

Bericht über die **Arbeitstagung 16.- 18. Oktober 2020 in Weimar der**

AG Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (ÄRE) in der DGRM

Unsere traditionelle Arbeitstagung in Weimar mussten wir in diesem Frühjahr wegen der Covid-Pandemie absagen. Glücklicherweise konnten wir unser Treffen noch vor der zweiten Infektionswelle durchführen. Wir verlegten aber wegen steigender Infektionszahlen kurzfristig unsere Veranstaltung noch in den größeren Tagungsraum im Palais Schardt. Die Besichtigung des neuen Bauhaus-Museums bildete den kulturellen Abschluss unseres Treffens. Es war eine gelungene spannende und inspirierende Arbeitstagung mit vielen neuen Denkanstößen für unsere klinische Arbeit und berufspolitische Aktivitäten. Frau Priv.-Doz. Dr. Dolores **Foth** berichtete über die herausragende Bedeutung der Kryokonservierung von befruchteten Eizellen und die effektiven Möglichkeiten zur Endometriumvorbereitung für den Embryotransfer, Frau Anne **Meier-Credner** stellte die Samenspende aus der Perspektive eines Spenderkindes und Frau **Bleichrodt** als Psychologin und Geschäftsführerin einer Kryobank dar. Obwohl über 70% der Kinderwunschbehandlungen in unserem Land durch Ärztinnen erfolgen, werden die Diskussionen um die aktuellen wichtigen und drängenden offenen Fragen in der Fortpflanzungsmedizin sowohl in den Gremien als auch in der Öffentlichkeit ohne uns Reproduktionsmedizinerinnen geführt. Hierzu stellte uns Frau Dr. **Groß** als Präsidentin des Dt. Ärztinnenbundes die Datenlage vor. Das wollen wir endlich ändern und uns über die Mitarbeit in den Gremien und in den Frauennetzwerken engagieren und unsere Teilhabe einfordern. Unser nächstes Arbeitstreffen in Weimar haben wir bereits geplant: 12. Juni 2021.

Frau Priv.-Doz. Dr. Dolores **Foth**, MVZ PAN Institut GmbH, Köln

Die Kryo-Auftaubehandlung – Spontanzyklus, stimulierter Zyklus oder besser artifizierter Zyklus? Impulsvortrag mit Diskussion

Die Bedeutung der Kryokonservierung im Rahmen der ART nimmt kontinuierlich zu. Im Jahr 2017 lag der Anteil an Kryozyklen in Deutschland nach DIR bei 32,5 %. Bei 51,5 % der 2018 durchgeführten IVF/ICSI-Therapien wurde eine Kryokonservierung durchgeführt (n = 27.621). Die Anzahl der Geburten aus Auftauzyklen betrug in Deutschland 2017 4808, das entspricht 27,3 % der Geburten nach ART. Die Zahlen verdeutlichen die hohe Relevanz der Kryokonservierung im Rahmen der ART.

Der Transfer muss im “window of implantation” erfolgen. Das Zeitfenster für die Implantation wird im natürlichen Zyklus durch den LH-Anstieg definiert und beginnt am dritten oder vierten Tag nach der Ovulation. Medikamentös kann das Zeitfenster durch Ovulationsinduktion oder Progesterongabe festgelegt werden.

- Es werden drei Varianten der Vorbereitung des Kryotransfers unterschieden: true natural cycle frozen embryo transfer (tNC-FET)
- modified natural cycle frozen embryo transfer (mNC-FET)
- artificial cycle frozen embryo transfer (AC-FET)

Voraussetzung für den Transfer im natürlichen Zyklus ist das Vorhandensein eines regulären ovulatorischen Zyklus. Bei Patientinnen mit Oligo- und Amenorrhoe erfolgt der Kryotransfer im Substitutionszyklus.

Im natürlichen Zyklus wird der LH-Anstieg durch Blut- oder Urin-Tests festgestellt und der Transfertag festgelegt (tNC-FET).

Im mNC- FET erfolgt das Ultraschallmonitoring in der späten Follikelphase. Bei Nachweis eines dominanten Follikels von 16 – 20 mm wird die Ovulation mit hCG induziert und der Transfers terminiert. Vorliegende Studien lassen offen, ob ein Lutealphasensupport im natürlichen Zyklus die Schwangerschaftschance erhöht.

Im artifizierten oder Substitutionszyklus (AC-FET) wird Estradiol oder Estradiolvalerat ab Zyklusanfang substituiert. Die eingesetzten Dosierungen variieren von 4 bis 12 mg oral/Tag.

Nach Ultraschallkontrolle des Endometriums erfolgt die Zugabe von Progesteron und Planung des Transfers. Mit Start der Progesterongabe wird der Transfertag festgelegt. Der Substitutionszyklus ermöglicht eine flexible Planung des Transfers bei reduziertem Monitoringaufwand. Die Estrogen- und Progesterongabe müssen jedoch bis zur 12. SSW fortgesetzt werden. Die Estrogengabe kann oral oder transdermal erfolgen. Die Estrogenvorbereitung erfolgt über durchschnittlich 12 – 14 Tage. Es gibt aktuell keinen Konsensus zur notwendigen minimalen Dauer der Estrogengabe und zur optimalen Dauer der Progesterongabe vor Transfer. Meist erfolgt der Transfer nach > 5 Tagen der Progesteronsupplementation. Die Applikationsart von Progesteron hat keinen Einfluss auf die Schwangerschaftsrate; bevorzugt wird die vaginale Anwendung eingesetzt.

Eine Endometriumdicke von mindestens 7 mm im mNC-FET am Tag der hCG-Gabe bzw. eine Endometriumdicke > 8 – 9 mm im substituierten Zyklus am Ende der Estrogenphase sind mit einer guten Schwangerschaftschance assoziiert.

Ghobara et al. fassen im Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 zusammen: Es gibt keine Evidenz, um eine Variante der Vorbereitung für den Kryotransfer bei Frauen mit regulärem Zyklus in Bezug auf die Schwangerschaftschance zu bevorzugen. Auch eine Metaanalyse 2018 (Groenewoud) bestätigt gleiche Schwangerschaftschancen für NC- FET und AC-FET.

Nach aktuellen Untersuchungen besteht in Schwangerschaften nach Substitutionszyklen jedoch ein erhöhtes Risiko für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. Als ursächlich wird das Fehlen des Corpus luteum im programmierten Zyklus angesehen, da das Corpus luteum auch vasoaktive Substanzen wie Relaxin and Vascular Endothelial Growth Factor produziert (Singh 2020). Bei Frauen mit regulärem Zyklus und insbesondere bei vorausgehenden hypertensiven Erkrankungen muss dieser Aspekt berücksichtigt werden. (Literatur auf Anfrage)

Anne Meier-Credner, Mitgründerin Verein Spenderkinder, Berlin
Kinderwunsch – ein Perspektivwechsel zu den entstandenen Menschen

Durch Kinderwunsch entstandene Menschen wachsen zu Menschen mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen heran. Der im Jahr 2009 gegründete Verein Spenderkinder repräsentiert die Sicht der entstandenen Menschen auf „Samenspende“ und andere Formen der Familiengründung mit Samen oder Eizellen einer dritten Person wie „Eizellspende“, Embryonenadoption und „Leihmutterchaft“ (im Folgenden: Keimzellvermittlung). Er informiert über psychologische Herausforderungen, ethische Fragestellungen, die rechtliche Situation und politische Forderungen. Alle Mitglieder lehnen anonyme Keimzellvermittlung ab und möchten ihren genetischen Vater und/oder Halbgeschwister finden.

Aufgabe einer verantwortungsvollen Reproduktionsmedizin ist es, die Würde und Rechte des entstehenden Kindes zu respektieren. Dieser Verantwortung kam sie in der Vergangenheit nicht nach. Der Deutsche Ärztetag wies bereits 1970 darauf hin, dass Spenderkinder ein Recht auf Kenntnis ihres leiblichen Vaters haben. Dennoch sicherten Reproduktionsmediziner jahrzehntelang Anonymität zu. Mehrere Ärzte befruchteten Patientinnen mit ihrem eigenen Sperma. Spenderkinder haben meist große Schwierigkeiten zu erfahren, wer ihr genetischer Vater ist.

Aus psychosozialer Sicht besteht Einigkeit, dass Spenderkinder im Wissen um ihre Herkunft aufwachsen sollten. Ärzt*innen sollten Eltern bei Keimzellvermittlung eindringlich darauf hinweisen, dass das Kind über seine Abstammung aufgeklärt werden muss und dies am besten früh geschieht. Genetische Elternteile sollten von vornherein klar auf die Kontaktaufnahme vorbereitet werden.

Über 80 % der aufgeklärten Spenderkinder möchten ihren genetischen Vater kennenlernen. Sie möchten nicht nur einen Namen wissen, sondern nehmen ihn als Person wahr. Wenn das Kind Kontakt aufnimmt, ist es potenziell verletzend für das Kind, wenn der genetische Vater nicht am Kind als Person interessiert ist. Im Sinne des Kindes sollten nur solche

Männer genetische Väter werden, die sich auch für die entstehenden Menschen interessieren.

Die Familiengründung mit fremden Keimzellen beinhaltet lebenslange psychologische Herausforderungen. Während genetische Verbindungen unauflösbar sind, kann nicht bestimmt werden, wie sich soziale Beziehungen entwickeln. Der soziale Elternteil ist darauf angewiesen, dass das Kind ihn als Elternteil anerkennt. Das Kind spürt, dass sich die Wunscheltern wünschen, dass es auch den nicht-genetischen Elternteil emotional vollständig annimmt. Es kann seine Gefühle aber nicht beeinflussen. Dadurch kann sich das Kind zwischen seinen eigenen Bedürfnissen und denen seiner Eltern hin- und hergerissen fühlen. Auch viele früh-aufgeklärte Spenderkinder verheimlichen ihr Interesse am genetischen Vater, insbesondere gegenüber dem sozialen Vater. Von Spenderkindern wird viel Verständnis für andere erwartet. Das bedeutet erheblichen sozialen Druck. Manche entdecken ihr Interesse erst als Erwachsene, wenn sie sich von ihren Eltern abgegrenzt haben oder selbst eine Familie gründen.

Spenderkinder stehen vor der Aufgabe, alle Beteiligten in ihr Familienmodell zu integrieren. Dabei helfen Bezeichnungen wie *genetischer Vater*, *Samenvermittlung* und *Befruchtung* bzw. *Familiengründung zu dritt* – statt depersonifizierender und beschönigender Begriffe wie Spender, Spende und Behandlung. Durch die Verwendung fremder Keimzellen wird die Unfruchtbarkeit des Partners nicht geheilt. Lesbische oder alleinstehende Frauen sind üblicherweise nicht unfruchtbar. Diese Form der Kinderwunscherfüllung ist eine besondere Form der Familiengründung – meistens zu dritt.

Die Zuschreibung *Wunschkind* ist fragwürdig: Bei Keimzellvermittlung hat das Kind einen genetischen Elternteil, von dem es nicht erwünscht ist. Die Wunscheltern wünschten sich außerdem ein Kind ohne die Involvierung einer dritten Person. Der Anteil des genetischen Vaters im Kind kann bei den Eltern ambivalente Gefühle auslösen. Ein Kind ist nicht dafür da, seinen Eltern ihren Wunsch zu erfüllen.

Die entstehenden Menschen möchten als mündige Subjekte wahrgenommen werden, auch von ihren genetischen Elternteilen. Sie möchten nicht unwiderruflich den Menschen rechtlich zugeordnet werden, die sich ein Kind wünschten. Viele möchten die Möglichkeit zu einer persönlichen Beziehung mit ihren genetischen Eltern haben.

Die Reproduktionsmedizin kann Verantwortung übernehmen und Spenderkinder bei ihrer Suche unterstützen, z. B. mit einer großangelegten Plakataktion, Anzeigen in Zeitschriften, Plakaten in Arztpraxen etc., die ehemalige „Samenspender“ dazu aufrufen, sich zu melden.

Dipl.-Psych. Constanze **Bleichrodt**, CRYOBANK MÜNCHEN
Samenspende aus Sicht einer Samenbank

Die Samenbank ist das Bindeglied zwischen dem Samenspender und den Wunscheltern. Außerdem ist sie in allen Fällen, insbesondere vor Inkrafttreten des SaRegG im Juli 2018 zudem auch Anlaufstelle für auskunftssuchende, erwachsene Spenderkinder.

Diese Position als Bindeglied gilt es zu nutzen – vor allem durch die persönliche Beratung. Das zumindest findet Frau Dipl.-Psych. Constanze Bleichrodt, selbständig in eigener psychologischer Praxis tätig und Geschäftsführerin der Cryobank München.

Und so war Ziel ihres Vortrags das Vorgehen einer Samenbank vorzustellen, welches vor allem auf persönlicher Beratung und Begleitung basiert. Dies gilt sowohl für das hier verpflichtende Aufklärungsgespräch der Patienten vor dem Erhalt einer Samenspende, aber auch für die personalisierte und persönliche Spenderauswahl durch die Samenbank. Und natürlich auch für die Beratung der Spender und den Kontakt mit Spenderkindern.

Wenn vor dem Verschicken einer Samenprobe an ein Kinderwunschzentrum ein persönliches Gespräch des Wunschelternpaares mit der Samenbank Voraussetzung ist, dann bietet sich hierbei ganz niederschwellig die Möglichkeit wichtige Themen und typische Fragen der Wunscheltern im Vorfeld der Familiengründung mittels Spendersamen anzusprechen und mögliche Ängste und Unsicherheiten abzubauen.

Hier bringen Wunschelternpaare, die schon lange ihren Herzenswunsch nach einem Kind verfolgen, selbstverständlich ganz andere Themen mit als Frauenpaare, die gemeinsam eine Familie gründen wollen. Und bei Singles gilt es zudem wieder ganz andere Themen zu besprechen, wie z.B. finanzielle Absicherung, ein gutes Netzwerk, Unterstützung oder auch männliche Bezugspersonen.

Für alle gleich stellt sich jedoch die Frage, was das denn eigentlich für Männer sind, die ihren Samen spenden, welche Motive sie verfolgen und wer letztlich über die Aufnahme eines Spenders entscheidet. Über die zahlreichen Motive von Spendern aufzuklären, den genauen Spendenablauf zu erläutern und welche Voraussetzungen aller Art er erfüllen muss, schafft Transparenz und kann die Angst vor dem Fremden verringern.

Außerdem dient das persönliche Erstgespräch dazu genau zu besprechen, nach welchen Kriterien die Samenbank einen Spender für ein Paar aussucht, welche Möglichkeiten es gibt mitzuentcheiden und welche Infos zum Spender letztlich zugänglich sind.

Die Person zu kennen, die den Spender für eine Familie auswählt, und zu wissen, dass sie sowohl das Paar als auch den Spender persönlich kennt, schafft Vertrauen und Entlastung; und das ist für manche Paare in diesem ohnehin nicht immer leichten Prozess unerlässlich.

Andere Paare bestellen jedoch lieber im Internet aus großen Katalogen, bedeutet die Tatsache selbst entscheiden zu können für sie Kontrolle und Sicherheit.

Ein persönliches Gespräch über die Erkenntnisse der Epigenetik und die Bedeutung von Prägung und sozialer Elternschaft sind weiterhin fester Bestandteil des Erstgesprächs. Wesentlich ist hierbei auch die Frage nach dem Umgang mit dem Thema Samenspende, vor allem dem Kind gegenüber. Eine frühe Aufklärung wird hier nicht nur empfohlen, sondern anhand von konkreten Situationen, Materialien oder Formulierungen anschaulich und greifbar.

Als Bindeglied zwischen Spender, Eltern und Kindern von Erfahrungen anderer Wunscheltern niederschwellig berichten zu können, vermittelt das Gefühl nicht allein zu sein und stärkt meist das Zutrauen in diese besondere Form der Familiengründung.

Da Frau Bleichrodt die Spender persönlich kennt, berät und auswählt, aber auch regelmäßig nach Geburt eines Kindes noch mit den Familien Kontakt hat, kann sie den Bogen vom Spender zum Kind gut spannen und dieses oft sehr emotionale Thema anschaulicher und begreifbarer machen.

Im Vortrag ging es außerdem noch um bisherige Erfahrungen mit auskunftssuchenden Kindern, gilt es hier doch bestmöglich einen für Spender wie Kind zufriedenstellenden Kontakt zu vermitteln. Hier wird die weitere Erfahrung sicherlich noch zielführendere Wege aufzeigen.

Außerdem war Exklusivspende ein Thema, also die Spende eines den Wunscheltern bekannten Spenders, und welche Besonderheiten diese Form der Spende mit sich bringt. Und wie bedeutsam auch hier aufgrund eines noch komplexeren Familienkonstruktes die Beratung aller Beteiligten im Vorfeld ist – besonders im Hinblick auf das spätere Kind.

Dr. med. Christiane **Groß**, M.A.

Seilschaften gegen die Dominanz der Männer in der (Reproduktions)-Medizin - Vernetzung von Frauen und Frauenverbänden

Seit 50 Jahren hat sich der Anteil der Frauen im ärztlichen Beruf deutlich erhöht von ca. 20 auf inzwischen fast 50 Prozent. Der Anteil der Studentinnen liegt noch deutlich höher, weiter steigend. In Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Dermatologie und P-Fächern, haben Ärztinnen inzwischen die 50 Prozent weit überschritten. In Gynäkologie und Reproduktionsmedizin (RM) sind viele Parallelen. Die Ärztinnen sind mit 70 Prozent und mehr eindeutig in der Überzahl. Der prozentuale Anteil der niedergelassenen Ärztinnen in der RM wirkt beruhigend. Die Anteile der angestellten Ärztinnen und die Zahl der leitenden

Stellen sprechen eine deutlich andere Sprache: angestellten Fachärztinnen 80 Prozent, leitende Positionen 0 Prozent.

Dass Spitzenpositionen in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens weitgehend männlich besetzt sind, ist sichtbar in den Vorständen von KVen, KBV, ÄKen, BÄK und ärztlichen Verbänden. Nur langsam ändern sich die Zahlen, aber ohne Maßnahmen, wie beispielsweise eine Quote, dauert es noch mehrere Jahrzehnte, bis Parität einkehrt. Das hat der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) am Beispiel der Lehrstuhlinhaber*innen der Universitätskliniken gezeigt.

Der DÄB – Vorläufer 1924 gegründet- kümmert sich, als einer der ältesten ärztlichen Verbände überhaupt, damals wie heute um die beruflichen Belange der Ärztinnen. Es ist erschütternd, dass nach 100 Jahren immer noch die vollständige Gleichberechtigung von Ärztinnen nicht erreicht ist.

Frauenverbände haben das Bewusstsein verändert, aus dem ursprünglichen eher harten Feminismus ist ein differenzierter Feminismus geworden, unterstützt von Gleichgesinnten, aber auch Männern, männlichen Feministen, jungen Vätern, die Privatleben schätzen, und Vätern von erwachsenen Töchtern, die erkannt haben, dass es tatsächlich Unterschiede gibt bei den Karrierechancen. Ohne Netzwerke, ohne Sensibilisierungsarbeit wäre das bis heute noch nicht sichtbar. Veränderungen laufen über gemeinsame Kommunikationen, über Vernetzungen innerhalb der Verbände, auch über Verbandsgrenzen, Grenzen der Fachgrenzen und über Altersgrenzen hinweg. Die Zielrichtung ist: Parität!

Was kann ein kleiner Verband selbst tun, um Frauen adäquat in den Spitzengremien zu beteiligen? Auch wenn alle, die sich neben dem täglichen Beruf noch engagieren, wissen, dass es kein Amt ohne zusätzlichen Einsatz gibt, heißt es, Frauen zu motivieren und mitzunehmen. In den meisten der Gremien gelten immer noch männliche Regeln. Änderungen kommen, wenn Frauen sich einmischen. Bekannt ist, dass gemischte Teams erfolgreicher sind. Das ist der qualitative Einstieg! Und seien Sie selbst Rollenmodelle! Sie haben es geschafft, sind aktiv in Fachgesellschaften und Verbänden. Unterstützen Sie sich gegenseitig! Seien Sie aufmerksam und informieren Sie sich! Und vor allem: Warten Sie nicht, dass man Ihnen ein Amt auf dem Silbertablett serviert! Sie müssen bereit sein, dafür zu kämpfen. Machen Sie sich bemerkbar, werden Sie laut und fordern Sie die Teilhabe ein! Dazu benötigen Sie Mitstreiterinnen, Verbündete. Suchen Sie sich Mentorinnen, bzw. stellen Sie sich als Mentorin zur Verfügung! Sie müssen aber auch bereit sein, frustriert zu werden und mit – manchmal auch sehr - kleinen Schritten zufrieden zu sein. Sie müssen bereit sein, neben Beruf und Familie zusätzlich Zeit und Energie einzubringen. Und machen Sie sich immer wieder klar, das tun die Männer auch, zahlen aber manchmal einen hohen Preis, wenn ihnen aus Familiensicht „der Rücken freigehalten“ wird. Wir Frauen wollen teilhaben sowohl an unseren Familien als auch an der Gremienarbeit. Durch mehr Frauen wird sich auch die Sitzungskultur ändern. Damit ebnen wir wiederum den Weg für jüngere Kolleginnen und Kollegen, hin zur gesunden Durchmischung von Geschlechtern und Alterskohorten.

Ich möchte schließen mit dem Hinweis: Gerade wenn sich in einem Fachbereich schon weit über 50 Prozent Ärztinnen finden, dann haben Sie unbedingt das Recht paritätisch im Vorstand und in den Gremien vertreten zu sein. Fordern Sie es ein!