

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 2004; 1 (2), 132-145

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, DIR, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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

STELLUNGNAHME DES DVR E.V. ZUM KLONEN VON MENSCHLICHEN BLASTOZYSTEN

Die koreanische Arbeitsgruppe um **Woo Suk Hwang** und **Shin Young Moon** von der Seoul National University publizierte im Februar 2004 die ersten Ergebnisse über pluripotente humane embryonale Stammzellen, die aus einer geklonten Blastozyste hergestellt worden waren. Eine ausführliche Publikation über diese Forschungsarbeiten folgte in Science am 12. März 2004 [1]. Diese Meldung kann aus Sicht der Grundlagenwissenschaft als Pioniertat gesehen, muß aber aus klinischer Sicht auch kritisch hinterfragt werden.

Mit dieser wissenschaftlichen Arbeit ist erstmals bewiesen worden, daß das Klonen von menschlichen Blastozysten möglich ist, und daß von diesen Blastozysten Stammzellen verfügbar gemacht werden können. Die erfolgreichen Studien der koreanischen Arbeitsgruppe zeigen darüber hinaus, daß das Zurückschalten des menschlichen genetischen Programms eines ausdifferenzierten, erwachsenen (adulten) Zellkerns in den undifferenzierten Zustand (nach seinem Transfer in die entkernte Eizelle) möglich ist. Damit wurde gezeigt, daß das menschliche Genom reprogrammiert werden kann. Durch Faktoren, die das Zytoplasma einer menschlichen Eizelle besitzt, kann die Reprogrammierung des transferierten somatischen Zellkerns ablaufen, und zwar nach den gleichen Mechanismen, wie sie bei verschiedenen Säugetierarten zuvor gezeigt worden sind. Neue wissenschaftliche Befunde weisen darauf hin, daß diese Reprogrammierung wesentlich weniger fehlerhaft erfolgt, als dies beim Klonen des berühmten Schafes „Dolly“ geschah. Unlängst wurden überzeugende Hinweise geliefert, daß durch zellbiologische Eingriffe, wie z. B. durch die Aggregatbildung von geklonten Vierzellern der Maus, die Zahl der Reprogrammierungsfehler bis zur Bildung der Blastozyste signifikant gesenkt werden kann [2].

Mit den Ergebnissen der koreanischen Forschungsarbeiten ist man

nun dem Ziel, menschliche embryonale Stammzellen (mES) eventuell therapeutisch nutzen zu können, einen zwar kleinen, doch erheblichen Schritt nähergekommen. In überzeugenden Untersuchungen an Labortieren ist gezeigt worden, daß embryonale Stammzellen (ES) erfolgreich therapeutisch, z. B. beim Herzinfarkt, eingesetzt werden können. Menschliche ES konnten bereits in funktionstüchtige Kardiomyozyten transformiert werden. Die Optionen, aus menschlichen Stammzellen Therapiestrategien für schwerwiegende Erkrankungen entwerfen zu können, scheinen damit realistischer zu werden; auf der Basis der Studien um Hwang und Moon könnten solche Therapien im autologen System erfolgen, d. h. die transplantierten Zellen und der Empfänger wären genetisch und somit auch immunologisch identisch.

In diesem Zusammenhang ist jedoch unbedingt eine Klarstellung darüber zu fordern, wie man die Spende von Eizellen aus einem IVF/ICSI-IVF-Therapieprogramm bewerten und kontrollieren soll! Wenn Eizellen unter allgemein gültigen Kriterien der Uneigennützigkeit und der Anonymität gespendet worden sind, dann sollte eine solche Spende als ein Akt des eigenverantwortlich und freiheitlich ausgeübten Selbstbestimmungsrechts anerkannt und respektiert werden. In Deutschland wäre aber eine solche Eizellenspende nach dem Embryonenschutzgesetz untersagt.

Alle, die das „Reproduktive Klonen“ ablehnen, sehen den ethischen Konflikt auch beim Ansatz des „Therapeutischen Klonens“, bei dem nach Somatic cell nuclear transfer (SCNT) eine Frühentwicklung bis zur Blastozyste abläuft. Folglich kann dieser erste Schritt zum potentiellen Menschen als eine embryonale Entwicklung angesehen werden, die nach deutschem Strafrecht nicht fremdnützig verwendet werden darf, andererseits nach Recht in Großbri-

tannien und in einigen anderen europäischen Ländern als Phase angesehen wird, in der bei kritischer Kontrolle der Wissenschaft hochrangige Forschung erlaubt ist. Mit vollem Respekt für beide Seiten der Betrachtung muß hier zum einen auf die persönliche Entscheidung der gesetzgebenden Parlamentarier in Deutschland Rücksicht genommen werden, zum andern sollte in gleichem Maße respektiert werden, wenn sich in einer parlamentarischen Demokratie außerhalb Deutschlands eine Gesetzgebung durch legitime Mehrheitsentscheidung für eine Forschung an diesen frühen menschlichen Entwicklungsstadien entschieden hat.

Wenn dieser Grundsatz akzeptabel ist, dann müssen auch Stimmen in Deutschland Beachtung finden, die klar dafür eintreten, daß es ein Axiom der naturwissenschaftlich begründeten Medizin ist, daß Forschung **vor** der Therapie kommt; dazu sei D. Ganten, Berlin, zitiert: „Erst kommt die Forschung, dann die Therapie! Wer schon die Forschung nicht will, verhindert diese Entscheidungsfindung und braucht auf die Therapie nicht zu hoffen!“ [3].

Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, ob ein derzeit noch theoretischer Heilungserfolg ein so gewichtiger wissenschaftlicher Ansatz ist, daß in der ethischen Güterabwägung entsprechende vorbereitende Studien beim Menschen vertretbar sind.

Weitere Studienansätze mögen bei diesem komplexen Entscheidungsprozeß behilflich sein. Wie Luca Gentile und Hans Schöler kürzlich berichtet haben (vgl. Bericht J. Müller-Jung, FAZ vom 7. April 2004 [4]), läßt sich durch spezifische Änderungen des Kulturmediums das Entwicklungsschicksal der geklonten Blastozysten der Maus so begrenzen, daß jene zu einer Entwicklung im Uterus einer Empfängermaus nicht mehr fähig sind. Hieraus ergibt sich die interessante Perspektive, daß sich ein

geklonter Embryo zwar als Blastozyste noch für die Herstellung von embryonalen Stammzellen eignet, aber nicht mehr für das reproduktive Klonen. Ein bisher viel zu wenig diskutierter wissenschaftlicher Weg ist damit bei der Maus geebnet: der somatische Zellkerntransfer wird für die Herstellung embryonaler Stammzell-Linien mit individuellen genetischen Merkmalen möglich, aber gleichzeitig wird das reproduktive Klonen mit diesen Blastozysten verhindert!

Wenn weiterhin „Therapeutisches Klonen“ durchgeführt werden könnte, ohne totipotente Eizellen oder Embryonen aus *In-Vitro*-Fertilisations-therapieprogrammen gewinnen zu müssen, indem Reprogrammierungsstrategien in adulten Zellen zum Einsatz kommen könnten, wäre dann diese Vision zur Gewinnung embryonaler Stammzellen (ES) ein legitimer und überzeugender Forschungsansatz? Wäre diese Vision nicht um so tragfähiger, wenn nur auf solche Weise entstandene ES erforscht würden mit der Zielrichtung, therapeutisch genutzt werden zu können? Sollte man den Begriff „Therapeutisches Klonen“ überhaupt noch benutzen? Oder soll man zukünftig den von zahlreichen internationalen Forschern und Forschungsorganisationen vorgeschlagenen Begriff „Forschungsklonen“ („Research Cloning“) verwenden?

Im Hinblick auf therapeutische Optionen ist zu beachten, daß sich Resultate aus dem Tierversuch nur mit größter Vorsicht auf den Menschen übertragen lassen. Dennoch sind unendlich viele erfolgreiche therapeutische Ansätze beim Menschen vom Prinzip her erst im Tierversuch sondiert worden; man denke nur an die ausgedehnten und langwierigen Voruntersuchungen von Medikamenten im Tierversuch, ehe eine Anwendung beim Menschen gestattet ist. Unabdingbar ist daher zunächst eine umfangreiche Prüfung der therapeutischen Ansätze von ES im Tierversuch, um ihre Indikationen, ihre Anwendungsmöglichkeiten und vor allem auch ihre Nachhaltigkeit auf dieser Ebene einer Klärung zu unterwerfen. Diese Basisforschung sollte darüber hinaus darlegen können, daß ES gegenüber sog. adulten Stammzellsystemen deutliche Vorteile in der therapeutischen Anwendung zeigen, und dabei auch darlegen, für welche Organdefekte möglicherweise ein Benefit besteht.

Auf der Basis der hier dargestellten Überlegungen hält der DVR e.V. es deshalb gegenwärtig für wissenschaftlich und ethisch nicht ausreichend begründet, Forschungsarbeiten zum Klonen von menschlichen Blastozysten prinzipiell abzulehnen. Der DVR e.V. unterstützt alle Bemühungen auf der Ebene internationaler

Entscheidungen, einen weltweiten Konsens dahingehend zu erzielen, daß der Einsatz aller zellbiologischen, molekulargenetischen und reproduktionsbiologischen Methoden zum Zwecke des „Reproduktiven Klonens“ abzulehnen ist. Über die Fragestellung des „Therapeutischen Klonens“ oder des „Forschungsklonens“ sollte verantwortungsbewußt und zukunftsorientiert diskutiert und abgestimmt werden.

Literatur:

1. Hwang WS, Ryu YJ, Park JH, Park ES, Lee EG, Koo JM, Jeon HY, Lee BC, Kang SK, Kim SJ, Ahn C, Hwang JH, Park KY, Cibelli JB, Moon SY. Evidence of a pluripotent human embryonic stem cell line derived from a cloned blastocyst. *Science* 2004; 303: 1669–74 (published online 12 Feb 2004, 10. 1126/Science 1094515).
2. Boiani M, Eckardt S, Leu NA, Schöler HR, McLaughlin KJ. Pluripotency deficit in clones overcome by clone-clone aggregation: epigenetic complementation? *EMBO J* 2003; 22: 5304–12
3. Ganten D. Der Wert des Klonens. Eine Warnung vor übereilten Verdikten. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 10. März 2004.
4. Müller-Jung J. Die Arithmetik des Klonens. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, *Natur und Wissenschaft*, 7. April 2004.

*Prof. Dr. med. F. Geithövel
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. H. M. Beier*

MITTEILUNGEN DER ARBEITSGEMEINSCHAFT REPRODUKTIONS BIOLOGIE DES MENSCHEN (AGRBM)

ANALYSE REPRODUKTIONS-MEDIZINISCHER PUBLIKATIONEN AUS DEUTSCHLAND IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

J. Rostek, I. Hoppe

Die Frage nach dem Stand deutscher Publikationen in der reproduktionsmedizinischen Literatur bildete die Grundlage der vorliegenden Analyse und sollte eine Einordnung im internationalen Vergleich bringen. Ausgewertet wurden zum einen die von der *American Society for Reproductive Medicine* herausgegebene Zeitschrift *Fertility and Sterility* sowie das von der *European Society of Human Reproduction and Embryology* herausgegebene Journal *Human Reproduction*.

Fertility and Sterility

ist ein internationales Journal für Gynäkologen, Endokrinologen, Urologen, Biologen und Wissenschaftler, deren Aufgabenfeld in der Untersuchung von Infertilität und menschlicher Reproduktion liegt. Das Journal publiziert wissenschaftliche Artikel klinischer Untersuchungen innerhalb der reproduktiven Endokrinologie, Urologie, Andrologie, Physiologie, Immunologie, Genetik, Kontrazeption und Menopause.

Als Grundlage der Untersuchung wurden die Jahre 1998 bis einschließlich 2002 gewählt. Die Gesamtanzahl beträgt in diesem Zeitraum 2334 (Tab. 1). Davon stammen insgesamt 68 Beiträge aus Deutschland, was einem prozentualen Anteil von 2,9 % entspricht. Demgegenüber beträgt der Publikationsanteil aus den USA mit 908 Artikeln 38,9 %. Die Aufteilung auf die einzelnen Jahre ergibt sich aus Tabelle 1.

Mit 38,9 % Publikationsanteil in den Jahren 1998–2002 ergibt sich für

Tabelle 1: Fertility and Sterility – Auswertung 1998–2002. Gesamtzahl ausgewerteter Artikel 1998–2002: **2334**

	Gesamtartikel	Artikel aus Deutschland	%-Anteil	Artikel aus den USA	%-Anteil
1998	434	15	3,45	189	43,5
1999	432	8	1,85	187	43,3
2000	509	13	2,55	185	36,3
2002	490	17	3,47	180	36,7
2002	469	15	3,2	167	35,6
Summe	2334	68	2,9	908	38,9

Beiträge aus den USA erwartungsgemäß die mit Abstand stärkste Präsenz in *Fertility and Sterility* (Tab. 2). Für Italien beträgt der Publikationsanteil an 2. Stelle bereits nur noch 6,6 % und Deutschland nimmt mit 2,9 % ranggleich mit Spanien den achten Platz ein. Davor rangieren Großbritannien (5,4 %), Japan (5,3 %), Israel (4,8 %) Kanada (3,9 %), Niederlande (3,6 %) und Frankreich (3,6 %).

Human Reproduction

bringt Originalartikel über Grundlagenforschung, klinische Fallbeispiele und aktuelle Fragen der Reproduktionsmedizin heraus. Die Artikel informieren über wissenschaftliche und medizinische Aspekte der Reproduktionsphysiologie, Pathologie, Endokrinologie, Andrologie, Gonadenfunktionen, über Gametogenese und Fertilisation, Embryologie, Implantation, Schwangerschaft, Genetik, Kontrazeption, Infertilität, Psychologie und Ethik.

Auch bei der Analyse von *Human Reproduction* wurden ausschließlich

Tabelle 2: Fertility and Sterility – Auswertung 1998–2002. Gesamtzahl ausgewerteter Artikel 1998–2002: **2334**

	1998–2002 Zahl d. Artikel	%-Anteil
1. USA	908	38,9 %
2. Italien	153	6,6 %
3. Großbritannien	125	5,4 %
4. Japan	123	5,3 %
5. Israel	113	4,8 %
6. Kanada	92	3,9 %
7. Niederlande	83	3,6 %
7. Frankreich	83	3,6 %
8. Deutschland	68	2,9 %
8. Spanien	68	2,9 %
9. Belgien	50	2,1 %
10. China	42	1,8 %
11. Türkei	34	1,5 %
12. Österreich	31	1,3 %
12. Schweiz	31	1,3 %
12. Australien	31	1,3 %
13. Griechenland	29	1,2 %
13. Finnland	29	1,2 %
13. Korea	29	1,2 %
14. Taiwan	26	1,1 %

Tabelle 3: Human Reproduction – Auswertung 1998–2002. Gesamtzahl ausgewerteter Artikel 1998–2002: **2946**

	Gesamtartikel	Artikel aus Deutschland	%-Anteil	Artikel aus Großbritannien	%-Anteil
1998	553	25	4,5	102	18,4
1999	674	44	6,53	116	17,2
2000	547	27	4,94	91	16,6
2002	538	30	5,58	81	15,0
2002	634	23	3,63	113	17,8
Summe	2946	149	5,1	503	17,1

die Jahre 1998–2002 untersucht (Tab. 3). Die Gesamtzahl der Publikationen beträgt in diesem Zeitraum 2946. Dabei ergibt sich für deutsche Publikationen ein Anteil von 5,1 %. Zum Vergleich sind im selben Zeitraum 503 Publikationen aus Großbritannien erfaßt, die einen prozentualen Anteil von 17,1 % ergeben.

Mit einer Publikationspräsenz von 5,1 % rangiert Deutschland im Journal *Human Reproduction* an 6. Stelle (Tab. 4). Davor ordnen sich Großbritannien (17,1 %), USA (13,0 %) Italien (6,6 %), Frankreich (5,6 %) und Japan (5,5 %) ein. Alle weiteren Länder liegen unter 5,0 % und ergeben sich aus Tabelle 4.

Laut *World Report on IVF-Data* aus dem Jahr 1998 wurden weltweit 388.000 Zyklen protokolliert, wobei 60 % der registrierten IVF-Zyklen auf Europa entfielen. Insgesamt teilen sich 197.162 Zyklen auf die in Tabelle 5 erfaßten Länder auf. Aus der Zahl der Zyklen ergibt sich die ent-

sprechende Rangfolge der Länder in der Zahl der ART-Behandlungen. Gegenübergestellt wird die Rangfolge einzelner europäischer Länder in ihrer Publikationspräsenz in der Zeitschrift *Human Reproduction* für das Jahr 1998.

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit einer Zyklenzahl von 46.132 auf Rang 2 hinter Frankreich mit 46.720 Zyklen im Jahr 1998 (Tab. 5), gefolgt von Großbritannien (35.261 Zyklen), den Niederlanden (13.965 Zyklen), Italien (13.680 Zyklen) und Belgien (10.529 Zyklen).

Zusätzlich wurde die für eine Publikation notwendige Zykluszahl für die einzelnen Länder ermittelt. Dabei ist auffällig, daß Deutschland im europäischen Vergleich zwar nach Frankreich in der Zahl der ART-Zyklen den zweiten Rang einnimmt, in der Zahl der Publikationen im gleichen Jahr aber nur an 6. Stelle steht. Noch deutlicher wird der Unterschied bei der Betrachtung der durchgeführten Zyklen im Verhältnis zu den Publikationen, wobei in Deutschland 1998 1845 ART-Zyklen für eine Publikation notwendig waren. Der Durchschnitt liegt für die untersuchten europäischen Länder bei 640 Zyklen pro Publikation.

Der Anteil der Publikationen, bezogen auf die 1998 durchgeführten

Zyklen, spiegelt im europäischen Vergleich eine hohe Publikationsintensität in den Ländern Belgien, Großbritannien und Italien wider. Deutschland, Dänemark und Frankreich zeichnet 1998 hingegen eine niedrige Publikationsrate pro Zyklenzahl aus.

Quellen:

Nygren KG, Nyboe Andersen A. Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reprod* 2002; 17: 3260–74.

Nygren KG, Nyboe Andersen A. Assisted reproductive technology in Europe, 1998. Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reprod* 2001; 16: 2459–71.

Human Reproduction Jahrgänge 1998–2002

Fertility and Sterility Jahrgänge 1998–2002

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Biol. Jana Rostek
Kinderwunschpraxis
Dr. Monica Tobler
Theaterplatz 8, D-37073 Göttingen

Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen:

Dr. Ines Hoppe
Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Klinikum Jena
07740 Jena, Bachstraße 18
E-Mail: ines.hoppe@med.uni-jena.de

Tabelle 4: Human Reproduction – Auswertung 1998–2002. Gesamtzahl ausgewerteter Artikel 1998–2002: **2946**

	1998–2002 Zahl d. Artikel	%-Anteil
1. Großbritannien	503	17,1 %
2. USA	384	13 %
3. Italien	196	6,6 %
4. Frankreich	164	5,6 %
5. Japan	161	5,5 %
6. Deutschland	149	5,1 %
7. Niederlande	146	4,9 %
8. Belgien	131	4,4 %
9. Israel	125	4,2 %
10. Australien	116	3,9 %
11. Spanien	103	3,5 %
12. Schweden	95	3,2 %
13. Dänemark	73	2,5 %
14. Finnland	72	2,4 %
15. China	69	2,3 %
16. Kanada	65	2,2 %
17. Türkei	49	1,7 %
18. Schweiz	37	1,2 %
19. Griechenland	29	0,98 %
20. Chile	26	0,88 %

Tabelle 5: Prozentualer Vergleich des Zyklen- bzw. Publikationsanteils europäischer Staaten (Publikationen nur auf Human Reproduction bezogen)

Land	ART 1998		Rang	Publikationen 1998		Rang	Zyklen/ Publikation
	n	%		n	%		
Frankreich	46.720	23,4	1	29	9,4	5	1611
Deutschland	46.132	23,4	2	25	8,1	6	1845
Großbritannien	35.261	17,8	3	102	33,1	1	345
Niederlande	13.965	7,1	4	31	10,1	4	450
Italien	13.680	6,9	5	38	12,3	2	360
Belgien	10.529	5,3	6	32	10,4	3	329
Spanien	9.962	5,1	7	21	6,8	7	474
Schweden	8.381	4,3	8	17	5,5	8	493
Dänemark	8.530	4,3	9	5	1,6	10	1706
Schweiz	4.002	2,0	10	8	2,6	9	500
Summe	197.162			308			640

MITTEILUNGEN DES BUNDESVERBANDES REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER ZENTREN DEUTSCHLANDS E.V.

BRZ-SYMPOSIUM: MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)

J. Stoschek

Seit Jahresanfang können auch Medizinische Versorgungszentren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Für Reproduktionsmediziner eröffnen sich dadurch – auf den ersten Blick – eine Reihe interessanter Perspektiven: „Frauen- und Kinderwunschzentren“ könnten ganz im Sinne des Gesetzgebers diagnostische und therapeutische Leistungen „aus einer Hand“ anbieten. Doch der Teufel steckt im Detail. Das zeigte ein Symposium bei der Mitgliederversammlung des Bundesverbands Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) am 8. Mai in Berlin sehr deutlich.

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist nach den Formulierungen in § 95 Abs. 1 SGB V eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die Medizinischen Versorgungszentren können sich nach dem Wortlaut des Gesetzes „aller zulässigen Organisationsformen“ bedienen. Für die Genehmigung eines MVZ gelten die Vorgaben der Bedarfsplanung.

Eine fachübergreifende Tätigkeit setzt nach Angaben von **Rechtsanwalt Dr. Karl-Heinz Möller**, Düsseldorf, eine ärztliche Versorgung durch mindestens zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und/oder unterschiedlicher Versorgungsbereiche voraus. Unterschiedliche fakultative Weiterbildungen innerhalb eines Fachgebietes – zum Beispiel ein Gynäkologe und ein Reproduktionsmediziner – reichen nicht aus, um den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen. Denkbar seien aber Ko-

operationen eines Reproduktionsmediziners beispielsweise mit einem Anästhesisten, Urologen, Human-genetiker, Laborarzt oder einem Psychotherapeuten.

Bei der Frage der Ärztlichen Leitung liegt der Vergleich zum Ärztlichen Direktor eines Krankenhauses nahe. Unklar ist hingegen, wie es mit den Weisungsbefugnissen der Ärztlichen Leitung etwa gegenüber einem zugelassenen Vertragsarzt im MVZ aussieht und ob auch in der Geschäftsführung eines MVZ ein Arzt sein muß. In einem MVZ können sowohl angestellte Ärzte wie auch Vertragsärzte tätig sein. Für angestellte Ärzte muß ein Arbeitsvertrag abgeschlossen werden, der dem Zulassungsausschuß vorgelegt werden muß. Angestellte Ärzte müssen im Arztregister eingetragen sein. Die Altersgrenze von 55 Jahren ist aufgehoben. Der angestellte Arzt darf nicht „ungeeignet“ sein. Das berührt eine gleichzeitige Tätigkeit des angestellten Arztes in einem MVZ und in einem Krankenhaus. Der Hintergrund: Der angestellte Arzt eines MVZ wird zwangsweise Mitglied der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Für ihn gelten die vertragsärztlichen Vorschriften und er unterliegt auch der Disziplinargewalt der KV.

Zugelassene Vertragsärzte in einem MVZ behalten ihre Zulassung. Verläßt ein Vertragsarzt das MVZ, kann er sich jederzeit innerhalb des Planungsbereichs niederlassen. Hat ein Vertragsarzt dagegen seinen Vertragsarztsitz für die Gründung eines MVZ „gestiftet“, verzichtet er endgültig auf den Kassenarztsitz.

Gründer eines MVZ können alle zugelassenen Leistungserbringer sein, also nicht nur zugelassene Vertragsärzte oder ermächtigte Krankenhausärzte, sondern beispielsweise auch Krankengymnasten, Orthopädiemechaniker oder Hebammen. Erhebliches Interesse an der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren haben derzeit vor allem Krankenhäu-

ser und Krankenhausketten, die auf diese Weise Zugang zur ambulanten Versorgung bekommen, berichtete **Rechtsanwalt Dr. Rudolf Ratzel**, München.

Eines der wesentlichen Probleme der gesetzlichen Neuregelung sei, daß zwar das SGB V geändert wurde, alle damit im Zusammenhang stehenden gesetzlichen Bestimmungen aber nicht angepaßt wurden, so auch die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV), erklärte Ratzel. Fraglich sei deshalb, ob eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen einem Vertragsarzt und einem MVZ nach der Ärzte-ZV derzeit überhaupt möglich ist. Die Beteiligung nicht zugelassener Leistungserbringer führt dazu, daß die Zulassung des MVZ widerrufen wird. KVen, Krankenkassen oder pharmazeutische Unternehmen können nicht Gründer eines MVZ sein. Zugelassene Leistungserbringer können auch mehrere eigenständige MVZ betreiben. Für Reproduktionsmediziner, die sich zusammenschließen, um überörtlich tätig zu werden, und ihre Praxen gemeinschaftlich als jeweils eigenständiges MVZ betreiben, könnte das eine interessante Möglichkeit sein, meinte Möller.

Bei der Wahl der Rechtsform, die vor allem haftungsrechtliche Aspekte berücksichtigen sollte, müssen die berufsrechtlichen und landesrechtlichen Vorgaben für den eigenen Berufsstand und mögliche Kooperationspartner berücksichtigt werden. Grundsätzlich gelte das normale Vertragsarztrecht, das in den meisten Bundesländern über die Heilberufekammergesetze eine Ausübung der ambulanten ärztlichen Heilkunde in Form einer Kapitalgesellschaft versagt, erläuterte Ratzel.

Nach der Berufsordnung seien Medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärzten derzeit noch nicht möglich, berichtete **Dr. Arnold Schüller**, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, wenige Tage vor dem 107. Deutschen Ärztetag in

Bremen. Dort stand auch die Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung als Folge der Gesundheitsreform auf der Tagesordnung. Selbst wenn sich der Deutsche Ärztetag auf eine entsprechende Änderung der (Muster-)Berufsordnung einigt, werde es noch einige Zeit dauern, bis die Beschlüsse in den einzelnen Landesärztekammern umgesetzt sind, fügte Ratzel hinzu. Angesichts einer Vielzahl offener Fragen sei deshalb derzeit kein „hektischer Aktionismus“ angezeigt, meinte Schüller denn auch. Er empfahl, die weitere Entwicklung abzuwarten und die eigene Praxis weiterzuentwickeln.

Für eine gezielte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern sprach sich BRZ-Vorsitzender **Dr. Michael Thaele**, Saarbrücken, aus. Die Assistierte Reproduktionsmedizinische Therapie (ART) überschreite ohnehin die Grenzen der klassischen Frauenheilkunde und benötige die Kooperation mit anderen Leistungserbringern in der Medizin, begründete Thaele seine Aufforderung. Neue medizinische Kooperationen seien auf den verschiedensten Ebenen denkbar und sollten nach seiner Ansicht beispielsweise auch Rehabilitation, Sozialmedizin oder Umweltmedizin einschließen.

VORSTANDSNEUWAHLEN

Im Rahmen seiner jährlichen Ordentlichen Mitgliederversammlung hat der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) den seit April 2002 amtierenden Vorstand mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt. Die Mitglieder des berufspolitischen Verbandes, in dem mehr als 90 % aller niedergelassenen Kinderwunsch-Zentren über individuelle Mitgliedschaften vertreten sind, bestätigten damit die hervorragende Arbeit des Vorstandes.

*Als **1. Vorsitzender** des Verbandes wurde **Dr. Michael Thaele** aus dem Fortpflanzungsmedizinischen Zentrum (GMP Dres. Thaele, Happel, Giebel, List) in Saarbrücken bestätigt. Sein **Stellvertreter** wird weiterhin **Dr. Georg Wilke** aus dem Zentrum in Hildesheim (GMP Dres. Algermissen, Justus, Wilke) sein. **Schriftführer Prof. Thomas Katzorke** (GMP Prof. Katzorke, Dres. Propping und Wohlers, Essen) wurde ebenso in seinem Amt bestätigt wie **Dr. Klaus Fiedler**, Kinderwunsch Centrum München Pasing (GMP Dres. Fiedler, Krüsmann, Würfel, von Hertwi) als **Kassenführer** des Verbandes.*

Zusammenarbeit müsse aber auch mit Krankenkassen, Selbsthilfegruppen oder der Wellness-Branche gesucht werden. Die Vision für ein „Zentrum für Kinderwunschbehandlung, ambulante gynäkologische Operationen und Pränataldiagnostik“ werde dann keine Science-fiction-Vorstellung bleiben, meinte Thaele.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Stoschek
D-82319 Starnberg, Wildmoosstr. 3

Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V.:

Monika Uszkoreit, MA
D-66111 Saarbrücken
Dudweilerstraße 58
E-Mail: uszkoreit@repromed.de



MITTEILUNGEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN

NEUE ARBEITSGEMEINSCHAFT „DNRa“ IN DER DGRM

Das „Deutsche Netzwerk Reproduktionsassistentenz“ (DNRa) hat im November 2003 beschlossen, Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin zu werden. Der DGRM-Vorstand hat diese Entscheidung außerordentlich begrüßt und wird im Interesse der Gesellschaft das DNRa aktiv unterstützen.

Das DNRa ist ein Zusammenschluß für nichtärztliches Personal wie Arzthelferinnen, MTLAs, BTLAs, Krankenschwestern und Hebammen in reproduktionsmedizinischen Zentren Deutschlands. Es besteht seit dem 2.10.1999. Die Initiatorinnen kommen aus Ulm (**Melanie Krauskopf, Birgit Herr**), München (**Inge Reitmayer**) und Düsseldorf (**Irmhild Laufenburg**). Die DNRa-Homepage (www.dnra.de) gibt es bereits seit 2001. Diese wird regelmäßig „gepflegt“. Dies zeugt bereits von dem großen Engagement des Kreises der Aktiven und der Resonanz. Inge Reitmayer hat bereits auf dem 3. Symposium für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin / XVI. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren am 22. November 2002 in Freiburg i. Br. über die Ziele und Perspektiven von DNRa vorgetragen und zusammen mit Melanie Krauskopf das Abstract „DNRa-Germany e.V. ... ein Verein stellt sich vor“ [Reproduktionsmedizin 2003; 19: 111–2] verfaßt.

Ziel des Netzwerks ist vor allem, ein anspruchsvolles und praxisorientiertes Aus- und Weiterbildungsprogramm für das medizinische Fachpersonal in reproduktionsmedizinischen Zentren zu erstellen. Klar definierte Kataloge und Lehrpläne müssen erarbeitet werden. Hierbei setzt DNRa auf die Kooperation und das Fachwissen von Ärzten,

Biologen und Psychologen. Durch die ständigen Weiterentwicklungen in der Reproduktionsmedizin müssen die Ausbildungsinhalte regelmäßig aktualisiert werden. Inhalte der Ausbildung sollen neben den Schwerpunkten in der gynäkologischen Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Andrologie, Reproduktionsbiologie und Reproduktionsgenetik auch ethische, psychische und ökonomische Aspekte des Gebietes sein. Die spezielle Weiterbildung soll die Arbeitseffizienz der Mitarbeiter/-innen steigern und zur Übernahme wichtiger, fachspezifischer Aufgaben im Praxisalltag befähigen. Hierzu gehört langfristig auch durchaus die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen unter ärztlicher Aufsicht, z. B. im Rahmen des Zyklusmonitorings. Diese Ausweitung der Aufgaben in den ärztlichen Bereich hinein ist in Europa durchaus üblich.

Die ausgebildete „reproduktionsmedizinische Fachangestellte“ soll auf einem hohen Niveau Patientenpaare im Verlauf der Behandlung organisatorisch, psychologisch und medizinisch betreuen und beraten. Sie sollte zudem in der Lage sein, mit Ängsten und Nöten der Patienten sensibel und gleichzeitig professionell umzugehen. Unter dem Eindruck der Reproduktionsmedizin als High-Tech-Medizin ist die psychische und auch soziale Konfliktsituation eines Kinderwunschaars in der belastenden Phase während und auch nach der Stimulationsbehandlung ein zu wenig geschätzter Schwerpunkt der Gesamtbehandlung. Gerade dieser Aspekt erfordert einen besonders feinfühligem Umgang mit den Patienten in der Kinderwunschpraxis durch speziell geschultes Personal. Auf diese Weise wird zudem eine Entlastung für Ärzte im Bereich der Patientenbetreuung möglich. Natürlich sind auch Erwartungen mit der Qualifizierung zur „reproduktionsmedizinischen Fachangestellten“ verbunden: Akzeptanz und Anerkennung der fachlichen Kompetenz durch Vorgesetzte und Patien-

ten, Übertragung von mehr Verantwortung, bessere Aufstiegsmöglichkeiten und natürlich ein angepaßtes Gehalt.

Vorbild für die Qualifizierung zur „reproduktionsmedizinischen Fachangestellten“ kann die Ausbildung zur Endokrinologie-Assistentin durch die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) sein. Der DGE-Vorstand hat bereits 2000 die Einführung einer Weiterbildungsmöglichkeit für medizinisches Assistenzpersonal zur Endokrinologie-Assistentin DGE beschlossen. Es wurde damit dem Wunsch des Assistenzpersonals sowie der Mehrheit der in Klinik und Praxis tätigen Endokrinologen entsprochen. Ein ständiger Weiterbildungsausschuß Endokrinologie-Assistent/-in DGE wurde vom Vorstand berufen, der die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung sowie den Rahmenlehrplan erarbeitet hat (<http://www.endokrinologie.net/stellen/pruefungsordnung.pdf>). Der nächste Lehrgang beginnt im November 2004 (http://www.endokrinologie.net/stellen/bewerbung_dge_assistentin_2004.pdf). Es ist auch denkbar, Ausbildungsinhalte wie das Kursangebot für medizinisches Assistenzpersonal „Ambulantes Operieren“ z. B. der Bayerischen Landesärztekammer (http://www.blaek.de/ass/assfb/ambulantes_operieren.pdf) in die Ausbildung zur „reproduktionsmedizinischen Fachangestellten“ zu integrieren. Ebenfalls bietet sich an, die regelmäßigen Workshops für MTLAs des Instituts für Reproduktionsmedizin „Spermiogramm nach den Richtlinien der WHO“ in den Weiterbildungsplan aufzunehmen. Der DGRM-Vorstand wird sich sicher in der nächsten Zeit mit dieser Thematik beschäftigen.

Seit der Gründung des DNRa gibt es jährliche Treffen, die bislang in Kassel, Frankfurt und Bebra stattgefunden haben. Diese dienen dem intensiven gegenseitigen Erfahrungsaustausch und bieten die Gelegenheit,



Kontakte mit anderen IVF-Zentren zu knüpfen und aktuelle Neuerungen im Bereich der reproduktionsmedizinischen Tätigkeiten zu diskutieren. Auf Einladung referierten Spezialisten aus Themenbereichen des medizinischen und biologischen Spektrums der Reproduktionsmedizin wie beispielsweise Präimplantationsdiagnostik als auch Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und Akupunktur. In Eigenregie wurden vor dem Weiterbildungsziel einer anerkannten Zusatzausbildung bereits zwei Wochenend-Workshops am 21./22.11.2003 und 17./18.4.2004 in München über die Themen Reproduktionsendokrinologie, Ursachen und Behandlung der weiblichen Infertilität, psychologische Aspekte des Kinderwunsches sowie Andrologie, hormonelle Veränderungen in der Menopause und Aktuelles zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz abgehalten. Ein weiterer Workshop ist im Herbst dieses Jahres in Planung.

Gewählte DNRA-Hauptansprechpartnerinnen sind Melanie Krauskopf („Schriftführerin“; Ulm: *meli-MK.krauskopf@gmx.net*), Birgit Herr („DGRM-Beauftragte“; Ulm: *birgit.herr@freenet.de*) und Inge Reitmayer („Ausbildungsbeauftragte“; München: *steinreit@gmx.de*). DNRA-Mitglied kann grundsätzlich jeder werden, der als nichtärztliche(r)

DGRM-Arbeitsgemeinschaft Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (ÄRE)

Ordentliche Mitgliederversammlung 28. Juni 2004, 18–19 Uhr

Internationales Congress Centrum ICC Berlin, Messedamm 22
(Raum: s. Programm ESHRE)

Agenda:

- Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 22. 11. 2003
- Genehmigung der Tagesordnung
- Bericht der Hauptsprecherin
- Wahl der Sprecherinnen
- Vorbereitung II. wiss. ÄRE-Sitzung DVR-Gemeinschaftstagung Münster, 10.–11. 11. 2005
- Internetpräsentation und Öffentlichkeitsarbeit
- Mitgliederwerbung
- Verschiedenes

Angestellte(r) in der reproduktionsmedizinischen Assistenz tätig ist. Voraussetzung ist allerdings die Mitgliedschaft in der DGRM.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Monika Bals-Pratsch, Schriftführerin DGRM
Zentrum f. Gynäkol. Endokrinologie, Reproduktionsmedizin u. Humangenetik
D-93047 Regensburg, Hemauer Straße 1
E-Mail: *PDBalsPratsch@aol.com*



MITTEILUNGEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ANDROLOGIE



IN MEMORIAM ERNST HEINKE, 1912–2004

Die Deutsche Gesellschaft für Andrologie trauert um ihr Ehrenmitglied **Prof. Dr. med.**

Dr. med. dent. Ernst Heinke, der am 4. April während eines Urlaubs in Serfaus verstarb. Ernst Heinke wurde am 3. Jänner 1912 in Berlin Spandau als Sohn eines Lehrers geboren. Er ging in Alt-Döbern zur Schule (Abitur 1933) und studierte an den Universitäten Berlin, Rostock, Marburg und Gießen Zahnmedizin (Staatsexamen 1937, Berlin) und Humanmedizin (Staatsexamen 1942, Gießen). Er promovierte 1938 in Berlin zum Dr. med. dent. und zum Dr. med. 1943 in Gießen.

Im August 1945 begann er als wissenschaftlicher Assistent an der Universitäts-Hautklinik in Gießen seine Ausbildung zum Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (1948) und wurde 1952 zum Privatdozenten mit der Habilitationsschrift „Theoretische, experimentelle und klinische Studien über die Wirkung des Novocains auf den Organismus und insbesondere der Haut“ ernannt.

Die Arbeit wurde im selben Jahr publiziert [Arch Derm Syph Berlin 1952; 195: 225–309]. Seine Ernennung zum apl. Professor erfolgte 1959 (Gießen). Bis 1958 war er als Oberarzt an der Universitäts-Hautklinik in Gießen tätig.

1958 trat er in die Bundeswehr ein und war bis 1961 Leiter der Haut- und Geschlechtskrankheitenabteilung im Bundeswehrlazarett Gießen. Über die Stationen eines Divisionsarztes und Bataillonskommandeurs in Hannover/Bückeburg und als Referent im Verteidigungsministerium wurde er 1963 Leiter der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz. Im Jahr 1972 schied er aus dem aktiven Wehrdienst wegen Erreichung der Altersgrenze aus.

Professor Heinke hat ein umfangreiches wissenschaftliches Oeuvre hinterlassen. Seine erste andrologische Publikation erschien 1951: *E. Heinke. Vitalitätsprüfung von männlichen Spermien durch Eosinfärbung. Z Haut-Geschlechtskr 1951; 10: 254–9*. In den folgenden Jahren erschienen mehrere Arbeiten aus dem damals noch jungen Gebiet der Andrologie. Als Krönung dieser Auseinandersetzung mit dem Thema und gleichzeitig der Einbindung der Andrologie in den Konsensus der allgemeinen Medizin erschienen 1960 die beiden Buchbeiträge:

- Tonutti, Schuchardt, Weller, Heinke. Physiologie und Pathologie der männlichen Keimdrüsen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960.
- Heinke, Doepfmer (Bonn), Borelli (München). Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (J. Jadassohn), Ergänzungswerk Band VI, III. Teil: Fertilitätsstörungen beim Manne (somatischer Teil). Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1960.

Insbesondere das letzte Werk ist an Umfang, Sorgfalt und Vielschichtigkeit seitdem in der Andrologie nicht wieder übertroffen worden. Der Atlas histologischer Abbildungen in der Monographie über die männliche Keimdrüse ist auch dem modernen Histologen ein Begriff und nützliches Werkzeug.

Professor Ernst Heinke war ein besonnener, ruhiger und nachdenklicher Mensch mit Sinn für Harmonie und Familie. In der Familie hat er seinen Frieden gefunden. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Deutsche Gesellschaft für Andrologie

Zusatzweiterbildung Andrologie

Beim Ärztetag im Mai 2003 wurde die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (WOB) der Bundesärztekammer (BÄK) verabschiedet. Die neue WOB sieht auch eine Zusatzweiterbildung in Andrologie vor, zu der Urologen, Internisten/Endokrinologen und Dermatologen Zugang haben. Im Laufe dieses Jahres wird die WOB von den einzelnen Landesärztekammern beraten und übernommen. Die LÄKs von Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg und Nordrhein haben die WOB bereits ratifiziert.

Für Ärzte, die sich neu der Andrologie zuwenden, gilt der in der WOB vorgeschriebene Ausbildungsgang mit abschließender Prüfung. Kollegen, die bereits als Andrologen tätig sind, können die Zusatzbezeichnung „Andrologie“ im Rahmen von Übergangsbestimmungen erwerben. Der Vorstand hat alle DGA-Mitglieder, die die Zusatzbezeichnung im Rahmen von Übergangsbestimmungen erwerben wollen, den einzelnen Ärztekammern genannt und gleichzeitig Vertrauensleute für Andrologie

im Bereich der einzelnen LÄKs nominiert. Die LÄKs machen darauf aufmerksam, daß die Nennung der Kandidaten allein nicht genügt, sondern daß jeder einzelne Kollege, der die Zusatzbezeichnung Andrologie im Zuge der Übergangsregelung erwerben möchte, einen formlosen Antrag an seine zuständige LÄK stellen muß. Hierzu werden die betroffenen Kollegen hiermit aufgefordert.

*Prof. Dr. E. Nieschlag, FRCP;
Münster*

MITTEILUNGEN DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONS- MEDIZIN UND ENDOKRINOLOGIE (OEGRM)

MITTEILUNGEN
DER
GESELLSCHAFTEN:
OEGRM



www.oegrm.at

20. (JUBILÄUMS-)JAHRES- TAGUNG IN MARIA TAFERL, 14. BIS 16. OKTOBER 2004

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, geschätzte Biologinnen und Biologen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an IVF-Zentren!

Die 20. Jahrestagung hat in unserer Vereinsgeschichte einen besonderen Stellenwert und wird deshalb auch ganz besonders gefeiert. Neben hochkarätigen internationalen Referenten, darunter **Univ.-Prof. Dr. Robert Edwards**, der „Vater“ der IVF und Ehrenmitglied unserer Gesellschaft, welchen wir als Gastreferenten eingeladen haben, werden wir uns in bester Tradition darum bemühen, höchste Qualität der österreichischen IVF-Zentren zu präsentieren.

Deadline für Abstracts: 26. 6. 2004

Die Anmeldung für Vorträge und Poster mittels Abstracts zu einem der Tagungsthemen unter Angabe der gewünschten Präsentationsform (freier Vortrag oder Poster) per E-Mail an den Tagungspräsidenten **Prof. Dr. Aburumieh** kann bis spätestens 26. 6. 2004 erfolgen. Textumfang maximal 30 Zeilen à 60 Anschläge (1800 Anschläge insgesamt) mit kompletter Anschrift, Vornamen ausgeschrieben, als Textdatei (Winword, txt oder rtf) an folgende Adresse: prim.dr.aburumieh@aon.at

BERICHTE AUS DEN BEIRÄTEN

A. Andrologie

Leiter: a.o. Univ.-Prof. Dr. Hans H. Pusch

Am 10. 1. 2004 beschloß der Vorstand der Österreichischen Gesell-

schaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Präsident: **Prof. Dr. med. Herbert Zech**) die Etablierung eines wissenschaftlichen Beirates für Andrologie.

Mit dem Vorsitz im neu geschaffenen Beirat für Andrologie wurde **Prof. Dr. med. Hans H. Pusch**, Graz, betraut. Der Beirat plant für das laufende Jahr folgende Aktivitäten:

Vermittlung praktischer und theoretischer Kenntnisse im klinischen Sonderfach Andrologie – speziell abgestimmt auf die Bedürfnisse reproduktionsmedizinisch tätiger Ärzte. Ziel ist ein Wissensstand, der ein fehlerfreies Arbeiten am andrologischen Patienten und im Laborbereich ermöglicht. Dies wird erreicht durch Seminare mit Stufencharakter:

Grundstufe: Vermittlung essentieller Grundlagen. Anamnese, klinische Untersuchung, Spermogramm.

Ausbaustufe: Endokrinologie, Labor, erweiterte Spermatologie

Endstufe: Therapie, Umgang mit Spezialproblemen wie z. B. Klimakterium virile, der alternde Mann, Osteoporose des Mannes. Entwicklungsstörungen, Hypogonadismus, Gynäkomastie, Umweltmedizin.

Das erste **Grundstufenseminar** ist in Zusammenarbeit des Instituts für Histologie und Embryologie der Universität Graz (Vorstand **Prof. Dr. med. G. Dohr**) und dem Ambulatorium für Andrologie und Reproduktionsmedizin, Graz (Ärztlicher Leiter: **Prof. Dr. med. Hans H. Pusch**) für den 30. 10. 2004 geplant.

Veranstaltungsort: Histologisches Institut der Karl-Franzens-Universität Graz.

Zertifizierung der erfolgreichen Teilnahme durch die Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie sowie durch die Ärztekammer.

Nähere Auskünfte: mail@prof-pusch-com, h.pusch@aon.at

Für den andrologischen Teil der Jahrestagung der Gesellschaft konnte Herr **Prof. Dr. Schill**, langjähriger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie, als Referent gewonnen werden.

Geplante Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit:

- Der Mann als Patient
- Der Mann als Faktor beim unerfüllten Kinderwunsch
- Der alternde Mann und das Problem der geringeren Lebenserwartung

Wissenschaftliches Projekt: Erstellung einer Datenbank zur reproduktiven Gesundheit österreichischer Männer.

Qualitätssicherung: Etablierung der WHO-Kriterien für Spermogramme als Mindeststandard für alle Labortorien, Ärzte, Ambulatorien und Kliniken etc., die Spermogramme erstellen.

B. Endometriose

Leiter: Prim. Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein

Die Endometriose ist ein Krankheitsbild bzw. Phänomen, das sowohl Patientinnen als auch Ärzte trotz intensiver Forschung vor große Rätsel stellt. Eine frühe Erkennung der Erkrankung und eine differenzierte Therapie fordern entsprechende weiterführende Kenntnisse. Ziel der Aktivität des Beirates für Endometriose ist:

- Aufklärungsarbeit für Patientinnen und Betroffene bzw. Betreuer
- Frühe Diagnostik bzw. Schaffen von Kompetenzzentren für Endometriose
- Rechtzeitiges (frühzeitiges) Einbinden von reproduktionsmedizinischen Zentren bei bestehendem Kinderwunsch



- Entwerfen eines Netzwerkes zur Langzeittherapie von Patientinnen bezüglich Fertilitätstherapie und Schmerzbewältigung

Aktivitäten: Vermittlung theoretischer wie praktischer Kenntnisse zum Problem Endometriose für den Bereich Reproduktionsmedizin.

Information/Fortbildung:

- Aussendungen von Informationsmaterial bzw. Ankündigung entsprechender Fortbildungsveranstaltungen, die das Thema Endometriose im Zentrum haben.
- Einbindung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie in nationale wie internationale Projekte.
- Wissenschaftliche Workshops (z. B. mit der SEF – Stiftung Endometriose Forschung Deutschland zum traditionellen Weißensee-Treffen im Jänner 2005).
- Einbindung der Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie in die kommenden Fortbildungsveranstaltungen + Operative Therapie der Endometriose von der ESGE – European Society of Gynaecologic Endoscopy + Beteiligung der Gesellschaft an der Internationalen Tagung „Menstruation und Endometriose“ im Oktober 2005.
- Operativer Workshop (mit der Endoskopie-Schule Villach)

Wissenschaftliches Projekt:

- Standardisierte Erfassung der Anamnese, Untersuchungsbefunde und Maßnahmen bei Endometriosepatientinnen mit gegebenenfalls Erfassung dieser Daten im Rahmen einer Datenbank
- Herausgabe von entsprechenden Empfehlungen für die Mitglieder

der Gesellschaft bzw. der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

C. Fortbildung

Leiter: Univ.-Prof. Dr. Herbert Zech

Die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat eine Arbeitsgruppe „Ausbildung und Facharztprüfung“ eingerichtet. Univ.-Prof. Dr. Herbert Zech hat es übernommen, im Rahmen dieser Arbeitsgruppe die Fortbildung auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie zu koordinieren.

Die Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie bietet dazu gratis als Vorprogramm der 20. Jahrestagung in Maria Taferl am 14. 10. 2004 für junge Gynäkologinnen und Gynäkologen 3 Seminare an:

1. „Genetik in der Reproduktionsmedizin“, **Referent:** Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger
2. „Endokrinologie und Reproduktion“, Referent: **Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt**
3. „Embryologie“, Referent: **Univ.-Prof. Dr. Gottfried Dohr**

D. Genetik

Leiter: Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger

Schwerpunkte des Beirates:

1. *Erarbeitung einer Stellungnahme zur Thematik Präimplantationsdiagnostik/Pränataldiagnostik*

Der Beirat möchte einen Beitrag zur Diskussion über die in Österreich

nach mehrheitlicher Meinung gesetzlich verbotene Präimplantationsdiagnostik aus reproduktionsgenetischer Sicht leisten. Hierbei soll es nicht um eine ethische Reflexion, sondern vielmehr um eine Abwägung der reproduktionsmedizinischen und genetischen Argumente gegen und für die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik bei speziellen Indikationen gehen.

2. Vernetzung österreichischer Forschung im Bereich Reproduktionsgenetik und Reproduktionsbiologie

Um international kompetitive Grundlagenforschung auf diesem Gebiet betreiben zu können, wäre ein nationales Wissenschaftsinformationsnetz von großer Hilfe. In Form von Datenerhebung, Kongressorganisationen und letztendlich Hilfestellungen bei wissenschaftlichen Kooperationen will der Genetikbeirat solch eine Hilfe anbieten.

3. Erarbeitung einer Empfehlung zum Thema „Notwendigkeit genetischer Labordiagnostik zur Abklärung ungeklärter Sterilität“

Die genetische Labordiagnostik stellt einen unverzichtbaren Anteil des Abklärungsmanagements ungeklärter Sterilität dar. Die Erarbeitung von entsprechenden Empfehlungen und Abhaltung von Informationsveranstaltungen für in der Reproduktionsmedizin tätige KollegInnen soll Ziel dieses Arbeitsbereiches sein.

Kontakt:

Univ.-Doz. Dr. Dietmar Spitzer
Schriftführer der OEGRM
A-5020 Salzburg, Schranngasse 10
Tel.: +43 (0)662/875200
Fax: +43 (0)662/875200-4
E-Mail: d.spitzer@medway.at
Homepage: www.oegrn.at



GEPLANTE AKTIVITÄTEN DES BEIRATES FÜR QUALITÄTS- MANAGEMENT DER ÖSTERREI- CHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN UND ENDOKRINOLOGIE

Aufgrund des Beschlusses der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie in Salzburg am 10. 1. 2004 wurde neben anderen auch der Beirat für Qualitätsmanagement gegründet.

Während der Jahrestagung für Gynäkologie und Geburtshilfe in Villach 2004 werden die Aktivitäten dieser Gruppe diskutiert.

a) Problemanalyse: Ausbildung

Über Jahre hinweg wurden im deutschsprachigen Raum Dutzende von neuen IVF-Einrichtungen errichtet, wobei hier die Aus- und Weiterbildung sowohl im gynäkologischen als auch im Laborbereich meist der Absolvierung von mehrtägigen Fortbildungsveranstaltungen vorbehalten blieb. Naturgemäß folgte „learning by doing“, durchaus unterstützt von Informationen aus dem Lehrbuch, respektive aus den entsprechenden Journalen, ohne daß dies wirklich die Lehre am Unerfahrenen durch die Unterstützung des Erfahrenen ersetzen konnte. Eine entsprechende Schnittstelle zwischen bereits langjährig operierenden Zentren und „Neueinsteigern“ fehlt seit Anbeginn. Nicht nur die Überwindung lokaler Konkurrenzsituationen, sondern auch organisatorische Hürden stellen hier die Problematik dar.

Problemlösung:

Ähnlich der Gruppe Alpha, die sehr erfolgreich junge Kollegen an die Thematik der embryologischen Probleme heranführt,

sollte auch über eine derartige Einrichtung für interessierte Kollegen im niedergelassenen Bereich nachgedacht werden. Die Schulungen selbst könnten, ähnlich wie bei der erfolgreichen Alpha-Gruppe, unter der Patronanz von Pharmafirmen abgewickelt werden.

b) Fortbildung: Qualitätskontrolle

Hinsichtlich der oft diskutierten Grundlagenthemen Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität sind von der Gesellschaft diesbezügliche Grundsatzreferate geplant. Ideal als Austragungsort derartiger Referate ist die nächste Jahrestagung der Gesellschaft in Maria Taferl. Hier wurde dankenswerterweise von Herrn **Univ.-Prof. Dr. Zech** Kontakt mit **Dr. Sjoblom** (Nottingham) aufgenommen, wobei bereits die Zusage vorliegt. Weiters könnte auch **Dr. Buurman**, der sein Institut sowohl ISO-zertifiziert als auch akkreditiert hat, über seine Erfahrungen sprechen. Last not least wäre eine Zwischenbilanz von **Prof. Dr. Riegl** hinsichtlich einer Praxisevaluierung wünschenswert, die unter der Patronanz der Firma Organon stehen sollte.

c) Problemanalyse: Postpartale Fehlbildungen nach ART

Aufgrund der zahlreichen Diskussionen im laufenden Jahr wäre es als wichtiges Zeichen gegenüber der Gesellschaft notwendig, über die Ergebnisse hinsichtlich des „fetal outcome“ zu sprechen und auch eigene Ergebnisse zu analysieren.

Problemlösung:

Eigene Ergebnisse hinsichtlich der Geburten und deren Ergebnisse dürften bereits von zahlreichen Instituten vorliegen. Wichtige und zentrale Aufgabe der Gesellschaft wird es sein, diese Ergebnisse zu sammeln und gemeinsam zu analysieren. Die

nachfolgende Präsentation dieser Ergebnisse, die mehrere tausend Schwangerschaften umfaßt, sollte sowohl Aufgabe der Gesellschaft als auch ihrer Mitglieder sein. Eine gemeinsame, institutsübergreifende Analyse und die Präsentation der gemeinsamen Ergebnisse werden daher angestrebt.

d) Problemanalyse: Die im Gesetz vorgeschriebene Meldepflicht im FMG (Fortpflanzungsmedizin-gesetz) 1992

Diese ist zwar gut gemeint, aber in jeder Hinsicht ungenügend. Gerade der wichtigste Parameter, nämlich die „baby take home rate“, wird nicht erfaßt. Die Meldung der erzielten Schwangerschaften ist zwar gut gemeint, jedoch zu schwammig und ungenau, sodaß hier keine wirklichen Schlüsse zu ziehen sind. Weiters steht diese Meldung den Mitteilungen an den IVF-Fonds gegenüber, die etwa 90 % der obigen Mitteilungen umfassen, jedoch eben nicht alle. Doppelanalysen mit all dem vielen bürokratischen Aufwand sind die Folge.

Problemlösung:

Von Linz aus ist über den oberösterreichischen Sanitätsrat geplant, zumindest in diesem Bundesland eine Änderung der Meldepflicht an den Landeshauptmann zu erreichen. Diese Meldung, die seit dem FMG 1992 verpflichtend ist, sollte zumindest in Oberösterreich auch eine echte „baby take home rate“ umfassen. Der zuständige Sanitätsdirektor **Dr. Meusbürger** wurde seitens des zuständigen Sanitätsrates über diese Thematik bereits informiert.

e) Problemanalyse

Ein wichtiges Vorhaben der Gesellschaft ist die Diskussion über die Erstellung einer Leitlinie bzgl.



Embryonenanzahl beim Embryotransfer. Dieses ethisch sehr heikle Thema wird nicht nur europaweit intensiv diskutiert. Durch den Druck der Medien, der Gesellschaften sowie vieler anderer Organisationen steht die Erfolgsquote an der Spitze aller Überlegungen. Viele Zentren versuchen nun, vor allem außerhalb aber auch innerhalb unseres Bundesgebietes, diese Herausforderung über eine erhöhte Transferrate von Embryonen zu lösen. So ist es vorwiegend in asiatischen Ländern durchaus üblich, auch bei jungen Frauen 3, 4, aber auch 5 Embryonen zu transferieren. Nicht zuletzt weist aus diesen Gründen beispielsweise Taiwan eine Zwillingsrate von über 50 % aus. Naturgemäß wird daher bei sogenannten „höhergradigen“ Mehrlingen die „fetal reduction“ ins Spiel gebracht, die nicht nur in konservativen Kreisen auf Ablehnung stößt und letztendlich die gesamte Reproduktionsmedizin ins Abseits zu stellen droht.

Problemlösung:

Univ.-Doz. Dr. Spitzer wird als Projektleiter in Villach dieses Thema bearbeiten und mit einer interessierten Kollegengruppe diesbezüglich einen Vorschlag einbringen. Eine Lösung, die alle Forderungen befriedigt, wird mit Sicherheit nicht möglich sein. Auf der einen Seite wünscht jede Frau einen möglichst frühen Erfolg, der für den vielfachen Embryonentransfer spricht. Auf der anderen Seite ist die Problematik der Mehrlinge, insbesondere der höhergradigen, nicht nur im Privatbereich so groß, daß auch bereits durchaus seriöse Arbeitsgruppen den Transfer eines einzelnen Embryos propagieren. Es sollte daher, auch mit Vertretern der Rechtsgebung, über Modelle diskutiert werden, die nicht nur den bloßen Erfolg „Schwangerschaftsrate pro Punktion“ im Auge haben, sondern auch auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientin exakt eingehen. Vielleicht wird in wenigen Jahren Österreich als Vorreiter, trotz scheinbar höherer Kosten, die Anzahl der bezahlten Versuche von 4 auf 5 oder 6 steigern, allerdings die Anzahl der transferierten Embryonen senken. Die höheren Kosten für die vermehrten Versuche wären durch die geringeren Kosten für die nachfolgenden neonatologischen Einheiten zu egalisieren. Hier sind allerdings nicht nur IVF-Einheiten, sondern auch Kinderärzte sowie Krankenhausökonomien und Versicherungsmathematiker zu seriösen Berechnungen heranzuziehen.

*Univ.-Doz. Dr. Gernot Tews
IVF Unit der Landesfrauenklinik Linz
A-4020 Linz, Lederergasse 47
E-Mail: gernot.tews@gespag.at*

6. LIFESTYLE- UND ANTI-AGING-KONGRESS HEIDELBERG – 2.–4. 12. 2004

MITTEILUNGEN
DER
GESELLSCHAFTEN:
DGGEF



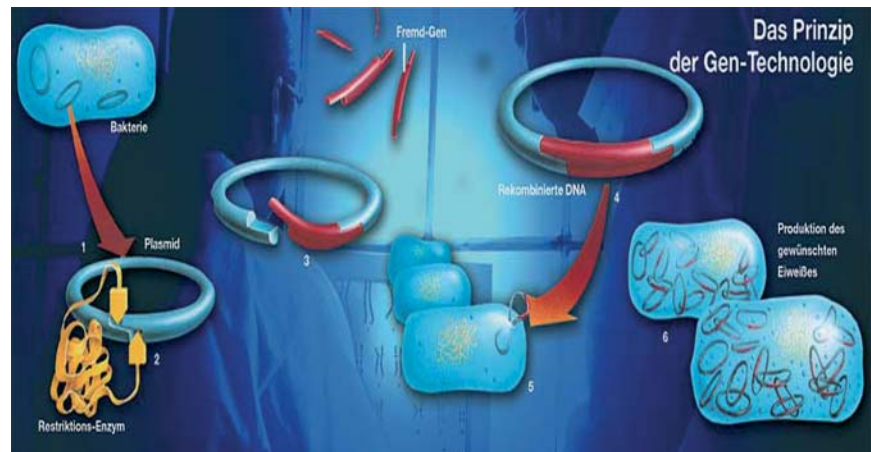
www.dggef.de

In Zusammenarbeit u. a. mit:

- Deutsche Gesellschaft f. Gynäkologische Endokrinologie u. Fortpflanzungsmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft f. Gynäkologie u. Geburtshilfe e.V.
- Berufsverband der Frauenärzte e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
- Berufsverband Deutscher Urologen e.V.
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.
- German Society of Anti-Aging-Medizin e.V.

Vorträge und Workshops

- Globale Aspekte des Alterns
- Gynäkologische Endokrinologie in der Praxis
- Reproduktion – Was gibt es Neues?
- Praktische Ernährungsberatung – Tips für die Praxis
- Dermatologie live – Videoübertragung interessanter Behandlungstechniken
- Sexualität im Spiegel der Zeit
- Knochengesundheit
- Aging Male
- Anti-Aging-Medizin auf dem Prüfstein



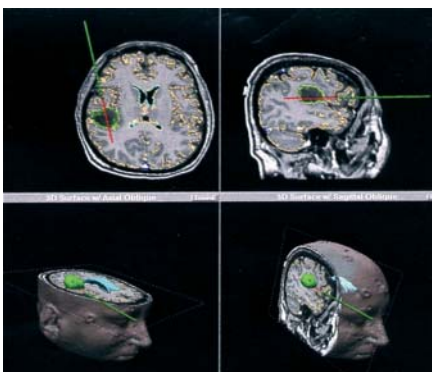
Insulinresistenz-Bestimmung nach IRIS II

Geben Sie bitte mit Hilfe der Schieberegler Ihre Daten ein und klicken dann auf „Ergebnis berechnen“.

<p>Wenn Sie Ihren Body-Mass-Index (BMI) nicht kennen,</p> <p>über 33,0 29,4 - 33,0 26,4 - 29,3 unter 26,4</p> <p>hier berechnen</p> <p>Body-Mass-Index (kg/m²)</p>	<p>mindestens 140/90 oder Hochdruck bekannt unter 140/90</p> <p>Blutdruck (mmHg)</p>	<p>über 126 110 - 126 99 - 109 unter 99</p> <p>Nüchtern-Blutzucker (mg/dl)</p>	<p>über 226 159 - 226 114 - 158 unter 114</p> <p>Triglyzeride (mg/dl)</p>	<p>unter 39 39 - 45 46 - 53 über 53</p> <p>HDL-Cholesterin (mg/dl)</p>
<p>Info mmol/l Ergebnis berechnen Neue Eingabe</p>				

Sind Sie insulinresistent? Machen Sie mit und testen Sie Ihr Risiko!

Insulinresistenz ist nicht nur ein Kernproblem des Typ-2-Diabetes: Das verminderte Ansprechen der Körperzellen- und gewebe auf das lebenswichtige Hormon Insulin fördert auch die vorzeitige Schädigung der Gefäße. Um rechtzeitig eingreifen zu können, ist es wichtig, Insulinresistenz so früh wie möglich zu erkennen.



Informationen:

Univ.-Frauenklinik Heidelberg
Voßstraße 9, D-69115 Heidelberg
Tel.: +49 / (0) 6221-56 79 15, Fax: +49 / (0) 6221-56 57 13

Organisation:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Rabe
Prof. Dr. med. Thomas Strowitzki
Pro Tag 6-8 CME Punkte
www.lifestyle-anti-aging-heidelberg.de
E-Mail: thomas_rabe@med.uni-heidelberg.de

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](#)