

# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 8/2006

---

<b>Berufspolitik</b>	Gesundheitsreformchen 2006	388
	Tarifverhandlungen gescheitert – Arbeitskampf in Sachsen	389
	Gemeindeschwester in Sachsen	389
	Perspektiven für Medizinstudenten	390
	Zehn Fragen an den Vorsitzenden des Ausschusses Weiterbildung	398
	Externe vergleichende Qualitätssicherung Chirurgie	399
	Ärztliche Aufklärung bei problematischer Fahreignung	402
	Impressum	390
<b>Gesundheitspolitik</b>	Entwicklung des Gesundheitswesens	392
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	406
<b>Mittelhefter</b>	Amtliche Bekanntmachungen	407 – 426
<b>Mitteilung der Geschäftsstelle</b>	Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	427
	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung	428
	Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (WBO 2006)	428
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Joachim Löbner zum 75. Geburtstag	429
	Prof. Dr. med. habil. Dieter Schneider zum 65. Geburtstag	430
	Prof. Dr. med. habil. Roland Schwarze zum 65. Geburtstag	431
	Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger zum 60. Geburtstag	432
	Unsere Jubilare im September	433
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Rolf Bertolini	435
<b>Originalie</b>	Allergologische Erkrankungen und Komorbiditäten in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	436
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2006	

---

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de),  
Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## Gesundheitsreförmchen 2006



Nun haben sich die Spitzen der Großen Koalition nach zähem Ringen auf „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ verständigt, die sowohl auf der Einnahmen- wie der Ausgabenseite strukturelle Änderungen beinhalten. Doch was herauskam, ist für alle Seiten enttäuschend, auch wenn die Bundeskanzlerin die Ergebnisse als Durchbruch wertete. Zugegeben, für uns Ärzte hätte es nach den Ankündigungen der letzten anderthalb Jahre sehr viel schlimmer kommen können. Zudem finden sich viele unserer aufgestellten Forderungen im Eckpunktepapier wieder. So wird ausdrücklich die Bedeutung einer hochwertigen und flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung hervorgehoben. Aber zur Optimierung der Versorgung und besseren Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und den verschiedenen Arztgruppen sollen weitreichende Änderungen erfolgen:

- Die sektoralen Budgets sollen überwunden werden, damit das Geld der Leistung folgen kann.
- Die Krankenhäuser sollen konsequenter als bisher für hochspezialisierte Leistungen auch ambulant erbringen können; eine generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung ist aber nicht vorgesehen.

- Regelungen zur Qualitätssicherung sollen entbürokratisiert und auf das Wesentliche konzentriert werden.
- Das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen.
- Ein verpflichtendes Primärarztmodell wird abgelehnt.
- Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens zwei Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.
- Die Transparenz über Inhalte von Integrationsverträgen soll verbessert werden; Kassen müssen plausibel darlegen, warum sie Mittel einbehalten haben.
- Prävention wird zur eigenständigen Säule ausgebaut.
- Gesetzliche Vorgaben zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten werden vereinfacht.

Darüber hinaus sieht das Eckpunktepapier eine Reihe von Einzelmaßnahmen vor, die sich mit den Forderungen der Ärzteschaft decken. Dazu gehören:

- die Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel in Gemeinschaftseinrichtungen,
- die bessere Vergütung der Palliativversorgung/unbürokratische Abrechnungsmodalitäten,
- kein Einsatz des Medizinischen Dienstes zur Einzelfallsteuerung,
- die Umstellung der Abrechnung von Punkten auf Euro, wobei dies nur Sinn macht, wenn die Budgetierung aufgehoben wird,
- die Stärkung von Eigenverantwortung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen).

Die Meinungen zum neuen Gesundheitsfonds fallen dagegen grundsätzlich negativ aus. Alle Selbstverwaltungspartner sind der Auffassung, dass niemand diesen Fonds braucht. Eine solche Behörde produziert eine enorme Bürokratie. Und die Krankenkassen werden für ihr Verwaltungspersonal neue Beschäftigungsmöglichkeiten suchen müssen. Anstatt Büro-

kratie im Gesundheitswesen abzubauen, wird eine gigantische Umverteilungsmaschinerie in Gang gesetzt. Transparenz und Effizienz kann man damit wohl kaum erreichen. Der Fonds soll ab 2008 „Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen“ schaffen. Dann bestimmen nicht mehr die Krankenkassen über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, sondern der Staat per Gesetz. Die Kassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds eine risikoadjustierte Zuweisung, geknüpft an Risiken wie Alter, Krankheit und Geschlecht.

Festzuhalten ist, dass die große Koalition in der Frage der Finanzierungsreform gerade mal den allerkleinsten gemeinsamen Nenner gefunden hat. Viele gehen davon aus, dass diese Reform nur bis zur nächsten Bundestagswahl halten wird. Und die Bundesärztekammer hat richtigerweise darauf hingewiesen, dass die Koalition in ihrem Papier keine Antworten darauf gibt, wie Ärzte und Patienten mit der schon bestehenden Unterfinanzierung und Rationierung umgehen sollen. Immerhin wird von den Regierungsparteien anerkannt, dass aufgrund der demografischen Entwicklung ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich ist. Also eigentlich mehr Geld fürs System statt Rationierung. Aber die Koalition sagt nicht, wie dieser Mehrbedarf finanziert werden soll.

Problematisch ist die verpflichtende Zweitmeinung – „Abstimmung mit fachlich besonders qualifizierten Ärzten“ – bei der Verordnung von kostenintensiven und speziellen Arzneimitteln, Diagnostik und Hilfsmittel. Dies tangiert die Therapiefreiheit und kann in die Überbürokratisierung führen. Und mit Blick auf die sich 14-tägig ändernde Liste der zuzahlungsfreien Medikamente und die jetzt schon geringe Zeit für Patienten, können die Ärzte weitere Bürokratie nicht gebrauchen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

## Tarifverhandlungen gescheitert Arbeitskampf in Sachsen

Die Vertreter des Marburger Bundes, Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (MB), haben am 18. Juni 2006 die Tarifverhandlungen mit der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) abgebrochen. Erneut wurden keine Annäherungen über bessere Arbeitsbedingungen und in Gehaltsfragen für die Ärzte an den 700 kommunalen Krankenhäusern erzielt. Ein Vergütungsangebot auf dem Niveau der Bedingungen für Universitätsärzte ist eine Grundvoraussetzung für eine Einigung. Der Marburger Bund kündigte gleichzeitig an, die Streiks an den Kreiskrankenhäusern und Städtischen Kliniken auszuweiten.

In zehn Bundesländern wurden zum Beispiel am 27. 7. 2006 Streikaktionen an Krankenhäusern in 108 Städten durchgeführt. Acht Kliniken der 83 kommunalen Krankenhäuser in Sachsen sind Mitglied im Kommunalen Arbeitgeberverband Sachsen und vom aktuellen Tarifstreit betroffen. Die Mitarbeiter des Leipziger Klinikums „Sankt Georg“ streikten ab 24. Juli 2006.

Der Marburger Bund und die Ärzteschaft dieser Krankenhäuser fordern:

- einen eigenständigen arzt-spezifischen Tarifvertrag,



- international konkurrenzfähige Gehälter,
- eine eigene Entgeltordnung, die die spezifischen Tätigkeiten und Funktionen von Ärzten berücksichtigt,
- vernünftige Arbeitszeitregelungen unter Berücksichtigung der europäischen Vorgaben und des Arbeitszeitgesetzes,
- engere Befristungsregelungen, die Kurz-befristungen einschränken.

Der Marburger Bund drohte am 31. 7. 2006 mit einer massiven Ausweitung der Streiks, sollte der VKA mit ver.di einen Tarifvertrag schließen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Knut Köhler M. A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Gemeindeschwester in Sachsen

Eine von der Gesundheitsministerin Helma Orosz geleitete Gesprächsrunde zur ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen hat in ihrer letzten Sitzung am 13. Juli 2006 beschlossen, den Einsatz von Gemeindeschwestern zu erproben. Vorbild ist das in Ostdeutschland bekannte Modell. In einem zum Jahresende beginnenden Projekt soll geprüft werden, wie Landärzte in einer von Unterversorgung bedrohten Region durch den Einsatz einer „Gemeindeschwester“ wirksam entlastet werden können. Dazu wird ein Kooperationsnetzwerk zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen mit wis-

senschaftlicher Begleitung geknüpft. Die Modellregion wird von den Beteiligten in Kürze ausgewählt. Aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer darf die Gemeindeschwester nur unter ärztlicher Aufsicht und mit dem notwendigen Wissen für delegierbare ärztliche Leistungen tätig werden. Pflegeleistungen gehören nicht dazu. Dafür gibt es die ambulanten Pflegedienste.

Der für Fragen der Bedarfsplanung zuständige Landesausschuss „Ärzte-Krankenkassen“ hat sich zudem darauf verständigt, Weiterbildungsassistenten, die sich in einer Region mit drohender Unter-



Quelle: RBB/Peter Brand  
versorgung bei einem niedergelassenen Arzt zum Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbilden, zu unterstützen. Mit 600

Euro pro Monat zusätzlich zu der bisherigen Förderung in Höhe von 2.040,00 Euro nach dem „Initiativprogramm zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ sollen diese gefördert werden. Voraussetzung ist jedoch, dass diese Ärzte bereit sind, nach ihrer Weiterbildung für drei Jahre in einer von Unterversorgung bedrohten Region Sachsens zu arbeiten.

Erstmals hat der Landesausschuss festgestellt, dass für eine Teilregion eines Planungsgebietes in den Orten Döbeln, Rosswein und Mockau eine Unterversorgung im hausärztlichen Bereich droht. Damit besteht die Möglichkeit, ansiedlungswilligen Neuärzten und bereits praktizie-

renden Ärzten in der Umgebung, die Patienten übernehmen, zusätzliche finanzielle Anreize zu bieten. Weiterhin wurde eine Unterversorgung in der Stadt Aue im augenärztlichen Bereich festgestellt. Weiterhin soll über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) ein Lotsendienst eingerichtet werden, der als Ansprechpartner für alle Fragen zu Maßnahmen gegen den Ärztemangel dienen soll. Die KVS wird dazu in einem ihrer nächsten Mitteilungen berichten.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Knut Köhler M. A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Perspektiven für Medizinstudenten



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller informiert über die Kammerarbeit

Unter der Überschrift „Perspektiven für Medizinstudenten in Sachsen“ hatte die Kreisärztekammer Leipzig am 11. Juli 2006 Studenten des 4. und 5. Semesters der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig in den Hopfengarten in Leip-

zig eingeladen. Rund 100 Interessierte waren gekommen, um sich über die Zeit nach dem Studium zu informieren. Bei herrlichem Sommerwetter standen der Vorstand der Kreisärztekammer Leipzig, Vertreter der Kassenärztlichen Vereini-

### Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

#### Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,  
Telefon 0351 8267-0  
Telefax 0351 8267-412  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de)

#### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)  
Dr. Günter Bartsch  
Prof. Dr. Siegwart Bigl  
Prof. Dr. Heinz Diettrich  
Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. Rudolf Marx  
Prof. Dr. Peter Matzen  
Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M.A.

**Redaktionsassistentz:** Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom 1.1.2006 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise  
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478



*Frau Dr. med. Katrin Bräutigam (rechts im Bild) im Gespräch mit Studenten*



*Anregende Diskussion mit Herrn Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten*

gung Sachsen, Dr. med. Claus Vogel vom Vorstand der Sächsische Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten von der Uniklinik Leipzig sowie Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, für Fragen zur Verfügung. Einleitende Worte sprach Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig, und Initiator dieses Abends. Er unterstrich in seinen Worten die Bedeutung der Landesärztekammer für den ärztlichen Berufsstand, auch mit Blick auf die Ärztestreiks, und in Fragen der Fort- und Weiterbildung. „Ein Engagement für die Selbstverwaltung ist für die ärztliche Berufsfreiheit unabdinglich“.

In aufgelockerter Atmosphäre, bei Bier und Gegrilltem, nutzen viele Studenten die Chance zum persönlichem Gespräch. Insbesondere der Ablauf der Weiterbildung wurde thematisiert. Für eine jazzige Musik sorgte mit einer fantastischen Stimme Jasmin Graf und die Gruppe „black label“. Als Fazit muss man festhalten, dass diese Form der Präsentation von den Studenten sehr gut angenommen wurde. Deshalb soll es im kommenden Jahr eine Fortsetzung, dann auch für das 6. Semester, geben.

Knut Köhler M. A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Entwicklung des Gesundheitswesens



**Rede der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, anlässlich des 16. Sächsischen Ärztetags am 23. Juni 2006 zum Thema „Die Entwicklung des Gesundheitswesens im Spannungsfeld von staatlicher Fürsorge und Ökonomisierung der Gesellschaft“**

Vor etwa dreihundert Jahren hat der große Philosoph der Aufklärung, Voltaire, den Stand der Medizin seiner Zeit folgendermaßen charakterisiert: „Ärzte geben Medikamente, über die sie wenig wissen, in Menschenleiber, über die sie noch weniger wissen, zur Behandlung von Krankheiten, über die sie überhaupt nichts wissen.“

Angesichts dieser Einschätzung kann man heute nur froh sein, dass sowohl die Französische Revolution als auch die Aufklärung in Europa erfolgreich waren, denn von diesem Stand der ärztlichen Kunst sind wir heute Gott sei Dank weit entfernt. Wir haben heute ein höchst komplexes und vielschichtiges Gesundheitssystem, in dem geregelt wird, wer wie und wo behandeln darf, wer das Wie finanziert, wer wen versichern darf oder muss, und wer wie viel dafür bezahlen muss.

Allerdings wird die direkte Arzt-Patienten-Beziehung, die Voltaire meinte, heute durch viele andere Systemkomponenten, Entscheidungen, Rahmenbedingungen und Akteure mitbestimmt. Voltaire war sicher kein ängstlicher Zeitgenosse, aber aus seinem Zitat spricht ein gerüttelt Maß an Misstrauen und die geheime Hoffnung, niemals eines Arztes zu bedürfen. Insofern möchte ich sagen: Gut, dass wir unser Gesundheitssystem haben.

Unser Gesundheitssystem mit der Gesetzlichen Krankenversicherung hat mehr als ein Jahrhundert eine funktionierende, solidarische Gesundheitsversorgung ermöglicht. Es hat einen enormen medizinisch-technischen Fortschritt hervorgebracht, es hat Ärztinnen und Ärzten gesicherte Möglichkeiten zum Praktizieren gegeben, und in diesem System wurden unzählige Patientinnen und Patienten erfolgreich behandelt und geheilt.

Aber auch dieses Gesundheitssystem hat – wie jedes Medikament – Wirkungen und Nebenwirkungen und auch dazu sollte man gelegentlich seinen Arzt oder Apotheker befragen. Ebenso wenig, wie es Wundermittel gibt, die für alle Beschwerden, jeden Menschen und jede Lebenslage die erwünschte Wirkung haben, ebenso wenig gibt es das ideale Gesundheitssystem, das nebenwirkungsfrei funktioniert.

Was ich damit sagen will: Wer sich für eine Form eines Gesundheitssystems, eine Finanzierungsform, eine Form der Leistungserbringung etc. entscheidet, der setzt klare Prioritäten für das, was er will, er nimmt aber auch in Kauf, dass andere Dinge nicht optimal funktionieren oder dass es Nebenwirkungen gibt. Gesundheitssysteme sind mit ihren vielen Akteuren und Interessen zu komplex, als dass man an einer Stelle justieren könnte, ohne damit auch das übrige System mitzubeeinflussen. Davon konnten bzw. mussten wir uns in den letzten Jahren überzeugen. Dass soll aber nicht heißen, dass jede Nebenwirkung hingenommen werden muss. Auch Nebenwirkungen können einen Organismus zum Kollabieren brin-

gen. Deshalb gebe ich Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe recht mit seinem Fazit auf dem 109. Deutschen Ärztetag: „Weiter so – das geht nicht mehr!“ Der derzeitige Zustand unseres Gesundheitssystems stellt uns vor Fragen, die klare Antworten brauchen.

Die wichtigsten Herausforderungen sind aus meiner Sicht die überkommene Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die absehbar drohende regionale Unterversorgung in unserem Land und die zunehmend belastenden Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Sektor.

Die Schwierigkeiten betreffen Ärzte als Unternehmer, und sie betreffen Ärzte als Angestellte. Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, überbordende Bürokratie, die Honorierung der ärztlichen Leistungen, gedeckelte Budgets ... die Aufzählung ließe sich fortsetzen. Ich habe Verständnis für die Ärzteschaft und ich habe deshalb auch Verständnis für das klare Signal des Deutschen Ärztetags: „Weiter so – das geht nicht mehr!“ Die Fragen, die ich mir stelle, lauten: „Wie geht es weiter?“ und „Welche Alternativlösungen favorisieren wir?“

Unser Gesundheitssystem muss sowohl in den Kategorien der staatlichen Daseinsvorsorge als auch in denen der Ökonomie und des Marktes beschrieben werden. Der Staat stellt sich der Verantwortung, dass jede Bürgerin und jeder Bürger einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsgütern erhält.

Das ist fundamentaler Konsens in unserem Lande: Das Grundgesetz selbst trifft eine grundlegende Wertentscheidung zugunsten des Lebens und der Gesundheit. Der Zugang zu Gesundheitsgütern kann deshalb nicht alleine dem Markt überlassen werden – ebenso wenig wie beispielsweise das Recht auf Schulbildung. Krankheit ist keine Kaufentscheidung, wie Norbert Blüm es einmal formuliert hat, und individuelle Gesundheit ist auch von der sozialen Lage eines Individuums in der Gesellschaft abhängig.

Aber auch jenseits dieser politisch-ethischen Wertentscheidung darf man sich keine Illusionen machen: Ein Markt für Gesundheitsgüter, so sagen es Volks- und Finanzwissenschaftler, könne schon aus strukturellen Gründen kein effizient funktionierender Wettbewerbsmarkt sein. Der Grund liegt in der Inhomogenität der Güter und der fehlenden Markttransparenz. Daher hat auch der Staat die Aufgabe, das Gesundheitssystem auf dem Weg der öffentlichen Daseinsvorsorge zu regeln.

Trotzdem sprechen wir von einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems, und das ist auch angebracht. Denn kein Ge-

sundheitssystem der Welt kommt ohne Antwort auf ökonomische Fragen aus.

Das gilt nicht nur für Zeiten, in denen die Mittel knapp werden. Jedes Beitragssystem muss mit seinen Mitteln wirtschaften, und es muss sich rechtfertigen, wofür es seine Mittel ausgibt. Jedes Beitragssystem kann nur das ausgeben, was es einnimmt.

Die ökonomische Sicht hat also die Begrenztheit der Ressourcen im Auge, und die Bilanz der Gesetzlichen Krankenversicherung ist – wir wissen es – negativ. Diese Knappheit ist nichts Neues. Im Gegenteil: Heiner Geißler prägte bereits in den 70er Jahren den Begriff der

„Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, denn damals stiegen die GKV-Ausgaben weit überproportional zum allgemeinen Wirtschaftswachstum. Nur durch diverse Kostendämpfungsgesetze entwickelten sich die Leistungsausgaben im Gleichschritt mit dem Wirtschaftswachstum.

Das wirtschaftliche Wachstum hat dabei bei stabiler Beitragsbelastung von Jahr zu Jahr mehr Leistungen ermöglicht. Heute verzeichnen wir eine chronische Einnahmeschwäche in der GKV. Die Ursache des Einnahmedefizits kennen wir. Es ist der relative Rückgang der Arbeitsentgelte am gesamtwirtschaftlichen Einkommen aufgrund der Arbeitslosigkeit, der relativ

## Entwicklung des Gesundheitswesens

sinkenden Reallöhne, des Zunehmens neuer Arbeitsformen und aufgrund zurückgehender sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse.

Die ökonomischen Fragestellungen werden also dringender und die damit einhergehenden Beschränkungen werden fühlbarer – für alle Akteure des Gesundheitssystems. Was medizinisch möglich und machbar ist, wächst durch den medizinischen Fortschritt; die ökonomischen Möglichkeiten jedoch halten damit nicht Schritt. Bereits heute steigt das Ausgabenvolumen in der gesetzlichen Krankenversicherung um 1 bis 2 Prozent jährlich, und zwar allein durch den medizinischen Fortschritt. Der demografische Effekt auf die Ausgabenstruktur liegt deutlich darunter und könnte durch Wirtschaftswachstum kompensiert werden. Wir haben also auch ohne den demografischen Effekt ein Finanzierungsproblem, das es zu lösen gilt.

Diesen Vorgang des Bewusstwerdens ökonomischer Grenzen verstehe ich unter dem Stichwort „Ökonomisierung.“ Und ich bitte Sie, diesen Begriff wertfrei zu verstehen, was schwer fällt, weil dieser an sich neutrale Begriff in der politischen Diskussion häufig als negatives Schlagwort verwendet wird.

Die Bundesregierung hat vor zwei Wochen ihre Lösung des Finanzierungsproblems angedeutet: Wie erwartet, konnte sich keines der beiden Basismodelle – Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie – durchsetzen.

Die Bundesregierung setzt offenbar auf ein Fondsmodell, um dessen Einzelheiten noch gestritten wird. Die weitere Ausformung bleibt also abzuwarten. Nur soviel will ich dazu sagen: Es wird auch künftig ein solidarischer KV-System geben; dabei können Pauschalbeiträge mit Sozialausgleich mehr zur Solidarität beitragen als das gewachsene System mit seinen kaum nachvollziehbaren Abgrenzungen.

Aber auch wenn aktuell in der Öffentlichkeit nur die Einnahmeseite diskutiert wird: Es geht vor allem auch um die Ausgaben im Gesundheitssystem. Ich bin

überzeugt: Selbst wenn die Finanzierung optimiert wird und wenn alle Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem ausgeschöpft werden, selbst dann wird eine Straffung der Leistungen in der solidarisch finanzierten GKV nicht zu vermeiden sein. Darauf müssen wir die Bürgerinnen und Bürger ehrlich vorbereiten.

Das ist eine Nebenwirkung, mit der wir umgehen müssen, wenn wir beim derzeitigen System bleiben wollen. Wir müssen deutlich machen, dass die Eigenverantwortung der Versicherten weiter gestärkt werden muss, dass dabei aber das Solidarprinzip nicht in Frage gestellt werden darf. Wir müssen deutlich machen: Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist notwendig und finanzierbar. Und wir müssen deutlich machen: Wir brauchen mehr Effizienz und Transparenz im Gesundheitswesen, und wir müssen die vorhandenen Mittel effizienter einsetzen. Das erfordert ökonomisches Handeln. Denn bekanntlich ist das deutsche Gesundheitssystem eines der Teuersten, aber auch eines mit hohen Verbesserungspotenzialen:

Wir haben mit durchschnittlich etwa sechs Minuten in Deutschland europaweit mit den kürzesten Arzt-Patienten-Kontakt. Wir haben eine überbordende Bürokratie, wir haben große Wirtschaftlichkeitsreserven, die erschlossen werden müssen – Handlungsbedarf gibt es also auf vielen Ebenen des Systems.

Besonders der Staat gilt den meisten als der richtige und oft gescholtene Adressat, wenn es darum geht, ökonomische Entscheidungen zu treffen. Allerdings sind die Möglichkeiten staatlicher Entscheidungsträger klar begrenzt, denn ein hochkomplexes System wie das Gesundheitswesen lässt sich von ‚oben‘ – also von staatlicher Seite – nur sehr unzureichend und schwerfällig steuern.

Bisher wurde das beispielsweise im ambulanten Bereich über Ausgabenbegrenzung und Budgets versucht. Die Leistungsfähigkeit des Systems bei Versor-

gungsqualität und Versorgungssicherheit wurde dabei aber zu sehr außer Acht gelassen.

Staatliche Daseinsvorsorge sehe ich unter diesem Aspekt nicht als einen Gegensatz zur Ökonomie. Im Gegenteil: Staatliche Daseinsvorsorge hat zwar für den Einzelnen die Auswirkung, dass er selbst ökonomischer Überlegungen enthoben ist.

Er kann sich darauf verlassen, dass der Staat eine Leistung bereitstellt und sich auch um die Finanzierung kümmert. Aber die Ökonomie ist damit nicht aus dem Spiel. Die Überlegungen, die Einzelne nicht anstellen müssen, muss der Staat anstellen. Er muss bewerten, wie viel eine Leistung kostet und worauf wer im Gegenzug verzichten muss. Je weiter die Fürsorge geht, desto stärker müssen ökonomische Überlegungen vom Staat ange stellt werden.

Aber nicht nur er, alle Akteure im Gesundheitssystem stehen vor ökonomischen Entscheidungen. Ökonomie aber hat bei Ärzten einen zwiespältigen Ruf. Jeder freiberuflich tätige Arzt weiß natürlich um die Notwendigkeit, ökonomisch zu denken und zu handeln – sonst könnte er seine Praxis nicht führen. Andererseits werden ökonomische Vorgaben als illegitime Einschränkung der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten empfunden, als einen ihrer traditionellen Stellung nicht angemessenen Zwang. Aber das ist, so denke ich, eine verzerrte Sicht von Ökonomie. Ökonomie handelt von Entscheidungen zur Zielerreichung unter Berücksichtigung von Ressourcen. Das ist etwas, was jeder Arzt beherrschen muss, nicht nur bei der wirtschaftlichen Führung der eigenen Praxis, sondern auch beim Einsatz von Medikamenten und der Abschätzung der Wirkungen und Nebenwirkungen.

Auch zur freiberuflichen Stellung des Arztes gehört die ökonomische Verantwortung. Wer freiberuflich tätig sein will, der muss sich auch diesem Aspekt seines Berufs stellen. Er erhält dafür die Möglichkeit, seine Arbeit fachlich wie ökonomisch zu gestalten. Er wird kaum erreichen, dass er fachlich ohne ökonomische



Vorgaben tätig sein kann, auch wenn er die ökonomischen Notwendigkeiten als äußere Zwänge und Beschränkungen erleben mag.

Für denjenigen, der das nicht möchte, bietet die Liberalisierung und Flexibilisierung des Niederlassungsrechts durch das Vertragsarztrecht-Änderungsgesetz mehr Möglichkeiten, als Angestellter kurativ tätig zu sein. Ich begrüße dieses Gesetz, denn es war schon lange nicht mehr zeitgemäß, dass man sich als Arzt nur starr zwischen einer ambulanten oder stationären oder zwischen einer freiberuflich-selbstständigen ambulanten oder angestellten stationären Tätigkeit entscheiden musste.

Ich bedauere jedoch, dass viele ärztliche Standesvertreter diese Flexibilisierung in Teilbereichen ablehnen, weil sie die Freiberuflichkeit zum Dogma erheben und damit Veränderungsbedarf bei der eigenen Berufsorganisation verneinen.

Ich will aber an dieser Stelle auch sagen, dass es den Ärzten mit der ökonomischen Verantwortung nicht einfach gemacht worden ist. Punktwerte, die bei der Leistungserbringung unbekannt sind, sind kaum eine Basis rationaler verantwortlicher Entscheidung. Budgets, die als kurzfristige Lösung der Kostendämpfung vorgesehen waren und fast zehn Jahre auf einer nicht mehr zeitgemäßen Bemessungsgrundlage fortgeschrieben werden, überfordern jede Akzeptanz.

Deshalb kann ich auch Ihren Unmut über die neuen Regelungen des Gesetzes zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich nachvollziehen. An sich halte ich es für richtig und angemessen, von den Ärzten als Verordnern von Medikamenten eine strikte Orientierung an der Wirtschaftlichkeit zu fordern und diese Verantwortung klarer zu regeln.

Aber es ist meines Erachtens falsch, hier kollektiven Zwang anzuwenden, wenn im Vereinbarungswege dasselbe erreicht werden kann. Die Bonusvereinbarung in Sachsen war bundesweit führend und hätte als Blaupause für das Gesetz genügt. Der Gesetzeszweck als solcher wäre

bestimmt besser akzeptiert worden, wenn der Gesetzgeber zuvor seine überfälligen Hausaufgaben gegenüber der Ärzteschaft erfüllt hätte. Deshalb fordern wir eine Reform der ärztlichen Vergütung, die sowohl die Belastungsfähigkeit der Versicherten als auch die Leistung der Ärzte angemessen berücksichtigt.

Ich begrüße es, dass bei den Reformverhandlungen in Berlin die Frage der ärztlichen Honorierung nicht – wie zeitweise beabsichtigt – an den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gekoppelt und damit bis 2009 vertagt worden ist. Die Konsequenzen sind mir bewusst: Für die Krankenkassen ist es wichtig, dass die Änderung der Parameter auf der Einnahmenseite und der Ausgabenseite gleichzeitig erfolgt. Aber wir brauchen jetzt ein neues Honorierungssystem, nicht erst 2009, und wir dürfen deswegen die Reform nicht wieder verschieben.

Das jetzige System ist unzureichend, und ich will auch klar sagen: Es fördert keine Qualität, sondern es fördert Mittelmaß. Ich möchte Sie herzlich bitten, sich konstruktiv damit auseinander zu setzen und Vorschläge zu unterbreiten, damit gute ärztliche Leistung künftig auch entsprechend honoriert wird.

Wir brauchen das neue Honorierungssystem auch deshalb, damit niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte ihre wirtschaftliche Zukunft hinreichend planen

können, und damit wir mit Ihnen die aus Altersgründen frei werdenden Praxen besetzen können. Planungssicherheit muss deshalb ein wichtiger Bestandteil des neuen Systems sein, Leistungsbezug der Vergütung ein anderer. Die Anforderungen sind bekannt, die Elemente einer Lösung ebenfalls: feste Punktwerte, vereinbarte Mengen, Morbiditätsorientierung bei Fortschreibung auf Praxisebene, Bildung von Leistungskomplexen. Die Umsetzung wird sich nicht einfach gestalten, auch in Hinblick auf die zunehmende Durchlässigkeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Ich fordere an dieser Stelle zum wiederholten Male von der Bundesregierung, dass entsprechend dieser Durchlässigkeit beide Honorierungssysteme harmonisiert werden müssen. Und ich wünsche mir von der niedergelassenen Ärzteschaft, dass die unbestritten anzustrebende bessere Verzahnung der bisher getrennten Sektoren ambulant – stationär nicht durch Zukunftsängste erschwert wird: Die bessere Kooperation ambulant – stationär ist nicht nur aus ökonomischer Sicht wichtig, sondern auch deshalb, weil uns sonst bald notwendige Ressourcen für die Versorgung fehlen. Zur Verdeutlichung meiner Position möchte ich anfügen: Eine Kassenärztliche Vereinigung ist auch für ein solches Unterfangen ein unverzichtbarer Partner. Ich halte nichts von den Erwä-

## Entwicklung des Gesundheitswesens

gungen des Bundesgesundheitsministeriums und anderer Vertreter der Politik, die Verbesserungsoptionen oder gar Kosteneinsparungen durch mehr Zentralisierung und Verzicht auf Standesorganisationen sehen. Kassenärztliche Vereinigungen sind bei den jetzigen Systemgegebenheiten unverzichtbar; größere Einheiten bieten nicht grundsätzlich Kostenvorteile, wie wir am Beispiel von Kassenfusionen selbst nachvollzogen haben. Das Ausbalancieren der Interessen der Leistungserbringer auf der einen und der Finanzierungsseite auf der anderen Seite ist nur möglich, wenn ihre Einwirkungsbreite überschaubar ist. Wie wichtig mir die ärztliche Selbstverwaltung ist, möchte ich an einem Beispiel verdeutlichen. Der Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts enthält Regelungen, die über die von Ihnen beschlossenen Liberalisierungen des ärztlichen Berufsrechts hinausgehen. Der 109. Deutsche Ärztetag hat das zu Recht kritisiert. Ich habe daher im Gesundheitsausschuss des Bundesrates den von Bayern eingebrachten Änderungsanträgen zugestimmt, welche die kritisierten Bestimmungen unter dem Vorbehalt einer anderslautenden landesrechtlichen Regelung stellen. Damit möchte ich Ihre Kompetenz erhalten, das ärztliche Berufsrecht selbst zu regeln.

Lassen Sie es mich auf den Punkt bringen: Wenn unser Gesundheitssystem weiter wie beabsichtigt wirken soll, dann kommen wir nicht ohne die ökonomische Verantwortung auf der Ebene der Leistungserbringung aus. Diese Verantwortung muss ermöglicht werden, und sie muss mit einer leistungsgerechten Honorierung verbunden sein. Das ist und bleibt eine Schlüsselfrage bei der Reform der ärztlichen Vergütung, auf die die Politik in Berlin eine Antwort finden muss. Wir haben dafür ausreichende Anregungen zugearbeitet.

Darüber hinaus bin ich froh, dass wir in Sachsen zu diesem Thema mit allen Beteiligten weiterhin im Gespräch sind. Dies bietet Chancen für gemeinsam erarbeitete, maßgeschneiderte Lösungen. Der-

zeit denken wir zum Beispiel gemeinsam darüber nach, wie Ärzte so entlastet werden können, dass sie sich mehr den eigentlichen medizinischen Aufgaben zuwenden können. Das Modell der Gemeindegemeinschaft bspw. ist als Wort nicht neu, der Inhalt ihrer möglichen Tätigkeit jedoch schon.

Ökonomische Fragen werden mittlerweile auch anderen Akteuren im Gesundheitssystem gestellt, den Patientinnen und Patienten. Die Entwicklung des Gesundheitssystems hat in den letzten Jahren zu einer sehr hohen Anspruchshaltung bei den Patientinnen und Patienten geführt. Unser Gesundheitssystem strebt nach medizinisch-technischer Perfektion, es ist also mehr als rational, dass sich auch die Patientinnen und Patienten diesem Streben nach Perfektion anschließen und die mögliche Maximalversorgung in Anspruch nehmen wollen. Aber auch das treibt die Ausgaben im Gesundheitssystem in die Höhe. Hier wurden mit den Zuzahlungen und der Praxisgebühr bereits Anreize gesetzt, damit Patienten prüfen, ob es tatsächlich die Maximalversorgung sein muss. Die Effekte lassen jedoch zu wünschen übrig. Aber grundsätzlich ist klar: Der berechtigte Ruf nach weniger Staat heißt eben auch mehr Eigenverantwortung, auch aufseiten der Patienten.

Bis hierher zusammengefasst: Die Frage lautet nicht Ökonomisierung oder staatliche Daseinsvorsorge, sondern Ökonomisierung und staatliche Daseinsvorsorge gekoppelt mit ökonomischer Selbstverantwortung der einzelnen Akteure. Staatliche Daseinsvorsorge muss mit ökonomischer Selbstverantwortung gekoppelt sein. Der Schutz der sozial Benachteiligten und Schwachen unabhängig von ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit allerdings bleibt ganz klar eine Aufgabe des Staates.

Eine ebenso klare staatliche Aufgabe bei der Sicherstellung der Versorgung bleibt die staatliche Krankenhausplanung. Der weitere Bedarf an stationären Versorgungsleistungen und der Bettenbedarf sind abhängig sowohl von der demogra-

fischen als auch von der medizinisch-technischen Entwicklung. An diesen Kriterien wird jedes einzelne Krankenhaus bei der Bedarfsplanung gemessen. Allerdings sind die Abhängigkeiten nicht so trivial, wie sie auf den ersten Blick erscheinen mögen. Ich nenne ein Beispiel: Durch den Bevölkerungsrückgang wird zwar ein allgemeiner Rückgang der Fallzahlen prognostiziert. Aber durch die starke Zunahme der Altersgruppe ab 65 müssen wir mit einem starken Anstieg der altersbedingten Erkrankungen rechnen – insbesondere wegen der hohen Zahl nötiger Krankenhausbehandlungen der über 75-Jährigen, bei denen jeder Zweite durchschnittlich einmal jährlich stationär behandelt wird. Der Bedarf an Krankenhausleistungen wird also insgesamt gleich bleiben.

Dagegen wird die Verweildauer im Krankenhaus weiter abnehmen auf etwa acht Tage. Die Gründe dafür liegen in der DRG-Entwicklung, dem verstärkten Einsatz minimalinvasiver Methoden und auch in der Verbesserung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Deshalb rechnen wir für Sachsen mit einer weiter rückläufigen Bettenentwicklung. Der Bedarf wird auf 23.000 bis 24.000 Betten im Jahr 2020 prognostiziert. Das sind etwa 6 bis 10 Prozent weniger als heute. Planmäßige Krankenhausschließungen sind in Sachsen aber nicht mehr vorgesehen. Der Standortabbau ist bereits in den 90er Jahren vorgenommen worden. Damit verfügen wir bereits über die notwendigen Voraussetzungen für wirtschaftlich bestandsfähige Krankenhäuser. Das Szenario der Studie von Ernst & Young, das einen durchschnittlichen Rückgang der Standorte um 25 Prozent voraussieht, betrifft also weniger Sachsen als viel mehr die westdeutschen Länder wie zum Beispiel NRW oder Berlin, wo es noch viele kleine Häuser gibt.

Das heißt allerdings nicht, dass nicht auch die Krankenhäuser im Freistaat noch mehr kooperieren oder gegebenenfalls

fusionieren müssen, um dem langfristigen Anpassungsdruck (insbesondere durch die DRGs) gerecht zu werden. In Sachsen liegt knapp die Hälfte der Häuser in kommunaler Trägerschaft, ein Drittel in privaten und 21 Prozent in freigemeinnützigen Händen. Wir befürworten diese Vielfalt von Krankenhausträgern, denn das verbessert die Wahlmöglichkeiten der Patienten, es unterstützt den Wettbewerb unterschiedlicher Konzeptionen, und es entspricht dem Grundsatz der Subsidiarität.

Um die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser nachhaltig zu unterstützen, wird der Freistaat auch in den nächsten Jahren erhebliche Mittel bereitstellen. Die Investitionen betreffen die notwendigen Strukturanpassungen, Rationalisierungsmaßnahmen und die Medizintechnik.

Die Krankenhausplanung ist im übrigen ein gutes Beispiel dafür, dass wir in Sachsen ein wirklich gutes Klima zwischen allen relevanten Akteuren haben. Sachorientierung steht in den Gesprächen über dem Kampf um die Durchsetzung eigener Interessen. Denn es ist ja so wie eingangs gesagt: In einem hochkomplexen System mit verschiedenen Akteuren hat jede Änderung an einer Stelle Auswirkungen an anderen. Deshalb ist ein gemeinsames Abwägen und Diskutieren so notwendig. In Sachsen gelingt uns das – trotz aller Dynamik und trotz aller Auseinandersetzungen – immer wieder. Ich bin sicher, dass dies auch in Zukunft so sein wird; auch wenn die Probleme nicht einfacher werden. Die Aufgaben der Zukunft, und das sind auch ökonomische Aufgaben, können nur gelöst werden, wenn Ärzte ihren Sachverstand und ihr Engagement einbringen. Dass dies politisch ermöglicht und nicht behindert wird, dafür werde ich mich einsetzen.

Abschließend möchte ich noch ein Thema ansprechen, das mir als Gesundheitsministerin besonders am Herzen liegt, und das auf eine ganz besondere Weise

mit der Ökonomie verknüpft ist. Unser Ziel für Morgen und Übermorgen heißt: „Gesundheit“. Und wer Gesundheit will, kann nicht nur Krankheit behandeln.

Gesundheitsförderung hat erhebliche Potenziale – für die und den Einzelnen, aber auch für das Gesamtsystem. Um nur ein Beispiel zu nennen: Bereits jetzt geben die Krankenkassen bundesweit jährlich 75 Milliarden Euro für ernährungsmitbedingte Krankheiten aus. Deshalb setzen wir uns für eine Neuauflage des Präventionsgesetzes ein. Wir erwarten in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen, dass sie ihrer Verantwor-

tung für die Gesundheitsförderung noch besser gerecht werden und wirklich adäquate Anreize für ihre Versicherten bieten.

Sie aber, die Ärzte, haben das, was wir bei unseren gesundheitspolitischen Ansätzen dringend brauchen: den direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Ich bitte Sie, diesen Kontakt auch im Sinne der Gesundheitsförderung zu nutzen. Das ist im Interesse Ihrer Patientinnen und Patienten, es ist im Interesse der Sächsischen Gesundheitsziele, und es ist letztlich auch im Interesse des Gesamtsystems.

## Zehn Fragen an:

Interview  
des Monats

**Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber,**  
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

*1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?*  
Seit seiner Gründung 1990

*2. Was hat Sie bewogen im Ausschuss mitzuarbeiten?*

Mein besonderes Interesse an der Aus- und Weiterbildung. Daraus resultierte auch die Mitarbeit in verschiedenen Gremien auf Bundesebene zur Angleichung der sehr unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungssysteme der DDR und der Bundesrepublik.

*3. Wie viele Mitglieder aus welchen Fachgebieten hat der Ausschuss (stationär/ambulant)?*

Von den zehn Mitgliedern (sieben Ärzte und drei Ärztinnen) kommen acht aus dem stationären und zwei aus dem ambulanten Bereich. Durch bewusste Wahl der Vertreter aus zehn unterschiedlichen Fächern (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesiologie, Chirurgie, Radiologie, Pathologie und Nuklearmedizin) ist die Fachkompetenz sowohl für die konservativen als auch für die operativen und theoretischen Bereiche der Medizin vertreten.

*4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?*

Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung bei gleichzeitigem Fortbestehen des alten Weiterbildungsrechtes über einige Jahre, mit vielen Einzelfallentscheidungen.

*5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?*

Die Einführung des neuen Fachgebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit seinem Common trunk und den zwei oder drei Jahren Weiterbildung im Bereich der ambulanten hausärztlichen Versorgung und in den acht Schwerpunkten der Inneren Medizin.

*6. Warum würden Sie jungen Ärzten die Mitarbeit im Ausschuss empfehlen und was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?*

Die Einbeziehung sehr junger Ärzte, also vor ihrer Facharztanerkennung, ist schwierig. Jedes Mitglied hat eine Anzahl von Arztbezeichnungen zum Beispiel im Rahmen von Weiterbildungsbefugnissen zu bearbeiten, die danach in den Ausschusssitzungen diskutiert und abgestimmt werden. Neben der Kenntnis der rechtlichen Grundlagen ist dazu eine große Berufserfahrung notwendig, um zum Beispiel bei Einzelfallproblemen richtig entscheiden zu können. Diese Berufserfahrung können sehr junge Ärzte noch nicht erlangt haben. Sie haben es außerdem schwer, da sie ihre eigene Weiterbildung erst einmal absolvieren müssen. Diese Erfahrung wurde auch praktisch gemacht, als eine Ärztin in Weiterbildung zwei Jahre einer Wahlperiode Mitglied des Weiterbildungsausschusses war. Der Weiterbildungsausschuss wird aber stets im Rahmen seiner Möglichkeiten den jungen Ärztinnen und Ärzten bei Problemen mit der Weiterbildung helfen.

*7. Was würden Sie gern ändern?*

In Stichworten folgendes:

- Abbau der Bürokratie im ärztlichen Berufsalltag.

- Reduzierung der Juristifizierung ärztlichen Handelns.
- Abschaffung des Förderalismus im Bildungssektor (Aus- und Weiterbildung). Die zum Teil unterschiedliche Aus- und Weiterbildung in den 16 Bundesländern (in den 17 Landesärztekammerbereichen durch unterschiedliche Heilberufegesetze und auch teilweise differente Inhalte in den Weiterbildungsordnungen) schafft zwar zusätzlich Arbeitsplätze, ist aber mehr hinderlich als nützlich (Relikt der mittelalterlichen Kleinstaaterei).
- Abschaffung von Kurzzeitverträgen zur Weiterbildung.
- Mehr Zeit für die Arzt-Patienten-Kontakte und deren adäquate Honorierung.
- Sinnvolle und kostenbewusste Nutzung des technischen Fortschritts (Abbau von Mehrfachuntersuchungen, bessere Beachtung der Kosten-Nutzen-Relation und der Nebenwirkungsraten und anderes).

*8. Welche Unterstützung benötigen Sie für die Tätigkeit im Ausschuss?*

Die Unterstützung durch die Mitarbeiter der Geschäftsführung, speziell durch das Referat Weiterbildung und durch den Vorstand ist sehr gut.

*9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?*

Fortsetzung der breit gefächerten Zusammensetzung des Ausschusses Weiterbildung auch in der neuen Wahlperiode 2007 bis 2011.

*10. Wie würden Sie die aktuelle Gesundheitspolitik in einem Satz beschreiben?*

Bei der aktuellen Gesundheitspolitik dominiert die progressive Kostendämpfungsstrategie auf Kosten und mit zunehmend weniger Einflussmöglichkeiten der Leistungserbringer (zum Beispiel der Ärzte) und der Leistungsempfänger (Patienten) sowie zugunsten der Pharmaindustrie und der Bürokratie (hoher Verwaltungsaufwand der viel zu großen Zahl von Kassen).

# Externe vergleichende Qualitätssicherung Chirurgie

## Vorwort

Im Jahre 2004 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation erstmals durch einen QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst. Die Software stand im Gegensatz zum Vorjahr rechtzeitig zur Verfügung, so dass die Datenlage nunmehr wieder vollständig ist. Auch die von der BQS festgelegten Qualitätsindikatoren und Referenzbereiche wurden im wesentlichen beibehalten und die Erfassungsbögen selbst nur geringfügig geändert, so dass ein Vergleich zum Vorjahr möglich ist.

Die Auswertung erfolgte für die verpflichtend zu erfassenden Module 10/2 (Carotis-Rekonstruktion) und 12/1 (Cholezystektomie). Es sei aber auch darauf hingewiesen, dass die bisherigen Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter dokumentiert werden können. Eine Auswertung auf Landes- bzw. Bundesebene ist nicht möglich, aber die Software bietet den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit, die Daten klinikintern zu bewerten. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind noch immer enttäuscht, dass das Modul 12/3 „ausgesetzt“ wurde. Es existieren inzwischen zahlreiche neue Operationsverfahren bzw. neue Netze / Implantate. Die Rate an erfassten Rezidivoperationen lag bis zum Jahre 2003 aber unverändert bei ca. 10 %. Unsererseits wird die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie in die externe Qualitätssicherung unter Einbeziehung des ambulanten Bereiches und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) dringend befürwortet. Die Cholezystektomie wird seit 1992 im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfasst und zeigt in den letzten Jahren einen nahezu unveränderten Standard. Hier ist eine Fortsetzung der Qualitätssicherung zu überdenken. Dafür könnten andere Krankheitsbilder, zum Beispiel die Operation der Schilddrüse oder die operative Behandlung des Rektum- und Kolonkarzinoms neu aufgenommen werden. Entsprechende Vorschläge werden auf Bundesebene unterbreitet.

Bei der Auswertung der Ergebnisse für den Freistaat Sachsen (gesamt) und für die einzelnen Kliniken in anonymisierter Form wurden Abteilungen herausgefiltert, welche außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Dialoges gebeten.

## Cholezystektomie (Modul 12/1)

### Basisauswertung:

Im Jahre 2004 wurden insgesamt 9.077 Cholezystektomien im Rahmen der externen Qualitätssicherung von 65 teilnehmenden Abteilungen im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,8 % wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert. Bei der Erfassung über Fallpauschalen / Sonderentgelte wurden im Jahre 2002 22,4 % und im Jahre 2003 23,4 % akute Operationen gemeldet. Somit wäre ein kontinuierlicher Anstieg an akuten Behandlungsfällen zu verzeichnen.

Die Anzahl an laparoskopischen Eingriffen lag mit 78,3 % nahezu auf gleichem Niveau zu den beiden Vorjahren. Auch die Umsteigerrate ist mit 6,9 % nur geringfügig angestiegen (Tabelle 1).

54,3 % aller operierten Patienten war 60 Jahre und älter, damit ist erneut ein Höchstwert seit Beginn der Qualitätssicherung in Sachsen erreicht (Tabelle 1). Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,3 % der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahre 2004 war wieder ein geringer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamtzahl	Operativ behandelte Patienten				Auswertbare Datensätze			
	9.397	9.706	9.766	9.407	7.252	8.949	6.967	9.077
Davon	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren								
Laparoskopisch	66,1	68,6	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3
Konventionell	27,7	24,7	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3
Laparoskopisch begonnen, konv. beendet	6,2	6,8	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9
Alter > 60 Jahre	49,3	50,4	51,5	25,0	51,0	52,7	54,0	54,3
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3
Histologische Untersuchung der Präparate	98,8	98,8	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4
Letalität	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9

zu verzeichnen, mit 97,4 % ist die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen jedoch weiterhin nicht erreicht. Da es sich hierbei um einen ausgewählten Qualitätsparameter handelt, wird eine weitere Abklärung erfolgen.

Die Gesamtletalität (unabhängig der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) lag bei 0,9 % und hat damit den Höchststand seit Erfassung der Cholezystektomien (Beginn 1992) erreicht (Tabelle 1).

Für die Auswertung der Datensätze wurden auch im Jahre 2004 durch die BQS bestimmte Qualitätsmerkmale und deren Referenzbereiche definiert. Diese sind nahezu unverändert zu 2003, so dass ein Vergleich mit dem Vorjahr möglich ist. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

### Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das war in 1,6 % der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 1,9 %). Sachsen lag somit deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von  $\leq 5,8$  %, nur eine Klinik mit 11,8 % hatte den Referenzbereich verlassen und wurde angeschrieben. Nach Durchsicht der Akten handelte es sich um eine Fehldokumentation, die Indikation zur Cholezystektomie war auch in diesen Fällen gegeben.

**Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase**

Ziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege. Der festgelegte Referenzbereich von 100 % erscheint der Arbeitsgruppe unrealistisch. Durch Notfälle (Gallenblasenperforation) oder durch Ablehnung der Diagnostik durch den Patienten ist diese Zahl kaum zu erreichen. In Sachsen wurde in 95,6 % (Vorjahr 96,6 %) eine präoperative Abklärung der Gallenwege bei Cholestase durchgeführt, somit ist eine gute Qualität erreicht. Die Schwankungsbreite der einzelnen Abteilungen lag wie im Vorjahr zwischen 75 % – 100 %, wobei niedrige Fallzahlen vorliegen (nur 4 Abteilungen mit mindestens 20 Fällen). Auf einen strukturierten Dialog wurde verzichtet. Nach nochmaliger Rücksprache mit der BQS reicht für diesen Parameter als Abklärung der Cholestase eine alleinige Sonographie aus (siehe Erfassungsbogen), wir bitten diesen Punkt beim Ausfüllen zu berücksichtigen.

**Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes**

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes. Wie von der BQS-Fachgruppe gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 97,4 % ist ein leichter Anstieg im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 44,9 % – 100 % erheblich. Der strukturierte Dialog hat wie im Vorjahr die Vermutung bestätigt, dass es sich hierbei um einen Dokumentationsfehler handelt. Es wird abgefragt, ob die Histologie veranlasst wurde, nicht ob der histologische Befund zum Abschluss des Dokumentationsbogens bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war.

**Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen**

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

Bei 4,5 % aller Operationen wurde mindestens eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation dokumentiert (laparoskopisch begonnene Operationen: 3,6 %, offene Operationen: 9,5 %). Damit wäre ein erheblicher Anstieg an Komplikationen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (2003: alle Operationen: 2,7 %, laparoskopisch: 2,5 %, offen: 3,6 %). Dieser Trend ist auch bundesweit zu verzeichnen und ist in der Änderung der Definition der Komplikationen zu verzeichnen. So ist die Komplikation: „Residualstein im Gallengang“ neu hinzugekommen, auch das Feld: „sonstige“ ist neu – hier wurden immerhin 2,0 % Komplikationen dokumentiert. Ein Vergleich zum Vorjahr ist durch diese Änderungen im Erfassungsbogen nicht möglich. Die Schwankungsbreite der einzelnen Abteilungen lag zwischen 0 – 10 %, die drei auffälligen Kliniken außerhalb des Referenzbereiches von  $\leq 9,0$  % wurden angeschrieben.

Als besonders gravierende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des DHC als „Sentinel Event“ behandelt werden. In Sachsen wurden bei 0,1 % aller Cholezystektomien diese Komplikation angegeben. Auf einen strukturierten Dialog wurde verzichtet, da keine betroffene Klinik mehr als einen Patienten bei mehr als 62 Fällen verschlüsselte.

Zu hinterfragen bleibt auch die Dokumentationsqualität der Abteilungen mit hoher Fallzahl ohne jegliche Komplikation.

**Qualitätsmerkmal: Postoperative Wundinfektion**

Ziel: selten postoperative Wundinfektion. Bezogen auf alle Patienten wurde eine postoperative Wundinfektionsrate von 1,9 % (Vorjahr 1,8 %) dokumentiert. Bei laparoskopischen Eingriffen lag der Wert bei 0,9 % (Vorjahr 1,2 %), während bei offenen Eingriffen mit 7,2 % (Vorjahr 5,0 %) ein Anstieg zu verzeichnen ist. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen bezogen auf alle Patienten reichte von 0 – 9,9 %, letztere Klinik wurde um eine Stellungnahme gebeten.

Von der BQS wurde in Anlehnung an das Vorjahr eine Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control) vorgenommen und ein Referenzbereich für die Risikoklasse 0 festgelegt. Da erneut 51,8 % aller Cholezystektomien als aseptischer Eingriff dokumentiert wurden, ist von einer Datenfälligkeit auszugehen. Die Ausfüllhinweise sollten unbedingt beachtet werden. Die Ergebnisse für die Risikoklasse 0 sind in Tabelle 2 unkommentiert dargestellt.

**Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikation**

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr sind kaum relevante Veränderungen zu beobachten. Die Werte der Abteilungen schwanken zwischen 0 % und 14,3 % wiederum erheblich. Da Sachsen mit 4,8 % gegenüber dem Referenzbereich von  $\leq 10,7$  % ein sehr gutes Ergebnis erzielt hat, wurde auf Klinikanschriften seitens der Arbeitsgruppe verzichtet.

**Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate**

Ziel: geringe Reinterventionsrate

Im Vergleich zu den Vorjahren ist ein erneuter Anstieg an Reinterventionen zu verzeichnen (Tabelle 4).

Der von der BQS festgelegte Referenzbereich von 2 % bezieht sich nur auf die laparoskopisch Operierten. Sachsen liegt mit 1,9 % nur knapp unter diesem Wert, 31 Abteilungen haben den Referenzbereich überschritten. Diese Kliniken wurden zum Dialog gebeten. Dabei hat sich gezeigt, dass sehr häufig eine postoperative ERCP im Rahmen des therapeutischen Splittings als Reintervention dokumentiert wurde, es sind jedoch nur Reinterventionen im Rahmen einer Komplikation zu dokumentieren. Die tatsächliche Reinterventionsrate ist in Sachsen also deutlich niedriger.

Tabelle 2: Postoperative Wundinfektion (in Prozent)

	alle Fälle		offen-chirurgisch		laparoskopisch	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Postoperative Wundinfektion</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>4,8</b>	<b>3,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>
Oberflächliche Wundinfektion	0,7	0,6	3,8	3,0	0,4	0,4
Tiefe Wundinfektion	0,2	0,1	0,7	0,6	0,2	0,0
Infektion von Räumen und Organen	0,0	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1

Tabelle 3: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle		offen-chirurgisch		laparoskopisch	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Patienten mit mindestens einer Postoperativen Komplikation	4,5	4,8	12,1	15,6	3,4	3,0
Pneumonie	0,8	1,1	2,0	4,5	0,6	0,5
Kardiovaskuläre Komplikationen	1,5	1,9	5,4	7,2	0,9	1,0
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1
Harnwegsinfekt	0,4	0,4	1,1	1,4	0,3	0,2
Sonstige	2,4	2,6	6,1	7,8	1,9	1,7

Tabelle 4: Reinterventionsrate (in Prozent)

	2000	2001	2002	2003	2004
Alle Fälle	2,9	2,6	2,3	2,0	2,9
Offen-chirurgische Operationen	6,5	5,5	5,2	4,5	8,1
Laparoskopische Operationen	1,9	1,9	1,5	1,7	1,9

Tabelle 5: Letalität (in Prozent)

	2002	2003	2004
Alle Fälle	0,7	0,8	0,9
Offen-chirurgische Operation	4,2	3,0	4,8
Laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2
ASA 1 –3		0,6	0,6
ASA 4/5		23,5	22,4

**Qualitätsmerkmal: Letalität**

Ziel geringe Letalität

In der Gesamtletalität ist mit 0,9 % ein erneuter Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren zu beobachten (Tabelle 1). In diese Auswertung gehen aber alle verstorbenen Patienten ein, unabhängig, ob der Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung eintrat oder nicht. Ein Zusammenhang zwischen Tod und erfolgter Cholezystektomie wurde aber nur in 21 von 81 Fällen (25,9 %) dokumentiert. Von der BQS wurde ein „sentinel event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 – 3 vorgeschlagen. Dem ist die Arbeitsgruppe gefolgt. Eine Letalität aufgrund eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden.

Tabelle 5 zeigt eine Differenzierung nach Operationsverfahren und ASA-Klassifikation.

**Carotisrekonstruktion (Modul 10/2)**

Florek, H.-J., Schröder, A.

An der externen Qualitätssicherung (Modul 10/2) „Carotisrekonstruktion“ haben im Jahr 2004 im Land Sachsen 27 Krankenhäuser teilgenommen (2003: 25 Krankenhäuser). Die Gesamtzahl der importierten und zur Auswertung gelangten Datensätze betrug 1.178 (2003: 1.173). Auf der Basis der durch die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung festgelegten Kriterien und Referenzbereiche wurde die Auswertung vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gibt es keine größeren auffälligen Veränderungen im Sinne der Qualitätsmerkmale. Die symptomatische Arteria-carotis-interna-Stenose stellt weiterhin fast die Hälfte der Operationsindikationen dar 48,7 % (2003: 48,8 %). Bei den symptomatischen Stenosen 37,6 % (2003: 44,4 %) erfolgte eine Verlagerung

in die Indikationsgruppe C „Carotischirurgie unter besonderen Bedingungen“ mit 13,7 % (2003: 6,8 %). Die gestellten Indikationen zur Rekonstruktion liegen alle im Referenzbereich, wobei Krankenhäuser, die unter 20 Fälle in die jeweilige Gruppe eingebracht haben, an der Gesamtbewertung nicht teilnehmen.

Zum Beispiel haben von den 27 ausgewerteten Kliniken 14 keine adäquate Fallzahl in die Grundgesamtheit „Indikation bei asymptomatischer Arteria-carotis-interna-Stenose“ eingebracht. Im Ergebnis widerspiegelt sich aber trotzdem eine hohe Qualität auch in dieser Gruppe, da Schlaganfälle und Tod nur bei 1,6 % vorkommen (Referenzbereich < 3 %). In der Gruppe „asymptomatische Stenose mit kontralateralem Verschluss“ ist jedoch ein deutlich schlechteres Ergebnis zu konstatieren. Schlaganfälle und Tod hier 6,8 % (Referenzbereich < 5 %). In dieser Gesamtheit besteht ein höheres Risiko für den Eingriff. Operative Routine, Schnelligkeit des Operateurs, kurze Clampingzeit zur Vermeidung von Perfusionsstörungen oder Ausfällen sind dringend geboten. Gerade hier stellt sich die Frage des Erfordernisses von Mindestmengen, da das Operationsrisiko keinesfalls höher als das Risiko des Spontanverlaufs sein darf.

Sehr erfreulich niedrig ist die Rate sonstiger postoperativer Komplikationen, zum Beispiel treten Nachblutungen nur bei 3,1 % (2003: 3,6 %) der Patienten auf. Hier liegt der Referenzbereich bei ≤ 8,3 %. Insgesamt also von den dokumentierten Ergebnissen her eine zufriedenstellende Situation im Lande Sachsen im Vergleich zu den Ergebnissen in der Bundesrepublik. Unbefriedigend ist aber nach wie vor die relativ hohe Anzahl an Krankenhäusern mit weniger als 20 Eingriffen an der Arteria carotis pro Jahr. Die vollständige Auswertung ist abrufbar über [www.slaek.de](http://www.slaek.de).

Dr. med. Henry Jungnickel  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Chirurgie  
der Sächsischen Landesärztekammer

## Ärztliche Aufklärung bei problematischer Fahreignung

I. Die individuelle Mobilität genießt in unserer Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert. Es ist ein wichtiges ärztliches Anliegen, die Auto-Mobilität – und damit die Lebensqualität – ihrer erkrankten Patienten zu erhalten und zu verbessern. Gleichzeitig ist es eine wichtige ärztliche Aufgabe, Patienten mit reduzierter Fahreignung umfassend über die möglichen Risiken bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren.

Defizite durch eine Erkrankung, die die Fahreignung einschränkt oder aufhebt, werden von den Betroffenen häufig nicht wahrgenommen oder unrealistisch eingeschätzt, bedeuten sie doch zugleich eine Gefahr für den Erhalt der Fahrerlaubnis. Gleiches gilt insbesondere für die oft schleichenden altersbedingten körperlichen und geistigen Leistungseinbußen oder für die Folgen der Einnahme von Medikamenten.

Die damit verbundenen Gefahren für die persönliche und allgemeine Verkehrssicherheit sind enorm. Eine hohe Dunkelziffer von Unfällen, die auf Ursachen in der Fahreignung des Kraftfahrers zurückzuführen sind, belastet auch die Versicherungswirtschaft.

Die behandelnden Ärzte haften nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ihrem Patienten und an einem Unfall beteiligten Dritten, wenn sie bei erkennbarer Einschränkung oder Aufhebung der Fahreignung ihre Patienten hierüber nicht aufklären oder den Patienten nach einer die Fahreignung tangierenden Behandlung nicht ausreichend überwachen.

Die Problematik der ärztlichen Aufklärung bei Fahreignungsmängeln der Patienten hat eine erhebliche haftungsrechtliche Relevanz. Ihre besondere unfallpräventive Aufgabe hat durch den 43. Deutscher Verkehrsgerichtstag 26. bis 28. Januar 2005 in Goslar eine besondere Aktualität erlangt. Der Arbeitskreis V hat sich mit dem Spannungsfeld „Vertrauensverhältnis“ kontra „Verkehrssicherheit“ beschäftigt und unter anderem diskutiert, ob der jeweils behandelnde Arzt durch Meldung an die Verkehrsbehörde Patienten

mit aufgehobener oder reduzierter Fahreignung vom Kraftverkehr abzuhalten hat.

Folgende Empfehlungen wurden im Arbeitskreis V: „Arzt und Fahreignungsmängel seines Patienten“ erarbeitet:

1. Der Arzt hat aus dem Behandlungsvertrag die Pflicht, seinen Patienten auch über mögliche Fahreignungsmängel aufzuklären und nachdrücklich auf daraus resultierende Gefahren für ihn selbst und für andere hinzuweisen. Dies hat er angemessen zu dokumentieren.

2. Dafür sind verbesserte verkehrsmedizinische Kenntnisse nicht nur wünschenswert, sondern unerlässlich.

3. Im Unterschied zu einigen anderen europäischen Ländern ist der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland nicht verpflichtet, Fahreignungsmängel seines Patienten der zuständigen Behörde zu melden. Um das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu belasten, soll dieser Rechtszustand nach ganz überwiegender Ansicht des Arbeitskreises nicht geändert werden.

4. Wegen dieses Vertrauensverhältnisses hat der Arbeitskreis mit großer Mehrheit auch die Einführung eines spezialgesetzlich geregelten Melderechts abgelehnt. Vielmehr soll der Arzt nach Maßgabe des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) abwägen und entscheiden können, ob die zu befürchtende Gefährdung der allgemeinen Verkehrssicherheit im Ausnahmefall die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht erlaubt. Auch in diesem Fall besteht keine Meldepflicht.

5. Nach Auffassung des Arbeitskreises besteht im Übrigen ein erhebliches Defizit an fundierten empirischen Erkenntnissen über die Unfallursächlichkeit von körperlich-geistigen Fahreignungsmängeln. Dies betrifft beispielsweise psychiatrische, neurologische und geriatrische Erkrankungen sowie den Konsum von berauschenden Mitteln und die Einnahme von Medikamenten.

II. Die Erfahrung durch individuelle Rückmeldungen von Ärzten zeigt, dass

der rechtliche Aspekt von Beratung und Aufklärung erkrankter Kraftfahrer bisher nicht immer hinreichend in Klinik- und Praxisalltag umgesetzt wird. Dieses Defizit ist begründet durch die immer knapper werdenden zeitlichen, personellen und damit auch wirtschaftlichen Ressourcen. Zudem besteht ein erhebliches Defizit in der verkehrsmedizinischen Aus- und Fortbildung der Ärzte.

Da gesundheitliche Defizite und/oder Beeinträchtigungen durch Medikamenteneinnahme potenzielle Unfallursache sein können, kommt den verkehrsmedizinischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit eine hohe unfallpräventive Bedeutung zu.

Die Vielzahl und Vielfalt möglicher Erkrankungen mit Relevanz für die Fahreignung bedingt folgerichtig, dass sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen mit den hiermit zusammenhängenden verkehrsmedizinischen Problemen beschäftigen müssen. Im Praxisalltag sind besonders Hausärzte, Internisten, Psychiater, Neurologen, Schmerztherapeuten und Augenärzte immer wieder mit Patienten konfrontiert, deren Fahreignung krankheitsbedingt reduziert oder aufgehoben ist:

Beispielsweise haben sich Herzinfarktpatienten, Patienten, bei denen ein Zuckerschlag als Unfallauslöser in der Vorgeschichte bekannt ist, Schmerzpatienten, ältere Patienten mit beginnendem demenziellen Abbau, Patienten mit langjähriger Parkinsonerkrankung, Patienten mit einer endogenen Psychose oder Patienten mit anfallsartigen Bewusstseinsstörungen die Frage zu stellen, ob und wann sie wieder sicher fahren können.

Dies setzt grundlegend voraus, dass der Arzt Kenntnisse über verkehrsrelevante Erkrankungen hat. Informationen zur verkehrsmedizinischen Bewertung der wichtigsten Krankheitsbilder sind in den **Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung** zu finden. Schematisiert und tabellarisch geordnet sind die wichtigsten verkehrsmedizinisch relevanten Gesundheitsstörungen und Mängel in der Anlage 4 der Fahrerlaubnis-Verordnung aufgelistet, wobei darin lediglich jeweils der



Bezug zur Eignung und zur bedingten Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen zu erkennen ist.

Für die ärztliche Aufklärung, Beratung und Bewertung der Fahreignung ist somit die Kenntnis der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung eine unabdingbare Voraussetzung. Maßgeblich ist dabei nicht nur der aktuelle Gesundheitsstatus sondern auch die individuelle Prognose des Krankheitsbildes dahingehend, ob beim Führen von Kraftfahrzeugen eine (konkrete) Verkehrsgefährdung zu erwarten ist. Es ist weiterhin zu berücksichtigen, ob festgestellte Beeinträchtigungen ein stabiles Leistungsniveau gewährleisten oder ob plötzliche Leistungszusammenbrüche zu erwarten sind. Darüber hinaus sind in jedem Falle Fragen der Kompensation festgestellter Eignungsmängel in die Bewertung einzubeziehen. Solche Kompensationsmöglichkeiten können einerseits technischer Art sein, wie zum Beispiel durch Umbauten des Kraftfahrzeuges. Andererseits spielen Persönlichkeitsmerkmale des Betroffenen eine besondere Rolle wie zum Beispiel persönliche Zuverlässigkeit, Compliance und verantwortungsvolle Grundeinstellung. In vielen Fällen, wie beispielsweise bei psychiatrisch-neurologischen Krankheitsbildern und/oder zur Beurteilung der Auswirkung der medikamentösen Behandlung wird die Überprüfung der psychofunktionalen Leistungsfähigkeit durch spezifische verkehrspsychologische Testverfahren in die Bewertung einzubeziehen sein.

Insbesondere bei Akzeptanzproblemen seitens der Patienten können die aus Haftungsgründen in rechtlicher Hinsicht unbedingte anzurathenden und zu dokumentierenden Aufklärungsgespräche das Arzt-/Patientenverhältnis erheblich belasten. Für den behandelnden Arzt ergibt sich eine Problematik häufig aus der mangelnden Distanz zu seinen Patienten – also aus der fehlenden Neutralität. (Diesem Umstand wird in der Fahrerlaubnisverordnung Rechnung getragen durch die Forderung, dass der begutachtende Arzt nicht zugleich der behandelnde Arzt sein soll.)

Unsicherheiten bestehen häufig in der Bewertung des Ausmaßes der reduzierten Fahreignung bei altersbedingten Defiziten und/oder Multimobilität. Ein Aufklärungsgespräch wird insbesondere bei den Patienten besonders problematisch, die sich in ihrer Fahrtüchtigkeit falsch positiv einschätzen und vorhandene Defizite nicht erkennen oder akzeptieren können.

(Die Möglichkeit einer sicheren Abschätzung des Mobilitätsrisikos erkrankter Kraftfahrer bieten aktuell die Begutachtungsstellen für Fahreignung des TÜV Hessen durch eine spezifische Dienstleistung KONDIAG, als so genannte konsiliardiagnostische Plattform für den Arzt KONDIAG, die konsiliardiagnostische Begutachtung für erkrankte Kraftfahrer, bietet dem Arzt und den Patienten eine Hilfestellung in der Bewertung von fahreignungsrelevanten Erkrankungen und Verletzungen der Patienten.

Eine Untersuchung durch neutrale, objektive Verkehrsmediziner und Verkehrspsychologen bei den Medizinisch-Psychologischen Instituten des TÜV Hessen ermöglicht die Abklärung und individuelle gutachterliche Bewertung der Mobilitätsrisiken und -chancen von Menschen mit verkehrsrelevanten Erkrankungen.

Die KONDIAG-Begutachtung beruht auf dem Gedanken der Selbstverantwortung des Patienten nach Maßgabe der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) ohne erzwungene behördliche Anordnung und trägt damit zugleich dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten Rechnung. Voraussetzung für die KONDIAG-Begutachtung ist die Kenntnis der ärztlich erhobenen anamnestischen Daten unter Einbeziehung aller weiteren relevanten ärztlichen Befunde.

Je nach Wunsch der Betroffenen kann eine mündliche Beratung vorgenommen werden oder eine schriftliche gutachterliche Aussage.

Zusätzlich zur verkehrsmedizinischen Bewertung, oder auch isoliert, können erfahrene Verkehrspsychologen die psy-

chofunktionale Leistungsfähigkeit testen und bewerten und darüber hinaus besteht in besonderen Fällen die Möglichkeit einer praktischen Fahrprobe mit einem Verkehrspsychologen.

Selbstverständlich wird die Schweigepflicht beachtet, es erfolgt keine Meldung an die Verkehrsbehörde – alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Mit der Information aus der KONDIAG-Begutachtung kann dem Betroffenen eine Hilfestellung gegeben werden, die sich auf seine Einstellungen, Verhaltensweisen und Potentiale positiv auswirkt.

Der Vorteil liegt dabei sowohl für den behandelnden Arzt – als auch für den betroffenen Patienten auf der Hand:

Für den Patienten schafft KONDIAG Sicherheit. Er erfährt, ob und inwieweit er trotz seiner Erkrankung in der Lage ist, sich selbst und das Fahrzeug sicher zu beherrschen.

Der behandelnde Arzt kann das Ergebnis der neutralen, konsiliardiagnostischen Untersuchung in seinen weiteren Beratungs- und Behandlungsprozesse einbeziehen.

Gleichzeitig hat er damit nachgewiesen, dass er seiner Aufklärungspflicht nachgekommen ist)

III. Die Relevanz für den behandelnden Arzt liegt auf der Hand: Sobald der Arzt Kenntnis von der reduzierten oder aufgehobenen Fahreignung seines Patienten erlangt hat, muss er ihn über alle notwendigen Verhaltensmaßnahmen im Zusammenhang mit der Diagnose und Behandlung unterrichten. Diese Pflicht folgt aus dem **Behandlungsvertrag**.

Sofern Anhaltspunkte für eine auch nur reduzierte Fahreignung bestehen, muss der Arzt diesem Verdacht konkret nachgehen, auch wenn er nicht weiß, ob der Patient tatsächlich am – insbesondere auch motorisierten – Straßenverkehr teilnimmt. Diese Situationsbeschreibung verdeutlicht zugleich ein typisches Problem: Was der Patient außerhalb der Behandlungsräume macht, bleibt dem Behandler in der Regel verborgen.

Dennoch haftet der Arzt nach der Rechtsprechung bei Verletzung der Aufklärungspflicht, insbesondere aber auch bei Verletzung der Überwachungspflicht:

Der Bundesgerichtshof hat einen Arzt – anders als die die Klage abweisenden Vorinstanzen – zum Schadensersatz an die Erben eines Patienten verurteilt:

Begründung :

„(...) Dem Arzt war bekannt, dass der später verunfallte und zu Schaden gekommene Patient ohne Begleitperson mit dem eigenen Kfz zu ihm gekommen war und er aufgrund der Verabreichung des Wirkstoffs M. noch lange Zeit nach dem Eingriff nicht in der Lage war, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen.

Der Arzt wusste also, dass der Patient nur „home ready“ nicht aber „street ready“ war.“

Daraus folgt der Bundesgerichtshof weiter: „Der beklagte Arzt hätte sicherstellen müssen, dass sein Patient die Behandlungsräume nicht unbemerkt verlassen konnte und sich dadurch der Gefahr einer Selbstschädigung aussetzte.

Hätte der Arzt seine Pflicht zur Überwachung erfüllt, wäre es nicht zu dem eigenmächtigen Entfernen und dem nachfolgenden Unfall gekommen. Denn es bestand unter anderem die Gefahr einer Gedächtnisstörung mit der Folge, dass sich der Patient an das Fahrverbot nicht erinnert.

Der eingetretene Schaden ist daher ausschließlich auf die Pflichtverletzung des Arztes zurückzuführen, so dass der Arzt in vollem Umfang ohne ein Mitverschulden des Patienten haftet.“

(Bundesgerichtshof

Urteil vom 08.04.2003 Az.: VI ZR 265/02, NJW 2003, 2309; Dt. Ärzteblatt 2004, 598)

Die Pflicht des Arztes wirkt haftungsrechtlich sogar weiter auch zugunsten anderer Verkehrsteilnehmer. Soweit der Patient nach einem Verkehrsunfall diesen zum Schadensersatz verpflichtet ist,

kommt eine hierfür mitursächliche Verletzung der ärztlichen Schutzpflicht auch insoweit und zu Lasten des Arztes zum Tragen.

Das Dilemma ist evident. Zwar ist dem Patienten kein konkreter Heilerfolg geschuldet. Der Arzt ist auch nicht in der Lage und nicht willens, ständig die **Sach- und Risikoverwaltung** für den Patienten im Hinblick auf dessen Versicherungsschutz und im Hinblick auf durch Ihren Patienten verletzte Rechtsgüter Dritter auszuüben.

Trotzdem verlangt die Rechtsprechung, dass der Patient bei auch nur eingeschränkter Fahreignung aufgeklärt und gewarnt und nötigenfalls auch gehindert werden muss, dass er nicht am Straßenverkehr teilnimmt.

Die Einhaltung dieser Pflicht hat der Arzt im Haftungsfall nachzuweisen.

Schon wegen des hohen emotionalen Stellenwertes der Fahrerlaubnis stellt häufig die Aufklärung und Beratung von Patienten mit verkehrsrelevanten Erkrankungen an den behandelnden Arzt besondere Anforderungen.

Besonders schwierig – und auch zeitaufwendig – gestaltet sich aber auch der notwendige Beratungsprozess bei **Patienten mit Akzeptanzproblemen**, die entweder aus der Persönlichkeitsstruktur resultieren oder sich als Folge der Erkrankung selbst darstellen.

Dabei ist der Arzt in der Beratung immer in einer Doppelrolle: einerseits muss er alle Verkehrsteilnehmer vor ungeeigneten Kraftfahrern schützen, andererseits muss er die individuellen Mobilitätschancen seines Patienten erhalten, zum Beispiel durch geeignete Kontrolluntersuchungen und Therapieformen oder eröffnen durch Definieren von Auflagen oder Beschränkungen.

Der Arzt muss aber insbesondere über spezifisch verkehrsmedizinische Kenntnisse verfügen (diese unter Beachtung sowohl der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung als auch der Vorgaben der komplexen Fahrerlaubnis-Verordnung).

Allein der Nachweis jener Kenntnisse ist nicht der Regelfall. Somit setzt sich jeder Arzt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hohen Haftungsrisiken aus.

Der Arzt muss also als wichtiger Bestandteil der **Unfallprävention** begriffen werden. Er hat eine verantwortungsbewusste Beratung im Vorfeld zur Vermeidung eines Schadensereignisses vorzunehmen. Er sollte in Ermangelung eigener verkehrsmedizinischer Kompetenz eine konsiliardiagnostische Beratung (etwa jene beim TÜV Hessen KONDIAG) nutzen, sofern er bei gewissenhafter Überprüfung seiner eigenen Kapazitäten (quantitativ oder qualitativ) zu dem Ergebnis gelangt, eine verkehrsmedizinisch und/oder verkehrspsychologisch zuverlässige Einschätzung und Einweisung des Patienten nicht vornehmen zu können. Er trägt dadurch auf beiden Seiten zur Risikominimierung bei.

Kommt es nämlich zur Entziehung der Fahrerlaubnis durch behördlichen Zwang im Rahmen einer letztlich anlassbezogenen Reaktion der Verwaltungsbehörde – etwa nach einem Unfall oder sonstiger Auffälligkeit, das heißt nach dem Eintritt eines verkehrsrelevanten Problems, trifft sie den kraftfahrenden Patienten nahezu unvermittelt mit weit reichenden Mobilitätseinbußen. Für den Berufskraftfahrer resultieren zudem auch wirtschaftlichen Konsequenzen.

Eine individuelle verkehrsmedizinisch/verkehrspsychologische Diagnostik und Beratung dient also dem Ziel der Unfallprävention und somit der Erhöhung der Verkehrssicherheit. Zusätzlich soll sie dem Betroffenen Sicherheit verschaffen. Sie ist ein Hilfsmittel für den Erkrankten zur Feststellung, ob er die Anforderungen im Rahmen der ihm obliegenden Verantwortung erfüllt.

In vielen Fällen wird der einsichtige Patient die hierauf ausgerichtete verkehrsmedizinische Beratung akzeptieren und sich verantwortungsvoll verhalten. Dabei kann sanfter kompetenter Druck die Bereitschaft erhöhen, zu erkennen, dass es bei

Einschaltung der Straßenverkehrsbehörde nach einem Unfall oder durch konkrete Anzeige Dritter zu spät sein kann. Dann nämlich folgt die unter Umständen zeit- und kostenaufwändige Anordnung der Beibringung eines Gutachtens zur Beurteilung der Fahreignung. Denn die Beweislast für die Fahreignung trägt der Patient.

Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Selbstverantwortung des Patienten zu stärken, um mit ihm gemeinsam die bestmögliche Klärung der Fahreignung herbeizuführen zur Weiterverfolgung und Unterstützung des Mobilitätsinteresses des Patienten und zur beidseitigen Haftungsminimierung.

Der Arzt unterstützt zudem seine Patienten in der spezifischen Behandlungssituation, indem er entweder mit eigener verkehrsmedizinischer Kompetenz oder nach Inanspruchnahme einer konsiliardiagnostischen Beratung (KONDIAG) die – dann vorliegenden Untersuchungsergebnisse – mit seinem Patienten erörtert, und gemeinsam klärt, wie die Behandlung einer möglichen Erkrankung zur Wiederherstellung der Fahreignung aussehen kann. (Der Patient kann im Übrigen bei Inanspruchnahme von KONDIAG auf Wunsch das Begutachtungsergebnis mündlich zur Kenntnis bekommen oder auch als schriftliches Gutachten, was die Akzeptanz erhöht, zudem besteht die Möglichkeit, eine Fahrverhaltensbeobachtung durchzuführen).

Im Rahmen einer KONDIAG-Begutachtung wird zunächst eine Problemzuordnung erfolgen durch den Überblick über die verkehrsmedizinische Thematik (Beachtung der spezifischen Fragestellung des Klienten oder seines behandelnden Arztes). Nach Unterlagenprüfung (Vollständigkeit der ärztlichen Vorgeschichtsdaten und ärztlichen Befundlage) Befragung (Anamnese) des Klienten zur spezifischen Erkrankung und Ausschluss weiterer verkehrsmedizinischer relevanter Erkrankungen erfolgt eine ärztliche Untersuchung, mit Erhebung eines allgemein medizinischen, gegebenenfalls neurologi-

schen und/oder psychiatrischen Befundes (gegebenenfalls Erhebung eines Laborstatus).

Auf ärztliche Anforderung oder nach Maßgabe der Erforderlichkeit seitens des Krankheitsbildes, wird (zusätzlich) eine psychofunktionale Leistungsüberprüfung vorgenommen, die allerdings als (Zusatz-) Information auch direkt angefordert werden kann.

In besonderen Fällen kann eine zusätzliche Fahrverhaltensbeobachtung das Befundbild komplettieren.

Besonders bei Erkrankungen mit Auswirkungen auf die psychofunktionale Leistungsfähigkeit, zum Beispiel Apoplex oder Demenz, wird man den Betroffenen zu einer spezifisch verkehrspsychologischen Testuntersuchung raten müssen, zur endgültigen Abklärung der Fahreignung.

In jedem Fall entsprechen die Gutachten den Forderungen der Anlage 15 FeV und § 11 Abs. 5 Fahrerlaubnis-Verordnung, besonders im Hinblick auf Anlassbezug, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Nachprüfbarkeit und Vollständigkeit.

Es ist die originäre **Aufgabe des Gutachters**, die Defizite (Mängel) und die verkehrsrelevanten Auswirkung der Erkrankung des Probanden zu befunden, die Befundtatsachen diagnostisch einzuordnen und auf der Grundlage dieser spezifisch verkehrsmedizinischen/verkehrspsychologischen Feststellungen eine hierauf aufbauende Prognose anzustellen in Bezug auf eventuelle Konsequenzen bei Teilnahme des Patienten am (motorisierten) Straßenverkehr – dies allerdings unter Bewertung aller eventuellen Kompensationsmöglichkeiten.

Der (KONDIAG) Gutachter ist selbstverständlich spezialisiert und verkehrsmedizinisch/verkehrspsychologisch besonders ausgebildet, und/oder er verfügt über besondere Erfahrungen durch praktische Tätigkeit (§§ 65 – 67, 72 FeV) und er ist neutral.

Gerade die Neutralität einer unabhängigen (KONDIAG) Begutachtung bietet einen Vorteil, besonders bei Patienten mit

Akzeptanzproblemen. Ein weiterer Vorteil resultiert aus der Tatsache, dass der Patient interdisziplinär, also verkehrsmedizinisch und verkehrspsychologisch untersucht werden kann, um zu einer bestmöglichen Absicherung der Befundlage zu kommen, eventuell unter Einbeziehung des Ergebnisses einer Fahrverhaltensbeobachtung.

Grundlage für die verkehrsmedizinische und/oder verkehrspsychologische Begutachtung sind die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung.

Während die FeV und deren Anlagen die rechtlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der Fahreignung beinhalten, sind die Begutachtungs-Leitlinien für die Kraftfahrereignung die Wiedergabe allgemeiner gültiger wissenschaftlicher Erkenntnisse, die im konkreten zu untersuchenden Einzelfall letztendlich das Fahrerlaubnisrecht normativ ausfüllen.

Hieran orientieren sich sowohl die Rechtsprechung als auch die Fahrerlaubnisbehörden.

Die partnerschaftliche Unterstützung durch eine konsiliarärztliche Plattform (KONDIAG) wird dem Patienten ein Höchstmaß an Absicherung verschaffen; Arzt und Patient finden damit die gewünschte unabhängige und neutrale Unterstützungsplattform für das Mobilitätsinteresse. Die Inanspruchnahme einer solchen Plattform bedeutet zugleich die Minimierung beträchtlicher haftungsrechtlicher Risiken.

Anschriften der Verfasser:  
Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born  
TÜV Hessen  
Leitende Ärztin des  
Medizinisch-Psychologischen Institutes  
Eschborner Landstraße 42 – 50  
60489 Frankfurt am Main

Rechtsanwalt Jürgen Peitz  
Partner der Anwaltssozietät  
Dr. Behrens Daalman Wolff Peitz  
Kapitány & Mauntel  
Am Ostpark 14,  
33604 Bielefeld



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/C038

### Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/C039

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2006

### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis  
Reg.-Nr. 06/C040)

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 06/C041

### Zwickau-Stadt

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 06/C042

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 06/C043  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/C044

### Chemnitzer Land

Facharzt für Orthopädie  
Reg.-Nr. 06/C045  
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.09.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 06/D053

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/D054

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23.08.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/D055

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/D056

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 06/D057

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.09.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 06/L038

Facharzt für HNO-Heilkunde  
Reg.-Nr. 06/L039

Facharzt für Radiologie  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 06/L040

### Leipziger Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 06/L041

### Döbeln

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 06/L042

### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/L043

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 22.09.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, fol-

gende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Mittweida

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
geplante Praxisabgabe 31.07.2007

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2006/Anfang 2007

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
(2 Vertragsarztsitze in Gemeinschaftspraxis)

geplante Praxisabgabe: Ende 2006

### Görlitz-Stadt/

### Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: I/2007

### Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2007/Anfang 2008

Facharzt für Allgemeinmedizin\*) – Radeberg  
geplante Praxisabgabe: 01.01.2008

### Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2007

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

geplante Praxisabgabe: ab sofort oder nach Vereinbarung

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2006

### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: März 2007

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

---

# Amtliche Bekanntmachungen

## Inhaltsverzeichnis

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

---

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

Vom 6. Juli 2006

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

### § 1

#### Errichtung

(1) Aufgrund von

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

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

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

### § 2

#### Aufgaben der Kommission

Aufgaben der Kommission sind:

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

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

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

### § 3

#### Zusammensetzung

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

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

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

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

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

#### § 4

##### **Unabhängigkeit, Rechte und Pflichten der Mitglieder**

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

#### § 5

##### **Sitzungsverlauf**

(1) In Abstimmung mit dem Vorsitzenden, im Verhinderungsfalle mit seinem Stellvertreter, beruft die Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer die Kommission ein und bestimmt Ort und Zeit der Sitzung. Der Vorsitzende leitet die Sitzung.

(2) Die Sitzungen der Kommission sind nicht öffentlich. Die an den Sitzungen teilnehmenden Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(3) Die Kommission beschließt grundsätzlich nach mündlicher Erörterung.

(4) Die Ergebnisse der Sitzungen der Kommission sind in einem Protokoll festzuhalten.

(5) Die Berichterstattung über die Tätigkeit der Kommission erfolgt durch den Vorsitzenden der Kommission im Rahmen des Jahresberichtes der Sächsischen Landesärztekammer.

(6) Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend sind.

#### § 6

##### **Anhörung nicht verheirateter Paare**

(1) In den Fällen des § 2 Nr. 3, in denen die Anwendung der Methoden der künstlichen Befruchtung bei nicht verheirateten Paaren nur nach vorheriger Anhörung durchgeführt werden, wird die Kommission auf schriftlichen Antrag tätig. Der Antrag ist bei der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer einzureichen. Er kann bis zur Befassung der Kommission hiermit jederzeit ergänzt und zurückgenommen werden.

(2) Antragsberechtigt sind nicht verheiratete Paare. Anträge haben mindestens zu enthalten:

1. die Begründung dafür, warum eine Heirat nicht in Frage kommt bzw. eine solche nicht zumutbar erscheint,
2. ein Vaterschaftsanerkennnis gemäß § 1592 Nr. 2 BGB in Verbindung mit § 1594 Abs. 4 BGB, notariell beglaubigt oder vom Jugendamt entsprechend § 59 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII beurkundet,
3. eine gemeinsame Sorgeerklärung gemäß § 1626a Abs. 1 Nr. 1 BGB in Verbindung mit § 1626b Abs. 2 BGB, notariell beglaubigt oder vom Jugendamt entsprechend § 59 Abs. 1 Nr. 8 SGB VIII aufgenommen,

4. ggf. Scheidungsurteil(e) / Sterbeurkunde(n) in Kopie,

5. eine Bestätigung der behandelnden Einrichtung.

(3) Die Kommission kann von den Antragstellern ergänzende Unterlagen, Angaben oder Begründungen verlangen. Im Ergebnis der Befassung der Kommission wird den Antragstellern ein Votum erteilt.

#### § 7

##### **Anhörung bei Verwendung fremder Samenzellen**

(1) Ist beabsichtigt, bei Anwendung der Methoden der künstlichen Befruchtung fremde Samenzellen (Samenspende) zu verwenden, bedarf es des zustimmenden Votums der Kommission.

(2) § 6 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Bestätigung der behandelnden Einrichtung eine Erklärung darüber enthält, dass das Paar über die medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekte der Verwendung heterologen Samens (Kapitel F Abschnitt III sowie Kapitel G zu F. III. gemäß Anlage 2) beraten wurde.

#### § 8

##### **Kosten**

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

#### § 9

##### **Inkrafttreten**

Diese Geschäftsordnung tritt am 1. September 2006 in Kraft.

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

Anlage 2: Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

Dresden, 24. Juni 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

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

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

Dresden, 6. Juli 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

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

### **A.**

#### **Geltungsbereich, Vorbemerkungen**

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

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

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

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

### **B.**

#### **Genehmigung**

##### **I. Genehmigungsgegenstand**

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

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

##### **II. Genehmigungsvoraussetzungen**

Die Genehmigung darf Antragstellern nur erteilt werden, wenn sie

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

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

### **III. Antrag**

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

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

Der Antrag kann sich auf künstliche Befruchtungen mittels

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

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

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

### **IV. Prüfung**

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

### **V. Erteilung der Genehmigung**

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

### **VI. Nebenbestimmungen**

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

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

### C.

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

##### **I. Antragsteller**

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

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

##### **II. Weiteres Personal**

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

##### **III. Technische Ausstattung der Einrichtung**

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

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



#### IV. Heterologe Insemination nach Stimulation

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

##### D.

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

##### I. Antragsteller

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

##### II. Weiteres Personal

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

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

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

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

##### III. Technische Ausstattung der Einrichtung

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

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

## 5. Kryokonservierung

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

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

## Anlage 2

### Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

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

#### A. Präambel

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

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

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

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

### IV. Sondervorschriften für vertragsärztliche Praxen und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

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

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

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

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

#### B. Begriffsbestimmungen zur künstlichen Befruchtung

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

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

### 1. Insemination

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

### 2. GIFT

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

### 3. Extrakorporale Befruchtung

#### 3.1. IVF

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

#### 3.2. ICSI

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

#### 4. ET

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

### 5. Homologer/heterologer Samen

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

### 6. PKD

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

### 7. PID

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

## C.

### Medizinische Voraussetzungen für die künstliche Befruchtung

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

### I. Methoden und Indikationen

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

### 1. Hormonelle Stimulation der Follikelreifung

Indikationen:

- Follikelreifungsstörungen
- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen

### 2. Homologe Insemination

Indikationen:

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

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

Uneingeschränkte Indikationen:

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

Eingeschränkte Indikationen:

- Endometriose von hinreichender Bedeutung
- idiopathische Unfruchtbarkeit

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

### 4. Intratubarer Gametentransfer (GIFT)

Indikationen:

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

### 5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen:

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. Heterologe Insemination

Indikationen:

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

Voraussetzung sind funktionsfähige, offene Eileiter.

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

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

Indikationen:

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

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

## 8. Polkörperdiagnostik (PKD)

Die PKD ist ein in Erprobung befindliches Verfahren.

Indikationen:

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

Eine Erhöhung der Geburtenrate ist bisher nicht hinreichend belegt.

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

## II. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

- alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft

Eingeschränkte Kontraindikationen:

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

## III. Humangenetische Beratung

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

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

### D.

#### Allgemeine Zulassungsbedingungen

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

## I. Rechtliche Voraussetzungen

### 1. Statusrechtliche Voraussetzungen

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

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

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

### 2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

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

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

### 3. Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

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

### 4. Berufsrechtliche Voraussetzungen

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

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

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

## II. Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung

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

### 1. Medizinische Aspekte

Information, Aufklärung und Beratung, insbesondere zu folgenden Punkten

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

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

### 2. Psychosoziale Aspekte

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

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

### 3. Aspekte der humangenetischen Beratung

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

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

### 4. Aspekte der behandlungsunabhängigen Beratung

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

### 5. Aspekte der Kostenübernahme

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

### 6. Aspekte der Dokumentation

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

## E.

### Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Durchführung der Methoden

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

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

## F.

### Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung

#### I. Embryotransfer

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

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

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

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

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

## II. Kryokonservierung

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

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

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

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

## III. Verwendung von heterologem Samen

### 1. Medizinische Aspekte

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

Der Arzt hat sicherzustellen, dass

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

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

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

Dies gilt auch bei der Kooperation mit Samenbanken.

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

## 2. Psychosoziale Beratung

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

## 3. Rechtliche Aspekte

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

### 3.1. Unterrichtung über Rechtsfolgen

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

### 3.2. Dokumentation

Der behandelnde Arzt muss

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

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

## IV. Verfahrens- und Qualitätssicherung

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

### 1. Dokumentation

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

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

Im einzelnen müssen mindestens dokumentiert werden:

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

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

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

## 2. Weitere Regelungen

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

## 3. Meldung von Verstößen

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

## V. Berufsrechtliche Folgen

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

## G.

### Kommentar

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

## Zu B. Begriffsbestimmungen

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

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

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

### Zur Indikation

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

### Zur Gewinnung der Spermatozoen

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

### Zur humangenetischen Beratung und Diagnostik

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

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

## Zu C. I. 8. Polkörperdiagnostik (PKD)

### PKD zur Erkennung eines erhöhten spezifischen Risikos

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

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

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

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

#### **PKD zur Erhöhung der Geburtenrate nach IVF**

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

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

#### **Zu C. II. Kontraindikationen**

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

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

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

#### **Zu D. I. 1. Statusrechtliche Voraussetzungen**

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

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

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

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

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

#### **Zu D. I. 2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen**

##### **Gesetzliche Vorgaben**

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



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

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

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

#### **Ethische Perspektiven und rechtspolitische Schlussfolgerungen**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Zu D. II. 1. Medizinische Aspekte**

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

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

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

## **Zu E. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen**

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

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

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

### **Zu F. I. Embryotransfer**

#### **Zur Zahl der zu transferierenden Embryonen in Abhängigkeit vom Alter**

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

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

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

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

### **Zu F. II. Kryokonservierung**

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

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

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

### **Zu F. III. Verwendung von heterologem Samen**

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

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

#### **Zur Familienrechtlichen Ausgangslage**

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

#### **Zur Anfechtung der Vaterschaft (im Rechtssinn)**

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

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

#### **Zur Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders**

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

---

### Zur Dokumentation und Auskunftsansprüchen

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

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

### Zu F. VI. 1. Dokumentation

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

---

# Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 6. Juli 2006

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

## Artikel 1

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

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

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

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

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

## Artikel 2

### In-Kraft-Treten

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

Dresden, 24. Juni 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

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

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

Dresden, 6. Juli 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

---

# Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 6. Juli 2006

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

## Artikel 1

### **Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer**

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

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

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

## Artikel 2

### **In-Kraft-Treten**

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

Dresden, 24. Juni 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

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

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

Dresden, 6. Juli 2006

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Befreiungs- und Überleitungsabkommen mit der Zahnärzteversorgung Sachsen

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

## Befreiungs- und Überleitungsabkommen

Die Sächsische Ärzteversorgung  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
und die  
Zahnärzteversorgung Sachsen  
Schützenhöhe 11, 01099 Dresden  
schließen nachfolgendes Abkommen:

### § 1

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

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

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

(3) Von der Überleitung ausgenommen sind die

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

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

### § 2

(1) Die Überleitung ist ausgeschlossen,

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

(2) Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass

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

### § 3

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

### § 4

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

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

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

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

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

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

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

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

#### § 5

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

#### § 6

Überleitungen, die

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

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

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

werden entsprechend den vorstehenden Regelungen abgewickelt.

#### § 7

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

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

#### § 8

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

#### § 9

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

#### § 10

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

#### § 11

Das Abkommen tritt am 01.01.2006 in Kraft.

Dresden, den 27.03.2006

gez.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Präsident

der Sächsischen Landesärztekammer

Dresden, den 20.04.2006

gez.

Dr. med. dent. Helke Stoll

Vorsitzender des Verwaltungsrates

der Zahnärzterversorgung Sachsen





## Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

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

Die Richtlinien des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (SMS) zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser aus dem Jahr 1998 sind zum Jahresende 2005 außer Kraft getreten.

In diesen Richtlinien ist der Sächsischen Landesärztekammer die Bearbeitung und Genehmigung nach § 121a SGB V übertragen worden. Im Sinne der von vielen Seiten angemahnten Deregulierung wurde die Sächsische Landesärztekammer vom SMS gebeten, eine eigene Satzung zu erlassen, in der das Genehmigungsverfahren geregelt wird.

Es wurde eine Satzungsänderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer erforderlich, mit dem Ziel der Festlegung einer Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“.

Die rechtlichen Grundlagen der Errichtung der Kommission sind gemäß § 1 der Geschäftsordnung:

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

Nach § 2 der Geschäftsordnung hat die Kommission folgende Aufgaben:

1. die Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V,
  2. die Erarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen sowie zur Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gemäß § 121a SGB V,
  3. die Überprüfung der Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen; dazu gehört die Anhörung vor Anwendung dieser Methoden bei nicht verheirateten Paaren, bei der Anwendung dieser Methoden unter Verwendung fremder Samenzellen (Samenspende) sowie die Erteilung eines zustimmenden Votums und
  4. die Auswertung des Jahresberichtes des Deutschen IVF-Registers (DIR).
- Der § 3 regelt die Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen der sieben Mitglieder der Kommission. Dabei sind ambulanter und stationärer Bereich zu berücksichtigen. Die Rechte, Pflichten und Unabhängigkeit der Mitglieder der Kommission sind im § 4 festgelegt. Der § 5 regelt Sitzungsverlauf, Beschluss-erarbeitung, Beschlussfähigkeit und die Berichterstattung der Kommission. Unter § 6 ist das Verfahren der Anhörung von nicht verheirateten Paaren, die die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung in Anspruch nehmen wollen, näher ausgestaltet. Hintergrund dieser Anhörung ist in erster Linie die Gewährleistung der Rechtssicherheit für die Patientin, ihren Partner, das entstehende Kind und den behandelnden Arzt. Diese Problematik führte bei der Erarbeitung der Geschäftsordnung zu lebhaften Diskussionen, da die (Muster-)Richtlinie zur assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer vom 17. Februar 2006 eine derartige Anhörung nicht mehr vorsieht. Die Verfahren der Anhörung bei Verwendung von Spendersamen im Zusammenhang mit den Methoden der künstlichen Befruchtung ist im § 7 festgelegt. Der § 8 regelt die Gebührenerhebung.

Das Inkrafttreten und der Verweis auf die Anlage 1 „Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen oder Krankenhäuser“ sowie die Anlage 2 „Richtlinien zur künstlichen Befruchtung“ wird im § 9 der Geschäftsordnung geregelt.

Anlage 1 regelt das Genehmigungsverfahren und -voraussetzungen von Anträgen zur Durchführung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Ausgeführt werden sowohl die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Durchführung künstlicher Befruchtungen als auch personelle und technische Mindestanforderungen an den Antragsteller und seine Arbeitsgruppe.

Anlage 2 zählt die Behandlungsmethoden zur Durchführung der künstlichen Befruchtung auf, benennt deren Indikationen und rechtlichen Voraussetzungen. Damit wird die (Muster-)Richtlinie zur assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer vom 17. Februar 2006 in Landesrecht übernommen.

Mit dieser Geschäftsordnung einschließlich der Anlagen geht die berufsrechtliche Verantwortung für Entscheidungen über Genehmigungen und für ärztliches Handeln auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin auf die Sächsische Landesärztekammer über. Damit wird juristisch vollzogen, was de facto in den letzten Jahren schon vom SMS auf die Kommission delegiert worden war und sich bewährt hat. Veröffentlicht ist die Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer im Mittelhefter dieses Ärzteblattes S. 407 ff sowie der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer, [www.slaek.de](http://www.slaek.de), unter der Rubrik Rechtsgrundlagen. Für Rückfragen steht Ihnen Herr Ass. jur. Michael Kratz, Assistent der Hauptgeschäftsführung, unter Tel.: 0351 8267-414, gern zur Verfügung.

Dr. med. Hans-Jürgen Held  
Vorsitzender der Kommission  
„Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“

## Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung

### Rezeptaussstellung für Eigenbedarf ist ab sofort nicht mehr erforderlich!

Nachdem die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung, AMVV) in der Praxis zu erheblichen Irritationen und Einschränkungen geführt hat, wurden nunmehr durch den Ordnungsgeber frühere Regelungen wieder aufgenommen. Folgende Änderungen sind zum 1. Juli 2006 in Kraft getreten:

- Für den Eigenbedarf von Ärzten bedarf die Verschreibung nicht (mehr) der schriftlichen oder elektronischen Form, das heißt Ärzte dürfen ab sofort Arzneimittel für ihren Eigenbedarf künftig wieder allein auf mündliche Anforderung beziehen (§ 4 Abs. 2 AMVV). Der Apotheker hat sich jedoch über die Identität des Arztes Gewissheit zu verschaffen. Dies kann zum Beispiel durch Vorlage des Arztbescheides erfolgen.
- Erlaubt die Anwendung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels keinen Aufschub, kann der Arzt den Apotheker in geeigneter Weise, beispielsweise telefonisch oder per Fax, über die Verschreibung und deren Inhalt unterrichten. In Ausnahmefällen ist somit ein Verzicht auf die körperliche Vorlage der Verschreibung in der Apotheke vorgesehen (§ 4 Abs. 1 AMVV). Voraussetzung dafür ist, dass „die Anwendung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels keinen Aufschub“ erlaubt. Der Apotheker hat sich über die Identität des Arztes Gewissheit zu verschaffen. Die Verschreibung muss unverzüglich in schriftlicher oder elektronischer Form nachgereicht werden.
- In § 2 Abs. 1 Nr. 5 AMVV wird klar gestellt, dass die Angabe der Darreichungsform auf der Verschreibung nur notwendig ist, wenn die Bezeichnung des Arzneimittels nicht eindeutig ist. Sie ist verzichtbar, wenn die Darreichungsform aus der Arzneimittelbe-

zeichnung eindeutig hervorgeht, zum Beispiel wenn das Arzneimittel nur in einer einzigen Darreichungsform verfügbar ist.

- Darüber hinaus kann im Ausnahmefall das Geburtsdatum des Patienten durch den Apotheker ergänzt werden.

Zum 1. Oktober 2006 werden eine Reihe weiterer (neuer) Wirkstoffe der Verschreibungspflicht unterstellt.

Die Änderungen sind am 16. Juni 2006 vom Bundesrat beschlossen und am 30. Juni im Bundesanzeiger veröffentlicht worden.

Die Verordnung über die Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung kann auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (<http://www.slaek.de>) abgerufen werden.

Dr. med. Katrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (WBO 2006)

Zum 01.01.2006 ist die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 in Kraft getreten.

Die inhaltlichen Weiterbildungsanforderungen an die Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatzweiterbildungen werden durch Verwaltungsrichtlinien in fachlicher Hinsicht konkretisiert. Bereits am 4. Januar 2006 verabschiedete der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer die zur Weiterbildungsordnung gehörigen „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ (WBO 2006).

Da Ärzte in Weiterbildung die Gesamtfassung der Richtlinien für alle Gebiete und Zusatzweiterbildungen nicht benötigen, hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen, die Richtlinien getrennt für die einzelnen Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen im Internet zu veröffentlichen.

Die „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ (WBO 2006) und die „Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer“ vom 26. November 2005 finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter: [www.slaek.de/30weiterbi/index.html](http://www.slaek.de/30weiterbi/index.html).

Die Listen der einzelnen Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen sind in der Reihenfolge des dort aufgeführten Inhaltsverzeichnisses im PDF-Format abgelegt.

Sollten Sie keinen Internetzugang besitzen, können Sie die genannten Unterlagen bei der Sächsischen Landesärztekammer im Referat Weiterbildung, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden schriftlich oder telefonisch anfordern (Frau Dittrich Tel.: 0351 8267-318).

Dr. med. Birgit Gäbler  
Ärztin in der Geschäftsführung  
Weiterbildung / Prüfungswesen

## Prof. Dr. med. habil. Joachim Löbner zum 75. Geburtstag



Am 3. August 2006 beging Herr Prof. em. Dr. med. Joachim Löbner seinen 75. Geburtstag.

Von 1951 bis 1956 studierte er an der Karl-Marx-Universität Leipzig (KMU) Humanmedizin, wo er nach Staatsexamen und Promotion 1956 die Approbation als Arzt erhielt. Die Ausbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie endete 1961. Zusätzliche Kenntnisse erwarb er sich in neurochirurgischer Diagnostik bei Prof. Dr. Merrem.

1962 wurde er zum Oberarzt der Neurologischen Abteilung mit 105 Betten der Neurol.-Psychiatr. Universitätsklinik an der KMU ernannt. Weitere Arbeitsbereiche umfassten die Leitung des Labors, der Physiotherapie und der Neuropsychologie. 1968 erfolgte die Ernennung zum 1. Oberarzt und stellvertretenden Klinikdirektor. Er habilitierte sich 1969 mit einer Arbeit „Zur topisch-diagnostischen Wertigkeit des pathologischen Gesichtsfeldes bei Hirntumoren“ und wurde 1974 zum Hochschuldozenten ernannt. Nach der Verleihung des Titels „Medizinalrat“ 1984 wurde er viel zu spät 1987 zum a.o. Professor für Neurologie und 1994 zum Universitätsprofessor neuen Rechts berufen. 1985 übernahm er kommissarisch das Direktorat der Neurologischen Klinik nach der Emeritierung des langjährigen Direktors Prof. Dr. P. Feudell bis zur Neubesetzung 1986.

Sein wissenschaftliches Interesse galt der Klinischen Neurologie, wo er sich zunächst neuroophthalmologischen Fragestellungen

zuwandte. Nach Etablierung verschiedener Forschungsvorhaben in der damaligen DDR wurde er Themenkomplexleiter innerhalb des Forschungsprojekts Humangenetik. Seinem unermüdlichen Einsatz ist es zu verdanken, dass in Kooperation mit der Abteilung Neurochemie des späteren Paul-Flechsig-Instituts für Hirnforschung unter Leitung von Prof. Dr. D. Biesold in Leipzig ein interdisziplinäres Zentrum zur Erfassung, Diagnostik, Therapie und genetischen Beratung für Morbus Wilson entstanden ist. Durch hohen persönlichen Einsatz gelang es damals, Alternativtherapien zu etablieren, die zwar international verfügbar waren, hier aber nicht. Die daraus hervorgegangenen Ergebnisse, besonders die mit H. Bachmann erbrachten Daten zur Inzidenz und Heterozygotenfrequenz, fanden hohe internationale Beachtung und sind noch heute die Grundlage für ein Diagnose- und Behandlungszentrum an der Alma mater lipsiensis.

Seit 1978 auch für die Forschung an der Neurologischen Klinik verantwortlich, oblag ihm der Aufbau und die Einrichtung eines Zentrums für neuromuskuläre Erkrankungen. Für dieses auch international neue Spezialgebiet bestand enormer Nachholebedarf. So gelang es ihm, ein interdisziplinäres Team für diese Belange aufzubauen und dass diese, in ihren Strukturen noch weitgehend erhaltene Arbeitsgruppe, im Zuge der Wiedervereinigung als damals einziges Zentrum für neuromuskuläre Erkrankungen in den neuen Ländern anerkannt wurde.

Die Nennung all seiner wissenschaftlichen Ämter würde den Rahmen dieser Laudatio sprengen. Genannt seien das Amt des wiss. Sekretärs der Gesellschaft für Humangenetik der DDR unter Vorsitz von Prof. Dr. W. Göhler (Gerichtsmedizin Leipzig), das er statutengemäß seit der Gründung 1978 bis 1986 bekleidete. 1988 übernahm er den Vorsitz der Arbeitsgemeinschaft Neuromuskuläre Erkrankungen der Gesellschaft für Humangenetik von Prof. Dr. B. Kunath (Dresden) bis zur Auflösung 1990. Dem wissenschaftlichen

Beirat der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskelerkrankungen e.V. gehört er seit 1989 an.

Von 1983 bis 1990 war Prof. Löbner Vorstandsmitglied der Sektion „Neuropsychiatrische Pharmakotherapie“ der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der DDR, wo er an der Erstellung mehrerer zentraler Therapieempfehlungen mitwirkte. In der zentralen Gutachterkommission bei der Zentralstelle für ärztliches Begutachterwesen war er von 1987 bis 1990 an der Beurteilung komplizierter Schadensvorgänge des neurologischen Fachgebiets beteiligt und ist auch noch heute als ärztlicher Gutachter oder Sachverständiger bei den Sächsischen Sozialgerichten tätig.

Aus seiner wissenschaftlichen Tätigkeit resultieren 170 Publikationen einschließlich mehrerer Buchbeiträge. Genannt seien das Lehrbuch „Physiotherapie-Neurologie“, die Monographie „Beiträge zur klinischen Myologie“.

Ungezählt bleiben seine vielen gehaltenen Vorträge auf nationaler und internationaler Ebene.

Prof. Löbners besondere Liebe galt stets der Weitergabe seines jederzeit abrufbaren umfangreichen klinisch-neurologischen Wissens innerhalb der Lehre. Ausgestattet mit ausgezeichneten pädagogischen Fähigkeiten konnte er wie kaum ein anderer im Rahmen der Hauptvorlesung Neurologie, in Kursen und Seminaren seine Zuhörer begeistern. Selbst nach seiner Emeritierung 1996 ist er als Lehrbeauftragter für die Fächer Physiotherapie und Logopädie aktiv.

Als Ausdruck der Dankbarkeit und Wertschätzung zeigte sich die überwältigende Teilnahme vieler Weggefährten und ehemaliger Schüler am Abschiedskolloquium anlässlich seiner Emeritierung am 20. September 1996.

Im Namen aller, die Herrn Prof. Löbner als pflichtbewussten Arzt, Hochschullehrer und nicht zuletzt als Mensch kennen und schätzen gelernt haben, wünschen wir ihm auch weiterhin Gesundheit und persönliches Wohlergehen im Kreise seiner Familie.

Dr. rer. nat. Hans-Jürgen Kühn, Leipzig

## Prof. Dr. med. habil. Dieter Schneider zum 65. Geburtstag



Am 1. 8. 2006 beging Prof. Dr. med. habil. Dieter Schneider seinen 65. Geburtstag.

In Heiligenstadt im Eichsfeld geboren, legte er nach Grund- und Oberschulbesuch 1959 das Abitur ab und nahm nach 3jähriger Berufsschulbildung im Mauerhandwerk mit Facharbeiterabschluss 1961 das Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena auf. Nach Erlangung der Approbation als Arzt 1967 war er zunächst Wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Jenaer Universität; Promotion zum Dr. med. 1968.

Die Facharztausbildung für Innere Medizin begann 1969 an der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig mit Facharztanerkennung 1974.

Von 1974 bis 1980 folgte schwerpunktmäßig klinisch-wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiet der kardiopulmonalen Funktionsdiagnostik sowie intensive Arbeit in den Bereichen Allgemeine Innere Medi-

zin und Gastroenterologie mit Anerkennung der gastroenterologischen Subspezialisierung 1980.

1981 übernahm er die Chefarzt-Funktion der Inneren Abteilung des katholischen St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig mit Fortführung der wissenschaftlichen Arbeit auf dem Gebiet der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarktes auch in Zusammenarbeit mit seiner ehemaligen universitären Forschungsgruppe. Besonderes Interesse galt und gilt dabei der Langzeitnitrat-Therapie sowie der komplexen Herzrhythmusanalyse mittels der damals in der DDR noch kaum verfügbaren Langzeit-Elektrokardiographie.

Neben zahlreichen Publikationen und Vorträgen erfolgte 1983 die Habilitation zum Thema: „Individuell differenzierte Medikation der ischämischen Herzkrankheit mit Hilfe nichtinvasiv-invasiver Diagnostik“, ein Thema mit Leitbildcharakter für seinen ärztlichen Anspruch einer ganzheitlichen wie individuellen Patientenbetreuung unter besonderer Berücksichtigung altersmedizinischer Aspekte.

Nach Fachschulabschluss eines postgradualen Studiums der Hochschulpädagogik 1985 wurde ihm die *Facultas docendi* und der Lehrauftrag für Vorlesungen „Innere Medizin“ durch die Universität Leipzig erteilt. 1989 erfolgte die Berufung zum Honorarprofessor für Innere Medizin.

Die Anerkennung des St. Elisabeth-Krankenhauses als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig 1992 ist maßgeblich seinem unermüdlichen Engagement in der umfassenden Studentenausbildung zu verdanken. Bereits seit 1991

betreut er als Vertrauensdozent der Hanns-Seidel-Stiftung die Leipziger Gruppe der Stipendiaten- und Graduiertenförderung. Höhepunkt seines leidenschaftlichen Einsatzes in der studentischen/ärztlichen Aus- und Weiterbildung war schließlich 1995 die Verleihung des Titels „Außerplanmäßiger Professor“ durch den Staatsminister für Wissenschaft und Kunst des Freistaates Sachsen.

Seit mehreren Jahren gehört er dem Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Herzstiftung an und ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie sowie der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation.

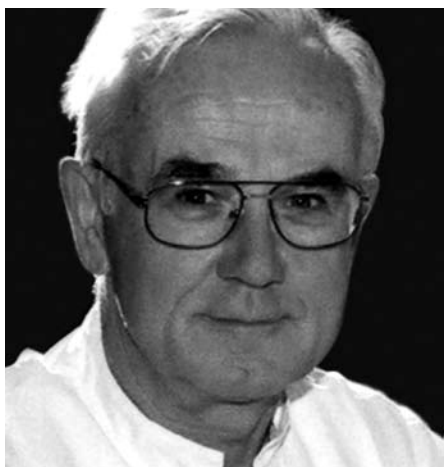
Neben seiner umfassend fachlichen Profilierung zu einem in der heutigen Zeit leider rar gewordenem „Allround“-Internisten mit Vorliebe zur Kardiologie hat er es nie versäumt, seinen Kollegen die leidenschaftliche Herzensangelegenheit dieses Berufsbildes ohne hierarchische Grenzen zu vermitteln. Ein besonderes Anliegen war ihm, seinen Patienten im Rahmen einer individuell differenzierten Behandlung, die in der heutigen Zeit mehr denn je auch notwendigen „Seelenarzneien“ zu verordnen.

Dankbar schauen wir auf die gemeinsamen, lebendigen Berufsjahre zurück und wünschen ihm auf seinem weiteren Lebensweg Gottes Segen, Gesundheit, Freude, Glück und Zufriedenheit im Kreis seiner Familie und Freunde.

Im Namen der Mitarbeiter der Inneren Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig

Dr. med. Andreas Schneider, Leipzig

## Prof. Dr. med. habil. Roland Schwarze zum 65. Geburtstag



Am 2. August 2006 hat Professor Dr. med. habil. Roland Schwarze, Leiter der neonatologisch-pädiatrischen Intensivstation der Kinderklinik am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden, sein 65. Lebensjahr vollendet. Die Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie zahlreiche Kolleginnen und Kollegen innerhalb aber auch außerhalb des Klinikums, denen er in den langen Jahren seines Wirkens kollegial mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat, gratulieren ihm in dankbarer Verbundenheit.

Geboren am 2. 8. 1941 in Naumburg als Sohn eines Zimmermanns legte er 1959 das Abitur ab. Bis zum Physikum studierte er an der Medizinischen Fakultät der Universität Sofia, danach an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. 1964 folgte das Staatsexamen und 1965 die Promotion. Nach vierjähriger Ausbildung an der Dresdener Kinderklinik erlangte er die Facharztanerkennung für Kinderheilkunde. Schon während dieser Zeit galt sein besonderes Interesse der Neonatologie, welche seinen weiteren Lebensweg prägen sollte. In der neonatologischen Arbeitsgruppe lernte er

wissenschaftlichen Arbeitsstil und Teamarbeit kennen. Im Mittelpunkt seiner Forschungsarbeit standen von 1968 bis 1974 die Auffindung geeigneter Enzyminduktoren und die Überprüfung der günstigsten Enzyminduktorenkombination zur Verhütung der Hyperbilirubinämie Früh- und Neugeborener. Diese Ergebnisse stellten eine wesentliche Grundlage für das in der DDR empfohlene Vorgehen zur medikamentösen Hyperbilirubinämie-Prophylaxe Neugeborener dar.

Nach zweijähriger Tätigkeit im Kreißsaal der Frauenklinik wurde er 1974 Stationsarzt der Frühgeborenenstation. Während dieser Zeit etablierte Professor Dr. Schwarze als eigenständiges Forschungsgebiet die Bearbeitung von Fragen der gestörten kardiopulmonalen Adaptation Neugeborener mit Hilfe der intracutanen und transcutanen  $pO_2$ -Messung. Die Resultate seiner unermüdlichen Arbeit bildeten die Grundlage für die Erarbeitung des CPAP-Testes und für die Optimierung der CPAP-Atemhilfe. Diese Thematik stellte den Schwerpunkt seiner 1981 verteidigten Promotion B-Arbeit „Optimierung der Sauerstofftherapie bei Neugeborenen mit cardiorespiratorischen Adaptationsstörungen mit Hilfe der kontinuierlichen  $pO_2$ -Messung“ dar.

1980 wurde er zum Oberarzt der Abteilung Neonatologie ernannt und übernahm seit dieser Zeit den größten Teil der fachlichen und organisatorischen Aufgaben. 1989 wurde er zum Dozenten und 1994 zum a.p. Professor für Kinderheilkunde berufen.

Unter seiner Leitung wurde 1990 die pädiatrische Intensivmedizin bei gleichzeitiger Einführung eines 3-Schichtsystems auf der Intensivstation etabliert. Seit dieser Zeit werden alle vital bedrohten und beatmungspflichtigen Kinder und Jugendlichen in enger Zusammenarbeit

mit zahlreichen Fachdisziplinen betreut. Stetig steigende Patientenzahlen sind Beleg für die erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Sächsische Landesärztekammer verdankt ihm zahlreiche Impulse unter anderem im Prüfungsausschuss Neonatologie und in der Prüfungskommission „Spezielle Pädiatrische Intensivmedizin“.

Sein besonderes Interesse galt in der Folgezeit vor allem praxisrelevanten Themen der neonatalen und pädiatrischen Infektiologie, wobei Verhütung, Erkennung und Behandlung nosokomialer Infektionen im Mittelpunkt standen. Sein engagiertes Wirken auf diesem Gebiet wurde durch die Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie gewürdigt. Als Höhepunkt dieser Tätigkeit erinnert sich der Jubilar immer wieder gern an seine Präsidentschaft der 8. Jahrestagung der Gesellschaft im Oktober 2000 in Dresden.

Aber es sind nicht nur die zahlreichen Publikationen und öffentlichen Auftritte, die Herrn Professor Dr. Schwarze unter den Kinderärzten und Neonatologen in nah und fern, hohes Ansehen zu teil werden lassen. Alle Kollegen schätzen seine ruhige, sachliche und immer auch etwas humorvolle Art bei der Erledigung der täglichen Arbeit auf „seinen Stationen“. Generationen von Ärzten, Schwestern und Hebammen verdanken ihm ihre solide Ausbildung und wurden in ihrem Wirken zum Wohle vieler kleiner Patienten von ihm geprägt.

Wir wünschen Herrn Prof. Dr. Schwarze im Namen aller Kolleginnen und Kollegen, Schüler und Freunde Gesundheit, viel Freude und Zeit für seine Familie sowie für seine Interessen.

Dr. med. Jürgen Dinger  
im Namen der Mitarbeiter

## Prof. Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger zum 60. Geburtstag



Am 20. Juli 2006 feierte Herr Professor Dr. med. habil. Hans-Detlev Saeger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Dresden seinen 60. Geburtstag. Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie wünschen zum Geburtstag alles erdenklich Gute, Glück, Gesundheit und weiteres Wohlergehen.

Herr Professor Dr. Saeger wurde am 20.7.1946 in Berlin geboren. Nach dem Abitur und dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin von 1965 bis 1971 erhielt er 1972 die Approbation als Arzt. 1972 bis 1975 absolvierte er seine Chirurgische Weiterbildung in Berlin und promovierte 1973 zum „Dr. med.“.

Danach legte Herr Prof. Dr. Saeger im Jahr 1975 das Amerikanische Staatsexamen erfolgreich nach dem ECFMG Certificate ab. 1976 setzte er seine Weiterbildung in der Chirurgischen Klinik des Klinikums Mannheim der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg fort. 1977 erfolgte die Anerkennung als „Arzt für Chirurgie“. Die Schwerpunktbezeichnung „Gefäßchirurgie“ erhielt er 1983. In den nächsten Jahren erfolgte die Anerkennung für

die Schwerpunkte „Thoraxchirurgie“ und „Viszeralchirurgie“. 1986 habilitierte er sich für das Fach Chirurgie, wurde zum Privatdozenten ernannt und war als Leitender Oberarzt in der Chirurgischen Klinik des Klinikums Mannheim unter Herrn Professor Dr. med. M. Trede tätig. 1991 erfolgte die Verleihung der außerordentlichen Professur. 1993 wurde er Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhls für Chirurgie und Direktor der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Für die Jahre 1994 bis 1995 wurde er als Präsident der Sächsischen Chirurgenvereinigung gewählt. Der Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg als Nachfolger von Professor Dr. M. Trede erfolgte 1997. Professor Dr. Saeger entschied sich zur Freude aller Mitarbeiter für Dresden. Darüber hinaus hat sich Professor Dr. Saeger um die Medizinische Fakultät und die Universität verdient gemacht. Er war von 2002 bis 2005 Dekan der Medizinischen Fakultät der TU Dresden.

Ein weiterer Höhepunkt war die Ernennung zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2005 bis 2006 und die damit verbundene Ausgestaltung des 123. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 2. bis 5. Mai 2006 in Berlin.

Professor Dr. Saeger ist Mitglied in verschiedenen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften zum Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der European Digestive Surgery, der Société Internationale de Chirurgie sowie der European Surgical Association.

Er hat viele wissenschaftliche Arbeiten in Zeitschriften und Büchern veröffentlicht. Zahlreiche Promotions- und Habilitations-

verfahren konnten unter seiner wissenschaftlichen Anleitung erfolgreich abgeschlossen werden.

Er ist Mitglied verschiedener wissenschaftlicher Beiräte Medizinischer Fachzeitschriften (Der Chirurg, Langenbecks Archives of Surgery, Zentralblatt für Chirurgie, Viszeralchirurgie, Onkologie). Hohe Anerkennung wurde ihm im Jahr 2000 durch die Aufnahme als assoziiertes Mitglied der „Nationalen Akademie für Chirurgie in Frankreich“ sowie des „Fellow of the Royal College of Surgeons“ in England zuteil.

2001 bis 2003 war er Sprecher des Konvents der Lehrstuhlinhaber für Allgemeine und Viszeralchirurgie in Deutschland. Dies ist nur eine Auswahl seines umfangreichen medizinischen und wissenschaftlichen Arbeitsbereiches als Lehrstuhlinhaber und Klinikdirektor der Klinik für VTG-Chirurgie.

Unter seiner maßgeblichen Mitwirkung erfolgte die Gründung des Universitäts Cancer Centers (UCC) sowie die Gründung des Universitätsgefäßzentrums. Beide Zentren konnten erfolgreich nach DIN-ISO zertifiziert werden.

Herr Professor Dr. Saeger ist bei Patienten und Mitarbeitern eine außerordentlich geschätzte Persönlichkeit, deren fachliche Kompetenz sich bei der Behandlung schwieriger Krankheitsbilder oft bewiesen hat.

Besonderer Schwerpunkt in seiner Klinik ist die chirurgische Behandlung von Pankreaserkrankungen. Seit 1993 wurden über 500 Pankreasresektionen durchgeführt.

Alle Mitarbeiter Ihrer Klinik übermitteln nochmals zum 60. Geburtstag die herzlichsten Glückwünsche und wünschen für das weitere private und berufliche Leben alles Gute.

Dr. med. Jörg Gastmeier  
Klinik und Poliklinik für VTG-Chirurgie  
des Universitätsklinikums Dresden

# Unsere Jubilare im September

Wir gratulieren

- 60 Jahre**
05. 09. Dr. med. Lippitz, Gisa  
02977 Hoyerswerda
09. 09. Dipl.-Med. Perschke, Wolfgang  
08134 Wildenfels
09. 09. Dr. med. Richter, Wulf  
02692 Singwitz
10. 09. Dr. med. Walter, Erika  
04159 Leipzig
11. 09. Becker, Alwina  
09123 Chemnitz
12. 09. Dr. med. Pätzug, Ulrike  
01731 Kreischa-Gombsen
12. 09. Vogel, Elke  
09113 Chemnitz
13. 09. Dr. med. Billig, Marlis  
04288 Leipzig
13. 09. Dr. med. Richter, Jutta  
01259 Dresden
15. 09. Dipl.-Med. Arnold, Reinhard  
08371 Glauchau
15. 09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Schleicher, Wilfried  
01309 Dresden
17. 09. Dr. med. Damaschke-Steenbergen, Heike  
02977 Hoyerswerda
17. 09. Dr. med. Schubert, Marion  
01326 Dresden
18. 09. Dr. med. Reinfried, Renate  
01328 Dresden
22. 09. Dipl.-Med. Birmele, Katharina  
04758 Oschatz
24. 09. Dipl.-Med. Gödicke, Ruth  
04420 Göhrenz
27. 09. Klemm, Hanns-Peter  
04129 Leipzig
27. 09. Dr. med. Manitz, Ludwig  
01728 Hänichen
27. 09. Dipl.-Med. Mohr, Heidrun  
04425 Taucha
28. 09. Canzler, Gisela  
09131 Chemnitz
- 65 Jahre**
01. 09. Dr. med. Eberth, Ulrich  
01778 Geising
01. 09. Dr. med. Hahn, Bernd  
08321 Zschorlau
01. 09. Dr. med. Schmitzer, Karin  
08209 Auerbach
01. 09. Dipl.-Med. Schönemann, Uwe  
04209 Leipzig
02. 09. Haack, Inge  
01920 Elstra
02. 09. Hofmann, Sieglinde  
04769 Mügeln
02. 09. Dr. med. Kilian, Rainer  
08315 Bernsbach
02. 09. Dr. med. Landschreiber, Klaus  
04886 Beilrode
03. 09. Dr. med. Findeisen, Bernd  
09619 Sayda
03. 09. Dr. med. Schmidt, Bernd  
01326 Dresden
04. 09. Martin, Hannelore  
09468 Geyer
04. 09. Matting-Köhler, Jutta  
01159 Dresden
05. 09. Dr. med. Herrmann, Anneliese  
01109 Dresden
06. 09. Dr. med. Goertchen, Elke  
02827 Görlitz-Kunnerwitz
06. 09. Dr. med. Günzel, Rolf  
01129 Dresden
06. 09. Köhler, Runheid  
04157 Leipzig
06. 09. Dr. med. Kresse, Helmut  
01069 Dresden
07. 09. Dr. med. Langer, Heinz  
08066 Zwickau
07. 09. Lüdicke, Dorothea  
09399 Niederwürschnitz
07. 09. Dr. med. Oelschlegel, Klaus  
08060 Zwickau
07. 09. Dr. med. Willsch, Marlies  
02827 Görlitz
08. 09. Dr. med. Schneider, Gerd  
02977 Hoyerswerda
08. 09. Dr. med. Tappert, Frank  
02681 Schirgiswalde
09. 09. Elsner, Dorothea  
01689 Weinböhla
09. 09. Dr. med. Pleß, Doris  
01591 Riesa
09. 09. Schab, Wolfram  
09599 Freiberg
11. 09. Dr. med. Kästler, Ursula  
01662 Meißen
11. 09. Dr. med. Liesem, Jürgen  
01609 Wülknitz
12. 09. Hengst, Holger  
08209 Auerbach
12. 09. Dr. med. Kießling, Ingrid  
09114 Chemnitz
13. 09. Dr. med. Friedrich, Klaus  
09235 Burghardtsdorf
13. 09. Dr. med. Magomedow, Ingeborg  
04103 Leipzig
13. 09. Dr. med. Schittkowski, Dorit  
09618 Brand-Erbisdorf
13. 09. Dr. med. Wollen, Gerrit  
09127 Chemnitz
14. 09. Dr. med. Boxberger, Eva-Maria  
04288 Leipzig
16. 09. Mahncke, Emma  
01219 Dresden
16. 09. Prof. Dr. med. habil. Viehweg, Brigitte  
04107 Leipzig
17. 09. Dr. med. Kretschmar, Hella  
02625 Bautzen
17. 09. Prof. Dr. med. habil. Sebastian, Günther  
01328 Dresden
18. 09. Dipl.-Med. Klauf, Peter  
04463 Großpösna
18. 09. Dr. med. Pohl, Manfred  
09306 Rochlitz
18. 09. Dr. med. Spitzhofer, Katharina  
01257 Dresden
18. 09. Dr. med. Wunderlich, Frank  
09573 Augustusburg
19. 09. Dr. med. Artym, Christa  
01307 Dresden
19. 09. Dr. med. Fischer, Gunter  
01809 Meusegast
19. 09. Dr. med. Flammiger, Bernd  
04178 Leipzig
19. 09. Dr. med. Kohlstock, Isolde  
09599 Freiberg
19. 09. Dr. med. Krumpe, Horst  
02999 Lohsa
19. 09. Dr. med. Lange, Monika  
04277 Leipzig
19. 09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Lindner, Joachim  
09114 Chemnitz
19. 09. Dr. med. Ullmann, Dieter  
08468 Reichenbach/OT Rotschau
20. 09. Scheppan, Lucie  
04736 Waldheim
21. 09. Erler, Jutta  
01187 Dresden
21. 09. Dr. med. Kleinod, Siegrun  
04435 Schkeuditz
21. 09. Dr. med. Schirmer, Bärbel  
09405 Zschopau
21. 09. Dr. med. Schmidt, Horst  
09235 Burkhardsdorf
21. 09. Struck, Ulrike  
01662 Meißen
21. 09. Wunderlich, Gottfried  
08258 Siebenbrunn
22. 09. Prof. Dr. med. habil. Dürschmidt, Volker  
01809 Dohna
22. 09. Dr. med. Hempel, Friedbert  
08134 Wildenfels/ OT Wiesenburg
22. 09. Dipl.-Med. Matz, Christa  
04720 Ebersbach
22. 09. Dr. med. Olsen, Gisela  
01768 Reinhardtsgrimma
23. 09. Dr. med. Herzig, Siegfried  
04741 Roßwein
23. 09. Dr. med. Kirschner, Ingeborg  
01454 Radeberg
23. 09. Dr. med. Schmidt, Dieter  
01279 Dresden
23. 09. Dr. med. Zacharias, Monika  
04463 Großpösna
24. 09. Dr. med. Georgi, Brigitte  
08294 Löbnitz
24. 09. Goldberg, Katrin  
01328 Dresden
24. 09. Dr. med. Jahn, Christof  
09243 Niederfrohna
24. 09. Prof. Dr. med. habil. Terhaag, Bernd  
01796 Pirna
25. 09. Dr. med. Gieth, Herrmann  
01662 Meißen
25. 09. Dr. med. Mittelstädt, Gisela  
09599 Freiberg
26. 09. Dr. med. Korth, Gerhard  
02827 Görlitz

26. 09. Dr. med. Löffler, Helga  
09405 Zschopau
26. 09. Schürer, Annemarie  
09661 Hainichen
27. 09. Dr. med. Heidemüller, Bernd  
09130 Chemnitz
27. 09. Dr. med. Kröttsch, Bettina  
01328 Dresden
27. 09. Dr. med. Lommatzsch, Barbara  
09120 Chemnitz
27. 09. Dr. med. Schneider, Wolfgang  
04683 Naunhof
27. 09. Dr. med. Scholz, Ellen  
04758 Oschatz
27. 09. Dr. med. Zacharias, Klaus  
08645 Bad Elster
28. 09. Dr. med. Otremba, Helga  
08412 Königswalde
28. 09. Dipl.-Med. Scheffel, Peter  
08349 Erlabrunn
29. 09. Dr. med. Driesnack, Rainer  
01936 Schwepnitz
29. 09. Dr. med. Freund, Helga  
08064 Zwickau
29. 09. Herrmann, Heidemarie  
08112 Wilkau-Haßlau
29. 09. Möbius, Antje  
09127 Chemnitz
30. 09. Dr. med. Beuthner, Dietmar  
08060 Zwickau
30. 09. Dr. med. Grimm, Sigrid  
08312 Lauter
30. 09. Dr. med. Schubert, Monika  
08648 Bad Brambach
- 70 Jahre**
01. 09. Dr. med. Kotte, Sigrid  
01277 Dresden
03. 09. Hander, Eberhard  
08539 Leubnitz
03. 09. Dr. med. Hanisch, Inge  
02733 Cunewalde
07. 09. Dr. med. Fuhrmann, Marita  
04205 Leipzig
09. 09. Dr. med. Langer, Hans  
01587 Riesa
10. 09. Dr. med. Götz, Annerose  
02828 Görlitz
11. 09. Dr. med. Knitter, Hannelore  
08056 Zwickau
11. 09. Weis, Anita  
08527 Plauen
13. 09. Dr. med. Grethe, Ursula  
09465 Sehma
14. 09. Dr. med. Hofmann, Regina  
09123 Chemnitz
14. 09. Dr. med. Pirlich, Ingrid  
04357 Leipzig
14. 09. Dr. med. Ziehank, Eberhard  
08468 Reichenbach
16. 09. Dr. med. Roch, Christiane  
01326 Dresden
17. 09. Dr. med. Vogel, Helga  
01277 Dresden
23. 09. Dr. med. Harms, Jürgen  
04824 Beucha
24. 09. Scherbak, Anatol  
01307 Dresden
26. 09. Dr. med. Matthes, Eva-Maria  
01277 Dresden
28. 09. Dr. med. Just, Gabriele  
04155 Leipzig
- 75 Jahre**
01. 09. Dr. med. Baumann, Irene  
04105 Leipzig
03. 09. Dr. med. habil. Kluge, Werner  
01259 Dresden
06. 09. Dr. med. Gebauer, Horst  
01877 Bischofswerda
08. 09. Dr. med. Geißler, Manfred  
08349 Johanngeorgenstadt
08. 09. Dr. med. Steudtner, Ursula  
01217 Dresden
12. 09. Dr. med. Dieter, Joachim  
04808 Wurzen
14. 09. Dr. med. Nicolai, Rainer  
01616 Strehla
20. 09. Dr. med. Lange, Waltraut  
04416 Markkleeberg
22. 09. Dr. med. Lippoldt, Roland  
08144 Ebersbrunn
23. 09. Dr. med. Hackel, Maria  
01187 Dresden
26. 09. Dr. med. Leicht, Johannes  
09385 Lugau
- 80 Jahre**
03. 09. Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig
04. 09. Dr. med. Femmer, Klaus  
01109 Dresden
- 81 Jahre**
02. 09. Dr. med. Baumann, Karl  
08485 Lengenfeld
06. 09. Dr. med. Kraus, Heinrich  
09117 Chemnitz
23. 09. Dr. med. Böttger, Wolfgang  
08062 Zwickau
- 82 Jahre**
04. 09. Dr. med. Linke, Ursula  
09127 Chemnitz
08. 09. Dr. med. Stier, Irmtraud  
01796 Pirna
10. 09. Grandin, Gisela  
01324 Dresden
26. 09. Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra
- 83 Jahre**
16. 09. Dr. med. habil. Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz
19. 09. Dr. med. Aermes, Harry  
04105 Leipzig
22. 09. Dr. med. univ. Schmidt, Gert-Peter  
01109 Dresden
28. 09. Prof. em. Dr. med. habil.  
Oeken, Friedrich-Wilhelm  
04229 Leipzig
- 85 Jahre**
05. 09. Dr. med. Olbrich, Hildegund  
02625 Bautzen
06. 09. Dr. med. Spielmann, Volker  
04316 Leipzig
20. 09. Prof. Dr. med. habil. Lange, Ehrig  
01067 Dresden
- 86 Jahre**
12. 09. Dr. med. Zacharias, Horst  
01187 Dresden
- 87 Jahre**
06. 09. Dr. med. Fronius, Ingrid  
01187 Dresden
12. 09. Dr. med. Hisek, Ludwig  
01239 Dresden
19. 09. Dr. med. Nicolai, Margarete  
09599 Freiberg
23. 09. Dr. med. Woratz, Ursula  
09456 Annaberg-Buchholz
30. 09. Prof. Dr. med. habil. Feudell, Peter  
04229 Leipzig
- 89 Jahre**
02. 09. Dr. med. Hanzl, Werner  
02763 Zittau
15. 09. Dr. med. Heintze, Hans-Georg  
08606 Oelsnitz
- 91 Jahre**
16. 09. Dr. med. Meixner, Alfred  
01816 Bad Gottleuba
- 97 Jahre**
14. 09. Mitko, Regina  
04281 Leipzig
30. 09. Dr. med. Pastor, Herbert  
01737 Tharandt

## Ausstellungen

Foyer der Sächsischen Landes-  
ärztekammer und 4. OG  
**Andreas Dress**  
**Ein Lebenstanz**  
bis 17. September 2006

Foyer der  
Sächsischen Ärzteversorgung  
**Britta Kayser**  
**Mensch – Tier – Natur**  
**Malerei und Grafik**



## Nachruf für Herrn Prof. Dr. med. habil. Rolf Bertolini

\* 9.1.1927  
† 1.4.2006



Rolf Bertolini wurde am 9. Januar 1927 in Leipzig geboren. Er studierte von 1947 bis 1952 in Leipzig Humanmedizin. 1952 promovierte Rolf Bertolini zum Dr. med. Nach einem Jahr klinischer Tätigkeit widmete er sich der Morphologie. Von 1953 bis 1955 war er als Assistent am Anatomischen Institut in Leipzig und von 1955 bis 1956 am Pathologischen Institut in Greifswald tätig. Danach kehrte er wieder nach Leipzig zurück. 1959 habilitierte er sich im Fach Anatomie.

Nach dem Tod seines Lehrers Prof. Kurt Alverdes übernahm Rolf Bertolini 1959 zunächst die kommissarische Leitung des Anatomischen Institutes Leipzig. Zugleich war er zwischen 1960 und 1961 Direktor des Anatomischen Institutes Magdeburg. 1961 wurde er zum Direktor des Anatomischen Institutes in Leipzig berufen. Dieses Direktorat übte Prof. Bertolini bis 1980 aus. 1980 erfolgte die Berufung auf die Direktorenstelle des Anatomischen Institutes der Humboldt – Universität Berlin. Dort beendete er seine Tätigkeit 1986.

Am 1. April 2006 verstarb Prof. Bertolini in Leipzig.

Er führte das Institut im Sinne seines verehrten Lehrers weiter. Mit jugendlichem Elan und großem Fleiß packte er die vielfältigen Aufgaben in Ausbildung und Erziehung der Studierenden und in der Forschung an. Es galt, eine immer

größer werdende Anzahl von Studenten auszubilden. In der Forschung musste viel aufgeholt werden. Das ständige Bemühen wurde durch den Sachverhalt gestützt, dass die anfangs kleine Mitarbeiterzahl, von Jahr zu Jahr um eine beträchtliche Anzahl von Medizinern und Naturwissenschaftlern anstieg.

Tüchtige junge Mitarbeiter entschieden sich für das Fach Anatomie. Ihnen lebte Prof. Bertolini Disziplin, Pünktlichkeit, Verantwortungsbewusstsein, Respekt gegenüber Anderen und Aufrichtigkeit vor. Damit prägte er seine Mitarbeiter, denn er warb diese Eigenschaften auch von ihnen ein. Prof. Bertolini forderte seine Assistenten, indem er ihnen auftrug, sich in allen Teilgebieten des Faches Anatomie weiterzubilden. So musste jeder Facharztkandidat die Technik der Einbettung histologischer Präparate, das Schneiden am Mikrotom und das Färben der Präparate erlernen.

Prof. Bertolini verfolgte aufmerksam die stürmische Entwicklung der Morphologie. Er erkannte, dass eine Spezialisierung unausbleiblich war. Dabei ergab sich die Entscheidung meist zwanglos und in freier Willensbekundung, wobei natürlich auch persönliche Neigungen eine Rolle spielten. So förderte er auch fähige Mitarbeiter, was sich in der Situation widerspiegelt, dass von 1961 bis 1979 sieben Mitarbeiter die Habilitation oder Promotion B erwarben. Drei seiner Schüler übernahmen Lehrstühle in Instituten oder Kliniken.

Prof. Bertolini legte großen Wert auf die Ausbildung und Erziehung von Medizin – und Zahnmedizinstudenten. Seine persönliche Ausstrahlung und sein freier Vortrag verbunden mit didaktisch einprägsamen Zeichnungen und Demonstrationen waren es, womit er seine Zuhörer mitriss und seine Vorlesungen unvergessen werden ließ.

Auch hier war er seinen Mitarbeitern Vorbild, verlangte er doch von jedem Lesenden ebenfalls den freien Vortrag. Er war von 1967 bis 1969 Prodekan für Studienangelegenheiten und von 1969 bis 1972

stellvertretender Direktor für Bildung und Erziehung. Er gab den Studierenden mit dem von Horst Boenig begründeten „Leitfaden der Entwicklungsgeschichte des Menschen“ ein gutes Embryologielehrbuch in die Hand. Das von seinem Lehrer Alverdes herausgegebene Lehrbuch „Grundlagen der Anatomie“ führte er weiter. Gemeinsam mit Gerald Leutert verfasste Prof. Bertolini den „Atlas der Anatomie des Menschen“. Während seines Direktorates durchliefen 11606 Studenten die vorklinische Ausbildung in Leipzig. Ihm ist es zu verdanken, dass seit 1962 am Institut für Anatomie in Leipzig die Präparate für die Präparierübungen mit Alkohol fixiert werden. Prof. Bertolini war es stets ein Anliegen, mittleren medizinischen Fachkräften eine fundierte Ausbildung zukommen zu lassen.

Auf dem wissenschaftlichen Gebiet entwickelten sich unter Prof. Bertolini die Abteilungen Elektronenmikroskopie, Histochemie und Histophysik sowie die Arbeitsgruppen Morphometrie, Angiologie, Gerontologie und Teratologie. Prof. Bertolini verstand es meisterhaft, seine Mitarbeiter in den Forschungsgruppen zu wissenschaftlicher Arbeit zu motivieren. Prof. Bertolini beschäftigte sich selbst mit einer Vielzahl embryologischer Fragestellungen. Daneben bearbeitete er Forschungsthemen über die weiblichen und männlichen Genitalien. Er gab 73 Veröffentlichungen heraus und war in 18 Büchern und Buchbeiträgen Autor oder Mitautor. Prof. Bertolini war ein Organisationstalent. Die Arbeit im Institut lief ohne Verwaltungsleiter ab. Er hatte alle Zahlen und Budgets für die Abteilungen stets im Kopf. Sein großes Verdienst ist es, dass das Leipziger Institut unter seiner Leitung wieder zu seiner einstigen Bedeutung zurückfand.

Seine Schüler und ehemaligen Mitarbeiter erinnern sich dankbar an die vielen Jahre der angenehmen Zusammenarbeit mit ihrem verstorbenen ehemaligen Institutsdirektor. Wir werden ihm ein ehrendes Gedenken bewahren.

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Schmidt, Leipzig

Heidrun Müller<sup>1</sup>, Bettina Hauswald<sup>2</sup>, Jan Simon<sup>3</sup>, Andreas Dietz<sup>1</sup>

# Allergologische Erkrankungen und Komorbiditäten in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

## Zusammenfassung

Die Allergologie stellt ein Querschnittsfach dar, das fächerübergreifend von verschiedenen Fachdisziplinen ausgeübt wird. Allein die Häufigkeit und stetige Zunahme allergischer Erkrankungen verdeutlicht die große gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung, die mit der Therapie allergischer Erkrankungen verbunden ist. Allergien sind keine Bagatellerkrankungen, da sie Wegbereiter anderer chronischer Erkrankungen sein können. Daher kommt dem interdisziplinären Zusammenwirken aller beteiligten Fachbereiche (Dermatologie, Pulmologie, HNO, Pädiatrie, Ophthalmologie), die sich mit allergischen Erkrankungen beschäftigen, ein enormer Stellenwert zu. In der Diagnostik und Therapie von Allergien der oberen Luftwege nimmt der Hals-Nasen-Ohrenarzt hierbei eine Schlüsselposition ein,

da durch ihn die Schleimhautverhältnisse in Nase, Nasopharynx und Nasennebenhöhlen optimal bewertet werden können und neben morphologischen auch funktionelle Veränderungen suffizient erfasst werden können. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der möglichen Differentialdiagnosen und der schweren Komorbiditäten (Etagenwechsel/Asthma bronchiale) einer allergischen Rhinitis bedeutsam, um eine frühe und fachgerechte Therapie anzustreben.

## Keywords

Allergie, allergische Rhinitis, vasomotorische Rhinitis, Rhinokonjunktivitis, Diagnostik, Therapie, Hyposensibilisierung

## Einleitung

Allergien gehören zu den häufigsten erworbenen Erkrankungen überhaupt. Sie stellen damit eine große gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung dar und beeinträchtigen erheblich auf vielfältige Art und Weise die Lebensqualität der Betroffenen. Durch geeignete präventive Konzepte kann ihre Entstehung zum Teil vermindert oder gar verhindert werden. Frühzeitige und suffiziente Behandlungsstrategien können Ausmaß und Schwere von Folgeerkrankungen verringern und so den Verlauf allergischer Erkrankungen positiv beeinflussen.

Eine Vielzahl allergischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Nicht alle ursächlichen Faktoren hierfür sind bekannt. Allerdings geben zahlreiche Studien Hinweise für die Bedeutung von Veränderungen in Lebensstil- und Umweltfaktoren.

Allergien sind keine Bagatellerkrankungen, da sie nicht nur ein Organ (Nase, Lunge oder Haut) betreffen, sondern den gesamten Organismus. Somit sind sie oft Wegbereiter anderer chronischer progredienter Erkrankungen oder sind mit diesen vergesellschaftet, wobei hier insbesondere aufgrund der engen anatomischen und funktionellen Beziehung der Organsysteme auf das allergische Asthma hingewiesen werden muss (1).

Daher müssen Erkennung und Behandlung von Patienten mit einer allergischen Diathese interdisziplinär angelegt sein, um den unterschiedlichen Manifestationen hinsichtlich Alter und Lokalisation der Erkrankung gerecht zu werden.

Für die Diagnostik und Therapie von Allergien der oberen Luftwege kommt dem Hals-Nasen-Ohrenarzt in diesem fächerübergreifenden Zusammenwirken eine Schlüsselrolle zu, da nur er klinische und funktionelle Veränderun-

gen der Schleimhäute von Nase, Nasopharynx, Mund, Rachen und Kehlkopf effektiv befunden und mit verschiedenen fachspezifischen Untersuchungsverfahren dokumentieren und bewerten kann (Abb. 1 und 2).

Die inhalativen Allergene (saisonal und perennial) stehen dabei im Vordergrund der durch den HNO-Arzt diagnostizierten und therapierten Allergien. Trotzdem werden nicht selten Patienten mit Tierhaar-, Insektengift- oder Nahrungsmittelallergien aufgrund unterschiedlich starker Schwellungen der oralen und/oder laryngealen Schleimhäute zuerst beim HNO-Arzt vorgestellt und bedürfen einer intensiven oft interdisziplinären Therapie.

Entscheidende Neu- und Weiterentwicklungen pharmakologischer Substanzklassen haben die symptomatische Therapie der Rhinitis allergica in den letzten Jahren ebenso geprägt, wie veränderte Applikationsarten und Steigerungsschemata im Begriff sind, die spezifische Immuntherapie (SIT, Hyposensibilisierung) zu beeinflussen.

## Epidemiologie

Der Begriff Allergie ist erstmals 1906 von dem Wiener Pädiater Clemens v. Pirquet für Krankheiten verwendet worden, die auf Grund einer Überreaktion auf normale Umgebungsstoffe entstehen. An dieser Feststellung hat sich bis heute im Wesentlichen nichts geändert. Es gilt heutzutage als gesichert, dass für allergische Erkrankungen eine genetische Disposition besteht. Dabei liegt eine komplexe Interaktion von Genen vor, wobei eine klinisch manifeste Allergie erst durch die Interaktion mit Umweltfaktoren auftritt (2). Unter diesem Aspekt kam der unterschiedlichen Häufigkeit allergischer Erkrankungen bei genetisch völlig gleichartiger Bevölkerung zwischen Ost- und Westdeutschland Anfang der 90er Jahre eine

immense Bedeutung zu. Eine Vielzahl von Studien hat sich epidemiologischen Untersuchungen zur Allergieentwicklung in den neuen Bundesländern gewidmet, bei denen gezeigt werden konnte, dass durch Veränderung in Lebensstil und Umweltfaktoren ab Mitte der 90er Jahre ein deutlicher Anstieg der Allergien im Kindesalter zu verzeichnen war (3–11). Auch kommen Unterschiede zwischen Entwicklungs- und Industrieländern zum Tragen. Industrieländer weisen eine deutlich höhere Inzidenz allergischer Erkrankungen auf (Asthma bronchiale, Rhinokonjunktivitis, allergisches Ekzem)(12), wobei zusätzlich insgesamt eine Zunahme in den vergangenen Jahrzehnten zu verzeichnen ist. In Europa hat sich die Prävalenz der Rhinokonjunktivitis in den letzten 20 Jahren verdreifacht, die des Asthma bronchiale verdoppelt (13).

## Rhinitis und Rhinokonjunktivitis allergica

Der saisonale oder ganzjährige (perenniale) Schnupfen (Rhinitis), meist auch mit begleitender Bindehautentzündung (Rhinokonjunktivitis), gehört zu den häufigsten allergischen Erkrankungen überhaupt. Obwohl er keine schwere Erkrankung darstellt, schränkt er die Lebensqualität, physische Leistungsfähigkeit in Schule und Beruf und das psychische Wohlbefinden erheblich ein. Dies hat dazu geführt, dass das internationale Expertengremium der WHO die ursprüngliche Einteilung der allergischen Rhinitis nach der Exposition (saisonal, perennial und berufsbedingt) zugunsten einer Gradeinteilung, die sich an der Symptomstärke orientiert, aufgegeben hat (14, 15, 16). Hierbei weist der neue Ausdruck „persistierende Rhinitis“ auf den Langzeitcharakter der Erkrankung hin, dessen Schweregrad durch die Störung der Lebensqualität und des Schlafes des Patienten definiert wird. Der Ausdruck

Rhinitis weist darauf hin, dass es sich um eine minimale persistierende Entzündung handelt (17, 18).

Die allergische Rhinokonjunktivitis geht typischerweise mit Symptomen wie Niesreiz, Niesattacken, Naselaufen, verstopfte Nase, Augenjucken und Augenrötung einher. Sie wird in aller Regel durch inhalative Allergene verursacht. Relevante Allergene sind Baum-, Gräser- und Kräuterpollen, Epithelien von Haustieren, Hausstaubmilben, Schimmelpilzen und berufliche Noxen wie Mehl- und Holzstäube. Es besteht ein deutlicher Trend zur Mehrfachsensibilisierung, wobei die Patienten zunehmend ganzjährige Beschwerden entwickeln. Bei den Patienten mit ganzjähriger (perennial) Rhinitis dominiert das Symptom der verstopften Nase, in dessen Folge sich chronische Sinusitiden mit gefährlichen orbitalen oder endokraniellen Komplikationen entwickeln können. Wichtig ist die differentialdiagnostische Abgrenzung von nicht-allergischen Formen der Rhinitis, die einen nicht zu unterschätzenden Anteil ausmachen. Die hyperreflektorische oder vasomotorische Rhinitis ist durch wechselnde Nasenatmungsbehinderung, wässrige Rhinorrhoe sowie Juck- und Niesreiz charakterisiert. Die Nasenschleimhaut reagiert hierbei verstärkt auf umweltbedingte physikalische, chemische und mechanische Reize wie Rauch, Stäube, Kälte und Gase oder die Einnahmen von bestimmten Medikamenten (Blutdrucksenker, Tranquilizer). Aber auch körpereigene Reize wie Störungen des autonomen Nervensystems sowie Stoffwechsel- und Hormonstörungen führen zur Beeinträchtigung der Nasenatmung. Erst der Ausschluss einer allergischen Genese stützt die Diagnose einer hyperreflektorischen Rhinitis (18). Hinsichtlich der bestehenden Nasenatmungsbehinderung spielen ausgeprägte Septumdeviationen, die Polyposis nasi und adenoide Vegetationen im Kindesalter differentialdiagnostisch eine große Rolle. Hierbei ist die subtile anamnestische Trennung zwischen einer alleinigen nasalen Obstruktion, wie sie bei genannten anatomischen Atemwegsbehinderungen auftreten, und allergischen Symptomen für das weitere Behandlungskonzept richtungswesend.

Die Basisdiagnostik umfasst in erster Linie die Krankengeschichte mit Erhebung einer genauen allergologischen (Soforttyp-)Anamnese. Diese erfordert oft, besonders bei der perennialen Rhinitis, kriminalistische Fähigkeiten und umfangreiche Kenntnisse der Botanik, der Lebensweise von Hausstaubmilben und über das Vorkommen von Schimmelpil-

zen. Oft muss auch der Kontakt zu Tieren oder das Vorhandensein von Haustieren mehrfach nachgefragt werden.

Im Rahmen der klinischen Untersuchung finden die klassischen HNO-Spiegeluntersuchungen (Rhinoskopie anterior und posterior) und im direkten Anschluss die endoskopische Untersuchung von Nasenhaupthöhle, Nasenrachen und Kehlkopf Anwendung. Nur so können die Schleimhautverhältnisse aller Regionen abschließend beurteilt werden. Insbesondere die der normalen Betrachtung entzogenen Nasenpartien, die nur mittels endoskopischer Untersuchungstechniken überprüft werden können, sind für die o.g. differentialdiagnostische Abklärung der Rhinitis allergica unerlässlich. Die Notwendigkeit der endoskopischen Beurteilung der Riechspalte ergibt sich aus der Tatsache, dass Patienten mit Rhinitis allergica oft eine Kombination von respiratorischer und epithelialer Hyposmie haben. Aus diesem Grund ist eine HNO-fachärztliche Vorstellung und Untersuchung für jeden Patienten mit dem Verdacht auf eine allergische Rhinitis wichtig.

Der Haut-Prick-Test als Basis-Screening Methode ist wohl am weitesten verbreitet und stellt zusammen mit der Bestimmung des Gesamt- und spezifischen IgE die notwendige Ergänzung zur Anamnese des Patienten dar. Erst die Kombination aus den vom Patienten geschilderten Beschwerden und den Ergebnissen des Prick-Test und der spezifischen IgE-Bestimmung lassen in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose einer allergischen Rhinitis zu, eine im Pricktest oder bei der spezifischen IgE-Bestimmung nachgewiesene Sensibilisierung ohne klinische Symptome muß nicht therapiert werden. Im Zweifelsfall kann die nicht-invasive lokale Bestimmung von spezifischem IgE in der Nasenschleimhaut mittels Nasalen Applikator-Tests (NAPT) hilfreich sein (19). Bei Widersprüchen in Anamnese und Testergebnissen, wie sie nicht selten bei den perennialen Allergenen (Milbe, Schimmelpilze) zu beobachten sind, sind weitere Bestätigungstests zum Aktualitätsnachweis des Allergens gefordert. Hierbei kommt den am Erfolgsorgan durchgeführten Provokationstests (nasal oder konjunktival) die Rolle des Goldstandart zu, um zwischen einer Sensibilisierung und einer klinisch relevanten Allergie auf das entsprechende Allergen zu unterscheiden, weil sie den unmittelbaren Nachweis der Schleimhautreaktion nach Allergenkontakt erbringen. Diese Provokationsantworten werden im Falle des nasalen Provokationstestes durch rhino-

manometrische Verfahren dokumentiert (20). Für spezielle Fragestellungen stehen weiterführende in vitro-Verfahren für die Diagnostik zur Verfügung, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.

Von diesen Befunden ist die Einleitung weiterführender Therapiemaßnahmen abhängig. Häufig wird die allergische Rhinitis als Grund- oder Begleiterkrankung einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung, auch der Polyposis nasi, übersehen. Aus dieser Komorbidität ergibt sich die Notwendigkeit nicht nur die Nase selbst, sondern bei klinisch begründetem Verdacht auch die Nasennebenhöhlen mittels geeigneter Bildgebung (CT in coronarer Schnittführung) darzustellen (Abb.3).

#### Therapiekonzept der allergischen Rhinokonjunktivitis

Nur jeder 10. Allergiker in Deutschland gilt als adäquat versorgt. Vor allem erhalten noch immer viel zu wenige Patienten eine spezifische Immuntherapie, die neben der Allergenkarenz die einzige kausale Therapie IgE-vermittelter Allergien darstellt (21, 22, 54, 55, 56) und zu 40% den sogenannten Etagenwechsel und damit ein Asthma bronchiale vermeiden kann. Aufgrund der hohen Effektivität dieses Therapieansatzes ist er bei Fehlen entsprechender Kontraindikationen (siehe Tabelle 2) bei nahezu jedem Allergiker dringend zu empfehlen. Grundsätzlich stehen verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung zur Verfügung, die in Abb. 4 zusammengestellt wurden (23). Alle Therapieformen haben die Unterdrückung der Symptome, der Entzündungsreaktionen und die Wiederherstellung der Lebensqualität der Patienten zum Ziel.

Die Allergenkarenz als kausale Therapie ist, wann immer möglich, anzustreben. Handlungsempfehlungen sollten im Hinblick auf die Compliance des Patienten angemessen und praktikabel sein. Besonders im Falle der Hausstaubmilben-Allergie ist durch entsprechende

Tabelle 1

#### Therapieschemata zur SIT

- **Langzeitschemata**
- präseasonale Hyposensibilisierung
- perenniale Hyposensibilisierung
- mit Dosisreduzierung in der Saison
- ohne Dosisreduzierung in der Saison
- **Kurzzeitschemata**
- Cluster-SIT
- Rush-Sit
- Ultra-Rush-SIT

Tabelle 2

Symptomabhängige Therapiemöglichkeiten	
<b>Intermittierende Symptomatik</b>	
gering	orale Antihistaminika/intranasale Antihistaminika, ggf. Dekongestiva
mäßig/schwer	orale Antihistaminika/intranasale Antihistaminika, ggf. Dekongestiva oder topische GKS
<b>persistierende Symptomatik</b>	
gering	orale Antihistaminika/intranasale Antihistaminika, ggf. Dekongestiva oder topische GKS
mäßig/schwer	topische GKS, orale Antihistaminika, ggf. Ipratropiumbromid, ggf. orale GKS als Anschubtherapie
<b>spezifische Immuntherapie (SIT/SLIT) ab 5. Lebensjahr nach Indikation</b>	
<b>relative Kontraindikation zur SIT mit Allergenen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– persistierendes bzw. unzureichend behandeltes Asthma und/oder irreversible</li> <li>– Atemwegsobstruktionen (FEV<sub>1</sub> &lt; 70 % Sollwert)</li> <li>– kardiovaskuläre Erkrankungen mit erhöhtem Risiko von Nebenwirkungen durch Adrenalingabe (außer bei Insektengiftallergie)</li> <li>– Behandlung mit Beta-Blockern und ACE-Hemmern (bei Insektengiftallergie)</li> <li>– Schwere Erkrankung des Immunsystems</li> <li>– Maligne Tumorerkrankungen mit aktuellem Krankheitswert</li> <li>– Autoimmunkrankheiten</li> <li>– Schwangerschaft (wegen möglicher anaphylaktischer Reaktion und deren Therapie)</li> <li>– Typ I Diabetes</li> <li>– unzureichende Compliance</li> </ul>	

Karenzmaßnahmen („Encasing“, also Einhüllen von Matratzen, Kissen und Bettdecke) eine deutliche Reduzierung der Allergenlast und damit der klinischen Beschwerden zu erreichen (24, 25). Da Karenzmaßnahmen in der praktischen Umsetzung oft nicht realisierbar sind oder an der Mitarbeit der Patienten scheitern, kommen in der Regel die nachfolgenden Therapieempfehlungen zur Anwendung.

### 1. Pharmakotherapie:

Für die symptomatische pharmakologische Therapie steht eine Vielzahl von Substanzen zur Verfügung. In der klinischen Praxis bedient man sich in erster Linie topischer und systemischer Antihistaminika sowie topischer Glukokortikoide. Systemische Glukokortikoide sollten nur in speziellen Ausnahmesituationen eingesetzt werden.

**Cromone.** Ihre Wirkungsweise ist nicht vollständig geklärt. Sie haben eine mastzellstabilisierende Wirkung. Ein wesentlicher Nachteil besteht darin, dass die nasale Obstruktion, ein für die Lebensqualität entscheidendes Symp-

tom, nur unzureichend beeinflusst wird. Weiterhin werden sie oral nahezu nicht resorbiert und können daher nur lokal appliziert werden. Eine bis zu viermal am Tag erforderliche Anwendung wirkt sich nachteilig auf die Compliance der Patienten aus.

**Antihistaminika** gehören zu den Therapeutika der ersten Wahl bei intermittierender und persistierender allergischer Rhinitis. Sie reduzieren die Symptome um etwa 50% und wirken auch geringfügig antientzündlich. Ein Hauptsymptom, die Verstopfung der Nase, wird aber ebenfalls nur unzureichend beeinflusst, weshalb eine Kombination mit einem topischen Glukokortikoid oftmals unverzichtbar ist.

Es können sowohl topische als auch systemische Antihistaminika zum Einsatz kommen. Orale H<sub>1</sub>-Antihistaminika der neuen Generation sollten aufgrund ihres günstigen Nutzen-/Risikoverhältnisses und ihrer günstigen Pharmakokinetik bevorzugt werden. Sie sind schnell wirksam gegen Augen- und Nasensymptome mit Ausnahme der Obstruktion (Wirkungseintritt nach 20 Minuten, Wirkungs-

dauer 24 Stunden). Allen Antihistaminika ab der 2. Generation kommt eine rezeptorabhängige antientzündliche Eigenschaft zu (26). Die befürchteten kardialen Nebenwirkungen betreffen in erster Linie die Antihistaminika der 1. und 2. Generation. Eine sedierende Wirkung ist nur bei den Substanzen der 1. Generation nachweisbar.

Topische Antihistaminika haben den Vorteil einer höheren Dosierung und des Erreichens einer höheren Konzentration am Erfolgsorgan. Hierbei werden auch die Nebenwirkungen deutlich reduziert. Besonders effektiv sind sie in Fällen, bei denen die wässrige Sekretion im Vordergrund steht (Allergiebeginn). Sie sind sowohl zur Anwendung an der Nase als auch am Auge verfügbar.

**Topische Steroide** stehen seit 1973 für die Therapie zur Verfügung. Sie bieten die wirksamste pharmakologische Behandlung der allergischen Rhinitis und wirken gegen die nasale Obstruktion ebenso wie gegen die Einschränkung des Riechvermögens. Der Behandlungseffekt tritt allerdings erst 6–12 Stunden nach Applikation ein. Die maximale Wirksamkeit wird erst nach Tagen erreicht. Dieser Nachteil der sehr effektiven Glukokortikoide bezüglich des verzögerten Wirkungseintritts macht es erforderlich, die Patienten unbedingt darüber aufzuklären, da sonst ein vorzeitiges Absetzen des Präparates wegen vermeintlicher Unwirksamkeit nicht ausgeschlossen werden kann.

Unter Umständen kann der Einsatz von topischen Glukokortikoiden in der Anfangsphase durch kurzzeitige Zugabe von **Dekongestiva** erleichtert werden. Besonders wichtig ist auch die richtige Applikation von Tropfen. Sie sollten im Liegen am hängenden Kopf bzw. in „Mekkestellung“ verabfolgt werden, ggf. kann nach 10 Minuten eine Wiederholung der Applikation erfolgen.

Wenn möglich sollten intranasale Kortikoide die systemischen Medikamente ersetzen. Eine kurzzeitige Gabe oraler Steroide kann aber bei schwerer Symptomatik erforderlich sein.

Manche Therapeuten setzen bei Vorliegen von Kontraindikationen für bestimmte Substanzklassen (in Schwangerschaft, Stillphase) auch **Akupunktur** zur symptomatischen Therapie oder als ergänzende Maßnahme zur Reduktion des Medikamentenverbrauchs ein (27).

Die vielfältige pharmakologische Wirkung der Glukokortikoide beruht auf Veränderungen der Genexpression von Entzündungszellen. Neben diesen zeitaufwendigen Mechanismen existieren rezeptorunabhängige Sofortwirkungen. So kann z.B. die Gefäßexsudation in der allergi-



Abb. 1: Hyperplastische untere Muschel bei Rhinitis allergica

schen Sofortphasereaktion bereits 5–10 Minuten nach der Applikation nasaler Glukokortikoide signifikant reduziert werden (28).

**Leukotrienrezeptorantagonisten.** Leukotriene entstehen bei der Metabolisierung von Arachidonsäure, die bei allergisch entzündlichen Reaktionen freigesetzt wird. Sie führen zu Gefäßpermeabilitätssteigerung, Bronchokonstriktion und Schleimsekretion. Leukotrienrezeptor-antagonisten können somit aufgrund ihrer physiologischen Eigenschaften die nasale Obstruktion und Sekretion beseitigen. Die verfügbaren Studiendaten lassen eine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit aber noch nicht zu (29, 30, 31).

## 2. Spezifische Immuntherapie (SIT)

Die ersten Versuche zur Immuntherapie wurden Ende des 19. Jahrhunderts durch H. Holbrook Curtis in New York gemacht (1899). Als Geburtsstunde der subcutanen Hyposensibilisierung gilt das Jahr 1911, in dem Leonard Noon eine Arbeit zum Thema „Prophylactic inoculation against hay fever“ veröffentlichte (32). 1930 führte John Freeman die „rush desensitisation“ mit Pollenextrakten ein.

Die SIT ist neben der Allergenkarenz die einzige kausale Therapie allergischer Erkrankungen, die wahrscheinlich auch die Entwicklung eines Asthma bronchiale oder weiterer Sensibilisierungen verhindern kann.

Die immunologischen Wirkmechanismen bei Gabe von Allergenen in aufsteigender Dosierung sind bis heute nicht ausreichend bekannt. Ein wichtiger Mechanismus liegt in der Wirkung auf T-Lymphozyten. Die T-Zellen treten in mehreren Untergruppen mit verschiedenen Funktionen, nämlich als Helfer-, Suppressor-, zytotoxische und regulatorische Zellen auf. Ferner wird die T-Zell-Antwort nach den jeweils gebildeten Botenstoffen (Zytokinen) noch weiter in TH1 (Bildung von Interleukin 2 und Interferon Gamma) und TH2 (Bildung von Interleukin 4 und 5) unterschieden.

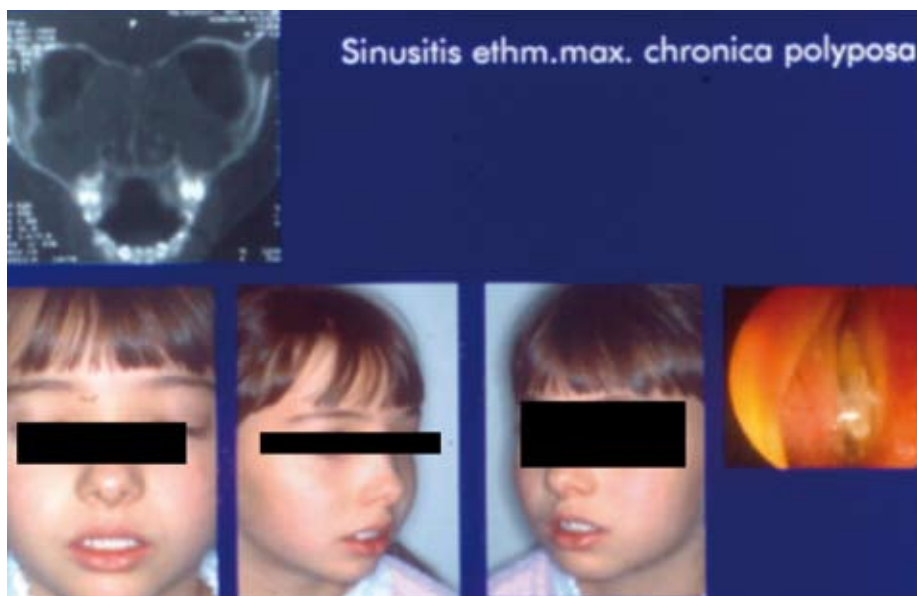


Abb. 2: chronisch, polypöse Pansinusitis bei Katzenhaarallergie

Heute geht man davon aus, dass bei der Entstehung der häufigsten Allergieform, der IgE-vermittelten Soforttypreaktion, ein Ungleichgewicht innerhalb der T-Helferzellen mit einem Übergewicht von TH2- bei gleichzeitig abgeschwächter TH1-Reaktion besteht. Langfristig kommt es zu einer Verminderung der allergenspezifischen IgE-Produktion und zu einer Beeinflussung der sogenannten Effektorzellen wie Mastzellen, basophilen und eosinophilen Granulozyten (56).

Die therapeutische Effektivität der SIT mit subkutanen Injektionen von Allergenen wurde inzwischen durch zahlreiche klinische Studien nachgewiesen (33, 34, 35).

Man unterscheidet zwischen Extrakten mit nativen Allergenen und chemisch modifizierten Extrakten (Allergoiden) mit verringerter Bindungsfähigkeit für IgE-Antikörper. Durch Adsorption der Proteine (z.B. an Aluminiumhydroxid, Kalziumphosphat oder Tyrosin) entsteht eine Depotwirkung. Die verschiedenen Therapieschemata, die zur Verfügung stehen, werden in Tab.1 dargestellt. Neben der klassischen subkutanen Hyposensibilisierung kommt zunehmend der sublingualen Immuntherapie (SLIT) Bedeutung zu. Als Wirkungsmechanismus wird eine Stimulation des lokalen Schleimhaut- Immunsystems diskutiert, daneben aber auch die Induktion einer sogenannten Low-Zone-Tolerance. Diese Theorien sind, ebenso wie jene zum Wirkungsmechanismus der subkutanen Immuntherapie allerdings

noch nicht ausreichend untermauert (36). In einer großen Metaanalyse konnte die Wirksamkeit der sublingualen Immuntherapie belegt werden. Allerdings fehlen zurzeit noch Langzeitstudien, um den Therapieerfolg im Vergleich zur subkutan applizierten SIT abschließend beurteilen zu können. Als deutlichen Vorteil dieser Therapieform muss man jedoch in jedem Fall die geringe Nebenwirkungsrate ansehen. Systemische Reaktionen wurden bisher nicht beobachtet und die lokalen Nebenwirkungen beschränken sich im Wesentlichen auf geringe sublinguale Schwellungen (37). Die Tabelle 2 zeigt die symptomabhängigen Therapiemöglichkeiten in der Übersicht, wobei immer der spezifischen Immuntherapie zur Vermeidung von Folgeerkrankungen der Vorzug zu geben ist.

## Therapie der nasalen Hyperreaktivität/ vasomotorischen Rhinitis

Wie bei der allergischen Rhinopathie zielt die Pharmakotherapie der nasalen Hyperreaktivität auf die Reduzierung der Symptome, da ätiologische Faktoren noch unzureichend erforscht sind und somit eine kausale Therapie ausscheidet. Eine wichtige Therapiemaßnahme stellen abhärtende und reinigende Maßnahmen der Nasenschleimhäute, wie etwa die Anwendung einer Nasendusche und der Einsatz von Pflegesubstanzen (Gelo-Sitin“, Colda Stop“, Vitadral“, Bepanthen“) dar.

Zum Spektrum der eingesetzten Medikamente gehören Mastzellstabilisatoren, systemische und

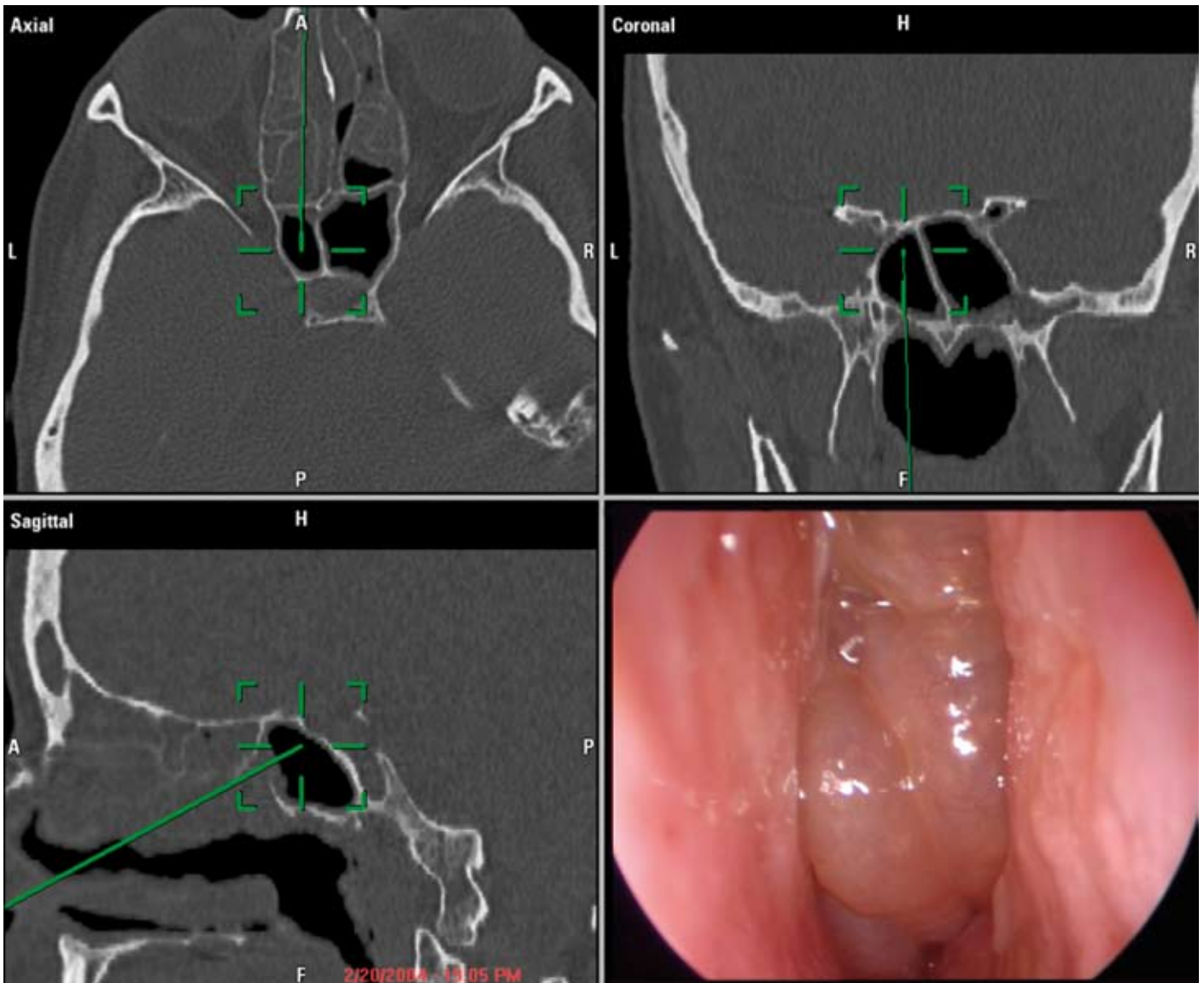


Abb. 3: obturierender Polyp im mittleren Nasengang bei Pansinusitis und allergischer Rhinitis/CT-Scan

topische Antihistaminika, Glukokortikoide, Ipratropiumbromid und (-Sympathomimetika. Randomisierte, kontrollierte Studien haben gezeigt, dass Ipratropiumbromid sehr effektiv in der Behandlung der wässrigen Sekretion der Nase ist. Der Wirkungseintritt geschieht relativ schnell. Die maximale Wirkung entfaltet sich aber erst nach Stunden. Vorteilhaft wirkt sich aus, dass bisher eine Toleranzinduktion in der Nase nicht beobachtet wurde. Auch wenn es für die Substanz keine spezielle Zulassung bei der nasalen Hyperreaktivität gibt, zeigt sie ebenfalls gute Wirkung bei der Altersnase und solchen

Patienten, die nach Kontakt mit kalter Luft (Ski-fahrernase) an einer Rhinorrhö leiden (38, 39).

#### Insektengiftallergie

Insektengiftallergien, wie sie meist nach Bienen- oder Wespenstichen auftreten, stellen den Allergologen aufgrund der unter Umständen heftigen Allgemeinreaktionen, die bis zum anaphylaktischen Schock reichen können, vor eine besondere Herausforderung. Bis zu 5% der mitteleuropäischen Bevölkerung sind von einer Insektengiftallergie betroffen. Für Deutschland liegen keine bevölkerungsbezogenen

Daten zur Insektengiftallergie vor. Anhand einer Fragebogenaktion in den alten Bundesländern konnte eine Prävalenz von 1,2 bis 4,5% ermittelt werden (40, 41). Jährlich werden 10–40 Todesfälle in Deutschland gemeldet. Die unterschiedliche Ausprägung in der Schwere der Symptomatik erfordert eine Stadiengerechte Therapie nach einem Stichereignis. Tabelle 3 zeigt hierzu die Schweregrad-einteilung von Insektenstichreaktionen (42). Beachtenswert ist, dass der Schweregrad einer allergischen Reaktion auf einen Insektenstich grundsätzlich unabhängig von der Schwere

Tabelle 3

**Schweregradeinteilung von Insektenstichreaktionen**

Grad 0	starke Lokalreaktion, > 10 cm, länger als 24 h
Grad 1	generalisierte Urtikaria, Pruritus, Übelkeit
Grad 2	Angioödem, Engegefühl, Erbrechen, Durchfall, Schwindel
Grad 3	Atemnot, Giemen, Stridor, Dysphagie, Dysarthrie, Heiserkeit, Schwäche, Benommenheit, Todesangst
Grad 4	Blutdruckabfall, Kollaps, Bewusstlosigkeit, Inkontinenz, Zyanose, Atemstillstand, Kreislaufstillstand

Tabelle 4

**Zusammenstellung des Notfall-Sets**

- Antihistaminikum
- Glukokortikoid
- Adrenalin
- (Inhalatives Adrenalinpräparat)

Tabelle 5

**Leitsymptome der Anaphylaxie**

Atemwege: Rhinitis, Conjunktivitis, Dyspnoe, Asthmaanfall  
 Haut: Flush, Urtikaria, Quincke-Ödem, Juckreiz  
 Herz-Kreislauf-System: Blutdruckabfall, Tachykardie, Kreislaufchock  
 Gastrointestinales System: Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe, Durchfall

Tabelle 6

**Risikofaktoren für Anaphylaxie**

- Herz-Kreislauserkrankungen
- Asthma
- Anwendung von Betablockern (auch als Augentropfen!)
- Bestimmte Schmerz- und Rheumamittel
- Alkoholgenuss
- Erhöhte Anzahl von Mastzellen im Körper bzw. der von den Mastzellen produzierten Tryptase
- Höheres Alter
- Körperliche Anstrengung

der letzten Reaktion, also nicht vorhersehbar ist! Viele Patienten werden daher nicht selten



Abb. 4: Therapieoptionen bei allergischer Rhinitis

nach einem länger zurückliegenden ersten Feldstich mit gering ausgeprägter Lokalreaktion im Falle einer Sensibilisierung durch eine sich rasch entwickelnde systemische Reaktion bei erneutem Stich überrascht.

Die Akuttherapie bei einsetzenden systemischen Stichreaktionen richtet sich ausschließlich nach der Schwere der Symptome und orientiert sich an den allgemeinen Empfehlungen zur Behandlung der Anaphylaxie (43, 44, 45). Nicht selten kommt es im Rahmen der sich entwickelnden Symptome zu akuten Atemwegsobstruktionen mit Luftnot, wobei ein Bronchospasmus und/oder ein Kehlkopfödem ursächlich sein können. Von der Insektengiftallergie sind seltener Ursachen für schwere Komplikationen nach Insektenstichen abzugrenzen, die nach einem Stichereignis direkt in den Oropharynx in Form von lokalen Ödemen mit akuter Luftnot auftreten können. Allen Patienten mit systemischen Reaktionen auf Insektenstiche ist eine ausführliche Diagnostik anzuraten. Hierbei spielt, ähnlich dem Vorgehen bei der allergischen Rhinitis, die Anamnese eine entscheidende Rolle. Diese ist auch für die zeitliche Wahl eines geeigneten Termins zur Testung wichtig. Der günstigste Zeitpunkt liegt 4-6 Wochen nach dem Stichereignis. Dabei kommen prinzipiell dieselben Methoden der Allergiediagnostik zur Anwendung, werden aber den speziellen Bedürfnissen der Insektengifttestung angepasst. Sie umfassen eine Hauttestung, die als Hauttitrationspricktest (HTPT) mittels Titrationsbestimmung durchgeführt wird und die Bestimmung des Gesamt- und spezifischen IgE im Patientenserum. In jedem Fall ist die Bestimmung der Mastzell-Tryptase zu empfehlen, um eine okkulte Mastozytose als Ursache für überschießende Allgemeinreaktionen nach einem

Stichereignis nicht zu übersehen (46, 47).

Beziehen sich die Symptome der Insektengiftallergie auf Schwellungen im Kehlkopfbereich, werden die Patienten primär vom HNO-Arzt gesehen und in der HNO-Klinik therapiert. Hierbei steht die Tracheotomiebereitschaft im Vordergrund. Prinzipiell ist bezüglich der Diagnostik und Therapie von Insektengiftallergien eine enge Zusammenarbeit mit der Dermatologie empfehlenswert, da hier ein hohes Maß an klinischer Erfahrung und geleiteter wissenschaftlicher Entwicklungsarbeit vorherrscht.

**Therapiekonzept Insektengiftallergie**

Notfall-Set. Prinzipiell ist jedem Patienten bei anamnestisch begründetem Verdacht eine Reihe von Medikamenten zu verordnen, die er in Form eines Notfall-Sets immer bei sich tragen sollte. Tabelle 4 zeigt den Inhalt eines solchen Notfall-Sets, wobei auf die flüssige Darreichungsform von Glukokortikoid und Antihistaminikum zu achten ist, um im Falle von Schwellungen in Oro- oder Hypopharynx und Larynx die suffiziente Einnahme sicherzustellen. Auch in Fällen, in denen die eindeutige Identifikation des Auslösers einer Anaphylaxie nicht möglich ist, ist ein Notfall-Set zu fordern. Dies ist oftmals bei versteckten Allergenen in Nahrungsmitteln, bei denen ein unbeabsichtigter Kontakt nicht ausgeschlossen werden kann, zu berücksichtigen. Insbesondere die Anwendung des Adrenalin-Pen bedarf einer Patientenschulung. Das Notfall-Set stellt jedoch keine Alternative zur anzustrebenden spezifischen Immuntherapie dar und sollte auch während und nach der SIT stets vom Patienten mitgeführt werden.

SIT. Nach einem Stichereignis mit systemischer Reaktion sucht nur die Hälfte der Betroffenen einen Arzt auf. Die anderen werden entweder nicht oder nur symptomatisch behandelt und das obgleich der protektive Effekt der konventionellen spezifischen Immuntherapie mit 95% überzeugend ist. Nur 10% der Insektengiftallergiker erhält diese notwendige kausale Therapie in Form einer spezifischen Immuntherapie, was eine Studie zur Insektengiftanaphylaxie belegt (45).

Die spezifische Immuntherapie bei Insektengiftallergikern kam erstmals bereits 1925 zum Einsatz. Aber erst moderne Präparate mit speziellen Adjuvantien erlauben einen sicheren Einsatz bei Kindern und Erwachsenen. In den letzten Jahren haben sich zahlreiche Schemata zur SIT auf Insektengift etabliert. Diese unterscheiden sich sowohl in der Aufarbeitung der Allergenextrakte (als wässrige Lösungen oder Depotpräparate), als auch in der Dauer bis

Tabelle 7

**Standartempfehlungen zur Therapie der Anaphylaxie**

Notfallsituation sollte monatlich trainiert werden, Notfallkoffer wöchentlich kontrollieren

Schweregrad I: i.v.-Zugang, Antihistaminikum, Beobachtung (Vorsicht: biphasische Verläufe!)

Schweregrad II: Katecholamine, Antihistaminika, Glukokortikoide, ggf. Theophyllin

Schweregrad III: sofortige Adrenalingabe, Sauerstoffzufuhr ggf. Intubation

Schweregrad IV: kardiopulmonale Reanimation nach ABC-Regel

Alternativ-Tabelle 7

**Reaktion**

Lokalreaktion  
(Stadium 0):  
übermäßige Schwellung (> 15 cm)/  
Rötung der Injektionsstelle

**Leichte Allgemeinreaktion (Stadium 1):**

Allgemeine Hautrötung, Urtikaria, Pruritus  
(insbesondere an den Handtellern und Fußsohlen),  
Schleimhautreaktionen (z.B. Nase, Kujunktiven);  
Allgemeinreaktionen (s.B. Unruhe, Kopfschmerz)

**Ausgeprägte Allgemeinreaktion (Stadium 2):**

Kreislaufdysregulation (Blutdruck, Pulsveränderung);  
Atemnot (leichte Dyspnoe, beginnender Broncho-  
spasmus);  
Stuhl- bzw. Urindrang; Angstgefühl

**Starke Allgemeinreaktion: (Stadium 3)**

(Sehr selten, aber u.U. innerhalb von Sekunden nach  
der Injektion):

Schock (schwere Hypotension, Blässe); Brocho-  
spasmus mit bedrohlicher Dyspnoe; Bewusstseins-  
trübung oder - Verlust, ggf. Stuhl und Urinabgang

**Vitales Organversagen (Stadium 4)**

Manifestes Versagen der Vitalfunktionen  
(Atem-/Kreislaufstillstand)

**Behandlung**

Allgemeine Maßnahmen (s.o.)  
Zusätzlich je nach Schweregrad:  
- Kühlen!  
- Anihistaminikagabe (evtl. oral)

**Allgemeine Maßnahmen (s.o.)  
zusätzlich:**

- Blutdruck und Pulskontrolle  
- Gabe eines H1- Antihistaminikums und  
eines H 2 Antihistaminikums (z. B.  
Dimetindenmaleat 8 mg und  
Cimetidin 400 mg, jeweils i.v.)

**Bei pulmonaler Reaktion:**

- Inhalation eines Beta-Sympatho-  
mimetikums oder Adrenalin  
- bei Progredien: Adrenalin 1 mg/10 ml:  
0,1 mg/min i.v.

**Bei kardiovaskulärer Reaktion:**

- Ringer-Lactat-Lösung 500 ml i.v.  
**Weiterhin wie bei Stadium 1, aber:**  
- 250 – 500 mg eines Kortikosteroids i.v.

**Bei pulmonaler Reaktion:**

- wie Stadium 2, bei unzureichendem  
Therapie effekt zusätzlich Theophyl-  
lin initial 5 mg/kg KG i.v.  
bei kardiovaskulärer Reaktion zusätzlich:  
- Ringer-Lactat-Lösung 2000 ml i.v.  
- Kolloide (z.B. HES 200 000,  
bis 2000 ml i.v.)  
- Adrenalin 1 m/10 ml: 0,1 mg/min i.v. oder  
Dopamin 2,5 - 5 mg/70 kg/min i.v.  
- bei Progredienz nach etwa 1 mg Adrenalin:  
1. Noradrenalin 0,05 - 1 mg/min.  
2. H 1-Antagonist + H 1- Antagonist i.v.  
(Dosis s. Stadium 1)  
- anschließend 100 mg Prednisolon oder  
Äquivalente i.v.

**Notfallmaßnahmen:**

- Reanimation (Intubation, Beatmung,  
externe Herzdruckmassage)  
- Adrenalin (+ Dopamin + Noradrenalin)  
- weitere Volumensubstitution

zum Erreichen der Erhaltungsdosis, die im  
allgemeinen 100µg Bienen- oder Wespengift  
entspricht. Die konventionelle Dosissteige-  
rung dauert ca. 3 Monate und wird ambulant  
durchgeführt (48, 49). Vor dem Hintergrund  
eines rasch zu erzielenden Schutzes haben  
sich in den letzten Jahren jedoch Applikations-  
schemata durchgesetzt, bei denen unter station-  
nären Bedingungen täglich mehrere Injektio-  
nen verabreicht werden und so die Dauer der  
Dosissteigerung auf 5 Tage (Rush-SIT (50,  
51)) oder sogar 2 Tage (Ultra-Rush-SIT (52,  
53)) verkürzt werden konnte, ohne dass dies  
mit einem erhöhten Risiko von systemischen  
Nebenwirkungen verbunden ist.

In jedem Fall schließt sich an das Erreichen  
der Erhaltungsdosis ein je nach Schwere der  
Reaktion 3 – 5-jähriges Intervall zur Fortset-  
zungsbehandlung an, wobei hier die Injektio-  
nen in gewohnter Weise in 4- bis 6-wöchent-  
lichen Abständen verabreicht werden.

Die verkürzten Steigerungsprotokolle, die in  
vielen Kliniken über das Wochenende angebo-  
ten werden, werden durch die Patienten sehr  
gut angenommen und tragen somit durch den  
geringeren Zeitaufwand zu einer Steigerung  
der Compliance bei.

**Zukunftsperspektiven**

Die Klärung der Zusammenhänge zwischen  
genetischer Disposition und dem Einfluss von  
Umweltfaktoren in der Entstehung von Aller-  
gien stellt eine zentrale Herausforderung für  
die Forschung der kommenden Jahre dar. Wei-  
tere wichtige Fragen, die dringend der Beant-  
wortung bedürfen, betreffen Entscheidungshil-  
fen zur Vorhersage (Prädiktionsparameter) der  
Allergieentwicklung sowie das Zusammen-  
spiel zwischen Genetik und Umwelt als Ur-  
sache der dramatischen Zunahme von Allergien  
(Prävalenzanstieg).

Darüber hinaus muss geklärt werden, welcher  
Zusammenhang zwischen Infektion und Aller-  
gie besteht, welche Mechanismen die natür-  
liche Toleranz gegen Allergene steuern und  
welche Mechanismen für pseudoallergische  
Reaktionen verantwortlich sind.

Literatur beim Verfasser

Anschriften der Verfasser:

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen- und  
Ohrenheilkunde Leipzig,  
Liebigstraße 10 – 14, 04103 Leipzig

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen- und  
Ohrenheilkunde Dresden,  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

<sup>3</sup> Klinik für Dermatologie,  
Venerologie und Allergologie, Philipp  
Rosenthalstraße 23 – 25, 04103 Leipzig