

Bundesministerium für Gesundheit
z.Hd. Frau Mag. Hager-Ruhs

Radetzkystraße 2
1030 Wien

Sowie per E-Mail an: irene.hager-ruhs@bmg.gv.at
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Unser Zeichen:	Ihr Schreiben vom	Ihr Zeichen:	Wien, 5.11.2009
Mag. Off/Na	12.10.2009	BMG- 94050/0045- I/B/6/2009	

Betrifft: Entwurf Novelle IVF-Fonds-Gesetz 2010

Sehr geehrte Frau Mag. Hager-Ruhs!

Die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Teilnahme am Begutachtungsverfahren betreffend einen Entwurf zur Novelle IVF-Fonds-Gesetz 2010 und ersucht um Nachsicht wegen der geringfügigen Fristüberschreitung.

Aus einem uns im Wege der Ärztekammer Oberösterreich übermittelten Expertenkommentar von Univ.-Prof. Dr. Tews erlauben wir uns, darauf hinzuweisen, dass gemäß dem vorliegenden Entwurf Einsparungspotentiale möglicherweise unzureichend genützt werden würden. Insb. merkt Univ.-Prof. Dr. Tews (LFKK Linz) an, dass im Zusammenhang mit der hohen Anzahl rücktransferierter Embryonen ein großes Problem der Neonatologie einhergeht. So wurde berechnet, dass die Probleme, die durch Mehrlinge verursacht werden, noch einmal so viele finanzielle Mittel aufbrauchen würden, als der gesamte IVF-Fonds für alle IVF-Versuche ausgibt. Univ.-Prof. Dr. Tews wäre bereit, in diesem Zusammenhang Auswertungen zu präsentieren, die einen erhöhten Nutzen im Rahmen der Novelle zum IVF-Fonds unterstützen könnten. Mit seiner Zustimmung übermitteln wir hierzu im Anhang eine Präsentation.

Univ.-Prof. Dr. Tews wäre bereit, seine Expertise dem BMG direkt zur Verfügung zu stellen und die erwähnten Auswertungen im Detail auszuführen.

Mit freundlichen Grüßen


KAD-Stv. Dr. Lukas Starker
(i.A. für den Präsidenten)



Anhang

Weihburggasse 10–12, A-1010 Wien, Austria, Tel.: +43 (1) 51406-0, Fax: 42 Dw, post@aerztekammer.at, www.aerztekammer.at
DVR: 0057746, Konto: 50001120000, BLZ 18130, die ärztebank, Wien

Mehrlingsdaten aus dem IVF-Fonds, Daten und Schlussfolgerungen

Tews G, Shebl O, Antensteiner G.

Tews, Juni 2006

Das Dilemma der Reproduktionsmedizin

- o wenig transferierte Embryonen
geringere Schwangerschaftsrate
gefährdeter Vertrag
- o mehrere Embryonen
erhöhte Mehrlingsrate
erhöhte Komplikationsrate



JÜRGEN WAR EINE EXTREME FRÜHGEBURT

Datenlage:

Es wurden insgesamt 15 898 Zyklen in der Zeit von 1. Jänner 2002 bis 30. November 2005 analysiert.

Die Zyklen wurden sowohl in klassische als auch in Blastocystentransfers getrennt und dann noch auf Altersgruppen heruntergebrochen.

In Linz ist IVF/ICSI für etwa 2 % aller Kinder aller geborenen Kinder verantwortlich, jedoch für 7 % des Belages an der Intensiv-Neonatologie

Der kritische Cut-off der Abteilung wurde übersprungen es kam zu Aufnahmesperren.

**erst ab 50 % Single-Transfers fällt im
Gesamtkollektiv die Zwillingsrate massiv ab
(in Österreich etwa 15 % SET`s, meist bei
low-response-Fällen)**

**Skandinavien:
gesetzliche Verordnung des SET`s
80 % aller Transfers
Absinken der Geminirate ausgehend von
(2001)**

**25 % über
18 % auf
11 % (Jahr 2003) und
5 % (Jahr 2004)**

**Frau Dr. Braat, Radboud Universität
Nijmegen, Niederlande.**

**Im abschließenden
Resümee der Studie konnte gezeigt
werden, daß 8 DET-Zyklen zu
einer zusätzlichen Schwangerschaft
führten und 7 SET-Zyklen eine
Zwillingschwangerschaft
verhinderten.**

England:

Einlingskind	S	62 000,--	€	4500,--
Zwillingskind	S	196 000,--	€	13500,--
Drillingskind	S	620 000,--	€	45000,--

Österrerrich:

**Ein Kind auf der intensiv-neonatologischen Station
verursacht an
Kosten**

€ 52 000,--

Klassischer Transfer

Altersgruppe:	Alle						
		Anzahl transferierte Embryonen					
Anzahl HA	1	2	3	4	5	6	7
0 - Abbruchsblutung	1406	3679	1988	104	42	17	7
1	228	1214	639	44	18	10	
2	5	285	198	21	15	2	1
3		9	44	6		3	
4				3		1	
Summe der pos. HA	233	1512	881	74	33		1
SS-Rate	14,21	29,14	30,70				

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlandsdirektion keine Haftung übernommen.

Die Folgerung, dass beim klassischen Transfer sich die Schwangerschaftsrate bei Einführung von SET halbieren würde (29,14 auf 14,21 %) ist falsch, da in der IVF-Fonds Statistik die SET beim klassischen Transfer am 2./3. Tag hauptsächlich aus einem low response Zyklus mit vielfach schlechten Eizellen resultiert.

Ausgehend von der Implantationsrate könnte man beim klassischen Transfer von ca. 20 % Erfolgsrate (für den besten Embryo) ausgehen.

Blastocystentransfer

Altersgruppe:	Alle					
	Anzahl transferierte Embryonen					
Anzahl HA	1	2	3	4	5	6
0 - Abbruchsblutung	378	2785	455	33	9	8
1	166	1278	144	9	1	2
2	4	547	48	5	2	1
3		15	15	2	1	
4		1				
Summe der pos. HA	170	1842	207	16	4	3
SS-Rate	31,02	39,8	31,27 %			

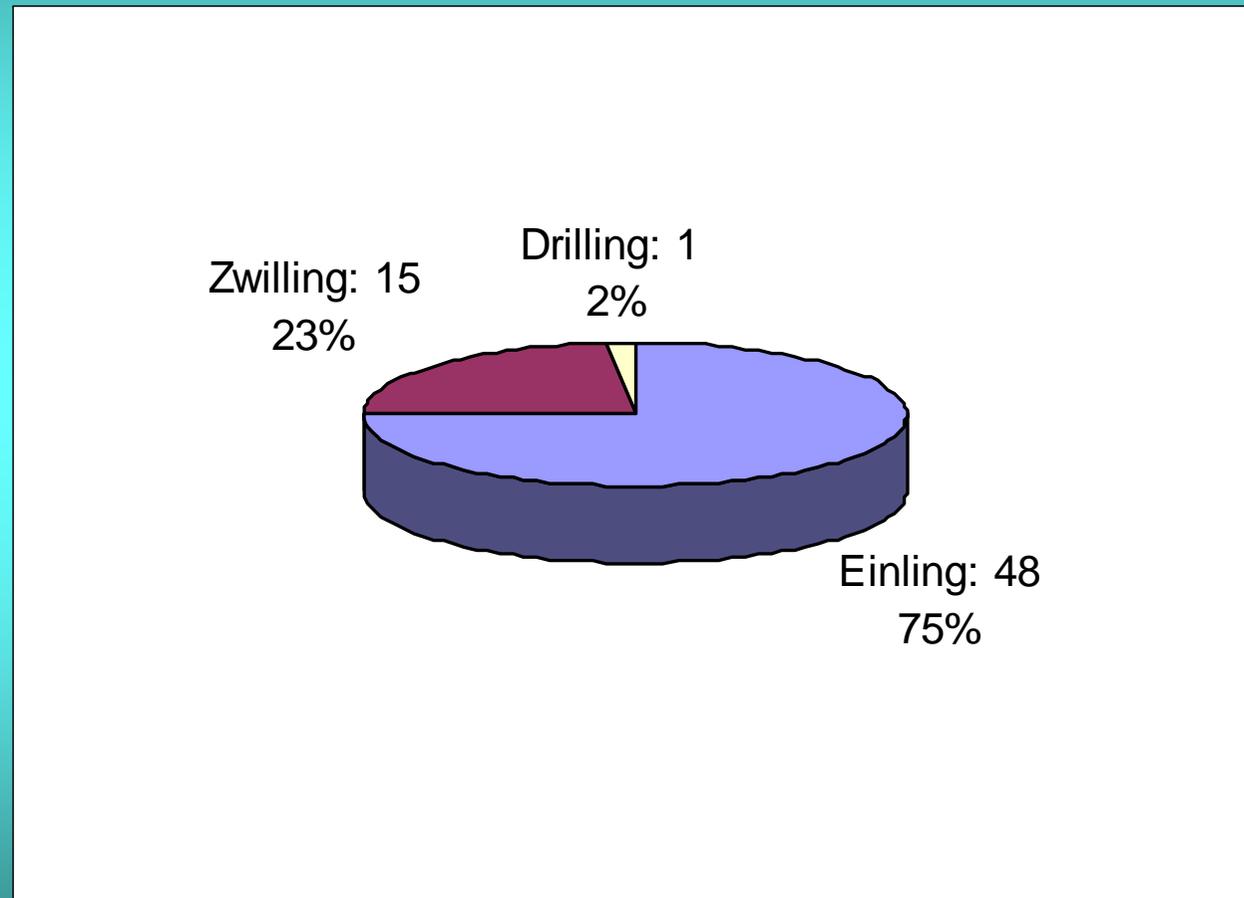
Beim Blastocyst zeigt sich, dass aufgrund der hohen Implantationsrate schon jetzt vermehrt der SET eingesetzt werden könnte.

Jedenfalls sollte das Einsetzen von mehr als 2 Blastocysten nur mehr seltenen Einzelfällen vorbehalten sein.

- Einzelauswertung
- klassischer Transfer
gegliedert in Altersgruppen

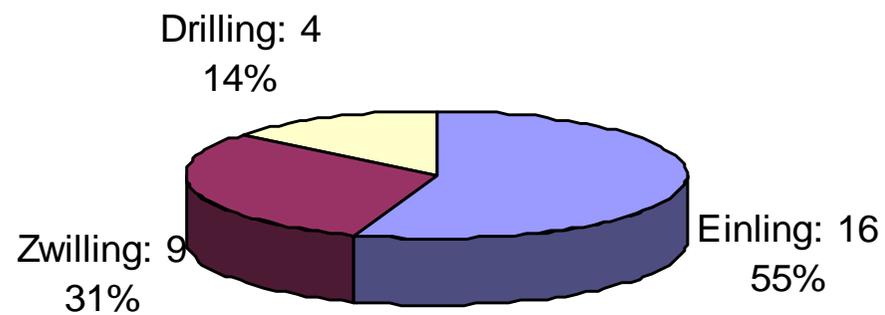
Bis 24 Jahre ET – 2 Embryonen n = 249

Einling	48
Zwilling	15
Drilling	1
Vierling	
Summe	64



Bis 24 Jahre ET – 3 Embryonen n = 113

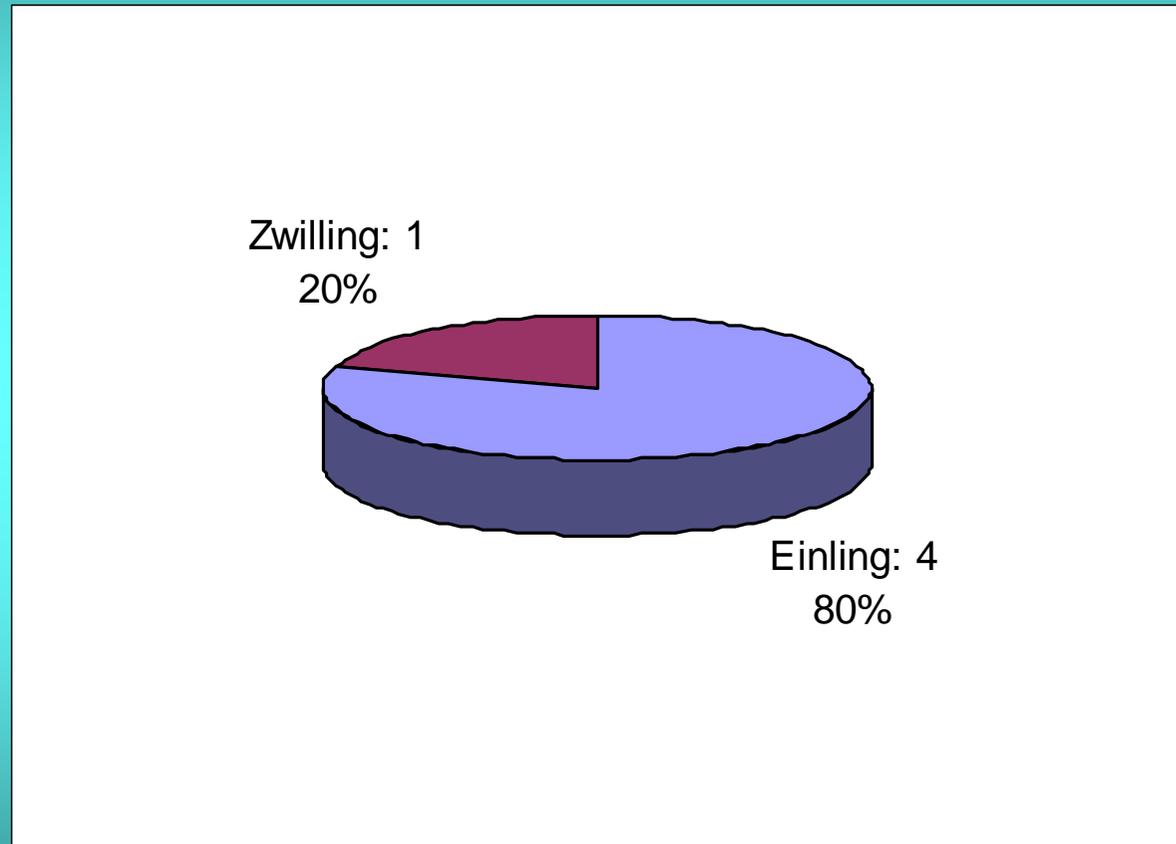
Einling	16
Zwilling	9
Drilling	4
Vierling	
Summe	29



Bis 24 Jahre ET – 4 Embryonen

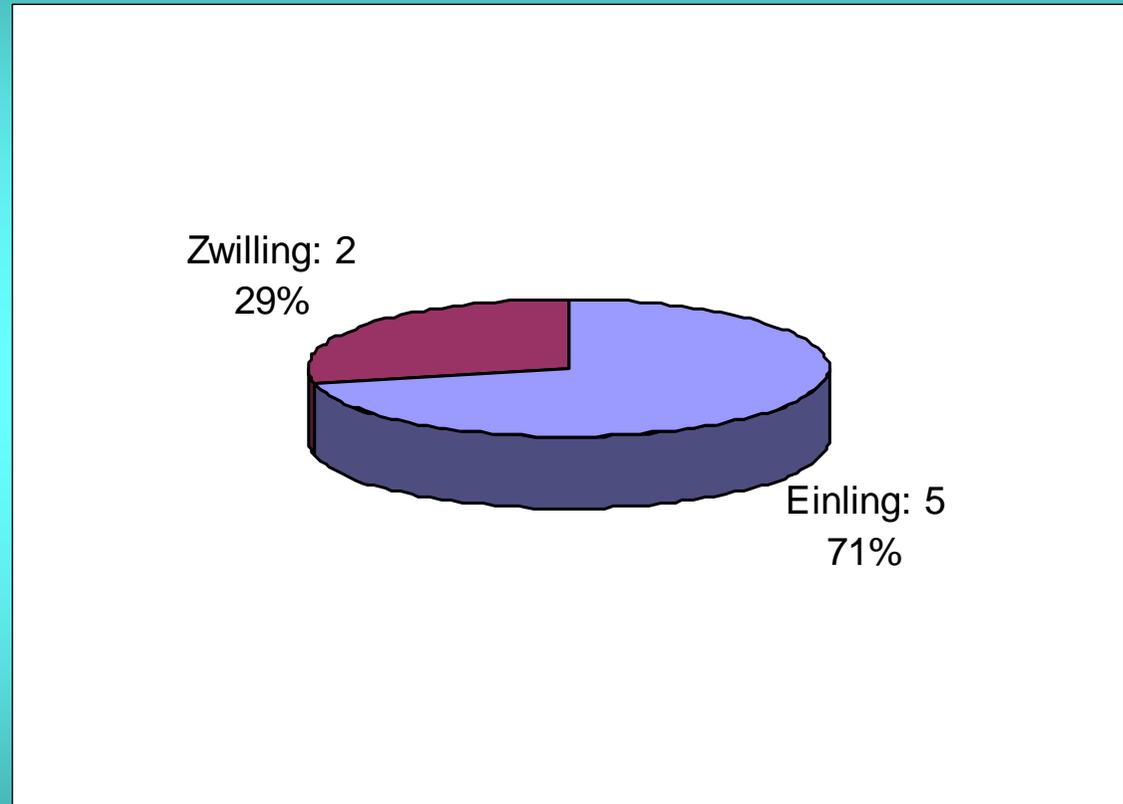
n = 12

Einling	4
Zwilling	1
Drilling	
Vierling	
Summe	5



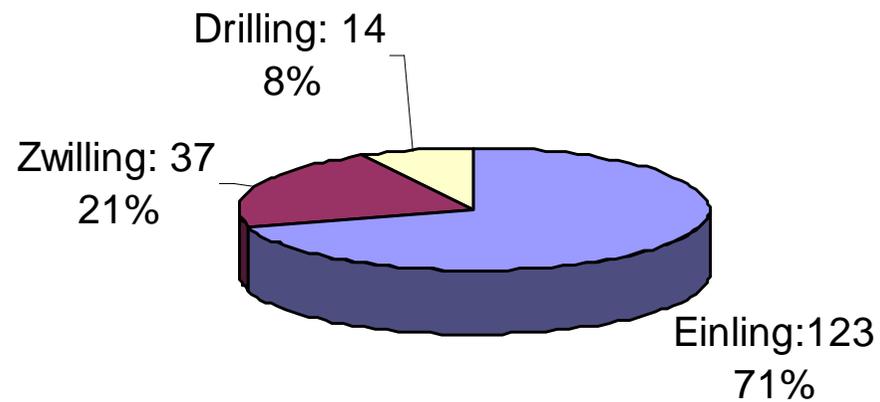
Bis 24 Jahre ET – 5 Embryonen $n = 9$

Einling	5
Zwilling	2
Drilling	
Vierling	
Summe	7



25-29 Jahre ET – 3 Embryonen n = 512

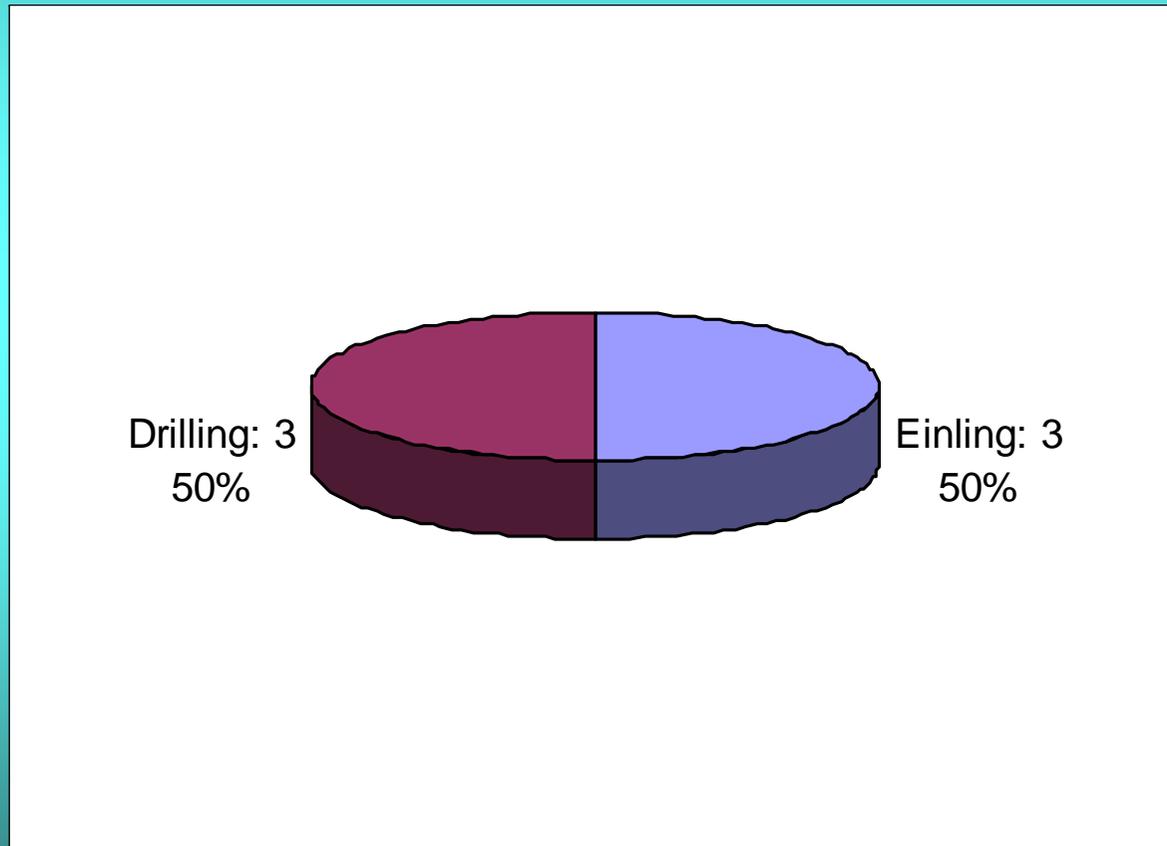
Einling	123
Zwilling	37
Drilling	14
Vierling	
Summe	174



25-29 Jahre ET – 6 Embryonen

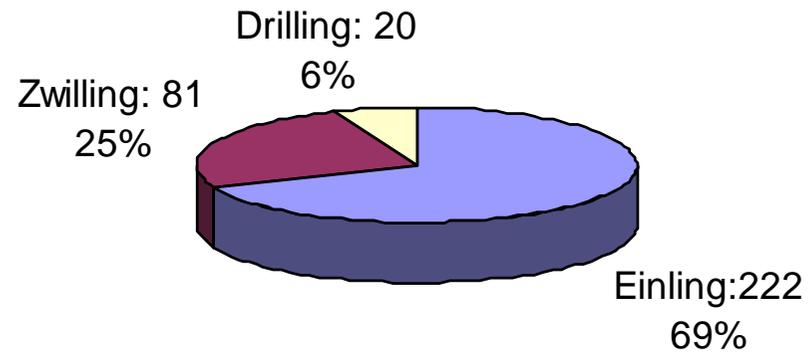
n = 8

Einling	3
Zwilling	
Drilling	3
Vierling	
Summe	6



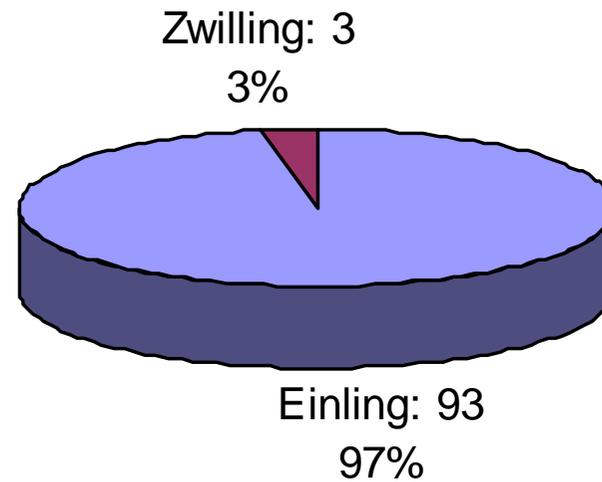
30-34 Jahre ET – 3 Embryonen n = 1038

Einling	222
Zwilling	81
Drilling	20
Vierling	
Summe	323



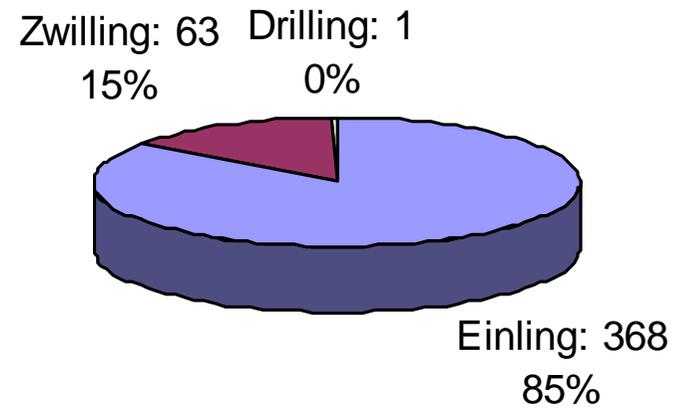
35-40 Jahre ET – 1 Embryo n = 768

Einling	93
Zwilling	3
Drilling	
Vierling	
Summe	96



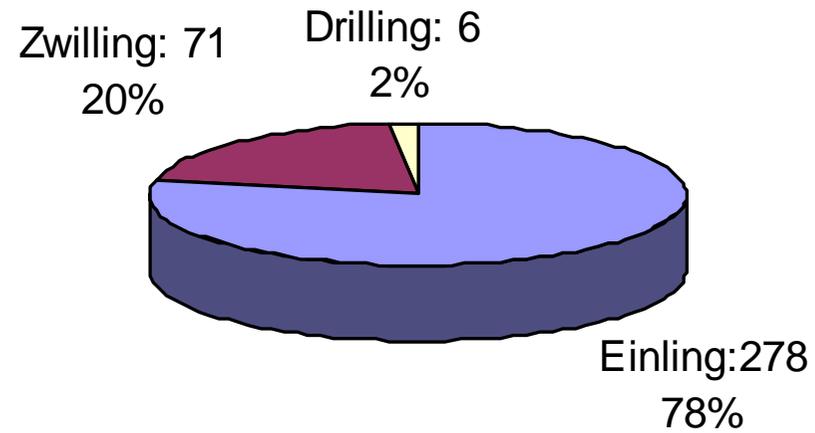
35-40 Jahre ET – 2 Embryonen n = 1782

Einling	368
Zwilling	63
Drilling	1
Vierling	
Summe	432



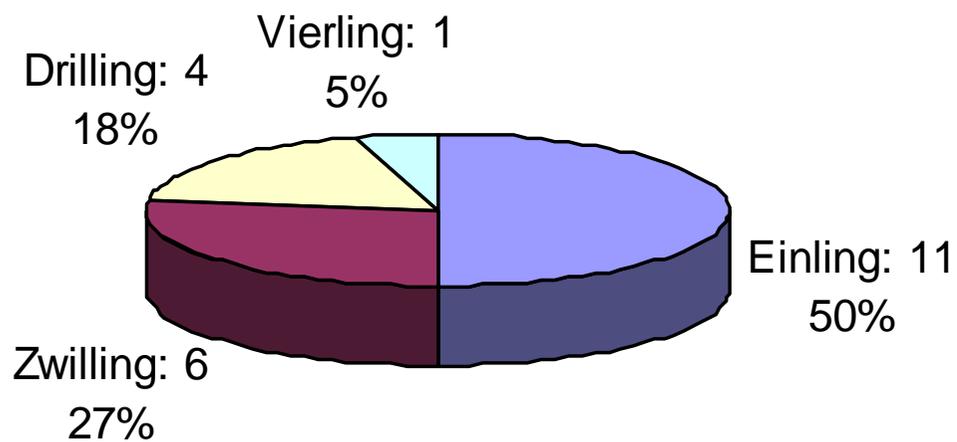
35-40 Jahre ET – 3 Embryonen n = 1203

Einling	278
Zwilling	71
Drilling	6
Vierling	
Summe	355



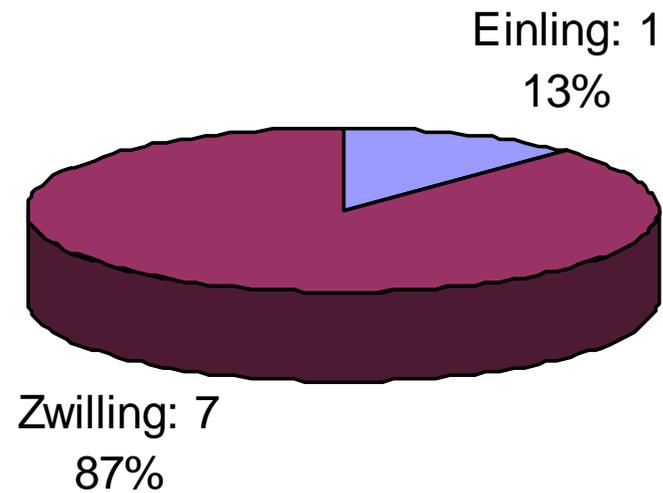
35-40 Jahre ET – 4 Embryonen n = 65

Einling	11
Zwilling	6
Drilling	4
Vierling	1
Summe	22



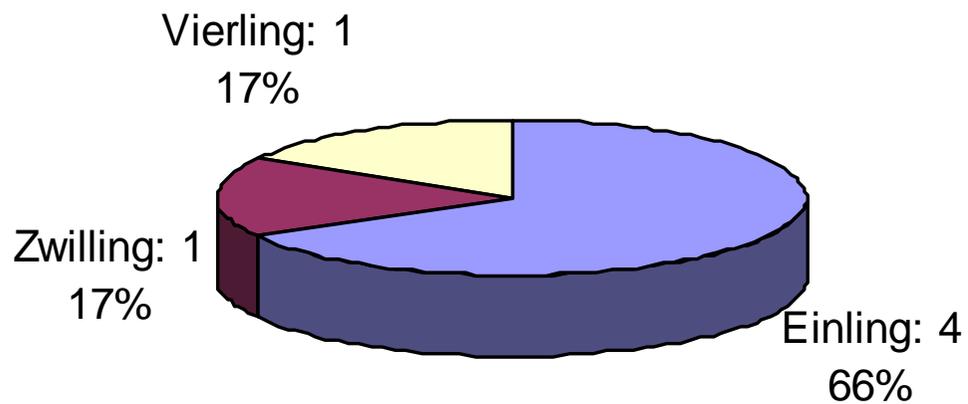
35-40 Jahre ET – 5 Embryonen n = 25

Einling	1
Zwilling	7
Drilling	
Vierling	
Summe	8



35-40 Jahre ET – 6 Embryonen n = 10

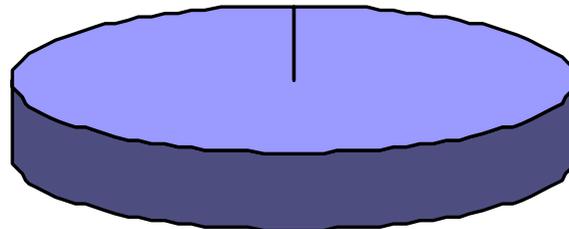
Einling	4
Zwilling	1
Drilling	
Vierling	1
Summe	6



- Einzelauswertung
- Blastocysten - Transfer
gegliedert in Altersgruppen

Bis 24 Jahre – 1 BT n = 44

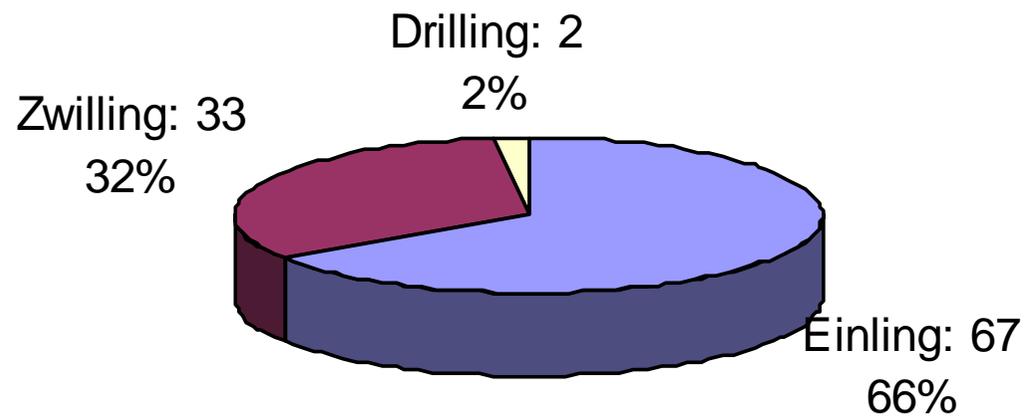
Einling	16
Zwilling	
Drilling	
Vierling	
Summe	16



Einling: 16
100%

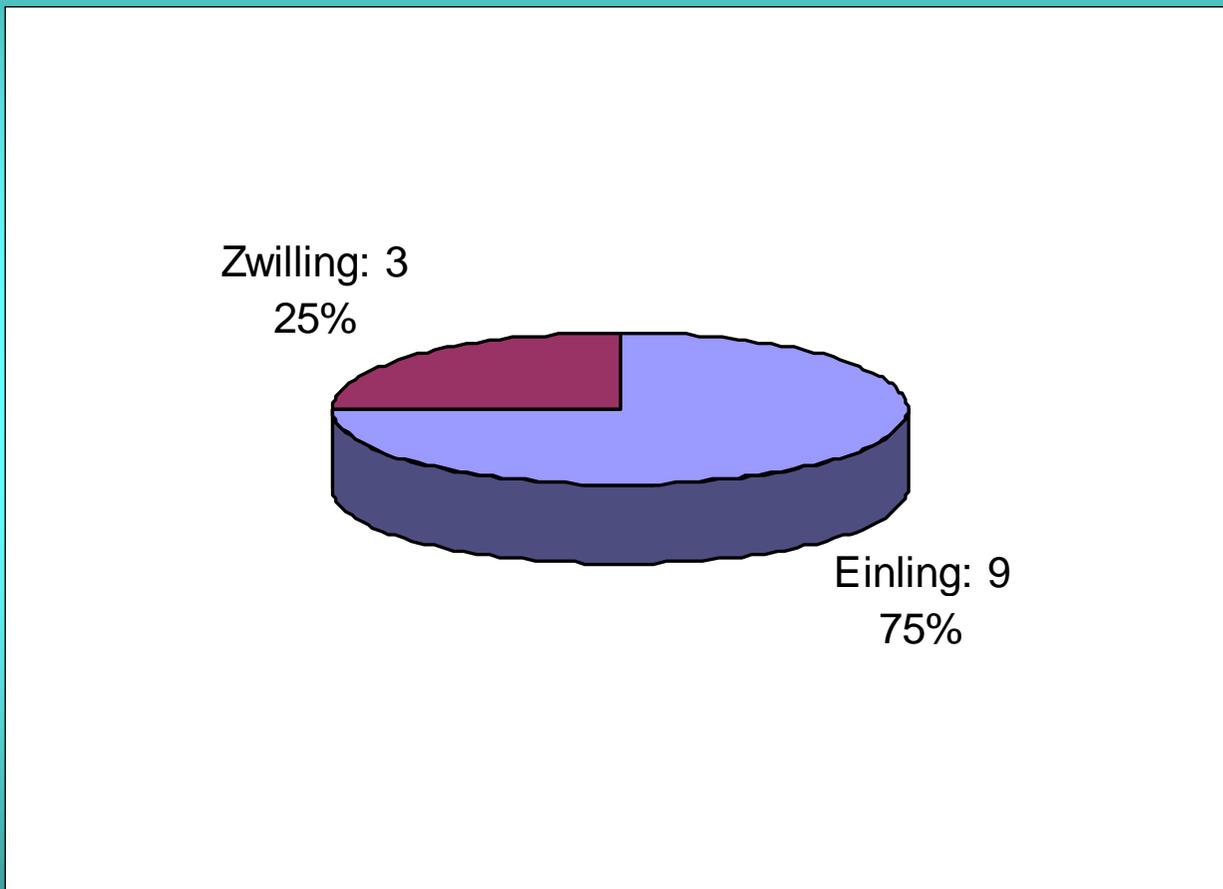
Bis 24 Jahre – 2 BT n = 269

Einling	67
Zwilling	33
Drilling	2
Vierling	
Summe	102



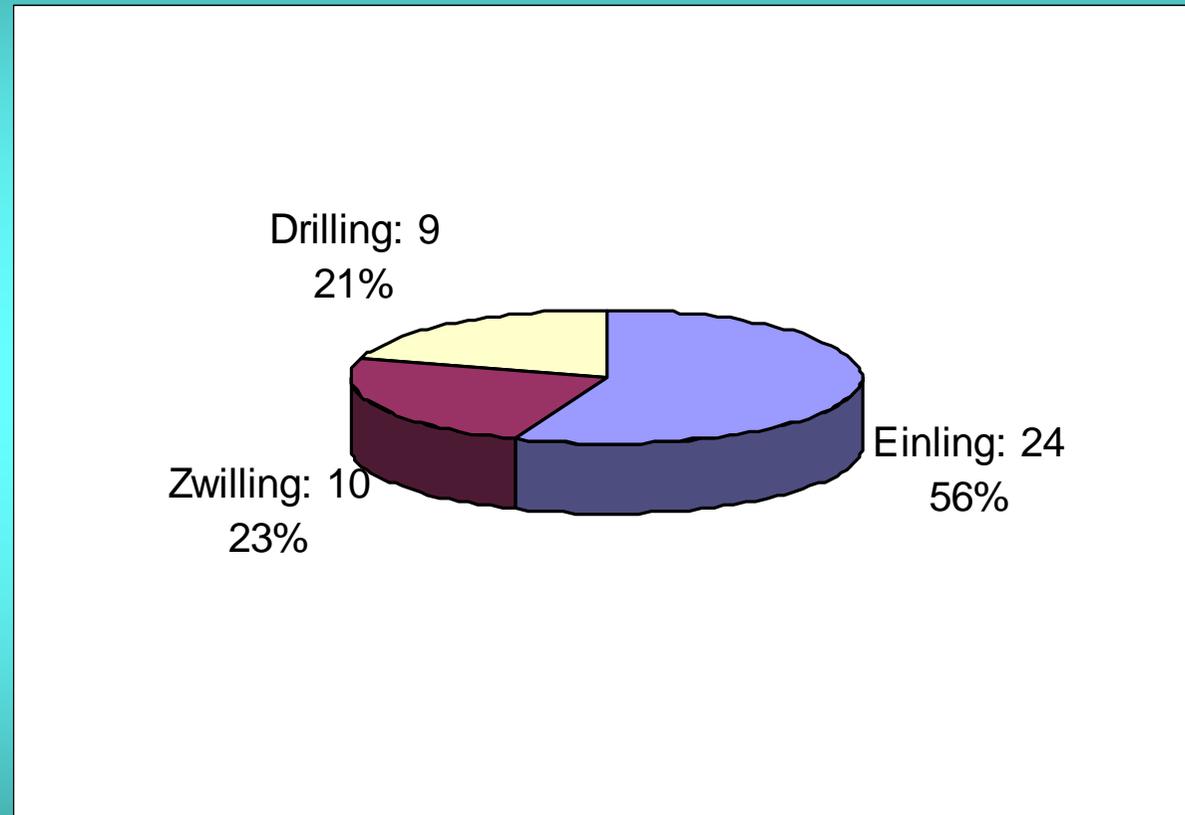
Bis 24 Jahre – 3 BT n = 34

Einling	9
Zwilling	3
Drilling	
Vierling	
Summe	12



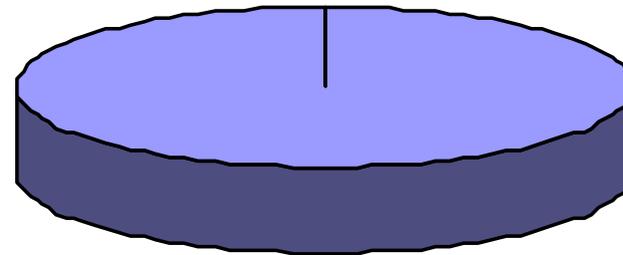
25 bis 29 Jahre – 3 BT n = 133

Einling	24
Zwilling	10
Drilling	9
Vierling	
Summe	43



35 bis 40 Jahre – 1 BT n = 193

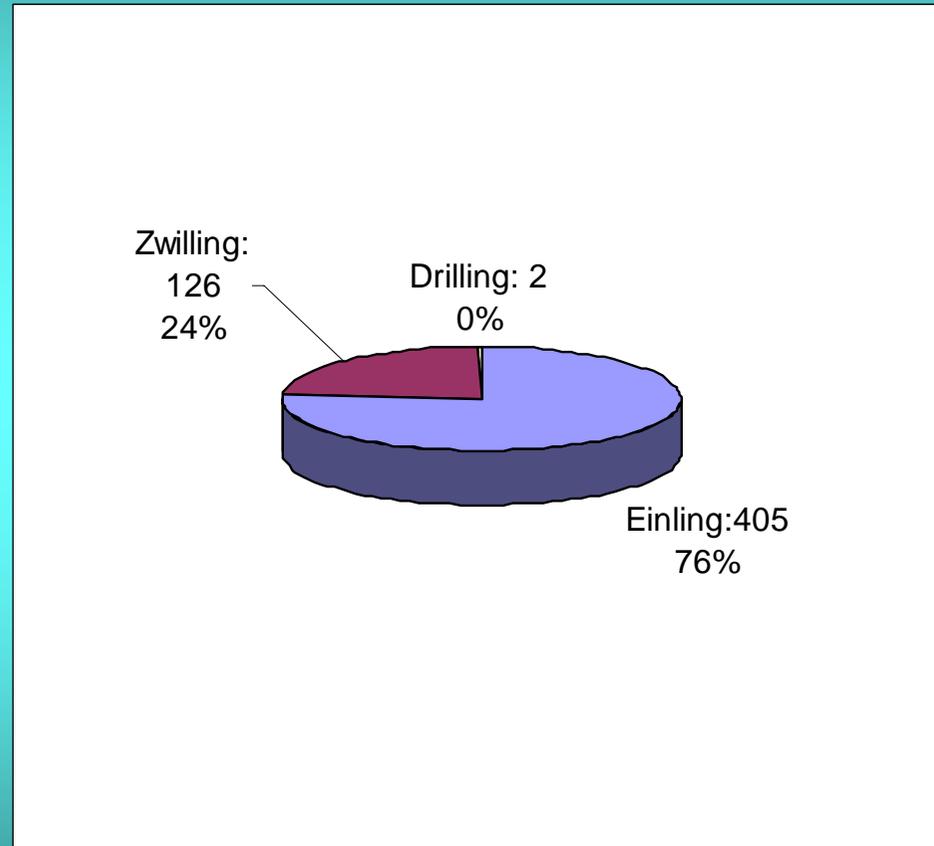
Einling	48
Zwilling	
Drilling	
Vierling	
Summe	48



Einling: 48
100%

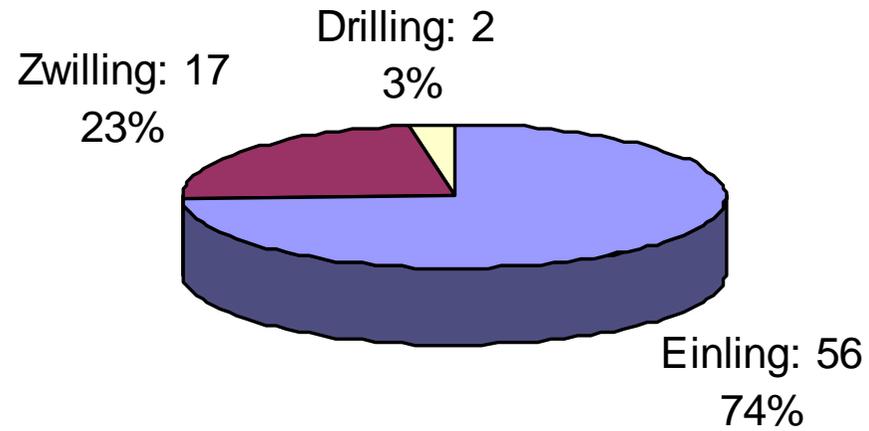
35 bis 40 Jahre – 2 BT n = 1396

Einling	405
Zwilling	126
Drilling	2
Vierling	
Summe	533



35 bis 40 Jahre – 3 BT n = 252

Einling	56
Zwilling	17
Drilling	2
Vierling	
Summe	75



Was würde sein, wenn

Was würde sein, wenn
die Anzahl der transferierten Embryonen
durch alle Altersklassen
auf maximal 1 gesenkt würde

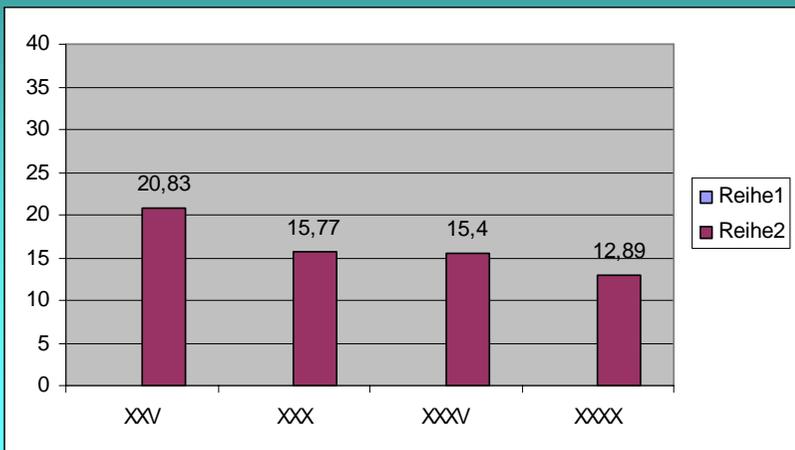
Klassischer Transfer n = 9989

Implantationsraten:

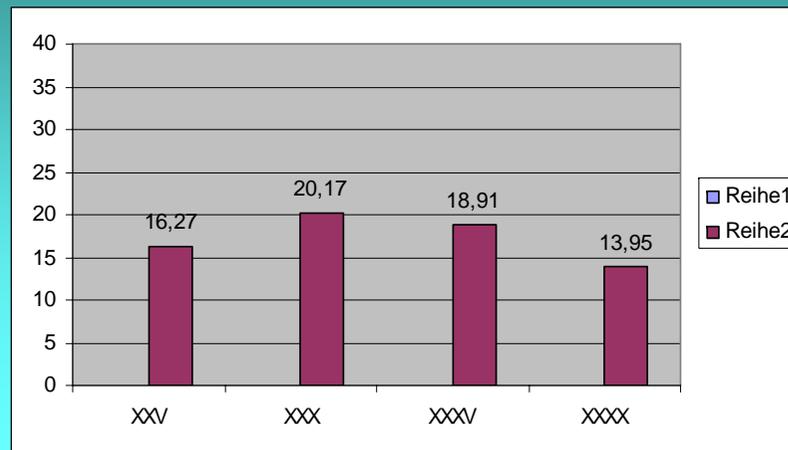
1	14,52 (gedrückt durch low-response)
2	17,46
3	13,56
4	16,29
5	12,8
6	13,64
7	3,57

Implantationsraten, klassischer Transfer

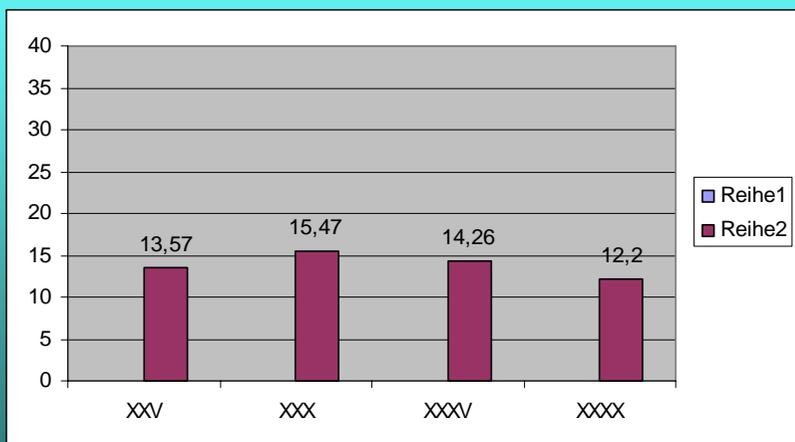
1 Embryo



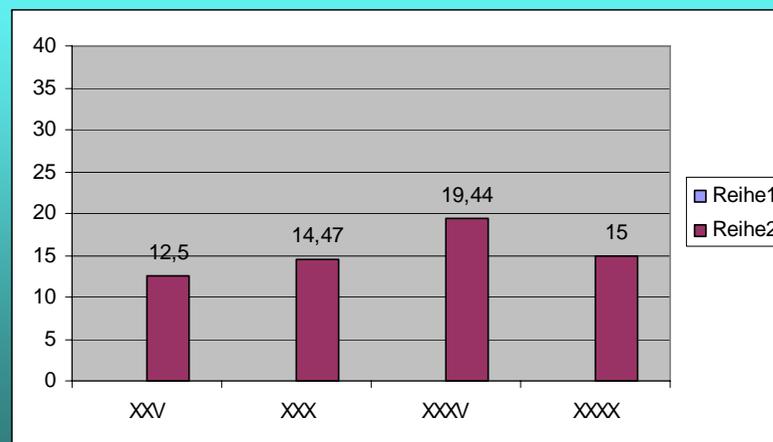
2 Embryonen



3 Embryonen



4 Embryonen



Klassischer Transfer:

Folgen bei ET von maximal 1 Embryo

1571 statt 2746 Schwangerschaften =
15,73 % statt 25,99 %

41 Gemini statt 527 (Reduktion 93,2 %)
0 Drillinge statt 62
0 Vierlinge statt 4

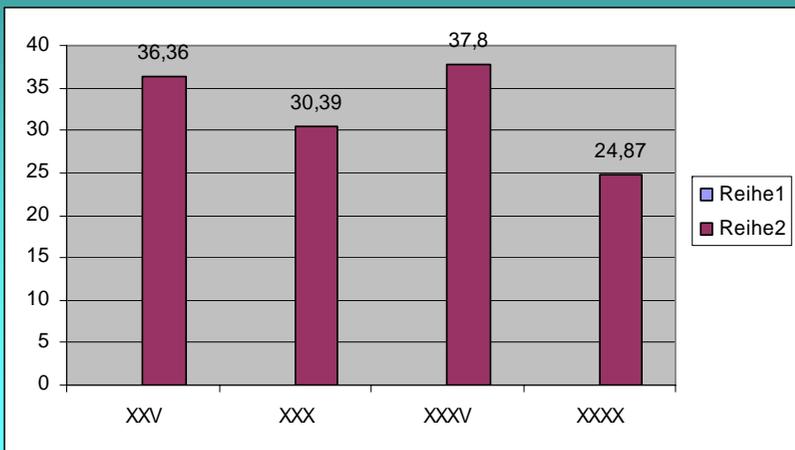
Blastocystentransfer Transfer: n = 5909

Implantationsraten:

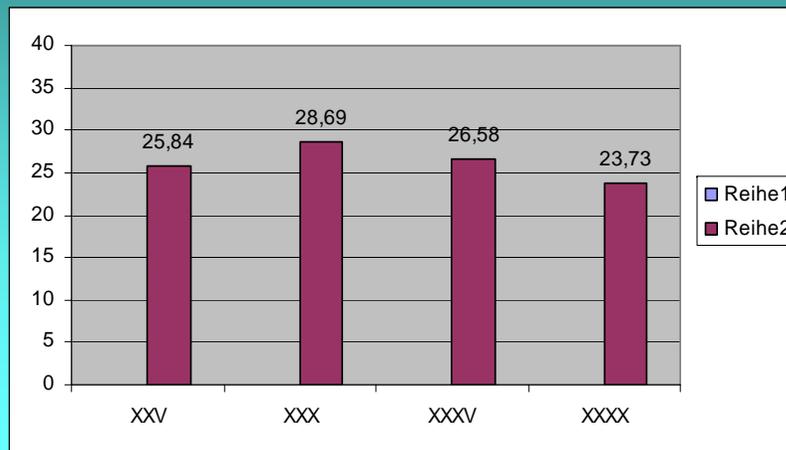
1	31,75 (echter SET)
2	26,17
3	14,35
4	12,76
5	12,31
6	6,06

Implantationsraten, Blastocysten-, Transfer

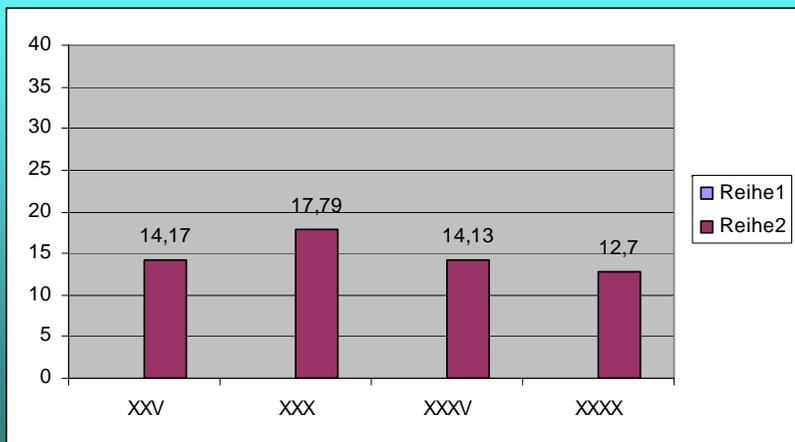
1 Embryo



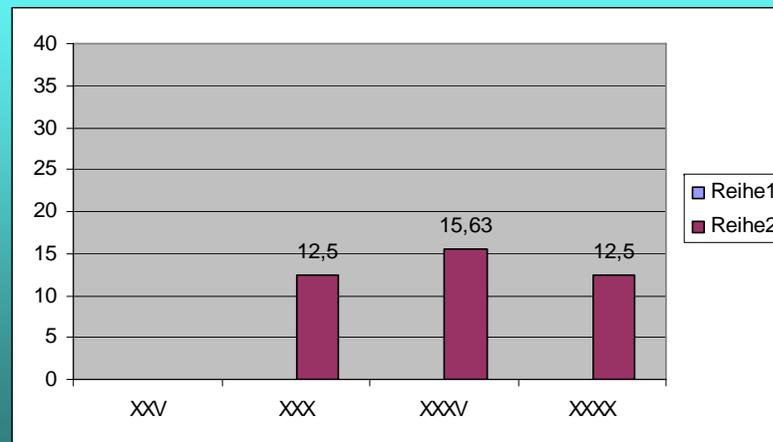
2 Embryonen



3 Embryonen



4 Embryonen



Blastocystentransfer Transfer:

Folgen bei ET von exakt 1 Embryo

statt 2241 Schwangerschaften 1513
= 25,61 % statt 37,93 %

34 Gemini statt 607 (Reduktion 94,4 %)
0 Drillinge statt 33
0 Vierlinge statt 1

Schlussfolgerungen:

Die radikale Reduktion auf insgesamt
1 Embryo über alle Altersgruppen
würde 174 Aufnahmen von Zwillingskindern und
61 Aufnahmen von Drillingskindern
sowie von 5 Vierlingskindern jährlich ersparen.
Eine Abortrate von 20 % wurde hier eingerechnet

**Einsparungsvolumen ca. 12 480 000 Mio Euro
jährlich = (171 728 544 Schilling)**

Schlussfolgerungen:

Die Reduktion der Embryonen auf maximal 2 erscheint im Bereich der Blastocysten noch unzureichend.

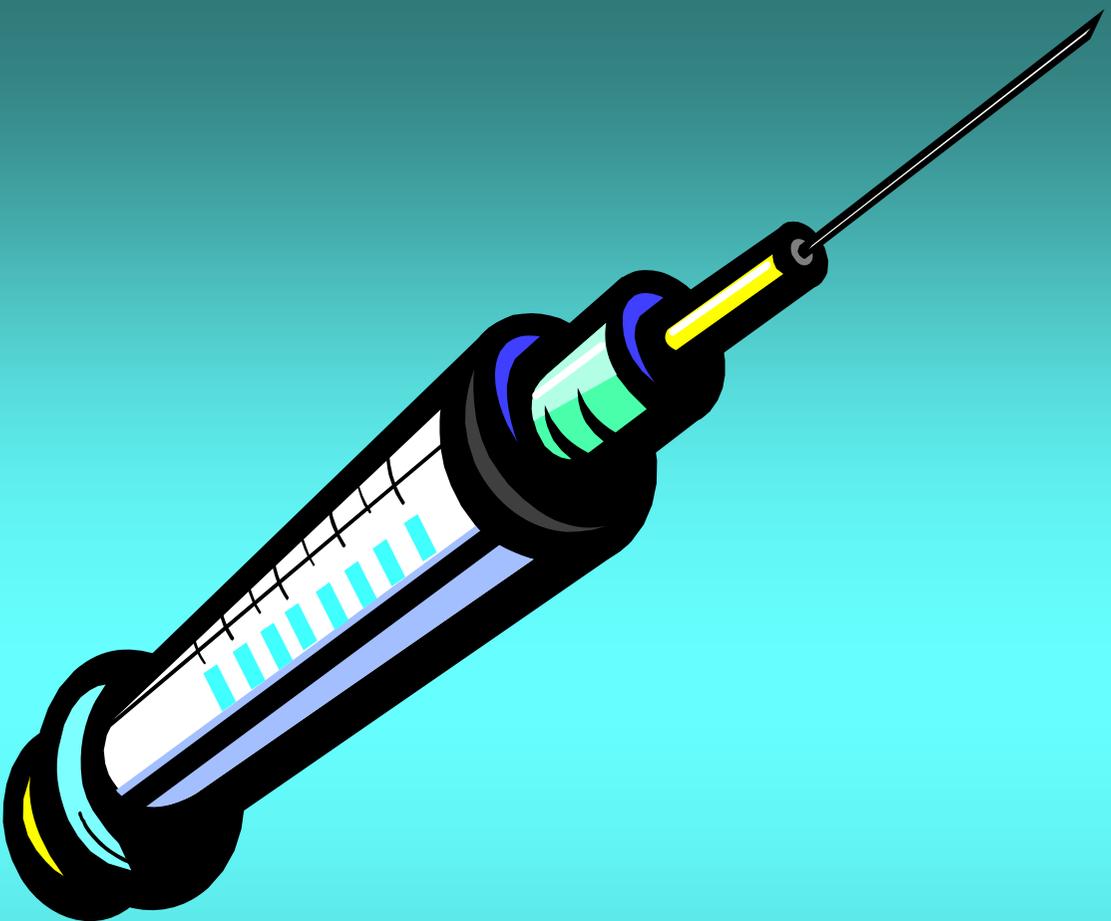
Hier sollte bei guten Voraussetzungen zumindest bei den ersten 2 Transfers der SET angestrebt werden.

Schlussfolgerungen:

In Anbetracht der hohen Kosten für die Pflege der Mehrlinge, insbesondere der höhergradigen, sollte auch der IVF-Fonds eine Änderung der Fonds-Bedingungen in Erwägung ziehen.

Die weitgehende Änderung auf den Single-embryo-Transfer würde nur mit einer Verbesserung der Kryo-Technik und der Änderung der Fonds-Verträge sinnvoll sein.

(zB.: Zusatzversuch eines Kryo-Zyklus bei Anwendung eines SET).



Herzlichen Dank für

Ihre Aufmerksamkeit

Kommentar

Wien Klin Wochenschr (2008) 120/5–6: 184–187
 DOI 10.1007/s00508-008-0946-0
 © Springer-Verlag 2008

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

The Middle European Journal
of Medicine

Printed in Austria

Beeinflusst die IVF-Gesetzgebung unser ärztliches Handeln?

Es ist bekannt, dass insbesondere Westeuropa in den nächsten Jahrzehnten zwar nicht ausstirbt, jedoch einer massiven Überalterung der hier geborenen Bevölkerung entgegensteht. Auf der einen Seite ist dies durch die immer besser werdende medizinische Leistung begründet, auf der anderen Seite gibt es in fast allen europäischen Staaten Reproduktionsraten, die in den letzten Jahren von durchschnittlich 3,0 auf 1,5 geborene Kinder/Paar abgesunken sind und somit die notwendige reproduktive Rate von 2,1 nicht mehr erfüllt wird. Die Folgen dieser demographischen Entwicklung sind bekannt, wenngleich in ihrer unmittelbaren und vollen Dimension erst in den nächsten Jahrzehnten spürbar. Österreich selbst hatte im Jahr 2006 mit insgesamt nur 76925 geborenen Kindern erneut einen Minusrekord zu verzeichnen [1].

Um dieser Entwicklung zumindest ansatzweise entgegenzusteuern, hat sich der österreichische Staat, ähnlich wie auch viele weitere Länder Europas, entschlossen, neben anderen Maßnahmen auch die Behandlung der ungewollten Sterilität finanziell zu unterstützen, wenngleich diese Erkrankung (Definition WHO) leider als solche bei uns vielfach noch nicht anerkannt ist und damit aus der vollständigen Kostenübernahme durch die Sozialversicherung herausfällt.

Den finanziellen Zuschuss als solchen erfährt die Patientin entweder in günstig gelegenen Fällen als Kassenleistung (z.B.: fehlender Eisprung bei geplantem Verkehr), oder aber als Leistung des IVF-Fonds (Bezahlung von 70% des Gesamtpreises). Trotz jahrzehntelang bewiesener Sinnhaftigkeit der intrauterinen Insemination [2, 3] ist jedoch durch das IVF-Fonds-Gesetz eine Unterstützung dieser Maßnahme nicht vorgesehen. Die Sozialversicherungen berufen sich in ihren ablehnenden Bescheiden auf die vorhandene Sozialgesetzgebung und auf das Fortpflanzungsmedizinengesetz, die eben die Insemination als künstliche Befruchtung beschreiben.

Ein weiteres Problem des Fortpflanzungsmedizinengesetzes ist der Umstand, dass zwar auf der einen Seite die Samenspende bei Azoospermie erlaubt ist, auf der anderen Seite jedoch die Eizellspende – im Gegensatz zu den meisten europäischen Staaten – verboten wird [4]. Der Umstand und die Begründung, dass dann das geborene Kind eine geteilte Mutterschaft – einmal eine genetische, einmal eine natale – hätte, verhindert in bestimmten Fällen nicht, dass der Gleichheitsgrundsatz (das männliche Geschlecht ist besser gestellt als das weibliche) verletzt wird. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass bei einer eventuellen künftigen Genehmigung der Eizellspende ähnlich strenge Kriterien wie bei der herkömmlichen Organtransplantation gelten sollten, um einen drohenden

Spendertourismus, überwiegend aus dem früheren Ostblock, zu vermeiden.

Besondere Brisanz birgt in Österreich die Folgerung aus dem FMedG in sich, dass zwar auf der einen Seite die Präimplantationsdiagnostik (FMedG, § 9, Abs. 1) verboten ist, auf der anderen Seite jedoch die genetische Abklärung in der Schwangerschaft gestattet wird, bei bestimmten Voraussetzungen sogar gefordert ist. Dass damit der noch nicht transferierte Embryo einen höheren Schutz als der bereits lebende Fet mit positiver Herzaktion intrauterin genießt, wird von vielen Ethikern als äußerst bedenklich angesehen.

Aber auch das österreichische IVF-Fonds-Gesetz hat Passagen, die trotz guter Absicht des Gesetzgebers gelegentlich das Gegenteil bewirken. Es ist klar, dass auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin, auch wegen der hohen Kosten, Qualitätskriterien gefordert werden. Ob allerdings wie bisher mit einer relativ einfachen Forderung nach einer Mindesterfolgsquote der Schwangerschaftsrate weiterhin das Auslangen gefunden werden sollte, ist zu hinterfragen. Gerade diese Bestimmung führt dazu, dass in den Fällen, in denen die erforderliche Erfolgsquote nur knapp erreicht wird, gegengesteuert wird. Dies ist möglich durch eine zu hohe Rate an transferierten Embryonen, durch Abweisung von wenig aussichtsreichen Fällen sowie durch eine zu hohe Stimulation der Ovarien [5].

Analyse der Gesetzesnovelle des IVF-Fonds-Gesetzes und des Fortpflanzungsmedizinengesetzes

Durch das IVF-Fonds-Gesetz 2000, novelliert 2004, werden in Österreich finanzielle Belange sowie Unterstützungsmaßnahmen der betroffenen Paare geregelt. Das Fortpflanzungsmedizinengesetz 1992, novelliert 2004, reguliert die Besonderheit der Institute sowie die Behandlungsmaßnahmen. Die österreichische Gesetzeslage ist im Wesentlichen durchaus sinnvoll, der Vergleich mit dem Ausland zeigt über weite Strecken vorbildliche Verhältnisse. Allerdings gibt es auch einige Punkte, die von vielen Juristen als problematisch angesehen werden. Diese Punkte wollen die Autoren analysieren und Lösungsvorschläge einbringen.

1) In Österreich fallen hormonell bedingte Sterilitäten (z.B.: Corpus luteum Insuffizienz, Anovulationen), die durch Hormongaben mit nachfolgendem Verkehr auf natürliche Art behandelt werden können, in die Leistungen der Sozialversicherungen, wodurch für die Patientinnen bis auf die Rezeptgebühr keine Kosten entstehen. Maßnahmen der In-Vitro-Fertilisation werden durch den IVF-Fonds von den Kosten her zu 70% abgefangen, wodurch

für die betroffenen Paare ebenfalls eine deutliche Kostenentlastung entsteht. Leider wurde schon im Jahre 2000 jene Patienten nicht beachtet, die bei geringem androgenen Faktor des Mannes mittels Insemination behandelt werden, wobei einer derartigen Behandlung durchaus eine Bedeutung zukommt [6]. Begründet wird dies mit der Tatsache, dass das FMedG, § 1, Abs 2, Z 1 die Insemination als artifiziellen Eingriff beschreibt. Es ist damit klar, dass aufgrund der niedrigen Erfolgsquoten auf der einen Seite und aufgrund der hohen Behandlungskosten auf der anderen Seite (keinerlei finanzielle Hilfe) wahrscheinlich trotz entgegengesetzter Gesetzeslage des Fortpflanzungsmedizinergesetzes (FMedG, § 2, Abs 2) zu früh ICSI-Versuche durchgeführt werden. Nachdem IVF/ICSI gegenüber der Insemination der insgesamt wesentlich teurere und aufwändigere, aber auch für die hier betreute gesunde Frau der potentiell gefährlichere Eingriff ist, muss die Tatsache, dass die Insemination als einzige reproduktionsmedizinische Maßnahme nicht unterstützt wird, als Problem angesehen werden. In Deutschland ist dieses Thema insofern besser gelöst, als Inseminationen vor IVF/ICSI sehr wohl bezahlt werden. Es würde den österreichischen Staat die zusätzliche Hereinnahme von vier Inseminationsversuchen nicht mehr Geld kosten, da eine 70%-Unterstützung finanziell hier im Vergleich zu ICSI deutlich geringer wäre und in vielen Fälle mit Erreichen einer Schwangerschaft Kosten für das teurere IVF/ICSI wegfielen. Der Vorschlag an den Gesetzgeber lautet daher, unabhängig von nachher notwendigen ICSI Versuchen, bei gegebener Indikation im Vorfeld für vier Inseminationsversuche aufzukommen, wobei hier die Kosten, allerdings auch die Erfolgsquoten pro Versuch etwa ein Drittel von IVF/ICSI wären.

2) Das Fortpflanzungsmedizinergesetz sieht vor, dass auf der einen Seite zwar die Samenspende im Rahmen der heterologen Insemination erlaubt, auf der anderen Seite die Eizellspende für die Frau verboten ist. Dies bedeutet, dass hier bei einem Verlust beider Hoden zwar ein Mann noch völlig regulär und im Rahmen des Gesetzes Vater werden darf, bei ähnlichen Situationen (Verlust beider Ovarien) nur eine illegale Eizellspende der Frau zur Mutterschaft helfen kann. Typische Beispiele genetischer Erkrankungen zeigen, dass Männer bei Vorhandensein eines Klinefelter-Syndroms und Frauen bei aufgetretenem Turner-Syndrom [7] zu keiner eigenen gezeugten Schwangerschaft fähig sind. In diesem Falle sind trotz des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatzes Männer bevorzugt. Einer der Autoren hat unter anderem einen Fall betreut, wo nach einem sehr früh aufgetretenen Ovarialcarcinom beide Ovarien sowie Netz und Lymphknoten entfernt wurden, der Uterus jedoch auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter belassen wurde [8]. Diese Frau war gezwungen, ins Ausland zu fahren, um hier über eine gelungene Eizellspende zu einer letztlich geglückten Schwangerschaft zu kommen. Es sei an dieser Stelle betont, dass trotz der nicht gesetzeskonform entstandener Schwangerschaft nach der österreichischen Gesetzeslage das gezeugte und geborene Kind zu der Mutter gehört, die das Kind auf die Welt bringt. Weiters führt der Hinweis des Arztes, eine Eizellspende in Österreich sei verboten, werde aber im Ausland jedoch bei diesem oder jenem Institut gemacht, nicht zu einer Bestrafung des

beratenden Arztes in Österreich (im Gegensatz zur deutschen Rechtsprechung).

Zusätzlich ist die Tatsache, dass die heterologe Insemination bei einem Paar erlaubt ist, gleichzeitig jedoch bei der selben Paarkonstellation und zusätzlichem tuberen Faktor die heterologe IVF verboten wird, in negativer Hinsicht bemerkenswert. Die übliche Rechtfertigung der Politik, die heterologe Insemination könnte durch Verkehr außerhalb der Partnerschaft ersetzt werden, die heterologe IVF jedoch nicht, zeugt von einem gewissen Abstand zur realen Welt.

3) Wie auch in anderen Staaten wird in Österreich aus finanziellen Gründen nur eine begrenzte Anzahl von Versuchen finanziell unterstützt (70% der Kosten). Insgesamt sind es vier. Gelingt es, während dieser Versuche zu einer Schwangerschaft zu kommen, unterstützt der Staat bei erneutem Kinderwunsch wiederum vier Versuche bis zum Erreichen der nächsten Gravidität. Leider enden nicht alle Schwangerschaften mit einer Geburt, sondern ein Teil bringt einen Abortus mit sich. In den Ausführungsbestimmungen wird nun verlangt, dass die Definition einer erfolgreich herbeigeführten Schwangerschaft eine positive Herzaktionen ab der fünften Woche nach Embryotransfer (bildlich dokumentiert) beinhaltet, auch wenn beispielsweise drei Tage später ein missed abortion festgestellt wird. Ist diese Voraussetzung gegeben, werden erneut vier Versuche unterstützt. Ist jedoch nur ein Fruchtsack ohne Embryo oder ein Embryo ohne Herzaktion sichtbar, wird dieser Versuch als Fehlversuch gewertet und damit nur als einer von insgesamt vier in der laufenden Therapiereihe. Diese Schwangerschaft begründet damit KEINE erneuten Versuche. Im Gegenteil, er wird als Fehlversuch gewertet. Unlogisch ist auch die Bestimmung, zwar eine Schwangerschaft ohne Herzaktion nicht als Erfolg zu werten, jedoch eine Tubarschwangerschaft (meist ist diese ja ohne Herzaktion) als erfolgreiche Gravidität zu sehen, die erneut den Anspruch auf vier weitere Versuche begründet. Hier wäre der Vorschlag, dass es reichen müsste, nach dem IVF/ICSI-Versuch eine Schwangerschaft, bildlich dokumentiert (Fruchtsack oder Extrauteringravität), festzustellen. Es muss jedenfalls hier zu einer Gleichstellung zwischen Tubarschwangerschaft auf der einen Seite und einem im Ultraschall darstellbaren Abortgeschehen auf der anderen Seite kommen [4].

4) Ein weiteres Problem sind für uns Ärzte die Ausführungsbestimmungen bei Vorliegen einer Endometriose. Auch hier sollten selbstredend alle anderen Formen der Sterilitätstherapie ausgeschöpft sein, bevor zur IVF geschritten wird. Allerdings ist aus Sicht der Autoren die Anspruchsvoraussetzung insofern misslungen, weil der Fonds nicht nur die funktionelle Sterilität, sondern auch den histologischen Nachweis der Endometriose verlangt, obwohl eine sehr hohe Korrelation zwischen der optischen Diagnostik durch die Laparoskopie und dem histologischen Befund besteht [9]. Genau dieser histologische Befund ist es jedoch, der aus Unkenntnis der Bestimmungen oft nicht in Form einer Probeexcision erbracht wird, wobei aber fast immer eine Bilddokumentation besteht. Streng genommen müsste nun das reproduktionsmedizinische Institut eine weitere laparoskopische Abklärung anordnen, nur um dem Gesetz mit der Ausführungsbestimmung der Probeexcision Genüge zu tun. Es ist aus

Sicht der Autoren der Patientin nun sehr schwer zumutbar, sich nur wegen einer Begriffbestimmung des Fonds nochmals einer Operation mit ihren möglichen, wenn auch seltenen Komplikationen zu unterziehen. Die Forderung könnte dadurch entschärft werden, als die „Muss“- durch eine „Soll“-Bestimmung ersetzt wird.

5) In Österreich entstehen durch die Möglichkeit, mehrere Eizellen zu befruchten, gelegentlich überzählige Embryonen, die eingefroren und später einem Kryo-Zyklus zugeführt werden. In 1% aller IVF-Fonds-Zyklen werden aufgetaute Embryonen verwendet, die wiederum eine Schwangerschaftsrate von knapp über 20% haben. Dadurch, dass dieser Zyklus relativ preisgünstig ist und nur den Bruchteil einen Vollversuches kostet, entschließen sich viele Patienten, diesen Versuch privat zu bezahlen, um keinen IVF-Frisch-Versuch dem Fonds zu opfern. Die Weisung der Fonds-Behörde, auch diese Kryoveruche jedenfalls über den Fonds zu verrechnen und als einen von vier Versuchen zu zählen, ist nach Meinung der Autoren nicht zulässig und greift in den Privatvertrag zwischen Anstalt und Patientin ein. Eine sinnvolle Lösung wäre darin zu finden, Kryo-Zyklen mit 70% der Kosten zu unterstützen, sie jedoch generell nicht mehr als einen von vier Versuchen zu zählen. Diese Vorgangsweise hätte unter anderem den großen Vorteil, als diese Maßnahme – wie die moderne Gesetzgebung nordeuropäischer Länder zeigt – vermehrt zu einem single-embryo-transfer führen könnte. Umfangreiche Untersuchungen aus dem Ausland beweisen, dass durch eine gezielte Förderung von single-embryo-transfers insbesondere die Kosten auf den neonatologischen Stationen deutlich gesenkt wurden [10, 11]. Auch in Hinblick auf die finanzielle Situation des Gesundheitssystems wären derartige Maßnahmen [12, 13] in Kosten-Nutzen-Relation nicht nur neutral, sondern würde eine Einsparung von über 10 Mio. Euro für Österreich jährlich mit sich bringen.

6) Im Gegensatz zu den meisten Ländern besteht in den Staaten Österreich, Deutschland, der Schweiz und Italien die gesetzliche Bestimmung (FMedG), dass die Präimplantationsdiagnostik, im Gegensatz zur Polkörperchendiagnostik [14], verboten ist. Der letzte diesbezügliche Versuch, diese Gesetzesstelle zu ändern, schlug bei uns im Jahre 2004 fehl (dabei zeichnete sich damals der Gesetzesvorschlag insofern durch Ausgewogenheit aus, als er – insbesondere in Hinblick auf die entsprechende wissenschaftliche Literatur [15–17] – nur Risikokonstellationen als Indikation vorgesehen hatte). Die paradoxe Folge ist, dass nun der noch nicht der Mutter rücktransferierte Embryo einen höheren Schutz genießt als das intrauterin lebende Kind, an dem bekanntlich jederzeit eine genetische Abklärung vorgenommen werden kann (Chorionbiopsie, Fruchtwasserpunktion, Nabelschnurpunktion). Es gibt viele Erkrankungen und damit viele Paare, die von einer vernünftigen Änderung dieses Gesetzes profitieren könnten [18, 19]. Beispielsweise könnte damit einem Paar, das bereits zwei Kinder mit cystischer Fibrose aufzieht, zu einem gesunden Kind verholfen werden. Derzeit gibt es lediglich die sehr belastende Variante, entweder auf gesunde Kinder zu verzichten oder eine Schwangerschaft auf „Probe“ einzugehen, wobei in solchen Fällen zumindest bis zur 10/11 SSW gewartet werden muss, um dann einen genetischen Test durchzuführen.

ren. In einem hohen Prozentsatz (etwa 25%) der Fälle wäre es dann notwendig, den Schwangerschaftsabbruch bei bereits positiven Herzaktionen durchzuführen.

7) Österreich verlangt im Gegensatz zu anderen Staaten insofern eine Qualitätskontrolle, als die durchschnittliche Erfolgsquote an klinischen Schwangerschaften 18% übersteigen muss. Es ist nun offensichtlich, dass Institute, die mit dieser Quote kämpfen, Maßnahmen setzten, die nicht immer zum Vorteile der Paare gereichen (Abkehrung älterer Paare, Selektion anhand der FSH bzw. AMH-Werte etc.). Als besonders negativ und gegen eine moderne Reproduktionsmedizin gerichtet muss auch der Transfer von zu vielen Embryonen gesehen werden, die durch die zu hohe Rate an Mehrlingen (Österreich: 25%, Belgien 5%) die neonatologischen Abteilungen zunehmend belastet (2% Geburten nach IVF/ICSI sind für 7% des Belages an neonatologischen Abteilungen zuständig). Diese Forderung der 18% Erfolgsquote zurückzunehmen und durch die bewährte und international anerkannte Förderung des single-embryo-transfers zu ersetzen, ist das Gebot der Stunde.

*Gernot Tews, Omar Shebl,
Michael Sommergruber, Jochen Tews,
Thomas Ebner und Ursula Postl*

Literatur

1. Österreichisches statistisches Zentralamt (2006)
2. Goverde AJ, McDonnell J, Vermeider JP, Schats R, Ruttern FF, Schoemaker J (2002) Intrauterine insemination or in-vitro fertilisation in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 355: 13–18
3. Gruenberger W, Schneider WH, Maier U, Stackl, Lunglmayr G (1980) Treatment of infertile couples – an interdisciplinary task. *Wien Klin Wochenschr* 92: 342–346
4. Tews G, Radner A, Ebner T, Bayr M (2005) Neuerungen im österreichischen IVF-Fonds und Fortpflanzungsmedizinengesetz sowie deren Folge für die IVF-Institute. *J Reprod Med Endocrinol* 2: 96–101
5. Radivojevic K, Rosenkranz M, Deutinger J, Reinthaller A, Pollak A, Mueller-Tyl E (1991) Delivery of quadruplets after in vitro fertilisation: perinatology and ethical aspects. *Wien Klin Wochenschr* 103: 714–716
6. Wainer R, Merlet F, Ducot B, Bailly M, Tribalat S, Lombroso R (1995) Prospective randomized comparison of intrauterine and intracervical insemination with donor spermatozoa. *Hum Reprod* 10: 2919–2922
7. Birkebaek NH, Cruger D, Hansen J, Nielsen J, Bruun-Petersen G (2002) Fertility and pregnancy outcome in Danish women with Turner syndrom. *Clin Genet* 61: 35–39
8. Chen MJ, Yang JH, Mao TL, Ho HN, Yang YS (2005) Successful pregnancy in a gonadectomized woman with 46, XY gonadal dysgenesis and gonadoblastoma. *Fertil Steril* 84: 217
9. Schollmeyer T, Pandit K, Schmutzler A, Mettler L (2004) Correlation of endoscopic interpretation of endometriosis with histological verification. *Clin Exp Obstet Gynecol* 31: 107–109
10. Van Landuyt L, Verheyen G, Tournaye H, Camus M, Devroey P, Van Steirteghem A (2006) New Belgium embryo transfer policy leads to sharp decrease in multiple pregnancy rate. *Reprod Biomed Online* 13: 765–771

11. Saldeen P, Sundstrom P (2004) Would legislation imposing single-embryo-transfer be a feasible way to reduce the rate of multiple pregnancies after IVF treatment? *Hum Reprod* 20: 4–8
12. Ledger WL, Anumba D, Marlow N, Thomas CM, Wilson EC (2006) The costs to the NHS of multiple births after IVF treatment in the UK. *BJOG* 113: 21–25
13. Koivurova S, Hartikainen AL, Gissler M, Hemminki E, Klemetti R, Jarvelin MR (2004) Health care costs resulting from IVF: prenatal and neonatal periods. *Hum Reprod* 19: 2798–2805
14. Hengstschläger M, Feichtinger W (2005) The first preimplantation diagnosis in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 117: 725–727
15. Mastenbroek S, Twisk M, van Echten-Arends J, Sikkema-Raddatz B, Korevaar J, Verhoeve HR, et al (2007) In Vitro Fertilisation with Preimplantation Genetic Screening. *N Engl J Med* 357: 9–17
16. Goldman B (2007) The first cut. *Nature* 445: 479–480
17. Sermon KD, Michiels A, Harton G, Moutou C, Repping S, Scriven PN, et al (2007) ESHRE PGD Consortium Data collection VI: cycles from January to December 2003 with pregnancy follow-up to October 2004. *Hum Reprod* 22: 323–336
18. Thomas C (2006) Preimplantation genetic diagnosis: development and regulation. *Med Law* 25: 365–378
19. Gruber CJ, Hengstschläger M, Leipold H, Gruber IM, Ferlitsch K, Gruber DM, Huber JC (2003) Genetic factors in assisted reproduction. *Wien Klin Wochenschr* 115: 805–811

Korrespondenz: Gernot Tews, Institut für Reproduktionsmedizin, Landesfrauen- und Kinderklinik Linz, Krankenhausstraße 26, 4020 Linz, Österreich, E-mail: gernot.tews@gespag.at