt diese für alle Parameter in die Tabelle.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Das Vorgehen erschließt sich aus dem Fließtext.

Empfehlung 36

Eine leichte Hyperprolaktinämie muss aus unserer Sicht nur behandelt werden bei Zyklusunregelmässigkeiten und dem V.a. auf einen Lutealphaseninsuffizienz.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Konsensusabstimmung hat bereits stattgefunden, daher kann keine Veränderung erfolgen.

Empfehlung 37:

- Die LL ist inkonsequent: genetische und andrologische Abklärung für alle, dafür eine Relativierung «insbesondere bei PCOS» bei der sonographischen Überwachung monofollikulärer Stimulationen. Wollen wir ein Schweizer Addendum, dass alle Stimulationen sonographisch zu monitorisieren sind?

Kommentar der Leitlinienautoren:

Ein Addendum der SGGG ist jederzeit möglich.

Empfehlung 43

Es muss nicht zwingend bei einem TSH >2.5 (solange normwertig) substituiert werden, sondern nur wenn Anti-TPO erhöht ist (dies ist auch die logische Konsequenz des Textes). Diese Empfehlung ist aus unserer Sicht falsch und rechtlich sogar heikel.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Das Vorgehen erschließt sich aus dem Fließtext.

Empfehlung 49

Eine Varicellenimmunität muss in der CH nicht serologisch bestimmt werden, wenn die Frau Varizellen durchgemacht hat.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Sofern eine Abklärung nicht rechtlich vorgeschrieben ist, ist diese auch nicht zwingend erforderlich. Die Empfehlung 49 erscheint dennoch medizinisch sinnvoll, Einschränkungen ergeben sich aus dem Fließtext.

Tabelle 14

- Impftabelle nicht korrekt: Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Polio???) in der Schwangerschaft erlaubt, wir denken hier hat es eine Zeilen Verschiebung gegeben?

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Tabelle wurde korrigiert.

Seite 100: Nach Transplantation des kryokonservierten Ovargewebes kommt es meist innerhalb der ersten 2-4 Monate zu hormonellen Aktivitätszeichen. Um unnötige Belastungen der Patientin zu vermeiden, sollte folgendes Vorgehen angewendet werden: Die Patientin soll sich in den ersten 4 Monaten melden, wenn die Periodenblutung eintritt. Dann sollte eine Hormonbestimmung (E2, LH, FSH, ggf. Progesteron, ggf. AMH) erfolgen. Ist nach 4 Monaten keine Blutung eingetreten, sollte sich die Patientin in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum zu Untersuchung (s.o.) vorstellen. Ist bei dieser Untersuchung eine Hormonaktivität erkennbar, kann weitere zwei Monate abgewartet werden, ob es zum Eintritt einer Periodenblutung kommt. Wenn nach 8 Monaten keine Aktivität erkennbar ist, sollte die Transplantation noch vorhandenen Ovarialgewebes erwogen werden [462].

- Eine Re-Transplantation von Ovargewebe muss nicht bei einer ausbleibenden SS nach 8 Monaten erfolgen. Eine Sterilität liegt nach 1 Jahr vor. Das gilt auch für Frauen nach einer Ovargewebetransplantation.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Konsensusabstimmung hat bereits stattgefunden, daher kann eine Veränderung nicht erfolgen.

Empfehlung 60

Auch dies ist eine mengenausweitende und umstrittene Empfehlung, immerhin nur mit Stärke + . In Deutschland gibt es die Zusatzbezeichnung Andrologie für Urologen, Dermatologen und internistische Endokrinologen; in der Schweiz ist es kaum realistisch, alle männlichen Partner vor IVF «andrologisch» abklären zu lassen.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Ein Addendum der SGGG ist jederzeit möglich.

Empfehlungen 87, 88, 90, 91, 94, 98, Tabelle 21:

- Bei Soll-Empfehlungen Stärke +++ bedeutet dies: Wenn diese Untersuchungen nicht gemacht werden oder zumindest – dokumentiert – angeboten werden, ist der Arzt potentiell haftbar bei einer Erkrankung des Kindes.
- Insbesondere Empfehlungen 88 und 98 (Karyotyp bei <5 Mio Spermien und bei unerklärter Subfertilität) würden zu einer Mengenausweitung führen. Die Grenze von 5 Mio ist aus Tabelle 21 nicht ersichtlich.
- In der Schweiz sind für genetische Analysen die Anforderungen gemäss GUMG zu beachten, und es besteht tendenziell ein Mangel an qualifizierten genetischen Beratungsstellen.

Kommentar der Leitlinienautoren:

Tabelle 21 wurde angepasst. Länderspezifische Voraussetzungen sind selbstverständlich zu beachten. Die Empfehlungs- und Konsensusstärke ist vielmehr ein Ausdruck der medizinischen Evidenz, daraus können keinen rechtlichen Ansprüche gestellt werden.

Kommentare des BVF

S. 13:

Auf korrekte Bezeichnung prüfen:

Dr. Daniela Wunderlich Deutsche Gesellschaft pro Familia

Laut Impressum im web (<https://www.profamilia.de/menue-kopfzeile/impressum.html>):

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.

COI

Frau Dr. Wunderlich taucht nicht in Tabelle 8, S. 28 ff. auf

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Angaben wurden angepasst.

S. 65

im Langtext 3.7.1.1 weicht die Aufzählung der Parameter zur Basisdiagnostik von Angabe in Empfehlung 26 ab.

Langtext: LH, FSH, Testosteron, SHBG, freien Androgenindex, DHEAS und Anti-Müller-Hormon (AMH)

Empfehlung: LH, FSH, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, SHBG, Freier Androgenindex, Östradiol und AMH

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Angaben wurden angepasst.

3.8.3 Präkonzeptionelle Abklärung des Impfstatus

Präkonzeptionelle Abklärung des Impfstatus Sicherstellung des Impfschutzes

Ein umfassender Impfschutz in der Schwangerschaft beugt potentiell gefährlichen Krankheiten, vertikaler Übertragung auf den Fetus und intrauterine Infektionen vor und bietet dem Neugeborenen passive Immunität gegen neonatale Infektionen[432-434]. Lebendimpfstoffe wie Impfungen gegen Masern, Mumps Röteln und Varizellen sind in der Schwangerschaft kontraindiziert, bergen aber nur ein theoretisches Risiko in sich und wären bei versehentlicher Anwendung in der Schwangerschaft oder bei Schwangerschaftseintritt kurz nach einer Impfung kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch. [Literaturstelle: Keller-Stanislawski B et al.: Safety of immunization during pregnancy: A review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. Vaccine. 2014 Oct. 3). Totimpfstoffe wie z.B. gegen Diphtherie, Tetanus, Influenza, Hepatitis A und B sowie Pertussis können vor und während einer Schwangerschaft angewendet werden.

Bereits präkonzeptionell sollte ein ausreichender Impfschutz gewährleistet sein und im ersten Trimenon wegen unnötiger Diskussionen bei in dieser Zeit häufigen Spontanaborten nur dringend notwendige Impfungen durchgeführt werden [435].

Tabelle 14: Gemäß der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der American Society of Reproductive Medicine (ASRM) werden folgende Impfungen vor bzw. ggf. in der Schwangerschaft empfohlen.

	in SS kontraindiziert (nach erfolgter Impfung sollte für einen Monat sicher verhütet werden) 4 Wochen keine Schwangerschaft eintreten.	in Schwangerschaft möglich	bei Risikopersonen
Masern-Mumps-Röteln (MMR)	+ (zweimalige Impfung)	Versehentliche Impfung kein Grund für Abruption	
Varizellen	+	Versehentliche Impfung kein Grund für Abruption	
Influenza		+	
		Ab 2. Trimenon	

		(bei erhöhtem Risiko ab 1. Trimenon)
Tetanus-Diphtherie-Pertussis (Polio)		+
Pneumokokken		+
Hepatitis A		+
Hepatitis B		+
Meningokokken	+	+

Im Idealfall sollten alle Impfungen vor einer Schwangerschaft erfolgen.

Masern-Mumps-Röteln (MMR)

Jede ungeimpfte Frau, Frauen mit unklarem Impfstatus oder nur einmalig geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter sollten eine MMR-Impfung (Lebendimpfstoff) erhalten.

Jede reproduktionsfähige Frau sollte über zwei Rötelnimpfungen verfügen. Bei einer dokumentierten Impfung sollte noch einmal eine MMR-Impfung (Lebendimpfstoff) verabreicht werden. Ist keine Impfung dokumentiert, sollten zwei MMR-Impfungen im Abstand von mindestens 4 Wochen gegeben werden.

Varizellen

Jede reproduktionsfähige Frau soll gemäß ESA-Richtlinie auf Varizellen-Antikörper untersucht werden. [Literaturstelle: Esa-Richtlinie]

Seronegative Frauen mit Kinderwunsch ohne Immunstatus sollten vor einer ART eine zwei Varizellen-Impfungen (Lebendimpfstoff) im Mindestabstand von 4 Wochen erhalten [436][Literaturstelle: RKI, EPI BULL, 34/2018]. Frauen mit nur einer Impfung sollten unabhängig vom Varizellen-IgG noch eine Dosis des Varizellen-Impfstoffs bekommen.[Literaturstelle: AWMF-Leitlinie 093/001,2014]

Empfehlung 49:

Die Röteln- und Varizellen-Immunität soll abgeklärt und ggf. eine Impfung empfohlen werden. (Röteln-Immunität = Nachweis von 2 dokumentierten Röteln-Impfungen;

Varizellen-Immunität = Positiver Varizellen-IgG-Nachweis)

Empfehlungsstärke: +++

Influenza

Influenza ist eine hoch infektiöse Erkrankung der Atemwege, die vor allem bei Schwangeren sowie Neugeborenen ein Gesundheitsrisiko darstellt [437, 438]. Daher sollten alle ungeimpften Schwangere ab dem 2. Trimenon eine **Impfung mit quadrivalentem Impfstoff** erhalten [436]. **Die Impfung ist in der gesamten Schwangerschaft erlaubt.**

Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Poliomyelitis

Bei ungeimpften Erwachsenen **ohne Impfdokumentation** bzw. Erwachsenen mit unklarem **Impfstatus** (Kommentar: Was heißt „unklarer Impfstatus“? Nur die dokumentierte Impfung zählt!) sollten **altersentsprechende Impfungen-Grundimmunisierungen** gegen Diphtherie, Tetanus, **Pertussis** und Poliomyelitis durchgeführt werden [436] [11]. [STIKO-Empfehlungen]

Empfehlung 50:

Frauen im gebärfähigen Alter sollten ~~1 Dosis Tetanus-Diphtherie-Pertussis Impfstoff erhalten, wenn in den letzten 10 Jahren keine Pertussis Impfung stattgefunden hat.~~

sollten über einen Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Impfschutz verfügen, d.h. alle 10 Jahre eine Tdap-Impfung erhalten. [STIKO]

Empfehlungsstärke: + (Kommentar BVF: Hier sollte hinterfragt werden, wie sich die Leitlinienkommission zusammensetzt... Wie kann hier nur eine schwache Empfehlung resultieren?)

Darüber hinaus gehende Impfungen mit Totimpfstoff wie z.B. gegen Pneumokokken, Hepatitis A/B und Meningokokken sollten in Abhängigkeit ~~der~~ des Vorliegens einer Grunderkrankung bzw. Risikokonstellation oder geplanten Auslandsaufenthalten erfolgen [439] [12] [8].

Kommentar der Leitlinienautoren:

Die Änderungskommentare wurden zum Teil übernommen, zum Teil wurde der Text durch die federführende Leitlinienautorin zur besseren Verständlichkeit angepasst.

Kommentar der DGA und DGU

Wir haben die Kommentare der Kollegen Thaler und Krüssel zur Kenntnis genommen. Sie enthalten aus unserer Sicht keine neuen sachlichen Argumente, die über diejenigen hinausgehen, die auf der Konsensuskonferenz in München besprochen wurden. Daher sehen wir keine Gründe für Änderungen.

Für die Mandatsträger der unten aufgeführten beteiligten Fachgesellschaften ist die Empfehlung 60 eine Selbstverständlichkeit und vor einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung medizinisch geboten. Die Empfehlung 60 entspricht den verbindlichen „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ (KB-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 2.6.2017. Hier wird festgestellt, dass „die Untersuchung des Mannes im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen nach Nummer 1 durch Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ der Indikationsstellung vorausgehen **muss**.“

In der aktuellen „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer wird die fachkundige andrologische Untersuchung vor einem geplanten Verfahren der assistierten Reproduktion ebenfalls eingefordert. Wir plädieren daher für eine unveränderte Beibehaltung der Empfehlung 60 gemäß der letzten Konsensuskonferenz und der Abstimmung im September 2018 in München

Gegen eine Änderung der Empfehlung 73 durch Beschränkung histologischer Untersuchungen auf Männer mit nicht-obstruktiver Azoospermie sprechen ebenso sachliche Gründe. In Fällen von nicht-obstruktiver Azoospermie bei Spermatogenesearresten können Hodenvolumina und FSH-Werte unauffällig sein, so dass die Diagnose erst durch die histologische Untersuchung gestellt werden kann.