

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



**5. Symposion für Gynäkologische Endokrinologie und
Fortpflanzungsmedizin sowie XVIII. Jahrestreffen der
Deutschen IVF-Zentren, 11.-13. 11. 2004, Hannover**

(Abstracts)

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2005; 2 (1), 41-51

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



ENDO FERTI FORUM

ENDOKRINOLOGIE & FERTILITÄT
FÜR KLINIK & PRAXIS

20.-21. März 2026

Universitätsmedizin Mainz

Einladung zu unserer wissenschaftlichen Veranstaltung Endo-Ferti-Forum

Brücke(n) zwischen Unikliniken und Praxen an Rhein und Main(z)

– die aus dem bisherigen Format „Ferti Forum“ ab 2026 hervorgeht –



Freuen Sie sich auf spannende Vorträge und den lebendigen Austausch mit Kolleg:innen und Expert:innen aus Klinik und Praxis. Freitagabend laden wir Sie herzlich zu einem entspannten Empfang ein – eine perfekte Gelegenheit, Kontakte zu knüpfen und den Tag genussvoll ausklingen zu lassen.

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Professorin Annette Hasenburg, Dr. Susanne Theis, Universitätsmedizin Mainz, Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger, BVF Rheinland-Pfalz Dr. Rüdiger Gaase, BVF Hessen Dr. Klaus J. Doubek

Schirmherrschaften: Prof. Nicole Sänger, Uniklinik Bonn, Prof. Jan-Steffen Krüssel, Uniklinik Düsseldorf, Dr. Annette Bachmann, Uniklinik Frankfurt am Main, Prof. Christine Skala, Uniklinik Köln

Weitere Informationen
& Anmeldung unter



5. SYMPOSION FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND FORTPFLANZUNGS- MEDIZIN SOWIE XVIII. JAHRESTREFFEN DER DEUTSCHEN IVF-ZENTREN, 11.–13. 11. 2004, HANNOVER (ABSTRACTS)

ABSTRACTS

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Arbeitsgemeinschaft reproduktionsmedizinischer Zentren Niedersachsen und Bremen e.V. hat vom 11. bis 13.11. 2004 das XVIII. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Gruppen und das 5. Symposium für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin in Hannover ausgerichtet (www.RepromedAg-Nds-HB.de).

Mit ca. 420 Teilnehmern, 42 Ausstellern sowie 37 Referenten aus dem In- und Ausland haben wir als AG ein positives Echo für unsere Arbeit erhalten.

In der achtzehnjährigen Geschichte unserer IVF-Jahrestreffen wurde zum ersten Mal eine Arbeitsgemeinschaft mit der Ausrichtung dieses Kongresses beauftragt.

Herausragend waren die Workshops. Erstmals wurden im Rahmen dieses Kongresses fertilitätschirurgische Eingriffe live aus 3 OP-Sälen des Bremer Diakoniekrankenhauses unter Leitung von Prof. Schmidt übertragen.

Der Workshop „In-vitro-Kultur“ mit PhD Racowsky, PhD Pool und Prof. Niemann unter Leitung von Prof. Michelmann und PD Dr. Schneider fand nicht nur bei den Biologen einen großen Anklang, so daß die Hörsaalkapazität nicht ausreichte.

Ein wissenschaftliches Highlight war die Sitzung „Künstliche Gameten“ von Prof. Schoeler und PD Dr. Nayernia aus der Arbeitsgruppe von Prof. Engel.

Mit der von Prof. Würfel geleiteten Podiumsdiskussion „Deutschland braucht mehr Kinder“, an der neben Vertretern aus Politik und Wissenschaft auch die Landesbischöfin Fr. Dr. Käsmann teilnahm, haben wir die jetzt gerade in der Öffentlichkeit begonnene Diskussion ver-

tiefen und mit unserer Pressekonferenz in die Medien tragen können.

Ein wichtiger Beitrag zum Thema Qualitätssicherung kam von Prof. Dr. Diedrich, der den Entwurf für eine Akademie für Reproduktionsmedizin vorstellte. Die Diskussion um die Gestaltung einer solchen Akademie ist noch nicht abgeschlossen, jedoch wurde deutlich, daß die Mehrheit der Reproduktionsmediziner ihre Verantwortung für die Fort- und Weiterbildung in ihrem Fach erkannt hat.

Der DIR-Jahresbericht 2003 zeigte eine deutliche Zunahme der Behandlungszahlen, die mit ca. 100.000 sicherlich zunächst ihren Höhepunkt erreicht haben. Schätzungen der Follikelpunktionen für 2004 haben ergeben, daß GMG-bedingt etwa nur noch die Hälfte der Behandlungen durchgeführt werden konnten und somit in Deutschland etwa 10.000 Kinder weniger das Licht der Welt erblicken werden.

Wir danken den Herausgebern des JRE, in dieser Ausgabe die Abstracts unseres Kongresses veröffentlichen zu dürfen.

An dieser Stelle möchte ich mich noch einmal bei allen Teilnehmern, Referenten, Vorsitzenden, Industrieausstellern, dem HCC mit Frau Lippka und den Sponsoren bedanken, ohne die das Gelingen eines solchen Kongresses nicht möglich gewesen wäre.

Ich wünsche dem Dachverband – DVR –, Prof. Geisthövel und den Tagungspräsidenten Prof. Nieschlag und Prof. Kiesel ein gutes Gelingen des ersten Dachverbandkongresses im Dezember 2005 in Münster.

G. Wilke, Tagungspräsident
Zentrum für Reproduktionsmedizin
und Humangenetik, Hildesheim

DIE IMPLANTATION DER MENSCHLICHEN BLASTOZYTE: NEUES AUS DER GRUNDLAGENFORSCHUNG

H. M. Beier¹, K. Beier-Hellwig¹,
K. Sterzik², C. Krusche¹

¹Institut für Anatomie und Reproduktionsbiologie, Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen, ²Lauritzen-Institut, Institut für gynäkologische Endokrinologie, Sterilitäts- und Menopauseforschung, Ulm/Donau

Der für die Reproduktion der Säugetiere und des Menschen lebensnotwendige

Vorgang der Implantation ist noch immer ein unvollständig verstandener Prozeß. Das Ziel des Implantationsvorgangs ist bei allen Säugetierarten identisch, nämlich die Etablierung einer funktionstüchtigen Plazenta. Die Wege zu diesem Ziel sind mannigfaltig und, wie uns die knock-out-Maus-Modelle gezeigt haben, außerordentlich redundant.

Die an der Implantation beteiligten embryonalen und endometrialen Strukturen hat man elektronenmikroskopisch in Transmissions- und besonders schönen Scanning-Bildern dargestellt, aber funktionelle Einblicke in die Implan-

tationsmechanismen wurden dadurch keinesfalls gewonnen. Auf diese Phase der Forschung folgte zwangsläufig die wissenschaftliche Konzentration auf Methoden der Immunhistochemie und Molekularbiologie. Die modernsten Techniken der molekularen Genetik, z. B. Knock-out-Maus-Modelle, Microarray- und HTP-Analytik, werden zur Zeit intensiv eingesetzt. Dennoch helfen die angehäuften Datenberge aus Genomics- und Proteomics-Untersuchungen nicht, den biologischen Vorgang der Implantation prospektiv zu beurteilen, die besten Bedingungen für den Embryotransfer exakt zu planen oder letztlich die Implantationsraten in

der assistierten Reproduktion signifikant zu verbessern.

Ein realistisches Verständnis der biologischen Interaktionen, die eine normale Implantation garantieren, können wir nur durch experimentelle Analysen der molekularen Kommunikation zwischen Embryo und Mutter gewinnen. Auch die experimentelle Untersuchung der Funktion der Leukozyten und immunkompetenten Zellen bei der Etablierung von spezifischen Cytokin-Mikrokompartimenten im Endometrium wird uns entscheidende Erkenntnisse über die Throphoblast-Invasion und die Immuntoleranz der Dezidua bringen.

Alle Bedingungen für die Implantation werden jedoch übergeordnet endokrin gesteuert. Die Schlüsselhormone sind Estradiol und Progesteron. Estradiol kontrolliert die Synthese der Estrogen- und Progesteron-Rezeptoren. Diese Rezeptoren werden als Markermoleküle zur Identifizierung verschiedener Differenzierungszustände endometrialer Zellen verwendet, da sie leicht immunhistochemisch lokalisiert werden können. Als Markersystem für den zeitlichen Rahmen der endometrialen Rezeptivität sind diese Steroidrezeptoren allerdings nicht geeignet. Zu Beginn der Lutealphase kommt es bei allen Säugetieren und beim Menschen zur Downregulierung der Progesteron-Rezeptoren im Epithel. Mit diesem phasenspezifischen Phänomen kann aber allenfalls der Beginn der rezeptiven Phase, jedoch nicht der gesamte Rahmen, d. h. Anfang und Ende des „Implantationsfensters“ markiert werden.

Die eigentliche Genaktivierung über Progesteron-Rezeptoren ist ein komplexer Prozeß, bei dem molekulare Faktoren, wie Heat-Shock-Proteine, Kinasen, Co-Aktivatoren, Co-Repressoren und Chromatin-remodellierende Faktoren schließlich die Transkription am hormone-responsive-element des Zielgens bewirken. Wie das natürliche Progesteron über das komplexe Rezeptorsystem seine Genaktivierung entfaltet, können Progesteron-Antagonisten oder Progesteron-Rezeptor-Modulatoren diese Genaktivierung blockieren oder modulieren.

Progesteron-Antagonisten können jedoch nicht allein die Implantation durch totale Verdrängung des natürlichen Pro-

gesterons am Rezeptor hemmen, sie können nach unseren Analysen des Proteinmusters des Uterussekretes, des unmittelbaren microenvironments der Blastozyste, zur Verbesserung der Implantationsrate herangezogen werden. Wenn Progesteron-Antagonisten oder Modulatoren postovulatorisch appliziert werden, läßt sich die Rezeptivität des Endometriums zeitlich verschieben, so daß die Implantationsbedingungen für *in vitro* kultivierte Blastozysten ideal adaptiert werden können.

Die einfache Botschaft aus der Grundlagenforschung lautet: Progesteron ist einer der wesentlichen Schlüssel für das implantationsbereite Endometrium. Diese Progesteronwirkung läßt sich durch synthetische Progesteronantagonisten als Liganden am Rezeptor ausschalten oder modulieren. Darüber hinaus hat die Grundlagenforschung durch Ausschaltexperimente mit Knock-out-Maus-Modellen und RNAi-Analysen gezeigt, daß andere Inhibitoren oder genetische Punktmutationen die wichtigen Faktoren (Co-Aktivatoren oder Co-Repressoren) bei der Transkription am Zielgen hemmen können, so daß sich hierdurch die Diagnose „nonresponder“ oder Infertilität erklärt, ohne daß hierfür ein Progesteronmangel verantwortlich ist.

BASIC SEMEN ANALYSIS – STANDARDIZATION AND QUALITY CONTROL

L. Björndahl

Andrology Department, Assisted Conception Unit, Birmingham Women's Hospital, United Kingdom

Quality in semen analysis should be elementary to reproductive health and science services. However, still too many laboratories use techniques that easily can give untrue results and even fewer laboratories have implemented internal and external quality control systems.

External Quality Assurance is achieved when a laboratory assesses material sent to several different laboratories and then subsequently analyses their own results in relation to the other participating laboratories results. The analysis should then lead to alterations in methods, equipment or training, or combinations thereof. However, External Quality

Assurance cannot replace the use of reliable, standardized, robust techniques and Internal Quality Control measures within the individual laboratory.

In my presentation I will discuss the activities of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Special Interest Group in Andrology (SIGA) to (1) support and spread the recommendations by the World Health Organization, (2) standardize techniques and training, (3) provide EQA in countries and regions lacking schemes, and (4) provide a basis for collaboration and standardization between different EQA schemes.

References:

1. Björndahl L, Barratt CLR, Fraser LR, Kvist U, Mortimer D. ESHRE basic semen analysis courses 1995 – 1999: immediate beneficial effects of standardized training. Hum Reprod 2002; 17: 1299–305.
2. Kvist U, Björndahl L. Editorial for Manual on Basic Semen Analysis. ESHRE Monographs. Oxford University Press, Oxford, 2002.
3. Cooper TG, Björndahl L, Vreeburg J, Nieschlag E. Semen analysis and external quality control schemes for semen analysis need global standardisation. Int J Androl 2002; 25: 306–11.
4. Björndahl L, Söderlund I, Johansson S, Mohammadieh M, Pourian MR, Kvist U. Why the WHO recommendations for eosin-nigrosin staining techniques for human sperm vitality assessment must change. J Androl 2004; 25: 671–8.
5. Björndahl L, Tomlinson MJ, Barratt CLR. Raising standards in semen analysis: professional and personal responsibility. J Androl 2004; 25: 862–3.
6. Björndahl L, Barratt CLR. Semen analysis: setting standards for the measurement of sperm numbers. J Androl 2005: in press.

FÜNF JAHRE TEILNAHME AN EXTERNEN QUALITÄTSKONTROLLEN VERSCHIEDENER ANBIETER

O. Buurman, P. Klusmann
GMP Dres. Buurman/Dumschat/
Heidecker, Minden

Externe Qualitätskontrollen in der Andrologie vermitteln Kompetenz und Vertrauen beim Patienten, verbessern die Intra- und Inter-MTA-Präzision und sind empfohlen als Element eines QMS bei der Zertifizierung des Andrologie-Labors. Bei einer Akkreditierung eines Labors wird die Teilnahme an Programmen von Vergleichen zwischen Laboren oder von Eignungsprüfungen (wie

Ringversuchen) von der Norm DIN EN ISO 17025:2000 gefordert.

Folgende Anbieter externer Qualitätskontrollen wurden verglichen:

A) UK NEQAS: United Kingdom National Quality Assessment Schemes
Sub-fertility Laboratory
Saint Mary's Hospital
Hatherage Road
Manchester
M130JH UK

B) ESHRE Special Interest Group on Andrology
Subcommittee on External Quality Control
Andrology Center
Karolinska University Hospital
SE-17176 Stockholm, BOX 140

C) QuaDeGA: Qualitätskontrolle der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
Institut für Reproduktionsmedizin der Universität Münster
Prof. Dr. E. Nieschlag
D-48129 Münster, Domagkstr. 11

Unterschiede bei den drei genannten Anbietern gab es bei der Anzahl der teilnehmenden Zentren pro Lauf, bei den Kosten sowie der Art der Datenaufbereitung (Darstellung der ermittelten Werte, statistische Verfahren). Ein weiterer Unterschied bestand in der Definition des Zielwertes: Gruppe A wählte den kumulativen Mittelwert aller Teilnehmer, während die Gruppen B und C zusätzlich den Mittelwert von ausgewählten Referenzlabors als Zielwert einsetzten. Um qualitativ nicht unter dem Level der zu prüfenden Labors zu arbeiten, sollten Ringversuchsanbieter und Referenzlabors akkreditiert sein. Wie auch bei den Hormonanalysen üblich, sollten Leistungserbringer, die die Erstellung von Ejakulatanalysen abrechnen, zweimal pro Jahr eine externe Qualitätskontrolle bestehen. Workshops, wie sie von Stockholm und Münster angeboten werden, erscheinen sehr geeignet, um die Qualität zu verbessern. Sämtliche mit der Sterilitätstherapie befaßten Facharztgruppen sollten sich dafür einsetzen, daß die GKV- und die PKV-Vergütung für die Durchführung von Ejakulatanalysen wirtschaftlich zu erbringen ist.

Für die Außenbeziehungen eines Institutes sind die eingeführten externen

Qualitätskontrollen von hohem Nutzen, denn sie schaffen eine Basis für Vertrauen in die Ergebnissicherheit der durchgeführten Untersuchungen, erhöhen die Akzeptanz bei Patienten und Zuweisern, verbessern die Transparenz durch Rückverfolgbarkeit von Prüfabläufen und begleitenden Prozessen. Darüberhinaus können neue Mitarbeiter schneller und kompetenter eingearbeitet werden.

ERGEBNISSE DER DEUTSCHEN REPRODUKTIONSMEDIZIN IM JAHRE 2003 – AUSWERTUNGEN DES DEUTSCHEN IVF-REGISTERS

R. E. Felberbaum
Vorstandsvorsitzender des Deutschen IVF-Registers, Frauenklinik Klinikum
Kempten-Oberallgäu

Die Datensammlung des Jahres 2003 unterscheidet sich in einem Punkt deutlich von ihren Vorgängern und wird sich auch von dem nachfolgenden Jahrbuch deutlich abheben. Mit 107.675 Behandlungen aus 116 teilnehmenden Zentren lag die Zahl der dokumentierten Behandlungen so hoch wie noch nie. Dies ist unter anderem auch durch den steilen Anstieg der Behandlungszahlen im letzten Quartal des Jahres 2003 als Reaktion auf die drohende Gesundheitsreform zurückzuführen. Im Jahre 2004, so viel kann jetzt schon gesagt werden, werden wir deutlich geringere Behandlungszahlen zur Kenntnis nehmen müssen.

Mit durchschnittlichen Schwangerschaftsraten von über 28 % pro durchgeführtem Embryotransfer im Falle der *In-vitro*-Fertilisation (IVF) und über 27 % pro durchgeführtem Embryotransfer im Falle der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) ergeben sich unter Berücksichtigung der restriktiven Vorgaben des deutschen Embryonenschutzgesetzes sehr gute und auch international vergleichbare Ergebnisse. Von entscheidender Bedeutung bleibt in beiden Fällen das Lebensalter der Frau. Unter 35 Lebensjahren liegt die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit pro Behandlungszyklus bei 30 % und darüber.

Erstaunlich und sicherlich einer Erklärung bedürftig ist der Anstieg der ICSI-Behandlungen seit 2000 um 22,6 %. Die

Tatsache, daß die ICSI wieder in den Katalog der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden war, hat hier sicherlich eine wesentliche Rolle gespielt. Es ist in diesem Zusammenhang aber wichtig, darauf hinzuweisen, daß eine idiopathische Sterilität bei normalem Spermogramm des Mannes und unauffälligem Untersuchungsbefund der Frau in nur 3 % der Fälle Indikation für dieses aufwendige Behandlungsverfahren gewesen ist.

Die entscheidende Information für unsere Patientinnen bleibt jedoch nicht die zu erwartende Schwangerschaftsrate, sondern die Wahrscheinlichkeit, daß ein Kind geboren wird. Diese sog. „Baby-take-home-rate“, berechnet als Anzahl der Geburten (auch Mehrlingsgeburten werden als nur eine Geburt gezählt) pro Anzahl der durchgeführten Behandlungen, ist in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Leider gelingt es nicht, alle Schwangerschaften bis zu deren Ende nachzuverfolgen. Lag diese sog. „Lost-for-follow-up-rate“ bisher bei ca. 10 %, so stieg sie für die Behandlungen des Jahres 2002 auf ca. 15 % an. Dieser Umstand muß ernst genommen und als Nachlassen der Dokumentationsqualität des Registers gewertet werden. Es muß als unmißverständlicher Appell an alle Zentren verstanden werden, nicht in dem Bemühen nachzulassen, aus den eigenen Behandlungen resultierende Schwangerschaften auch bis zu deren Ende vollständig zu dokumentieren. Mit dieser Aufgabe steht und fällt der Wert des Registers.

Es ist eine eher akademische Frage, welche Geburtswahrscheinlichkeit diesen Fällen von unbekanntem Schwangerschaftsausgang zugemessen werden soll. Weist man ihnen die mittlere Geburtsrate zu und addiert sie zu den bekannten Geburten, so erhält man eine „adjustierte Baby-take-home-rate“, die für die IVF 17,12 %, für die ICSI 19,27 % und für die Rücksetzung ursprünglich kryokonservierter, für die aktuelle Behandlung aufgetauter Eizellen im Vorkeimstadium 10,31 % beträgt.

Ein weiterer Schwachpunkt des aktuellen Registers ist sicherlich die unzureichend genaue Dokumentation der auftretenden Komplikationen. Eine Komplikationsrate von 0,69 % ist sicherlich erfreulich, aber ohne Zweifel zu niedrig. Es ist ärgerlich, Briefe von betroffe-

nen Patientinnen zu erhalten, die ihre erlittenen schwerwiegenden Komplikationen (z. B. Peritonitis mit nachfolgender Laparotomie) nicht in dem publizierten Jahrbuch wiederfinden. Auch hier gibt es noch viel zu tun, um den ohne Zweifel hohen Qualitätsstandard des Deutschen IVF-Registers zu erhalten.

Abschließend sei auf eine weitere Gefährdung des Registers hingewiesen. Langwierige Diskussionen um die Auslegungsmöglichkeiten des Deutschen Embryonenschutzgesetzes, um die Möglichkeit, die sog. „Dreier-Regel“ durch eine „Sechser-Regel“ zu ersetzen, die jedoch bisher nicht in eine klare, einheitliche Aussage mündeten, können langfristig eine unübersichtliche Situation schaffen, in der eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der teilnehmenden Zentren nicht mehr möglich sein wird. Auch im Hinblick auf die Erhaltung des Deutschen IVF-Registers als in dieser Form in Europa einmaligem, auf der Grundlage der Freiwilligkeit entstandenen Instrument der Qualitätssicherung muß der Ruf nach Rechtssicherheit für die Reproduktionsmedizin in ganz Deutschland lauter werden. Föderale Lösungen auf möglicherweise schwammiger Grundlage könnten hier große Schäden verursachen.

SCHUTZKONZEPTE FÜR EMBRYONEN *IN VIVO* UND *IN VITRO*

M. Frommel
Institut für Sanktionsrecht und Kriminologie, Universität Kiel

Strafrechtsdogmatische Anforderungen an die im Embryonenschutzgesetz mehrfach privilegierte Absicht, eine Schwangerschaft herbeiführen zu wollen.

Definition: Absicht ist zielgerichtetes Wollen. Auf der kognitiven Seite genügt es, wenn sich der Täter den Erfolgseintritt als möglich vorstellt (er darf also nicht völlig unwahrscheinlich sein). Auf der volitiven Seite genügt es, wenn keine anderen Zwecke als der privilegierte Zweck verfolgt werden. Der Arzt/die Ärztin muß also im Zeitpunkt der Befruchtung – d. h. der Entscheidung, eine 2-PN-Zellen weiter zu entwickeln – die Möglichkeit unterstellen, daß genau dieser Embryo später transferiert werden und zu einer Schwangerschaft der

Frau führen könnte. Außerdem muß der Arzt/die Ärztin genau dies wollen, was bei einer Untersuchung der Entwicklungsfähigkeit mit biochemischen Methoden immer gegeben ist.

Konsequenzen: Begrenzung der Zahl der Befruchtungsversuche. Unstrittig ist die Zahl der zulässigen Befruchtungen begrenzt. Strittig ist aber zurzeit noch die erlaubte Zahl.

1. Dreierregel (Richtlinie der BÄK): m. E. zu keinem Zeitpunkt strafrechtlich vertretbar.
2. Vierregel in Keller/Günther/Kaiser ESchG, 1992 (Günther zu § 1 Abs. 1 Nr. 5 EmbrSchG): veraltet, 1992 richtig, methodisch in die liberale Auslegung weisend.
3. Selektionsverbot: eine mit dem EmbrSchG sicher bei einer normalen IVF-Behandlung nicht vereinbare Regel, da sie der Patientin eine Pflicht auferlegen würde, sich ggf. auch gegen ihren Willen alle erzeugten Embryonen transferieren zu lassen.
4. Liberale Auslegung: Die Zahl der Befruchtungsversuche ist nicht mit der Zahl der zu transferierenden Embryonen gleichzusetzen. Dies ergibt sich schon daraus, daß zum Zeitpunkt der Entscheidung, eine 2-PN-Zelle weiterzukultivieren, ärztlich nicht sicher prognostiziert werden kann, ob sie sich zu einem entwicklungsfähigen Embryo – und nur dieser genießt den vollen Schutz des Embryonenschutzgesetz – entwickeln wird.

Die Zahl der benötigten und damit zulässigen Befruchtungsversuche ist daher abhängig vom Stand der Forschung. Damit kommt es im einzelnen auch zu einer an und für sich nicht erwünschten und schon gar nicht beabsichtigten Kryokonservierung eines nicht transferierten, aber entwicklungsfähigen Embryos – aber nur mit Zustimmung des Patientenpaares.

Da die Verfügung über die Embryonen *in vivo* bei der Patientin und dem Paar liegen, sind die Rahmenbedingungen einer nach dem Embryonenschutzgesetz zulässigen Behandlung zwischen dem Zentrum/der bzw. dem behandelnden Ärztin/Arzt und dem Patientenpaar vertraglich zu regeln. Entsprechende

Vorlagen gibt es beim Dachverband Reproduktionsbiologie und -medizin e.V.

ART BEI RISIKOPATIENTEN – KINDLICHE ENTWICKLUNG

C. Fulrott, G. Jorch
Zentrum für Kinderheilkunde,
Universitätsklinik Magdeburg

Nach Einführung der assistierten Reproduktionstechniken (ART) wurde neben anderen Bedenken häufig die Befürchtung einer erhöhten Fehlbildungsrate bei den so gezeugten Kinder geäußert. Wegen der mechanischen Alterierung der Eizellen durch ICSI steht diese Methode hinsichtlich ihrer Risiken im Mittelpunkt der Diskussionen. Eine Reihe diesbezüglicher Studien hat hierzu unterschiedliche Ergebnisse erbracht. Die jüngste deutsche Untersuchung ergab eine signifikante Erhöhung der Fehlbildungsrate der ICSI-Kinder. Diese Fehlbildungen sind ursächlich aber eher dem „Background-Risiko“ der Eltern als der Methode anzulasten.

Risikopatientinnen, die aufgrund z. B. einer chronischen Erkrankung mit einer erhöhten Fehlbildungsrate bei ihren Kindern rechnen müssen, sollten über eine eventuell geringfügige Zunahme des Fehlbildungsrisikos, insbesondere nach ICSI, aufgeklärt werden.

Beispielhaft für derartige Erkrankungen werden im folgenden aufgeführt:

1. Die *Fetopathia diabetica* ist hinsichtlich ihrer Risiken abhängig von der Schwere des mütterlichen Diabetes sowie von der Qualität der diätetischen und medikamentösen Einstellung während der Schwangerschaft. Fehlbildungen stellen heute die Hauptursache der Sterblichkeit dieser Kinder dar. Weitere Komplikationen sind: Frühgeburtlichkeit, Hypoglykämien, Makrosomie mit Organomegalien, Atemnotsyndrom, Polyglobulie sowie Hyperbilirubinämie. Untergewichtige Neugeborene (SGA) sind durch eine Plazentainsuffizienz bedingt.
2. Der systemische *Lupus erythematosus* (SLE) einer Schwangeren stellt insofern ein Risiko für das Kind dar, da Autoantikörper diaplazentar das

Kind erreichen und einen neonatalen Lupus auslösen können. In den meisten Fällen verschwinden die Symptome (Exanthem, Leukozytopenie, Thrombozytopenie, hämolytische Anämie) des neonatalen Lupus spontan nach 3 bis 6 Monaten, die Kinder entwickeln sich normal. In seltenen Fällen können diese Kinder jedoch später einen SLE bekommen. Gefürchtet und nicht reversibel ist der komplette kongenitale Herzblock. Die Lupus-bedingte Häufigkeit des Herzblockes bei lebendgeborenen Kindern beträgt 1:15.000 bis 1:22.000, die Mortalität 20 %. Die irreparable Herzscheidigung tritt zwischen der 18. und der 24. SSW auf, da in dieser Zeit die mütterlichen Antikörper durch die Plazenta in den Blutkreislauf des Feten gelangen. Durch die einsetzende Autoimmunreaktion kommt es zu einer Zerstörung des AV-Knotens. Eine Schrittmacherimplantation ist die *Ultima Ratio*.

3. Bei mütterlicher Epilepsie ist mit einem erhöhtem Fehlbildungsrisiko der Kinder von betroffenen Frauen zu rechnen, was sowohl durch die Grundkrankheit als auch durch die Therapie bedingt sein kann. Die Fehlbildungsrate wird bei Kindern epileptischer Mütter ohne Therapie mit 4–5 % angegeben. Bei Epileptikerinnen mit Einnahme von Antikonvulsiva während der Schwangerschaft beträgt die Fehlbildungsrate je nach Medikamenteneinsatz (cave Kombinationstherapie) 6–11 %.
4. Kinder nierentransplanterter Mütter weisen eine erhöhte Inzidenz für Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht und Harntraktanomalien auf. Die Langzeitentwicklung dieser Kinder ist bislang unauffällig. Die immun-suppressive Therapie läßt ein nennenswertes teratogenes Potential beim Menschen bisher nicht erkennen.

DIE LIBERALE HANDHABUNG DES EMBRYONENSCHUTZGESETZES

F. Geisthoveel

Institut für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, Freiburg

Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) von 1991 gilt bislang als eine der welt-

weit rigidesten Gesetzgebungen im Rahmen der ART. Nach der herkömmlichen Auslegung (Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der BÄK, 1998) ist die Zahl der weiterzukultivierenden 2-PN-Zellen identisch mit der Zahl der zu transferierenden Embryonen (§ 1.1.5; Schutz des *In-vitro*-Embryos, Vermeidung einer Vorratshaltung), deren Anzahl auf maximal 3 festgelegt ist (§ 1.1.3; Frauenschutz); eine elektive Identifikation des entwicklungs-fähigen Embryos (Morphologie und Teilungsrate) für den Transfer bzw. eine Kryokonservierung von überzähligen entwicklungs-fähigen Embryonen sind danach ebenfalls untersagt. Diese Handhabung führt zu einer niedrigeren Schwangerschaftsrate/Zyklus und zu einer Erhöhung der Behandlungsrate/ Paar bei gleichzeitiger Anhebung der Zwillings- und Drillingsrate gegenüber den Behandlungsergebnissen z. B. im skandinavischen Ausland. Die in jüngerer Zeit erhobenen perinatologischen Daten ergeben für die Drillingschwangerschaften eine extrem hohe kindliche Morbiditäts- und Mortalitätsrate. Alle diese negativen Konsequenzen haben zu der Erkenntnis geführt, daß die herkömmlichen Vorstellungen aus reproduktionsmedizinischer und perinatologischer Sicht, also berufsethisches, nicht länger zu verantworten sind: dem Schutzkonzept des *In-vitro*-Embryos kommt mit dieser konservativen Auslegung ein zu starkes Übergewicht gegenüber jenem der Frau, des *In-vivo*-Embryos sowie der gesamten zukünftigen Familie zu.

Seit knapp 5 Jahren wird vom Vorstand der DGGEF und in der Folge vom Vorstand des DVR daran gearbeitet, dieses weltweit als fragwürdig eingeschätzte therapeutische Vorgehen durch eine liberalere Auslegung des ESchG den internationalen Standards anzupassen, wobei die Vorgaben vor allem der skandinavischen Ländern richtungsweisend sind. Dort werden entsprechend den individuellen Bedingungen des Paares eine angepaßte Anzahl an 2-PN-Zellen weiterkultiviert, und dann wird am Tag 3 oder 5 der Embryonenkultivierung der sog. „Single Embryo Transfer (SET)“ nach elektiver Identifikation vorgenommen und – wie bereits oben erwähnt – werden überzählige entwicklungs-fähige Embryonen kryokonserviert. Konsequenterweise werden somit Drillingschwangerschaften vollständig vermieden – bei

einer sehr zufriedenstellenden Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer: das Schutzkonzept des *In-vitro*-Embryos wird ausgewogen und angemessen mit jenem, der Frau, des *In-vivo*-Embryos und der gesamten zukünftigen Familie bilanziert.

Im Rahmen einer kontinuierlichen Zusammenarbeit mit juristischen Experten und Expertinnen, hier insbesondere mit Frau Prof. Dr. jur. M. Frommel, ist von dieser herausgearbeitet und gefordert worden, daß der zentrale § 1.1.5 ESchG liberal – entsprechend den skandinavischen Vorstellungen – ausgelegt werden kann und muß. Die von M. Frommel juristisch vielschichtig begründeten Ansichten sind bei Expertentagungen erörtert, in zahlreichen Vorträgen und Podiumssitzungen vorgestellt und diskutiert, wie auch in mehreren Publikationen wissenschaftlich bearbeitet und untermauert worden. Dabei behalten die im ESchG sanktionierten Schutzkonzepte ihre Gültigkeit. Die Vorstände der DGGEF und des DVR (mit seinen Fachkommissionen) haben mit der erforderlichen Transparenz sowie basierend auf ihrem demokratischen und interdisziplinären Grundverständnis eine tiefgreifende deutschlandweite Diskussion und eine entsprechende flächendeckende Agenda angeregt. Beginnend in Bayern, dann in Baden-Württemberg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Niedersachsen ist auf der Basis eines entsprechenden Gutachtens (M. Frommel) von den örtlichen IVF-Zentren den jeweiligen Landesärztekammern (LÄKn), d. h. den zuständigen Aufsichtsbehörden, die schriftliche Information zugestellt worden, daß eine veränderte therapeutische Vorgehensweise geplant sei. Aus den Antwortschreiben der LÄKn ist dann hervorgegangen, daß entweder eine Transformation der Richtlinien der BÄK auf Landesebene nicht stattgefunden hat oder ein eindeutige Stellungnahme nicht möglich ist. Daraus ist zu schließen, daß eine liberalisierte Auslegung von § 1.1.5 ESchG praktisch umsetzbar ist.

In einer (vom Autor moderierten) DVR-Debatte zwischen M. Frommel und Ministerialrat a.D. Dr. jur. R. Neidert ist nochmals deutlich und bestätigend herausgearbeitet worden, daß das ESchG liberaler ist als bisher allgemein angenommen. So gibt es unstreitig keine

ärztliche Übertragungspflicht, sondern es ist im Gegenteil ausdrücklich verboten, gegen den Willen der Patientin einen Embryo zu transferieren; deshalb ist auch die Kryokonservierung von Embryonen auf Verlangen des Paares möglich. Was die elektive Identifikation von Embryonen hinsichtlich ihrer Entwicklungsfähigkeit betrifft, so erreicht R. Neidert eine dem Sinn und Geist nach weitgehende Annäherung an die Lösung von M. Frommel. Im Ergebnis bedeutet dies, daß beide Experten einen ärztlichen Beurteilungsspielraum anerkennen, so viele 2-PN-Zellen weiterreifen zu lassen wie erfahrungsgemäß benötigt werden, um durchschnittlich zwei Embryonen zu transferieren.

Im weiteren hat der DVR zwei Seminare in Freiburg (Embryokryokonservierung, Oktober 2004) und Frankfurt (Blastozystenkultur, Januar 2005) für Reproduktionsbiologen i. S. eines qualifizierten Trainings durchgeführt. Eine ganz wesentliche Grundlage für die praktische Umsetzung einer liberalisierten Vorgehensweise ist eine regelrechte Aufklärung; hierzu sind Beratungsempfehlungen für Ärzte (Ludwig et al., JRE 4/2004) und DVR-Aufklärungsbögen (Geisthövel et al., JRE 4/2004) publiziert worden. Zusätzliche DVR-Empfehlungen i.S. eines Ehrenkodex (Geisthövel et al.) und ein additiver DVR-Aufklärungsbogen (Gagsteiger et al.) für die Kryokonservierung von 2-PN-Zellen und Embryonen sollen in Kürze publiziert werden.

Eine juristische Expertengruppe (mit M. Frommel, Prof. Dr. jur. H.-L. Günther, Prof. Dr. jur. F. Hufen und R. Neidert) hat unter Leitung von Prof. Taupitz und des Autors in einem 1. DVR-Workshop (Mannheim, November 2004) die Vorstellungen von M. Frommel in vollem Umfang gestützt; diese sind sogar von H.-L. Günther, der zusammen mit Keller und Kaiser eine vielzitierte Kommentierung zum ESchG verfaßt hat, um den Begriff der individuellen Einzelfallentscheidung ergänzt worden. Der Vorstand des DVR plant, in weiteren Workshops den liberalisierten Ansatz i.S. der *lege artis* zu etablieren und ihn in der Folge den führenden politischen Stellen näher zu bringen.

AUSWIRKUNGEN DES GMG AUF DIE REPRODUKTIONSMEDIZIN

K. D. Henke
FG Finanzwissenschaft u. Gesundheitsökonomie, TU Berlin

Bei den Zukunftsperspektiven und Reformoptionen im Gesundheitswesen wurden der unverminderte Reformdruck, die Steuerung des Systems durch den Staat und die Akteure sowie die Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen thematisiert.

Im zweiten Teil des Vortrags stand die Reproduktionsmedizin aus acht verschiedenen Perspektiven zur Diskussion. Aus individueller Sicht, aus medizinischer Sicht, aus der Sicht der GKV, aus verfassungsrechtlicher Sicht, aus richterlicher Sicht, aus sozialrechtlicher Sicht, aus ökonomischer Sicht und aus gesellschaftlicher Sicht wurde das Problem des unerfüllten Kinderwunsches thematisiert. Als Zwischenfazit ergab sich, daß die künstliche Befruchtung bzw. die Sterilitätsbehandlung als Gesundheitsleistung in der GKV in Diagnose und Therapie eine politische Entscheidung ist, die im SGB V kodifiziert wird. Nahezu jede elektive Maßnahme mit ihrer Vergütung ist eine politische Entscheidung.

Im abschließenden Teil wurde gefragt, wie sich Reproduktionsmediziner auf das gesellschaftspolitische Umfeld einstellen können. Es wurde herausgearbeitet, daß auch die Reproduktionsmedizin den Bestimmungsfaktoren und den treibenden Kräften in der Gesundheitspolitik unterliegt. Schließlich wurden noch die Zusammenhänge zwischen der Reproduktionsmedizin und einer künftigen Gesundheits- und Familienpolitik thematisiert, bevor zum Schluß die Frage „Wer steuert die Zukunft der Reproduktionsmedizin?“ erörtert wurde. Von all den diskutierten treibenden Kräften standen der Bundesausschuß (Richtlinien), der Ausschuß Gebührenordnung der Ärztekammer, die richterlichen Entscheidungen, die Ministerialbürokratie und Sachverständigenräte im Vordergrund. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind freilich auch die Medien.

IMPLANTATION, WAS GIBT ES NEUES? SICHT DES KLINIKERS

B. Hinney
Universitätsfrauenklinik, Göttingen

IVF und ICSI führen lt. DIR 2003 nach Transfer von zwei Embryonen lediglich zu Schwangerschaftsraten von 30,3 %, der Großteil übertragener Embryonen geht somit nach dem Transfer zugrunde. Viele dieser frühen Schwangerschaftsverluste sind sehr wahrscheinlich auf Störungen der embryonalen Entwicklung zurückzuführen, ein nicht unerheblicher Teil ist jedoch auch auf Implantationsversagen zurückzuführen. Möglichkeiten zur Verbesserung der Implantation sind daher von großem Interesse.

Vor der Implantation muß der Embryo die *Zona pellucida* verlassen. Dieser Vorgang wird als „Schlüpfen“ oder „Hatching“ bezeichnet. Eine besonders dicke oder „harte“ *Zona pellucida* wird als Ursache für gestörtes Hatching und eine deshalb nicht mögliche Implantation verantwortlich gemacht. „Hatching“ kann auf verschiedene Weise gefördert werden (assisted hatching = AH). Nach einer 2003 publizierten Cochrane-Analyse bringt die ungezielte Anwendung in bezug auf die Geburtenrate keine Vorteile. Nach mehrfach vorausgegangenen erfolglosen Embryotransfers lassen sich jedoch durch AH signifikant bessere Schwangerschaftsraten erzielen (Odds-Ratio 2,3; 95 %-CI: 1,63–3,34) [1].

Verschiedene Zytokine sind an der Adhäsion der Blastozyste beteiligt, u. a.: GM-CSF (Granulocyte-macrophage colony stimulating factor), IGF-1 (Insulin like growth factor 1), HB-EGF (Heparin-binding EGF-like growth factor) und LIF (Leukaemia inhibitory factor). LIF gehört zur Interleukin-6-Familie. Die höchste Expression findet sich zum Zeitpunkt der Implantation. LIF initiiert eine Signalkaskade, die zur Dezydualisierung führt. Fehlender LIF führt zum Ausbleiben der Expression von COX-2 sowie der EGF-Zytokine einschließlich HB-EGF. Bei der Maus ist LIF essentiell für die Implantation, bei anderen Spezies ist die Notwendigkeit des Vorhandenseins von LIF während der Implantation dagegen nicht bewiesen. Im Endometrium von Frauen mit ungeklärter Sterilität findet sich eine gegenüber fer-

tilen Frauen veränderte LIF-Sekretion. Angesichts der möglichen Bedeutung von LIF wurde ein rekombinantes LIF hergestellt (r-hLIF = Emfilermin®). Relativ erfolgversprechende Befunde an einer kleinen Patientinnenzahl wurden bei der ESHRE-Tagung in Madrid von Brinsden (Abstract O-050) vorgestellt. Weitere Publikationen zur Therapie von Kinderwunschpatientinnen mit rekombinantem LIF liegen allerdings bisher nicht vor.

Ein weiterer Ansatz zur Verbesserung der Implantationsrate besteht in einer Förderung der Durchblutung des Endometriums. In einer 1994 publizierten Pilotstudie zur ASS-Therapie vor Transfer kryokonservierter Embryonen unter Leitung von Brinsden ergaben sich höhere Schwangerschaftsraten durch eine Low-Dose ASS-Therapie. Die Autoren führten diese Ergebnisse auf einen verbesserten Blutfluß bei Frauen mit gestörter intrauteriner Perfusion zurück. Des weiteren wurde eine Verschiebung des Prostazyklin-Thromboxanverhältnisses zugunsten von Prostazyklin und eine dadurch geringere Vasokonstriktion und Thrombozytenaggregation sowie eine verminderte Prostaglandinsynthese angenommen. Die Ergebnisse neuerer Studien lassen allerdings keine deutlichen Vorteile der ASS-Therapie erkennen [2, 3]. Ob eine Piroxicam-Therapie zu besseren Ergebnissen führt, wird sich in weiteren Studien erweisen müssen [4].

Hohe Estrogenspiegel haben zumindest bei Nagern einen ungünstigen Einfluß auf die Implantation. Die diesbezüglichen Studien beim Menschen sind widersprüchlich. In einer 2003 erschienenen Arbeit reduzierten hohe Estradiolspiegel am Tag der Ovulationsauslösung (> 2500 pg/ml) die Schwangerschaftsraten eines ET an Tag 3 gegenüber Tag 5, bei niedrigeren Estradiolspiegeln war dieser Unterschied nicht nachweisbar [5].

Bakterielle Endotoxine (Pyrogene) haben offenbar ebenfalls einen Einfluß auf die Schwangerschaftsraten bei IVF-Patientinnen. Nach einer neuen Untersuchung verhindern hohe Endotoxinspiegel die Implantation [6].

Nach wie vor unklar ist die Wirkung von aktiven und passiven Immuntherapien bei Patientinnen mit mehrfach erfolglosem ET. Kontrollierte Studien lie-

gen nicht vor. Da die bisher publizierten positiven Ergebnisse einen Placeboeffekt nicht ausschließen können, sollte die Indikation sehr streng gestellt werden.

Zusammenfassend gibt es somit eine Reihe von Ansätzen zur positiven Beeinflussung der Implantation, weiterhin besteht jedoch erheblicher Forschungsbedarf.

Literatur:

1. Edi-Osagie ECO, McGinlay P, Seif MW. Effect(s) of assisted hatching on assisted conception (IVF & ICSI). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; 4.
2. Waldenstrom U, Hellberg D, Nilsson S. Low-dose aspirin in a short regimen as standard treatment in in vitro fertilization: a randomized, prospective study. Fertil Steril 2004; 81: 1560–4.
3. Lok IH, Yip SK, Cheung LP, Yin Leung PH, Haines CJ. Adjuvant low-dose aspirin therapy in poor responders undergoing in vitro fertilization: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Fertil Steril 2004; 81: 556–61.
4. Moon HS, Park SH, Lee JO, Kim KS, Joo BS. Treatment with piroxicam before embryo transfer increases the pregnancy rate after in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril 2004; 82: 816–20.
5. Chen CH, Zhang X, Barnes R, Confino E, Milad M, Puscheck E, Kazer RR. Relationship between peak serum estradiol levels and treatment outcome in in vitro fertilization cycles after embryo transfer on day 3 or day 5. Fertil Steril 2003; 80: 75–9.
6. Kamiyama S, Teruya Y, Nohara M, Kanazawa K. Impact of detection of bacterial endotoxin in menstrual effluent on the pregnancy rate in in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril 2004; 82: 788–92.

PSYCHOSOMATIK BEI ANOREKTISCHER AMENORRHOE

B. Jäger
Abteilung Psychosomatik, Medizinische Hochschule Hannover

Die *Anorexia nervosa* („Magersucht“) ist eine primär seelisch bedingte Eßstörung. Gegenüber der *Bulimia nervosa* („Eß-Brech-Sucht“) ist die Anorexie die deutlich gefährlichere Erkrankung und durch ein extremes, oftmals lebensgefährliches Untergewicht unterhalb des an der Körpergröße relativierten Gewichts („Body-Mass-Index“, BMI) von 17,5 kg/m² gekennzeichnet. Dieser ausgeehrte Zustand wird durch Fasten – mit oder ohne zusätzliches, absichtli-

ches Erbrechen – herbeigeführt und geht nicht auf andere Erkrankungen zurück. Anorektische Patientinnen empfinden ihren ausgemergelten Körper als schön oder wenigstens als bessere Alternative zu einer normalen Körpergestalt; diese kognitive Verzerrung ist als „Körperschemastörung“ ein wichtiges, weiteres diagnostisches Kriterium der Anorexie, ein weiteres ist der Hypogonadismus mit sekundärer Amenorrhoe bei Frauen. Die *Bulimia nervosa* ist demgegenüber durch häufige, zumeist tägliche Eßanfälle und Einschränkungen der Nahrungsaufnahme außerhalb der Eßanfälle bei normalem Gewicht gekennzeichnet. Die Betroffenen praktizieren absichtliches Erbrechen nach den Eßanfällen, um einer Gewichtszunahme aufgrund der Eßanfälle entgegenzuwirken.

Beide Erkrankungen treten sehr viel häufiger bei Frauen als bei Männern auf, wenigstens im Verhältnis 9:1, mit einer allerdings steigenden Zahl anorektischer Männer. In der hauptsächlich betroffenen Altersgruppe (bei der Anorexie ca. das 12. bis 35. Lebensjahr) geht man von ca. 0,5 % anorektisch und ca. 1–2 % bulimisch erkrankten Frauen aus. Die Anorexie wird oft von schwerwiegenden komorbiden Erkrankungen begleitet (Nierenstörungen, Herzfunktionsstörungen) und führt auch zu langfristigen Gesundheitsrisiken wie der Osteoporose. Die Erkrankung zeigt langfristig eine Mortalität von bis zu 15 %, dabei stehen Selbstmorde als Ursache an erster Stelle.

Zu den Ursachen gerade der Anorexie sind zahlreiche Hypothesen formuliert worden; neben dem Einfluß der Primärfamilie und Problemen bei der Geschlechtsrollenfindung werden zuletzt auch zunehmend genetische und biologische Modelle diskutiert. Unabhängig von diesen Einflüssen ist aber auch zu konstatieren, daß das anorektische Krankheitserleben einen ausgesprochenen „Sog“ und die Neigung zur Verselbstständigung aufzuweisen scheint, zudem sind bei langen Verläufen ursächliche und sekundäre Erlebens- und Verhaltensweisen oft nicht mehr sicher zu trennen.

Es herrscht weitgehende Einigkeit darüber, daß die Anorexie *lege artis* psychotherapeutisch behandelt werden sollte. Wegen der Schwere und Bedrohlichkeit des Krankheitsbildes ist einer initialen, stationär-psychosomatischen Therapie

dabei der Vorzug zu geben. Die Restitution des Gewichts hat erste Priorität, nicht nur um den körperlichen Folgesymptomen zu begegnen, sondern auch, um die Patientin „therapiefähig“ zu machen. Dies wird primär durch Absprachen und Therapieverträge erreicht, erzwungene Maßnahmen bilden eher seltene Ausnahmen von fraglichem Nutzen.

Die Behandlung der Anorexie ist oft schwierig und durch Rückschläge gekennzeichnet, Erfolge sind häufig das Ergebnis zahlreicher Therapieversuche. Die Behandlung der Anorexie bei Erwachsenen hat sich in den letzten Jahrzehnten in der BRD weitgehend vereinheitlicht. Bei der Komplexität des psychischen Krankheitsbildes ist festzustellen, daß die Erkrankung häufig auch dann erfolgreich psychotherapeutisch behandelt werden kann, wenn die eigentliche Ursache bis zuletzt fraglich bleibt.

AKTUELLE ASPEKTE DER KRYOKONSERVIERUNG HUMANER GAMETEN

M. Montag, V. Isachenko, E. Isachenko, H. van der Ven
Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum Bonn

Die Kryokonservierung von humanen Gameten ist ein wichtiger Teilaspekt der assistierten Reproduktion. Zukunftsweisende Methoden, wie die aseptische Vitrifikation, werden die Ergebnisse der Kryokonservierung von Metaphase-Eizellen und anderen, schwierig einzufrierenden humanen Gameten verbessern.

Im andrologischen Bereich wird die Kryokonservierung von Spermatozoen aus Ejakulat, Hoden und Nebenhoden seit langem durchgeführt und ermöglicht vielen Paaren die Erfüllung des Kinderwunsches. Insbesondere bei onkologischen Patienten vor geplanter Chemotherapie und Bestrahlung, und damit oftmals zu einer Zeit, wo der Kinderwunsch noch nicht manifest ist, ist die Kryokonservierung als fertilitätserhaltende Maßnahme indiziert.

Hingegen ist bei onkologischen Patientinnen die Situation weitaus problematischer. Obwohl z. B. mittels der Vitrifikation durchaus auch unreife Eizellen er-

folgreich kryokonserviert werden können, stehen diese oftmals nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, um den späteren Kinderwunsch zu realisieren. Die Möglichkeit der Kryokonservierung von Ovargewebe kann diesen Frauen nach Rücksprache mit dem Onkologen für eine spätere Transplantation zur hormonellen Unterstützung und/oder zur Fertilitätsprophylaxe angeboten werden. Diese Vorgehensweise erfordert eine hohe interdisziplinäre und organisatorische Zusammenarbeit und sollte zusammen mit professionellen Kryobanken erfolgen.

Im Zusammenhang mit einer Behandlung der assistierten Reproduktion sollte hingegen die Kryokonservierung von Vorkernstadien fester Bestandteil des Behandlungsangebots eines jeden reproduktiven Zentrums sein, da die kumulative Schwangerschaftschance eines Paares dadurch steigt.

KÜNSTLICHE GAMETEN – SPERMATOZOEN

K. Nayernia¹, J. H. Lee¹, J. Nolte¹, M. Li¹, L. Jaroszynski¹, N. Drüsenheimer¹, R. Khusainov¹, G. Wulff², I. Schwandt¹, Ch. Müller¹, M. Korabiowska³, H. W. Michelmann⁴, W. Engel¹

¹Institute of Human Genetics, ²Department of Hematology and Oncology, ³Department of Cytopathology, ⁴Department of Obstetrics and Gynecology, University of Göttingen, Germany

Die männlichen Samenzellen, Spermatozoen, werden während der Spermatogenese ständig in großen Mengen produziert.

In dem Vortrag wurden drei verschiedene Ansätze zur Erzeugung künstlicher Spermien vorgestellt. Der erste Ansatz befaßt sich mit der Generierung von männlichen Gameten aus embryonalen Stammzellen (ES). Die aus ES-Zellen abgeleiteten männlichen Keimzellen exprimieren die Marker, die für die Entwicklung und Differenzierung von männlichen Keimzellen notwendig sind, wie z. B. Fragilis, stella, vasa, c-kit, oct-4. Im zweiten Ansatz konnten wir eine Methode bei der Maus entwickeln, mit deren Hilfe es möglich ist, aus testikulären Tumorzellen (Teratokarzinom-Zellen) die Stammzellen für die Spermatogenese zu isolieren. Die etablierten

Zellen sind in der Lage, sich nach der Transplantation in den Testes zu reifen Samenzellen zu differenzieren. Die Samenzellen können die Eizellen nach ICSI (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion) befruchten und eine Embryonalentwicklung sicherstellen. Bei dem dritten Ansatz wurden die Möglichkeiten zur Isolierung von männlichen Keimzellen aus somatischen Stammzellen diskutiert.

Mit Hilfe dieser Methoden wird es in Zukunft möglich sein, männliche Keimzellen aus Tumorstammzellen oder somatischen Stammzellen zu generieren und zum Zweck der Wiederherstellung der normalen Spermatogenese in die Testes zu transplantieren. Dadurch kann die Fertilität der Patienten restauriert werden.

ZUR PSYCHOLOGIE DES STERILEN PAARES

H. P. Rosemeier
Institut für medizinische Psychologie, Charité-Berlin

Die biographische Uhr läßt bei Paaren nach ersten ersten Gefährtschaften den Kinderwunsch zum Thema werden. Kinderwunschmotive sind: „Geben, Nehmen, Erfahren und Fortwirken“ (Molinski). Schon beim Absetzen der Pille ist für die Mehrheit der Frauen der Kinderwunsch maßgeblich. Da sich der konkrete Entschluß zu einer Schwangerschaft langsam vollzieht, bemerken Paare erst im Mittel nach 5 Jahren, daß sie unter Umständen kein Kind bekommen können. Das sterile Paar verharret also ungewollt in der Entwicklungsphase der Vor-Elternschaft. Dem Kinderwunsch stehen auch eine Reihe psychosozialer Hemmnisse entgegen. Konflikte zwischen Karriere und Familie oder Kollisionen in der Paarbeziehung können in eine ungewollte Kinderlosigkeit führen. Die Kooperativität des Paares ist von den aufeinander bezogenen Motiven und von ihrem Bindungstyp (Brähler) abhängig; ebenso wie die Bereitschaft des Paares mit dem ÄrztInnen-Team.

In der Paarbeziehung können Störvariablen die Zusammenarbeit hindern, wenn eine Seite der anderen den Makel verübelt oder wenn sich z. B. die Partnerin mit Familien mit reichem Kindersegen vergleicht. Die Behandlung kann

in ihrem oft frustrierten Verlauf auf den Partner vereinnahmend wirken. Der Kinderwunsch kann ambivalent wirken: die Frau mag schwanger werden wollen, muß dann aber das Kind auch gebären; sie kann gegen diese Abhängigkeit von ihrer Natur rebellieren. Ein scheinbar eindeutiger Wunsch nach einem Kind schließt keineswegs untergründige Ängste und Befürchtungen aus.

Nach der Diagnose von Infertilität gibt es nach Onnen-Iseman eine Reihe von Bewältigungsverläufen: die Diagnose kann akzeptiert werden, das führt sofort zur Aufnahme einer Behandlung, oder das Paar kann sich im Sinne einer schicksalhaften Hinnahme in die Kinderlosigkeit fügen. Die Eröffnung der Diagnose kann Schock, Rebellion, Verleugnung auslösen – gefolgt von Schuldgefühlen oder Trauer. Oft entwickelt sich eine Einengung auf das Thema des zu erhoffenden Kindes.

KÜNSTLICHE GAMETEN – OÖZYTEN – (OOCYTES AND EMBRYONIC STEM CELLS)

H. R. Schöler, J. Tae Do, L. Gentile, M. Boiani, K. Hübner
Department for Cell and Developmental Biology, Max Planck Institute for Molecular Biomedicine, Münster

During mammalian development, the genomic potential of cells is being progressively restricted, with only the earliest stages containing cells of a totipotent or pluripotent phenotype. However, the restricted potential of differentiated cells can be reversed. Mammalian cloning experiments have shown us that the program of differentiated cells can be reset to that of totipotent cells. The exchange of nuclear factors between the donor cell nucleus and the enucleated egg cytoplasm is considered to be important for this process. Somatic cells can be dedifferentiated *in vitro* by fusion with pluripotent cells, activating genes that are not expressed in adult stem cells.

Mouse embryonic stem cells (ESCs) in culture can develop into oogonia, which then enter meiosis and recruit adjacent cells to form follicle-like structures that subsequently develop into blastocysts [1]. Insight into the underlying processes should elucidate impor-

tant concepts, such as somatic cell nuclear transfer. The concept of reprogramming, in regard to the transfer of a differentiated nucleus into an oocyte, can be defined as the transformation of a somatic cell nucleus into a functional embryonic nucleus capable of giving rise to a viable organism. The expression of embryonic genes according to the wild-type, or normal, pattern is necessary for embryonic development, and is indicative of nuclear reprogramming. Oct4 has been used as a marker for gene reprogramming in relation to the developmental potential of somatic cell clones [2]. The re-activation of Oct4 expression in neuroblast cells upon fusion with ESCs has been shown to be contingent on the presence of yet unidentified nuclear factors in ESCs, and is independent of DNA replication and cell division [3]. Recent evidence indicates that reprogramming is independent of the somatic cell type (neuroblasts or cumulus cells), and begins to occur two days after fusion. Clone-clone aggregates from genetically identical, but epigenetically different, embryos do not form more blastocysts, but the majority exhibit normal Oct4 expression and have higher rates of fetal and postnatal development [4].

References:

1. Hübner K, et al. *Science* 2003; 300: 1251.
2. Boiani M, et al. *Genes Dev* 2002; 16: 1209.
3. Do J-T, Schöler HR. *Stem Cells* 2004; 22: 941.
4. Boiani M, et al. *EMBO J* 2003; 22: 5304.

CHILDREN OUTCOME AFTER CRYOPRESERVATION IN AN ART PROGRAMME

A. G. Sutcliffe
Center for Community Child Health,
Royal Free University College Medical School, London

Few reports have been published specifically on the follow-up of children born after embryo cryopreservation. These present reassuring data but lack the methodology for definitive conclusions about the physical and psychological development of children conceived with this technique.

Paediatric follow-up studies are difficult to organise, especially when choosing a well-matched control group. There are ethical problems with singularising

these children by enrolling them into specific medical and psychological studies. Studies are troubled by unstandardised tools, multiple observers, poor matching criteria, poor follow-up rates, and insufficient power for the outcome measures, absence or inappropriate control group and insensitive tools of assessment.

Adequate malformation studies on these children have not been performed. A birth registry needs to be established. Overall the well-being of these children is satisfactory but they are affected by the same risks that all IVF conceived children are exposed to (eg, from multiple births). Continuing follow-up needs to be performed in countries performing embryo cryopreservation.

BERUFSPOLITIK – BERICHT ZUR LAGE

M. Thaele
Zentrum für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin,
Saarbrücken

Infolge des Gesundheitssystem-Moderisierungs-Gesetzes sind die Behandlungszahlen für die Methoden der sogenannten „Künstlichen Befruchtung“ bei gesetzlich Versicherten um durchschnittlich 50 % zurückgegangen. Wenn auch die Hauptbetroffenen der gesetzlichen Regelung die Kinderwunschpatienten sind, die aus finanziellen Gründen auf eine Therapie und die Realisierung ihres Kinderwunsches verzichten müssen, so resultiert andererseits eine deutlich verschlechterte Rentabilität für die IVF-Zentren, die nicht einfach zu verkraften ist.

Auf Seiten der Patienten entsteht durch den finanziellen Druck ein höherer Erfolgszwang mit einer größeren Risikobereitschaft für Mehrlingsschwangerschaften. Bei den IVF-Zentren besteht das Risiko, daß durch die Auswirkungen des Gesetzes erzwungene Einsparmaßnahmen die Prozeß- und Ergebnisqualität gefährden können.

Neben diesen direkten wirtschaftlichen Auswirkungen sind seit dem 1. Januar 2004 zahlreiche neue Verwaltungsbelastungen entstanden: Praxisgebühr, Behandlungsplanerstellung nach EBM für gesetzlich Versicherte, Inkasso des

50 % Eigenanteils, Behandlungsplanerstellung für Pseudoprivatversicherungen (z. B. Post B, KVB) und je nach KV unterschiedliche Regelungen bezüglich eines Patienteneigenanteils beim Sprechstundenbedarf.

Ärgerlich ist die Tatsache, daß sich in einigen KV-Bereichen einzelne Kassenverbände querstellen, wenn es um die Vereinbarung der extrabudgetären Punktwerte für die Reproduktionsmedizin geht. Dies ist unverständlich, da der vom Gesetzgeber angestrebte Ersparnisrahmen von 50 % der Behandlungskosten durch den drastischen Rückgang der Behandlungszahlen weit überschritten wird. Die Kassen führen sich hier *ad absurdum*, da immer behauptet wird, daß man an die KVen ein angemessenes Honorar für die ambulante Versorgung der Versicherten zahle und nur durch die Menge der ärztlichen Leistungen die Punktwerte so schlecht sein, also (bei weitem) nicht den für den EBM kalkulierten Punktwert von 5,11 Eurocent erreichen. Nach dieser Logik dürfte es keine Probleme geben, einen Punktwert von 5,11 Eurocent für die Reproduktionsmedizin zu vereinbaren. Dazu ist noch festzustellen, daß eine solche Punktwertvereinbarung – auch wegen des relativ kleinen Gesamthonorarvolumens für die Reproduktionsmedizin – niemals eine Bedrohung der so heiligen Beitragssatzstabilität bedeuten würde.

Positiv ist die inzwischen vorliegende Klarstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses, daß auch nach einer Fehlgeburt ein erneuter Anspruch auf Sachleistungen der GKV für die Maßnahmen der „Künstlichen Befruchtung“ besteht.

Bezüglich des derzeit noch gültigen EBM ist der BRZ bemüht, mit der KBV das schon mehrfach angesprochene Problem zu regeln, daß bei den Männern neben der Ziffer 1184 nicht ausdrücklich auch die Abrechnungsfähigkeit des Behandlungsplanes für den Mann (1178) aufgeführt ist.

Der nun zum 1. April 2005 kommende EBM 2000plus ist für den BRZ immer noch eine Baustelle. Die Bewertung für IVF und ICSI entspricht weiterhin nicht einem Honorar, das im europäischen Vergleich als angemessen bezeichnet werden kann. Es gibt ferner keine Abrechnungsposition für den „speziellen endokrinologischen Fall“, das Sach-

kostenkapitel ist noch nicht zufriedenstellend geregelt.

Im Februar 2004 wurden von der Bundesärztekammer Abrechnungsempfehlungen für die Reproduktionsmedizin publiziert. Diese Abrechnungsempfehlungen sind mit dem Verband der privaten Krankenversicherer (PKV) sowie mit dem Gesundheits- und dem Innenministerium konsentiert. Der BRZ konnte bei der Erstellung dieser Empfehlungen aktiv mitwirken und man kann auf ein zufriedenstellendes Ergebnis blicken. Dennoch versuchen einige private Versicherungen, die Leistungsvergütung zu drücken und machen erheblichen Ärger und Aufwand für die Zentren. Weiter versuchen private Versicherer, vom höchstrichterlich festgestellten Verursacherprinzip abzuweichen, wenn sie gemäß der Entscheidung des BGH in der Zahlungsverpflichtung stehen. Hier wird sich der BRZ bemühen, im Frühjahr 2005 Lösungen zu finden.

Bisher nicht höchstrichterlich ist entschieden, ob privat Versicherte Erstattung für Leistungen der „Künstlichen Befruchtung“ einfordern können, wenn bereits ein Kind geboren wurde.

Im Bereich der Kostentragung durch gesetzliche Kassen ist bisher beim Bundessozialgericht noch nicht entschieden, ob die gesetzliche Kasse des Mannes alle Behandlungskosten tragen muß, wenn die Behandlung durch seine Fruchtbarkeitsstörung bedingt ist und die private Versicherung der „gesunden“ Frau unter Hinweis auf die Entscheidung des BGH zum Verursacherprinzip jegliche Kostenübernahme ablehnt.

Für das neue Jahr will sich der BRZ noch um weitere Aktivitäten kümmern. So steht in der Diskussion eine Klärung der Verfassungsmäßigkeit der Altersuntergrenze von 25 Lebensjahren für den Leistungsanspruch in der GKV. Planungen laufen ferner für eine Initiative „Mehr Kinder für Deutschland“, die neben Familienförderung auch dafür werben soll, daß Reproduktionsmedizin zu den familienpolitischen Aufgaben einer Gesellschaft gehört. Auch die Entwicklung und Förderung präventiver Maßnahmen bezüglich der reproduktiven Funktionen von Frau und Mann sollen in das Programm einer solchen Initiative aufgenommen werden.

Zur Förderung der Fort- und Weiterbildung in Reproduktionsmedizin und Gynäkologischer Endokrinologie wurde eine gemeinsame Initiative von BRZ, DGGG,

DVR und Serono gegründet. Ziel der Initiative ist die langfristige Sicherung der Ausbildungsqualität in diesem Bereich. Es ist geplant, dies in einem Projekt einer „Deutschen Akademie für Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie (DAR)“ zu realisieren. Die Initiatoren des Projektes werden den bisherigen Planungsstand vorstellen.

In der fortlaufenden berufspolitischen Diskussion stehen für das neue Jahr eine Reihe sehr wichtiger Themen: Berufsrechtliche Regelungen zur Kultivierung von mehr als drei Zygoten, Diskussion zu relevanten gesetzlichen Regelungen (z. B. EschG, Entwurf eines Fortpflanzungsmedizingesetzes), Beratungen zur EU-Richtlinie „Technical requirements for the donation, procurement and testing of human tissues and cells“, Fachgebietszugehörigkeit von Laboruntersuchungen der Schilddrüsenfunktion in Zusammenhang mit gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (BÄK), Erbringung „andrologischer Leistungen“ durch Frauenärzte mit Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in Zusammenhang mit Kinderwunschbehandlungen (BÄK) und fachliche Beratung der KBV bzw. des Bundesausschusses bei der Formulierung der nach § 135 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen für Reproduktionsmedizinische Maßnahmen.

PODIUMSDISKUSSION „DEUTSCHLAND BRAUCHT MEHR KINDER“ (ZITAT: PROF. DR. HORST KÖHLER, BUNDESPRÄSIDENT, 01.07.2004)

W. Würfel
Kinderwunsch-Centrum München-Pasing

Teilnehmer der Podiumsdiskussion:

- Prof. Dr. K. Diedrich, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- Dr. M. Käßmann, Landesbischöfin der evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover
- Dr. M. Thaele, 1. Vorsitzender des BRZ
- Frau N. und Herr F. Veenstra, Vorsitzende des Wunschkind e.V.
- Dr. K. Winn, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion des niedersächsischen Landtages
- Dr. Ch. Woopen, Mitglied des nationalen Ethikrates, Institut für Geschichte

Herr Diedrich ging in seinem Eingangsstatement darauf ein, daß in der Bundesrepublik Deutschland etwa 1,5 Millionen Paare ungewollt kinderlos sind. ART-Maßnahmen im engeren Sinne führten letztes Jahr zu einer Geburt von rund 20.000 Kindern, aufgrund der Restriktionen des GMG ist für dieses Jahr mit einem Rückgang um die Hälfte zu rechnen. Er berichtete über die politischen Bemühungen der DGGG, die Politik einerseits für dieses Problem zu sensibilisieren, aber auch dafür, daß die derzeit geltenden gesetzlichen Restriktionen in der Bundesrepublik Deutschland veränderungswürdig sind, um insbesondere moderne Methoden zur Anwendung kommen zu lassen (mit einer höheren Schwangerschaftsrate) und die Mehrlingsrate zu senken.

Frau Käßmann begann ihr Eingangsstatement mit einem Zitat aus dem 1. Buch Moses: „Seid fruchtbar und mehret Euch.“ Sie stellte die Kinderfreundlichkeit der Gesellschaft nachhaltig in Frage und wehrte sich gegen die Ökonomisierung des Kindes im politischen Raum. Sie trat für eine „moderne“ Familienstruktur ein und gegen ein „Familienidyll des 19. Jahrhunderts“. ART-Maßnahmen stand sie im Prinzip offen gegenüber, verbalisiert jedoch Probleme mit „Auswüchsen“, so wie man sie in der Zeitung lesen könne; gegenüber der Präimplantationsdiagnostik (PID) zeigte sie eine gewisse Skepsis.

Michael Thaele fokussierte auf die ökonomischen Gesichtspunkte, wonach die jetzige Selbstfinanzierung mit 50 % nur 0,05 % Ersparnis für die gesetzlichen Krankenkassen bringt. Er zeigte die Situation in den anderen europäischen Ländern, die durch – was die Kostenunterstützung anbelangt – für die betroffenen Patienten günstiger ausfällt. Demnach plädierte er auch für eine andere Kostenbeteiligung, z. B. 30 % Selbstbehalt.

N. und F. Veenstra von Wunschkind e.V. berichteten über die aktuelle Situation und die wichtigsten Probleme, die ihrer Meinung nach zu lösen sind, wie z. B. Finanzierungsmodelle im Hinblick auf die 50%ige Selbstbeteiligung, das Problem des zunehmenden Drei-Embryotransfers und hoben auch auf den in zunehmendem Maße zu beobachtenden „Befruchtungstourismus“ ab, z. B. nach Österreich. Auch fragten sie sehr nachhaltig, welche Politiker sich eigentlich

für das Thema der ungewollt kinderlosen Paare interessieren und wen man hier ansprechen kann.

Herr Winn stellte sein Eingangsstatement unter die Überschrift „Familien sind willkommen“. Er sprach offen aus, daß ihm auch das Verhalten seiner eigenen Partei (CDU) in den jetzigen Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz-Verhandlungen nicht gefallen hat und verwies auf das Vorbild Frankreich, in dem es innerhalb weniger Jahrzehnte gelang, die Geburtenraten nachhaltig zu steigern. Er verwies allerdings auch darauf, daß es hier nicht nur um die Bezahlung von Kinderwunschbehandlungen gehen kann, sondern generell um die Frage einer kinderfreundlichen Gesellschaft.

Frau Woopen widmete sich in ihrem Eingangsreferat den Problemen der gewollt kinderlosen Paare und welche Gründe sich dafür finden ließen. Nach einer aktuellen Erhebung des Instituts für Demoskopie in Allenbach sind solche: die finanzielle Belastung durch Kinder, die Durchkreuzung beruflicher Pläne, die Wahrung eigener Freiräume aber eben auch die mangelnde Kinderbetreuung. Kinderlosigkeit sieht sie auch im Zusammenhang mit einer zunehmend egozentrischeren Lebensausrichtung. Sie verwies auch auf Untersuchungen, wonach ca. 85 % der Paare nur dann eine Familienplanung betreiben wollen, wenn eine stabile Paarbindung vorliegt; allerdings sehen 50 % der befragten Paare ihre eigene Bindung als stabil an.

Die anschließende Podiumsdiskussion brachte eine breite Übereinstimmung dahingehend, daß Deutschland tatsächlich mehr Kinder braucht, die Rahmenbedingungen hierfür aber nicht wirklich gut sind – insbesondere im Vergleich zum europäischen Ausland. Die Unterstützung ungewollt kinderloser Paare und ihre Bemühungen, eine Familie zu gründen, müssen in diesem Kontext gesehen werden. So mußte K. Winn zugeben, daß es auch in seiner eigenen Partei hierfür oft an Sensibilität mangle, was z. B. bei den Verhandlungen zum GMG zu sehen war, im Zuge derer sich alle Parteien – mit Ausnahme der CSU – eine komplette Streichung der Kostenübernahmen für ART-Maßnahmen vorstellen konnten. Daß dies tatsächlich keine handfesten ökonomischen Gründe waren, konnten K. Diedrich und M. Thaele deutlich belegen: die Einsparungsmaßnahmen für die GKV sind sehr gering und in zunehmendem Maße hört man aus der GKV, daß die jetzige

Lösung für die Versicherten nicht glücklich ist. Gleichwohl war man sich allerdings einig, daß das Image der Reproduktionsmedizin hieran nicht unbedingt schuld ist, denn es sei über die Jahre besser geworden. Dem pflichtete M. Käßmann auch bei, die sich durchaus für ART-Maßnahmen aussprach, wenn sie sich in einem vernünftigen und nachvollziehbaren Rahmen hielten; „Auswüchse“, wie aus dem Ausland bekannt (wie z. B. Eizellspende bei über 50jährigen), lehnte sie ab und machte sie in einem gewissen Maße auch dafür verantwortlich, daß die Bemühungen der deutschen Reproduktionsmedizin in den Medien nicht immer so dargestellt werden, wie gewünscht.

Eine mangelnde Sensibilität der Medien konnten die Vertreter von Wunschkind e.V. nicht sehen, gleichwohl würden sie sich wesentlich mehr Aufgeschlossenheit im politischen Raum und Ansprechpartner auf dieser Ebene wünschen. So berichteten sie hier über sehr viele Initiativen, angefangen von Sozialgerichtsverfahren bis hin zum selektiven Ansprechen bestimmter Vertreter von bestimmten Parteien. Gleichzeitig machten N. und F. Veenstra allerdings klar, daß dies sehr schwierig sei, da sie das Gefühl hätten, daß die Sensibilität in Deutschland für Kinder und gewollte Kinderlosigkeit deutlich geringer ist als im Ausland. Eine wirklich kinderfeindliche Gesellschaft wollten sie zwar nicht sehen, mahnten jedoch Verbesserungen in vielen Bereichen an. Daß alle Parteien dies wollen, betonte auch K. Winn, wenngleich er zugab, daß die Konzepte hier sehr weit auseinandergehen. Ch. Woopen und M. Käßmann gaben schließlich noch zu bedenken, daß man Kinder- und Familienplanung nicht nur unter ökonomischen Gesichtspunkten diskutieren dürfe, sondern berichteten aus ihrem eigenen Leben, in dem sie die eigene Mutter- bzw. Elternschaft als ein beglückenswertes und für jedermann empfehlenswertes Ereignis darstellten. Zum Schluß appellierten Herr und Frau Veenstra noch einmal an das Auditorium, nicht nur nach außen, sondern auch in den eigenen Praxen dafür zu sorgen, daß Kinderwunschmedizin immer servicefreundlicher, patientenbezogener und effektiver wird. Zugleich dankten sie allen Anwesenden für die diesbezüglichen Bemühungen und die Hilfe, die sie schon kinderlosen Paaren hatten zukommen lassen.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D 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