
Amtliche Bekanntmachungen

Inhaltsverzeichnis

1. Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 6. Juli 2006
2. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 6. Juli 2006
3. Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 6. Juli 2006
4. Befreiungs- und Überleitungsabkommen mit der Zahnärzteversorgung Sachsen

Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 6. Juli 2006

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 24. Juni 2006 folgende Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

§ 1

Errichtung

(1) Aufgrund von

1. § 5 Abs. 1 Nr. 2, § 17 Abs. 1 Nr. 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277)
2. Kapitel B Abschnitt III § 13 und Kapitel D Abschnitt IV Nr. 15 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 351) in der Fassung der Änderungssatzung vom 6. Juli 2006 (ÄBS S. 422)
3. § 1 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie über die Zuständigkeit zur Erteilung einer Genehmigung nach § 121a des Sozialgesetzbuches 5. Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 17. Januar 1998 (SächsGVBl. S. 46)

wird bei der Sächsischen Landesärztekammer als rechtlich unselbständige Untergliederung eine Kommission als zuständige Stelle zur Erteilung der Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtung sowie zur Beratung von Ärzten und Dritter in Fragen der künstlichen Befruchtung errichtet. Diese führt die Bezeichnung Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“.

(2) Im Text werden die Berufsbezeichnung „Arzt“, „Ärzte“ einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

§ 2

Aufgaben der Kommission

Aufgaben der Kommission sind:

1. Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a des Sozialgesetzbuches 5. Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 20. Dezember 1988

(BGBI. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 29. August 2005 (BGBI. S. 2570) durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder zugelassene Krankenhäuser gemäß Anlage 1. Soweit privatärztlich tätige Ärzte Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen erbringen, gilt dies analog.

2. Erarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß Kapitel A Abschnitt III § 13 und Kapitel D Abschnitt IV Nr. 15 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sowie zur Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V. Die Richtlinien bedürfen der Beschlussfassung durch die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer.
3. Überprüfung der Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß Anlage 2; dazu gehört die vorherige Anhörung über die Anwendung dieser Methoden bei nicht verheirateten Paaren sowie die Erteilung eines zustimmenden Votums bei der Anwendung dieser Methoden unter Verwendung fremder Spermien (Samenspende).
4. Auswertung des Jahresberichtes des Deutschen IVF-Registers (DIR).

§ 3

Zusammensetzung

(1) Die Kommission besteht aus sieben Mitgliedern des ambulanten und stationären Bereiches. Zur Beratung können Sachverständige hinzugezogen werden. Mindestens ein Mitglied sollte ein Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt und mindestens ein Mitglied Angehöriger einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung oder eines zugelassenen Krankenhauses mit einer Genehmigung gemäß § 121a SGB V sein. In der Kommission sollen Personen mit Erfahrung auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin vertreten sein.

(2) Die Mitglieder der Kommission werden vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer für die Dauer von vier Jahren entsprechend der Wahlperiode der Kammerversammlung berufen. Eine erneute Berufung ist möglich.

(3) Die Mitglieder der Kommission wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.

(4) Jedes Mitglied kann auf eigenen Wunsch ausscheiden. Aus wichtigem Grund kann ein Mitglied, auch falls es Vorsitzender ist, vom

Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer abberufen werden. Dem Mitglied ist zuvor rechtliches Gehör zu gewähren.

§ 4

Unabhängigkeit, Rechte und Pflichten der Mitglieder

Die Mitglieder der Kommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und in ihren Entscheidungen unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie haben nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Sie sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet.

§ 5

Sitzungsverlauf

- (1) In Abstimmung mit dem Vorsitzenden, im Verhinderungsfalle mit seinem Stellvertreter, beruft die Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer die Kommission ein und bestimmt Ort und Zeit der Sitzung. Der Vorsitzende leitet die Sitzung.
- (2) Die Sitzungen der Kommission sind nicht öffentlich. Die an den Sitzungen teilnehmenden Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- (3) Die Kommission beschließt grundsätzlich nach mündlicher Erörterung.
- (4) Die Ergebnisse der Sitzungen der Kommission sind in einem Protokoll festzuhalten.
- (5) Die Berichterstattung über die Tätigkeit der Kommission erfolgt durch den Vorsitzenden der Kommission im Rahmen des Jahresberichtes der Sächsischen Landesärztekammer.
- (6) Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend sind.

§ 6

Anhörung nicht verheirateter Paare

- (1) In den Fällen des § 2 Nr. 3, in denen die Anwendung der Methoden der künstlichen Befruchtung bei nicht verheirateten Paaren nur nach vorheriger Anhörung durchgeführt werden, wird die Kommission auf schriftlichen Antrag tätig. Der Antrag ist bei der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer einzureichen. Er kann bis zur Befassung der Kommission hiermit jederzeit ergänzt und zurückgenommen werden.
- (2) Antragsberechtigt sind nicht verheiratete Paare. Anträge haben mindestens zu enthalten:
 1. die Begründung dafür, warum eine Heirat nicht in Frage kommt bzw. eine solche nicht zumutbar erscheint,
 2. ein Vaterschaftsanerkennnis gemäß § 1592 Nr. 2 BGB in Verbindung mit § 1594 Abs. 4 BGB, notariell beglaubigt oder vom Jugendamt entsprechend § 59 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII beurkundet,
 3. eine gemeinsame Sorgeerklärung gemäß § 1626a Abs. 1 Nr. 1 BGB in Verbindung mit § 1626b Abs. 2 BGB, notariell beglaubigt oder vom Jugendamt entsprechend § 59 Abs. 1 Nr. 8 SGB VIII aufgenommen,

4. ggf. Scheidungsurteil(e) / Sterbeurkunde(n) in Kopie,
 5. eine Bestätigung der behandelnden Einrichtung.
- (3) Die Kommission kann von den Antragstellern ergänzende Unterlagen, Angaben oder Begründungen verlangen. Im Ergebnis der Befassung der Kommission wird den Antragstellern ein Votum erteilt.

§ 7

Anhörung bei Verwendung fremder Samenzellen

- (1) Ist beabsichtigt, bei Anwendung der Methoden der künstlichen Befruchtung fremde Samenzellen (Samenspende) zu verwenden, bedarf es des zustimmenden Votums der Kommission.
- (2) § 6 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Bestätigung der behandelnden Einrichtung eine Erklärung darüber enthält, dass das Paar über die medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekte der Verwendung heterologen Samens (Kapitel F Abschnitt III sowie Kapitel G zu F. III. gemäß Anlage 2) beraten wurde.

§ 8

Kosten

Für die Tätigkeit der Kommission werden Gebühren auf der Grundlage der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) erhoben.

§ 9

Inkrafttreten

Diese Geschäftsordnung tritt am 1. September 2006 in Kraft.

- Anlage 1: Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder zugelassene Krankenhäuser
- Anlage 2: Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

Dresden, 24. Juni 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 6. Juli 2006, Az 21-5415.21/16 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 6. Juli 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser**A.****Geltungsbereich, Vorbemerkungen**

Diese Richtlinie gilt für das Verfahren zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser nach § 121a des Sozialgesetzbuches 5. Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3a des Gesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2570). Soweit privatärztlich tätige Ärzte Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen erbringen, ist diese Richtlinie analog anzuwenden.

Auf Grund von § 27a SGB V – Künstliche Befruchtung – umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, sofern die dort genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen solche Maßnahmen (§ 27a Abs. 1 SGB V) nur erbringen lassen durch

1. Vertragsärzte,
2. ermächtigte Ärzte,
3. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder
4. zugelassene Krankenhäuser,

denen die Sächsische Landesärztekammer als zuständige Stelle eine Genehmigung zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat (§ 121a SGB V).

B.**Genehmigung****I. Genehmigungsgegenstand**

Einer Genehmigung nach § 121a SGB V bedürfen Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser, die künstliche Befruchtungen als Methoden der Fortpflanzungsmedizin mittels

1. homologer und heterologer Insemination, wenn Stimulationsverfahren vorausgehen, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht,
2. In-vitro-Fertilisation (IVF)/Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) mit anschließendem Embryotransfer in die Gebärmutter (ET) oder in die Eileiter (EIFT) oder
3. Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in die Eileiter (Gameten-Intra-Follopian-Transfer = GIFT) durchführen wollen.

II. Genehmigungsvoraussetzungen

Die Genehmigung darf Antragstellern nur erteilt werden, wenn sie

1. über die für die Durchführung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1 SGB V) notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und
2. die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1 SGB V) bieten.

Die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Durchführung künstlicher Befruchtungen sowie die personellen und technischen Mindestanforderungen zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit nach § 121a Abs. 2 SGB V ergeben sich aus den Kapiteln C und D dieser Richtlinie.

III. Antrag

Die Genehmigung wird auf Antrag erteilt. Ein Anspruch auf Genehmigung besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Ärzten oder Einrichtungen, die sich um die Genehmigung bewerben, entscheidet die Sächsische Landesärztekammer unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Bewerber nach pflichtgemäßem Ermessen, welche Einrichtungen den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1 SGB V) am besten gerecht werden (§ 121a Abs. 3 SGB V).

Der Antrag ist, einschließlich der erforderlichen Unterlagen, in zweifacher Ausfertigung bei der Sächsischen Landesärztekammer einzureichen.

Der Antrag kann sich auf künstliche Befruchtungen mittels

1. homologer und heterologer Insemination, wenn Stimulationsverfahren vorausgehen, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht,
2. In-vitro-Fertilisation (IVF)/Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) mit anschließendem Embryotransfer in die Gebärmutter (ET) oder in die Eileiter (EIFT) oder
3. Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in die Eileiter (Gameten-Intra-Follopian-Transfer = GIFT)

beziehen. Dem Antrag nach Nummer 1 sind die sich aus Kapitel C dieser Richtlinie ergebenden Nachweise beizufügen.

Dem Antrag nach Nummer 2 und 3 sind die sich aus Kapitel D dieser Richtlinie ergebenden Nachweise beizufügen.

IV. Prüfung

1. Für die Erteilung der Genehmigung ist die Sächsische Landesärztekammer zuständig (§ 1 der Verordnung über die Zuständigkeit zur Erteilung von Genehmigungen nach § 121a SGB V vom 17. Januar 1998, SächsGVBl. S. 46). Diese leitet der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen eine Ausfertigung des Antrages und der Unterlagen zur Abgabe einer Stellungnahme, insbesondere zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Durchführung künstlicher Befruchtungen, zu.
2. Mit dem Antragsteller ist eine Erörterung durchzuführen und die apparative, personelle und räumliche Ausstattung an Ort und Stelle zu überprüfen. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen ist hierbei zu beteiligen.

V. Erteilung der Genehmigung

1. Die Genehmigung wird bei erstmaliger Erteilung auf drei Jahre befristet.
2. Eine Genehmigung zur Durchführung von künstlichen Befruchtungen mittels IVF/ICSI mit ET oder EIFT sowie GIFT schließt die Genehmigung für künstliche Befruchtungen mittels Inseminationen nach Stimulation, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht, ein.

VI. Nebenbestimmungen

1. Wegen der raschen Fortentwicklung von Wissenschaft und Technik auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin ist die Genehmigung mit dem Vorbehalt des Widerrufs nach Maßgabe des § 32 Abs. 2 Nr. 3 des Sozialgesetzbuches 10. Buch (SGB X) vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. August 2005 (BGBl. I S. 2354), sowie mit dem Vorbehalt der nachträglichen Aufnahme, Änderung oder Ergänzung einer Auflage zu versehen (§ 32 Abs. 2 Nr. 5 SGB X).
2. Regelmäßig ist durch Nebenbestimmungen folgendes zu gewährleisten:
 - 2.1. Ein beabsichtigter Wechsel des verantwortlichen ärztlichen Leiters von ermäßigten ärztlich geleiteten Einrichtungen oder in zugelassenen Krankenhäusern (§ 121a Abs. 1 Nrn. 3 und 4 SGB V) ist der Sächsischen Landesärztekammer vorher anzuzeigen. Unvorher-

- gesehene Wechsel sind unverzüglich anzuzeigen. Mit der Anzeige ist das Vorliegen der personellen Genehmigungsvoraussetzungen (jeweils Abschnitt I Nrn. 1 und 2 der Kapitel C und D dieser Richtlinie) des neuen Leiters nachzuweisen. Dasselbe gilt für den Vertreter (vergleiche Abschnitt II Nr. 1 des Kapitels D dieser Richtlinie).
- 2.2. Die Genehmigung gilt bei Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten (§ 121a Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB V) nur für diese persönlich. Die hieraus erwachsenen Rechte und Pflichten sind auf Dritte nicht übertragbar.
 - 2.3. Jede andere beabsichtigte Änderung mit Auswirkung auf die Genehmigung ist anzuzeigen. Unvorhergesehene Änderungen sind unverzüglich anzuzeigen.
 - 2.4. Die ärztliche Aufzeichnungspflicht umfasst insbesondere die erforderliche Aufklärung beider Partner über die geplante künstliche Befruchtung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte und Risiken. Beide Partner müssen sich schriftlich mit der Behandlung einverstanden erklären und bestätigen, dass sie im Sinne von Satz 1 aufgeklärt wurden.
 - 2.5. Zum Zwecke des Verfahrens- und Qualitätsnachweises hat der Arzt sowie der verantwortliche ärztliche Leiter der ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung oder des zugelassenen Krankenhauses einen Jahresbericht bis zum 31. Oktober des folgenden Jahres an die Sächsische Landesärztekammer abzugeben, in dem mindestens
 - a) die Zahl der behandelten Patientinnen mit Altersangabe,
 - b) die Embryotransferrate,
 - c) die Behandlungsmethoden,
 - d) die Schwangerschaftsrate je Methode,
 - e) die Reduktionsrate von Mehrlingen,
 - f) die bekanntgewordenen Geburtsraten je Behandlungsmethode,
 - g) der ihnen bekanntgewordene Gesundheitszustand der Kinder, bei künstlichen Befruchtungen mittels IVF/ICSI mit ET oder EIFT außerdem
 - h) die Zahl der fertilisierten Eizellen,
 - i) die Zahl der imprägnierten Eizellen,
 - j) die Zahl der entstandenen Embryonen,
 - k) die Zahl der übertragenen Embryonen,
 - l) die Fertilisierungsrate je Methode,
 bei der Durchführung von GIFT-Behandlungen zusätzlich zu den Angaben nach den Buchstaben a bis g,
 - m) die Zahl der entnommenen Eizellen,
 - n) die Zahl der übertragenen Eizellen,
 enthalten sind. Ebenso wird die Auswertung des Deutschen IVF Registers (DIR) als Jahresbericht akzeptiert.

C.

Durchführung von künstlicher Befruchtung mittels homologer Insemination nach Stimulation, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht

I. Antragsteller

1. Die Genehmigung kann von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und verantwortlichen ärztlichen Leitern von ermächtigten Einrichtungen und von zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V) beantragt werden. Die Antragsteller müssen
 - a) die Approbation als Arzt oder die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes sowie die Anerkennung als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe besitzen. Darüber hinaus müssen sie die Anerkennung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ erworben haben und zusätzlich eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin mit Nachweis über die erfolgreiche Mitwirkung an Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nachgewiesen haben; über eine abweichende Qualifikation und deren Gleichwertigkeit entscheidet die Sächsische Landesärztekammer,

- b) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt sein,
 - c) die Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschall-diagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) sowie
 - d) die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nummern 35100 und 35110 des Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen – Einheitlicher Bewertungsmaßstab – (EBM2000Plus) erfüllen und
 - e) schriftlich erklären, dass sie nicht rechtskräftig wegen eines Verstoßes gegen Kapitel D Abschnitt IV Nr. 15 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998, in der jeweils geltenden Fassung, verurteilt sind und dass gegen sie kein entsprechendes Verfahren anhängig ist.
2. Ermächtigte Ärzte müssen zusätzlich zu den in Nummer 1 genannten Voraussetzungen die Genehmigung des Trägers der ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung oder des zugelassenen Krankenhauses zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nachweisen.

II. Weiteres Personal

1. Das Labor kann von dem Antragsteller oder einem weiteren Arzt, der in einer Berufsausübungs- oder Organisationsgemeinschaft mit dem Antragsteller seinen Beruf ausübt, die den Anforderungen des § 16 Abs. 4 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) entspricht, geleitet werden.
2. Soweit im Labor weitere Personen tätig sind, müssen diese fachkundig sein. Fachkundige Personen können Ärzte, Tierärzte, Biologen, andere Naturwissenschaftler sowie Medizinisch-technische Laborassistenten (MTLA), Veterinärmedizinisch-technische Assistenten (VMTA) sowie – für das Gebiet der Spermaaufbereitung – Arzthelferinnen sein. Sie gelten dann als fachkundig, wenn sie eine mindestens zweimonatige praktische Tätigkeit auf diesem Gebiet in der Fortpflanzungsmedizin oder eine viermonatige praktische Tätigkeit auf diesem Gebiet in einer andrologischen Einrichtung ausgeübt haben.

III. Technische Ausstattung der Einrichtung

In der zur Behandlung vorgesehenen ärztlichen Einrichtung (Praxis, Krankenhaus, ermächtigte Einrichtung) müssen folgende Verfahren nach dem Stand der Wissenschaft und Technik durchgeführt werden können:

1. Ultraschalldiagnostik
Es muss ein geeignetes Ultraschallgerät vorhanden sein.
2. Hormondiagnostik
Das für die Diagnostik erforderliche Hormonlabor kann ein extern oder intern betriebenes Labor sein. In diesem Labor müssen die Ergebnisse der Parameter Östradiol (E-2), luteinisierendes Hormon und Progesteron innerhalb des gleichen Tages dem behandelnden Arzt vorliegen.
Der Leiter des Hormonlabors muss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für die Hormondiagnostik zugelassen oder ermächtigt sein. Dies gilt nicht für den Leiter eines intern betriebenen Hormonlabors in einem zugelassenen Krankenhaus.
3. Spermadiagnostik und Spermaaufbereitung
Das Labor muss über eine Mindestausstattung von:
 - a) einem Wärmeschrank (ohne Begasung),
 - b) einem Mikroskop mit Hellfeld- und Phasenkontrasteinrichtung,
 - c) einer Wärmeplatte,
 - d) einer Zentrifuge und
 - e) einem Kühlschrank
 verfügen.

IV. Heterologe Insemination nach Stimulation

Es gelten die gleichen fachlichen und technischen Voraussetzungen wie für die homologe Insemination nach Stimulation.

D.

Durchführung von künstlicher Befruchtung mittels In-vitro-Fertilisation/Intracytoplasmatischer Spermieninjektion mit anschließendem Embryotransfer in die Gebärmutter, in die Eileiter oder mittels Gametentransfer

I. Antragsteller

1. Die Genehmigung kann von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und verantwortlichen ärztlichen Leitern von ermächtigten Einrichtungen und von zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V) beantragt werden. Die Antragsteller müssen
 - a) die Approbation als Arzt oder die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes sowie die Anerkennung als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe besitzen. Darüber hinaus müssen sie die Anerkennung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ erworben haben und zusätzlich eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin mit Nachweis über die erfolgreiche Mitwirkung an Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nachgewiesen haben; über eine abweichende Qualifikation und deren Gleichwertigkeit entscheidet die Sächsische Landesärztekammer.
 - b) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt sein,
 - c) die Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) sowie
 - d) die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nummern 35100 und 35110 des Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen – Einheitlicher Bewertungsmaßstab – (EBM2000Plus) erfüllen und
 - e) schriftlich erklären, dass sie nicht rechtskräftig wegen eines Verstoßes gegen Kapitel D Abschnitt IV Nr. 15 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998, in der jeweils geltenden Fassung, verurteilt sind und dass gegen sie kein entsprechendes Verfahren anhängig ist.
2. Ermächtigte Ärzte müssen zusätzlich zu den in Nummer 1 genannten Voraussetzungen die Genehmigung des Trägers der ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung oder des zugelassenen Krankenhauses zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nachweisen.

II. Weiteres Personal

Die Genehmigung kann grundsätzlich nur erteilt werden, wenn in der vertragsärztlichen Praxis, der ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung oder dem zugelassenen Krankenhaus, in dem der Antragsteller die Maßnahme zur Herbeiführung der Schwangerschaft erbringen wird,

1. ein weiterer Arzt mit der gleichen Qualifikation wie der Antragsteller tätig ist.
2. In der Arbeitsgruppe des Antragsstellers müssen die Fachgebiete Endokrinologie der Reproduktion, gynäkologische Sonographie, operative Gynäkologie, insbesondere mit endoskopischen Verfahren, Andrologie, experimentelle oder angewandte Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur und Kryobiologie und psychosomatische Medizin vertreten sein, wobei jedes Mitglied der Arbeitsgruppe neben der psychosomatischen Medizin höchstens zwei Fachgebiete gleichzeitig vertreten kann.
3. Das Fachgebiet der Reproduktionsbiologie kann auch durch einen Tierarzt, einen Biologen oder einen anderen Naturwissenschaftler vertreten sein. Er muss mindestens zwei Jahre auf dem Gebiet der experimentellen oder klinischen Reproduktionsbiologie tätig gewesen sein und seine regelmäßige Fortbildung nachgewiesen haben. Soweit das Fachgebiet Reproduktionsbiologie nicht durch einen Arzt vertreten wird, ist sicherzustellen, dass die Verantwortungs-

bereiche von Arzt und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe klar erkennbar voneinander getrennt bleiben (§ 30 Abs. 3 der Berufsordnung).

4. Jeder Arzt muss über die Zulassung oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für das von ihm vertretene Fachgebiet verfügen. Dies gilt nicht für Ärzte als Mitarbeiter in einem zugelassenen Krankenhaus. Die Ärzte müssen die Voraussetzungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Ultraschalluntersuchungen (Ultraschall-Richtlinie) erfüllen.
5. Soweit im Labor weitere Personen tätig sind, müssen diese fachkundig sein. Fachkundige Personen können Ärzte, Tierärzte, Biologen, andere Naturwissenschaftler sowie Medizinisch-technische Laborassistenten (MTLA) und Veterinärmedizinisch-technische Assistenten (VMTA) sein. Sie gelten dann als fachkundig, wenn sie eine mindestens viermonatige praktische Tätigkeit in einem IVF-Kultur-Labor ausgeübt haben.

III. Technische Ausstattung der Einrichtung

In der zur Behandlung vorgesehenen ärztlichen Einrichtung (Praxis, Krankenhaus, ermächtigte Einrichtung) müssen folgende Verfahren nach dem Stand der Wissenschaft und Technik durchgeführt werden können:

1. Ultraschalldiagnostik
Der vaginal sonographische Arbeitsplatz setzt ein Ultraschallgerät voraus, das über eine Vaginalsonde mit Punktionsmöglichkeiten verfügt, so dass eine ultraschallüberwachte vaginale Follikel-Punktion durchgeführt werden kann. Die Dokumentation ist zu gewährleisten. Ein Reserve-Ultraschallgerät muss vorhanden sein.
2. Hormondiagnostik
Das für die Diagnostik erforderliche Hormonlabor muss die Ergebnisse der Parameter Östradiol (E-2), Luteinisierendes Hormon (LH) und Progesteron an jedem Tag innerhalb von vier Stunden dem behandelnden Arzt zur Verfügung stellen.
3. Spermadiagnostik und Spermaaufbereitung
Das Labor muss über eine Mindestausstattung von:
 1. einem Wärmeschrank (ohne Begasung),
 2. einem Mikroskop mit Hellfeld- und Phasenkontrasteinrichtung,
 3. einer Wärmeplatte,
 4. einer Zentrifuge und
 5. einem Kühlschranks verfügen.
4. IVF-Kultur-Labor
Das IVF-Kultur-Labor, für das ein eigener Raum zur Verfügung stehen muss, muss mindestens über folgende Geräteausstattung verfügen:
 - a) ein Kultursystem (Kohlendioxid-Begasungsbrutschrank oder vergleichbare Apparatur),
 - b) ein Reserve-Kultursystem (Anforderungen wie a),
 - c) Messgeräte zur Kontrolle der Kohlendioxidkonzentration und der Temperatur im Kultursystem,
 - d) ein Stereomikroskop,
 - e) ein invertiertes Mikroskop mit Hellfeld- und Phasenkontrasteinrichtung sowie einer Vorrichtung zur Bilddokumentation,
 - f) eine Wärmeplatte,
 - g) eine Kühl-Gefrierschrank-Kombination oder entsprechende Einzelgeräte,
 - h) einen Autoklaven.Diese Geräte müssen nicht in den IVF-Labors vorgehalten werden. Werden Kulturmedien selbst hergestellt oder komplettiert, muss zusätzlich
 - i) ein pH-Meter mit Mikroelektrode,
 - j) ein Osmometer,
 - k) eine laminar flow box (sterile Bank) und
 - l) eine Analysenwaage vorhanden sein.

5. Kryokonservierung

Ein eventuell vorhandener Kryoarbeitsplatz muss mindestens aus einer Einfrieranlage und einem Lagerbehälter bestehen.

Falls eine Polkörperdiagnostik (PKD) durchgeführt werden soll, muss die untersuchende Institution über diagnostische Erfahrung mittels molekulargenetischer und molekularzytogenetischer Methoden an Einzelzellen verfügen.

Anlage 2

Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

Nach Einführung der In-vitro-Fertilisation (IVF) Anfang der 1980er Jahre hat die Bundesärztekammer „Richtlinien zur Durchführung von IVF und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“ erarbeitet. Sie sind durch Beschluss des 88. Deutschen Ärztetages 1985 Bestandteil der (Muster-)Berufsordnung und der meisten Berufsordnungen der Landesärztekammern geworden. Die Modifizierung und Ausweitung der Verfahren hat die vorliegende Fortschreibung erforderlich gemacht, die mit Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 17. Februar 2006 bestätigt wurde.

A. Präambel

Diese Richtlinie berücksichtigt die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik. Die Anwendung künstlicher Befruchtungen ist durch das Leiden von Paaren durch ungewollte Kinderlosigkeit und durch ihren auf natürlichem Weg nicht erfüllbaren Kinderwunsch begründet. Zwar besitzt kein Paar ein Recht oder einen Anspruch auf ein Kind, jedoch ist der Wunsch nach einem eigenen Kind legitim und nachvollziehbar. Sofern sich ein Kinderwunsch auf natürlichem Weg nicht erfüllen lässt, kann die künstliche Befruchtung zumindest in begrenztem Umfang Hilfe leisten. Der technische Fortschritt der Reproduktionsmedizin soll aber keine überhöhten Erwartungen wecken und keiner Verschiebung gesellschaftlicher Leitbilder zu Lasten behindert geborener Kinder Vorschub leisten.

Der künstlichen Befruchtung liegen die gesetzlichen Vorgaben, namentlich das Embryonenschutzgesetz, zugrunde. Die Schutzwürdigkeit und das Lebensrecht von Embryonen werden von der abgeschlossenen Befruchtung an gewahrt. Darüber hinaus orientiert sie sich an ethischen Normen, die das Kindeswohl, d. h. den Schutz und die Rechte des erhofften Kindes, die Frau, den Mann und die behandelnden Ärzte betreffen.

Den hohen Rang des Kindeswohls bringen zum Beispiel das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes aus dem Jahr 1989 oder die von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes 1998 verabschiedete „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ zum Ausdruck. In der UN-Kinderrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten in Artikel 24 „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ an. Der Weltärztebund betont im Rahmen seiner „Allgemeinen Grundsätze“, „dass die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muss“. Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind.

Sofern im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt der Arzt für das Wohl des mit seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung. Die ärztliche Pflicht, zum Wohl der Patienten zu handeln und Schaden zu

IV. Sondervorschriften für vertragsärztliche Praxen und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

Für diese Einrichtungen ist nachzuweisen, dass ein Krankenhaus schnell erreichbar ist, in dem in Notfällen nach den personellen, räumlichen und örtlichen Verhältnissen eine sofortige Weiterbehandlung der Patientinnen sichergestellt ist.

vermeiden, bezieht sich auf die Mutter und auf die erwünschten Kinder. Aufgrund der ärztlichen Verantwortung muss daher über Gefährdungen, die aus Mehrlingsschwangerschaften für Mutter und Kind resultieren, oder das Problem erhöhter nachgeburtlicher Gesundheitsschäden des Kindes sorgsam und umfassend aufgeklärt werden. Im Einzelfall müssen der Kinderwunsch eines Paares und eventuelle gesundheitliche Risiken, die eine künstliche Befruchtung für das erhoffte Kind mit sich bringen können, gegeneinander abgewogen werden. Dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft ist Rechnung zu tragen. Paare mit Kinderwunsch und vor allem die betroffenen Frauen sind den Prinzipien der Patientenautonomie und des informed consent gemäß über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden Verfahren umfassend zu informieren und aufzuklären.

Die medizinische Information soll von einer psychosozialen Beratung begleitet werden. Die Patientin bzw. das Paar sind in die Lage zu versetzen, unter Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, der Risiken, die mit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren verbunden sind, sowie der ethischen Aspekte, zu denen das Kindeswohl gehört, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten und welche Verfahren der künstlichen Befruchtung es sind, von denen sie Gebrauch machen wollen.

Die Behandlungsstandards und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung, die in Deutschland reproduktionsmedizinisch gewährleistet werden, sind im europäischen Kontext zu sehen. Sie lassen sich vom Fortschritt der Behandlungsmethoden, von den rechtlichen Entwicklungen sowie den – auch weniger restriktiven – ethischen Gesichtspunkten, die in anderen europäischen Ländern gelten, nicht abkoppeln. Nichtgenetische oder genetisch-diagnostische Verfahren, die in einer Reihe europäischer Staaten im Rahmen der dort geltenden Gesetze auf Wunsch der Eltern zu einer möglichen Verbesserung des Schwangerschaftserfolges und um der Gesundheit der erhofften Kindern willen praktiziert werden (z. B. Präimplantationsdiagnostik oder vor allem Kultivierung von Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer), sind in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit nicht statthaft oder in ihrer rechtlichen Zulässigkeit strittig. In ethischer Hinsicht gilt, dass die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen hat. Letztlich liegt es am Gesetzgeber, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zu einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben und dort statthaft sind, in der Bundesrepublik Deutschland übernommen werden können.

B. Begriffsbestimmungen zur künstlichen Befruchtung

Als künstliche Befruchtung wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken bezeichnet. In der Regel wird im Zusammenhang mit diesen Verfahren eine hormonelle Stimulation durchgeführt. Darunter versteht man den Einsatz von Medikamenten zur Unterstützung der Follikelreifung, so dass im Zyklus ein oder mehrere Follikel heranreifen.

Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) sowie die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) sind als Methode nicht von dieser Richtlinie erfasst.

1. Insemination

Unter Insemination versteht man das Einbringen des Nativspermas in die Cervix (intrauterine Insemination) oder des aufbereiteten Spermas in den Uterus (intrauterine Insemination) oder in die Eileiter (intrauterine Insemination).

2. GIFT

Unter GIFT (Gamete-Intrafallopian-Transfer; intratubarer Gameten-transfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter.

3. Extrakorporale Befruchtung

3.1. IVF

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers.

3.2. ICSI

Unter der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) versteht man ein Verfahren der künstlichen Befruchtung, bei dem eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert wird.

4. ET

Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet, unabhängig davon ob es sich um den Transfer von einem Embryo (Single-Embryo-Transfer/SET), von zwei Embryonen (Double-Embryo-Transfer/DET) oder drei Embryonen handelt.

5. Homologer/heterologer Samen

Als homolog gilt der Samen des Ehemannes oder des Partners in stabiler Partnerschaft. Als heterolog gilt der Samen eines Samenspenders.

6. PKD

Bei der Polkörperdiagnostik (PKD) wird eine mütterliche, genetische oder chromosomale Veränderung des haploiden weiblichen Chromosomensatzes durch Beurteilung des ersten und – wenn möglich – auch des zweiten Polkörpers im Ablauf einer IVF vor der Bildung des Embryos untersucht. Es handelt sich um eine indirekte Diagnostik der Eizelle.

7. PID

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden in einem sehr frühen Entwicklungsstadium ein oder zwei Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht. Diese Form einer PID ist nicht als Regelungsgegenstand zugrunde gelegt, da sie in Deutschland nicht durchgeführt wird.

C.

Medizinische Voraussetzungen für die künstliche Befruchtung

Jeder Anwendung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung hat eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern voranzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind. Bei der Wahl der Methode sollten die Dauer des Kinderwunsches und das Alter der Frau Berücksichtigung finden.

I. Methoden und Indikationen

Die Voraussetzungen für die Methoden der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) sind durch die Richtlinien nicht geregelt.

1. Hormonelle Stimulation der Follikelreifung

Indikationen:

- Follikelreifungsstörungen
- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen

2. Homologe Insemination

Indikationen:

- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- nicht erfolgreiche hormonelle Stimulationsbehandlung
- somatische Ursachen (z. B. Hypospadie, retrograde Ejakulation, Zervikal-Kanal-Stenose)
- idiopathische Unfruchtbarkeit

3. Homologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET) von einem (SET), von zwei (DET) oder drei Embryonen

Uneingeschränkte Indikationen:

- Tubenverschluss bzw. tubare Insuffizienz
- männliche Fertilitätsstörungen nach erfolgloser Insemination

Eingeschränkte Indikationen:

- Endometriose von hinreichender Bedeutung
- idiopathische Unfruchtbarkeit

Eine unerklärbare (idiopathische) Unfruchtbarkeit kann nur als Indikation für eine künstliche Befruchtung im Sinne einer IVF-Behandlung angesehen werden, wenn alle diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und hormonelle Stimulation, intrauterine und/oder intratubare Insemination nicht erfolgreich waren.

4. Intratubarer Gametentransfer (GIFT)

Indikationen:

- einige Formen männlicher – mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer – Fertilitätsstörungen
- idiopathische Unfruchtbarkeit

5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- fehlende oder unzureichende Befruchtung bei einem IVF-Versuch

Eine Indikation zur ICSI ist dann gegeben, wenn bei schwerer männlicher Infertilität oder aufgrund anderer Gegebenheiten (z. B. erfolglose Befruchtungsversuche im Rahmen der IVF) die Herbeiführung einer Schwangerschaft auf anderem Wege höchst unwahrscheinlich ist.

- männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas folgende Grenzwerte – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

Merkmale	Indikationsbefund	
		alternativ
Konzentration (Mio/ml)	Nativ < 10	swim-up < 5
Gesamtmotilität (%)	< 30	< 50
Progressivmotilität (WHO A in %)	< 25	< 40
Normalformen (%)	< 20	< 20

Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, so ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität.

Sofern diese unter 15 % im Nativsperma oder unter 30 % im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für die ICSI vor. Ebenso besteht eine ISCI-Indikation, wenn die Gesamtzahl motiler normomorpher Spermien unter 1 Millionen pro Ejakulation liegt.

Die Beurteilung des Spermias hat nach den gültigen WHO-Vorgaben zu erfolgen.

Bei grenzwertigen Spermiogrammbefunden stellt ein Rückgang der Progressivmotilität aufbereiteter Spermien (unter IVF-Kulturbedingungen) nach 24 h auf weniger als 50 % des Ausgangswertes eine ISCI-Indikation dar.

6. Heterologe Insemination

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolglose Behandlung einer männlichen Fertilitätsstörung mit intrauteriner und/oder intratubarer Insemination und/oder In-vitro-Fertilisation und/oder intracytoplasmatischer Spermieninjektion im homologen System
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Voraussetzung sind funktionsfähige, offene Eileiter.

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel F „Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung“, Kapitel F. Abschnitt III. „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

7. Heterologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET), heterologe intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI mit ET)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolgloser Einsatz der intrauterinen und/oder intratubaren Insemination und/oder der In-vitro-Fertilisation und/oder der intracytoplasmatischen Spermieninjektion im homologen System (nach Vorliegen der jeweiligen Indikation)
- erfolgloser Einsatz der heterologen Insemination
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel F „Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung“, Kapitel F. Abschnitt III. „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

8. Polkörperdiagnostik (PKD)

Die PKD ist ein in Erprobung befindliches Verfahren.

Indikationen:

- Erkennung eines spezifischen genetischen einschließlich chromosomalen kindlichen Risikos mittels indirekter Diagnostik der Eizelle
- Erkennung unspezifischer chromosomaler Risiken im Rahmen von IVF zur möglichen Erhöhung der Geburtenrate

Eine Erhöhung der Geburtenrate ist bisher nicht hinreichend belegt.

Die PKD ist an die Anwendung der IVF und ICSI geknüpft, obwohl eine Fertilitätsstörung nicht vorliegen muss. Soweit diese Untersuchungen vor Bildung des Embryos erfolgen, ist das Embryonenschutzgesetz nicht berührt.

II. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

- alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft

Eingeschränkte Kontraindikationen:

- durch eine Schwangerschaft bedingtes, im Einzelfall besonders hohes medizinisches Risiko für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes
- psychogene Fertilitätsstörung: Hinweise auf eine psychogene Fertilitätsstörung ergeben sich insbesondere dann, wenn Sexualstörungen als wesentlicher Sterilitätsfaktor angesehen werden können (seltener Geschlechtsverkehr, Vermeidung des Verkehrs zum Konzeptionsoptimum, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). In diesem Fall soll zuerst eine Sexualberatung/-therapie des Paares erfolgen.

III. Humangenetische Beratung

Eine humangenetische Beratung soll die Partner in die Lage versetzen, auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertmaßstäbe eine Entscheidung in gemeinsamer Verantwortung über die Vornahme einer genetischen Untersuchung im Rahmen der künstlichen Befruchtung und über die aus der Untersuchung zu ziehenden Handlungsoptionen zu treffen. Im Rahmen dieser Beratung sollen ein mögliches genetisches Risiko und insbesondere die mögliche medizinische und ggf. psychische und soziale Dimension, die mit einer Vornahme oder Nicht-Vornahme einer genetischen Untersuchung sowie deren möglichem Ergebnis verbunden ist, erörtert werden.

Eine genetische Untersuchung darf erst vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person schriftlich bestätigt hat, dass sie gemäß dem oben genannten Verfahren über die Untersuchung aufgeklärt wurde und in diese eingewilligt hat.

D.

Allgemeine Zulassungsbedingungen

Bei der künstlichen Befruchtung handelt es sich mit Ausnahme der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) um besondere medizinische Verfahren gem. § 13 i. V. m. § 5 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Der Arzt hat bei der Anwendung dieser Verfahren insbesondere das Embryonenschutzgesetz und die Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer nebst deren Anlagen zu beachten.

I. Rechtliche Voraussetzungen

1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Methoden der künstlichen Befruchtung sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Ehemannes verwandt werden.

Methoden der künstlichen Befruchtung können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden. Die Anwendung dieser Methoden bei nicht verheirateten Paaren in stabiler Partnerschaft darf nur nach vorheriger Anhörung durch die bei der Sächsischen Landesärztekammer eingerichtete Kommission durchgeführt werden.

Sollen bei Paaren bei der Anwendung dieser Methoden fremde Samenzellen (Samenspende) verwendet werden, bedarf dies eines zustimmenden Votums der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“. Die unter Kapitel F. Abschnitt III. genannten Voraussetzungen sind zu beachten.

2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeitig auf die Mutter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nrn. 3 u. 5 ESchG). An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar der Erhaltung der Embryonen dienen.

Beim Einsatz der oben genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll.

3. Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Sofern Leistungen der Verfahren zur künstlichen Befruchtung von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind ferner die Bestimmungen des SGB V (insbes. §§ 27a, 92, 121a und 135 ff SGB V) und die Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

4. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat die Aufnahme der Tätigkeit bei der Sächsischen Landesärztekammer genehmigen zu lassen und nachzuweisen, dass die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erfüllt sind, außerdem hat er an den Maßnahmen der Qualitätssicherung teilzunehmen. Änderungen sind der Sächsischen Landesärztekammer unverzüglich anzuzeigen.

Die weiteren Einzelheiten ergeben sich aus der „Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser“ als Anlage 1 der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer.

Ein Arzt kann nicht dazu verpflichtet werden, entgegen seiner Gewissensüberzeugung Verfahren der künstlichen Befruchtung durchzuführen.

II. Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung

Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung, die Art des Eingriffs, die Einzelschritte des Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen erkennbar Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden.

1. Medizinische Aspekte

Information, Aufklärung und Beratung, insbesondere zu folgenden Punkten

- Ablauf des jeweiligen Verfahrens
- Erfolgsrate des jeweiligen Verfahrens
- Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Schwangerschaft
- Zystenbildung nach Stimulationsbehandlung
- Überstimulationsreaktionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Operative Komplikationen bei Eizellpunktionen
- Festlegung der Höchstzahl der zu transferierenden Embryonen
- Kryokonservierung für den Fall, dass Embryonen aus unvorhergesehenem Grunde nicht transferiert werden können
- Abortrate in Abhängigkeit vom Alter der Frau
- Eileiterschwangerschaft
- durch die Stimulation bedingte erhöhte Mehrlingsrate und den damit verbundenen mütterlichen und kindlichen Risiken (u.a. mit Folge der Frühgeburtlichkeit)
- möglicherweise erhöhtes Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern, insbesondere nach Anwendung der ICSI-Methode
- mögliche Risiken bei neuen Verfahren, deren endgültige Risikoeinschätzung nicht geklärt ist.

Neben diesen behandlungsbedingten Risiken müssen Faktoren, die sich auf das Basisrisiko auswirken, (z. B. erhöhtes Alter der Partner, Verwandtenehe) Berücksichtigung finden. Hierzu sollte eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dieses dokumentiert werden.

2. Psychosoziale Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung, insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- psychische Belastung unter der Therapie (der psychische Stress kann belastender erlebt werden als die medizinischen Schritte der Behandlung)
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)
- mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen

3. Aspekte der humangenetischen Beratung

Dem Paar muss über Information und Aufklärung hinaus eine humangenetische Beratung (vgl. Kapitel C. Abschnitt III. „Humangenetische Beratung“) insbesondere angeboten werden bei:

- Anwendung der ICSI-Methode im Zusammenhang mit einer schweren Oligo-Astheno-Teratozoospermie oder nicht entzündlich bedingter Azoospermie
- genetisch bedingten Erkrankungen in den Familien
- einer Polkörperdiagnostik (PKD)
- habituellen Fehl- und Totgeburten
- Fertilitätsstörungen in der Familienanamnese

4. Aspekte der behandlungsunabhängigen Beratung

Unabhängig von dieser Art der Information, Aufklärung und Beratung muss der behandelnde Arzt dem Paar die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen ärztlichen Beratung empfehlen und auf die Möglichkeit einer begleitenden psychosozialen Beratung hinweisen.

5. Aspekte der Kostenübernahme

Fragen zur Übernahme der Kosten der Behandlung durch gesetzliche oder private Krankenkassen bzw. Beihilfeträger sind zu erörtern.

6. Aspekte der Dokumentation

Die erfolgte Information, Aufklärung, Beratung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung müssen dokumentiert und von beiden Partnern und dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

E.

Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Durchführung der Methoden

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryotransfer in die Gebärmutter (ET)
- Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in die Eileiter (Gameten-Intra-Follopian-Transfer (GIFT))
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- heterologe IVF/ICSI
- Polkörperdiagnostik (PKD)

als Verfahren setzt die Erfüllung der in Anlage 1 „Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser“ festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus.

F.

Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung

I. Embryotransfer

Ziel einer Sterilitätstherapie ist die Herbeiführung einer Einlingschwangerschaft, da diese Schwangerschaft im Vergleich zu Mehrlingschwangerschaften das geringste Risiko für Mutter und Kind darstellt.

Zwillingsschwangerschaften beinhalten für die Mutter erhöhte Risiken (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus, Präeklampsie), die in der Beratung mit zu berücksichtigen sind. Die Risiken für das Kind sind bei Zwillingen im Vergleich zu Einlingen ebenfalls erhöht, wobei besondere Komplikationen bei monozygoten Zwillingsschwangerschaften zu erwarten sind (z. B. fetofetales Transfusionsyndrom).

Höhergradige Mehrlinge (mehr als Zwillinge) sollen verhindert werden, da hierbei sowohl das Leben oder die Gesundheit der Mutter gefährdet als auch die Morbidität und Mortalität der meist frühgeborenen Kinder deutlich erhöht sein können.

Das Risiko besonders für höhergradige Mehrlinge mit allen gesundheitlichen und sozialen Problemen für Kinder und Eltern wiegt so schwer, dass das Ziel, eine Schwangerschaft herbeizuführen, untergeordnet werden muss. Zur Senkung des Mehrlingsrisikos müssen folglich die wesentlichen Parameter wie Alter der Mutter, Anzahl der bisherigen Versuche und Indikation zur Therapie abgewogen werden.

Es ist daher unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes zu empfehlen, bei Patientinnen unter 38 Jahren im ersten und zweiten IVF- und/oder ICSI-Versuch nur zwei Embryonen zu transferieren. Wenn von dem Paar der Transfer von drei Embryonen gewünscht wird, darf dieses nur nach ausführlicher Information und Aufklärung über das erhöhte Risiko für höhergradige Mehrlingsschwangerschaften und den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind sowie nach entsprechender Dokumentierung der hiermit verbundenen Gefahren erfolgen.

II. Kryokonservierung

Kryokonservierung von Eizellen im Stadium der Vorkerne zur Behandlung der Infertilität von Patientinnen ist zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist. Die Kryokonservierung von Embryonen ist der Sächsischen Landesärztekammer anzuzeigen.

Die weitere Kultivierung von Eizellen im Vorkernstadium darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Partner vorgenommen werden. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass über konservierte Eizellen im Vorkernstadium beide nur gemeinschaftlich verfügen können. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Die Kryokonservierung von Eizellen ist ebenfalls möglich, jedoch nicht so erfolgreich wie die Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium. Die Kryokonservierung von Ovarialgewebe ist als experimentell anzusehen.

Die Kryokonservierung von ejakulierten, epididymalen und testikulären Spermatozoen bzw. von Hodengewebe kann ohne Einschränkung durchgeführt werden.

III. Verwendung von heterologem Samen

1. Medizinische Aspekte

Der Einsatz von heterologem Samen ist medizinisch zu begründen und es ist darzulegen, warum der Einsatz von homologem Samen nicht erfolgreich war oder nicht zum Einsatz kommen konnte (s. Kapitel C. „Medizinische Voraussetzungen für die künstliche Befruchtung“ Kapitel C. Abschnitt I. „Heterologe Insemination“).

Der Arzt hat sicherzustellen, dass

- kein Mischsperma verschiedener Samenspender verwendet wird,
- kein frisches Spendersperma verwendet wird,
- der Samenspender vor der ersten Samenprobe auf HIV I und II untersucht wurde,
- weitere HIV-Kontrollen in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten erfolgt sind,
- die heterologe Insemination mit kryokonserviertem Sperma nur

erfolgen darf, wenn es über eine Quarantänezeit von mindestens 180 Tagen gelagert wurde und wenn der Spender auch nach Ablauf dieser Zeit frei von HIV I und II Infektionen geblieben ist und

- eine serologische Untersuchung auf Hepatitis B und C, Treponema pallidum, Cyto-megalieviren (Verwendung von CMV-positivem Spendersperma nur für CMV-positive Frauen) durchgeführt wurde.

Dies gilt auch bei der Kooperation mit Samenbanken.

Eine Erfassung von medizinischen und phänotypischen Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße, Körperstatur und Ethnie erscheint sinnvoll. Der Arzt soll darauf achten, dass ein Spender nicht mehr als 10 Schwangerschaften erzeugt.

2. Psychosoziale Beratung

Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Probleme, welche die heterologe Insemination mit sich bringt, beraten werden. Dabei soll auf die künftige Entwicklung ihrer Beziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine Abstammung besonderes Gewicht gelegt werden. Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.

3. Rechtliche Aspekte

Der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen der Verwendung von heterologem Samen für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterrichtung wird empfohlen, folgende Grundsätze zu beachten:

3.1. Unterrichtung über Rechtsfolgen

Der behandelnde Arzt sollte sich vor der Verwendung von heterologem Samen vergewissern, dass der Samenspender und die künftigen Eltern über mögliche rechtliche Konsequenzen unterrichtet worden sind.

3.2. Dokumentation

Der behandelnde Arzt muss

- die Identität des Samenspenders und die Verwendung der Samenspende dokumentieren;
- außerdem muss er dokumentieren,
- dass sich der Samenspender mit der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende und – für den Fall eines an ihn gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes – mit einer Bekanntgabe seiner Personalien einverstanden erklärt hat,
 - dass sich die künftigen Eltern mit der Verwendung von heterologem Samen und der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende einverstanden erklärt haben und den behandelnden Arzt – für den Fall eines an diesen gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes oder eines der künftigen Elternteile – von seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Dies gilt auch für den Fall, dass der behandelnde Arzt mit einer Samenbank kooperiert; die Dokumentation kann nicht auf die Samenbank delegiert werden.

IV. Verfahrens- und Qualitätssicherung

Erforderlich sind die Qualitätssicherung der medizinisch angewendeten Verfahren und deren Dokumentation.

1. Dokumentation

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung wird ein gemeinsames Dokumentationszentrum (Deutsches IVF-Register = DIR) geführt. Jede Arbeitsgruppe hat eine EDV-gestützte Dokumentation entsprechend dem Fragenkatalog des DIR zu erstellen. Die Ergebnisse der sächsischen IVF-Zentren werden der Sächsischen Landesärztekammer vom DIR zur jährlichen Auswertung und Qualitätskontrolle zur Verfügung gestellt.

Die erhobenen Daten sollen regelmäßig so ausgewertet werden, dass dem Arzt die individuelle Beurteilung seiner Tätigkeit ermöglicht wird.

Im einzelnen müssen mindestens dokumentiert werden:

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
 - IVF mit ET
 - GIFT
 - ICSI
 - heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
 - heterologe IVF / ICSI
 - PKD
- bezüglich:
- Alter der Patientin
 - Indikation der Methoden
 - Verlauf der Stimulation
 - Anzahl und Befruchtungsrate der inseminierten Eizellen bei IVF / ICSI
 - Anzahl der transferierten Eizellen bei GIFT
 - Anzahl der transferierten Embryonen bei IVF / ICSI
 - Schwangerschaftsrate
 - Geburtenrate
 - Fehlgeburten
 - Eileiterschwangerschaften
 - Schwangerschaftsabbrüche
 - Mehrlingsrate
 - Fehlbildungen

Die Beurteilung dieser Kriterien ist nur auf der Grundlage einer prospektiven Datenerfassung möglich. Konkret bedeutet die Prospektivität der Datenerhebung, dass die ersten Angaben zum Behandlungszyklus innerhalb von 8 Tagen nach Beginn der hormonellen Stimulation eingegeben werden sollen. Dies ist notwendig, um eine nachträgliche Selektion nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Behandlungszyklen und somit eine bewusste oder unbewusste Manipulation der Daten zu vermeiden.

Durch die prospektive Erfassung der Daten wird eine Auswertung i. S. der Qualitätssicherung ermöglicht, die nicht nur dem interessierten Arzt, sondern auch der interessierten Patientin den Behandlungserfolg sowie die Bedeutung eventuell beeinflussender Faktoren transparent macht.

2. Weitere Regelungen

Soweit die Behandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird, sind neben den vorstehenden Regelungen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V zu beachten.

3. Meldung von Verstößen

Verdacht auf Verstöße gegen die Richtlinie, auch auffälliges Ausbleiben der Dokumentationen nach Kapitel F. Abschnitt IV. 1., sind der Sächsischen Landesärztekammer zu melden.

V. Berufsrechtliche Folgen

Die Nichtbeachtung des ESchG und dieser Richtlinie kann neben den strafrechtlichen auch berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

G.

Kommentar

Dieser Kommentar soll eine Interpretationshilfe für die vorstehende Richtlinie sein, ohne an ihrem verbindlichen Charakter teilzuhaben.

Zu B. Begriffsbestimmungen

Die Befruchtung der instrumentell entnommenen Eizelle durch die Samenzelle erfolgt bei der In-vitro-Fertilisation in der Regel in einem Kulturgefäß (In vitro). Bei der Intracytoplasmatischen Spermatozoen-

injektion (ICSI) wird eine männliche Keimzelle in die Eizelle injiziert. Nach erfolgter Befruchtung und Beobachtung von Zellteilungen erfolgt der Embryotransfer in die Gebärmutter (ET).

Zu C. I. 5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Zur Indikation

Bei männlichen Fertilitätsstörungen sollen in der Regel weniger invasive Verfahren wie die homologe Insemination (evtl. nach hormoneller Stimulation) angewendet werden, wenn dieses Erfolg verspricht. Bei schweren männlichen Fertilitätsstörungen kann die ICSI-Methode die Chancen für einen Schwangerschaftseintritt deutlich erhöhen. Eine eindeutige Grenzziehung im Spermioogramm zwischen den Methoden (interzervikale, intrauterine und intratubare Insemination, IVF und ICSI) lässt sich nicht finden.

Zur Gewinnung der Spermatozoen

Die für die ICSI verwandten Spermien können aus dem Ejakulat, aus dem Hoden oder den ableitenden Samenwegen (vorwiegend dem Nebenhoden) gewonnen werden. Bei obstruktiver Azoospermie können Spermien aus dem Nebenhoden aspiriert werden (z. B. Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration, MESA, oder unter Umständen Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration, PESA). Bei Azoospermie und schwerster Oligoasthenoteratozoospermie lassen sich Spermien u. U. aus dem Hoden aspirieren (Testicular Sperm Aspiration, TESA) oder aus dem biopsisch gewonnenen Hodengewebe extrahieren (Testicular Sperm Extraction, TESE). Die Verwendung von haploiden Keimzellen vor der Entwicklung zu Spermien kann nicht empfohlen werden.

Zur humangenetischen Beratung und Diagnostik

Im Vergleich zur Normalbevölkerung liegt bei Paaren, die zur ICSI-Behandlung kommen, häufiger eine chromosomale oder monogene Störung vor. Deshalb muss vor einer ICSI-Therapie durch den behandelnden Arzt eine genaue Anamnese, insbesondere eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Über die Notwendigkeit und Bedeutung einer Chromosomenanalyse muss aufgeklärt werden. Ergeben sich Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dieses dokumentiert werden.

Bei nicht obstruktiver Azoospermie oder schwerer Oligozoospermie (< 5 Mio/ml) wird aufgrund von z. Zt. vorliegenden empirischen Daten empfohlen, vor Beginn der ICSI-Behandlung eine Chromosomenanalyse bei beiden Partnern durchzuführen. Die molekulargenetische Untersuchung Y q11 (Azoospermiefaktor, AZF) kann bei Azoospermie (außer bei gesicherter obstruktiver Azoospermie) und hochgradiger Oligozoospermie angeboten werden. Im Verdachtsfalle eines kongenitalen beidseitigen Verschlusses der ableitenden Samenwege (Congenital Bilateral Aplasia of the Vas Deferens, CBAVD) muss ein Angebot einer Beratung des Paares durch eine Humangenetikerin/einen Humangenetiker erfolgen. In diesem Fall ist eine detaillierte Mutationsanalyse im Gen für die Zystische Fibrose (Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR)-Gen) notwendig. Von dem Ergebnis ist es abhängig, ob eine entsprechende molekulargenetische Untersuchung bei der Partnerin erforderlich ist.

Zu C. I. 8. Polkörperdiagnostik (PKD)

PKD zur Erkennung eines erhöhten spezifischen Risikos

PKD vor abgeschlossener Befruchtung ermöglicht die indirekte Diagnostik einer spezifischen Veränderung innerhalb des haploiden weiblichen Chromosomensatzes oder einer spezifischen Genveränderung durch Untersuchung des ersten und zweiten Polkörpers, in solchen

Fällen, in denen die Frau ein spezifisches Risiko trägt. Polkörper werden vor der Auflösung der Vorkernmembranen (Präfertilitationsphase) aus der Eizelle ausgeschleust und können entnommen werden, ohne dass der Eizelle und ihrer weiteren Entwicklung geschadet wird. Wenn eine PKD unter Verwendung beider Polkörper erfolgen soll, kann es notwendig sein, die Eizelle zu kryokonservieren, da sonst vor Abschluss der speziellen Untersuchungen die Auflösung der Vorkernmembranen stattfinden kann. Nach Transfer von vorher kryokonservierten Eizellen ist die Schwangerschaftsrate deutlich niedriger, sodass ein Gewinn an diagnostischer Sicherheit durch Untersuchung auch des zweiten Polkörpers möglicherweise aufgehoben wird.

Im Gegensatz zur PID weist PKD aus medizinischer Sicht erhebliche Nachteile auf:

- nur mütterliche Chromosomen und genetische Veränderungen können diagnostiziert werden,
- es handelt sich um eine indirekte Diagnostik,
- Fehldiagnosen als Folge eines crossing over können bei Untersuchungen nur des ersten Polkörpers vorkommen,
- es werden Oozyten verworfen, die bei Befruchtung nicht zu einem spezifisch erkrankten Kind geführt hätten, da nur der mütterliche haploide Chromosomensatz bzw. das haploide Genom im Rahmen der PKD indirekt untersucht werden kann. Auch wenn bei rezessiv X-chromosomal vererbten Erkrankungen der Gendefekt in der Eizelle erkannt wurde, besteht die Chance, dass das befruchtende Spermium ein X-Chromosom trägt und der sich aus dieser befruchteten Eizelle entwickelnde Embryo heterozygot für die Mutation ist und damit nicht erkranken wird. Auch wenn autosomal-rezessive Gendefekte indirekt in der Eizelle nachgewiesen wurden, besteht bei Anlageträgerschaft des Vaters für denselben Gendefekt eine 50%ige Chance, dass das Spermium diesen nicht trägt und ein heterozygoter, von der spezifischen Erkrankung selbst nicht betroffener Anlageträger entstehen würde.

PKD zur Erhöhung der Geburtenrate nach IVF

Embryonale Triploidien (69 Chromosomen) und Trisomien (drei Chromosomen anstelle eines Chromosomenpaares), wahrscheinlich der meisten Autosomen (z. B. Trisomie 16) tragen erheblich zur niedrigen Geburtenrate nach IVF bei. Im Ausland wird mittels PID versucht, Embryonen, bei denen Trisomien vorliegen, zu erkennen und nicht zu transferieren. Auch mittels PKD können die Polkörper auf das Vorhandensein einer Disomie oder einer Nullisomie von Chromosomen hin untersucht werden. Wenn ein solcher Zustand für eine Chromosomengruppe vorliegt, hat der Embryo entweder eine Trisomie oder eine Monosomie für die entsprechenden Chromosomen. Auch Embryonen mit einer Monosomie X und solche mit einer Trisomie der Chromosomen 13, 18 und 21 werden in hohem Grade spontan abortiert. Triploidien können durch Polkörperuntersuchung nicht erkannt werden.

Obwohl PKD gegenüber PID die oben genannten Nachteile aufweist, könnte auch ein Vorteil gegenüber PID bei der Aneuploidie-Diagnostik bestehen. Nach Aneuploidie-Diagnostik des ersten und zweiten Polkörpers kann der Chromosomensatz für die untersuchten Chromosomen in der Eizelle relativ sicher festgelegt werden. Bei PID besteht immer die Möglichkeit, dass durch das Auftreten einer Nondisjunction in den ersten postmeiotischen Zellteilungen ein Chromosomenmosaik entsteht. Wird eine Blastomere nach einer postmeiotischen Nondisjunction untersucht, ist dieses Chromosomenresultat in dieser einen Zelle nicht für den frühesten Embryo repräsentativ. Embryonen mit frühesten Chromosomenmosaik haben aber durchaus Überlebenschancen, da sich einzelne Zellen mit Chromosomenstörungen nicht immer weiterentwickeln.

Zu C. II. Kontraindikationen

Von überwiegend psychogener Fertilitätsstörung kann nur dann gesprochen werden, wenn ein Paar trotz Kinderwunsches und Aufklärung

durch den Arzt weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Essstörung, Nikotinabusus, Genuss- und Arzneimittelmisbrauch, extremer – vor allem beruflicher – Stress) bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt (kein Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). Bei psychogener/psychisch mitbedingter Fertilitätsstörung sollte ein Psychotherapeut hinzugezogen werden. Gegebenenfalls kann auch in eine Paartherapie Sexualtherapie/ Einzel- oder Gruppenpsychotherapie überwiesen werden.

Im übrigen sind sämtliche medizinischen Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft Kontraindikationen gegen die Anwendung von Methoden künstlicher Befruchtung. Hierzu können auch psychische/psychiatrische Erkrankungen von hinreichender Bedeutung sowie Alkoholabusus und Drogenabusus zählen, die vorher einer entsprechenden Therapie zugeführt werden sollten.

Zu D. I. 1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Im Rahmen des homologen Systems bestehen zwischen einer durch natürliche Zeugung bewirkten Geburt und einer durch Methoden der künstlichen Befruchtung bewirkten Geburt keine rechtlichen Unterschiede.

Als rechtlich unproblematisch erweist sich die Anwendung einer solchen Methode dann, wenn die künftigen Eltern miteinander verheiratet sind: Der Ehemann der Mutter ist leiblicher (genetischer) Vater und zugleich Vater im Rechtssinn. Die Art der Zeugung ist für das rechtliche Eltern-Kind-Verhältnis ohne Belang. Die Richtlinie knüpft deshalb die Zulässigkeit von Maßnahmen der assistierten Geburt an die Ehe der künftigen Mutter mit dem künftigen (auch genetischen) Vater.

Ist die Frau mit dem künftigen (genetischen) Vater nicht verheiratet, soll sichergestellt sein, dass das mit einer Methode der künstlichen Befruchtung gezeugte Kind nicht ohne sozialen und rechtlichen Vater aufwächst. Dies ist nach Auffassung der Richtlinie grundsätzlich nur verbürgt, wenn die künftige Mutter und der künftige (genetische) Vater beiderseits nicht mit einem Dritten verheiratet sind, in einer festgefügt Partnerschaft miteinander zusammenleben und der künftige (genetische) Vater seine Vaterschaft frühestmöglich anerkennen und damit auch zum Vater des Kindes im Rechtssinn werden wird.

Eine heterologe Insemination wird – auch im Hinblick auf die mit dieser Methode verbundenen rechtlichen Konsequenzen und Unwägbarkeiten – an zusätzlich enge Voraussetzungen geknüpft. Bei nicht miteinander verheirateten Paaren wird dabei einer heterologen Insemination mit besonderer Zurückhaltung zu begegnen sein; sie erklärt sich aus dem Ziel, dem so gezeugten Kind eine stabile Beziehung zu beiden Eltern teilen zu sichern. Aus diesem Grunde ist eine heterologe Insemination zur Zeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben.

In allen Fällen einer zulässigen Methode künstlicher Befruchtung ist darauf zu achten, dass zwischen den Ehegatten oder Partnern eine Beziehung besteht, die sich als für die mit diesen Methoden im Einzelfall möglicherweise verbundenen medizinischen und psychologischen Probleme hinreichend tragfähig darstellt. Liegen konkrete Anhaltspunkte für medizinische, soziale oder psychische Probleme vor, durch welche eine dauerhafte und verlässliche Betreuung und Versorgung des Kindes gefährdet werden könnte, ist die Anwendung von Methoden künstlicher Befruchtung von vornherein ausgeschlossen. In diesem Falle rechtfertigen der Wille und die Möglichkeit von Eltern, diesen Gefährdungen durch medizinische oder psychotherapeutische Behandlungen entgegenzuwirken, die Anwendung von Methoden künstlicher Befruchtung nicht.

Zu D. I. 2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

Gesetzliche Vorgaben

Ziel einer Kinderwunschbehandlung ist es, eine Schwangerschaft und eine Geburt nach Beratung und medizinischer Behandlung zu ermöglichen. Auch im Rahmen der IVF- und/oder ICSI-Behandlung geht es

primär um eine Einlingsschwangerschaft, da Mehrlingsschwangerschaften, insbesondere aber höhergradige Mehrlingsschwangerschaften zu einem erheblichen mütterlichen und kindlichen Risiko, darunter zur problematischen Frühgeburt führen können. Ein Ziel des Embryonenschutzgesetzes vom 13. Dezember 1990 ist es, höhergradige Mehrlinge zu vermeiden, indem nicht mehr als drei Embryonen auf eine Frau übertragen werden dürfen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG).

Der reproduktionsmedizinische Fortschritt ermöglicht es inzwischen, Embryonen zu kultivieren, um aufgrund morphologischer Beobachtung weitgehend zwischen entwicklungsfähigen und nicht entwicklungsfähigen Embryonen zu unterscheiden. Indem nur ein Embryo auf die Frau übertragen wird (u. U. max. zwei Embryonen), lässt sich die Rate der Mehrlingsschwangerschaften deutlich senken. Der Single-Embryo-Transfer wird nicht nur in Skandinavien zum Standardverfahren. Hierdurch wird möglicherweise die Schwangerschaftsrate pro Behandlungsversuch günstiger als bisher gestaltet und es wird die Gesundheit der Frau und des Kindes geschützt.

Daraus entsteht die Frage, ob eine Auswahl von Embryonen nach morphologischen Kriterien mit dem Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 in Einklang zu bringen ist. In der medizinrechtlichen Debatte wird dieses Problem seit kurzem kontrovers diskutiert. Ausschlaggebend ist § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG, der es verbietet, mehr Eizellen zu befruchten, als einer Frau innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen, sowie § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG, dem zufolge auf eine Frau innerhalb eines Zyklus nicht mehr als 3 Embryonen übertragen werden dürfen. Die Zusammenschau dieser beiden Bestimmungen führt zu der Schlussfolgerung, dass es gegenwärtig nicht zulässig ist, mehr als drei Eizellen zu befruchten und in einem Zyklus dann nur einen oder allenfalls zwei dieser Embryonen zu übertragen. Befruchtet man mehr Eizellen, um einen Embryo mit guten Entwicklungschancen zu wählen und nur ihn zu transferieren, ist dies mit dem Wortlaut der Norm, den historischen Vorstellungen des Gesetzgebers und dem systematischen Zusammenhang zwischen § 1 Abs. 1 Nr. 3 und 5 ESchG nicht vereinbar. § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG soll verhindern, dass überzählige Embryonen entstehen. Der Gesetzgeber hatte im Gesetzgebungsverfahren verschiedene Aspekte betont. Die Menschenwürdegarantie und den Lebensschutz für jeden Embryo nach der Vereinigung von Samen- und Eizelle, die Verhinderung einer gespaltenen Mutterschaft und der Spende von Embryonen eines anderen Paares, die Vermeidung überzähliger Embryonen, um einer späteren missbräuchlichen Verwendung vorzubeugen, die Verhinderung einer Befruchtung auf Vorrat, gleichzeitig die Vermeidung höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften, die für die Gesundheit der Frau nachteilig sind, waren ausschlaggebend für diese Regelung. Der Gesetzgeber hat diese Gesichtspunkte vor dem Hintergrund der damaligen medizinischen Erkenntnisse gegeneinander abgewogen und – nach Auffassung maßgebender juristischer Autoren – das dem Wortlaut und Wortsinn zufolge klare Verbot normiert, mehr Eizellen zu befruchten, als in einem Zyklus übertragen werden sollen.

Ethische Perspektiven und rechtspolitische Schlussfolgerungen

Aus ethischen Gründen wird in der rechtswissenschaftlichen und medizinethischen Literatur inzwischen verstärkt gefordert, das Embryonenschutzgesetz dem jetzigen Stand der reproduktionsmedizinischen Handlungsmöglichkeiten gemäß fortzuschreiben.

Medizinisches Handeln ist dem Wohl der Patienten verpflichtet und soll Schaden vermeiden. Patientinnen bzw. Paare, die ihren Kinderwunsch unter Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Verfahren erfüllen möchten, besitzen ein Anrecht darauf, nach dem jeweils erreichten Kenntnisstand der Reproduktionsmedizin bestmöglich behandelt zu werden. Eine Prüfung der Entwicklungs- und Lebensfähigkeit von Embryonen vor der Implantation nach morphologischen Kriterien kommt dem Gesundheitsschutz der Frau zugute. Sie hat den Sinn, belastende Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden, die aus dem – dem

geltenden Recht gemäßen – ungeprüften Transfer von bis zu drei Embryonen resultieren, und die Erfolgsrate einer Schwangerschaft nach IVF zu erhöhen. Die morphologische Beobachtung früher präädativer Embryonen mit nachfolgendem Transfer eines entwicklungsfähigen Embryos (oder u. U. einem Double-Embryo-Transfer) dient vor allem auch dem Gesundheitsschutz der Kinder, da Mehrlingsschwangerschaften insbesondere für Kinder (Frühgeborene), abgesehen von eventuellen familiären psychosozialen Problemen, schwere gesundheitliche Schäden bewirken können. Darüber hinaus vermag der Single-Embryo-Transfer die Zufügung von Schaden in der Hinsicht zu verhindern, dass die Gefahr des Fetozids, der bei höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften droht, gebannt wird.

Die Beobachtung von Embryonen unter dem Gesichtspunkt ihrer Entwicklungs- und Lebensfähigkeit, die hinsichtlich der Zuverlässigkeit des Verfahrens fortlaufend geprüft und verbessert werden muss, stellt keine willkürliche oder gar diskriminierende Selektion dar. Die beiseite gelegten Embryonen würden sich voraussichtlich ohnehin nicht fortentwickeln. Zwar ist anzunehmen, dass – in überschaubarer, begrenzter Größenordnung – bei diesem Verfahren auch einzelne entwicklungsfähige Embryonen erzeugt würden, die im Zuge des Single-Embryo-Transfers nicht übertragen würden, so dass sie überzählig blieben. Das Embryonenschutzgesetz nimmt jedoch schon jetzt das Vorhandensein überzähliger Embryonen hin und geht – darin ganz im Einklang mit philosophischen, theologischen und ethischen

Ansätzen, die einen abwägenden Umgang mit Embryonen im frühesten Entwicklungsstadium vorschlagen – nicht vom Standpunkt des absoluten Embryonenschutzes aus. Denn das Gesetz akzeptiert, dass eine Frau den Transfer eines extrakorporalen Embryos verweigern darf (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2 ESchG). Aus ethischer Sicht lassen sich noch andere Argumente zugunsten des neuen Handlungsansatzes anführen. Zum Beispiel ließe sich die hohe Zahl von Eizellen, die in Deutschland im Vorkernstadium kryokonserviert aufbewahrt werden, reduzieren.

Insgesamt ist es aufgrund einer Mehrzahl unterschiedlicher Gründe, die in der neueren Literatur zur Sprache gebracht wurden, ethisch wünschenswert, dass der Gesetzgeber tätig wird und eine Klarstellung vornimmt, der zufolge die morphologische Beobachtung von Embryonen vor der Implantation mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer zukünftig statthaft ist.

Bereits jetzt können Umstände vorliegen, aufgrund derer ein präädativer Embryo nicht transferiert werden kann. Das Embryonenschutzgesetz respektiert es, wenn eine Frau in den Transfer nicht einwilligt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 ESchG). Daher sind auch in der Bundesrepublik Deutschland, im Vergleich zu anderen Ländern allerdings in sehr geringer Zahl, überzählige präädative Embryonen kryokonserviert vorhanden. Der Gesetzgeber sollte den Umgang mit diesen befruchteten Eizellen, besonders die Dauer der Kryokonservierung oder z. B. auch die Möglichkeit sog. pränataler Adoption, im Embryonenschutzgesetz regeln.

Zu D. II. 1. Medizinische Aspekte

Zum Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern nach Anwendung der ICSI-Methode

In der deutschen „ICSI-Studie“ zeigten sich vermehrt Auffälligkeiten bei Kindern, die nach Anwendung der ICSI-Methode gezeugt wurden im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern (RR 1,44). Nach Adjustierung der Risikofaktoren (z. B. Alter der Mutter) vermindert sich das Risiko auf 1,24 (Fertil Steril 2004: 1604-1616).

In weiteren Arbeiten wird diskutiert, ob die ICSI-Methode selbst die Ursache darstellt oder ob durch Hintergrundfaktoren, wie das Sterilitätsproblem des Paares, dieses Risiko erhöht ist. Insofern bedarf es einer besonderen Information, Aufklärung und Beratung des Paares zu diesem Punkt im Rahmen einer Sterilitätstherapie.

Zu E. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Ein großer Teil der iatrogenen Mehrlingsschwangerschaften entsteht aus einer Simulationsbehandlung ohne IVF, ICSI und Insemination. Daher besteht die dringende Notwendigkeit eines kritischen und sorgfältigen Umgangs mit der alleinigen hormonellen Stimulation. Dies gilt für jeden anwendungsberechtigten Arzt.

Zu E. III. IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe vertreten die Teilbereiche Endokrinologie der Reproduktion, gynäkologische Sonographie, operative Gynäkologie, Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur, Andrologie und psychosomatische Grundversorgung. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind grundsätzlich an einem Ort ansässig. Für Teilbereiche können Ausnahmen gemacht werden.

Zu F. I. Embryotransfer

Zur Zahl der zu transferierenden Embryonen in Abhängigkeit vom Alter

Generell steigt die Wahrscheinlichkeit zur Erlangung einer klinischen Schwangerschaft mit der Zahl der transferierten Embryonen. Zugleich wächst aber auch die Wahrscheinlichkeit für eine Zwillingschwangerschaft oder höhergradige Mehrlingsschwangerschaft mit der Zahl der transferierten Embryonen. So ist die Wahrscheinlichkeit z. B. bei einer 30-jährigen Frau für eine Zwillings- oder Drillingschwangerschaft erhöht, wenn ihr 3 Embryonen übertragen werden gegenüber einer 40-jährigen Frau, bei der das Zwillings- und Drillingsrisiko nicht so hoch ist. Die Wahrscheinlichkeit (DIR 2003) beim Transfer von 3-Embryonen bei einer 31-jährigen Frau liegt im Falle einer Schwangerschaft bei 29% für eine Zwillingschwangerschaft und bei 6,3% für eine Drillingschwangerschaft. Bei einer 40-jährigen Frau beträgt die Wahrscheinlichkeit für eine Zwillingschwangerschaft 13% sowie für eine Drillingschwangerschaft 0,7% beim Transfer von 3 Embryonen.

Es lässt sich keine eindeutige Grenze finden, bis zu welchem Alter der Frau ein Transfer von 1 oder 2 Embryonen sinnvoll ist und ab wann ein Embryotransfer von 3 Embryonen risikoärmer erscheint.

Als Empfehlung sollten bei Frauen unter 38 Jahren im 1. und 2. IVF- und / oder ICSI-Versuch nur bis zu 2 Embryonen transferiert werden.

Generell ist beim Transfer von 3 Embryonen eine ausführliche Information und Aufklärung über das mögliche Risiko von höhergradigen Mehrlingen und den damit verbundenen Gefahren für Mutter und Kind notwendig.

Zu F. II. Kryokonservierung

Eizellen im Vorkernstadium – nach Eindringen der Samenzelle, aber vor der Kernverschmelzung – überstehen die Kryokonservierung und das Auftauen besser als nicht imprägnierte Eizellen. Erst während der nach dem Auftauen erfolgenden Kultivierung In-vitro kommt es durch Kernverschmelzung zum Abschluss der Befruchtung.

Die Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium erfolgt unter Aufsicht und fachlicher Weisung eines Arztes. Verträge über das Einfrieren von Eizellen im Vorkernstadium können befristet werden, wobei eine Mindestfrist vereinbart werden sollte. Diese Frist kann auf Verlangen des Paares auf Wunsch verlängert werden, wenn diese das dafür vereinbarte Entgelt entrichtet haben. Stirbt einer der Partner oder zieht einer der Partner seine Zustimmung zur Kryokonservierung oder Weiterkultivierung zurück, etwa nach einer Scheidung oder dauerhaften Trennung, endet der Vertrag und die kryokonservierten Zellen sind zu

verwerfen. Bei der Kryokonservierung ist der jeweilige Stand der medizinischen und technischen Wissenschaft zu berücksichtigen. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass die konservierten Eizellen im Vorkernstadium in ihrem Eigentum stehen.

Zu F. III. Verwendung von heterologem Samen

Die Verwendung von heterologem Samen bedarf besonderer Regelungen, die auf die medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekte des heterologen Systems Bedacht nehmen und den damit verbundenen Gefahren nach Möglichkeit vorbeugen. Aus rechtlicher Sicht wird dabei zu fordern sein, dass der Samenspender wie auch die künftigen Eltern sich der – möglichen – rechtlichen Probleme des heterologen Systems bewusst sind und dem Kind die Chance einer künftigen Identitätsfindung nicht erschwert wird.

Der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen einer heterologen Insemination für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterrichtung wird – als Einführung in die rechtliche Problematik – angemerkt:

Zur Familienrechtlichen Ausgangslage

Mutter eines Kindes ist die Frau, die es geboren hat. Vater eines Kindes ist der Mann, der mit der Mutter in Zeitpunkt der Geburt verheiratet ist, der die Vaterschaft anerkannt hat oder dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt worden ist. Eine gerichtliche Feststellung der Vaterschaft eines Mannes ist nicht möglich, solange die Vaterschaft eines anderen Mannes (kraft Ehe mit der Mutter im Zeitpunkt der Geburt oder kraft Anerkenntnisses) besteht.

Zur Anfechtung der Vaterschaft (im Rechtssinn)

Die Vaterschaft des Mannes, der mit der Mutter im Zeitpunkt der Geburt verheiratet ist oder der seine Vaterschaft anerkannt hat, kann durch Anfechtung beseitigt werden. Die Anfechtung erfolgt durch Klage auf Feststellung, dass der Mann nicht der leibliche (genetische) Vater des Kindes ist. Anfechtungsberechtigt ist im Falle einer – mit wirksamer Einwilligung des Mannes und der künftigen Mutter durchgeführten – heterologen Insemination nur das Kind (§1600 Abs. 4 BGB; für das minderjährige Kind vgl. § 1600a Abs. 3 und 4 BGB).

Die erfolgreiche Anfechtung bewirkt, dass der Mann, dessen Vaterschaft angefochten ist, auch im Rechtssinn nicht mehr Vater des Kindes ist. Damit entfallen insbesondere die wechselseitige gesetzliche Unterhalts- und Erbberechtigung. Zwar kann u. U. eine Unterhaltspflicht des Mannes gegenüber dem Kind aus der mit der Mutter getroffenen Abrede über die künstliche Insemination über die Anfechtung hinaus fortbestehen; allerdings wird mit der erfolgreichen Anfechtung der Vaterschaft durch das Kind vielfach die Geschäftsgrundlage für die Abrede mit der Mutter entfallen sein (vgl. BGH FamRZ 1995, 861 und a.a.O. 865). Außerdem eröffnet die erfolgreiche Anfechtung dem Kind die Möglichkeit, die Vaterschaft des Samenspenders gerichtlich feststellen zu lassen.

Zur Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders

Ist die Vaterschaft des Mannes, der mit der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet war oder der die Vaterschaft anerkannt hatte; durch Anfechtung beseitigt, kann das Kind (möglicherweise auch die Mutter, § 1600e Abs. 1 BGB) gegen den Samenspender auf Feststellung 1 seiner Vaterschaft klagen. Dasselbe gilt, wenn von vornherein keine Vaterschaft im Rechtssinn besteht (weil die Mutter zum Zeitpunkt der Geburt nicht verheiratet ist und niemand die Vaterschaft anerkannt hat). Mit der gerichtlichen Feststellung seiner Vaterschaft wird der Samenspender zum Vater des Kindes (auch im Rechtssinn); rechtliche Unterschiede zu einem durch natürliche Zeugung begründeten Vater-Kind-Verhältnis bestehen nicht. Insbesondere werden Samenspender und Kind wechselseitig unterhalts- und erbberechtigt.

Zur Dokumentation und Auskunftsansprüchen

Eine Klage des Kindes gegen den Samenspender auf Feststellung seiner Vaterschaft setzt voraus, dass das Kind den Samenspender namhaft machen kann. Das ist im Regelfall nur möglich, wenn der behandelnde Arzt Informationen über die Herkunft der für die heterologe Insemination verwandten Samenspende dokumentiert. Eine solche Dokumentationspflicht ist gesetzlich nicht normiert. Sie lässt sich aber möglicherweise aus dem Persönlichkeitsrecht des Kindes herleiten. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts umfasst das Persönlichkeitsrecht auch ein Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung (vgl. etwa BVerfG FamRZ 1989, 147; FamRZ 1989, 255; FamRZ 1994, 881; FamRZ 1997, 869). Davon ist allerdings die Frage zu unterscheiden, ob, unter welchen Voraussetzungen und von wem das Kind verlangen kann, ihm die Kenntnis seiner Abstammung zu verschaffen (vgl. BVerfG FamRZ 1989, 255, 258; FamRZ 1994, 881, 882; FamRZ 1997, 869, 870). Diese Frage wird vom Gesetz nicht ausdrücklich beantwortet; sie erscheint derzeit auch noch nicht abschließend geklärt. Aus der in § 1618a BGB normierten wechselseitigen Pflicht zu Beistand und Rücksichtnahme wird – unter letztlich der richterlichen Rechtsfortbildung überlassenen Voraussetzungen – z. T. ein Anspruch des Kindes, jedenfalls des nichtehelichen Kindes, gegen seine Mutter auf Benennung des leiblichen Vaters hergeleitet (zur Wahrnehmung der dabei aus den Grundrechten folgenden Schutzpflicht der Gerichte vgl. BVerfG FamRZ 1997, 869). Auch und gerade in Fällen heterologer Insemination erscheint derzeit nicht verlässlich gesichert, ob, gegen wen, unter welchen Voraussetzungen und mit welchem genauen Inhalt dem so gezeugten Kind ein Anspruch auf Auskunft oder sonstige Verschaffung von Kenntnis über seine Abstammung zusteht und für das Kind einklag-

bar und vollstreckbar ist. Diese Unsicherheit dürfte auch für die Frage gelten, ob und ggf. welche Rechtsfolgen eintreten, wenn einem Auskunftsspflichtigen eine von ihm an sich geschuldete Auskunftserteilung durch eigenes Verhalten – etwa durch unterlassene oder nicht hinreichend lange vorgehaltene Dokumentation der Herkunft der Samenspenden – unmöglich wird. (Zum Ganzen vgl. etwa MünchKomm / Seidel BGB 4. Aufl. § 1589 Rdn. 26 ff., 40 ff.; MünchKomm / Wellenhofer-Klein BGB 4. Aufl. § 1600 Rdn. 30; Staudinger / Rauscher BGB 13. Bearb. § 1592 Anh. Rdn. 26; Erman / Holzhauser BGB 11. Aufl. § 1589 Rdn. 8; jeweils mwN). Unbeschadet einer klaren gesetzlichen Regelung empfiehlt sich eine Dokumentationsdauer von mindestens 30 Jahren (Zum Vergleich siehe § 18 Abs. 3 des Österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes und Art. 26 des Schweizerischen Bundesgesetzes über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung).

Zu F. VI. 1. Dokumentation

Im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern und Großbritannien gibt es in Deutschland keine zentralen Melderegister, die sowohl eine Kinderwunschbehandlung als auch Schwangerschaft und Geburt in einer Datenbank dokumentieren. Insofern gibt es Ungenauigkeiten bei der Meldung von Fehlbildungen, da in der Regel nur diejenigen erfasst werden, die während der Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt dokumentiert werden. Aussagen zur perinatalen Mortalität von Geburten nach sterilitätsmedizinischer Behandlung sind lückenhaft, da es in Deutschland kein zentrales geburtshilfliches Register gibt, welches eine Kopplung mit Daten der Sterilitätsbehandlung ermöglicht.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 6. Juli 2006

Aufgrund von § 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277), hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 24. Juni 2006 folgende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung - BO) vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352), zuletzt geändert durch Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. November 2004 (ÄBS S. 563), wird wie folgt geändert:

1. Kapitel D Abschnitt IV. – Pflichten in besonderen Situationen –, Nr. 15 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter der genetischen Mutter sind als Maßnahmen zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur nach Maßgabe des § 13, insbesondere der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer vom 6. Juli 2006 einschließlich der Anlage 1 „Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser“ sowie Anlage 2 „Richtlinie zur Durchführung der künstlichen Befruchtung“ zulässig. Die Verwendung frem-

der Eizellen (Eizellenspende) ist bei Einsatz dieser Verfahren verboten.
(2) Ein Arzt kann nicht verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.“

2. Anlage 1 zu Kapitel D Nr. 15 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird aufgehoben.

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Diese Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. September 2006 in Kraft.

Dresden, 24. Juni 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 6. Juli 2006, Az 21-5415.21/6 II die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 6. Juli 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 6. Juli 2006

Die 34. Kammerversammlung hat am 24. Juni 2006 die folgende Satzung beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Aufgrund von § 8 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277), wird die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 in der Fassung der Änderungssatzung vom 9. August 2000 (ÄBS S. 417) wie folgt geändert:

In § 7 – Vorstand – wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung nimmt an den Sitzungen mit beratender Stimme teil.“

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Diese Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. September 2006 in Kraft.

Dresden, 24. Juni 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 5. Juli 2006, Az 21-5415.21/16, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 6. Juli 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Befreiungs- und Überleitungsabkommen mit der Zahnärzterversorgung Sachsen

Die Sächsische Ärzterversorgung gibt bekannt, dass nachfolgendes Abkommen gemäß § 25 Absatz 1 der Satzung der Sächsischen Ärzterversorgung mit Wirkung zum 01.01.2006 mit der Zahnärzterversorgung Sachsen abgeschlossen wurde.

Befreiungs- und Überleitungsabkommen

Die Sächsische Ärzterversorgung
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
und die
Zahnärzterversorgung Sachsen
Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
schließen nachfolgendes Abkommen:

§ 1

(1) Für Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer der oben genannten öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung sind (abgebende Versorgungseinrichtung) und aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder in der anderen Versorgungseinrichtung werden (aufnehmende Versorgungseinrichtung) oder sich erstmalig niederlassen, können auf der Grundlage dieses Überleitungsabkommens die vom Mitglied oder für das Mitglied bisher an die abgebende Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen zur aufnehmenden Versorgungseinrichtung übergeleitet werden. Im Falle der Überleitung endet die Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungseinrichtung zugunsten der aufnehmenden Versorgungseinrichtung unter dem Vorbehalt, dass das Mitglied sich mit allen Berufseinkünften aus ärztlicher, tierärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit der Beitragspflicht in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung unterwirft. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der abgebenden Versorgungseinrichtung. Die Verpflichtung des Mitgliedes zur Zahlung rückständiger Beiträge an die abgebende Versorgungseinrichtung bleibt davon unberührt.

(2) Zu den Geldleistungen, die für das Mitglied geleistet worden sind, gehören insbesondere für das Mitglied geleistete Nachversicherungsbeiträge einschließlich der Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Abs. 4 SGB VI,

1. Pflegeversicherungsbeiträge,
2. vom Arbeitsamt geleistete Beiträge,
3. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistungen sowie Wehr- und Eignungsübungen und
4. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.

(3) Von der Überleitung ausgenommen sind die

1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 1 erwachsen sind.
2. Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes begründet worden sind. Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Beachtung der Regelungen des § 4 VAHRG zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitgliedes an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 4 VAHRG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 4 VAHRG eingetreten sind. Der Antrag ist bei der Versorgungseinrichtung zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 4 VAHRG Mitglied ist. Diese ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 4 VAHRG zuständig.

3. Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zulasten des Mitgliedes von der abgebenden Versorgungseinrichtung erhoben worden sind.

§ 2

(1) Die Überleitung ist ausgeschlossen,

1. sofern das Mitglied in dem Zeitpunkt, in dem seine Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungseinrichtung endete, bei der abgebenden oder aufnehmenden Versorgungseinrichtung bereits einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat,
2. sofern und solange Ansprüche des Mitgliedes gegen die Versorgungseinrichtung gepfändet worden sind oder
3. sofern auch Beitragszeiträume vor dem 01.01.1992 vorhanden sind.

(2) Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass

1. während der Zeit der Mitgliedschaft bei der abgebenden Versorgungseinrichtung als Folge eines bereits rechtskräftig abgeschlossenen Scheidungsverfahrens
 - a) zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Anwartschaften zugunsten eines oder einer Ausgleichsberechtigten bei der abgebenden oder einer anderen Versorgungseinrichtung oder einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung begründet worden sind.
 - b) zugunsten des Mitgliedes Anwartschaften bei der abgebenden Versorgungseinrichtung begründet worden sind.
2. in dem Zeitpunkt, in dem die Mitgliedschaft des die Überleitung beantragenden Mitgliedes in der abgebenden Versorgungseinrichtung endet, ein Ehescheidungsverfahren anhängig, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist.

§ 3

Der Antrag auf Überleitung ist schriftlich und unwiderruflich innerhalb einer Frist von sechs Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung oder ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Niederlassung, bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen. Für die Fristwahrung wird auf den Zugang des Antrages bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen abgestellt. Macht das Mitglied innerhalb der zuvor genannten Frist von seinem Recht, die zu der abgebenden Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen übergeleitet zu bekommen, keinen Gebrauch, ist das Recht auf Überleitung dieser Geldleistungen erloschen. Es lebt auch nicht dadurch wieder auf, dass das Mitglied später Mitglied einer weiteren Versorgungseinrichtung wird.

§ 4

(1) Die abgebende Versorgungseinrichtung erteilt dem Mitglied mittels eines mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Verwaltungsaktes und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung eine Überleitungsabrechnung. Diese soll unter Hinweis auf Beginn und Ende der Mitgliedschaft einen detaillierten Versicherungsverlauf enthalten, aus dem sich ergeben sollen:

1. die jährlich gezahlten Beiträge, die nach ihrer Art näher zu bezeichnen sind,
2. Zeiten, in denen eine die Pflichtmitgliedschaft begründende Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist, wie z. B. Zeiten des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente oder Inanspruchnahme von Kinderbetreuungszeiten;
3. die im Zuge einer Nachversicherung geleisteten Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Abs. 4 SGB VI.

Sofern das Mitglied, zu dessen Gunsten die Überleitung erfolgt, von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten seines berufsständischen Versorgungswerkes befreit war, stellt das abgebende Versorgungswerk mit der Überleitungsabrechnung dem aufneh-

menden Versorgungswerk eine Ablichtung des Befreiungsbescheides zur Verfügung. Ferner teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mit, ob zugunsten oder zulasten des die Überleitung beantragenden Mitgliedes ein Versorgungsausgleichsverfahren anhängig bzw. rechtskräftig abgeschlossen ist. Sofern bezüglich eines Versorgungsausgleichsverfahrens bereits eine familiengerichtliche Entscheidung vorliegt, stellt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung zusammen mit der Überleitungsabrechnung Ablichtungen dieser Entscheidungen zur Verfügung.

(2) Etwaige Beitragsrückstände werden von der abgebenden Versorgungseinrichtung beigesteuert und unverzüglich nach Eingang an die aufnehmende Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die – soweit dies erforderlich ist – bei der Beitreibung der Beitragsrückstände Amtshilfe leistet.

(3) Der geldliche Ausgleich zwischen der abgebenden und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erfolgt unmittelbar mit der Erstellung der Überleitungsabrechnung.

(4) Der Risikoübergang, d. h., das Risiko des Eintritts eines Versorgungsfalls, erfolgt mit dem Beginn des Tages der Gutschrift des Überleitungsbetrages bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung.

(5) Sofern sich nach Antragstellung oder dem Risikoübergang gemäß Absatz 4 herausstellen sollte, dass das Mitglied in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung nicht Mitglied geworden ist, ist die Überleitung entsprechend § 4 Absatz 1 rückabzuwickeln. § 1 Absatz 3 Ziffern 1 und 2 sowie § 5 gelten entsprechend.

§ 5

Die aufnehmende Versorgungseinrichtung stellt das Mitglied unter Berücksichtigung seines bei der abgebenden Versorgungseinrichtung zurückgelegten Versicherungsverlaufs so, als seien die übergeleiteten Beiträge zu den Zeiten, zu denen sie bei der abgebenden Versorgungseinrichtung geleistet worden sind, bei ihr geleistet worden.

§ 6

Überleitungen, die

1. vor Abschluss dieses Überleitungsabkommens, jedoch nicht vor dem 01.01. 2005, beantragt aber noch nicht entschieden worden sind,

2. vor Beendigung dieses Überleitungsabkommens beantragt, aber noch nicht entschieden worden sind,

3. innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Beendigung dieses Überleitungsabkommens beantragt werden,

werden entsprechend den vorstehenden Regelungen abgewickelt.

§ 7

Wird die Überleitung trotz Vorliegen der Voraussetzungen nicht rechtzeitig beantragt oder ist sonst ausgeschlossen, bestimmt das Mitglied

durch schriftliche Erklärung, welcher der beiden Versorgungseinrichtungen es angehören will. Im Fall des Wechsels der Versorgungseinrichtung finden hinsichtlich der Versorgungsleistungen die Vorschriften der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 bzw. die sie zukünftig ersetzenden Verordnungen (EWG) 883/2004 und ihrer Durchführungsverordnung entsprechende Anwendung.

§ 8

Entsteht die Mitgliedschaft bei beiden Versorgungseinrichtungen durch Zuzug in den Freistaat Sachsen neu, bestimmt das Mitglied durch schriftliche Erklärung, welcher der beiden Versorgungseinrichtungen es angehören will.

§ 9

Die Erklärung nach § 7 oder § 8 ist innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Aufforderung durch eine der beiden Versorgungseinrichtungen unwiderruflich abzugeben. Die nicht gewählte Versorgungseinrichtung stellt dann durch schriftlichen Bescheid die Befreiung zugunsten der gewählten Versorgungseinrichtung unter dem Vorbehalt fest, dass sich das Mitglied mit allen Berufseinkünften aus ärztlicher, tierärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit der Beitragspflicht in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung unterwirft.

§ 10

Das Abkommen kann von beiden Versorgungseinrichtungen mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

§ 11

Das Abkommen tritt am 01.01.2006 in Kraft.

Dresden, den 27.03.2006

gez.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Präsident

der Sächsischen Landesärztekammer

Dresden, den 20.04.2006

gez.

Dr. med. dent. Helke Stoll

Vorsitzender des Verwaltungsrates

der Zahnärzterversorgung Sachsen

