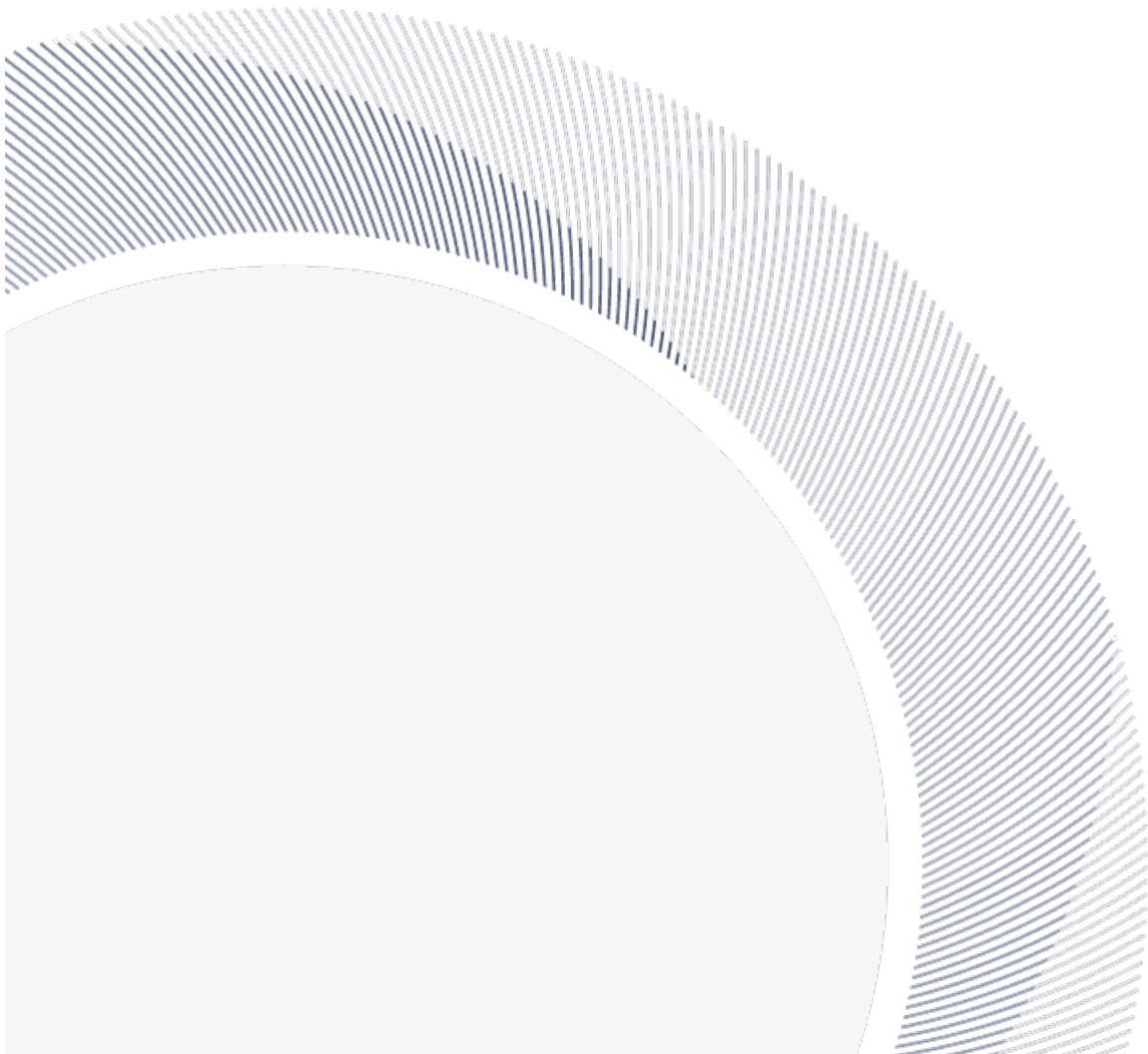


# Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung

gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)

Jahresbericht 2024

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz sowie des Bundesministeriums für Justiz





# Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung

gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)

## Jahresbericht 2024

Autor:

Reinhard Kern

Unter Mitarbeit von:

Matthias Gruber

Fachliche Begleitung durch das BMASGPK:

Judith Benedics

Irene Hager-Ruhs

Fachliche Begleitung durch das BMJ:

Peter Barth

Projektassistenz:

Danijela Škeljić

Verica Stamenković

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen des Autors dar.

Wien, im September 2025

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie des Bundesministeriums für Justiz

Zitervorschlag: Kern, Reinhard (2025): Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung gemäß § 21 FMedG. Jahresbericht 2024. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P6/7/43351

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Im Rahmen des Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetzes 2015 wurden mit § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) die ärztlichen Leiter:innen jener Krankenanstalten, in denen medizinisch unterstützte Fortpflanzungen durchgeführt werden, dazu verpflichtet, jährlich spätestens zum 31. März der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) festgelegte Daten des jeweils vorangegangenen Kalenderjahrs über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung in Österreich auf elektronischem Weg zu melden.

## Methode

Die GÖG wertet diese Daten, die einmal jährlich mittels Onlineeingabe übermittelt werden, als Gesamtsummen je Krankenanstalt (Jahresstatistik) aus. Die Daten beinhalten keine Einzeldatensätze je durchgeführte medizinisch unterstützte Fortpflanzung.

## Ergebnisse

Im Jahr 2024 wurde bei 11.962 Frauen 22.218-mal eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchgeführt. Die Krankenanstalten meldeten für das Jahr 2024 3.906 Lebendgeburten nach einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung, wobei zu beachten ist, dass naturgemäß ein Großteil der Geburten auf Behandlungen aus dem Jahr 2023 zurückgeht. Die Mehrlingsrate betrug 4,2 Prozent, fast alle Mehrlinge resultierten aus Zwillingsgeburten.

Inseminationen mit Samenspenden Dritter wurden im Jahr 2024 567-mal vorgenommen. ICSI- und IVF-Behandlungen mit Samenspenden Dritter wurden 861-mal und Behandlungen mit Eizellspenden 261-mal durchgeführt.

## Schlüsselwörter

Statistik gemäß § 21 FMedG, medizinisch unterstützte Fortpflanzung



# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Abbildungen und Tabellen.....	VI
Abkürzungen.....	VII
1 Einleitung .....	1
2 Methode .....	2
3 Ergebnisse.....	3
3.1 Gesamtzahl aller Behandlungen.....	3
3.2 Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen.....	5
3.3 ICSI- und IVF-Behandlungen mit Samen-/Eizellspenden dritter Personen .....	6
3.4 Aufbewahrte Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen zum Stichtag 31. Dezember 2024.....	8
3.5 Anzahl der Paare, welche eine Präimplantationsdiagnostik in Anspruch nahmen, sowie festgestellte Erbkrankheiten .....	8
4 Referenzen .....	10
Anhang.....	11
Anhang 1 PID – Präimplantationsdiagnostik (§ 2a FMedG).....	12
Anhang 2 Krankenanstalten, welche PID durchführen.....	16
Anhang 3 Krankenanstalten mit Zulassung gemäß § 5 Abs. 2 FMedG.....	21

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

Abbildung 1: Verhältnis der Anwendungen Insemination, ICSI und IVF.....	4
Abbildung 2: Verlauf der Lebendgeburten in Prozent.....	5
Abbildung 3: Anteil der Einlings-, Zwillings-, Drillingsgeburten.....	5
Abbildung 4: Anteil der Anwendungen mit Samenspende, Eizellspende sowie kombinierter Samen- und Eizellspende.....	7
Abbildung 5: Anteil der Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 1, Z 2, Z 3 FMedG.....	9

## Tabellen

Tabelle 1: Gesamtzahl aller Behandlungen, Anwendungen und Schwangerschaften im Jahr 2024, differenziert nach Behandlungsarten und dem Alter der Frau.....	3
Tabelle 2: Anzahl der Lebendgeburten 2024, differenziert nach Geburtsverlauf und Mehrlingsgeburt*.....	4
Tabelle 3: Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen 2024.....	5
Tabelle 4: Lebendgeburten nach Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen 2024*.....	6
Tabelle 5: ICSI-, IVF-Behandlungen mit Samen-/Eizellspenden dritter Personen.....	6
Tabelle 6: Lebendgeburten nach IVF- bzw. ICSI-Behandlungen mit Samen- und Eizellspenden dritter Personen*.....	7
Tabelle 7: Aufbewahrte Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen zum Stichtag 31. Dezember 2024.....	8
Tabelle 8: PID – Präimplantationsdiagnostik (§ 2a FMedG).....	8

# Abkürzungen

Abs.	Absatz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DMD	Duchenne-Muskeldystrophie
FANCA	Fanconi-Anämie Typ A
FMedG	Fortpflanzungsmedizingesetz
FMedRÄG	Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz
GIFT	intratubarer Gametentransfer
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GTG	Gentechnikgesetz
ICSI	intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IVF	In-vitro-Fertilisation
PID	Präimplantationsdiagnostik
PKD	Polkörperdiagnostik
RS-SCID	severe combined immunodeficiency with sensitivity to ionizing radiation
SQL	structured query language
Z	Ziffer



# 1 Einleitung

Im Rahmen des Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetzes 2015 (FMedRÄG 2015), BGBl. I Nr. 35/2015 wurde die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass eine elektronische Meldung festgelegter Daten über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung zu erfolgen hat.

Gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) haben dementsprechend die ärztlichen Leiter:innen nach § 5 FMedG zugelassener Krankenanstalten (siehe Anhang 3) der Gesundheit Österreich GmbH jährlich spätestens zum 31. März auf elektronischem Weg die nachfolgenden nichtpersonenbezogenen Daten des jeweils vorangegangenen Kalenderjahrs über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung in Österreich zu melden:

- Anzahl der Paare, die eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Anspruch genommen haben, Anzahl der Anwendungen, gegliedert nach den in § 1 Abs. 2 FMedG angeführten Methoden (einschließlich Überlassung von Spermien und Eizellen) und nach dem Alter der Frau, Anzahl der aufbewahrten Spermien, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen
- Anzahl der durch medizinisch unterstützte Fortpflanzung herbeigeführten Schwangerschaften sowie Anzahl und Art der daraus resultierenden Geburten
- Anzahl der Paare, die eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung zum Zweck der Präimplantationsdiagnostik (PID) in Anspruch genommen haben, aufgegliedert nach den Zulassungsvoraussetzungen des § 2a Abs. 1 Z 1, 2 und 3
- Erbkrankheiten, die im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik (PID) festgestellt wurden

Die Gesundheit Österreich GmbH hat jeweils bis 30. September eine Auswertung dieser Daten vorzunehmen und diese sowie die im Genanalyserregister gemäß § 79 Abs. 1 Z 1 GTG verzeichneten Einrichtungen, welche PID durchführen, samt den in § 79 Abs. 2 GTG genannten Angaben und Untersuchungen (siehe Anhang 2) sowie alle im Gentechnikbuch enthaltenen spezifischen Informationen zur PID (siehe Anhang 1) im Rahmen eines Berichts dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) sowie dem Bundesministerium für Justiz (BMJ) zur Verfügung zu stellen und auf der Homepage der Gesundheit Österreich GmbH zu veröffentlichen.

## 2 Methode

Der vorliegende Jahresbericht präsentiert die Statistik gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) für den Zeitraum 1. Jänner 2024 bis 31. Dezember 2024. Davon ausgenommen ist die Darstellung der aufbewahrten Samenspenden, Eizellspenden und entwicklungsfähigen Zellen (vgl. Tabelle 7), welche sich nur auf den Stichtag 31. Dezember 2024 bezieht. In den textlichen Tabellenbeschreibungen wird auch ein Vergleich mit den Jahreszahlen 2023 (Kern 2024) gezogen.

Die Datenbasis der dargestellten Auswertungen ist eine Summenerhebung je Krankenhaus (Jahresstatistik), wobei keine Einzeldatensätze je durchgeführte medizinisch unterstützte Fortpflanzung vorliegen.

Die Daten werden der Gesundheit Österreich GmbH mittels Onlineeingabe in das IVF-Register übermittelt, in einer SQL-Datenbank gespeichert und mit R ausgewertet.

Die im Bericht dargestellten Zahlen in puncto Anwendungen, Schwangerschaften und Geburten sind jeweils die Zahlen des Jahres 2024. Diese stehen in keinem Verhältnis zueinander, und es können damit folglich keine Schwangerschafts- oder Baby-Take-home-Raten berechnet werden. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: Die Krankenhäuser haben für das Jahr 2024 die Anzahl der Anwendungen angegeben. Die dargestellten Zahlen der Schwangerschaften und Geburten in diesem Jahr spiegeln lediglich wider, wie viele Schwangerschaften 2024 festgestellt wurden und von wie vielen Geburten, die im Jahr 2024 stattfanden, die Krankenhäuser Kenntnis erlangt haben. Schwangerschaften und Geburten resultieren somit zum Teil auch aus Behandlungen des Jahres 2023.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Gesamtzahl aller Behandlungen

In 33 der 36 nach § 5 Abs. 2 FMedG zugelassenen Krankenanstalten wurde im Jahr 2024 medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchgeführt.

2024 wurden 11.962 Frauen behandelt (+4,4 % im Vergleich zum Vorjahr). Die Altersverteilung der behandelten Frauen ist im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben (44,4 % Frauen bis zum vollendeten 34. Lebensjahr, 37,5 % im Alter von 35 bis 39 Jahren und 18,1 % ab dem 40. Lebensjahr; vgl. Tabelle 1).

Neben der Gesamtzahl der behandelten Frauen wird in der nachfolgenden Tabelle die jeweilige Anzahl der Behandlungsarten Insemination, intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und In-vitro-Fertilisation (IVF) – einschließlich Samen- und Eizellspenden dritter Personen – dargestellt. Ein intratubarer Gametentransfer (GIFT) wurde – wie auch im Vorjahr – nicht durchgeführt.

Die Anzahl der Anwendungen gibt an, wie oft die jeweilige Methode im Jahr 2024 durchgeführt wurde. Da bei einem gewissen Prozentsatz der Patientinnen Mehrfachanwendungen erfolgen, ist diese Zahl höher als jene der behandelten Frauen. Die Zahl der Anwendungen beinhaltet auch aus ICSI und IVF folgende Versuche mit kryokonservierten Embryonen sowie Abbrüche nach durchgeführter IVF- bzw. ICSI-Fertilisierung.

Die Anzahl der Schwangerschaften umfasst die im Jahr 2024 den Krankenanstalten bekannt gegebenen Schwangerschaften (Feststellung positiver Herzaktionen mittels Ultraschalls frühestens in der fünften Woche nach dem Transfer und bildliche Dokumentation der Schwangerschaft). Unter den Schwangerschaften sind auch im aktuellen Berichtszeitraum festgestellte und den Krankenanstalten gemeldete Schwangerschaften erfasst, die aus Anwendungen des Vorjahrs resultieren.

Tabelle 1: Gesamtzahl aller Behandlungen, Anwendungen und Schwangerschaften im Jahr 2024, differenziert nach Behandlungsarten und dem Alter der Frau

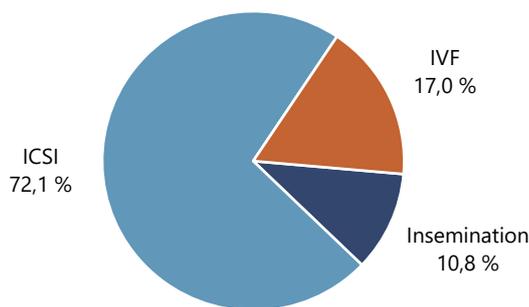
	Insemination	ICSI	IVF	Gesamt
Anzahl der behandelten Frauen	1.461	8.403	2.098	11.962
davon im Alter < 35	751	3.538	1.020	5.309
davon im Alter 35–39	469	3.227	788	4.484
davon im Alter ≥ 40	241	1.638	290	2.169
Anzahl der Anwendungen (inkl. aus ICSI und IVF folgender Kryo-Versuche)	2.409	16.022	3.787	22.218
Anzahl der erzielten Schwangerschaften	266	4.305	1.059	5.630

ICSI = intrazytoplasmatische Spermieninjektion, IVF = In-vitro-Fertilisation

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Bei 72,1 Prozent der Anwendungen wurde eine ICSI und bei 17,0 Prozent eine IVF durchgeführt. 10,8 Prozent der Anwendungen waren Inseminationen.

Abbildung 1: Verhältnis der Anwendungen Insemination, ICSI und IVF



Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Die in der untenstehenden Tabelle 2 dargestellte Anzahl der Lebendgeburten bezieht sich auf die im Jahr 2024 von den Krankenanstalten gemeldeten Lebendgeburten. Es sind somit auch Schwangerschaften, die durch Anwendung der jeweiligen Methoden 2023 entstanden und im Jahr 2024 zu einer Lebendgeburt führten, in diesen Zahlen enthalten.

Es wird nach „Spontangeburt“, „Sectio“ und „unbekanntem Geburtsverlauf“ (Geburten, deren Verlauf den Krankenanstalten nicht gemeldet wurde) differenziert. Weiters wird zwischen Einlingsgeburten, Zwillingsgeburten und Drillingsgeburten unterschieden. Die Zahlen betreffend die Mehrlingsgeburten beziehen sich auf die Anzahl der Geburten und nicht auf die Anzahl der geborenen Kinder.

Die Anzahl der gemeldeten Lebendgeburten ist im Vergleich zum Vorjahr um 86 Geburten auf 3.906 gesunken (-2,2 %). Die Mehrlingsrate betrug 4,2 Prozent (165 Mehrlingsgeburten) – und zwar 4,2 Prozent Zwillings- und 0,1 Prozent Drillingsgeburten.

Tabelle 2: Anzahl der Lebendgeburten 2024, differenziert nach Geburtsverlauf und Mehrlingsgeburt\*

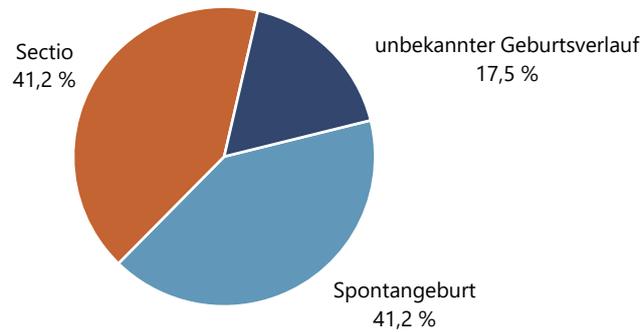
	Spontangeburt	Sectio	unbekannter Geburtsverlauf	Gesamt
<b>Anzahl der Lebendgeburten</b>	1.611	1.611	684	3.906
<b>davon Einlingsgeburten</b>	1.593	1.492	656	3.741
<b>davon Zwillingsgeburten</b>	18	117	28	163
<b>davon Drillingsgeburten</b>	0	2	0	2

\*Die in der Tabelle dargestellte Anzahl der Lebendgeburten kann in kein Verhältnis zu der in der vorigen Tabelle dargestellten Anzahl der Schwangerschaften gesetzt werden (vgl. Erklärung dazu in Kapitel 2).

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

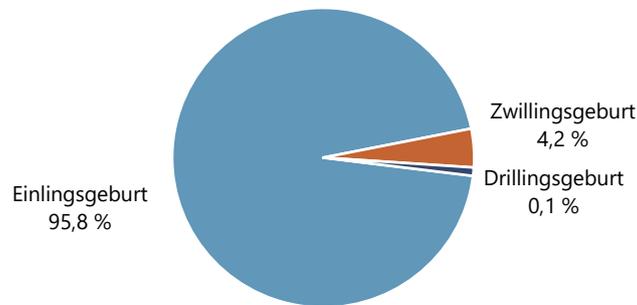
Das Verhältnis der im Jahr 2024 den Krankenanstalten gemeldeten unterschiedlichen Geburtsverläufe zueinander stellt sich wie folgt dar: 41,2 Prozent Spontangeburt, gleichfalls 41,2 Prozent Sectiones und 17,5 Prozent unbekannte Geburtsverläufe. Berücksichtigt man nur die bekannten Geburtsverläufe, ergibt sich eine Spontangeburtensrate von 50 Prozent.

Abbildung 2: Verlauf der Lebendgeburten in Prozent



Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Abbildung 3: Anteil der Einlings-, Zwillings-, Drillingsgeburten



Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

## 3.2 Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen

In der folgenden Tabelle 3 sind für das Jahr 2024 jeweils die Anzahl der behandelten Frauen, die Anzahl der Anwendungen, die gemeldeten Schwangerschaften sowie die Lebendgeburten, resultierend aus Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen, ersichtlich.

Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen wurden 567-mal bei 314 behandelten Frauen durchgeführt.

Tabelle 3: Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen 2024

Anzahl der behandelten Frauen	314
davon im Alter < 35	182
davon im Alter 35–39	94
davon im Alter ≥ 40	38
Anzahl der Anwendungen	567
Anzahl der erzielten Schwangerschaften	84

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Für das Jahr 2024 meldeten die Krankenanstalten 68 Lebendgeburten nach Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen (vgl. Tabelle 4). Diese Zahlen sind im Kapitel 3.1 dargestellten Gesamttabellen enthalten.

Tabelle 4: Lebendgeburten nach Inseminationen mit Samenspenden dritter Personen 2024\*

	Spontangeburt	Sectio	unbekannter Geburtsverlauf	Gesamt
Anzahl der Lebendgeburten	31	25	12	68
davon Einlingsgeburten	31	24	12	67
davon Zwillingsgeburten	0	1	0	1

\* Die in der Tabelle dargestellte Anzahl der Lebendgeburten kann in kein Verhältnis zu der in der vorigen Tabelle dargestellten Anzahl der Schwangerschaften gesetzt werden (vgl. Erklärung dazu in Kapitel 2).

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

### 3.3 ICSI- und IVF-Behandlungen mit Samen-/Eizellspenden dritter Personen

Aus der folgenden Tabelle 5 sind für das Jahr 2024 die Anzahl der behandelten Frauen, die Anzahl der Anwendungen, die Schwangerschaften sowie die Lebendgeburten, die aus Behandlungen mit Samenspende, solchen mit Eizellspende bzw. aus kombinierten Behandlungen mit Samen- und Eizellspende dritter Personen resultieren, ersichtlich.

Behandlungen mit Samenspenden dritter Personen wurden 861-mal bei 547 Frauen durchgeführt. Behandlungen mit Eizellspenden dritter Personen wurden 261-mal bei 164 Frauen durchgeführt. Eizellspenden wurden bei mehr als der Hälfte (61,0 %) der über 40-jährigen Frauen durchgeführt.

- Es wurden im Vergleich zum Vorjahr 66 Frauen weniger (-10,8 %) mit Samenspenden dritter Personen behandelt. Bei den Eizellspenden dritter Personen stieg die Anzahl der behandelten Frauen von 125 auf 164.

Tabelle 5: ICSI-, IVF-Behandlungen mit Samen-/Eizellspenden dritter Personen

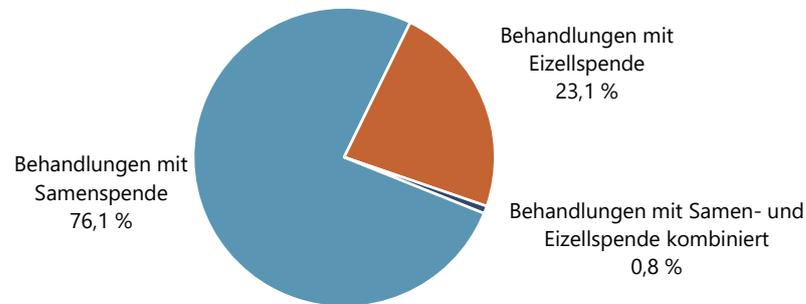
	Behandlungen mit Samenspende	Behandlungen mit Eizellspende	Behandlungen mit Samen- und Eizellspende (kombiniert)	Gesamt
Anzahl der behandelten Frauen	547	164	6	717
davon im Alter < 35	256	28	0	284
davon im Alter 35–39	206	36	3	245
davon im Alter ≥ 40	85	100	3	188
Anzahl der Anwendungen	861	261	9	1.131
Anzahl der erzielten Schwangerschaften	234	79	2	315

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Das Verhältnis zwischen den im Jahr 2024 durchgeführten unterschiedlichen Anwendungen – mit Samenspende, mit Eizellspende sowie mit kombinierter Samen- und Eizellspende – stellt sich

wie folgt dar: 76,1 Prozent Behandlungen mit Samenspende dritter Personen, 23,1 Prozent Behandlungen mit Eizellspende dritter Personen und 0,8 Prozent Behandlungen mit gleichzeitiger Samen- und Eizellspende dritter Personen.

Abbildung 4: Anteil der Anwendungen mit Samenspende, Eizellspende sowie kombinierter Samen- und Eizellspende



Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Tabelle 6 stellt die von den Krankenanstalten im Jahr 2024 gemeldeten Lebendgeburten nach IVF- bzw. ICSI-Behandlungen mit Samen- und Eizellspende dritter Personen dar. Diese Zahlen sind in den im Kapitel 3.1 dargestellten Gesamttabellen enthalten.

Tabelle 6: Lebendgeburten nach IVF- bzw. ICSI-Behandlungen mit Samen- und Eizellspenden dritter Personen\*

	Spontangeburt	Sectio	unbekannter Geburtsverlauf	Gesamt
<b>Anzahl der Lebendgeburten</b>	102	130	54	286
<b>davon Einlingsgeburten</b>	101	124	52	277
<b>davon Zwillingsgeburten</b>	1	6	2	9
<b>davon Drillingsgeburten</b>	0	0	0	0

\*Die in der Tabelle dargestellte Anzahl der Lebendgeburten kann in kein Verhältnis zu der in der vorigen Tabelle dargestellten Anzahl der Schwangerschaften gesetzt werden (vgl. Erklärung dazu in Kapitel 2).

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

### 3.4 Aufbewahrte Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen zum Stichtag 31. Dezember 2024

Die folgende Tabelle 7 bezieht sich auf alle in den Krankenanstalten insgesamt aufbewahrten Samenspenden, Eizellspenden und entwicklungsfähigen Zellen zum Stichtag 31. Dezember 2024

Tabelle 7: Aufbewahrte Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen zum Stichtag 31. Dezember 2024

	Gesamt
Anzahl der aufbewahrten Samenspenden von Ehegatten/Lebensgefährten/eingetragenen Partnern	3.948
Anzahl der aus medizinischen Gründen entnommenen und aufbewahrten Samenspenden	5.159
Anzahl der aufbewahrten Samenspenden dritter Personen	4.213
Anzahl der aufbewahrten Eizellen von Ehegattinnen / Lebensgefährtinnen / eingetragenen Partnerinnen	1.432
Anzahl der aus medizinischen Gründen entnommenen und aufbewahrten Eizellen	12.496
Anzahl der aufbewahrten Eizellspenden Dritter	817
Anzahl der aufbewahrten entwicklungsfähigen Zellen	54.896

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

### 3.5 Anzahl der Paare, welche eine Präimplantationsdiagnostik in Anspruch nahmen, sowie festgestellte Erbkrankheiten

Im Jahr 2024 nahmen 163 Paare in einer österreichischen Einrichtung, die gemäß § 68 GTG in Verbindung mit § 2a Abs. 5 FMedG zugelassen ist, eine Präimplantationsdiagnostik in Anspruch. Die Verteilung in absoluten Zahlen ist der folgenden Tabelle 8, das prozentuelle Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 1, Z 2, Z 3 FMedG der Abbildung 5 zu entnehmen.

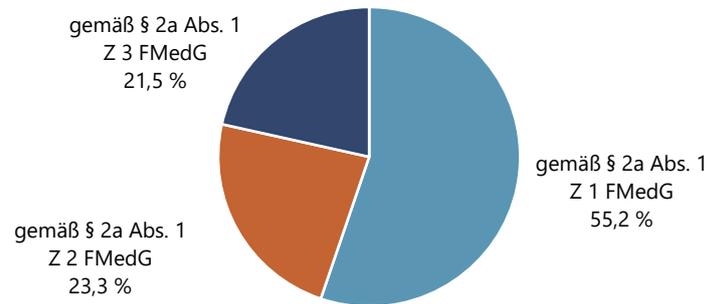
Tabelle 8: PID – Präimplantationsdiagnostik (§ 2a FMedG)

	Gesamt
Anzahl der Paare, die eine PID in Anspruch genommen haben	163
Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 1 FMedG: nach drei gescheiterten Versuchen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung	90
Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 2 FMedG: nach drei Spontanaborten	38
Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 3 FMedG: aufgrund der genetischen Disposition der Eltern	35

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Abbildung 5: Anteil der Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 1, Z 2, Z 3 FMedG

---



---

Quelle: GÖG 2025 / Statistik 2024 § 21 FMedG

Bei den 163 durchgeführten PID wurden sechsmal Hinweise, die auf eine mögliche Erbkrankheit hindeuten, festgestellt, konkret waren dies

- spinale Muskelatrophie Typ I,
- cystische Fibrose,
- Neurofibromatose Typ 1 (NF1),
- Duchenne-Muskeldystrophie (DMD).

## 4 Referenzen

Kern, Reinhard (2024): Statistik gemäß § 21 FMedG. Jahresbericht 2023. Gesundheit Österreich, Wien

Fortpflanzungsmedizingesetz (2018): Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen werden (FMedG), BGBl. I Nr. 275/1992 in der Fassung BGBl. I Nr. 58/2018

# Anhang

---

Anhang 1: PID – Präimplantationsdiagnostik (§ 2a FMedG)

Anhang 2: Krankenanstalten, welche PID durchführen

Anhang 3: Krankenanstalten mit Zulassung gemäß § 5 Abs. 2 FMedG

# Anhang 1

## PID – Präimplantationsdiagnostik (§ 2a FMedG)

---

### Rechtsgrundlage<sup>1</sup>

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) umfasst zellbiologische und molekulargenetische Untersuchungen zur Erkennung von Erbkrankheiten und Anomalien der Chromosomen, die der Entscheidung darüber dienen, ob ein durch *In-vitro*-Fertilisation erzeugter Embryo in die Gebärmutter eingepflanzt werden soll oder nicht. In Österreich ist die Durchführung einer PID nur in den in § 2a FMedG geregelten Fällen gesetzlich erlaubt. Eine PID darf daher nicht undifferenziert im Sinne eines „Screenings“ angewandt werden.

Die Präimplantationsdiagnostik ist eine genetische Analyse im Sinn des § 4 Z 23 GTG. Entsprechend den Unterscheidungen in § 65 Abs. 1 GTG handelt es sich hierbei um eine zulassungspflichtige genetische Analyse, die der Feststellung einer Prädisposition für eine genetisch bedingte Erkrankung dient.

Gemäß § 2a Abs. 5 FMedG bedürfen Einrichtungen, in denen im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik genetische Analysen durchgeführt werden, insbesondere für die von ihnen in Aussicht genommenen Untersuchungsmethoden, den Untersuchungsinhalt und den Untersuchungsumfang einer Zulassung gemäß § 68 Abs. 3 GTG unter Einbindung des wissenschaftlichen Ausschusses für Genanalyse und Gentherapie (WAGG) gemäß § 88 Abs. 2 Z 2a GTG.

### Untersuchungen gemäß § 2a Abs. 1 Z 1 und Z 2 FMedG

Gemäß § 2a Abs. 1 Z 1 FMedG ist eine Präimplantationsdiagnostik nach zumindest drei gescheiterten Versuchen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung zulässig, wenn Grund zur Annahme besteht, dass dies auf die genetische Disposition der entwicklungsfähigen Zellen zurückzuführen ist. In solchen Fällen soll eine PID zur Erhöhung der Erfolgsrate der künstlichen Befruchtung beitragen.

Gemäß § 2a Abs. 1 Z 2 FMedG ist eine Präimplantationsdiagnostik auch im Falle zumindest dreier im Rahmen natürlicher Schwangerschaften erfolgter spontaner Fehl- oder Totgeburten zulässig. Eine Fehlgeburt liegt vor, wenn bei einer Leibesfrucht weder die Atmung eingesetzt hat noch irgendein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln erkennbar ist und weiters die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm aufweist. Eine Totgeburt ist zu konstatieren, wenn bei der Leibesfrucht ebenfalls keines der oben angeführten Zeichen erkennbar ist, diese aber ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm aufweist (§ 8 Hebammengesetz).

Eine PID nach § 2a Abs. 1 Z 1 und Z 2 FMedG darf dann durchgeführt werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die Ursache für die wiederholt erfolglose *In-vitro*-Fertilisation (IVF) bzw. die rezidivierenden Spontanaborte in der genetischen Disposition des Kindes

---

<sup>1</sup> vgl. Gentechnikbuch, 7. Kapitel

liegt. So gilt heute als erwiesen, dass bestimmte beim Embryo vorliegende Chromosomenanomalien – vor allem numerische Chromosomenaberrationen – eine häufige Ursache für spontane Fehl- oder Totgeburten darstellen.

Zahlenmäßige oder strukturelle Veränderungen der Chromosomen werden auch als numerische bzw. strukturelle Chromosomenaberrationen bezeichnet. Numerische Chromosomenaberrationen basieren auf einer größtenteils während der Entstehung der Keimzellen stattfindenden Fehlverteilung der Chromosomen auf die Tochterzellen. Es liegen einzelne Chromosomen oder der gesamte Chromosomensatz in fehlerhafter Anzahl vor (Aneuploidie). Strukturelle Chromosomenaberrationen entstehen durch Umlagerungen oder Zugewinn/Verlust chromosomalen Materials innerhalb eines Chromosoms (intrachromosomal) oder zwischen zwei verschiedenen Chromosomen (interchromosomal). Zu strukturellen Chromosomenaberrationen zählen Austausch (Translokation), umgekehrte Positionierung (Inversion), Verdoppelung (Duplikation) oder Verlust (Deletion) von Chromosomenstücken, Einbau eines Chromosomenfragments in ein anderes Chromosom (Insertion) sowie die Bildung von Iso- oder Ringchromosomen.

Bei sogenannten balancierten strukturellen Chromosomenaberrationen bleibt die Gesamtheit des Chromosomenmaterials in der Zelle erhalten, dieses ist lediglich anders verteilt. In den meisten Fällen haben solche Umlagerungen keine klinischen Konsequenzen für die betroffenen Personen. Bei unbalancierten strukturellen Chromosomenaberrationen kommt es jedoch durch Duplikation (Verdoppelung) oder Deletion (Verlust) von Chromosomensegmenten in der Regel zu klinischen Auffälligkeiten. Beispiele dafür sind Fehlbildungs- oder Dysmorphiesyndrome, die häufig mit der klinischen Manifestation einer erblich bedingten Hirnschädigung assoziiert sind. Je nach Größe und Lokalisation der translozierten Segmente und deren genetischem Inhalt können unbalancierte Karyotypen zu spontanen Früh- und Spätaborten, Totgeburten oder Kindern mit Dysmorphiesyndromen führen.

Im Rahmen einer PID dürfen molekulargenetische oder (molekular)zytogenetische Untersuchungen durchgeführt werden, um Aneuploidien und Polyploidien sowie unbalancierte strukturelle Chromosomenaberrationen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für spontane Fehl- und Totgeburten oder für die Erfolglosigkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft im Rahmen einer IVF ursächlich sind, zu diagnostizieren.

Bei einer solchen Analyse darf das Geschlecht nicht gezielt bestimmt werden. Die zielgerichtete Bestimmung des Geschlechts durch PID sowie die Mitteilung über das Geschlecht ist nur dann zulässig, wenn im Zuge der PID eine Erbkrankheit untersucht wird, die geschlechtsabhängig ist (vgl. § 2a Abs. 4 FMedG).

### **Erbkrankheiten gemäß § 2a Abs. 1 Z 3 und Abs. 2 FMedG**

Die PID ist auch zur Untersuchung bestimmter Erbkrankheiten zulässig. Als Erbkrankheiten im engeren Sinn gelten jene Erkrankungen, die durch Mutationen in spezifischen Genen ausgelöst werden, durch Vererbung von den Eltern oder einem Elternteil den Nachkommen weitergegeben werden können und bekannten Erbgängen folgen. Erbkrankheiten, auf die mittels PID untersucht werden darf, sind meist monogen erbliche Erkrankungen, werden also durch Mutationen in einem einzelnen spezifischen Gen ausgelöst.

Weiters darf auch auf strukturelle Chromosomenveränderungen untersucht werden, die – ähnlich wie monogene Erbkrankheiten – bei balanciertem Vorliegen bei einem Elternteil gegebenenfalls so der nächsten Generation weitergegeben werden können, dass sie beim Kind unbalanciert vorliegen und eine Krankheit verursachen. Balancierte Chromosomenaberrationen der Eltern können auch eine Ursache für erhöhte spontane Abortraten sein.

Für die Durchführung einer PID auf eine Erbkrankheit hin muss nach dem aktuellen Stand der Medizin eine entsprechende genetische Disposition bzw. ein Überträgerstatus der biologischen Eltern in spe für diese Erbkrankheit vorliegen. Die vorhandene genetische Disposition kann dabei je nach Erbgang auf einer Veranlagung beider Eltern oder aber auch nur eines Elternteils beruhen. Aufgrund dieser genetischen Disposition der Eltern / des Elternteils muss, damit eine PID zulässig ist, eine ernste Gefahr gegeben sein, dass es zu einer Fehl- oder Totgeburt oder zu einer Erbkrankheit des Kindes gemäß § 2a Abs. 2 FMedG kommt.

Im Rahmen einer PID dürfen nur solche Erbkrankheiten gemäß § 2a Abs. 2 FMedG untersucht werden, die zu einer schwerwiegenden Erkrankung des Kindes entweder während der Schwangerschaft oder nach der Geburt führen.

Es dürfen daher im Rahmen einer PID all jene monogenen Erbkrankheiten untersucht werden, deren Manifestation entweder bereits pränatal erfolgt oder altersmäßig in den Fachbereich für Kinder- und Jugendheilkunde fällt und welche die in § 2a Abs. 2 FMedG festgelegten folgenden Bedingungen erfüllen:

- Das Kind kann nur durch den ständigen Einsatz moderner Medizintechnik oder anderer die Lebensführung stark beeinträchtigender medizinischer/pflegerischer Hilfsmittel am Leben erhalten werden oder
- leidet an schwersten Hirnschädigungen oder
- leidet dauerhaft an nichtbehandelbaren schwersten Schmerzen, und
- es gibt keine ursächliche Behandlung der Erkrankung.

Der ständige Einsatz moderner Medizintechnik bzw. der ständige Einsatz anderer, die Lebensführung stark beeinträchtigender medizinischer oder pflegerischer Hilfsmittel, um das Kind am Leben zu erhalten, muss als Erfordernis für die Zulässigkeit einer PID gegeben sein. Unter den ständigen Einsatz moderner Medizintechnik bzw. den ständigen Einsatz anderer die Lebensführung des Kindes stark beeinträchtigender medizinischer oder pflegerischer Hilfsmittel fallen die invasive Versorgung (beispielsweise mittels Katheter, Tubus oder Gefäßzugängen) sowie die ärztliche und pflegerische Intensivversorgung in einer Krankenanstalt, aber auch eine ambulante Intensivpflege oder 24-Stunden-Pflege. Gleichbedeutend mit diesen Fällen ist auch jede andere notwendige lebenserhaltende Maßnahme, die zwar nicht ununterbrochen, aber doch regelmäßig durchgeführt werden muss und die Lebensführung des Kindes stark beeinträchtigt wie z. B. lebenslange Bluttransfusionen, antiinfektiöse Prophylaxe und Therapie oder Nierenersatztherapie.

Schwerste Hirnschädigungen liegen vor, wenn das Kind zwar allein lebensfähig, aber gravierend beeinträchtigt ist. Es sind dies derartige Schädigungen des Gehirns, die schwerste funktionelle Störungen zur Folge haben. Dadurch können die eigene Versorgung, die Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit hochgradig beeinträchtigt sein.

Schwerste Schmerzen liegen vor, wenn das Schmerzgefühl beherrschend, dauerhaft und nicht ausreichend behandelbar ist.

Zusätzlich darf in all diesen Fällen keine effektive ursächliche Behandlungsmöglichkeit bestehen.

Weiters darf im Rahmen einer PID nur auf solche den oben genannten Bedingungen entsprechende monogene Erbkrankheiten und balancierte strukturelle Chromosomenaberrationen untersucht werden, für die in einem anerkannten Fachjournal mit Peer-Reviews zumindest ein eindeutig nachgewiesener Fall beschrieben wurde.

### **Nachrangigkeit der PID gegenüber der Polkörperdiagnostik (PKD)**

Eine Präimplantationsdiagnostik hat zu unterbleiben, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine nichtgenetische Untersuchung (z. B. die Beobachtung der Zellteilung) die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit in ähnlicher Weise erhöht oder wenn eine genetische Untersuchung der Eizelle allein (Polkörperdiagnostik, z. B. bei nur über die Mutter vererbbaaren Erkrankungen) zur Verhinderung einer Erbkrankheit ausreicht.

In diesem Sinne besteht grundsätzlich ein Vorrang einer nichtgenetischen Untersuchung vor einer genetischen Untersuchung, einer Untersuchung von Keimzellen vor einer Untersuchung entwicklungsfähiger Zellen, einer Untersuchung vor Abschluss des Befruchtungsvorgangs vor einer Untersuchung nach diesem Zeitpunkt und einer Blastozystenbiopsie (Biopsie von Trophoektodermzellen als weniger invasive Untersuchungsmethode) vor einer Blastomerbiopsie.

Polkörper sind Nebenprodukte, die bei der Teilung der Eizelle entstehen. Die Polkörperdiagnostik wird vor Abschluss der Befruchtung, nämlich vor der Verschmelzung des weiblichen und männlichen Vorkerns, durchgeführt und ist eine Untersuchungsmethode zur indirekten genetischen Analyse von Eizellen. Diese „präimplantative“ Untersuchung unterliegt nicht den Bestimmungen des FMedG, da es sich hierbei nicht um die Untersuchung totipotenter Zellen handelt.

Präimplantationsdiagnostik darf demnach nur dann zur Anwendung kommen, wenn für den Embryo weniger invasive Untersuchungsmethoden (z. B. Polkörperdiagnostik) nicht ausreichen, um eine Schwangerschaft herbeizuführen, eine Fehl- oder Totgeburt zu verhindern oder eine Erbkrankheit gemäß § 2a Abs. 2 FMedG zu vermeiden.

Eine PID hat daher zu unterbleiben, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Polkörperdiagnostik (PKD) zur Feststellung bzw. zum Ausschluss der Disposition für die Entstehung einer Erbkrankheit ausreicht. So ist bei mütterlichen strukturellen Chromosomenveränderungen (z. B. Translokationen) oder bei Vorliegen einer mütterlichen pathogenen Mutation in Abhängigkeit von der Erfahrung und der gerätemäßigen Ausstattung der jeweiligen Einrichtung sowie in Abhängigkeit von der zu untersuchenden Mutation der Polkörperdiagnostik gegenüber der PID der Vorzug zu geben.

Wenn nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass zur Feststellung einer Disposition für die Entstehung einer Erbkrankheit eine PKD ausreicht, kann eine PID durchgeführt werden. Dies ist von den durchführenden Personen im Vorfeld sorgsam abzuschätzen.

# Anhang 2

## Krankenanstanen, welche PID durchföhren<sup>2</sup>

---

In der folgenden Auflistung sind jene Krankenanstanen ersichtlich, die zur Durchföh rung der PID zugelassen und im Genanalyseregister gemä ß § 79 Abs. 1 Z 1 GTG verzeichnet sind. Zusätz lich sind die in den jeweiligen Einrichtungen zum Zweck einer PID durchgeföh rten Untersuchungen (§ 79 Abs. 2 GTG) angeföh rt.

### 1. Medizinische Universit at Wien

Institut f ur Medizinische Genetik

Adresse: W ahlinger Stra ß e 10, A-1090 Wien

Homepage: [www.meduniwien.ac.at/humangenetik](http://www.meduniwien.ac.at/humangenetik)

Anwendung der Pr aimplantationsdiagnostik:

- Untersuchung chromosomaler Ver anderungen (Aneuploidien)
- Translokationsdiagnostik
- Feststellung folgender Erbkrankheiten i. S. d. § 2a Abs. 2 FMedG (schwere Formen):
  - Spinale Muskelatrophie Typ I
    - SMN1-Gen: Deletion von Exon 7 und 8, gekoppelte Marker
    - SMN2-Gen: gekoppelte Marker
  - cystische Fibrose
    - CFTR-Gen: c.1521\_1523delCTT (delta F508 Deletion), sowie  
c.1624G > T (G542X), c.948delT (1078delT), c.1022\_1023insTC (1154insTC), c.1081delT (1213delT), c.1116 + 1G > A (1248 + 1G > A), c.1127\_1128insA (1259insA), c.1209 + 1G > A (1341 + 1G > A), c.1329\_1330insAGAT (1461ins4), c.1393-1G > A (1525-1G > A), c.1418delG (1548delG), c.1545\_1546delTA (1677delTA), c.1585-1G > A (1717-1G > A), c.1585-8G > A (1717-8G > A), c.1679 + 1.6kba > G (1811 + 1.6kba > G), c.1680-1G > A (1812-1G > A), c.1766 + 1G > A (1898 + 1G > A), c.1766 + 3A > G (1898 + 3A > G), c.2012delT (2143delT), c.2051\_2052delAAinsG (2183AA > G), c.2052delA (2184delA), c.2052\_2053insA (2184insA), c.2175\_2176insA (2307insA), c.2215delG (2347delG), c.2453delT (2585delT), c.2490 + 1G > A (2622 + 1G > A), c.2583delT (2711delT), c.2657 + 5G > A (2789 + 5G > A), c.2875delG (3007delG), c.2988 + 1G > A (3120 + 1G > A), c.2988G > A (3120G > A), c.2989-1G > A (3121-1G > A), c.3140-26A > G (3272-26A > G), c.3528delC (3659delC), c.3659delC (3791delC), c.3717 + 12191C > T (3849 + 10kbc > T), c.3744delA (3876delA), c.3773\_3774insT (3905insT), c.262\_263delTT (394delTT), c.3873 + 1G > A (4005 + 1G > A), c.3884\_3885insT (4016insT), c.273 + 1G > A (405 + 1G > A), c.274-1G > A (406-1G > A), c.4077\_4080delTGTTinsAA (4209TGTT > AA), c.4251delA (4382delA), c.325\_327delTATinsG (457TAT > G), c.442delA (574delA), c.489 + 1G > T (621 + 1G > T), c.531delT (663delT), c.579 + 1G > T (711 + 1G > T), c.579 + 3A > G (711 + 3A > G), c.579 + 5G > A (711 + 5G > A), c.580-1G > T (712-1G > T), c.720\_741delAGGGAGAATGATGATGAAGTAC (852del22), c.1364C > A (A455E), c.1675G > A (A559T), c.54-5940\_273 + 10250del21kb (CFTRdele2,3), c.3964-78\_4242 + 577del (CFTRdele22,23), c.328G > C (D110H), c.3310G > T (E1104X), c.1753G > T (E585X), c.178G > T (E60X), c.2464G > T (E822X), c.2491G > T (E831X), c.274G > A (E92K), c.274G > T (E92X), c.3731G > A (G1244E), c.532G > A (G178R), c.988G > T (G330X), c.1652G > A (G551D), c.254G > A (G85E), c.2908G > C (G970R), c.595C > T (H199Y), c.1007T > A (I336K), c.1519\_1521delATC (I507del), c.2128A > T (K710X), c.3194T > C (L1065P), c.3230T > C (L1077P), c.617T > G (L206W), c.1400T > C (L467P), c.2195T > G (L732X), c.2780T > C (L927P), c.3302T > A (M1101K), c.1A > G (M1V), c.3909C > G

---

<sup>2</sup> Genanalyseregister gemä ß § 79 Abs. 1 Z 1 GTG

(N1303K), c.613C > T (P205S), c.200C > T (P67L), c.3937C > T (Q1313X), c.658C > T (Q220X), c.115C > T (Q39X), c.1477C > T (Q493X), c.1573C > T (Q525X), c.1654C > T (Q552X), c.2668C > T (Q890X), c.292C > T (Q98X), c.3196C > T (R1066C), c.3197G > A (R1066H), c.3472C > T (R1158X), c.3484C > T (R1162X), c.349C > T (R117C), c.1000C > T (R334W), c.1040G > A (R347H), c.1040G > C (R347P), c.1055G > A (R352Q), c.1657C > T (R553X), c.1679G > A (R560K), c.1679G > C (R560T), c.2125C > T (R709X), c.223C > T (R75X), c.2290C > T (R764X), c.2551C > T (R851X), c.3587C > G (S1196X), c.3752G > A (S1251N), c.1021T > C (S341P), c.1397C > A (S466X(C > A)), c.1397C > G (S466X(C > G)), c.1466C > A (S489X), c.1475C > T (S492F), c.1646G > A (S549N), c.1645A > C (S549R), c.1647T > G (S549R), c.2834C > T (S945L), c.1013C > T (T338I), c.1558G > T (V520F), c.3266G > A (W1089X), c.3611G > A (W1204X), c.3612G > A (W1204X), c.3846G > A (W1282X), c.1202G > A (W401X), c.1203G > A (W401X), c.2537G > A (W846X), c.3276C > A (Y1092X (C > A)), c.3276C > G (Y1092X (C > G)), c.366T > A (Y122X)

sowie weitere Mutationen, die der Klasse 1 bzw. 2 zugeordnet werden können (Stoppmutationen sowie Deletionen, Insertionen oder Duplikationen, die eine Leserasterverschiebung verursachen)

Untersuchung der o. g. Mutationen im Rahmen einer PID nur dann, wenn – unter Berücksichtigung des Genotyps in der Familie – die schwerste Form der cystischen Fibrose (Mukoviszidose) zu erwarten ist.

- Neurofibromatose Typ 1 (NF1)
  - NF1-Gen: c.499\_502delTGTT (p.Cys167Glnfs; frameshift), c.4950C>G (p.Tyr1650\*)
- Beta-Thalassämie
  - HBB-Gen: c.-137C>G (-87C-G), c.20A>T (p.Glu7Val)
- myotone Dystrophie Typ 1
  - DMPK-Gen: CTG-Repeats; gekoppelte Marker
- Severe Combined Immunodeficiency with Sensitivity to Ionizing Radiation (RS-SCID)
  - DCLRE1C-(ARTEMIS-)Gen: Deletion von Exon 7 und 8; gekoppelte Marker
- Glycine Encephalopathy (GCE)
  - GLDC Gen: maternale Deletion der Exons 1 bis 16, paternale Punktmutation c.1048G>T (p.Gly350Trp), gekoppelte Marker
- Incontinentia pigmenti
  - IKBKG Gen: Deletion von Exon 4 bis 10, gekoppelte Marker
- Fanconi-Anämie Typ A (FANCA)
  - FANCA-Gen: c.2606A>C, c.2779-1G>T, gekoppelte Marker
- SFTP-B-Mangel (SMDP1)
  - SFTP-B-Gen: maternale und paternale c.379delCinsGAA-Mutation (c.360\_362delCinsGAA)
- Niemann-Pick Disease, Typ C1 (NPC1)
  - NPC1-Gen: c.2972\_2973delAG, c.3041+2delT, gekoppelte Marker
- Duchenne Muscular Dystrophy (DMD)
  - DMD-Gen: alle publizierten und nichtpublizierten Mutationen, gekoppelte Marker
- mitochondrialer Komplex-I-Mangel aufgrund von Mutationen im NDUFS4-Gen:
  - NDUFS4-Gen: c.316C>T (p.Arg106\*\*), gekoppelte Marker
- Smith-Lemli-Opitz-Syndrom (SLOS)
  - DHCR7 Gen: c.452G>A (p.Trp151Term)

## 2. HLN-Genetik GmbH

Adresse: Ortliebasse 25/1, 1170 Wien

Homepage: [www.hln-genetik.at](http://www.hln-genetik.at)

Anwendung der Präimplantationsdiagnostik:

- Untersuchung chromosomaler Veränderungen (Chromosomenaberrationen, Aneuploidien)
- Translokationsdiagnostik
- Feststellung folgender Erbkrankheiten i. S. d. § 2a Abs. 2 FMedG (schwere Formen):
  - myotone Dystrophie Typ 1 (DM1)
    - DMPK-Gen: CTG-Repeats; gekoppelte Marker
  - spinale Muskelatrophie Typ I
    - SMN1-Gen: Deletion von Exon 7 und 8; gekoppelte Marker
    - SMN2-Gen: gekoppelte Marker
  - Osteopetrosis, autosomal recessive 4 (OPTB4)
    - CLCN7 Gen: c.718G>A (p.Gly240Arg), c.896C>A; gekoppelte Marker
  - Beta-Thalassämie
    - HBB-Gen: c.251delG (p.Gly84Alafs), c.315+1 G>A, c.93-21G>A, c.316-106C>G; gekoppelte Marker
  - Peroxisome Biogenesis Disorder 1A (PBD1A) / Zellweger-Syndrom (ZWS)
    - PEX1-Gen: c.3038 G>A (p.Arg1013His), c.3180dupT; gekoppelte Marker
  - Hydrocephalus, congenital, X-linked (HYCX) / L1-Syndrom (former: Hydrocephalus, due to congenital stenosis of aqueduct of sylvius (HSAS) / Hydrocephalus with congenital idiopathic intestinal pseudoobstruction / Hydrocephalus with Hirschsprung disease)
    - L1CAM-Gen: c.826T>C (p.Trp276Arg), NM\_000425.3: c.806+1G>C; gekoppelte Marker
  - Ellis-Van-Creveld-Syndrom (EVC)
    - EVC-Gen: c.919T>C (p.Ser307Pro); gekoppelte Marker
  - Periventricular Nodular Heterotopia 1 (PVNH1)
    - FLNA-Gen: c.6078dupC (p.(Ile2027Hisfs\*30)); gekoppelte Marker
  - Pontocerebellar Hypoplasia, Type 2A (PCH2A)
    - TSEN54 Gen: c.919G>T (p.Ala307Ser); gekoppelte Marker
  - Mucopolysaccharidosis, Type IIIB (MPS IIIB) / Sanfilippo Syndrome B
    - NAGLU-Gen: c.1693C>T (p.Arg565Trp), c.1834A>G (p.Ser612Gly); gekoppelte Marker
  - Joubert-Syndrom, Typ 7 (JBTS7)
    - RPGRIP1L-Gen: c.2305-1G>A; gekoppelte Marker
  - Hypotonia, Hypoventilation, Impaired Intellectual Development, Dysautonomia, Epilepsy, and Eye Abnormalities (HIDEA)
    - P4HTM Gen: c.799G>T (p.(Glu267\*)), c.16\_32dup (p.(Glu12\*)); gekoppelte Marker
  - Hyperphosphatasia with Mental Retardation Syndrome 1 (HPMRS1) / Mabry Syndrome
    - PIGV-Gen: c.1022C>A (p.Ala341Glu), c.1415T>C (p.Leu472Pro); gekoppelte Marker

- Smith-Lemli-Opitz-Syndrom (SLOS)
  - DHCR7-Gen: c.730G>A (p.Gly244Arg), c.964-1G>C; gekoppelte Marker
- Aicardi-Goutières-Syndrom 1 (AGS1)
  - TREX1 Gen: c.236\_243dupCTGCAGCC (p.Ser82Leufs); gekoppelte Marker
- Allan-Herndon-Dudley-Syndrom (AHDS)
  - SLC16A2 Gen: c.431-2A>G; gekoppelte Marker
- Huntington Disease (HD) – infantile Form
  - Huntington-(HTT-)Gen: CAG-Repeat-Verlängerung; gekoppelte Marker
- Megacystis-Microcolon-Intestinal Hypoperistalsis Syndrome 2 (MMIHS2)
  - MYH11-Gen: NM\_002474.3: c.127C>T (NP\_002465.1: p.Gln43Ter); gekoppelte Marker
- Incontinentia pigmenti (IP)
  - IKBKG-Gen: Deletion von Exon 4 bis Exon 10; gekoppelte Marker
- Mitochondrial DNA Depletion Syndrome 4A (Alpers Type) (MTDPS4A) / Alpers-Huttenlocher Syndrome (AHS)
  - POLG-Gen: c.1399G>A (p.Ala467Thr), c.2542G>A (p.Gly848Ser); gekoppelte Marker (SNPs)
- Muscular Dystrophy-Dystroglycanopathy (congenital with impaired intellectual development), Type B, 2 (MDDGB2)
  - POMT2-Gen: c.1784C>T (p.Pro595Leu), c1997A>G (p.Tyr666Cys); gekoppelte Marker (SNPs)
- Neurofibromatose, Typ 1 (NF1)
  - NF1-Gen: NM\_000267.3:c.4400\_4403delCAAG (p.Thr1467MetfsTer4); gekoppelte Marker
- cystische Fibrose (CF)
  - CFTR-Gen: c.1521\_1523delCTT (F508del; rs113993960, OMIM 602421.0001), c.1624G > T (G542X), c.948delT (1078delT), c.1022\_1023insTC (1154insTC), c.1081delT (1213delT), c.1116 + 1G > A (1248 + 1G > A), c.1127\_1128insA (1259insA), c.1209 + 1G > A (1341 + 1G > A), c.1329\_1330insAGAT (1461ins4), c.1393-1G > A (1525-1G > A), c.1418delG (1548delG), c.1545\_1546delTA (1677delTA), c.1585-1G > A (1717-1G > A), c.1585-8G > A (1717-8G > A), c.1679 + 1.6kba > G (1811 + 1.6kba > G), c.1680-1G > A (1812-1G > A), c.1766 + 1G > A (1898 + 1G > A), c.1766 + 3A > G (1898 + 3A > G), c.2012delT (2143delT), c.2051\_2052delAAinsG (2183AA > G), c.2052delA (2184delA), c.2052\_2053insA (2184insA), c.2175\_2176insA (2307insA), c.2215delG (2347delG), c.2453delT (2585delT), c.2490 + 1G > A (2622 + 1G > A), c.2583delT (2711delT), c.2657 + 5G > A (2789 + 5G > A), c.2875delG (3007delG), c.2988 + 1G > A (3120 + 1G > A), c.2988G > A (3120G > A), c.2989-1G > A (3121-1G > A), c.3140-26A > G (3272-26A > G), c.3528delC (3659delC), c.3659delC (3791delC), c.3717 + 12191C > T (3849 + 10kbc > T), c.3744delA (3876delA), c.3773\_3774insT (3905insT), c.262\_263delTT (394delTT), c.3873 + 1G > A (4005 + 1G > A), c.3884\_3885insT (4016insT), c.273 + 1G > A (405 + 1G > A), c.274-1G > A (406-1G > A), c.4077\_4080delITGTinsAA (4209TGT > AA), c.4251delA (4382delA), c.325\_327delTATinsG (457TAT > G), c.442delA (574delA), c.489 + 1G > T (621 + 1G > T), c.531delT (663delT), c.579 + 1G > T (711 + 1G > T), c.579 + 3A > G (711 + 3A > G), c.579 + 5G > A (711 + 5G > A), c.580-1G > T (712-1G > T), c.720\_741delAGGGAGAATGATGATGAAGTAC (852del22), c.1364C > A (A455E), c.1675G > A (A559T), c.54-5940\_273 + 10250del21kb (CFTRdele2,3), c.3964-78\_4242 + 577del (CFTRdele22,23), c.328G > C (D110H), c.3310G > T (E1104X), c.1753G > T (E585X), c.178G > T (E60X), c.2464G > T (E822X), c.2491G > T (E831X), c.274G > A (E92K), c.274G > T (E92X), c.3731G > A (G1244E), c.532G > A (G178R), c.988G > T (G330X), c.1652G > A (G551D), c.254G > A (G85E), c.2908G > C (G970R), c.595C > T (H199Y), c.1007T > A (I336K), c.1519\_1521delATC (I507del), c.2128A > T (K710X), c.3194T > C (L1065P), c.3230T > C (L1077P), c.617T > G (L206W), c.1400T > C (L467P), c.2195T > G (L732X), c.2780T > C (L927P), c.3302T > A (M1101K), c.1A > G (M1V), c.3909C > G (N1303K), c.613C > T (P205S), c.200C > T (P67L), c.3937C > T (Q1313X), c.658C > T (Q220X), c.115C > T

(Q39X), c.1477C > T (Q493X), c.1573C > T (Q525X), c.1654C > T (Q552X), c.2668C > T (Q890X), c.292C > T (Q98X), c.3196C > T (R1066C), c.3197G > A (R1066H), c.3472C > T (R1158X), c.3484C > T (R1162X), c.349C > T (R117C), c.1000C > T (R334W), c.1040G > A (R347H), c.1040G > C (R347P), c.1055G > A (R352Q), c.1657C > T (R553X), c.1679G > A (R560K), c.1679G > C (R560T), c.2125C > T (R709X), c.223C > T (R75X), c.2290C > T (R764X), c.2551C > T (R851X), c.3587C > G (S1196X), c.3752G > A (S1251N), c.1021T > C (S341P), c.1397C > A (S466X(C > A)), c.1397C > G (S466X(C > G)), c.1466C > A (S489X), c.1475C > T (S492F), c.1646G > A (S549N), c.1645A > C (S549R), c.1647T > G (S549R), c.2834C > T (S945L), c.1013C > T (T338I), c.1558G > T (V520F), c.3266G > A (W1089X), c.3611G > A (W1204X), c.3612G > A (W1204X), c.3846G > A (W1282X), c.1202G > A (W401X), c.1203G > A (W401X), c.2537G > A (W846X), c.3276C > A (Y1092X (C > A)), c.3276C > G (Y1092X (C > G)), c.366T > A (Y122X),

sowie weitere Mutationen, die noch nicht beschrieben sind, die jedoch der Klasse 1 bzw. 2 zugeordnet werden können. Dazu zählen „Nonsense“-Mutationen (Stopp-Mutationen) und Deletionen, Insertionen oder Duplikationen, die allesamt eine Leserasterverschiebung bzw. einen Funktionsverlust des Proteins verursachen.

Untersuchung der o. g. Mutationen im Rahmen einer PID nur dann, wenn – unter Berücksichtigung des Genotyps in der Familie – die schwerste Form der cystischen Fibrose (Mukoviszidose) zu erwarten ist;

gekoppelte Marker

- Muscular Dystrophy, Duchenne Type (DMD)
  - Dystrophin-(DMD-)Gen: alle publizierten und nichtpublizierten Mutationen; gekoppelte Marker
- Intellectual Developmental Disorder, X-Linked, Syndromic, Lubs Type (MRXSL) / MECP2-Duplikationssyndrom
  - MECP2-Gen: MECP2-Duplikation; gekoppelte Marker
- Osteogenesis imperfecta, Typ II (OI2)
  - COL1A1-Gen: c.2210G>A (p.Gly737Asp); gekoppelte Marker

### 3. Kepler Universitätsklinikum GmbH, Med Campus IV

Zentrum Medizinische Genetik

Adresse: Krankenhausstraße 26–30; 4020 Linz

Homepage:

<https://kepleruniklinikum.at/versorgung/institute/medizinische-genetik/was-wir-tun>

Anwendung der Präimplantationsdiagnostik:

- Untersuchung chromosomaler Veränderungen (Chromosomenaberrationen)
- Translokationsdiagnostik

## Anhang 3

### Krankenanstalten mit Zulassung gemäß § 5 Abs. 2 FMedG

Burgenland	Status
A. ö. Krankenhaus Oberpullendorf, Institut für Kinderwunsch, Spitalstraße 32, 7350 Oberpullendorf	öffentlich
Kärnten	Status
Kinderwunsch Sterneck GmbH, Sterneckstraße 19, 9020 Krumpendorf am Wörthersee	privat
TFP Kinderwunsch Klagenfurt GmbH, Linsengasse 46, 9020 Klagenfurt am Wörthersee	privat
Kinderwunschinstitut Dr. Martin Kaimbacher, Feldstraße 5, 9800 Spittal an der Drau	privat
Niederösterreich	Status
Wunschbaby Institut Feichtinger Baden, Roseggerstraße 4, 2500 Baden	privat
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt Corvinusring 3–5, 2700 Wiener Neustadt	öffentlich
Tiny Feet Kinderwunschambulanz Wiener Neustadt Ferdinand-Porsche-Ring 8, 2700 Wiener Neustadt	privat
TFSP GmbH, Tiny Feet Kinderwunschambulanz St. Pölten, Mühlweg 29, 3100 St. Pölten	privat
Kinderwunsch im Zentrum Tulln, Brüdergasse 3 / Top B1, 3430 Tulln	privat
Oberösterreich	Status
Kepler Universitätsklinikum, Med Campus IV, Kinderwunsch Zentrum, Krankenhausstraße 26–30, 4020 Linz	öffentlich
KIWI – Kinderwunsch Institut Dr. Loimer, Promenade 23, 4020 Linz	privat
IVF- und Kinderwunschinstitut Dr. Tews GmbH & Co KG, Salzburger Straße 65, 4600 Wels	privat
TFP Kinderwunschambulanz Wels, Traunufer-Arkade 1, 4600 Thalheim bei Wels	privat
Salzburg	Status
Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU, Institut für gynäkologische Endokrinologie und assistierte Reproduktion, Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg	öffentlich
Next Fertility IVF Prof. Zech Salzburg GmbH, Innsbrucker Bundesstraße 35, 5020 Salzburg	privat
Babywunsch-Klinik Dr. Zajc GmbH, Bundesstraße 37, 5071 Wals-Siezenheim	privat
Steiermark	Status
Institut für Hormonstörungen, Wechselbeschwerden und Kinderwunsch, Kaiser-Franz-Josef-Kai 46, 8010 Graz	privat
Institut für In-Vitro-Fertilisierung und Endokrinologie, IVF u. E GmbH, Rechbauerstraße 49, 8010 Graz	privat
Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz, UK für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, KinderwunschZentrum Graz, Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz	öffentlich
ReproCreate Kinderwunschambulanz Dr. Došen GmbH Liebenauer Hauptstraße 34, Top 1/1, 8041 Graz	privat
Fertilamed GmbH – Kinderwunsch Graz St.-Peter-Gürtel 12a, 8042 Graz	privat

Kinderwunsch Institut Schenk GmbH, Am Sendergrund 11, 8143 Dobl	privat
<b>Tirol</b>	<b>Status</b>
Private Kinderwunschklinik Dres. med. Josef und Sonja Zech, Grabenweg 64, SOHO-Gebäude, 6020 Innsbruck	privat
tirol kliniken, UK für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Department Frauenheilkunde, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck	öffentlich
WOMED Therapiezentrum Kinderwunsch GmbH Karl-Kapferer-Straße 5, 6020 Innsbruck	privat
<b>Vorarlberg</b>	<b>Status</b>
Kinderwunschzentrum Feldkirch, Carinagasse 47, 6807 Feldkirch	öffentlich
Landeskrankenhaus Bregenz Carl-Pedenz-Straße 2, 6900 Bregenz	öffentlich
Next Fertility IVF Prof. Zech – Bregenz, Römerstraße 2, 6900 Bregenz	privat
<b>Wien</b>	<b>Status</b>
Wunschkind Klinik Dr. Brunbauer (ReproMedTech Zygo GmbH), Ebendorferstraße 6/4, 1010 Wien	privat
Kinderwunschzentrum an der Wien, Dr. Obruca & Dr. Strohmer GmbH, Gumpendorfer Straße 11–13/18, 1060 Wien	privat
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, UK für Frauenheilkunde, Ambulanz für In-Vitro-Fertilisation und Fertilitätsprotektion, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien	öffentlich
PremiQaMed Privatkliniken GmbH (Privatklinik Goldenes Kreuz), Lazarettgasse 16–18, 1090 Wien	privat
Klinik Hietzing Wolkersbergenstraße 1, 1130 Wien	öffentlich
Wunschbaby Institut Feichtinger Wien, Lainzer Straße 6, 1130 Wien	privat
Kinderwunschzentrum Döbling, Heiligenstädter Straße 55–63, 1190 Wien	privat
KinderWunschKlinik DonauZentrum Donaustadtstraße 1 / Top 602, 1220 Wien	öffentlich

Quelle: GÖG 2025