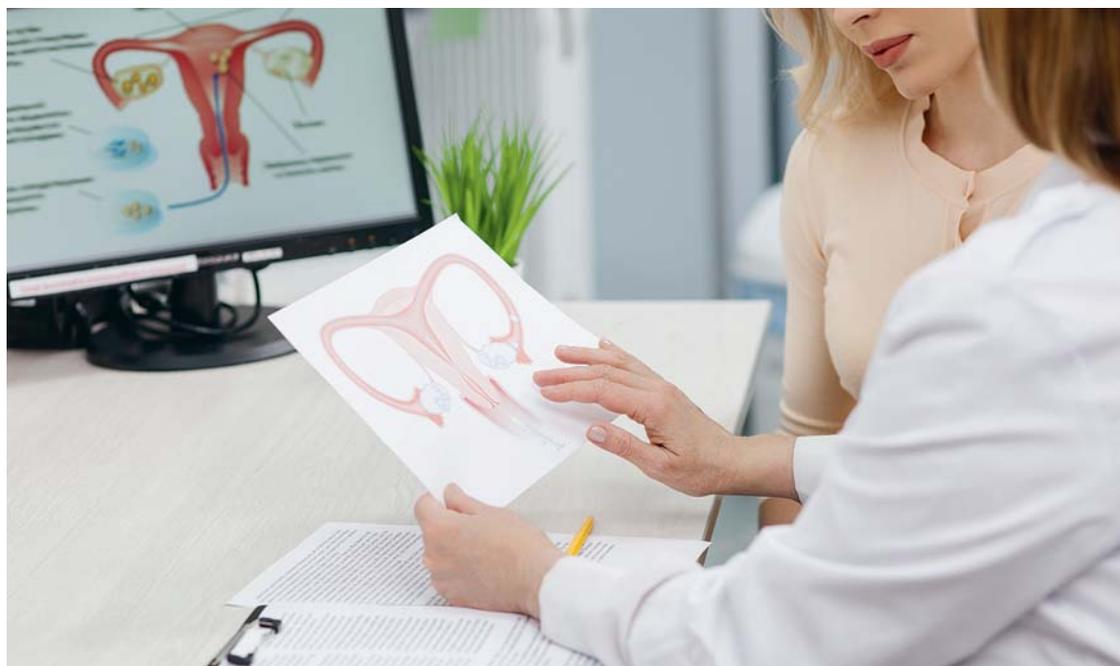


## Richtlinie zur assistierten Reproduktion

## Fertilitätserhalt im Fokus



Die Bundesärztekammer hat die „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ fortgeschrieben. Eingang fanden auch die neuen Regelungen zur Kryokonservierung von Keimzellen vor einer Krebstherapie.

**E**s ist eine Erfolgsgeschichte: Mehr als 80 Prozent der Krebserkrankten im jüngeren Lebensalter sind derzeit heilbar, sie haben Aussicht auf ein normales Leben. Nur der Kinderwunsch blieb bislang bei vielen Betroffenen unerfüllt – führt doch die Krebstherapie häufig zu einer Keimzellschädigung und späterer Unfruchtbarkeit.

Mittlerweile ist jedoch klar: Onkologische Therapien müssen für bei den betroffenen jungen Erwachsenen nicht zwingend in einer Kinderlosigkeit münden. Die Möglichkeit, eigene Kinder zu bekommen, kann in vielen Fällen durch das Einfrieren von Spermien oder Eizellen vor dem Start der Krebstherapie erhalten werden.

Bereits seit Jahren kämpfen junge Erwachsene mit Krebs für diese Option, für das Aufzeigen von Möglichkeiten, für Beratung und Durchführung von fertilitätserhaltenden Maßnahmen beziehungs-

weise deren Finanzierung durch die Krankenkassen – mit Erfolg. Seit knapp drei Jahren ist die Kostenübernahme einer Kryokonservierung von Keimzellen vor einer keimzellschädigenden Therapie gesetzliche Kassenleistung. § 27 a Abs. 4 SGB V-neu trat im Mai 2019 in Kraft. Sein Ziel: Die Kryokonservierung und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sollen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eröffnen, einen Kinderwunsch auch nach keimzellschädigender Therapie durch assistierte Reproduktion zu erfüllen.

Vor einigen Monaten, im Sommer 2021, wurde die neue gesetzliche Regelung dann auch praktisch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss umgesetzt. Aktuell besteht der Leistungsanspruch für weibliche Versicherte ab dem 18. bis zum vollendeten 40. Lebensjahr und für männliche Patienten bis zum vollendeten 50. Lebensjahr.

Bevor Betroffene fertilitätserhaltende Maßnahmen wegen einer keimzellschädigenden Therapie in Anspruch nehmen können, muss eine ärztliche Beratung erfolgen. Doch wie sollte diese aussehen?

Dieser Frage ging der Ständige Arbeitskreis „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Federführung von Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel vom universitären interdisziplinären Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD) nach. Bei der regelmäßig alle zwei Jahre stattfindenden Aktualitätsprüfung der Richtlinie fokussierten die Experten unter anderem die neuen gesetzlichen Vorgaben und aktualisierten den Stand der medizinischen Erkenntnisse bezüglich der Kryokonservierung von Keimzellen sowie Keimzellgewebe.

Mit der fortgeschriebenen Richtlinie (*siehe Bekanntgabe in diesem Heft*) übernimmt die Ärzteschaft weiterhin Verantwortung im Bereich der Reproduktionsmedizin, in dem sowohl das Embryonenschutzgesetz als auch das Sozialrecht, das Gewebegesetz, das Familienrecht sowie das ärztliche Berufsrecht berücksichtigt werden müssen.

### Fortgeschriebene Richtlinie liegt jetzt vor

Die „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen oder Keimzellgewebe im Rahmen der assistierten Reproduktion, umschriebene Fortschreibung“ wurde von Mitgliedern, Gästen und Beratern des Ständigen Arbeitskreises „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Beteiligung von Sachverständigen und Behörden von Bund und Ländern sowie im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut erarbeitet. Der Vorstand der Bundesärztekammer beschloss sie im Januar.

Was ist neu an der Richtlinie? Neben diversen redaktionellen Anpassungen nahm der Arbeitskreis

insbesondere reproduktionsmedizinische Eingriffe und die Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgewebe im Vorfeld einer keimzellschädigenden Therapie in den Blick. „Diese beinhalten für die Betroffenen sehr sensible und emotional belastende Aspekte“, erläutert Krüssel dem *Deutschen Ärzteblatt*. Zu den medizinischen Fragestellungen, wie altersentsprechende Untersuchungen, mögliche genetische Dispositionen, differenzierte biologische Merkmale, mögliche Risiken sowie psychische Belastungen der Patientinnen und Patienten, kämen komplexe rechtliche Regelungen hinzu. „In der Information und Aufklärung müssen all diese Faktoren berücksichtigt werden“, so der Reproduktionsmediziner. „Angesichts dieser Ausgangslage soll die Richtlinie die verschiedenen Regelungen auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene konkretisieren und den Beteiligten somit die notwendige Rechtssicherheit geben.“

Ausschlaggebend für die ärztliche Tätigkeit ist, dass Konzepte des Fertilitätserhalts integraler Bestandteil der Information sein müssen, wenn eine keimzellschädigende Therapie ansteht oder genetische Besonderheiten mit einem Keim-

zellmangel einhergehen. Nicht zu unterschätzen sei insbesondere bei onkologischen Gesprächen die Ausnahmesituation, in der sich die Betroffenen befänden, so Krüssel. Da sich die Betroffenen durch ihre Vorerkrankungen bereits in einer schwierigen Situation befänden, könne es besonders sensibel sein, das Thema „Fertilitätsprotektion“ anzusprechen. „Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten muss zudem nicht nur deren Einwilligungsfähigkeit und gegebenenfalls die Hinzuziehung der gesetzlichen Vertreter bedacht werden, sondern auch medizinisch zwischen präpubertären und postpubertären Kindern und Jugendlichen unterschieden werden, da erhebliche Unterschiede bei der Auswahl der anzuwendenden reproduktionsmedizinischen Techniken bestehen können.“

### Fertilitätserhalt ist zunehmend medizinisch standardisiert

Die Gewinnung von Spermien aus dem Ejakulat oder auch aus dem Hodengewebe sowie deren Kryokonservierung lassen sich innerhalb weniger Stunden nach Diagnosestellung durchführen. Zeitlich und medizinisch aufwendiger ist dagegen die Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgewebe bei Patientinnen. Die Erfolgsaussichten für ihren Fertilitätserhalt variieren in Abhängigkeit von Alter, individueller Eizellreserve, Anzahl der gewonnenen Eizellen, Art der Grunderkrankung und Therapie sowie der Prognose. Auch die Kriterien für die Durchführung von fertilitätserhaltenden Maßnahmen unterscheiden sich zwischen den betroffenen Patientinnen und Patienten (*Kasten*).

Im ärztlichen Gespräch sollten dabei die Kontraindikationen gegen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der assistierten Reproduktion nicht unerwähnt bleiben. Auch über die Risiken des jeweiligen operativen Eingriffs und über mögliche Risiken im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt infolge der Grunderkrankung und der Therapie müssen die Betroffenen aufgeklärt werden. *Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann*

## Kriterien für fertilitätsprojektive Maßnahmen

Eine fertilitätsprojektive Maßnahme ist bei weiblichen Betroffenen sinnvoll, wenn

- das Risiko eines Ausfalls der endokrinen und reproduktiven Ovarialfunktion durch die Therapie als mittel bis hoch geschätzt wird,
- die Erkrankung und das Alter der Patientin bei Durchführung der fertilitätsprojektiven Maßnahmen eine spätere Erfüllung des Kinderwunsches noch realisierbar machen,
- eine spätere Schwangerschaft im Hinblick auf Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie die Kindsgesundheit grundsätzlich mit der zugrunde liegenden Erkrankung vereinbar sind,
- die fertilitätsprojektive Therapie ohne relevante Verschlechterung der Prognose der Patientin durchführbar ist (Verzögerung des Beginns der kurativen Behandlung maßgeblich),
- die Abwägung eines zu erwartenden Metastasierungsrisiko günstig ausfällt.

Eine fertilitätsprojektive Maßnahme ist bei männlichen Betroffenen sinnvoll, wenn

- das Risiko einer Störung der Samenproduktion, der potenzielle Ausfall der endokrinen Hodenfunktion oder die Störung der Samen-deposition durch die geplanten Therapie hoch ist,
- die fertilitätsprojektive Therapie ohne relevante Verschlechterung der Prognose des Patienten durchführbar ist (Verzögerung des Beginns der kurativen Behandlung maßgeblich),
- im Fall einer Azoospermie oder einer Störung der Samendeposition (Anejakulation, retrograde Ejakulation) eine operative Hodengewebsentnahme als mikrochirurgisch assistierte oder multiple Testikuläre Spermienextraktion (TESE) angeboten und durchgeführt werden kann. Im Falle einer komplikationslosen testikulären Gewebeentnahme zur TESE kann die weitere Therapie zeitnah begonnen werden.