

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



Mitteilungen der Gesellschaften

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (3), 219-238

www.kup.at/repromedizin

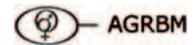
Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

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

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

AGRBM-Mitteilungen



■ 4. Praxisseminar der AGRBM vom 13.–15. Mai 2011 in Offenbach

Hauptversammlung der AGRBM

Im Rahmen des 4. Praxisseminars der AGRBM in Offenbach fand am 13. Mai 2011 die jährliche Hauptversammlung statt. Der Vorstand gab eine Übersicht zu den Aktivitäten des vergangenen Jahres.

Die Fort- und Weiterbildungsordnung der AGRBM als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung musste den Gegebenheiten angepasst werden. Im Februar 2011 wurde eine Fax-Abstimmung zur Anpassung der geforderten Fallzahlen durchgeführt und mit großer Mehrheit angenommen. Die Änderungen sind im Detail unter

www.agrbm.de/fortundweiterbildung/fwb.php

nachzulesen. In der AGRBM sind zurzeit 101 Mitglieder im Besitz der Fachanerkennung. Die erreichten Fortbildungspunkte können noch bis Jahresende für den 2-Jahres-Zeitraum 2010/2011 eingereicht werden.

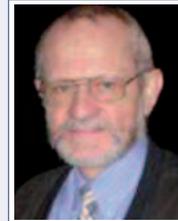
Die seit 2 Jahren laufenden dezentralen Fortbildungsveranstaltungen der AGRBM für MTAs wurden mit Erfolg fortgeführt. Die Schulungen zum Thema „Methoden im IVF-Labor“ wurden von ca. 80 Teilnehmern besucht. Zu 2 weiteren Themenbereichen werden in den nächsten Monaten Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt: „Weibliche Unfruchtbarkeit“ und „Fertilisation/Präimplantationsentwicklung“. Diese Fortbildungen sind ideal dazu geeignet, der in den EU-Richtlinien geforderten Fortbildung für das technische Laborpersonal nachzukommen.

Das ausführliche Protokoll der HV steht den Mitgliedern auf der Homepage zur Verfügung.

Vorankündigung: Das nächste Jahrestreffen der AGRBM findet vom **11.–13. Mai 2012** erstmals als 2-Länder-Treffen gemeinsam mit den österreichischen Kollegen des „Embryologen Forum Austria“ im österreichischen Leogang in der Nähe von Salzburg statt.

Im Rahmen der Hauptversammlung wurde Herrn **Prof. Hans Wilhelm Michelmann** aus Göttingen in Anerkennung seiner großen Verdienste um die Reproduktionsbiologie des Menschen die erste **Ehrenmitgliedschaft der AGRBM** verliehen.

Prof. Michelmann absolvierte sein Studium an der Landwirtschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität in Göttingen, wo er 1975 auch seine Promotion ablegte. Anschließend ging er in die USA und arbeitete bis 1978 am „National Institute of Environmental Health Science“.



Aber es zog ihn wieder zurück an die Göttinger Universität, wo er 1981 auf dem Gebiet der Fortpflanzungsbiologie und Zytogenetik habilitierte.

Die bewegten Anfangsjahre der IVF in Deutschland gestaltete Herr Prof. Michelmann aktiv in der Frauenklinik der Christian-Albrecht-Universität in Kiel mit. Hier war er bis 1987 tätig, bevor er erneut an die Göttinger Universität wechselte, wo er bis zu

seiner Pensionierung Anfang dieses Jahres als Professor für Reproduktionsbiologie tätig war.

Darüber hinaus war er Mitherausgeber der Zeitschrift Reproduktionsmedizin, Vorstandsmitglied der DGRM und der DGGEF sowie Board member of Worldwide Fertility Network. 1993 wurde ihm die Ehrendoktorwürde der Universität Bukarest verliehen.

Über die ganzen Jahre war und ist Herr Prof. Michelmann der AGRBM eng verbunden. 1988 war er einer der insgesamt 26 Teilnehmer des ersten IVF-Laborleitertreffens in Heppenheim, und er gehörte selbstverständlich auch zum kleinen Kreis der Gründungsmitglieder, die 1994 in Bonn die AGRBM ins Leben riefen.

Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge (Auswahl)

Oocyte Vitrification. A useful perspective in assisted reproduction

A. Cobo
IVI Valencia

Oocyte cryopreservation has been one of the most fascinating challenges of assisted reproduction technology and its incorporation into the clinical practice has been a goal since many years.

There are several indications of human female gamete cryo-storage including sub-fertile and fertile patients. Women at risk of losing their reproductive function caused by oncological treatments or premature ovarian failure could benefit greatly from this practice. In addition, oocyte cryopreservation may increase the flexibility of the options offered by current assisted reproduction technology strategies, especially in cases where the delaying in embryo transfer is mandatory due to the risk of ovarian hyperstimulation syndrome; low response to gonadotropins or

failure to obtain the sperm sample the day of ovum pick up. One of the most interesting advantages of oocyte cryo-storage is the greater flexibility granted to ovum donation programs, since no synchronization would be needed, becoming safer and easier procedures since a quarantine period could be attained prior to the donation of the oocytes. Fertile women may take advantage of this technology to electively delay childbearing.

Despite the early disappointing results, recent advances in cryobiology have significantly improved the clinical efficiency of cryopreserved oocytes including the reports of several healthy children born, especially when employing different approaches of vitrification. This ice-free cryopreservation method has been modified in order to optimize results in humans. Accordingly, in our experience, the developmental capability of embryos obtained from vitrified oocytes using the Cryotop method, is not affected by the vitrification procedure as shown in a very

recent prospective randomized study aimed to assess the efficiency of oocyte vitrification as a tool to establish an egg-banking for ovum donation (Cobo et al Fertility and Sterility 2008, Cobo et al Human Reproduction 2010).

One of the most remarkable benefits of the egg-banking is the elimination of the long waiting lists. With this option, the donation can take place once endometrial preparation has been completed. Therefore, the average time of estradiol replacement for recipients of our egg-bank ovum donation program is 15.5 ± 4.6 days, being significantly lower than the spent for patients waiting for the reception of fresh oocytes (22.4 ± 5.4 ; $p < 0.05$) (Cobo et al Human Reproduction 2010). As mentioned above the overall outcome of the egg-banking system using vitrified oocytes is highly satisfactory. Survival rate after warming is over 90%. The potential of vitrified oocytes is consistently similar than the one attained for fresh ones: fertilization rate (74.2% vs 73.3%); cleavage rate on day (95.3% vs 96.0%); clinical pregnancy rate (55.4% vs 55.6%); ongoing pregnancy rate (49.1% vs. 48.3%) and implantation rate (39.9% vs 40.9%) for vitrified and fresh oocytes respectively (NS).

These evidences indicate that nowadays oocyte cryopreservation by means of vitrification is providing a highly effective tool within ART, attaining similar outcomes than those obtained with fresh oocytes, thus allowing its application into clinical practice. To date we have donated over 20,000 vitrified oocytes and more than 500 babies have been born in our centre after oocyte vitrification.

Objective Markers of Embryo Viability

M. Meseguer¹, A. Tejera¹, J. Herrero¹, M. Cruz², N. Ramsing³

¹Clinical Embriology Laboratory Instituto Universitario IVI, Valencia, Spain; ²Clinical Embriology Laboratory IVI, Alicante, Spain; ³Unisense Fertilitatech, Aahrus, Denmark

Failure to select a viable embryo in a given fertility treatment cycle limits the success rates of current procedures. Fertility clinics rely on a morphological assessment of embryo appearance at a few distinct time points during development to pick a viable embryo for transfer. Current selection procedures are based on a morphological evaluation of the embryo at three to four chosen time points during development followed by an evaluation at the time of transfer using a standard microscope.

However, embryo development is a very dynamic process and critical stages between observations go unnoticed. We are going to describe the shortcomings of current IVF protocols and substantiates how improved embryo selection is possible.

Oxygen consumption measurements from oocytes and embryos together with the assessment of the kinetics of embryo division

could be applied routinely in the clinical embryology laboratory in order to assess embryo quality, replacing the classical microscope based methods to select embryos. The use of an automated clinical and research instrument with programmable measurement cycles for unattended operation, allow data to be collected on respiration rates of single embryos during development as well as analyzing time-lapse image series obtained as vertical stacks of images throughout the growing embryo quantifying the timing of cell division.

The ongoing project is based in a prospective cohort observational study on infertile couples in which we are measuring the oocyte and embryonic respiration rates together with the exact timing of embryo cleavages and these values are correlated with the implantation of those transferred embryos but always following the standard morphological criteria currently used by clinical embryologist.

The parameters studied have been demonstrated as new markers of embryo implantation and in consequence we have been able to:

1. Introduce a novel quantitative method to measure oocyte and embryo quality (actually this determination is based in subjective morphological features).
2. Improve the standard procedures to select embryos for transference following exclusively morphological criteria by those which combine morphology dynamics and kinetics.

Time-lapse technology applied to embryo selection, is able to improve embryo scoring and is decreasing embryo manipulation (strictly necessary for the standard procedures) which considerably alters in vitro culture conditions. All these embryo parameters obtained has allowed us to build an algorithm that is developing a new embryo selection procedure. The full automatic process here presented is providing dynamic observation for better decision by constant surveillance of all embryos, doing undisturbed culture in stable environment obtaining finally a flexible evaluation.

Fertiprotekt: Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen

R. Dittrich

Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen

Aggressive Chemotherapie und Radiotherapie im Rahmen der Behandlung einer malignen Erkrankung führt häufig zu einem Verlust sowohl der Keimzellen wie auch der endokrinen Funktion der Gonaden. Unter der nachfolgenden Sterilität leiden sehr viele Patientinnen und Patienten. Als fertilitätserhaltende Maßnahme bei Männern bietet sich die Kryokonservierung von Spermien an. Dies ist eine etablierte und einfach durchführbare Methode und hat sich in der Praxis bewährt. Die Verwendung kryokonservierter Spermienproben ist heute eine Routinebehandlung in der assistierten Reproduktionstechnologie. Bei Frauen ist es schwieriger, da hier nur eine reife Eizelle pro Zyklus heranreift. In den letzten Jahren wurden jedoch einige Strategien entwickelt, um diesen Patientinnen zu genetisch eigenen Kindern zu verhelfen [Dittrich R, et al. Fertility preservation in cancer patients. *Minerva Ginecol* 2010; 62: 63–80]. Hier steht am Anfang sicher die Auswahl schonender Chemotherapeutika, soweit dies ohne Verminderung der Überlebenschancen für die Patientin möglich ist. Cyclophosphamid ist die Substanz, die bei ihrer Anwendung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit einen Verlust der Ovarialfunktion verursacht, ebenso wie die Radiotherapie mit einer Dosis von über 8 Gy. Bei reiner Radiotherapie besteht die Möglichkeit der Verlagerung der Ovarien aus dem Bestrahlungsgebiet. Kann die Chemotherapie zeitlich verschoben werden, besteht die Möglichkeit einer Stimulationsbehandlung und Gewinnung von Eizellen, die dann entweder befruchtet oder unbefruchtet eingefroren werden können. Kann die Chemotherapie nicht verschoben werden, gibt es die Möglichkeit der Kryokonservierung von laparoskopisch gewonnenem Ovarialgewebe. Die Vorteile in der Kryokonservierung von Ovarialgewebe liegen darin, dass sie sofort, ohne vorherige Stimulation durchgeführt werden kann und dass bereits in sehr kleinen Biopsien eine sehr große Anzahl an Eizellen vorhanden ist. Prinzipiell gibt es hierbei 3 Möglichkeiten, wie später von diesem Gewebe ausgehend eine Schwangerschaft erreicht werden kann. Die erste ist die Reifung von Eizellen in vitro mit anschließender IVF, was bis heute aus technischen Gründen im Menschen nicht erfolgreich ist. Eine weitere Methode liegt in der Xenotransplantation des Gewebes in SCID-Mäuse. Die Reifung von Eizellen bis zum Metaphase-II-Stadium in der SCID-Maus ist möglich, so generierte reife Eizellen wurden jedoch noch nicht befruchtet und auf die Mutter transferiert. Die einzige Methode, die bisher erfolgreich war, ist die Retransplantation in die Patientin. Unterdessen sind mindestens 14 Geburten nach Transplantation von kryokonserviertem Ovarialgewebe weltweit beschrieben [Donnez J, et al. Children born after autotransplantation of cryopreserved ovarian tissue. A review of 13 live births. *Ann Med* 2011; Epub ahead of print]. In Erlangen wurde bisher bei 6 Patientinnen eine Retransplantation von Ovarialgewebe durchgeführt. Die Retransplantationen erfolgten dabei jeweils laparoskopisch und verliefen ohne Zwischenfälle. Bei allen Patientinnen konnte ein Anstieg von Östradiol nachgewiesen werden, bei 4 Patientinnen wurden nach Durchführung von Punktionen Eizellen gewonnen. Somit zeigt sich die Kryokonservierung von Ovarialgewebe vor einer Tumorbehandlung als geeignete Option des Fertilitätserhaltes. Sowohl Männer als auch Frauen sollten über die Möglichkeiten des Fertilitätserhaltes bei Krebserkrankungen informiert werden. Bei Männern ist das in erster Linie die Kryokonservierung von Spermien, bei Frauen die Kryokonservierung von Eizellen und Ovarialgewebe.

Diskussionsrunden

Traditionell wird bei den Praxisseminaren der Schwerpunkt auf die interaktive Diskussion zu aktuellen Themen gelegt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zweier Diskussionsrunden zusammengefasst:

Workshop „Embryobeurteilung“

(moderiert von M. Montag und S. Winkler)

Den Hintergrund zur Durchführung dieses Workshops bildeten Differenzen innerhalb der ART-Labore hinsichtlich der Beurteilung der Eizellmorphologie, dem Vorkern-Scoring und der Bewertung der Embryonenqualität.

Ziel war ein reger Erfahrungsaustausch unter den Kollegen, um die Beurteilungsmodi innerhalb der Labore anzugleichen. Als Grundlage diente ein Fragebogen, der zuvor an die Teilnehmer verschickt wurde. Diskussionspunkte waren die Beurteilung des Reifestatus des Kumulus-Oozyten-Komplexes (COC), der Syngamie-Check, Embryonen mit multinukleären Blastomeren, Qualität der Blastozysten sowie angewandte Zusatzmethoden im ART-Labor zur Verbesserung der Implantationsraten.

Eine Beurteilung des COC wird nur in wenigen Zentren durchgeführt, aus Studien wird empfohlen, COC mit blutigen Anteilen von unblutigen in der Kultur zu trennen. Blutbestandteile im COC sind Anzeichen eines suboptimalen Follikels, eine schlechtere Eizellqualität und eine verminderte embryonale Entwicklung sind die Folge.

Das Entwicklungspotential einer Oozyte ist zum einen abhängig von der Qualität des Follikels (O_2 , Apoptosis) und von der Art und Menge der applizierten gonadotropen Hormone. Denn die kontrollierte ovarielle Stimulation führt zu Follikeln unterschiedlicher Qualitäten. Ebenso beeinflusst das Alter der Oozyten die Qualität und den Behandlungserfolg deutlich.

Hinsichtlich der Beurteilung der Oozytenmorphologie wird laut Literatur den zytoplasmatischen Abnormitäten mehr Einfluss auf die Erfolgsrate zugeschrieben, als extra-zytoplasmatischen Merkmalen.

Entscheidend für die Beurteilung/Auswahl der Metaphase-II-Oozyten sind weder die Form des 1. Polkörpers (rund, flach, fragmentiert), Auffälligkeiten des perivitellinen Spaltes (vergrößert, perivitelline Fragmente) noch eine kompakte/dicke Zona pellucida, sondern zytoplasmatisch abnorme Merkmale, wie Vakuolen unterschiedlicher Größe oder refraktile Körper und Inklusionen. Hauptaugenmerk sollte jedoch den Clustern des glatten endoplasmatischen Retikulums (SER-Cluster) gelten, da dieses Merkmal bei geborenen Kindern nachweislich zu schweren Gendefekten und Anomalien führen kann. Eizellen mit SER-Clustern sollten deshalb gar nicht injiziert werden. Dies gilt auch für MII-Eizellen mit einem übergroßen Polkörper oder einer ausgeprägten elongierten Form.

Einig waren sich alle Teilnehmer darüber, dass das alleinige Vorkern-Scoring nicht mehr

zeitgemäß ist. Untersuchungen am Embryoscope™ zeigen deutlich die Dynamik der Vorkernbildung bzw. der NPB. Die bisherige Beobachtung stellt nur eine statische Beurteilung in einem dynamischen System dar und ist für eine eindeutige, prognostische Aussage nicht geeignet. Es ist darauf zu achten, dass randständige Pronukleusstadien sowie stark in ihrer Größe differierende PN-Stadien (Z4, nach Scott et al. 2001) dokumentiert und wenn möglich von der weiteren Kultivierung ausgeschlossen werden.

Ein wichtiges Auswahlkriterium stellt der „Syngamie-Check“ oder die Beobachtung des „early cleavage“ (EC) dar. Eine gute embryonale Entwicklung wird prognostiziert, wenn das Auflösen der Vorkerne 22–25 h nach Insemination (IVF/ICSI gleiche Bewertung 23 ± 1 h) erfolgt. Das optimale Zeitintervall für EC liegt bei 25–28 h in Abhängigkeit von der durchgeführten Therapie (IVF 28 ± 1 h; ICSI 26 ± 1 h). Diese Beobachtung spricht für eine gute Zellqualität und ist assoziiert mit einer verbesserten Embryonenqualität verbunden mit einer Verminderung von multinukleären Blastomeren. Die „metabolische Fitness“ des Embryos führt zu verbesserten Implantations- und Schwangerschaftsraten. Liegt das Zeitintervall der Syngamie beider Vorkerne unter 20 h nach Insemination, ist dies als negatives Anzeichen zu werten.

Empfehlenswert ist die Dokumentation von Embryonen mit multinukleären Blastomeren (MNB), vorrangig zu sehen am Tag 2. Embryonen mit dieser Auffälligkeit zeigen eine hohe Rate an chromosomalen Abberationen verbunden mit stark verminderten Implantationsraten. Bei einer Kultivierung bis zum Blastozystenstadium sollte das Vorhandensein von MNB als Ausschlusskriterium fungieren. Eine frühzeitige Kompaktierung der Embryonen im 4- bis 6-Zell-Stadium (Tag 2) ist ebenso als ungünstig zu bewerten.

Die tägliche Beurteilung und Bewertung der Entwicklungsfähigkeit, beginnend mit dem COC, über die Eizelle, dem Early Cleavage, den embryonalen Teilungsstadien bis hin zur Blastozystenbildung, erlaubt eine prognostische Einschätzung des Behandlungserfolges aus der Sicht des Embryologen.

Simone Winkler, Jena

Workshop „Aufgaben der Andrologie“

(moderiert von V. Nordhoff und M. Rickert-Föhring)

Neue WHO-Richtlinien zur Ejakulatuntersuchung

Bezüglich der neuen WHO-Kriterien wurde herausgestellt, dass die Daten des neuen WHO-Handbuches (5. Auflage) sich aus evidenzbasierten Untersuchungen von weltweit angesiedelten Referenzlaboratorien (4500 untersuchte Proben aus 14 Ländern) ergeben [Cooper TG et al., 2010, WHO reference values for human semen characteristics].

Die vorherigen Ausgaben des WHO-Handbuches (seit 1992) hatten die Absicht der

Einführung einer Standardisierung in der Ejakulatdiagnostik und somit Leitliniencharakter. Diese wurden in den meisten reproduktionsmedizinischen Zentren etabliert. Nach Einführung dieser Standardisierung entstand der Bedarf evidenzbasierter Richtlinien, die mit dem neuen WHO-Handbuch gegeben sind. Eine maßgebliche Mitarbeit daran hatte in Deutschland das andrologische WHO-Referenzlabor des Centrums für Reproduktionsmedizin und Andrologie (CeRA) in Münster, Sitz der Qualitätskontrolle der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (QuaDeGA).

Für die neuen Referenzwerte wurde aus der Verteilung der Werte der untersuchten Proben die sogenannte 5 % Perzentile zugrunde gelegt. Das heißt, dass mit diesen Werten noch 5 % aller untersuchten Probanden innerhalb eines Jahres eine Schwangerschaft erzielt haben.

Diskutiert wurden die wichtigsten Änderungen der Leitparameter:

1. Motilität

Zusammenfassung der a- und b- Motilität zur Gesamtprogressivmotilität

2. Morphologie

Unterer Referenzwert 4 %.

3. Vitalität

Angabe direkt in % derjenigen Spermien, die sich **nicht** durch Eosin anfärben lassen.

Richtlinien der Bundesärztekammer (RiLiBÄK) zur labordiagnostischen Untersuchung von Ejakulaten

Das Thema RiLiBÄK für Ejakulatuntersuchungen erfreute sich einer lebhaften und konstruktiven Diskussion.

Die Umsetzungspflicht dieser Richtlinie (als spezieller Teil B4 der allgemeinen Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Bundesärztekammer [RiLiBÄK]) besteht bereits. Die Übergangsphase gilt bis zum 31. Dezember 2012.

Unstrittig ist der erhöhte Mehraufwand für die Spermiediagnostik durch die Richtlinie.

Mit Einführung der RiLiBÄK B4 werden alle andrologischen Labors die Bestimmung der Konzentration, Motilität und Morphologie nach Maßstäben eines WHO-Referenzlabors bearbeiten müssen. Die Durchführung der Analysen entsprechend der RiLiBÄK B4 ist nicht automatisierbar und wäre daher mit höheren Personalkosten verbunden, die letztlich die ART Behandlung für die Patienten verteuern würde.

Wir als IVF-Biologen sind zusammen mit den MTL-Assistenten die ausführenden Organe dieser Richtlinie und können den Mehraufwand (Zeit und Material) durch das Arbeiten nach RiLiBÄK B4 erfassen. Aus diesem Grund wurde in Erwägung gezogen, mit einigen Zentren eine Probephase zu durchlaufen und die Richtlinie hinsichtlich ihrer praktischen Durchführbarkeit zu bewerten und den tatsächlichen Mehraufwand zu bestimmen.

Zur Unterstützung der internen Qualitätssicherung wurde von der BÄK eine Prüftabelle erstellt (basierend auf Excel), die bei der

QuaDeGA (E-Mail: Barbara.Hellenkemper@ukmuenster.de) abgerufen werden kann. Eine weitere Excel-Tabelle hat Ute Weißborn auf die Homepage gestellt (Mitgliederbereich > Informationen > Protokolle Mitgliederversammlungen).

In den IVF-/Andrologielabors der reproduktionsmedizinischen Zentren werden bereits

hohe Standards in der Ejakulatdiagnostik eingehalten bzw. wird nach WHO-Richtlinien gearbeitet. Die meisten Zentren nehmen zum Zweck der externen Qualitätskontrolle bereits freiwillig an den Ringversuchen der QuaDeGA teil, daher wurde eine Verpflichtung zur Teilnahme, wie sie in der RiLiBÄK B4 gefordert wird, begrüßt.

Zur Sprache kam, abseits von der Akzeptanz der Richtlinie, die Frage nach ihrem Sinn im Hinblick auf die Optimierung des Endpunktes einer jeden ART-Behandlung, des Erzielens einer Schwangerschaft bzw. der Geburt eines gesunden Kindes.

Melanie Rickert-Föhring, Münster

BRZ-Mitteilungen

■ Präimplantationsdiagnostik

Nach derzeitigem Informationsstand könnte das am 7. Juli 2011 verabschiedete Präimplantationsdiagnostikgesetz im Oktober 2011 in Kraft treten. Von diesem Zeitpunkt an darf die Präimplantationsdiagnostik (PID) nur noch in zugelassenen Zentren erfolgen. Da das Gesetz keine Übergangsregelung vorsieht, wird die PID ggf. vorübergehend bis zum Erlass der Rechtsverordnung rechtswidrig sein und kann bis zum Erlass und der anschließenden voraussichtlich erforderlichen Zulassung von Zentren nicht mehr ohne Verstoß gegen das Embryonenschutzgesetz durchgeführt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Hilland

1. Vorsitzender des BRZ

D-66111 Saarbrücken, Dudweilerstraße 58

E-Mail: hilland@fcm-net.de

■ Nach der Entscheidung des Bundestages zur begrenzten Zulassung der PID – Wie geht es weiter?

Der Bundestag hat entschieden: die Präimplantationsdiagnostik bleibt unter der Voraussetzung eines positiven Votums der Ethikkommission und entsprechender Indikation, innerhalb enger Grenzen an entsprechend lizenzierten Zentren zugelassen. Der BRZ hat dazu die folgende Pressemeldung veröffentlicht:

Die Gewissensentscheidung der Bundestagsabgeordneten zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) wird von verantwortungsbewussten Fortpflanzungsmedizinern in Deutschland gewürdigt.

Richtungweisend war der Beschluss des Bundestages vom 7. Juli 2011 zur Re-

gelung einer begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) bei schweren genetischen Erkrankungen der Eltern. Der klaren Entscheidung der Parlamentarier ging eine breite gesellschaftliche und ethische Grundsatzdiskussion voraus, die von der deutschen Reproduktionsmedizin genau verfolgt wurde und von Vielen als Meilenstein der ethischen und politischen Kultur in unserem Lande betrachtet wird. Auch nach dieser Entscheidung wird es weder Designer-Babys noch einen Dammbuch geben. Wir freuen uns über die Verbesserung von Rahmenbedingungen für Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch in Deutschland. Dennoch gibt es weiterhin eine Reihe von Rechtsunklarheiten und regelungsbedürftigen Aspekten in der deutschen Fortpflanzungsmedizin, denen sich der Gesetzgeber in absehbarer Zukunft widmen müssen. In Deutschland gibt es heute etwa 120 universitäre und niedergelassene Ärzte, die sich auf die Behandlung der Un-

fruchtbarkeit spezialisiert haben. Über 90 % dieser Zentren sind über individuelle Mitgliedschaften im Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ) vertreten.

Da Länderinteressen von dem Gesetz berührt werden, muss es auch noch die Bestätigung durch den Bundesrat erhalten. Die Bundesregierung ist im Präimplantationsdiagnostikgesetz ermächtigt worden, mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung zu erlassen, in der weitere, im Gesetz bezeichnete Einzelheiten näher bestimmt werden. Im Bundesministerium für Gesundheit wird an dieser Verordnung gearbeitet. Der BRZ wurde gebeten, sich entsprechend einzubringen und auch die Bundesärztekammer wird voraussichtlich über eine entsprechende (Muster-) Richtlinie auf die berufsrechtliche Gestaltung Einfluss nehmen.

Rauprich O, E Berns, J Vollmann

Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany.

Human Reproduction *in press*

Hum Reprod 2011; doi: 10.1093/humrep/der207 First published online: July 8, 2011

Prof. Dr. med. Michael Ludwig

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

amedes

Zentrum für Endokrinologie – Kinderwunsch – Pränatale Medizin im Barkhof

Mönckebergstraße 10, D-20095 Hamburg

michael.ludwig@amedes-group.com

www.amedes-barkhof.de

■ Zusammenfassung des Artikels und Beurteilung der Aussagen**Hintergrund**

In ihrer Studie berichten die Autoren in der ausführlichen Einleitung darüber, dass die Indikation zu einer assistierten Reproduktion vor allem auf dem ausgeprägtem Kinderwunsch eines Paares beruht. Als relevante Einflussfaktoren nennen sie Risiken, die Belastung sowie die Kosten der Behandlung.

Die Autoren machen außerdem darauf aufmerksam, dass nicht-medizinische Optionen in die Entscheidungsfindung eingehen müssen: Adoption und auch das Leben ohne eigene Kinder.

Anhand der bereits vorliegenden Literatur führen die Autoren aus, dass ausreichend Belege dafür bestehen, dass Kinderwunschaare unabhängig von einer Beratung und unabhängig von individuellen Risiken und Belastungen eine Behandlung akzeptieren, um ihren Kinderwunsch zu verwirklichen.

Im Hinblick auf die Beratung in Deutschland verweisen sie darauf, dass Zentren durchaus mit Psychologen zusammenarbeiten, dass aber eine psychologische Beratung nicht als Standard in der Kinderwunschbehandlung angesehen wird und auch von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt wird.

Inhalt und Ergebnisse

Ziel der Studie war es, die Qualität der Beratung zu beurteilen:

- Die Qualität der Informationen im Rahmen einer Aufklärung durch

das reproduktionsmedizinische Zentrum sollte vonseiten der Patienten beurteilt werden.

- Die aufgenommene Information sollte im Hinblick auf den Realitätssinn der Patienten beurteilt werden.
- Aus Patientensicht sollte die Wahrnehmung der Kosten und die Belastung der Paare durch die Behandlung beurteilt werden.
- Aus Sicht der Patienten und der Experten sollte die Häufigkeit eines übermäßigen Kinderwunsches beurteilt werden.
- Aus Expertensicht sollte beurteilt werden, wie häufig die Patienten darin gehemmt waren, eine begonnene Behandlung zu beenden.
- Die Patienten- und Expertensicht sollte dahingehend beurteilt werden, wer schlussendlich die Entscheidung zur Beendigung bei einer Behandlung mit niedriger Erfolgchance stellen sollte.

Für die Durchführung der Untersuchung wurden 1000 Fragebögen an 18 teilnehmende Kinderwunschzentren verschickt. Wenn mindestens 50 % der Fragen beantwortet waren, galt ein Fragebogen als valide beantwortet. Von diesen gab es 232. Darüberhinaus wurden online 1358 Fragebögen beantwortet. Somit basierte die Untersuchung auf insgesamt 1590 Fragebögen. Ferner lagen vollständige Fragebögen von 230 Reproduktionsmedizinern bzw. Mitarbeitern reproduktionsmedizinischer Zentren vor. 70 % wa-

ren Ärzte, 23 % Wissenschaftler, 2 % Psychologen und 5 % hatten eine andere Aufgabe in den Zentren angegeben.

93 % der teilnehmenden Patienten waren Deutsche, 87 % Frauen. Das mittlere Alter der Frauen lag bei 33 Jahren. Das Netto-Haushaltseinkommen lag in weit über 80 % bei über € 2000,-. Im Mittel lag die Dauer des unerfüllten Kinderwunsches bei 4,1 Jahren. 3,8 Behandlungszyklen waren im Mittel durchgeführt worden.

Die Patienten fühlten sich bezüglich der meisten befragten Punkte gut bzw. sehr gut informiert (> 50 %). Allerdings wurde den Patientinnen und Patienten vonseiten der Mitarbeiter der reproduktionsmedizinischen Einrichtungen in durchschnittlich weniger als 20–30 % eine realistische oder sehr realistische Einschätzung bezüglich der befragten Punkte attestiert. Dies traf zu auf die Beratung bezüglich der Chance auf eine Schwangerschaft, der kumulativen Chance auf eine Schwangerschaft, der Chance auf eine Lebendgeburt, der kumulativen Chance auf eine Lebendgeburt, der Gesundheitsrisiken und Nebenwirkungen allgemein sowie der Gesundheitsrisiken der Follikelpunktion und dem Risiko von Mehrlingsschwangerschaften.

Bezüglich des Fehlbildungsrisiko schätzten 35 % der Patienten die Informationen als gut oder sehr gut ein, in 27 % der Fälle schätzten die Mitarbeiter der

Kinderwunschzentren die Einschätzung der Patienten bezüglich des Fehlbildungsrisiko als realistisch oder sehr realistisch ein.

Bemerkenswert war, dass sich 63 % der befragten Patienten bezüglich der Kosten gut informiert fühlten und die Mitarbeiter der Zentren in 59 % die Einschätzung der Patienten als realistisch einstufen.

Schlecht informiert (durchschnittlich < 20 %) fühlten sich die Patienten bezüglich der Familienbelastung durch Mehrlingsschwangerschaften, der finanziellen Belastung durch Mehrlingsschwangerschaften, bezüglich des übermäßigen Kinderwunsches bzw. der Entwicklung eines übermäßigen Kinderwunsches und der Möglichkeit der Behandlung in anderen Ländern.

Gut oder sehr gut aufgeklärt zur emotionalen Belastung durch die Behandlung fühlten sich nur 31 %, in 39 % traf dies bezüglich des Aufwandes zu und in 29 % fühlten sich die Patienten gut oder sehr gut beraten zu Möglichkeit einer psychologischen Beratung.

Über 80 % der Patienten schätzten die Kosten und die emotionale Belastung durch die Behandlung als hoch oder sehr hoch ein. Eine besonders hohe emotionale Belastung kam durch die Hoffnung und Enttäuschung im Verlaufe der Therapie zustande (88 % der Patienten).

Die Autoren untersuchten auch die Entscheidungsfindung vor dem Hintergrund der Intensität des selbst beurteilten Kinderwunsches. Auf einer Skala von 1 (sehr stark) bis 6 (sehr schwach) stufte sich der Großteil der Patienten (85 %) auf der Stufe 1 oder 2 ein. 74 % der Patienten gaben an, dass sie zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf ihres unerfüllten Kinderwunsches das Gefühl gehabt hatten, dass der Kinderwunsch so stark überhand nähme, dass andere Bereiche des Lebens in den Hintergrund traten.

1/3 der Patienten wurde dahingehend beurteilt, dass sie eher nicht in der Lage seien, die Behandlung aus eigenem Antrieb zu beenden. 11 % der Mitarbeiter der Kinderwunschzentren bemerkte dazu, dass sie in solchen Fällen die Behandlung nicht durchführen, 50 % meinten, dass sie in Einzelfällen die eine Behandlung nicht durchführen und 12 % meinten, dass sie unabhängig davon die Behandlung durchführen.

69 % der Patienten, 64 % der Mitarbeiter von reproduktionsmedizinischen Zentren und 50 % der Psychologen meinten, dass am Ende die Paare entscheiden müssten, ob eine Behandlung beendet wird oder nicht.

Nur 44 % der Patienten, 41 % der Mitarbeiter der reproduktionsmedizinischen Zentren und 45 % der Psychologen meinten, dass die Ärzte entscheiden sollten.

Wenn gefragt wurde, ob eine psychologische Beratung obligat sein solle, meinten 32 % der Patienten, dass dies unbedingt der Fall sein solle, 30 % sahen in Einzelfällen eine Indikation dafür gegeben. Bei den Mitarbeitern der reproduktionsmedizinischen Zentren waren 23 % für eine Beratung in jedem Fall und 23 % für eine Beratung in Einzelfällen.

Bewertung der Qualität der Studie

Ein Nachteil der Studie liegt sicherlich darin, dass über 80 % der Teilnehmer der Fragebogenaktion nicht zufällig gewählt waren, sondern im Internet frei gewählt hatten, teilzunehmen. Dies führt zu einer Verschiebung. Interessant wäre es zu wissen, wie viele Personen in etwa die Möglichkeit gehabt hätten, in den benannten Kinderwunschforen an der Fragebogenaktion teilzunehmen, wie viele den Fragebogen runtergeladen und nicht ausgefüllt haben und ob diejenigen, die den Bogen ausgefüllt haben, sich in bestimmten Merkmalen von den anderen unterscheiden. Auf viele dieser Fragen kann und wird es keine Antwort geben. Man kann aber davon ausgehen, dass – grob geschätzt – mehrere 10.000 Personen die Möglichkeit gehabt hätten, den Fragebogen auszufüllen und sich dagegen entschieden haben.

Eine Verzerrung ist insofern unbestreitbar vorhanden.

Bewertung der Aussagen der Studie

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine ungenügende Informationen bezüglich der emotionalen Belastung und vor allem der Langzeitriskien (Mehrlingsschwangerschaften) bestünde. Sie plädieren für eine Checkliste im Hinblick auf die einzelnen beratenden Punkte. Sie meinen, es müsse obligat sein, entsprechende Informationsbroschüren zu verteilen. Es müsse, so die Autoren, in der Routine Informationsabende und internetbasierte Beratungen geben.

Die Autoren bemängeln, dass es am Ende dem Patienten überlassen bleibt, die Behandlung zu beenden. Sie kommen zu dem Schluss, dass aufgrund der hohen Rate eines übersteigerten Kinderwunsches die Ärzte eine stärkere Rolle bei der Leitung der Patienten einnehmen müssten.

Die Beendigung der Kinderwunschbehandlung solle proaktiv vonseiten der Ärzte angegangen werden.

Worin liegt der Wert dieser Studie?

Die Studie umfasst sicherlich eine große Gruppe an Patienten mit einer langen Kinderwunschdauer und einer umfangreichen Erfahrung im Bereich der Therapie. Dabei wurde allerdings nicht eine zufällige Gruppe an Patienten interviewt, denn es wurde den Patienten selbst überlassen, in die Studie einzutreten oder es zu lassen. Es wäre interessant zu wissen, inwieweit eine unselektierte Kohorte von Patienten, direkt nach einem Erstgespräch befragt, ein ähnliches Bild widerspiegelt hätte.

Verschiedene andere Studien haben in den letzten Jahren gezeigt, dass Patienten tatsächlich, trotz intensiver Aufklärung, eine unrealistische Meinung über das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften behalten. In einer eigenen Befragung haben wir sehen können, dass zum Beispiel nach einer simplen, einseitigen Aufklärung, Studenten oder Frauen mit abgeschlossener Familienplanung eine sehr viel

realistischere Auffassung zum Risiko von Mehrlingsschwangerschaften und der postpartalen Betreuung von Mehrlingen hatten als Kinderwunschaare. Insofern ist es nicht damit getan, die Beratung zu intensivieren, es geht am Ende um das beratene Kollektiv. Auch Checklisten, zusätzlich schriftliches Informationsmaterial oder die Verpflichtung zu weiterer Aufklärung wird nach meiner persönlichen Meinung daran nichts ändern.

Zusätzlich muss man wissen, und wird dies auch validieren können, dass in den allermeisten Kinderwunschzentren regelmäßige, mindestens einmal pro Monat stattfindende Informationsabende angeboten werden, zu denen jedes Kinderwunschpaar – ob Patient oder nicht – Zugang hat. Ferner wird eigenes Aufklärungsmaterial schon aus juristischen Gründen in aller Ausführlichkeit ausgegeben. Zu-

sätzlich erhalten in den allermeisten Kinderwunschzentren die Paare weitere Broschüren mit allen entsprechenden Informationen, die im rezensierten Artikel angemahnt werden.

Der Wert dieser Studie liegt darin, die Mitarbeiter reproduktionsmedizinischer Zentren zu erinnern, dass Kinderwunschpaare ein Kollektiv darstellen, das einer immer wiederkehrenden besonders intensiven Beratung bedarf. Der Hinweis auf das Angebot der Etablierung einer Internetberatung halte ich ebenfalls für eine sehr gute Ergänzung.

Ein weiterer Wert liegt sicherlich darin, dass aufgrund dieser Besonderheit in manchen Fällen eine aktive Führung des Paares auch zum Abschluss einer Kinderwunschbehandlung sinnvoll und notwendig ist. Dennoch darf ein Paar nicht entmündigt und die Ent-

scheidung darüber, ob eine Kinderwunschbehandlung stattfindet oder nicht, komplett oder zum großen Teil von den Ärzten (oder anderen, etablierten Beratern) übernommen werden. Ebenso wie ich den Autoren zustimme, dass die Leitung eines Kinderwunschpaares eine Therapie zu initiieren aber auch sie zu beenden integraler Bestandteil der Behandlung sein muss, muss ich es auf der anderen Seite ablehnen, dass ein Arzt oder ein Psychologe die Entscheidung übernimmt, die Behandlung willkürlich zu begrenzen. Die Entscheidung muss im Sinne eines *informed consent* geschehen. Der Artikel erinnert uns daran, dass Information – nach bestem Wissen und Gewissen gegeben – nicht immer so ankommt, wie wir es uns als beratende Ärztinnen und Ärzte wünschen.

Prof. Dr. med. Michael Ludwig
Hamburg

■ Deutsche FertiQoL-Verbundstudie

Im englischsprachigen Raum ist der auf Initiative der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) sowie der American Society of Reproductive Medicine (ASRM) – in Zusammenarbeit mit Merck-Serono Symposia, Genf – zwischen 2002 und 2009 von einem internationalen Expertenteam entwickelte Fragebogen FertiQoL bereits in großen Studien validiert. Hauptziel dieses FertiQoL-Projektes war die Entwicklung eines international einsetzbaren Instruments zur Messung der Lebensqualität von Frauen und Männern mit Fertilitätsstörungen.

Professor Dr. H. Kentenich und **PD Dr. T. Wischmann** haben sich nun zum Ziel gesetzt, die Validierung auch für Deutschland zu initiieren und haben den BRZ dazu um Unterstützung gebeten. Nur mit Ihrer Hilfe können die erforderlichen Daten – ca. 800 Fragebögen – bis März 2012 erhoben werden. Der BRZ-Vorstand hat entschieden, dass wir das Projekt gegen ein Entgelt auch praktisch

unterstützen, indem die ausgefüllten Fragebögen in der BRZ Geschäftsstelle in Saarbrücken gesammelt und dann an die Auswertungsstelle weitergereicht werden.

Die Fragebögen sind herunterladbar unter www.fertiqol.de

Ihre Fragen richten Sie bitte an:

PD Dr. Tewes Wischmann, Dipl.-Psych.
Institut für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Heidelberg
D-69115 Heidelberg, Bergheimer Str. 20
Tel.: +49(0)6221/568137
Fax: +49 (0)6221/565303
E-Mail:
tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

■ TERMINE:

BRZ-Herbsttreffen 2011 (im Rahmen des 4. DVR-Kongresses)

Tagungsort: bcc Berliner Congress Centrum, D-10178 Berlin, Alexanderstraße 11

Zeit: Samstag, 12. November 2011; 13.15 bis ca. 16.00 Uhr

Ordentliche Mitgliederversammlung des BRZ (mit Vorstandswahlen)

Tagungsort: Abion Spreebogen Hotel, D-10559 Berlin, Alt-Moabit 99

Zeit: Freitag, 4. Mai 2012: Auftakt mit Abendvortrag
Samstag, 5. Mai 2012: ganztags OMV des BRZ

4 intensivseminar

BRZ

Bundesverband
Reproduktionsmedizinischer
Zentren Deutschlands e.V.

4. BRZ- Intensivseminar für gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin

Berlin 26.-28.01.2012

Empfohlen von:

FBA
Frauenärztliche
BundesAkademie

Veranstalter:

Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren
Deutschlands e.V. www.repromed.de

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Andreas Tandler-Schneider
(stv. Vorsitzender des BRZ)
Organisation: **Monika Uszkoreit**
(BRZ, Geschäftsführung)

Teilnahmegebühren:

Frühbuchertarif bis 30.11.2011:
Weiterbildungsassistenten 240,00 Euro
Niedergelassene Ärzte 270,00 Euro

Ab 01.12.2011 für alle 300,00 Euro

**Die Ärztekammer Berlin hat das Seminar zerti-
fiziert und gewährt bei Teilnahme an allen drei
Tagen 23 Fortbildungspunkte.**

ANKÜNDIGUNG

Bereits drei BRZ-Intensivseminare – 2009, 2010, 2011 – liegen hinter uns. Das Konzept hat sich nicht nur bewährt, sondern zeigt, wie wichtig diese Art Veranstaltung für die Fortbildung auf dem Gebiet gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist.

Das 4. Seminar richtet sich wieder an Weiterbildungsassistentinnen und –assistenten, aber auch an niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen, die ihr Wissen auf dem Gebiet auffrischen oder neu etablieren möchten.

In Deutschland werden unter dem Dach der Deutschen Akademie für Gynäkologie und Geburtshilfe (DAGG) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) jährlich vier koordinierte Intensivseminare angeboten. Der Berufsverband der Frauenärzte unterstützt das Angebot des BRZ. Mit dem Grundlagenseminar trägt der BRZ und die anderen Anbieter der Notwendigkeit der Fortbildung der Ärzteschaft Rechnung, die zukünftig ganz wesentlich an der Betreuung und Behandlung der Kinderwunschaare beteiligt ist.

Das 4. BRZ Intensivseminar findet vom 26. bis 28. Januar 2012 in der bewährten Atmosphäre des GLS Campus statt. In mehr als 20 Vorträgen werden alle Aspekte des Basiswissens gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin vermittelt. Aber auch die praktische Seite des Gebiets kommt nicht zu kurz: alle Teilnehmer haben die Gelegenheit, ein IVF-Zentrum zu besuchen und sich in einem Großlabor umzusehen. Abgerundet wird die Praxisrelevanz durch die Darstellung und interaktive Abhandlung spannender Fallkonstellationen bei der Behandlung des unerfüllten Kinderwunschs.

Das detaillierte Programm, weitere Informationen und die Anmeldeformulare werden Sie zum Herunterladen bei www.repromed.de finden.

Veranstaltungsort:

Der BRZ hat auch für das 4. Seminar den bereits bekannten Veranstaltungsort mitten im lebhaften Bezirk Prenzlauer Berg gewählt, um nach harter Arbeit den Genuss der Großstadt möglichst einfach zu machen. Allerdings gibt es keine Parkmöglichkeiten. Die Anreise mit den Öffentlichen Verkehrsmitteln ist einfach.

GLS Campus Kastanienallee 82 • 10435 Berlin
www.gls-berlin.com/restaurant/index.html

Für Teilnehmer, die auf Hotels bzw. Pensionen im Umkreis angewiesen sind, bieten sich die folgenden Häuser an:

1. **Apartmenthotel Zarenhof** <http://www.hotel-zarenhof.de>
2. **Hotel Kastanienhof** <http://www.kastanienhof.biz>
3. **Circus** <http://www.circus-berlin.de>

Die Unterbringung ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten! Für Buchungen sind die Teilnehmer selbst verantwortlich.

Programm

Dienstag, 26.01.2012 – Grundlagen der Reproduktionsmedizin & Endokrinologie

08.00 – Registrierung
 09.00 – Einführung in die gynäkologische Endokrinologie
 10.15 – Physiologie der menschlichen Fortpflanzung
 11.30 – Grundlagen der Laboranalytik – Was sollte der Frauenarzt / die Frauenärztin von Labor-Methoden wissen?
 12.15 – Grundlagen der Andrologie
 14.00 – **Workshop 1:** Praktische Darstellung von IVF und ICSI in unterschiedlichen Reproduktionsmedizinischen Zentren
Workshop 2: Darstellung der Abläufe der Hormonbestimmungen in einem Großlabor
Workshop 3: (im Hause) Fallkonferenz zu schwierigen Kinderwunschkonstellationen
 16.30 – PCO, metabolisches Syndrom und Insulinresistenz
 17.15 – Hormonelle Kontrazeption – State of the Art

Mittwoch, 27.01.2012 – Reproduktionsmedizin

08.30 – Der unerfüllte Kinderwunsch – Epidemiologie und Diagnostik
 09.30 – Operatives Vorgehen bei Endometriose, Tubenschaden, uterus myomatosus
 10.15 – Stimulationsschemata in der Kinderwunschbehandlung
 11.30 – Was Sie schon immer über die Insemination wissen wollten
 12.15 – In-vitro-Fertilisation (IVF) und Mikroinjektion (ICSI) – Indikationen, Chancen und Risiken
 14.00 – **Workshop 1+2:** Praktische Darstellung von IVF und ICSI in unterschiedlichen Reproduktionsmedizinischen Zentren
Workshop 3: (im Hause) Fallkonferenz zu schwierigen Kinderwunschkonstellationen
 16.30 – Kinderwunsch und Krebs (Fertilitätsprotektion)
 17.00 – Gesetze und Richtlinien zur Kinderwunschbehandlung in Deutschland
 17.30 – Alternative Zusatzmethoden in der Sterilitätstherapie

Donnerstag, 28.01.2012 – Endokrinologie

09.00 – Humangenetik – Was sollten Gynäkologen über die Genetik im Rahmen der Reproduktion wissen?
 09.40 – Klimax praecox und Hormon(ersatz)therapie
 10.20 – Schilddrüse und Prolaktin: Was sollte der Frauenarzt/die Frauenärztin über die interistische Endokrinologie wissen?
 12.00 – **Workshop 1+2:** Praktische Darstellung von IVF und ICSI in unterschiedlichen Reproduktionsmedizinischen Zentren
Workshop 3: (im Hause) Fallkonferenz zu schwierigen Kinderwunschkonstellationen
 14.30 – Psychosomatik der Fortpflanzung
 15.10 – Habituelle Aborte – Ursachen, Diagnostik und Therapieoptionen
 16.00 – Ende der Veranstaltung

Intensivkurs 2012 der Deutschen Gesellschaft für Andrologie München

10. bis 11. Februar 2012



Foto: fotolia.com/Oliver Raupach

Tagungsort

Holiday Inn Munich-City Centre
Hochstraße 3 · 81669 München

Tagungsleitung

F.-M. Köhn, München/J. Jacobeit, Hamburg

Themen:

Hypogonadismus
Hyperprolaktinämie und Gynäkomastie
Sexualstörungen des Mannes
Männliche Infertilität - Diagnostik, Therapie und
spezielle Beratungssituationen
WHO-Manuale, 5. Auflage 2010
RiliBÄK SpermioGramme

Workshops:

Methoden der assistierten Reproduktion:
Indikationen und Erfolge
Kryospermakonservierung
Lebensführung und männliche Fertilität
Sexualberatung des Paares

Fortbildungspunkte werden beantragt.

www.dga-intensivkurs.de

DGA-Mitteilungen



Die nationale Vernetzung von Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Andrologie und Reproduktionsmedizin, ein zentrales Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Andrologie, hat jüngst weitere wichtige Impulse erhalten: Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert die Forschergruppe „Germ Cell Potential“ (FOR1041; Münster) sowie die Klinische Forschergruppe „Male factor infertility due to impaired spermatogenesis“ (KFO181; Gießen) für weitere 3 Jahre mit insgesamt rund 8 Millionen Euro. An beiden Forschergruppen sind DGA-Mitglieder maßgeblich beteiligt.

Wie an früherer Stelle berichtet, gewinnen die Bemühungen um Qualitätssicherung im andrologischen Labor mit Inkrafttreten des speziellen Teils B 4 „Ejakulatuntersuchungen“ der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLi-BÄK)“ am 1. Jänner 2011 weiter an Bedeutung. Mit ihrem nunmehr im 10. Jahr erfolgreich laufenden Programm zur Qualitätssicherung der Ejakulatanalyse (Qualitätskontrolle der Deutschen Gesellschaft für Andrologie, „QuaDeGA“) verfügt die DGA auf diesem Gebiet bereits über umfangreiche Erfahrungen und wird ihr Engagement auch 2011 weiter ausbauen (Anmeldung zu den zweimal jährlich stattfindenden Ringversuchen:

<http://www.quadega.de> oder
info@quadega.uni-muenster.de).

Die Deutsche Gesellschaft für Andrologie gratuliert ihrem Altpäsidenten und Spiritus rector des QuaDeGA-Programms, **Prof. Dr. med. Dr. h. c. Eberhard Nieschlag** (Münster), der am 16. Juli 2011 sein 70. Lebensjahr vollendete.

Bitte merken Sie für das andrologische Jahr 2012
bereits die folgenden Veranstaltungen vor:

INTENSIVKURS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ANDROLOGIE 2012



München, Holiday Inn Hotel, 10.–11. Februar 2012

Tagungsleitung/Organisation:

Prof. Dr. F.-M. Köhn (München),
Dipl. Med. J. Jacobeit (Hamburg)

Weitere Informationen und Anmeldung über:

Conventus Congressmanagement &
Marketing GmbH
www.conventus.de/dga



7TH EUROPEAN CONGRESS OF ANDROLOGY (ECA)

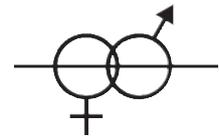
Berlin-Dahlem, Seminaris Hotel
28. November–1. Dezember 2012

Der Kongress wird als interdisziplinäre Veranstaltung von der European Academy of Andrology (EAA), der EAU Section of Andrological Urology (ESAU) und der DGA (gleichzeitig 24. Jahrestagung) gemeinsam organisiert. Assoziiert ist eine „Masterclass Operative Andrology“ der European School of Urology (ESU).

Weitere Details: www.andrology2012.de

*Im Namen des Vorstandes
Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe
Sekretär der DGA*

DGRM-Mitteilungen



■ AG „Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Gynäkologischen Endokrinologie“ der DGRM (ÄRE) – Bericht zum 7. ÄRE-Weekend 6.–8. Mai 2011

Vom 6.–8. Mai 2011 fand zum 7. Mal das Wochenendtreffen von Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin (ÄRE) wieder an traditionellem Ort in Mitteldeutschland, in Weimar, statt.

15 Teilnehmerinnen versammelten sich zu einem regen persönlichen und wissenschaftlichen Gedankenaustausch. Dabei wurden wichtige Themen, die uns Ärztinnen im Rahmen unserer täglichen Arbeit berühren, referiert und diskutiert.

Prof. Dr. Monika Bals-Pratsch, welche von uns herzliche Glückwünsche zu ihrer im vergangenen Jahr von der Universität Regensburg erhaltenen Professur empfing, eröffnete die Vortragsreihe mit ihren Ausführungen zum Thema „*Double Embryotransfer (DET) in Deutschland: Strafrechtliche und reproduktionsbiologische Aspekte bei der Embryokultur aus ärztlicher Sicht*“. Mit Spannung verfolgten die Teilnehmerinnen die Möglichkeiten der Auslegung des Embryonenschutzgesetzes ESchG und seine praktische Umsetzung in Bayern und speziell in Regensburg.

Die Möglichkeit der Kultur von mehr als nur 3 Embryonen eröffnet erweiterte Handlungsspielräume und zusätzliche Schwangerschaftschancen für die Patientinnen. Zu wünschen wäre eine einheitliche berufsrechtliche Regelung für die Auslegung in ganz Deutschland, um einheitliche Vorgehensweisen und gleiche Voraussetzungen für verbesserte Aussichten auf eine Schwangerschaft zu ermöglichen.

In einem zweiten Vortrag der Embryologin Frau **Dr. Manuela Ropeter-**

Scharfenstein berichtete sie über Inhalt und Verlauf des ersten Hands-on-IVF-Workshops der ÄRE im Jänner bei Göttingen unter ihrer Leitung (Firma Dragon-IVF). Ziel war eine praxisorientierte Einweisung in die Routinetechniken eines IVF-Labors für Ärzte, um ein besseres Verständnis für die Laborabläufe zu entwickeln. Der Kurs wurde von den 6 Teilnehmerinnen als sehr positiv eingeschätzt. Weitere Kurse sind in diesem Jahr geplant.

In einem dritten Vortrag von **Frau Dipl. Psych. Doris Walraff** aus Nürnberg wurden „*Grenzbereiche im Rahmen der Kinderwunschbehandlung aus psychologischer Sicht*“ referiert. Hierbei wurden schwierige Situationen für uns Ärztinnen in Interaktionen mit den hohen Erwartungshaltungen unserer Patienten, unserem Umgang damit sowie Tipps zur Klientenführung und Vermeidung von Konfliktsituationen aufgezeigt. Eine Top-Ten-Liste zur Selbstfürsorge für uns Ärztinnen rundete den Vortrag ab, der auf rege Diskussion stieß.

Im Nachmittagsreferat von Frau **Dr. Christiane Kling** aus Lübeck erfuhren wir neue Aspekte zu „*Impfungen in der Reproduktionsmedizin*“. Vorgestellt wurden Wirkungen und Nebenwirkungen, Indikation und Kontraindikation der gängigen Impfungen. Es wurde auf die speziellen Folgen von Masern, Mumps und Röteln, gerade in der Schwangerschaft, eingegangen. Ebenso von Varizellen und Grippeviren. Aktualisierte Impfpfehlungen in der Reproduktionsmedizin werden demnächst im JRE von Frau Dr. Kling vorgestellt. Sie werden gegenüber den bisherigen Empfehlungen der DGGG und STIKO von 2011 konkreter sein.

Alle Vorträge regten zur aktiven Diskussion an. Für uns Teilnehmerinnen ist klar, dass diese jährlichen Treffen, auch im kleineren Kreis, persönlich sehr wertvoll und wichtig sind und das Netzwerk ÄRE qualitativ stärken.

Unser **8. ÄRE-Weekend findet vom 11.–13. Mai 2012** wieder in Weimar statt. Wir laden schon heute dazu sehr herzlich ein!

*Für den Vorstand:
Dr. med. Astrid Gabert
Hauptsprecherin der ÄRE
KWZ Praxisklinik City Leipzig
Standorte Leipzig & Chemnitz*



■ Die DGRM gratuliert Sir Robert Edwards zum Ritterschlag durch die Königin von England

Queen Elisabeth II hat den Pionier der modernen Reproduktionsmedizin und „medizinischen Vater“ des ersten IVF-Babys 1978, Robert Edwards, im Rahmen ihrer Birthday Honours zum Ritter ernannt. Der Naturwissenschaftler **Sir Robert Edwards** hat sich seit mehr als 50 Jahren der Aufgabe verschrieben, kinderlosen Paaren zu einem eigenen Kind zu verhelfen. Zunächst war die Arbeit von zahlreichen Misserfolgen geprägt, bis ihm gemeinsam mit seinem gynäkologischen Kollegen Patrick Steptoe mit der Geburt des ersten IVF-Babys internationale Beachtung zukam. Auch in den darauffolgenden Jahren und zum Teil bis heute wird dieser revolutionäre Erfolg noch von konservativen, religiösen Kräften kritisiert. Mittlerweile sind allerdings weltweit schätzungsweise 4–5 Millionen IVF-Babys geboren worden. Dieser bahnbrechende medizinische Fortschritt wurde 2010 verdienentermaßen mit dem Nobelpreis für Medizin gewürdigt. Der richtungsweisende und unermüdlich Einsatz für seine Vision bringt dem heute 85-Jährigen, der noch bis vor wenigen Jahren als Chief Editor für internationale Journale die neuen Entwicklungen auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin begleitet hat, hochverdient den Titel „Sir“ ein.

Die Arbeitsgemeinschaften der DGRM stellen sich vor:



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN E.V. (DGRM)

Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsgenetik

Die Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsgenetik besteht seit 2004 als interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft zu reproduktionsgenetischen Fragestellungen in Klinik und Forschung für alle interessierten Kollegen aus der Humanmedizin, der Veterinärmedizin und den Naturwissenschaften.

Ziele:

- Interdisziplinärer fachlicher Austausch in Bezug auf Diagnostik und Therapie genetischer Fragestellungen in der Reproduktionsmedizin
- Optimierung genetischer Diagnostik in der Patientenversorgung
- Koordinierung von reproduktionsgenetischen Beiträgen in den jeweiligen Fachgesellschaften
- Organisation von eigenen Fachtagungen
- Planung interdisziplinärer reproduktionsgenetischer Forschungsprojekte

Bisherige Veranstaltungen und veröffentlichte Empfehlungen:

16./17. Januar 2004

Gründung der AG und 1. Arbeitstagung in Regensburg

Thema: Genetische Beratung und Diagnostik von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch^a JRE 2004, 2: 127–129

Ludwig M, Gromoll J, Hehr U, Wieacker P (2004): Empfehlung zur genetischen Diagnostik bei Kinderwunschpaaren. JRE 2005, 3: 190–193.

Wieacker P, Gromoll J, Hehr U, Ludwig M (2005): Empfehlungen zur genetischen Diagnostik bei Aborten. JRE 2005, 3: 148–150.

27.9.2008

DGRM-School Reproduktionsgenetik, Regensburg

JRE 2009, 6/1 – Sonderheft – Current reviews

Neue inhaltliche Projekte sollen gemeinsam mit allen Mitgliedern abgestimmt und mit möglichst vielen erarbeitet werden. Folgende Themen werden derzeit bearbeitet:

Neufassung: Empfehlung – Diagnostik der Thrombophilie bei unerfülltem Kinderwunsch (Prof. Michael Ludwig)

Überarbeitung: Empfehlung – Genetische Diagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch (Dr. Frank Tüttelmann)

Neufassung: Empfehlung/Stellungnahme – Array CGH in der Pränataldiagnostik (Dr. Rixa Woitschach)

Überarbeitung/Neufassung: Empfehlung – Polkörperdiagnostik und Präimplantationsdiagnostik (PD Dr. Tina Buchholz)

Die Mitgliederversammlungen und Vorstandswahlen finden entsprechend der Verbundenheit zur Humangenetik und der Reproduktionsmedizin alle anderthalb Jahre im Wechsel im Rahmen der GfH-Tagungen im Frühjahr und dann wieder zum IVF-Treffen im Herbst statt.

Vorstand 2010/2011:

Frau PD Dr. Tina Buchholz, Gyn-Gen-Lehel, Zentrum für Polkörperdiagnostik, München

Herrn Prof. Michael Ludwig, Endokrinologikum, Hamburg

Frau Dr. Rixa Woitschach, Pränatalzentrum und Humangenetik im Gynaekologicum, Hamburg

Herrn Dr. Frank Tüttelmann, Institut für Humangenetik, Münster

Weitere Informationen und Kontakt:

Geschäftsstelle der DGRM

Amsterdamer Weg 78

44269 Dortmund

Tel.: 02 31/56 76 31 81

Fax: 02 31/9 06 24 51

E-Mail: geschaeftsstelle@repromedizin.de



SCHOOL OF
REPRODUCTIVE MEDICINE
& ENDOCRINOLOGY

29. Oktober 2011

Frühgravidität nach Kinderwunschbehandlung

München



Wissenschaftliche Leitung und Moderation

Priv. Doz. Dr. med. Tina Buchholz
Gyn-Gen-Lehel
Praxis für Gynäkologie und Genetik
Labor für Reproduktionsgenetik
Zentrum für Polkörperdiagnostik
München

Prof. Dr. med. Christian J. Thaler
Leiter des Hormon- und Kinderwunschzentrums
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe der LMU München

Veranstaltungsort

LMU München
Klinikum der Universität München – Großhadern –
Hörsaaltrakt – Hörsaal 1
Marchioninstraße 15, 81377 München

Anfahrt

Anfahrtsplan, Anfahrtsinformationen,
Klinikgeländeplan und Hörsaalplan
unter:

www.repromedizin.de
/ DGRM Veranstaltungen / DGRM School

Zertifizierung

ist bei der Landesärztekammer Bayern
beantragt.
Von der Frauenärztlichen Bundesakademie (FBA)
empfohlen (beantragt).

Gebühren

DGRM-Mitglieder € 70,-
Nicht-Mitglieder € 100,-

Referenten

Prof. Dr. Udo Markert
Laborleiter, Plazentalabor, Universitätsfrauenklinik Jena

PD Dr. med. Ute Germer
Leiterin des Zentrums für Pränatalmedizin, Frauenklinik der
Universität Regensburg

Prof. Dr. med. Alexander Strauss
Leiter Pränatalzentrum, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
der Universität Kiel

Dr. med. Stephanie Pildner von Steinburg
Oberärztin Geburtshilfe, Frauenklinik der TU München

Prof. Dr. med. Monika Bals-Pratsch
Leiterin des Zentrum für Fruchtbarkeitsmedizin, Profertilitas,
Regensburg

PD Dr. med. Tina Buchholz
Gyn-Gen-Lehel, Praxis für Gynäkologie und Genetik,
Labor für Reproduktionsgenetik, Zentrum für Polkörperdiagnostik,
München

Dr. Caroline Adelfalk
Laborleiterin, Labor für Reproduktionsgenetik, Gyn-Gen-Lehel,
München

Dr. med. Nina Rogenhofer
Oberärztin Reproduktionsmedizin, Frauenklinik, Klinikum
Grosshadern, LMU München

Hotel

www.hrs.de

Weitere Informationen

DGRM Geschäftsstelle
Amsterdamer Weg 78, 44269 Dortmund
Tel.: 0231-909 80 23 • Mobil: 0173-238 57 73 • Fax: 0231-906 24 51
E-Mail: geschaeftsstelle@repromedizin.de
www.repromedizin.de • www.dgrm.eu



Programm

Frühgravidität nach Kinderwunschbehandlung

Samstag, 29. Oktober 2011 9.30–16.00 Uhr München

Uhrzeit	Thema	Referent
9:30 – 9:40	Begrüßung	Tina Buchholz
	Moderation	Tina Buchholz
9:40 – 10:10	Physiologie der Implantation – Grundlagen und neue Erkenntnisse	Udo Markert
10:10 – 10:40	Sonographie im ersten Trimenon nach Kinderwunschbehandlung	Ute Germer
10:40 – 11:10	Sonographische Besonderheiten bei Mehrlingsschwangerschaften	Alexander Strauss
11:10 – 11:30	Kaffeepause	
11:30 – 12:00	Neue Früh-Marker für die Spät-Schwangerschaft	Stephanie Pildner von Steinburg
12:00 – 12:30	Nachweis und Behandlung von früh einsetzendem Gestationsdiabetes	Monika Bals-Pratsch
12:30 – 13:00	Diskussion der Vorträge	
13:00 – 14:00	Mittagspause	
	Moderation	Christian J. Thaler
14:00 – 14:30	Genetische Beratung von Kinderwunschaaren	Tina Buchholz
14:30 – 15:00	Sinnvolle genetische Diagnostik vor und nach einer Kinderwunschtherapie	Caroline Adelfalk
15:00 – 15:30	Lutealphasensupport bei Kinderwunsch-Patientinnen	Nina Rogenhofer
15:30 – 16:00	Diskussion der Vorträge	

OEGRM-Mitteilungen



Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie und der Österreichischen IVF-Gesellschaft 20.–22. Oktober 2011 – Parkhotel Pörtschach, Österreich

Programmübersicht

Donnerstag, 20. Oktober 2011

- 10:30–11:00 Begrüßung
 11:00–12:20 Spezielle Themen der Reproduktionsmedizin I
 12:20–13:20 Workshop
 13:20–14:00 Pause/Besuch der Fachaussstellung
 14:00–15:20 Spezielle Themen der Reproduktionsmedizin II
 15:20–16:00 Pause/Besuch der Fachaussstellung
 16:00–17:30 Freie Vorträge
 17:30–19:00 Vorstandssitzungen der Gesellschaften
 19:00 „Get Together“

Freitag, 21. Oktober 2011

- 08:30–09:00 Generalversammlungen der Gesellschaften
 09:00–09:30 Festvortrag Prof. Bruno Lunenfeld
 09:30–10:10 Reproduktionsmedizin für die Praxis I
 10:10–11:00 Pause/Besuch der Fachaussstellung
 11:00–12:00 Reproduktionsmedizin für die Praxis II
 12:00–12:45 Podiumsdiskussion
 12:45–13:00 Verleihung der Ehrenmitgliedschaft
 13:00–14:00 Pause/Besuch der Fachaussstellung
 14:00–14:30 Eizellspende
 14:30–15:00 Reproduktionsmedizin für die Praxis III
 15:00–15:30 Fortbildungsseminar
 15:30–16:30 Pause/Besuch der Fachaussstellung
 16:30–17:45 Freie Vorträge
 19:30 Gesellschaftsabend

Samstag, 22. Oktober 2011

- 09:00–10:00 Freie Vorträge
 10:00–10:30 Kontroverse
 10:30–11:00 Pause/Besuch der Fachaussstellung
 11:00–11:45 Qualitätstrends in der IVF
 11:45–13:00 Freie Vorträge
 [09:00–12:45 EFA Sitzung (parallel)]
 13:00–13:30 Wissenschaftspreisverleihung
 13:30 Schlussbemerkungen/Farewell

Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 20. Oktober 2011

- 09:30–10:30 **Registrierung**
 10:30–11:00 **Begrüßung**
St. Szalay (Krumpendorf), A. Stadler (Klagenfurt), W. Urdl (Graz), G. Freude (Wien), LR Dr. J. Martinz (Vertreter Land Kärnten)
- 11:00–12:20 **Spezielle Themen der Reproduktionsmedizin I**
Vorsitz: St. Szalay (Krumpendorf), A. Stadler (Klagenfurt)
Robert Edwards, Nobelpreis für Medizin 2010
 – W. Feichtinger (Wien) (20')
Umweltschadstoffe in der Schwangerschaft
 – C. Gundacker (Wien) (20')
Ausgewählte Kapitel aus der Reproduktionsmedizin
 – L. Wildt (Innsbruck) (20')
Einfluss von Lifestyle-Faktoren auf die Samenqualität nach WHO- und IMSI-Kriterien (20')
 – J. Wogatzky, M. Zintz, B. Baramsai, N. H. Zech (Bregenz)
- 12:20–13:20 **Workshops**
(nacheinander; Anmeldung erforderlich!)
Individuelle hormonelle Stimulation im Rahmen der ART
 – J. Zech (Innsbruck)
„Zechselektor“ zur Samenaufbereitung bei Insemination bis ICSI
 – J. Zech, K. Dreier (Innsbruck)
- 13:20–14:00 **Mittagspause/Besuch der Fachaussstellung**
- 14:00–15:20 **Spezielle Themen der Reproduktionsmedizin II**
Vorsitz: W. Feichtinger (Wien), J. Zech (Innsbruck)
Gendermedizin: Bedeutung des Progesterons außerhalb der Frauenheilkunde
 – J. Huber (Wien) (20')
„Next Generation Sequencing des gesamten Genoms als Option in der präimplantativen und pränatalen Diagnostik?“
 – M. Hengstschläger (Wien) (20')
Spermiogramm: Neue WHO-Kriterien – eine kritische Betrachtung
 – H. Pusch (Graz) (20')

	Behandlung von Kinderwunschpaaren: Fallbeispiele aus der Gynäkologischen Praxis. Ein Jahr Erfahrung mit dem neuen Aufklärungsbogen – G. Freude (Wien), A. Stadler (Klagenfurt), Kaisergruber-Möriz S. (Wien) (20')	10:10–11:00	Pause/Besuch der Fachausstellung
15:20–16:00	Pause/Besuch der Fachausstellung	11:00–12:00	Reproduktionsmedizin für die Praxis II Vorsitz: D. Spitzer, B. Maier (Salzburg) Der richtige Weg zum „Single Embryo-Transfer“ – P. Uher (Pilsen, CZ), N. H. Zech (Bregenz) (20') Aktuelle Rechtsthemen in der Reproduktionsmedizin – G. Ofner (Wien) (20')
16:00–17:30	Freie Vorträge Vorsitz: J. Huber, H. Strohmayer (Wien) Birth after transfer of embryos originating from rescue maturation of germinal vesicle oocyte followed by IMSI and 2PN-vitrification – P. Vanderzwalmen, D. Jareno, A. Stecher, B. Wirleitner, D. Schwerda, N. H. Zech (Bregenz) (15') Primordial follicle growth after cryopreservation and dynamic in vitro culture of murine ovaries – F. Rothe, M. Salama, K. Winkler, K. F. Murach, S. Hofer, L. Wildt, S. C. Ziehr (Innsbruck) (15') Die 3-D Power-Doppler Messung des Endometriums zur Bestimmung der Rezeptivität vor dem Frozen Embryo Transfer – R. Mayer (Linz) (15') Vitrifikation von Eizellen: Vergleich zwischen offener und aseptischer Methode mit „VitriSafe“ als Carrier – B. Wirleitner, P. Vanderzwalmen, A. Stecher, N. H. Zech (Bregenz) (15') IMSI: Ist die Kritik an dieser Technik gerechtfertigt? – M. Bach, A. Neyer, A. Stecher, P. Vanderzwalmen, N. H. Zech (Bregenz) (15') Das Problem der Mehrlingsschwangerschaft nach ART aus geburtshilflicher, neonatologischer und bioethischer Sicht – B. Maier, B. Schreiner, T. Jäger, C. Weisser (Salzburg) (15')	12:00–12:45	Podiumsdiskussion: „Reproduktionsmedizin – Quo vadis?“ (Moderation: W. Urdl [Graz]) – Teilnehmer: G. Aigner (Wien), G. Freude (Wien), B. Maier (Salzburg), G. Tews (Linz), L. Wildt (Innsbruck), E. Wolner (Wien), H. Zech (Bregenz) (45')
17:30–19:00	Vorstandssitzungen der Gesellschaften	12:45–13:00	Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie und der Österreichischen IVF-Gesellschaft an Herrn Prof. Dr. Bruno Lunenfeld (Bar-Illan-Universität, Ramat Gan, Israel)
ab 19:00	„Get Together“ – Parkhotel Pörtschach		Laudatio: L. Wildt (Innsbruck)
		13:00–14:00	Pause/Besuch der Fachausstellung
		14:00–15:00	Reproduktionsmedizin für die Praxis III Vorsitz: L. Wildt (Innsbruck), P. Uher (Pilsen, CZ) Oocyte Donation – A. Pellicer (Valencia, E) (30') Primärer frischer vs. primärer Kryo-Embryotransfer mit Vitrifikation bei Eizellspende – P. Uher, N. H. Zech, Y. Panagiotidis, P. Vanderzwalmen (Pilsen, CZ/Bregenz) (15') Der immer spätere Kinderwunsch – medizinische Herausforderung oder der Weg in die medizinische Sackgasse? – F. Fischl (Wien) (15')
		15:00–15:30	Fortbildungsseminar der OEGRM und der Österr. IVF-Gesellschaft mit Diplom Vorsitz: W. Urdl (Graz), G. Freude (Wien) Die monofollikuläre Ovulationsauslösung in der gynäkologischen Praxis – D. Spitzer (Salzburg) (30')
		15:30–16:30	Pause/Besuch der Fachausstellung
		16:30–17:45	Freie Vorträge Vorsitz: P. Kemeter (Wien), A. Aburumieh (Melk) Drei Antagonistenprotokolle im Vergleich: Fostimon + Cetrotide, Gonal-F+ Cetrotide, Puregon + Orgalutran: eine prospektive Studie – P. Kemeter, V. Flich, A. Fischelmaier, J. Hajek, M. Stroh-Weigert, W. Feichtinger (Wien) (15')
	Freitag, 21. Oktober 2011		
08:30–09:00	Generalversammlungen der Gesellschaften		
09:00–09:30	Festvortrag: „50 Jahre Gonadotropine – ein Rückblick“ – B. Lunenfeld (Israel), K. Bühler (Deutschland)		
09:30–10:10	Reproduktionsmedizin für die Praxis I Vorsitz: H. Zech (Bregenz), A. Obruca (Wien) Vorhersage der Embryonenentwicklung: Wie treffsicher ist das Expertenauge? – M. Murtinger, A. Stecher, P. Vanderzwalmen, N. H. Zech (Bregenz) (20') Minimierung der Mehrlingsrate nach ART im In- und Ausland – G. Tews, O. Shebl (Linz) (20')		

Methodenvergleich zur Diagnostik von Insulinresistenz und Versuch einer Risikoabschätzung für DM-TypII-Entwicklung bei Frauen mit PCOS

– F. Lunger, L. Wildt, B. Seeber B. (Innsbruck) (15')

Gibt es eine Beziehung zwischen Speichel-Kortisol-Spiegel, subjektiven Stressparametern und Zahl der aspirierten Oozyten im Rahmen der IVF?

– K. Nouri, J. Huber (Wien) (15')

Autoimmun Progesteron-Dermatitis nach IVF-Stimulation

– S. Abdel Azim, B. Böttcher, W. Dimitriadou, M. Baltaci, M. Schmuth, L. Wildt (Innsbruck) (15')

Einfluss von Schwangerschaft, Wochenbett und Laktationsperiode auf den Knochenstoffwechsel

– N. Engleder, K. F. Murach, T. Grubinger, L. Wildt, S. C. Ziehr (Innsbruck) (15')

19:30

Gesellschaftsabend – Schleppe Brauerei

Samstag, 22. Oktober 2011

09:00–10:00

Freie Vorträge

Vorsitz: G. Tews (Linz), M. Schenk (Graz)

Die rezidivierende Endometriose bei bestehendem Kinderwunsch: operieren oder stimulieren?
– M. Brunbauer (St. Pölten) (15')

Myome und IVF: Wann ist eine Behandlung notwendig? Operation – neue konservative Behandlungsmethoden

– K. Nouri, J. Huber (Wien) (15')

Neue Spültechnik für die Follikelpunktion bei IVF und IVM mit einer einlumigen Nadel von 16 bis 22 Gauge

– H. P. Steiner (Graz) (15')

Erste Geburten nach genetisch unterstützter Gametenselektion durch PBB und aCGH.

Ein Erfahrungsbericht nach 700 Polkörperanalysen aus genetischer, embryologischer und klinischer Sicht

– M. Schenk, J. B. Geigl, J. Waldspühl-Geigl, D. Kastelic, M. Hörmann, E. Petek, M. R. Speicher (Dobl/Graz) (15')

10:00–10:30

Kontroverse: „Anti-Müllerian-Hormon“

Pro: A. Weghofer (Wien)

Kontra: L. Wildt (Innsbruck)

10:30–11:00

Pause/Besuch der Fachausstellung

11:00–11:45

Qualitätstrends in der IVF

Strategien zur Vermeidung eines OHSS

– F. Fischl (Wien)

Ausbildung am Beispiel eines Embryologenlehrganges

– M. Schenk (Dobl)

11:45–13:00

Freie Vorträge

Vorsitz: G. Dohr (Graz), A. Boschi (Klagenfurt)

Kryokonservierung von Ovarialgewebe und In-vitro-Maturation von Oozyten. Neue Strategien zur Fertilitätsprotektion: Innsbrucker Erfahrungen

– K. Winkler, M. Salama, K. F. Murach, S. Hofer, W. Biasio, L. Wildt, S. C. Ziehr (Innsbruck) (15')

AMH während Chemotherapie unter Fertilitätsprotektion mittels GnRH-Analoga

– C. Lechner, K. F. Murach, T. Grubinger, A. Griesmacher, L. Wildt, S. C. Ziehr (Innsbruck) (15')

IVF-Behandlung bei schwerer männlicher Subfertilität

– A. Stecher, P. Vanderzwalmen, M. Bach, N. H. Zech (Bregenz) (15')

Komplikationen der Assistierte Reproduktion (ausgenommen Mehrlingsschwangerschaften)
– L. Loimer (Wels) (15')

„FertiSAVE“ – ein interdisziplinäres, trägerübergreifendes Netzwerk für Fertilitätserhalt in der Onkologie in OÖ

– M. Swoboda, L. Oppelt, L. Loimer (Wels/Linz) (15')

09:00–12:45

22. EFA-Treffen

(parallel; Programm siehe Seite 238)

13:00–13:30

Wissenschaftspreisverleihung

W. Urdl (Graz), G. Freude (Wien)

Gestiftet von der Fa. Ferring Arzneimittel

13:30

Schlussbemerkungen/Farewell

EFA-Mitteilungen



22. EFA-Treffen

22. Oktober 2011, Pörschach

Wissenschaftliche Organisation: Thomas Ebner

Am Samstag, den 22. Oktober 2011, findet im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie sowie der Österreichischen IVF-Gesellschaft (20.–22. Oktober 2011) in Pörschach das **22. EFA-Treffen** statt. Der Vorstand hofft, mit dem interessanten wissenschaftlichen Programm das Interesse der Mitglieder für eine Teilnahme geweckt zu haben.

THEMEN: Embryologie, IVM, Epigenetik

- | | |
|-------------|---|
| 9.00–9.15 | Begrüßung |
| 9.15–9.45 | Mag. Dr. Irmhild Gruber (St. Pölten)
<i>Auswirkungen des Stimulationsschemas auf die Eizellgröße</i> |
| 9.45–10.15 | Univ.-Doz. Dr. Thomas Ebner (Linz)
<i>Spezielle Teilungsanomalie beim Embryo in vitro</i> |
| 10.15–10.45 | Prof. Dr. Thomas Haaf (Würzburg)
<i>Epigenetische Aspekte in der Reproduktionsmedizin</i> |
| 10.45–11.15 | Kaffeepause/Austellungsbesuch |
| 11.15–11.45 | Dr. Giovanni Coticchio (Monza)
<i>Is there a difference in quality between in vitro and in vivo matured oocytes?</i> |
| 11.45–12.15 | Lucy Steiner (Klagenfurt)
<i>Chemotaxis des Spermiums im IVF</i> |
| 12.15–12.45 | Mag. Dr. Corina Mayrhofer (Wien)
<i>Maternale Kommunikation mit männlichen Gameten</i> |

Das 23. EFA-Treffen wird als 2-Ländertagung zusammen mit den deutschen Kollegen der AGRBM vom 11.–13. Mai 2012 in Saalfelden (Gut Brandlhof) abgehalten werden.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)