

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

LEINMÜLLER R

*Bericht von der 19. Jahrestagung der Österreichischen
Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 17.-18.
Oktober 2003 in Bregenz*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2003; 13 (4) (Ausgabe
für Österreich), 45-46*

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



BERICHT VON DER 19. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN UND ENDOKRINOLOGIE, 17.–18. OKTOBER 2003 IN BREGENZ

KONGRESS-
BERICHT

PRÄNATALMEDIZIN: SCHERE ZWISCHEN TEST- UND THERAPIEMÖGLICHKEITEN WIRD SICH WEITER ÖFFNEN

Knapp 1,6 Millionen Kinder weltweit verdanken seit 1991 ihre Geburt der assistierten Reproduktion (ART). Über die Hälfte der Zyklen werden in Europa vorgenommen. Internationale Experten gaben sich bei der 19. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, die Tagungspräsident Professor Herbert Zech in Bregenz organisiert hat, „die Klinke in die Hand“.

WIE PAARE EIN ZENTRUM AUSWÄHLEN

Wie kann ein Zentrum sich abheben, damit es für die Paare attraktiver ist als andere Zentren? Professor Gerhard Riegl aus Augsburg: „Die Zeiten, in denen Leistung ein überzeugendes Argument war, sind vorbei. Heute setzt jeder eine optimale medizinische Behandlung voraus.“ Deshalb sei Zusatzkompetenz notwendig, um ein Zentrum einzigartig und unverwechselbar zu machen. Zur Differenzierung im Wettbewerb gehören Service und Ausstrahlung. In Zukunft wird sich auch ein seriöses Nein im positiven Sinne – etwa im Umgang mit der älteren Patientin – als deutlich gewichtiger herausstellen als ein geheucheltes Ja. Damit verschafft sich der Arzt erheblich mehr Glaubwürdigkeit.

Wie kommen die Patienten ins Zentrum? Die führende Rolle bei der Auswahl haben mit 67 % eindeutig die Gynäkologen der Patientinnen. Insgesamt wählen knapp 85 % der Paare das Zentrum auf ärztlichen Rat hin aus. Das Internet spielt mit 1 % derzeit noch eine untergeordnete Rolle (Tabelle 1).

Obwohl die Rechtssituation deutlich weniger restriktiv als in Deutschland ist, sehen sich die Reproduktionsmediziner in einer vergleichbaren Zwickmühle: Für eine optimale Therapie der Paare ist das Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG) in seiner derzeitigen Fassung ein Hemmschuh, so Professor Wilfried Feichtinger aus Wien.

NOVELLIERUNG DES FONDSGESETZES

Zumindest beim Fondsgesetz ist eine Novelle in Begutachtung, die einige praktische Probleme lösen wird. Wie Dr. Gerhard Aigner vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ausführte, sollen zukünftig auch „gemischt“ versicherte Paare finanziell entlastet werden. Patientinnen mit Endometriose werden in den Fonds fallen, dafür werden dann Patienten ausgeschlossen, die sich freiwillig sterilisieren ließen.

Beim FMedG sieht der Justitiar viele Änderungswünsche als berechtigt an, etwa die Verlängerung der Verwahrungsfrist und die Lockerung des Überlassungsverbot. Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) scheut die Politik allerdings derzeit eine Änderung.

Im Rahmen der Diskussion wurden ebenfalls zwei verschiedene Positionen vertreten: Für die Beschränkung auf ein Risikokollektiv mit genetischer Disposition sprach sich Professor Hans-Christian Duba aus Linz aus, während Professor Feichtinger sich konsequent für ein Screening stark machte.

Tabelle 1: Wie finden Paare „ihr“ Zentrum? (nach Riegl G.) (Mehrfachangaben möglich)

67 %	Gynäkologe
25 %	Freunde
15 %	andere Ärzte
10 %	spezieller Wunsch
8 %	Presseberichte
1 %	Internet

STRAFRECHTLICH IST DIE PID NICHT VERBOTEN

Für die Strafrechtlerin Professor Monika Frommel aus Kiel erfordern beide Indikationen keine Änderung des bestehenden Gesetzes – wenn das FMedG liberal ausgelegt wird: Das Gesetz zielt ihrer Auffassung nach darauf ab, eine angemessene Behandlung sicherzustellen – mit dem Ziel einer Schwangerschaft. Diese ist nach heutigem Wissen umso erfolgreicher zu erreichen, wenn die Blastozyste(n) mit den höchsten Implantationschancen transferiert wird.

Bei liberaler Argumentation sei auch ein Aneuploidie-Screening mit dem FMedG zu vereinbaren. Es könne nicht in der Absicht des Gesetzgebers liegen, eine medizinische Behandlung nach historischen Standards „fest zu zementieren“, Ärzte müßten vielmehr die Therapie an den international gültigen Standard anpassen können.

DIE ZUKUNFT: VIELE TESTS STEHEN WENIGEN THERAPIEMÖGLICHKEITEN GEGENÜBER

In Zukunft werden die Möglichkeiten zu genetischen Tests noch sehr viel größer werden, die Therapiemöglichkeiten aber beschränkt bleiben. Aufgrund dieser divergierenden Entwicklung prognostiziert Professor Markus Hengstschläger aus Wien eine zunehmende Zahl invasiver Eingriffe in der Pränatalmedizin.

DIE PID IST EINE ALTERNATIVE ZUR „SCHWANGERSCHAFT AUF PROBE“ – ABER WANN?

Die ethisch „einfache“ Lösung wäre ein Screening für Aneuploidien, die nicht lebensfähig sind. Die zweite

Möglichkeit, eine Liste von Indikationen, ist aus praktischen Gründen nicht machbar, da wöchentlich neue Tests zur Erkennung von (Erb-) Krankheiten entwickelt werden.

Über praktische Erfahrungen mit Polkörperdiagnostik und PID berichteten Dr. Christina Lavin und ihre Kollegin Janin Cieslak aus Chicago. Dort wurden insgesamt 1.500 PIDs durchgeführt und 508 Schwangerschaften induziert – 358 Kinder sind geboren. Das praktische Vorgehen richtet sich nach der Indikation:

- Aneuploidie-Screening: Entnommen werden 1. und 2. Polkörper zusammen, zusätzlich wird eine Blastomere biopsiert und analysiert. Bei Patientinnen über 38 Jahren ließen sich so die Implantationsraten verdoppeln.
- Translokationen: Wenn mütterlicherseits vorhanden, werden 1. und 2. Polkörper entnommen, väterlicherseits erfolgt die Biopsie einer Blastomere. Bei 112 Fällen sank durch die PID die Abortrate von 88 auf 19%.
- Monogene Erkrankungen: Getrennte Entnahme von 1. und 2. Polkörper und Blastomerenbiopsie.

Beide Referentinnen machten klar, daß die PID eine Modifikation, nicht aber Elimination des Risikos darstellt. Dr. Klaus Bühler aus Hannover konkretisierte: PID ist eine zusätzliche Möglichkeit im Rahmen des Scorings mit dem Ziel, diejenige(n) Blastozyste(n) mit dem höchsten Entwicklungspotential zu transferieren.

SCHLÜSSELFAKTOREN FÜR ART-MASSNAHMEN

Aus praktischer Sicht sieht Professor Feichtinger als negative Schlüsselfaktoren für den Erfolg in absteigender Reihenfolge:

- Höheres Alter der Frau (und des Mannes)
- Rauchen (1,7fach verminderte Chancen auf eine Schwangerschaft)
- Zyklus- bzw. Hormonstörungen
- Psychologische Faktoren
- Über- und Untergewicht der Frau
- Infektionen bei Mann und Frau.

Speziell das Alter – besser: die Ovarreserve – ist in der Praxis ein wichtiger Faktor für die Wahl des geeigneten Stimulationsverfahrens mit den höchsten Erfolgsraten. Im Gespräch erläuterten die Professoren Zech und Feichtinger ihre präferierten Strategien.

VORGEHEN BEI ÄLTEREN ...

Ob Agonisten oder Antagonisten-Protokoll, beide Experten sind sich bei der Stimulation mit rekombinantes FSH einig, daß auch rekombinantes LH zugesetzt werden muß; einzige Ausnahme: PCO-Patientinnen. Doch während Professor Feichtinger bei älteren Frauen mit knappen Ovarreserven den „Spontanzyklus“ bevorzugt (ab einer Follikelgröße von 16 mm täglich 75 IU rFSH, etwa Gonal-f[®], und 0,25 mg GnRH-Antagonist täglich bis zur Auslösung der Ovulation), setzt sein Bregenzer Kollege zwei Strategien ein: Bei älteren Patientinnen mit guter Ovarialantwort bevorzugt er nach der Downregulati-

on eine Startdosis von 300 IU rFSH, jeden zweiten Tag, zusätzlich 75 IU rLH (z. B. Luveris[®]). Bei „poor responders“ wird eine deutlich höhere Startdosis rFSH (600–675 IU) gewählt und die Downregulation mit Beginn der Stimulation auf die Hälfte „zurückgefahren“. Bei ausbleibendem Erfolg schwenken die Bregenzer auf ein Antagonisten-Protokoll um, verabreichen ab dem 2. Zyklustag 300–375 IU rFSH, ab einer Follikelgröße von 15 mm täglich Antagonisten. Bei einem Durchmesser von 20 mm wird die Ovulation mit 10.000 IU hCG oder bevorzugt Ovitrelle[®] ausgelöst.

... UND JÜNGEREN PATIENTINNEN

Eine klare Indikation für GnRH-Antagonisten sieht Professor Zech bei jungen „good responders“ mit Risiko für ovarielle Überstimulation (OHSS). Hier erfolgt nach einer Phase mit oraler Anti-Konzeption ab dem 2. Zyklustag die Stimulation mit 150 IU r-FSH über fünf Tage. Ab einer Follikelgröße von 15 mm werden zusätzlich Antagonisten bis zur Auslösung mit GnRH-Agonisten appliziert (bei einer Follikelgröße von 19–20 mm).

Junge Patientinnen ohne OHSS-Risiko werden in Bregenz natürlich ebenfalls downreguliert. Frühestens drei Tage nach der Blutung beginnt die Stimulation mit 225 IU rFSH täglich und 75 IU r-LH jeden zweiten Tag. Eine Anpassung der rFSH-Dosis erfolgt nach sechs Tagen – bei gutem Ansprechen auf 150 IU. Die Ovulation wird ausgelöst, wenn der Leitfollikel 21 mm mißt.

Autorin: Dr. Renate Leinmüller

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)