

# Wie können universitäre Zentren erfolgreich sein?

Andreas Schüring, Jan-Steffen Krüssel, Christian Thaler für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Universitärer Reproduktionsmedizinischer Zentren (URZ) in der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM)

**Die Arbeitsgemeinschaft Universitärer Reproduktionsmedizinischer Zentren (URZ) in der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) hat in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) neue Perspektiven für die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin entwickelt. Die Stellungnahme, die auf Basis eines nationalen Arbeitstreffens in Berlin 2011 entwickelt wurde, wird hier vorgestellt.**

Obwohl Deutschland weltweit zu den Ländern mit der größten Anzahl an reproduktionsmedizinischen Behandlungen zählt, werden aktuell nur 10% der IVF-/ICSI-Behandlungen in universitären Zentren durchgeführt. Auf Initiative des URZ-Vorsitzenden Prof. Christian Thaler, des DGRM-Vorsitzenden Prof. Jan-Steffen Krüssel und des Präsidenten der DGGG, Prof. Klaus Friese, trafen sich Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Universitärer Reproduktionsmedizinischer Zentren (URZ) im Mai vergangenen Jahres zu einem Workshop in der Geschäftsstelle der DGGG in Berlin. Die DGGEF war durch deren Vorstandsmitglied Prof. Thomas Strowitzki eingebunden. Ziel war die Entwicklung einer Strategie zur Stärkung der universitären Zentren für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin vor dem Hintergrund eines massiven Verlustes an Stellen und Fachkompetenz. Basierend auf den Ergebnissen einer URZ-Online-Umfrage und -Bestandsaufnahme sowie Berichten aus einzelnen universitären Zentren wurde gemeinsam ein Konzept entwickelt, wie die universitäre Reproduktionsmedizin und Endokrinologie in Zukunft erfolgreicher sein kann.

Dieser Bericht fasst die wichtigsten Ergebnisse des Workshops zusammen und formuliert eine Stellungnahme mit konkreten Empfehlungen zur Stärkung der universitären Reproduktionsmedizin. In der Zwischenzeit sind weitere Fortschritte erreicht worden: Die genannten Ziele wurden auf einer DGGG-Vorstandssitzung im

März 2012 bekräftigt und unterstützt. Die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wird zukünftig mit dem URZ und der DGRM in der DGGG fest verankert sein. Dies ist ein erster, konkreter Schritt, um unserem Schwerpunkt seine ursprüngliche Bedeutung als eine wesentliche, gleichwertige Säule der Gynäkologie zurückzugeben.

## Ausgangssituation

In einer dem Workshop vorausgegangen URZ-Befragung wird das Ausmaß des Bedeutungsverlustes der universitären Reproduktionsmedizin deutlich. Ein Drittel der 36 universitären Zentren gibt an, keine nennenswerten klinischen oder wissenschaftlichen Aktivitäten im Bereich mehr auszuüben. Lediglich neun universitäre Zentren weisen eine be-

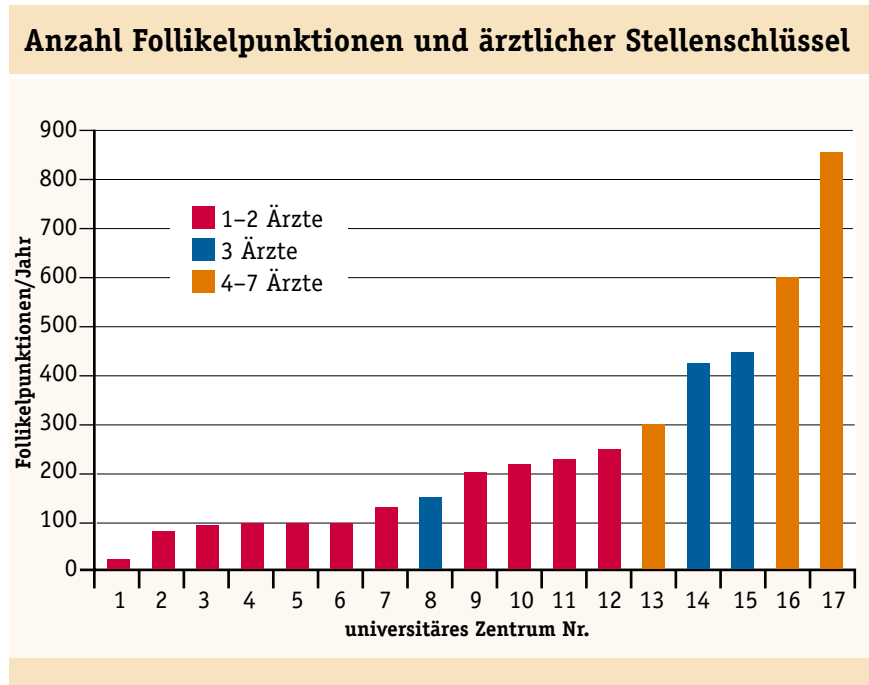


Abb. 1: Nur fünf universitäre Zentren weisen mehr als 300 Follikelpunktionen pro Jahr auf. Diese verfügen sämtlich über eigene reproduktionsmedizinische Abteilungen oder Arbeitsbereiche mit entsprechender Personal- und/oder Budgetverantwortlichkeit.

sondere Struktur auf, die einer Abteilung bzw. einer vergleichbaren Struktur oder einem MVZ entspricht. Die übrigen Zentren stellen eher unscharf definierte Funktionsbereiche oder Arbeitsgemeinschaften ohne feste Struktur und Aktivitätsmuster

dar, die zum Teil personell und räumlich unzureichend organisiert sind und teilweise sogar eine vorschriftwidrige Anwesenheit des Personals nach dem Nachtdienst erfordern, um die terminierten Follikelpunktionen oder Embryotransfers zu ermöglichen.

Die Kenngröße der jährlichen Follikelpunktionen liegt bei den universitären Zentren meist zwischen 50 und 250 Punktionen. Nur fünf universitäre Zentren weisen mehr als 300 Follikelpunktionen auf, im Vergleich zu einem Durchschnittswert aller deutschen IVF-Zentren von über 400 Punktionen. Bemerkenswerterweise verfügen die fünf universitären Zentren mit über 300 Punktionen über eigene Abteilungen oder Arbeitsbereiche mit entsprechender Personal- und/oder Budgetverantwortlichkeit. Auch hatten alle Zentren über 300 Punktionen eine komplette oder zumindest teilweise Befreiung der ärztlichen Mitarbeiter aus den Diensten umgesetzt, um den besonderen Anforderungen der Kinderwunschpaare an eine kontinuierliche und fachkompetente Betreuung im Wettbewerb mit privaten Einrichtungen gerecht zu werden (s. Abb. 1-3).

Bezüglich der wirtschaftlichen Situation an den universitären Zentren ist die Einschätzung unterschiedlich. 21% geben eine positive Bilanz an, 47% schätzen die Bilanz als in etwa ausgeglichen ein. Immerhin 21% der Zentren haben keine klare Vorstellung von ihrer wirtschaftlichen Bilanz. Eine Steigerung der Leistungszahlen wird von der Mehrheit der Zentren gewünscht, auch da hierdurch bessere Verhandlungsmöglichkeiten gegenüber dem kaufmännischen Direktor und dem Klinikdirektor erreicht werden können.

Als Vorteile universitärer Einheiten werden in der URZ-Umfrage genannt:

- fachliche Kompetenz,
- differenzierte Indikationsstellung,
- individualisierte und
- eingehende Betreuung der Patienten.

Die Logistik und Struktur einer großen Universitätsfrauenklinik mit operativen und geburtshilflichen Abteilungen wird als weiterer Vorteil universitärer Zentren gesehen. Als Hauptnachteile werden an den betref-

## Anzahl Follikelpunktionen und Befreiung ärztlicher Mitarbeiter aus dem Nachtdienst

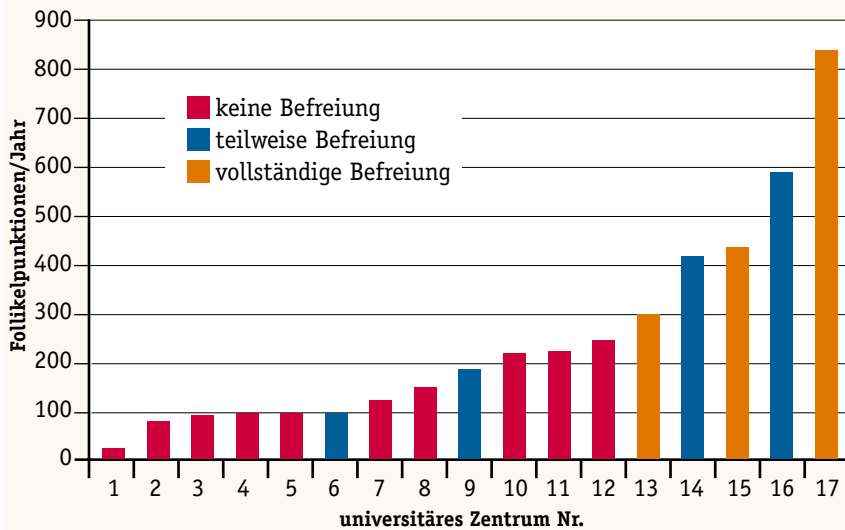


Abb. 2: In den Zentren ohne Befreiung der Mitarbeiter vom Nachtdienst finden nur relativ wenige Punktionen statt.

## Anzahl Follikelpunktionen und Organisationsform

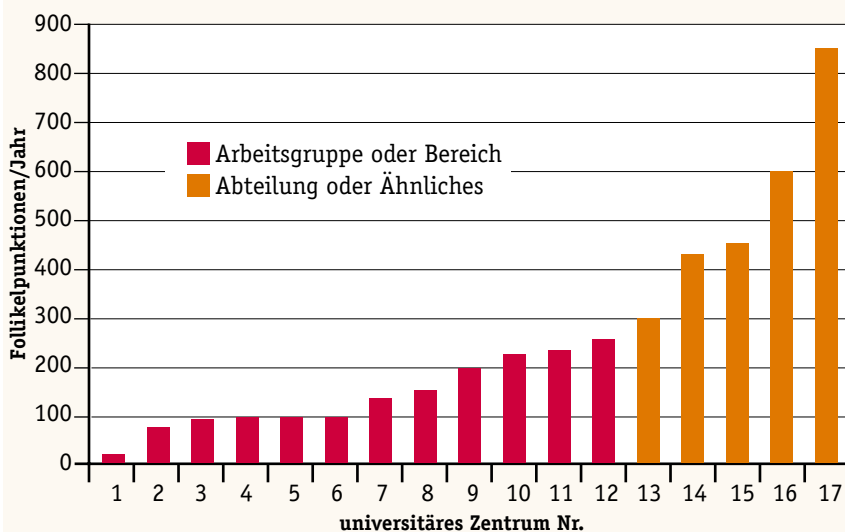


Abb. 3: Zentren mit der Organisationsform einer Abteilung weisen deutlich höhere Follikelpunktionenzahlen auf.

## Stellungnahme der URZ

### 1.

Der Schwerpunkt „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ stellt eine zentrale Säule innerhalb der Frauenheilkunde dar und soll fest mit ihr verankert bleiben. Eine Abtrennung der Reproduktionsmedizin von der gynäkologischen Endokrinologie oder ein eigener Facharzt für Reproduktionsmedizin ist derzeit nicht sinnvoll.

### 2.

Die Gründung eigenverantwortlicher Abteilungen und die Schaffung von Lehrstühlen für „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ an Universitätskliniken sind anzustreben. Sie stellen belastbare, definierte Strukturen dar und zeichnen sich aus durch einen habilitierten Leiter in Dauerstellung mit eigenem Personalschlüssel und Budgetverantwortlichkeit.

### 3.

Aufgrund der speziellen Situation einer Kinderwunschsprechstunde ist eine kontinuierliche und fachlich kompetente Betreuung erforderlich. Am besten gelingt dies durch eine möglichst komplette Nachtdienstbefreiung der ärztlichen Mitarbeiter und ihre feste, kontinuierliche Zuordnung zur Abteilung.

### 4.

Der ärztliche Stellenschlüssel einer Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sollte umfassen: einen Leiter mit vollständiger Weiterbildungsermächtigung für die gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, ein bis zwei Vertreter

des Leiters mit abgeschlossener Weiterbildung in der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sowie fest und kontinuierlich zugeordnete Rotationsassistentenärzte oder besser Rotationsfachärzte in Weiterbildung. Die Rotationsdauer sollte mindestens 18, besser 24 Monate betragen und nicht unterbrochen werden.

### 5.

Das embryologische Labor sollte geleitet werden von einem promovierten Naturwissenschaftler (Life Science) mit langjähriger Berufserfahrung. Zudem sollte der Stellenschlüssel einen Vertreter des Leiters umfassen und – abhängig von der Anzahl der durchgeführten Behandlungszyklen – mindestens eine(n) oder mehr MTA, deren Ausbildungsstand eine Teilnahme an den Wochenenddiensten erlaubt.

### 6.

Als Alleinstellungsmerkmal universitärer Zentren der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist der wissenschaftlichen Arbeit angemessener Raum zu gewähren. Ein Forschungsverbund zwischen den im URZ organisierten Abteilungen kann dabei hilfreich sein.

### 7.

Die universitären Zentren für gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin verpflichten sich zu evidenzbasierter, individualisierter Medizin und wissenschaftlicher Tätigkeit. Universitäre Mitarbeiter sollten in URZ und DGRM aktiv sein, um feste organisatorische Strukturen zu unterstützen und mit Leben zu füllen.

fenden Standorten das häufig wechselnde Personal sowie unflexible Öffnungszeiten gesehen. Übereinstimmend wird zur Optimierung der Situation der kontinuierliche Einsatz von reproduktionsmedizinisch spezialisierten Mitarbeitern als der wichtigste Faktor genannt.

Was für die schwierige Situation der universitären Reproduktionsmedizin gilt, wurde in der Diskussion mit den Teilnehmern des Workshops für die gynäkologische Endokrinologie noch deutlicher. In vielen universitären Zentren wird dieser wichtige Teilbereich der Frauenheilkunde nur noch durch eine rudimentäre Sprechstunde abgedeckt, der einige wenige Wochenstunden zugeteilt sind. Häufig muss aus gleichzeitig zugeordneten Funk-

tionen heraus (Stationsdienst, Kreißsaaldienst) im Sinne eines „Springers“ ein Patientenkollektiv mit zum Teil hochspeziellen, komplexen Krankheitsbildern mitversorgt werden.

Das wissenschaftliche Output der Zentren ist aus den Angaben der URZ-Umfrage eher heterogen und lässt keine differenzierten Schlüsse auf die einzelnen Einheiten zu. Allerdings zeigen die jährlichen Tagungen der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), dass die Anzahl der deutschen Beiträge (Poster und Vorträge) im europäischen Ländervergleich bestenfalls mittlere Plätze einnimmt.

Im Folgenden wurden beispielhaft die Situationen an verschiedenen

universitären Standorten erörtert, hier ergab sich ein heterogenes Bild. Das Spektrum der universitären Zentren reicht von aktuell nur noch kleinen Einheiten, deren ehemals funktionierende Strukturen demontiert und seither nicht wieder rekonstruiert wurden, bis zu eigenständigen Abteilungen und MVZ-Strukturen, deren Aktivitäten sich auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für die Frauenklinik bzw. das gesamte Universitätsklinikum deutlich positiv auswirken. Hier wurde als Beispiel die Universitätsfrauenklinik Düsseldorf angeführt, deren Kinderwunschzentrum UniKiD innerhalb kurzer Zeit durch personelle und bauliche Umgestaltung eine Steigerung der IVF-/ICSI-Behandlungszyklen von 100 auf über 800 pro Jahr erzielen konnte.

Das UniKiD stellt heute eine wichtige finanzielle Säule des Universitätsklinikums dar und ist gleichzeitig ein Türöffner für Leistungen der Andrologie, der Geburtshilfe und der Kinderklinik des Hauses. Über eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit des Zentrums ist es zudem gelungen, das Kinderwunschzentrum als positiven Imageträger für das Universitätsklinikum herauszustellen und überregional wirken zu lassen.

## Perspektiven und Ziele

In drei Arbeitsgruppen wurden Perspektiven für die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an deutschen Universitätskliniken erarbeitet. Im Vordergrund stand hierbei die Notwendigkeit eindeutig definierter, kontinuierlich gesicherter Strukturen. In diesem Sinne gilt als beispielhaft die eigenständige akademische Abteilung, die als selbstständige Einheit in die Frauenklinik integriert ist. Sie zeichnet sich durch eigenes Budget, Abrechnung über die Fallpauschale für ambulante Leistungen sowie eine Abrechnung über AOP für die IVF-/ICSI-Behandlungen aus. Alle Anwesenden waren sich einig, dass sich gynäkologische Endokrinologen und Reproduktionsmediziner als Frauenärzte definieren und eine zentrale Säule des vielseitigen Faches repräsentieren. In diesem Zusammenhang wurde bekräftigt, dass ein eigener Facharzt für Reproduktionsmedizin nicht sinnvoll ist und die Integration des Fachs in die Frauenheilkunde Bestand haben soll. Aufgrund der zentralen Bedeutung der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Krankenversorgung und klinischer Forschung muss das Fach an den Universitätskliniken angemessen vertreten sein.

Als zentral für den medizinischen, wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Erfolg einer universitären Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wurde ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung ge-

sehen. Verantwortung ohne Gestaltungsspielraum wurde abgelehnt. Wesentlich für den längerfristigen Verbleib im universitären Setting waren Aspekte eigener Gestaltungsmöglichkeiten, Planungssicherheit sowie eine transparente und leistungsgerechte Bezahlung. Um die aktuell limitierten Perspektiven für universitäre Führungskräfte zu verbessern, wurde immer wieder die Bereitstellung von Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Arbeit und Profilierung genannt. Vorrangig sind klare Karriereoptionen im Sinne einer Dauerstelle/ Professur am eigenen oder an einem anderen universitären Zentrum gefordert. Die Ergebnisse des Arbeitstreffens bildeten die Grundlage für die Stellungnahme des URZ (siehe S. 928).



### Für die Autoren

**Prof. Dr. med.  
Christian J. Thaler**

Vorsitzender der Deutschen  
Gesellschaft für Reproduktions-  
medizin

Leiter des Hormon- und Kinder-  
wunschzentrums

Klinik und Poliklinik für Frauen-  
heilkunde und Geburtshilfe der  
LMU München – Großhadern

81377 München

[www.kinderwunsch-  
uni-muenchen.de](http://www.kinderwunsch-uni-muenchen.de)