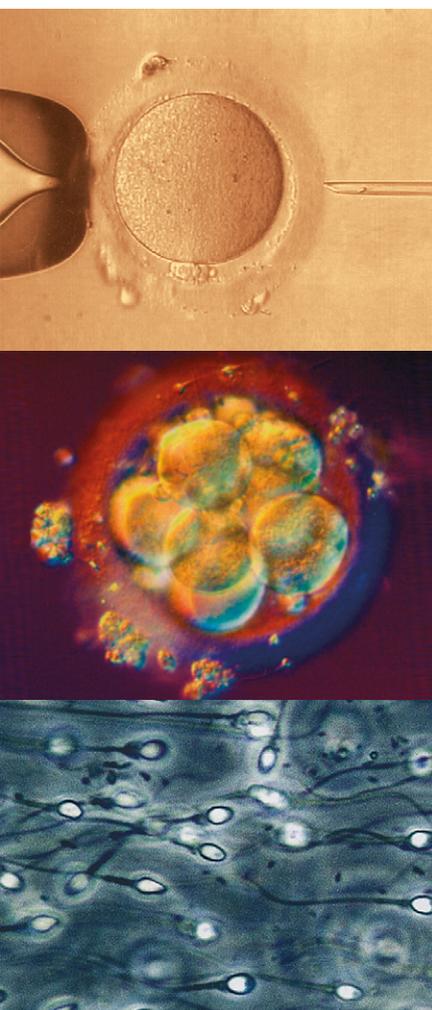


Journal für

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 2010; 7 (6), 528

www.kup.at/repromedizin

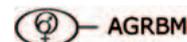
Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

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



Vorankündigung

4. Praxisseminar der AGRBM

13.–15. Mai 2011
Frankfurt/Offenbach

Veranstaltungsort

Hotel Achat Plaza, Offenbach

Organisation (u. a.)

Wolfgang Diehl

(Zentrum für Reproduktionsmedizin Prof. Siebzehnriibel)

Birgit Jackisch

(Kinderwunschzentrum Offenbach)

Uwe Mischeck

(Kinderwunschzentrum Darmstadt)

Zarah Rajabi

(Kinderwunschzentrum Mainz)

Thomas Stalf

(Kinderwunschzentrum Darmstadt)

Themenbereiche der Vorträge

- Vitrifikation
- Embryoscope
- WHO-Richtlinie
- Eizellqualität und Stimulation
- Netzwerk Fertiprotekt
- IVF bei Wildtieren

Geplante Diskussionsrunden

- Alles rund um Spermien
- Kryokonservierungsmethoden im Vergleich
- Beurteilung der Embryoqualität – neue Möglichkeiten?

Weitere Informationen auf

www.agrbm.de

BRZ-Mitteilungen

■ Stellungnahme des BRZ zur Verleihung des diesjährigen Nobelpreises an Professor Robert Edwards

„Nichts ist wichtiger als ein eigenes Kind!“

Professor Robert Edwards hat unzähligen ungewollt kinderlosen Paaren Hoffnung geschenkt. Über 4,3 Millionen Menschen verdanken ihm ihre Existenz. Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ) gratuliert dem Pionier unseres Faches zur längst fälligen Ehrung seiner Person und Arbeit mit dem Nobelpreis für Medizin.

Unfruchtbarkeit ist eine Volkskrankheit! Von dem Massenphänomen der ungewollten Kinderlosigkeit sind hierzulande Schätzungsweise 1,4 Millionen Paare betroffen. Etwa jedes 6.–8. Paar benötigt medizinische Hilfe auf dem Weg zum ersehnten Wunschkind. Das deutsche IVF-Register (D-I-R) dokumentierte im Jahr 2008 etwa 50.000 Befruchtungen außerhalb des Körpers, 2003 waren es sogar knapp 80.000. Die bisherigen Geburten entsprechen der Bevölkerungszahl einer Großstadt, mehr als 100.000-faches Glück wurde den Eltern geschenkt und damit ein Beitrag zur Abmilderung der Folgen des „Pillen-Knicks“ geleistet. (Anm.: Seit 1997 waren es etwa 145.000 Kinder.)

Seit den 1950er-Jahren beschäftigte sich Professor Robert Edwards systematisch mit der Erforschung der Unfruchtbarkeit und der Entwicklung von Maßnahmen zu deren Überwindung. Als Visionär und Querdenker scheute er nicht die Auseinandersetzung mit dem Establishment und suchte neue Wege. Bei der ethischen Diskussion wehrte er sich gegen Vorurteile und Dogmen jeder Art. Ihm blieb der Zugang zu den Forschungsetats lange verwehrt, selbst nach dem Meilenstein der Medizingeschichte im Jahr 1978, der Geburt des ersten mittels In-vitro-Fertilisation gezeugten Kindes, Louise Brown. In Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen Patrick Steptoe schaffte er es, die im Rahmen der veteri-

närmedizinischen Forschung gewonnenen Kenntnisse in praktische Anwendungen beim Menschen umzusetzen. Auf den relativ jungen Gebieten der Präimplantationsgenetik und Stammzellforschung setzte Edwards ebenfalls Maßstäbe.

Der BRZ beklagt die heute noch vorhandene Stigmatisierung dieser Erkrankung, mit der Professor Edwards bereits zu kämpfen hatte. Die gesellschaftliche Isolation der betroffenen Paare führt zu einer mangelhaften Interessenvertretung einer breiten Bevölkerungsschicht. Dabei kann die moderne Reproduktionsmedizin einen signifikanten Beitrag zur Stabilisierung des Geburtenrückgangs leisten.



■ 5. Auflage des Handbuchs „WHO laboratory manual for the Examination and processing of human semen“

Auf der letzten OMV wurde berichtet, dass sich eine kleine Arbeitsgruppe um **PD Dr. med. U. A. Knuth** mit den möglichen Auswirkungen der neuen Referenzbereiche auf unsere reproduktionsmedizinische Tätigkeit befasst und der BRZ als Ihre berufspolitische Vertretung die erforderlichen Schritte entwickelt.

Über den aktuellen Stand wird im Rahmen des BRZ-Herbsttreffens in München berichtet.



■ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abrechenbarkeit der Behandlung HIV-positiver Patientinnen und Patienten über die gesetzliche Krankenversicherung

Auf Initiative der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat dieser am 16. September 2010 beschlossen, dass künftig auch miteinander

verheiratete, HIV-infizierte Paare Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27a in Anspruch nehmen können. Bisher blieben diese Paare von einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen ausgeschlossen, wenn einer der beiden Partner HIV-positiv war.

Für die rund 56.000 HIV-infizierten Menschen in Deutschland ist der Beschluss ein wichtiges Signal. Rund 19 % der Patienten sind weiblich, die meisten zwischen 20 und 40 Jahre alt.

Allerdings sollten wir beachten, dass der Beschluss des G-BA erst rechtskräftig wird, wenn er durch das BMG nicht beanstandet wird und im Bundesanzeiger veröffentlicht ist. Der geänderte Richtlinienentwurf wird den BRZ-Mitgliedern nach der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.

Den entsprechenden Beschluss und die tragenden Gründe können Sie unter <http://www.repromed.de> im Mitgliederbereich, Rubrik „Abrechnung EBM“ herunterladen.

Im Folgenden möchten wir einen Ausschnitt aus der Stellungnahme von **Dr. Tandler-Schneider** an den G-BA, die zu dieser Entscheidung beigetragen hat, wiedergeben:

„Mit Schreiben vom 10.02.2010 baten Sie um eine Stellungnahme des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) im Zusammenhang mit der Behandlung HIV-positiver Patienten bei ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Sie baten um eine Darstellung der Interventionsstrategien der 3 möglichen Konstellationen:

- der Mann ist HIV-infiziert
- die Frau ist HIV-infiziert
- beide Partner sind HIV-infiziert.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass HIV-positive Patienten nicht anders zu bewerten sind als andere infektiöse Patientinnen und Patienten, die derzeit nicht unter einen Ausschluss der Leistungspflicht der Krankenkassen fallen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C). Darüber hinaus ist anzumerken, dass grundsätz-

lich das Material aller Patienten zunächst als infektiös betrachtet und als solches behandelt werden muss, um die Sicherheit des behandelten Partners und des Personals zu gewährleisten.

In der Konstellation eines HIV-infizierten Mannes und einer HIV-negativen Partnerin muss eine Infektion der behandelten Oozyten so weit wie möglich ausgeschlossen werden. Hierzu sind eine HIV-Testung des Ejakulates vor und nach Aufbereitung sowie eine Kryokonservierung der untersuchten Spermien notwendig. Die HIV-Testung kann über die übliche HIV-PCR (EBM-Ziffer 32824 nach entsprechender Ergänzung der Leistungslegende) erfolgen, die Kryokonservierung von Spermien ist analog zur Kryokonservierung von Eizellen oder Hodenbiopsien vor einer TESE nicht zu Lasten der GKV abrechenbar. Die Therapie selbst erfolgt nach den Vorgaben für die medizinisch unterstützte Reproduktion.

Ist die Frau HIV-infiziert, so sind lediglich die generellen Empfehlungen für die Behandlung infektiöser Patientinnen zu beachten: Eingriff am Ende des Programms, getrennte Lagerung in den Brutschränken und getrennte Kryokonservierung. Da die Zentren, die diese Behandlungen durchführen, mehrere Brutschränke vorhalten, ist eine solche Lagerung unproblematisch und verursacht keine zusätzlichen Kosten. Sind beide Partner HIV-infiziert, so kommen alle oben genannten Kriterien zum Tragen.

Es ergeben sich daher für die Durchführung von Maßnahmen der medizinisch unterstützten Reproduktion nach § 27 a SGB V (homologe Inseminationen, In-vitro-Fertilisationen, intrazytoplasmatische Spermieninjektionen) zusätzliche Kosten für die Durchführung der HIV-PCR gemäß GNR. 32824 EBM in Höhe von € 112,50 pro Behandlungszyklus, wenn das Ejakulat eines HIV-positiven Partners verwendet wird. Abschließend ist festzustellen, dass es sich um eine relativ kleine Gruppe von Patienten handelt, die nur an ausgewählten Zentren Deutschlands ihre Kinderwunsch-Behandlung erhalten. Grundsätzlich ist der BRZ der Auffassung, dass diese Patientengruppe nicht anders behandelt werden sollte als Patientinnen mit beispielsweise einer chronischen Hepatitis B oder C und uns im Falle des Kinderwunsches

der Ausschluss HIV-betroffener Ehepartner nicht gerechtfertigt erscheint.

Die AWMF-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung HIV-betroffener Paare mit Kinderwunsch“ mit Stand vom September 2008 ist derzeit in Überarbeitung. Ein aktueller Artikel aus der Zeitschrift *Fertility & Sterility*, Heft 2, Februar 2010 ([http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(09\)03453-0/abstract](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(09)03453-0/abstract)) zeigt, dass die Schwangerschaftsraten HIV-diskordanter Paare vergleichbar mit denen nicht infektiöser Kinderwunschaare sind.



■ Auswirkungen des BSG-Urteils von Juni 2009 zur Anzahl erfolgloser Behandlungen nach § 27a SGBV

Nicht im Sinne unserer Patienten war das Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. Juni 2009 (B 3 KR 9/08 R) zur Zählweise erfolglos durchgeführter ART-Behandlungen und entsprechend groß der Unmut unter unseren Mitgliedern. Vereinzelt wird die Ansicht vertreten, dass dieses Urteil noch keine Wirkung entfalte, weil es sich bisher in den Richtlinien nicht niedergeschlagen habe. Da die Richtlinien weder im Widerspruch zum Gesetz noch zur Auslegung des

Gesetzestextes durch das BSG stehen (s. dazu Abs. 12 des BSG-Urteils), sieht der G-BA nach unserem Kenntnisstand keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf. Allenfalls werde es eine Präzisierung hinsichtlich des auszustellenden Behandlungsplans geben.

Die Tagesordnung des BRZ-Herbsttreffens, das im Rahmen des IVF-Gruppen-Treffens in München stattfindet, sieht eine Diskussion zum Umgang mit diesem Urteil vor.



■ Arbeitskreis Gesellschaft und Politik (AK G+P)

In seiner letzten Sitzung hat der Vorstand des BRZ beschlossen, dem Arbeitskreis, um den es in den vergangenen Jahren sehr still geworden war, neues Leben einzuhauchen. Unter dem Vorsitz von **Dr. med. Klaus Bühler**, der Koordination durch Herrn **Najib Nassar** und Mitarbeit von **Monika Uszkoreit** soll ein überschaubarer Kreis von BRZ-Mitgliedern relevante Themen identifizieren und in Abstimmung mit dem Vorstand umsetzen. Wir hoffen, dass der neue AK G+P nicht nur für den Verband, sondern für das gesamte Gebiet eine wertvolle Stütze sein wird und werden seine Aktivitäten künftig auch an dieser Stelle veröffentlichen.

■ Unter www.ivf-europa.eu räumen wir mit Gerüchten auf!



In den Patientenforen und -köpfen kursieren viele Gerüchte darüber, was in Deutschland nach dem ESchG möglich oder unmöglich, was technisch sinnvoll oder medizinisch unsinnig ist und wofür es sich möglicherweise lohnen könnte, eine Kinderwunschbehandlung im Ausland durchführen zu lassen. Auf der Internetseite www.ivf-europa.eu finden Sie Informationen zu diesen Fragen, die Sie auch gern ausdrücken und Ihren Patienten zur Verfügung stellen können.

Korrespondenzadresse:

Najib Nassar
Schriftführer des BRZ
Medizeum Saarbrücken
Tel: +49/(0)681-93632-0
E-Mail: n.nassar@ivf-saar.de

ANKÜNDIGUNG

3 intensivseminar

BRZ

Bundesverband
Reproduktionsmedizinischer
Zentren Deutschlands e.V.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

bereits zwei BRZ-Intensivseminare, Januar 2009 und Januar 2010, liegen hinter uns. Ihr großer Erfolg hat uns gezeigt wie wichtig diese Art Veranstaltung ist. Daher freuen wir uns, nun das 3. BRZ-Intensivseminar ankündigen zu können.

Das dreitägige Grundlagenseminar richtet sich an Weiterbildungsassistentinnen und –assistenten, aber auch an niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen, die ihr Wissen über die Reproduktionsmedizin auffrischen oder neu etablieren möchten.

Unterstützt von der Deutschen Akademie für Gynäkologie und Geburtshilfe (DAGG) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) trägt der BRZ mit diesen Seminaren der Notwendigkeit der Fortbildung der Ärzteschaft Rechnung, die zwar nicht unmittelbar, aber dennoch ganz wesentlich an einer erfolgreichen Behandlung der Kinderwunschaare beteiligt ist.

Das dritte BRZ-Intensivseminar findet vom 20. bis 22. Januar 2011 wieder in Berlin statt. In mehr als 20 Vorträgen werden alle Aspekte des Basiswissens Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie vermittelt. Aber auch die praktische Seite des Gebiets wird nicht zu kurz kommen: Alle Teilnehmer haben die Gelegenheit der Besichtigung eines IVF-Zentrums und eines Großlabors. Ausgesuchte, hoch-relevante Fallstudien erfordern die interaktive Beteiligung.



Dr. U. Hilland
(Vorsitzender des BRZ)



Dr. A. Tandler-Schneider
(stv. Vorsitzender des BRZ)

3. BRZ-Intensivseminar für gynäkologische
Endokrinologie & Reproduktionsmedizin

Berlin 20.-22.01.2011

DAGG
Deutsche Akademie
für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. O. Ortmann
(für die DAGG)

 Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Dr. C. Albring
(für den BVF)

Die Landesärztekammer Berlin hat das Seminar zertifiziert und gewährt für die Teilnahme an allen 3 Tagen 22 Fortbildungspunkte.

PROGRAMM

Grundlagen der Reproduktionsmedizin & Endokrinologie — Donnerstag, den 20.01.2011

- 09.00 — Einführung in die gynäkologische Endokrinologie Dr. Wilke / Hildesheim
 10.30 — Physiologie der menschlichen Fortpflanzung Dr. Rosenberg / Berlin
 11.30 — Grundlagen der Laboranalytik – Was sollte der Frauenarzt / die Frauenärztin von Labormethoden wissen? Dr. Gremmels / Berlin
 12.15 — Grundlagen der Andrologie Prof. Schulze / Hamburg
 14.30 — **Workshop 1** Führung durch ein IVF-Zentrum
Workshop 2 Führung durch ein Großlabor mit besonderer Darstellung der vollautomatisierten Hormonbestimmung Medizinisch-Diagnostische Institute / Berlin
Workshop 3 (im Hause) Fallkonferenz zu schwierigen Kinderwunschkonstellationen
 16.30 — Humangenetik – Was sollten die Gynäkologen über die Genetik im Rahmen der Reproduktion wissen? Dr. Schell-Apacic / Berlin
 17.15 — Hormonelle Kontrazeption – State of the Art Prof. Ludwig / Hamburg

Reproduktionsmedizin — Freitag, den 21.01.2011

- 08.30 — Der unerfüllte Kinderwunsch – Epidemiologie und Diagnostik Dr. Sydow / Berlin
 09.30 — Endometriose und Sterilität Prof. Ebert / Berlin
 10.15 — Operatives Vorgehen bei tubarer Sterilität / Uterus myomatosus Prof. Ulrich / Berlin
 11.30 — Stimulationsschemata für VZO, Insemination und IVF / ICSI Dr. Tandler-Schneider / Berlin
 12.15 — In-vitro-Fertilisation (IVF) und Mikroinjektion (ICSI) – Indikationen, Chancen und Risiken Dr. Bloechle / Berlin
 14.30 — **Workshop 1** Führung durch ein IVF-Zentrum
Workshop 2 Führung durch ein IVF-Zentrum
Workshop 3 (im Hause) Fallkonferenz zu schwierigen Kinderwunschkonstellationen
 16.30 — Kinderwunsch und Krebs (Fertilitätsprotektion) Dr. Jantke / Berlin
 17.00 — Gesetze und Richtlinien zur Kinderwunschbehandlung in Deutschland Dr. Hilland / Bocholt
 17.30 — Alternative Zusatzmethoden in der Sterilitätstherapie Prof. Krüssel / Düsseldorf
 ab 19.30 Gesellschaftsabend im Ballhaus Berlin

Endokrinologie — Samstag, den 22.01.2011

- 09.00 — Das metabolische Syndrom und die Insulinresistenz Prof. Moltz / Berlin
 09.40 — HRT und Klimax praecox PD Dr. Foth / Köln
 10.20 — Schilddrüse & Prolaktin: Was sollte der Frauenarzt / die Frauenärztin über die internistische Endokrinologie wissen? Dr. Martens / Berlin
 12.30 — **Workshop 1** Führung durch ein IVF-Zentrum
Workshop 2 Führung durch ein IVF-Zentrum
Workshop 3 (im Hause) Fallkonferenz zu schwierigen Kinderwunschkonstellationen
 14.30 — Psychosomatik der Fortpflanzung Prof. Kentenich / Berlin
 15.10 — Habituelle Aborte – Ursachen, Diagnostik und Therapieoptionen Prof. Hinney / Göttingen
 16.00 — Verabschiedung der Teilnehmer, Ende der Veranstaltung Dr. Tandler-Schneider / Berlin

Anmeldung unter www.repromed.de (Anmeldeformular zum Herunterladen) oder telefonisch unter +49(0)681-373551 oder +49(0)30-39494738.



DGA-Mitteilungen

Die Themenauswahl des Intensivkurses orientiert sich am Curriculum der Zusatzweiterbildung Andrologie. Einen besonderen Schwerpunkt bilden praktische Aspekte der Infertilitätsdiagnostik und -therapie, die Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen, der Hypogonadismus einschließlich des Altershypogonadismus sowie die Möglichkeiten der operativen Andrologie. Der Kurs richtet sich sowohl an diejenigen, die schon längere Zeit in der Praxis tätig sind und mit andrologischen Fragen konfrontiert werden, als auch an Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Andrologie befinden. Wie bei dem vorangehenden Kurs 2010 werden integrierte Workshops einen besonders intensiven Wissensaustausch erlauben.

Tagungsort

Factory Hotel Münster
An der Germania Brauerei 5
48159 Münster

Tagungsleitung/Organisation

S. Kliesch, S. Schlatt (Münster)
J. Jacobeit (Hamburg)

Weitere Informationen und Anmeldung über

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Sandra Gottschalg
Markt 8
07743 Jena
Tel. +49 (0)3641 35 33 22 39
Fax +49 (0)3641 3 53 32 72
sandra.gottschalg@conventus.de

Intensivkurs 2011 der Deutschen Gesellschaft für Andrologie

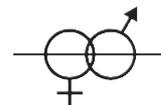
18. bis 19. Februar 2011
Factory Hotel Münster



Die Zertifizierung des Kurses wird bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beantragt.

www.conventus.de/dga

DGRM-Mitteilungen



■ Präimplantationsdiagnostik in Deutschland

Anfang Juli 2010 hat der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) sein Urteil zum Streit bezüglich einer durchgeführten Präimplantationsdiagnostik (PID) in Deutschland bekannt gegeben und damit einen weiteren deutlichen Schritt zur rechtlichen Klärung der Präimplantationsdiagnostik eingeleitet.

Ein Berliner Kollege hatte im Jahr 2005 und 2006 in 3 Fällen nach Einholung eines juristischen Gutachtens die PID bei 3 Paaren durchgeführt. In allen 3 Fällen hatte der männliche Partner eine Chromosomenstörung in balancierter Form, die mit einem hohen Risiko für eine unbalancierte Vererbung und einer daraus resultierenden schweren genetischen Störung bei den Nachkommen einhergeht. Die Paare wünschten diese Untersuchung im Rahmen der künstlichen Befruchtung. Dabei wurden einige Zellen ihres Embryos nach ca. 5 Tagen Kultivierung entnommen und einer genetischen Untersuchung zugeführt. Nach Abschluss der Untersuchung wünschten sie, keinen Embryo mit einer unbalancierten Chromosomenstörung transferiert zu bekommen.

Der BGH hatte nach Revision der Staatsanwaltschaft zu klären, ob eine Vereinbarkeit oder ein Verstoß gegen geltendes Recht, insbesondere gegen das Embryonenschutzgesetz (ESchG), vorliegt. Zuvor hatte das Berliner Landgericht bereits den Kollegen vom Vorwurf der missbräuchlichen Anwendung der Fortpflanzungstechniken und der missbräuchlichen Verwendung menschlicher Embryonen freigesprochen.

Der BGH hat den dargestellten Sachverhalt als keinen Verstoß gegen das ESchG beurteilt.

Die Begründung des BGH in knapper Zusammenfassung lautet wie folgt:

Der BGH beurteilt die Vorgehensweise als vereinbar mit dem Vorsatz, die IVF mit dem Ziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft durchzuführen. Das heißt, die Untersuchung begründet keine Strafbarkeit nach mit § 1 Abs. 1 Nr. 2, da

der Handelnde das Ziel hat, eine Schwangerschaft zu bewirken. Die Tatsache, dass er die Schwangerschaft nur mit einem gesunden Embryo bewirken will, ist dafür nicht relevant. Die Patienten wurden über das Ergebnis der Untersuchungen informiert und haben sich entschieden, die chromosomal auffälligen Embryonen nicht übertragen zu bekommen. Das liegt in der Autonomie der Patienten.

Die Durchführung der PID ist keine nach § 2 Abs. 1 strafbare Verwendung oder verbotenes Verwerfen menschlicher Embryonen. Ein missbräuchliches Verwenden ist nicht zu sehen, denn es wurden lediglich ca. 5 pluripotente Trophoblastzellen einer aus ca. 40–80 Zellen bestehenden Blastozyste untersucht. § 2 Abs. 1 bezieht sich insbesondere darauf, dass der Embryo oder Zellen des Embryos nicht zum Objekt fremdnütziger Zwecke werden, oder zur Embryonenforschung verwendet werden dürfen. Außerdem muss die Abspaltung totipotenter Zellen zum Zweck der Diagnostik untersagt bleiben. Da die entsprechende genetische Diagnostik nur durch „Verbrauch“ dieser Zelle möglich ist, würde damit ein potenzieller Mensch vernichtet werden. Der BGH hat nochmals darauf hingewiesen, dass die Untersuchung von totipotenten Zellen eindeutig untersagt und mit Strafe bedroht ist.

Der BGH hat die Fragestellung auch aus dem historischen Hintergrund des ESchG betrachtet: Die Diagnostik an totipotenten Zellen wird verboten bleiben, weil der daraus potenziell entstehen könnte Mensch (s. § 8 ESchG) vernichtet würde. Die Möglichkeit der Untersuchung an pluripotenten Zellen, wie bei der Blastozystenbiopsie, bei denen eine zelluläre Schädigung der Blastozyste und damit des Embryos nicht zu erwarten ist, hatte der Gesetzgeber seinerzeit noch nicht vor Augen. Bei den Trophoblastzellen handelt es sich unstrittig um pluripotente Zellen, die in der weiteren Entwicklung wesentliche Teile der Plazenta bilden und die man bereits nicht mehr zum eigentlichen Embryo zuordnen kann. Bei einer derartigen Trophoblastbiopsie wird der Embryo (d. h. der Embryoblast) selbst nicht beeinträchtigt. Eine Ablehnung oder Billigung dieser

Methode kann seinerzeit also nicht im ESchG verankert worden sein.

Im Weiteren heißt es in der Begründung, dass sehr wohl im ESchG § 3 normierte Ausnahmen für besondere Konfliktlagen der Eltern, z. B. bei einer geschlechtsgebunden vererbten schweren Erkrankung mit der Auswahl der Samenzellen verankert wurden. In den Beschlussempfehlungen und weiteren Berichten zum ESchG wird genau diese Konfliktsituation als ausnahmewürdig diskutiert. Der BGH beurteilt, dass es sich in den vorliegenden Fällen um eine vergleichbare Konfliktsituation handelt. Daher ist davon auszugehen, dass diese oben beschriebene PID nicht verboten worden wäre, wenn sie schon technisch zur Verfügung und somit zur Diskussion gestanden hätte. Die Geschlechtswahl wird sonst in § 3 eindeutig verurteilt.

Der BGH betont jedoch die Gültigkeit der Entscheidung nur für schwerwiegende genetische Schäden. Hier besteht nach der Rechtssprechung jedoch noch Klärungsbedarf: Welche Erkrankungen sind im Sinne der Rechtssprechung als schwere genetische Störungen ein- bzw. ausgeschlossen? Unklar bleibt außerdem, ob es auch, wie im Gendiagnostikgesetz (GenDG) festgelegt (welches aber die PID nicht beinhaltet), ebenfalls nicht erlaubt ist, Erkrankungen zu untersuchen, die erst nach dem 18. LJ auftreten. Darüber hinaus besteht hier insbesondere bei der Frage nach der Untersuchung auf Aneuploidien bei erhöhtem mütterlichen Alter noch Klärungsbedarf.

Als Konsequenz aus der Entscheidung des BGH ergibt sich, dass genau diese Vorgehensweise, nämlich die Blastozystenbiopsie und die Untersuchung von pluripotenten Trophoblastzellen auf schwere genetische Schäden, in Deutschland ohne Verletzung des ESchG zulässig ist.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Tina Buchholz
Zentrum für Polkörperdiagnostik,
Praxis für Gynäkologie und Genetik,
Labor für Reproduktionsgenetik
D-80538 München, Pfarrstraße 14
E-Mail: info@gyn-gen-lehel.de

Die DGRM gratuliert Prof. Robert Edwards zum Nobelpreis für Medizin

Wie am 4. Oktober bekannt gegeben, wurde der britische Reproduktionsbiologe und „Erfinder“ der künstlichen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) vom schwedischen Karolinska-Komitee zum Nobelpreisträger für Medizin 2010 ernannt.

Robert Edwards liegt das Leiden kinderloser Paare am Herzen. Seit den 1960er-Jahren setzte er seine Forschungsaktivitäten unermüdlich für die Entstehung menschlichen Lebens außerhalb des Mutterleibes ein. Dies gelang ihm unter Mitarbeit von Patrick Steptoe vor mehr als 30 Jahren durch die Geburt von Louise Brown im Jahre 1978. Der lange Weg bis zu diesem Durchbruch war sowohl von vielen Rückschlägen als auch von heftigen Anfeindungen gekennzeichnet. Nach der Etablierung der Methode war es ebenfalls ein langer Weg bis zur Anerkennung des Erfolges. Die weitere Entwicklung wurde kritisch verfolgt, sowohl der auf diese Weise gezeugten Menschen als auch der weiteren Forschungsaktivitäten. Mit der künstlichen Befruchtung setzte Robert Edwards jedoch einen historischen Meilenstein für die moderne Reproduktionsmedizin. Heute ist diese Therapie keine Rarität mehr, knapp 2 % aller Kinder in Deutschland kommen mithilfe dieser Befruchtungsmethode auf die Welt. Durch seinen Einsatz und seine unbeirrten Bestrebungen wurde Unfruchtbarkeit weitgehend heilbar.

Die Vergabe des Nobelpreises an Robert Edwards erkennt die hohen Verdienste um seine wegbereitenden Forschungen zu den Behandlungsmethoden der Reproduktionsmedizin an und ist auch ein Signal für die Wertigkeit der Reproduktionsmedizin in unserem Land.

Der Preis an den heute 85-jährigen Robert Edwards ist höchst verdient. Er hat bis in die letzten Jahre noch außerordentlich aktiv die weiteren wissenschaftlichen Entwicklungen vorangetrieben und sich charismatisch in die gesellschaftlichen Debatten über die Reproduktionsmedizin eingebracht. Die Anerkennung der Behandlungsmethoden und die Auseinandersetzung über ethische Fragen und Grenzen sind ihm ein wichtiges Anliegen. Zuletzt hatte Robert Edwards als Chief Editor der Zeitschrift *RBMonline* zusammen mit der DGRM im Jahre 2007 zur „3rd International Conference on Science and Ethics of Assisted Human Reproduction and Stem Cell Research“ in Berlin geladen. Hier wurde ihm am 02. November 2007 von der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin in Berlin der „*life achievement award*“ für seine Verdienste für die Reproduktionsmedizin verliehen.

*PD Dr. med Tina Buchholz
Schriftführerin der DGRM*

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](#)