

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 (4), 170-182*

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

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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



ENDO FERTI FORUM

ENDOKRINOLOGIE & FERTILITÄT  
FÜR KLINIK & PRAXIS

20.-21. März 2026

Universitätsmedizin Mainz

## Einladung zu unserer wissenschaftlichen Veranstaltung Endo-Ferti-Forum

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

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



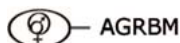
Freuen Sie sich auf spannende Vorträge und den lebendigen Austausch mit Kolleg:innen und Expert:innen aus Klinik und Praxis. Freitagabend laden wir Sie herzlich zu einem entspannten Empfang ein – eine perfekte Gelegenheit, Kontakte zu knüpfen und den Tag genussvoll ausklingen zu lassen.

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

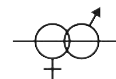
Schirmherrschaften: Prof. Nicole Sänger, Uniklinik Bonn, Prof. Jan-Steffen Krüssel, Uniklinik Düsseldorf, Dr. Annette Bachmann, Uniklinik Frankfurt am Main, Prof. Christine Skala, Uniklinik Köln

Weitere Informationen  
& Anmeldung unter





# AGRBM/DGRM-Mitteilungen



## ■ 1. Parlamentarischer Abend der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin e.V. (DGRM) und der Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen e.V. (AGRBM) – Berlin, 17. Juni 2009

*„Medizin trifft Politik: Kinderwunschbehandlung in Deutschland – eine „besondere“ Situation“*

Bereits Ende März 2009 fand in Düsseldorf eine School-Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) mit dem Thema „Kinderwunsch Ü 35 – das Ende der Party?“ statt. Der Bundestagsabgeordnete **Detlef Parr** (FDP) hielt dort einen Vortrag mit dem Titel: „Könnte es in absehbarer Zeit eine Legalisierung von Eizellspende und/oder PGD in Deutschland geben?“ In seiner Funktion als stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages wies er auf die Möglichkeit der Organisation eines parlamentarischen Abends in Berlin hin, um das Interesse seiner politischen Kolleginnen und Kollegen an der Diskussion um Eizellspende, Präimplantationsdiagnostik und ein potenzielles Fortpflanzungsmedizinengesetz zu wecken und um Vorbehalte gegenüber der Reproduktionsmedizin abzubauen.

Am 17. Juni wurde diese Idee dank der Zusammenarbeit von DGRM, AGRBM und Politik realisiert. Detlef Parr eröffnete den 1. Parlamentarischen Abend in Berlin, der den direkten Meinungsaustausch über die Situation der Reproduktionsmedizin in Deutschland fördern sollte. Zwar folgten ca. 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Bereichen der Reproduktionsmedizin und Reproduktionsbiologie sowie betroffene Patientinnen und Vertreter/innen der Presse der bundesweit verteilten Einladung, allerdings nahm leider vonseiten der Politik lediglich einer von 10 angemel-



**Abbildung 1:** Von links nach rechts: Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel (DGRM), Dipl.-Biologin Katrin Pribbernow (AGRBM), Kinderwunschpatientin Natalie Nitz, Detlef Parr, MdB (FDP)

deten Bundestagsabgeordneten und Staatssekretären – Herr Detlef Parr nämlich – an der Veranstaltung teil.

Die Vorträge von **Prof. Krüssel** (DGRM) und der Reproduktionsbiologin **Katrin Pribbernow** (AGRBM) verdeutlichten die Probleme der Praxis bezüglich einerseits guter medizinischer Betreuung der Patientinnen bei gleichzeitig gesetzlich stark restringierten Möglichkeiten im IVF-Labor. Das mittlerweile 18 Jahre alte Embryonenschutzgesetz verbietet in Deutschland beispielsweise die Eizellspende oder (zumindest nach der verbreiteten Auslegung) den elektiven Single-Embryonentransfer (eSET) – Behandlungen, die bekannterweise im europäischen Ausland zum Standard gehören und deren Erfolge in internationalen Studien belegt werden können.

Besonders beeindruckend waren die Ausführungen der Kinderwunschpatientin **Natalie Nitz** (Düsseldorf), die sehr offen über ihr Schicksal berichtete. Neben dem Wunsch nach einem eigenem Kind liegt ihr noch ein zweiter Wunsch am Herzen: „Ich wünsche mir sehr, dass diejenigen, die die Gesetze beeinflussen können, die Politiker, sich mehr für die Problematik interessieren und sich intensiver mit dem Thema auseinandersetzen.“ Detlef Parr weiß um die Brisanz des Themas, ist aber trotzdem „zutiefst überzeugt, dass sich in der Frage der Reform des Embryonenschutzgesetzes etwas bewegen lässt. Das neu gewählte

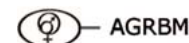
Europaparlament und der ab Herbst neu gewählte Bundestag – ca. 40 % der aktuellen Mitglieder werden durch neue Kollegen ersetzt – bieten beide sicherlich eine gute Plattform für weitere, nach vorne orientierte Gespräche und positive Entwicklungen.“

Wenn auch die Präsenz der Bundestagsabgeordneten (weit) hinter den Erwartungen zurückblieb, zeigt doch diese gemeinsame Aktion der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und der Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen, dass auf medizinisch-wissenschaftlicher Ebene ein breiter Konsens darüber besteht, dass das veraltete Embryonenschutzgesetz an vielen Punkten einer Änderung, zumindest aber einer Klärung bedarf. Hierzu sind Veranstaltungen wie dieser Parlamentarische Abend, der nach Konstituierung des neuen Bundestages erneut durchgeführt werden soll, ein kleiner aber wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Wir werden uns bemühen, den wichtigen Dialog zwischen Wissenschaft, Medizin und Politik weiter voranzutreiben, um den berechtigten Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten gerecht werden zu können!

*Dr. rer. nat. Jens Hirchenhain*  
1. Vorsitzender der AGRBM

*Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel*  
President elect der DGRM

# AGRBM-Mitteilungen



## ■ Bericht von der Hauptversammlung der AGRBM

Im Rahmen des 3. Praxisseminars in München fand am 08.05.2009 die jährliche Hauptversammlung der AGRBM statt. Der wichtigste Tagesordnungspunkt war die Abstimmung über eine Neufassung der Satzung. Die alte Satzung aus dem Jahre 2002 war in vielen Punkten nicht mehr zeitgemäß und wurde deshalb von einem Arbeitskreis der AGRBM einer gründlichen Revision unterworfen. Die wichtigsten Veränderungen sind:

1. Eine Anpassung entsprechend unserem Verständnis als Berufsverband.
2. Die Bedingungen für eine Vollmitgliedschaft wurden überarbeitet.
3. Der Status „Anwärter auf Vollmitgliedschaft“ entfällt.
4. Es wurde die Möglichkeit der Ehrenmitgliedschaft eingeführt.
5. Der Paragraph zur Finanzierung der AGRBM wurde angepasst an die Bedürfnisse als Berufsverband bzw. auch an die Ansprüche des Finanzamtes.
6. Wahl von Kassenprüfern.
7. Klare, juristisch geprüfte Formulierungen.

Im Vorfeld der Hauptversammlung stand der geänderte Satzungsentwurf den Mitgliedern zur Diskussion. Die endgültige Neufassung der Satzung wurde auf der Hauptversammlung vorgestellt und einstimmig verabschiedet. Die neue Satzung ist mit der Eintragung in das Vereinsregister Leipzig mit Wirkung vom 03.07.2009 gültig und kann auf der Homepage der AGRBM unter [www.agrbm.de/agrbm/satzung.php](http://www.agrbm.de/agrbm/satzung.php) eingesehen werden.

Im Zuge der Anpassung an die neue Satzung wurde auch die Fort- und Weiterbildungsordnung (FWBO, Anlage 1, [www.agrbm.de/fortundweiterbildung/fwb.php](http://www.agrbm.de/fortundweiterbildung/fwb.php)) der AGRBM entsprechend modifiziert. Voraussetzung sowohl für die Vollmitgliedschaft in der AGRBM als auch für den Erwerb der Fachanerkennung „Reproduktionsbiologie des Menschen“ sind die akademischen Ab-

schlüsse „Diplom“ oder „Master of Science“ bzw. ein vergleichbarer Abschluss.



## ■ Bericht vom 3. Praxisseminar der AGRBM

Das 3. Praxisseminar, hervorragend organisiert von **Helena Angermaier**, **Annette Clement-Sengewald** und **Manfred Schleyer**, fand vom 08.–10.05.2009 in München statt. Traditionell wird bei den Praxisseminaren der Schwerpunkt auf die interaktive Diskussion zu aktuellen Themen gelegt. Im Folgenden wurden die Ergebnisse von zwei Diskussionsrunden von den jeweiligen Moderatoren zusammengefasst.

### Polarisationsmikroskopie und IMSI: derzeitiger Stellenwert und Erfahrungen aus der Praxis (Helena Angermaier [München], Markus Montag [Bonn])

Im Vorfeld wurde den angemeldeten Teilnehmern ein Fragebogen zu den genannten Techniken zugestellt. Mehr als 20 Teilnehmer beteiligten sich an der Diskussionsrunde, wobei die neuen Techniken in den meisten Laboren noch nicht etabliert waren und somit nicht alle Teilnehmer mit eigenen praktischen Erfahrungen aufwarten konnten.

Zur IMSI gab es eine sehr kontroverse Diskussion. Die Datenlage ist nach wie vor noch sehr heterogen und die Bedeutung der IMSI wird weit überschätzt, wie **Prof. Michelmann** (Göttingen) in seinem kurzen Vortrag erläuterte. Demgegenüber präsentierte **Edmund Kreuzer** (München) eigene positive IMSI-Daten, die jedoch wegen der geringen Fallzahlen noch weiter validiert werden müssen. Drei Teilnehmer aus Deutschland kommunizierten ihre Erfahrungen, wobei insbesondere der enorme Zeitbedarf für das Aufsuchen von Spermien als sehr problematisch eingestuft wurde. Die entscheidende Frage, welche Patienten von der IMSI-Methode profitieren, konnte auch in der Diskussionsrunde nicht beantwortet werden.

Das zweite große Thema war der Einsatz der Polarisationsmikroskopie. Von 6 der anwesenden Teilnehmern wird diese Methode insbesondere zur Bestimmung der Eizellreife in Verbindung mit der Darstellung der Spindel eingesetzt. Die Lokalisation der Spindel zur ICSI wurde als weniger bedeutend eingestuft.

Zona-Imaging mittels Polarisationsmikroskopie wird ebenfalls in 6 Zentren angeboten. Die Durchführung wurde bei überschaubarem Zeitaufwand mehrheitlich als einfach angegeben. Die Ergebnisse des Zona-Imaging wurden von den meisten als ein relevantes Entscheidungskriterium für die weitere Kultur angesehen, wobei in einigen Zentren dem Vorkernscore eine höhere Priorität eingeräumt wird. **Claus Sibold** (Berlin) stellte Daten einer prospektiv randomisierten Studie mit relativ kleinen Fallzahlen vor, die einen Trend zur Zunahme der Schwangerschaftsraten bei Abnahme der Abortrate in der Polarisationsmikroskopie-Gruppe erkennen ließ. **Karen Rosenberg** (Berlin) berichtete, dass Eizellen mit positivem Zona-Score generell zu besseren Schwangerschaftsraten führen als Eizellen mit negativem Zona-Score.

Fragen zu den praktischen Aspekten, wie Zeitpunkt der Durchführung, Temperatur- und Stadienabhängigkeit, wurden intensiv diskutiert.

### Gute Fachliche Praxis und Bezug zur Umsetzung der EU-Richtlinien (Vera Baukloh [Hamburg], Verona Blumenauer [Leipzig], Ute Weißenborn [Aachen])

Zur Vorbereitung der Diskussionsrunde „Gute Fachliche Praxis“ wurde ein Fragebogen mit Themen aus den Arbeitsbereichen Andrologie, IVF und ICSI, zusätzlichen Methoden, Kryokonservierung und „Sonstiges“ (Dokumentation, QM-System) an alle Mitglieder der AGRBM versendet; die anschließende Auswertung erfolgte anonym. Die Bereitschaft zur Teilnahme war erfreulich hoch: insgesamt wurden 57 Fragebögen

zurückgesendet, womit rund 50 % der deutschen IVF-Zentren repräsentiert werden. In die Auswertung gingen Daten von 19.453 Zyklen ein, was rund 33 % aller Zyklen des vergangenen Jahres entspricht. Sowohl große als auch kleine Zentren nahmen an der Umfrage teil. Damit spiegelt das Ergebnis dieser Umfrage recht gut die derzeitige labor-technische Methodensituation in deutschen IVF-Zentren wieder.

#### Andrologischer Arbeitsbereich

Für die Probenabgabe verwenden mehr als 90 % der Zentren Becher, die von der WHO empfohlenen Messzylinder werden dagegen nur selten verwendet.

Bei der Bestimmung der Konzentration werden überwiegend Makler- und Neubauer-Kammer improved eingesetzt, einige wenige Zentren arbeiten mit CASA. An einer externen Qualitätssicherung zur Konzentrationsbestimmung nehmen nur ca. 60 % der Zentren regelmäßig oder immer teil. Dies ist im Hinblick auf die RiLiBÄK bemerkenswert, weil sich ab 2010 die Pflicht zur Teilnahme an einer externen Qualitätssicherung abzeichnet, um Leistungen abrechnen zu können.

Die Morphologie wird in den meisten Zentren (85 %) nach WHO- oder WHO-ähnlichen Kriterien bestimmt, ca. 13 % wenden die strengeren Tygerberg-Kriterien an. Die Färbung zur Analyse der Morphologie erfolgt mit Testsimplents (37 %), nach Papanicolaou (20 %) oder nach „anderen“ Methoden (20 %). Von ca. 20 % der Einsender wurden keine Angaben zur Färbung gemacht.

Die Spermaaufbereitung wird nur in wenigen Zentren (5 %) routinemäßig unter der Laminar-Flow-Bench durchgeführt. Zentrifugation, Dichtegradient und Swim-up sind die am häufigsten verwendeten Methoden; Dichtegradient mit nachfolgendem Swim-up, Sedimentation und „andere“ werden seltener angewendet.

Hodenbiopsate zur Gewinnung von Spermien werden von etwa der Hälfte der Zentren bereits vor dem Start des ART-Zyklus entnommen und kryokonserviert, in etwa 30 % der Zentren wird die Hodenbiopsie am Tag der Follikelpunktion durchgeführt. Nur wenige Zentren arbeiten ausschließlich mit frischen PE.

Die Aufbereitung des Gewebes erfolgt in ca. 70 % der Zentren ausschließlich mechanisch (mittels „rupfen“, „mörsern“ und „schreddern“), 25 % der Zentren bereiten die Biopsie immer bzw. häufig enzymatisch auf.

#### ART-Labor

Zur Eizellsuche verwenden ca. 70 % der Zentren HEPES-gepuffertes Medium, ca. 30 % Bicarbonat-, und nur ca. 5 % MOPS-gepuffertes Medium. Diese Angaben übersteigen 100 %, offensichtlich arbeiten einige Labors parallel mit unterschiedlichen Kulturmedien.

Etwa gleich viele Zentren verwenden sequenzielle und/oder nicht-sequenzielle Kulturmedien. In der Mehrzahl der Zentren erfolgt die Kultivierung von Eizellen und Embryonen mit Ölüberschichtung, zumeist in Mikrotropfen, die Kultivierung im offenen System ist deutlich seltener.

Die Denudation der Eizellen in IVF wird meistens mit mechanischen Pipettierhilfen (wie Stripper-Tips o. ä.) durchgeführt, Mundpipetten, Kanülen oder andere Arbeitsmittel werden seltener verwendet. Die Denudation der Eizellen bei ICSI wird konsequenterweise mit denselben Methoden durchgeführt, die native Hyaluronidase wird weitaus häufiger verwendet als die rekombinante (60 vs. 22 %; einige Fragebögen ohne Angaben).

Die Koinkubation von Ei- und Samenzellen bei IVF erfolgt überwiegend über Nacht (ca. 80 %), nur in einigen Zentren ist die Inseminationsphase auf wenige Stunden beschränkt.

Mechanische Mikroinjektionsanlagen werden von ca. 70 % der Zentren verwendet, die anderen arbeiten mit computergesteuerten Anlagen. PVP ist für die Immobilisierung der Spermien das am häufigsten angewendete Agens (85 %). IMSI kommt in nur wenigen Zentren zum Einsatz.

Bei einer TESE-(MESA-)/ICSI arbeiten die meisten Zentren mit kryokonservierten Proben (ca. 90 %), Agentien für die Aktivierung von Spermien (Theophyllin, Pentoxiphyllin) sind eher unüblich.

Der Embryotransfer wird überwiegend (58 % „häufig“, 37 % „immer“) am Tag 2/3 durchgeführt, der Transfer am Tag

4–6 erfolgt als Standardmethode seltener (21 % „häufig“, 2 % „immer“). Hochvisköse Medien, die die Implantation der Embryonen verbessern sollen, werden selten eingesetzt (< 10 % „häufig“ oder „immer“).

Die Brutschränke zur Kultivierung von Eizellen und Embryonen werden mit 5,0–6,5 % CO<sub>2</sub> begast, der Sauerstoffgehalt der Atmosphäre wird in ca. 15 % der Zentren abgesenkt.

#### Zusätzliche Methoden

Assisted Hatching wird, falls angewendet (16 Angaben von 57), meistens mit dem Laser durchgeführt, das Eröffnen der Zona pellucida mittels saurer Tyrode oder auf mechanischem Weg erfolgt nur selten.

Die Polkörperdiagnostik wird von wenigen Zentren durchgeführt, in der Regel dann nach ICSI. Mit gleicher Häufigkeit werden der erste bzw. beide Polkörper entnommen. Die Analyse erfolgt in der Mehrzahl der Fälle mittels FISH.

Die Polarisationsmikroskopie wird selten genutzt, Anwendungsgebiete sind die Darstellung der Zona pellucida und der Spindel.

Die Beurteilung der Zellen im PN-Stadium erfolgt in den meisten Zentren nach dem System von Scott, die Scores nach Tesarik und Scores nach anderen Autoren finden deutlich seltener Anwendung.

Für Blastozystenkulturen werden überwiegend sequentielle Kulturmedien verwendet. Der tägliche Wechsel der Medien ist eher selten, meistens erfolgt ein einmaliger Wechsel.

#### Kryokonservierung

Für die Kryokonservierung von Spermien werden bevorzugt verschweißbare oder andere Straws verwendet, Vials kommen seltener zum Einsatz. Für das Einfrieren wird meistens (70 %) ein computergesteuertes System verwendet, das Einfrieren in der Dampfphase wird in ca. 30 % durchgeführt.

Das Einfrieren von Hodengewebe erfolgt meistens in Vials, Straws werden seltener verwendet. Gewebeaufbereitungen werden seltener eingefroren als komplettes Gewebe; das Einfrieren erfolgt meistens in computergesteuerten

Anlagen. Die Vitrifikation spielt beim Kryokonservieren von Spermien aus Ejakulaten und Hodenbiopsaten keine Rolle.

Eizellen im PN-Stadium werden vorwiegend in verschweißbaren Straws nach dem „langen“ (konventionellen) Protokoll kryokonserviert. Die Vitrifikation wird nur selten angewendet.

Kryokonservierte Zellen werden in den meisten Zentren (ca. 70 %) im flüssigen Stickstoff, sonst in der Gasphase gelagert. Über eine Temperaturüberwachung und automatische Befüllung verfügen nur wenige Zentren.

#### Dokumentation

Die meisten Zentren (ca. 90 %) führen ihre Dokumentation mit RecDate bzw. RecDate Advance durch, nur ca. 5 % arbeiten mit DIRPro und „anderen“ (nicht näher definiert). Die Datenarchivierung

erfolgt in der größten Zahl der Zentren sowohl elektronisch als auch auf Papier.

Bei der Frage nach dem Qualitätsmanagementsystem ist die große Zahl der zertifizierten und akkreditierten Zentren auffällig (ca. 60 bzw. ca. 10 %). Nach QEP arbeiten 5 %, nach einem eigenen QM-System ca. 25 %.

Die interne Qualitätssicherung wird von den meisten Zentren anhand der dokumentierten Daten in DIRPro bzw. RecDate und Excel (vielfach parallel mit beiden Programmen) durchgeführt. Die meisten Zentren werten ihre Daten „regelmäßig“, „häufig“ bzw. „immer“ im Abstand von einem Monat/3 Monaten/6 Monaten/1 Jahr aus. Auffällig ist allerdings, dass ca. 35 % angeben, nie Jahresauswertungen durchzuführen; anscheinend werden die DIR-Quartals- und Jahresauswertungen nicht berücksichtigt.

Den Transport von kryokonservierten Zellen nebst Begleitdokumenten von/zu anderen Zentren übernehmen meistens die Patienten als „Eigentümer“ der Zellen (84 % der Angaben) oder die Einrichtung. Beanstandungen seitens der Behörden (§ 35 AMWHV) wegen des Transports durch Patienten sind bisher nicht bekannt.

#### Bezug zur Umsetzung der EU-Richtlinien

Die Dokumentationsanforderungen, die mit der Umsetzung der EU-Richtlinien 2004/23/EG, 2006/17/EG und 2006/28/EG in Form des Gewebegesetzes entstanden sind, wurden in der Tabelle „Dokumentationsanforderungen bei ART-Methoden“ zusammengefasst. Diese ist abrufbar auf der Homepage der AGRBM unter

[www.agrbm.de/qualitaetsmanagement/dokumentationsanforderungen.php](http://www.agrbm.de/qualitaetsmanagement/dokumentationsanforderungen.php)

## BRZ-Mitteilungen

BRZ

## ■ Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG): Einführung eines § 20d

Nach fachjuristischer Prüfung des neu in das AMG eingeführten § 20d können wir nun die für die reproduktionsmedizinischen Zentren relevanten Konsequenzen darstellen. Um die unterschiedlichen Fallkonstellationen übersichtlich zu machen, hat **Dr. Ulrich Hilland** ein Flussdiagramm entwickelt, aus dem die jeweils zutreffenden Folgen abgeleitet werden können (Abb. 1).

Die Mitglieder des BRZ wurden bereits informiert.

Der Wortlaut der Regelung mit seinen Konsequenzen:

### „§ 20d Ausnahme von der Erlaubnispflicht für Gewebe und Gewebezubereitungen

Einer Erlaubnis nach § 20b Absatz 1 und § 20c Absatz 1 bedarf nicht eine Person, die Arzt ist oder sonst zur Ausübung der Heilkunde bei Menschen befugt ist und die dort genannten Tätigkeiten mit Ausnahme des Inverkehrbringens ausübt, um das Gewebe oder die Gewebezubereitung persönlich bei ihren Patienten anzuwenden. Dies gilt nicht für Arzneimittel, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind.“

Sehr spät, nämlich erst während der nicht-öffentlichen Beratungen im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages, wurde die ursprüngliche Begründung zum Gesetzestext aufgegeben und nunmehr ersetzt durch:

„Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 4a Satz 1 Nummer 3. Sie stellt sicher, dass Tätigkeiten mit Gewebe, zum Beispiel im Zusammenhang mit der künstlichen Insemination, auch zukünftig von der Erlaubnispflicht nach § 20b Absatz 1 und § 20c Absatz 1 ausgenommen sind.“

Von zentraler Bedeutung für die Ausnahme von der Erlaubnispflicht nach §§ 20b und 20c AMG ist dabei, dass die in diesen Bestimmungen genannten Tätigkeiten durch ein und dieselbe (ärztli-

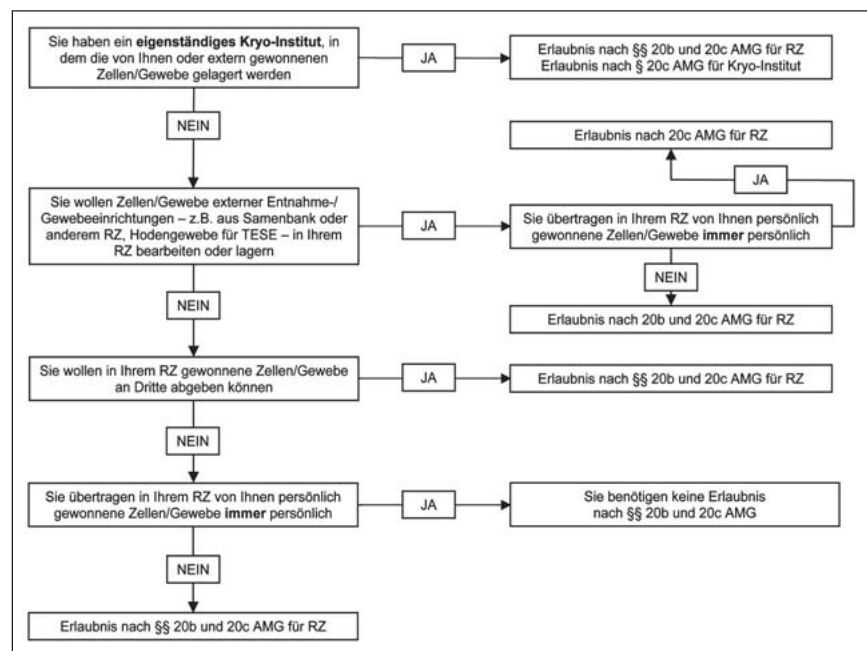


Abbildung 1: Flussdiagramm Erlaubniserfordernis nach §§ 20b und 20c AMG für Reproduktionsmedizinische Zentren (RZ)

che) Person ausgeübt werden, die die Zellen später bei ihren Patienten anwendet<sup>1</sup>, und dass die gewonnenen, bearbeiteten oder gelagerten Zellen/Gewebe nicht in Verkehr gebracht werden. Das AMG fasst das Inverkehrbringen sehr weit, indem es definiert (§ 4 Abs. 17):

„Inverkehrbringen ist das Vorrätighalten zum Verkauf oder zu sonstiger Abgabe, das Feilhalten, das Feilbieten und die Abgabe an andere.“

Es bleibt deshalb festzustellen, dass sich für die meisten, wenn nicht alle Zentren durch die Gesetzesnovelle keine Veränderungen gegenüber dem Ist-Zustand ergeben werden.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Hilland  
1. Vorsitzender BRZ  
D-66111 Saarbrücken, Dudweilerstr. 58  
E-Mail: praxis@fcm-net.de



## ■ Babyboom durch finanzielle Unterstützung der Kinderwunschbehandlung?

Am 02.07.2009 stellte das IGES Institut Berlin die hochinteressanten Ergebnisse der Studie „Finanzielle Zuschüsse zu medizinisch unterstützter Fortpflanzung aus Steuermitteln“ in einer Pressekonferenz vor. Wir möchten an dieser Stelle die Ergebnisse zusammenfassen. Die Studie selbst kann beim Büro Berlin des BRZ per Mail an [uszkoreit@repromed.de](mailto:uszkoreit@repromed.de) abgerufen werden. Wir danken der Firma Merck Serono für die Freigabe.

#### Quintessenz

Nur wenn

- keine rechtlich eigenständige Kryo-Einrichtung betrieben wird,
- keine Zellen/Gewebe von extern verwertet,
- nur selbst entnommene Zellen/Gewebe immer persönlich übertragen und
- keine Zellen/Gewebe an Dritte weitergegeben werden,

wird KEINE Erlaubnis benötigt!

<sup>1</sup> Der Einsatz geeigneter Hilfspersonen im Rahmen des allgemein Zulässigen ist selbstverständlich unbenommen.

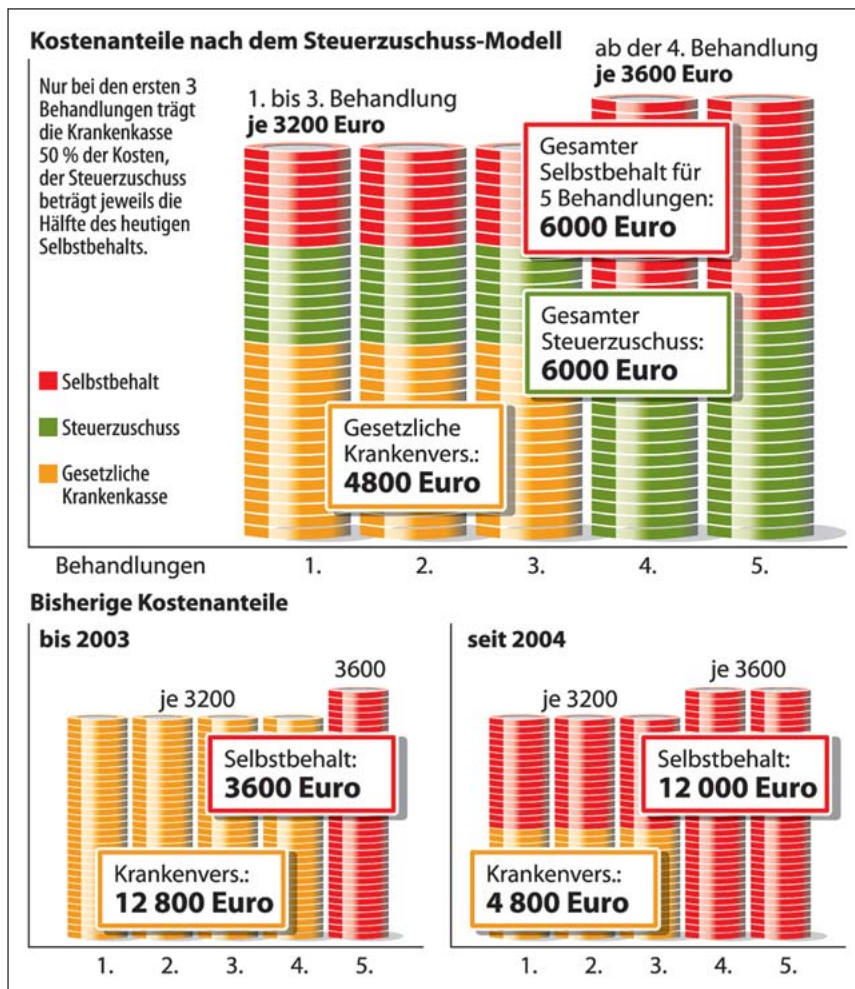
*Wir möchten an dieser Stelle auch Herrn Dr. Michael Thaele danken, der auf der Pressekonferenz für die Position der Ärzte des Gebiets Rede und Antwort stand.*

Jede 10. Ehe in Deutschland bleibt kinderlos. Doch Frauen, die privat krankenversichert sind, haben eine 8-fach höhere Chance, mithilfe reproduktionsmedizinischer Behandlungen (IVF) schwanger zu werden als ihre gesetzlich versicherte Nachbarin. Schuld an dieser sozialen Schieflage sind die hohen Kosten, welche die gesetzlich Versicherten seit 2004 selbst tragen müssen. Würde sich der Staat allerdings zu 50 % daran beteiligen, könnte ein kleiner Babyboom einsetzen: Moderat gerechnet kämen jährlich rund 7900 Babys mehr zur Welt – so viele wie 2007 im Saarland geboren wurden.

Dies sind die Ergebnisse der Studie „Finanzielle Zuschüsse zu medizinisch unterstützter Fortpflanzung aus Steuermitteln“, die das Forschungsinstitut IGES am 02.07.2009 in Berlin auf einer Pressekonferenz vorgestellt hat. Seit der Gesundheitsreform 2004 beteiligen sich die gesetzlichen Krankenkassen nur noch zur Hälfte und nur bei den ersten 3 Versuchen an den Kosten für IVF-Behandlungen. Das bleibt nicht ohne Folgen: „Im Bereich der Reproduktionsmedizin ist Deutschland längst in der Zweiklassen-Gesellschaft angekommen“, sagte IGES-Chef **Prof. Dr. Bertram Häußler**.

Das Land Sachsen steuert mit einem eigenen Unterstützungsprogramm seit März dieses Jahres dagegen an. Mit Erfolg. „Mit diesem Förderprogramm zur finanziellen Unterstützung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ist der Freistaat Sachsen bundesweit Vorreiter. Ich bin zuversichtlich, dass andere Bundesländer mit einem ähnlichen Förderprogramm folgen werden, darauf deuten zumindest die zahlreichen konkreten Anfragen von anderen Landesregierungen hin. Wir haben in den ersten 3 Monaten bereits 180 Anträge auf Zuschuss bewilligt“, sagte **Christine Clauß**, Sozialministerin von Sachsen in Berlin.

Die gesetzliche Krankenkasse KKH-Allianz unterstützt den Vorstoß des Landes Sachsen und forderte eine bundes-



**Abbildung 1:** IGES-Prognose: Steuerzuschuss soll für gesetzlich Versicherte die Kosten für In-vitro-Fertilisation halbieren. Quelle: IGES. © Merck Pharma GmbH, Nachdruck mit Genehmigung.

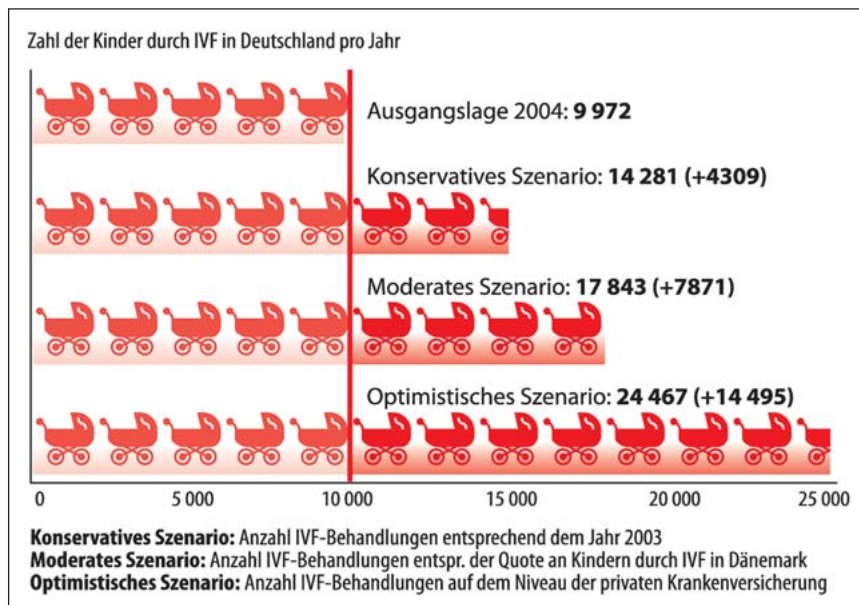
weite Regelung. „Bis zu 5 Behandlungsversuche sind aus medizinischer Sicht sinnvoll und sollten sowohl für gesetzlich als auch für privat Krankenversicherte komplett von der Gesellschaft getragen werden“, sagte **Rudolf Hauke**, Mitglied des Vorstandes der KKH-Allianz. Aus welchen finanziellen Mitteln die Kosten bezahlt werden sollen, habe die Politik zu entscheiden. Hauke betonte: „Die Einschränkung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung war eine Entscheidung der Politik – nicht der gesetzlichen Krankenkassen. Die damit verbundene soziale Ungleichheit beim Kinderwunsch muss wieder beseitigt werden.“

Die Pharmafirma Merck hatte die Studie Ende 2008 beim IGES Institut in Auftrag gegeben. Vor 2 Jahren hatte der Petitionsausschuss des Bundestages den Weg in die Steuerfinanzierung aufgezeigt und festgestellt, dass „Leistungen

für den Fortbestand der Bundesrepublik“ eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe seien. Vor diesem Hintergrund hat das IGES Institut die zu erwartenden Wirkungen eines Zuschusses aus Steuermitteln in verschiedenen Szenarien gerechnet.

Es ergeben sich 3 Szenarien mit weitreichenden Folgen

Momentan teilen sich Krankenkasse und Paar die Kosten für die ersten 3 Behandlungszyklen; dabei beträgt der Eigenanteil durchschnittlich € 4800,-. Die Zyklen 4 und 5 werden durchschnittlich mit € 7200,- privat in Rechnung gestellt (inkl. der Medikamentenkosten). So summieren sich die Kosten auf rund € 12.000,-; im Jahr 2003 waren es noch € 3600,- gewesen. Würde sich der Staat an der Eigenfinanzierung künftig zur Hälfte beteiligen, müsste das Paar noch € 6000,- aufbringen (Abb. 1).



**Abbildung 2:** IGES-Prognose: Mehr Kinder durch Steuerzuschüsse zu In-vitro-Fertilisationsmaßnahmen (IVF).  
 Quelle: IGES. © Merck Pharma GmbH, Nachdruck mit Genehmigung.

Die Wirkungen eines solchen Zuschusses wären in jedem der 3 IGES-Szenarien weitreichend (Abb. 2). Konservativ gerechnet: Würden die gesetzlich versicherten Frauen heute repromedizinische Behandlungen im Umfang von 2003 beanspruchen, könnte man mit 4309 zusätzlichen Babys in einem Jahr rechnen. Im moderaten Szenario liegt die Nachfrage etwas höher, vergleichbar mit Dänemark. Bei dieser moderaten Annahme kämen schon 7900 Kinder mehr zur Welt. Im optimistischen Szenario, würden die kinderlosen Paare die Reproduktionsmedizin im gleichen Umfang in Anspruch nehmen wie die privat Versicherten, könnte sich die Zahl des Nachwuchses auf rund 14.500 erhöhen – das wären immerhin mehr Kinder als 2007 in Mecklenburg-Vorpommern geboren wurden (12.786).

Je nachdem, welches Szenario Wirklichkeit würde, müsste der Staat zwischen € 41 Millionen und € 85 Millionen ausgeben. Pro Kind wären es noch nicht einmal € 10.000,-, so das IGES-Gutachten.

Die IGES-Studie basiert auf Daten des Deutschen IVF-Registers und des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP).  
[http://www.iges.de/presse07/pressemappe/index\\_ger.html](http://www.iges.de/presse07/pressemappe/index_ger.html)

◆ ◆ ◆

### ■ Der Mikrozensus 2008 (neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland) zeigt: Kinderlosigkeit nimmt zu

In Deutschland bleiben immer mehr Frauen ohne Kinder. Im Jahr 2008 hatten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) 21 % der 40- bis 44-jährigen Frauen keine Kinder zur Welt gebracht. Dagegen waren unter den 10 Jahre älteren Frauen (Jahrgänge 1954–1958) 16 % und unter den 20 Jahre älteren (Jahrgänge 1944–1948) nur 12 % kinderlos. Diese und weitere Ergebnisse des Mikrozensus 2008 stellte Roderich Egeler, Präsident des Statistischen Bundesamtes, am 29.07.2009 in einer Pressekonzferenz in Berlin dar.

Im Osten Deutschlands gibt es deutlich weniger kinderlose Frauen als im Westen. Während von den 40- bis 75-jährigen Frauen in den alten Ländern 16 % keine Kinder haben, sind es in den neuen nur 8 %. Dies trifft auch für die jüngeren Frauen zu! Von den 35- bis 39-jährigen (bei der Wende 15–19 Jahre alt) in den alten Ländern haben bisher 28 % keine Kinder, in den neuen Ländern sind es lediglich 16 % Kinderlose.

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus Zusammenhänge zwischen Bildungsstand und Kinderlosigkeit. Für West-

deutschland gilt: je höher der Bildungsstand, desto häufiger ist eine Frau kinderlos. Betrachtet man Frauen ab 40 Jahre, hatten 26 % der Frauen keine Kinder. Dieser Anteil ist deutlich höher als bei Frauen mit mittlerer Bildung (16 %) und mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen mit niedriger Bildung (11 %). Interessanterweise trifft dieser Zusammenhang für Ostdeutschland nicht zu.

Vor allem Akademikerinnen aus dem Westen Deutschlands sind überdurchschnittlich häufig kinderlos. Im Jahr 2008 hatten 28 % der westdeutschen Akademikerinnen im Alter von 40–75 Jahren keine Kinder. Bei den ostdeutschen Frauen mit akademischem Grad betrug dieser Anteil lediglich 11 %. Zu den Akademikerinnen zählen Frauen mit Abschluss einer Hochschule, einer Fachhochschule und einer Verwaltungshochschule.

Auch die im Ausland geborenen und nach Deutschland zugewanderten Frauen (Migrantinnen) sind seltener kinderlos als die hier geborenen Frauen. So haben von den 35- bis 44-jährigen Zuwanderinnen 13 % keine Kinder, bei den in Deutschland geborenen Frauen sind es 25 %. Unter den 25- bis 34-jährigen haben 39 % der Frauen mit Migrationserfahrung bisher noch keine Kinder, bei den Frauen ohne Migrationserfahrung ist es mit 61 % der überwiegende Anteil. Allerdings wird hier der Anteil der Kinderlosen sicherlich noch sinken.

Diese und weitere Angaben zur Kinderlosigkeit konnten erstmals aus dem Mikrozensus gewonnen werden. Hierbei wurden Frauen im Jahr 2008 zum ersten Mal zwischen 15 und 75 Jahren gefragt, ob sie Kinder geboren haben und wenn ja, wie viele. Detaillierte Ergebnisse sowie ergänzende Tabellen finden sich unter <http://www.destatis.de>.

Gerade unter dem Gesichtspunkt der sinkenden Zahl geborener Kinder (2007: 684.862 vs. 2008: ca. 675.000) könnte die Reproduktionsmedizin ihren Teil zur Stabilisierung der Bevölkerung beitragen und den demographischen Wandel günstig beeinflussen. Hierzu müssten aber – vor allem unter Gleichbehandlungsgrundsätzen – gesetzlich versicherte Patienten von den abschreckenden und häufig nicht zu leistenden Zuzahlungen entlastet werden. Erst dann ist eine

effektive Kinderwunschbehandlung für das einzelne Paar tragbar und erreicht wieder den gesellschaftlich notwendigen Umfang.

*Dr. med. Andreas Tandler-Schneider*  
(BRZ Vorstand)  
E-Mail: [tandler-schneider@fertilitycenterberlin.de](mailto:tandler-schneider@fertilitycenterberlin.de)

*Monika Uszkoreit*  
(BRZ Geschäftsführung)  
E-Mail: [uszkoreit@repromed.de](mailto:uszkoreit@repromed.de)



**BRZ-Herbsttreffen 2009**

Das jährliche Treffen der BRZ-Mitglieder und Gäste findet 2009 im Rahmen des 3. DVR-Kongresses statt.

**Veranstaltungsort:**  
Konzerthaus Freiburg i. Br.  
Konferenzraum 1+2  
Konrad-Adenauer-Pl. 1, D-79098 Freiburg

**Samstag, 14. November 2009**

ca. 13.15 Uhr  
Gemeinsamer Mittagsimbiss nach der offiziellen Verabschiedung des DVR-Kongresses

14.00 bis ca. 18.00 Uhr  
Inhaltliche Veranstaltung mit u. a. den folgenden Themen:

- Berufspolitik
- Aktuelles zu relevanten Gesetzen und Richtlinien
- Abrechnungsfragen sowie
- Verbandsinterna

Den Teilnehmern, die nach dem Herbsttreffen die Rückreise nicht mehr antreten möchten, werden wir eine landestypische Abendveranstaltung anbieten. Die offizielle Einladung und Tagesordnung sowie konkrete Informationen erhalten Mitglieder und Gäste Ende August 2009 aus der BRZ Geschäftsstelle.

**Kontakt:**  
BRZ, *Monika Uszkoreit*  
E-Mail: [uszkoreit@repromed.de](mailto:uszkoreit@repromed.de)

A n k ü n d i g u n g



**2. BRZ intensivseminar**  
Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V.

**2. BRZ-Intensivseminar für gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin**  
Berlin 14.-16.01.2010

Nach dem großen Erfolg des ersten BRZ-Intensivseminars, Januar 2009 in Berlin, bietet der BRZ auch 2010 wieder ein entsprechendes Seminar an.

Die Veranstaltung richtet sich an Weiterbildungsassistenten und –assistentinnen, aber auch an niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen, die ihr Wissen über die Reproduktionsmedizin auffrischen oder neu etablieren möchten.

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

Das zweite BRZ-Intensivseminar findet vom 14. bis 16. Januar 2010 in Berlin statt. Zu mehr als 20 Vorträgen, in denen alle Aspekte des Basiswissens Reproduktionsmedizin und Endokrinologie abgedeckt werden, wird die praktische Seite des Gebiets nicht zu kurz kommen: Alle Teilnehmer haben die Gelegenheit der Besichtigung eines IVF-Zentrums, eines Großlabors und werden mit ausgesuchten hoch-relevanten Fallstudien konfrontiert.

Das detaillierte Programm und Anmeldeformulare finden Sie zum Herunterladen unter [www.repromed.de](http://www.repromed.de).

**Veranstaltungsort**

Der BRZ hat den bereits bekannten Veranstaltungsort mitten im lebhaften Bezirk Prenzlauer Berg gewählt, um nach harter Arbeit den Genuss der Großstadt möglichst einfach zu machen.

**GLS Campus** Kastanienallee 82 • 10435 Berlin  
[www.gls-berlin.com/restaurant/index.html](http://www.gls-berlin.com/restaurant/index.html)

Für Teilnehmer, die auf Hotels bzw. Pensionen im Umkreis angewiesen sind, bieten sich die folgenden Häuser an:

1. **Apartmenthotel Zarenhof** <http://www.apartmenthaus-zarenhof.de/de/guenstig-hotel-berlin-prenzlauer-berg.html>
2. **Hotel Kastanienhof** <http://www.kastanienhof.biz/>
3. **Circus** [http://www.circus-berlin.de/circus\\_hotel\\_berlin.html](http://www.circus-berlin.de/circus_hotel_berlin.html)

Die Unterbringung ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten! Für Buchungen sind die Teilnehmer selbst verantwortlich.

**Veranstalter**

Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V.  
[www.repromed.de](http://www.repromed.de)

Programmgestaltung und Organisation:  
**Dr. med. Andreas Tandler-Schneider** (BRZ Vorstand) und  
**Monika Uszkoreit** (Geschäftsführung)

**Teilnahmegebühren**

Frühbuchertarif bis 30.11.2009:	Weiterbildungsassistenten	210,00 Euro
	Niedergelassene Ärzte	240,00 Euro
Ab 30.11.2009 für alle		270,00 Euro

**Die Zertifizierung (22 Fortbildungspunkte für das 1. Seminar) ist bei der Landesärztekammer Berlin beantragt.**

A n k ü n d i g u n g

Der BRZ dankt dem Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH, [www.bvdh.de](http://www.bvdh.de)) für die Möglichkeit der Veröffentlichung der nachstehenden Eckpunkte zum Inkrafttreten des sog. Gendiagnostikgesetzes. Sobald dem BRZ weitere Details zu den für die deutsche Reproduktionsmedizin relevanten Passagen vorliegen, werden wir die Mitglieder des BRZ informieren.

Monika Uszkoreit  
BRZ

## ■ Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) e.V.



### Zeitplan für das Inkrafttreten einzelner Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes

Der Zeitplan bezieht sich auf den Tag der Veröffentlichung des Gesetzes im Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 50 am 04.08.2009.

Datum des Inkrafttretens	Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)
05.08.2009	<p>Berechtigung des Gesetzgebers zur Regelung per Rechtsverordnung in Abstimmung mit dem Bundesrat für die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abgabe von genetischen Untersuchungsmitteln an Endverbraucher und Institutionen (§6)</li> <li>• Erlaubnis für zytogenetische und/oder molekulargenetische Untersuchungen bei gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten im Rahmen von arbeitsmedizinischen Untersuchungen (§20, Abs. 3)</li> </ul> <p>Einrichtung der Gendiagnostikkommission (§23)</p> <p>Erstellung einer Gebührenordnung für Stellungnahmen u. ä. Tätigkeiten der Gendiagnostikkommission (§24)</p>
01.02.2010	Alle Bestimmungen mit Ausnahme der nachfolgenden Punkte
01.02.2011	<p>Diagnostik nur bei Erfüllung nachfolgender Anforderungen erlaubt (§5):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik nach Stand der Technik und Wissenschaft</li> <li>• Qualifiziertes Personal vorhanden</li> <li>• Interne Qualitätssicherung vorhanden</li> <li>• Erfolgreiche Teilnahme an externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung nachweisbar</li> <li>• Organisatorische und technische Maßnahmen für Aufbewahrung und Vernichtung von Proben und Ergebnissen getroffen</li> </ul> <p>Akkreditierung nur für Vaterschaftsgutachten erforderlich</p>
01.02.2012	Genetische Beratung nur durch Ärzte, die nach den Vorgaben der GenDG-Kommission qualifiziert sind (§7, Abs. 3)

**Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.**  
Linienstraße 127  
D-10115 Berlin  
Tel.: +49 (0)30/55 95 44-11  
Fax: +49 (0)30/55 95 44-14



## DGA-Mitteilungen

Der **3. DVR-Kongress** – zugleich 21. DGA-Jahrestagung – wird vom 11.–14. 11.2009 in Freiburg stattfinden. In diesem Zusammenhang möchte der Vorstand der DGA nicht nur auf die nächste Mitgliederversammlung hinweisen (Do., 12.11.2009, 17.45–18.45 Uhr), sondern auch auf die von der DGA initiierten Foren zur andrologischen Forschung aufmerksam machen. Nach der erfolgreichen Premiere in Bad Godesberg 2007 ist auch in diesem Jahr ein Forum „Junge Andrologie“ Bestandteil des Tagungsprogramms – dank der Freiburger Organisatoren an zentraler Position. Darüber hinaus sollen erstmals die DFG-geförderten Aktivitäten auf dem Gebiet der andrologischen Grundlagenforschung, an der DGA-Mitglieder maßgeblich beteiligt sind, in einem besonderen Diskussionsforum dargestellt und Möglichkeiten der Fortentwicklung, z. B. in Form transregionaler Forschungsverbände, beleuchtet werden. Alle Interessierten sind zu diesem Forum herzlich eingeladen.

Erfreulicherweise kann auch 2009 wieder ein DGA-Forschungsstipendium in Höhe von € 10.000, gestiftet von der Bayer Vital GmbH (Leverkusen), zur Förderung von Nachwuchswissenschaftlern und -wissenschaftlerinnen vergeben werden. Wie in den vergange-

nen Jahren ist der derzeitige Preisträger, **Dr. C. Gratzke** (München), für die Organisation und Durchführung des Forums „Junge Andrologie“ mitverantwortlich.



Als fördernde Fachgesellschaft war die DGA am **5. Internationalen Workshop „Molecular Andrology“** beteiligt, der vom 08.–10.05.2009 in Gießen stattfand. Neben hochkarätigen Plenarvorträgen der eingeladenen Referentinnen und Referenten zu den Themenschwerpunkten „Stammzellen“, „somatische Zellen“ und „Keimzellen“ wurden über 70 eingereichte Beiträge in Kurzvorträgen und Postersitzungen von über 160 Teilnehmern aus 4 Kontinenten intensiv diskutiert.

Eine ähnlich positive Resonanz findet auch das Fort- und Weiterbildungsprogramm der DGA. Der **Intensivkurs 2009**, der vom 20.–22.02.2009 in Hamburg stattfand, war mit mehr als 120 Teilnehmern ausgebucht. Das 3-tägige Format mit integrierten Workshops soll mit jeweils im Frühjahr angesiedelten Kursen fortgeführt werden. Der nächste Termin ist im Februar 2010 in Bad Nauheim (siehe unten), 2011 und 2012 sind Kurse in Münster bzw. München geplant.

Sehr erfolgreich hat sich das 2002 von **Prof. E. Nieschlag** und **Dr. T. G. Cooper** (Münster) initiierte Programm der DGA zur Qualitätssicherung der Ejakulatanalyse („**QuaDeGA**“) entwickelt, an dem inzwischen über 180 in- und ausländische Labore teilnehmen. Mit Blick auf den bereits in Kraft getretenen allgemeinen Teil der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen („**RiLiBÄK**“) sowie die voraussichtliche Einführung eines speziellen Teils zur Ejakulatuntersuchung wird die Durchführung einer adäquaten externen Qualitätskontrolle im andrologischen Labor von zunehmender Bedeutung sein.

Für die organisatorische Sicherung und Fortführung des QuaDeGA-Programms unter der Trägerschaft der DGA hat der Vorstand die Gründung einer GmbH vorgeschlagen. Die am Samstag, dem 21.02.2009 in Hamburg durchgeführte außerordentliche Mitgliederversammlung der DGA hat diesen Antrag angenommen.

*Im Namen des Vorstandes*

*Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe  
Sekretär der DGA*

### Intensivkurs der Deutschen Gesellschaft für Andrologie 2010

zugleich

#### 15. Giessener Andrologisches Symposium

**Bad Nauheim, 26.–28.02.2010**



Die Themenauswahl des Intensivkurses orientiert sich am Curriculum der klinischen Andrologie, einen besonderen Schwerpunkt sollen praktische Fragen bilden, von der Infertilitätsdiagnostik und -therapie über die sexuelle Dysfunktion bis zum Altershypogonadismus. Der Kurs richtet sich sowohl an diejenigen, die schon längere Zeit in der Praxis tätig sind und mit andrologischen Fragen konfrontiert werden, als auch an Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Andrologie befinden. Wie bei dem vorangehenden Kurs 2009 werden integrierte Workshops einen besonders intensiven Wissensaustausch erlauben.

#### Tagungsort:

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen  
D-61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5–7

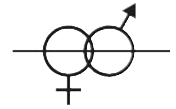
#### Tagungsleitung/Organisation:

W. Weidner, Th. Diemer, H.-Chr. Schuppe (Gießen);  
J. Jacobeit (Hamburg)

#### Weitere Informationen und Anmeldung über:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH  
z. Hd. Frau Jana Radoi  
D-07743 Jena, Markt 8  
Tel.: +49 (0)3641/3 53-3221 • Fax: +49 (0)3641/3 53-3271  
E-Mail: jana.radoi@conventus.de  
www.conventus.de

# DGRM-Mitteilungen



## ■ AG Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

*Bericht zum 5. ÄRE-Wochenende in Weimar, 08.–10.05.2009*

Nunmehr zum 5. Mal trafen sich Mitglieder und Interessentinnen der AG „Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ der DGRM zu einem Workshop-Wochenende in Weimar. Dieses Treffen ist inzwischen zu einer sehr guten Tradition geworden.

In diesem Jahr nahmen 18 Kolleginnen aus ganz Deutschland am Erfahrungsaustausch zu folgenden Themen teil:

### 1. „Das Vertragsarztänderungsgesetz und die Globalisierung – Risiken und Chancen für IVF-Zentren in Deutschland/Neuer EBM“ :

In diesem sehr interessanten Vortrag, der von Herrn **Dr. jur. Ullrich Grau** von der Kanzlei Dierks + Bohle in Berlin gehalten wurde, wurden neue Möglichkeiten von Kooperationen zwischen Praxen, Ärzten gleicher und unterschiedlicher Fachrichtungen, MVZs, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, Zweigpraxen, Teilzulassungen und Ähnliches dargestellt. Ebenso wurde über die neuen Möglichkeiten von Selektivverträgen mit den Krankenkassen informiert, Vor- und Nachteile sowie Perspektiven für die Zukunft des Gesundheitswesens aufgezeigt.

### 2. Über „Persönliche Erfahrungen aus IVF-Zentren im Ausland“ referierte Frau **PD Dr. med. Dolores Foth** aus der Universitätsfrauenklinik

Köln. Dabei beurteilte sie IVF-Praxen in Brüssel, Sankt Petersburg und Barcelona. Interessant waren hier die unterschiedlichen gesetzlichen Gegebenheiten in diesen 3 Staaten und die Bandbreite reproduktionsmedizinischer Techniken als legale Methoden. Es wurde dabei auf die Eizellspende, Embryonenspende, PID und die Samenspende bei alleinlebenden Frauen und Lesben eingegangen.

Ebenso interessant waren die z. T. sehr differierenden Kosten für die einzelnen Behandlungsformen.

Die Diskussion zu beiden Vorträgen gestaltete sich außerordentlich rege.

### 3. Die Nachmittagssession eröffnete Frau **Dr. med. Christiane Kling** aus Kiel mit einem Vortrag über „**Immunologische Ursachen von wiederholten Aborten und Implantationsversagen.**“

Sie beleuchtete dabei die Ursachen, Abklärungsmöglichkeiten habitueller Aborten und stellte als therapeutische Option die intrakutane Injektion von Lymphozytenpräparationen vor. Diese kann bei Patienten, die HA-positiv und jünger als 35 Jahre sind sowie maximal 3 Aborten hatten, die Prognose, eine Schwangerschaft auszutragen, teilweise deutlich verbessern.

### 4. Der abschließende Vortrag über „**Humangenetische Möglichkeiten bei wiederholten Aborten**“

von Frau **Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde** aus Datteln informierte sehr umfassend über das Altersrisiko von Aborten und die verschiedenen genetischen Ursachen von Fehlgeburten. Diese können durch spontane (Tri- und Monosomien, Tri- und Tetraploi-

dien) und erbliche Chromosomenanomalien (Translokationen) sowie über erbliche Genmutationen, zu denen z. B. Hereditäre Thrombophilien, autosomal-rezessiv erbliche und X-chromosomale Störungen zählen, bedingt sein. Die genetische Beratung helfe dem Paar, eine Entscheidung zu finden, die dessen Wertvorstellungen entspreche. Die folgende Diskussion gab auch hier wieder Gelegenheit für Anregungen und intensive Fragen.

Wie jedes Jahr spielten auch beim diesjährigen ÄRE-Treffen neben den wissenschaftlichen Themen insbesondere der persönliche Gedankenaustausch, das Kennenlernen und Wiedersehen von Ärztinnen, die in der Reproduktionsmedizin tätig sind, und eine damit verbundene Netzworkebildung, vor der kulturtvollen Kulisse von Weimar, eine wesentliche Rolle.

*Wir möchten schon heute sehr herzlich zu unserem nächsten ÄRE-Wochenende in Weimar vom 07.–09. 05. 2010 einladen.*

*Wir freuen uns auf Sie!*

*Dr. med. Grita Hasselbach  
Kinderwunschzentrum Bielefeld  
Schriftführerin ÄRE*

*Dr. med. Astrid Gabert  
Kinderwunschzentrum  
Praxisklinik City Leipzig  
Standorte Leipzig und Chemnitz  
Hauptsprecherin ÄRE*

## ■ Antwortschreiben der Familienministerin an die AG ÄRE

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn

AG ÄRE  
DGRM Geschäftsstelle  
Amsterdamer Weg 78  
44269 Dortmund

ORT, DATUM Bonn, den 21.07.2009  
GZ 404-0443/00011

**Ihr Schreiben vom 2. April 2009**

Sehr geehrte Frau Dr. Gabert,  
sehr geehrte Frau Dr. Hasselbach,  
sehr geehrte Frau Dr. Nickel,  
sehr geehrte Frau Dr. Nöldechen,  
sehr geehrte Frau Remberg,

im Namen der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Ursula von der Leyen danke ich Ihnen für Ihr Schreiben vom 02.04.2009 zur künstlichen Befruchtung. Über die darin zum Ausdruck gebrachte Anerkennung hat sich Frau Dr. von der Leyen sehr gefreut.

Die Vielzahl der Briefe und E-Mails, die uns nach den Äußerungen der Bundesministerin zu diesem Thema erreichten, zeigt, dass die Ministerin ein Anliegen vieler Menschen in diesem Land aufgegriffen hat.

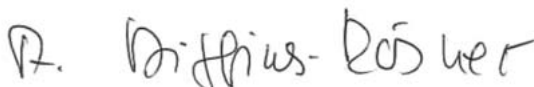
Um Paaren mit Kinderwunsch auch in schlechteren wirtschaftlichen Verhältnissen den Zugang zu den Methoden der modernen Reproduktionsmedizin zu ermöglichen, hat Frau Bundesministerin Dr. von der Leyen die in Sachsen beschlossene Regelung zur finanziellen Unterstützung von Kinderwunschpaaren sehr begrüßt. Es besteht die Hoffnung, dass möglichst viele Bundesländer dem Beispiel Sachsens folgen werden.

Unabhängig davon wird die Frage der Finanzierung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung ein Thema für die nächste Legislaturperiode sein.

Die Überlegungen und Planungen der Ministerin haben die Diskussion um ungewollte Kinderlosigkeit belebt – es ist zu hoffen, dass die gemeinsamen Bemühungen dazu beitragen, eine gute Lösung zu finden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Angelika Diggins-Rösner

## Seminarreihe der Arbeitsgemeinschaft Traditionelle Chinesische Medizin Akupunktur und TCM bei unerfülltem Kinderwunsch – Düsseldorf

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

<b>Grundlagen</b>	17.–18. Oktober 2009
<b>Diagnostik</b>	21.–22. November 2009
<b>Therapie der Infertilität I</b>	6.–7. Februar 2010
<b>Therapie der Infertilität II</b>	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: [geschaefsstelle@repromedizin.de](mailto:geschaefsstelle@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

#### 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

#### Grundlagen (20 UE) – 17.–18.10.2009

TCM (14 UE) Dr. F. Sulisty

- Grundlagen der Essenz-Jing
- Weibliche und männliche Physiologie aus chinesischer Sicht
- Ursachen und Muster-Differenzierung der Infertilität aus Sicht der TCM
- Praktische Fallbeispiele

#### Westliche Repro-Medizin (6 UE) Dr. T. Emde

- Weibliche und männliche Physiologie und Endokrinologie aus westlicher Sicht
- Epidemiologie, Ursachen und Differenzial-Diagnose der Infertilität aus Sicht der Schulmedizin

#### Diagnostik (20 UE) – 21.–22.11.2009

TCM (16 UE) Dr. A. Römer, Dr. K. Friol

- Syndrom Differenzierung
- Spezielle Diagnostikverfahren, Basaltemperaturkurve, Interpretation westl. Befunde, Zunge, Puls etc.
- Praktische Fallbeispiele

#### Westliche Repro-Medizin (4 UE)

Dr. T. Emde, Dr. K. Friol

- Behandlungsverfahren der Reproduktionsmedizin
- Medikamentöse Therapie
- IVF, ICSI, IMSI
- Besonderheiten der Medikation
- Überstimulation
- Praktische Fallbeispiele

#### Therapie der Infertilität I (20 UE) – 6.–7.02.2010

TCM Prof. St. Englert

- Therapie von Störungen der Essenz-Jing
- Besonderheiten in der Behandlung von weiblicher und männlicher Infertilität
- Therapie gemäß der Muster-Differenzierung mit den Methoden der TCM
- Besonderheiten der chinesischen Arzneimitteltherapie bei Kinderwunsch
- Akupunktur und Zusatzmethoden
- Therapie-Protokolle gemäß TCM
- spezielle Einzelkräuter, Rezepturen
- Akupunktur

#### Westliche Repro-Medizin

- Besonderheiten in der Behandlung von weiblicher und männlicher Infertilität
- Therapie gemäß der gynäkologischen und endokrinologischen Befunde
- Therapie-Protokolle (langes/kurzes Protokoll)
- Down-Regulation
- Differenzial-Therapie der Infertilität der Schulmedizin

#### Therapie der Infertilität II (20 UE) – 1.–2.05.2010

TCM (18 UE) Dr. F. Sulisty, Prof. St. Englert

- Therapie gemäß der Muster-Differenzierung II mit den Methoden der TCM
  - Besonderheiten der chinesischen Arzneimitteltherapie bei Kinderwunsch
  - Akupunktur und Zusatzmethoden
  - Therapie-Protokolle gemäß TCM
  - Spezielle weitere Einzelkräuter, weitere Rezepturen
  - Akupunktur
  - Prognose, Patientenführung, praktische Tipps und ergänzende Maßnahmen
- Westliche Repro-Medizin (2 UE inkl. Prüfung) Dr. T. Emde, Dr. K. Friol**
- Besonderheiten in der Behandlung von weiblicher und männlicher Infertilität
  - Therapie gemäß der gynäkologischen und endokrinologischen Befunde
  - Therapie-Protokolle (langes/kurzes Protokoll)
  - Down-Regulation
  - Differenzial-Therapie der Infertilität der Schulmedizin
  - Prognose, Patientenführung, praktische Tipps und ergänzende Maßnahmen

#### Abschlusstest-Zertifikat (20 UE)

„Experte – TCM in der Repro-Medizin“

Die Kurse beginnen jeweils am Samstagmorgen um 9 Uhr und enden um 18.30 Uhr und am Sonntag von 9 bis 16 Uhr. In der Kursgebühr sind Ihre persönlichen Kursunterlagen sowie Frühstückspause, Mittagspause und Nachmittagskaffee enthalten. Eine schriftliche Anmeldebestätigung wird Ihnen nach Zahlungseingang umgehend zugesandt. Die Teilnahmebescheinigung, Zertifizierung sowie die Finanzamtbescheinigung erhalten Sie zum Veranstaltungsende.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

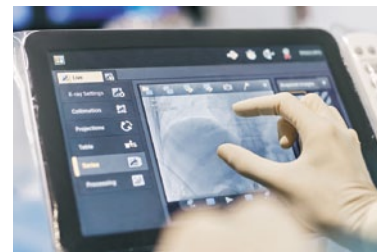
## [Medizintechnik-Produkte](#)



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](#)