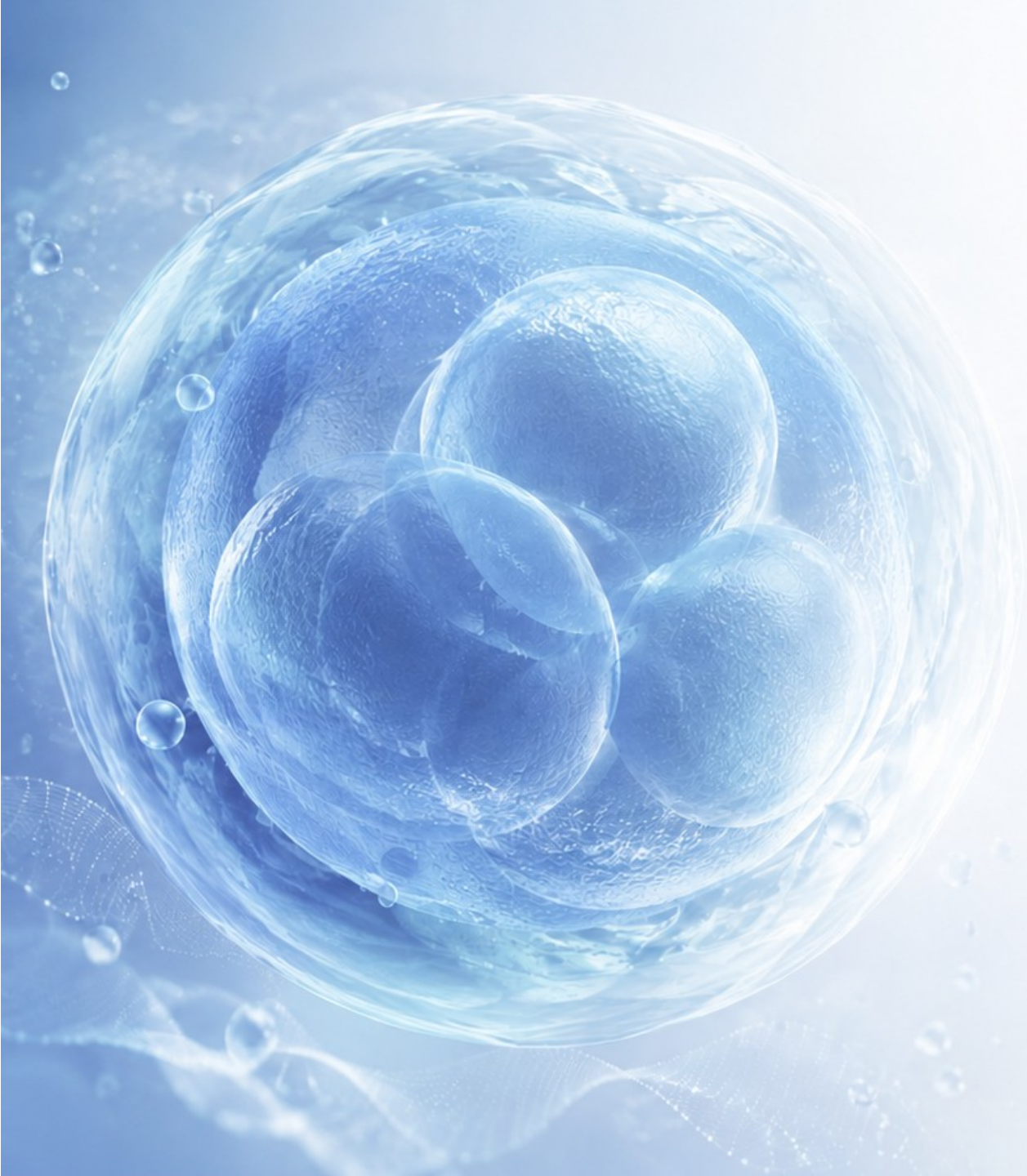


Highlights des ESHRE Jahreskongresses 2026

Deutschsprachiger Kongressreport

Ausgewählt und kommentiert von der REPROFACTS-Fakultät

Der vorliegende Report fasst die Highlights der ESHRE-Jahrestagung 2026 zusammen. Die deutschsprachige REPROFACTS-Fakultät hat die in diesem Report vorgestellten Studien ausgewählt, die Ergebnisse eingeordnet und die praxisrelevanten Kernaussagen herausgearbeitet. Die Fakultätsmitglieder waren bei der Auswahl der Studien sowie deren Bewertung unabhängig. Die Erstellung dieses Kongressberichts wurde finanziell durch die Merck Healthcare Germany GmbH (nachfolgend „Merck") unterstützt. Merck hatte jedoch keinen Einfluss auf den Inhalt, und die im Kongressbericht dargestellten wissenschaftlichen Meinungen geben nicht notwendigerweise die Position von Merck wieder. Merck ist nicht verantwortlich für den Inhalt dieses Reports. Folglich übernimmt Merck keine ausdrückliche oder stillschweigende Gewährleistung hinsichtlich der wissenschaftlichen Nutzung dieses Reports oder einer anderweitigen Verwendung zu einem bestimmten Zweck. Merck haftet daher nicht für direkte, indirekte, zufällige oder Folgeschäden, die im Zusammenhang mit der Nutzung der hierin enthaltenen Informationen entstehen.

sponsored by: MERCK

Die REPROFACTS Initiative

ESHRE 2026- DAS GRÖSSTE TREFFEN IN DER GESCHICHTE DER ART?

Die 42. Jahrestagung der ESHRE, 5. bis 8. Juli 2026 in London, zählte 12.829 Teilnehmer — 10.324 für das Hauptprogramm, 2.369 für die *Precongress Courses* und 2.505 für die Industrieausstellung und Besucher. Dies ist ein historischer Höchststand.

REKORDZAHL AN ABSTRACTS

Nicht nur bei den Teilnehmern, auch bei den eingereichten Abstracts wurde mit der Zahl 2.750 ein neuer Rekord aufgestellt — ein Plus von rund 20 % gegenüber dem bisherigen Höchstwert aus Paris 2025 (2.282) und die Fortsetzung eines klaren Aufwärtstrends (2024: 2.218; 2023: 2.109; 2022: 1.623).

Insgesamt waren 134 Länder vertreten. An der Spitze lag naturgemäß das Gastgeberland Vereinigtes Königreich (899 Teilnehmende), gefolgt von Spanien (503), Italien (449), Frankreich (393) und an 5. Stelle Deutschland (374).

DAS REPROFACTS TREFFEN

Die REPROFACTS-Initiative, gegründet 2011 in Partnerschaft mit Merck, begegnet dem kondensierten Angebot an Information mit einer kuratierten Auswahl von Highlights der ESHRE-Jahrestagung: Auf einem Treffen in Frankfurt, welches traditionellerweise neun Tage nach der ESHRE Jahrestagung stattfindet, stellen acht ausgewiesene Experten die wichtigsten Studien zur Diskussion.

Das Reprofacts Team 2026 mit den Panelisten am 17. Juli 2026 in Frankfurt

Der REPROFACTs REPORT: EINE AUSWAHL DER RELEVANTESTEN STUDIEN

Dieser Bericht präsentiert zentrale Beiträge – mit besonderem Fokus auf randomisiert-kontrollierten Studien mit relevanten klinischen Endpunkten – ergänzt durch Expertenkommentare und das Aufzeigen der praktischen Implikationen für die reproduktionsmedizinische Routine.

VON 1.241 ABSTRACTS ZU DEN RCTs, DIE WIRKLICH ZÄHLEN.

Durch das REPROFACTS-Expertennetzwerk werden Studien unabhängig und neutral ausgewählt, mit Fokus auf Neuartigkeit, methodische Robustheit und Praxisrelevanz. Wir zeigen hier eine Auswahl der wichtigsten der 71 klinischen RCTs (und Meta-analysen), die auf der ESHRE 2026 vorgestellt wurden.

REPROFACTS Expertengremium

Highlights des ESHRE Jahreskongresses 2026

REPROFACTS
Highlights des ESHRE Jahreskongresses
2026

Dr. rer. Nat. Jana Bender-Liebenthron
Düsseldorf

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich
Berlin

Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe
Giessen

Prof. Dr. med. Barbara Sonntag
Hamburg

Dr. rer. nat. Tom Trapphoff
Dortmund

Prof. Dr. med. Jürgen Weiss
Berlin

Prof. Dr. med. Michael von Wolff
Bern

Prof. Dr. med. Volker Ziller
Marburg

sponsored by:
MERCK

Die Studien auf einen Blick

ESHRE 2026 · REPROFACTS REPORT

1–2 **PMOS:** Letrozol ist nicht besser als Clomifen; Metformin verbessert weder Lebendgeburten- noch Fehlgeburtenrate.

3 **ART-Stimulation:** Letrozol spart Gonadotropin – ohne Outcome-Vorteil.

4 **Ovarielles PRP:** Zwei randomisierte Studien, kein Nutzen.

5 **ICSI ohne schweren männlichen Faktor:** Kein Vorteil, kumulativ eher ein Nachteil.

6 **EmbryoGlue:** Kein signifikanter Vorteil bei der Lebendgeburt; ein kleiner Effekt ist wahrscheinlich.

7 **Kulturmedium:** CSCM 41,0 % vs. G5 34,5 % kumulative Lebendgeburtenrate.

8 **Poor Response:** Konversion zur IUI ist möglich – die maximale kumulative Chance bleibt bei der IVF.

9 **FET-Protokoll:** Natürlicher und programmierter Zyklus mit ähnlicher Lebendgeburtenrate und HDP-Inzidenz.

10 **Timing des mNC-FET nach freeze-all oder erfolgloser IVF:** „Sofort“ ist nicht als gleichwertig bestätigt.

11 **HRT-FET und Schwangerschaftseintritt:** Estradiol kann ab SSW 6 beendet werden.

KURZNACHRICHTEN

ART-Langzeitfolgen
Höherer Blutdruck bei Jugendlichen

GLP-1-Rezeptoragonisten
Präkonzeptionelle Exposition

Fertilitätsprotektion
Rücktransplantation von Hodengewebe

PGT-A bei habituellen Aborten
Euploidie gleicht nicht aus

1. Letrozol vs. Clomifen ± Metformin? Vergleich oraler Ovulationsinduktions-Strategien bei anovulatorischem PMOS (LOCI-Studie)

MELO P ET AL. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1): L26-O-015.

HINTERGRUND

Letrozol, Clomifen und Metformin werden zur Ovulationsinduktion bei PMOS eingesetzt; Leitlinien empfehlen präferenziell Letrozol, basierend jedoch auf mehrheitlich kleinen, heterogenen Studien mit signifikantem Risiko für Ergebnisverzerrung. Robuste Daten zur Lebendgeburtenrate mit den unterschiedlichen Strategien in Kombination mit Metformin fehlten bisher.

STUDIE

Multizentrische, randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte 2×2-faktorielle Studie an 48 Kliniken in Großbritannien (11/2020–2/2024). 1.739 Frauen mit anovulatorischem PMOS (Rotterdam-Kriterien), 18–42 Jahre, BMI ≤35 kg/m², Partner mit unauffälligem Spermiogramm, randomisiert 1:1:1:1 zu Letrozol (2,5–7,5 mg) oder Clomifen (50–150 mg), je 5 Tage, kombiniert mit Metformin (1.500 mg/Tag) oder Placebo bis zu 6 Zyklen. Metformin-Vorbehandlung war Ausschlusskriterium; bei Schwangerschaft Fortführung bis SSW 14. Primärer Endpunkt: Lebendgeburt ≥34 SSW.

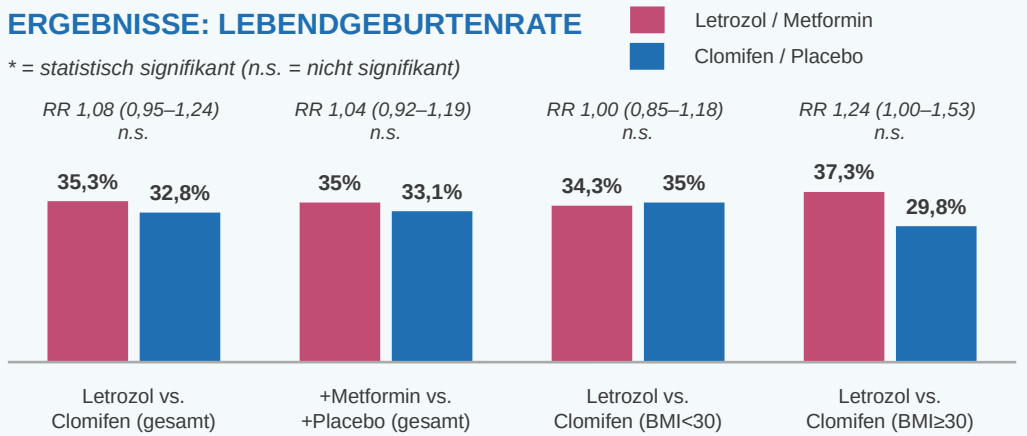
ERGEBNISSE

- Letrozol zeigte KEINEN generellen Vorteil ggü. Clomifen (35,3 % vs. 32,8 % Lebendgeburten; RR 1,08; p=0,23).
- Zusätzliches Metformin brachte KEINEN generellen Vorteil (35,0 % vs. 33,1 %; RR 1,04; p=0,52).
- Kein Vorteil von Metformin + Letrozol vs. Metformin + Clomifen.

KOMMENTAR

LOCI zeigt: Weder Letrozol noch zusätzliches Metformin verbessern generell die Lebendgeburtenrate. Ein Trend zugunsten Letrozol bei BMI ≥30 erklärt sich insofern, als dass das lipophile Clomifen im Fettgewebe akkumuliert, was die Östrogenrezeptor-Blockade abschwächen könnte, während Letrozol unabhängig vom Fettanteil die Aromatase hemmt.

ERGEBNISSE: LEBENDGEBURTENRATE



EINORDNUNG

LOCI liefert die bislang robusteste vergleichende Evidenz zu oralen OI-Strategien bei PMOS: Weder Letrozol noch Metformin zeigten in der Gesamtpopulation oder einer Subpopulation einen Vorteil für die Lebendgeburtenrate — ein Ergebnis, das die undifferenzierte Bevorzugung von Letrozol in der internationalen PMOS-Leitlinie von 2023 infrage stellt. Deren Empfehlung ist ein reines Wirksamkeitsargument und ruht im Wesentlichen auf dem RCT von Legro et al. aus 2014 im NEJM. Ein Sicherheitsvorteil von Letrozol war nie entscheidend — für keine der beiden Substanzen gibt es ein belastbares Teratogenitätssignal, auch bestätigt im LOCI trial.

Fällt mit LOCI auch der Wirksamkeitsvorteil, bleiben für die First-Line-Entscheidung im Wesentlichen Verfügbarkeit, Zulassungsstatus und Kosten. In Deutschland ist Clomifen zur Ovulationsinduktion zugelassen, Letrozol wird off-label eingesetzt.

Wichtig: Die BMI-Subgruppenergebnisse sind explorativ und hypothesengenerierend; die präspezifizierten Subgruppenanalysen nach Alter und vorausgegangenen Schwangerschaften stehen noch aus. Eine geplante IPD-Metaanalyse mit dem RCT von Legro et al. (2014) soll die Evidenz vor dem nächsten PMOS Leitlinien-Update (2028) stärken.

Metformin ist nicht zur Behandlung des PMOS zugelassen

2. PMOS & Metformin in der Frühschwangerschaft: Beeinflusst Metformin die Lebendgeburten- und Fehlgeburtenrate nach Ovulationsinduktion? (LOCI-Studie, Teil 2)

DEVALL A ET AL. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1): L26-O-018.

HINTERGRUND

Frauen mit PMOS haben ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko. Die Bedeutung von Metformin ist trotz vorliegender Cochrane-Analysen (2017, 2019) weiterhin unklar – u. a., ob eine präkonzeptionelle und/oder in der Schwangerschaft fortgesetzte Einnahme relevant ist. Eine aktuelle Metaanalyse (Cheshire et al. 2025, AJOG; 12 RCTs) deutete einen möglichen Vorteil fortgesetzter gegenüber früh abgesetzter Metformin-Therapie an (klinische Schwangerschaftsrate OR 1,57 [1,11–2,23]; Fehlgeburtenrate OR 0,64 [0,32–1,25]).

STUDIE

Analyse im Rahmen der LOCI-Studie (multizentrisch, UK, 11/2020–2/2024, n=1.739). Frauen mit anovulatorischem PMOS (Rotterdam-Kriterien), 18–42 Jahre, BMI ≤35 kg/m², erhielten doppelblind Letrozol (2,5–7,5 mg) oder Clomifen (50–150 mg) über 5 Tage, kombiniert mit Metformin 1.500 mg/Tag (n=871) oder Placebo (n=868) bis zu 6 Zyklen, fortgeführt bis SSW 14 bei Eintritt einer Schwangerschaft. Baseline-Charakteristika (Alter ~30,4 Jahre, BMI ~28, Ethnizität) waren zwischen den Gruppen vergleichbar.

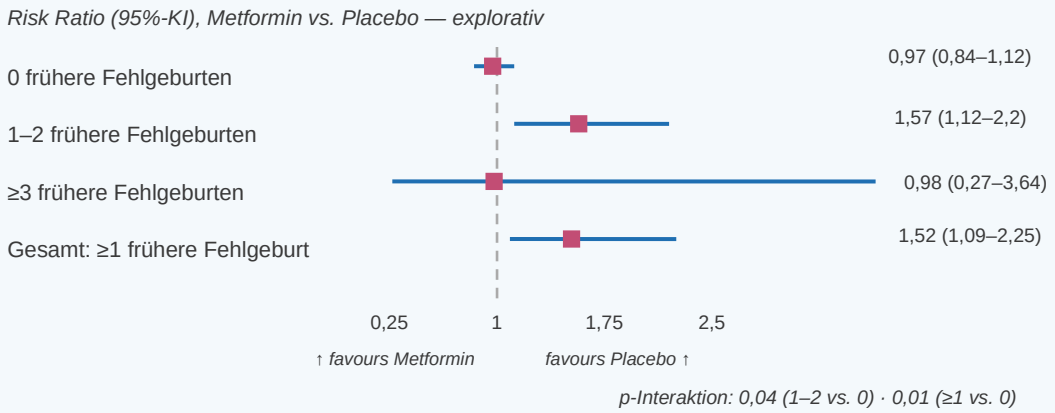
WICHTIG FÜR DIE PRAXIS

- KEINE Reduktion der Fehlgeburtenrate durch Metformin (10,4 % vs. 10,9 %; RR 0,94; 95%-KI 0,72–1,24; n.s.).
- KEINE Unterschiede in sekundären Endpunkten (Mehrlinge, Frühgeburt, Geburtsgewicht).
- Gutes Sicherheitsprofil (Verträglichkeit & AEs).

KOMMENTAR

Die LOCI-Daten zeigen: Metformin verbessert weder die Lebendgeburten- noch die Fehlgeburtenrate nach Ovulationsinduktion – trotz der zuvor postulierten Vorteile einer fortgesetzten Einnahme (Cheshire et al. 2025). Eine explorative Subgruppenanalyse nach Zahl früherer Fehlgeburten zeigt uneinheitliche Effekte (s. Abbildung) –also hypothesen-generierend, für die Praxis noch nicht belastbar. Weitere Studien dazu sind geplant.

SUBGRUPPE: FEHLGEBURTSRISIKO NACH ZAHL FRÜHERER FEHLGEBURTEN



EINORDNUNG

Diese Analyse beantwortet innerhalb der LOCI-Kohorte gezielt eine eng umgrenzte Frage an einem weit gefassten Kollektiv: die Fortführung von Metformin in die Frühschwangerschaft hinein bei Frauen mit PMOS ohne Fokus auf Übergewicht oder Insulinresistenz. Für die Fehlgeburten- und Lebendgeburtenrate zeigte sich kein Effekt gegenüber Placebo — ein wichtiges Gegengewicht zu älteren, kleineren Studien und Metaanalysen, die einen Nutzen der fortgesetzten Einnahme nahelegten.

Daraus folgt nicht, dass Metformin präkonzeptionell keinen Platz hätte. Dort verfolgt es andere Ziele: metabolische Einstellung, Unterstützung einer Gewichtsabnahme, Verbesserung der Zyklusfunktion. Ob sich das in sekundäre Endpunkte wie Gestationsdiabetes, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen oder perinatale Outcomes übersetzt, ist offen — die vorliegenden Studien sind dafür nicht ausgelegt und in ihren Ergebnissen uneinheitlich.

Für die Beratung heißt das: Eine präkonzeptionelle Metformingabe als Teil eines metabolischen Gesamtkonzepts bleibt vertretbar, allerdings nicht mit dem unmittelbaren Ziel, Fehlgeburten zu verhindern.

Metformin ist nicht zur Behandlung des PMOS zugelassen

3. Letrozol als Add-on zu Gonadotropinen bei ART: Systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse

KATSIKA A ET AL. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1): O-268.

HINTERGRUND

Aromatasehemmer reduzieren das östradiolvermittelte negative Feedback an der hypothalamisch-hypophysär-ovariellen Achse und erhöhen das intraovarielle Androgen – und damit die FSH-Sensitivität der Follikel. Frühere Metaanalysen bei Low-Respondern zeigten eine reduzierte Gonadotropindosis unter Letrozol-Zusatz, jedoch ohne Effekt auf das Schwangerschafts-Outcome. Eine weitere Metaanalyse (Jiang et al. 2024) fand ein reduziertes OHSS-Risiko (RR 0,47; 95%-KI 0,23–0,97).

STUDIE

Systematisches Review und Metaanalyse von 16 RCTs (n=1.349, PROSPERO-registriert). Letrozol 2,5–5 mg an Tag 2–6 bis Trigger, zusätzlich zu Gonadotropin und GnRH-Analogon, jeweils innerhalb von 24 h nach der ersten Gonadotropindosis begonnen. Primärer Endpunkt: Lebendgeburtenrate (LBR). Subgruppenanalysen: rFSH vs. HMG; LET 2,5 vs. 5 mg; GnRH-Ant. vs. -Ag.; Normal- vs. Poor- vs. High-Responder.

ERGEBNISSE

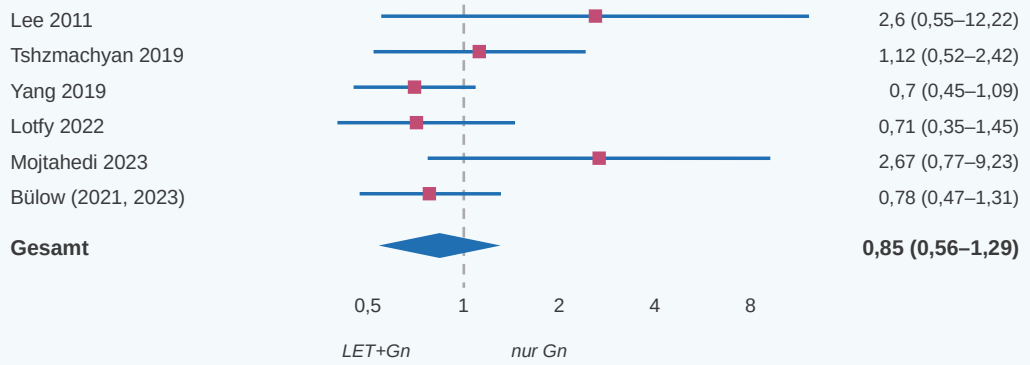
- KEIN Unterschied in Lebend-geburtenrate (6 RCTs, 590 Frauen; RR 0,85; 95%-KI 0,56–1,29), klinischer Schwangerschaftsrate (RR 1,01) oder Abortrate (RR 1,25).
- Signifikant niedrigeres Östradiol am Triggertag (−832 pg/mL; p=0,02) und niedrigere Gonadotropindosis (−296 IU; p=0,008).
- Kein Unterschied bei der COC Zahl (-0,6 Eizellen; p= n.s.)

KOMMENTAR

Letrozol als Add-on senkt Östradiolspiegel und Gonadotropinverbrauch deutlich — ein Effekt auf Eizellzahl, Schwangerschafts- oder Lebendgeburtenrate besteht nicht. Bei nur 590 Frauen für den primären Endpunkt LBR ist die Aussagekraft begrenzt. Die Autoren werten den Nutzen für die Stimulation als „fraglich positiv“, nicht jedoch für das Schwangerschafts-Outcome. Reserviert bleibt die Methode am ehesten für Sondersituationen, z.B. HR+ Mamma-Karzinom.

ERGEBNIS: LEBENDGEBURTENRATE (6 RCTs, n=590)

Risk Ratio (95%-KI), Letrozol+Gonadotropin (Gn) vs. Gn



EINORDNUNG

Diese Metaanalyse liefert die bislang methodisch sauberste Zusammenfassung zum Letrozol-Zusatz bei ART: Durch die Beschränkung auf Protokolle mit standardisiertem Timing (Beginn innerhalb 24 h nach erster Gonadotropindosis) werden ältere, heterogene Metaanalysen mit Einschluss von Lutealphasen-Stimulation de-facto überschrieben.

Letrozol kostet pro Zyklus wenige Euro, die eingesparte Gonadotropinmenge entspricht bei deutschen Originalpräparaten hingegen grob 100–200 €. Die relevante Größe ist aber nicht der Preis pro Zyklus, sondern die Kosten pro kumulativer Lebendgeburt — dazu liefert die Metaanalyse keine neuen Einsichten.

Wegweisend könnte der Einsatz von Letrozol in Stimulationsprotokollen für „low responder“ mit schmalem therapeutischem Fenster sein, in denen es weitgehend eine hoch-dosierte Stimulation mit FSH ersetzt.

Das niedrigere Östradiol am Triggertag ist erwartbar und für sich kein Nutzen. Allerdings wurde auch bereits gezeigt, dass unter Letrozol die Progesteronwerte am Triggertag genauso erhöht sein könnten, wie die Androgen- und Progesteronspiegel in der Lutealphase. Weitaus höhere Fallzahlen wären notwendig, um klinisch relevante Effekte in diesem Kontext nachzuweisen.

4. Intraovarielles Platelet-Rich Plasma (PRP) bei *diminished ovarian Reserve* (DOR): zwei plazebo-kontrollierte RCTs

BARAD D ET AL. O-141 · MAIER-EGGERSMANN ET AL. P-797. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

Autologes PRP wird als Strategie zur Verbesserung der Ovarialfunktion bei DOR beworben – basierend auf unkontrollierten Fallserien und der biologischen Plausibilität freigesetzter Wachstumsfaktoren (IGF-1, VEGF, PDGF, TGF-β). Berichtete Verbesserungen von Hormonwerten, Follikelentwicklung und Oozytenausbeute sind inkonsistent; randomisierte Daten fehlten bislang weitgehend. Für eine wirksame Konzentration werden mind. 30-40 ml Plasma benötigt, um 4–5-fach konzentriert 5-6 ml (2,5-3 ml/Ovar) zu erhalten.

STUDIE(N)

(1) Barad et al. (USA/Spanien): prospektives, quadruple-blindes RCT bei POSEIDON-Gruppe 4: FSH>12 IU/L, AMH<1,0 ng/mL, <6 Oozyten im Vorzyklus; geplant n=90, nach Interimsanalyse bei n=68 gestoppt. Intraovarielle PRP- vs. P-Poor-P-Injektion (RegenLab) zur Menstruation, IVF 4 Wochen später, 10 Tage Östradiol-Priming, Stimulation mit 225 IU HMG. Primärer Endpunkt: ≥1 hochwertiger Tag-3-Achtzeller. (2) Maier-Eggersmann et al. (Deutschland): RCT, n=114, AMH<0,5 ng/mL, AFC<5, PRP vs. Kochsalzlösung beidseits, ART nach 8 Wochen; Endpunkt: Oozytenzahl.

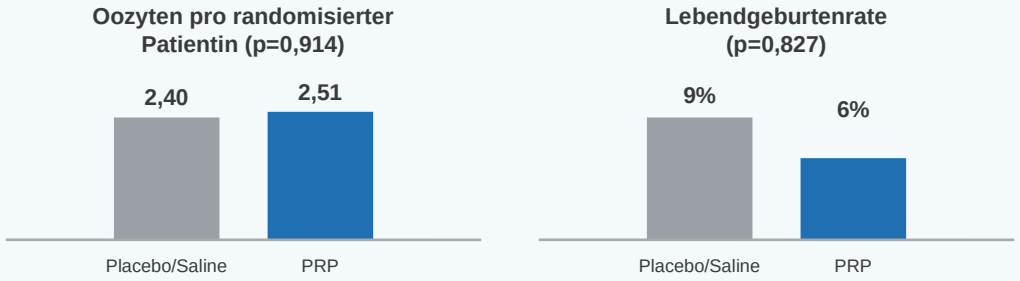
ERGEBNISSE

- Barad et al.: primärer Endpunkt 0/26 (PRP) vs. 1/26 (PPP); p=1,00 — kein Unterschied.
- Maier-Eggersmann et al.: kein Unterschied bei Oozytenausbeute oder Lebendgeburtenrate.
- Beide Studien: kein Wirksamkeitssignal für PRP bei DOR bzgl. AMH, FSH oder AFC

KOMMENTAR

Zwei unabhängige, methodisch belastbare RCTs kommen zum selben Schluss: PRP zeigt bei DOR keinen Effekt auf Embryonenqualität, Hormonwerte, Oozytenausbeute oder Schwangerschaftsraten. Beide Studien wurden vorzeitig beendet. Angesichts der weiten klinischen Verbreitung von PRP als „Ovar-Verjüngung“ liefern beide Studien einen wichtigen Kontrapunkt.

ERGEBNISSE — MAIER-EGGERSMANN ET AL. (n=114)



Barad et al.: primärer Endpunkt (≥1 hochwertiger Tag-3-Embryo): 0/26 (PRP) vs. 1/26 (PPP); Fisher's exact p=1,00.

EINORDNUNG

Diese beiden Arbeiten ergänzen die Ergebnisse des sog. PROVA-RCTs (Herlihy et al., Hum Reprod 2024), welches bei Poor Respondern ebenso keinen Unterschied bei COC-Zahl, Blastozystenbildung, Lebendgeburtenrate oder Hormonwerten fand.

Als Konsequenz gilt, dass intra-ovarielles PRP keine Routineanwendung ist und kein seriöses Angebot einer „Ovar-Verjüngung". Bei einem invasiven Eingriff ohne Wirksamkeitsnachweis und mit hohen Selbstzahlerkosten liegt die Schwelle für den individuellen Heilversuch hoch — ebenso wie die Anforderung an eine umfassende Aufklärung.

PRP sollte vorrangig in klinischen Studien weiter angewendet werden. Offen ist, ob überhaupt ein wirksames Protokoll existiert. Geprüft wurde bislang fast ausschließlich die Einmalinjektion mit rascher anschließender Stimulation. Wiederholte longitudinale Gabe, andere Intervalle zur Stimulation, andere Aufbereitungssysteme, höhere Thrombozyten-konzentration oder -aktivierung harren der systematischen Überprüfung – allerdings in klinischen Studien.

5. ICSI vs. konventioneller IVF ohne höhergradige Ejakulateinschränkung: Kumulative Lebendgeburtsrate im multi-zentrischen INVICSI trial

BERNTSEN ET AL., ESHRE 2026, P-276. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

ICSI wird häufig auch bei Paaren ohne schweren männlichen Faktor eingesetzt – obwohl Studien bislang keinen Vorteil gegenüber konventioneller IVF (cIVF) zeigten. Laut ESHRE-EIM-Register (2025) liegt der ICSI-Anteil in Europa bei 72,5 %; in Deutschland (DIR) ähnlich (72,8 % über 2014–2024), seit 2018 aber rückläufig (76,3 % → 69,1 %). Rezent wurden bereits zwei große RCTs zu ICSI vs. cIVF ohne schweren männlichen Faktor publiziert (Dang et al., Lancet 2021; Wang et al., Lancet 2024).

STUDIE

Studienfrage: Verbessert ICSI vs. cIVF die kumulative Lebendgeburtenrate oder die Chance auf Geschwisterkinder aus einem Stimulationszyklus bei follow-up >3 Jahre eines multizentrischen RCTs [INVICSI TRIAL]; 824 Paare ohne schweren männlichen Faktor, randomisiert 1:1 zu ICSI oder cIVF. Primärer Endpunkt: kumulative Lebendgeburtenrate (inkl. aller Kryotransfers). Randomisiert n=824 → cIVF n=408 / ICSI n=414 (ITT); erhalten: cIVF n=381 / ICSI n=427; Per-Protocol: n=378 / n=388.

ERGEBNISSE

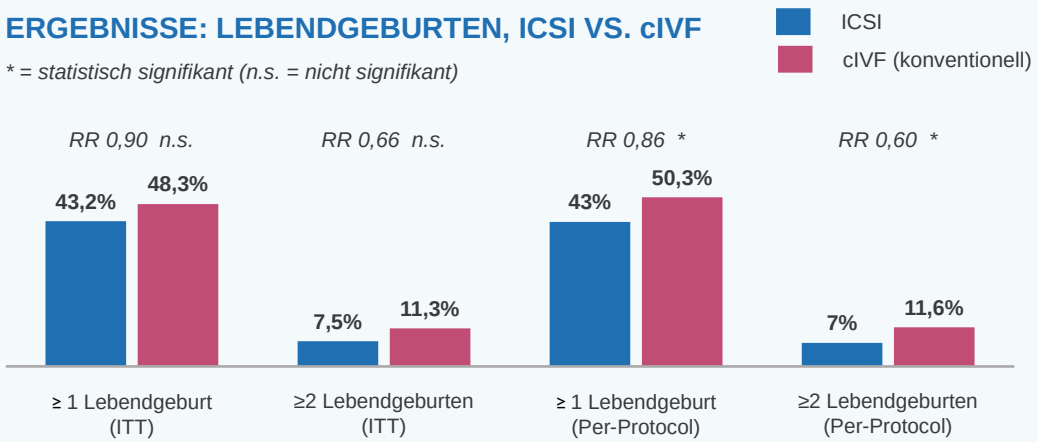
- Seltener ≥1 Lebendgeburt mit ICSI: ITT RR 0,90 (p=0,15); Per-Protocol RR 0,86 (p=0,046)
- Seltener ≥2 Lebendgeburten mit ICSI: ITT RR 0,66 (p=0,07); Per-Protocol RR 0,60 (p=0,03)
- Minus 40 % Chance mit ICSI für zumindest ein zweites Kind aus einem Behandlungszyklus..

KOMMENTAR

Pro Transfer bleibt der „Schaden durch ICSI“ im Rauschen — bei der kumulativen LBR wird er jedoch bereits messbar. Diese Posterpräsentation legt nahe: Nach über drei Jahren Nachbeobachtung ist unter ICSI auch die Chance auf ein zweites Kind aus derselben Stimulation um 40 % reduziert. Der Nachteil summiert sich also über die Zeit, statt sich zu verwässern.

ERGEBNISSE: LEBENDGEBURTEN, ICSI VS. cIVF

** = statistisch signifikant (n.s. = nicht signifikant)*



EINORDNUNG

Das INVICSI trial steht nicht allein: eine aktuelle Meta-Analyse (Kayimu et al. Hum Reprod 2026) poolt sechs RCTs mit 5.084 Paaren. Über alle Studien: kumulative Lebendgeburt 43,2 % mit ICSI versus 47,4 % mit IVF (RR 0,92; 0,84–1,01). In der Subgruppe mit normalem Spermiogramm oder nicht-schwerem männlichem Faktor waren sechs Prozentpunkte zulasten von ICSI (43,8 % versus 49,7 %) beobachtet worden, statistisch signifikant und klinisch relevant (RR 0,88; 0,82–0,95).

Ebenso aufschlussreich: Totale Fertilisationsversager treten gleich häufig auf (4,3 % vs. 5,0 %) — das medizinische Hauptargument für den Routineeinsatz trägt nicht. Auch eine erhöhte DNA-Fragmentierung identifiziert keine Paare, die bei normalem Spermiogramm von der ICSI profitieren könnten (gem. zusätzlicher Analyse des Lancet trials von Wang et al., publiziert in Hum Reprod Open 2026).

Offen ist damit nicht mehr, ob ICSI ohne schweren männlichen Faktor nützt, sondern ab welchem Grenzwert der Samenqualität die ICSI der cIVF überlegen wird. Das soll nun eine IPD-Metaanalyse klären. Bis dahin: Bei 72,5 % ICSI-Anteil in Europa und 69,1 % in Deutschland geht es nicht um Feinjustierung, sondern um eine Korrektur und Trendwende, die in Deutschland schon begonnen hat.

6. Hyaluronsäure (HA)-angereichertes Transfermedium beim Single-Blastozystentransfer: ein multizentrisches RCT

CAI H ET AL. ESHRE 2026, L26-O-310. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

Ältere Metaanalysen legten höhere Lebendgeburtenraten durch Hyaluronsäure-angereichertes Medium nahe (Heymann et al., Cochrane 2020, 26 RCTs). Neuere RCTs kamen jedoch zu widersprüchlichen Ergebnissen. Die britische HFEA führt HA-angereichertes Transfermedium in ihrem Ampelsystem unter Gelb —Wirksamkeit also unklar. In der jüngsten Übersicht zu IVF-Add-ons (Lensen et al., Lancet OGWH 2026) gehört EmbryoGlue zu den wenigen Add-ons, für die sich überhaupt ein schwaches Wirksamkeitssignal fand.

STUDIE

Multizentrisches, doppelblindes RCT an 4 IVF-Zentren, China (09/2024–04/2025). 865 Frauen mit geplantem Single-Blastozystentransfer (frisch oder kryokonserviert), zentral randomisiert 1:1 zu High-HA-Medium (EmbryoGlue®, n=435) oder Low-HA-Medium (G-2 PLUS™, n=430), stratifiziert nach Zentrum. Das IVF Personal war nicht verblindet, Patientinnen und Behandler jedoch schon. Blastozysten wurden 30 Min. im jeweiligen Medium inkubiert, dann gespült und in G-2 PLUS transferiert. Primärer Endpunkt: Lebendgeburtenrate. Auswertung nach Intention-to-treat.

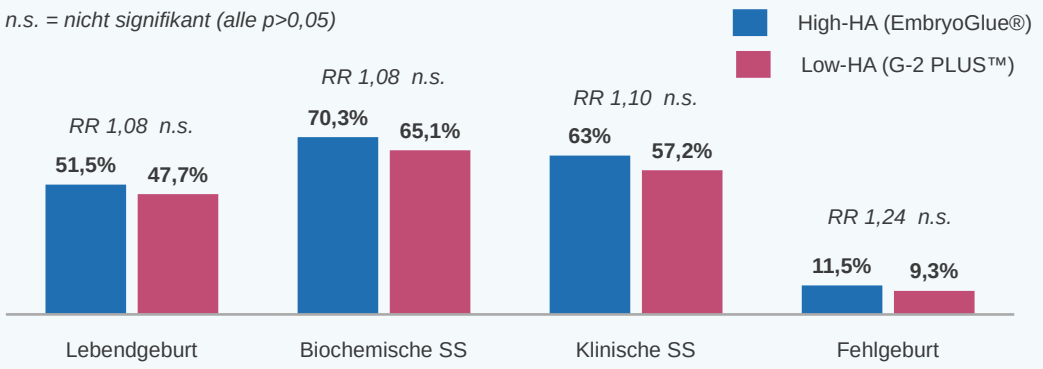
ERGEBNISSE

- Keine signifikante Verbesserung der Lebendgeburtenrate (51,5 % vs. 47,7 %; RR 1,08 [95 %-KI 0,95–1,23]; p=0,261).
- Signal in Subgruppe „High-grade Blastozysten“: 59,1 % (117/198) vs. 52,0 % (159/306); RR 1,14 (95%-KI 0,97–1,33) — knapp nicht signifikant.

KOMMENTAR

Entgegen der Herstellerempfehlung und üblichen Praxis wurden die Embryonen nur 30 Min. in EmbryoGlue® präinkubiert, dann in G-2 gespült und in G-2 transferiert. Das HA-Medium war also nicht das Transfermedium, der postulierte Wirkmechanismus (Adhäsion beim Transfer) damit nicht gegeben, wie in der Session-Diskussion bemängelt wurde.

ERGEBNISSE: HIGH-HA (EMBRYOGLUE®) VS. LOW-HA (G-2 PLUS™)



EINORDNUNG

Diese Studie, trotz Abweichung von der üblichen Anwendung des EmbryoGlue, widerspricht der vorliegenden Evidenz nicht — sie bestätigt sie sogar. Die jüngste Übersicht zu IVF-Add-ons (Lensen et al., Lancet OGWH 2026) findet für Hyaluronsäure eine OR von nur noch 1,12 (0,91–1,37) für Lebendgeburt und 1,25 (1,02–1,53) für klinische Schwangerschaft. Der Punktschätzer wurde in der Cai Studie also fast exakt reproduziert, nur eben ohne statistische Signifikanz: Für eine Differenz dieser Größenordnung wären ~5.400 Frauen nötig gewesen, eingeschlossen wurden 865.

Das Gesamtbild ist damit konsistent: ein kleiner, systematischer Effekt in der Größenordnung von fünf bis zehn Prozent relativ. Biologisch plausibel — Implantation wird ganz überwiegend vom Embryo bestimmt, ein Transfermedium kann nur auf den adhäsiven Restanteil wirken. Ein großer Effekt wäre hier eher ein Warnsignal.

Für die Praxis: Ein Schaden von HA-angereichertem Medium ist unwahrscheinlich, der Aufwand beträgt dreißig Minuten Inkubation, die Datenlage ist für ein Add-on ungewöhnlich umfangreich. Aufklärung und Wahlfreiheit sind also notwendig, bzw. vertretbar — vorausgesetzt, der Preis passt zur Effektgröße. In Deutschland reicht die Kostenspanne von etwa 50 bis 400 Euro bei nahezu identischen Materialkosten.

7. Beeinflusst das Kulturmedium den Behandlungserfolg? CSCM vs. G5 und die kumulative Lebendgeburtenrate – multi-zentrisches RCT aus Holland

LAVERDE M ET AL. ESHRE 2026, L26/P-252. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

Kulturmedien beeinflussen Embryoqualität und klinische Ergebnisse, ein Konsens zur Überlegenheit eines Präparats fehlt jedoch. Der Cochrane-Review von 2015 (Youssef et al., CD007876) schloss 32 RCTs ein, konnte wegen fehlender Vergleichbarkeit keine davon poolen und fand in den sieben Studien mit Lebendgeburt oder fortlaufender Schwangerschaft keinen Unterschied. Die kumulative Lebendgeburt wurde nur in einer einzigen Arbeit berichtet – alle übrigen beschränkten sich auf den Frischtransfer.

STUDIE

Multizentrisches RCT an fünf niederländischen Zentren, 02/2016–01/2022. Randomisierung einen Tag vor Follikelpunktion, stratifiziert nach Alter, Fertilisierungsmethode und Zentrum: CSCM (n = 509) vs. G5 (n = 507). Paare und behandelnde Ärztinnen und Ärzte verblindet, das Laborpersonal nicht. Jedes Paar steuerte einen IVF-Zyklus bei; auch aufgetaute Embryonen wurden im ursprünglich zugeteilten Medium kultiviert. Primärer Endpunkt: kumulative Lebendgeburt pro begonnenem Zyklus. Geplant waren 1.980 Teilnehmende, eingeschlossen wurden 1.016.

ERGEBNISSE

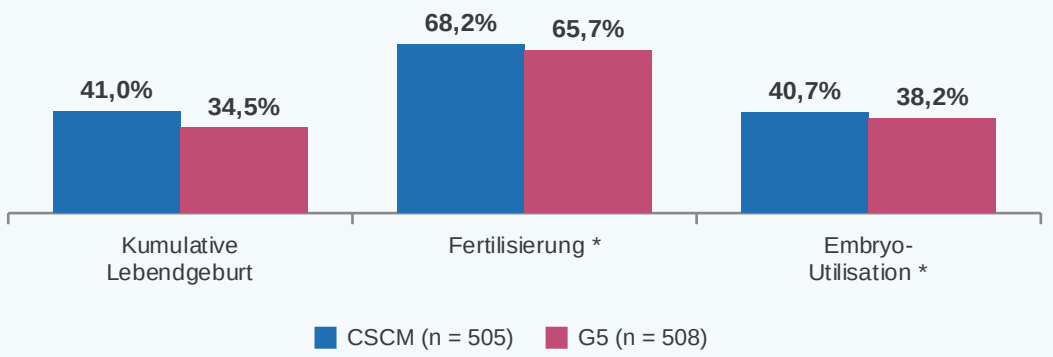
- Kumulative Lebendgeburt 41,0 % (207/505) unter CSCM vs. 34,5 % (175/508) unter G5 – 6,5 Prozentpunkte, adjustiert 5,9 %
- Adjustierte OR 1,30 (95 %-KI 1,00–1,68; p = 0,05)
- Der Unterschied entsteht im Frischzyklus: 32,7 % vs. 26,9 %; nach Kryotransfer 31,8 % vs. 30,9 %.
- Signifikant zugunsten CSCM: Fertilisierungs- und Embryo-Utilisationsrate (p < 0,05)

KOMMENTAR

Sechs Prozentpunkte Unterschied zwischen zwei Produkten sind über vier Millionen ART-Zyklen jährlich, die alle ein Medium verwenden, eine Größenordnung, gegen die jedes Add-on verblasst.

Medien kommen als Medizinprodukte ohne Wirksamkeitsnachweis auf den Markt. Dass die größte Vergleichsstudie akademisch gestemmt wurde und an der Rekrutierung scheiterte, ist de-facto Ausdruck eines Regulierungsversagens.

Ergebnisse nach Kulturmedium (%)



EINORDNUNG

Verglichen wurden zwei Philosophien: G5 ist ein sequenzielles System (G-1 bis Tag 3, dann G-2), CSCM ein Single-Step-Medium. Bis Tag 3 fehlen unter G-1 die essenziellen Aminosäuren und Glukose ist niedrig, CSCM bietet beides durchgehend. Darin könnte der Vorteil begründet liegen – belegt ist das nicht, verglichen wurden zwei proprietäre Rezepturen. Neu ist die Richtung nicht: Schon im Cochrane-Review schnitt G5 schlechter ab als Quinn's Advantage (OR 1,56; 1,12–2,16).

Gegenläufig allerdings die Neonataldaten: 3.365 g (CSCM) vs. 3.421 g (G5), Z-Score −0,02 vs. +0,08 – gering, aber genau die Beobachtung, die diese Arbeitsgruppe seit Jahren mit Blick auf Langzeiteffekte bei den Kindern verfolgt.

Die Studie wurde allerdings vorzeitig beendet und erreichte nur die halbe Fallzahl. Dabei ist kaum eine Frage so relevant und so einfach zu beforschen. Große Studien sind vergleichsweise einfach machbar – und überfällig.

Bemerkenswert ist die Autorenschaft: van Wely und Mastenbroek verantworten sowohl den Cochrane-Review von 2015 als auch die aktuelle Studie. Dieselbe Gruppe hat also die Evidenzlücke erkannt, benannt und dann die größte Studie zur Frage aufgesetzt, um sie zu schließen.

8. IVF vs. Umstellung auf Insemination (IUI) bei Poor Respondern: Nicht-Unterlegenheits RCT (CONFIRM-Studie)

BOUET P-E ET AL. (CONFIRM STUDY GROUP). ESHRE 2026, L26-O-138.

HINTERGRUND

Vor dem CONFIRM Trial verglichen 7 retrospektive Studien (2003–2014) IVF mit IUI-Konversion bei POR: 3 fanden keinen Unterschied (≤3–5 Follikel), 4 einen Vorteil für IVF (2–4 Follikel bzw. Bologna-Kriterien) — insgesamt ein heterogenes Bild, alle Studien mit hohem Risiko für (Selektions)bias und kleinen Fallzahlen. Ein robustes RCT lag bisher nicht vor.

STUDIE

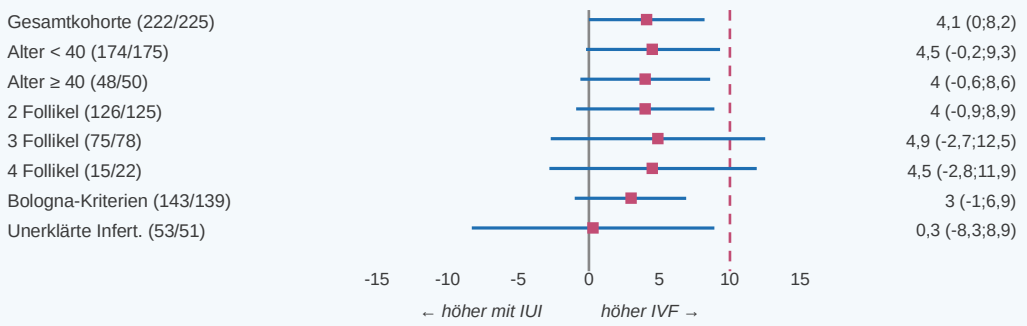
Nicht-Unterlegenheitsstudie, 32 französische Zentren, 01/2018–11/2022. Einschluss: Frauen 18–43 J., konventionelles IVF-Protokoll, 2–4 reife Follikel (≥14 mm) am Trigger-Tag, durchgängige Tuben, unauffälliges Spermiogramm. Ausschluss: Tubenverschluss, schwerer männlicher Faktor, Low-Dose-Protokolle (≤150 IU/Tag), PGT-Zyklen. Fallzahlplanung: erwartete LBR 15 % (IVF) vs. 13,5 % (IUI), 420 auswertbare Zyklen für 80 % Power bei 10-%-NI-Marge nötig; Ziel inkl. Attrition: 461 Zyklen. Population: Alter 36,5 J. (78 % <40 J.), Bologna-Kriterien 63 %, 2–3 Follikel 90 %, unerklärte Infertilität 24 %, AMH 0,85 ng/mL, AFC 8 (beide Arme vergleichbar).

ERGEBNISSE

- ITT (Frischzyklus): LBR 4,5 % (IUI, 10/222) vs. 8,9 % (IVF, 20/225).
- Primäre Analyse: aRD 4,1 % (90%-KI 0,0–8,2) → nicht-unterlegen;
- Kumulativ (inkl. Kryo): 4,6 % (IUI) vs. 9,2 % (IVF); aRD 4,6 % (90%-KI 0,7–8,9) — signifikant für IVF.
- Sicherheit vergleichbar: Fehlgeburt RD 0,83 % (n.s.); Mehrlinge nur im IVF-Arm (2); Extrauteringravidität nur im IUI-Arm (1).

RISIKODIFFERENZ FÜR LBR (%-PUNKTE), IVF MINUS IUI

90%-KI · gestrichelt: Nicht-Unterlegenheitsgrenze (10 %)



KOMMENTAR

In Deutschland gilt für GKV Versicherte: Ein IVF-Zyklus verbraucht einen von nur drei bezuschussten Versuchen. Die Umstellung auf IUI mitten im Zyklus ist vom genehmigten Behandlungsplan nicht gedeckt und damit komplett Selbstzahlerleistung — je nach Aufwand 300 bis 600 Euro. Dafür bleibt ein IVF-Versuch erhalten. Ein Zyklus ohne Embryotransfer gilt hingegen als verbrauchter Versuch.

EINORDNUNG

CONFIRM ist das erste prospektive RCT zu dieser Frage — zuvor lagen nur retrospektive, bias-anfällige Daten vor. Methodisch überzeugt sie durch zentrale, stratifizierte Randomisierung am Trigger-Tag und ein adjustiertes Primärmodell.

Die praktisch wichtigsten Zahlen: 42,7 % der IVF-Zyklen führten zu keinem Embryotransfer, 6,3 % zu keiner Eizelle bei Frauen mit zwei bis vier Follikeln. Das Transferstadium wird nicht berichtet — bei ausschließlicher Blastozystenkultur läge die Abbruchrate möglicherweise nochmals höher.

Die Entscheidung bleibt also individuell für Frauen mit einem geringen Ansprechen der Ovarien auf die Stimulation. Der absolute Nachteil der Umstellung liegt kumulativ bei 4,6 Prozentpunkten — rechnerisch kostet etwa jede 22. Umstellung auf IUI eine Lebendgeburt. Im Frischzyklus allein ist der Unterschied allerdings nicht statistisch signifikant. Wer eine Punktion vermeiden oder einen Versuch aufsparen will, gewinnt; wer die maximale Chance in diesem Zyklus sucht, nicht. CONFIRM liefert für die Beratung erstmals eine belastbare Zahlengrundlage statt Erfahrungswerten.

9. Natürlicher vs. programmierter Zyklus beim Kryotransfer: Lebendgeburtenrate und Risiko für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (HDP)

GU F ET AL. ESHRE 2026, L26/O-019. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

Der Kryotransfer wird zunehmend häufiger; natürlicher (NC) und programmierter Zyklus (PC) sind die Hauptverfahren zur Endometriumvorbereitung. Bisherige RCTs fokussierten auf Schwangerschafts- und Lebendgeburtenrate. Beobachtungsstudien deuten auf ein zwei- bis dreifach höheres Risiko hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen (HDP) unter PC hin – bislang allerdings ohne hinlängliche Bestätigung durch RCTs.

STUDIE

Offenes, zweizentrisches RCT in Guangdong, China (2020–2025). 792 ovulatorische Frauen mit regelmäßigem Zyklus und geplantem Single-Kryotransfer einer euploiden Blastozyste, randomisiert 1:1 zu NC (n = 395; Follikelmonitoring plus orales Dydrogesteron als LPS) oder PC (n = 397; orales Estradiolvalerat plus vaginales oder orales Progesteron). Primärer Endpunkt: HDP-Inzidenz pro Kryotransfer. Sekundär: Lebendgeburtenrate und weitere geburtshilfliche Komplikationen. Explorativ: Verlauf des mittleren arteriellen Drucks von der Präkonzeption bis zum Termin.

ERGEBNISSE

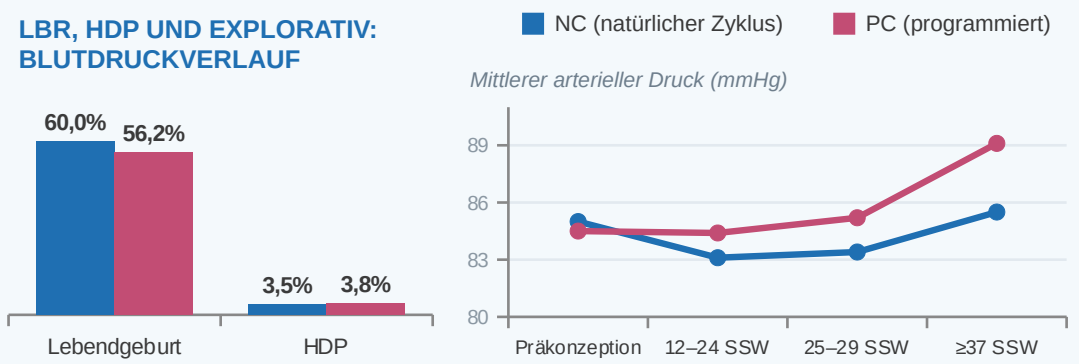
- Primärer Endpunkt HDP pro Zyklus: 3,5 % (NC) vs. 3,8 % (PC); aRR 0,95 (95 %-KI 0,47–1,95; p = 0,89) – rund 14 vs. 15 Ereignisse
- Lebendgeburt 60,0 % vs. 56,2 % (aRR 1,06; n.s.)
- Explorativ: mittlerer arterieller Druck steigt um 4,6 mmHg bei PC (p < 0,001) vs. 0,5 mmHg bei NC (n.s.)

KOMMENTAR

Die randomisierte Evidenz gibt das Beobachtungssignal nicht in dieser Stärke wieder. Für HDP sind die Punktschätzer aller RCTs mit einem nur moderaten Nachteil des programmierten Zyklus vereinbar.

Beim Geburtsgewicht ist nicht einmal die Richtung stabil: Bei Ho waren die Kinder nach artifiziellem Zyklus 68 bis 99 g schwerer, bei Gu trat Makrosomie häufiger unter NC auf.

LBR, HDP UND EXPLORATIV: BLUTDRUCKVERLAUF



Zeit×Gruppe-Interaktion β = −1,30 (95 %-KI −2,03 bis −0,57; p < 0,001). HDP-Balken beruhen auf ca. 14 (NC) und 15 (PC) Ereignissen.

EINORDNUNG

Mit Ho et al. (Lancet 2024, n = 1.428) und Geysenbergh et al. (Hum Reprod 2026, n = 561) liegen zwei weitere, rezente RCTs vor, dazu zwei RCTs von der ESHRE 2025 (Roelens et al und Wang et al, s. RF Report 2025). Mehrheitlich: eher kein relevanter Unterschied in Schwangerschafts- und Lebendgeburtenrate, kein belastbarer Unterschied bei HDP.

Das kontrastiert mit der Beobachtungsevidenz. Busnelli et al. (Hum Reprod 2022) finden für den programmierten Zyklus gepoolte Odds Ratios von 1,90 für HDP, 2,11 für Präeklampsie und 2,53 für postpartale Blutung. Zwei Erklärungen bieten sich an: Confounding by indication — anovulatorische Frauen erhalten bevorzugt PC und sind in allen RCTs ausgeschlossen — und „Ereignisarmut“ (also HDP als zu seltene Ereignisse, die auch nur bei Schwangerschaftseintritt und -fortgang jenseits der 20 SSW beobachtbar sind).

Die Sectioraten erscheinen allerdings in den verfügbaren RCTs durchgängig erhöht nach PC.

Uneinheitlich sind dagegen die Abbruchraten: bei Ho 21 % im Naturzyklus gegen 0 % unter PC, bei Geysenbergh umgekehrt 3,9 % gegen 9,4 %.

10. Sofort oder eine Pause? Frozen Embryo Transfer im modifizierten natürlichen Zyklus direkt nach der IVF – multi-zentrisches Nicht-Unterlegenheits RCT

COLOMBO C, BERGENHEIM S ET AL. ESHRE 2026, L26/P-902. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

Der optimale Zeitpunkt des Kryotransfers im ovulatorischen FET nach erfolgloser IVF oder Freeze-all ist unklar. Der sofortige Transfer verkürzt die Zeit bis zur Schwangerschaft und die emotionale Belastung. Bedenken bestehen gegen Durchführbarkeit und endometriale Rezeptivität im Zyklus direkt nach der Stimulation – viele Zentren schieben den FET deshalb um mindestens einen Zyklus auf.

STUDIE

Multizentrische, offene RCT an sieben dänischen Kinderwunschzentren, n = 494 (ITT), n = 472 (Per Protocol). Einschluss 04/2021–02/2025, Frauen 18–40 Jahre mit regelmäßigem Zyklus. Randomisierung 1:1 zum mNC-FET im unmittelbar folgenden Zyklus oder nach mindestens einem vollständigen Menstruationszyklus, jeweils nach erfolgloser Frisch- oder Freeze-all-IVF. Ovulationstrigger bei Leitfollikel > 17 mm, Blastozystentransfer sechs bis sieben Tage später. Primärer Endpunkt: Lebendgeburtenrate, Nichtunterlegenheitsmarge −10 %; geplant waren 464 Patientinnen für 80 % Power.

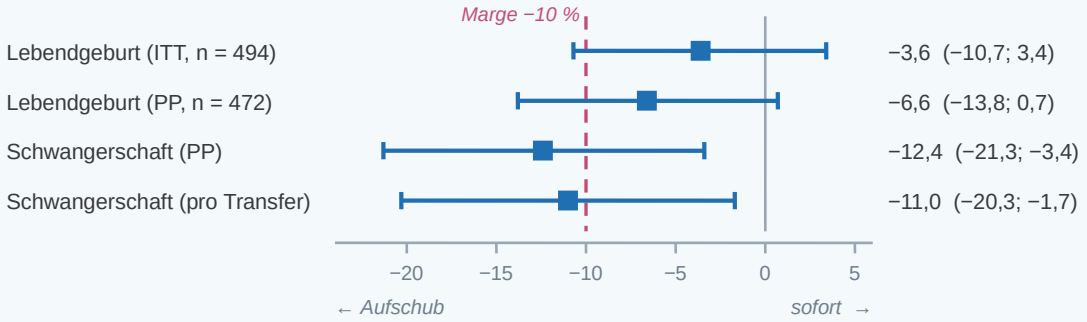
✓ ERGEBNISSE

- ITT: 32,4 % vs. 36,0 % Lebendgeburt; RD −3,6 %, KI-Grenze −10,7 % – Marge überschritten
- Per Protocol: 32,7 % vs. 39,2 %; RD −6,6 %, KI-Grenze −13,8 % – ebenfalls überschritten
- Schwangerschaft zugunsten des Aufschubs: PP 44,9 % vs. 57,3 % (p = 0,007)
- Abbruchrate 10,1 % vs. 6,2 % (p = 0,110)

i KOMMENTAR

„Freeze-all“ wird großzügig indiziert. Wenn ein ovulatorischer FET Zyklus angestrebt wird und eine Pause vorteilhaft ist, entsteht eine weitere Dimension: der Aufschub kostet Zeit und Belastung. Nach erfolgloser Frisch- oder Freeze-all-IVF wollen Paare häufig rasch weitermachen, nicht warten. In einem RCT war „Warten“ auf den FET mit deutlich mehr Belastung und Depression verbunden (Song et al., RBE 2021)

RISIKODIFFERENZ IN PROZENTPUNKTEN (SOFORT MINUS AUFGESCHOBEN)



Lebendgeburt: einseitige 90-%-KI; Schwangerschaft: zweiseitige 95-%-KI. Nichtunterlegenheit gilt nur, wenn die untere KI-Grenze rechts der Marge liegt.

EINORDNUNG

Bislang sprach die Evidenz für den sofortigen Transfer. Die Metaanalyse von Bergenheim et al. (HRU 2021) über 15 Kohortenstudien mit rund 20.000 Zyklen fand einen signifikanten Vorteil: adjustierte OR 1,20 (1,01–1,44) für Lebendgeburt. Zwei RCTs von 2021 wiesen in dieselbe Richtung — Li et al. mit 47,2 % gegen 37,7 % Lebendgeburt (HR 2021), Song et al. (RBE 2021) knapp verfehlt, aber nach Adjustierung signifikant. Beide liefen ausschließlich im HRT-Zyklus, und beide Autorengruppen warnten ausdrücklich vor der Übertragung auf den ovulatorischen Zyklus.

Der entscheidende Unterschied dürfte das FET-Protokoll sein: Im artifiziellen Zyklus spielt die Leitfollikelbildung keine Rolle, im mNC erschweren persistierende Corpora lutea die Abgrenzung u/o das Follikelwachstum. Dafür spricht der interne Vergleich dieser Studie: Die Abbruchrate lag bei 10,1 % im sofortigen gegen 6,2 % im aufgeschobenen Arm.

Notabene, zwei RCTs laufen: eine chinesische zum Single-Blastozystentransfer nach Freeze-all mit Abschluss 2026 (NCT04371783, n = 828), und — von derselben dänischen Gruppe wie der aktuellen Studie — ein multizentrisches RCT zum sofortigen versus aufgeschobenen Transfer im programmierten oder stimulierten Zyklus, Rekrutierung seit 2024, Abschluss 2028 (NCT06304792, n = 484, 2028).

11. Wie lange Estradiol nach positivem Schwangerschaftstest? Absetzen in SSW 6 vs. Fortführung bis SSW 10 im HRT-FET: Nicht-Unterlegenheits RCT

WU Y ET AL. ESHRE 2026, L26/P-865. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

HINTERGRUND

Der FET im HRT-Zyklus ist weltweit Standard. Progesteron und Estradiol werden üblicherweise bis SSW 10–12 weitergegeben. Für die Progesteron-Dauer gibt es Evidenz – für die optimale Estradiol-Dauer bislang nur ein sehr kleines RCT.

STUDIE

Monozentrische, randomisierte, offene Parallelgruppen-Studie mit Nichtunterlegenheits-Design (Guangzhou, China). Von 1.920 gescreenten Patientinnen wurden 634 im Verhältnis 1:1 randomisiert: Absetzen von Estradiolvalerat in SSW 6 (n = 314) oder Fortführung bis SSW 10 (n = 320). Eingeschlossen wurden Frauen 20–40 Jahre mit vitaler intrauteriner Einlingsschwangerschaft in SSW 6, innerhalb der ersten drei Transferversuche. Rekrutierung 03/2021–05/2023, Follow-up abgeschlossen 12/2023. Primärer Endpunkt: Lebendgeburtenrate (ITT-Analyse aller Randomisierten).

✓ ERGEBNISSE

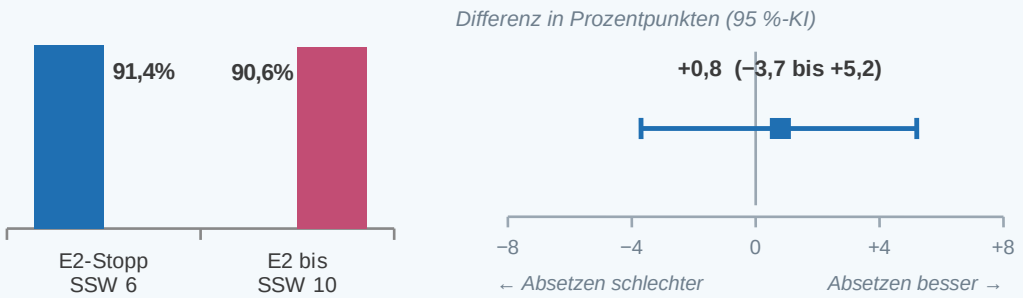
- Lebendgeburt 91,4 % (287/314) nach Absetzen in SSW 6 vs. 90,6 % (290/320) bei Fortführung
- RR 1,01 (95 %-KI 0,96–1,06); absolute Differenz +0,8 % (−3,7 bis +5,2) – Nichtunterlegenheit erfüllt
- Maternale und neonatale Ergebnisse vergleichbar, keine Unterschiede bei unerwünschten Ereignissen
- Progesteron wurde in beiden Armen unverändert weitergegeben

i KOMMENTAR

Estradiol einzunehmen kostet fast nichts und belastet kaum – die Schwelle, ab der Fortführung sich lohnt, liegt weit unter der hier nachgewiesenen Grenze.

Bei so asymmetrischen Kosten und möglicherweise Nutzen besteht eine höhere Schwelle zur Beweisführung für das Absetzen. Notabene muss ein sehr hoher Aufwand betrieben werden, um Schwangerschaften in der 6. SSW herbeizuführen.

LEBENDGEBURTENRATE UND ABSOLUTE DIFFERENZ (ITT, n = 634)



Das Intervall lässt einen Verlust von bis zu 3,7 Prozentpunkten offen. RR 1,01 (0,96–1,06).

EINORDNUNG

In der 6. SSW liegt der luteo-plazentare Shift: Der Trophoblast übernimmt die Steroidproduktion, die zuvor vom Corpus luteum oder — im HRT-Zyklus — von der Substitution kam. Das Estradiol stammt danach überwiegend aus der Plazenta, die es aus fetalen Androgenvorstufen aromatisiert. Dass ein Absetzen die Lebendgeburtenrate im Mittel nicht relevant verändert, ist insofern plausibel. Offen bleiben Subgruppen und Endpunkte wie Zwischenblutungen.

Für eine belastbare Deeskalationsempfehlung braucht es aber deutlich größere Studien, die neben der Lebendgeburt auch Blutungen, unerwünschte Ereignisse und perinatale Endpunkte erfassen — und, idealerweise dann auch einen früheren Absetzzeitpunkt prüfen.

Die Analogie zum Frischzyklus stützt allerdings das Prinzip: Dort kann vaginales Progesteron in SSW 5-6 abgesetzt werden (Kohls et al., Fertil Steril 2012), bei Normorespondern möglicherweise schon mit positivem hCG-Test (Übersicht in Watters et al., RBMO 2020).

Eine iranische Studie (Ghaffari et al., Archives 2022) prüfte dieselbe Fragestellung wie Wu et al. mit gleichem Ergebnis, randomisierte aber nur 64 Schwangere (Abortrate 3,1 % vs. 18,8 %, zugunsten des Absetzens).

13.-16. Kurz notiert: vier weitere Studien

42. JAHRESTAGUNG DER ESHRE, London 2026. HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1).

LANGZEITFOLGEN FÜR DIE NACHKOMMEN

Höherer Blutdruck und ungünstiges Herz-Remodelling bei Jugendlichen nach ART

Dänische landesweite Kohorte mit klinischer Untersuchung von 277 Einlingen im Alter von 15–17 Jahren (113 nach Frischtransfer, 59 nach Kryotransfer, 105 spontan konzipiert). Adjustierter systolischer 24-Stunden-Blutdruck +3,2 mmHg (95 %-KI 1,0–5,4) nach Frisch- und +2,8 mmHg (0,2–5,3) nach Kryotransfer. Prävalenz einer arteriellen Hypertonie 19 % bzw. 17 % gegenüber 6 % bei spontan konzipierten Gleichaltrigen (RR 3,75 bzw. 3,1). Nach Frischtransfer zusätzlich erhöhter Belastungsblutdruck (+7,2 mmHg) und höherer linksventrikulärer Massenindex (+4,4 g/m²). Gestationsalter und Geburtsgewicht erklärten die Effekte nicht. Auf eine Adjustierung nach elterlichem Blutdruck wurde leider verzichtet.

JENSEN J ET AL., L26/O-332

GLP-1-REZEPTORAGONISTEN

Semaglutid vor der Kinderwunschbehandlung: ein uneinheitliches Bild

Dänische Registerkohorte mit 38.399 Frauen und ihren Partnern, 10/2018–12/2024, adjustiert mittels Inverse Probability of Treatment Weighting. Männliche Semaglutid-Exposition vor IUI ging mit höheren klinischen Schwangerschaftsraten einher (OR 1,52; 95 %-KI 1,10–2,09); für weibliche Exposition zeigte sich bei IUI kein Effekt. Bei IVF/ICSI wies der Trend für beide Partner in die Gegenrichtung (erster Zyklus: OR 0,75 [0,58–0,96] für Männer, 0,72 [0,49–1,04] für Frauen), ebenso die Zahl gewonnener Eizellen. Angaben zu Gewichtsverlauf und Rebound fehlen – die Kausalität bleibt offen.

HVIID K ET AL., L26/O-097

FERTILITÄTSPROTEKTION

Erste erfolgreiche Rücktransplantation kryokonservierten immaturen Hodengewebes

Ein Fallbericht aus Brüssel: 2008 vor einer Stammzelltransplantation bei Sichelzellkrankheit im Alter von zehn Jahren eingelagertes Hodengewebe wurde 16 Jahre später autolog zurücktransplantiert – elf Fragmente intratestikulär und subkutan skrotal. Nach einem Jahr waren alle Grafts nachweisbar und vaskularisiert; in zwei von vier intratestikulären Grafts fanden sich Spermatogonien und aktive Spermatogenese, aus einem Graft ließen sich Spermien gewinnen. Ejakulat weiterhin azoosperm, Hormonstatus unverändert, keine Komplikationen. Proof of Concept für das Testicular Tissue Banking bei präpubertären Jungen.

GOOSSENS E ET AL., L26/O-036

PGT-A BEI WIEDERHOLTEN ABORTEN

Euploidie gleicht die Prognose bei habituellen Aborten nicht aus

Retrospektive Auswertung von 775 euploiden Transferzyklen eines Zentrums (2017–2025). Lebendgeburt pro Transfer: 50,4 % in der Kontrollgruppe ohne Abortanamnese, 36,7 % bei wiederholten Aborten mit unauffälligem Work-up und 27,2 % bei auffälligem Befund ($p < 0,001$). Adjustiert aOR 0,58 (95 %-KI 0,37–0,89) bzw. 0,36 (0,22–0,59). AMH und Embryoqualität waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Ein euploider Embryo hebt das erhöhte Verlustrisiko also nicht auf – relevant für die Beratung zur PGT-A bei habituellen Aborten. Retrospektives Design, moderate Fallzahl.

BLAGOJEVIC T ET AL., L26/O-275

Literatur: die vorgestellten Studien

ALLE ABSTRACTS: HUM REPROD. 2026; 41(SUPPL. 1) · 42. JAHRESTAGUNG DER ESHRE, LONDON, 5.–8. JULI 2026

1 Melo P et al. Letrozole versus clomifene citrate with or without metformin for ovulation induction in anovulatory PCOS (LOCI trial). Abstract L26/O-015.

2 Devall A et al. Metformin in early pregnancy and the risk of miscarriage after ovulation induction in PCOS (LOCI trial, part 2). Abstract L26/O-018.

3 Katsika A et al. Letrozole co-treatment with gonadotrophins in ART: systematic review and meta-analysis. Abstract L26/O-268.

4 Barad D et al. Intraovarian platelet-rich plasma in diminished ovarian reserve: a randomised placebo-controlled trial. Abstract L26/O-141.

5 Maier-Eggersmann et al. Intraovarian PRP versus saline in women with diminished ovarian reserve: a randomised controlled trial. Abstract L26/P-797.

6 Berntsen S et al. No advantage of ICSI over IVF in the absence of severe male factor: cumulative deliveries from a multicentre randomised controlled trial (INVICSI). Abstract L26/P-276.

7 Cai H et al. Hyaluronic acid-enriched transfer medium in single blastocyst transfer: a multicentre randomised controlled trial. Abstract L26/O-310.

8 Laverde M et al. Effect of embryo culture medium on live birth and perinatal outcomes after IVF: a multicenter RCT. Abstract L26/P-252.

9 Bouet P-E et al. (CONFIRM study group) IVF versus conversion to intrauterine insemination in poor responders: a non-inferiority randomised controlled trial. Abstract L26/O-138.

10 Gu F et al. Natural versus programmed cycle for frozen embryo transfer: live birth rate and hypertensive disorders of pregnancy. Abstract L26/O-019.

11 Colombo C, Bergenheim S et al. Immediate versus postponed frozen embryo transfer in a modified natural cycle: a multicentre randomised controlled trial. Abstract L26/P-902.

12 Wu Y et al. Discontinuation of estradiol at 6 versus 10 weeks of gestation in HRT frozen embryo transfer: a non-inferiority randomised controlled trial. Abstract L26/P-865.

13 Jensen J et al. Blood pressure and cardiac remodelling in adolescents conceived after ART: a Danish nationwide cohort. Abstract L26/O-332.

14 Hviid K et al. Preconception exposure to GLP-1 receptor agonists and fertility treatment outcomes: a Danish register-based cohort. Abstract L26/O-097.

15 Goossens E et al. First successful autologous transplantation of cryopreserved immature testicular tissue. Abstract L26/O-036.

16 Blagojevic T et al. Euploid embryo transfer outcomes in patients with recurrent pregnancy loss. Abstract L26/O-275.

Weiterführende Literatur

IN DEN EINORDNUNGEN UND KOMMENTAREN ZITIERTE ARBEITEN

Barrenetxea G et al. Intraovarian platelet-rich plasma injection and IVF outcomes in patients with poor ovarian response: a double-blind randomized controlled trial. Hum Reprod 2024;39:760–9.

Bergenheim SJ, Saupstad M et al. Immediate versus postponed frozen embryo transfer after IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 2021;27:623–42.

Bülow NS, Macklon NS. The role of letrozole in in vitro fertilization treatment: new remedy or old mirage? Fertil Steril 2025;123:41–9.

Busnelli A et al. Obstetric and perinatal outcomes following programmed compared to natural frozen-thawed embryo transfer cycles: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 2022;37:1619–41.

Colombo C et al. Immediate versus postponed blastocyst transfer in stimulated or programmed frozen embryo transfer cycles: protocol for a randomised clinical trial. Dan Med J 2025;72(8):A03250214.

Dang VQ et al. ICSI versus conventional IVF in couples in whom the male partner has normal total sperm count and motility: an open-label, randomised controlled trial. Lancet 2021;397:1554–63.

Dreyer Holt M et al. The impact of suppressing estradiol during ovarian stimulation on the unsupported luteal phase: a randomized controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 2022;107:e3633–43.

Duration of estradiol supplementation in luteal phase support for frozen embryo transfer in hormone replacement treatment cycles: a randomized, controlled phase III trial. PMID 34561715 (NCT04013438).

Geysenbergh B et al. Natural versus artificial cycle for endometrial preparation in ovulatory women undergoing frozen-thawed embryo transfer: a randomised controlled trial. Hum Reprod 2026;41:1420–9.

Gleicher N et al. The declining efficiency of IVF in the USA. Hum Reprod Open 2026;2026(1):hoag004.

Herlihy NS, et al. Effect of intraovarian platelet-rich plasma injection on IVF outcomes in women with poor ovarian response: the PROVA randomized controlled trial. Hum Reprod. 2024;39(7):1495–1503.

Heymann D et al. Hyaluronic acid in embryo transfer media for assisted reproductive technologies. Cochrane Database Syst Rev 2020;9:CD007421.

Ho VNA et al. Livebirth rate after one frozen embryo transfer in ovulatory women starting with natural, modified natural, or artificial endometrial preparation: an open-label randomised controlled trial. Lancet 2024;404:266–75.

Huang J et al. Delayed versus immediate frozen embryo transfer after oocyte retrieval: a systematic review and meta-analysis. J Assist Reprod Genet 2020;37:1949–57.

Kayimu K, Berntsen S, et al. Does intracytoplasmic sperm injection outperform conventional in vitro fertilization in couples without severe male factor infertility? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Hum Reprod. 2026;41(7):1173–1182

Kohls G et al. Early progesterone cessation after in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection: a randomized, controlled trial. Fertil Steril 2012;98:858–62.

Legro RS et al. Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. N Engl J Med 2014;371:119–29.

Lensen S et al. Safety and effectiveness of ten common in-vitro fertilisation add-ons: a systematic review and meta-analysis. Lancet Obstet Gynaecol Womens Health 2026;2:e624–36.

Li H et al. Immediate versus delayed frozen embryo transfer in patients following a stimulated IVF cycle: a randomised controlled trial. Hum Reprod 2021;36:1832–40.

Song JY et al. Immediate versus delayed frozen embryo transfer in women following a failed IVF-ET attempt: a multicenter randomized controlled trial. Reprod Biol Endocrinol 2021;19:131.

Teede HJ et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of PCOS. Fertil Steril 2023;120:767–93.

von Versen-Höynck F et al. Increased preeclampsia risk and reduced aortic compliance with in vitro fertilization cycles in the absence of a corpus luteum. Hypertension 2019;73:640–9.

Wang Y, et al. Intracytoplasmic sperm injection versus conventional in-vitro fertilisation for couples with infertility with non-severe male factor: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2024;403(10430):924–934.

Watters M, Noble M, Child T, Nelson S. Short versus extended progesterone supplementation for luteal phase support in fresh IVF cycles: a systematic review and meta-analysis. Reprod Biomed Online. 2020 Jan;40(1):143-150.

Youssef MMA et al. Culture media for human pre-implantation embryos in assisted reproductive technology cycles. Cochrane Database Syst Rev 2015;11:CD007876.

Laufende Studien: NCT04371783 (Shanghai, n = 828) · NCT06304792 (Rigshospitalet, n = 484).

Interessenkonflikte des REPROFACTS-Panels

ZUWENDUNGEN IN FORM VON REISEKOSTENERSTATTUNGEN UND HONORAREN FÜR VORTRÄGE UND WISSENSCHAFTLICHE BERATUNGEN, 2025 UND 2026

Dr. rer. nat. Jana Bender-Liebenthron Düsseldorf · Klinische Embryologie & Kryokonservierung

Keine im Zusammenhang mit dieser Thematik.

Dr. rer. nat. Tom Trapphoff Dortmund · Reproduktionsbiologie, Genetik, Grundlagen

Ferring Arzneimittel GmbH; Merck Healthcare Germany GmbH; Theramex Germany GmbH.

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich Berlin · Sicherheit, QM, Ethik & Recht, Psychologie

2017 bis 2025 keine Bezüge von Pharmafirmen. Vorträge auf Veranstaltungen von Pharmafirmen gehalten; die Honorare wurden an einen gemeinnützigen Zweck gespendet („Tour der Hoffnung“ für krebskranke Kinder).

Prof. Dr. med. Jürgen Weiss Berlin · Ovarielle Stimulation und Infertilität

Merck Healthcare Germany GmbH.

Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe Gießen · Andrologie

Merck Healthcare Germany GmbH; ReproFacts (Wikonect GmbH); Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V.; Universitätsklinikum Düsseldorf.

Prof. Dr. med. Michael von Wolff Bern · Fertilitätserhalt, Ovarreserve, Fertilitätschirurgie

Vifor; IBSA; Ferring; Wikonect.

Prof. Dr. med. Barbara Sonntag Hamburg · Endokrinologie

Merck Healthcare Germany GmbH; IBSA Pharma GmbH; Sidekick Health Germany GmbH.

Prof. Dr. med. Volker Ziller Marburg · Endometriose, Endometrium und Frühschwangerschaft

Unter anderem Merck Healthcare Germany GmbH; Ferring Arzneimittel GmbH; Besins; Amgen GmbH; Theramex; Gedeon Richter Pharma GmbH; IBSA GmbH.

DIE REPROFACTS-INITIATIVE Seit 2011 · Organisation: wikonect GmbH, Wiesbaden · Nächstes Treffen: Freitag, 16. Juli 2027, Steigenberger Airport Hotel Frankfurt · Programm, On-Demand und Reports reprofacts.de