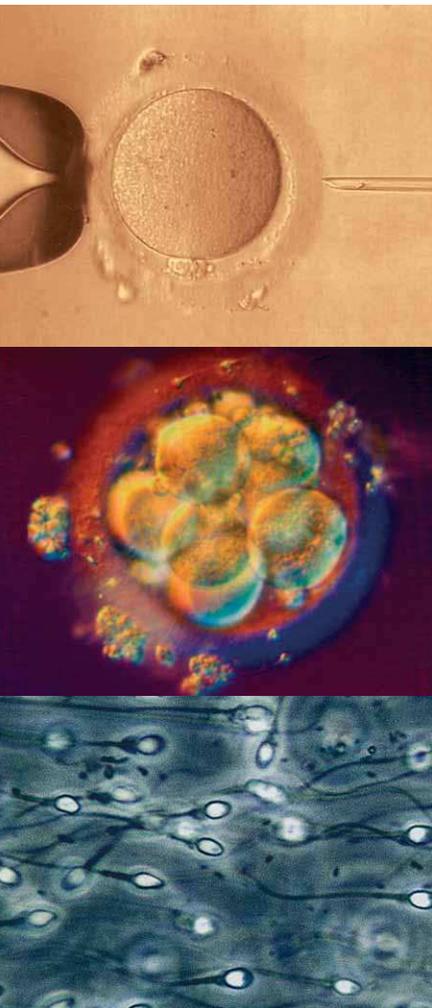


Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie und Biologie • Endokrinologie • Ethik und Recht •
Genetik • Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Urologie



Mitteilungen der Gesellschaften

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2008; 5 (3), 155-177

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

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

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

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

AGRBM-MITTEILUNGEN

LEITLINIE FÜR DIE FÜHRUNG UND EINRICHTUNG EINES ART-LABORS

der Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen (AGRBM)

25. April 2008

Die „Leitlinie für die Führung und Einrichtung eines ART-Labors“ der AGRBM wurde auf der Grundlage der EU-Richtlinie 2004/23/EG und ihrer beiden Durchführungsrichtlinien (2006/17/EG, 2006/86/EG) sowie des Gewebegesetzes (Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen) und seiner dazu erlassenen Rechtsverordnungen (AMWHV, TPG-GewV) überarbeitet. Sie ersetzt die bisherige Leitlinie vom 27.04.2004. Die Überarbeitung wurde vom Arbeitskreis „Qualitätsmanagement“ der AGRBM vorgenommen. Die vorliegende Leitlinie steht im Kontext zur „Leitlinie zum verantwortlichen Arbeiten im ART-Labor“ der AGRBM

vom 24.11.2006 und wurde im Konsens mit dem Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ) verabschiedet.

Ziel der vorliegenden Leitlinie ist es, Empfehlungen für die Organisation des reproduktionsbiologischen Laborbereichs einer IVF-Einrichtung auszusprechen, damit die Qualität der Arbeitsprozesse und der daraus resultierenden Arbeitsergebnisse durch klare Strukturen und Verantwortlichkeiten, ausreichende Personalbesetzung und adäquate Geräteausstattung gesichert werden kann. Vorgaben zur Qualifizierung des akademischen Laborpersonals sind der Fort-

und Weiterbildungsordnung der AGRBM zu entnehmen.

Die Leitlinie ist entsprechend dem wissenschaftlichen und methodischen Kenntnisstand und in Anpassung an gesetzliche und berufsrechtliche Vorgaben regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren. Im Hinblick auf den im Embryonenschutzgesetz normierten Arztvorbehalt und die berufsrechtlichen Regelungen der beteiligten Ärzte durch ärztlichspezifische „Richtlinien zur Durchführung der Assistierte Reproduktion“ sind Änderungen dieser Leitlinie in interdisziplinärer Abstimmung mit dem BRZ vorzunehmen.

Arbeitskreis Qualitätsmanagement AGRBM

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. Ines Hoppe (1. Vorsitzende)
PD Dr. Markus Montag
Dr. Uwe Mischeck
Dr. Bernd Junkersdorf
Dipl. Biol. Vera Baukloh

Vorstand des BRZ

Dr. Ulrich Hilland (1. Vorsitzender)
Dr. Georg Döhmen
Dr. Klaus Fiedler
Dr. Andreas Tandler-Schneider

1. ORGANISATION UND VERWALTUNG

2. LEITUNG UND PERSONELLE BESETZUNG

- 2.1. Aufgabenspektrum
- 2.2. Personelle Ausstattung
- 2.3. Rechte und Pflichten der Labormitarbeiter

3. AUSSTATTUNG UND GERÄTSCHAFTEN

- 3.1. Räumliche Ausstattung
 - 3.1.1. Andrologischer Bereich
 - 3.1.2. ART-Bereich
 - 3.1.3. Sonstige Räume
- 3.2. Gerätetechnische Ausstattung
 - 3.2.1. Andrologischer Bereich
 - 3.2.2. ART- Bereich
 - 3.2.3. Kryokonservierung
- 3.2.4. Gasversorgung
- 3.3. Arbeitsanweisungen
- 3.4. Lagermöglichkeiten für Keimzellen/ Vorkernstadien und Reagenzien
 - 3.4.1. Kryolagerung von Keimzellen und Vorkernstadien
 - 3.4.2. Reagenzien und Kulturmedien
- 3.5. Kommunikationsmittel, Verarbeitung, Speicherung und Sicherung von Daten

4. DOKUMENTATION UND RÜCKVERFOLGBARKEIT

5. FORTBILDUNG DER MITARBEITER

6. AUSWERTUNG

1. Organisation und Verwaltung

Die Organisation und Funktion des reproduktionsbiologischen (ART-) Labors ist zu beschreiben.

Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems ist Folgendes zu definieren und entsprechende Dokumente sind zu erstellen:

- Schnittstellen zu den klinischen Struktureinheiten
- Organigramm
- Verantwortlichkeiten, Pflichten und Kompetenzen der Labormitarbeiter
- Notfallplan
- Kurzbeschreibungen der angebotenen Leistungen
- Regelmäßige Besprechungen zwischen der Laborleitung und den ärztlich Verantwortlichen.

2. Leitung und personelle Besetzung

2.1. Aufgabenspektrum

Zur adäquaten Bearbeitung der im ART-Labor anfallenden Aufgaben ist der unter Punkt 2.2. genannte Personalbestand notwendig. Dabei werden unter Arbeiten im ART-Labor folgende Tätigkeiten zusammengefasst:

- Organisation, Beschaffung und Lagerung von Materialien für den ART-Bereich
- Vorbereitung der Kultivierung
- Spermidiagnostik und -aufbereitung für ART
- Eizellsuche
- In-vitro-Insemination und Intra-zyttoplasmatische Spermieninjektion
- Beurteilung von Keimzellen, Vorkernstadien, Embryonen
- Kultivierung von Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen
- Kryokonservierung, Kryolagerung und Auftauen von Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen (als Notfallmaßnahme)
- Mitwirkung beim Embryotransfer
- Dokumentation und Auswertung der ART-Labordaten, Qualitätsmanagement.

Tätigkeiten über das oben genannte Routinespektrum hinaus begründen grundsätzlich einen zusätzlichen Personalbedarf.

2.2. Personelle Besetzung

Mindestens ein Mitarbeiter im ART-Labor sollte für die Stelle des Laborleiters die in der Fort- und Weiterbildungsordnung der AGRBM genannten Kriterien für die Fachanerkennung „Reproduktionsbiologe/AGBRM“ erfüllen.

Die qualifizierte Vertretung für den Laborleiter muss geregelt sein.

Um den Arbeitsanforderungen zu jeder Zeit gerecht zu werden, muss neben dem Laborleiter für alle Routinemethoden mindestens eine weitere qualifizierte Person verfügbar sein.

Mit steigender Zykluszahl pro Jahr nimmt der Personalbedarf zu. Zur adäquaten Erfüllung der Aufgaben im ART-Labor ist folgender Stellenbedarf zu empfehlen:

- bis 250 Zyklen im Jahr: Laborleiter und ein Mitarbeiter
- bis 500 Zyklen im Jahr: mindestens 2,5 Stellen (inkl. Laborleiter)
- bis 750 Zyklen im Jahr: mindestens 3,0 Stellen (inkl. Laborleiter)
- bis 1000 Zyklen im Jahr: mindestens 4,0 Stellen (inkl. Laborleiter)
- bis 1500 Zyklen im Jahr: mindestens 5,0 Stellen (inkl. Laborleiter)
- bis 2000 Zyklen im Jahr: mindestens 6,0 Stellen (inkl. Laborleiter)
- bis 2500 Zyklen im Jahr: mindestens 7,0 Stellen (inkl. Laborleiter)
- bis 3000 Zyklen im Jahr: mindestens 8,0 Stellen (inkl. Laborleiter)

Darüber hinaus wird pro weiterer 500 Zyklen/Jahr ein weiterer Mitarbeiter benötigt. Ab 500 Zyklen/Jahr erfordert die Position des Labor-

leiters in der Regel eine Vollzeitanzstellung.

2.3. Rechte und Pflichten der Labormitarbeiter

Wie im Nachweisgesetz geregelt, muss jeder angestellte Labormitarbeiter über einen Arbeitsvertrag mit eindeutiger Funktionsbeschreibung verfügen.

Die Pflichten und Verantwortlichkeiten aller Labormitarbeiter müssen in einer Arbeitsplatzbeschreibung festgelegt sein.

Neue Mitarbeiter sind durch dokumentierte Einarbeitung auf ihre selbstständig durchzuführenden Tätigkeiten vorzubereiten.

Die Einarbeitung in die einzelnen Methoden erfolgt nach festgelegten Vorgaben. Der Einarbeitungserfolg und die Freigabe zur Tätigkeit sind zu dokumentieren.

3. Ausstattung und Gerätschaften

3.1. Räumliche Ausstattung

Die Laborräumlichkeiten sollen unter Beachtung der EU-Richtlinie 2004/23/EG und der entsprechenden Regelungen für den vorgesehenen Zweck geeignet sein (vgl. Baukloh & Hilland, J Reproduktionsmed Endokrinol 2005; 344–7).

Die Räumlichkeiten dürfen nur autorisiertem Personal zugänglich sein und sind gegen unbefugten Zutritt zu sichern.

Es muss ausreichend Arbeitsfläche in den verschiedenen Arbeitsbereichen und Bewegungsraum zwischen den Bereichen vorhanden sein, um ein sicheres Arbeiten der Labormitarbeiter zu ermöglichen. Ausreichend Stellflächen für Geräte und Lagermöglichkeiten für Materialien werden benötigt.

Die Arbeitsflächen sollen frei von nicht benötigten Gegenständen und leicht zu reinigen sein.

Separate Arbeitsbereiche für Labor- und Büroarbeiten sind erforderlich. Größere Vorratsmengen sollten außerhalb des ART-Labors gelagert werden

3.1.1. Andrologischer Bereich

Die Räumlichkeiten für die Entgegennahme und Aufarbeitung von Spermaproben müssen eindeutig zugeordnet sein.

3.1.2. ART-Bereich

Das ART-Labor sollte sich in räumlicher Nähe zum Entnahmeraum für Eizellen und zu dem Raum, in dem der Embryotransfer durchgeführt wird, befinden.

Beim Transport der Punktatflüssigkeiten muss die Wärmestabilität gewährleistet werden.

Die Brutschränke sollen von allen Arbeitsplätzen gut zugänglich sein.

Im ART-Labor müssen Arbeitsbereiche für die folgenden Tätigkeiten vorgehalten werden:

- Vorbereitung zur Kultivierung
- Untersuchung der Punktatflüssigkeiten und Überführung der Eizellen in die Kulturschalen
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
- In-vitro-Insemination
- Beurteilung von Eizellen/Vorkernstadien/Embryonen
- Kryokonservierung

3.1.3. Sonstige Räume

Hinsichtlich des Vorhandenseins von Sozial- und Umkleieräumen sind die Regelungen der Arbeitsstättenverordnung in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

3.2. Gerätetechnische Ausstattung

Zur Gewährleistung der Durchführbarkeit aller angebotenen Labor-

methoden muss eine ausreichende Anzahl geeigneter Geräte zur Verfügung stehen.

Eine Grundausstattung an Ersatzteilen muss für wichtige Geräte grundsätzlich vorhanden sein.

Für alle eingesetzten Geräte muss eine Bedienungsanleitung vorhanden sein. Die Wartung/Funktionskontrolle der Geräte muss planmä-

ßig erfolgen und ist zu dokumentieren.

Grundkenntnisse zur Fehlerbeseitigung an Geräten sollten alle Labormitarbeiter besitzen.

Störfälle der Geräte sowie deren Behebung sind zu dokumentieren.

Vor erneuter Inbetriebnahme reparierter Geräte sind diese zu überprüfen und von der Laborleitung freizugeben.

3.2.1. Andrologischer Bereich

Gegenstand	Bemerkungen
Standardmikroskop oder Phasenkontrastmikroskop	für die Mikroskopart geeignete Objektive
Mikropipetten	ausreichender Pipettensatz je nach Bedarf
Kühlschrank/Gefrierschrank	kann auch im ART-Bereich oder in einem benachbarten Raum stehen
Zählkammern	in ausreichender Zahl
Entsorgungsbehälter	entsprechend den örtlichen Bestimmungen zur Abfallentsorgung

3.2.2. ART-Bereich

Gegenstand	Bemerkungen
Brutschränke in angemessener Zahl, mindestens unterbrechungsfreie Stromversorgung bzw. Notstromversorgung	CO ₂ - und Temperatursensor, regulierbare CO ₂ -Konzentration, Türheizung für Brutschränke, ggf. Kryogerät
ICSI-Arbeitsplatz	Invertmikroskop mit Modulations- oder Interferenzoptik, mit beheizbarem Objektisch, mit geeigneten Mikromanipulatoren und Mikroinjektoren auf schwingungsarmem Arbeitsplatz
Zoom-Stereomikroskop	mit Wärmeplatte
Wärmesystem	zur Wahrung der Temperaturkonstanz
Geräte zur Kontrolle der Brutschrank-Einstellungen	Mindestsatz an geeigneten Messgeräten
Kühlschrank/Gefrierschrank	Vorratshaltung von Medien etc.
Mikropipetten	ausreichender Pipettensatz je nach Bedarf
ph-Meter und/oder CO ₂ -Messgerät	zur Funktionskontrolle
Entsorgungsbehälter	entsprechend den örtlichen Bestimmungen zur Abfallentsorgung

3.2.3. Kryokonservierung

Gegenstand	Bemerkungen
Kryogerät	geeignet zum programmgesteuerten Einfrieren
Dewargefäß	Größe dem Gerät und dem Einfrier-aufkommen angepasst
Handhabungssystem	zum Umlagern der Kryogefäße in die Lagerbehälter
Transportgefäß	Transport von Kryoproben
Lagerbehälter	mit Einordnungssystemen
Stickstoffversorgungsbehälter	Größe dem Stickstoffverbrauch entspre-chend, mit Entnahmeheber und/oder mit Lagerbehälter verbunden

3.2.4. Gasversorgung

Eine unterbrechungsfreie Gasversorgung der Brutschränke ist sicherzustellen.

Gegenstand	Bemerkungen
CO ₂ -Anlage	Gasqualität: Medizinische Qualität 4.5 empfohlen
N ₂ (fakultativ)	Gasqualität: Medizinische Qualität 5.3 empfohlen

3.3. Arbeitsanweisungen

Es muss für alle angewandten Labor-methoden schriftliche Arbeitsanwei-sungen (SOPs) geben.

Alle Labormitarbeiter müssen mit den Anweisungen zu den von ihnen durchgeführten Arbeiten vertraut sein und nach diesen vorgehen.

Insbesondere für die Entgegennah-me und Kennzeichnung von Materi-alien und persönlichen Proben von Patienten muss die eindeutige ver-wechslungssichere Zuordnung ge-währleistet sein.

Für die Reinigung der Geräte und Arbeitsplätze sowie der Laborräume muss eine schriftliche Anweisung bestehen (vgl. Leitlinie zum verant-wortlichen Arbeiten im ART-Labor).

3.4. Lagermöglichkeiten für Keim-zellen/Vorkernstadien/Embryonen und Reagenzien

3.4.1. Kryolagerung von Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen

Für die Lagerung von Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen muss ausreichend Kapazität vor-handen sein.

Das Lagersystem und die Beschriftung müssen jederzeit eine eindeutige Identifikation der Proben gewähr-leisten.

Die geeigneten Lagerbedingungen sind durch regelmäßige Überprü-fungen des Füllungszustandes zu gewährleisten.

Werden Proben mit noch unbe-kannten Infektionsparametern kryokonserviert und/oder gelagert, sind diese als Material in Quarantä-

ne zu kennzeichnen (siehe auch Leitlinie zum verantwortlichen Ar-beiten im ART-Labor).

Das Kryolager ist gegen unbefugten Zutritt zu sichern.

3.4.2. Reagenzien und Kulturmedien

Reagenzien und Kulturmedien müs-sen entsprechend der allgemeinen Laborrichtlinien bzw. der Angaben des Herstellers gelagert werden.

Sie müssen mindestens mit dem Anbruch- und Verfallsdatum be-schriftet und bei den empfohlenen Temperaturen gelagert werden.

3.5. Kommunikationsmittel, Verar-beitung, Speicherung und Sicherung von Daten

Die Ausstattung mit Kommunika-tionsmitteln soll einen problemlosen Datenfluss gewährleisten.

Patientendaten und Laborprotokolle müssen vor unbefugtem Zugriff gesi-chert aufbewahrt werden.

Die aktuelle Datenschutzgesetzge-bung ist zu beachten.

Elektronische Aufzeichnungen müs-sen während des vorgeschriebenen Aufbewahrungszeitraums kurzfristig lesbar und unauslöschlich sein. Bei jeder Änderung an den Daten ist eine Historie mitzuführen, damit nachweisbar ist, wann und durch welche Person Änderungen vorge-nommen worden sind.

Sicherheitskopien relevanter Com-puterdaten müssen regelmäßig er-stellt und an einem separaten Ort vor unbefugtem Zugriff gesichert aufbewahrt werden.

4. Dokumentation und Rückver-folgbarkeit

Die entsprechenden Arbeitsanwei-sungen müssen Vorschriften zur unverwechselbaren Patienten- und Probenidentifikation enthalten.

Die Laborarbeiten sollen patientenbezogen anhand von Protokoll-/Formblättern dokumentiert werden. Ausführende Personen und verwendete Materialien sind fallbezogen und soweit notwendig mit Zeitangabe zu dokumentieren.

Datenblätter und Zertifikate aller qualitätsrelevanten Materialien sind zu archivieren.

Der Nachweis über Kalibrierungen, Wartungen und Funktionsprüfungen ist zu führen.

Die Aufzeichnungen müssen lesbar und unauslöschlich sein.

5. Fortbildung der Mitarbeiter

Die kontinuierliche Fortbildung aller ART-Labormitarbeiter muss ermöglicht werden.

Die Fortbildung der akademischen Mitarbeiter sollte gemäß der Fort- und Weiterbildungsordnung der AGRBM erfolgen.

Die regelmäßige Teilnahme an Fachkongressen und Seminaren bzw. internen Schulungen sollte gewährleistet sein.

Es sollte Zugang zu den wichtigsten Fachjournalen bestehen.

6. Auswertung

Im Rahmen des Qualitätsmanagement soll eine Qualitätssicherung durchgeführt werden.

Als interne Qualitätssicherungsmaßnahme soll eine regelmäßige Aus- und Bewertung der durchgeführten Methoden – wo angebracht nach durchführenden Personen – anhand von Kennzahlen stattfinden.

NEUER VORSTAND DER AGRBM AGRBM

Wahl am 25.04.2008 auf der 14. Vollversammlung in Berlin

1. Vorsitzender	Dr. rer. nat. Jens Hirchenhain Universitäts-Frauenklinik, Unikid Moorenstraße 5 D-40225 Düsseldorf Tel. 0211/8118581, 8104068 Fax: 0211/8116787 E-Mail: hirchenhain@unikid.de
2. Vorsitzende	Dipl.-Biol. Katrin Pribbernow Kinderwunschzentrum Magdeburg Ulrichplatz 1 D-39104 Magdeburg Tel. 0391/8114090, 53539262 Fax: 0391/8520429 E-Mail: pribbernow@kinderwunschzentrum-magdeburg.de
Schatzmeister	Dr. rer. nat. Uwe Mischeck Kinderwunschzentrum Darmstadt Bratusstraße 9 D-64293 Darmstadt Tel. 06151/500980, 50098420 Fax: 06151/50098500 E-Mail: biologe@kwz-da.de
Schriftführer	Dr. rer. nat. Bernd Junkersdorf Praxisklinik Dr. Held Prager Straße 8a D-01069 Dresden Tel. 0351/4976571 Fax: 0351/4964979 E-Mail: Bernd.Junkersdorf@gmx.net
Koordinator	Dr. rer. nat. Claus Sibold Fertility Center Berlin Spandauer Damm 130 D-14050 Berlin Tel. 030/30354932 Fax 030/30106101 E-Mail: sibold@fertilitycenterberlin.de

ABGRENZUNG DER BEGRIFFE „ENTNAHME“ UND „BEARBEI- TUNG“ IM SINNE DES AMG, §§ 20 B UND C

Der Vorstand der AGRBM unterstützt die in Zusammenarbeit mit Mitgliedern des BRZ-Arbeitskreises zur Umsetzung der EU-Geweberichtlinien erarbeiteten Abgrenzungen der beiden oben genannten Erlaubnisbereiche. In diesem Arbeitskreis war die AGRBM aktiv durch **Vera Baukloh** vertreten.

Der BRZ hatte seine Mitglieder bereits in seinen Verbandsmitteilungen

unter dem Titel „AMWHV – Abgrenzungen im Bereich der Reproduktionsmedizin“ informiert [J Reproduktionsmed Endokrinol 2007; 293–4]. Der genaue Wortlaut kann an dieser Stelle entnommen werden.

Als kurzer Auszug:

Die „Entnahme“ endet:

Für Eizellen

– mit der Übertragung in ein Kulturmedium

Für ejakulierte Spermien

– mit der Übergabe an das Andrologielabor

Für testikuläre Biopsien

– mit der Übergabe an das Andrologielabor.

Unter „Bearbeitung“ im Rahmen der ART-Methoden gelten alle Laborarbeiten bis zum Erreichen der Vorkernstadien, da die Anwendung des AMG auf „Keimzellen“ beschränkt ist. Somit sind weder die Kryokonservierung von Vorkernstadien noch die Embryokultur oder der Transfer Gegenstand der Verpflichtung zur Erlaubniserteilung und der Überwachung.

*Dr. rer. nat. Ines Hoppe
Vorsitzende der
Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen
(AGRBM)*

*E-Mail:
ines.hoppe@med.uni-jena.de*

BRZ-MITTEILUNGEN

ORDENTLICHE MITGLIEDERVERSAMMLUNG DES BRZ, 26. APRIL 2008 IN BERLIN AUSZUG

Der Vormittag der Ordentlichen Mitgliederversammlung des BRZ (OMV) war dem Bereich Spendersamenbehandlung (DI) in Deutschland gewidmet. Die Berufspolitik, Verbandsinterna und Vorstandswahlen standen im Fokus des Nachmittags.

Der Rahmenvortrag von **Prof. Dr. Thomas Katzorke**, deutscher Pionier auf dem Gebiet DI, lieferte differenzierte Einblicke nicht nur in die internationale historische Entwicklung, sondern auch in die speziell deutsche Vergangenheit und Gegenwart des Behandlungsgebiets. Der Artikel „Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland“, erfreulicherweise bereits erschienen in Heft 1/2008 des „*Journals für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*“, gibt die Hauptinhalte des Vortrags wieder. Der Artikel steht unter

<http://www.kup.at/kup/pdf/6967.pdf>

zum Download zur Verfügung.

Trotz hoch kontroverser ethischer, moralischer und juristischer Diskussionen hat sich die Behandlungsmethode weltweit etabliert. Seit dem ersten Kongress 1979 ist aber bis heute keine Klärung der juristisch kritischen Fragen erfolgt. Bereits 1984 wurde die Anonymität des Spenders problematisiert – und bis heute keine Rechtssicherheit geschaffen. Ebenfalls ausstehend ist eine rechtliche Regelung des Erbrechts.

TOP Psychosoziale Aspekte der Spendersamenbehandlung

PD Dr. Tewes Wischmann (u. a. Heidelberger Kinderwunschprechstunde) stellte sehr eindrücklich die psychosozialen Aspekte der

Behandlung und der am Komplex beteiligten Akteure dar. Seine wesentlichen Hypothesen:

1. Spendersamenbehandlung ist nach wie vor stigmatisiert.
2. Dies kann das Familienleben negativ beeinflussen.
3. Aufklärung über die genetische Herkunft kann einer stabilen Identitätsfindung der Kinder dienen.
4. Aufklärung sorgt für ein unbelastetes Familienleben (kein „Familiengeheimnis“).
5. Die Beziehungen der Paare, die sich zu einer DI entscheiden, erscheinen stabiler.
6. Die Entwicklung der Kinder ist unauffällig im Vergleich mit „normal“ gezeugten.
7. Die Beziehung zwischen sozialen Vätern und DI-Kindern ist vonseiten der Väter eher belastet als vonseiten der Mütter.

Nach wie vor wird die Aufklärung der Kinder (lt. Prof. Katzorke seit Beginn der Behandlung ca. 100.000!) vernachlässigt. Weniger als 10 % der Eltern informieren die Kinder über die Diskrepanz zwischen biologischem und sozialem Vater. Untersuchungen zeigen aber, dass aufgeklärte Kinder und Eltern wesentlich von der Aufklärung profitieren. Gerade in den letzten Monaten wurden erschreckende Reaktionen von unaufgeklärten mittlerweile Erwachsenen bekannt. Hilfe für die Beratung durch die behandelnden Ärzte bieten die soeben erschienen Leitlinien für die Beratung:

www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf

Durch die Aufhebung der Spenderanonymität steigt das Durchschnittsalter der Spender drastisch. Mit dem gestiegenen Alter ändern sich die Beweggründe für eine Spende: Zählt

für jüngere Spender in erster Linie der finanzielle Anreiz, so findet man bei älteren Spendern eher altruistische Motive. Bislang wird die psychologische Betreuung von Spendern vernachlässigt.

TOP Umsetzung der Vorgaben des Gewebegesetzes in der Samenbank

Dr. Rüdiger Andreeßen, niedergelassener Urologe und Geschäftsführer der Samenbank Berlin GmbH, erörterte die seines Erachtens nach dem Inkrafttreten der TPG-GewV (26.03.2008) zwingend vorgeschriebenen Auflagen und ihre Auswirkungen auf die Tätigkeit einer Samenbank, die „Handel mit männlichen Keimzellen“ betreibt.

1. Anlegen einer Spenderakte und
2. Erstellen eines Entnahmeberichts:
 - Name und Anschrift der empfangenden Gewebereinrichtung
 - Beschreibung und Kennzeichnung des entnommenen Gewebes
 - Name und Anschrift des verantwortlichen Arztes
 - Genaue Angaben zum Entnahmezeitpunkt, Ort sowie Art und Weise der Entnahme
 - Spenderidentität (inkl. Zuordnungsnummer, die von der Einrichtung vergeben wurde)
 - Die Weiterleitung der Spenderidentität an das behandelnde reproduktionsmedizinische Zentrum sei zwingend erforderlich.

In der Diskussion ergibt sich die Notwendigkeit der Klärung, ob die Weitergabe der Spenderidentität an den Arzt tatsächlich vorgeschrieben ist. Der BRZ hat diese Klärung beim Bundesministerium für Gesundheit eingefordert und die eindeutige Antwort erhalten, dass die Übermitt-

lung der Klardaten der Spender (Name, Anschrift) an die behandelnden Zentren im Transplantationsgesetz nicht vorgeschrieben ist. Diese Einschätzung deckt sich erfreulicherweise mit der Ansicht des BRZ.

TOP Juristische Knackpunkte

Der Berliner Jurist **Ulrich Keiper**, Fachanwalt für Erbrecht (Kanzlei Keiper & Elze), beleuchtete 2 der kritischsten Punkte, die bei DI durch die deutsche Gesetzgebung und das Berufsrecht aufgeworfen werden.

Spendersamenbehandlung unverheirateter und gleichgeschlechtlicher Paare

Die Keiperschen Thesen:

1. Spendersamenbehandlung bei nicht verheirateten, heterosexuellen Lebensgefährten in fester Partnerschaft

Nach der sich aus der Einführung des Gewebegesetzes und der Novellierung der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Novelle 2006) (RiLNeu) ergebenden aktuellen Rechtslage sind zu den statusrechtlichen Zulassungsbedingungen für Inseminationsbehandlungen bei nicht verheirateten, heterosexuellen Lebensgefährten in fester Partnerschaft keine wesentlichen Neuerungen zu verzeichnen:

Da die Anerkennung der Vaterschaft unter Bedingungen nach § 1594 Abs. 3 BGB unwirksam ist, kann eine Anerkennung der Vaterschaft durch den Lebensgefährten vor der Zeugung, d. h. unter der aufschiebenden Bedingung der künftigen Zeugung, nicht wirksam erklärt werden. Somit dürfte eine Inseminationsbehandlung bei nichtehelichen heterosexuellen Lebensgefährten mangels Statussicherung des Kindes eigentlich nicht erfolgen, wäre also unzulässig.

Immerhin wird jedoch in der Standardrichtlinie RiLNeu unter den sta-

tusrechtlichen Zulassungsbedingungen nach Nr. 3.1.1. angedeutet, dass es für eine Inseminationsbehandlung bei Nichtverheirateten als ausreichend angesehen werden könne, wenn der Lebensgefährte die Vaterschaft an dem gezeugten Kind anerkennen werde, das heißt, wenn der Lebensgefährte die Anerkennung nach erfolgter Zeugung vornimmt.

2. Spendersamenbehandlung bei Frauen ohne Partnerschaft oder in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft

Nach Nr. 3.1.1. RiLNeu in Verbindung mit dem Kommentar ist eine Inseminationsbehandlung bei Frauen ohne Partnerschaft oder in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft weiterhin ausdrücklich ausgeschlossen.

Die Diskussion streicht nochmals heraus, dass gesetzlich geklärt werden muss, wie eine Vaterschaftsanerkennung (im Sinne des Kindeswohls und im Einklang mit dem BGB) bereits vor einer möglicherweise erfolgenden Zeugung erfolgen kann.

Anzumerken ist, dass die Berufsordnung und damit auch die (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer keine Gesetzeskraft besitzt. Darüber hinaus ist die Übernahme der berufsrechtlichen Vorgaben der BÄK der Entscheidung der Länder überlassen.

Dokumentation der Spendersamenbehandlung

Die Keiperschen Thesen:

1. Nach § 8d Abs. 2 S. 1 TPG sind Gewebeforschungseinrichtungen, die Gewebe entnehmen oder untersuchen (hierzu gehören auch Samenbanken), verpflichtet, jede Gewebeentnahme und -abgabe (Samenspende) und die damit verbundenen Maßnahmen für die in dem TPG geregelten Zwecke, für Zwecke der Rückverfolgung vom Empfänger zum Spender und umgekehrt, für

Zwecke einer medizinischen Versorgung des Spenders und für Zwecke der Risikoerfassung und Überwachung zu dokumentieren.

2. Unabhängig davon haben gemäß § 13a TPG Einrichtungen medizinischer Versorgung dafür zu sorgen, dass für Zwecke der Rückverfolgung (vom Empfänger zum Spender und umgekehrt) oder für Zwecke der Risikoerfassung jedes übertragene Gewebe von dem behandelnden Arzt dokumentiert wird.
3. Nach den RiLNeu ist bei der vorzunehmenden Dokumentation über die Spenderidentität und die Verwendung des Spendersamens – neben des einzuholenden Einverständnisses des Spenders in die Offenlegung dieser Daten und der Schweigepflichtsentbindungserklärung der Eltern gegenüber dem auskunftsberechtigten Kind – darauf zu achten, dass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt über alle erforderlichen Informationen selbst verfügt, um jederzeit einem berechtigten Auskunftsbegehren entsprechen zu können; eine Delegation an eine kooperierende Samenbank reicht nicht aus.
4. Die Zwecke der jeweiligen Dokumentation wurden vom Gesetzgeber im TPG genau festgelegt. Die Aufzählung der Zwecke in beiden Normen ist abschließend. Aus den Normen ergibt sich, dass sowohl die Samenbanken als auch die behandelnden Ärztinnen/Ärzte eine unmittelbare, nicht übertragbare Dokumentationspflicht haben. Ausnahmen hiervon sind im Gesetz nicht vorgesehen. Eine Delegation dieser Dokumentationsaufgaben an ein zentrales Register zur Entlastung von arztfernen Tätigkeiten ist demnach unzulässig. Datenschutzrechtlich bedürfte die zentrale Dokumentation ohnehin einer Einwilligung aller Beteiligten zu allen Verfahrensschritten.

5. Ein Verstoß gegen die Dokumentationsvorschriften ist nach § 20 Abs. 1 Nrn. 3, 6 TPG bußgeldbehaftet.

Die Darstellung RA Keipers steht bei der Dokumentation im Widerspruch zu den Ausführungen Dr. Andreeßens, aber auch im Widerspruch zum im nachfolgenden Dokumentationsmodell von **Dr. Soyke/Dr. Bispink** entwickelten Lösungsansatz. Lt. RA Keiper spricht das TPG gegen eine zentrale Dokumentation, verbunden mit der Forderung nach Datenschutz und „sparsamen“ Daten. Da es derzeit keine gesetzliche Regelung gibt, könnte in der Einwilligung aller Beteiligten eine Lösungsmöglichkeit liegen.

TOP MEDOCC – ein Lösungsansatz aus Hamburg (Dres. Soyke und Bispink)

These: „Die in den Richtlinien der BÄK verlangte Dokumentation der persönlichen und genetischen Daten des (anonymen) Samenspenders durch den inseminierenden Gynäkologen ist nicht zulässig, da die Samenbank oder andere Dritte – weder gesetzlich noch vertraglich – verpflichtet werden können, ihnen anvertraute Daten einem anderen = dem inseminierenden Arzt zu übertragen. Es besteht ein gesetzliches Verbot, eine Verpflichtung zu Lasten Dritter zu begründen. Diese ist unzulässig und unwirksam.“

Die EU-Richtlinie verstößt gegen das Grundgesetz und ist daher unzumutbar.“

Dr. Soyke stellt ein in sich durchaus stimmiges Konzept vor, das auf der Trennung von Dokumentation und Aufbewahrung beruht. Allerdings ist nach Ansicht der Juristen Keiper und Dr. Möller gerade die Delegation der Pflichten an eine dritte, nicht involvierte Instanz unzulässig und wird daher auch nicht die prognostizierte Rechtssicherheit für Ärzte bieten können (s. Keiper weiter oben).

TOP Von der Vertragsarztzulassung zur Anstellung

In seinem Vortrag „Von der Vertragsarztzulassung zur Anstellung“ zeigte **Dr. jur. K.-H. Möller**, juristischer Berater des BRZ, die Möglichkeiten aber auch die Klippen auf, die sich nach dem Vertragsarztrechtänderungsgesetz seit Januar 2007 für die Ärzteschaft ergeben haben. Besonders wesentlich sein Ausblick, dass mit einer möglichen gesetzlichen Aufhebung der Zulassungsbeschränkung auch für den vertragsärztlichen Bereich, faktisch die Unveräußerlichkeit der Praxis verbunden sein kann. Für den vertragszahnärztlichen Bereich ist diese Beschränkung bereits mit dem 1. April 2007 gefallen.

Der vollständige Vortrag kann gern per Mail angefordert werden unter

uszkoireit@repromed.de

BRZ-Mitgliedern liegt er vor.

*Bericht: Monika Uszkoreit
BRZ Büro Berlin
D-10119 Berlin, Torstraße 140
E-Mail: uszkoreit@repromed.de*

VORSTAND DES BUNDESVERBAND REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER ZENTREN DEUTSCHLANDS E.V. (BRZ) WIEDER GEWÄHLT

Im Rahmen seiner ordentlichen Mitgliederversammlung 2008 am 26. April in Berlin hat der Verband den amtierenden Vorstand erneut bestätigt.

1. Vorsitzender bleibt **Dr. med. Ulrich Hilland**, Fertility Center Münsterland in Bocholt. Er wird vertreten durch **Dr. med. Georg Döhmen**, Kinderwunschzentrum Mönchengladbach. Über die Finanzen wacht nach wie vor **Dr. med. Klaus Fiedler**, Kinderwunsch Centrum München.

Dr. med. Andreas Tandler-Schneider vom Fertility Center Berlin bekleidet weiterhin das Amt des Schriftführers.

Der BRZ vertritt seit 1996 nicht ausschließlich die berufspolitischen Interessen der deutschen humanen Reproduktionsmediziner gegenüber Kassen, Versicherern und der Selbstverwaltung, sondern hat seit seiner Gründung das hochkomplexe Gebiet gegenüber Gesetzgeber, Politik und Gesellschaft transparenter gemacht. Die Information der von ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Paare zählt ebenso wie die fundierte Information der Medien und die Vernetzung mit den anderen, auf dem Gebiet tätigen Gesellschaften zu den Aufgaben des Verbands.

Über 90 % der deutschen Reproduktionsmedizinischen Zentren sind über individuelle Mitgliedschaften im BRZ organisiert.

LABORUNTERSUCHUNGEN NACH DER TPG-GEWEBEVERORDNUNG (TPG-GEWV)

Als Erläuterung der für den Laien undurchsichtigen und medizinisch fragwürdigen Auflage der TPG-Gewebeverordnung zu den Laboruntersuchungen an dieser Stelle nochmals die Ausführungen **Dr. Hillands**:

Die TPG-GewV regelt in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 3 der Verordnung die erforderlichen Laboruntersuchungen für die Verwendung von menschlichen Keimzellen (Ei- und Samenzellen).

Die Bestimmungen in Anlage 4 Nr. 1a stellen eine Sonderregelung dar für die Aufbereitung von Samenzellen zur unmittelbar anschließenden homologen intrauterinen Insemination (= ohne deren Kryokonservierung). Weder die Samen(zell)auf-

bereitung zum IVF oder ICSI noch die Eizellaufbereitung sind unter Nr. 1a zu subsumieren. Dieser Teil der Verordnung entspricht im Übrigen exakt den Regelungen der EU-Durchführungsrichtlinie 2006/17/EG zur Partnerspende.

In Anlage 4 Nr. 3 werden die Anforderungen an die Untersuchungsverfahren bei der Verwendung von Keimzellen geregelt. Während unter **Nr. 3a** die **für alle Keimzellen** gleichermaßen geltenden Anforderungen durch **Verweis auf Anlage 3** festgelegt werden (so findet sich in Anlage 3 unter

Nr. 2e Doppelbuchstabe aa der Sieben-Tage-Abstand), bestimmt **Nr. 3b zusätzliche Anforderungen bei der heterologen Verwendung von Samenzellen**; die heterologe Verwendung von Eizellen wird verständlicherweise nicht geregelt, weil sie in Deutschland verboten ist.

Ausschließlich im Rahmen der Aufbereitung von Samenzellen zur unmittelbar anschließenden homologen intrauterinen Insemination kann auf die vorgeschriebenen Laboruntersuchungen verzichtet werden, wenn nachweisbar dem

Risiko der Kreuzkontamination und der Exposition des Personals durch die Anwendung validierter Verfahren begegnet worden ist. Ob nun die bisher geübte Praxis als validiertes Verfahren gelten kann, entscheidet letztlich die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der sogenannten „guten fachlichen Praxis“. Bisher liegen dazu aus keiner Behörde abschließende Stellungnahmen vor. Zusammen mit der DGRM bemüht sich der BRZ um die Definition „validierte Verfahren“ zugunsten der Vereinfachung des derzeit vorgeschriebenen Verfahrens.

KURZ UND AKTUELL

„Offene Fragen in der Reproduktionsmedizin“ Neue Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer gegründet

In die mit festen Mitgliedern und Gästen besetzte Arbeitsgruppe (Vorsitz: Prof. Dr. med. H. Kentenich, stellvertr. Vorsitz: Prof. Dr. med. H. Hepp) wurde der Vorsitzende des BRZ, Dr. Ulrich Hilland, berufen. Seine Berufung ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass der BRZ den größten Teil der in Deutschland erbrachten Kinderwunschbehandlungen repräsentiert. In der konstituierenden Sitzung im Mai 2008 wurden einzelne Unterarbeitsgruppen gebildet, die sich eingehend mit den Bereichen Embryonenschutzgesetz, Sozialrecht, Familienrecht und Forschung befassen werden.

„Gute fachliche Praxis“

In dieser Ausgabe finden Leser die „Leitlinie für die Führung und Einrichtung eines ART-Labors“, erarbeitet von der AGRBM und konsentiert mit dem BRZ. Vor dem Hintergrund des Gewebegesetzes und der zugehörigen Verordnungen ist diese Leitlinie, ebenso wie die im J Reproduktionsmed Endokrinol 2007/1 veröffentlichte „Leitlinie zum verantwortlichen Arbeiten im ART-Labor“ die konsentierte Stellungnahme der beiden Fachgesellschaften, mit denen die Begrifflichkeit „Gute fachliche Praxis“ mit Leben gefüllt wird.

Termine

Die folgenden Termine wollen Sie sich bitte vormerken:

1. **BRZ-Herbsttreffen im Rahmen des IVF-Gruppen Treffens 2008 (13. bis 15. November 2008):**
Samstag, 15. November 2008 in Frankfurt, ca. 14.00–18.00 Uhr.
Genauere Angaben erfolgen so bald wie möglich.
2. **Ebenfalls im Rahmen des IVF-Gruppen-Treffens wird am Samstag unmittelbar vor dem BRZ-Herbsttreffen ein D.I.R.-Symposium stattfinden.**
3. **Zusammen mit dem Institut für Rechtsfragen der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wird der BRZ ein Symposium zu Fragen der Reproduktionsmedizin veranstalten.**

Das Symposium wendet sich mit seinem in Zusammenarbeit mit **Dr. jur. K.-H. Möller** entwickelten Programm an BRZ-Mitglieder, Studenten, Gynäkologen, ärztl. Gesellschaften → Fortbildungspunkte, Ärztekammern, Ministerien, Universitäten, Rechtsanwälte, Notare.
Freitag, 13. Februar 2009 in Düsseldorf, voraussichtlich 10.00–16.00 Uhr.

Die genauen Angaben hierzu erfolgen ebenfalls so bald wie möglich.

Bietet Ihre Berufshaftpflicht wirklich ausreichenden Schutz – zu einem angemessenen Preis?

Nach intensivem Informationsaustausch mit dem BRZ bietet die Assekuranz AG, Internationale Versicherungsmakler Mitgliedern des Verbands einen ungewöhnlichen Service:

Bestehende Berufshaftpflichtverträge können, völlig vertraulich, bei dem Versicherungsdienstleister eingereicht und evaluiert werden.

Aufgrund der gelieferten Informationen wird die Assekuranz AG versuchen, einen umfassenderen (z. B. Einschluss des Kryokonservierungsrisikos) und möglicherweise auch preiswerteren Vertrag anzubieten. Zwei Fallbeispiele, die den Mitgliedern des BRZ auf der Mitgliederversammlung vorgelegt wurden, haben überzeugend gezeigt, dass durchaus Verhandlungsspielraum besteht.

Mitglieder, die diesen Service nutzen möchten, wollen sich bitte mit dem Verweis auf den BRZ direkt wenden an:

Herrn Stefan Knoch – Assessor jur. –
Abteilungsleiter Heilwesens
Tel. 00352/297 101-777
Fax: 00352/297 101-611
E-Mail: stefan.knoch@assekuranz-ag.lu
Postanschrift:
ASSEKURANZ AG
5, rue C. M. Spoo
L-2546 Luxembourg



DGA-MITTEILUNGEN

*Friede sei um diesen Grabstein her!
Sanfter Friede Gottes! Ach, sie haben
einen guten Mann begraben,
und mir war er mehr.*

(Matthias Claudius)

Am 1. Dezember 2007 verstarb in Berlin im Alter von 91 Jahren **Professor Dr. med. Rudolf Kaden**, der zu den Pionieren der Andrologie in Deutschland gehörte und hier vor allem in Berlin als Dermatologe und Androloge tätig gewesen ist.



Er wurde am 22. November 1916 in Dresden geboren und absolvierte das Medizinstudium in Leipzig, wo er im Jahre 1948 auch seine Dissertation über das Thema „Pyelitis in der Schwangerschaft“ vorlegte. Anschließend ging er nach Berlin, das nun seine Wirkungsstätte werden sollte. Am Rudolf-Virchow-Krankenhaus erlernte er unter Erich Langer die Dermatologie und konnte sich 1955 mit einer Arbeit über „Neue Untersuchungsergebnisse in der Pilzbiologie“ an der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin habilitieren.

Sein wissenschaftliches Interesse lag zunächst auf den Gebieten der Bakteriologie und Mykologie. Hier beschäftigten ihn Fragen der allgemeinen Diagnostik und der Resistenz gegenüber den üblichen Behandlungsmethoden. Aus dieser Zeit stammen Publikationen über die Agar-Block-Methode zum Studium pathogener Pilze, über den Nachweis fungistatischer Wirkungen von Netzmitteln sowie über gewerbliche Hautallergien durch Textilien und Kosmetikprodukte, ein Gebiet, dem er sich sehr verbunden wusste. Das führte auch zur Beschäftigung mit der Akne vulgaris, deren Ursachen und ihrer Behandlung. Die erste andrologische Publikation stammt aus dem Jahre 1966: „Verhalten der spermiogenetischen Aktivität bei Androgentherapie“. Der Andrologie widmete Rudolf Kaden nun seine Hauptarbeit, schaffte eine eigene Funktionseinheit an der Hautklinik der Freien Universität in Steglitz und bildete eine andrologische Arbeitsgruppe für den Großraum Berlin, für die er fortan Fort- und Weiterbildung übernahm. Auf diese Weise etablierte er auch für die Deutsche Gesellschaft für Andrologie einen Berliner „Außenposten“.

Aufgrund seiner andrologischen Tätigkeit in Berlin beantragte Professor Kaden bei der Medizinischen Fakultät eine Erweiterung seiner Venia legendi um das Fach Andrologie und legte hierzu eine besondere Schrift „Andrologische Methodik bei Fortpflanzungsproblemen des Menschen“ vor.

Mit besonderer Unterstützung seitens der Deutschen Gesellschaft für Andrologie wurde Rudolf Kaden trotz einiger Widerstände aus der Fakultät schließlich zum Professor für Andrologie an der Freien Universität Berlin ernannt. Ebenso konnte in einer Auseinandersetzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die gebotene Anerkennung der andrologischen Praxistätigkeit von Rudolf Kaden erreicht werden.

In meiner Eigenschaft als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie erlaubte ich mir damals, darauf hinzuweisen, dass sowohl die Ausbildung von Kaden am Rudolf-Virchow-Krankenhaus als auch seine spätere Tätigkeit am Klinikum Steglitz dazu geführt hätten, dass er im Fach Dermatologie in Berlin eine herausragende Stellung einnehmen und seine Position als Androloge unbestritten sein würde.

Rudolf Kaden war auch nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst der Universität Berlin unermüdlich tätig, und zwar nicht nur in eigener Praxis, sondern auch weiterhin im persönlichen Engagement für die Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft Berlin, auf allen Gebieten der Andrologie. Dabei spielten u. a. auch die von ihm eingeführten praktischen Übungen in der Spermauntersuchung eine besondere Rolle. Eine Reihe von Publikationen aus dieser Zeit spiegelt die intensive Beschäftigung mit Aspekten der Kryokonservierung menschlicher Spermien wider.

Rudolf Kaden versammelte zu seinem 90. Geburtstag eine Gruppe alter Freunde und Weggefährten im Berliner Clubhaus „Blau-Weiß“, wo er einen für sein hohes Alter frischen Eindruck machte und in einer kurzen Ansprache aus seinem langen Leben berichtete. Mit ihm verlässt uns ein weiteres Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Andrologie. Er war allzeit ein engagierter Kämpfer für die Belange der Andrologie, wofür ihm die Gesellschaft dankbar ist und ihm ein ehrendes Andenken bewahren wird.

*Prof. Dr. med. C. Schirren
Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
D-22391 Hamburg, Friedrich-Kirsten-Straße 25*



ZUSATZWEITERBILDUNG „ANDROLOGIE“ IN DEUTSCHLAND

Bereits während der Übergangsfrist zur Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Andrologie“ für Urologen, Dermatologen und Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie bemühte sich die Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA) um eine Harmonisierung der Zulassung zur Prüfung und der Prüfungsmodalitäten selbst. Zu diesem Zweck fand auf den beiden vergangenen Jahrestagungen der DGA (Düsseldorf 2006, Bonn-Bad Godesberg 2007) unter der Leitung von **Prof. Eberhard Nieschlag** ein Treffen der bei den jeweiligen Landesärztekammern (LÄK) akkreditierten Prüfer für die Zusatzweiterbildung „Andrologie“ statt. Angesichts sehr unterschiedlicher Erfahrungen in den einzelnen Bundesländern wurden **Empfehlungen zur Durchführung der Prüfung und Erlangung der Zusatzbezeichnung „Andrologie“** verabschiedet und an alle LÄK übermittelt. Diese beinhalten unter anderem:

- Vorprüfung der eingereichten Unterlagen durch die LÄK
- Prüfung der Unterlagen durch die zugelassenen Prüfer
- Zulassung zur Prüfung durch die LÄK
- Mündliche Prüfung

Da es sich bei der Andrologie um ein interdisziplinäres Gebiet handelt, sollten auch die Prüfergruppen den interdisziplinären Charakter des Gebietes widerspiegeln und sich aus Andrologen aus den Gebieten der Urologie, der Dermatologie und der Endokrinologie rekrutieren. Auch bei den Prüfungen selbst sollten die beiden Prüfer aus unterschiedlichen Gebieten stammen. Mindestens einer der Prüfer sollte eine dem Prüfling entsprechende gleiche Facharztausbildung haben.

Die mündlichen Prüfungen/Gespräche sollten als Einzelprüfungen (mit jeweils nur einem Kandidaten) durchgeführt werden und mindestens 30 Minuten dauern. Bei eingereichten Zeugnissen, die nicht plausibel erscheinen (z. B. ultrasonographische Untersuchungen, Spermioграмme, Hodenbiopsien), weil die angegebenen Leistungen an der jeweiligen, das Zeugnis ausstellenden Einrichtung gar nicht durchge-

führt werden, sollte eine Stichprobe mit Vorlage von Einzeluntersuchungen bzw. die Vorlage der Abrechnungsbescheide der KV erfragt werden.

Die Prüfungsinhalte orientieren sich an der Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung „Andrologie“. Mit Ausnahme der Hodenbiopsie sind operative Methoden nicht Inhalt der Zusatzweiterbildung „Andrologie“, sondern Gegenstand der Urologie. Bei nicht erfolgreicher Prüfung ist die Erteilung von Auflagen (z. B. Hospitation in einem andrologischen oder reproduktionsmedizinischen Zentrum, Besuch von Fortbildungsveranstaltungen) vor einer Neuzulassung zur Prüfung zu empfehlen. Es wäre wünschenswert, dass die LÄKs ihre Prüfer für die Zusatzbezeichnung „Andrologie“ zu einem Gespräch zusammenführen, damit die Prüfungsabläufe und -inhalte abgesprochen und harmonisiert werden können.

Eine weitere überregionale Zusammenkunft der Prüfer wird im Rahmen der 20. Jahrestagung der DGA in Halle/Saale am 13.09.2008 von 14.45–15.45 Uhr stattfinden.

Im Namen des Vorstandes der DGA

Dipl. Med. Jens Jacobeit und Prof. Dr. med. Dr. h.c. Eberhard Nieschlag



NUR ANDROLOGEN DÜRFEN SICH „MÄNNERARZT“ NENNEN

Seit Einführung der Zusatzweiterbildung Andrologie in die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern besteht die Gefahr, dass die Verwendung der Bezeichnungen „Androloge“ und „Männerarzt“ zu Verwechslungen und Fehlinterpretationen führt. Daher haben die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer und des Ausschusses „Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ schon frühzeitig folgenden Beschluss gefasst und veröffentlicht:

„Da die Bezeichnung „Männerarzt“ mit der Zusatzbezeichnung Andrologie als identisch bzw. verwechselbar betrachtet wird, stellt die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ fest, dass diese Bezeichnung nur in Verbindung mit der erfolgreich erworbenen Zusatzweiterbildung „Andrologie“ geführt werden darf.“ Trotz dieses eindeutigen Beschlusses werden die Begriffe „Männerarzt“ und „Männerarzt (CMI)“ weiterhin auch von Ärzten verwendet, die nicht die Zusatzweiterbildung „Andrologie“ erworben haben. Die DGA hat ihre Mitglieder wiederholt auf diesen Missbrauch hingewiesen, der zum Nachteil der weitergebildeten und geprüften „echten“ Andrologen gereicht.

Inzwischen gehen auch die Ärztekammern gegen diesen Missbrauch des Begriffes „Männerarzt“ vor. So hatte auch die LÄK Westfalen-Lippe einen niedergelassenen Arzt, der auf seinem Praxisschild und im Internet die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin, prakt. Arzt – Naturheilverfahren – Männerarzt (CMI)“ verwandte, abgemahnt, den Begriff „Männerarzt (CMI)“ nicht zu verwenden. Nachdem der Kollege dies ablehnte, schaltete die LÄK die Zen-

trale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V., Frankfurt/Main, ein, deren Abmahnung ebenfalls erfolglos blieb. Darauf hin klagte die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs vor dem Landgericht Münster, dessen 2. Kammer für Handelssachen inzwischen ein Urteil erlassen hat. Der beklagte Arzt wurde verurteilt, „es bei der Vermeidung eines vom Gericht für jeden Fall schuldhafter Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zur Höhe von EUR 250.000,-, ersatzweise Ordnungshaft oder einer Ordnungshaft bis zur Dauer von 6 Monaten, zu unterlassen, im Wettbewerb handelnd sich als ‚Männerarzt (CMI)‘ zu bezeichnen und/oder bezeichnen zu lassen.“

In der Urteilsbegründung verweist das Gericht darauf, dass entsprechend der Berufs- und Weiterbildungsordnung nur derjenige die Weiterbildungsbezeichnung „Andrologie“ führen darf, der die Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Urologie oder die Schwerpunktacknowledgment für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie besitzt und zusätzlich eine 18-monatige Weiterbildungszeit und den entsprechenden Abschluss vor der Ärztekammer nachweisen kann. Die Führung der Bezeichnung „Männerarzt“ durch den Beklagten sei mit einem nicht unerheblichen Werbeeffekt zugunsten des Beklagten verbunden und verstoße gegen die gesetzlichen Bestimmungen, die auch dazu bestimmt seien, im Interesse der Marktteilnehmer (sowohl Patienten als auch Mitbewerber) das Marktgeschehen zu regeln. Daher sei dieses Verhalten als unlautere Wettbewerbsbehandlung mit erheblicher Beeinträchtigung der Marktteilnehmer unzulässig.

Den Verweis auf die grundsätzlich garantierte Freiheit der Berufsausübung ließ das Gericht nicht gelten, da der Gesetzgeber das Recht habe,

diese Freiheit der Berufsausübung durch einschränkende Gesetze zu regeln und davon habe der nordrhein-westfälische Gesetzgeber im Heilberufe-Gesetz NRW Gebrauch gemacht. Derartige gesetzliche Einschränkungen der Freiheit der Berufsausübung dienten der Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit qualifizierten Ärzten und dazu dienten die Regelungen zur Erreichung der Facharztqualifikationen und der Berechtigung zur Führung von Zusatzbezeichnungen nach den Weiterbildungsordnungen.

Das Führen von Fachgebietsbezeichnungen unter Missachtung dieser strengen gesetzlichen Regelung sei geeignet, zu Irrtümern und damit zu einer Verunsicherung der Patienten zu führen, wie hier zu der naheliegenden Auffassung, „Männerarzt (CMI)“ und „Androloge“ seien gleichwertig. Ein solcher Irrtum könnte das Vertrauen in den Arztberuf untergraben und langfristig negative Rückwirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben. Der Verhinderung solcher Irrtümer und ihrer Auswirkungen räumt die Kammer einen deutlichen Vorrang vor dem Interesse des Beklagten ein, sich mit dem Führen der Bezeichnung „Männerarzt (CMI)“ und der damit verbundenen Werbung mit besonderer Qualifikation einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.

Weiterhin wird in dem Urteil ausgeführt, dass die Bezeichnung „Männerarzt“ zur Vorstellung führe, es handle sich um das Pendant zum Begriff Frauenarzt gemäß Weiterbildungsordnung. Es könnte die Vorstellung entwickelt werden, die Verwendung des Begriffes „Männerarzt“ stelle ähnliche Fortbildungsanforderungen wie die Facharztbezeichnung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Entgegen dieser Vorstellung würde jedoch die Bezeichnung „Männerarzt (CMI)“ von einem privaten Verein aufgrund der Teilnahme an drei Wochenendsemina-



ren vergeben. Dem gegenüber setze das Führen der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ sowohl die Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Urologie oder die Schwerpunktnennung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie als auch die erfolgreich abgeschlossene und in der Weiterbildungsordnung geregelte Zusatzweiterbildung Andrologie voraus. Auch der Zusatz „CMI“ zur Bezeichnung „Männerarzt“ reiche nicht aus, um Patienten darüber

aufzuklären, was sich hinter den beiden Begriffen tatsächlich verberge.

Das klar formulierte Urteil stützt somit die Auffassung der Ärztekammern und der DGA und bildet einen wichtigen Schritt in der Entwicklung der öffentlichen Vorstellung vom Berufsbild des „Andrologen“ und „Männerarztes“. Allerdings hat der wenig einsichtige Beklagte Berufung gegen dieses Urteil eingelegt und es bleibt zu hoffen, dass das Oberlan-

desgericht das Urteil bestätigen wird. In jedem Falle wird sich die DGA weiterhin für eine klare Profilbildung des Andrologen und der Andrologie einsetzen.

*Prof. Dr. Dr. h. c.
Eberhard Nieschlag
Centrum für Reproduktionsmedizin
und Andrologie der Universität
D-48149 Münster, Domagkstraße 11
E-Mail:
Eberhard.Nieschlag@ukmuenster.de*



DGRM-MITTEILUNGEN

TAGUNGSBERICHT: „IMMUNOLOGIE UND REPRODUKTIVS MEDIZIN“

1. März 2008 – Kiel

Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) Institut für Immunologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus

Die Veranstaltung richtete sich vor allem an Gynäkologen mit dem Schwerpunkt Reproduktionsmedizin. Sechs Referentinnen und Referenten stellten unter Leitung von **Herrn Prof. Dr. med. Dieter Kabelitz** und **Herrn Dr. med. Andreas Schmutzler**, Kiel, in Übersichtsform die Ergebnisse eigener und anderer Arbeitsgruppen zur Grundlagenforschung der Reproduktionsimmunologie und zu angewandten klinischen Konzepten vor.

Prof. Dr. med. Dieter Kabelitz, Kiel:
Überblick über das Immunsystem

Die Meilensteine der Immunologie seit dem 18. Jahrhundert und der Reproduktionsimmunologie mit P. Medawar seit 1953 zeigen, dass sich – bedingt durch immer differenziertere Labormethoden – der Wissensstand v. a. in den vergangenen 20 Jahren explosionsartig vermehrt hat. Das Wissen um immunologische Regulationsvorgänge hat nicht nur effektive Impfstoffe, sondern auch Ansätze zur Behandlung von Tumoren, Autoimmunerkrankungen und in der Transplantationsmedizin hervorgebracht. Die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schwangerschaft erfordert Toleranzbildung des mütterlichen Immunsystems gegenüber der Kindsanlage, an der Zellen der angeborenen und der erworbenen Immunabwehr beteiligt sind. Damit ist das Immunsystem der Mutter maßgeblich am Erfolg der Schwangerschaft beteiligt. Auch hier sind mit der Erweiterung des Wissensstandes weitere diagnostische und therapeutische Ansätze zu erwarten.

Frau PD Dr. rer. nat. Andrea Kruse, Lübeck:

Kenntnisstand über Immunreaktionen an der mütterlich-fetalen Grenzschicht

Die Toleranz des Immunsystems gegenüber dem kindlichen Tropho-

blasten beruht wesentlich auf einer fein regulierten Steuerung durch mütterliche Immunzellen. Im Verlauf der Schwangerschaft kommt es aufgrund der hochspezifischen Expression von vaskulären Adhäsionsmolekülen und Chemokinen zu einer Einwanderung von spezialisierten mütterlichen Leukozyten-Subpopulationen in den schwangeren Uterus. Eine der ungewöhnlichsten Zellpopulationen innerhalb der Decidua basalis sind bei Maus und Mensch uterine Natural Killer- (uNK-) Zellen. Diese einzigartigen Zellen haben sowohl aufgrund ihres fast exklusiven Auftretens im Uterus vor allem während der Schwangerschaft als auch ihres ungewöhnlichen Phänotyps großes Interesse erlangt. Sie setzen Zytokine, Wachstumsfaktoren und Interferon- γ frei, die die Angiogenese in der Dezidua und beim Menschen wahrscheinlich auch die Reifung des Synzytiotrophoblasten induzieren. Eine weitere wichtige Zellpopulation bei Maus und Mensch stellen dendritische Zellen (DC) dar. Sie scheinen, wie auch die an der mütterlich-fetalen Grenzschicht vorkommenden regulatorischen T-Zellen, an der Toleranzinduktion beteiligt zu sein. Bei Maus und Mensch konnten jedoch auch direkte Interaktionen zwischen DC und uNK-Zellen beobachtet werden. Neben dem mütterlichen Immunsystem hat aber auch der Trophoblast selbst Strategien entwickelt, sich vor der Zerstörung durch das mütterli-

che Immunsystem zu schützen (s. a. V. Rebmann, E. Westphal, L. Rieger).

Frau Dr. rer. medic. Vera Rebmann, Essen:

HLA-G: Ein diagnostischer Marker für die Vorhersage einer Schwangerschaft nach IVF?

Während der Schwangerschaft wird die Immuntoleranz zwischen Fötus und Mutter unter anderem über die Expression des sogenannten HLA-G-Moleküls etabliert und erhalten. Lösliche HLA-G-Moleküle werden nicht nur von allen Zellgruppen des Trophoblasten freigesetzt, sondern auch von Oozyten und Präimplantationsembryonen gebildet. Die Frage, ob der Nachweis löslicher Moleküle (sHLA-G) in Embryonenkulturen (EK) prognostische Bedeutung hat, wurde vom Institut für Immunologie in Essen untersucht. Im Rahmen einer bundesweiten Multicenter-Studie, an der 29 IVF-Zentren teilnahmen, wurden 4661 EK von 2543 Zyklen (583 IVF, 1919 ICSI und 41 TESE) und 461 Mediumkontrollen analysiert. Bei 1003 der 4661 EK (22 %) konnten eindeutig sHLA-G-Moleküle nachgewiesen werden. Der Nachweis von sHLA-G war signifikant ($p = 0,0001$) mit dem Reproduktionserfolg assoziiert: 40,1 % der sHLA-G-positiven und nur 25,2 % der sHLA-G-negativen Embryonen führten zur Schwangerschaft nach Embryotransfer. Die



Ergebnisse dieser Studie belegen damit eindeutig, dass sHLA-G als prognostischer Marker für den Behandlungserfolg nach IVF dienen kann.

Dr. med. Eckhart Westphal, Kiel:

Immundiagnostik und Immuntherapie bei Infertilität

Seit Sir Peter Medawar 1953 seine Thesen zur immunologischen Situation der Schwangerschaft beim Menschen aufstellte, gilt er als Begründer der Reproduktionsimmunologie. Inzwischen haben sich die Erkenntnisse über immunologische Abläufe einer Gravidität jedoch erheblich erweitert (s. a. A. Kruse). Neben dem HLA-System und seinem extremen Polymorphismus wurde ein ebenfalls polymorphes System von Rezeptoren auf „natürlichen Killerzellen“ (NK-Zellen), die mit bestimmten Proteinen des HLA-Systems korrespondieren (genannt KIR = „killer-cell immunoglobulin-like receptor“), bekannt. Uterine NK-Zellen (uNK) stellen eine spezialisierte Untergruppe der NK-Zellen dar. Die Bestimmung von NK-Zellen im peripheren Blut (pNK) als prognostischer Marker vor einer Gravidität ist nicht sinnvoll, da pNK auf die Einnistung keinerlei Einfluss ausüben. Damit erübrigt sich auch eine „therapeutische“ Gabe von Pentoxifyllin zur Senkung der pNK-Zahl.

Die Diagnostik von Antiphospholipid-Antikörpern (APA) bei Infertilität sollte nur bei Verdacht auf Vorliegen eines Antiphospholipidsyndroms (APS) durchgeführt werden, was vor allem bei systemischem Lupus erythematodes und bei Spätaborten (> 14. SSW) indiziert ist.

Nach Immuntherapie mit intrakutan verabreichten Partnerlymphozyten zeigt sich ein schon lange beobachteter Effekt, dass nämlich die meisten Schwangerschaften relativ zeitnah nach Immunisierung entstehen,

d. h. in den folgenden 6–12 Monaten, und erfolgreich verlaufen. Nach gegenwärtigen Evidenzen könnte dies auf eine Beteiligung von regulatorischen T-Lymphozyten hindeuten, die immunologische Störungen in der frühen Schwangerschaft unterbinden.

Die Wirkmechanismen von intravenösem Immunglobulin (IVIG) werden kontrovers diskutiert. An dieser Stelle sei angemerkt, dass offenbar Unterschiede bei den Präparaten verschiedener IVIG-Hersteller bestehen (van den Heuvel et al., AJRI, 2007). Bei sekundären habituellen Aborten (nach Geburt eines Kindes) haben Christiansen u. Nielsen (2005) gute Erfolge mit IVIG beschrieben.

Bei einem Ausblick auf zukünftige immundiagnostische Maßnahmen bei Infertilität könnten folgende Bereiche Erfolg versprechen:

- (a) Umfassendere Bestimmung der genetischen Voraussetzungen (inkl. HLA-C, -G und KIR) bei Patientin und Partner mithilfe geeigneter Mikrochips
- (b) Bessere Marker zur Überprüfung der individuellen Immunitäts-situation im Endometrium in situ
- (c) Testung regulatorischer Immunfaktoren vor und nach Immuntherapie anstelle Bestimmung „antipaternaler Antikörper“ und
- (d) Entwicklung prognostisch günstiger Faktoren ähnlich dem „solublen HLA-G“ (s. Beitrag V. Rebmann).

PD Dr. med. Lorenz Rieger, Würzburg:

Immunfaktoren bei Präeklampsie

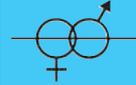
Der Ursache der Präeklampsie, die zum Formenkreis der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen gehört, ist bislang nur zum Teil verstanden. Als gesichert kann lediglich gelten, dass in schweren Fällen eine Trophoblasteninvasionsstörung vorliegt und dass dafür immunologi-

sche Faktoren prädisponierend sein können. Die Krankheit verläuft in 2 Phasen: In der ersten Schwangerschaftshälfte findet die Trophoblasteninvasion nur mangelhaft statt, in der zweiten Schwangerschaftshälfte kommt es durch die Ausschüttung verschiedener Mediatoren wie z. B. sFlt-1 („soluble fms-like tyrosine kinase 1“) zu einer endothelialen Dysfunktion und dadurch zu der bekannten klinischen Symptomatik. Ursächlich für die Trophoblasteninvasionsstörung scheinen immunologische Faktoren wie z. B. bestimmte HLA-Konstellationen zu sein (s. E. Westphal). Möglicherweise sind aber auch lokale Faktoren wie eine verminderte HLA-G-Expression oder eine erniedrigte Aktivität des Enzyms Indolamin 2,3-Dioxygenase beteiligt. Zum weiteren Verständnis ist die Untersuchung der physiologischen Vorgänge an der fetomaternalen Grenzzone notwendig.

Dr. med. Christiane Kling, Kiel:

Klinischer Verlauf nach habituellen Aborten und wiederholtem Implantationsversagen

Im Institut für Immunologie, Campus Kiel, werden Paare mit unerfülltem Kinderwunsch zur Immuntherapie mit Partnerlymphozyten seit ca. 20 Jahren vorgestellt, so dass empirische Daten einer großen Klientel verfügbar sind. Nachbeobachtungen über einen Zeitraum von 2 Jahren zeigten, dass bei Frauen mit primären habituellen Aborten (n = 229) ein Alter unter 35 Jahren, die Zahl von „nur“ 3 Aborten und positive embryonale Vitalitätszeichen mit einer Geburtenrate bis 95 % verbunden sind. Anderenfalls müssen neben einem höheren Abortrisiko auch Sterilitätsfaktoren berücksichtigt werden (J. Magez, unveröffentlichte Daten). Im IVF-Programm (n = 1174) liegt die Geburtenrate pro Paar ab dem 4.–8. Zyklus konstant bei etwa 24–30 %. Ein ausschlaggebender Faktor ist die



Eizellqualität, die sich am Alter der Frau und der Zahl der vorangegangenen Kryotransfers abschätzen lässt. Dementsprechend haben Paare mit andrologischer Sterilität bessere Aussichten als Paare mit gynäkologischer IVF-Indikation.

Neben therapeutischen Ansätzen ist ein wichtiger Baustein in der Betreuung betroffener Paare die Beratung über die weiteren Aussichten auf eine Geburt, die anhand individueller Prognosefaktoren beziffert werden und die Paare entlasten kann. Eine

Immuntherapie mit Partnerlymphozyten kommt in ausgewählten Fällen in Betracht, wenn die standardisierte Ausschlussdiagnostik, die unter anderem genetische und uterine Faktoren berücksichtigt, keinen pathologischen Befund ergeben hat.

Bericht: Dr. med. Christiane Kling

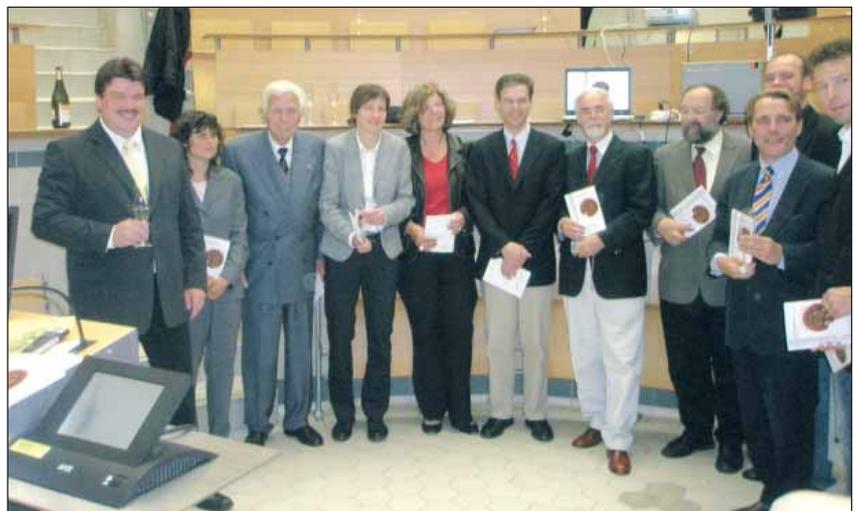
50 JAHRE DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIVMEDIZIN

Am 17. Mai 2008 feierte die Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin ihr 50-jähriges Bestehen. Anlässlich dieses Jubiläums fand im ehemaligen großen Hörsaal der II. Frauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Lindwurmstraße 2a), genau an der Stelle, wo am 17. Mai 1958 die Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin gegründet wurde, eine Feier im Kreise der ehemaligen Präsidentinnen und Präsidenten und des Vorstandes statt. Die Mitglieder der Gesellschaft erhielten zum Festtag eine Jubiläumsbroschüre zugesandt. Diese gibt einen Überblick sowohl über die vielfältigen Aktivitäten als auch über die Historie der Gesellschaft.

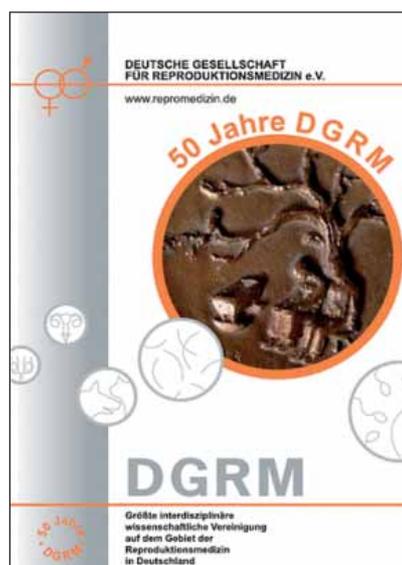
Aufgrund dieses Jubiläums wird von unserer Gesellschaft vom **13.–15. November 2008** in Frankfurt/Main das **XXII. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren** sowie die **Jubiläumsjahrestagung der DGRM** ausgerichtet. Weitere Informationen finden Sie unter www.ivf-2008.de.

Deadline der Abstracteinreichung ist der 1. September 2008.

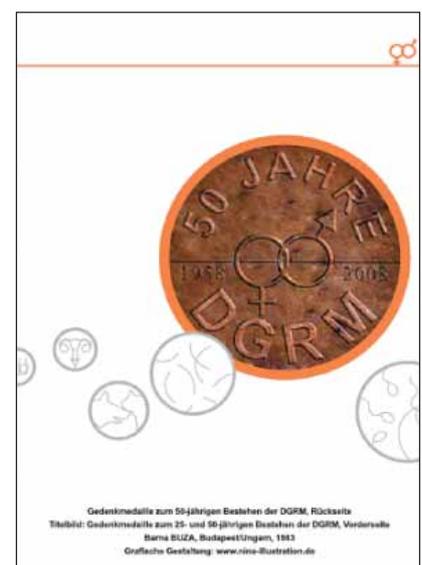
Bericht:
PD Dr. med. Monika Bals-Pratsch



Jubiläum 50 Jahre DGRM an „historischer Stätte“



Jubiläumsbroschüre 50 Jahre DGRM mit
Gedenkmedaille – Vorderseite



Gedenkmedaille – Rückseite



BERICHT VOM 4. ÄRE- WOCHENENDE WEIMAR 2008

Vom 11.–13. April 2008 trafen sich Mitglieder der AG Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (ÄRE) in der DGRM und Interessentinnen zu einem Erfahrungsaustausch.

Schwerpunkt des diesjährigen Treffens waren die Schulmedizin ergänzende Therapieansätze und Randbereiche in Reproduktionsmedizin und Endokrinologie.

Folgende Themen standen zur Diskussion:

1. Wem hilft die traditionelle Chinesische Medizin in der Kinderwunschbehandlung und wie wird sie begleitend angewendet?

Petra Schweiger (Regensburg) stellte neben den Grundlagen der TCM (Akupunktur und Phytotherapie) auch das Regensburger Konzept der Zusammenarbeit zwischen Reproduktionsmedizinischem Zentrum und integrierter allgemeinmedizinischer Praxis mit TCM-Schwerpunkt vor. Dabei werden von ihr sowohl Frauen als auch Männer behandelt. Es erfolgt eine Synchronisierung der Behandlung (TCM und Reproduktionsmedizin) in gegenseitiger Wertschätzung der beiden Disziplinen.

Nach einer kurzen Einführung in die Grundlagen des Yin Yang und der 5 Funktionskreise Herz, Milz, Lunge, Niere und Leber sowie der spezifischen Anamnese und Funktionsdiagnostik (A. radialis-Pulsmessung an 3 Stellen, Zungendiagnostik) wurde erläutert, dass im Wesentlichen Ernährungsberatung, Lebensführung, Entspannungstechniken, Tuina, Chinesische Massagetechniken und Akupunktur eingesetzt werden. Sie sollen eine Verbesserung der Befindlichkeit bewirken und so den Behandlungserfolg unterstützen.

Die Behandlung beginnt bereits vor Anwendung der reproduktions-



Teilnehmerinnen ÄRE-Workshop Weimar 2008

medizinischen Techniken mit einer Vorbereitungsphase von 3 Zyklen mit dem Partner.

Die Unterstützung in der Stimulationsphase soll u. a. die Nebenwirkungen mindern. Vor und nach dem Embryotransfer wird zur Verbesserung der energetischen Versorgung und Minderung der Anspannung Akupunktur angewendet. In der Implantationsphase erfolgt eine Zwischenanamnese, die Akupunktur wird zur Unterstützung der Implantation und Beruhigung durchgeführt. Bei weit entfernt wohnenden Patientinnen werden überwiegend Heilkräuter angewendet. Die Frühschwangerschaft wird in Analogie zur Implantationsphase behandelt.

Beim Gesamtkonzept wird darauf geachtet, dass die finanzielle Belastung für das Paar erträglich bleibt.

2. Stellenwert der Phytoöstrogene in der Gynäkologie

Dolores Foth (Universitätsfrauenklinik Köln) führte zunächst in die

Stoffgruppe der Isoflavone ein. Diese sollen als pflanzliche Stoffe östrogenartige Wirkungen hervorrufen können. Unterstützt wird diese Auffassung durch epidemiologische Untersuchungen, dass Asiatinnen längere Zyklen als westliche Frauen haben, weniger von klimakterischen Beschwerden betroffen sind und auch weniger an östrogenabhängigen Karzinomen, KHK und Frakturen leiden. Im Gegensatz zur westlichen Ernährung (1–5 mg) weist die traditionelle asiatische Ernährung 200 mg Isoflavone auf. Die Akzeptanz von Isoflavon-angereicherten Nahrungsergänzungsmitteln oder anderen Zubereitungen in Deutschland ist hoch: 17 % der Frauen zwischen 45 und 49 Jahren geben an, diese bereits eingenommen zu haben.

Frau Foth belegte eindrucksvoll die derzeit unzureichende Studienlage zur Wirkung der Phytoöstrogene auf klimakterische Beschwerden, Knochenstoffwechsel, Kardioprotektion, urogenitale Atrophie und Endome-



trium. Östrogenspiegel verändern sich in der Regel nicht, Effekte auf die genannten Organe sind kaum oder gar nicht nachweisbar. Ein eventueller Effekt der Prävention beim prämenopausalen Mammakarzinom könnte lediglich durch die (unpraktikable) Gabe ab der Pubertät erzielt werden.

3. „Die Schokoladenseiten des Lebens – Frau ist, was sie isst“

Ilona Bürgel (Dresden) geht als Psychologin in ihrem Therapiensatz davon aus, dass eine Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Patientinnen durch die Motivation erreicht wird, ein anderes Primärziel als die alleinige Gewichtsabnahme zu erreichen. So wird hier über das Ziel, den Kinderwunsch zu realisieren, zuvor eine Gewichtsreduktion bewirkt.

Darüber hinaus verdeutlichte sie, dass weniger essen allein über eine

Stressreaktion eine Kortisolausschüttung und damit folgend diabetogene Stoffwechselwege aktivieren kann und somit nicht zur Gewichtsreduktion führt.

Schokolade mit hohem Kakaoanteil wurde ausführlich als förderlich dargestellt. Der Kakaogehalt sollte mindestens 70 % betragen, um die stimmungsaufhellende und vitalisierende Wirkung zu erreichen. Abgerundet wurde das Referat durch ein gemeinsames Abendessen, das nach den Ernährungskriterien von Frau Bürgel zusammengestellt war.

Abschließend berichtete **Viola Kürbitz** (Urologie, Westerstede) über:

4. Sexualtherapie in der Kinderwunschbehandlung

Einführend wurden zunächst die Grundlagen der Sexualtherapie dargestellt und die 3 Dimensionen der Sexualität – beziehungsorientiert,

reproduktiv und Lustdimension – in ihrer Bedeutung in der Therapie erläutert. Die Fortpflanzungsorgane dienen einerseits als Kommunikations- und andererseits als Fortpflanzungsorgane. In der Paartherapie bzw. -beratung werden Kinderwunschmotive erarbeitet und Schlüsselfragen gestellt, um dem Paar Lösungsansätze sichtbar werden zu lassen.

Ergänzt wurden die theoretischen Ausführungen durch ein praktisches Fallbeispiel aus ihrer Sprechstunde, welches dann unmittelbar zu einer lebhaften Diskussion führte.

Die Veranstaltung bezog wieder ihre Lebendigkeit aus der Workshop-Atmosphäre und Interdisziplinarität. Alle freuen sich bereits auf ein Wiedersehen beim 5. ÄRE-Wochenende im Mai 2009.

Bericht: Heike Ochs-Ring

NACHRICHTEN AG REPRODUKTIONSGENETIK

Der gewählte neue Vorstand hat am 1. Januar 2008 seine Tätigkeit aufgenommen. Wir möchten uns für Ihr Vertrauen bedanken und die neue Wahlperiode nutzen, um die Aktivitäten unserer interdisziplinären AG weiter auszubauen und den Dialog zwischen den verschiedenen, in der AG zusammengefassten Fachgebieten aus Medizin und Naturwissenschaften noch stärker zu fördern. Eine weitere Aufgabe stellt sich darin, die bereits existierenden verschiedenen Aktivitäten (Arbeitskreis Polkörperdiagnostik, Arbeitstagung Molekularbiologen in der Reproduktionsmedizin etc.) mit unserer AG zu vernetzen, Veranstaltungen entsprechend unseren Mitgliedern bekannt zu machen und voneinander zu profitieren.

Nachdem sich die Integration unserer wissenschaftlichen Sitzungen im

Rahmen der großen Jahrestagungen von DGRM und GfH als nicht ausreichend attraktiv erwiesen hat, möchten wir zukünftig in Fortsetzung unserer ersten erfolgreichen Arbeitstagung im Januar 2004 wieder einmal jährlich eine eigene Fachtagung zu einem speziellen reproduktionsgenetischen Thema durchführen. Dazu werden die Mitglieder der AG Reproduktionsgenetik in Kürze über die elektronische Newsletter-Funktion der AG gesondert informiert.

Hierzu wird die Seite der AG Reproduktionsgenetik auf der Homepage der DGRM

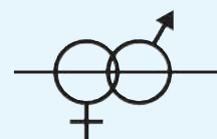
www.repromedizin.de

aktualisiert und in Zukunft regelmäßig für Informationen an die Mitglieder genutzt. Anregungen und Wünsche nehmen wir hierfür gern entgegen.

Leider sind die Mitgliederlisten der AG nicht aktuell. Zunächst wird es zur Aktualisierung einen Newsletter an alle DGRM-Mitglieder geben, um den aktuellen Stand der Mitgliedschaft zu erfragen oder neue Mitglieder zu gewinnen. Die Bitte des Vorstandes ist, diesen Newsletter zu beachten und mit entsprechenden Rückmeldungen einen aktiven Austausch unter den Mitgliedern zu unterstützen.

Vorstand:

Dr. med. Ute Hehr – Vorsitzende
Prof. Dr. med. Peter Wieacker – Stellvertreter
Prof. Dr. med. Michael Ludwig – Stellvertreter
PD Dr. med. Tina Buchholz – Schriftführerin
E-Mail: buchholz@gyn-gen-lehel.de



Bericht: PD Dr. med. Tina Buchholz



27. SEPTEMBER 2008 REPRODUKTIONSGENETIK REGENSBURG

Reproduktionsgenetische Diagnostik und Assistierte Fertilisation

Infertilität hat sich in den vergangenen 30 Jahren von einem ausweglosen Schicksal zu einer differenziert diagnostizierbaren und individuell therapierbaren Erkrankung verändert. Parallel zur Weiterentwicklung reproduktionsmedizinischer Techniken wuchs auch die Erkenntnis über Zusammenhänge von unerfülltem Kinderwunsch und den zugrunde-

liegenden oder resultierenden genetischen Risiken. Aus diesem Grunde ist bei allen Kinderwunschpaaren entsprechend der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der Assistierte Reproduktion vor jeder Behandlung ein Stammbaum zu erheben und bei Hinweisen auf ein genetisches Risiko eine genetische Beratung zu empfehlen. Eine humangenetische Beratung ist obligat zu empfehlen bei einer schweren Oligoasthenoteratozoospermie oder nicht entzündlich bedingter Azoospermie, genetisch bedingten Erkrankungen in den Familien, habituellen Fehl- und Totgeburten, Fertilitätsstörungen in der Familienanamnese oder vor einer geplanten Polkörperdiagnostik

(PKD). Nicht nur die Polkörperdiagnostik bei monogener Erkrankung ist eine erfolgreiche Methode um Anlageträgerinnen für Erbliden zu einem gesunden Kind zu verhelfen. Durch die in Kürze klinisch verfügbare validierte Aneuploidie-Polkörperdiagnostik mit Untersuchung aller 23 Chromosomen wird wahrscheinlich ein Wandel in der klinischen Praxis der IVF-Behandlung eintreten. Es ist sicher anzunehmen, dass die Geburtenrate, allerdings auf Kosten von Zyklen ohne Embryotransfer, steigen wird.

Wir freuen uns, diesen DGRM-School-Kurs in Regensburg durchführen zu dürfen.

Priv.-Doz. Dr. med.
Monika Bals-Pratsch

Kinderwunschzentrum Regensburg

Univ.-Prof. Dr. med.
Hermann M. Behre

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Reproduktionsmedizin

Prof. Dr. med.
Jan-Steffen Krüssel

DGRM-School Coordinator
President elect der Deutschen
Gesellschaft für Reproduktionsmedizin

Wissenschaftliche Leitung

Priv.-Doz. Dr. med. Monika Bals-Pratsch, Regensburg
Priv.-Doz. Dr. med. Tina Buchholz, München
Dr. med. Ute Hehr, Regensburg

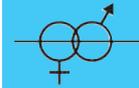
zusammen mit

Prof. Dr. med. Olaf Ortmann, Regensburg
Prof. Dr. med. Bernd Seifert, Regensburg

Zertifizierung

bei der Landesärztekammer Bayern beantragt.
Von der Frauenärztlichen Bundesakademie (FBA)
empfohlen.

Mit Unterstützung des DVR



PROGRAMM Reproduktionsgenetik

27. September 2008 8.45–17.00 Uhr Regensburg

8.45–9.00 Uhr **Begrüßung und Einführung** Olaf Ortmann und
Monika Bals-Pratsch, Regensburg

Genetische Beratung

9.00–9.20 Uhr **Bedeutung, Indikationen und Procedere genetische Beratung bei Sterilitätspatienten** Susanne Markus, Regensburg

9.20–9.40 Uhr **Genetische Beratung bei habituellen Aborten** Stephanie Pildner v. Steinburg, München

9.40–10.00 Uhr **Humangenetische Basisdiagnostik bei Kinderwunschpaaren** Ute Hehr, Regensburg

10.00–10.20 Uhr **Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung**

Humangenetische Differentialdiagnostik

10.20–10.50 Uhr **bei vorzeitiger Ovarialinsuffizienz** Peter Wieacker, Münster

10.50–11.20 Uhr **bei Hyperandrogenämie oder PCOS** Monika Bals-Pratsch, Regensburg

11.20–11.50 Uhr **bei fertilitätsrelevanten gynäkologischen Erkrankungen** Tina Buchholz, München

11.50–12.20 Uhr **bei OAT-Syndrom oder Azoospermie (CF etc.)** Dieter Meschede, Köln

12.20–12.50 Uhr **bei v. a. seltenen Syndromen im Zusammenhang mit männlicher Infertilität** Maja Hempel, München

12.50–14.00 Uhr **Mittagessen und Besuch der Industrieausstellung**

Polkörperdiagnostik – derzeitige Anwendung und neue Entwicklungen

14.00–14.30 Uhr **bei Aneuploidien und Translokation** Tina Buchholz, München

14.30–15.00 Uhr **bei monogenen Erkrankungen** Andreas Hehr, Regensburg

15.00–15.30 Uhr **Kaffeepause und Besuch der Industrieausstellung**

Demonstrationen Polkörperdiagnostik

Demonstration 1
Polkörperbiopsie

Bernd Paulmann, Regensburg

15.30–16.00 Uhr

16.00–16.30 Uhr

16.30–17.00 Uhr

Demonstration 2
Zytogenetische Diagnostik an Polkörpern

Tina Buchholz, München

15.30–16.00 Uhr

16.00–16.30 Uhr

16.30–17.00 Uhr

Demonstration 3
Molekulargenetische Diagnostik an Polkörpern

Ute Hehr, Regensburg

15.30–16.00 Uhr

16.00–16.30 Uhr

16.30–17.00 Uhr

Die Teilnehmerzahl für die Demonstrationen im Labor ist auf jeweils 10 pro Gruppe beschränkt und wird nach Eingang der Anmeldung berücksichtigt. Alle Demonstrationen finden 3 x parallel statt, sodass jeder Teilnehmer jede Demonstration besuchen kann. Hierfür wird eine Gebühr von insgesamt EUR 30,- erhoben.



Anmeldung

Reproduktionsgenetik

27. September 2008, in Regensburg

WICARA Kongressorganisation
Gabriele Wickert & José Aranzabal
Amsterdamer Weg 78

Fax 0231-906 24 51

44269 Dortmund

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Veranstaltungen an:

Nachname, Titel _____
 Vorname _____
 ggf. Klinik _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____
 Fax _____

- Niedergelassen
 Klinik
 Anderes

Die Teilnehmergebühr in Höhe von

- 80,- € 50,- € für DGRM-Mitglieder

zuzüglich die Teilnehmergebühr in Höhe von

- 30,- € für alle drei Labor Demonstrationen

begleiche ich mit

- beiliegendem Verrechnungsscheck
 Lastschriftinzugsermächtigung
 Bitte senden Sie mir Informationen zur Mitgliedschaft der DGRM zu.

Reservierungen können nur gegen Beilegen eines Verrechnungsschecks oder der Einzugs-ermächtigung in Höhe des Gesamtbetrages vorgenommen werden. Die Teilnehmergebühr beinhaltet auch die gedruckte Zusammenfassung des Kurses.

Rücktrittsbedingungen:
Ersatzweise kann eine andere – durch Sie vermittelte – Person das gebuchte Arrangement wahrnehmen, ohne dass Mehrkosten entstehen. Ansonsten sind zu zahlen: 50% der Anmeldegebühren bis 20.9.2008, 100% nach dem 20.9.2008.

Datum, Unterschrift _____

Lastschriftinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Beitrags-gebühr zur oben genannten Tagung in Höhe von

_____ Betrag in Euro

zu Lasten meines Kontos

Kontonummer _____

BLZ _____

Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Datum, Unterschrift _____

Zahlungsempfänger

WICARA Kongressorganisation
Gabriele Wickert & José Aranzabal
Amsterdamer Weg 78
44269 Dortmund

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des konto-führenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.





Ankündigung der 24. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 9.–11.10.2008 – Graz

Themen

- Grundlagenforschung
- PCO, PCO-Syndrom
- Riskmanagement
- Qualitätsmanagement
- Uterusfibroide und Tumorerkrankungen bei Frauen mit Kinderwunsch
- Komplikationen d. assistierten Reproduktion
- Endometriose
- In vitro Maturation
- EU-Richtlinien
- Aktuelles aus der Andrologie
- Genetik
- IVF-Monitoring
- Ethik
- Fallberichte, Workshops

Tagungspräsidium

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Urdl
Klin. Abt. f. Gynäkolog. Endokrinologie u.
Fortpflanzungsmedizin
Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz

Univ.-Prof. Dr. Gottfried Dohr
Inst. f. Zellbiologie, Histologie u. Embryologie
Medizinische Universität
Harrachgasse 21, 8010 Graz

Univ.-Prof. Dr. Hans H. Pusch
Ambulatorium f. Andrologie u. Reproduktionsmedizin
Mandellstraße 1, 8010 Graz

Veranstalter

Österreichische Gesellschaft für
Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

Präsident der Gesellschaft

Univ.-Doz. Dr. Dietmar Spitzer

Kongresssekretariat

Klin. Abt. f. Gynäkolog. Endokrinologie u.
Fortpflanzungsmedizin
Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
Auenbruggerplatz 14, 8010 Graz
Fr. Claudia Schmidbauer

Tel.: +43/(0)316/385 3810 • Fax : +43/(0)316/385 84189
em@il:endo-reprod.obgyn@meduni-graz.at

Kongressbüro &
Fachausstellung

IEC

incentive
event
congress
MANAGEMENT • Dieter Krasa
1030 Wien, Reissnerstraße 41/Top 14
Tel.: +43/1/718 02 18 • Fax: +43/1/913 48 49
e-mail: office@iec-management.at

Photo: Graz Tourismus



ANTWORTFAX

JOURNAL FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN UND ENDOKRINOLOGIE

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement
(mindestens 4 Ausgaben) zum
Preis von € 80,- (Stand 1.1.2009)
(im Ausland zzgl. Versandkosten)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm
