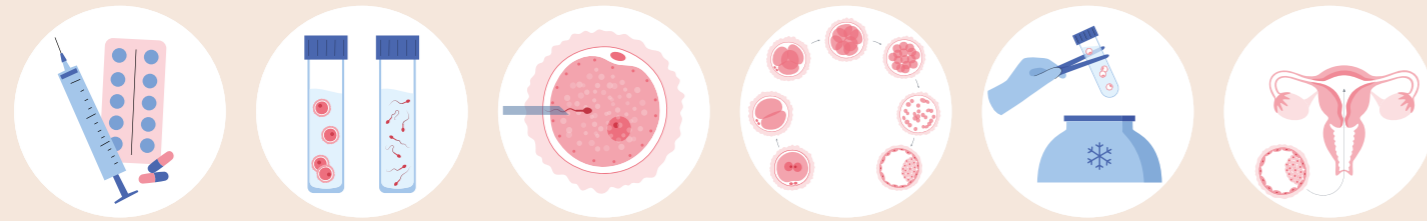


Illustrationen: Adobe Stock/pikovit



Aktuelle Herausforderungen der Reproduktionsmedizin

Seit vielen Jahren wird gefordert, das sogenannte Embryonenschutzgesetz (ESchG) zu reformieren. Von Reproduktionsmedizinern wird dieses inzwischen als größte Behinderung einer modernen Reproduktionsmedizin in Deutschland gesehen und zwar mit deutlichen Nachteilen für unsere Patientinnen und Patienten. Behandlungen nach dem internationalen Standard sind so in Deutschland deutlich erschwert beziehungsweise gar nicht möglich.

Während anfangs Ängste und Befürchtungen vor einer unregulierten Reproduktionsmedizin das strenge Embryonenschutzgesetz motivierten, haben die praktischen Erfahrungen der vergangenen Jahre jedoch nur wenige Verstöße an die Öffentlichkeit gebracht, und die durch das Embryonenschutzgesetz indizierten Probleme stehen zunehmend im Mittelpunkt der aktuellen Diskussionen.

Seit Einführung dieses Gesetzes 1991 hat sich Reproduktionsmedizin massiv verändert und viele damals unbekannte medizinische Verfahren sind hinzugekommen. Das Embryonenschutzgesetz ist ein aus 13 Paragrafen bestehendes strafrechtliches Nebengesetz - man kann es auch als Verbotsgesetz bezeichnen. Es richtet sich nicht wie im Kernstrafrecht an die Allgemeinheit, sondern primär an Forscher und Ärzte. Die Patientin wird ausdrücklich nicht belangt, sondern sie hat das volle Selbstbestimmungsrecht über ihre Reproduktion.

Im Vorfeld des Gesetzes wurde befürchtet, dass Wissenschaft und Forschung bedenkenlos und ohne Einschränkung Embryonen für nicht gewollte Verfahren verwenden könnten, und es bestand die große Angst vor Tabuverletzungen wie zum Beispiel Klonen, Chimären und Hybridbildung sowie Designerbaby.

Klare Verbote im Embryonenschutzgesetz

In Paragraph 1 Embryonenschutzgesetz wird geregelt, wann entsprechende Therapien überhaupt erlaubt sind, und es sollte vermieden werden, dass Embryonen „auf Halde“ produziert werden.

Folgende Verfahren sind explizit verboten:

- Verwendung und Übertragung von fremden unbefruchteten oder befruchteten Eizellen,
- künstliche Befruchtung von Eizellen zu einem anderen Zweck als zur Erreichung einer Schwangerschaft,
- Übertragung von mehr als drei Embryonen während eines Zyklus,
- Entnahme eines Embryos vor seiner Einnistung in der Gebärmutter, um ihn einer anderen Frau zu übertragen.

Weiterhin wurde geregelt: Grundsätzlich darf eine künstliche Befruchtung ausschließlich von einem Arzt/Ärztin durchgeführt werden. Grundsätzlich bedarf es auf jeden Fall der Zustimmung der Frau, der die befruchteten Eizellen übertragen werden sollen; eine Leihmutterchaft ist in Deutschland verboten. Bei Abweichungen droht eine Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren. Laut § 1 ESchG macht sich allerdings nur der Arzt strafbar, der die jeweilige Prozedur durchführt, nicht aber die Frau, von der die Eizelle beziehungsweise der Embryo stammen oder auf sie übertragen wird.

Nach § 2 Absatz 1 ESchG wird auch der unerlaubte Handel mit Embryonen wie folgt bestraft:

Wer einen extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnommenen menschlichen Embryo veräußert oder zu einem nicht seiner Erhaltung dienendem Zweck abgibt oder verwendet, wird mit Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Embryonenschutzgesetz braucht Verbesserungen

Das Embryonenschutzgesetz wird heute zunehmend als größte Benachteiligung für die deutschen Patientenpaare empfunden und unter Medizinern besteht kein Zweifel, dass es hier dringender Verbesserungen bedarf: Patientenpaare sollten nicht weiterhin in Deutschland schlechter therapiert werden und Reproduktionsmedizinern ungerechtfertigte Strafen drohen.

Eine Folge des Gesetzes ist das Verbot der Eizellspende, was die meisten unserer Nachbarländer so nicht kennen und das auch deshalb weiterhin einen Medizintourismus ins benachbarte Ausland auslöst. Schätzungen gehen von jährlich mindestens 1.500 Paaren aus, die entsprechende Therapien im benachbarten Ausland durchführen lassen – bevorzugt in Spanien und Tschechien - während auch in Deutschland heterologe Verfahren mit Samenspende möglich sind. Dies ist rational einfach nicht nachvollziehbar.

PID-Verfahren benötigt Finanzierungslösung

Zwar erlaubt inzwischen die PID-Verordnung auch in Deutschland die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID), aber nur unter ganz eingeschränkten Indikationen nach Votum einer Ethikkommission. Auch hier wurden hohe Hürden über die Anrufung einer Ethikkommission und die Beschränkung auf lebensbedrohliche Erkrankungen vorgeschaltet. Insbesondere ist hier bis heute das Problem der Finanzierung nicht geregelt und allein die hohen Kosten machen es vielen Paaren mit PID-Indikationen unmöglich, sich tatsächlich des Verfahrens der PID in Deutschland zu unterziehen. Hier können leicht pro Versuch Kosten in Höhe von 15.000 bis 20.000 Euro anfallen, die von dem Paar selbst zu tragen sind. Der aktuelle Koalitionsvertrag der Ampel will hier zwar Abhilfe schaffen, konkrete Maßnahmen sind aber nach dem Erkenntnisstand des Verfassers bisher nicht erfolgt. Hier bedarf es dringend einer Lösung.

Deutscher Mittelweg als normative Kraft des Faktischen

Auch der heute von vielen Kinderwunschzentren praktizierte „Deutsche Mittelweg“ ist inzwischen mehr als „normative Kraft des Faktischen“ zu sehen denn als eine allgemein etablierte Lösung - auch wenn viele Juristen und juristische Kommentare ihn inzwischen als legitim ansehen. Hier wird die Möglichkeit der Kultivierung von Blastozysten erreicht, wobei mit Beginn der Kultivierung über eine individuelle Prognose die Zahl der zu kultivierenden befruchtenden Eizellen festgelegt werden muss. Nur so sind überhaupt halbwegs vergleichbare Ergebnisse mit ausländischen Instituten erreichbar.

Folgende Punkte – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – bedürfen zweifelsfrei dringend einer modernen Regelung:

- Möglichkeit eines PID-Screenings auf Aneuploidie und Trisomie 21/18/13 und seine Finanzierung,
- Finanzierung der PID bei medizinischen Indikationen,
- Eizellspende ermöglichen - analog zur heterologen Samenspende,
- Leihmutterchaft bei medizinischen Indikationen,
- Wegfall der Begrenzung der Zahl der kultivierbaren befruchteten Eizellen,
- Klärung der Voraussetzungen für wissenschaftliches Arbeiten an humanen Keimzellen und Embryonen.

Dass es hierzu eines Konsenses bedarf, der über die rein ärztlichen Gremien hinausgehen muss, ist selbstredend, aber nur Ärztinnen und Ärzte sind die direkten Anwältinnen unserer Patientinnen und Patienten, die später davon profitieren. Auch wenn sich Juristen, Theologen und Soziologen hier immer als kompetente Diskutanten anbieten, sitzen im speziellen Fall Ärzte den Betroffenen gegenüber und wollen praktisch helfen. Und das ist etwas fundamental anderes als einen theoretischen Diskurs in einem Think-Tank zu führen.

Aufgaben des Ausschusses assistierte Reproduktion/ künstliche Befruchtung

Das ist aber nicht ganz der Alltag der Arbeit des Ausschusses. Die Aufgaben hier ergeben sich aus Beratung und Überwachung der dortigen Kinderwunschzentren, wobei der Wunsch nach kollegialen Lösungen im Konfliktfall immer betont werden muss. Diese Aufgaben ergeben sich aus der Verpflichtung der Landesärztekammer, ihren Aufsichtspflichtigen nachzukommen.

So werden wichtige Qualitätsindikatoren der Kinderwunschzentren aus Rheinland-Pfalz der Fachgruppe Südwest der Ärztekammern Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, und Westfalen-Lippe beobachtet und bei Besonderheiten mit den Zentren diskutiert. Hier werden Parameter wie der Anteil der ICSI-Prozeduren, der Anteil der Kryotherapien, Schwangerschaftsraten, Geburtenraten, der Anteile von Single Embryotransfers, Mehrlingsraten und Komplikationsraten mit den Mittelwerten der anderen Zentren verglichen. Dabei geht es nicht nur um gute Ergebnisse, sondern gleichzeitig um niedrige Komplikationsraten. Insbesondere sollten die Mehrlingsraten 15 Prozent nicht übersteigen, die in anderen Ländern – wie dem Vereinigten Königreich – um sieben Prozent liegen können.

Bei Auffälligkeiten wird das Zentrum um eine Stellungnahme gebeten und der Fachgruppe Südwest zusammen mit der Ärztekammer dann auf Plausibilität geprüft. Ist die Stellungnahme nicht plausibel oder verbessern sich die Parameter in der Folge nicht, können auch weiterreichende Sanktionen erfolgen, die im Ermessen der Kammer liegen und im Extremfall bis zum Entzug der reproduktionsmedizinischen Zulassungen reichen können. Diese Aufgaben werden in der Zukunft sicher deutlich zunehmen.

Forderungen an Weiterbildungsordnung

Aktuell werden auch Fragen der neuen Weiterbildungsordnung immer häufiger Thema von Anfragen, da auch die Durchführung von Operationen an fertilitätserhaltenden Eingriffen gefordert werden, die viele Zentren so nicht mehr durchführen. Auch hier müssen Lösungen zusammen mit der Kammer gefunden werden.



Aktuell geht es auch darum, den Zugang von gleichgeschlechtlichen Paaren und Single-Frauen zur Reproduktionsmedizin zu verbessern.

Letztlich muss es auch darum gehen, den Zugang zur Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin für junge Ärztinnen und Ärzte zu öffnen und die Freude und die tiefe Befriedigung, die dieses Fach liefern kann, weiterzugeben und langfristig zu sichern. Trotz der tiefen Krise in der sich dieses Spezialfach befindet, muss es auch darum gehen, langfristige Perspektiven für junge Kolleginnen und Kollegen zu schaffen, die sich heute selbst an Universitätskliniken nicht mehr finden. Langzeitstellen an Unikliniken – oder gar eigenständige Lehrstühle – sind heute absolute Raritäten. Auch hier will der Ausschuss der Landesärztekammer aktiv werden und langfristig neue Wege aufzeigen – auch wenn es nicht einfach werden wird.

Fazit

Es ist dringend notwendig, das vor 32 Jahren in Kraft gesetzte Embryonenschutzgesetz (Verbotsgesetz) zu reformieren. Das noch paternalistisch geprägte Gesetz schränkt die reproduktionsfähige Entscheidung von Frauen sehr ein. Der Wandel in der Gesellschaft und internationale Regelungen zeigen, dass Deutschland immer noch an der unteren, konservativen Position mit seinen rechtlichen Regelungen steht. Dabei ist zentrales Merkmal einer liberalen Gesellschaft die Tolerierung unterschiedlicher ethischer Auffassungen.

Bei einer Neufassung des Embryonenschutzgesetzes dürfen nicht nur Theologen, Juristen, Ethiker und Sozialwissenschaftler das bestimmen, was die Gesellschaft zu tun und zu lassen hat. Die Frauen, die die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen wollen, müssen mitentscheiden dürfen.

Hier sollten wir, die behandelnden Frauenärztinnen und Frauenärzte, eine wichtige Rolle übernehmen. Wir sind die Ärzte des Vertrauens mit einem hohen medizinischen Sachverstand, und wir können reproduktionsmedizinisch real helfen. Die Verantwortung übernehmen wir auch dafür. Dies können weder Theologen, Juristen, Ethiker oder Sozialwissenschaftler.

In dem neuen Gesetz müssen die Fragen der Eizellenspende, der Präimplantationsdiagnostik im Sinne der Patientinnen geregelt werden. Auch Leihmutterchaft und die rechtliche Gleichstellung mit der heterologen Insemination sind notwendig.

Die Forschung in Deutschland sollte befähigt werden, zum Beispiel Forschung am Embryo bis zum 14. beziehungsweise 28. Tag (kleine Zellen Kugelform von 0,1-0,3 mm) durchführen zu können. Forschung an Embryonen braucht eine Kommission, die die Forschung überwacht, ähnlich der britischen HFEA (Human Fertilisation and Embryology) in Zusammenarbeit mit den Ethikkommissionen der Länder. Ziel

sollte sein, die Entwicklung von Embryonen zu verbessern, Frühgeburten zu verhindern und frühe Krankheitsentstehung zu erkennen. Dies geschieht jetzt schon auf internationaler Ebene. Hier ist der deutsche Forschungsstandort stark durch die restriktiven Regelungen des ESchG benachteiligt. Auch sollte zu Fragen der Leihmutterchaft, unter bestimmten medizinischen Voraussetzungen, eine positive Regelung getroffen werden.

Dass Krankenkassen natürlich zur Kostenerstattung der IVF und PID bei Paaren, die das positive Votum der Ethikkommission haben, verpflichtet sind, sollte selbstverständlich sein. Diese haben in der Regel ein schwer behindertes Kind und dann auch keine zwei Einkommen. Auch dass Paare verheiratet sein müssen, um einen Kostenanspruch für die IVF Behandlung zu haben, ist anachronistisch.

Die Uniklinken sollten wieder vermehrt endokrinologische Abteilungen aufbauen oder verstärken. Die niedergelassenen IVF-Zentren sollen und wollen die Kolleginnen und Kollegen weiterbilden. Allerdings müssen dann unsinnige Regelungen wie beispielsweise operative Eingriffe, die heute nur noch selten durchgeführt werden, aus dem Katalog entfernt werden. Hier sind die Ärztekammern in der Pflicht.

Und zuletzt müssen wir Ärztinnen und Ärzte mit Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung den Investoren die Stirn bieten, die generalstabmäßig die gewinnbringenden IVF-Zentren (viele Selbstzahlerleistungen) aufkaufen. Denn deren einziges Ziel ist Gewinnmaximierung. Dies ist oft mit unseren ethischen, medizinischen Grundsätzen nicht vereinbar.

Autor

*San.-Rat Dr. Werner Harlfinger
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe mit dem
Schwerpunkt Gynäkologische
Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin*

*Vorsitzender des Ausschusses
assistierte Reproduktion/
künstliche Befruchtung
der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz*



Foto: KV RLP



Besuch im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen: Reproduktionsmedizin braucht ein gut aufeinander abgestimmtes Team

Fertilitätsprobleme gibt es in jeder zehnten Partnerschaft. Die Reproduktionsmedizin bietet mit ihren Möglichkeiten gute Chancen, damit sich der Kinderwunsch doch noch erfüllt. Kinderwunschbehandlungen werden deutschlandweit immer häufiger in Anspruch genommen. Das geht aus dem kürzlich veröffentlichten Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers (DIR) hervor. Im Jahr 1997 wurden mehr als 6.500 Kinder nach einer Kinderwunschbehandlung geboren, 2020 waren es bereits über 22.200.



Foto: Engelmohr

*Das Ärzteteam des Ludwigshafener Kinderwunschzentrums (v.l.n.r.):
Dr. Claudia Schmidt,
Dr. Ulrike Maier,
Dr. Mareike Albers,
Dr. Tobias Schmidt.
Nicht auf dem Foto
ist Dr. Simone Ritter.*

Ungewollte Kinderlosigkeit ist auch keineswegs eine Erscheinung der Neuzeit. „Es ist ein Problem so alt wie die Menschheit selber – und zwar in allen gesellschaftlichen Schichten. Man denke nur an Abraham und Sarah, Napoleon und Josephine, den Schah von Persien und Soraya oder auch Barack und Michelle Obama“, erklärt Dr. Tobias Schmidt, der zusammen mit seiner Frau Dr. Claudia Schmidt und drei weiteren Ärztinnen das Kinderwunschzentrum Ludwigshafen betreibt. Claudia und Tobias Schmidt sind Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Ihr gemeinsames Kinderwunschzentrum leiten sie seit 2009 im Zentrum von Ludwigshafen. Zum Team gehören auch vier Reproduktions-Biologinnen, fünf MTAs, ein MFA-Team sowie Verwaltungskräfte.

Sterilität darf kein Tabuthema sein

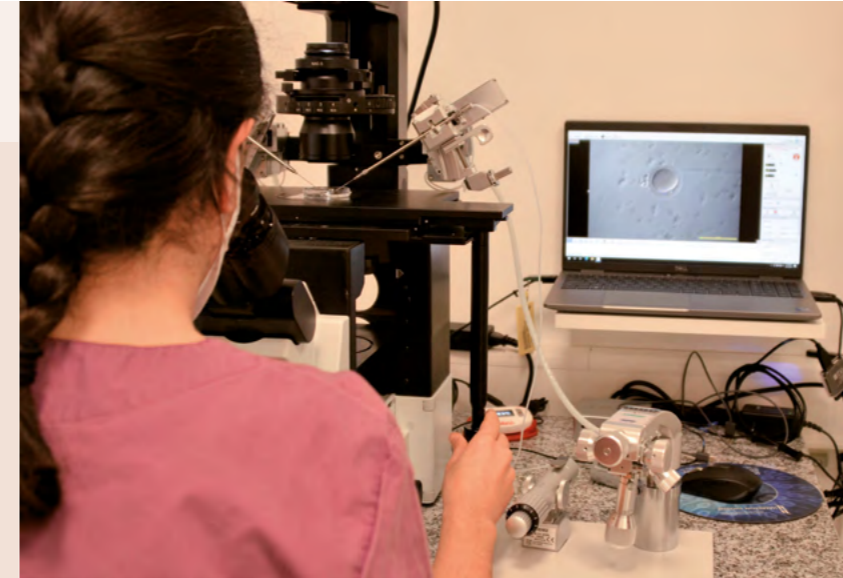
„Die Patienten, die zu uns kommen, tragen schon jahrelang Probleme mit sich herum. Denn die Reproduktionsmedizin ist leider noch immer ein schambehaftetes Thema. Es gibt noch viele Ängste und Vorbehalte zu dem, was wir tun“, berichtet Tobias Schmidt. Es seien oft lange Leidenswege, und „für viele Patientinnen ist es eine Erlösung, wenn die Behandlung beginnt“, fügt Claudia Schmidt hinzu. Die Diagnose Sterilität sei für viele sehr belastend, wissen beide. In ihrer Dimension sei sie vergleichbar mit der einer onkologischen Diagnose: Beide Diagnosen führen dazu, dass die eigenen Lebensvorstellungen ins Wanken geraten. Doch noch viel zu oft werde ungewollte Kinderlosigkeit tabuisiert. Noch immer würden viele Betroffene deshalb keine Beratung einholen: „Aber das ist nicht richtig. Wir wollen das Thema aus seinem



Fotos: Engelmohr



Dr. Claudia und Dr. Tobias Schmidt leiten seit 2009 das Kinderwunschzentrum Ludwigshafen.



Hochkonzentriert führt die Biologin im Labor unter dem Mikroskop Ei- und Samenzelle zusammen.

Schatten holen; Betroffene sind nicht alleine damit und sie brauchen sich auch nicht für ihre Sterilität schämen“, bringen Claudia und Tobias Schmidt die Scheu vieler Frauen und Männer auf den Punkt.

Betroffene Paare sollen früh Beratung suchen

Bleibt der Kinderwunsch unerfüllt, sollten Paare daher nicht zögern, sich früh an ein Kinderwunschzentrum zu wenden, um Beratung und Hilfe zu bekommen, denn die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung sind altersabhängig: Die biologische Uhr setzt Grenzen. Doch ins Kinderwunschzentrum kommen die meisten Patienten relativ spät. Oft mit etwa Mitte 30. In diesem Alter liegt die Chance, mit Hilfe der Reproduktionsmedizin schwanger zu werden, bei rund 35 Prozent pro Embryotransfer. Je älter die Frau ist, desto stärker sinkt die Wahrscheinlichkeit, ein Kind zu bekommen und gleichzeitig steigt leider auch das Risiko, eine Fehlgeburt zu erleiden.

Die meisten Patientinnen kommen auf Überweisung behandelnder Frauenärztinnen und Frauenärzte. „Aber auch von Hausärzten und Urologen bekommen wir Patienten überwiesen“, so Claudia und Tobias Schmidt. Ihre Patientinnen kommen aus einem Umkreis von rund 60 Kilometern: aus dem Raum Ludwigshafen, der Pfalz aber auch aus Mannheim und dem gesamten Rhein-Neckar-Raum. Zwischen 1.500 und 2.000 Patientinnen/Patienten stellen sich pro Jahr wegen unerfülltem Kinderwunsch oder endokrinologischer Fragen vor. Über 1.500 hormonelle Stimulationszyklen einschließlich aller reproduktionsmedizinischer Therapieverfahren wurden im vergangenen Jahr durchgeführt.

Dr. Tobias Schmidt: „Paare sollen nicht zögern, sich früh an ein Kinderwunschzentrum zu wenden, um Beratung und Hilfe zu bekommen.“

Eine Kinderwunschbehandlung besteht aus vier Phasen: Erstgespräch, Diagnostik, Therapie und Ergebnisfeststellung. Auch bei der Therapie gibt es im Wesentlichen vier Wege: die hormonelle Stimulationstherapie mit zeitlich geplantem Geschlechtsverkehr, die Insemination sowie die Befruchtung außerhalb des Körpers mittels IVF- oder ICSI-Therapie.

Sind im Ejakulat des Partners überhaupt keine Spermien auffindbar, können diese Behandlungen auf Wunsch auch mit Spendersperma durchgeführt werden.

Es ist ein Montagmorgen im Kinderwunschzentrum Ludwigshafen. Seit 7.30 Uhr sitzen etwa zehn Frauen im Wartezimmer, manche gemeinsam mit ihrem Partner. Die meisten von ihnen warten darauf, dass mithilfe einer Ultraschalluntersuchung geprüft wird, wie ihre Eizellen gewachsen sind. Parallel dazu wird ihnen Blut abgenommen, um die hormonelle Entwicklung zu überwachen.

Ungewollte Kinderlosigkeit ist eine Paardiagnose

Zeit ist auch für die Erstgespräche. „Wir wünschen uns, dass hierfür beide Partner anwesend sind. Schließlich ist ungewollte Kinderlosigkeit eine Paardiagnose“, so die beiden Ärzte. Pauschal lasse sich sagen, dass die Ursache der Unfruchtbarkeit gleichhäufig bei der Frau wie beim Mann zu finden ist: Jeweils ca. 30 Prozent. In weiteren 30 Prozent der Fälle finden sich Ursachen bei beiden Partnern, welche häufig erst im Zusammenwirken den Eintritt einer Schwangerschaft verhindern. Bei den verbleibenden etwa zehn Prozent kann trotz aufwendiger Diagnostik eine eindeutige Ursachen nicht identifiziert werden.

Hilfreich bei der Anamnese ist es, wenn Befunde mitgebracht werden, die bereits vorliegen wie Spermioogramme, OP-Berichte oder Hormonanalysen. Wichtig für das Erstgespräch sei es auch, dass die Paare den Fragebogen für die Anamnese, der sich auf der Praxis-Internetseite befindet, bereits im Vorfeld ausfüllen.

Sind das Erstgespräch, die ausführliche Anamnese und die Vorbefunde ausgewertet, dann folgen Untersuchungen: eine gynäkologische mit Ultraschall, ein erweiterter Hormonstatus im Inhouse-Labor und eine Ejakulationsanalyse. „Wenn wir diese Ergebnisse haben, wissen wir meistens, was der Grund für die Kinderlosigkeit ist“, fasst Tobias Schmidt zusammen.

Falls danach doch noch Unklarheiten bestünden, komme eine Abklärung der Eileiterdurchgängigkeit hinzu.

Bundesweite Zahlen

Deutschlandweit wurden in den Jahren 1997 bis 2020 insgesamt 363.940 Kinder nach In-vitro-Fertilisationszyklen geboren. Dies entspricht der Einwohnerzahl einer Stadt wie Bochum, heißt es im Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers.

Weitere Einzelheiten:

2020 wurden insgesamt 66.447 Frischzyklen durchgeführt, bei denen mittels In-vitro-Fertilisation und/oder Mikroinjektion ein Embryotransfer im selben Zyklus geplant wurde. In 93 Prozent dieser Fälle kam es zu einer Befruchtung und in 86 Prozent zu einem Transfer mit bekanntem Zyklusausgang. Die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer lag somit bei 32,7 Prozent und damit genauso hoch wie im Jahr zuvor.

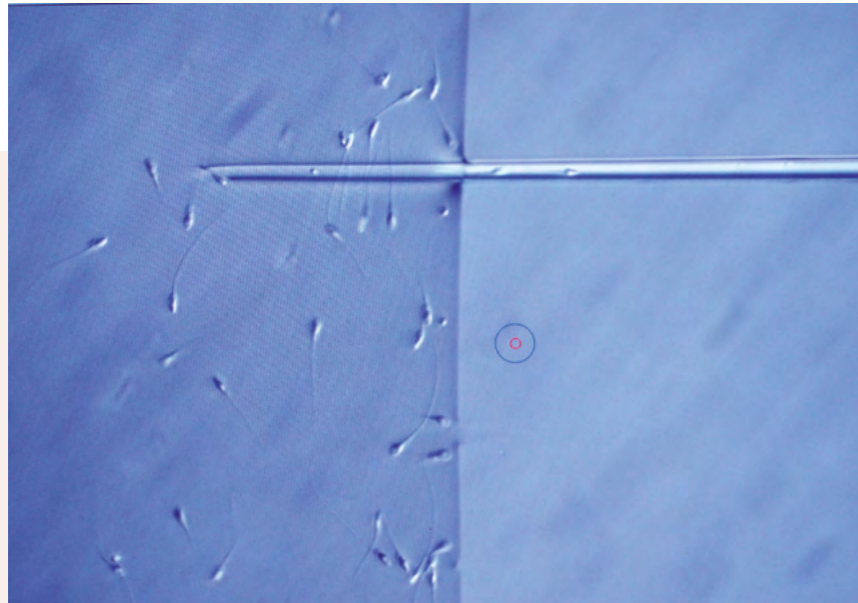
Die Geburtenrate wiederum lag 2020 bei 23,5 Prozent pro Embryonentransfer und hat sich trotz weniger transferierter Embryos leicht erhöht. Insgesamt kam es in 16,3 Prozent zur Geburt von Zwillingen und in 0,3 Prozent zur Geburt von Drillingen. Damit sei der Anteil von Einlingsgeburten auf 83,4 gestiegen; im Vorjahr lag dieser bei 81,7 Prozent. Diese Zahlen seien zurückzuführen auf die Zunahme des single embryo transfers.

Der Anteil der Frühgeburten (Geburt vor der 37. SSW) bei Einlingen lag im Jahr 2020 bei 18 Prozent, bei Zwillingen bei 83 Prozent und bei Drillingen bei 100 Prozent.

Ein weiteres Ergebnis: IVF und ICSI mit Spendersamen nehmen deutlich zu: 1.129 Behandlungen in 2018; 1.404 Behandlungen in 2019 und 1.861 Behandlungen in 2020. (eng)



Fotos: Engelmohr



Einzelne Samenzellen von guter Qualität werden unter dem Mikroskop aus der Spermienprobe ausgewählt und für die Befruchtung der Eizelle mittels ICSI vorbereitet.



Die gewonnenen Eizellen werden gesichtet und für die Befruchtung vorbereitet.



ICSI hilft, wenn die Samenzelle nicht aus eigener Kraft den Weg in die Eizelle schafft.

Wann entsteht Leben?

Ein Embryo unterliegt den Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes. Als Embryo gilt eine befruchtete Eizelle nach Verschmelzung der Vorkerne.

Für befruchtete Eizellen gilt das Embryonenschutzgesetz nicht. Es greift erst dann, wenn daraus ein Embryo entstanden ist - wenn also das Chromosomenmaterial von Samenzelle und Eizelle miteinander verschmolzen ist. (eng)

Gemeinsam mit den Patientenpaaren wird die Behandlung geplant: „Es ist uns wichtig, zunächst Transparenz zu schaffen und erklären zu können, wo das Problem liegt. Anschließend besprechen wir die möglichen Behandlungsoptionen.“

Oft hören die beiden in den Gesprächen: „Ich möchte schwanger werden, aber bitte so sanft wie möglich. Wir zeigen dann auf, mit welcher Erfolgswahrscheinlichkeit bei den jeweiligen Therapieformen zu rechnen ist, um so gemeinsam mit dem informierten Paar die individuell passende Behandlungsstrategie zu entwickeln. Das ist unsere Zentrumsphilosophie.“

Herzstück des Kinderwunschzentrums ist das Labor

Inzwischen ist es 9.00 Uhr und es kommen die Patientinnen an die Reihe, die einen Termin für die Entnahme ihrer Eizellen haben. Sieben Frauen sind es an diesem Montagvormittag. Eine Mischung aus Nervosität, Angespanntheit und Hoffnung umgibt sie.

Herzstück des Kinderwunschzentrums ist das Labor. Es liegt zentral in der Mitte der Praxis. Auf der einen Seite schließt sich der Operationsraum an, in welchem die Eizellen entnommen werden. Im Labor werden die Eizellen mit den Samen des Partners befruchtet. Auf der anderen Seite des Labors ist der Embryo-Transferraum angedockt. Nach zwei-

bis fünftägiger Kultur werden hier die Embryonen in die Gebärmutter der Frau zurückgegeben. Beide Räume sind mit Durchreichen mit dem Labor verbunden: Kurze Wege lautet die Maxime.

Im Laborbereich befinden sich die Arbeitsplätze mit den hochauflösenden Mikroskopen und den Mikromanipulatoren zur Eizellenbefruchtung, eine Arbeitsbank zum sterilen Arbeiten sowie die Brutschränke.

Außerdem sind hier die großen Tanks mit flüssigem Stickstoff. Bei minus 196 Grad Celsius können hier befruchtete und unbefruchtete Eizellen, Samenzellen und in Einzelfällen auch Embryonen eingefroren und über Jahre gelagert werden.

Direkt mit einer Durchreiche ans Labor angebunden ist auch der Raum für die Männer, die eine Spermienprobe abgeben. An einer Wand dieses Raumes hängt ein großer Bildschirm; über Drucktasten können verschiedene Erotikfilme ausgewählt werden.

Inzwischen ist an diesem Montag die erste Patientin im OP-Raum und vorbereitet für die Follikelpunktion. Sie bekommt eine Kurznarkose, die vergleichbar mit der bei einer Darmspiegelung ist. Für die Punktionen gibt es feste Wochentage.

Follikelpunktion: Teamarbeit zwischen OP und Labor

Dr. Tobias Schmidt hat sich inzwischen für den Eingriff im OP vorbereitet und sitzt vor einer Patientin, die nach hinten geneigt im gynäkologischen Stuhl liegt; die Narkose ist bereits eingeleitet. Hinter ihr steht die Anästhesistin, kontrolliert die Kurznarkose und hat die Vitalwerte fest im Blick. Alle sind startklar.

Zunächst schaut sich der Frauenarzt per Vaginalschall auf einem großen Monitor beide Eierstöcke der Frau an, kann viele bläschenartige Follikel erkennen und ist zufrieden, wie gut die Hormonstimulation angeschlagen hat. Unter Ultraschallsicht führt er achtsam mithilfe einer Hohlnadel die Punktion der Eibläschen durch. Aus der so gewonnenen Flüssigkeit können später die Eizellen gewonnen werden. Neben Dr. Schmidt sitzt eine MFA, die das Endstück des Katheterschlauchs in kleine Kunststoffröhrchen führt, um die entnommene Flüssigkeiten aufzufangen. Ist das Röhrchen voll, wird der Schlauch geklemmt und der Ablauf vorübergehend gestoppt. Mit klaren Ansagen wie „Stopp“ und „läuft“ gibt sie dem Arzt Hinweise, somit kann dieser seinen Blick voll auf den Monitor fokussieren.

Das mit der Punktionsflüssigkeit gefüllten Röhrchen gibt die MFA direkt über die Durchreiche ins Labor. Eine Biologin im Labor nimmt das Röhrchen entgegen und untersucht

„Es ist ein Privileg, das Entstehen von menschlichem Leben von Beginn an zu begleiten und damit auch die Biografie von Menschen positiv zu verändern.“

sofort, ob sich in der abgesaugten Flüssigkeit Eizellen befinden. „Wir haben eine“, ruft die Biologin kurz darauf durch die Durchreiche in den OP. „Sehr gut“, bestätigt Dr. Tobias Schmidt. Konzentriert verfolgt er auf dem Monitor, wie er mit der Punktionsnadel vorsichtig ein Eibläschen nach dem anderen aus den Eierstöcken absaugt. „Jetzt haben wir drei“, dringt die Information aus dem Labor in den OP. Dr. Tobias Schmidt nickt zufrieden. Nach der dritten gemeldeten Eizelle kommt keine Rückmeldung mehr - das ist so abgesprochen um ein konzentriertes Arbeiten zu ermöglichen. Der Arzt begutachtet auf dem Bildschirm, wo sich weitere Eibläschen befinden. Noch einige Röhrchen füllen sich mit Flüssigkeit. Insgesamt zwölf Eizellen sind bei dieser Follikelpunktion gewonnen worden; sie liegen nun im Brutschrank. Die Patientin erholt sich mittlerweile im angrenzenden Aufwachraum von dem kurzen Eingriff.

Fotos: Engelmohr

*Kyrokonservierung:
In großen Tanks mit
flüssigem Stickstoff
werden Ei- und
Samenzellen bei
minus 196 Grad
Celsius eingelagert.*



*Im Brutschrank lagern die
befruchteten Eizellen für
zwei bis fünf Tage bevor sie
transferriert werden.*

Kinderwunschhilfe bereits im 18. Jahrhundert

Die Reproduktionsmedizin ist keine Erfindung der Neuzeit. Eine Schwangerschaft nach Insemination in die Scheide wurde bereits 1785 niedergeschrieben; Schwangerschaften durch Insemination in die Gebärmutter gab es bereits 1867. Als erster in vitro gezeugter Mensch erblickte Louise Brown 1978 in England das Licht der Welt. Ihre künstliche Befruchtung führten zuvor der britische Gynäkologe Patrick Steptoe und der Physiologe Robert Edwards durch. Er wurde 2020 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet. Heute leben weltweit etwa vier Millionen Kinder mit Hilfe der Weiterentwicklungen der In-vitro-Fertilisation. (eng)

Über 1.500 hormonelle Stimulationszyklen einschließlich aller reproduktionsmedizinischer Therapieverfahren im vergangenen Jahr

Alle ihr entnommenen Eizellen werden im Labor mikroskopisch untersucht und kurze Zeit später mit den dazu gehörenden Spermien zusammengebracht. Am nächsten Morgen wird kontrolliert wie viele Eizellen befruchtet sind. Nach einer Kulturdauer von zwei bis fünf Tagen wird ein Embryo in die Gebärmutter zurückgegeben. Überzählige befruchtete Eizellen werden eingefroren. Über 1.500 hormonelle Stimulationszyklen einschließlich aller reproduktionsmedizinischer Therapieverfahren hat es im vergangenen Jahr im Ludwigs-hafener Kinderwunschzentrum gegeben.

Einige Patientinnen sind bereits einen Behandlungsschritt weiter: Sie haben an diesem Montag ihren Transfertermin. Eine von ihnen ist bereits im Transferraum, liegt im gynäkologischen Stuhl und wartet gespannt. Über einen großen Monitor ist ihre Gebärmutter mittels Ultraschall gut zu sehen. Dr. Claudia Schmidt sitzt vor ihr und führt vorsichtig den Katheter in die Gebärmutterhöhle der Patientin ein. Über den Monitor verfolgt die Frauenärztin die Lage und prüft, ob sich die Katheterspitze am optimalen Ort befindet.

Punktgenauigkeit beim Transfer

Erst unmittelbar vor dem Transfer wird das Embryo punktgenau im Labor aus dem Brutschrank herausgenommen. Und erst dann, wenn die Ärztin laut mit dem Satz „Der Katheter liegt“ ihr Okay gibt, holt die Biologin im direkt angrenzenden Labor die Schale mit dem Embryo aus dem Brutschrank,

zieht ihn in den vorbereiteten Innenkatheter auf und gibt diesen durch die Durchreiche in den Transferraum. Direkt an der Durchreiche sitzt neben Claudia Schmidt eine MFA, die den Innenkatheter an die Ärztin weiterreicht. Die Ärztin übernimmt, führt den Innenkatheter mit dem aufgezogenen Embryo in den liegenden Außenkatheter ein, prüft nochmals dessen Sitz und gibt das Embryo in die Gebärmutter ab. Auf dem Monitor ist gut zu sehen, wie ein weißer Punkt in die Gebärmutterhöhle rutscht. „Sitzt perfekt, das hat gut geklappt“, zeigt Claudia Schmidt der Patientin auf dem Monitor den Sitz des Embryos. Die Patientin schaut hoch und lächelt. Das Embryo selbst ist im Ultraschall noch nicht darstellbar. Seine Lage in der Gebärmutterhöhle ist aber durch eine winzige, mit ihm aus dem Katheter abgegebene, Luftblase auf dem Monitor gut sichtbar.

Nach dem Transfer ist Warten angesagt

Währenddessen gibt die Ärztin den Transferkatheter an ihre MFA zurück, die diesen durch die Durchreiche ins Labor zurückreicht. Dort wird nun geprüft, ob der Katheter auch tatsächlich komplett entleert wurde. Die Rückmeldung kommt rasch: „Katheter ist leer.“ „Und wie geht es nun weiter?“ fragt die Patientin. „Sie bekommen gleich noch einen Termin für einen Schwangerschaftstest in 14 Tagen. Und bis dahin ist Warten angesagt“, beruhigt die Ärztin. Wenn dieser Test positiv ist, erfolgt weitere zwei Wochen später eine Ultraschalluntersuchung. Die anschließende Betreuung der Schwangerschaft übernimmt dann der behandelnde Frauenarzt.

Und noch etwas wird deutlich: Reproduktionsmedizin ist Teamarbeit – sowohl gemeinsam mit den Patienten als auch gemeinsam im Praxisteam. Darauf legen Tobias und Claudia Schmidt viel Wert: „Wir arbeiten hier Hand in Hand und sind im Team gut mit- und aufeinander eingespielt. Jeder weiß, was er wann zu tun hat. Das hilft, rasch, punktgenau und verlässlich zu sein.“ Die kurzen Wege im Zentrum helfen dabei. So auch das Inhouse-Labor. Hier werden die Blutproben direkt ausgewertet. „Wir haben damit schnelle Ergebnisse und können entsprechend reagieren“, so Schmidt.

Reproduktionsmedizin braucht mehr

Für die Reproduktionsmedizin wollen Tobias und Claudia Schmidt insgesamt mehr Verständnis schaffen. Auch politische Forderungen liegen ihnen am Herzen, um die Reproduktionsmedizin weiter voran zu bringen. Sie fordern daher die Erlaubnis von Eizellspenden, die Legalisierung des elektiven single-Embryo-Transfers und die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik (PID) ohne die derzeitigen Einschränkungen. Mittels PID können durch IVF-gezeugte Embryonen vor der Einpflanzung in die Gebärmutter auf Gendefekte untersucht werden. „Für die betroffenen Eltern, die den Weg einer künstlichen Befruchtung gehen und selber an Erbkrankheiten leiden, kann es eine große Hilfe sein, die Übertragung von Gendefekten auf die Kinder zu verhindern. Und es kann ihnen viel Leid ersparen wie beispielsweise viele Fehlgeburten“, erklären die beiden. Dabei ärgere es sie, dass beim Thema PID „immer noch die Mär vom Designer-Baby in den Köpfen herumgeistert“.

Für ihre reproduktionsmedizinische Arbeit haben Tobias und Claudia Schmidt auch Wünsche. Beide hätten gerne mehr Unterstützung beim Thema Weiterbildungsbefugnis wie beispielsweise weniger Bürokratie und raschere Rückmeldungen: „Wir bilden sehr gerne weiter, aber bis wir tatsächlich die volle Befugnis für die Weiterbildung im Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin hatten, hat es sehr lange gedauert.“ Insgesamt drei Fachärztinnen haben in den vergangenen Jahren bei ihnen die Weiterbildung abgeschlossen. Aktuell befinden sich zwei Fachärztinnen in der Schwerpunkt-Weiterbildung. Claudia und Tobias Schmidt hätten für ihr Zentrum auch gerne eine Befugnis für die Teil-Weiterbildung in der Frauenheilkunde, um so endokrinologische und reproduktionsmedizinische Grundkenntnisse bereits in der Facharztausbildung zu vermitteln, was in den Kliniken häufig nicht möglich sei. Doch derzeit gebe es hierfür nur sechs statt zwölf Monate. Doch möchten die beiden mehr medizinischen Nachwuchs für das Fach begeistern.

Freude am Beruf ist groß

Ihre Motivation, im Kinderwunschzentrum Paaren helfen zu können, ist jedoch ungebrochen. „Die Reproduktionsmedizin ist ein fantastischer Bereich in der Medizin. Es ist ein Privileg, hier das Entstehen von menschlichem Leben von Beginn an zu begleiten und damit auch die Biografie von Menschen positiv zu verändern“, fassen Claudia und Tobias Schmidt zusammen. Beide sind froh, Möglichkeiten anbieten zu können: „Diese Freude trägt uns nach all den Jahren immer noch.“

Ines Engelmohr



INTERVIEW

Foto: Engelmohr

Inzwischen ist die 36-jährige Birgit R. glückliche Mutter und hofft auf weiteren Nachwuchs.

Die Enttabuisierung der Reproduktionsmedizin ermöglicht es vielen Paaren, ihren größten Wunsch nach einem eigenen Kind zu erfüllen

Ein Kinderwunsch und die gleichzeitige Gewissheit, dass es auf natürlichem Weg nicht klappen wird: Für viele Paare ist das eine belastende und anstrengende Zeit. Das Behandlungsangebot von Kinderwunschzentren anzunehmen, kann helfen, den Wunsch nach einem eigenen Kind wahr werden zu lassen. Birgit R. begann mit 30 Jahren, diesen Weg gemeinsam mit ihrem Partner zu gehen. Inzwischen ist die 36-Jährige Mutter geworden und wünscht sich ein weiteres Kind. Ihre Anstrengungen und Gefühle fasst sie zusammen.

Wann haben Sie angefangen, die Chancen der Reproduktionsmedizin zu nutzen?

Meine ersten Versuche, mit Hilfe schwanger zu werden, unternahm ich 2016. Damals war ich 30 Jahre alt und lebte in einem der südlichen Bundesländer. Dort war ich in Behandlung bei einem Kinderwunschzentrum und habe tatsächlich auch mehrere Eizellentransfers erlebt. Aber ohne Erfolg. Schließlich wurde bei mir eine Endometriose festgestellt und ich ließ mich operieren.

In der darauffolgenden Zeit zogen wir um in die Nähe von Ludwigshafen und ich wandte mich an das hiesige Kinderwunschzentrum. Hier stimmt für mich einfach alles. Ich fühle

mich angenommen und wohl mit meinem Behandlungskonzept. Ich schätze auch sehr die Eins-zu-Eins-Behandlung, die ich hier erlebe. Seit 2020 bin ich hier in Behandlung; 2021 kam unser Kind auf die Welt.

Wurden Sie früher oft angesprochen, warum Sie noch keine Kinder haben?

Schon. Familie und Freunde haben immer mal wieder gefragt, wie es denn bei uns mit Nachwuchs ausschauen würde und warum wir noch keine Kinder hätten. Bis ich mit ihnen darüber redete, dass es bei uns auf natürlichem Weg nicht klappen wird. Bei meiner Familie ist mir das leichtgefallen. Auch meine besten Freunde wissen es. Aber nicht alle Details hierzu, denn das Bedürfnis, alle Einzelheiten zu teilen, habe ich nicht. Und auf Arbeit habe ich es nie erzählt und werde es auch nicht tun. Das gehört da nicht hin.

„Es ist so wichtig, das Thema ungewollte Kinderlosigkeit und die Hilfe der Reproduktionsmedizin zu enttabuisieren.“

Wäre ein Leben auch ohne Kind für Sie vorstellbar gewesen?

Unser Kinderwunsch war schon stark. Aber ich bin ein rationaler Mensch. Ich hätte es nie zugelassen, dass mein Glück abhängig ist von einem Kind. Ich weiß, dass dies nicht jeden Tag gleich gut gelingen würde. Und vermutlich manchmal auch gar nicht. Aber ich weiß, dass ich einen Weg gefunden hätte.

Wäre Adoption eine Alternative gewesen?

Das hatten wir durchaus angedacht. Wir haben die Möglichkeit nie ausgeschlossen. Doch war ich noch nicht so weit, dies für mich endgültig und abschließend zu entscheiden. Wir kennen aus unserem Umfeld auch die Schwierigkeiten, tatsächlich ein Baby oder ein Kleinkind zur Adoption zu bekommen.

Wären die Behandlungskosten ein limitierender Faktor für Sie gewesen?

Es ist ganz klar: Hier geraten Kopf und Herz sehr aneinander. Man probiert es immer wieder, schwanger zu werden. Und zwar so lange wie es irgendwie geht. Aber realistisch ist eben auch, dass irgendwann der Geldbeutel leer ist. Wir hatten das große Glück, dass mein Partner privat versichert ist und aufgrund seiner Spermienproblematik für die Behandlungsversuche nur einen Eigenanteil von rund zehn Prozent zahlt.

Wie haben Sie die Behandlungen und die Wartezeiten erlebt?

Das erlebt jede Frau und jedes Paar ja ganz unterschiedlich. Ich beispielsweise mag nicht andauernd zittern und bangen, ob es diesmal wohl hoffentlich geklappt hat. Ich glaube an ein höheres Schicksal: Entweder es klappt oder es klappt eben leider nicht. Denn ich habe, was sehr wichtig ist, ein privat und beruflich sehr erfülltes Leben.

Wie fühlen Sie sich jetzt als Mutter?

Ich bin sehr happy, Mama zu sein. Und ich habe den absoluten Wunsch, erneut Mama zu werden. Selbst wenn ich mal wieder in einer Nacht sehr wenig Schlaf hatte, weil unser Kind sehr unruhig war, sehe ich das vielleicht entspannter als andere Mütter und sage mir immer: Ich habe mir dieses Kind so sehr gewünscht und da kann ich mich nicht wegen einiger schlimmer Nächte beschweren.

Bereit für eine zweite Schwangerschaft?

Oh ja, ich befinde mich hierfür auch gerade in einer Behandlungsphase. Ich weiß, dass in meinem Alter die Wahrscheinlichkeit, wieder schwanger zu werden, bei rund 30 Prozent liegt, aber ich nutze diese Chance. Ich habe mir diesmal auch zwei Eizellen einsetzen lassen. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft, aber natürlich auch die Möglichkeit, Zwillinge zu bekommen. Aber wenn das so wäre, dann wäre das natürlich kein Super-Gau.

„Ich mag nicht andauernd zittern und bangen, ob es diesmal wohl hoffentlich geklappt hat. Ich glaube an ein höheres Schicksal: Entweder es klappt oder es klappt eben leider nicht.“

Wie erleben Sie die Kinderwunschbehandlung jetzt, nachdem Sie ein Kind haben?

Naja, man muss schon anerkennen: Je älter man wird und diesen Wunsch hegt, desto enger wird auch das Zeitfenster, diesen Wunsch zu realisieren. Man kann die Biologie eben nicht leugnen. Ich gehe zwar inzwischen das Ganze etwas entspannter an als beim ersten Mal, aber man darf den gesamten Behandlungsprozess trotzdem nicht unterschätzen. Mich belasten beispielsweise derzeit die Tage mit der Hormonbehandlung mehr als noch vor ein paar Jahren. Ich muss auch inzwischen eine höhere Hormondosis spitzen, um die Eizellenbildung anzuregen. Und ganz ehrlich: Man tut seinem Körper schon was an, wenn man ihn durch diese Stimulation jagt. Schön ist anderes. Die Kasse hat dieses Mal sechs Versuche genehmigt. Aber ob ich die alle durchziehe, weiß ich jetzt noch nicht. Aktuell hoffe ich, dass es bereits geklappt hat.

Würden Sie Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch empfehlen, die Hilfe eines Kinderwunschzentrums anzunehmen?

Unbedingt. Die Reproduktionsmedizin bietet gute Chancen, diesen Wunsch zu erfüllen und kann helfen, den Leidensdruck, den man wegen des unerfüllten Kinderwunsches hat, zu mindern. Und ich finde es auch keineswegs verwerflich, Eizellen in einer Petrischale reifen zu lassen.

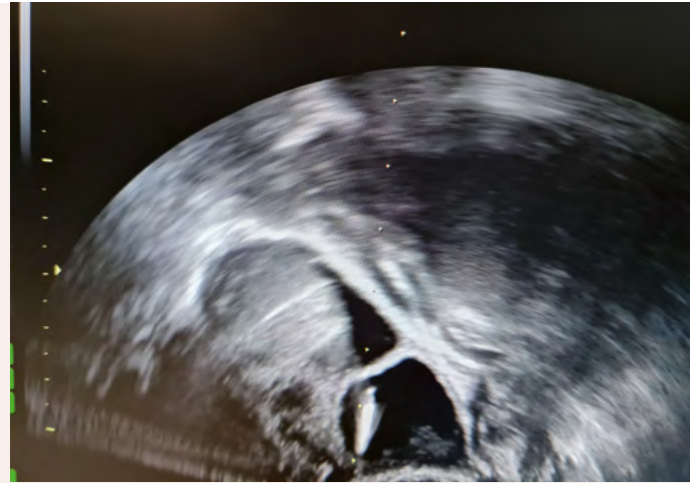
Hat sich Ihre Einstellung zur Kinderlosigkeit verändert?

Das hat sie. Ich schaue mittlerweile viel reflektierter auf Frauen und Paare, die keine Kinder haben. Das Vorurteil, das auch mir früher oft durch den Kopf gegangen ist, dass dies Frauen sind, die wegen einer Karriere auf Familie verzichten, habe ich ad acta gelegt. Das denke ich inzwischen wirklich nicht mehr. Ich bin deutlich toleranter geworden. Schließlich gibt es so viele Gründe, warum ein Paar keinen Nachwuchs hat. Und auch mit Kind lassen sich Familie und Beruf vereinbaren. Und ganz wichtig ist es, das Thema ungewollte Kinderlosigkeit und die Hilfe der Reproduktionsmedizin zu enttabuisieren. Über diese Wege zu informieren, tut Not.

PS: Kurz vor Redaktionsschluss noch eine schöne Nachricht: Der Schwangerschaftstest von Birgit R. ist positiv und die Freude darüber bei ihr groß.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

Foto: Skala



Nadelspitze ist in einem Follikel zu sehen.

Reproduktionsmedizin an der Universitätsmedizin Mainz – ein Überblick

Jedes fünfte Paar in Deutschland bleibt ungewollt kinderlos. Durch die Methoden der modernen Reproduktionsmedizin kann vielen Paaren dennoch zu einem Kind verholfen werden. Dabei handelt es sich um eine relativ junge Disziplin der Gynäkologie.

Die Geburt von Louise Brown 1978 gilt als der Beginn der modernen Reproduktionsmedizin. Robert Edwards und Patrick Steptoe führten das erste Mal eine in vitro Fertilisation (IVF) durch, die zur Geburt von Louise Brown geführt hat. In Deutschland wurde 1982 das erste Kind nach IVF-Behandlung geboren. Eine weitere Form der künstlichen Befruchtung, die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) wurde in den 1990er Jahren durch Palermo et al. beschrieben. Damit konnte erstmals auch eine schwere männliche Subfertilität behandelt werden. Anfangs war die Reproduktionsmedizin vor allem in den Universitätskliniken beheimatet. Mittlerweile befindet sich der Großteil an Kinderwunschzentren im niedergelassenen Bereich. Nur noch wenige

Universitätsklinika verfügen über ein Kinderwunschzentrum und/oder eine Abteilung für gynäkologische Endokrinologie. Deshalb sind wir stolz, als Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz sowohl Reproduktionsmedizin als auch gynäkologische Endokrinologie in der Patientinnenversorgung sowie als Weiterbildungsermächtigte des Landes Rheinland - Pfalz anbieten zu können.

Aufgaben

Die Aufgaben der Reproduktionsmedizin an einer Universität sind vielseitig und unterscheiden sich deutlich von denen im niedergelassenen Sektor. In unserer Verantwortung liegen:

- **Patientinnenversorgung**
gemäß dem Leitbild „Frauen – Leben - Stärken“ unserer Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit
- **Forschung**
Unser Kinderwunschzentrum wird von zwei habilitierten Ärztinnen geleitet. Wir möchten junge Kolleg:innen motivieren, sich mit Forschungsfragen der Reproduktionsmedizin und gyn. Endokrinologie zu beschäftigen sowie sich in diesem Teilbereich des Fachs Gynäkologie weiterzubilden
- **Studentische Lehre**
Gemäß unserem Lehrauftrag bringen wir Studierenden die Zusammenhänge der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin nahe möchten Begeisterung für unser Fach wecken.
- **Aus- und Weiterbildung**
Wir sind eines der wenigen Zentren in Rheinland-Pfalz, die die volle Weiterbildungsermächtigung für den Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin besitzen. In den letzten 15 Jahren haben acht Frauenärztinnen und Frauenärzte den Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an unserem Haus erworben.

Foto: UM/Thomas Böhme



Das Team des Kinderwunschzentrums der Universitätsmedizin Mainz.



Ultraschallkopf mit Nadel in der Führungshülse.

Foto: Skala

Qualitätssicherung

Kinderwunschtherapie in Deutschland ist eng mit dem deutschen IVF-Register (DIR) verknüpft. Dieses dient der Förderung und Unterstützung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin und -biologie in Deutschland. Nahezu alle reproduktionsmedizinischen Zentren pflegen pseudonymisierte Behandlungsdaten nach Einverständnis der betroffenen Paare in das IVF-Register ein. Mittlerweile beteiligen sich 140 Mitgliedszentren.

Das Register feierte 2022 sein 40-jähriges Jubiläum zur Datenerfassung. Seit 25 Jahren werden die Daten digital erfasst. Die große Datenmenge – zwischen 1997 und 2020 sind laut DIR 364.000 Kinder nach IVF- oder ICSI-Therapie auf die Welt gekommen - ermöglicht eine zuverlässige Auswertung von Behandlungsergebnissen. Dadurch können wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen und die medizinische Behandlung betroffener Paare stetig verbessert werden. So trägt das Register zur Sicherung der Qualität in jedem einzelnen Zentrum bei. Eine weitere Form der Qualitätskontrolle erfolgt in einer Zertifizierung. Das Kinderwunschzentrum der Universitätsmedizin Mainz ist als eines der ersten Zentren bereits seit 2010 nach ISO 9001 zertifiziert – ein wichtiger Baustein im Patientinnen- und Risikomanagement.

Am Beispiel des Kinderwunschzentrums der Universitätsmedizin Mainz ist hier ein Einblick in die Welt der Reproduktionsmedizin:

ABTEILUNG FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN GIBT ES SEIT 20 JAHREN

Gründung und aktuelle Leitung

Die Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Universitätsmedizin Mainz besteht nunmehr seit knapp 20 Jahren. Sie wurde von Prof. Seufert und Prof. Fischl gegründet. Seit 2019 hat die Autorin dieses Artikels die Leitung der Abteilung übernommen. Pro Jahr werden in etwa 1.800 Patientinnen und Patienten behandelt.

Therapieverfahren

Im Bereich der gynäkologischen Endokrinologie sind die häufigsten Diagnosen, mit denen sich Patientinnen vorstellen, das Syndrom der Polycystischen Ovarien (PCOS) – eine Hyperandrogenämie mit vermehrter Körperbehaarung, Alopezie und Akne – sowie Beschwerden der Wechseljahre. Im Zentrum für sexuelle Gesundheit werden Patientinnen mit gender incongruence betreut.

Im Bereich der Reproduktionsmedizin stellen sich Paare mit ausbleibender Schwangerschaft (häufige Ursachen siehe Tabelle 1), mit rezidivierenden Aborten sowie Patientinnen und Patienten zur Fertilitätsprotektion vor potenziell gonadotoxischer Therapie vor. Weiterhin besteht ein wachsendes Interesse an der Anlage eines Eizelldepots, dem sogenannten Social Freezing.



Behandlung von Frauenpaaren seit 2022

Nach Anpassung der Berufsordnung für Ärzte in Rheinland-Pfalz und durch das Spermienspenderregistergesetz ist seit Februar 2022 auch die Behandlung von Frauenpaaren mit Kinderwunsch in unserem Zentrum möglich.

Einziges PID-Zentrum in Rheinland – Pfalz

Das Kinderwunschzentrum der Universitätsmedizin Mainz ist in Zusammenarbeit mit dem Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Mainz das einzige Zentrum für Präimplantationsdiagnostik (PID) in Rheinland-Pfalz und eines von 19 PID-Zentren deutschlandweit. In unserer Ambulanz stellen sich Patientinnen und Patienten vor, bei denen eine vererbte Veränderung vorliegt und die diese nicht an ihre Nachkommen weitergeben wollen. Ein aufwendiger und komplexer Prozess, der viel Aufklärung und Fingerspitzengefühl im Umgang mit den betroffenen Paaren benötigt.

Ablauf einer Kinderwunschbehandlung

Sollte nach einem Jahr gelebter Partnerschaft ohne Kontrazeption keine Schwangerschaft eingetreten sein, dann ist eine Vorstellung in einem Kinderwunschzentrum sinnvoll. In einem Erstgespräch werden Daten zur allgemeinen und gynäkologischen Anamnese und zur Zyklusanamnese bei der Frau und Daten zur allgemeinen und urologischen Anamnese beim Mann erhoben. Dabei wird klar, ob es ganz offensichtliche Gründe für das Ausbleiben einer Schwangerschaft gibt (zum Beispiel Anovulation bei Oligomenorrhoe, Erektile Dysfunktion). An das Anamnesegespräch schließen sich individuelle weiterführende Untersuchungen an. Es wird eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt, um das innere Genitale beurteilen zu können. Am Zyklusbeginn wird zur Einschätzung der ovariellen Funktion ein Hormonstatus erhoben. Bei bestehenden Risikofaktoren (wie Adnexitis, bekannte Endometriose) sollte eine Tubendurchgängigkeitsprüfung angedacht werden. Außerdem wird beim Mann ein Spermogramm erstellt.

Dann werden die erhobenen Befunde besprochen und mögliche therapeutische Schritte (Tabelle 2) erläutert.

- Im Falle einer fehlenden Ovulation ist eine milde ovarielle Stimulation indiziert. Nach gelungener Follikelreifung wird die Ovulation ausgelöst und das Paar zum Verkehr zum optimalen Zeitpunkt angeleitet.
- Intrauterine Inseminationen werden unter anderem bei leichten Auffälligkeiten des Spermogramms oder beim Einsatz von kryokonservierten Spermien (zum als Spermien-spender) vorgenommen.
- Eine IVF-Therapie ist indiziert bei tubarer oder ideopathischer Sterilität.
- Eine ICSI-Therapie wird bei schwerer männlicher Subfertilität durchgeführt.

Kostenvoranschlag der Kassen ist notwendig

Ist eine IVF- oder ICSI-Therapie notwendig, wird dem Paar ein Kostenvoranschlag ausgehändigt, der von den gesetzlichen Krankenkassen genehmigt werden muss. Diese übernehmen bei unter 40-jährigen Frauen und unter 50-jährigen Männern, die mit einander verheiratet sind, insgesamt mindestens 50 Prozent der Kosten für die ersten drei Versuche. Auch das Land Rheinland-Pfalz beteiligt sich an den Kosten und finanziert neben Zuschüssen zu den Förderungen der GKV einen vierten Behandlungszyklus. Dazu muss ein gesonderter Antrag beim Landesamt für Soziales, Familie und Gesundheit gestellt werden. Anschließend kann ein Therapieplan erstellt werden.

Mit Zyklusbeginn startet die ovarielle Stimulation mittels Follikelstimulierendem Hormon (FSH) über insgesamt acht bis zwölf Tage. Darunter wachsen mehrere Follikel im Ovar. Die Reife eines Follikels kann anhand der Größe geschätzt werden. Haben sie eine Größe von mehr als 17 mm überschritten, erfolgt die Auslösung der Ovulation durch einen HCG-Shot. 36 Stunden später werden die Follikel ultraschall-gesteuert unter Sedierung abpunktiert (Abbildung 1 und 2). Der Reproduktionsbiologe extrahiert die Eizellen aus dem Punktat. Am gleichen Morgen der Follikelpunktion werden die Samenzellen durch eine Ejakulation gewonnen.

In vitro Fertilisation (IVF)

Bei der IVF-Methode werden die aufbereiteten Spermien zu den gesammelten Eizellen inseminiert und zusammen im Brutschrank inkubiert. In den nächsten Stunden müssen die Spermien aus eigener Kraft die Eizellwand durchdringen, um die Eizellen zu befruchten. Wie viele Eizellen befruchtet wurden, ist nach 18 bis 20 Stunden zu eruieren.

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Bei der ICSI-Methode wird ein motiles und morphologisches normales Spermium ausgewählt und mittels Mikromanipulatoren und feinen Glaskapillaren in die Eizelle injiziert. Dieser Vorgang wird für jede reife Eizelle wiederholt.

Bei beiden Verfahren wird 16 bis 19 Stunden nach der Injektion die Befruchtungsrate ermittelt.

Transfermöglichkeiten und Kryokonservierung gemäß Embryonenschutzgesetz in Deutschland

Das Embryonenschutzgesetz erlaubt einen Embryotransfer von maximal drei Embryonen. Um Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden, empfehlen sowohl die deutsche (DGRFM) als auch die europäische (ESHRE) Gesellschaft für Reproduktionsmedizin einen Single Embryo Transfer. Nach fünf Tagen in Kultur haben die Embryonen im Optimalfall das Blastozystenstadium erreicht. Dann erfolgt der Embryotransfer dieser Blastozyste. Ein Schwangerschaftstest wird zehn bis 14 Tage nach Embryotransfer durchgeführt. Die Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer liegen laut DIR zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr bei 44,8 und 21,9 Prozent.

Laut dem deutschen Embryonenschutzgesetz dürfen gemäß „deutschem Mittelweg“ nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie es dem Rückgabewunsch der Patientinnen entspricht. Da die Blastozystenbildungsrate in etwa bei 50 Prozent liegt, ist es zu rechtfertigen, etwa doppelt so viele befruchtete Eizellen in die Blastozystenkultur zu geben, wie transferiert werden sollen. Weitere überschüssige befruchtete Eizellen im Vorkernstadium können am ersten Tag nach der Follikelpunktion kryokonserviert werden.

Erfolgskontrolle

Wenn eine Schwangerschaft eingetreten ist, wird die Patientin bei sonografisch nachweisbarer positiver Herzaktion des Embryos zur weiteren Schwangerschaftsvorsorge in der gynäkologischen Fachpraxis betreut.

Ist der Schwangerschaftstest negativ, erfolgt eine Evaluation des Zyklus mit dem Paar und die Planung des weiteren Procederes.

Aufklärung über Möglichkeiten und Chancen

Neben den vielfältigen technischen und wissenschaftlichen Möglichkeiten, ist die Reproduktionsmedizin ein sehr emotionales Fach. Freude und Enttäuschung liegen oft nahe beieinander. Um mit realistischen Vorstellungen eine Therapie zu beginnen, sollen Patientinnen vorab anhand der altersabhängigen Schwangerschafts- und Geburtenraten mithilfe der lückenlosen Daten des DIR aufgeklärt werden.

Literatur bei der Autorin

Autorin



Foto: privat

Prof. Dr. Christine Skala
Leiterin des Kinderwunschzentrums mit der Ambulanz für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz

Christine.Skala@unimedizin-mainz.de

Tabelle 1
Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit

Ursachen	Erläuterung
Tubare Ursache	Tubenverschluss z. B. aufgrund von <ul style="list-style-type: none"> • Infektionen • Endometriose
Ovarielle Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> • Eizellreifungsstörung, chronische Anovulation • geringe Eizellreserve
Uterine Ursachen	Ausbleibende Einnistung durch <ul style="list-style-type: none"> • Ashermansyndrom • submuköse Myome • Septen • chronische Endometritis
Männliche Ursachen	Einschränkung des Spermogramms in Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> • Spermienkonzentration • Spermienmotilität • Morphologie
Ideopathische Sterilität	Die Ursache der Sterilität bleibt unklar

Tabelle 2
Methoden zur Behandlung von ungewollter Kinderlosigkeit

Behandlung	Indikation
Ovarielle Stimulation	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Follikelreifungsstörungen
Intrauterine Insemination	<ul style="list-style-type: none"> • Bei milder männlicher Subfertilität • Bei der Behandlung von Paaren mit Spendersamen
In vitro Fertilisation (IVF)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Tubenschaden • Bei idiopathischer Sterilität
Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei schwerer männlicher Subfertilität • Bei IVF-Versagen
Trophekto-dermbiopsie	<ul style="list-style-type: none"> • Zur genetischen Untersuchung des Embryos im Rahmen der PID
Kryokonservierung	<ul style="list-style-type: none"> • Von Eizellen <ul style="list-style-type: none"> - Zum social freezing - Zur Fertilitätsprotektion • Von Samenzellen • Von Hodengewebe

Kassen unterstützen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bekommen bei der Finanzierung der reproduktionsmedizinischen Behandlung Unterstützung sowohl von der gesetzlichen (GKV) als auch von der privaten Krankenkasse (PKV). Es gilt hierbei das Drei-Säulen-Förderprogramm: GKV-Leistungen, Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen und Landes/Bundesmittel in einzelnen Bundesländern.

Welche Leistungen übernehmen die Ersatzkassen bei einer reproduktionsmedizinischen Behandlung?

Wie die Landesvertretung Rheinland-Pfalz des Verbands der Ersatzkassen (vdek) mitteilt, haben Versicherte gemäß § 27a SGB V Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Dabei ist zu beachten, dass eine hinreichende Aussicht nicht mehr besteht, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist. Zudem müssen die Versicherten verheiratet sein und es dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Der Anspruch besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Für Frauen besteht der Anspruch nur bis zur Vollendung des 40. Lebensjahrs, für Männer bis zum 50. Lebensjahr.

Die Ersatzkassen übernehmen bei einer künstlichen Befruchtung die Kosten für die Maßnahmen, die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung festgelegt sind. Hierzu zählen:

- die intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus,
- intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen,
- In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer),
- intratubarer Gameten-Transfer (GIFT),
- intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Des Weiteren haben Versicherte gemäß § 27a Absatz 4 SGB V Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie (beispielsweise Chemo- oder Strahlentherapie) medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer

Schwangerschaft vornehmen zu können. Auch in diesem Fall besteht ein Anspruch nur bis zur Vollendung des 40. beziehungsweise 50. Lebensjahres. Zu den zur Kryokonservierung gehörigen medizinischen Maßnahmen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, zählen die Vorbereitung, die Entnahme, die Aufbereitung, der Transport, das Einfrieren, die Lagerung und das spätere Auftauen von Ei- oder Samenzellen sowie Keimzellgewebe (siehe hierzu Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL)).

Wie viele dieser Behandlungen sind es pro Jahr und in welcher Ausgabenhöhe für die Ersatzkassen?

Gemäß den vorliegenden Abrechnungsdaten der Jahre 2018 bis 2021 werden in Rheinland-Pfalz jährlich etwa 2.300 Behandlungspläne im Zusammenhang mit künstlichen Befruchtungen für gesetzlich Versicherte erstellt und abgerechnet. Dabei werden im Schnitt etwa 1,5 Behandlungspläne für jede/n Versicherte/n erstellt, die/der einen solchen Plan erhält.

Für Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit der Durchführung einer künstlichen Befruchtung stehen oder die Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung sind, wurden gemäß den vorliegenden Abrechnungsdaten der Jahre 2018 bis 2021 in Rheinland-Pfalz jährlich rund 1,5 Millionen Euro gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet, davon zwischen 500.000 und 600.000 Euro für Versicherte der Ersatzkassen.

Welche Kosten muss das Paar privat zahlen?

Die Ersatzkassen übernehmen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen die Hälfte der Kosten der Maßnahmen, die bei ihren Versicherten durchgeführt werden. Das heißt, dass Ehepaare die Hälfte der Behandlungskosten selbst tragen müssen.

Wie viele Behandlungsversuche werden von Kasseseite finanziert?

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung dürfen nur durchgeführt werden, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht für die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dann nicht, wenn sie

- bei der Insemination im Spontanzklus bis zu achtmal,
- bei der Insemination nach hormoneller Stimulation bis zu dreimal,
- bei der In-vitro-Fertilisation bis zu dreimal,
- beim intratubaren Gameten-Transfer bis zu zweimal,
- bei der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion bis zu dreimal

vollständig durchgeführt wurden, ohne dass eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist. Sofern eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist, wird dieser Behandlungsversuch nicht auf die vorstehende Anzahl angerechnet. Nach Geburt eines Kindes besteht – sofern die sonstigen Voraussetzungen nach diesen Richtlinien gegeben sind – innerhalb der jeweiligen zulässigen Höchstzahl von erfolglosen Versuchen erneut ein Anspruch auf diese Maßnahmen. Dabei werden die der Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche nicht auf die vorstehende Anzahl der Versuche angerechnet.

Was bezahlt die Barmer Landesvertretung Rheinland-Pfalz/Saarland?

Auch die Barmer Landesvertretung Rheinland-Pfalz/Saarland finanziert reproduktionsmedizinische Leistungen und orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben hierzu (siehe oben) sowie den Festlegungen hierfür, die der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien über künstliche Befruchtung festgelegt hat.

Im Jahr 2021 hat die Barmer die Kosten für bundesweit rund 4.200 reproduktionsmedizinische Behandlungen übernommen. Davon entfielen knapp 200 auf Rheinland-Pfalz. Die Barmer hat dabei Kosten in Höhe von bundesweit rund vier Millionen Euro übernommen (Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneikosten), darunter knapp 170.000 Euro in Rheinland-Pfalz.

Laut Barmer orientiert sich die Eigenbeteiligung für die Paare an dem jeweiligen Verfahren, welches gewählt wird. Für die ärztliche Behandlung fällt an:

- Insemination im Spontanzklus: 100 Euro,
- Insemination nach hormoneller Stimulation: 500 Euro,
- In-vitro-Fertilisation (IVF): 1.600 Euro,
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): 1.800 Euro.

Zusätzlich fallen Kosten für Arzneimittel an, vorwiegend Präparate zur hormonellen Stimulation. Auch hier trägt das Paar 50 Prozent der Kosten, die sehr variabel sein können. Im Durchschnitt zahlten die Paare für Arzneimittel im Zusammenhang mit einer Kinderwunschbehandlung im Jahr 2021 in Rheinland-Pfalz 420 Euro (Bund: 555 Euro).

Teilweise erhalten die Ehepaare finanzielle Unterstützung durch Bundes- und Landesmittel. Die Bundeszuschüsse sind jedoch an entsprechende Landesregelungen gebunden. Bis auf Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein fördern alle Bundesländer.

Welche Kosten übernimmt die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse?

„Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse unterstützt Ehepaare in Sachen Kinderwunsch, die sich für eine künstliche Befruchtung entscheiden, wenn sie auf dem herkömmlichen, biologischen Weg keine Kinder bekommen können“, sagt Dr. Martina Niemeyer, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse.

Die Gesundheitskasse übernimmt bei Verheirateten bis zu 100 Prozent der Kosten, wenn:

- die Ärztin/der Arzt eine medizinische Indikation und Notwendigkeit für eine Kinderwunschbehandlung festgestellt hat,
- die Ärztin/der Arzt bestätigt, dass die Erfolgschancen hinreichend sind,
- die Frau zwischen 25 und 40 Jahre alt ist,
- das Alter des Mannes zwischen 25 und 50 Jahren liegt,
- ausschließlich Samen- und Eizellen der Ehepartner verwendet werden und das deutsche Embryonenschutzgesetz eingehalten wurde,
- die Behandlung an einer zur Reproduktionsbehandlung berechtigten Einrichtung/Praxis erfolgt.

An der Insemination nach hormoneller Stimulation, der In-vitro-Fertilisation (IVF) und der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) beteiligt sich die AOK bis zu dreimal, an der Insemination im Spontanzklus ohne Hormonbehandlung bis zu achtmal. Das gilt auch für Medikamente, die in diesem Zusammenhang verordnet werden.

Das Kinderwunschzentrum erstellt basierend auf diesen Voraussetzungen einen Behandlungsplan. Dieser muss vor Beginn der Behandlung genehmigt werden.

Welche Leistungen übernimmt die PKV?

Wie der Verband der Privaten Krankenversicherung berichtet, ist der Umfang der Kostenbeteiligung zwar tarifabhängig, viele Tarife sehen allerdings die Übernahme von 100 Prozent der Kosten für die künstliche Befruchtung vor. Anders als in



der GKV leiste die PKV in der Regel auch für unverheiratete Paare, wobei diese Frage bisher noch nicht höchstrichterlich entschieden worden sei, so der Verband.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes sei die künstliche Befruchtung eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, für welche die Private Krankenversicherung grundsätzlich in der Leistungspflicht stehe. Zwar sei nicht die Kinderlosigkeit als Krankheit zu qualifizieren, wohl aber deren organische Ursache, das heißt die Infertilität.

Anders als in der GKV gilt in der PKV das Verursacherprinzip. Das jeweilige PKV-Unternehmen erstattet die Kosten aller Behandlungsmaßnahmen eines unfruchtbaren Versicherungsnehmers, sofern dieser nachweisen kann, dass er – oder sie – aufgrund einer organisch bedingten Unfruchtbarkeit der „Verursacher“ der ungewollten Kinderlosigkeit ist. In diesem Fall würde die private Krankenversicherung das Gesamtpaket der Kosten (also auch Kosten, die beim anderen Partner entstehen) übernehmen. Es wird empfohlen, dass der gesetzlich versicherte Partner zunächst seine gegenüber seiner Krankenkasse bestehenden Leistungsansprüche geltend macht.

Sofern keine Einschränkungen durch die Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs bestehen, gibt es in der PKV keine Deckelung der Höhe der übernommenen Kosten. Die Versicherung würde dann bis zu 100 Prozent der Kosten der künstlichen Befruchtung tragen. Für das Paar fallen in der PKV dann grundsätzlich keine Eigenanteile an. Das setzt natürlich wie bei allen ambulanten Behandlungen voraus, dass ordnungsgemäß entsprechend den Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werde.

Gibt es in der PKV Grenzen für Alter und Zahl der Versuche?

Anders als in der GKV gibt es nach Verbandsangaben in der Privaten Krankenversicherung grundsätzlich keine verbindlichen Altersgrenzen und keine Höchstzahl an Versuchen für die künstliche Befruchtung. Allerdings ist dies tarifabhängig, das heißt, in den Versicherungsbedingungen können konkretisierende Regelungen getroffen werden. Hinsichtlich der Anzahl an Behandlungsversuchen habe der Bundesgerichtshof bereits mehrfach entschieden, dass privat Versicherte mit Rücksicht auf die Interessen der Versichertengemeinschaft nicht verlangen können, es so lange versuchen zu dürfen, bis die Schwangerschaft tatsächlich herbeigeführt worden ist. Denn das Merkmal der „Notwendigkeit“ der Heilbehandlung könne nur erfüllt sein, wenn eine ausreichende Erfolgsaussicht gegeben ist. Hierbei seien die individuellen Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Eine ungewöhnliche Häufung erfolgloser Behandlungszyklen wirke sich nach der Rechtsprechung des BGH zwangsläufig negativ auf die individuelle Erfolgsprognose für weitere Behandlungen aus.

Die starre 40-Jahre-Höchstgrenze für Frauen in der GKV gilt zudem nicht in der PKV. Hier muss nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs lediglich die Erfolgswahrscheinlichkeit für die Herbeiführung einer Schwangerschaft von mindestens 15 Prozent nachgewiesen sein. Diese kann sich auch bei Frauen einstellen, welche das 40. Lebensjahr überschritten haben.

Förderrichtlinie Assistierte Reproduktion Rheinland-Pfalz

Paare mit einem unerfüllten Kinderwunsch können bei der Finanzierung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion eine Unterstützung aus Bundes- und Landesmitteln erhalten. Gefördert werden In-Vitro-Fertilisationen (IVF) und Intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI). Kryokonservierung ist nur dann zuwendungsfähig, wenn dies wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellenschädigenden Therapie – wie etwa Strahlentherapie bei einer Krebserkrankung – medizinisch notwendig erscheint, um spätere Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können.

Förderung beantragen kann, wenn die Betroffenen verheiratet sind oder in einer auf Dauer angelegten heterosexuellen oder gleichgeschlechtlichen weiblichen Lebensgemeinschaft leben. Dies ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann/der unverheirateten Frau in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt, beide ihren Hauptwohnsitz in Rheinland-Pfalz haben sowie mindestens 25 Jahre und zu Beginn der Kinderwunschbehandlung jünger als 40 Jahre (Ehe-/Lebenspartnerin, die das Kind austragen soll) beziehungsweise jünger als 50 Jahre (Ehe-/Lebenspartner bzw. -partnerin) alt sind.

Grundlage der Berechnung ist der Eigenanteil der Antragsteller. Bei dem Eigenanteil handelt es sich um die Kosten, die von den Antragstellern zu übernehmen sind, nachdem alle übrigen Leistungsträger (Krankenversicherungen, Beihilfe, Heilfürsorge etc.) gezahlt haben.

Die Förderung kann je nach Anzahl des Versuchs und der Behandlungsart zwischen 800 und 1.800 Euro betragen. Eine Berechnung der individuellen Förderungshöhe gibt es beim LSJV und auch auf deren Internetseite <https://lsjv.rlp.de/unsere-aufgaben/foerderung/assistierte-reproduktion/>. Dort gibt es auch die Antragsformulare.

Ines Engelmohr

AG QS ReproMed: Qualitätssicherung mit klaren Indikatoren

Wegen der vielfachen ethischen Implikationen der Reproduktionsmedizin zählt dieser Fachbereich in den Berufsordnungen der Ärztekammern zu den sogenannten „besonderen medizinischen Verfahren“ (siehe § 13 der Musterberufsordnung). In vielen Ärztekammern werden die Berufsordnungen durch eine eigene reproduktionsmedizinische Richtlinie ergänzt (BO RLP: Kapitel D IV Nr. 14 und 15).

Für eine Qualitätssicherung der Reproduktionsmedizin haben sich 15 der 17 Ärztekammern im Jahre 2013 zur Arbeitsgemeinschaft (AG) QS ReproMed zusammengeschlossen. Ziel der AG ist es, die Qualität der Behandlung in den reproduktionsmedizinischen Zentren einheitlich und bundeslandübergreifend über pseudonymisierte Behandlungsdaten zu erfassen. Dazu wurden von reproduktionsmedizinischen Fachexperten insgesamt 30 sogenannte Qualitätsindikatoren definiert, die jährlich auf Basis der Daten der Behandlungszyklen der Zentren berechnet werden. Aktuell werden berechnet: zwei Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung, wie zum Beispiel die Eizellentnahme bei Patientinnen ab 44 Jahren, neun Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität, wie zum Beispiel der Transfer von drei Embryonen bei Patientinnen unter 38 Jahren, sowie 15 Indikatoren zur Ergebnisqualität, wie beispielsweise die altersadjustierte Schwangerschafts- oder Geburtsrate. Um einen fairen Vergleich zu ermöglichen, wird auch die Dokumentationsqualität mit vier Qualitätsindikatoren überprüft, wie etwa die vollständige Dokumentation des Schwangerschaftsausgangs.

Ein wichtiges Grundprinzip der Qualitätssicherung ist die Vermeidung von Doppeldokumentationen. Deshalb wurden keine neuen Datensätze definiert, sondern Teile eines bereits bestehenden Datensatzes genutzt, der von den Zentren jährlich zu wissenschaftlichen Auswertungen an das Deutsche IVF-Register (DIR e. V.) übermittelt wird.

Die Datenannahme und -auswertung sowie die Berichterstattung für die Zentren beziehungsweise die Ärztekammern erfolgen durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Auftrag der AG QS ReproMed. Die Gesellschafterversammlung der Arbeitsgemeinschaft wird fachlich durch ein Lenkungs-



Foto: Adobe Stock/fadzeyeva

Gute Schwangerschaft und Geburt: Dafür setzt die Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin klare Indikatoren.

gremium und eine Fachgruppe unterstützt. Der Autor ist amtierender Lenkungsgrremiumsvorsitzender.

Neben der Datensparsamkeit besteht die Herausforderung darin, dass sich die Qualitätsindikatoren stets an aktuellen Entwicklungen der Reproduktionsmedizin orientieren sollen. Durch die Fachgruppe werden daher regelmäßig Vorschläge zu notwendigen Veränderungen und Aktualisierungen der Qualitätsindikatoren erarbeitet.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren werden in anonymen Benchmarks (Balkengrafiken) der Zentren dargestellt inklusive definierter Referenzbereiche. Jeder Ärztekammer sind nur die Ergebnisse der Zentren ihres eigenen Zuständigkeitsbereichs bekannt. Die Auswertungen sind so gestaltet, dass sie den Zentren einen Vergleich der eigenen Leistungen mit der reproduktionsmedizinischen Versorgung in Deutschland ermöglichen. Zudem enthalten die Auswertungen neben detaillierten Darstellungen der einzelnen Qualitätsindikatorergebnisse auch eine Übersichtstabelle über die Ergebnisse der vergangenen Jahre, um so einen Über-

blick über Entwicklungstrends zu ermöglichen. Bei auffälligen Ergebnissen eines Zentrums wird eine kollegiale fachliche Diskussion zwischen der zuständigen Ärztekammer und dem Zentrum angestoßen.

Nach meinen langjährigen Erfahrungen hat sich seit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft die konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Ärztekammern und dem DIR e. V. bei der inhaltlichen Weiterentwicklung des gemeinsamen Datensatzes bewährt. Zu wünschen ist, dass auch die beiden verbleibenden Ärztekammern zur AG QS ReproMed hinzustoßen. Dies würde wesentlich dazu beitragen, in dem bedeutenden Fachgebiet der Reproduktionsmedizin in ganz Deutschland einheitliche Qualitätsstandards zu fördern.

Autor

Dr. Hans-Jürgen Held
Lenkungsgründer
vorsitzender der
AG QS ReproMed,
Reproduktionsmediziner
in Dresden



Foto: BÄK

Landesärztekammer achtet konsequent auf Qualität der Kinderwunschzentren

Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz schloss sich der von der Bundesärztekammer moderierten und von den Ärztekammern beschlossenen verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der Reproduktionsmedizin an. Dies bedeutet, dass die aktuell fünf Kinderwunschzentren in Rheinland-Pfalz einen festgelegten Datensatz von allen Behandlungen an die Datenannahmestelle liefern müssen. Als datenannehmende und auswertende Ärztekammer fungiert bundeseinheitlich die Ärztekammer Schleswig-Holstein, welche die elektronisch übermittelten Daten annimmt, aufbereitet, auswertet und in einem definierten Bericht jedem Zentrum und der jeweils zuständigen Ärztekammer zur Bewertung zur Verfügung stellt.

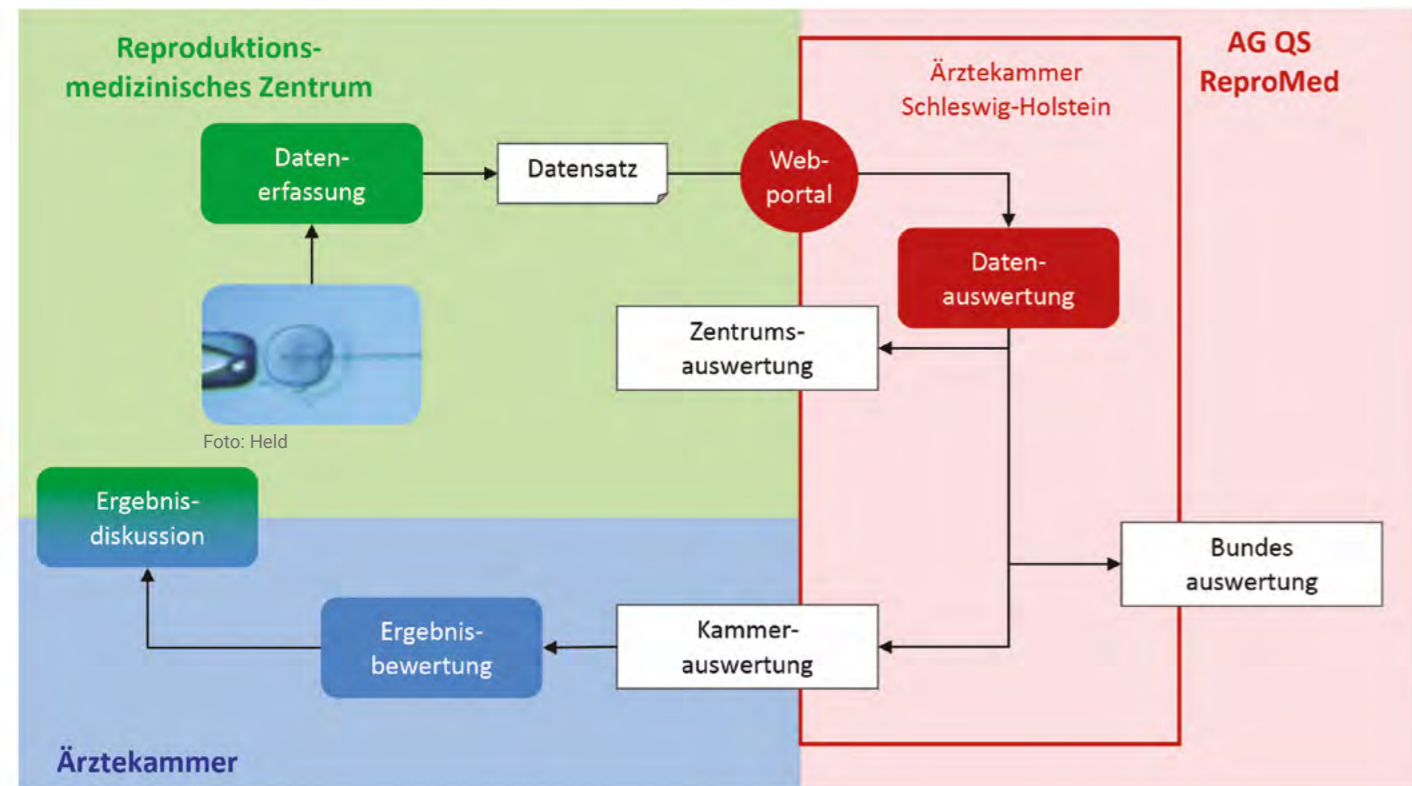
Da den Ärztekammern durchaus bewusst ist, dass die Erhebung von Daten zur Qualitätssicherung für die erfassten Einrichtungen mit einem entsprechenden Aufwand verbunden ist, war das Ziel von Beginn an, nur die für die Aufgabe nötigen Daten zu erheben, um die Belastungen der Kinderwunschzentren möglichst klein zu halten. Viele Kinderwunschzentren sind Mitglieder im Deutschen IVF-Register e. V. (D-I-R e. V.), einem Verein, der ebenfalls Daten der Kinderwunschzentren erhebt. Durch eine Kooperation mit diesem Verein konnte erreicht werden, dass die Daten, die Kinderwunschzentren an das D-I-R e. V. liefern, nicht noch einmal erfasst werden müssen, sondern elektronisch von dort pseudonymisiert an die datenannehmende Ärztekammer weitergeleitet werden.

Ziel einer jeden Qualitätssicherung ist es eine möglichst hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu erzielen und langfristig zu garantieren. Bei Qualitätsmängel ist darauf hinzuwirken, dass durch geeignete Maßnahmen die Qualitätsmängel überwunden werden. Selbstverständlich sind die Qualitätsziele an neu gewonnene Erkenntnisse der Wissenschaft anzupassen und daher nicht unveränderlich, sondern ein Spiegel des Wissens der jeweiligen Zeit.

Aus den gelieferten Daten errechnet die Ärztekammer Schleswig-Holstein für jedes liefernde Zentrum die zuvor in Expertenrunden festgelegten Qualitätsindikatoren (QI). Aktuell sind dies die im nebenstehendem Tabelle aufgelisteten QIs.

Qualitätssicherung

ABLAUFGRAFIK QS REPROMED



Quelle: AG QS ReproMed

Qualitätsindikatoren

Dokumentationsqualität

- QI 0 Anteil Zyklen mit Einwilligungsdokumentation
- QI 1 Plausible Behandlungszyklen
- QI 2 Prospektiv dokumentierte Behandlungszyklen
- QI 3 Dokumentationen des Schwangerschaftsausgangs

Indikationsqualität

- QI 4 Anteil ICSI an allen Fertilisationen
- QI 5 Eizellentnahme bei Patientinnen < 25 bzw. > 45 Jahre

Prozessqualität

- QI 7 Anteil der Kryobehandlungen
- QI 7a Punktion als Fortsetzung einer Behandlung mit Stimulation
- QI 7b Anteil gewonnener Eizellen in Metaphase II im ICSI-Zyklus
- QI 8 Zyklen mit mehr als 20 gewonnenen Eizellen und Frischtransfer
- QI 9a Fortgeführte Behandlungen nach Punktion
- QI 9b Fortgeführte ICSI nach Eizellbehandlung
- QI 9c Fortgeführte IVF nach Eizellbehandlung
- QI 9d Fortgeführte Behandlungen nach Auftauen
- QI 10 Transfers von 3 Embryonen bei Patientinnen < 38 Jahre

Ergebnisqualität

- QI 11 Mehrlingsrate
- QI 12 Schwerwiegende Komplikationen bei Punktionen
- QI 13a Schwangerschaftsrate im „Idealszenario“ mit DET
- QI 13a1 Schwangerschaftsrate im „Idealszenario“ mit SET
- QI 13b Schwangerschaftsrate bezogen auf alle Punktionen
- QI 13b1 Schwangerschaftsrate bezogen auf alle Zyklen mit SET nach Punktion
- QI 13c Altersadjustierte Schwangerschaftsrate bezogen auf Punktionszyklen
- QI 13d Schwangerschaftsrate bezogen auf alle Zyklen mit BC nach Punktion
- QI 13e Schwangerschaftsrate bezogen auf Kryo-Blastozystenkulturen
- QI 14a Geburtsrate bezogen auf begonnene Behandlungszyklus
- QI 14b Geburtsrate bezogen auf IVF
- QI 14c Geburtsrate bezogen auf ICSI
- QI 14d Geburtsrate bezogen auf Kryo
- QI 14e Altersadjustierte Geburtsrate bezogen auf Punktionszyklen
- QI 15 Patientinnen mit Überstimulationssyndrom (WHO ab Grad III oder Golan ab Grad 4)

Damit die Bewertung der Daten aus der Qualitätssicherung auf einem hohen fachlichen Niveau erfolgen kann, haben sich die Ärztekammern von Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und des Saarlandes in einer Fachgruppe Südwest zusammengeschlossen. An dieser Fachgruppe nehmen neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Ärztekammern jeweils ein von jeder beteiligten Kammer benannter reproduktionsmedizinischer Experte teil. Um die Belange des Datenschutzes zu gewähren, sind die zu bewertenden Daten für die Experten und Mitarbeitenden der Ärztekammern konsequent anonymisiert. Bei Daten von 52 Kinderwunschzentren, die von der Fachgruppe Südwest zu beurteilen sind, kann davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Daten nur von dem jeweiligen Mitarbeitenden der betroffenen Ärztekammer dem jeweiligen Kinderwunschzentrum zugeordnet werden können. Die von der Fachgruppe Südwest abgegebenen Beurteilungen der Leistungen werden somit nicht von irgendwelchen Interessen geleitet. Die Experten empfehlen bei Auffälligkeiten beim Kinderwunschzentrum nachzufragen, ob es einen besonderen Grund für die Abweichung vom Referenzwert gibt und wenn ja, worin dieser besteht.

Nach Eingang der Antworten der angefragten Kinderwunschzentren kommt die Fachgruppe noch einmal zusammen, um die gegebenen Erklärungen (anonym) zu bewerten. Dabei kann es vorkommen, dass die Antworten von den Experten so beurteilt werden, dass keine weiteren Maßnahmen (durch die jeweiligen Ärztekammer) getroffen werden müssen. Es kann natürlich auch vorkommen, dass die gegebenen Antworten die Experten nicht zufrieden stellen können. In diesem Fall sprechen die Experten Empfehlungen an das betroffene Kinderwunschzentrum aus, was zu tun ist, damit die Qualität angehoben werden kann. In gravierenden Fällen empfehlen sie der betroffenen Ärztekammer Maßnahmen, um darauf hinzuwirken, dass die Qualitätsziele vom Zentrum zukünftig erreicht werden.

Die Umsetzung der Empfehlungen der Fachgruppe Südwest obliegt der jeweiligen Ärztekammer für ihre Kinderwunschzentren. Der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz steht dabei beratend noch der Ausschuss Assistierte Reproduktion / Künstliche Befruchtung mit seinem Fachwissen zur Seite. Wichtig ist, dass das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung über einen kollegialen Dialog erreicht werden soll. Die Androhung oder gar die Umsetzung von berufsrechtlichen Sanktionen ist das letzte Mittel, das der Landesärztekammer bleibt, falls ein Kinderwunschzentrum nicht bereit ist, auf Hinweise aufgefallene Qualitätsmängel abzustellen. Bisher kam ein solcher Fall in Rheinland-Pfalz nicht vor.

Ergebnisse aus Rheinland-Pfalz (Behandlungsjahr 2021)

Im Jahr 2021 gab es in Rheinland-Pfalz fünf Kinderwunschzentren. Zwei dieser Kinderwunschzentren hatten jeweils eine Filialniederlassung. Die Hauptstandorte befanden sich in Ludwigshafen, Mainz (2x), Neuwied und Trier. Die beiden Filialstandorte waren in Koblenz und Worms.

Im Jahr 2021 wurden durch die Behandlungen in den fünf Kinderwunschzentren insgesamt 673 Kinder geboren. Bei 446 dieser Kinder handelte es sich um Einlinge. 220 Kinder wurden als Zwillinge geboren. Drei Kinder kamen als Drillinge und vier als Vierlinge auf die Welt.

Im Jahr 2021 waren zunächst drei der fünf Kinderwunschzentren rechnerisch bei einem oder mehreren Qualitätsindikatoren auffällig. Die auffälligen Qualitätsindikatoren wurden anonym von der Fachgruppe Südwest bewertet. Einige Auffälligkeiten wurden als vernachlässigbar eingestuft. Die anderen zunächst nur rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren führten dann zu schriftlichen Nachfragen und der Bitte um Erläuterung bei den betroffenen Kinderwunschzentren. Die eingegangenen Antworten wurden in einer weiteren Sitzung erneut anonym beurteilt. Antworten eines primär rechnerisch auffälligen Zentrums wurden danach als unauffällig (beruhend auf Besonderheiten des Klientels des Kinderwunschzentrums) beurteilt. Die Antworten der beiden anderen Zentren führten dazu, dass diesen Zentren Empfehlungen der Expertengruppe durch die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz übermittelt wurden, um in den Folgejahren die Auffälligkeiten zu reduzieren beziehungsweise abzustellen. (GH)

Autor

*Dr. Günter Hock
Geschäftsstelle Qualitätssicherung ReproMed
in Rheinland-Pfalz*



Foto: Engelmoir

Rechtsslage Reproduktionsmedizin

Foto: Adobe Stock/merklicht.de



Regelungen zur Reproduktionsmedizin finden sich in mehreren Gesetzesvorlagen.

Die Reproduktionsmedizin wird aus juristischer Perspektive schon immer kontrovers diskutiert. Ein einheitliches „Fortpflanzungsmedizinengesetz“ existiert trotz langjähriger Forderungen danach bisher nicht. Die Regelungen sind daher weiterhin sowohl bundes- als auch landesrechtlich vorgegeben und unterliegen europarechtlichem Einfluss.

In folgenden Bundesgesetzen finden sich Vorgaben:

- Embryonenschutzgesetz (ESchG),
- Präimplantationsdiagnostikverordnung (PIDV)
- Transplantationsgesetz (TPG)
- Stammzellgesetz (StZG)
- Arzneimittelgesetz (AMG)
- Gendiagnostikgesetz (GenDG)
- Bürgerliche Gesetzbuch (BGB),
- Strafgesetzbuch (StGB) und
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Auf dem Landesgebiet Rheinland-Pfalz finden sich in der Berufs- und Weiterbildungsordnung entscheidende Rechtsvorgaben für das Gebiet der Reproduktionsmedizin.

Die vormals existierenden Fachrichtlinien in der Berufsordnung wurden inzwischen durch die Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen bei der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer ersetzt.

Zulassung als Kinderwunschzentrum

Um eine Zulassung als Kinderwunschzentrum zu erlangen, ist ein zweistufiges Genehmigungsverfahren notwendig. Es ist sowohl die Genehmigung durch die Landesärztekammer als auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

notwendig. Der Gesetzgeber verfolgte damit unter anderem das Ziel, die Zahl der Leistungserbringer zu begrenzen und so ein Absinken der Indikationsschwelle für Maßnahmen der Reproduktionsmedizin zu verhindern.

Die Voraussetzungen, unter denen Ärztinnen und Ärzten eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen erteilt werden kann, sind in §121a Abs. 2 SGB V geregelt. Danach darf den genannten Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen eine Genehmigung nur erteilt werden, wenn

- über die für die Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und
- die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 und 2 SGB V bieten.

Die Landesärztekammer prüft demnach als personale Voraussetzung die fachliche Eignung der Ärztinnen und Ärzte und das Vorhandensein der diagnostischen und therapeutischen Vorgaben - also die notwendige technische und räumliche Ausstattung gemäß der Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer.

Darüber hinaus prüft die Landesärztekammer die Frage, ob Bedarf für ein neues Kinderwunschzentrum besteht, das heißt, ob andere Leistungserbringer schon in ausreichendem Maße die infragestehenden Leistungen erbringen.

Die Bewertungen nimmt bei der Landesärztekammer ein mit fachlicher Expertise besetzter Ausschuss vor.

Autor

*Christian Wächter
Syndikusrechtsanwalt
der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz*



Foto: Engelmoir