

Was Sie über das neue Fortpflanzungsmedizingesetz wissen müssen

Seit dem 1.9.2017 ist das neue Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) gültig. Am 5.Juni 2017 wurde das revidierte Gesetz über die assistierte Reproduktive Medizin mit einer Mehrheit von 62,4 % angenommen. Es bietet klare Verbesserungen für kinderlose Paare. Immerhin 10-15 % der Paare sind davon betroffen, bei denen es innerhalb eines Jahres trotz regelmässigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht zu einer Schwangerschaft kommt.

Was ist neu: Die PID (Präimplantationsdiagnostik) ist für 2 Fälle zugelassen.

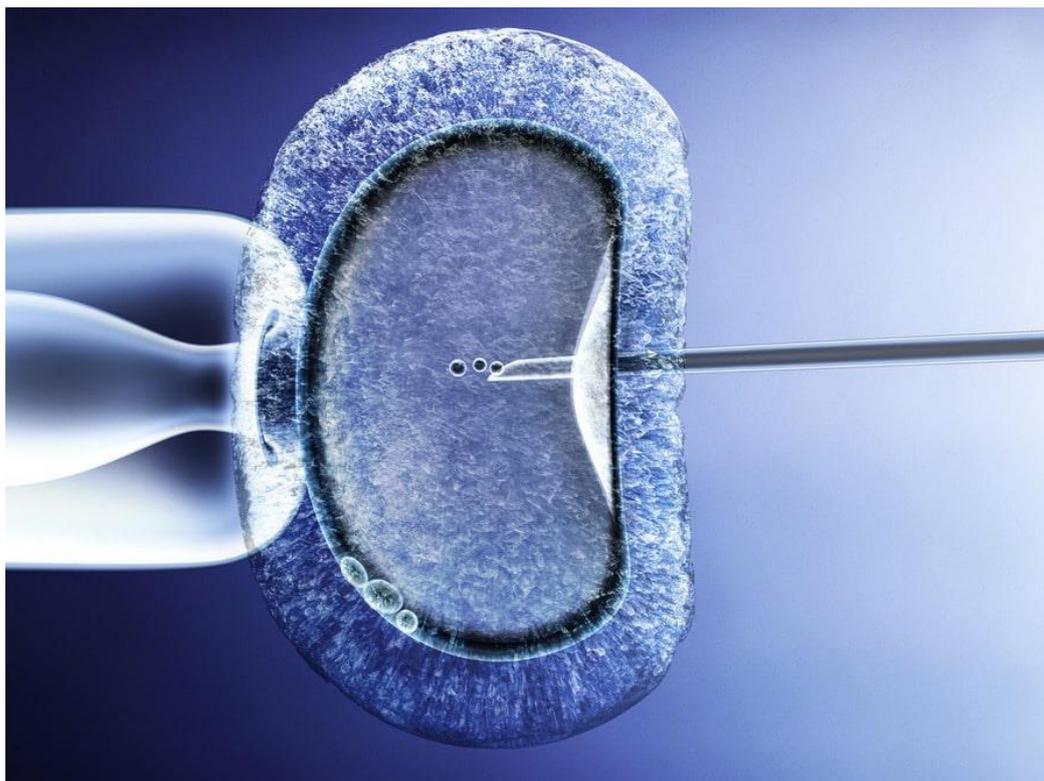
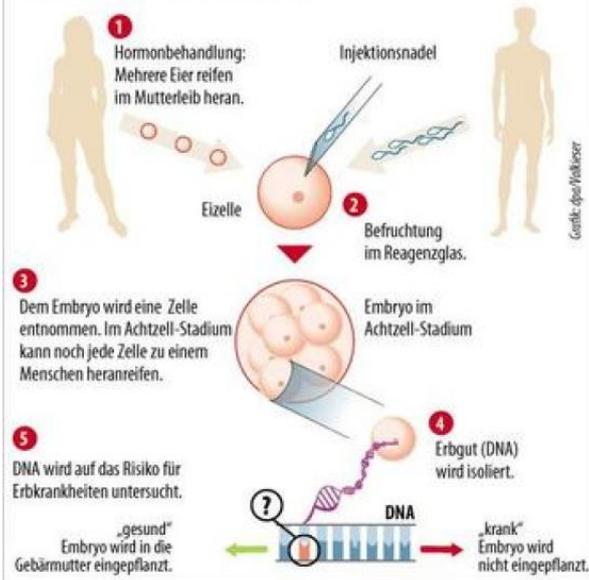
Zum einen können Paare, bei denen die Gefahr besteht, dass das Kind eine schwere Krankheit erbt, die PID in Anspruch nehmen. Dadurch ist es möglich, im Rahmen der assistierten Reproduktion (ART künstliche Befruchtung) einen Embryo zu übertragen, der keinen entsprechenden genetischen Defekt aufweist. Dazu gehören z.B. X-chromosomal (über Geschlechtschromosomen) vererbte Erkrankungen wie das Fragile-X-Syndrom, die Muskeldystrophie Typ Becker und Duchenne und die Hämophilie. Weiterhin die autosomal-dominant (unabhängig von den Geschlechtschromosomen) vererbten Erkrankungen wie Chorea Huntington, die myotone Dystrophie Typ I und die Neurofibromatose. Sowie die autosomal-rezessiven Erkrankungen wie spinale Muskelatrophie, die zystische Fibrose, die beta-Thalassämie und das Sichelzellsyndrom.



■ GEPRÜFTES ERBGUT

Präimplantationsdiagnostik (PID):

Ein Embryo wird nach einer künstlichen Befruchtung auf Erbkrankheiten untersucht und erst dann in die Gebärmutter eingepflanzt.



Zum anderen können unfruchtbare Paare, die auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen können, ihre Embryonen (ungeborene Leibesfrucht) vor der Uebertragung in den Mutterleib auf Chromosomenstörungen (Aneuploidie-Screening) untersuchen lassen. PIS

(Präimplantationsscreening) ist eine ungezielte genetische Untersuchung (Screening) der Oozyten oder Embryonen und dient in erster Linie dazu, bei einer IVF-Therapie (in-vitro-Fertilisation) Embryonen mit chromosomalen Auffälligkeiten (Aberrationen) zu identifizieren und auszuschliessen (Aneuploidiescreening ,dazu gehören die bekanntesten Trisomien 21, 18 und 13 – 3 an Stelle von 2 Chromosomen), da sie ein sehr eingeschränktes Entwicklungspotenzial haben. Durch den Ausschluss dieser aneuploiden Embryonen (nicht normaler Chromosomensatz) von einem Transfer kann die Schwangerschaftschance pro Transfer, aber nicht pro Eizellentnahme erhöht werden.

Das Verbot, mehr als 3 Embryonen in vitro (im Reagenzglas) zu entwickeln, wurde aufgehoben. Neu können jetzt bis zu 12 Embryonen pro Behandlungszyklus erzeugt werden. Mit der erhöhten Zahl der Embryonen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Embryo findet, der eine gute Entwicklungsfähigkeit erwarten lässt bzw. keine bestimmten Gendefekte aufweist.

Ebenfalls gestrichen wurde das Verbot der Kryokonservierung (Aufbewahren von Zellen oder Gewebe durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff) der Embryonen. Die maximale Konservierungsdauer ist auf 5 Jahre beschränkt und kann in begründeten Fällen einmalig um weitere 5 Jahre verlängert werden.

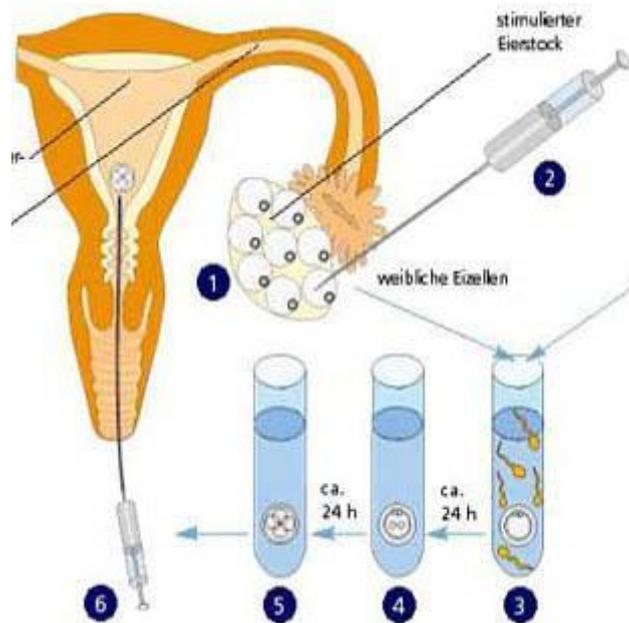
Ganz entscheidend ist die Aufhebung der Dreierregel und damit die Legalisierung des elektiven Single-Embryotransfers, bei dem nur 1 Embryo übertragen wird. Dies wird eine spürbare Senkung der Mehrlingsrate und weniger Schwangerschafts-, -und neonatale Komplikationen zur Folge haben.

Nachteile des bisherigen multiplen Embryonentransfers (bisher mussten alle, also bis zu 3 Embryonen übertragen werden):

Werden immer alle Embryonen übertragen, erzielt man zwar höhere Schwangerschaftsraten als beim elektiven Single-Embryonentransfer eSET, aber man nimmt damit mehr Mehrlingsschwangerschaften und die damit verbundenen Risiken in Kauf. In Schweden lag die Rate der Mehrlingsschwangerschaften nach Einführung des eSET bei 5,7 %, verglichen mit 23,1% in der Schweiz. In Europa endeten zwischen 40 und fast 70 % der Mehrlingsschwangerschaften mit einer Frühgeburt vor der 37. SSW. Bei diesen ist die neonatale Morbidität (Krankheitshäufigkeit nach der Geburt) und Mortalität (Sterblichkeit nach der Geburt) deutlich erhöht.

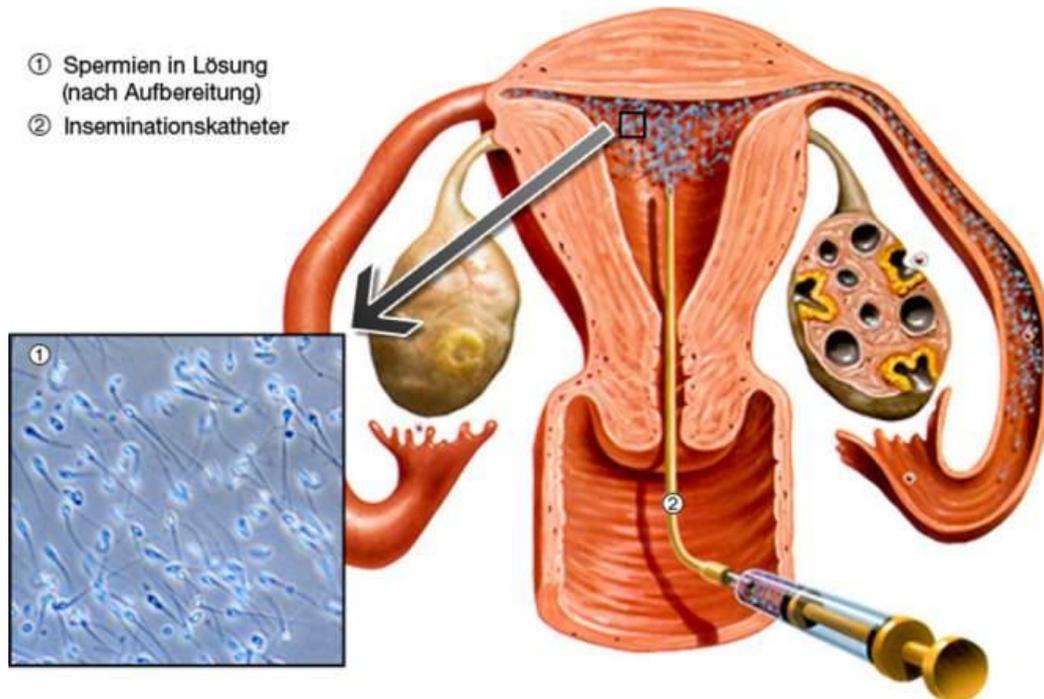
Die mütterliche Morbidität bei Mehrlingsschwangerschaften ist wesentlich höher als bei Einlingsschwangerschaften, so z.B. Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung), Herzinfarkt, Thrombosen, Lungenödem, Lungenembolie, Blutungen nach der Geburt, Kaiserschnitt und Entfernung der Gebärmutter im Rahmen der Geburt.

Nun noch kurz zu den Kosten und aktuellen Chancen auf eine Schwangerschaft nach einer IVF:



Eine klassische IVF kostet zwischen 7000 und 10 000 SFR. Die Geburtenrate pro IVF- Stimulation beträgt aktuell nach dem Transfer aller Embryonen zirka 33 %.

Die Krankenkassen übernehmen meist bis zum 40. Lebensjahr der Frau die Kosten für eine konservative Stimulation während 12 Monaten sowie 3 Inseminationen (Übertragung des vorbehandelten Spermias in die Gebärmutter IUI).



Für weitere Fragen wenden Sie sich gerne an das Team der 4 Gynäkologinnen der Pilatuspraxis. Wir freuen uns sehr, wenn wir Sie bei Fragen in und um die Schwangerschaft, Kinderwunsch, Verhütung oder anderen gynäkologischen Themen beraten und behandeln dürfen.



Dr. Ariane Nossen

Dr. Claudia Wölfle

Dr. Stefanie Rauch

Dr. Irene Uthoff

