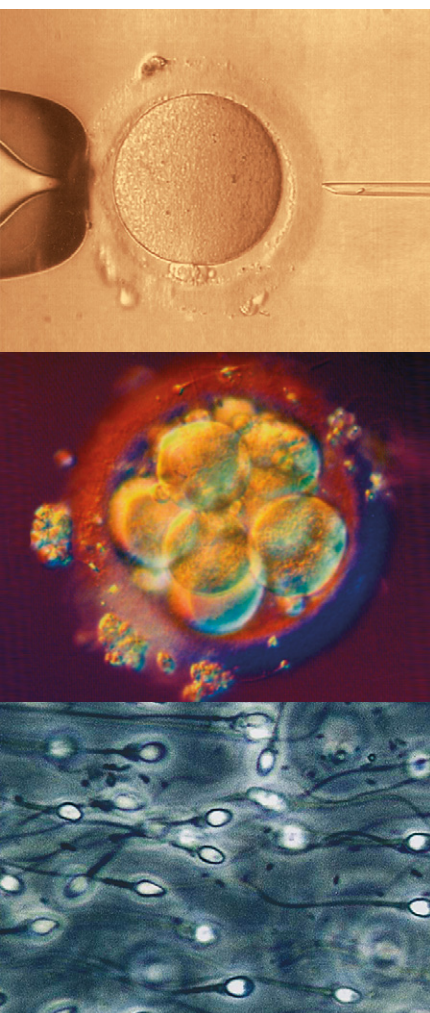


Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Gesellschaftsmitteilungen

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2023; 20 (3), 108-123

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

■ Rubrik *Junge Forschung im Fokus* im JRE

Seit 2016 engagiert sich der BRZ, gemeinsam mit dem *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* sowie dem Rubrik-Herausgeber **Najib N.R. Nassar** (Mitglied des BRZ) bei der Unterstützung der Jungen Forscher und Forscherinnen und ihren Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin und den angrenzenden Wissenschaften in Deutschland.

Nach einem ersten, sehr gelungenen Video-Beitrag, nach einigen unvorhersehbaren Hürden bei der Rekrutierung von jungen Forschern und Forscherinnen, die Lust auf diese großartige Publikationsmöglichkeit haben, und letztendlich unterbrochen durch die Pandemie wird die Rubrik nun endlich mit neuem Leben gefüllt. Den Auftakt macht die Gruppe um **Dr. Tanja Kristina Eggersmann** und **Professor Dr. Georg Griesinger** (Universitäres Kinderwunschzentrum Lübeck und Manhagen), die ihr Projekt in einem Videoclip vorstellen werden. Der Dreh fand am 11.07.2023 in Lübeck statt, jetzt folgt der Schnitt, die Darstellung des Projekts mit Text und Einbettung in das größere thematische Umfeld – zunächst für das JRE. Wir dürfen gespannt sein!



Foto (privat): Dass Forschung nicht nur harte Arbeit bedeutet, sondern auch Spaß macht, das strahlt die „Crew“ aus.

Auch im Rahmen des DVR-Kongresses werden wir erneut Ausschau nach Projekten junger Forscherinnen und Forscher halten, die sich, ihre Teams und ihre

Arbeit in der Rubrik einem breiten Publikum vorstellen möchten. Bei Interesse melden Sie sich jederzeit bitte bei Herrn Nassar: E-Mail: nassar@ivfzentrum.de.

■ Filme des BRZ zu „Frequently Asked Questions“

Machen Sie Gebrauch von diesen Filmen! Betten Sie sie direkt ein auf Ihren Internetseiten, und lassen Sie die Filme in Ihrem Zentrum laufen. Weisen Sie Ihre Patienten und Patientinnen auf die Filme hin. Die Einbindung ist einfach – der Nutzen groß, denn viele erste Fragen werden in unterhaltsamer Art und Weise bereits vor dem eigentlichen Arzt-

Patienten-Gespräch angeschnitten und beantwortet.

Um diese und andere Filme nur zu verlinken, gehen Sie bitte zum YouTube Kanal des BRZ:

<https://www.youtube.com/channel/UC2geHsVlbidDkjj-fXauY9Q>

Auch bei Instagram finden Sie die Filme:

<https://www.instagram.com/kinderwunschaeerzte/>

Wenn Sie diese oder andere der Filmdateien zum Einbau erhalten möchten, wenden Sie sich bitte an Monika Uszkoreit, E-Mail: uszkoreit@repromed.de.

■ Kryokonservierung in der Berufshaftpflichtversicherung – Besondere Vereinbarung für Mitglieder des BRZ angepasst

Im Kontext der Veranstaltung des BRZ in Berlin am 11.02.2023 (Fallstricke der Kryokonservierung) haben wir verschiedene Impulse aufgenommen, um im Nachgang mit der assekuranz ag und dem Versicherer HDI, als Risikoträger

für das Haftpflichtkonzept für die Mitglieder im Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), eine Anpassung der dem Konzept zugrundeliegenden **Besonderen Vereinbarungen** abzustimmen und um-

zusetzen. Schriftlich fixiert wurde dabei die Selbstverständlichkeit, als Praxis für Reproduktionsmedizin ein Qualitätsmanagement-Konzept zur Reduzierung des Risikos der Verwechslung kryokonservierter Zellen und Embryos vorzuhal-

ten. Weiterhin erfolgte die redaktionelle Klarstellung, dass der Hinweis auf Auslagerung an eine externe Kryo-Bank beim „Social Freezing“ als Empfehlung – und nicht als Verpflichtung – zu verstehen ist. Auch die Anregung von Herrn Dr. Gramse (Richter am Landgericht Berlin, Spezialkammer für Versicherungsrecht), beim Thema Unterhaltsansprüche neben dem Kriterium Verwechslung auch die unzulässige Verwendung von Keimgewebe, Gameten oder Embryonen aufzunehmen, wurde entsprechend umgesetzt.

Schließlich wurde aus Gründen der Rechtssicherheit im Text die „Kryokonservierung“ ergänzt mit dem Substantiv „Einlagerung“, damit versicherungstechnisch die Kryokonservierung und Einlagerung des Kryogutes gesamtheitlich erfasst ist.

Bezüglich der Hinterlegung der aktualisierten Vereinbarung bei Ihrem Haftpflichtvertrag wird sich die assekuranz ag in Kürze mit den beim HDI versicherten Mitgliedern in Verbindung setzen.

Bei Fragen hierzu bzw. zu dem Sonderkonzept stehen Ihnen selbstverständlich Herr Markus Schon und Herr Jörg Haverkamp jederzeit gern zur Verfügung:

Markus Schon

Dipl. Volkswirt

Leiter Ärzte-Service

Tel.: (+352) 297 101-250

Fax: (+352) 297 101-611

E-Mail: Markus.Schon@assekuranz-ag.com

www.assekuranz-ag.com

Jörg Haverkamp

Assessor jur.

Leiter Fachbereich Sach / HUK

Tel.: (+352) 297 101-269

Fax: (+352) 297 101-611

E-Mail:

Joerg.Haverkamp@assekuranz-ag.com

www.assekuranz-ag.com

Korrespondenzadresse:

Monika Uszkoreit

E-Mail: uszkoreit@repromed.de

■ Die besondere Vereinbarung Stand Juli 2023

Besondere Vereinbarung für Mitglieder des BRZ in der Betreuung der Assekuranz AG

Dem Vertrag wurden die Sonderkonditionen mit der Assekuranz AG für die Mitglieder des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ) zugrunde gelegt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft im Verband oder der Betreuung über die Assekuranz AG entfallen diese Konditionen ab der nächsten Hauptfälligkeit. Es erfolgt eine Umstellung der Konditionen und Bedingungen.

Anstelle der Ziff. A1-7.37 und ergänzend zu Ziff. A1-1.5 der Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Berufs-Haftpflichtversicherung von Ärzten, Zahnärzten und Ärzten in der Ausbildung wird Folgendes vereinbart. Die sonstigen Bestimmungen der Bedingungen bleiben unberührt.

Versicherte Tätigkeit/Verfahren

Versichert gilt eine ambulante und stationäre Tätigkeit aus der Vornahme der Verfahren der assistierten Reproduktion. Versichert gelten alle in Deutschland gesetzlich erlaubten und zugelassenen Behandlungen einschließlich Kryokonservierung von Keimgewebe, Keimzellen, Vorkernstadien und ggf. Embryonen durch das Reproduktionsmedizinische Zentrum.

Die Vornahme der o.g. Verfahren ohne medizinische Indikation – aus prophylaktischen Gründen – (Social Freezing) gilt nur mitversichert, sofern eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

Neben der assistierten Reproduktionsmedizin gelten alle ambulant durchgeführten operativen Eingriffe aus dem Bereich der Gynäkologie mitversichert. Für die Durchführung invasiver pränataldiagnostischer Verfahren besteht Versicherungsschutz jedoch nur, sofern eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt. Zur Gewährleistung einer rechtssicheren Aufklärung und Dokumentation empfehlen wir generell die Verwendung der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“. Stationäre Operationen aus dem Bereich der Gynäkologie, welche nicht der assistierten Reproduktionsmedizin zuzuordnen sind, gelten nur mit- versichert, sofern dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

Kryokonservierung und Einlagerung des Kryogutes

Mitversichert gilt die Kryokonservierung und Einlagerung von Gameten einschließlich Hodengewebe und Ovarialgewebe, imprägnierten Eizellen und Embryonen, unabhängig davon, ob dies durch eine eigens gegründete Firma oder direkt durch das Reproduktionsmedizinische Zentrum erfolgt. Die Konservierung und Einlagerung erfolgt ausschließlich für den Bedarf der versicherten Praxis/des versicherten Zentrums; es werden keine Konservierungen und Einlagerungen für fremde Praxen/Zentren vorgenommen. Der Vertrag wird entweder zwischen den Patienten und der Praxis oder der Gesellschaft für Kryokonservierung/Einlagerung geschlossen. Bei der Existenz einer eigenen Kryo-Gesellschaft wird vorausgesetzt, dass ausschließlich Praxisinhaber oder deren Ehepartner Gesellschafter der Kryo-Gesellschaft sind. Die Mitversicherung der Kryokonservierung und Einlagerung ist begrenzt auf einen Zeitraum von zehn Jahren. Dieser beginnt ab Ersteinlagerung in der versicherten Praxis/dem versicherten Zentrum bzw. in einem angeschlossenen Kryoinstitut oder einem über diesen Vertrag versicherten Unternehmen. Mit einer Auslagerung in eine externe Kryobank/Institut wird der Zeitraum unterbrochen. Die mitversicherte Einlagerungsdauer von zehn Jahren bezieht sich dabei ausschließlich auf die Einlagerung beim Versicherungsnehmer. Für längere Zeiträume empfiehlt sich die Abgabe des kryokonservierten Gutes an externe Kryo-Banken.

Beim Social Freezing sollte im Hinblick auf die mitversicherte Einlagerungsdauer generell die Abgabe an eine externe Kryo-Bank erfolgen.

Die Kryokonservierung und Einlagerung gilt nur mitversichert, sofern eine Aufklärung gewährleistet wird und für die Lagerung die Musterverträge „Kryokonservierung“ des BRZ in der jeweils aktuellen Fassung zum Vertragsschluss mit den Patienten genutzt werden.

Darüber hinaus setzt die Mitversicherung der Kryokonservierung und Einlagerung voraus, dass die versicherte Praxis/das versicherte Zentrum über ein Sicherheitssystem bei der Kryokonservierung verfügt. Dieses System muss über eine Füllstandsmessung mit automatischer Stickstoffbefüllungsvorrichtung, einem Datenlogger sowie einer Alarmüberwachung mit Alarmaufschaltung verfügen. Darüber hinaus ist ein „Backup-Kryobehälter“ zwingend vorzuhalten. Auf die automatische Stickstoffbefüllungsvorrichtung kann verzichtet werden, wenn sichergestellt ist, dass aufgrund der Alarmaufschaltung die Praxis innerhalb eines Zeitraumes von maximal 5 Stunden (auch an Wochenenden) nach Alarmauslösung der Inhalt des Kryobehälters in den für diesen Fall vorgesehenen Backup-Kryobehälter überführt bzw. die den Alarm verursachende Ursache ordnungsgemäß beseitigt werden kann.

Der Installationsnachweis für die entsprechend den Anforderungen errichtete Anlage ist dem Versicherer vorzulegen.

Bei genereller Auslagerung des Kryomaterials an eine externe Kryobank ist ein Zeitraum von bis zu 35 Tagen vor der Einlagerung und bis zu 10 Tagen nach der Einlagerung in der Praxis ohne die vorgenannten Sicherungsmechanismen abgesichert.

Die Medizinproduktebetriebsverordnung sowie vorhandene Vorgaben der jeweiligen Hersteller sind zwingend einzuhalten und die empfohlene Nutzungsdauer der Kryobehälter ist nicht zu überschreiten.

Versicherungsschutz für die Kryokonservierung und Einlagerung besteht ausschließlich bei Einhaltung der Voraussetzungen.

Hinsichtlich des Risikos der Verwechslung von kryokonservierten Zellen und Embryos setzt die Praxis/das Zentrum, ein Qualitätsmanagement-Konzept - sowohl beim Auftau- als auch beim Einpflanzungsprozess - um, dass von allen Beteiligten eingehalten werden muss (z.B. Checkliste mit Arbeitsprozessbeschreibung, doppelter Namenscheck, Kontrolle Personalausweis, Vier-Augen-Prinzip etc.). Dies dient der Patientensicherheit sowie der Schadenverhütung und wird im Rahmen der Behandlungsdokumentation erfasst.

Deckungsschutzerweiterung

Mitversichert gelten die Beschädigung, der Verlust und die Verwechslung von Keimgewebe, Gameten und Embryonen. Die Deckungssumme ist für diesen Fall begrenzt auf EUR 7.500,- je Patient/ Paar. Für den hieraus resultierenden darüber hinausgehenden möglichen Personenschaden der Ei- oder Samenspender gilt eine Deckungssummen-Begrenzung von EUR 200.000,-. Die Höchstleistung beim Defekt/ Verlust des Gewebes eines kompletten Kryobehälters liegt bei EUR 1.500.000,-.

Für Haftpflichtschäden, bei denen es sich um Unterhaltsansprüche gegen den Versicherungsnehmer handelt die aus einer Verwechslung oder unzulässiger Verwendung (unzureichende Aufklärung, übersehender Widerruf der Einwilligung etc.) von Keimgewebe, Gameten oder Embryonen entstanden sind, besteht Versicherungsschutz im Rahmen des Vertrages und nach Maßgabe der vereinbarten Deckungssumme für Personenschäden.

Mitversichert ist die Weitergabe und Annahme/Übernahme von kryokonserviertem Keimmateriale/Embryonen (auch hinsichtlich der ordnungsgemäßen Verpackung/ Versendung und Begleitdokumentation). Der Versand selbst gilt nicht versichert.

Mitversicherte Personen

Die Versicherung erstreckt sich auch auf die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschäftigung von angestellten Reproduktionsbiologen sowie der weiteren Laboranten einschließlich der persönlichen gesetzlichen Haftpflicht dieser Personen für Schäden, die sie in Ausführung ihrer dienstlichen Verrichtungen für den Versicherungsnehmer verursachen. Gleiches gilt ebenso bei freiberuflich für den Versicherungsnehmer tätigen Reproduktionsbiologen jedoch ausschließlich für diesen Tätigkeitsbereich und lediglich subsidiär zu einer eigenen bestehenden Berufs-Haftpflichtversicherung.

Die ersten beiden angestellten Fachärzte gelten im Rahmen dieses Konzepts nicht prämienfrei mitversichert.

Ausschlüsse/Risikobegrenzung

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Ansprüche

- materieller und immaterieller Art aus familien- und erbrechtlichen Streitigkeiten, welche die Rechtsstellung des Kindes, seiner Eltern oder eines Samenspenders betreffen einschließlich etwaiger Ersatzansprüche wegen der Belastung mit Unterhaltspflichten (mit Ausnahme der o.g. Deckungs-erweiterung) und Erbensprüche;
- aufgrund Erfolglosigkeit des Eingriffes.

Stand: Juli 2023

3

Ankündigungen

BRZ-Herbsttreffen 2023 (im Rahmen des DVR-Kongresses, Bonn) 22.09.2023 ab 14.00 bis max. 17.30 Uhr am Tagungsort des DVR

DVR-Programm: https://www.medical-communications.de/fileadmin/user_upload/DVR23_Einladung_A5_230531_web.pdf

Die Einladung erhalten die Mitglieder des BRZ in Kürze.

Wichtig ist, dass Sie Vorsorge für eine ggf. notwendige Übernachtung von Freitag auf Samstag treffen. Die Kongressagentur hat freundlicherweise dafür Sorge getragen, dass aus dem Zimmerkontingent im Kongresshotel (Hotel Marriott Bonn) zu den gleichen Konditionen auch für diese Nacht Zimmer abgerufen werden können. Das Abrufkontingent wurde verlängert und besteht noch bis 27.07.2023. Selbstverständlich können Sie auch nach dem 27.07. dort zu ggf. anderen Konditionen buchen – Verfügbarkeit vorausgesetzt.

15. BRZ Intensivseminar gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin 25. bis 27. Januar 2024 – wie immer in Berlin, Prenzlauer Berg.

Wir führen die Tradition weiter! Das Programm wird gerade finalisiert, die Referentinnen und Referent sind angeschrieben und Interessenten können sich bereits heute für das stets sehr gut gebuchte Seminar vormerken lassen unter brz@repromed.de. Nicht nur die ca. 20 Vorträge, Besuche in IVF-Zentren und zahlreichen Workshops zum state-of-the-art des Gebiets locken nach Berlin, sondern auch die gute Rundumbetreuung an allen drei Tagen, der Spaß am Lernen und am Beisammensein und nicht zuletzt die ca. 25 Fortbildungspunkte.

Mehr zeitnah auf den Internetseiten bei www.repromed.de, den Internetseiten des BRZ.

Bitte vormerken

OMV des BRZ 2024 in Berlin, Hotel Abion Spreebogen

Anreise und D·I·R-Veranstaltungen, Freitag 03.05.2024

OMV des BRZ ganztags am 04.05.2024

Berlin Spezial und Abreise Sonntag, 05.05.2024.

Gesellschaftsmitteilungen – DGA



Gesellschaftsmitteilungen

SAVE THE DATE

Andrologie in der Praxis Intensivkurs

**Deutsche Gesellschaft
für Andrologie**

11. November 2023
9.00-16.30 Uhr

Berlin, Mercure Hotel Berlin City
Invalidenstraße 38, 10115 Berlin

(Fortbildungspunkte werden bei der
Ärztammer Berlin beantragt.)

Im Anschluss an den Intensivkurs findet
die Mitgliederversammlung der DGA statt.



www.dg-andrologie.de/intensivkurs

Gesellschaftsmitteilungen – DGGEF



Gesellschaftsmitteilungen

■ Schwangerschaft trotz antihormoneller Behandlung bei Brustkrebs – Ergebnisse der POSITIVE-Studie

Bereits im Dezember 2022 hat die Vorstellung der POSITIVE-Studie auf dem San Antonio Breast Cancer-Symposium (SABCS) viele Reaktionen bei den Teilnehmern ausgelöst. Am 4. Mai 2023 hat das *New England Journal of Medicine* (NEJM) die genauen Studienergebnisse veröffentlicht und dabei erstmals belastbare Daten zum Risiko einer Unterbrechung der antihormonellen Therapie wegen Kinderwunsch für Frauen mit Brustkrebs vorgelegt [1].

Die antihormonelle Therapie bei Frauen mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs führt zu einer deutlichen Reduktion der Mortalität und ist daher unverzichtbarer Bestandteil der onkologischen Behandlung. Es ist schon lange bekannt, dass Tamoxifen die Sterblichkeit bei prämenopausalen Frauen mit Brustkrebs um 38 % – zusammen mit der Chemotherapie sogar um 57 % – senken kann [2].

Dies führt aber bei den Betroffenen zu massiven klimakterischen Nebenwirkungen, welche die sogenannte Adhärenz negativ beeinflussen und sehr häufig zu

einem Absetzen der antihormonellen Behandlung, gerade bei jungen Frauen, führt [3]. Die Reduktion der Mortalität durch Tamoxifen ist jedoch von der Dauer der Einnahme abhängig [4].

Vor diesem Hintergrund war es bislang sehr schwer, Frauen mit Brustkrebs und Kinderwunsch bezüglich der Risiken einer Unterbrechung der Tamoxifen-Einnahme zu beraten. Die POSITIVE-Studie liefert nun hierzu erstmals Daten, wobei der Studienablauf genau definiert war:

516 Frauen in einem Alter bis 42 Jahren mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs (Stadium I–III) mussten zunächst mindestens 18 Monate, aber nicht mehr als 30 Monate Tamoxifen eingenommen haben. Nach einem „wash out“ von 3 Monaten ab dem Absetzen von Tamoxifen hatten die Frauen 2 Jahre Zeit, eine Schwangerschaft anzustreben.

Bei 497 Frauen waren Informationen bzgl. Konzeption bekannt, von denen 368 (74,0 %) mindestens einmal schwan-

ger wurden. Bei Patientinnen < 35 Jahren lag die Schwangerschaftsrate bei 85,7 %. Insgesamt wurden 365 Kinder geboren.

Im weiteren Verlauf von 3 Jahren kam es bei 44 Frauen (8,9 %) zu einem Brustkrebsrezidiv, worunter in 22 Fällen (4,5 %) Fernmetastasen waren.

Das progressionsfreie Überleben wurde mit den Daten aus den SOFT- bzw. TEXT-Studien verglichen, bei denen die Rezidivrate von insgesamt 5707 Frauen mit unterschiedlichen antihormonellen Therapien bestimmt wurde. Hier lagen die Raten für Brustkrebsrezidive bzw. Fernmetastasen mit Tamoxifen-Einnahme bei 9,2 % bzw. 5,8 % [5].

Verglichen mit den Rezidivraten aus der POSITIVE-Studie ergibt sich somit kein signifikanter Unterschied im progressionsfreien Überleben.

Schwachpunkt der Publikation ist das fehlende direkte Kontrollkollektiv, wobei eine randomisierte Studie zu diesem Thema schwer vorstellbar ist. Insofern erscheint allein ein historischer Vergleich – wie in der POSITIVE-Studie erfolgt – möglich.

Weitere Einschränkungen sind das kurze Follow-up und der Umstand, dass ein Bias zugunsten günstigerer Tumorstadien nicht auszuschließen ist.

Dennoch geben uns diese Daten mehr Sicherheit in der Beratung von Frauen mit Brustkrebs, die sich aufgrund von Kinderwunsch eine Unterbrechung der antihormonellen Therapie wünschen. Eine auf 2 Jahre begrenzte Unterbrechung der Tamoxifen-Einnahme scheint nach den Ergebnissen der POSITIVE-Studie nicht mit einer Verschlechterung des progressionsfreien Überlebens einherzugehen.

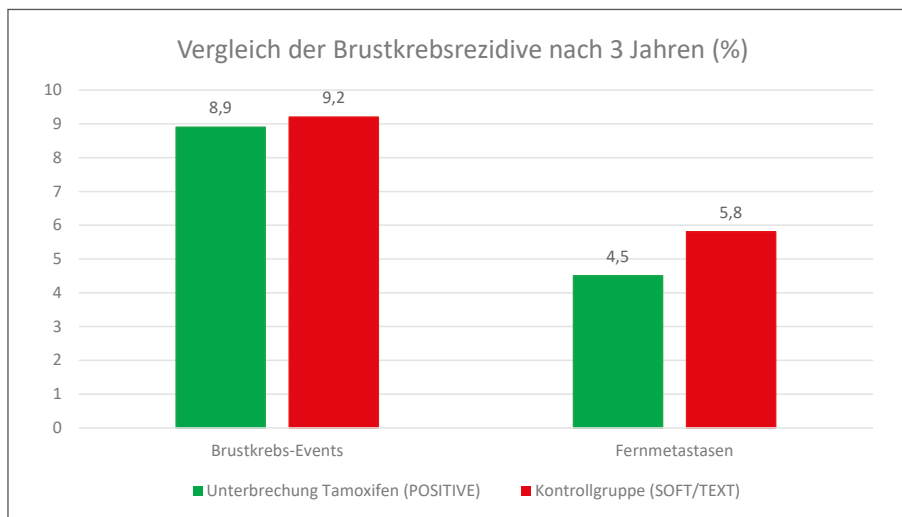


Abbildung 1: Rezidivrate und Fernmetastasierung in der POSITIVE-Studie mit dem Aussetzen von Tamoxifen über 2 Jahre verglichen mit der kontinuierlichen Einnahme in den SOFT/TEXT-Studien. Erstellt nach [1]. ©M. Korell.

Literatur:

1. Partridge AH, et al; POSITIVE Trial Collaborators. Interrupting endocrine therapy to attempt pregnancy after breast cancer. *N Engl J Med* 2023; 388: 1645–56.
2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365: 1687–717.
3. Yussof I, et al. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. *Breast* 2022; 62: 22–35.
4. Pan H, et al. EBCTCG. 20-year risks of breast-cancer recurrence after stopping endocrine therapy at 5 years. *N Engl J Med* 2017; 377: 1836–46.
5. Francis PA, et al. SOFT and TEXT investigators and the international Breast Cancer Study Group: Tailoring adjuvant endocrine therapy for premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 2018; 379: 122–37.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Matthias Korell
Chefarzt und Leiter des Brustzentrums
Johanna-Etienne-Krankenhaus
D-41462 Neuss, Am Hasenberg 46
E-Mail: m.korell@ak-neuss.de

Geschäftsstelle DGGEF e. V.
Anne Becker, c/o SoftconsuLt
D-35041 Marburg, Weißdornweg 17
E-Mail: info@dggef.de

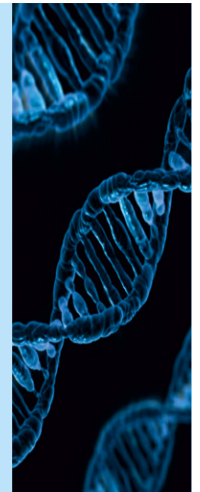
Mitglied werden in der DGGEF e.V.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V.

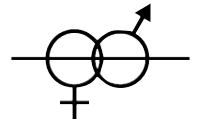
- Abo der Zeitschrift Gynäkologische Endokrinologie als Print- und Onlineversion
- Elektronisches Abo des Journals für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie
- 100 € Rabatt auf digitales Angebot „e.Med Gyn & Uro“ im 1. Bezugsjahr
- Regelmäßige Zusendung unseres E-Mail Newsletters
- Social Media: Aktuelle Infos auch auf Twitter



Einen Mitgliedsantrag zum Download finden Sie auf www.dggef.de ↓



Gesellschaftsmitteilungen – DGRM e.V.



■ DGRM Journal Club: rFSH zur Behandlung von Männern mit idiopathischer Infertilität?

Follicle-stimulating hormone effectiveness in male idiopathic infertility: What happens in daily practice?

Romeo M, et al. *Andrology* 2023; 11: 478–88.

Die Möglichkeiten einer medikamentösen Therapie bei idiopathischer Infertilität des Mannes sind limitiert; eine evidenzbasierte medikamentöse Behandlung ist nicht verfügbar.

Die klinische Relevanz dieses Defizits ist erheblich, da – wie die Autoren des Artikels betonen – andrologische Faktoren in ca. 50 % der Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit vorliegen und bei ca. 30 % der betroffenen Männer eine idiopathische Infertilität besteht.

Injektionen von rekombinantem FSH (rFSH) bei hypogonadotropem Hypogonadismus des Mannes führen in der Regel zu einer Initiierung der Spermatogenese und können die Fertilität betroffener Patienten wiederherstellen.

rFSH wird aber in Italien auch bei Männern mit idiopathischer Infertilität eingesetzt. Die Kosten werden von den Versicherungen übernommen, da die idiopathische männliche Infertilität als partieller und funktioneller hypogonadotroper Hypogonadismus interpretiert wird. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist ein FSH-Wert < 8 mIU/ml. Die Erstattung deckt einen Zeitraum von 4 Monaten ab und kann für weitere 4 Monate (bis 18 Monate) verlängert werden, wenn sich eine Besserung des Spermioграмms zeigt. Die Dosis ist mit 3 × 150 IU rFSH pro Woche festgelegt.

Durch die Behandlung betroffener Männer sollen die Chancen einer Konzeption auf natürlichem Wege erhöht und die Belastungen der entsprechenden Partnerinnen durch ansonsten

evtl. notwendig werdende Methoden der assistierten Reproduktion reduziert werden.

Die Autoren verweisen auf eine Vielzahl vorausgegangener Studien zu dieser Thematik, die bezüglich der „number needed to treat“ (NNT) ergeben hätten, dass mindestens 10 Männer mit rFSH behandelt werden müssten, um eine zusätzliche Schwangerschaft zu erreichen.

Der Ansatz der vorliegenden Studie ist eine „real-world data (RWD) analysis“, um die Effektivität einer rFSH-Behandlung von Männern mit idiopathischer Infertilität nicht im Kontext einer kontrollierten Studie, sondern einer Anwendung in der klinischen Routine beurteilen zu können.

Hierzu wurden die Daten aller Patienten der andrologischen Sprechstunde an der Universität von Modena, Italien, erfasst, die zwischen Juni 2015 und Mai 2022 mit den o. g. Indikationen mit FSH behandelt worden waren.

Die bei ihnen erhobenen Untersuchungsergebnisse betrafen die Konsultationen vor Beginn und vor Beendigung der Therapie. Gründe für die Beendigung der Therapie waren Eintritt einer Schwangerschaft, keine Besserung der Spermioграмm-Qualität nach 4 Monaten oder Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Gesamtdauer der Behandlung (s. o.).

Ausgewertet wurden die bei den Partnerinnen aufgetretenen Schwangerschaften (spontan/nach Methoden der assistierten Reproduktion) und verschiedene Spermioграмmvariablen.

Insgesamt wurden 194 Männer in die Erhebung eingeschlossen; bei 156 Männern konnten die Daten bis zur Beendigung der FSH-Therapie ausgewertet werden.

Zum Ende der Therapie waren 43 (27,6 %) Schwangerschaften aufgetreten (22 spontane Konzeptionen, 9 nach IVE, 12 nach ICSI).

Männer, bei deren Partnerinnen eine Schwangerschaft eingetreten war, wiesen nach FSH-Therapie höhere Spermienkonzentrationen ($22,2 \pm 25,7$ vs. $15,7 \pm 26,6$ Mio/ml) und Progressivmotilität ($27,3 \pm 11,3$ vs. $18,0 \pm 18,2$ %) auf als Männer, deren Partnerinnen nicht schwanger geworden waren.

Insgesamt führte die FSH-Therapie zu einer signifikanten Steigerung der Spermienkonzentration ($9,9 \pm 12,2$ vs. $18,9 \pm 38,9$ Mio/ml). Acht Patienten (5,1 %) wiesen am Ende eine Normozoospermie auf; der Anteil von Männern mit Azospermie sank signifikant von 19 (9,8 %) auf 11 (7,0 %).

Bei Kontrolle der Hormonwerte vor und nach Therapie mit rFSH fiel ein signifikanter Anstieg von Estradiol auf. Die Autoren diskutieren evtl. dadurch auftretende positive Effekte auf die Spermatogenese.

Auch wenn durch die Studie eine zuverlässige Angabe zur NNT nicht möglich ist, fällt dennoch auf, dass bei einem von 4 Patienten unter der Therapie mit rFSH eine Schwangerschaft bei den Partnerinnen auftrat und damit häufiger als in bereits publizierten Studien, bei denen die NNT mit 10 angegeben wurde.

Kommentar

Die vorliegende Studie ist keine Grundlage für eine evidenzbasierte Empfehlung einer Therapie mit rFSH bei Männern mit idiopathischer Infertilität.

Sie eröffnet aber dennoch ein therapeutisches Fenster in bestimmten Situationen, zumal die Daten in einem Setting erfasst wurden, die klinische Entscheidungen in der andrologischen Sprechstunde und nicht im Rahmen einer kontrollierten Studie betreffen.

Defizite einer solchen „real world data analysis“ sind das Fehlen einer Kontrollgruppe und die Tatsache, dass vor Beginn der Therapie die Ergebnisse von nur einem Spermogramm berücksichtigt wurden.

Zudem fällt bei der Zusammenstellung von Begleiterkrankungen der in die Studie eingeschlossenen Männer auf, dass 10 Patienten einen Hodenhochstand, weitere 10 Patienten einen Zustand nach Behandlung einer Varikozele, 40 über Nikotinkonsum, 6 über Bluthochdruck und 2 über Diabetes mellitus berichteten. In diesen Fällen

muss diskutiert werden, ob es sich wirklich um eine „idiopathische Infertilität“ handelt.

Die Autoren weisen schon zu Beginn der Arbeit darauf hin, dass die Partnerinnen betroffener Männer bei Durchführung von Methoden der assistierten Reproduktion die Hauptlast therapeutischer Eingriffe zu tragen haben, auch wenn sie selbst nicht Verursacherinnen der ungewollten Kinderlosigkeit sind. Die Frage nach therapeutischen Optionen beim Mann in Fällen, in denen Methoden der assistierten Reproduktion aus finanziellen oder grundsätzlichen Erwägungen vom Paar nicht erwünscht sind, ist ein in andrologischen Sprechstunden regelmäßig angesprochener Aspekt.

Bezüglich der in der Studie untersuchten Option ist aber Folgendes zu beachten: In Deutschland deckt die Zulassung von rFSH bei Männern nur Fälle von hypogonadotropem Hypogonadismus ab. Der Einsatz bei anderen Indikationen ist somit ein Heilversuch; die nicht unerheblichen Kosten sind vom Patienten selbst zu tragen.

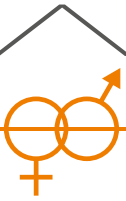
Alternativ könnte ein Heilversuch mit Antiöstrogenen unter Beachtung der Nebenwirkungen und Kontraindikationen als billigere Option erwogen werden. Auch Antiöstrogene können zu einem Anstieg von FSH (und LH) und somit wie rFSH alleine zu einer zusätzlichen Stimulation der Spermatogenese führen.

Interessant in der Studie von Romeo et al. sind die Auswirkungen einer rFSH-Therapie bei Männern mit nicht-obstruktiver Azoospermie. Am Ende der Therapie hatte deren Zahl signifikant abgenommen. Hier wird auf mögliche Zusammenhänge genetischer Varianten auf dem Chromosom 11p14.1 hingewiesen, welches das FSH β -Gen trägt. Gendefekte könnten die FSH-Funktionen beeinträchtigen, so dass betroffene Männer von einer Stimulation durch rFSH profitieren könnten.

Zusammengefasst eröffnet die Studie trotz der auch von ihren Autoren eingeräumten Defizite eine wissenschaftliche Unterstützung für Heilversuche mit rFSH in besonderen Situationen.

Für Sie kommentiert von:

Prof. Dr. Frank-Michael Köhn
Andrologicum München

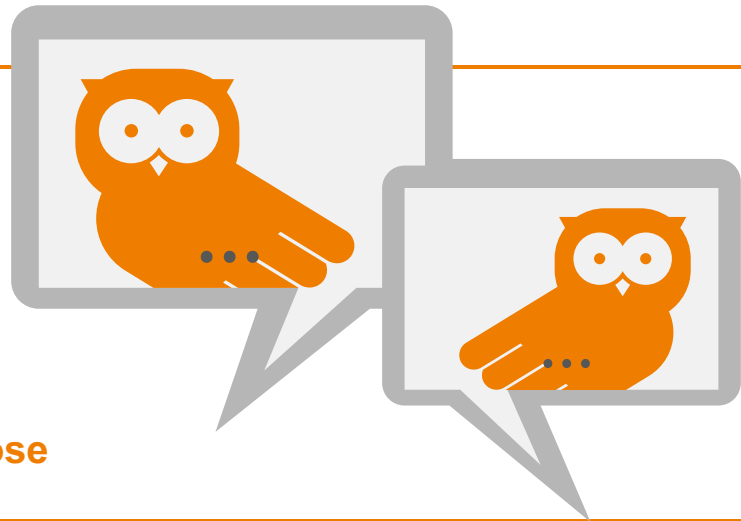


SCHOOL OF
REPRODUCTIVE MEDICINE
& ENDOCRINOLOGY

DGRM SCHOOL VIRTUELL!

6. September 2023

Neue Leitlinie-Endometriose



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Endometriose ist eine häufige und leider immer noch zu lange in der Diagnostik verzögerte Erkrankung. Bei Patientinnen mit Kinderwunsch und Endometriose ergeben sich zusätzliche Fragen, aber auch Handlungsoptionen. Nach langer Pause hat die ESHRE die bestehende Leitlinie im vergangenen Jahr aktualisiert und vor diesem Hintergrund möchten wir mit Ihnen die ersten Erfahrungen im Umgang mit der Leitlinie in Ihrem täglichen Alltag diskutieren.

Zum Einstieg in die Thematik wird Herr Dr. Mohammed Gamal Ibrahim die diagnostischen Optionen darstellen, sowie Herr Prof. Dr. Volker Ziller dann das therapeutische Vorgehen mit dem speziellen Fokus auf den Kinderwunsch.

Wir freuen uns auf den Dialog mit Ihnen und verbleiben mit besten Grüßen

**Barbara Sonntag, Volker Ziller
und Dunja Baston-Büst**

Anmeldung unter <https://www.repromedizin.de/> oder Sie wenden sich an unsere Geschäftsstelle:
Tel: +49 (0) 6420 93444, E-Mail: geschaeftsstelle@repromedizin.de

SAVE the DATE

20.–22. September 2023:

DVR-Kongress, Bonn <https://www.dvr-kongress.de/>

Wir möchten hier auf die wissenschaftlichen **Sessions der DGRM** hinweisen:

- Mittwoch, 20. September, 14.15–16.15 Uhr (AG MuT der DGRM)
- Donnerstag, 21. September, 10.30–12.00 Uhr (AG Reproduktionsgenetik der DGRM)
- Donnerstag, 21. September, 13–14.30 Uhr (DGRM/AGRBM)

Für essentielle Themen konnten wir herausragende Referentinnen und Referenten gewinnen und würden uns sehr freuen, möglichst viele Mitglieder auch und besonders zur Mitgliederversammlung am 20. September 2023, 18.00–19.00 Uhr, zu begrüßen. Die entsprechende Einladung zur MV folgt gesondert.

1.–2. Dezember 2023:

Die **22. MolBiol-Tagung** des Arbeitskreises Molekularbiologie der DGRM e.V. findet in diesem Jahr vom 1.–2. Dezember 2023 in Essen statt. Weitere Infos folgen zu einem späteren Zeitpunkt.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN E.V. (DGRM)

ARBEITSGEMEINSCHAFT

Reproduktionsgenetik

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
hiermit laden wir Sie herzlich ein zur

Mitgliederversammlung der AG Reproduktionsgenetik
im Rahmen des DVR-Kongresses

Bonn

am Donnerstag, 21.09.2023

von 16:45 bis 17:45 Uhr, Saal Berlin 2

World Conference Center Bonn – Plenargebäude

Platz der Vereinten Nationen 2

53113 Bonn

Tagesordnung

1. Feststellung der Tagesordnung
2. Genehmigung des Protokolls
3. Bericht des Vorstands
4. Wahlen zum Vorstand (Vorsitzende/r, 3 stellvertretende Vorsitzende)
5. Weitere Planung: Schwerpunkte und Aktivitäten der AG
6. Sonstiges

Ich bitte um weitere Meldungen für die Tagesordnung bis 21. August. Ebenso sind Absichtserklärungen für die Mitarbeit im Vorstand der AG herzlich willkommen.

Prof. Dr. med. Frank Tüttelmann
für den Vorstand
der AG Reproduktionsgenetik der DGRM

Gesellschaftsmitteilungen – Deutsches IVF-Register e.V. (D-I-R)[®]



■ Zentrumsindividuelle Auswertungen aus dem Deutschen IVF-Register: Sonderauswertung „Ideale Patientin“

Bereits zum zweiten Mal hat das D-I-R eine Sonderauswertung rund um die „Ideale Patientin“ den Mitgliedszentren zur Verfügung gestellt. Sie umfasst dieses Mal die vier Jahre 2019–2022 auf einen Blick (Abb. 1).

Die Sonderauswertung ist ein spezialisierter Auszug aus dem „normalen“ D-I-R-Zentrumsprofil, das den Mitgliedszentren neben dem Report der D-I-R-Haupt-KPIs und dem D-I-R-Zentrumsprofil quartalsweise gesendet wird. Mit hier 23 spezifischen Auswertungen wird die „Ideale Patientin“ für jedes Zentrum ausgewertet, die im D-I-R wie folgt definiert ist: Es werden ausschließlich Behandlungen von Paaren mit einem Alter der Frau von 35 Jahren und jünger mit 8 oder mehr gewonnenen Eizellen und 5 oder mehr 2PN-Stadien im ersten IVF- oder ICSI-Zyklus mit aus orthograder Ejakulation gewonnenen Spermien ausgewertet.

Welchen Nutzen im Vergleich zum „normalen“ Zentrumsprofil im nationalen Vergleich bietet Ihnen diese Sonderauswertung? Viele Zentren haben im Vergleich untereinander sehr heterogene Patientinnen. Mit der Eingrenzung auf die „Ideale Patientin“ harmonisieren wir

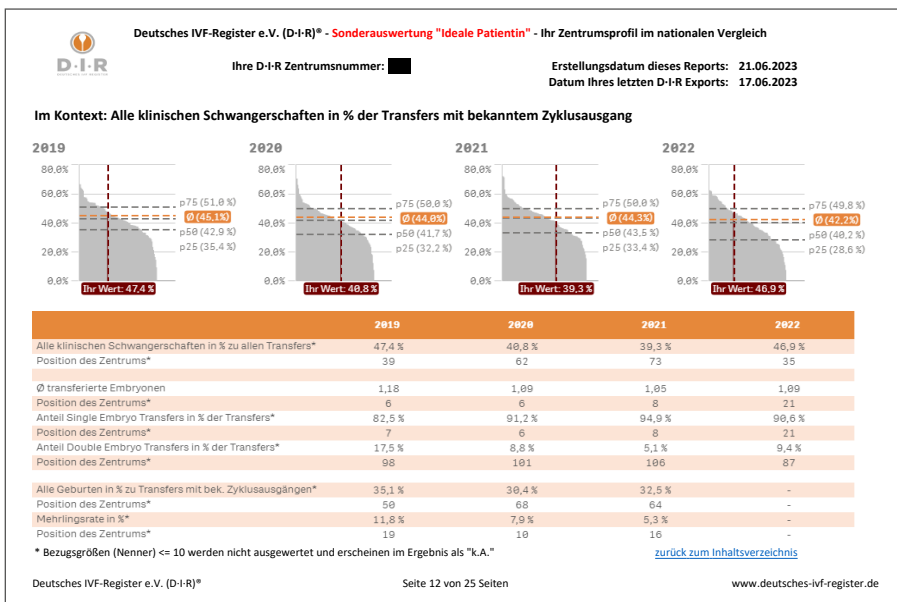


Abbildung 1: Beispielauswertung „Im Kontext: Alle klinischen Schwangerschaften in % der Transfers mit bekanntem Zyklusausgang“

diese Vergleichbarkeit ein gutes Stück weit. Dies ermöglicht, mit dieser besseren Vergleichbarkeit anhand der jeweiligen Positionen des Zentrums im nationalen Ranking oder den Perzentilen, Verbesserungspotentiale noch klarer zu detektieren.

Gerne verweisen wir an dieser Stelle auch noch einmal auf das Paper „Good

prognosis patient – die ideale Patientin: Wie lassen sich Therapieerfolge bei der IVF/ICSI-Therapie sachlich vergleichen?“ von unseren D-I-R-Kuratoriumsmitgliedern Herrn **Prof. Dr. med. Markus S. Kupka**, Hamburg, und Herrn **Dr. med. Sascha Tauchert**, Saarbrücken, das im JRE 1/2023 [J Reproduktionsmed Endokrinol 2023; 1: 7–12] erschienen ist.

■ Daten des Deutschen IVF-Registers 2020 für ESHRE/EIM und ICMART

Wie in jedem Jahr hat das Deutsche IVF-Register die Auswertungsanfragen des EIM für Deutschland und das Jahr 2020 entsprechend beantwortet.

Das Europäische IVF-Register EIM (European IVF Monitoring) hat im Rahmen der ESHRE 2023 in Kopenhagen

nun die Daten des Registers für das Jahr 2020 vorgestellt. In diesem Zuge wurde auch das Welt-Register ICMART mit den Daten aus dem EIM versorgt, das auf der

ESHRE 2023 die Ergebnisse des Jahres 2019 vorstellte.

European IVF Monitoring

The IVF Monitoring (EIM) Consortium is a group of representatives of national registries on assisted reproductive technology (ART), collecting data.



EIM Steering Committee, ESHRE 2023

Dem Steering Committee des EIM gehören unser Kuratoriumsmitglied Herr **Prof. Dr. med. Markus S. Kupka**, Hamburg, als Repräsentant des EIM bei ICMART, und unser Vorstandsmitglied Herr **Dr. med. Andreas Tandler-Schneider**, Berlin, als Vertreter Deutschlands an.

Das EIM-Team mit Prof. Kupka (ganz links) und Dr. Tandler-Schneider (Dritter von links).
Foto: ESHRE, mit freundlicher Genehmigung.



D·I·R
DEUTSCHES IVF REGISTER

Bitte vormerken:

D-I-R-Termine im Rahmen des 10. DVR-Kongresses/ des XXXVII. Jahrestreffens der Deutschen IVF-Zentren

Der 10. DVR-Kongress bzw. das XXXVII. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren wird bekanntermaßen vom 20.–22.09.2023 in Bonn stattfinden. Bitte notieren Sie sich gerne bereits die dortigen Termine des Deutschen IVF-Registers:

- D-I-R-Session im wissenschaftlichen Programm am 21.09.2023, 13:00–14:30 Uhr:
 - „Registerarbeit von der Eingabe zur Auswertung – geht das noch besser?“
Dr. med. Ute Czeromin, Gelsenkirchen, und Markus Kimmel, Düsseldorf
 - „Viel passiert in 40 Jahren – wir danken D-I-R!“
Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel, Düsseldorf
 - „Deutschland im internationalen Vergleich“
Dr. med. Andreas Tandler-Schneider, Berlin
 - „Die ideale Patientin im internationalen Vergleich“
Prof. Dr. med. Markus S. Kupka, Hamburg
- Ordentliche Jahreshauptversammlung des Deutsches IVF-Register e.V. (D-I-R)* am 21.09.2023 um 16:30 Uhr
- Vorstellung des D-I-R-Jahrbuchs 2022, 22.09.2023, 11:15–13:15 Uhr mit Herrn Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel, Düsseldorf, und Herrn Dr. med. Andreas Tandler-Schneider, Berlin

Korrespondenzadresse:

Markus Kimmel

*Deutsches IVF-Register e.V. (D-I-R)**

Leitung Geschäftsstelle und Datenmanagement

E-Mail: geschaeftsstelle@deutsches-ivf-register.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)