

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 2009; 6 (3), 126-144*

[www.kup.at/repromedizin](http://www.kup.at/repromedizin)

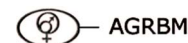
Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

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

# AGRBM-Mitteilungen



## Die Lagerung von kryokonservierten Keimzellen und Keimzellgewebe

### Gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen (AGRBM) und des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ)

#### **Arbeitskreis Qualitätsmanagement**

*Dipl. Biol. Verona Blumenauer  
(Leiterin des AKr)*

*Dipl. Biol. Vera Baukloh*

*Dr. Annette Bonhoff*

*Dipl. Biol. Claudia Grewenig*

*Dr. Brigitte Hauff*

*Dr. Ines Hoppe*

*Dr. Petra Klusmann*

*Dipl. Biol. Alexandra Ochsner*

*Dr. Frank Tetens*

*Dr. Dorothee Weiss*

#### **Vorstand der AGRBM**

*Dr. Jens Hirchenhain*

*(1. Vorsitzender)*

*Dipl.-Biol. Katrin Pribbernow*

*Dr. Uwe Mischeck*

*Dr. Bernd Junkersdorf*

*Dr. Claus Sibold*

#### **Vorstand des BRZ**

*Dr. Ulrich Hilland (1. Vorsitzender)*

*Dr. Georg Döhmen*

*Dr. Klaus Fiedler*

*Dr. Andreas Tandler-Schneider*

Die Kryokonservierung von biologischen Materialien gewann in den vergangenen Jahren international – mit unterschiedlichen Zielsetzungen – zunehmend an Bedeutung. Einfrieren und Lagern von Keimzellgewebe, Keimzellen und Embryonen sind sowohl im humanmedizinischen als auch im veterinärmedizinischen Bereich seit Langem etablierte Verfahren [1–3].

Regelungen zur Lagerung von Keimzellen und Keimzellgewebe sind im europäischen Raum mit der Richtlinie 2004/23/EG und den durch die EU-Kommission erlassenen Durchführungsrichtlinien 2006/17/EG und 2006/86/EG festgeschrieben. Die Umsetzung dieser

Richtlinien erfolgte in Deutschland im Wesentlichen durch Änderungen des Arzneimittel- und Transplantationsgesetzes und in den zugehörigen untergesetzlichen Normen (Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung – AMWHV, Transplantationsgesetz-Gewebeverordnung – TPG-GewV).

Die AMWHV fordert die Anwendung der „Guten Fachlichen Praxis“ bei der Herstellung von Produkten menschlicher Herkunft. Gemäß § 36 Abs. 10 dieser Verordnung hat die Gewebereinrichtung eine Höchstlagerdauer für die jeweilig gelagerten Zellen und Gewebe festzulegen.

Die Kryokonservierung von menschlichem Keimzellgewebe (Hoden-/Ovarialgewebe) oder Keimzellen (Samen-/Eizellen) erfolgt im Zusammenhang mit folgenden medizinischen Behandlungen:

1. Im Rahmen der assistierten Reproduktion bei Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF) und Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI).

Bei diesen Therapien, die in der Regel einen Zeitraum von wenigen Jahren umfassen, werden die kryokonserviert gelagerten Zellen und Gewebe von den Patienten zeitnah abgerufen.

2. Zum Erhalt der Fortpflanzungsfähigkeit bei schweren Erkrankungen (z. B. vor einer zytotoxischen Chemo- und/oder Strahlentherapie).

Bei dieser Indikation werden – unter Umständen bereits im Kindesalter – Keimzellgewebe oder Keimzellen zum Fertilitätserhalt gewonnen. Da die reproduktive Lebensphase von

Mann und Frau einige Lebensjahrzehnte umfasst, ist im Vergleich zur vorgenannten Indikation deshalb in Einzelfällen eine erheblich längere Kryolagerung erforderlich.

Die kryokonservierten Zellen und Gewebe werden in Flüssigstickstoff gelagert. Die Lagerung erfolgt dabei entweder in der flüssigen Phase oder in der darüber liegenden Gasphase. Bei diesen tiefkalten Temperaturen sistieren alle biologischen Vorgänge, sodass von einer unbegrenzten Haltbarkeit der Kryokonservate ausgegangen werden kann [4, 5].

Praktische Erfahrungen bei der langfristigen Kryolagerung der hier genannten Zell- und Gewebearten in flüssigem Stickstoff umfassen für den Menschen einen Lagerungszeitraum von fast 30 Jahren. Dabei zeigt sich, dass die Integrität überlebender Zellen durch die Lagerung nicht beeinträchtigt zu sein scheint [6–10].

Neben den biologischen Aspekten der Kryolagerung sind ethische Erwägungen und gesetzliche Vorgaben zu beachten. Da das Embryonenschutzgesetz sowohl die Eizellspende als auch die wesentlich durchgeführte künstliche Befruchtung einer Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tode untersagt, ist die Verwendung der kryokonservierten Keimzellen und Keimzellgewebe zu reproduktiven Zwecken nach dem Tod der Zell- oder Gewebespende unzulässig.

Eine individuelle Regelung zum Lagerungszeitraum erfolgt zwischen den Gewebereinrichtungen und den betroffenen Patienten durch institutseigene Kryoverträge. Das Eigentumsrecht bezüglich

der Keimzellen oder des Keimzellgewebes verbleibt bei den Patienten. Als Eigentümer haben sie das Recht, über die Verwendung oder die Verwerfung ihrer Keimzellen unter Beachtung des geltenden Rechts selbst zu entscheiden.

Die bisherige Vorgehensweise, an die jeweilige klinische Situation angepasste Verträge mit den Patienten abzuschließen, entspricht – auch im Sinne der AMWHV – der Guten Fachlichen Praxis.

Die Angabe einer Höchstlagerungsdauer als maximales „Haltbarkeitsdatum“ ist

– wie oben ausgeführt – für menschliche Keimzellen und Keimzellgewebe aus kryobiologischer Sicht nicht möglich und sinnvoll.

*Der Vorstand der AGRBM und des BRZ*

#### Literatur:

1. Konc J, Cseh S, Varga E, Kriston R, Kanyó K. Cryopreservation of oocytes and embryos in human assisted reproduction. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2005; 2: 251–8.
2. Petrunkina AM. Fundamental aspects of gamete cryobiology. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2007; 4: 78–91.
3. Leibo SP. The early history of gamete cryobiology. In: Fuller BJ, Lane N, Benson EE (eds). *Life in the Frozen State*. CRC Press, Boca Raton, USA, 2004; 347–70.
4. Mazur P. Freezing of living cells: mechanisms and implications. *Am J Cell Physiol* 1984; 247: C 125–C142.
5. Mazur P. Cryobiology: the freezing of biological systems. *Science* 1970; 168: 939–49.
6. Riggs R, Mayer J, Dowling-Lacey D, Chi TF, Jones E, Oehninger S. Does storage time influence postthaw survival and pregnancy outcome? An analysis of 11,768 cryopreserved human embryos. *Fertil Steril* 2008 [Epub ahead of print].
7. Quintans CJ, Donaldson MJ, Bertolino MV, Godoy H, Pasqualini RS. Birth of a healthy baby after transfer of embryos that were cryopreserved for 8.9 years. *Fertil Steril* 2002; 77: 1074–6.
8. Revel A. Twin delivery following 12 years of human embryo cryopreservation: case report. *Hum Reprod* 2004; 19: 328–9.
9. Clarke GN, Liu de Y, Baker HW. Recovery of human sperm motility and ability to interact with the human zona pellucida after more than 28 years of storage in liquid nitrogen. *Fertil Steril* 2006; 86: 721–2.
10. Bolten M, Weißbach L, Kaden R. Kryokonservierte humane Spermadepts – Brauchbarkeit nach jahrzehntelanger Lagerung. *Der Urologe* 2005; 44: 904–8.

## Das Deutsche IVF-Register steht auf festem Fundament

Die Verhandlungen in den letzten beiden Jahren waren nicht immer einfach, aber sie haben zum Erfolg geführt:

Im Vereinsregister Berlin-Charlottenburg gibt es jetzt den eingetragenen Verein

**D·I·R e.V.**

Die Satzung finden Sie auf den Internetseiten des Registers

**[www.deutsches-ivf-register.de](http://www.deutsches-ivf-register.de)**

All denjenigen, die die Schwangerschaft betreut und die Geburt ermöglicht haben, sei sehr herzlich gedankt!

*Dr. med. Klaus Bühler*  
Vorstandsvorsitzender des  
Deutschen IVF-Registers

**Bericht von der Ordentlichen Mitgliederversammlung des BRZ 2009**

Am 25.04.2009 fand ganztägig die jährliche, von der Geschäftsstelle hervorragend vorbereitete und organisierte ordentliche Mitgliederversammlung des BRZ in Berlin statt. Neben den externen Vorträgen wurden – wie jedes Jahr – politisch und berufspolitisch relevante Themen vorgetragen und intensiv diskutiert.

Bereits am Vorabend nutzten die Teilnehmer die Möglichkeit, **Dr. Bernhard Rochell** (Leiter des Dezernat 3, Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung der KBV) zu hören und zu sprechen. **Dr. Ulrich Hilland** (1. Vorsitzender des BRZ) verwies mit seinen weiter unten eingebetteten Zahlen auf die aktuelle dramatische Abwertung der Leistungen und stellte die Frage: Reproduktionsmedizin – ungeliebt?, verstoßen?, ausgesetzt?. Hintergrundzahlen finden Sie bitte weiter unten im Bericht.

Dr. Rochell stellte in seinem Vortrag „Sachstand zur Vergütungsreform in der Reproduktionsmedizin“ nochmals die Chronologie der negativen Entwicklung der Vergütung der Leistungen aus Sicht der KBV dar und erklärte mehrfach, dass nur durch die energische Intervention des BRZ der Multiplikationsfaktor zumindest für einen Teilbereich reproduktionsmedizinischer Leistungen mit den Krankenkassen vereinbart werden konnte. Er wies darauf hin, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) am 17.03.2009 eine Höherbewertung der Leistungen für Reproduktionsmedizin unbegründet ablehnte. Dennoch ist unübersehbar, dass die Reproduktionsmedizin in den Verhandlungen von allen beteiligten Gremien geopfert wurde. Vonseiten der Teilnehmer wurde Herr Dr. Rochell in der anschließenden Diskussion signalisiert, dass auch nach Erhöhung der Punktzahl für manche Leistungen durch den Faktor 1,1545 eine nicht hinnehmbare Verschlechterung der extrabudgetären Vergütung der Reproduktionsmedizin im gesetzlichen System erfolgt ist.

**Reproduktionsmedizin im Gesamtvertrag?**



BRZ  
Bundesverband  
Reproduktionsmediziner  
Zentren Deutschlands e.V.

Quelle: Dr. Ulrich Hilland

**RLV-Vergleich 2. Quartal 2009**

	Gynäkologen		Gyn. Endo. u. Repromed.	
	Fälle	RLV-Fallwert	Fälle	RLV-Fallwert
<b>Berlin</b>	861	19,35 €	522	29,90 €
<b>Niedersachsen</b>	1014	17,45 €	492	29,26 €
<b>Westfalen-Lippe<sup>1</sup></b>	1125	12,70 €	1064	14,38 €

<sup>1</sup> zzgl. qualifikationsgebundene Zuschläge (max. ca. 4 €)

BRZ  
Bundesverband  
Reproduktionsmediziner  
Zentren Deutschlands e.V.

Quelle: Dr. Ulrich Hilland

Mit Sicherheit wird sich das Dezernat von Dr. Rochell weiterhin zusammen mit dem BRZ für die Belange der Reproduktionsmediziner einsetzen. Mit welchem Erfolg, das ist unter den derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems selbstverständlich fragwürdig.

**Honorarvergleich ART**

	IVF	ICSI
<b>EBM 2009</b>	1054,58 €	1409,49 €
<b>Kalkulatorisch</b>	1344,44 €	1793,35 €
Δ 2009 absolut	<b>-289,86 €</b>	<b>-383,86 €</b>
Δ 2009 in Prozent	-27,48%	-27,23%
<b>Nordrhein 2008</b>	1210,26 €	1614,37 €
Δ 2009 absolut	-155,68 €	-204,88 €
Δ 2009 in Prozent	-14,76%	-14,54%
<b>Westfalen-Lippe 2008</b>	1105,02 €	1473,99 €
Δ 2009 absolut	-50,44 €	-64,50 €
Δ 2009 in Prozent	-4,78%	-4,58%

BRZ  
Bundesverband  
Reproduktionsmediziner  
Zentren Deutschlands e.V.

Quelle: Dr. Ulrich Hilland

## Vortrag von PD Dr. Hans-Georg Koch: Lebensschutz und Lebensbeginn

**PD Dr. Hans-Georg Koch** vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (Freiburg) hielt den Rahmenvortrag „Lebensschutz und Lebensbeginn – Interessensgegenstände und Bewertungsunterschiede aus vergleichender Perspektive“. Herr PD Dr. Koch stellte die unterschiedlichen in Europa vorliegenden Rechtssysteme dar und prüfte, ob es die Möglichkeit einer internationalen Rechtsangleichung gibt. Es gibt eine wenngleich kleine, so doch wesentliche Schnittmenge in Europa:

- keine Befruchtung zu fortpflanzungsfremden Zwecken
- kein reproduktives Klonen
- keine besondere Strafbarkeit von Auslandsstaaten (Tätigkeit von Forschern in Ländern, in denen in Deutschland verbotene Forschung an Embryonen praktiziert wird).

PD Dr. Koch stellt sich in seiner Interpretation des Embryonenschutzgesetzes in wesentlichen Punkten klar hinter die Verfasser des neuesten Kommentars zum EschG.<sup>1</sup> So ist für ihn der „elective single embryo transfer“ (eSET), der „Königsweg“, nicht ohne eine Änderung des ESchG möglich – und das völlig unabhängig davon, dass die Bundesärztekammer in ihrer Richtlinie das Problem auf die berufsrechtliche Ebene verlagert hat. PD Dr. Koch warnte ausdrücklich vor der Fehleinschätzung, der deutsche Reproduktionsmediziner käme bei der Praxis des eSET lediglich mit dem ärztlichen Standesrecht in Konflikt und nicht mit geltendem deutschem Gesetz.

Den überarbeiteten Wortlaut des Vortrags finden Sie bitte weiter unten.

## Vortrag von Prof. B. Häussler: Finanzielle Zuschüsse zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung

**Prof. B. Häussler** vom IGES-Institut stellte eindrucksvolle Berechnungen seines Instituts in seinem Vortrag „Finanzielle Zuschüsse zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung aus Steuermit-

teln“ dar. Die Ergebnisse der Studie werden in einer gesonderten Pressekonferenz veröffentlicht und waren zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Ausgabe des Journals bedauerlicherweise noch nicht freigegeben worden.

## Vortrag von RA Dirk Niggehoff: Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) – quo vadis?

**RA Dirk Niggehoff** aus der Kanzlei Möller & Partner, Düsseldorf, berichtete über das bereits am 26.03.2007 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. „Das Drama beginnt 2004 mit dem GMG“, so RA Niggehoff. Von den wesentlichen Neuerungen seien hier genannt:

- Einbeziehung aller Einwohner in die GKV, die keinen anderweitigen Versicherungsschutz haben
- Kassen können im Rahmen von Sonderverträgen (§§ 73b, c, 140 a SGBV) Sondertarife und Wahltarife (§ 53 SGB V) anbieten
- Sondertarife für die Kostenerstattung nach § 13 SGB V sind möglich
- Einführung eines PKV-Basistarifs.

Mit der Einführung des PKV-Basistarifs soll der Sicherstellungsauftrag der Krankenversicherungen auf Teile der Privatversicherer erweitert werden. Bislang existieren allerdings keine vertraglichen Regelungen zwischen dem PKV-Verband und der KBV. Die Möglichkeit der Senkung des GOÄ-Satzes auf den 1,8-fachen Satz bei diesen Patienten betrifft und trifft die Reproduktionsmedizin.

Darüber hinaus bietet das Gesetz wenig Neues, denn z. B. auch Regelleistungsvolumina sind nichts Neues, sie sind lediglich mit dem Gesetz in Kraft getreten. Mit großer Vorsicht zu genießen ist der genannte Import von PKV-Strukturen ins GKV-System. Interessant für Reproduktionsmediziner dürften die Verträge über die „Besondere ambulante Versorgung“ nach § 73c SGB V sein. Der Abschluss der sogenannten Selektivverträge könnte zwar in der Zukunft eine Möglichkeit für die Abrechnung der extrabudgetären reproduktionsmedizinischen Leistungen sein, die allerdings die Einschaltung einer sog. Managementinstanz erforderlich macht. Um bei der jetzigen Gesetzes- und Rechtslage nicht mit dem BSG-Urteil (B 6 KA 37/07 R)

zu kollidieren, nach dem die Weitergabe von Sozialdaten an gewerbliche oder privatärztliche Abrechnungsstellen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gesetzeswidrig ist, darf die Erstellung einer Abrechnung für vertragsärztliche Leistungen über eine private Abrechnungsstelle daher grundsätzlich nicht erfolgen. Ob aber selbst nach Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen die Vorteile den finanziellen Aufwand für eine kleine Arztgruppe aufwiegen, das bezweifelt RA Niggehoff.

In Zusammenhang mit den Vorträgen von Prof. Häussler und RA Niggehoff erfolgte eine Diskussion über die zukünftige Finanzierung der Reproduktionsmedizin im GKV-System. Von der Rückgabe der § 121a-Zulassung bis zum Verweilen im jetzigen System werden alle Optionen diskutiert. Ein einheitliches Meinungsbild der BRZ-Teilnehmer ergibt sich angesichts dieser existentiellen und hochkomplexen Frage jedoch (noch) nicht. Hier besteht massiver Klärungsbedarf, der von einer kleinen Arbeitsgruppe von Mitgliedern, mit Unterstützung von RA Niggehoff, gedeckt werden wird.

## Aus den Gerichten (Teil 1)

Nach der Mittagspause berichteten die Rechtsanwälte **Holger Eberlein** und **Dirk Niggehoff** über aktuelle und für die Ärzteschaft relevante juristische Entscheidungen.

Das **Sozialgericht (SG) Marburg** hatte sich mit den Voraussetzungen für die Genehmigung zur Gründung einer Zweigpraxis zu befassen. In seinem Urteil vom 08.10.2008 (AZ: S 12 KA 381/07) stellt das Gericht fest, dass die Voraussetzung für diese Genehmigung das Vorliegen einer Zulassung nach § 121a SGB V für den gewünschten Tätigkeitsort sei. Im gleichen Urteil heißt es jedoch weiter, dass vor Erteilung der Genehmigung nach § 121a SGB V eine Zweigpraxisgenehmigung vorliegen müsse. Das SG Marburg sieht darin allerdings keinen Widerspruch!

In einem Urteil des **Bundesgerichtshofs (BGH)** vom 09.06.2008 (AZ: II ZR 268/07) zur Haftung in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) wurde entschieden, dass die BAG für Schadensersatz in Anspruch genommen werden

<sup>1</sup> Günther/Taupitz/Kaiser. Embryonenschutzgesetz, Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Einführungen. Kohlhammer 2008.

kann, wenn einer von mehreren Gesellschaftern einen Haftungsschaden verschuldet.

In einem Verfahren des **Landgerichts Bad Kreuznach** (AZ: 1043 Js 11880/01 KLs) vom 07.01.2008 machten sich 3 Vertragsärzte des bandenmäßigen Betrugs strafbar, die im Außenverhältnis eine Praxisgemeinschaft, aber im Innenverhältnis eine Gemeinschaftspraxis betrieben, um die Ordinationsgebühr mehrfach abrechnen zu können.

Das **Bundessozialgericht** (BSG) hat in seinem Urteil vom 03.03.2009 (AZ: B1 KR 12/08 R) nach der früheren Entscheidung der Verfassungsmäßigkeit der Ehe, der unteren Altersgrenze nun auch die obere Altersgrenze von 40 Jahren für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB V für die Frau bestätigt.

In Zusammenhang mit den Behandlungen nach § 27a SGB V weist RA Niggehoff nochmals darauf hin, dass der Behandlungsplan vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen ist.

### Aus den Gerichten (Teil 2)

RA Holger Eberlein, Kanzlei Eberlein & Hochgräber, Berlin, berichtet über seine Erfahrung bei gerichtlichen Auseinandersetzungen mit gemischt versicherten Patientenpaaren. Zunehmend lehnen private Krankenversicherer bei älteren Paaren Leistungen aufgrund des Alters des beteiligten Mannes ab. Dabei berufen sich die Versicherer auf ein Urteil des BSG (!) (AZ: B 1 KR 10/06 R) vom 24.05.2007, in dem festgestellt wurde, dass die Kinderwunschbehandlung bei Männern über 50 keine Krankenbehandlung mehr darstelle. Diese Ablehnungen sind nicht rechtmäßig, da das BSG keine Regelungskompetenz im PKV-System besitzt.

Anschließend erläutert RA Eberlein ein Urteil des **BSG** (AZ: B1 KR 24/07 R) vom 17.06.2008, in dem eine GKV in einem gemischt versicherten Verhältnis zur Zahlung verurteilt wurde. Festzustellen ist zunächst, dass es sich um das Rechtsverhältnis eines *gesetzlich* Krankenversicherten zu *seiner* GKV handelt. Mangels Zuständigkeit greift dies nicht in das Rechtsverhältnis des privat Versicherten zu seiner PKV ein oder in das

Rechtsverhältnis des Arztes zum privat Versicherten.

Die Ausführungen RA Eberleins schließen sich diesem Bericht an. An dieser Stelle sei vorab nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach wie vor die Entscheidung des **BGH vom 3. April 2004** gilt und die PKV des verursachenden Mannes bei einer ICSI-Behandlung sämtliche Kosten, auch die durch die Frau verursachten, zu übernehmen hat.

RA Eberlein berichtet von einer Entscheidung des **Landgerichts Köln** (AZ: 23 O 51/08) vom 18. Februar 2009, die klarstellt, dass die tatsächlich behandelten Eizellen auch abgerechnet werden können, also keine Beschränkung seitens des Versicherers vorgenommen werden kann.

### Musterverträge für die Kryokonservierung und Lagerung

RA Niggehoff stellt den Entwurf eines neuen Vertragsmusters für die Kryokonservierung und Lagerung von Eizellen im Vorkernstadium vor und die Mitgliedschaft diskutiert sie. Die inzwischen finalisierten Muster – auch für die Konservierung von weiblichen und männlichen Keim(zell)geweben – stehen den Mitgliedern des BRZ elektronisch zur Verfügung.

Das Berufshaftpflichtangebot der Assekuranz AG Luxemburg für BRZ-Mitglieder wird den neuen Musterverträgen angepasst. Problem bleibt weiterhin die Absicherung von Erfüllungsschäden, das hoffentlich in enger Zusammenarbeit gelöst werden wird.

### Neubewertung reproduktionsmedizinischer Leistungen

Der Vorsitzende informierte die Mitglieder darüber, dass auf Initiative des BRZ hin das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) durch die KBV beauftragt wurde, eine Neubewertung reproduktionsmedizinischer Leistungen unter Berücksichtigung der geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen vorzunehmen. Vertreter des BRZ hatten die Gelegenheit, den Mitarbeitern des InBA das gesamte Leistungsspektrum der Reproduktionsmedizin in einem mehrstündigen Treffen vorzustellen. Mehrfache Rückfragen aus dem InBA zeigen, dass

eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgt. Mit Ergebnissen ist für Mitte des dritten Quartals zu rechnen.

### TPG und AMG

Anschließend berichtete der Vorsitzende zum Stand der TPG und dem Stand der Ermittlungen bei der 15. AMG-Novelle. Mit seiner Eingabe zur Anhörung und diekt an den Ausschuss Gesundheit des Bundestags (in einem persönlichen Gespräch) bittet der BRZ, das AMG in den nachfolgenden Punkten anzupassen, wobei insbesondere die Änderung des § 20d von elementarer Bedeutung für die reproduktionsmedizinisch arbeitenden Einrichtungen ist.

*Die Mitglieder des Bundesverbands Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ) erbitten die für ihre Tätigkeit wesentlichen nachstehenden Veränderungen [des AMG] (sh. auch Ausschussdrucksache 16(14)0514(10):*

#### § 4 Abs. 30

*1. Zur Klarstellung und konsistenten Begriffsverwendung sollte klar unterschieden werden zwischen Keimzellen und Keimbahnzellen, denn imprägnierte Eizellen sind Keimbahnzellen gemäß Embryonenschutzgesetz.*

#### § 20d

*1. Die Überschrift zu § 20d stellt auf Gewebe und Gewebesubereitungen ab. Die Bestimmungen des § 20b, auf die verwiesen und für die eine Ausnahme von der Erlaubnispflicht vorgesehen ist, regeln die Entnahme von Gewebe. Deshalb muss auch Gewebe gemeint sein und zur Klarstellung genannt werden. Darüber hinaus können Gewebesubereitungen nicht entnommen werden!*

*2. Zur Wahrung des unbedingt erforderlichen Arztvorbehalts sollte die Alternative „oder sonst zur Ausübung der Heilkunde bei Menschen befugt ist“ gestrichen werden.*

*Die Forderung der Berufsvereinigung der Naturwissenschaftler in der Labor diagnostik e.V. (16(14)0515(2)), „Arzt“ durch „Naturwissenschaftler“ zu ersetzen, sollte daher ebenfalls nicht befolgt werden.*

**Tabelle 1:** RLV-Fallwertentwicklung im 1. und 2. Quartal für die Gynäkologie und die Reproduktionsmedizin in den einzelnen KV-en. (Zusammengestellt von Dr. Georg Wilke, BRZ)

KV	RLV-Fallwert in EUR 1/2009		RLV-Fallwert in EUR 2/2009		Differenz	
	Gyn I	Repro I	Gyn II	Repro II	Gyn (%)	Repro (%)
Baden-Württem.	12,00	20,00	9,92	10,73	-17,3	-46,4
Bayern	16,00	23,98	14,40	26,06	-10,0	8,7
Berlin	20,11	35,00	19,35	29,90	-3,8	-14,6
Brandenburg	17,09	kein Zentrum	17,09	kein Zentrum	—	—
Bremen	23,02	steht noch nicht fest	20,62	steht noch nicht fest	—	—
Hamburg	19,88	25,94	20,79	26,85	4,6	3,5
Hessen	16,82	16,82	14,07	14,07	-16,3	-16,3
Mecklenb.-Vorp.	17,00	17,05	k. A.	k. A.	—	—
Niedersachsen	19,83	30,56	17,44	29,26	-12,0	-4,3
Nordrhein	15,96	20,04	13,81	16,22	-13,5	-19,1
Rheinland-Pfalz	15,30	18,28	10,30	15,05	-32,7	-17,7
Saarland	20,21	32,83	18,35	27,95	-9,2	-14,9
Sachsen	16,63	29,28	15,81	30,54	-4,9	4,3
Sachsen-Anhalt	20,57	20,57	19,82	19,82	-3,6	-3,6
Schleswig-H.	17,73	17,73	16,49	16,49	-7,0	-7,0
Thüringen	20,42	20,42	16,00	16,00	0,1	0,1
Westfalen-Lippe	15,37	17,71	12,70	14,38	-17,4	-18,8

3. Den modernen Praxisorganisationsformen muss Rechnung getragen werden und der Arztvorbehalt nicht beschränkt werden auf einen persönlich die in §§ 20b und 20c aufgeführten Tätigkeiten ausübenden Arzt, sondern auf alle Ärzte einer Praxisorganisation.

Die 15. Novelle des AMG wird noch vor der Sommerpause erwartet. Vielerorts haben die Bezirksregierungen ihre Begehungen bis zur Verabschiedung des Gesetzes zwar ausgesetzt – einen Hinweis auf eine endgültige Regelung bedeutet dies aber keineswegs.

Die medizinisch völlig unbegründeten serologischen Untersuchungen nach TPG sind nach wie vor ungeklärt und müssen dem Gesetz entsprechend direkt beim Patienten in Rechnung gestellt werden, da es bis zur Klärung durch die KBV keine Ziffern im EBM für diese Leistungen gibt. Anderslautende Auskünfte der Krankenkassen sind nichtig. Der BRZ wird eine patientenfreundliche Regelung erwirken, nur mahlen die Mühlen langsam.

**Tabelle 2:** RLV 2. Quartal 2009 – sinkende RLVs in den meisten Bundesländern! (Zusammengestellt von Dr. Georg Wilke, BRZ)

• Nordrhein	-19,1 %	-3,82 €	(19,10 €)
• Bayern	+8,7 %	+2,08 €	(26,06 €)
• Westfalen-Lippe		14,38 €	
• Sachsen		30,54 €	

**Bericht aus dem Arbeitskreis (AK) Abrechnung**

**Dr. Georg Wilke**, Leiter des Arbeitskreises, informiert über die unterschiedlichen Regelleistungsvolumina (RLV) im 2. Quartal 2009, die je nach KV-Bereich zwischen € 10,73 und € 30,54 liegen. Dies bedeutet für die meisten Bundesländer sinkende RLV – eine für die Reproduktionsmediziner nicht hinnehmbare Entwicklung (vgl. Tab. 1, 2)!

Im Bereich der extrabudgetären Vergütungen anhand des Beispiels ICSI zeigt sich, dass das Spektrum je nach KV von einem Minus von 22,7 % (Hessen) bis zu

einem leichten Plus von 9,8 % (AOK Mecklenburg-Vorpommern) reicht.

**■ Geplante Streichung der „Ähnlichen Untersuchungen“ im EBM Kapitel 32 bzw. Aufnahme innovativer Laborleistungen**

Aufgefordert von der KBV hat der BRZ die in der Reproduktionsmedizin angewendeten, bislang aber nicht im EBM repräsentierten nachstehenden Laboruntersuchungen eingereicht:

PAPP-A, AMH, Inhibin B, Inhibin A, Liptin, Estron, Estriol, Melatonin und Glukosidase.

Dr. Rochell (KBV) teilte den Mitgliedern schon am Vorabend mit, dass die besonders häufige, weil extrem aussagekräftige Bestimmung des Anti-Müller-Hormons (AMH) voraussichtlich mit Wirkung zum 1. Juli 2009 bundesweit mit der Ziffer 32416 („Ähnliche Untersuchungen“) abgerechnet werden kann.

Bis dahin ist in den KV-Bezirken zu erfragen, ob die Bestimmung des AMH zu Lasten der GKV in Ansatz gebracht werden kann.

## ■ GOÄ – nichts Neues

Ein Gespräch des BRZ mit Vertretern der Bundesärztekammer zeigte, dass die geplante GOÄ-Reform erst nach der Bundestagswahl und erst nach der GOZ-Reform erfolgen wird.

## ■ 1. BRZ-Intensivseminar

Der Vorstand des BRZ hat nach dem großen Erfolg des dreitägigen BRZ-Intensivseminars, Januar 2009 in Berlin, beschlossen, ein nächstes Intensivseminar im Januar 2010 wieder in Berlin durchzuführen. Besonderer Dank ge-

bührt **Dr. Andreas Tandler-Schneider** für den Entwurf des Programms und die Leitung der gesamten Veranstaltung.

## ■ Symposium zu Rechtsfragen in der Reproduktionsmedizin

Anlässlich des 10-jährigen Jubiläums des und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsfragen in der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf fand am 13. Februar 2009 das sehr gut besuchte Symposium statt. Ein Tagungsband mit sämtlichen Vorträgen wird in Kürze über den BRZ, für die Mitglieder kostenfrei, für alle anderen Interessenten zum Preis von € 10,- verfügbar sein. An dieser Stelle bedankt sich der BRZ nochmals bei **Dr. K.-H. Möller** für die Initialzündung.

## ■ Hinweise

- BRZ-Herbsttreffen (im Rahmen des 3. DVR-Kongress in Freiburg: Am Nachmittag des 14. November 2009)
- Die Inhalte der Tagungsmappen sowie die freigegebenen Vorträge stehen BRZ-Mitgliedern im Internet zur Verfügung. Rückfragen dazu nimmt die Geschäftsstelle per E-Mail unter [uszkoreit@repromed.de](mailto:uszkoreit@repromed.de) entgegen.

Verfasser:

*Dr. med. Andreas Tandler-Schneider  
und Monika Uszkoreit*

### Korrespondenzanschrift:

*Dr. med. Andreas Tandler-Schneider  
(Schriftführer des BRZ)  
D-66111 Saarbrücken  
Dudweilerstraße 58*

## ■ Urteil Landgericht Saarbrücken 14 S 15/07 (rechtskräftig) – Vorinstanz: Amtsgericht Saarbrücken 5 C 956/06

### Einleitung

Ein Urteil des Landgerichts Saarbrücken vom 16.12.2008 führt zu weiteren Klärstellungen im Bereich der In-vitro-Fertilisation.

Die beklagte private Versicherungsgesellschaft (VG) und der klagende Versicherungsnehmer (VN) stritten darüber, ob die intrazytoplasmatische Injektion je eines Spermiums in sieben Eizellen der Ehefrau mit geltendem Recht in Einklang stehe oder einen Verstoß gegen das Embryonenschutzgesetz (ESchG) darstelle und – darüber hinaus – in diesem Umfang medizinisch notwendig war. Die Indikation zur ICSI war zwischen den Parteien unstrittig.

Da das Verfahren ein Mitglied des BRZ betraf und beispielhaft für eine leider häufige Fehlinterpretation des ESchG war, hat sich der Verband um den Fortgang des Rechtsstreits gekümmert. An dieser Stelle sei Dr. Michael Thaele, Saarbrücken, und RA Holger Eberlein, Berlin, gedankt für ihre Beiträge zur Klärung.

### Sachverhalt

Die beklagte VG hatte bereits erstinstanzlich vorgetragen, dass nach den Musterrichtlinien der Bundesärztekammer die Befruchtung von mehr als drei Eizellen zwar unzulässig sei, sie jedoch die Kosten der Behandlung von fünf Eizellen unter Verweis auf die damit ausreichenden Erfolgsaussichten im Sinne der Notwendigkeit erstattet. Das Amtsgericht Saarbrücken hatte die Klage des VN im Wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, dass ein Erstattungsanspruch des Klägers gegenüber der VG voraussetze, dass er gegenüber dem behandelnden Arzt zur Zahlung verpflichtet sei. Dies sei aber nicht der Fall, weil der Arzt mindestens im Umfang der streitgegenständlichen Rechnungspositionen (Behandlung von mehr als fünf Eizellen) gegen das ESchG verstoßen habe. Der Behandlungsvertrag sei deshalb nichtig und es bestehe insofern kein Anspruch des Arztes gegenüber dem VN und folglich kein Anspruch des Klägers gegenüber der VG.

Im Berufungsverfahren trug der Kläger vor, das ESchG untersage keineswegs die Befruchtung von mehr als drei Eizellen. Das ESchG sei vielmehr so zu verstehen, dass nicht mehr als drei Eizellen bis zum Embryonalstadium kultiviert werden dürften. Im Vorkernstadium dürfe eine Selektion stattfinden und es

könnten jene Zellen ausgewählt werden, welche sich mit der höchsten Wahrscheinlichkeit zu einem einnistungsfähigen Embryo entwickeln. Das ESchG lasse lediglich eine Selektion von Embryonen im Mehrzellenstadium nicht zu. Dies sei auch nicht geschehen. Er beantragte die Erstattung der Kosten für die Behandlung aller sieben Eizellen sowie die Erstattung vorgerichtlicher Anwaltskosten.

Die beklagte VG verteidigte die erstinstanzliche Entscheidung unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vortrags. Sie beantragte, die Berufung zurückzuweisen und für den Fall ihrer Verurteilung die Revision zuzulassen.

### Entscheidungsgründe

Die Berufung des Klägers hatte im beantragten Umfang Erfolg.

1. Das Berufungsgericht führte richtigerweise aus, dass *Eizellen im Vorkernstadium keine befruchteten Eizellen im Sinne des ESchG* seien; sie dürften sowohl kryokonserviert als auch verworfen werden. Auch sehe § 1 ESchG *keine zahlenmäßige Begrenzung für imprägnierte Eizellen ohne Kernverschmelzung* vor. Ein Verstoß gegen das ESchG sei auch nicht dargelegt, denn dass die Vor-



kernverschmelzung bei mehr als drei imprägnierten Eizellen stattgefunden hätte, ergebe sich weder aus der Rechnung noch sei dies von der beklagten VG vorgetragen worden.

Weiterhin legte das Berufungsgericht dar, dass nicht jedes Rechtsgeschäft, das gegen ein gesetzliches Verbot verstoße, in jedem Falle nichtig sei. Denn reiche es dagegen aus, dem gesetzlichen Verbot durch strafrechtliche Maßnahmen Nachdruck zu verleihen, habe die zivilrechtliche Sanktion der Nichtigkeit daneben keinen Platz.

Selbst wenn eine Nichtigkeit des Behandlungsvertrages – wie die beklagte VG meinte – zu bejahen wäre – und von der das Berufungsgericht nicht ausging – bedeute dies nach Ansicht der erkennenden Zivilkammer deshalb noch nicht, dass der Arzt keinen Zahlungsanspruch hätte. Vielmehr bestehe der Zahlungsanspruch des Arztes nach den Bestimmungen des BGB zur ungerechtfertigten Bereicherung.

2. Nach diesen grundsätzlichen Erwägungen unter dem Blickwinkel der

Normen des ESchG befasste sich das Berufungsgericht mit der Frage, ob die Behandlung von sieben Eizellen oder aber – wie von der beklagten VG vorgetragen – die Behandlung von nur fünf Eizellen nach objektiven medizinischen Kriterien notwendig war.

Der hinzugezogene Sachverständige hatte ausgeführt, dass bei der Behandlung von einer bis fünf Eizellen eine mittlere Schwangerschaftsrate von 23 % und bei einer Behandlung von sechs bis zehn Eizellen eine Schwangerschaftsrate von 29,5 % erreicht werde. Die Kammer betrachtete die Steigerung der Erfolgswahrscheinlichkeit um 28 % bei der hier zu bewertenden Behandlung als ganz erheblich und hatte keine Bedenken, die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Therapie zu bejahen.

#### Fazit für die Praxis

Nach Auffassung des Landgerichts Saarbrücken verstößt die Behandlung von mehr als drei Eizellen durch ICSI nicht gegen das ESchG, solange es nicht zur Kernverschmelzung bei mehr als drei Eizellen kommt.

Die Behandlung von bis zu zehn Eizellen durch ICSI ist als medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne der Musterbedingungen Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung anzusehen.

Frühzeitiger Verweis der Patienten an den BRZ, sobald in der rechtlichen Auseinandersetzung mit einer VG erkennbar wird, dass diese ihre Erstattungspflicht mit der Begründung verneint, die Behandlung von mehr als drei Eizellen durch ICSI verstoße gegen das ESchG oder andere Normen. Auf diese Weise werden am ehesten erstinstanzliche Entscheidungsbegründungen des dargestellten Inhalts im Interesse der Patienten vermieden.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Hilland  
1. Vorsitzender des BRZ  
D-66111 Saarbrücken  
Dudweilerstraße 58  
E-Mail: hilland@fcm-net.de

## ■ Stellungnahme zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.06.2008 B 1 KR 24/07 R

### Vorbemerkung

Der Umgang einiger privater Versicherer mit Kinderwunschpatienten hat sich in den vergangenen Monaten deutlich verschärft und zu noch mehr Verunsicherung der Paare geführt. Aber die Verunsicherung belastet nicht nur die Paare, sondern erschwert auch die positive Arzt-Patienten-Beziehung und eine korrekte Abrechnung erbrachter Leistungen. Insbesondere die am 17.6.2008 gefällte Entscheidung des Bundessozialgerichts wird von den privaten Versicherern als Argument gegen eine vollständige Kostenübernahme herangezogen. Um Licht ins Dunkel zu bringen, hat der BRZ **Rechtsanwalt Holger Eberlein** (Berlin) um eine Stellungnahme gebeten. Dank geht an RA Eberlein und

**Dr. Hilland**, die die Auswirkungen der Entscheidung des BSG auf sowohl GKV- als auch PKV- bzw. gemischt versicherte und beihilfeversicherte Paare ergründet haben.

### Stellungnahme

In der vorgenannten Entscheidung handelt es sich um ein Klageverfahren einer gesetzlich krankenversicherten Frau gegen ihre gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf Leistungen für eine durchgeführte künstliche Befruchtung. Die GKV hatte die Leistungserbringung abgelehnt und unter unterschiedlichen Gesichtspunkten auf die Leistungsverpflichtung bzw. auch Leistungserbringung der privaten Krankenversicherung (PKV) des Ehemannes verwiesen.

Das BSG hat die GKV zur Zahlung verurteilt und dargelegt, dass den Eheleuten in Mischversicherungsverhältnissen ein Wahlrecht zustünde, welche Versicherung

sie in Anspruch nehmen wollen. Lediglich bei 100%iger bedingungsfreier Leistung eines der beiden Krankenversicherer würde die den gleichen Bereich betreffende Schuld des anderen erlöschen.

Festzustellen ist zu diesem Urteil zunächst, dass es das Rechtsverhältnis eines gesetzlich Krankenversicherten zu seiner GKV betrifft. Mangels Zuständigkeit greift es nicht in das Rechtsverhältnis des Privatversicherten zu seiner PKV ein oder in das Rechtsverhältnis des Arztes zum Privatversicherten.

Weiterhin werden in dem Urteil keine neuen Rechtsgrundsätze aufgestellt. Das Urteil gibt lediglich die auch bereits vorher bestehende Rechtslage wieder.

Sowohl für den Bereich der PKV wie auch für den Bereich der GKV ist durch die jeweiligen Bundesgerichte festgestellt worden, dass eine in Anspruch genommene Versicherung Leistungen

nicht mit der Begründung ablehnen darf, dass auch die andere Versicherung des Paares leistungspflichtig ist.

Auch bisher versuchen private Krankenversicherungen eine Beratung des Patienten dahingehend durchzuführen, dass auch eine beteiligte gesetzliche Krankenversicherung „mit ins Boot“ geholt werden soll. Eine Verpflichtung des Paares, dieses zu tun, gibt es gleichwohl nicht. Wie bisher schließt ein Privatversicherter einen Behandlungsvertrag für die durch seine Erkrankung verursachte Gesamtbehandlung ab. Wie bisher ist diese Gesamtbehandlung nach GOÄ abzurechnen und gegenüber dem Privatversicherten vollständig geltend zu machen, da zivilrechtlich, also gegenüber einer privaten Krankenversicherung, die Behandlung als Gesamtbehandlung gilt und nicht in unterschiedliche Behandlungssteile aufgliedert wird.

Zu unterscheiden sind bei der Betrachtung im Wesentlichen zwei unterschiedliche Fallgruppen mit den jeweiligen Unterfällen:

1. Als **erste Fallgruppe** sind hier all diejenigen Behandlungssituationen zu nennen, in denen der Privatversicherte für die Gesamtbehandlung tariflichen Versicherungsschutz genießt. Typische Unterfallkonstellation ist z. B. die gesetzlich versicherte Frau und der 100%ig privat versicherte erkrankte Mann oder aber auch die erkrankte privat versicherte Frau und der gesunde gesetzlich krankenversicherte Mann. Wesentlich ist hier, dass der jeweils privat versicherte Partner erkrankt ist, 100%igen Versicherungsschutz abgeschlossen hat und keine über die Erkrankung des Privatversicherten hinausgehenden weiteren Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden.

In all diesen Fällen ist die PKV zur umfangreichen vollständigen Kostenerstattung verpflichtet, sodass es grundsätzlich keine Veranlassung gibt, eine zweite Front zu eröffnen und die GKV überhaupt „ins Boot“ zu holen. Dieses kann dem Paar auch in der Regel hinreichend erklärt werden.

Sollte das Paar trotzdem aus Gerechtigkeitsgefühlen, oder weil es von der PKV falsch beraten ist, darauf beste-

hen, die GKV in Anspruch zu nehmen, besteht nach wie vor die vertragsärztliche Verpflichtung, die Leistungsvoraussetzungen zu schaffen, d. h. einen entsprechenden Antrag vor Behandlungsbeginn bei der GKV zu stellen. Aufgrund der Abrechnungsproblematiken kann dieser nach wie vor nur unter analoger Anwendung der GOÄ gestellt werden. Im Übrigen ändert ein solcher Antrag nichts an der vollständigen Abrechnung der Behandlung gegenüber dem Privatversicherten. Das Paar mag sich dann, wie auch im Fall des obigen Urteils, mit den beiden Versicherern auseinandersetzen.

2. Die **zweite Fallkonstellation** betrifft all diejenigen Fälle, in denen, aus welchen Gründen auch immer, die Leistungspflichten der PKV nicht die Gesamtbehandlungskosten abdecken. Die typischste Fallkonstellation ist hier, dass der Privatversicherte z. B. beihilfeberechtigt ist, aber z. B. auch die Situation einer erkrankten privat versicherten Frau und eines ebenfalls erkrankten gesetzlich versicherten Mannes. In all diesen Fällen kommt es für das Paar zu Leistungsausfällen. Wie bisher auch erübrigt sich in dieser Fallkonstellation generell die Diskussion, ob die GKV in Anspruch zu nehmen ist oder nicht (sie ist es immer). Zu unterscheiden ist hier aber die Frage der generellen Inanspruchnahmemöglichkeit (aus Sicht des Paares) und Abrechnungsfragen. Primäres Ziel ist es, die formellen Leistungsvoraussetzungen zu schaffen, d. h. vor Beginn der Behandlung den entsprechenden Antrag bei der GKV zu stellen. In der insoweit häufigsten Fallkonstellation der ICSI bei erkranktem privat versicherten Mann mit 50 % Beihilfe und gesetzlich krankenversicherter Frau soll hier zur besseren Veranschaulichung die Leistungssituation für das Patientenpaar noch einmal erläutert werden.

- Die **PKV** muss 50 % der Gesamtbehandlungskosten erstatten.
- Für die **Beihilfe** gelten dieselben Regelungen wie für die GKV, wobei oftmals zwischen Bundes- und Landesbeamten noch unterschieden werden muss. Zu beachten ist aber die Dreiteilung der Behandlung und die 50%ige Eigenbeteiligung. Im vorliegenden Fall erhält der Mann

50 % des beihilfefähigen Betrages für die an seinem Körper durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und 50 % des beihilfefähigen Betrages für die extrakorporalen Maßnahmen – aufgrund der Eigenbeteiligung also 25 % der tatsächlich in Rechnung gestellten Behandlungskosten bezogen auf die entsprechenden Behandlungsteile. Er erhält keine Leistungen auf die am Körper seiner Frau durchgeführten Behandlungsmaßnahmen inklusive Medikamenten. Bezogen auf die Gesamtbehandlungskosten stellt sich die Erstattungslage des Mannes daher in Höhe von 50 % der IVF- und Medikamentenkosten und 75 % der ICSI-Kosten dar.

- Die **gesetzliche Krankenversicherung der Ehefrau** muss daher unter Berücksichtigung der 50%igen Eigenbeteiligung Leistungen erbringen für den IVF- und Medikamentenanteil sowie ebenfalls noch einmal für die extrakorporalen Maßnahmen. Aufgrund der von den Leistungsträgern des Mannes zu erbringenden Leistungen und der Komplexziffern des EBM ist eine Leistungserbringung im Rahmen der Sachleistung, also **Abrechnung über Chipkarte nicht möglich**. Der Leistungsantrag ist für das Paar analog nach GOÄ zu stellen. Die tatsächliche Abrechnungssituation ist gerichtlich nicht entschieden. Die meisten gesetzlichen Krankenversicherer gehen von der Sachleistung zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V über, allerdings entweder zum einfachen GOÄ-Satz oder unter analoger Berechnung der EBM-Sätze.

Auch in diesem Fall ist wesentlich, dass aus Sicht des behandelnden Arztes die Grundlage geschaffen wird, dass der Patient überhaupt Leistungen erhalten kann, also dass ein entsprechender Antrag gestellt wird und nach Möglichkeit die Bescheidung abgewartet wird. Auf der anderen Seite ist auch hier **vollständig nach GOÄ** gegenüber dem privat versicherten Patiententeil abzurechnen.

#### **Korrespondenzadresse:**

Holger Eberlein, Rechtsanwalt  
Kanzlei Eberlein & Hochgräber  
D-10719 Berlin, Ludwigkirchplatz 2  
E-Mail: info@eh-rechtsanwaelte.de

Bei dem nachstehenden Artikel handelt es sich um das etwas erweiterte Manuskript eines Vortrages, den **PD Dr. Hans-Georg Koch** auf der jährlichen Mitgliederversammlung des BRZ am 25. April 2009 in Berlin gehalten hat. Wir danken dem Verfasser für die Möglichkeit, seine Ausführungen den Lesern des Journals mitzuteilen.

Monika Uszkoreit  
BRZ

## Lebensschutz und Lebensbeginn: Interessensgegensätze und Bewertungsunterschiede aus vergleichender Perspektive

H.-G. Koch

### I. Einleitung

Lebensschutz am Lebensbeginn ist ein ethisch wie rechtlich heiß diskutiertes Feld. Dass insoweit erhebliche internationale Unterschiede in der Rechtslage bestehen, ist weithin bekannt und wird nicht selten genutzt. Allerdings bestehen bei dieser Nutzung durch normalerweise in Deutschland Lebende gewisse strafrechtliche Risiken, die merkwürdigerweise gerade diejenigen betreffen, die sich nur in untergeordneter Rolle am Geschehen beteiligen.

Rechtsvergleichung kann die bestehenden Unterschiede deutlicher beleuchten und bei näherer Beschäftigung mit den verglichenen Ländern die Hintergründe dafür darstellen, warum man sich da oder dort so und nicht anders entschieden hat, aber sie liefert nicht schon als solche Argumente für die eine oder andere Lösung, für mehr oder weniger Embryonenschutz. Die rechtsvergleichende Perspektive ist dabei insgesamt gesehen wohl weniger theorielastig als die nationale Diskussion, da es mehr darum geht, die großen Linien zu zeichnen. Allerdings kann man manche nationale Eigenheit nur verstehen, wenn man von der jeweiligen Rechtsordnung mehr kennt als nur gerade die Spezialregelungen zum Thema, das Gegenstand des Vergleichs ist. Tabellarische Vergleiche, die gerade bei juristischen Laien beliebt sind, mögen daher manchen Aufschluss über die internationale Verbreitung bestimmter Einschätzungen zum Schutz des Embryos geben können, wie sie sich in den Gesetzen der jeweiligen Länder niedergeschlagen haben. Aus der Sicht des wissenschaftlich tätigen Rechtsvergleichers können sie jedoch nicht mehr sein als eine erste Annäherung.

Ich werde versuchen, Sie nicht zu sehr mit Details zur Rechtslage in einzelnen Ländern zu verwirren, und werde stattdessen einige grundlegende Problemfelder erörtern. Dabei wird es mir mehr darum gehen, das Spektrum der Positionen zu den jeweiligen Sachfragen darzustellen. Prozedurale Aspekte werde ich demgegenüber vernachlässigen.

### II. Die unterschiedlichen Facetten des Lebensschutzes am Lebensbeginn – Themenfelder

Historisch betrachtet hat sich die Diskussion um den Grad der Schutzwürdigkeit von Embryonen im Vergleich zum geborenen Menschen an dem Problemfeld des Schwangerschaftsabbruchs entzündet. Innerhalb dieser Thematik haben wiederum zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Aspekte im Vordergrund gestanden, angefangen von der Frage der Tötung in der Geburt zur versuchten Rettung der Mutter über die Entwicklung der verschiedenen (auch außermedizinischen) Indikationen mit teilweise unterschiedlichen zeitlichen Anwendungsbereichen bis hin zu Praktiken der sogenannten postkoitalen Kontrazeption durch (vorsorgliche) Nidationsverhinderung.<sup>1</sup>

Im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts ist dann die medizinisch unterstützte Fortpflanzung mit extrakorporaler Verfügbarkeit von Embryonen auch zur Forschung dazu gekommen und neuerdings die mögliche Verwendung von Embryo-

nen zur Gewinnung sogenannter Stammzellen.

Eine rechtsvergleichende Sicht auf den Status von Embryonen sollte alle drei Bereiche ins Blickfeld nehmen. Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch gibt es, soweit mir bekannt, in allen Ländern, mit erheblichen Unterschieden in Bezug auf Regelungsort (Strafrecht oder Gesundheitsrecht) und Regelungsgehalt („liberal“ oder „restriktiv“ mit vielen Zwischentönen). Bezüglich der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ist die Regelungsdichte schon deutlich geringer und in vielen Ländern noch dazu unvollständig, etwa im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik. Spezielle Regelungen zur Forschung mit Embryonen sowie mit embryonalen Stammzellen sind bislang erst in relativ wenigen Ländern geschaffen worden.

In der medizinethischen Diskussion werden diese Fragen nicht selten mit der nach dem „Beginn des Lebens“ verknüpft. Abgesehen davon, dass auch hierauf verschiedene Antworten gegeben werden und in der Geschichte gegeben wurden,<sup>2</sup> ist damit die normative Frage nach Beginn und Reichweite des Lebensschutzes durch Recht nicht entschieden.

### III. Schwangerschaftsabbruch

Ich will Sie als Reproduktionsmediziner nicht mit detaillierten Erörterungen des Themas „Schwangerschaftsabbruch“ strapazieren, sondern nur zwei Aspekte einer vergleichenden Betrachtung unterziehen:

<sup>1</sup> Diese gebräuchliche Bezeichnung ist eigentlich nicht ganz korrekt. Es handelt sich um eine vorsorgliche Maßnahme. Im Augenblick ihrer Anwendung steht nicht fest, ob es ihrer überhaupt bedürfte, konkret: ob eine Befruchtung stattgefunden hat. Der Ausdruck „Nidationsverhinderung“ bildet diese Eventualität nicht ab.

<sup>2</sup> Vgl. nur Wildfeuer, Lebensbeginn, 3. Ethisch, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 2, 1998, S. 541–4; Kreß, Medizinische Ethik, 2. Aufl. 2009, S. 150–74.

- (1) Verständnis und Gebrauch des Terminus „Embryo“ im Kontext der Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch
- (2) Rechtlicher Schutz im Zeitraum zwischen Befruchtung und Nidation.

### 1. Verständnis und Gebrauch des Terminus „Embryo“

Auffallend erscheint die moderne Tendenz, im Rahmen von Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch auf die Verwendung des Begriffs „Embryo“ oder einer entsprechenden Bezeichnung für die „Frucht im Mutterleibe“ (so das RStGB 1871) zu verzichten. Die Tathandlung wird in aktuellen Straftatbeständen oder auch in den einschlägigen gesundheitsrechtlichen Bestimmungen als „Abbruch der Schwangerschaft“ oder gar inkorrekt als „Unterbrechung der Schwangerschaft“ beschrieben,<sup>3</sup> mithin als künstliche Beendigung eines Zustandes, und nicht als (Tötungs-)Akt gegen ein bestimmtes Schutzobjekt (den Embryo). Diese Terminologie ist keine deutschsprachige Besonderheit („termination of pregnancy“, „interruption de la grossesse“ etc.).

Dieser Sprachgebrauch ist wohl insbesondere in Ländern mit mehr oder weniger permissiver Gesetzgebung kein Zufall. Indem man den „Embryo“ gar nicht erst erwähnt, wird er als Rechtssubjekt praktisch negiert. Tritt aber der „Embryo“ als Tatbestandsmerkmal gar nicht erst in Erscheinung, besteht auch kein Anlass, seine Eigenschaften durch eine Legaldefinition näher zu bestimmen.

Eine Ausnahme stellt die aktuelle Gesetzgebung in Polen dar. Die dortigen Regelungen beschreiben den Schwangerschaftsabbruch als „Verursachung des Todes eines gezeugten Kindes“. Wiederum begegnet uns das Bemühen um Vermeidung des Begriffs „Embryo“, wenn auch aus anderen Gründen. Es geht dem polnischen Gesetzgeber nicht darum, das werdende Leben terminologisch möglichst aus dem Spiel zu lassen, sondern es soll dem Eindruck entgegengewirken werden, dieses sei normativ etwas wesentlich anderes als der geborene Mensch. Gleichwohl – der Sache nach unterscheiden auch die polnischen Regelungen sehr deutlich zwischen den gegen-

über Geborenen begangenen Tötungs- und Verletzungsdelikten und den Strafnormen zum Schutz des Ungeborenen.

Auf europäischer Ebene fehlen bislang Regelungen, die sich spezifisch mit dem Schwangerschaftsabbruch beschäftigen. Die „Europäische Menschenrechts-Konvention“ (EMRK) befasst sich jedenfalls nicht ausdrücklich mit dem Schutz des ungeborenen Lebens;<sup>4</sup> die „Europäische Kommission für Menschenrechte“ (EKMR) und später der „Europäische Gerichtshof für Menschenrechte“ (EGMR) haben bislang wichtige Fragen wie die nach dem Lebensbeginn offen gelassen bzw. in das Ermessen der nationalen Gesetzgebung gestellt.<sup>5</sup> Das Menschenrechtsübereinkommen des Europarats zur Biomedizin enthält eine Bestimmung, die speziell den In-vitro-Embryo als Forschungsobjekt zum Gegenstand hat (Art. 18) und deshalb später behandelt werden soll.

### 2. Schutz im Zeitraum zwischen Befruchtung und Nidation sowie im Frühstadium der Schwangerschaft

Die Praxis der Reproduktionsmedizin ist gekennzeichnet durch die extrakorporale Verfügbarkeit der befruchteten Eizelle während und unmittelbar nach dem Befruchtungsvorgang. Es erscheint daher von Interesse, wie es um den Schutz dieser Entitäten (ich vermeide es an dieser Stelle aus naheliegenden Gründen, den Terminus „Embryo“ zu gebrauchen) in der natürlichen Parallelsituation bestellt ist. Im deutschen Strafrecht gibt es schon seit 1976 eine Bestimmung, die sich explizit hierauf bezieht: „Handlungen, deren Wirkung vor Einnistung des befruchteten Eies (also eines Embryos?) in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes“ (§ 218 Abs. 1 S. 2 StGB, früher § 219 d StGB). Die rechtsverglei-

chende Betrachtung zeigt, dass der Phase zwischen Befruchtung und Nidation im Rahmen der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs kaum Beachtung geschenkt wird.<sup>6</sup> In der Praxis hat sich die Anwendung von Mitteln zur „postkoitalen Kontrazeption“ weithin etabliert; jedenfalls werden die Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch nicht als Hindernis verstanden<sup>7</sup> (Ausnahme natürlich Polen, s. o.).

Namentlich gegenüber Positionen, die den Zeugungsakt als maßgeblich für den Beginn des Lebensschutzes ansehen, muss daher aus rechtsvergleichender Perspektive festgehalten werden: Jedenfalls faktisch setzt der strafrechtliche Schutz des ungeborenen Lebens in den meisten europäischen Ländern nicht schon mit der auf natürlichem Wege erfolgten Befruchtung ein, sondern erst mit der Einnistung der befruchteten Eizelle in den Uterus.<sup>8</sup> Inwieweit kann dies als Argument dafür herhalten, auch mit Embryonen in vitro solle nach Belieben umgegangen werden dürfen?

Bevor ich hierauf eingehe, noch eine kurze rechtsvergleichende Bemerkung zum praktisch bedeutsamen „frühen“ Schwangerschaftsabbruch: Für die Phase des ersten Schwangerschaftsdrittels (grob gesagt, hier differieren die Grenz-

<sup>6</sup> Vgl. Eser/Koch, Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich, Band 3, 1999, S. 190f.: Ausdrückliche gesetzliche Regelung im Sinne des Abhebens auf die Nidation nur in den Gesetzen von Deutschland, Luxemburg und den Niederlanden; im Sinne der Befruchtung als „Startpunkt“ der Normen über den Schwangerschaftsabbruch in Polen.

<sup>7</sup> Näher dazu Eser/Koch (Fn. 6), S. 191 f.

<sup>8</sup> Zur im reproduktionsmedizinischen Kontext weniger bedeutsamen Abgrenzung des Anwendungsbereichs der Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch gegenüber den Tötungsdelikten siehe rechtsvergleichend Eser/Koch 1999 (Fn. 4), S. 193f. Bekanntlich ist nach herrschender Meinung und Rechtsprechung zum deutschen Strafrecht der Beginn der Eröffnungswehen maßgebend, vgl. nur BGHSt 31, 348; Ingelfinger, Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots, 2004, S. 103ff.; sowie (kritisch) Herzberg R, Herzberg A, JZ 2001, 1106. Zunehmend wird aber dem Schutz extraterin lebensfähiger Ungeborener Aufmerksamkeit geschenkt; zur Diskussion darüber in Deutschland vgl. z. B. Gropp, GA 2000, 1 (12ff.) mit Kritik von Küper, GA 2001, 515 (523f.); Eser/Koch 1999 (Fn. 6), S. 579f.; sowie die aktuelle politische Diskussion zu „Spät-Abtreibungen“ mit sechs in den Bundestag eingebrachten Vorschlägen (Bundestags-Drs. 16/11106, 16/11330, 16/11342, 16/11347, 16/11377 und 16/12970 sowie dem inzwischen erfolgten Gesetzesbeschluss Bundestags-Plenarprotokoll 16/221 vom 13.5.2009.

<sup>3</sup> So die Regelung der DDR von 1972.

<sup>4</sup> Vgl. Frowein/Peukert, Europäische Menschenrechtskonvention, EMRK-Kommentar, 2. Aufl. 1996, Art. 2 Rn. 3; Grabenwarter, Europäische Menschenrechtskonvention, 3. Aufl. 2008, Rogge, EuGRZ 1978, 186 (188). Explizit verneinend unter Hinweis auf die Ausnahmebestimmungen des Art. 2 EMRK der österreichische Verfassungsgerichtshof, EuGRZ 1975, 74 (78); näher dazu Kopetzki, in: Kopetzki/Mayer (Hrsg.), Biotechnologie und Recht, 2002, S. 15 (21 ff.).

<sup>5</sup> Vgl. EKMR, EuGRZ 1978, 199 (Brüggemann und Scheuten gegen Bundesrepublik Deutschland); EuGRZ 1981, 20 (Paton gegen UK); EGMR, Urteil v. 8.7.2004, EuGRZ 2005, 568 = NJW 2005, 727 mit Übersicht über frühere Entscheidungen.

ziehungen etwas) hat sich in Europa immer mehr (zuletzt in Portugal) die Auffassung durchgesetzt, die Entscheidung über Fortsetzung oder vorzeitige künstliche Beendigung einer Schwangerschaft müsse letztlich der betroffenen Frau überlassen bleiben, diese solle aber in die Pflicht genommen werden, ihre Entscheidung bis zum Ende dieses Zeitraums zu treffen und umzusetzen. Dass unterschiedliche Verfahrensregeln sowie die faktischen Verhältnisse vor Ort es betroffenen Frauen leichter oder schwerer machen können, ihren Entschluss in die Tat umzusetzen, ist nicht zu leugnen, spielt aber unter dem hier angelegten Blickwinkel keine entscheidende Rolle. Im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft ist deren Abbruch generell an strengere Voraussetzungen geknüpft. Man kann sagen: Je größer der Teil der gegenüber dem Embryo oder Fetus bereits erbrachten Leistung Schwangerschaft ist, desto berechtigter wird damit auch im Rahmen eines offensichtlich gradualistisch angelegten Schutzkonzepts dessen Erwartung auf ein postnatales Leben.

Aus reproduktionsmedizinischer Sicht liegt es nahe, es als inkonsequent zu bezeichnen, wenn die jeweilige nationale Gesetzgebung im Hinblick auf den Schutz in vitro erzeugter Embryonen gleichen oder geringeren Entwicklungsstadiums strenger verfährt als bei Eingriffen in den natürlichen Gang der Entwicklung. Denn der In-vitro-Embryo hat ja das erhebliche Hindernis der Nidation auch noch vor sich; die Chancen dafür sind nach In-vitro-Befruchtung jedenfalls nicht höher als nach natürlicher Zeugung. Und wenn sogar der Embryo post nidationem zur Disposition steht, was kann dann noch Verbote wie etwa das der fortpflanzungsmedizinisch motivierten Überproduktion von In-vitro-Embryonen rechtfertigen?

Derartige Klage ist – mit unterschiedlichen Hintergedanken – auch immer wieder erhoben worden,<sup>9</sup> sie ist aber unbegründet, denn:

<sup>9</sup> Vgl. z. B. Hepp/Diedrich, Die Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer 1983–2006, in: Diedrich/Hepp/Otte (Hrsg), Reproduktionsmedizin in Klinik und Forschung: Der Status des Embryos, 2007, S. 159 (165); Geilen ZStW 103 (1991), 829 (840 f.); Ipsen, NJW 2004, 268 (268); Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz, 2005, S. 71.

- Die Regeln über den erlaubten Schwangerschaftsabbruch sind als Sonderrecht der Schwangeren konzipiert. Nur ihr – nicht Dritten – sind die entsprechenden Entscheidungs- und Handlungsbefugnisse eingeräumt, mag sie auch zur Umsetzung auf die fachlich qualifizierte Tätigkeit eines Arztes angewiesen sein. Das Recht, über Fortsetzung oder Abbruch einer Schwangerschaft entscheiden zu dürfen, ist der Frau gleichsam als Gegenleistung dafür gewährt, dass gerade ihr die Natur die Rolle des Austragens zugewiesen hat.<sup>10</sup> In keinem europäischen Land hat, soweit ersichtlich, der männliche Erzeuger des Kindes ein Vetorecht gegen einen beabsichtigten Schwangerschaftsabbruch<sup>11</sup> oder umgekehrt das Recht, einen solchen zu verlangen (z. B. weil er von der Partnerin über das Risiko des Eintritts einer Schwangerschaft getäuscht worden sei). Er ist der Entscheidung der Schwangeren ausgeliefert, mit allen und alles andere als unerheblichen Konsequenzen im Hinblick auf die Verpflichtung zu Unterhaltsleistungen.
- Zuzugeben ist allerdings, dass die Zulässigkeit nidationsverhindernder Maßnahmen rechtstechnisch besser gelöst werden könnte als dies etwa nach derzeitigem deutschem Recht der Fall ist. Denn selbst wenn sicher ist, dass eine Befruchtung stattgefunden hat, kann die ohne Wissen der Frau oder gar gegen deren Willen vorgenommene Anwendung nidationsverhindernder Mittel nur als Straftat (Körperverletzung) ihr gegenüber (und nicht auch als eine solche gegenüber dem Embryo) verfolgt werden. Man denke etwa an den Fall, dass eine Frau gegen den Willen ihres Partners eine (heterologe) In-vitro-Fertilisation vornehmen lässt, deren Partner vom Embryotransfer Kenntnis erhält und unmittelbar danach die Frau dazu zwingt, eine „Pille danach“ einzunehmen. Dieses Beispiel macht allerdings auch deutlich, dass derart ungewöhnliche Fallkonstellationen nicht gerade ganz oben auf der Agenda des Gesetzgebers zu stehen brauchen.

<sup>10</sup> Vgl. dazu Geilen, (Fn. 9), 837; Renzikowski, NJW 2001, 2757; Merkel, Forschungsobjekt Embryo, 2002, S. 71 u. 99.

<sup>11</sup> Vgl. dazu auch Europäische Kommission für Menschenrechte, Entscheidung vom 13. 5. 1980 (Paton gg. UK), EuGRZ 1981, 20 m. Anm. Rogge.

- Gerade – und das ist das wohl entscheidende Argument – die extrakorporale Verfügbarkeit des Embryos streitet für seine gesteigerte Schutzwürdigkeit. Denn im Gegensatz zur natürlichen Situation steht der künstlich in vitro erzeugte Embryo zu jedermanns Disposition. Der für die Regeln über den Schwangerschaftsabbruch kennzeichnenden Idee, der Schwangeren besondere Rechte im Hinblick auf ihre von der Natur vorgesehene biologische Rolle einzuräumen, wird dadurch ihre Grundlage entzogen. Der natürlich vorgesehene Verbindung zur werdenden Mutter entzogen, ist der Embryo In-vitro-Angriffen nicht nur (und praktisch am wenigsten) durch sie, sondern durch beliebige Dritte ausgeliefert. Deshalb macht es durchaus Sinn, den In-vitro-Embryo strafrechtlich gegen Angriffe durch Dritte zu schützen, selbst wenn eine Rechtsordnung für den Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung permissivere Regelungen vorsieht.

Andererseits – und auch dies gilt es zu berücksichtigen – gerät der von seiner biologischen Mutter zurückgewiesene In-vitro-Embryo in eine für ihn fatale Situation. Soll deshalb der Frau, die den genetischen Beitrag zu seiner Entstehung beigesteuert hat, die rechtliche Pflicht auferlegt werden, einem Transfer zuzustimmen, nach dem Motto, „Wer A sagt, muss auch B sagen“?<sup>12</sup> Bemerkenswerterweise findet man eine solche Regel kaum. Einzig das italienische Recht kann hierfür vom Gesetzeswortlaut her als Beispiel herhalten und auch hierfür wird bezweifelt, dass in der Praxis auf transferunwillig gewordene Frauen Druck ausgeübt würde.<sup>13</sup> Auch hier gilt freilich: Solche Konstellationen bereichern eher juristische Fallsammlungen als die Realität des fortpflanzungsmedizinischen Alltags.

#### IV. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung

Im rechtlichen Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung begegnet

<sup>12</sup> Gegen eine solche Garantenpflicht der Mutter, die letztlich erzwungene Schwangerschaften zur Folge hätte: Geilen (Fn. 9), 849; Hörnle, GA 2002, 659 (662ff.)

<sup>13</sup> Seith, in: Maio (Hrsg), Der Status des extrakorporalen Embryos, 2007, S. 463 ff.

man schon häufiger einer Legaldefinition des „Embryos“. Aber es springt ins Auge, dass dieser Begriff mancherorts auch in diesem Zusammenhang bewusst gemieden wird, etwa wenn im österreichischen Recht von der „befruchteten Eizelle“ die Rede ist.<sup>14</sup> Bekannt ist auch die Redeweise vom „Präembryo“, für die Spanien und England als Beispiele angeführt werden. Allerdings muss dieser Sprachgebrauch nicht in dem Sinne verstanden werden, dass der Embryo kurz nach der Befruchtung noch kein vollwertiger Embryo sei. Vielmehr kann diese Wortwahl auch schlicht deskriptiv gemeint sein: Ein Prä-Embryo ist dann nicht die Vorstufe eines Embryos, sondern es handelt sich um eine pragmatisch-abkürzende Bezeichnung für den „pre-implantation-embryo“.<sup>15</sup> Auch hier besagt eine Definition selbst nicht unmittelbar etwas über Art und Maß rechtlich vorgesehenen Schutzes. Aber man erkennt oft schon am Regelungskontext und muss gar nicht ins Detail gehen, ob, wie in Deutschland, die Definition mit dem Ziel der Beschreibung eines Schutzobjekts geschaffen wurde, oder, wie im englischen „Human Embryology Act“, eher dazu dient, den Aufgabenbereich einer Regulierungsbehörde festzulegen.

Wie dem auch sei: Man kann durchaus den Eindruck gewinnen, in den meisten Rechtsordnungen sei auch bei Anwendung von In-vitro-Befruchtungstechniken erst mit erfolgter Nidation der Status wahrer Schutzwürdigkeit erreicht. Was vorher stattfindet, sind sozusagen bloße Vorbereitungshandlungen. Vor dem Hintergrund einer solchen Auffassung erscheint es nur als konsequent, wenn eine Rechtsordnung Maßnahmen akzeptiert, die auf das Erreichen dieses Endziels ausgerichtet sind, mögen sie auch mit einer gewissen Auswahl nach erfolgter Befruchtung in vitro verbunden sein. Diese Auswahl kann aus zweierlei Gründen erfolgen:

- Unter den vorhandenen Embryonen (befruchteten Eizellen) sollen diejenigen oder soll derjenige ausgewählt werden, der/die die mutmaßlich besten Voraussetzungen für ein Gelingen des Transfers aufweist/en.
- Durch frühzeitige genetische „Inspektion“ (Präimplantationsdiagnostik)

<sup>14</sup> § 1 Abs. 3 Fortpflanzungsmedizinengesetz-Österreich.

<sup>15</sup> Ipsen, (Fn. 9), 269.

sollen Entitäten aus dem weiteren Fortpflanzungsprozess ausgeschieden werden, die eine bestimmte, nicht gewünschte Eigenschaft (konkret: eine zu vermutende erbliche Erkrankung) aufweisen,<sup>16</sup> oder noch extremer: die eine erhoffte Eigenschaft nicht aufweisen. Dieser Aspekt kann hier nicht näher erörtert werden.

Solche Selektionsverfahren zuzulassen liegt solchen Rechtsordnungen näher, die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung eher ergebnisorientiert (sei es im Sinne der Herbeiführung einer möglichst wenig komplikationsgeneigten Schwangerschaft, sei es im Sinne des Ausschließens oder Bewirkens bestimmter embryonaler Eigenschaften)<sup>17</sup> verstehen, bzw. umgekehrt solchen ferner, die schon im In-vitro-Embryo einen schützenswerten Eigenwert erblicken. Im letztgenannten Fall kann sich die dem einzelnen Embryo zuerkannte Schutzwürdigkeit geradezu gegen den fortpflanzungsmedizinischen Erfolg kehren, etwa wenn die Zahl der pro Zyklus erzeugten Embryonen limitiert wird oder wenn aus Sorge vor Missbrauch von Embryonen zu fortpflanzungsfremden Zwecken bzw. aus Ratlosigkeit bezüglich des Umgangs mit überzähligen Embryonen deren Kryokonservierung verboten ist. Selbst kulturell miteinander nahe verwandte Rechtsordnungen können insoweit ganz unterschiedlich verfahren: Während man in Deutschland mit Bedacht die Kryokonservierung von In-vitro-Embryonen

<sup>16</sup> Ein Vorteil der Präimplantationsdiagnostik ist zudem, dass sie eine Alternative zum späteren Schwangerschaftsabbruch bietet, vgl. Renzikowski (Fn. 10), 2754 ff.; Ipsen (Fn. 9), 270). Gegen ein Verbot der PID de lege ferenda z. B. Hörnle (Fn. 12), 659 ff; vgl. auch Nationaler Ethikrat, Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft, 2003, S. 75 ff.; Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin, Schlussbericht, Bundestags-Drs. 14/9020, S. 27 ff.

<sup>17</sup> Für besonderes Aufsehen sorgen dabei (zumindest schon in Großbritannien, Schweden und den USA praktizierte) Fälle, in denen ein „Designerbaby“ mit dem Ziel gezeugt und mittels Präimplantationsdiagnostik entsprechend ausgewählt wird, einem bereits geborenen Geschwisterkind als (hoffentlich) lebensrettender Stammzellspender zu dienen, vgl. Die Zeit, 21.9.2000, S. 41f. („Wunderbare Kräfte“); Der Tagesspiegel, 11.5.2006, S. 32 („Zeigt her eure Gene“), Badische Zeitung, 31.5.2007 („Doppelt Leben schenken“). Ein ausdrückliches Verbot besteht insoweit z. B. in der Schweiz (Art. 119 Abs. 2 c der Bundesverfassung). Vgl. dazu auch Seith, Status und Schutz des extrakorporalen Embryos, 2007, S. 250ff.).

wie von imprägnierten Eizellen vor Abschluss der Kernverschmelzung zugelassen (aber nicht näher geregelt) hat, ist erstere in der Schweiz verboten<sup>18</sup> und letztere nur übergangsweise gestattet;<sup>19</sup> in Österreich ist man hinsichtlich der Zahl der Befruchtungsvorgänge großzügiger, hatte aber bis vor nicht allzu langer Zeit ein enges zeitliches Limit für die Kryokonservierung von befruchteten Eizellen (1 Jahr)<sup>20</sup> – man wollte damit offenbar deren ausschließliche Verwendung zu Fortpflanzungszwecken absichern und ist nach dem Motto verfahren, es sei das kleinere Übel, überzählige Entitäten zu verwerfen als sie für die Forschung zu verwenden.

In Deutschland ist vor allem die Regelung umstritten, der zufolge es verboten ist, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG). Sie steht im Gegensatz zu inzwischen international gebräuchlichen und in vielen Rechtsordnungen akzeptierten Verfahren, alle nach hormoneller Stimulation gewonnenen Eizellen zu befruchten und danach den/die nach morphologischen Kriterien am besten geeigneten Embryo(nen) für den Transfer auszuwählen,<sup>21</sup> wobei im Regelfall sich

<sup>18</sup> Art. 17 Abs. 3 Fortpflanzungsmedizinengesetz-Schweiz. – Ausnahmen sollen aber in Notsituationen möglich sein, vgl. Zwicky-Aeberhard/Kayser/Graf, Schweizerische Ärztezeitung 2004, 2446 (2447). Mit Inkrafttreten des Verbots der Kryokonservierung am 1.1.2000 stellte sich in der Schweiz das Problem der „Altlasten“ in Gestalt bereits vorhandener kryokonservierter Embryonen. Art. 42 Fortpflanzungsmedizinengesetz-Schweiz verbietet eine Aufbewahrung zu reproduktiven Zwecken über den 31.12.2005 hinaus, gestattet jedoch die Aufbewahrung zu Forschungszwecken (mit schriftlicher Einwilligung des betroffenen Paares) bis Ende 2008. Erst das am 1.3.2005 in Kraft getretene Stammzellforschungsgesetz hat dann die (begrenzte) Möglichkeit der Verwendung zu Forschungszwecken geschaffen, vgl. näher Schweizer, in Körtner/Kopetzki (Hrsg.), Stammzellforschung, 2008, S. 297ff.

<sup>19</sup> Art. 16 Abs. 3 Fortpflanzungsmedizinengesetz-Schweiz.

<sup>20</sup> Die Höchstdauer der Kryokonservierung von „entwicklungsfähigen Zellen“ ist durch Gesetz vom 30. 12. 2004 auf 10 Jahre heraufgesetzt worden (§ 17 Abs. 1 S. 2 Fortpflanzungsmedizinengesetz-Österreich).

<sup>21</sup> In einer vom Europarat vorgelegten Studie zu 39 Staaten wird für kein einziges dieser Länder (auch nicht für Deutschland!) eine maximale Anzahl von Eizellen angegeben, die „einzeitig“ befruchtet werden dürfen, vgl. „Medically Assisted Procreation and the Protection of the Human Embryo“, 1997, S. 86. Eine solche Beschränkung (auf Erzeugung von maximal 3 Embryonen) besteht jedenfalls in der Schweiz und in Italien, vgl. Seith (Fn. 17), S. 243.

zwecks Vermeidung von Mehrlingschwangerschaften der Transfer lediglich eines Embryos empfiehlt. Neuerdings wurde von namhaften Juristen<sup>22</sup> der Vorstand der Bundesärztekammer als Buhmann ausgemacht. Dessen Richtlinien von 2006 übertragen die Dreierregel des § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG (die Übertragung betreffend) auf die Nr. 5 (die Erzeugung betreffend). Das ist zugegebenermaßen eine sehr vorsichtige, ja übervorsichtige Rechtsauslegung. Aber es ist nachgerade populistisch, wenn aus diesem Befund der Schluss abgeleitet wird, letztlich zwingt nicht das ESchG, „sondern erst die Bundesärztekammer mit ihrer fragwürdigen Auslegung die deutsche Reproduktionsmedizin dazu, aus vermeintlichen Rechtsgründen ihre Patientinnen schlechter zu behandeln, als es die Regeln der ärztlichen Heilkunst zulassen.“<sup>23</sup> Denn unabhängig von der Auslegung des ESchG durch die BÄK-Richtlinien ist klar und wird auch im Kommentar von Günther/Taupitz/Kaiser so gesehen: Der „Königsweg“ des „elective Single Embryo Transfer“ ist in Deutschland nicht ohne Änderung des Embryonenschutzgesetzes legaler praktikierbar.<sup>24</sup> Mit der pointierten Verlagerung des Problems auf die berufsrechtliche Ebene wird allerdings gegenüber Fortpflanzungsmedizinern der Eindruck erweckt, dem internationalen Standard stehe nur die Bundesärztekammer entgegen und nicht auch (und vor allem) die staatliche Rechtslage. Dieser Eindruck sollte Sie daher nicht zu der möglicherweise folgenschweren Fehleinschätzung verleiten, mit der Handhabung des SET etwa nach dem Vorbild belgischer Kollegen<sup>25</sup> käme der deutsche Fortpflanzungsmediziner allenfalls<sup>26</sup> mit dem ärztlichen Standesrecht in Konflikt.

<sup>22</sup> Günther/Taupitz/Kaiser, Embryonenschutzgesetz, 2008, § 1 Abs. 1 Nr. 5 Rn. 11.

<sup>23</sup> Wie Fn. 22.

<sup>24</sup> Vgl. Günther/Taupitz/Kaiser, Embryonenschutzgesetz, § 1 Abs. 1 Nr. 5, Rn. 12. Ebenso schon Koch, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2004, 24 (27).

<sup>25</sup> Vgl. Hansen/Nys, Landesbericht Belgien, in: Eser/Koch/Seith (Hrsg.), Internationale Perspektiven zu Status und Schutz des extrakorporalen Embryos, 2007, S. 32 (Befruchtung von 10 Eizellen, Transfer von einem oder zwei Embryonen).

<sup>26</sup> „allenfalls“, weil das ärztliche Berufsrecht nicht im Widerspruch zum allgemeinen Recht stehen darf.

## V. In-vitro-Embryonen als Forschungsobjekt?

Damit ist ein weiterer Prüfstein für den Lebensschutz am Lebensbeginn angesprochen: die Verwendung oder gar Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken. Auch insofern bestehen international erhebliche Unterschiede. Bekanntlich hat man sich im Rahmen des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin nur auf einen wenig aussagekräftigen Formelkompromiss verständigen können und nur die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ausgeschlossen (Art. 18). Und selbst dieser Formelkompromiss – der offenbar Länder wie Belgien und Großbritannien davon abgehalten hat, dem Abkommen beizutreten – wird durch das Fehlen einer Definition des Embryos entwertet, so dass selbst ein Beitrittsstaat wie Griechenland auf dem Standpunkt stehen kann, ein Embryo sei erst erzeugt, wenn er das Entwicklungsstadium erreicht hat, das bei natürlichem Verlauf der Dinge dem zum Nidationszeitpunkt entspricht.<sup>27</sup> Mir ist nicht bekannt, inwieweit das diesbezügliche Regelungsgelände zu Niveauunterschieden in der Forschung geführt hat, offensichtlich wird insoweit weit weniger Klage geführt als über die für die „therapeutische“ Fortpflanzungsmedizin relevanten Regellunterschiede.

Im internationalen Vergleich finden wir, grob gesagt, drei Regelungstypen, nämlich zwei Extrempositionen und eine Reihe von Mittelwegen:

- das absolute Verbot der Forschung mit In-vitro-Embryonen nach deutschem Muster (Österreich, Italien, Polen)
- umgekehrt die Zulässigkeit selbst der Erzeugung von In-vitro-Embryonen zu Forschungszwecken (Belgien, UK) sowie dazwischen
- die Zulässigkeit von Forschung mit ursprünglich zu Fortpflanzungszwecken erzeugten, dazu aber nicht mehr benötigten „überzähligen“ Embryonen unter bestimmten substanziellen (z. B.: Verbesserung der Reproduktionstechniken, Bekämpfung gravierender Krankheiten, Grundlagenforschung, Stammzellgewinnung) und formellen (wie behördliche Genehmigungen, positive Bewertung durch eine Ethik-Kommission) Voraussetzungen (z. B. Dänemark, Frankreich, Griechenland, Schweiz, Spanien).

<sup>27</sup> Kiriakaki, Der Schutz des Menschen und des Embryos in vitro in der medizinischen Forschung, 2007, S. 528 mit näherer Erläuterung in Fn. 371.

Die Reichweite bestehender Forschungsverbote wird dabei nicht unerheblich davon mitbestimmt, ob entwicklungs-fähige Entitäten, die auf andere Weise (und deren Verwendung zu Fortpflanzungszwecken in aller Regel untersagt ist), als „Embryonen“ angesehen werden. Auf die damit verbundene komplexe Problematik kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.<sup>28</sup>

## VI. Ausblick

### 1. Möglichkeit internationaler Rechtsangleichung?

Mag auch auf lange Sicht gesehen einiges dafür sprechen, dass sich tendenziell eher permissivere Rechtspositionen zur Fortpflanzungsmedizin international durchsetzen werden (auf das Beispiel Schwangerschaftsabbruch kann verwiesen werden), einen Automatismus in diese Richtung darf man nicht erwarten. Indes: EG-rechtliche Vorgaben „aus Brüssel“, die zur Harmonisierung drängen könnten, gibt es nicht und wird es auf absehbare Zeit kaum geben. Und das Menschenrechtsübereinkommen des Europarats zur Biomedizin ist in Bezug auf die Fortpflanzungsmedizin und den Status von Embryonen fragmentarisch, schafft lediglich Minimalstandards und gibt damit Beitrittsstaaten große Gestaltungsfreiheit für die nationale Gesetzgebung zusätzlich zu der Möglichkeit, zum Beitrittszeitpunkt bestehendes abweichendes Recht fortgelten zu lassen. Deutschland ist dem Abkommen noch immer nicht beigetreten.

Immerhin lässt sich ein kleiner, aber doch nicht unwesentlicher Kern von weitestgehender (wenn auch nicht einstimmiger) Einmütigkeit ausmachen:

- Keine Befruchtung zu fortpflanzungsfremden Zwecken,
- kein reproduktives Klonen. Und – das Folgende wird Sie vielleicht überraschen:
- keine besondere Strafbarkeit von Auslandsstaten, jedenfalls nicht außerhalb dieses Konsensbereichs.

<sup>28</sup> Zusammenfassend dazu Seith (Fn. 17), S. 277 f. mit weiteren Nachweisen.

Letzteres mag auch der „ethischen Entlastung“ von Staat und Gesellschaft dienen: Lässt man etwa den eigenen Forschern bei strenger nationaler Rechtslage wenigstens den Weg internationaler Kooperation auf fremdem Boden, braucht man ein nicht ganz so schlechtes Gewissen zu haben, wenn es darum geht, die Ergebnisse von (Embryonen-)Forschung zu nutzen, die im eigenen Land aus rechtlichen Gründen nicht möglich war.<sup>29</sup> Im Hinblick auf die fortpflanzungsmedizinische Nutzung weitergehender Möglichkeiten im permissiveren Ausland durch Paare oder Personen mit Kinderwunsch mag man von einem „Reichenprivileg“ oder von „Zweiklassen-Medizin“ sprechen.<sup>30</sup> Soweit man die größere Permissivität anderer Länder für begründet hält, wäre es freilich rechtspolitisch widersinnig zu fordern, den Weg in diese Länder zu versperren. Stattdessen geht die Aufgabe dahin, auf eine Modernisierung der inländischen Rechtslage hinzuwirken. Soweit hingegen Fortpflanzungsmedizinismus aus „reichen“ Ländern Ressourcen ärmerer Länder auszubeuten droht – und zwar insbesondere personelle Ressourcen im Kontext von Leihmutterchaften –, wäre es Sache dieser Länder, durch Residenzpflichten oder dergleichen protektiv-protektionistisch vorzugehen.<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Auf verbleibende Strafbarkeitsrisiken mit Blick auf § 13 StZG i.V.m. § 9 II StGB insbesondere unter dem Aspekt der Mittäterschaft und mittelbaren Täterschaft hinweisend Taupitz, JZ 2007, 113 (119). Ebenso Hilgendorf, ZRP 2006, 22 (23 f.).

<sup>30</sup> Vgl. Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (Fn. 9), S. 64.

<sup>31</sup> Beispiele hierfür gibt es bereits, vgl. etwa Kiriakaki, Medizinrecht 2005, 143 (149) zu Residenzpflichten bei Ersatz-Tragemutterchaften nach griechischem Recht. Derartige Regelungen dürften ihre Vorbilder in Bestimmungen haben, mit denen verschiedene Länder der Besorgnis entgegenge wirkt haben, zu einem Zielland für abtreibungswillige Frauen zu werden, vgl. etwa zum früheren französischen Recht (Art. L 162-11 Code de la santé publique) Wüst-Reichenbach, in Eser/Koch (Hrsg.), Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich, Teil 1: Europa, 1988, S. 475 (518) sowie zu Schweden (Art. 5 Abs. 1 Schwangerschaftsabbruch-Gesetz) Cornils/Wiskemann, ebenda, S. 1383 (1420).

## 2. Einübung in den Umgang mit (aktuell) unvermeidlichem Dissens

Gerade in Fragen, die für die Praxis der medizinisch unterstützten Fortpflanzung von großer praktischer Bedeutung sind, wird man also auf absehbare Zeit mit der Tatsache leben müssen, dass gewisse Verfahren von Land zu Land unterschiedlich beurteilt werden und damit ÄrztInnen wie KlientInnen unterschiedliche Möglichkeiten offen stehen. Das führt zu der abschließenden Frage, wie mit diesen internationalen Regelungsunterschieden, aber auch und insbesondere mit scheinbar unauflösllichem Dissens der Diskussionsteilnehmer auf nationaler Ebene über das angemessene Normprogramm rechtspolitisch umgegangen werden könnte.

Möglicherweise würde zu viel erwartet, würde man davon ausgehen, die Gesetzeslage lasse sich in bislang als essenziell – man denke an den häufigen Gebrauch der „Menschenwürde“ in diese Kontext – verstandenen Fragen „umpolen“. Es macht eben einen Unterschied, ob man zu einem bestimmten Komplex (wie dem der Fortpflanzungsmedizin) ein Regelwerk neu konzipiert (wie bei Schaffung des Embryonenschutzgesetzes von 1991) oder ob man ein dazu schon lange Jahre existentes Regelwerk in Frage stellt. Angesichts der bestehenden legislativen Ausgangslage ginge demnach die rechtspolitische Gestaltungsaufgabe dahin, eine reformierte Rechtslage so zu konzipieren, dass beide in der Sache vertretenen Positionen Akzeptanz erfahren, ohne die eine als „richtig“ und die andere als „falsch“ zu etikettieren. Damit sind noch keine Detailergebnisse gewonnen, aber es ist

<sup>32</sup> Vgl. nur Koch, Das deutsche Embryonenschutzgesetz im Rechtsvergleich, in: Diedrich/Hepp/von Otte (Fn. 9), S. 229 (235); Neidert, Medizinrecht 1998, 347 ff.

<sup>33</sup> Vorbereitende Aktivitäten wie das vom Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut Berlin veranstaltete Berliner Symposium vom Mai 2000 (dokumentiert durch Arndt/Obe (Red.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, 2001), sind offenbar im Sande verlaufen.

eine Richtung angezeigt: Betonung der verantwortungsbewussten Entscheidung der konkret Betroffenen. Die Rechtsordnung würde sich also einer eigenen Bewertung als zulässig/unzulässig oder richtig/falsch bis zu einem gewissen Grad enthalten; diese Zurückhaltung würde aber gleichsam aus einer Perspektive höherer Weisheit erfolgen. Rechtliche Vorgaben würden sich dann ganz wesentlich verstehen als Garant eines optimierten Entscheidungsprozesses. Verbunden werden könnte dies mit Absicherungen, um ein möglichst alle Aspekte berücksichtigendes Entscheidungsverfahren zu gewährleisten (z. B. durch Kommissionskontrolle). Dem Respekt vor dem Andersdenkenden trägt bereits das geltende Recht in Gestalt des in § 10 ESchG verankerten Mitwirkungs-Weigerungsrechts Rechnung.

Der deutsche Gesetzgeber ist seit Langem zur Schaffung eines umfassenden Fortpflanzungsmedizingesetzes und damit zu einer Abkehr von seiner bisherigen strafrechtszentrierten Sichtweise oder zumindest zu deren Relativierung aufgerufen.<sup>32</sup> Er zeigt sich offensichtlich bislang nicht begeistert von dieser Aufgabe.<sup>33</sup> Vielleicht spekuliert er sogar damit, die Fortpflanzungsmedizin könne die durch sie geschaffenen normativen Probleme durch medizinischen Fortschritt zu einem nicht unerheblichen Teil selbst lösen. Indes wird zumeist per Saldo durch (medizinisch-) technischen Fortschritt die normative Komplexität eher gesteigert als reduziert. Wille und Fähigkeit, darauf durch Gesetzgebung zu reagieren, sind offenbar international unterschiedlich ausgeprägt. Die Beobachtung der einschlägigen Rechtsentwicklung in anderen Ländern wird deshalb auch künftig ihren Anteil an der nationalen rechtspolitischen Arbeit zu Fragen der Reproduktionsmedizin haben.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. Hans-Georg Koch  
MPI für ausländisches und internationales Strafrecht  
D-79100 Freiburg i. Br., Günterstalstr. 73





## DGA-Mitteilungen

### Forschungsstipendium der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA)



Die Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA) schreibt ein von der Fa. Bayer Vital GmbH gestiftetes Forschungsstipendium über € 10.000,- für das Jahr 2009 aus.

Bewerber können sich um dieses Stipendium engagierte jüngere Wissenschaftler/innen bis zu einem Alter von 35 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Themenbereiche:

#### Prävention in der Andrologie – Endokrinologie – Lebensstil – Erektile Dysfunktion

Der Antrag sollte in folgende Abschnitte gegliedert sein:

1. Stand der Forschung
2. Eigene Vorarbeiten
3. Ziele, Hypothesen, Arbeitsprogramm

max. 3 DIN A4-Seiten, zuzüglich Lebenslauf und eigene Publikationsliste.

Der Preis wird auf der 21. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie gemeinsam mit dem 3. Kongress des Dachverbandes Reproduktionsbiologie und -medizin in Freiburg vom 11.–14. November 2009 durch einen Vertreter der DGA und der Fa. Bayer Vital GmbH vergeben.

Es besteht Berichtspflicht 18 Monate nach Erhalt des Forschungsstipendiums an den Forschungsbeauftragten der DGA und die Fa. Bayer Vital GmbH. Um die Nachwuchsarbeit nachhaltig zu fördern, wird dem/der Gewinner/in des Forschungsstipendiums die Aufgabe übertragen, bei der folgenden Tagung der DGA in 2010 ein Forum „Junge Andrologie“ im Rahmen einer Sektions-sitzung in Abstimmung mit dem Tagungspräsidenten zu organisieren. Hier sollen durch den/die Stipendien-träger/in ausgewählte junge Nachwuchswissenschaftler (Doktoranden, Diplomanden, junge Post-Doktoranden) aus Deutschland oder dem europäischen Ausland ihre Arbeit vorstellen können.

Bewerber/innen werden gebeten, ihre Bewerbung bis zum **15. September 2009** in elektronischer und gedruckter Form an den Forschungsbeauftragten der DGA, Prof. Dr. Andreas Meinhardt, zu richten.

#### Kontakt:

**Prof. Dr. Andreas Meinhardt, Institut für Anatomie und Zellbiologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, D-35385 Gießen, Aulweg 123, E-Mail: andreas.meinhardt@anatomie.med.uni-giessen.de.**

## DGRM-Mitteilungen



### ■ Gründung der AG Universitäre Reproduktionsmedizinische Zentren

Anlässlich der 50-jährigen Jubiläumsveranstaltung der DGRM, gleichzeitig dem 22. Jahrestreffen der deutschen IVF-Zentren, wurde am 14.11.2008 die *Arbeitsgemeinschaft Universitäre Reproduktionsmedizinische Zentren (URZ)* in der DGRM gegründet. Ziel der 22 in der AG URZ zusammengefassten universitären Hormon- und Kinderwunschzentren ist die Intensivierung wissenschaftlicher Kooperationen, die Optimierung personeller und struktureller Rahmenbedingungen an deutschen Universitätsfrauenkliniken, sowie die Stärkung der Aus- und Weiterbildung in unserem Schwerpunkt.

Mit der Gründung der AG URZ übernimmt die DGRM ein Stück Verantwortung für die universitäre Reproduktionsmedizin Deutschlands, die in den vergangenen Jahren durch die Schließung von Zentren und einer zunehmenden Abwanderung akademisch renommierter Kollegen und Kolleginnen in private Praxen gekennzeichnet war. Da nahezu alle wissenschaftlichen Aktivitäten, die gesamte akademische Ausbildung sowie auch der überwiegende Anteil der ärztlichen Weiterbildung in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an den universitären Zentren stattfinden, hängt die Zukunft der deutschen Reproduktionsmedizin ganz wesentlich von den universitären Zentren ab.

Die AG URZ ruft interessierte Kolleginnen und Kollegen aller reproduktions-

medizinischer Disziplinen herzlich zur Mitwirkung und zur Mitgliedschaft auf. Wir freuen uns auch besonders über Mitglieder aus privaten Hormon- und Kinderwunschzentren, die an Kooperationen im wissenschaftlichen Bereich und an der gemeinsamen Ausrichtung von Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen interessiert sind!

#### **Kontakt:**

*Prof. Dr. med. C. J. Thaler, M.I.A.C.  
Vertreter der Gynäkologie im Vorstand der DGRM  
Leiter des Hormon- und Kinderwunschzentrums  
Ludwig-Maximilians-Universität  
München-Grosshadern  
D- 81377 München  
Marchioninistraße 15  
E-Mail: Thaler@med.lmu.de*

### ■ Offener Brief der AG Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (ÄRE) der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin an Familienministerin Ursula von der Leyen

02.04.2009

*Sehr geehrte Frau von der Leyen,*

wir behandeln seit vielen Jahren in deutschen Praxen und Kliniken kinderlose Paare.

Kinderwunschaare haben oft einen langen Leidensweg und stoßen fast überall auf fehlendes Verständnis.

Ungewollte Kinderlosigkeit ist nach wie vor ein Tabuthema und die wenigsten Betroffenen trauen sich, in der Öffentlichkeit über diese schwierige Lage zu sprechen.

In zahllosen Gesprächen mit den Patienten stellen wir immer wieder fest, dass die unzureichende finanzielle Unterstützung ein großes Problem darstellt. Trotz guter Erfolgsaussichten müssen dann die Paare eine Behandlung vorzeitig abbrechen oder ganz auf sie verzichten.

Diese sozial ungerechte Situation besteht seit dem Jahre 2004 durch die drastischen Kürzungen der Zuschüsse für reproduktionsmedizinische Leistungen.

Aus diesem Grund sehen wir uns verpflichtet, unsere Kinderwunschaare zu unterstützen und bekräftigen Ihre Vorschläge gegenüber REPORT MAINZ, wie die deutliche Reduzierung der Selbstbeteiligung sowie die Bezuschussung eines 4. Behandlungsversuches.

Das „Sächsische Modell“ muss bundesweit umgesetzt werden.

Wir bedanken uns im Namen unserer Patientinnen und Patienten, dass Sie sich als Familienministerin auch für ungewollt kinderlose Paare einsetzen.

*Vorstand der AG Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*

*Dr. Astrid Gabert, Leipzig*

*Dr. Grita Hasselbach, Bielefeld*

*Dr. Ingrid Nickel, Magdeburg*

*Dr. Christine Nöldechen, Berlin*

*Babette Remberg, Berlin*



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIVMEDIZIN E.V. (DGRM)

## Seminarreihe der Arbeitsgemeinschaft Traditionelle Chinesische Medizin

### Akupunktur und TCM bei unerfülltem Kinderwunsch



#### Experten-Module für Akupunkteure und TCM-Therapeuten

**Grundlagen** 17.–18. Oktober 2009

**Diagnostik** 21.–22. November 2009

**Therapie der Infertilität I** 6.–7. Februar 2010

**Therapie der Infertilität II** 1.–2. Mai 2010

Detaillierte Informationen zu den Kursinhalten erhalten Sie unter [www.repromedizin.de](http://www.repromedizin.de)

#### Kontakt und Information:

DGRM Geschäftsstelle  
Amsterdamer Weg 78, D-44269 Dortmund  
Tel.: +49 (0)231-909 80 23; Mobil: +49 (0)173-238 57 73  
Fax: +49 (0)231-906 24 51  
E-Mail: [geschaeftsstelle@repromedizin.de](mailto:geschaeftsstelle@repromedizin.de)  
[www.repromedizin.de](http://www.repromedizin.de)

#### Kursort:

UniKID Hörsaal, Frauenklinik, Gebäude 14.75  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

#### Seminargebühr:

€ 350,- je Einzelseminar; € 1400,- Gesamt  
(Frühbucherrabatt: € 1320,- bis Ende Juni 2009)

#### Zielgruppe:

Ärzte mit gutem Basiswissen in Akupunktur und TCM, die sich in der Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches qualifizieren möchten. Nach erfolgreicher Teilnahme erfolgt die Aufnahme in eine Liste der DGRM, die u. a. auf der DGRM-Homepage veröffentlicht wird.

#### Inhalt und Aufbau:

4 Wochenenden zu je 20 Unterrichtsstunden. Vorstellung von Besonderheiten der Diagnostik und Therapie im Bereich der TCM sowie der westlichen Reproduktionsmedizin; Seminare daher auch für Nicht-Repro-Mediziner geeignet.

#### Abschluss:

Abschlusstest-Zertifikat „Experte – TCM in der Repro-Medizin“

#### Voraussetzung:

Grundausbildung Akupunktur (200 UE) und Chinesische Arzneimitteltherapie Grundlagen (z. B. 120 UE) (Ausnahmen im Einzelfall möglich)

#### Referenten-Team:

*für TCM:*

Dr. F. Sulisty, Dr. A. Römer, Dr. K. Friol, Prof. Dr. St. Englert

*für westliche Medizin:*

Dr. T. Emde, Dr. K. Friol

# 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](#)