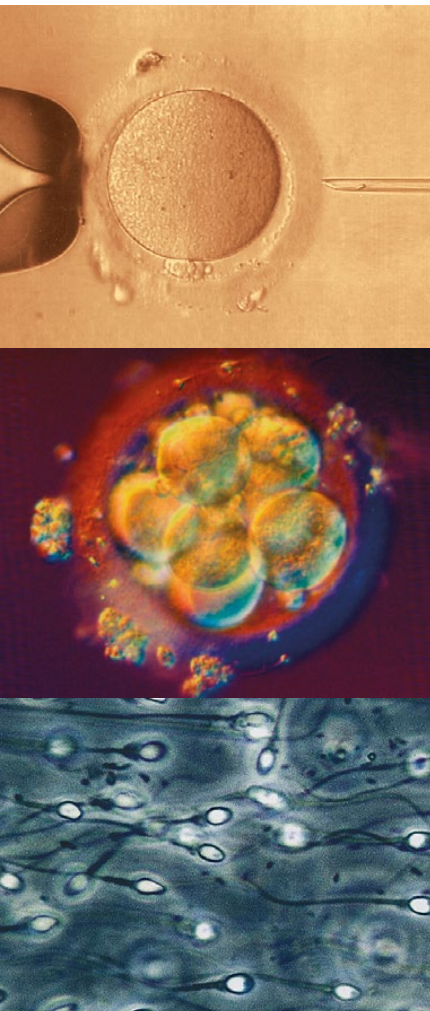


Journal für

Reproduktionsmedizin No.1 2023 und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



„Good prognosis patient“ – die ideale Patientin: Wie lassen sich Therapieerfolge bei der IVF/ICSI-Therapie sachlich vergleichen?

M. S. Kupka, S. Tauchert

56th Annual Conference of Physiology and Pathology of Reproduction and 48th Joint Conference of Veterinary and Human Reproductive Medicine, 1st–3rd March, 2023 – Abstracts

Gesellschaftsmitteilungen

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

„Good prognosis patient“ – die ideale Patientin: Wie lassen sich Therapieerfolge bei der IVF/ICSI-Therapie sachlich vergleichen?

M. S. Kupka¹, S. Tauchert²

Benchmarking im Gesundheitswesen ist häufig schwierig. Dies gilt auch für die Bewertung der Erfolge bei Kinderwunschtherapien in den mittlerweile über 140 Kinderwunschzentren in Deutschland. Dies liegt zum einen an der schlechten Vergleichbarkeit der Daten bei unterschiedlichem Patientenkollektiv, zum anderen ist das Thema in der Konkurrenzsituation, gerade in Ballungsräumen, im Kreis der Reproduktionsmedizinerinnen und -mediziner durchaus heikel. Dennoch wünschen Patientenpaare Aufklärung über Erfolgsraten und auch der Anspruch der einzelnen reproduktionsmedizinischen Teams selbst sollte sein, die eigene Arbeit immer wieder auf den Prüfstand zu stellen. Dank des Deutschen IVF-Registers (D-I-R) sind wir auch in Deutschland auf einem guten Weg, reproduktionsmedizinische Ergebnisse besser zu vergleichen, da es die großen Datensätze möglich machen, ein Kollektiv aus Patientinnen zu erstellen, das ähnliche Kriterien erfüllt, um damit ein valideres Benchmarking möglich zu machen. So wurde die „ideale Patientin“ definiert, die es ermöglichen soll, diesem Anspruch nachzukommen.

Schlüsselwörter: ideale Patientin, Benchmarking, Erfolg bei Kinderwunschtherapien, Deutsches IVF-Register

Good prognosis patient. Benchmarking in healthcare is often difficult. This also applies to the evaluation of the success of fertility therapies in the now more than 140 fertility centres in Germany. On the one hand, this is due to the poor comparability of the data in different patient collectives, on the other hand, the topic is diplomatically sensitive in the competitive situation, especially in metropolitan areas in the circle of reproductive medicine specialists. Nevertheless, patient couples want information about success rates and the claim of the individual reproductive medicine teams themselves should be to repeatedly put their own work to the test. Thanks to the German IVF registry, we are also well on the way to better comparing reproductive medical results in Germany, since the large data sets make it possible to create a collective of patients who meet the same criteria, in order to make more valid benchmarking possible. In this way, the ideal patient was created who is better able to meet this requirement. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2023; 20 (1): 7–12.**

Key words: good prognosis patient, benchmarking, success in fertility therapies, German IVF registry

■ Einleitung

Seit nunmehr 40 Jahren existiert das Deutsche IVF-Register (D-I-R) und dank seiner Gründer im Jahr 1982 sind mittlerweile über 2,2 Millionen Behandlungszyklen (IVF/ ICSI-Behandlungen und Kryo-Transfer-Zyklen) erfasst [1]. Die initiale Idee war, eine ureigenen ärztlich motivierte Registerarbeit zu leisten, die der Qualitätssicherung in Form von statistisch-wissenschaftlichen Auswertungen und Erkenntnissen dienen und damit zur Qualitätsverbesserung beitragen sollte. Mit großem Respekt ist festzustellen, dass dies über die Jahrzehnte Schritt für Schritt gelungen ist. Das D-I-R hat durch seine Registerarbeit in den letzten Jahrzehnten dazu beigetragen, mehr Transparenz in die Erfolgsraten von Kinderwunschtherapien zu bringen, entscheidend mit aufzuzeigen, wie abhängig der Erfolg vom Alter der Frau ist und forciert in den letzten zehn Jahren daran mitgewirkt, dass die Rate an Mehrlingsschwangerschaften und damit die Zahl an Frühgeburten nach Sterilitätstherapie gesenkt werden konnte. Letzteres gelang unter dem zunehmenden Einsatz der

Blastozystenkultur – einer Methode, die lange in unserem Land rechtlich mit dem Embryonenschutzgesetz nicht vereinbar schien [2] und nun durch den „Deutschen Mittelweg“ von fast allen reproduktionsmedizinischen Einrichtungen praktiziert wird.

Schon seit Beginn der Tätigkeit des Deutschen IVF-Registers wurde die Frage wiederholt diskutiert, ob eine Vergleichbarkeit der einzelnen reproduktionsmedizinischen Zentren möglich und nötig wäre. Viele Argumente sprachen im Laufe der Zeit dagegen, die Ergebnisse mit eindeutiger Zentrumskenntung zu publizieren – so wie in vielen anderen Ländern weltweit üblich und auch gesundheitspolitisch gefordert [3, 4].

Letztlich kam auch das Verbot der Werbung im Bereich der Medizin in Deutschland erschwerend hinzu [5]. Dennoch gab und gibt es immer wieder Kinderwunschzentren, die ihre eigenen durchschnittlichen Erfolgsraten jenen des Deutschen IVF-Registers und damit der gesamten Republik gegenüberstellen und dieses auch z. B. auf ihrer Homepage

zeigen. Eine Arbeit aus dem Jahr 2015 hat die Darstellung von Erfolg und Misserfolg der IVF-Therapien auf den Websites deutscher IVF-Zentren untersucht und postuliert, dass mehr als die Hälfte der damals 129 Zentren allgemeine oder eigene Erfolgsquoten veröffentlichen [6]. Weniger als ein Viertel (24,03 %) gab eigene Quoten für Schwangerschaften an und weniger als jedes zehnte Zentrum (7,75 %) die eigene Geburtenrate. Die Autoren schlussfolgerten damals, dass die in Deutschland therapiesuchenden Paare nur unzureichende Möglichkeiten hätten, sich im Vorfeld im Internet über Erfolgsraten gerade in Bezug auf ein bestimmtes Zentrum wie aber auch allgemein in Bezug auf die Methoden der Kinderwunschmedizin zu informieren. Letzterem widersprechen wir, da das D-I-R eine differenzierte Ausarbeitung der Schwangerschaftsraten und auch Geburtenrate bei den Methoden der IVF/ICSI-Therapie liefert.

Interessanterweise zeigten Daten aus England aus dem Jahre 2005, dass gerade Erfolgsraten für viele Kinderwunschpaare ausschlaggebend für die Wahl eines

Zentrums sind [7]. Eine weitere Arbeit aus dem Jahr 2015 schloss mit der dringenden Notwendigkeit nach Richtlinien für die Webseiten deutscher Arztpraxen. Diese seien unabdingbar, um den Paaren mehr und idealerweise qualitativ hochwertige Informationen zur Entscheidungsfindung zur Verfügung zu stellen. So wurde das auch in allgemeinerer Form von der deutschen zentralen Ethikkommission vor über einem Jahrzehnt gefordert [8].

In Deutschland nimmt man an, dass vor allem Kinderwunschzentren eigene Erfolgsraten publizieren, wenn die Ergebnisse über dem Bundesdurchschnitt lagen. Dieser Frage ist die oben erläuterte Arbeit aus dem Jahr 2015 nicht nachgegangen.

In diversen Gesprächsrunden bezüglich dieser Thematik wurde unter den deutschen Zentrumsvertretern immer wieder auf die Besonderheiten des eigenen Zentrums hingewiesen. Liegt ein Zentrum in geographisch geschützter Region ohne zahlreiche Mitbewerber, setzt sich das Patientenkollektiv natürlich anders zusammen als in einem Ballungsraum mit kompetitiver Grundstimmung. In ländlichen Regionen ist das Durchschnittsalter der Paare nicht so hoch wie in Metropolregionen.

Bietet ein Zentrum spezielle Techniken an (z. B. Präimplantationsdiagnostik, Spermensamenbehandlung, Single-mum-Behandlungen, fertilitätserhaltende Behandlungen bei onkologischen Erkrankungen etc.), hat dies ebenfalls Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Patientencharakteristika. Ob diese regionalen Unterschiede tatsächlich eine Rolle spielen, versuchte eine Publikation aus dem Jahr 2010 nachzugehen. Lintsen et al. analysierten IVF/ICSI-Schwangerschaftsraten aus 11 niederländischen IVF-Zentren. Interessanterweise lagen die Raten ohne Konkretisierung bzw. Einteilung teilweise um das Dreifache höher bzw. tiefer als in einem anderen Zentrum. Dieser Abstand verkleinerte sich, nachdem die Kriterien für einen Einschluss strenger und vergleichbarer gezogen und nur Patientinnen mit bestimmten Kriterien einbezogen wurden. Interessanterweise verblieb weiterhin ein Unterschied von 19 % zwischen dem Zentrum mit der schlechtesten Schwangerschaftsrate (36 %) und der besten Rate (55 %). Hiermit zeigte sich damals schon

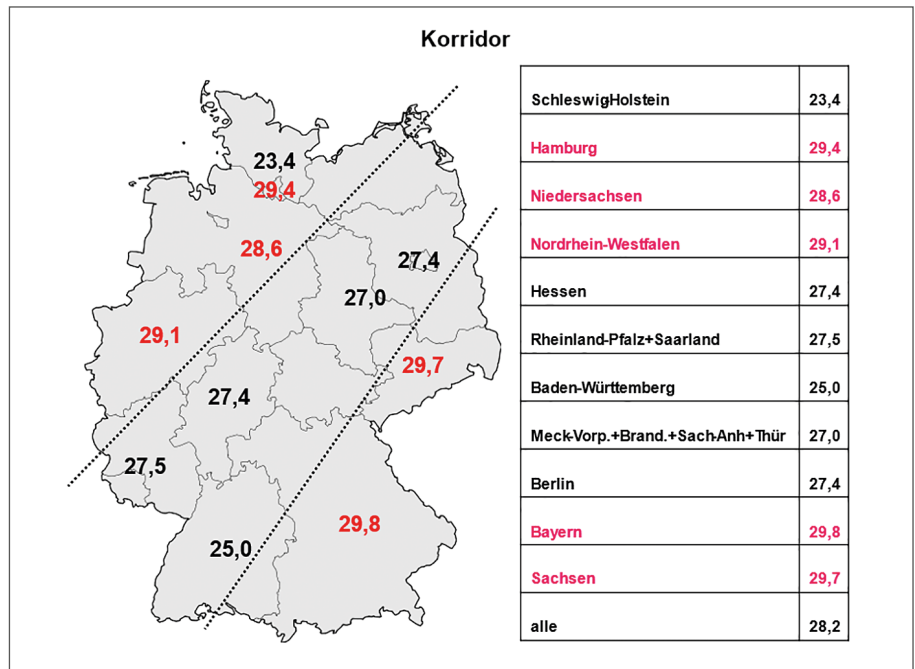


Abbildung 1: Schwangerschaftsraten in Deutschland nach IVF/ICSI/Kryo-ET 2002–2006. Aus [13]. © M. S. Kupka.

deutlich, dass Unterschiede in den einzelnen Zentren existieren [9].

■ Kriterien der „idealen Patientin“

So gab es bereits früh die Idee, Kriterien zu definieren, durch welche ein standardisiertes Patientenpaar mit überdurchschnittlich guter Erfolgsprognose dazu dienen könnte, Unterschiede in der Zusammensetzung der Paare einzelner Praxen auszublenden: die „ideale Patientin“ (international: „good prognosis patient“).

Insgesamt bietet die internationale Literatur abgesehen von der oben zitierten Studie wenig Daten einer nationalen Vergleichbarkeit der einzelnen Zentren untereinander. Die Literaturrecherche ergab insgesamt viele Publikationen zum Thema „good prognosis patient in einer IVF-Behandlung“. Der Fokus liegt aber hier überwiegend auf Fragestellungen, ob der Einsatz von Zusatzmaßnahmen, Änderungen der Stimulationsprotokolle, Dauer der Kultivierung und Ähnliches das Outcome verbessern können. So existieren viele Arbeiten, die sich mit den Markern für ein Ansprechen auf die Stimulationsmedikamente im Rahmen einer IVF-Therapie konzentrieren. Nelson et al. konnten beispielsweise nachweisen, dass das Anti-Müller-Hormon ein stärkerer Prädiktor für einen guten Verlauf bei der Patientin mit guter Prognose ist, als beispielsweise der

antrale Follikelcount [10]. Andere Autoren beschäftigen sich bei der „idealen Patientin“ intensiv mit der Frage, ob der „Frisch-Transfer“ mit Übertragung des Embryos 2–5 Tage nach der Punktion für das Outcome besser sei als das zweizeitige Vorgehen, demnach auf einen Embryonentransfer einige Tage nach der Eizellentnahme zu verzichten, die befruchteten Eizellen oder Embryonen zu kryokonservieren und nach einem Intervall meist im natürlichen Zyklus zu transferieren.

So zeigt eine niederländische Arbeit aus dem Jahr 2021, dass die Schwangerschaftsraten nach der Punktion signifikant besser waren, als den Umweg über die Kryokonservierung zu gehen [11]. Natürlich existieren klare medizinische Kriterien, die einen Frisch-ET nicht vertretbar machen, sei es ein Überstimulationssyndrom oder ein zu früher Progesteronanstieg, so dass eine Implantation schlechter möglich ist.

Die Fokussierung auf die Erfolgsraten bei der „idealen Patientin“ in Abhängigkeit vom behandelnden Zentrum scheint hingegen seit Langem ein – zumindest in Deutschland – durchaus umstrittenes wissenschaftliches Projekt zu sein, welches in zeitlichen Abständen immer wieder angegangen wurde.

In einem Expertenmeeting in Wien im Jahr 2017, bestehend aus 20 internatio-

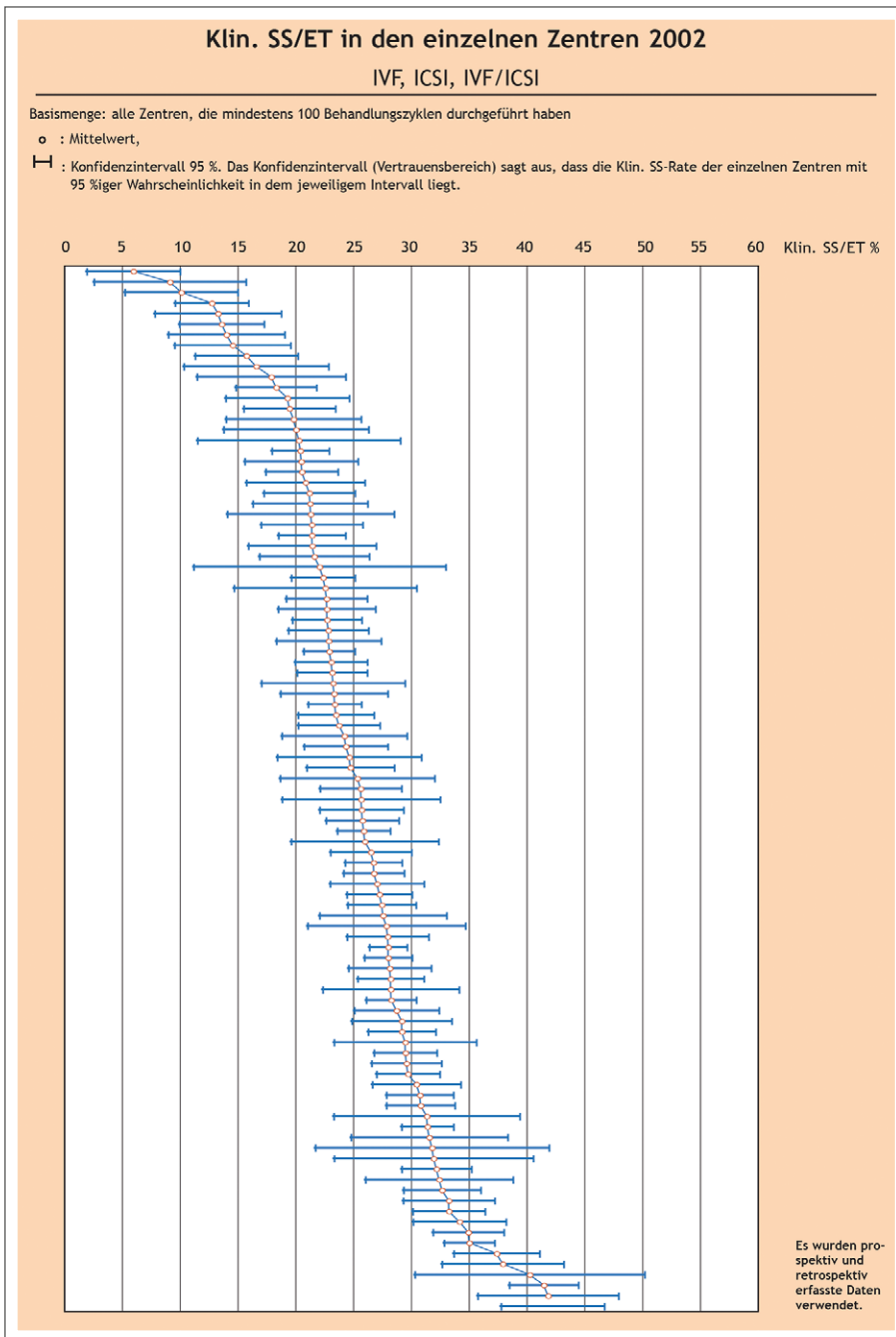


Abbildung 2: Klinische Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer in den einzelnen Zentren 2002. Aus [D·I·R-Jahrbuch 2002]. Nachdruck mit Genehmigung des D·I·R.

nenal Experten (ESHRE Special Interest Group of Embryology and Alpha Scientists in Reproductive Medicine) wurden 19 Qualitätsindikatoren für frische IVF/ICSI-Zyklen definiert [12]. Unter Angabe eines prozentualen Kompetenz- und Benchmark-Wertes wurden 12 der 19 Indikatoren als Schlüsselleistungsindikatoren („KPI“) tabellarisch zusammengefasst, so dass jedes IVF-Labor die Möglichkeit hat, international festgelegte Qualitätsindikatoren mit den eigenen Zentrumsergebnissen abzugleichen. Zu diesen Indikatoren gehören beispielsweise die Fertilisationsrate bei durchgeführter ICSI, Blastozystenüberlebensrate

nach Kryokonservierung und die Implantationsrate nach Blastozystentransfer. Zusammenfassend hat dieses Expertenpanel somit die gute Möglichkeit geschaffen, die individuellen Erfolgsraten pro Zentrum mit international festgelegten Qualitätsindikatoren zu vergleichen, die Problematik der Vergleichbarkeit der Zentren untereinander bleibt jedoch unberührt.

Ein Beispiel dafür, wie groß die Empfindsamkeiten in Deutschland sind, war ein Vortrag im November 2008 während des 22. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren mit dem Titel „IVF, ICSI und

Kryozyklen in den 16 Bundesländern für den Zeitraum 2002–2006“ [13]. Hier wurde nicht zentrumsbezogen, sondern bundeslandbezogen eine durchschnittliche Schwangerschaftsrate berechnet und grafisch dargestellt (Abb. 1). Es zeigte sich auf der Deutschlandkarte eine Art Korridor, der vom Nordosten in den Südwesten reichte mit deutlich niedrigeren Schwangerschaftsraten als im Süden oder im Norden. Dies löste eine große Diskussion darüber aus, ob solche Zahlen publiziert werden sollten [13].

Ähnliche Reaktionen gab es zur anonymisierten Darstellung der durchschnittlichen Schwangerschaftsrate aller Zentren im Überblick in den D·I·R-Jahrbüchern 2002, 2004 und 2006 (Abb. 2).

■ Historie der „idealen Patientin“

Die Historie des Projektes der „idealen Patientin“ reicht weit zurück. Bereits im D·I·R-Jahrbuch 2003, also nunmehr vor 20 Jahren, wurden Auswertungen zur „idealen Patientin“ vorgestellt. Hier wurde der Idealzustand so definiert:

- nur IVF-Zyklen bei rein tubarer Sterilität,
- Alter der Frau < 35 Jahre,
- Einsatz von GnRH-Agonisten oder -Antagonisten.

Im D·I·R-Jahrbuch 2004 wurde die Definition auf die Altersgruppe 25–35 Jahre fixiert und mit dem 1. IVF/ICSI-Zyklus kombiniert (Abb. 3). Gut zu erkennen ist die große Streubreite, was natürlich besonders an der Zykluszahl pro Zentrum liegt, die hier analysiert werden konnte.

Im Jahr 2009 wiederholte sich diese Analyse nach Zentrumsgröße (Abb. 4). Auch hier ist wieder die große Streubreite gut erkennbar. Es wurde jedoch keine Schwangerschaftsrate berechnet, sondern nur der Anteil der Patientenpaare mit günstiger Prognose.

Die aktuelle Definition der „idealen Patientin“, die im **DIR-Jahrbuch 2021** zum zweiten Mal Bestandteil ist, lautet:

- Alter der Frau maximal 35 Jahre,
- mindestens 8 gewonnene Eizellen,
- mindestens 5 reguläre Befruchtungen,
- Behandlung im 1. Zyklus IVF, ICSI oder IVF/ICSI,
- Spermengewinnung durch homologe Ejakulation.

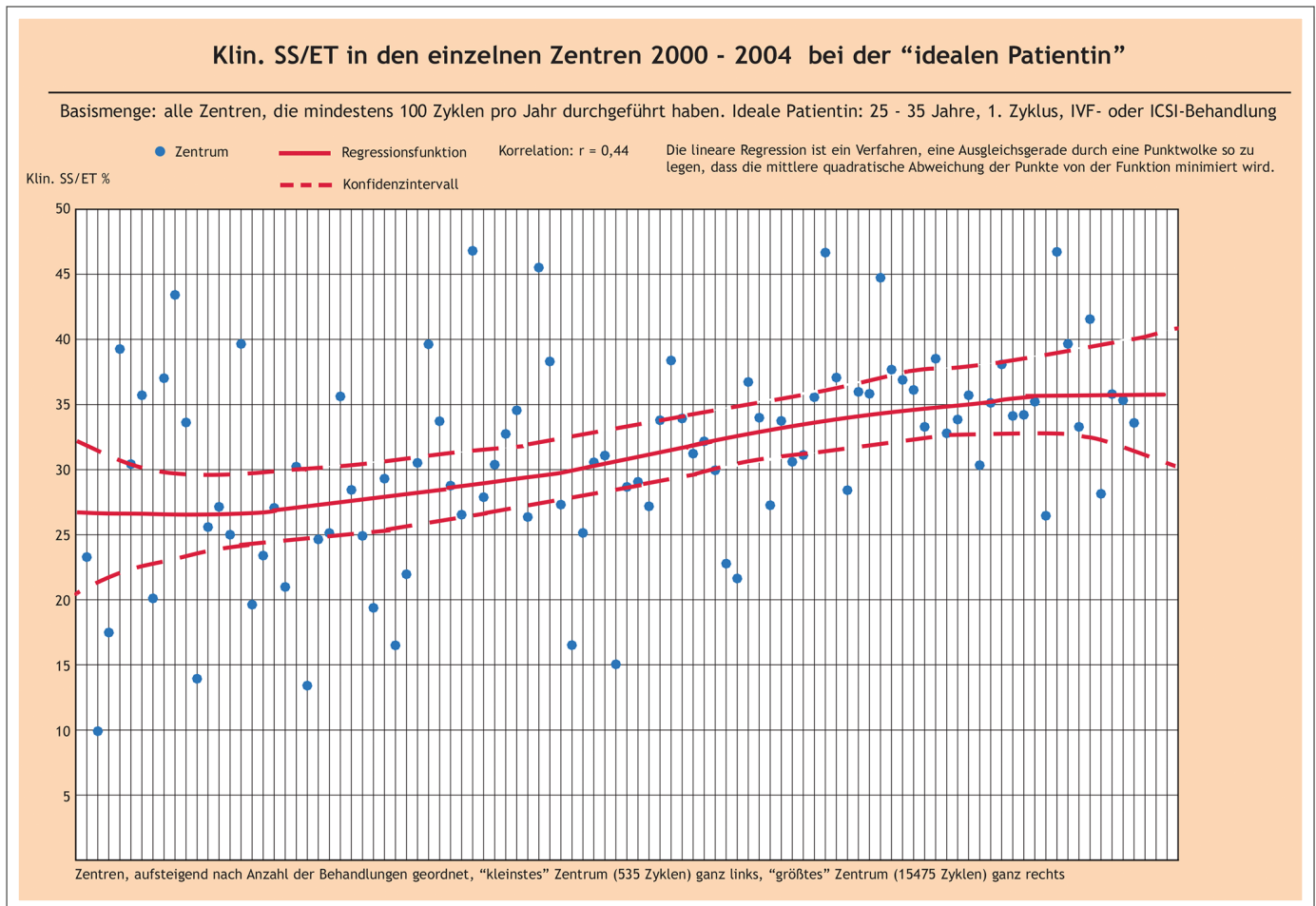


Abbildung 3: Klinische Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer in den einzelnen Zentren 2000–2004 bei der idealen Patientin. Aus [DIR-Jahrbuch 2004]. Nachdruck mit Genehmigung des D-I-R.

Es lohnt sich noch ein Blick in die QM-Systeme der **deutschen Ärztekammern**. Mit Beginn des Qualitätssicherungssystems der Landesärztekammern (QS-Repromed) wurden unterschiedliche Gremien gebildet, in denen auch medizinische Fachvertreter sein sollten. In der so genannten Fachgruppe II wurden die Indikatoren zur „idealen Patientin“ festgelegt. Die Definition hat sich im Laufe der Zeit etwas gewandelt. Die Arbeitsgruppe begann im November 2011 mit ihrer Arbeit. Inzwischen sind 22 Qualitätsindikatoren definiert [14].

Die Definition aus dem aktuellsten Jahresbericht mit den **Daten 2019** lautet:

- Alter der Frau zwischen 26 und 35 Jahre,
- Anzahl der sich entwickelnden Vorkernstadien mindestens 4,
- transferierte Embryonen: 2,
- Eintritt einer Schwangerschaft nachgewiesen durch intrauterine Fruchthöhle oder Herzaktion oder Abort.

■ Was zeigt der Blick auf die Registerarbeit im Ausland?

Während eines Treffens des Europäischen IVF-Registers (European IVF Monitoring Consortium, EIM) im November 2014 wurde durch zwei Vorträge eines Repräsentanten des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) die Frage aufgeworfen, warum die europäischen durchschnittlichen Schwangerschaftsraten – im Verhältnis zu den US-amerikanischen Schwangerschaftsraten – so deutlich niedriger sind.

Unterschiedlichste Argumente wurden ausgetauscht. Schlussendlich wurde ein Projekt beschlossen, um dieser Frage im Detail nachzugehen. Auch hier schien im Endeffekt nur ein Vergleich einer standardisierten „idealen Patientin“ hilfreich. Dementsprechend wurde ein aufwendiges Studienprotokoll erstellt, in dem die Daten aus Amerika, gesammelt und analysiert durch das CDC, verglichen werden sollten. Daten aus sieben europäischen Ländern sollten dazu gegenübergestellt werden. Hierbei konnten nur europäische

Länder ausgewählt werden, die ein Register führen, welches zykluspezifische Analysen („cycle by cycle“) und nicht zusammenfassende Statistiken nutzen.

Hierbei waren Österreich, Belgien, Tschechien, Deutschland, Ungarn, Schweden und England avisiert. Es zeigte sich im weiteren Verlauf, dass die Bereitschaft, diese spezielle Analyse anzufertigen, in den genannten Ländern sehr unterschiedlich war. Somit wurde beschlossen, das Projekt in mehrere Schritte aufzuteilen. Zunächst soll versucht werden, die Datenerhebung in Europa zu evaluieren. Nur bei ausreichender Repräsentanz ist hier die Fortführung des Projektes überhaupt sinnvoll. Erst danach ist in einem zweiten Schritt ein Vergleich zu den amerikanischen Daten geplant. Es wurde ausgiebig über die mögliche Brisanz der Ergebnisse diskutiert.

Die Definition der „idealen Patientin“ des **Europäischen IVF-Registers** zum aktuellen Stand lautet:

- Alter der Frau ≤ 35 Jahre,
- gewonnene Eizellen ≥ 8 ,
- mindestens 5 reguläre Befruchtungen,

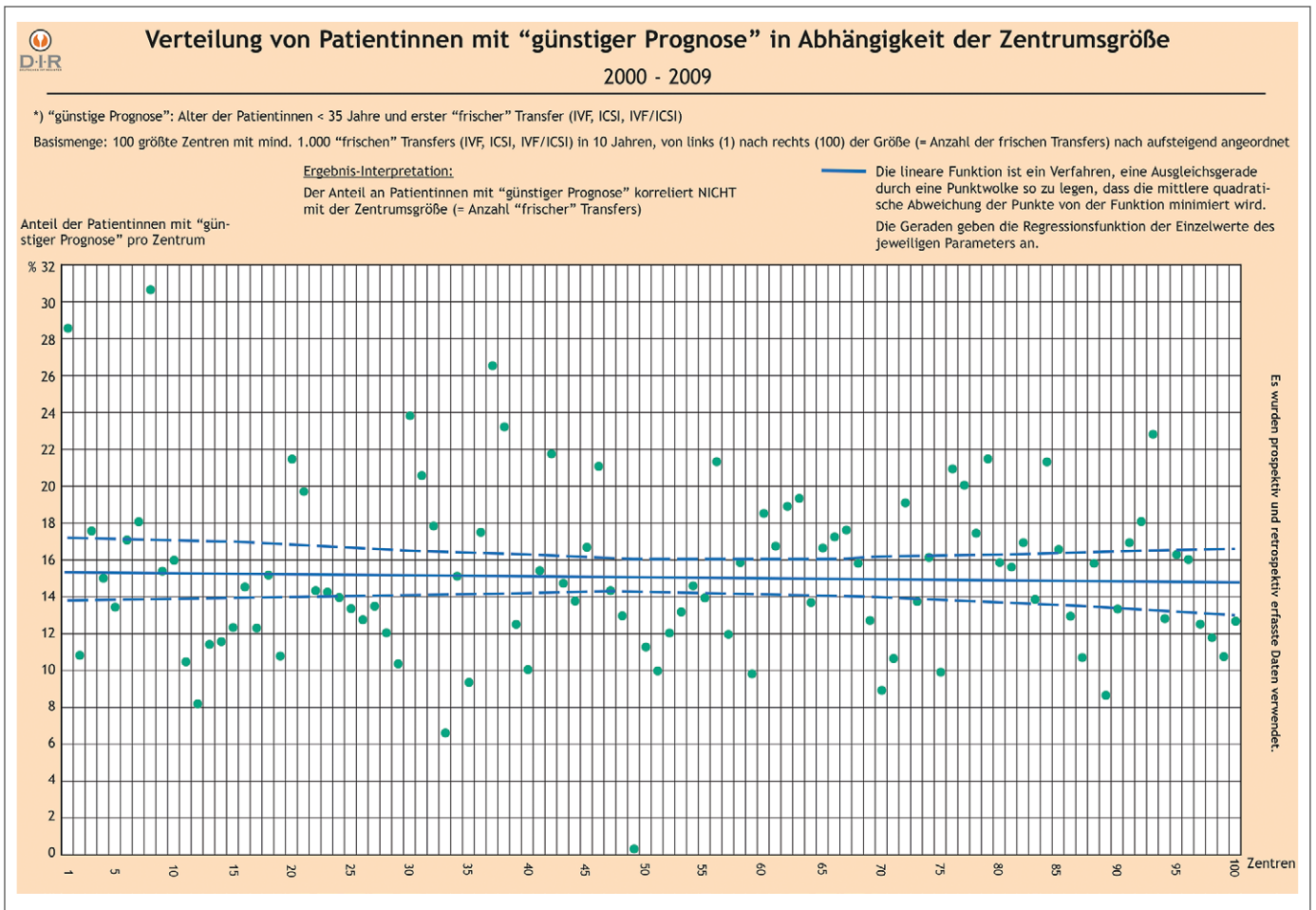


Abbildung 4: Verteilung der Patientinnen mit günstiger Prognose in Abhängigkeit der Zentrumsgröße 2000–2009. Aus [D·I·R-Jahrbuch 2009]. Nachdruck mit Genehmigung des D·I·R.

- 1. IVF- oder ICSI-Zyklus,
- nur ejakulierte Spermien,
- Analysezeitraum 2018 und 2019,
- keine PKD und keine PID.

Die ersten Ergebnisse werden aktuell zusammengestellt, sind aber noch nicht veröffentlicht. Durch diese wenigen Beispiele wird deutlich, dass das Anliegen einer fairen Vergleichbarkeit schon lange existiert und auf unterschiedlichen Ebenen nicht nur national, sondern auch europäisch, beziehungsweise auf internationaler Ebene Interesse findet.

In Deutschland wird nun versucht, mit der „idealen Patientin“ zunächst eine Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene zu schaffen. Dies setzt natürlich eine Bereitschaft voraus, auch über „unangenehme“ Ergebnisse zu diskutieren. Jeder in der Reproduktionsmedizin aktive Arzt, jede in der Reproduktionsmedizin aktive Ärztin ist sich der Tatsache bewusst, dass die Ergebnisqualität, durch unterschiedlichste Faktoren bedingt, sehr variieren kann. Wie ehrlich eine solche Diskussion nach Etablierung einer standardisierten

vereinheitlichten Vergleichssituation bezüglich des betreuten Patientenkollektivs geführt wird, wird die Zukunft zeigen.

Tatsache bleibt jedoch, dass im Qualitätssicherungssystem der Ärztekammern dieses Modell bereits fest etabliert ist. Das spricht dafür, dass auch das Deutsche IVF-Register eine solche Analyse nutzen sollte.

Und tatsächlich hat das D·I·R Ende August 2022 erstmals an alle deutschen, im D·I·R vertretenen Zentren eine Analyse auf Basis der Standardauswertung „D·I·R Zentrumsprofil im nationalen Vergleich“ versendet und eine 25-seitige Auswertung für die letzten vier Jahre (2018–2021) erstellt, die nur Behandlungszyklen und deren Ausgang bei der „idealen Patientin“ beinhaltet (Abb. 5). Sie trägt dazu bei, dass das oft sehr heterogene Patientengut der Zentren, das im Grunde genommen keine valide Vergleichbarkeit zulässt, numerisch reduziert wird. Dies ermöglicht es den einzelnen Zentren, anhand der jeweiligen Positionen im nationalen Ranking gemäß den entsprechen-

den Perzentilen Verbesserungspotentiale als notwendig zu detektieren und dann die Diskussionen im eigenen Zentrum zu beginnen, sofern dazu die Bereitschaft und Notwendigkeit bestehen.

■ Relevanz für die Praxis

Anders als vor allem im angelsächsischen Ausland steckt die Vergleichbarkeit der Erfolgsraten deutscher Kinderwunschzentren noch in den Anfängen. Das D·I·R ist beginnend im letzten Jahr und fortschreitend im laufenden Jahr bemüht, mit Auswertungen zur „idealen Patientin“ ein Benchmarking zu etablieren, das weiterhin anonym bleiben soll, aber den einzelnen Zentren durch Mitteilung der entsprechenden Perzentilenbereiche Handwerkszeug zur Verbesserung der Qualität liefert.

Für deutsche Kinderwunschzentren birgt die Analyse der „idealen Patientin“ – im Vergleich zum sonst häufig heterogenen Patientengut nach Region – die Chance zu erkennen, ob statistisch negative

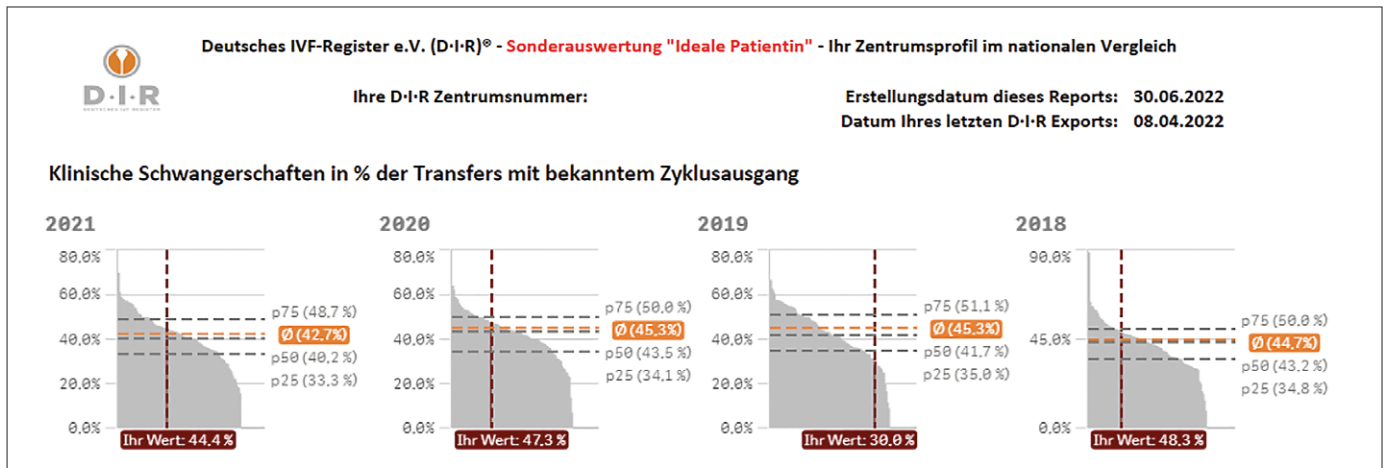


Abbildung 5: Sonderauswertung ideale Patientin im nationalen Bereich. Aus [D-I-R – Sonderauswertung 2022]. Nachdruck mit Genehmigung des D-I-R.

wie auch positive Abweichungen zum mittleren Erfolgswert deutscher Kinderwunschzentren bestehen.

Hier ergeben sich somit Möglichkeiten der Adjustierung bei deutlichen Abweichungen der Erfolgszahlen nach unten. Prinzipiell wird es aber schwierig sein, bei einer anonymen Auswertung zu erfahren, welche Zentren beispielsweise überdurchschnittliche gute Erfolgszahlen bei der „idealen Patientin“ aufweisen. Somit ist die Kontaktaufnahme eines Zentrums mit durchschnittlich schlechten Schwangerschaftsraten bei der „idealen Patientin“ mit einem Zentrum mit überdurchschnittlich hohen Zahlen in der Praxis schwer umsetzbar. Durch die relativ kleine reproduktionsmedizinische „Szene“ in unserem Land wird dies auf „dem kleinen Dienstweg“ aber vielleicht doch möglich sein.

Für die Zukunft wünschenswert wären in diesem Bereich Auswertungen der Mehrlingsraten bei der „idealen Patientin“, denn nicht nur die Schwangerschaftsraten an sich, sondern auch die wünschenswert niedrigen Mehrlingsraten sind zunehmend ein Prädiktor für sehr gute Qualität.

■ Interessenkonflikt

M. S. Kupka ist ehem. Vorstand des Deutschen IVF-Registers D-I-R, Kuratoriumsmitglied des Deutschen IVF-Registers, „past chairman“ des Europäischen IVF-Registers EIM, „special advisor“ des Europäischen IVF-Registers EIM und

■ Fazit

- Die Vergleichbarkeit deutscher Kinderwunschzentrum hinsichtlich Erfolgsraten ist für den Laien schwierig.
- Die statistische Analyse bei der „idealen Patientin“ versucht, diesem Umstand Rechnung zu tragen.
- Im Vergleich zum Ausland hinkt Deutschland hinsichtlich Transparenz der Ergebnisse reproduktionsmedizinischer Behandlungen insgesamt noch hinterher.

Reginalvertreter im Welt-IVF-Register ICMART.

Er erhält in unregelmäßigen Abständen Honorare für Vortragstätigkeiten, Mitarbeit an Advisory Boards und/oder wissenschaftlichen Arbeiten sowie Reisekostenunterstützungen von den Firmen Ferring, Merck, Gedeon Richter und Theramex.

S. Tauchert ist seit 2019 Mitglied des Kuratoriums des Deutschen IVF-Registers und erhält in unregelmäßigen Abständen Honorare für Vortragstätigkeiten, Mitarbeit an Advisory Boards und/oder wissenschaftlichen Arbeiten sowie Reisekostenunterstützungen von den Firmen Ferring, Gedeon Richter, Merck und Theramex.

Literatur:

1. D-I-R Jahrbuch 2021. J Reproduktionsmed Endokrinol 2022 (SH 4): 1–60.
2. Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz ESchG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 1990, Teil 1.
3. SART. Society for assisted reproductive technologies. Policy of advertising by ART programs 2015. <https://www.sart.org> (zuletzt gesehen: 30.01.2023)
4. Human Fertilisation and Embryology Authority Code of Practice. 9th ed., 2022. <https://www.hfea.gov.uk> (zuletzt gesehen: 30.01.2023).

5. Heilmittelwerbegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2022 (BGBl. I S. 1082) geändert.
6. Kadi S, Wiesing U. Informed decisions? The online presentation of success and failure of IVF and related methods on German IVF centre websites. Geburtshilfe Frauenheilkd 2015; 75: 1258–63.
7. Marcus HJ, Marcus DM, Marcus SF. How do infertile couples choose their IVF centers? An internet-based survey. Fertil Steril 2005; 83: 779–81.
8. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Werbung und Informationstechnologie: Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes. Dtsch Arztebl 2010; 107: 2063–8.
9. Lintsen AME, Braat DDM, Habbema JDF, et al. Can differences in IVF success rates between centres be explained by patient characteristics and sample size? Hum Reprod 2010; 25: 110–7.
10. Nelson SM, Klein BM, Arce JM, et al. Comparison of antimüllerian hormone levels and antral follicle count as predictor of ovarian response to controlled ovarian stimulation in good-prognosis patients at individual fertility clinics in two multicenter trials. Fertil Steril 2015; 103: 923–30.
11. Wong KM, van Wely M, Verhoeve HR, et al. Transfer of fresh or frozen embryos: a randomised controlled trial. Hum Reprod 2022; 36: 998–1006.
12. ESHRE Special Interest Group of Embryology and Alpha Scientists in Reproductive Medicine. The Vienna consensus: report of an expert meeting on the development of art laboratory performance indicators. Reprod Biomed Open 2017; 35: 494–510.
13. Kupka M. IVF-ICSI- und Kryozyklen in den 16 Bundesländern im Zeitraum von 2002–2006. Vortrag im Rahmen des XXII. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren sowie Jubiläums-Jahrestagung der DGRM, 13.–15. November 2008, Frankfurt a. M.
14. Pörksen S. Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin – Verbesserung der Patientenversorgung. In: Kupka M.S. (Hrsg.) Reproduktionsmedizin. Zahlen und Fakten für die Beratung. Urban & Fischer in Elsevier, München, 2021; 7–12.