



Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen e.V.
Ordentliches Mitglied im DVR e.V.
Korporatives Mitglied im vdbiol

LEITLINIE ZUM VERANTWORTLICHEN ARBEITEN IM ART-LABOR
der
Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen (AGRBM)

Im Rahmen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen kommen im ART-Labor unterschiedliche Techniken und Methoden zur Anwendung, die einer dynamischen Entwicklung unterliegen und kontinuierliche Anpassungen erfordern. Vor dem Hintergrund der EU-Richtlinie 2004/23/EG wurde die „Leitlinie zum verantwortlichen Arbeiten im ART-Labor“ erstellt, um damit Empfehlungen zur Standardisierung von grundlegenden Methoden und von Prozessabläufen zu ermöglichen. Ziel ist es, Methodensicherheit und damit letztlich Patientensicherheit zu erreichen.

Die vorliegende Leitlinie wurde von dem „Arbeitskreis Qualitätsmanagement“ der AGRBM erarbeitet und im Konsens mit dem Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ) verabschiedet. Sie steht somit insbesondere im Schnittpunkt des ärztlichen Berufsrechts, des Familienrechts, des Sozialrechts sowie des Embryonenschutzes und des Strafrechts.

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

Arbeitskreis Qualitätsmanagement

Dipl. Biol. Verona Blumenauer
(Leiterin des AKr)
Dipl. Biol. Vera Baukloh
Dr. Annette Bonhoff
Dr. Thomas Greising
Dipl. Biol. Claudia Grewening- Dehe
Dr. Brigitte Hauff
Dr. Ines Hoppe
Dr. Petra Klusmann
Dipl. Biol. Alexandra Ochsner
Dr. Frank Tetens
Dr. Dorothee Weiss

Vorstand der AGRBM

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

Vorstand des BRZ

Dr. Georg Wilke (1. Vorsitzender)
Dr. Georg Döhmen
Dr. Ulrich Hilland
Dr. Klaus Fiedler

1. Personal

Die Zahl der Mitarbeiter muss sich am Arbeitsaufkommen des IVF-Zentrums und der „Leitlinie zur Einrichtung und Führung eines ART-Labors“ der AGRBM orientieren. Mindestens ein Mitarbeiter, der möglichst als Laborleiter benannt sein sollte, muss die Anforderungen der AGRBM zur Erlangung der Zusatzqualifikation „Fachanerkennung für Reproduktionsbiologie des Menschen“ erfüllen. Für alle neuen Mitarbeiter ist ein Einarbeitungsplan zu erstellen, der sich an den Anforderungskatalogen der AGRBM orientiert. Der Einarbeitungserfolg ist zu dokumentieren.

Die Teilnahme an internen und / oder externen Fortbildungen ist für alle Mitarbeiter zu gewährleisten und zu dokumentieren. Für akademische Mitarbeiter ist der Fortbildungskatalog der AGRBM zu erfüllen.

2. Laboranforderungen

2.1. Umgebungsbedingungen

Das ART-Labor muss Umgebungsbedingungen bieten, die ein einwandfreies Arbeiten sowohl hinsichtlich der Probensicherheit als auch der Personalsicherheit ermöglichen. Der Raumbedarf muss dem Arbeitsaufkommen entsprechen (siehe Leitlinie der AGRBM zur „Einrichtung und Führung eines ART-Labors“ (JRE 2004,1: 240-245.)

Das ART-Labor befindet sich in einem Bereich, der nur für befugtes Personal zugänglich ist. Zugangsregeln für Besucher/Handwerker/Lieferanten sind festgelegt und allen Mitarbeitern bekannt.

Das Labor ist räumlich von anderen Arbeitsbereichen zu trennen. Es sollte sich möglichst in unmittelbarer Nähe zu den Eingriffsräumen für Eizellentnahme und Embryotransfer befinden. Ist dies nicht möglich, sind geregelte Vorkehrungen für den sicheren Transport der Gameten und Embryonen unter kontrollierten Bedingungen (Temperatur, pH, Osmolarität, Transportdauer) zu treffen.

Der Gebrauch von keimzell-/embryotoxischen Stoffen, insbesondere von entsprechenden Reinigungsmitteln, ist innerhalb der Laborräume während der Bearbeitung von Fällen verboten (siehe 2.2.). Radioisotope dürfen sich niemals innerhalb der Räume des ART-Labors befinden.

Die Einhaltung der Raumlufumbedingungen (CO₂, N₂) gemäß der aktuell gültigen Arbeitstättenverordnung 8 (ArbStättV) ist zu beachten.

Bei Neueinrichtung und Renovierung von Laboratorien sollte zusätzlich auf die Verwendung schadstoffarmer, möglichst inerte und umweltverträglicher Stoffe geachtet werden.

Die Lagerung größerer Mengen von Einwegmaterialien im Labor sollte unterbleiben, um die damit gegebenenfalls verbundene Freisetzung leichtflüchtiger Komponenten zu vermeiden.

2.2. Anforderungen an Hygienemaßnahmen

Es gelten die allgemeinen Richtlinien für Hygiene und Sicherheit. Für jedes ART-Labor ist ein Hygieneplan zu erstellen. Für potentiell infektiöses Material kommt die Leitlinie „Empfehlungen zu Infektionsdiagnostik und Infektionsprophylaxe bei Verfahren der Assistierte Reproduktion“ der Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie (AGII) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin /DGGEF) zur Anwendung.

Funktionell geeignete Arbeitskleidung ist regelmäßig und bei Bedarf zu wechseln. Die fachgerechte Reinigung der Arbeitskleidung ist zu gewährleisten.

Bei allen Arbeiten mit Primärproben (Follikelflüssigkeit, Ejakulat, Urin, Gewebe) sind Handschuhe zu tragen. Handschuhe im Rahmen des Personalschutzes sollten ungepudert sein, um den Eintrag von Puderpartikeln in die Zellkulturen zu vermeiden.

Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind zelltoxisch und stellen deshalb eine Gefahr für die Kultur von Gameten, imprägnierten Eizellen und Embryonen dar. Deshalb werden folgende Ausnahmen/Sonderregelungen von den allgemeinen Hygienerichtlinien für das ART-Labor empfohlen:

- Desinfektionsmittel sollten nicht prophylaktisch, sondern nur bei Kontamination angewendet werden. Eine hygienische Händereinigung (z.B. Wasser, Neutraseife, Einmalhandtücher) soll vor Arbeitsbeginn, bei Verlassen des Arbeitsbereiches und bei Bedarf erfolgen.
- Es dürfen möglichst nur duftstoffarme Körperpflegemittel—und Kosmetika Verwendung finden. Der Eintrag von Tabakrauchrückständen in die Arbeitsräume ist zu verhindern.
- Die Flächen- und Bodenreinigung soll möglichst nur mit Wasser und Neutraseife nach Reinigungsplan durchgeführt werden. Eine Desinfektion sollte nur bei Bedarf mit nicht-flüchtigen Desinfektionsmitteln (z.B. quaternäre Ammoniumverbindungen) erfolgen.
- Bei Verdacht auf Kontamination sind Kontrollen der Keimbelastung von Händen, Arbeitsoberflächen und Brutschränken zu veranlassen und zu dokumentieren.

3. Geräte und Materialien

3.1. Gerätetechnische Ausstattung

Die notwendige Mindestausstattung der Laborbereiche ergibt sich aus der „Leitlinie für die Einrichtung und Führung eines ART-Labors“ der AGRBM. Für alle Geräte mit messbaren Funktionen müssen Warn- und Eingriffsgrenzen bezogen auf den jeweiligen Sollwert des kritischen Überwachungsparameters laborintern festgelegt werden. Die Überwachung dieser Geräte erfolgt durch geeignete Prüf- und Messmittel, die gleichfalls regelmäßiger dokumentierter Überwachung unterliegen. Geeignete

Zeitintervalle für Funktionsprüfungen und/oder Wartungen werden festgelegt und deren Durchführung dokumentiert.

Eine unterbrechungsfreie Stromversorgung (Notstromaggregat, USV, etc.) ist für alle wesentlichen Geräte sicherzustellen.

Für diese Geräte sollte nach Möglichkeit Ersatz vorhanden sein. Ein Notfall-Management mit einem kooperierenden Zentrum zur gegenseitigen Hilfe in Notfallsituationen wird angeraten.

3.2 . Verbrauchsmaterialien

Für die Arbeit mit Gameten und Embryonen sind nach Möglichkeit Einwegmaterialien zu verwenden. Soweit verfügbar sollte embryo-getesteten und / oder CE-gekennzeichneten Produkten der Vorrang gegeben werden.

Die zum Einsatz kommenden qualitätsrelevanten Einwegmaterialien sind für ihren Einsatzzweck zu validieren.

Die Chargennummern aller verwendeten qualitätsrelevanten Einwegmaterialien sind so zu dokumentieren, dass die Rückverfolgbarkeit zum jeweiligen Patienten gegeben ist.

3.3. Kulturmedien und Zusätze

Für die in vitro-Kultur von Gameten und Embryonen dürfen nur dafür geeignete Kulturmedien und Zusätze eingesetzt werden. Die vom Hersteller angegebenen Empfehlungen bezüglich der Anwendung, der Lagerung und der Haltbarkeit sind einzuhalten.

Die Chargennummern der verwendeten Medien und Zusätze sind patientenbezogen und rückverfolgbar zu dokumentieren. Die Qualitätsprüfung der Medien und Zusätze ist (z.B. durch Herstellerzertifikate) zu belegen.

4. Handhabung von Gameten und Embryonen

Die Handhabung von Gameten außerhalb des Körpers kann zum Stress der Keimzellen und damit zu einer Beeinträchtigung ihrer Funktionsfähigkeit führen.

Daher sollten die Bedingungen insbesondere für Eizelle und Embryo so gestaltet werden, dass sie den physiologischen Gegebenheiten in vivo möglichst nahe kommen. Die Handhabung sollte so wenig invasiv und die Bearbeitungszeit so kurz wie möglich sein.

Alle eingesetzten Methoden sind in Standardarbeitsanweisungen (SOPs) festzulegen und die zur Anwendung der Methoden berechtigten Personen zu bestimmen.

Durch Auswertung entsprechender Kennzahlen wird die Qualität der Arbeitsschritte bewertet, um gegebenenfalls notwendige Korrekturen durchführen zu können.

Grundsätzlich ist beim Umgang mit den Zellen folgendes zu beachten:

- Konzentriert, kontrolliert und zügig arbeiten
- Bei der Handhabung der Zellen außerhalb der Brutschränke die Parameter Temperatur, Osmolarität, pH-Wert so konstant wie möglich halten
- Regelmäßige Kontrolle der Kulturbedingungen im Brutschrank
- Art des Kulturmediums, Kulturdauer und ggf. Medienwechsel dokumentieren

Die SOPs enthalten mindestens folgende Angaben:

- Kulturbedingungen in den Brutschränken
- Handhabung der Zellen außerhalb der Brutschränke
- Kultursysteme und Kulturmedien
- zu verwendende Pipettiersysteme
- Identifikation der Arbeitsmaterialien (Chargennummern) und Proben
- Zeitschemata der einzelnen Kulturschritte
- Durchführende Person
- Vorgehen bei unerwarteten Ereignissen
- Dokumentationsvorschriften

5. Dokumentation und Probenidentifikation

5.1. Allgemeine Dokumentation

Die Dokumentation aller durchgeführten Arbeitsschritte bei der Handhabung von Gameten, imprägnierten Eizellen und Embryonen hat so zu erfolgen, dass mindestens folgende Angaben stets vorhanden sind:

- Identität und Verbleib der Proben (Gameten, imprägnierte Eizellen, Embryonen)
- Art des / der Arbeitsschritt/e
- Verwendete Materialien / Medien
- Durchführende Person(en)
- Zeit und ggf. Dauer der Durchführung
- Qualität der Gameten / Embryonen zum jeweiligen Beobachtungszeitpunkt
- Auftreten unerwarteter Ereignisse und Vorgehensweise

Die Dokumentation erfolgt schriftlich.

Während der gesamten Aufbewahrungsfrist der Dokumente und Aufzeichnungen ist eine Nachverfolgbarkeit von Änderungen zu gewährleisten. Aufzeichnungen sind so zu führen, dass sie lesbar, unauslöschlich und jederzeit auffindbar sind. Sie dürfen handgeschrieben sein oder auf ein anderes System wie ein Computerprogramm oder Mikrofilm übertragen werden.

5.2. Identifikation der Patienten

Besondere Sorgfalt ist an der Schnittstelle Patient / Probenidentifikation nötig. Bei jeder Probenentnahme und vor dem Embryotransfer muss eine aktive Patientenidentifikation durch eine der beteiligten Personen vorgenommen und dokumentiert werden.

5.3. Identifikation der Proben

Alle Probengefäße müssen eindeutig, gut lesbar und dauerhaft beschriftet werden. Beim Zusammenführen von Proben (Insemination / Injektion) ist eine sichere Probenzuordnung zu gewährleisten.

6. Methodensicherheit

Alle angewendeten kritischen Methoden sollten auf international anerkannten Standardverfahren beruhen. Sie müssen im eigenen Labor vor ihrer Einführung als Routinemethode freigegeben werden und sind darüber hinaus regelmäßig kritisch zu bewerten, um sicherzustellen, dass sie weiterhin die angestrebten Ergebnisse erzielen. Dafür werden die Methoden anhand geeigneter Kennzahlen eingeschätzt.

Die Vergleichbarkeit der Arbeitsqualität aller beteiligten Mitarbeiter wird ebenfalls in geeigneten Intervallen überprüft, gegebenenfalls sind Nachschulungen zu veranlassen. Zur Qualitätssicherung sollten die Möglichkeiten der internen und externen Qualitätskontrollen / Ringversuche genutzt werden.

7. Andrologie

Alle eingesetzten Methoden sind in Arbeitsanweisungen (SOPs) festzulegen und die zur Durchführung berechtigten Personen zu bestimmen.

Besonderer Wert ist auf die Sicherstellung der Probenzugehörigkeit (Identität des „Spenders“, zugehörige Partnerin) zu legen. Die Bewertung der Ejakulat- und Spermienqualität orientiert sich am aktuellen WHO-Laborhandbuch.

7.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Spermioigrammerstellung
- Annahme und ggf. Weiterleitung von Proben inklusive Transportbedingungen
- Annahme und Aufbereitung operativ gewonnener, frischer und /oder kryokonservierter Spermatozoen / Hodengewebe
- Aufbereitungsmethoden der Spermien für AIH, AID, IVF, ICSI
- Kryokonservierung von Spermien / von operativ gewonnenem Material
- Vorgehensweise bei unerwarteten Ereignissen
- Dokumentation der wesentlichen Parameter mit verwendeten Materialien, durchführender Person und Bearbeitungszeit

7.2. Spezielle Dokumentation:

- Probenidentität und Parameter der nativen Probe: Volumen, Viskosität, Konzentration, Motilität, ggf. Morphologie
- Aufbereitungsmethode
- Verbleib der Probe

8. ART- Methoden

8.1. Identifizierung und Bearbeitung der Eizell-Cumulus-Komplexe

Während der Eizellsuche sollte die Möglichkeit zur Kommunikation mit den Personen im Entnahmeraum bestehen. Die Isolierung der Eizell-Cumulus-Komplexe sollte unter geeigneten Bedingungen so schnell wie möglich nach der Entnahme erfolgen.

8.1.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Durchführung der Eizellsuche
- Überführung in das Kultursystem je nach weiterer Verwendung der Eizellen

8.1.2. Spezielle Dokumentation

- Anzahl der Eizell-Cumulus-Komplexe
- Auffälligkeiten

8.2. IVF- Insemination

Die Insemination der Eizellen erfolgt, wenn aufgrund der Merkmale von Eizelle und Spermien eine Fertilisation zu erwarten ist. Insbesondere die Spermienparameter sollten den geforderten Mindestanforderungen genügen. Die Durchführung der Insemination hat in einem geeigneten Zeitfenster mit geeigneter Spermienkonzentration und -motilität zu erfolgen.

8.2.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Standards für die Insemination und Kriterien für deren Anwendung
- Durchführung der Insemination

8.2.2. Spezielle Dokumentation:

- Gesamtzahl oder Konzentration der zu den Cumulus-Komplexen zugegebenen progressiv motilen Spermien

8.3. ICSI

Die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ist eine Form der extrakorporalen Befruchtung, bei der ein Spermatozoon - nach vorbereitender Präparation (siehe

Pkt.7.) - in eine reife Eizelle (Metaphase II) injiziert wird.

8.3.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Denudierung der Eizellen
- Durchführung der ICSI

8.3.2. Spezielle Dokumentation:

- Reifegrad der Eizellen
- Anzahl injizierter Eizellen
- Verbleib der Eizellen
- Auffälligkeiten

8.4. Fertilisationskontrolle/ PN-Grading

In der Regel 16 bis 20 Stunden nach Insemination bzw. Injektion der Eizellen sollte die Fertilisationskontrolle durchgeführt werden.

8.4.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Denudierung der Eizellen nach IVF ohne ICSI
- Kriterien der Beurteilung nach einem anerkannten Grading-System (zumindest Anzahl der Vorkerne, ggf. Grading der Vorkerne, ggf. Auffälligkeiten)
- Weiterbehandlung der Zellen (Kultur, Kryokonservierung, Verwerfung)
- Vorgehen bei unzureichendem oder unklarem Befruchtungsergebnis

8.4.2. Spezielle Dokumentation:

- Anzahl der 2 PN / \geq 3PN / 1 PN / 0 PN / unreifen Eizellen/ degenerierten Eizellen
- Verbleib der Zellen
- Auffälligkeiten

8.5. Embryobeurteilung und -grading

Die Beurteilung der morphologischen Qualität der in vitro-kultivierten Embryonen kann wichtige Hinweise auf ihre Entwicklungskompetenz geben.

8.5.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Beurteilung nach anerkannten Grading-Systemen
- Weiterbehandlung der Zellen

8.5.2. Spezielle Dokumentation:

- Kulturdauer
- Anzahl der Blastomeren (Entwicklungsgeschwindigkeit)

- Umfang und Verteilung von Fragmenten
- Fakultativ: zytoplasmatische Besonderheiten (Vakuolen, Granulierungen), Vorhandensein und Zahl von multinukleären Blastomeren, Dicke und Besonderheiten der Zona pellucida

8.6. Assisted Hatching

Das Assisted Hatching kann durchgeführt werden, um dem Embryo das Schlüpfen aus der Zona pellucida zu erleichtern.

8.6.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Kriterien für den Zeitpunkt und die Lokalisation des Hatchings an der Zona
- Durchführung des Assisted Hatching

8.6.2. Spezielle Dokumentation:

- Auffälligkeiten

8.7. Embryotransfer

Das Ziel des Embryotransfers ist das Übertragen der Embryonen in das Cavum uteri

8.7.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Aufnehmen der Embryonen in den Transferkatheter und ggf. Durchführung des Transfers

8.7.2. Spezielle Dokumentation:

- Anzahl und Qualität der transferierten Embryonen
- Vorgehen bei Nichtdurchführbarkeit des Embryotransfers zum geplanten Zeitpunkt
- Auffälligkeiten

8.8. Polkörperbiopsie / Polkörperdiagnostik

Die Polkörperbiopsie / Polkörperdiagnostik (PKD) dient der indirekten genetischen Untersuchung von numerischen und strukturellen Chromosomenaberrationen und/oder der Identifikation von monogenetischen Erkrankungen betroffener Eizellen. Aktuell ist die PKD nicht als klinisches Routineverfahren einzuschätzen.

Bei Einführung und Durchführung der Methode ist das „Konsenspapier des Arbeitskreises PKD des BRZ zur Durchführung der Aneuploidiediagnostik und maternalen Translokationsdiagnostik mit Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) unter den Vorgaben des Embryonenschutzgesetzes (EschG)“ zu beachten (JRE 2005,2: 59).

8.8.1. Spezifische Inhalte der Standardarbeitsanweisungen:

- Durchführung der Biopsie
- Fixierung der Polkörper
- Transportbedingungen der Objektträger und Ergebnistransfer

8.8.2. Spezielle Dokumentation:

- Zahl entnommener Polkörper (PK)
- Technische Art der Zona-Eröffnung (mechanisch, chemisch, Laser)
- Ggf. Score der Pronuclei
- Verwendete Hybridisierungssonde mit Chargenangabe
- Hybridisierungsergebnis pro PK
- Diagnose jeder imprägnierten Eizelle
- Verbleib jeder imprägnierten Eizelle

8.9. Implementierung neuer Methoden

Neue Methoden müssen durch dafür qualifiziertes Personal erarbeitet, validiert und freigegeben werden. Die Vorgehensweise für diesen Prozess der Implementierung ist schriftlich festzulegen.

Vor der Implementierung einer Methode ist eine umfassende Literaturrecherche über bereits vorliegende Erfahrungen und Ergebnisse durchzuführen, dabei sollten kontrollierte Studien die Grundlage bilden. Nach Möglichkeit sollte vorab eine Hospitation in einem Labor, das diese Methode bereits erfolgreich durchführt, erfolgen. Eine Schulung oder ein Kursus bei entsprechenden Spezialisten kann ebenfalls als Vorbereitung dienen.

8.9.1. Material

Vor Einführung einer neuen Methode sollten der Bedarf und der Aufwand geklärt sein. Die Validierungsphase kann auch mit nicht CE-gekennzeichneten Materialien durchgeführt werden, für den späteren Routineeinsatz muss jedoch die Verfügbarkeit geeigneter, möglichst CE-gekennzeichneter Materialien abgeklärt sein.

8.9.2. Geräte und Ausstattung

Die notwendige gerätetechnische Ausstattung muss vor Implementierung einer Methode gesichert sein und ist am erwarteten Bedarf auszurichten. Es muss gesichert sein, dass etwaige Anforderungen an besondere Umgebungsbedingungen erfüllt werden können. Bedeutet die neue Methode einen erheblichen Arbeitsaufwand muss darüber hinaus dafür gesorgt sein, dass der Personalbestand den erwarteten Mehraufwand decken kann.

8.9.3. Arbeitsschritte

Die Validierung einer neuen Methode orientiert sich am PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act). Die Planung (Plan) legt verantwortliche Mitarbeiter, Ergebnisanforderung und –ziel, Zeitdauer der Validierung und die Art der Aus- und Bewertung anhand von Kennzahlen fest. Nach Durchlaufen der Versuchsphase (Do) werden die Ergebnisse hinsichtlich der Erwartungen überprüft (Check). Nach Bedarf kann eine erweiterte oder

ergänzende Versuchsphase angeschlossen werden (erneutes Plan-Do), aufgrund derer die endgültige Bewertung schriftlich festgehalten wird (Check). Auf dieses Vorgehen gründet sich die abschließende Entscheidung über Ablehnung oder Aufnahme der Methode in das Routineprogramm (Act).

Nach ihrer Implementierung ist die Methode in der ersten Anwendungsphase noch weiter engmaschig anhand mindestens einer geeigneten Kennzahl zu verfolgen und zu bewerten. Das Bewertungsintervall wird im weiteren Verlauf dem der anderen Routinemethoden angeglichen.

8.9.4. Dokumentation

Die Nachweise über die Vorbereitungen, Grundlagen und Schulungen bezüglich der geplanten Methode sind festzuhalten.

Die Validierung der Methode muss nach einem schriftlich zu fixierenden Plan mit Festlegung der zu bearbeitenden Probenzahl und den verantwortlich Durchführenden erfolgen. Die Aufzeichnungen sind zu ergänzen um Messwerte, Beobachtungen und Bewertungen. Die endgültige Freigabe der Methode und damit die Aufnahme in das Spektrum der angebotenen Methoden müssen ebenfalls schriftlich erfolgen und allen Beteiligten und Anwendern zur Kenntnis gebracht werden. Zur Aufnahme in die Routine müssen die Dokumentationsform sowie mindestens eine Kennzahl zur Qualitätsbewertung festgelegt sein. Über den Durchführungsablauf der Methode ist eine SOP zu erstellen.

Die Einarbeitung der Mitarbeiter in die neue Methode muss durch eine Person erfolgen, die bereits praktische Erfahrung sammeln konnte, die Freigabe der eingearbeiteten Mitarbeiter muss dokumentiert werden.

9. Kryokonservierung

In der Regel werden im ART-Bereich Partnerspenden von Gameten gemäß Definition der EU-Richtlinie 2006/17/EG für die Kryokonservierung angenommen, gelagert und verarbeitet.

Bei der Kryokonservierung von Gameten/imprägnierten Eizellen/Embryonen/Hodengewebe muss im Vorfeld sichergestellt werden, dass alle spenderspezifischen Voraussetzungen von ärztlicher Seite überprüft und dokumentiert wurden.

Wenn bei der Partnerspende von Gameten Testergebnisse auf HIV 1 und 2, Hepatitis B oder C in Serum- oder Plasmaproben positiv sind, keine Ergebnisse vorliegen oder ein Infektionsrisiko des/der Patienten bekannt ist, muss das entsprechende Material getrennt gelagert werden.

Die Verwendung von sicher verschließbaren Probengefäßen mit CE-Kennzeichnung ist zu bevorzugen.

Kryokonservierung und Auftauen erfolgen nach anerkannten Methoden mit geeigneten Medien, Gefrierschutzmitteln und Geräten.

Die Weiterverarbeitung von Proben mit oben genannten Infektionsparametern nach

dem Einfrieren sollte in dazu speziell ausgestatteten Laboren erfolgen (gemäß der Leitlinie „Empfehlungen zu Infektionsdiagnostik und Infektionsprophylaxe bei Verfahren der Assistierte Reproduktion“).

Bei der Annahme, Lagerung und Verarbeitung von kryokonservierten Gameten nach Drittspende sind die besonderen Anforderungen der EU-Richtlinie 2006/17/EG zu erfüllen.

9.1. Standardarbeitsanweisungen

In schriftlichen Arbeitsanweisungen sind alle relevanten Arbeitsschritte zu regeln:

- Identifizierung und Zuordnung von Patient / Spender und Proben
- Kriterien für die Auswahl der Zellen / Gewebe zur Kryokonservierung
- Kennzeichnung der Kryoröhrchen / -straws
- Durchführung der Kryokonservierung
- Überführung in das Kryolager
- Betrieb des Kryolagers einschließlich der Lagerverwaltung
- Entnahme aus dem Lagersystem
- Auftauen der Proben
- Versand von Kryoproben in andere Einrichtungen
- Annahme von Kryoproben aus anderen Einrichtungen
- Behandlung von Aufträgen zur Auflösung eines Kryo-Depots
- Festlegung der Vorgehensweise bei Unauffindbarkeit der Proben

9.2. Kennzeichnung von Kryoproben

Besondere Sorgfalt ist auf eine eindeutige Kennzeichnung aller einzufrierenden Proben zu verwenden. Die Nachverfolgbarkeit aller Proben muss zu jeder Zeit gewährleistet sein.

Dies ist über die Beschriftung der Kryoröhrchen und entsprechende Aufzeichnungen zu gewährleisten.

Die Beschriftung der Behältnisse sollte mit einem maschinellen System direkt oder auf kryotauglichen Etiketten erfolgen.

9.2.1. Kennzeichnung der Kryoröhrchen /-straws:

- Patientenidentität (Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. einrichtungsinterne ID), auch in codierter Form
- Einfrierdatum
- Art des Einfriergutes (Spermien, Eizellen, PN-Zellen, Embryonen, Gewebe)
- ID des Röhrchens/ Straws

9.2.2. Dokumentation:

- Patientenidentität (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Bei Partnerspende: Partneridentität (Name, Vorname, Geburtsdatum)

- Einrichtungsinterne ID-Nr. von Patient und ggf. Partner
- Name der kryokonservierenden Einrichtung (ggf. ID der Einrichtung),
- Identität der die Kryokonservierung durchführenden Person mit Unterschrift
- Beschreibung und Identifizierung der kryokonservierten Zellen / Hodengewebe, ggf. zur Vorbehandlung benutzte Kulturmedien
- Ausgangsspermiogramm und ggf. Aufbereitungsergebnis bei Spermien
- Anzahl und Reifestadium bei Eizellen
- Anzahl und ggf. Scoring bei 2 PN-Zellen
- Anzahl und Entwicklungsstadium und ggf. Grading bei Embryonen
- Art und Vorbereitung bei Hodengewebe
- Datum und verwendetes Einfrierverfahren
- Verwendete Reagenzien und Medien (insbesondere Kryoprotektiva)
- Kurzbeschreibung des Kryo-Programms

9.3. Versand von Kryoproben

Zum Transport verwendete Behälter müssen dafür geeignet sein und die gesetzlichen Sicherheitsbestimmungen (z.B. Gefahrgutverordnung) erfüllen.

Wird ein kommerzielles Transportunternehmen eingeschaltet, muss mit diesem eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden.

In diesem Fall müssen Transportbehälter mit folgenden Beschriftungen versehen und sicher verschlossen sein:

- Identifizierung der versendenden Einrichtung mit Adresse und Telefonnr.
- Identifizierung der empfangenden Einrichtung mit Adresse und Telefonnr.
- Hinweis: „Vorsicht menschliche Zellen / Gewebe“, „Nicht bestrahlen“, „Aufrecht stellen“, „Nicht öffnen“, „Nicht erwärmen“

9.3.1. Dokumentation

Zusätzlich zur oben genannten Dokumentation sind beim Versand von Kryoproben Name und Telefonnummer der Kontaktpersonen in Herkunfts- und Zieleinrichtung der Kryoproben anzugeben.