

<b>Berufspolitik</b>	Brief an Frau Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel	<b>4</b>	
	Aktionstag der Heilberufe	<b>5</b>	
	Offener Brief an Bundesgesundheits- ministerin Ulla Schmidt „Ärzteblatt Sachsen“	<b>5</b>	
	Neues und Bewährtes ab 2007	<b>6</b>	
	10 Fragen an den Vorsitzenden des Ausschusses Finanzen	<b>8</b>	
	Informationsveranstaltung für Medizinstudenten	<b>9</b>	
	Mitgliederversammlung Kreisärztekammer Muldentalkreis	<b>10</b>	
	Klinikärztetreffen Kardiologie	<b>11</b>	
	<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Wahl zur Kammerversammlung 2007/2011 Anzahl der Mandatsträger	<b>13</b>
		Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	<b>13</b>
		<b>Verschiedenes</b>	11. Sächsisches Seniorentreffen
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen		<b>16</b>
<b>Originalien</b>	Die Lebendspende nach dem Transplantationsgesetz	<b>17</b>	
	Basale Neugeborenenreanimation	<b>20</b>	
	Lungenembolie und Atonie unter Geburtsbedingungen	<b>25</b>	
	<b>Mitteilungen der SÄV</b>	Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2007	<b>27</b>
<b>Personalia</b>		PD Dr. med. habil. Manfred Jähne zum 65. Geburtstag	<b>28</b>
	Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz zum 65. Geburtstag	<b>29</b>	
	PD Dr. med. habil. Jobst Henker zum 65. Geburtstag	<b>30</b>	
	Unsere Jubilare im Februar	<b>31</b>	
	<b>Kunst und Kultur</b>	Ausstellung: Manfred Luther	<b>35</b>
Impressum		<b>32</b>	
<b>Gesundheitspolitik</b>	Neues zum Impfen	<b>33</b>	
	Beilagen	Externe Qualitätssicherung 2005	
		Jahresinhaltsverzeichnis 2006	
Fortbildung in Sachsen – März 2007			



## Brief an Frau Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel

12. Dezember 2006

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin  
Dr. Angela Merkel,

wir, die Präsidenten der Landesärztekammern der neuen Bundesländer, wenden uns aufgrund der geplanten Gesundheitsreform, dem sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, an Sie.

Es muss uns mit Unverständnis, Groll und so manchem Déjà-vu-Erlebnis erfüllen, wenn wir die Entwicklung der aktuellen Gesundheitspolitik auf dem Hintergrund unseres spezifischen ostdeutschen Erfahrungshorizontes reflektieren!

Wir sind mit Mut und Tatkraft angetreten, um die Zuteilungsmedizin á la DDR zu überwinden und um das freiheitliche deutsche Gesundheitssystem unter der Prämisse „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ (Seehofer) mitzugestalten.

Wir denken, dass wir die uns vom Gesetzgeber zugewiesenen Aufgaben bei der schwierigen Umgestaltung der Medizinlandschaft im Osten Deutschlands „mit Anstand“ realisiert haben – dies trotz nahezu jährlich verabschiedeter Kostendämpfungsgesetze.

Jetzt greift die Große Koalition mit dem sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz massiv und strukturverändernd in die Regelungskompetenzen der bisherigen Selbstverwaltung der Heilberufe und Krankenkassen ein und erteilt damit Staat und Markt die Vorfahrt.

Wohin solche Entwicklungen führen können, sehen wir in den abzulehrenden Systemen in den USA (45 Mio. unversichert!) und England (Wartelisten und Zuteilungsmedizin). Aus dem Eigenerleben zweier Ge-

sundheitssysteme lehnen wir ostdeutsche Ärzte die erneuten Tendenzen zur Entwicklung einer Staatsbürokratie entschieden ab!

Unsere weiteren Kritikpunkte betreffen:

- Die Professionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses als Rationalisierungsbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens. Das Gesundheitswesen wird auf den Kopf gestellt, ohne dass die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung – wie versprochen – gelöst werden.
- Die Fortschreibung der Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung, nun aber in Euro und Cent durch sogenannte Praxisbudgets.
- Die zusätzlichen Lasten für Krankenhäuser in Höhe von 500 Millionen Euro mit der Folge einer Wartelistenmedizin.
- Die Einführung eines völlig überflüssigen, bürokratischen Gesundheitsfonds, der den zentralistischen Umbau des Gesundheitswesens zementiert.
- Die Angleichung (und praktisch die Abschaffung) der eigenständigen privatärztlichen Gebührentaxe an die budgetierte Vertragsgebührenordnung.
- Die Einzelverträge für Ärzte, wodurch diese ohne jeden Schutz durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind und die Spaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstrukturen vertieft wird.
- Die Zerstörung des Geschäftsmodells der PKV, um die private Vollversicherung zu zerschlagen.

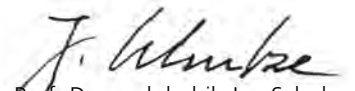
Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin, der soziale Frieden ist ein hohes Gut

unserer Gesellschaft – hier zu verunsichern und zu unterminieren führt zu Angst und Ablehnung bei Bürgern und bei den Patienten zur Demotivation der im Gesundheitswesen Beschäftigten und zur Verstärkung des Ärztemangels.

Absolut kritikwürdig ist die Vorlage eines Gesetzes ohne maßgeblichen Einbezug der Träger und Gestalter des Systems, die im Übrigen zu Unrecht als Lobbyisten desavouiert werden. Wir Ärzte werden uns auch weiterhin mit den uns möglichen Aktivitäten gegen dieses Gesetz zur Wehr setzen. Das schließt Infokampagnen, Protesttage und die Prüfung von Rechtsmitteln ein.

Wir bitten Sie, mit dem Gewicht der Bundeskanzlerin und Vorsitzende der CDU unsere Argumente zu wichten und die Ihnen möglichen Schlussfolgerungen zu ziehen.

Mit vorzüglicher Hochachtung



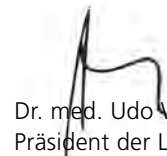
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen  
Landesärztekammer



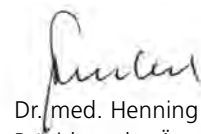
Dr. med. Andreas Crusius  
Präsident der Ärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern



Dr. med. Thekla Franke  
Vizepräsidentin der  
Landesärztekammer  
Thüringen



Dr. med. Udo Wolter  
Präsident der Landesärztekammer  
Brandenburg



Dr. med. Henning Friebe  
Präsident der Ärztekammer  
Sachsen-Anhalt

## Aktionstag der Heilberufe



Bundesweit waren die Heilberufe für den 4. Dezember 2006 zu einem Aktionstag aufgerufen. Im Mittelpunkt stand dabei die Information der Bevölkerung über die anstehende Gesundheitsreform. In Sachsen hatte das Bündnis Gesundheit 2000 kurzfristig die jeweiligen Berufsgruppen zu Aktionen aufgerufen. Die sächsischen Apotheker haben daraufhin an diesem Tag ihr Leistungsangebot beschränkt, die Physiotherapeuten klärten ihre Patienten gezielt über

## Offener Brief an Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen

Dresden, 11. Dezember 2006

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, die vier nationalen Protesttage und der Aktionstag „Patient in Not – diese Reform schadet allen“ haben mit überwältigender Kraft gezeigt, dass die Heilberufe nicht bereit sind, die geplante Gesundheitsreform umzusetzen, weil sie die aktuellen Probleme verstärkt und in eine Staatsmedizin sowie zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung führt.

Der Gesetzentwurf ist ein fauler Kompromiss der großen Koalition zulasten der Patienten und der Heilberufe, um sich die jeweils beste Position für die anstehende Bundes-

tagswahl zu sichern. In diesem Gesetzentwurf ist ein grundlegend systematischer Fehlansatz enthalten, der das bisherige paritätische System der Krankenversicherung aushebelt und den Patienten mit seinen Leiden allein lässt. Denn er, der Patient, durchschaut die geplante Reform nicht und muss aber am Ende höhere Krankenkassenbeiträge bei weniger Leistung bezahlen. Auch aus diesen Gründen ist es eine Beleidigung, wenn Sie behaupten, dass die Ärzte ihre Patienten in Geiselnhaft nehmen. Die große Koalition greift mit der Arroganz der Macht in die bewährten Strukturen ärztlich medizinischer Versorgung ein und gefährdet diese in den Praxen, Kliniken und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Damit wird das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig erschüttert, Verunsicherung greift um sich und die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind zunehmend demotiviert. Anstatt mehr Freiheit mit dem bisherigen Slogan „Vorfahrt für die Selbst-

verwaltung“ heißt es nun der „Staat hat das Sagen“. Und so werden wir in Ostdeutschland nach einem anfänglich pluralistisch demokratischem Gesundheitssystem erneut Zeugen des Umbaus und Abbaus von den selbstverwalteten, föderalen Gesundheits- und Sozialstrukturen hin zu einer bürokratielastigen Staatsmedizin. Die weitere Einschränkung der Therapiefreiheit durch eine Zuteilungsmedizin ruft bei uns ostdeutschen Ärzten Ablehnung, Frustration und so manches Déjà-vu-Erlebnis hervor. Mit den vorgelegten Maßnahmen wird die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens nicht ausgeglichen, Engpässe in der Versorgung und verdeckte Rationierung werden eher verschärft. Die geplanten Steuerzuschüsse kompensieren nicht die Streichung des Bundeszuschusses aus der Tabaksteuer!

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



Friedemann Schmidt, Präsident der Landesapothekerkammer; Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke, stellv. Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen; Prof. Dr. med. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer; Dieter Blaßkiewitz, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. (v.l.)

tagswahl zu sichern. In diesem Gesetzentwurf ist ein grundlegend systematischer Fehlansatz enthalten, der das bisherige paritätische System der Krankenversicherung aushebelt und den Patienten mit seinen Leiden allein lässt. Denn er, der Patient, durchschaut die geplante Reform nicht und muss aber am Ende höhere Krankenkassenbeiträge bei weniger Leistung bezahlen. Auch aus diesen Gründen ist es eine Beleidigung, wenn Sie behaupten, dass die Ärzte ihre Patienten in Geiselnhaft nehmen. Die große Koalition greift mit der Arroganz der Macht in die bewährten Strukturen ärztlich medizinischer Versorgung ein und gefährdet diese in den Praxen, Kliniken und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Damit wird das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig erschüttert, Verunsicherung greift um sich und die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind zunehmend demotiviert. Anstatt mehr Freiheit mit dem bisherigen Slogan „Vorfahrt für die Selbst-

verwaltung“ heißt es nun der „Staat hat das Sagen“. Und so werden wir in Ostdeutschland nach einem anfänglich pluralistisch demokratischem Gesundheitssystem erneut Zeugen des Umbaus und Abbaus von den selbstverwalteten, föderalen Gesundheits- und Sozialstrukturen hin zu einer bürokratielastigen Staatsmedizin. Die weitere Einschränkung der Therapiefreiheit durch eine Zuteilungsmedizin ruft bei uns ostdeutschen Ärzten Ablehnung, Frustration und so manches Déjà-vu-Erlebnis hervor. Mit den vorgelegten Maßnahmen wird die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens nicht ausgeglichen, Engpässe in der Versorgung und verdeckte Rationierung werden eher verschärft. Die geplanten Steuerzuschüsse kompensieren nicht die Streichung des Bundeszuschusses aus der Tabaksteuer!

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, Ihr mehrmaliges Versprechen, die Krankenkassenbeiträge zu senken,

haben Sie schon wiederholt gebrochen. Ihre Ankündigungen, das System wettbewerbsfähig zu machen, sind nie eingetreten und werden auch nicht eintreten, weil die Gesetze aus Ihrem Haus meist ohne die Fachleute und gegen deren konstruktiven Vorschläge erarbeitet werden.

Die medizinische Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau ist nur möglich, weil es die Beschäftigten im Gesundheitswesen durch ihre altruistische Haltung stützen. Das trifft im besonderen Maße gerade auf Sachsen mit dem Problem des Ärztemangels zu. Diese Haltung wollen Sie zulasten der dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausnutzen, um Kosten zu senken.

Eine flächendeckende und wohnortnahe ambulante wie stationäre Versorgung der Patienten ist nicht mehr möglich, wenn das Gesetz unverändert in Kraft treten sollte. Durch die Atomisierung der Vertragsbeziehun-

gen zwischen Krankenkassen und Ärzten wird die Kontinuität der Akut-, Notfall- sowie der Regelversorgung gefährdet.

Das Hauptziel der Reform, dauerhaft sichere Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen zu schaffen, wird verfehlt. Die Regierung verschärft dagegen die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens, weil Zusatzbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch neue Quersubventionierungen zugunsten anderer Sozialversicherungsbereiche nicht ausgeglichen werden.

Durch Ihre Reform, Frau Bundesministerin, werden tausende Arbeitsplätze vernichtet und Patienten allein gelassen. Stoppen Sie diese Reform und drücken Sie die Reset-Taste. Vorschläge haben die Gesundheitsberufe schon mehrfach vorgelegt, wie zum Beispiel die Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates zur Vorbereitung gesetzlicher Entscheidungen. Ihre plumpe Polemik zu dem Akti-

onstag der Heilberufe, diesen nur wegen des „schnöden Mammons“ initiiert zu haben, weisen die Ärzte mit aller Entschiedenheit zurück!

Wenn diese sogenannte Reform nicht für die Heilberufler sondern für die Patienten sein soll, dann fragen wir Sie, wie Sie dem Patienten erklären wollen, dass künftig in verstärktem Maße Zuzahlungen, beträchtliche Limitierungen, Therapieausschlüsse und Wartelisten auf ihn zukommen werden.

Die Heilberufe verstehen dieses Programm als einen weiteren Eingriff in die Freiberuflichkeit, die gekoppelt ist mit Bürokratie, die auch den Ärztemangel massiv verstärken wird!

Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen war und ist jederzeit zu konstruktiven Gesprächen bereit.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Sprecher des Bündnis Gesundheit 2000  
im Freistaat Sachsen

## „Ärzteblatt Sachsen“ Neues und Bewährtes ab 2007

Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ wünscht den Lesern unseres Kammerorgans auch für das Jahr 2007 beste Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Zufriedenheit und Erfolg im beruflichen und persönlichen Leben. Möge das Jahr 2007 für Sie ein in jeder Beziehung gutes und erfolgreiches Jahr werden.

Das „Ärzteblatt Sachsen“ ist das Publikationsorgan der Sächsischen Landesärztekammer und der in ihr verfassten Ärzteschaft im Freistaat Sachsen. Seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer am 12. Mai 1990 sind mehr als 200 Hefte „Ärzteblatt Sachsen“ vom Redaktionskollegium konzipiert und mit berufspolitischen, gesundheitspolitischen, medizinwissenschaftlichen und medizinhistorischen Beiträgen erstellt worden. Der Beginn

des Jahres 2007 war für das Redaktionskollegium Anlass, einige visuelle und gestalterische Veränderungen am „Ärzteblatt Sachsen“ vorzunehmen, um ein zeitgemäßes Erscheinungsbild zu erzielen. Die redaktionellen Inhalte mit den Rubriken Berufspolitik, Gesundheitspolitik, Amtliche Bekanntmachungen, Mitteilungen der Geschäftsstelle und der Kasenärztlichen Vereinigung Sachsen, medizinisch-wissenschaftliche Originalarbeiten, Leserbriefe, Medizingeschichte, Personalien, Kunst und Kultur werden fortgesetzt.

Ohne Zweifel beeinträchtigt die in jedem Heft integrierte Werbung häufig die Kontinuität des Lesens und stört zum Teil das Erscheinungsbild unserer Zeitschrift, insbesondere auf dem Titelblatt. Durch reduzierte Werbeetats der Pharmaindustrie und der Medizintechnik haben Anzahl und Größenumfang der Akquisitionen in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Aber die Werbung im „Ärzteblatt Sachsen“ ermöglicht seit dem Heft 1/1990 die Herstellung

eines kostenneutralen Ärzteblattes. Unser Standesorgan wird ohne finanzielle Belastung unserer Kammermitglieder und der Sächsischen Landesärztekammer erstellt. Allein die Gestaltung und Belegung des Titelblattes ohne Werbeanzeige bedeutete, den kostenfreien Bezug des „Ärzteblatt Sachsen“ in Frage zu stellen, da sich die jährlichen Ausgaben des Verlages um rund 36.000 Euro erhöhen würden.

### Das neue Layout des „Ärzteblatt Sachsen“

Angestrebt ist weiterhin eine sachliche Gesamterscheinung, ohne Reduzierung des Informationsgehaltes. In dem Tiefschwarz mit gelber und sachsengrüner Farbuntersetzung wirkt das Titelblatt weiterhin visuell dezent und gleichzeitig elegant. Bei der veränderten Gestaltung des Titelblattes wird anstelle der axialen Inhaltsangaben eine linksbündige Anordnung der Schrift vorgenommen. Die Größenverhältnisse der Wörter sind gering korrigiert. Das

ansprechende äußere Erscheinungsbild und der Gesamteindruck unseres Landesorgans bleiben erhalten. Es ist unverwechselbar und sofort identifizierbar. Dieses typische „Outfit“ ist seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer unserer „coporate design“. Für das gesamte Heft wurde die Schriftfamilie „Frutiger“ ausgewählt. Diese Schrifttype ist eine serifenlose Antiqua. Sie ist sachlich und gut lesbar.

Das Inhaltsverzeichnis wird zukünftig durch Abbildungen bereichert, die die Schwerpunkte der Themen visualisieren sollen. Im veränderten Inhaltsverzeichnis finden Sie übersichtlicher als bisher alle Themen des Heftes. Die gewohnten Rubriken sind geblieben. Die einzelnen Heftteile sind deutlicher akzentuiert. Der dreispaltige Umbruch ist geblieben. Die konsequente Dreispaltigkeit ist für das gesamte Heft vorgesehen, einschließlich der Überschriften. Die

Spaltenbreite hat sich verschmälert. Der Satzspiegel ist so angelegt, dass für herausragende breite Abbildungen und eventuelle Marginalien mehr Raum zur Verfügung steht.

Die Kennzeichnung der Rubriken wird an der Oberkante einer Druckseite wie bisher vorgenommen, jedoch in weißer Schrift innerhalb des grauen Rechteckes und jeweils an der Außenseite des Satzspiegels ausgeführt.

Die Papierqualität des „Ärzteblatt Sachsen“ ist das überprüfte optimale Resultat aus allen drucktechnischen und finanziellen Einflussgrößen. Der Einsatz von Recyclingpapier beeinflusst entscheidend die Druckqualität negativ. Grenzen setzt die Opazität, die wesentlich von der Papierdicke und der Papierdicke beeinflusst wird. Das Anliegen unseres Landesorgans ist es weiterhin, die sächsischen Ärztinnen und Ärzte über die aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik detail-

liert zu informieren, zur Geschlossenheit der gesamten Ärzteschaft beizutragen, ärztliche Gemeinsamkeiten herzustellen, an die berufliche Einigkeit zu appellieren, auf bedeutsame gesetzliche Vorschriften aktuell hinzuweisen, originale medizinische Beiträge zu publizieren, Medizingeschichte in unserem Bewusstsein zu bewahren und die Korrespondenzadresse ärztlicher Gedanken zu sein. Wir schätzen bei der Gesamtbetrachtung ein, dass das „Ärzteblatt Sachsen“ den Vergleich mit den Kammerorganen der anderen 16 deutschen Ärztekammern sehr gut bestehen kann. Das Redaktionskollegium hofft auch weiterhin, dass Sie das „Ärzteblatt Sachsen“ gern in die Hand nehmen und die gestalterischen Veränderungen positiv und sinnvoll beurteilen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
im Namen des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“,  
Grafik-Designer Hans Wiesenhütter, Dresden



## Zehn Fragen an:



Herrn Dr. med. Claus Vogel  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

### 1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?

Mitglied im Ausschuss Finanzen bin ich seit 1999.

Nach dem Ausscheiden des bisherigen Vorsitzenden, Herrn Chefarzt Dr. med. Helmut Schmidt, wurde ich 2001 von den Ausschussmitgliedern zum Vorsitzenden gewählt.

### 2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?

Als Vorstandsmitglied und niedergelassener Arzt sehe ich eine wichtige Aufgabe meiner Kammertätigkeit in der Wahrnehmung und Gestaltung der finanziellen Belange der Sächsischen Landesärztekammer. Dabei ist es mein Ziel, dass die Beitragsmittel der Kammermitglieder sinnvoll, sachgerecht, wirtschaftlich und sparsam verwendet werden.

### 3. Wie viele Mitglieder aus welchen Fachrichtungen hat der Ausschuss?

Der Ausschuss Finanzen setzt sich aus acht gewählten Mitgliedern zusammen. Davon sind zwei angestellt und sechs ambulant tätig.

Die Fachrichtungen spielen in diesem Ausschuss keine wesentliche Rolle, trotzdem sollen sie hier genannt werden: FÄ für Allgemeinmedizin (3), FÄ für Innere Medizin (2), FA für Urologie (1), FA für Anästhesiologie (1), FA für HNO (1)

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

Schwerpunkte der Ausschussarbeit sind der Jahresabschluss, der Haushalts- und Investitionsplan sowie Entscheidungen zu Widersprüchen in Beitrags- und Gebührenangelegenheiten und ständig zu bearbeitende Anträge nach § 9 der Beitragsordnung (Stundung, Ermäßigung oder Erlass von Beiträgen).

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

Die Ablösung des Darlehens zur Finanzierung des Kammergebäudes zum 31. 12. 2005 sowie die Senkung des Beitragsatzes zum Kammerbeitrag von 0,6 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit auf 0,58 Prozent ab dem 1. 1. 2006 erfolgten auf Grund einer weitsichtigen und ausgewogenen Haushaltspolitik, die der Finanzausschuss entscheidend mitgetragen hat.

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

Junge Ärzte können durch ihre Mitarbeit im Ausschuss schon frühzeitig in finanzielle Fragen der Kammertätigkeit einbezogen werden und auf die Verwendung von Beitragsmitteln Einfluss nehmen.

Die Beschäftigung mit betriebswirtschaftlichen Problemen während der Ausschussarbeit ist eine gute Schule für ein ganzes Arztleben, unabhängig ob eine angestellte Tätigkeit oder eine Niederlassung angestrebt wird.

### 7. Was würden Sie gern ändern?

Die Ausschussarbeit gestaltet sich so optimal in enger Zusammenarbeit mit der Hauptgeschäftsführung sowie dem Kaufmännischen Geschäftsbereich und der Rechtsabteilung, dass derzeit keine Änderungswünsche erkennbar sind.

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

Neben der schon erwähnten Unterstützung durch die verschiedenen Geschäftsbereiche der Hauptgeschäftsstelle ist die Unterstützung durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft unverzichtbar.

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

Die Fortführung einer ausgewogenen und weitsichtigen Haushaltspolitik ist durch eine konzeptionelle Betrachtung der Probleme und die Erarbeitung von Lösungsansätzen weiter zu sichern. Der Ausschuss lebt auch vom Tagesgeschäft, das nicht zu knapp ist. Er muss auf geforderte neue Aufgaben ausgehend von Deutschen Ärztetagen, von Kammerversammlungen, vom Vorstand und vom Gesetzgeber reagieren, die finanziellen Auswirkungen prüfen und Vorschläge zur Umsetzbarkeit unterbreiten.

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

Ein bisher gut funktionierendes und in aller Welt anerkanntes Gesundheitssystem wird wider besseren Wissens aus hauptsächlich ökonomischen Gründen so auf den Kopf gestellt, dass sowohl die Patienten als auch die Arbeit der sogenannten Leistungserbringer leiden werden.

## Informationsveranstaltung für Medizinstudenten

Rund 120 Medizinstudenten aus dem 5. und 6. Studienjahr der Medizin kamen am 29. November 2006 in das Medizinisch-Theoretische Zentrum der TU Dresden. Eingeladen hatten das Sächsische Staatsministerium für Soziales, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen.

In Vorträgen informierten die Vertreter der Organisationen über Chancen und Einsatzmöglichkeiten für Ärzte in Sachsen. Einführend stellte Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales den Standortvorteil Sachsens dar. Durch die Absolvierung von Praktika in akademischen Lehrpraxen könnten sich die Studenten schon frühzeitig auf eine Tätigkeit im ambulanten Bereich vorbereiten. Interessiert folgten die Teilnehmer den Ausführungen des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Professor Dr. med. habil. Jan Schulze. Einer kurzen Darstellung der historischen Entwicklung der ärztlichen Standesorganisation, schloss sich eine Übersicht über die hoheit-



lichen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer an. Die Zuhörer erhielten durch den Vortrag einen Einblick in die Struktur der Weiterbildungsordnung und konnten sich über die Möglichkeiten des ärztlichen Kompetenzerhalts durch berufsbegleitenden Wissenserwerb in der Fortbildung informieren. Dr. med. Johannes Baumann, Leiter der Bezirksgeschäftsstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, berichtete aus dem Fundus seiner täglichen Arbeit als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Coswig. Attraktiv, interessant und erfüllend an der Tätigkeit als Allgemeinmediziner sei das umfangreiche Behandlungsspektrum und das enge

Verhältnis zum Patienten. Über die Krankenhauslandschaft Sachsens und die Möglichkeiten einer Anstellung in Krankenhäusern informierte Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen. Welche Herausforderungen unter bevölkerungsmedizinischen Aspekten eine ärztliche Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst hat, stellte Frau Dr. med. Regine Krause Döring, Amtsärztin und stellvertretende Dezernentin für Gesundheit und Soziales im Landratsamt Muldentalkreis und Vorsitzende des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dar. Ob im amtsärztlichen Dienst, im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst,

im Infektionsschutz, im umweltbezogenen Gesundheitsschutz oder in der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung, als vielfältig beschreibt Frau Dr. Krause-Döring die Aufgaben im amtsärztlichen Bereich. Nicht zuletzt bietet die Arbeitszeitregelung in diesem Feld vorteilhafte Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Abschließend erläuterte Raimund Pecherz, Leiter der Niederlassung Dresden der Apo-

theker- und Ärztebank, betriebswirtschaftliche und finanzielle Aspekte der Praxisgründung. Mit viel Beifall wurde die eineinhalbstündige Vortragsveranstaltung beendet. Gut besucht waren im Anschluss auch die Informationsstände der beteiligten Akteure. So wurde den Studenten durch Mitarbeiterinnen der Sächsischen Landesärztekammer anhand der Weiterbildungsordnung die Modalitäten der Weiterbildung in verschie-

denen Fachrichtungen erläutert. Eine hohe Teilnehmerzahl – Dank der Aktivität der Fachschaft Medizin – und die positive Resonanz der Studenten: damit dürfte die Veranstaltung – Dresdner Medizinstudenten anzuspornen, nach ihrem Staatsexamen in Sachsen ärztlich tätig zu werden – ihr wesentliches Ziel erreicht haben.

Dr. med. Katrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Mitglieder- versammlung Kreisärztekammer Muldentalkreis



Erik Bodendieck, Vorsitzender der  
Kreisärztekammer

Am 29. November 2006 hatte der Vorstand der Kreisärztekammer nach Naunhof eingeladen.

Im Rechenschaftsbericht ging der Vorsitzende auf das zurückliegende Jahr ein.

Leider musste wiederum eine steigende Anzahl von Beschwerden registriert werden. Diese betrafen hauptsächlich kommunikative Probleme zwischen Ärzten und Patienten oder auch Ärzten untereinander. Manches konnte gelöst werden, in anderen Fällen schlossen Patienten eine Vermittlung aus. Einen Schwerpunkt stellte die aktuelle Arztzahlenstatistik für den Muldentalkreis dar. Als problematisch muss der große

Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte genannt werden. Dies sind 32 Prozent (26) aller im Kreis tätigen Hausärzte. 12,5 Prozent (10) sind bereits über 65 Jahre. Derzeit sind bereits fünf Sitze für Hausärzte im Muldentalkreis unbesetzt. Im niedergelassen fachärztlichen Bereich besteht derzeit für alle Facharztgruppen eine Niederlassungssperre. Die meisten Angehörigen dieser Berufsgruppe befinden sich im 46. bis 50. Lebensjahr. Im Krankenhaus sind die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre zu finden. Wie der Vorsitzende bereits auf einer Sitzung des Ausschusses „Soziales, Arbeitsförderung und Kultus“ des Kreistages des Muldentalkreises darstellen konnte, wird sich in den nächsten Jahren ein ernsthaftes Problem in der hausärztlichen Versorgung im Muldentalkreis ergeben. Bereits jetzt sind Lücken zu verzeichnen. Zeitversetzt kann sich eine Unterversorgung auch im fachärztlichen Sektor darstellen. Umso mehr ist es wie in jedem Jahr eine gute Tradition neuen Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung, sowie in verantwortlicher Position im Krankenhaus die Möglichkeit zur geben, sich vorzustellen.

In diesem Jahr hatte die Kreisärztekammer den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil Jan Schulze, als Gastredner gewinnen können. In seinem Referat widmete er sich den

Schwierigkeiten berufspolitischer Tätigkeit. Insbesondere zeigte er die große Anzahl misslungener gesundheitspolitischer Reformgesetzgebung vergangener und der jetzigen Legislatur auf. Er machte die Gefahr der Staatsmedizin mit dem derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindlichen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ deutlich und verwies auf die Errungenschaften der Selbstverwaltung.

Wie wichtig in diesem Zusammenhang die im Jahr 2007 anstehende Wahl zur Versammlung sowie zu Ausschüssen und Arbeitsgruppen der Sächsischen Landesärztekammer ist, zeigte ein kurzer Überblick über die Tätigkeit der Sächsischen Landesärztekammer.

Herr Dr. Hubertus v. Below präsentierte in der Diskussion ein offenes Anschreiben an seine Patienten, in dem er in kurzen Worten am bevorstehenden Aktionstag (4. 12. 2006) die Folgen der Gesundheitspolitik darstellte.

Mit einem Aufruf zur Wahrnehmung des Wahlrechtes und der Mitarbeit in Ausschüssen und Arbeitsgruppen der Sächsischen Landesärztekammer endete die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer.

Erik Bodendieck  
Vorsitzender der Kreisärztekammer  
Muldentalkreis  
Vorstandsmitglied der  
Sächsischen Landesärztekammer



## Klinikärzttreffen zur Bewertung und Diskussion der im Jahre 2005 erhobenen Ergebnisse in der Kardiologie

Zu der Veranstaltung am 6. Dezember 2006 waren alle invasiv tätigen Kardiologen in Sachsen eingeladen; im Vergleich zum Vorjahr hatte die Anzahl der Teilnehmer deutlich zugenommen und lag bei ca. 60.

### 1. Ergebnisse im Modul 21/3 (Koronarangiographie und PTCA)

Die Anzahl der abgerechneten Prozeduren hatte im Jahr 2005 nochmals sprunghaft zugenommen. Die Ursache dürfte wahrscheinlich in der Verfügbarkeit der Drug Eluting Stents (DES) zu suchen sein, die auch noch

komplexe und lange Koronarstenosen als geeignetes Ziel erscheinen ließen.

Hinsichtlich der Komplikationsraten (vaskuläre Komplikationen, Myokardinfarkte, Todesfälle) lagen die Durchschnittswerte in Sachsen ausnahmslos im Bereich der bundesweit und international ermittelten Werte. Alle Todesfälle wurden im Rahmen eines strukturierten Dialogs aufgearbeitet; aufgrund der schriftlichen Antworten ergaben sich keine Auffälligkeiten, die weitere Diskussionen notwendig erscheinen ließen.

Die Sicherheit der Drug Eluting Stents wurde durch die ersten Berichte auf dem Europäischen Kardiologenkongress in Frage gestellt. Herr Dr. Christian Kaiser vom Universitätsspital Basel, aus der Arbeitsgruppe von Prof. Mathias Pfisterer, nahm dazu in einem brillanten Vortrag Stellung. Die von ihm präsentierten Daten

stammen aus der BASKET LATE Studie, die in Basel in den letzten Jahren durchgeführt worden war. Aus diesen Daten geht hervor, dass die Rate von Spätthrombosen nach Implantation von Drug Eluting Stents signifikant erhöht ist. Prognostisch gesehen sind Spätthrombosen mit einem hohen Risiko für den Patienten verbunden und verlaufen nicht selten tödlich. Es muss deshalb sehr sorgfältig abgewogen werden, in welchen Fällen die Implantation eines Drug Eluting Stents indiziert ist.

### Qualitätssicherung Herzschrittmacher

Die Qualitätssicherung für den Bereich Herzschrittmacher wurde nach 2003 und 2004 im Jahr 2005 zum dritten mal verpflichtend durchgeführt. Die Qualitätssicherungsverfahren wurden für die Bereiche Herzschrittmacher-Erstimplantation, Herz-

schrittmacher-Revision/-Explantation und Herzschrittmacher Aggregatwechsel vorgenommen. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Auswertung für die drei Bereiche zusammenfassend dargestellt.

### 1. Herzschrittmacher- Erstimplantation

Insgesamt wurden 4.866 Datensätze (im Jahr 2004: 4.856) zur Herzschrittmacher-Erstimplantation übermittelt. Etwa 60% der Aggregate wurden bei Patienten in der Altersgruppe 60 – 79 Jahre implantiert. Das Qualitätssicherungsverfahren hält sich bei der Beurteilung der Indikationsstellung zur Schrittmacherimplantation sowie der Systemauswahl eng an die gültigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung. Bei 95% der Patienten bestand eine absolute oder relative Indikation gemäß den aktuellen Leitlinien. Die Gesamtkomplikationsrate betrug in Sachsen 2,9% (2004: 4,9%). Wesentliche chirurgische Komplikationen (Pneumothorax, Hämatom, Tamponade) traten bei 1% der Patienten auf (2004 1,6%). Im Vergleich zu den Daten der Vorjahre ergibt sich für 2005 erstmalig ein leichter Rückgang der gemeldeten Datensätze. Bei den Qualitätsindikatoren „Indikationsstellung“ und „Systemwahl“ zeigte sich auch im Vergleich zu den Vorjahren weiterhin eine zufriedenstellende Qualität. Erfreulich ist der deutliche Rückgang der Gesamtkomplikationen auf 2,9%.

### 2. Herzschrittmacher- Aggregatwechsel

Insgesamt wurden 1.155 Datensätze (im Jahr 2004: 1.018) übermittelt.



Bei 1127 Patienten (97,6%) war eine reguläre Batterieerschöpfung die Indikation zum Aggregatwechsel. Von besonderem Interesse im diesem Qualitätssicherungsverfahren waren die Laufzeiten der Schrittmacheraggregate. Ausreichende, aber nicht in jedem Einzelfall zufrieden stellende Laufzeiten sind 5 bis 6 Jahre für Zweikammersysteme und von 7 bis 8 Jahren für Einkammersysteme. Die für Sachsen ermittelten Laufzeiten sind in der Tabelle 1 zusammengefasst.

### 3. Herzschrittmacher-Revision / -Explantation

Da eine Verlaufsbeobachtung nach Herzschrittmacher-Erstimplantation im Rahmen einer externen Qualitätssicherung zurzeit nicht möglich ist, wurden die Herzschrittmacher-Revisionen bzw. Explantationen ersatzweise zur Qualitätssicherung herangezogen. Insgesamt wurden 725 Datensätze übertragen. Um die prozentuale Häufigkeit von Herzschrittmacherfehlfunktionen zu ermitteln,

wurde die zur Revision oder Explantation angegebene Indikation auf die Gesamtzahl der Erstimplantationen bzw. Aggregatwechsel der meldenden Institutionen bezogen (insgesamt 5.981 Datensätze). Bei 60 Patienten (1,0%) ergab sich die Revision auf Grund der Notwendigkeit zur Systemumwandlung. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist die Häufigkeit von Infektionen im Bereich der Schrittmachertasche und der Sonden, da Infektionen eine schwerwiegende Komplikation darstellen. Insgesamt wurden 22 Infektionen gemeldet. Hieraus ergibt sich bezogen auf die Grundgesamtheit eine prozentuale Häufigkeit von 0,4%. Pectoraliszucken (n=1, 0,1%), Taschenhämatom (n= 10, 0,2%), Aggregatperforation (n= 8, 0,1%) sowie andere Taschenprobleme (n=17, 0,3%) stellten weitere Indikationen zur Revision bzw. Explantation dar.

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Kardiologie

## Vertragsarztrechts- änderungsgesetz Vergütungsregelung Ost

Der Bundesrat hat in seiner abschließenden Sitzung am 24. 11. 2006 dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zugestimmt. Damit wird auch

der Ostabschlag zum 1. 1. 2007 aufgehoben; alle Leistungen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Ost-Berlin und in den neuen Bundesländern sind von diesem Zeitpunkt an mit 100 % zu berechnen. Die Sechste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahn-

ärzte sowie der nach der Hebammenhilfe-Gebührenordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets (6. Gebührenanpassungsverordnung – jetzt 6. Gebav) vom 28. 10. 2006, in Kraft gesetzt am 1. 1. 2002 mit einem Ostabschlag von 10 Prozent, ist damit aufgehoben worden.

## Wahl zur Kammer- versammlung für die Wahlperiode 2007/2011 Anzahl der Mandats- träger

Der Landeswahlausschuss hat in seiner Sitzung vom 5. Dezember 2006 auf der Grundlage der berichtigten und von den Kreiswahlleitern bestätigten Wählerlisten gemäß § 5 Abs. 2 der Wahlordnung (veröffentlicht im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 9/2006) folgende Verteilung der Sitze für die Wahlkreise in der neu zu wählenden Kammerversammlung festgestellt:

Regierungsbezirk Chemnitz	Anzahl der Sitze
<b>Wahlkreise</b>	
Annaberg	1
Aue-Schwarzenberg	3
Chemnitz	7
Chemnitzer Land	2
Freiberg	2
Mittlerer Erzgebirgskreis	1
Mittweida	2
Plauen	2
Stollberg	1
Vogtlandkreis	4
Zwickau	3
Zwickauer Land	2

Regierungsbezirk Dresden	Anzahl der Sitze
<b>Wahlkreise</b>	
Bautzen	2
Dresden	19
Görlitz	2
Hoyerswerda	1
Meißen-Radebeul	3
Kamenz	3
Löbau-Zittau	2
Niederschlesischer Oberlausitzkreis	1
Riesa-Großenhain	2
Sächsische Schweiz	3
Weißeritzkreis	3

Regierungsbezirk Leipzig	Anzahl der Sitze
<b>Wahlkreise</b>	
Delitzsch	2
Döbeln	1
Leipzig	20
Leipziger Land	3
Muldentalkreis	2
Torgau-Oschatz	2

Die wahlberechtigten Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind aufgefordert, spätestens bis zum **13. Februar 2007 Wahlvorschläge bei den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse** (veröffentlicht im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/2006) einzureichen.

Die Vordrucke für die Wahlvorschläge können Sie bei

- dem Vorsitzenden der Kreisärztekammer,
- dem Vorsitzenden des Kreiswahlausschusses oder
- der Landeswahlleiterin erhalten.

Ärzte, die für ein Mandat in der Kammerversammlung kandidieren wollen, erklären schriftlich und unwiderruflich ihr Einverständnis mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag. Des Weiteren ist eine Erklärung gemäß § 10 Abs. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz abzugeben, dass keine Tätigkeit für das Ministerium für Staatssicherheit / Amt für nationale Sicherheit bestanden hat.

Die Kandidatur muss mit den Unterschriften von mindestens fünf Wahlberechtigten unter dem Wahlvorschlag unterstützt werden.

Die Wahlbewerber werden gebeten, sich den Wählern in einer Sonderbeilage zum „Ärztblatt Sachsen“, Heft 3/2007, mit einem Bild vorzustellen. Es ist daher erforderlich, dass die Wahlbewerber mit der schriftlichen Zustimmungserklärung zugleich ein aktuelles Bild einreichen.

Der Landeswahlausschuss hat gemäß § 14 Abs. 1 der Wahlordnung den **10. April 2007 als Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechts** festgesetzt.

Dr. jur. Verena Diefenbach, Landeswahlleiterin

## Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung

Seit dem 1. 3. 2006 ist beim Vollzug der Röntgenverordnung (RöV) die „Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ vom 22. Dezember 2005 zugrunde zu legen.

### 1. Kenntnissnachweis

Alle Ärzte, die unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes Röntgenstrahlen anwenden, müssen den Kenntnissnachweis im Strahlenschutz besitzen. Der Kenntnissnachweis im Strahlenschutz besteht aus der erfolgreichen

Teilnahme an einem entsprechenden – vom Sächsischen Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit anerkannten – Kurs und einer praktischen Einführung im jeweiligen Anwendungsgebiet.

Praktisch erfolgt vor jeder Arbeitsaufnahme mit Röntgenstrahlen eine Einführung an den Röntgengeräten und eine aktenkundige Belehrung. Dieses sowie die Teilnahmebescheinigung am Kenntniskurs genügen als Nachweis der Kenntnisse im Strahlenschutz gegenüber der zuständigen Behörde in Sachsen; eine spezielle Kenntnisbescheinigung durch die Sächsische Landesärztekammer wird nicht verlangt.

Auch der Kenntnissnachweis muss aller 5 Jahre durch Teilnahme an einem anerkannten Kurs aktualisiert werden,

wenn nicht in diesem Zeitraum eine Fachkunde nach RöV erworben wurde.

### 2. Teleradiologie, Fachkunde und Kenntnisse

Teleradiologie im Sinne der RöV stellt eine spezielle genehmigungsbedürftige Anwendung dar und ist nur dann gegeben, wenn sich der verantwortliche, befundende und die rechtfertigende Indikation stellende Arzt („Teleradiologe“) nicht vor Ort befindet und lediglich per Telekommunikation/Datenübertragung mit den Personen am Untersuchungsort („technische Durchführung“) in Verbindung steht.

Eine spezielle Fachkunde Teleradiologie ist nicht vorgesehen. Allerdings muss der „Teleradiologe“ über Fachkunde für das Gesamtgebiet der

Röntgendiagnostik einschließlich CT verfügen; das heißt Teleradiologie ist dem Radiologen vorbehalten. Am Untersuchungsort muss ein Arzt mit Kenntnissen im Strahlenschutz anwesend sein, der mit dem „Teleradiologen“ kommuniziert (Patientenaufklärung, Überwachung, Ausfallkonzepte). Der Kenntnissnachweis erfolgt analog zu Nr. 1 durch Teilnahme am Kenntniskurs und durch praktische Einweisung. Die bisher bei erteilten Genehmigungen so nachgewiesenen Kenntnisse gelten fort. Künftig (bei Neueinrichtung von Teleradiologie) ist der in der Fachkunde-Richtlinie vorgesehene spezielle Kenntniskurs für die ärztliche Tätigkeit vor Ort zu besuchen. Die praktische Erfahrung ist über zwei Wochen hinweg arbeitstäglich in dem relevanten Anwendungsgebiet zu erwerben und mit einer schriftlichen Bestätigung durch den fachkundigen Arzt („Teleradiologe“) nachzuweisen.

Die Kenntnisse des Arztes am Untersuchungsort gelten auch als nachgewiesen, wenn eine Fachkunde im Strahlenschutz („Teilfachkunde“) und die Bestätigung eines Teleradiologen über ausreichende praktische Erfahrung und Einweisung vorliegen. So kann zum Beispiel ein fachkundiger Internist für Thoraxuntersuchungen am Ort mit einem Teleradiologen (der dann auch die rechtfertigende Indikation stellt) CT –Untersuchungen vornehmen.

### 3. Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung

Die neue Fachkunde-Richtlinie erschließt Möglichkeiten für spezielle Fachkunden, die es bisher nicht gab. Die Fachkunde im Strahlenschutz gilt in dem Umfang fort, wie sie vor dem 01.07.2002 (Verordnung zur Änderung der Röntgenverordnung und anderer atomrechtlicher Verordnungen vom 18.06.2002) bzw. zum 28. 2. 2006 bestanden hat. Sie gilt nur für die Anwendungsgebiete, für die die Fachkunde erworben worden ist. Die Fachkunde beschränkt sich damit auf Geräte und Methoden, die zum jeweiligen Zeitpunkt üblicherweise eingesetzt worden sind.

Beispiele:

Ein Facharzt für Innere Medizin erhielt auf Grund seines Zeugnisses die Fachkunde für Abdomen. Er hatte eingehend Kenntnisse auf dem Gebiet der konventionellen Röntgendiagnostik erbracht. Ein Gastroenterologe mit eingehenden Kenntnissen in der Intervention an den Gallenwegen erhielt ebenfalls die Fachkunde für Abdomen. Beide können ihre Arbeitsinhalte ausschöpfen und brauchen keine „neue“ Fachkunde nach „neuer“ Richtlinie erwerben.

Wichtig bleibt, dass die Fachkunde, wie bereits mehrfach im *Ärztblatt* veröffentlicht<sup>1</sup>, künftig aller 5 Jahre durch Besuch eines entsprechenden, von der zuständigen Landesbehörde (in Sachsen dem Sächsischen Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit) anerkannten Kurses aktualisiert werden muss. Der Zeitpunkt, bis zu dem erstmalig eine Aktualisierung erfolgt sein muss, ergibt sich aus den Übergangsbestimmungen, § 45 Abs. 6 i.V.m. § 18a RöV, Abschnitt 11 der Richtlinie (zum Beispiel 01.07.2007 für alle, die die Fachkunde nach 1987 erworben haben).

Anerkannte Aktualisierungskurse können auch als Bestandteil von Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen, auch zeitlich gestaffelt, angeboten werden. Die Fachkundebescheinigung (durch die Sächsische Landesärztekammer) und die Teilnahmebescheinigungen an anerkannten Aktualisierungskursen (bzw. in Einzelfällen der Aktualisierungsbescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit) gelten künftig zusammen als Nachweis der erforderlichen Fachkunde.

Wurde die Fachkunde nicht fristgerecht aktualisiert, so gilt sie nach den Bestimmungen der RöV nicht fort. Die Sächsische Landesärztekammer entscheidet dann im Einzelfall. Sie wird zunächst die bestätigte Anmeldung zum nächstmöglichen Kurstermin akzeptieren, kann jedoch auch weitergehende Anforderungen verlangen. Nach erfolgreich nachgeholter Aktualisierung bescheinigt die Sächsische Landesärztekammer, dass die Fachkunde im Strahlenschutz fortgilt.

Der bisherige Standpunkt, dass die Fachkunde – auch nach Auskunft der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer – dem Fachgebiet subsidiär ist und eine Fachkundefähigkeit außerhalb des Gebietes nicht möglich ist, wird durch die Fachkunde-Richtlinie untermauert.

Wer vor dem 1. 3. 2006 mehr als die Hälfte seiner Sachkunde abgeleistet hat, kann die Fachkunde nach den Vorgaben der bis zum 28. 2. 2006 gültigen „alten“ Richtlinie erhalten. Das gilt auch für die erforderlichen Kurse im Strahlenschutz. Die Anerkennung von „bisherigen“ Kursen gilt nach Übergangsregelung maximal bis zum 30. 6. 2007. Danach muss zum Erwerb der Fachkunde das erforderliche Kursvolumen nach „neuer“ Richtlinie ausgeschöpft werden (Spezialkurs CT, Spezialkurs Interventionsradiologie usw.).

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Platzbecker  
Vorsitzender der Prüfungskommission  
Fachkunde nach RöV

<sup>1</sup> *Ärztblatt Sachsen Heft 4/2005, S. 179; Heft 8/2002, S. 381*

## 11. Sächsisches Seniorentreffen

Auch in diesem Jahr lud der Kammerpräsident die ärztlichen Senioren und ihre Partner zu einer Ausfahrt ein. Das 11. Seniorentreffen hatte das Neue Grüne Gewölbe zum Ziel. Zu vier Terminen mit jeweils 6 Führungen brachten die Busse die interessierten Senioren zum Grünen Gewölbe im Dresdener Schloss. Vorbei an langen Warteschlangen wurden sie in die erste Etage zu den Ausstellungsräumen geleitet.

Die Besucher erfuhren in einem kleinen einleitenden Vortrag etwas über die Historie der Ausstellung, über die Gründer und spätere Mäzene, darüber wie die Ausstellungsstücke den II. Weltkrieg überstanden haben und manche unter ihnen Spätheimkehrer waren. Auch die Motive waren interessant. In erster Linie sollten die Schatzkunstwerke und Pretiosen Reichtum und Macht der absolutistischen Herrscher demonstrieren. Bestimmte Stücke wurden jedoch

gezielt bei Staatsanlässen mit dem taktischen Bemühen eingesetzt, Staatsgäste geneigt und positiv zu stimmen. Die Schätze begleiteten die Herrscher dazu auch auf ihren Reisen. Zeugnis davon legt die Sammlung historischer Etuis im „Raum der reisenden Pretiosen“ ab. In den 12 Ausstellungsräumen, die überwiegend nach zeitlichen Epochen geordnet sind, wurde immer wieder auf die Schöpfer der Kunstwerke eingegangen. Am bekanntesten ist sicher Dinglinger und sein „Goldenes Kaffezeug“ oder der „Thron des Großmoguls“. Der Betrachter steht mit Bewunderung und Ehrfurcht vor dem hohen künstlerisch-handwerklichen Können eingedenk der vergleichsweise bescheidenen technischen Möglichkeiten früherer Zeiten vor den Vitrinen, wie zum Beispiel vor dem Kirschkern mit den 185 geschnitzten Gesichtern geschaffen um das Jahr 1589 oder der großen Elfenbeinfregatte von Jacob Zeller aus dem Jahr 1620. Irgendwie findet man unter so vielen wertvollen schönen Dingen ein Lieblingsstück, dass man nach der Führung noch einmal von allen Seiten betrachtet. Dann geht man hinaus mit den Gedanken, einen sehr gegenständlichen Beweis von Sachsens Glanz erlebt zu haben, nicht immer derlei Dinge nur im Tower in London oder im Katharinenpalast in St. Petersburg zu suchen und ganz bestimmt wiederzukommen. Die Zeitplanung war so angelegt, dass die Teilnehmer des Seniorentreffens vor oder nach dem Ausstellungsbesuch Zeit fanden, den kurzen Weg zur Frauenkirche zu gehen, am quirligen Treiben um die Kirche teilzunehmen, einen Blick in die Kirche hinein zu werfen oder auf das Ausstellungsplateau unter der Kuppel zu steigen. Dort zeigten sich Dresden und die Elbe an einem wunderschönen sonnigen und warmen Herbsttag von ihrer schönsten Seite. Traditionsgemäß wurde das Seniorentreffen im Kammergebäude fortgesetzt. Nach einem Mittagessen erwarteten die Gäste zwei Vorträge (mit Darbietung), die dem Tag in gleicher Weise eine interessante Prägung gaben. Herr Heyne von Klanghütte e.V. führte in seiner musikalischen Einlei-

tung sehr unterschiedliche Instrumente aus verschiedenen Zeitepochen und Kulturen der Erde vor. Als Zuhörer konnte man bei den vorgespielten Tönen, Klängen und manchmal disharmonischen Geräuschen in sich hinein hören und die eigenen begleitenden Stimmungen verfolgen. Es war gut zu verstehen, dass damit therapeutisch gearbeitet werden kann. Herr Kollege Dr Schiller aus Glauchau schilderte im zweiten Vortrag überaus lebendig, anrührend und interessant seine Reisen als Augenarzt in 6 freiwilligen Einsätzen in der dritten Welt. Als ärztlicher Senior war er auf eigene Kosten in Uganda, Tansania, Ägypten und China tätig. Der Dia-Vortrag ließ die Zuschauer teilhaben an den Erfahrungen über häufige ophthalmologische Diagnosen, über die Mühsal und den Erfindungsreichtum, mit bescheidenen Mitteln eine möglichst optimale Behandlung zu erreichen, Ärzte vor Ort anzuleiten und zu schulen, aber auch über Land und Leute, was man isst (und was einem Mitteleuropäer schwer fällt zu essen) und immer wieder die Dankbarkeit der Menschen, dass ihnen geholfen wurde. Die Zuschauer meinen auch die Dankbarkeit des Referenten herauszuhören, in der Lebensphase des „Ruheständlers“ so sinngebend gebraucht zu werden und tätig sein zu können. Der Tag verging – so wie auch in den vergangenen Jahren – mit vielen guten kollegialen Gesprächen und klang mit dem gemeinsamen Kaffeetrinken aus. Das Interesse an den jährlichen Seniorentreffen ist ungebrochen zunehmend. Der Senioren-

ausschuss befasste sich in seinen Beratungen mehrfach mit der Thematik und suchte nach Wegen, den steigenden Zahlen organisatorisch gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang bittet der Ausschuss um Verständnis für zwei Entscheidungen. Es ist leider erforderlich, die Einladungsfrequenz für jüngere Senioren noch einmal zu strecken und für alle Senioren einen angemessenen, kleinen Selbstbeteiligungsbetrag zu erheben. Mit diesen Maßnahmen hoffen die Mitglieder des Seniorenausschusses, auch weiterhin diese schöne Tradition fortsetzen zu können.

Dr. med. Ute Göbel  
Rosentalgasse 19, 04105 Leipzig

## Konzerte und Ausstellungen

**Konzert** im Festsaal der Sächsischen Landesärztekammer  
Sonntag, 4. Februar 2007, 11.00 Uhr  
Junge Matinee  
Aus Oper und Operette –  
Musiktheaterkorrepetition  
Hochschule für Musik Carl Maria von Weber  
Dresden

**Ausstellungen**  
Foyer der Sächsischen Landesärztekammer  
und 4. Etage

Manfred Luther (1925–2003)  
Ich denke – also bin ich!  
17. Januar bis 11. März 2007

**Vernissage**  
Donnerstag, 18. Januar 2007,  
19.30 Uhr, Einführung: Dr. Ingrid Adler,  
Kunstwissenschaftlerin, Dresden

**Foyer** der Sächsischen Ärzteversorgung  
„abstrakt und konkret“  
Kleinplastiken in Ton und Porzellan von Helga  
Krauß und Malerei von Frank Degelow  
bis 30. 3. 2007



## 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 Registrierungs-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

#### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie – fachärztlich  
Reg.-Nr. 07/C001

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/C002  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2007

#### Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/C003

#### Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C004

#### Zwickauer Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 07/C005

#### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 07/C006

#### Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C007

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.02.2007 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

#### Meißen

Facharzt für Chirurgie (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 07/D001

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.01.2007

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/D002

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/D003

#### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/D004

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 07/D005

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/D006

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/D007  
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.02.2007 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. 07/L001

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/L002

#### Leipziger Land

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 07/L003

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 07/L004

#### Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 07/L005

Facharzt für Orthopädie  
Reg.-Nr. 07/L006

#### Döbeln

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/L007

#### Muldentalkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/L008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.02.2007 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, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Landpraxis

geplante Praxisabgabe: 01.04.2007  
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: III/2007  
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53.

# Die Lebendspende nach dem Transplantationsgesetz

B.-R. Kern

## I. Einführung: Das Transplantationsgesetz

Nach jahrzehntelangen Auseinandersetzungen<sup>1</sup> und einer geteilten Rechtslage nach der Wiedervereinigung<sup>2</sup> trat am 1. Dezember 1997 das „Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz, abgekürzt: TPG)“ als Bundesgesetz in Kraft<sup>3</sup>. Das TPG regelt umfassend die Organentnahme und deren Durchführung sowie die strafrechtlichen Folgen von Verstößen gegen das Gesetz. Das TPG gilt nur für Organe, Organteile und für Gewebe (§ 1 Abs. 1 TPG). Es gilt nicht für die Entnahme von Blut (TFG) und Knochenmark<sup>4</sup> (§ 1 Abs. 2 TPG) und nicht für die Xenotransplantation<sup>5</sup>. Für die Lebendspende wurde die bisherige Rechtslage im wesentlichen nur festgeschrieben. Substantiell neu sind neben einigen Durchführungsbestimmungen vor allem die Strafvorschriften.

## II. Die Plantatentnahme vom lebenden Spender<sup>6</sup>

### 1. Rechtliche Grundlagen

Die Lebendspende ist in § 8 TPG geregelt. Wie jeder ärztliche Heileingriff bedarf auch diese Transplantatentnahme zu ihrer Rechtfertigung einer Indikation, der Einwilligung nach Aufklärung und der kunstgerechten Durchführung.

### 2. Indikation, Zulässigkeit

#### 2.1 Allgemeines

Die Organentnahme beim lebenden Spender ist bei diesem nicht indiziert<sup>7</sup>, sondern im Gegenteil für den Betroffenen sogar in erheblichem Maße belastend, ja gefährlich. Sie ist für den Spender in keinem Falle eine Heilmaßnahme<sup>8</sup> und daher – unabhängig von der Einwilligungsproblematik – nur in engen Grenzen zulässig. In den Lebendspendekommissionen wird darüber hinaus die Ansicht vertreten, dass die Lebendspende nur in der Generationsfolge zulässig sei, das heißt von den Eltern auf die Kin-

der, nicht umgekehrt. Zumindest sollte die Spende in einer Generation bleiben.

#### 2.2 Risiko-Nutzen-Analyse

Das Risiko der Organentnahme muss gering erscheinen, das heißt der Spender darf „voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt“ werden (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 c TPG). Gemeint ist das allgemeine Operationsrisiko<sup>9</sup>. Die Beeinträchtigung und die Gefährdung des Organspenders dürfen nicht außer Verhältnis zum angestrebten Zweck und zum erwarteten Erfolg stehen<sup>10</sup>. Im Grundsatz muss für den Spender die Chance gegeben sein, nach der Explantation sein Leben fortführen zu können, wie er es bisher gelebt hat. Ist die beabsichtigte Entnahme daher mit Siechtum, weitgehender Lähmung oder Entstellung verbunden, so ist die Explantation unzulässig<sup>11</sup>. Die Lebendspende darf nicht auf eine „Umverteilung von Defekten“ hinauslaufen.

Daher sind überhaupt nur paarig angelegte Organe, von denen eines abgegeben werden kann, für die Lebendspende geeignet, ferner Organteile, aber auch Körperteile, die sich selbst regenerieren können und daher nicht unverzichtbar sind. Die Funktion des gespendeten Organs muss beim Spender durch das verbleibende mit übernommen werden. Eine weitergehende Spendebereitschaft, die eine schwere Eigengefährdung bedeutete, scheiterte am Verbot der sittenwidrigen Einwilligung in eine Körperverletzung gemäß § 228 StGB<sup>12</sup> oder am Verbot der Einwilligung in die Selbsttötung gemäß § 216 StGB<sup>13</sup>.

Darüber hinaus muss der Spender als solcher geeignet sein (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 c TPG). Unter Eignung ist hier die medizinische Eignung zu verstehen<sup>14</sup>. In diesem Zusammenhang sind indessen auch psychische Aspekte zu berücksichtigen<sup>15</sup>. Selbstverständlich kommen nur gesunde Spender in Betracht, nicht etwa der Aids-Kranke. Nicht allein diese am Spenderwohl orientierten Vorgaben beschränken

die Zulässigkeit der Organspende von Lebenden, sondern ihr Risiko muss zudem noch an dem zu erwartenden Nutzen gemessen werden. Eine echte „Heilhilfe“ muss zu erwarten sein<sup>16</sup>. Die Übertragung des Organs muss geeignet sein, das Leben des Empfängers zu erhalten oder „bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern“ (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 TPG)<sup>17</sup>.

In diesem Zusammenhang ist auch noch die Anforderung zu nennen, dass die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden darf, wenn sich sowohl Spender als auch Empfänger verpflichtet haben, an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung teilzunehmen (§ 8 Abs. 3 S. 1 TPG). Es muss gesichert sein, dass der Empfänger alles tut, um das gespendete Organ zu erhalten.

#### 2.3 Beschränkter Spender- und Empfängerkreis

Die Entnahme von nichtregenerierbaren Organen ist nur zulässig, wenn sie auf Verwandte ersten oder zweiten Grades (Eltern, Großeltern, Kinder, Geschwister), Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, übertragen werden sollen (§ 8 Abs. 1 S. 2 TPG)<sup>18</sup>. Auslegungsschwierigkeiten bereitet die zuletzt genannte Gruppe<sup>19</sup>. Darunter zu verstehen sind nichteheliche Lebensgemeinschaften<sup>20</sup> und andere Personenbeziehungen, bei denen die „Bindung über einen längeren Zeitraum gewachsen ist“<sup>21</sup>. Aus den Gesetzesmaterialien folgt, dass die „besondere persönliche Verbundenheit“ sowohl „innere als auch regelmäßig äußere Merkmale wie eine gemeinsame Wohnung oder häufige Kontakte“ voraussetzt<sup>22</sup>; das ergibt sich auch aus dem Tatbestandsmerkmal „offenkundig“. Jedenfalls muss eine gemeinsame Lebensplanung vorliegen.

Die Beschränkung auf einen engen Spenderkreis wird nicht mehr mit der besseren Gewebeverträglichkeit begründet, was bei dem genannten Personenkreis auch schwer nachvoll-

ziehbar wäre. Vielmehr gilt es „die Freiwilligkeit der Organspende zu sichern und der Gefahr des Organhandels zu begegnen“<sup>23</sup>, und „in einem sensiblen Bereich wie der Transplantationsmedizin ein Höchstmaß an Seriosität und Rechtssicherheit herzustellen“<sup>24</sup>.

Die sogenannte Überkreuzspende ist nicht verboten und also auch nicht strafbar<sup>25</sup>. Bei der Überkreuzspende finden zwei Paare, die je für sich den oben genannten Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 S. 2 TPG genügen, zusammen, um der besseren Gewebeerträglichkeit wegen dem jeweils anderen Partner „über Kreuz“ zu spenden. Jede Spende für sich genommen genügt den Anforderungen des § 8 Abs. 1 S. 2 TPG nicht. Geht man freilich davon aus, dass jeder Spender seinem Partner spendet, und die Organe dann ausgewechselt werden, fällt die Überkreuzspende nicht unter das Verbot des Organhandels<sup>26</sup>. Einen anderen dogmatischen Ansatz verfolgt das BSG. Es hält die Überkreuzspende dann für zulässig, wenn „eine hinreichend gefestigte und intensive Beziehung zwischen dem jeweiligen Organspender und -empfänger für den im Vorfeld der Operation tätigen Psychologen oder Arzt eindeutig feststellbar ist“<sup>27</sup>. Das Gericht geht also davon aus, dass es sich um „andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“ im Sinne von § 8 Abs. 1 S. 2 TPG handelt. Mir erscheint es fraglich, ob dieser Ansatz zur dauerhaften Problemlösung tauglich ist.

Die Krankenkassen sind jedenfalls zur Kostenübernahme verpflichtet<sup>28</sup>.

#### 2.4 Subsidiarität der Lebendspende

Die Lebendspende ist nur zulässig, wenn zum Zeitpunkt der Organentnahme kein geeignetes Organ von einem Verstorbenen zur Verfügung steht (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG)<sup>29</sup>. In der juristischen Literatur ist umstritten, ob hierbei die schlichte Kompatibilität gemeint ist, oder ob die Eignung bereits dann abzulehnen ist, wenn das postmortal gewonnene Organ einen weniger guten Erfolg verspricht<sup>30</sup>. Der gesetzgeberische

Wille stellt auf eine schlichte Subsidiarität ab, demzufolge die Lebendspende nur zulässig ist, wenn kein Organ eines Verstorbenen zur Verfügung steht. Das gilt auch vor dem Hintergrund, dass die Lebendspende die medizinische Behandlung der Wahl darstellt. Da die Lebendspende für den Spender fremdnützig ist, darf nicht nur der Vorteil für den Empfänger gesehen werden, sondern auch das Risiko für den Spender ist – sogar vorrangig – zu berücksichtigen.

Die Lebendspende ist auch dann unzulässig, wenn eine andere Behandlungsmethode der Transplantation ebenbürtig ist<sup>31</sup>.

### III. Einwilligung und Aufklärung

#### 1. Einwilligung

Die Organentnahme ist nur zulässig, wenn der Spender nach Aufklärung eingewilligt hat (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 b TPG). Da die Organspende fremdnützig ist, sind hohe Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit zu stellen<sup>32</sup>.

Bei der Organspende handelt es sich um einen Eingriff in die höchstpersönlichen Rechte des Spenders. Daher kann nur er selbst einwilligen. Eine Ersetzung seiner Einwilligung durch die der gesetzlichen Vertreter, Betreuer oder des Vormundschaftsgerichts<sup>33</sup> ist nicht zulässig<sup>34</sup>. Deshalb kommen Nichteinwilligungsfähige<sup>35</sup> und Minderjährige nie als Spender in Betracht (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 1a TPG). Ist ein Betreuer allerdings einwilligungsfähig, so kann er selbst einwilligen<sup>36</sup>. An seine Einwilligungsfähigkeit sind hohe Anforderungen zu stellen.

Die Einwilligung muss ausdrücklich erfolgen; schlüssiges Verhalten reicht nicht aus<sup>37</sup>. Zur Wirksamkeit bedarf sie der Niederschrift (§ 8 Abs. 2 S. 3 TPG)<sup>38</sup>. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden (§ 8 Abs. 2 S. 5 TPG).

#### 2. Aufklärung und Beratung

Generell ist dem Spender zur Überlegung eine hinreichende Spanne Zeit zu gewähren<sup>39</sup>, die eher nach Wochen als nach Tagen zu bemessen ist. Das Aufklärungs- oder Beratungsgespräch soll ergebnisoffen geführt werden. Die Nichtspende muss für

den möglichen Spender immer als reale Option im Raum stehen, um die Freiwilligkeit der Entscheidung zu gewährleisten<sup>40</sup>.

Der Organspender ist über die Art des Eingriffs, den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organentnahme für seine Gesundheit (Risiken) sowie über die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organübertragung und sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Organspende beimisst<sup>41</sup>, aufzuklären. Wegen der Fremdnützigkeit des Eingriffs hat die Aufklärung lücken- und schrankenlos zu erfolgen. Da die Eingriffsintensität und die Risiken durchaus unterschiedlich ausfallen können – zum Beispiel Haut und Niere – gilt auch insoweit die Formel: Je schwerwiegender die Folgen des Eingriffs ausfallen, desto strenger und umfassender sind die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht<sup>42</sup>.

Über die versicherungsrechtliche Absicherung der Risiken ist der mögliche Spender ebenso zu informieren, wie über mögliche finanzielle Belastungen in der Zukunft durch Beitragserhöhungen von Lebens- und Krankenversicherungen<sup>43</sup>.

Die Aufklärung hat ein Arzt vorzunehmen (§ 8 Abs. 2 S. 1 TPG). Sie hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung beteiligt ist und auch nicht den Weisungen eines solchen Arztes untersteht, zu erfolgen. Soweit das erforderlich ist, können weitere sachverständige Personen hinzugezogen werden (§ 8 Abs. 2 S. 2 TPG). Aus dem zuletzt genannten Erfordernis kann nicht geschlossen werden, dass ein Psychologe oder ein anderer Psychowissenschaftler zwingend hinzugezogen werden muss, um die Freiwilligkeit der Einwilligung zu gewährleisten<sup>44</sup>. Das kann allenfalls in Zweifelsfällen notwendig sein. Dann wird es sich indessen eher um die Frage der Einwilligungsfähigkeit handeln als um die der Freiwilligkeit, ganz abgesehen davon, dass in Zweifelsfällen auf die Lebendspende verzichtet werden sollte. Die Anwesenheit des potentiellen Empfängers oder von Familienangehörigen ist unzulässig, um einen

psychologischen Druck der Familie oder des vorgesehenen Empfängers möglichst auszuschließen<sup>45</sup>.

Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Organspenders sind zu dokumentieren. Diese Niederschrift ist von dem aufklärenden Arzt, dem weiteren Arzt sowie dem Spender zu unterschreiben (§ 8 Abs. 2 S. 3 TPG). Die Niederschrift muss auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken enthalten (§ 8 Abs. 2 S. 4 TPG)<sup>46</sup>.

### 3. Weitere Rechtfertigungsgründe?

Andere Rechtfertigungsgründe für eine Plantatentnahme kommen beim lebenden Spender nicht in Betracht<sup>47</sup>. Insbesondere lässt sich sein „Nein“ nicht unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) überwinden: Es kann „nicht Rechtsens sein, einen anderen über seine Freiheitsrechte und seine verantwortliche sittliche Entscheidung hinweg zu zwingen, seinen Körper als bloßes Mittel zur Erreichung eines, wenn auch wünschenswerten Zweckes verwenden zu lassen“<sup>48</sup>. Das gilt uneingeschränkt auch für Todgeweihte<sup>49</sup> und Sterbende.

Fraglich ist, ob andere Verstöße gegen § 8 TPG (Organhandel, Organspende, die wegen des fehlenden Näheverhältnisses unzulässig ist) gemäß § 34 StGB gerechtfertigt sein können<sup>50</sup>. Auch insoweit ist die Anwendung von § 34 StGB zu verneinen. In diesem Zusammenhang ist allerdings § 18 Abs. 4 TPG zu nennen, demzufolge für Organspender und -empfänger die Strafe gemildert werden oder von einer Bestrafung abgesehen werden kann. Diese Möglichkeit nach § 18 Abs. 4 TPG beruht auf Überlegungen, die den Grundgedanken von § 34 StGB aufnehmen<sup>51</sup>. Für den Arzt ist indessen diese Möglichkeit nicht vorgesehen.

## IV. Schutz des Spenders durch die Lebendspendekommission

Weiterhin muss eine nach Landesrecht zuständige Kommission (Lebendspendekommission), die aus einem Volljuristen, einem unabhängigen Arzt sowie einer „in psychologischen Fragen erfahrenen Person“ besteht<sup>52</sup>,

gutachtlich dazu Stellung genommen haben, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 TPG ist (§ 8 Abs. 3 S. 2 TPG)<sup>53</sup>. Noch ungeklärt ist, ob und in welchem Umfang das Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen überprüft werden muss und welche Bedeutung der Stellungnahme der Kommission zukommt, ob es sich lediglich um eine Empfehlung handelt, oder um eine jedenfalls zu befolgende Entscheidung<sup>54</sup>. Da die Freiwilligkeit durch viele Faktoren beeinflusst werden kann, ist bundesweit die Tendenz feststellbar, im Interesse der Spender möglichst viele Voraussetzungen zu überprüfen. Als problematisch erwiesen hat sich dabei die Gruppe der „anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“.

## V. Fachgerechte Durchführung

Die Entnahme muss durch einen Arzt vorgenommen werden (§ 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 TPG). Die Entnahme einschließlich ihrer Vorbereitung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit (§ 11 Abs. 1 S. 1 TPG)<sup>55</sup>.

## VI. Vergütung und Kostenübernahme, Organhandel

1. Vergütung für die Organspende  
Der Organhandel in jeder Form ist unzulässig und strafbar (§ 17 TPG). Eine finanzielle Vergütung gibt es weder für den Lebendspender, noch für die Angehörigen, die ihre Zustimmung zur Organentnahme bei einem Toten geben (§ 17 Abs. 1 TPG). Der Lebendspender soll davor geschützt werden, in einer finanziellen Notsituation ein erhebliches Gesundheitsrisiko einzugehen<sup>56</sup>. Andererseits soll sich die Chance einer Heilung durch Transplantation nicht nach der Zahlungsfähigkeit des Empfängers richten. Eine an diesem Kriterium ausgerichtete Entscheidung, wer die wenigen verfügbaren Organe erhalten soll, wäre unwürdig und nicht akzeptabel<sup>57</sup>.

Verträge über die Entnahme von Körperteilen zu Transplantationszwecken sind nach § 134 BGB wegen Verstoßes gegen ein Verbotsgesetz (§ 17 TPG) nichtig, wenn sie ein Entgelt versprechen. Das gilt allerdings nicht für eine Bezahlung von Transplantaten, die eine Organbank liefert (§ 17 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 TPG).

### 2. Schadensersatz

Diese Überlegungen sprechen indessen nicht gegen die Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld an einen Organspender, dessen Spende durch ein rechtswidriges schuldhaftes Verhalten eines Dritten verursacht wurde. Entfernt z.B. ein Arzt fehlerhaft die einzige Niere eines Kindes, und spendet daraufhin die Mutter ihrem Kind eine ihrer Nieren, so ist der Arzt (nicht der Transplanteur!) der Mutter ersatzpflichtig<sup>58</sup>.

### 3. Kosten der Explantation

Die Kosten für die Explantation übernimmt die Krankenkasse des Empfängers, weil die Transplantatbeschaffung zu seiner medizinisch notwendigen Behandlung gehört. Das gilt sowohl für die Transplantatbeschaffung vom toten wie für diejenige vom lebenden Spender. Für letzteren trägt die Krankenkasse die Kosten für die ambulante oder stationäre Behandlung<sup>59</sup>. Entsprechendes gilt im Beihilferecht<sup>60</sup>. Die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft des Empfängers kommt auch für den Verdienstaufschlag des Spenders auf<sup>61</sup>; sie übernimmt die Lohnfortzahlung in Höhe der Nettobezüge<sup>62</sup>. Das gilt zumindest bei komplikationslosem Verlauf<sup>63</sup>. Die Gebühr kann gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog zu gleichwertigen Leistungen berechnet werden, wenn die GOÄ zwar eine spezielle Gebühr ausweist, diese aber wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse so wenig sachgerecht ist, dass ihr Regelungscharakter verloren gegangen ist<sup>64</sup>.

Ereignet sich bei der Organentnahme ein Unfall, so liegt ein Arbeitsunfall vor, der Leistungsverpflichtungen des Unfallversicherungsträgers nach § 2 Abs. 1 Nr. 13b SGB VII auslösen kann<sup>65</sup>. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn das Organ rechtswidrig erlangt

wurde, insbesondere, wenn ein Fall von Organhandel vorliegt<sup>66</sup>.

### VII. Zivilrechtliche Sanktionen

Der Arzt, der einem lebenden Patienten während einer Operation ein Organ oder Gewebeteile entnimmt, ohne dazu durch eine qualifizierte Einwilligung nach gründlicher Aufklärung berechtigt zu sein, macht sich einer Vertrags- und Körperverletzung schuldig. Das gleiche gilt, wenn die Einwilligung des Patienten auf Willensmängeln beruht, etwa auf einer ungenügenden Aufklärung. Der Arzt hat dann dem Betroffenen aus Vertrag (§ 280 Abs. 1 BGB n.F.) und Delikt (§ 823 BGB) den materiellen Schaden zu ersetzen. Zugleich schuldet er ihm nach § 253 Abs. 2 BGB n.F. (§§ 847, 823 BGB a.F.) ein Schmerzensgeld, das auch unter dem Gesichtspunkt der Genugtuung verhältnismäßig hoch ausfallen muss, weil ein solcher Arzt regelmäßig vorsätzlich handelte.

### VIII. Strafrechtliche Sanktionen

#### 1. Anzuwendendes Recht

Die strafbare Organentnahme vom lebenden Spender ist in § 19 Abs. 2 TPG geregelt. Daneben finden aber die Körperverletzungstatbestände der §§ 223ff. StGB weiterhin Anwendung. Das führt in der Praxis zu komplizierten Konkurrenzfragen<sup>67</sup>. Sachgerecht lösen lässt sich das Problem nur, wenn § 19 Abs. 2 TPG als Spezialregelung gegenüber § 223 StGB angesehen wird. Die §§ 224ff. StGB hingegen verdrängen das TPG infolge einer Gesetzeskonkurrenz<sup>68</sup>.

#### 2. Die Strafvorschriften des TPG

##### 2.1. § 19 TPG

Nach § 19 Abs. 2 TPG wird bestraft, wer einer Person, die nicht volljährig

und einwilligungsfähig ist oder die nicht nach Aufklärung in die Entnahme eingewilligt hat, ein Organ entnimmt. Weiterhin wird derjenige bestraft, wer als Nichtarzt diesen Eingriff vornimmt. Gleichfalls bestraft wird derjenige, der nichtregenerierbare Organe von einem lebenden Spender entnimmt, der nicht zu dem Kreis der in § 8 Abs. 1 S. 2 TPG genannten Personen (Verwandte 1. und 2. Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen) gehört. Der Strafraum beträgt Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe.

#### 2.2. Organhandel

Gemäß den §§ 17 und 18 TPG ist der Organhandel verboten. Bestraft werden können sowohl der Handeltreibende, der Transplantationsarzt als auch Spender und Empfänger (§ 18 Abs. 1 TPG). Der Versuch ist strafbar (§ 18 Abs. 3 TPG), der gewerbsmäßig handelnde Täter ist härter zu bestrafen (§ 18 Abs. 2 TPG). Als Versuch wird schon das Versenden von Telefax-Anfragen an Krankenhäuser angesehen, in denen der Verkauf von Organen angeboten wird<sup>69</sup>. Bei Organspendern oder -empfängern kann die Strafe gemildert oder von ihr abgesehen werden (§ 18 Abs. 4 TPG). In jüngster Zeit ist im internationalen<sup>70</sup> wie im nationalen<sup>71</sup> Schrifttum mit durchaus überlegenswerten Gründen die Aufhebung des Verbots des Organhandels gefordert worden.

#### 2.3. Körperverletzung

Die Organspende des lebenden Spenders verfolgt als fremdnütziger Eingriff keinen Heilzweck beim Spender und ist jedenfalls unter diesem Gesichtspunkt als Körperverletzung

anzusehen<sup>72</sup>. Deshalb bedürfen Organentnahmen insbesondere der Rechtfertigung durch die Einwilligung.

Unterlaufen dem explantierenden Arzt irgendwelche vorwerfbaren Versäumnisse bei der Indikationsstellung, bei der Aufklärung oder bei der Durchführung des Eingriffs, kann er wegen Körperverletzung verurteilt werden.

#### 2.4. Gefährliche Körperverletzung

Eine Verurteilung wegen gefährlicher Körperverletzung kommt nicht in Betracht. Nach § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB kann der Täter einer vorsätzlichen Körperverletzung wegen gefährlicher Körperverletzung bestraft werden, wenn er die Tat mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs, begangen hat. Als solche gefährlichen Werkzeuge gelten bestimmungsgemäß verwendete ärztliche Instrumente nicht, also weder das Skalpell des Chirurgen, noch ähnliche Geräte<sup>73</sup>.

### IX. Zusammenfassung

In meinem Vortrag über die Regelung der Lebendspende konnte ich nicht alle in der Praxis aufgetretenen Probleme der Lebendspende in allen Einzelheiten darstellen; dazu hätte zum einen die Zeit nicht ausgereicht, zum anderen hätte ich Ihre Geduld überstrapazieren müssen. Ich hoffe aber, dass es mir gelungen ist, Ihnen einen ersten Überblick zu verschaffen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern  
Universität Leipzig, Juristenfakultät  
Burgstraße 27, 04109 Leipzig

## Dresdner Kurs Basale Neugeborenen- reanimation

N. Lorenz<sup>1</sup>, C. Gliniorz<sup>2</sup>, A. Nordwig<sup>1</sup>, K. F. Rothe<sup>2</sup>, M. Kabus<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt

<sup>2</sup>Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Städtisches Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt

Ein dezentraler evidenzbasierter und simulationsbasierter Kurs der Neugeborenenreanimation nach dem Neonatal Resuscitation Program der American Academy of Pediatrics (AAP NRP Program)

### Zusammenfassung

Etwa 1 bis 4 Prozent aller Neugeborenen müssen unmittelbar postnatal reanimiert werden. Während simulationsbasierte Kurse der kardiopulmonalen Reanimation von Erwachsenen für Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen in Deutschland heute regelmäßig durchgeführt werden, sind vergleichbare Kurse der Neuge-



borenenreanimation für Mitarbeiter von Entbindungseinrichtungen in Deutschland nicht allgemein zugänglich. Auf der Grundlage des Neonatal Resuscitation Program der American Academy of Pediatrics wurde von uns ein evidenz- und simulationsbasierter Kurs der basalen Neugeborenenreanimation entwickelt, der auf Anfrage in Entbindungseinrichtungen in Ost-sachsen durchgeführt werden kann.

## Einleitung

Hintergrund

Etwa 10 Prozent aller Neugeborenen müssen unmittelbar nach der Geburt zum Erlangen einer stabilen Atmung stimuliert werden, weltweit 1 Prozent bedürfen kardiopulmonaler Reanimation (Kattwinkel, J. Textbook of Neonatal Resuscitation). Bei den im Jahr 2003 in Sachsen geborenen 32105 Neugeborenen wurden laut Sächsischer Perinatalstatistik sogar 1344 (4,2 Prozent) reanimiert (Sächsische Perinatalerhebung 2003).

Simulationsbasierte Kurse der Reanimation von Erwachsenen werden in Deutschland flächendeckend angeboten. Deren regelmäßiger Besuch ist für viele Mitarbeiter der Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen bereits heute verpflichtender Bestandteil der Qualitätsmanagementprogramme. Im Gegensatz dazu wird die Reanimation von Neugeborenen in Deutschland zur Zeit überwiegend in theoretischen Kursen (zum Beispiel Kurs Neugeborenennotarzt der Gesellschaft für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie – GNPI) und im Rahmen nicht spezifischer Fortbildungsprogramme (zum Beispiel European Paediatric Life Support Course (EPLS) des European Resuscitation Council [ERC]) gelehrt. In Deutschland existieren bis heute keine Leitlinien der Neugeborenenreanimation. Somit ist die Entwicklung und Durchführung hausinterner Kurse schwierig und für Häuser ohne Neonatologie wahrscheinlich unmöglich. Etwa zwei Drittel aller Geburten in Sachsen finden jedoch in diesen geburtshilflichen Abteilungen ohne angeschlossene neonatologische Behandlungsmöglichkeit statt. Offenbar kommen reanimationsbedürftige Neugeborene durchaus nicht selten

in diesen Entbindungseinrichtungen vor: 2003 wurden fast 50 Prozent aller Reanimationseignisse (614 von 1344 Neugeborenen) in den 42 Entbindungseinrichtungen der Versorgungsstufe III (mit insgesamt 21926 Neugeborenen) verzeichnet (Sächsische Perinatalerhebung 2003). Es erscheint deshalb unabdingbar, dass neben den Kinderärzten auch Geburtshelfer, Anästhesisten sowie natürlich auch Hebammen und Kinderkrankenschwestern über fundiertes Wissen und Können der Neugeborenenreanimation verfügen.

Wir berichten daher über einen Kurs der basalen Neugeborenenreanimation auf der Grundlage des Neugeborenenreanimationsprogramms der American Academy of Pediatrics, der auf Anfrage Kliniken in Ost-sachsen zur Verfügung gestellt werden kann.

## Das Neonatal Resuscitation Program der American Academy of Pediatrics (AAP NRP)

Mitte der 1970-iger Jahre entstanden in den USA, wie überall in der Welt, die ersten Perinatalzentren mit hochspezialisierten neonatologischen Intensivstationen (NICU). Das National Institute of Health (NIH) erkannte damals sehr rasch, dass sich mit der Zentralisierung der Versorgung schwerkranker Neugeborener die Frage nach einem Ausbildungsprogramm für die Erstversorgung dieser Kinder in den kleinen regionalen Versorgungseinheiten stellt. Deshalb wurde mit staatlicher Unterstützung ein Curriculum, das Neonatal Resuscitation Program der American Academy of Pediatrics (AAP NRP) entwickelt. Dieses kann in jedem Krankenhaus der USA unabhängig von Größe und Ausstattung implementiert werden. Die Bildungsinhalte des NRP werden regelmäßig auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien angepasst. Das flexible und praxisorientierte Programm stimuliert selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Erlernen der Leitlinie und der entsprechenden Fertigkeiten durch Kinderärzte, Geburtshelfer und medizinisches Fachpersonal in den kleineren Krankenhäusern. Die verschiedenen Professionen, die in einer Entbindungseinrichtung tätig sind, werden

entsprechend ihrem jeweiligen Erfahrungs- und Ausbildungsstand und ihrer Verantwortlichkeit geschult. Insbesondere wird dem teamorientierten Herangehen große Aufmerksamkeit geschenkt. Perinatalzentren nehmen innerhalb des Programms die Rolle von regionalen Kompetenzzentren ein, Mitarbeiter an diesen Zentren stellen einen Großteil der zertifizierten Instrukturen. Die Konzeption des AAP NRP setzt auf diese Multiplikatoren, um die Grundkenntnisse durch Vermittlung von Hintergrundwissen und praktischer Erfahrung zu vertiefen und auszubauen. Das Curriculum ermöglicht es aber auch, sich ein notwendiges Minimum an Kenntnissen und Fertigkeiten selbst zu erarbeiten, wenn nicht immer ein ausgebildeter Instruktor vorhanden ist.

## Methoden

Zielgruppe und Kursziele

Der Kurs der richtet sich an alle Berufsgruppen, die mit der Versorgung von Neugeborenen betraut sind, also Frauen- und Kinderärzte, Anästhesisten (und entsprechende Ausbildungsassistenten) sowie Hebammen und Kinderkrankenschwestern.

Diese sollen auf der Grundlage vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten befähigt werden, mittels einfacher diagnostischer Schritte die basale Reanimation von Neugeborenen korrekt durchzuführen. Mit diesen basalen Maßnahmen, also Beutelbeatmung und Herzdruckmassage, kann in vielen Fällen ein asphyktisches Neugeborenes erfolgreich reanimiert werden. In Fällen schwerster Asphyxie sowie bei sehr unreifen Frühgeborenen oder fehlgebildeten Kindern kann so die Zeit bis zum Eintreffen des Neonatologen oder des Neugeborenennotarztdienstes überbrückt werden.

Die Teilnehmer sollen zudem mit Grundlagen der erweiterten Reanimation vertraut werden und erste praktische Erfahrungen mit diesen Techniken in Simulationen erwerben. In Analogie zum Ziel des AAP NRP selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Lernen zu stimulieren, sollen die Kursteilnehmer später die Kursunterlagen zum regelmäßigen

Nachschulen, praktischen Üben und Evaluieren der Kursinhalte im eigenen Haus einsetzen. Als Fortbildung für interessierte Teilnehmer (Multiplikatoren) wird die Teilnahme an einem ganztägigen Kurs der basalen und erweiterten Neugeborenenreanimation im Simulatorzentrum des Arbeitskreises für Notfallmedizin (AKN) Dresden empfohlen.

Kursbeschreibung:

Der 4-stündige Kurs wird auf Anfrage in Kliniken in Ostachsen für maximal 30 Teilnehmer durchgeführt und gliedert sich in einen 1½-stündigen Theorieteil und ein 2½-stündiges Praktikum.

Theorieteil (Tabelle 1): Aufbauend auf vorhandenen Kenntnissen und Erfahrungen werden die geburtshilflichen Situationen identifiziert, bei denen es zu einer schweren Anpassungsstörung des Neugeborenen kommen kann. Den Anforderungen an die medizinisch-technische und medikamentöse Ausstattung und der Vorbereitung und Funktionsprüfung des Reanimationsplatzes wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Der Ablauf der Versorgung und ggf. der Reanimation des Neugeborenen wird strikt nach der Leitlinie „Neonatal Resuscitation Guidelines“ der AHA gelehrt (Übersicht Abb. 1). Großen Stellenwert nimmt die Vermittlung und das zeitgerechte Training der einfachen Abfolge: Evaluation (Beurteilung von Hautfarbe, Atmung und Herzfrequenz des Neugeborenen), Entscheidung und Aktion (Abb. 2). Dieser Kreislauf wird zeitgesteuert in Abständen von 30

Einführung (Epidemiologie, NRP AAP)
Risikoschwangerschaften – Risikoentbindungen – Risikoneugeborene
Personelle und materielle Voraussetzungen und Vorbereitungen
Klinische Beurteilung des Neugeborenen
Reanimation – Ablauf – ABCD-Blöcke
Reanimation – Freimachen und Stabilisieren der Atemwege
Reanimation – Verhalten bei mekoniumhaltigem Fruchtwasser
Reanimation – Beatmung (Beatmungsbeutel, Masken, Rachentubus, Intubation)
Reanimation – Herzdruckmassage
Gefäßzugang (Nabelvenenkatheter, intraossärer Zugang)
Medikamente und Kreislauftherapie
Versorgung nach Reanimation
Ethische Erwägungen (Verzicht auf Reanimation, Versagen der Reanimation)

Tabelle 1: Theorieteil: Evidenzbasierte Ausbildung.

Basale neonatologische Arbeitstechniken
Überprüfung der Ausrüstung (Reanimationsplatz, Absaugung, Beatmungsbeutel, Laryngoskop)
Freimachen der Atemwege, Absaugen
Maskenbeatmung mit Beatmungsbeutel
Herzdruckmassage, Koordination mit Beatmung
Zeitlich standardisierte Reanimationstraining
Demonstration durch Trainerteam
Megacode – Übung im Team (Arzt, Schwester oder Hebamme)
Megacode – Test zur Überprüfung des Lernerfolgs – objektives und standardisiertes Feedback
Erweiterte Maßnahmen und neonatologische Arbeitstechniken
Endotracheale Intubation
Verhalten bei mekoniumhaltigem Fruchtwasser – Arbeit mit dem Mekoniumaspirator
Legen eines Nabelvenenkatheters

Tabelle 2 Praktikum: Simulationsbasiertes Training.

Sekunden in den aus der Erwachsenenreanimation bekannten ABC-Blöcken durchlaufen. Die Teilnehmer erlernen, dass die wichtigste Maßnahme zur Erlangung einer stabilen normofrequenten Herzaktion und damit einer wenigstens ausreichenden Kreislauffunktion des asphyktischen Neugeborenen die Beatmung (mit Maske und Beutel, ggf. Intubation) ist. Um effektiv beatmen zu können, werden Techniken der Stabilisierung der Atemwege, Maskenbeatmung, Verhalten bei Vorhandensein von Mekonium im Fruchtwasser eingehend besprochen. Die Teilnehmer werden im Detail mit der Indikation und Durchführung der Herzdruckmassage sowie der evtl. Applikation von Adrenalin vertraut gemacht. Hier besteht der Übergang zu den Techniken der erweiterten Rea-

animation: Intubation und zentraler Gefäßzugang (Nabelvenenkatheter), Grundlagen der Volumetherapie und Behandlung der metabolischen Azidose nach Reanimation. Bei allen Maßnahmen, Techniken und Algorithmen werden Pitfalls, Fehlermöglichkeiten und andere Ursachen des Versagens der Reanimation diskutiert. Ethische Erwägungen schließen den theoretischen Block ab.

Praktikum (Tabelle 2): Das Praktikum gliedert sich in Übungen der grundlegenden neonatologischen Arbeitstechniken, wie Maskenbeatmung und Herzdruckmassage und das zeitlich standardisierte Reanimationstraining (Megacode).

Das Praktikum findet am besten in unmittelbarer Nähe zum Kreißsaal statt, damit vorhandene Reanimationsplätze genutzt werden können. Medizinische Gasanschlüsse sind nicht zwingend erforderlich.

Zur Simulation der Neugeborenen benutzen wir die Mannequins der Fa. Laerdal „Laerdal Megacode Baby“ und „Neugeborenen Wiederbelebungsmo- dell“ (früher Fa. Medical Plastics). Während ersteres Modell realistischere Atemwege aufweist und vergleichsweise schwer zu intubieren ist, erlaubt das zweite Modell eine einfache Intubation, bei gleichzeitig lebensnaher äußerer Gestalt (einschließlich dem Vorhandensein einer Nabelschnur, [Abb. 3]). Wie alle heute auf dem Markt befindlichen Mannequins für Neugeborene kön-

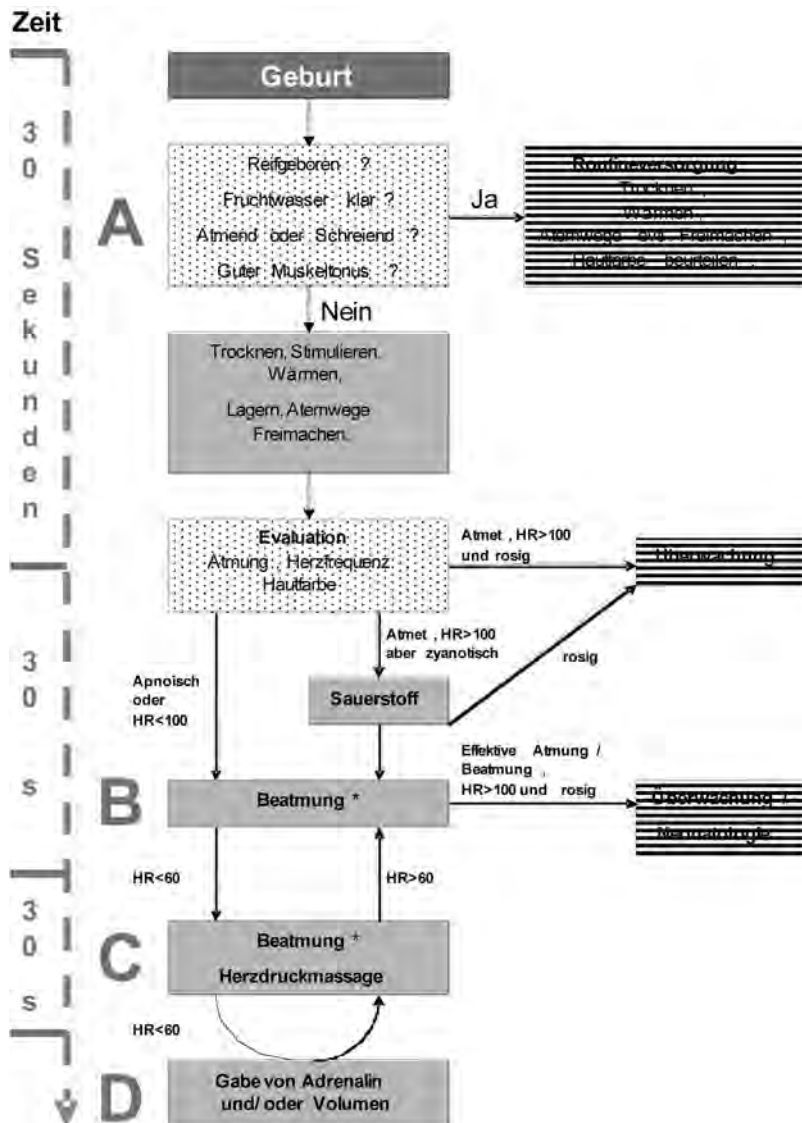


Abbildung 1: Schematischer Ablauf der Versorgung von Neugeborenen nach den Neonatal Resuscitation Guidelines der American Heart Association (\* Intubation erwägen).

nen Änderungen der Hautfarbe und des Muskeltonus leider nicht simuliert werden. Wir halten diese technischen Unzulänglichkeiten für problematisch für das Erlernen der klinischen Evaluation des kranken Neugeborenen. Das Fehlen der Atem- und Herzaktion (bisher in keinem Neugeborenen Simulator implementiert) erweist sich dagegen als weniger störend, da die klinische Evaluation beider Parameter auch bei nicht asphyktischen Neugeborenen leicht erlernt werden kann. Das Legen von Nabelvenenkathetern simulieren wir an menschlichen Nabelschnüren.

Zentraler Bestandteil der Praxis ist das zeitlich standardisierte Reanimationstraining (Megacode) entsprechend der Leitlinie „Neonatal Resuscitation Guidelines“ der American

Heart Association. Dazu wurde von uns die entsprechende Megacode-Übung des AAP NRP ins Deutsche übertragen und adaptiert (schematisierter Ablauf Abb. 4). Diese Megacode-Übung ist ein ideales Lehrmittel, um die Abläufe: Evaluation, Entscheidung und Aktion der basalen Reanimation des Neugeborenen leitliniengerecht zu automatisieren. Jeder Teilnehmer kann zudem anhand dieser Übung seinen individuellen Ausbildungsstand überprüfen. Dazu erhalten alle Teilnehmer im Anschluss an die absolvierte Megacode-Übung individuelles, objektives und standardisiertes Feedback. Die Ablaufbögen der Übung, die gleichzeitig zur schriftlichen Dokumentation des Feedbacks beim Teilnehmer verbleiben, können als Handlungsanleitung für fortge-

setztes und wiederholtes eigenverantwortliches Trainieren der Megacode-Übung genutzt werden.

In den parallel zum Megacode stattfindenden praktischen Übungen der neonatologischen Arbeitstechniken werden in Kleingruppen Absaugen, Maskenbeatmung, Herzdruckmassage, Intubation, Arbeit mit dem Mekoniumaspirator und das Legen von Nabelvenenkathetern intensiv geschult. Bei allen praktischen Übungen wird auf die individuelle Betreuung der Teilnehmer besonderen Wert gelegt.

### Ergebnisse

Im Jahr 2004 wurde erstmals von einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe eines Krankenhauses der Regelversorgung in Ostsachsen der Wunsch nach einer praktischen Fortbildung der basalen Neugeborenenreanimation geäußert. Dieser erste dezentrale Kurs der basalen Neugeborenenreanimation wurde durch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt im selben Jahr vor Ort mit etwa 20 Teilnehmern erfolgreich durchgeführt. Zuvor waren die theoretischen und praktischen Kursteile am eigenen Haus in Ermangelung deutscher Leitlinien aus dem AAP NRP entwickelt und praktisch durch Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Dresden-Neustadt erprobt worden. Inzwischen werden im Krankenhaus Dresden-Neustadt regelmäßig Fortbildungskurse der basalen Neugeborenenreanimation für alle medizinischen Mitarbeiter der Abteilungen für Geburtshilfe bzw. Neonatologie und Studenten des 6. Studienjahres durchgeführt.

Zeitgleich im Jahr 2004 entwickelte sich eine intensive Kooperation der neonatologischen Abteilungen der Städtischen Krankenhäuser Dresden-Neustadt und Dresden-Friedrichstadt. So ergab sich die Möglichkeit, die umfangreichen Kenntnisse und Erfahrungen mit simulationsbasiertem Lernen des Arbeitskreises für Notfallmedizin und der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie (Simulator

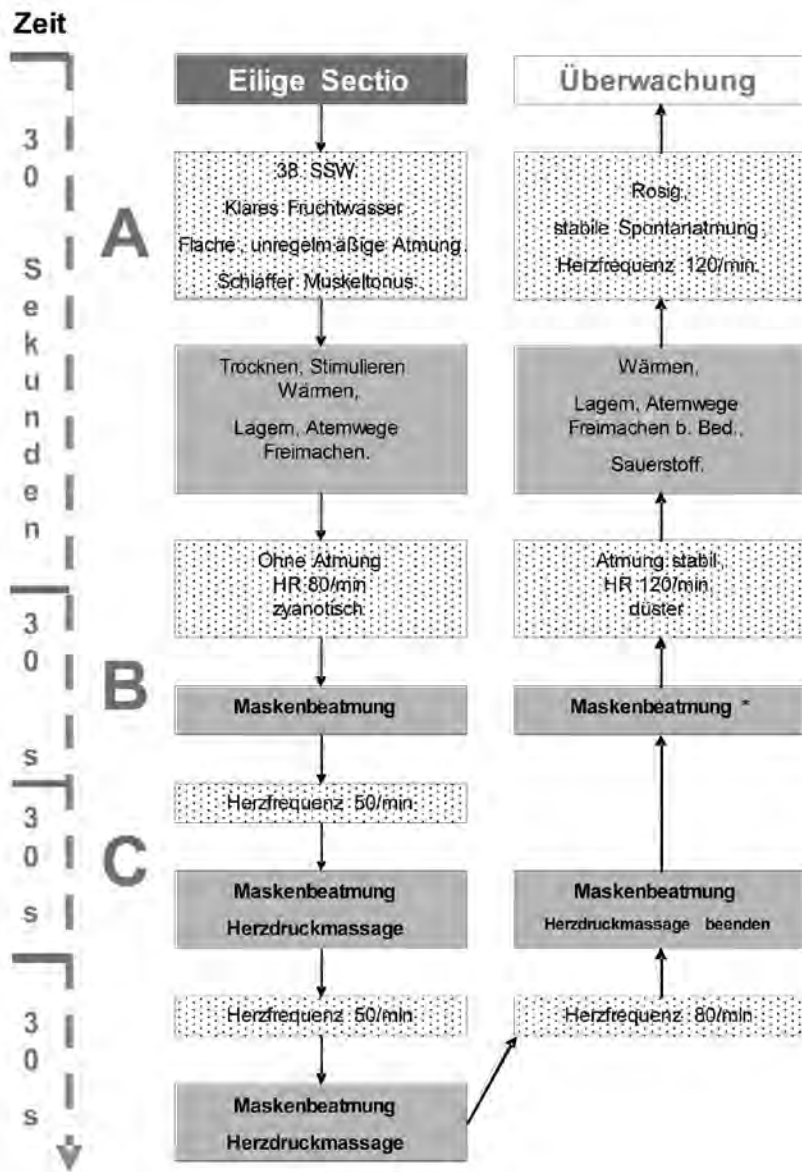


Abbildung 4: Ablauf Megacode-Übung

zentrum Dresden-Friedrichstadt) für die Weiterentwicklung der existierenden Neugeborenenreanimationskurse zu nutzen. In enger Zusammen-

arbeit von Kinderärzten und Anästhesisten entstand nun ein evidenz- und simulatorbasierter Kurs der basalen und erweiterten Neugebore-

nenreanimation. Dieser Kurs beinhaltet neben den oben beschriebenen Kursinhalten zusätzlich ein intensives Training der Teilnehmer in simulierter Kreißsaalumgebung mittels realitätsnaher Szenarien. Während dieses Kursteils werden nicht nur die medizinischen Techniken des erfolgreichen Krisenmanagements vermittelt sondern auch Techniken des Crisis Resource Management (CRM) trainiert. Dieser aus der Luftfahrtsimulation übernommene Begriff bezeichnet die Schulung von sogenannten nicht-technischen Kompetenzen, wie Kommunikation, Teamarbeit und Arbeit unter Stressbedingungen. Aufgrund dieser ausgesprochen zeit- und personalaufwendigen simulatorbasierten Ausbildung können diese ganztägigen Kurse nur von maximal 12 Teilnehmern besucht werden. Das Ziel einer breiten Ausbildung von Kinderärzten, Geburtshelfern, Anästhesisten sowie Hebammen und Kinderkrankenschwestern ist mit diesen Kursen deshalb nicht zu erreichen. Daher wurde nun das ursprüngliche Ziel einer dezentralen Ausbildung weiterverfolgt und mit dem oben beschriebenen Kurs im Jahr 2005 erfolgreich umgesetzt: In drei Einrichtungen schulten wir jeweils etwa 30 Mitarbeiter der Entbindungsbe-

reichte. Diese Kurse wurden von der Ärztekammer zertifiziert und mit 5 Punkten der Kategorie C gemäß den gültigen Kriterien für die Anerkennung einer Fortbildung für das Fortbildungszertifikat bewertet. In Gesprächen mit Teilnehmern zeigte sich, dass ein großes Interesse nach kontinuierlicher Fortbildung besteht.

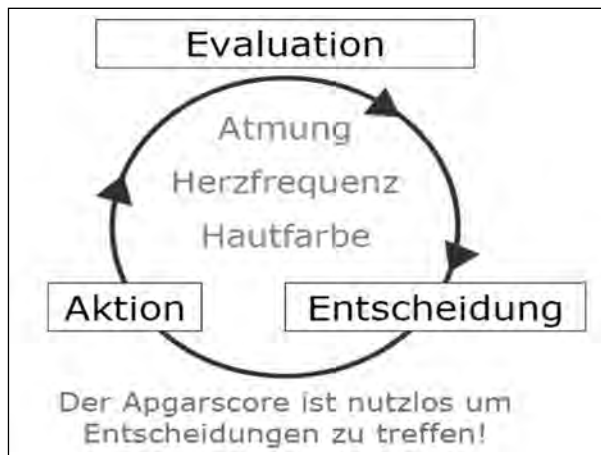


Abbildung 2: Neugeborenenreanimation – Entscheidungskreislauf

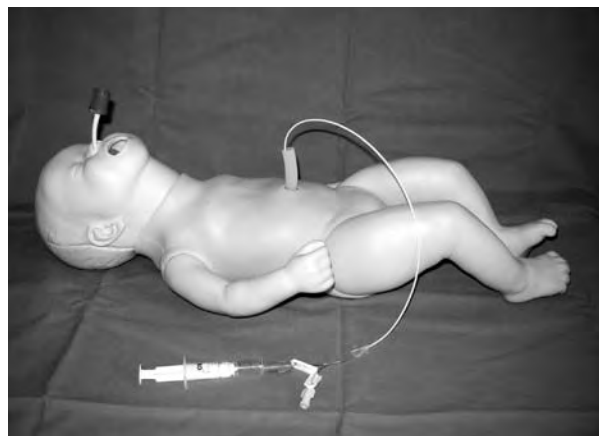


Abbildung 3: Neugeborenen Wiederbelebensmodell, Fa. Laerdal, mit nasotrachealer Intubation und liegendem Nabelvenenkatheter



## Schlussfolgerungen und Ausblick

Bis Ende 1998 wurden in den USA mehr als eine Million Mitarbeiter des Gesundheitssystems in den Techniken der neonatalen Reanimation nach dem Neugeborenenreanimationsprogramm der American Academy of Pediatrics (AAP NRP Program) geschult (Kattwinkel, J.: Textbook of Neonatal Resuscitation). Dieses Programm stellt unserer Meinung nach eine gute, evidenzbasierte Grundlage zur Entwicklung eines eigenen nationalen Programms dar. Die Zusammenarbeit von Neonatologen mit den Experten des simulationsbasierten Lernens (in unserem

Fall Anästhesisten) ermöglicht die effiziente Entwicklung von Fortbildungskursen für alle medizinischen Berufsgruppen, die mit der Reanimation von Neugeborenen betraut sind. Kurse der basalen und erweiterten Neugeborenenreanimation sollten auch Crisis Resource Management beinhalten und müssen deshalb in einem Simulatorzentrum durchgeführt werden. Die Techniken der basalen Neugeborenenreanimation, die jeder medizinischer Mitarbeiter in Entbindungseinrichtungen beherrschen sollte, können im Gegensatz dazu erfolgreich dezentral, vor Ort, unterrichtet und geübt werden. Wenn es gelingt, in den kleineren

Abteilungen geeignete Mitarbeiter zu motivieren, sich kontinuierlich fortzubilden, das erlangte Wissen und Können durch Kenntnisse und Fertigkeiten der erweiterten Reanimation zu vertiefen und so die Führung in einem einrichtungsinternen Fortbildungsprogramm zu übernehmen, wäre der Grundstein zu einem dem AAP NRP sehr ähnlichen, effektiven Programm der Neugeborenenreanimation in Ostsachsen gelegt.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Norbert Lorenz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt

Industriestraße 40, 01129 Dresden

## Lungenembolie IV° und Atonie III° unter Geburtsbedingungen

T. Nadler, Th. Kühnert

### Einleitung

Das Auftreten einer Lungenembolie ist auch heute noch ein dramatisches Ereignis und stellt höchste Anforderungen an die mit der Diagnostik und Therapie beschäftigten Ärzte. Die Dramatik verschärft sich bei schwangeren Frauen, da unter der Geburt Mutter und das ungeborene Kind betroffen sind. Aufgrund der Seltenheit des Ereignisses (etwa 1:20.000 bis 80.000 lebend Geborene) stellt die Lungenembolie im Kreißaal kein Routineereignis dar, und es gibt keine verbindlichen Guidelines zur Behandlung.

### Falldarstellung

Wir möchten über den besonders dramatischen Behandlungsverlauf einer Patientin in unserer Einrichtung berichten.

Am 14. März 2006, gegen 19.00 Uhr wurde Frau P. M., geboren 1981 als II-Grav. 0-para (einmal Abort in der Anamnese) in der 38/5 SSW nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf mit leichter Wehentätigkeit im Kreißaal aufgenommen. Bei Aufnahme Cervix verstrichen, Muttermund dünnsaumig, weich, 1 cm offen, Kopf Beckeneingang, beweglich, Fruchtblase prall. Die Patientin

erhielt einen Einlauf und verblieb im Bereich des Kreißaales. Im Laufe des Abends Zunahme der Wehentätigkeit. Gegen 0.20 Uhr kommt es zum spontanen Blasensprung, Fruchtwasser klar, Muttermund 7 cm geöffnet, ganz weich, Kopf steht in Beckenmitte. Um 1.09 Uhr, bei einem Gespräch mit der Patientin, hustet diese kurzzeitig und ist sofort bewusstlos und krampft. Es erfolgte eine sofortige Maskenbeatmung und die Gabe von 10 mg Diazepam i.v. Die Patientin wurde sofort in den im Kreißaaltrakt befindlichen OP verbracht, da die Indikation für eine Notsectio gestellt wurde. Durch den Anästhesisten wurde wegen des bestehenden Herz-Kreislauf- und Atemstillstandes mit dem Bild einer elektromechanischen Entkopplung (pulslose elektrische Aktivität) mit der kardiopulmonalen Reanimation (Notfallintubation, manuelle Beatmung mit 100 Prozent Sauerstoff, Herzdruckmassage, Adrenalin) begonnen. Unter den Reanimationsbedingungen erfolgte die sehr zügige Baucheröffnung nach Misgav-Ladach, auffällig dabei die Blutleere des Gewebes. Um 1.17 Uhr wurde das männliche Neugeborene mit einem Apgarwert von vier und einem Nabelarterien-pH von 6,93 und Nabelarterien-BE von 20,0 mmol/l an den anwesenden Neonatologen übergeben. Nach Beendigung der OP erschienen die Reanimationsmaßnahmen frustan, da immer wieder Pulslosigkeit registriert wurde. Nach

kurzer Beratung zwischen Geburtshelfer und Anästhesist Entschluss zur Thrombolyse als Ultima ratio, da wir klinisch und nach dem EKG von einer Lungenembolie ausgegangen sind. Die Lyse erfolgte durch einen systemischen 50 ml-Bolus Alteplase. Wenige Minuten danach trat Kammerflimmern auf, welches durch 300 mg Amiodaron und eine einmalige Defibrillation (160 J biphasisch) zu durchbrechen war. Nach Herstellen eines stabilen Kreislaufes mit systolischem Blutdruck von 100 mm Hg und Herzfrequenz 90/min wurde die Patientin auf die Intensivstation verlegt. Um 2.20 Uhr kam es zu einer Massivblutung aus dem Uterus, die kurzzeitig mit einer manuellen Aortenkompression sistierte. Die Gabe von Oxytocin (unmittelbar nach OP-Ende) wurde fortgesetzt. Im Patientenbett erfolgte unter Prostaglandingabe (i.v.) die Re-Laparotomie und manuelle Kompression des Uterus. Zum Erhalt des Uterus wurde dieser nach der B-Lynch-Technik versorgt. Dies führte vorübergehend zum Sistieren der Blutung. Da trotz fortgesetzter massiver Infusion und Transfusion sowie Gerinnungsfaktorensubstitution die Blutung fortbestand, Entschluss zur Re-Re-Laparotomie und Hysterektomie. Anschließend stabilisierte sich der Kreislauf, und die Patientin zeigte in den folgenden Stunden eine deutliche Vigilanzzunahme, so dass sie noch am gleichen Tag extubiert werden konnte.



In den nächsten Tagen fiel eine retro- und antrograde Amnesie auf, und es wurden Merk- und Denkstörungen registriert, die aber sehr schnell deutlich rückläufig waren. Durch den protrahierten Schockzustand war eine Nierenfunktionsstörung mit Anstieg der Retentionsparameter auffällig. Eine einmalige Hämodiafiltration erfolgte am 17. März 2006. Im Verlauf fielen die Retentionsparameter, sodass eine Fortsetzung der Nierenersatztherapie nicht mehr notwendig war. Bedingt durch die nicht sicher sterilen operativen Bedingungen erfolgte eine prolongierte Antibiotikaphylaxe bis zum 19. März 2006. Ab 20. März 2006 wurde Frau P. bei gutem Zustand auf der geburts-hilflichen Station versorgt. Aufgrund der bestehenden erhöhten Temperaturen sowie positiven Infektparametern wurde umgehend mit einer weiteren i.v.-Antibiose begonnen. Trotz umfangreicher labortechnischer und bildgebender Diagnostik war zu diesem Zeitpunkt keine Ursache für den sich entwickelnden septischen Temperaturverlauf erkennbar. Als vermutter und wahrscheinlicher Ausgangspunkt wurde am 24. März 2006 ein Bauchdeckenhämatom operativ gespalten. Es zeigte sich nach Erhalt der Pathologiebefunde, dass Ursache der Sepsis eine nosokomiale Infektion mit *Enterococcus faecalis* war. Aufgrund von Resistenzen und Unverträglichkeiten kam es zu einer mehrmaligen Umstellung der Antibiose, sodass es letztendlich unter der Gabe von Tazobac zu einer zügigen Verbesserung des Allgemeinzustandes sowie dem Rückgang von Temperatur und Infektparametern kam. Der weitere Verlauf gestaltete sich bis auf die Angabe von Geschmacksstörung komplikationslos. Das daraufhin durchgeführte HNO-Konsil empfahl eine ambulante Wiedervorstellung in ca. 4 Wochen. Wir konnten Frau P. am 4. April 2006 mit ihrem gesunden Kind in die Häuslichkeit und weitere ambulante Betreuung entlassen. Wir empfahlen die weitere ambulante Fortführung der Thromboseprophylaxe.

### Diskussion und Zusammenfassung

Bei der Patientin trat unter der Geburt eine fulminante Lungenem-

bolie IV° (Grosser 1988) unklarer Genese, wobei die Fruchtwasserembolie wahrscheinlich ist, auf. Beweisen können wir die Fruchtwasserembolie nicht. Differentialdiagnostisch musste auch eine Thrombembolie erwogen werden, da venöse thrombembolische Ereignisse immer noch die häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität in der Schwangerschaft darstellen (Thaler, Jahrestagung der DGGG 2002, Düsseldorf). Ursächlich kommen dabei Bein- und Beckenvenenthrombosen, die auch asymptomatisch sein können und Mikrothromben in den Plazentagefäßen in Betracht (Regan, Jahrestagung der DGGG 2002, Düsseldorf). Die Häufigkeit symptomatischer tiefer Beinvenenthrombosen (TVT) beträgt nach Literaturangaben 5 bis 30 Thrombosen pro 10 000 Schwangerschaften, die Inzidenz der asymptomatischen TVT's liegt noch um das 10-fache höher. Unerkannte und unbehandelte TVT's sind in 15 bis 24 Prozent der Fälle mit einer Lungenembolie assoziiert, 12 bis 15 Prozent dieser Embolien enden letal. Insgesamt beträgt die Inzidenz tödlicher Lungenembolien in der Schwangerschaft 0,001 bis 0,0045 Prozent (Rath, Jahrestagung der DGGG 2002, Düsseldorf). Einziger Hinweis für eine genetisch bedingte Thrombophilie könnte die anamnestisch bekannte Fehlgeburt der Patientin sein. Zur Klärung könnte nach Normalisierung des körpereigenen Gerinnungssystems eine gezielte Thrombophiliediagnostik beitragen.

In den Gerinnungsanalysen fiel lediglich ein D-Dimer von > 1900 mg/l auf. Dopplersonografisch fand sich am 16. März 2006 kein Anhalt für eine TVT, was diese aber auch nicht ausschließt. Die unmittelbar nach dem Ereignis von uns als Ultima ratio durchgeführte Thrombolyse ist dabei sicherlich als erfolgreich zu betrachten. Die später aufgetretene Massivblutung bei Atonie III° mit anschließender Hysterektomie kann sowohl Folge einer disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC) durch Fruchtwasserembolie als auch der Thrombolyse sein. Die Erhaltung der Vitalität mit Kreislaufunterstützung durch 17 Transfusionseinheiten (TE) Erythro-

zytenkonzentrat, 8 TE GAZ, 3000 Einheiten Kybernin, 1500 Einheiten Fibrogammin, 4 g Hämocomplettan, 2 TE Thrombozytenkonzentrat waren sicherlich wesentlicher Bestandteil der Therapiemaßnahmen.

Im Verlauf aufgetretene septische Temperaturen wurden nach Bauchdeckenhämatomspaltung und Antibiose gut beherrscht.

Die pädiatrische Behandlung verlief komplikationslos, sodass wir der Mutter ihr gesundes Neugeborenes mit nach Hause geben konnten.

Das Auftreten einer Fruchtwasserembolie wird in der Literatur von 1:6.000 bis 1:80.000 (Herrero, Brösner-Lang 2005, Mc. Larren 1999, E. Moor 2005, Dudenhausen 2001) beschrieben. Dabei kann die Letalität bis 80 Prozent betragen. Das gleichzeitige Auftreten der Massivblutung bei Atonie III°, welche nach Ausschöpfen der konservativen Maßnahmen (nach Rath) zur Hysterektomie geführt hat, ist sicher eine Folge der komplexen Gerinnungsstörung durch eine nicht auszuschließende DIC und die systemische Lysetherapie. Wir sind aber auch nach dem Ereignis der Meinung, dass die Lysetherapie (die bekannterweise bei frisch operierten Patienten kontraindiziert ist) wesentlich zum Überleben der Patientin beigetragen hat, war es doch die letzte uns zur Verfügung stehende Option, den letalen Ausgang bei frustranen Reanimationsbemühungen abzuwenden. Im Gegensatz zu früheren Empfehlungen ist der Einsatz der Lyse als kausale Intervention zur Outcome-Verbesserung bei Lungenembolie indiziert, was zahlreiche Fallberichte und -serien belegen (Anaesthesist 2002).

Durch unsere Therapiemaßnahmen und optimalen Bedingungen war das Überleben von Mutter und Kind möglich.

Anschrift der Verfasser:  
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH  
Girbigsdorfer Straße 1/3  
02828 Görlitz

Dr. med. Torsten Nadler  
Chefarzt der Klinik für  
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dipl. Med. Thomas Kühnert  
Oberarzt der Klinik für Anästhesie und  
Intensivtherapie

# Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2007

## I. Rentenversicherung

### 1. Beitragssatz für alle

<b>Bundesländer:</b>	<b>19,90 %</b>
Arbeitgeberanteil:	9,95 %
Arbeitnehmeranteil:	9,95 %

<b>2. Beitragsbemessungsgrenze:</b>	<b>neue Bundesländer</b>	<b>alte Bundesländer</b>
gültig ab 01.01.2007	<b>4.550,00 EUR/Monat</b>	<b>5.250,00 EUR/Monat</b>
	<b>54.600,00 EUR/Jahr</b>	<b>63.000,00 EUR/Jahr</b>

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

<b>1) Höchstbeitrag</b>	<b>905,45 EUR/Monat</b>	<b>1.044,75 EUR/Monat</b>
<b>2) Mindestbeitrag</b>	<b>90,55 EUR/Monat</b>	<b>104,48 EUR/Monat</b>
(1/10 vom Höchstbeitrag)		
<b>3) halber Mindestbeitrag</b>	<b>45,28 EUR/Monat</b>	<b>52,24 EUR/Monat</b>
<b>4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen</b>	<b>2.263,63 EUR/Monat</b>	<b>2.611,88 EUR/Monat</b>
(gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach §§ 21, 44 SSÄV)		

Der Nachweis über die im Jahr 2006 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2007 zugeschickt.

## II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

	<b>neue Bundesländer</b>	<b>alte Bundesländer</b>
<b>1) Beitragssatz</b>	spezifisch für jede Krankenkasse	
<b>2) Beitragsbemessungsgrenze</b>	<b>3.562,50 EUR/Monat</b>	<b>3.562,50 EUR/Monat</b>

## III. Pflegeversicherung

<b>1) Beitragssatz</b>	1,70 %	1,70 %
<b>2) Beitragssatz für Kinderlose</b>	1,95 %	1,95 %
<b>3) Beitragsbemessungsgrenze</b>	<b>3.562,50 EUR/Monat</b>	<b>3.562,50 EUR/Monat</b>

## Lastschriftverfahren 2007 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2007 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

### Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2007
Februar	28.02.2007
März	29.03.2007
April	30.04.2007
Mai	31.05.2007
Juni	29.06.2007
Juli	31.07.2007
August	31.08.2007
September	28.09.2007
Oktober	30.10.2007
November	30.11.2007
Dezember	27.12.2007

### Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	29.03.2007
II. Quartal	29.06.2007
III. Quartal	28.09.2007
IV. Quartal	27.12.2007

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung Ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer beim jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

## Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manfred Jähne zum 65. Geburtstag



Blättert man im Gästebuch der Augenklinik am HELIOS Klinikum Aue, so findet man in den Einträgen Würdigungen von über 30 Augenärzten aus Sachsen, aus vielen anderen deutschen Bundesländern, aus Bulgarien, ja sogar aus Afrika. Man bemerkt ophthalmologische Lehrstuhlinhaber und namhafte Augenärztinnen und Augenärzte, die bei PD Dr. Manfred Jähne zu Fortbildungen oder hornhaut-chirurgischen Workshops weilten.

Manfred Jähne wurde am 21.11.1941 in Großschönau am Fuße des Zittauer Gebirges geboren. Nach dem Abitur absolvierte er ein berufspraktisches Jahr in der Krankenpflege im Krankenhaus Zittau, danach erfolgte das Studium der Humanmedizin 1961 bis 1967 an der Universität Leipzig, an dieser alma mater promovierte er 1967. 1967 begann Jähne die FA-Ausbildung an der Augenklinik des Zittauer Krankenhauses. Mit ChA Dr. med. Gerd Sommer hatte er einen Lehrer par excellence. Sommer war ein ausgezeichnete Operateur und der Wegbereiter der Keratoprothetik in Deutschland.

So fand Jähnes akribisches Bemühen als augenärztlicher Partner bei ergophthalmologischen Problemen seinen Niederschlag in zahlreichen Fachbeiträgen, die 1978 gebündelt in einer Habilitation am Lehrstuhl für Ophthalmologie an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin erfolgreich abgeschlossen wurden. Nach

dem Kolloquium 1972 und der Tätigkeit als Oberarzt an der Zittauer Klinik ab 1976 erfolgte die Berufung zum Chefarzt der Augenklinik an das damalige Bezirkskrankenhaus „Ernst Scheffler“ Aue, die Jähne vom 17. Juli 1978 bis heute leitet.

Jähne setzte sich von Anfang an für den Ausbau der Ophtho-Mikrochirurgie ein: Das Operationsmikroskop fand Ende der 70er Jahre seinen Einzug, dazu kam ein elektrisch gesteuerter zahnärztlicher Op-Tisch, später erfolgte die Umrüstung der ganzen Augen-Op-Abteilung, 1990 wurde mit der Implantation von Hinterkammer-Linsen begonnen. Eine stürmische Entwicklung in der Ophthalmochirurgie begann: die Op-Zahlen wurden verdreifacht, die Augenklinik etablierte sich durch den Einsatz des doppelt geführten Vakuum-Motor-Trepansystems zum Keratoplastik-Zentrum in Westsachsen.

Daraus geht hervor, dass sich durch PD Jähne eine fruchtbare wissenschaftliche Arbeit ergab. Davon zeugen über 100 Vorträge und Referate zu Tagungen, Symposien und Kongressen im In- und Ausland sowie 8 Filmbeiträge. Besonders ist zu würdigen, dass aus der Zusammenarbeit mit dem Leiter der Pathologie (ChA MR Dr. W. Büttner) 15 Arbeiten aus der Ophthalmopathologie hervorgingen. Für das Gemeinschaftswerk „Zur retrocornealen Membran nach perforierender Keratoplastik – Klinik und Histologie“ erhielten beide 1983 den 1. Preis des Wissenschaftlichen Rates des damaligen Bezirksarztes von Chemnitz. Von Jähne stammen über 70 Publikationen.

Jähnes erfolgreiche Tätigkeit ist geprägt durch zahlreiche Vorträge in folgenden Gesellschaften: Seit 1981 ist er Vorstandsmitglied der Sächsischen Augenärztlichen Gesellschaft und führte 1982, 1998 und 2004 drei Tagungen durch. 1990 wurde PD Dr. Jähne von den Chefärzten der Nicht-Universitäts-Augenkliniken der neuen Bundesländer zum Vorsitzenden gewählt (Vereinigung Deutscher Ophthalmologischer Chefärzte).

Jähne gelangte so in den gesamtdeutschen Vorstand und war ihr Sekretär von 1994 bis 1999 und verantwortlich für die Durchführung

von Zusammenkünften. Anlässlich der 94. Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft erhielt Jähne den 3. Filmpreis: „Keratoprothetik mit extrakapsulärer Katarakt-Extraktion und Hinterkammerlinsen-Implantation bei Systemerkrankungen des Auges“ 1996 in Mannheim. Seine Vorliebe zur Geschichte der Augenheilkunde fand er über eine Hintertür: seine Sammlung zur Mediocophilatelie. 1985 wurde Jähne in den Vorstand der ehemaligen Gesellschaft der Augenärzte der DDR als Traditionsbeauftragter integriert, 1987 trat er der Julius-Hirschberg-Gesellschaft (deutschsprachige Vereinigung für Geschichte der Augenheilkunde in Europa) bei, deren Vorsitzender er in den Jahren 1993/1994 war.

Seit 1996 besitzt das HELIOS Klinikum Aue den Status Akademisches Lehrkrankenhaus an der Technischen Universität Dresden, durch diese erfolgte 1998 die Umhabilitation mit Ernennung zum Privat-Dozenten. Aus der Auer Augenklinik gingen 3 erfolgreich abgeschlossene Dissertationen hervor, bei denen Jähne als Mentor wirkte. Für seine wissenschaftlichen Leistungen erhielt Jähne 2003 das Fellowship of the European Board of Ophthalmology (FEBO).

Auch bei der Sächsischen Landesärztekammer ist er aktiv: Seit 1993 gehört er der FA-Prüfungskommission Augenheilkunde an, ist als Gutachter bei der Schlichtungsstelle für Haftpflichtfragen tätig und war Mitglied der Sächsischen Akademie für Ärztliche Fortbildung von 1997 bis 2001. Fragt man nach seinem Hobby, so berichtet er über Philatelie, Numismatik und seine Beschäftigung mit Johann Wolfgang von Goethe.

Jähne's Devise „Vertrauen hilft heilen“ gilt auch weiter im Erzgebirge, auch im Jahr 2007 steht PD Dr. Manfred Jähne seinen zahlreichen Patienten in der Augenklinik des HELIOS Klinikums Aue zur Verfügung.

Dazu wünschen wir ihm weiterhin eine ruhige Hand und beste Gesundheit. Ad multos annos!

Dr. med. Claus Coder  
 Ärztlicher Direktor  
 HELIOS Klinikum Aue

## Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz zum 65. Geburtstag



Professor Dr. Michael Scholz wurde am 23. Dezember 1941 in Berlin geboren. Nach dem Studium der Humanmedizin in Sofia und Leipzig war er ab 1968 als Assistent in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Leipzig tätig. Dort kam er durch Prof. Dr. med. habil. Otto Bach mit den Anfängen der Familientherapie in Berührung und arbeitete familientherapeutisch mit schizophrenen Patienten.

Ab 1972 war Prof. Dr. Michael Scholz in der Klinik für Kinderneuropsychiatrie Leipzig maßgeblich an der Entwicklung des Fachs beteiligt. Als Mitglied der Arbeitsgruppe „Arbeit mit Eltern“ der Sektion Kinder- und Jugendpsychotherapie und Familientherapie der Gesellschaft für Psychotherapie der DDR war er federführend in der Etablierung der Familientherapie. Ab 1974 trieb er den Einsatz von Videotechnik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie voran und führte Eltern-Kind-Gruppen unter Verwendung von Videofeedback in die klinische Arbeit ein. Damit wurde die Transparenz und Qualität der Therapie wesentlich erhöht.

1980 gab er mit Prof. Dr. Otto Bach das Buch „Familientherapie und Familienforschung“ heraus und veröffentlichte zahlreiche weitere Publikationen zu diesem Thema. Nach ersten Kontakten zum tschechischen Familientherapeuten Petr Boš

war er ab 1980 mit der Tschechischen Gesellschaft für Familientherapie verbunden.

Er war Initiator und Mitgestalter der ersten familientherapeutischen Tagung mit internationaler Beteiligung in der DDR 1982 in Leipzig. Als Vorsitzender der Sektion Kinderpsychotherapie und Familientherapie der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR entwickelte er diagnostische Verfahren zur familiären Interaktions- und Beziehungsdiagnostik (Familienpolaritätsprofil) und habilitierte sich 1984 zu diesem Thema.

1988 begann Prof. Dr. Michael Scholz mit Fritz Mattejat und dem Jugendforschungszentrum eine Untersuchung zur Sozialisation von Ost- und Westfamilien. Das Subjektive Familienbild (SFB), das eine Quantifizierung familiärer Beziehungen ermöglicht, wurde 1994 von Mattejat und Scholz veröffentlicht und seitdem in zahlreichen Forschungsarbeiten angewendet. Neben Forschung und Lehre ist Prof. Dr. Michael Scholz während seiner gesamten beruflichen Laufbahn als engagierter Kliniker tätig. Er erwarb die Facharztanerkennungen für Neurologie/Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Im März 1994 wurde Prof. Dr. Michael Scholz zum Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an die Technische Universität Dresden berufen. Hier baute er als leidenschaftlicher Familientherapeut eine Klinik und Poliklinik auf, die sich den Prinzipien der systemischen Therapie verschrieb.

Als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie engagierte er sich 1995 bis 2001 für eine Stärkung der Rolle der Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für deren Anerkennung als Therapieverfahren. Von 1996 bis 1998 war er Vorsitzender der Fachgesellschaft und richtete 1997 den Kongress der DGKJP in Dresden aus. Im internationalen Austausch mit anderen Familientherapeuten, besonders mit seinem Freund Eia Asen, entwickelte er familientherapeutische Ansätze entscheidend weiter. Seine gesamte Tätigkeit ist geprägt davon,

die Kinder- und Jugendpsychiatrie den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien anzupassen. Deshalb gründete er 1998 die Familientagesklinik für emotional und sozial gestörte Kinder, die erste dieser Art in Deutschland. Die hier gemachten positiven Erfahrungen führten zur Entwicklung des Konzepts der Familientagesklinik für Essgestörte. Diese Behandlungsform war so erfolgreich, dass sie international viele Nachahmer fand, so das Maudsley Hospital in London sowie Kliniken in Dänemark, der Schweiz und den Niederlanden. Zu diesen Kliniken unterhält Professor Scholz intensive Kontakte und führt Supervisionen durch. Im Schwerpunkt seiner Forschungsarbeit liegen die Essstörungen und die Multifamilientherapie, wobei er mit namhaften europäischen Wissenschaftlern zusammenarbeitet.

Neben seinen zahlreichen beruflichen Verpflichtungen fand Professor Dr. Scholz immer Zeit, humanitäre Hilfe zu organisieren. Unmittelbar nach dem politischen Zusammenbruch in Osteuropa führte er in Eigeninitiative eine Vielzahl von Hilfstransporten vor allem nach Bulgarien durch. Später war er als Medizinkoordinator eines EU-Hilfsprojekts zur medizinischen Hilfe für Waisenkinder in Bulgarien tätig.

Kollegen, Freunde und Wegbegleiter freuen sich, dem engagierten Arzt, Hochschullehrer und Forscher zu seinem 65. Geburtstag zu gratulieren. Sein temperamentvolles Engagement und seine Diskussionsfreudigkeit sind für alle, die mit ihm verbunden sind, ein belebendes Element. Wir wünschen weiterhin Kraft und Vitalität, die von ihm auf den Weg gebrachten Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Familientherapie zu begleiten und voranzutreiben. Herzlichen Dank für sein beispielhaftes Wirken an unserer Klinik und beste Wünsche für die Zukunft!

Oberärzte der Klinik:  
Dr. Krassimir Gantchev,  
Dr. med. Karin Horn,  
Dr. med. Frank Ostwaldt,  
Dr. med. Beate Schell,  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Goetheallee 12, 01309 Dresden



## Prof. Dr. med. habil. Jobst Henker zum 65. Geburtstag



Herzlichen Glückwunsch Herrn Prof. Dr. Jobst Henker zum hochverdienten Congress-Award der Stadt Dresden 2006, mit dem er seinem erfüllten Berufsleben als Kinderarzt, Hochschullehrer und Wissenschaftler noch ein Krönchen aufsetzen konnte!

Am 26. Dezember 2006 beging er seinen 65. Geburtstag und trat in den verdienten Ruhestand.

Geboren am 26. Dezember 1941 in Radebeul blieb Dresden immer Lebensmittelpunkt. Nach dem Abitur 1960 und einer einjährigen Tätigkeit als Hilfspfleger studierte er in Berlin und Dresden und legte 1967 das Staatsexamen ab. Die anschließende 3-jährige Assistenzarztzeit am Pathologischen Institut der Medizinischen Akademie Dresden wurde ein wesentliches Fundament seiner weiteren beruflichen Laufbahn.

Prof. Jobst Henker promovierte 1968, erwarb die Facharztanerkennung unter Professor Harnapp 1974, erhielt die *Facultas docendi* 1981 und habilitierte 1984 mit der Schrift „Ergebnisse Dünndarmbiopsischer Untersuchungen im Kindesalter und Korrelation zu anderen paraklinischen Befunden unter besonderer Berücksichtigung der Zöliakie“. Für diese Habilitationsschrift wurde er mit dem Martin-Gülzow-Preis der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR ausgezeichnet. Hinter diesen nüchternen Daten verbirgt sich eine bewundernswerte Selbst- und Zeitdisziplin, gepaart mit hohem Fleiß und Zielstrebigkeit. Der Weg zur Habilitation bedeutete wis-

senschaftliche Arbeit nach einem vollen Klinikalltag unter oft widrigen Bedingungen. Lohn war neben dem wissenschaftlichen Rang eine profunde klinische Erfahrung, für Patienten und uns Auszubildende gleichermaßen wertvoll.

Aufbauend auf seinen Erfahrungen in der Pathologie und mit wachsendem Interesse an der Gastroenterologie führte Prof. Henker eine Vielzahl von Untersuchungstechniken und Methoden in der Klinik ein. Er organisierte im besten Sinne des Wortes die erste Watson-Kapsel in der damaligen DDR und erprobte sie im Selbstversuch. Auf den Forschungsgebieten der Zöliakie, der exokrinen Pankreasinsuffizienz und von Ernährungsstörungen im Kindes- und Jugendalter erlangte er mit seinen wissenschaftlichen Beiträgen über die Grenzen der damaligen DDR hinausreichende Anerkennung. Dies ermöglichte ihm 1989 einen Hospitationsaufenthalt in Toronto, dem 1990 die Ernennung zum Privatdozenten und die Anerkennung als Subspezialist für Kindergastroenterologie und 1996 die verdiente Professur folgten. Die Kinderklinik verdankt ihm den Aufbau einer leistungsstarken pädiatrischen Gastroenterologie, die über kindspezifische technische Möglichkeiten und Untersuchungsmethoden verfügt. Permanent war er um die Weitergabe seines großen Erfahrungsschatzes in der pädiatrischen Endoskopie an Jüngere bemüht, so dass sein Werk von Schülern nicht nur an der Universitätskinderklinik fortgeführt werden wird. Gemeinsam mit seinen Mitarbeitern betreute Prof. Henker eine umfangreiche Ambulanz für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, schweren Ernährungsstörungen und Zöliakie. Als Hochschullehrer bot er seinen Studenten klar strukturierte Vorlesungen an, regelmäßig illustriert durch eigene klinische Erfahrungen und Patientenvorstellungen.

Von 1985 bis zur Auflösung im Dezember 1990 stand Herr Prof. Jobst Henker als stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Mukoviszidose in der DDR vor. Nach der politischen Wende trug er mit seiner aktiven und

geschätzten Mitarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechselkrankheiten, der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V., der European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, der Deutschen Zöliakiegesellschaft und dem Verein zur Förderung der gesunden Ernährung und Diätetik zur Entwicklung einer pädiatrischen Gastroenterologie in Deutschland auf hohem wissenschaftlichen und technischen Niveau bei und förderte den Ruf unserer Klinik. Die Übertragung der Ausrichtung des ESPGHAN-Kongresses 2006 in seine Hände ist verdienter Ausdruck dieser Wertschätzung. Immer legte er jedoch gleichermaßen Wert auf die Verbreitung seines Wissens im Rahmen einer lebhaften Vortragstätigkeit auf Fortbildungsveranstaltungen für Kollegen außerhalb des universitären Zirkels.

Die oft schleppende Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der ernährungsmedizinischen Praxis, die teilweise Raum für Halbwissen und Scharlatanerie lässt, bewog Herrn Prof. Henker bereits 1996 zur Ausrichtung einer jährlich stattfindenden Diätetik-Fachtagung für Ernährungsfachkräfte. Diese Tagungsreihe erfreut sich zunehmender Beliebtheit und findet regionale und überregionale Beachtung. Gemeinsam mit seiner Gattin war Jobst Henker nicht nur als Fußballfan, sondern immer auch aktiv sportlich interessiert. Er reist sehr gern und ist neugierig auf die Sehenswürdigkeiten dieser Welt. In persönlichen Runden beweist er häufig einen Humor, den man dem korrekten Professor auf den ersten Blick nicht immer zutraut. Als langjähriger Theaterarzt, einer zu DDR-Zeiten sehr begehrten Nebentätigkeit, versäumte er kaum eine der wichtigen Dresdener Aufführungen. Die Mitarbeiter der Universitätskinderklinik und viele ehemaligen Kollegen wünschen Herrn Prof. Henker einen erfüllten Ruhestand, Zeit für Kunst und Reisen, Haus und Garten und werden noch häufig um Rat fragen kommen.

Dr. med. Andrea Näke  
Im Namen der Mitarbeiter der  
Universitätskinderklinik Dresden

## Unsere Jubilare im Februar Wir gratulieren

### 60 Jahre

01. 02. Dipl.-Med. Edelman-Noack, Angelika  
09599 Freiberg
02. 02. Dr. med./UdSSR Aron, Roman  
04157 Leipzig
04. 02. Dipl.-Med. Kozik, Erika  
02827 Görlitz
04. 02. Dr. med. Radke, Ernst-Udo  
01855 Sebnitz
05. 02. Dr. med. Gerlach, Hartwin  
08321 Zschorlau
07. 02. Dr. med. Damaschke, Hans-Joachim  
02979 Elsterheide
08. 02. Dipl.-Med. Sell, Hans-Jürgen  
08606 Oelsnitz
09. 02. Dipl.-Med. Schmidt, Regina  
09385 Lugau
11. 02. Dr. med. Möckel, Wolfgang  
08223 Grünbach
12. 02. Dr. med. Leib, Marianne  
04509 Delitzsch
12. 02. Dr. med. Plöttner, Hannelore  
04155 Leipzig
13. 02. Dr. med. Nordin, Dieter  
01309 Dresden
14. 02. Dipl.-Med. Handtke, Wilma  
04158 Leipzig
14. 02. Dipl.-Med. Lembcke, Hans-Georg  
09487 Schlettau
15. 02. Steuber, Elisabeth  
04299 Leipzig
16. 02. Dipl.-Med. Dobberstein, Norbert  
02977 Hoyerswerda
16. 02. Dr. med. Eichhorn, Klaus  
09116 Chemnitz
16. 02. Dr. med. Sander, Helga  
01309 Dresden
17. 02. Dipl.-Med. Lange, Rainer  
08606 Magwitz
19. 02. Dr. med. Bartel, Regina  
01796 Pirna
19. 02. Dr. med. Günther, Burkhard  
04288 Leipzig
19. 02. Dr. med. Link, Heidrun  
01109 Dresden
20. 02. Dipl.-Med. Ebner, Natalja  
04318 Leipzig
23. 02. Dipl.-Med. Leonhardt, Elisabet  
09127 Chemnitz
25. 02. Dr. med. Miesel, Uwe  
08209 Auerbach
28. 02. Dipl.-Med. Jacob, Helga  
04838 Eilenburg

### 65 Jahre

01. 02. Dr. med. Ulbricht, Edda  
09127 Chemnitz
02. 02. Dr. med. Thomas, Wolfgang  
04779 Wernsdorf

03. 02. Dr. med. Braune-Kurrek, Katharina  
01159 Dresden
03. 02. Görler, Helga  
08328 Stützengrün
03. 02. Dr. med. Hannemann, Monika  
02763 Zittau
03. 02. Dr. med. Richter, Winfried  
06188 Landsberg
05. 02. Dr. med. Bach, Karin  
04109 Leipzig
05. 02. Dr. med. Böhme, Hannelore  
09114 Chemnitz
05. 02. Dr. med. David, Volker  
08349 Erlabrunn
05. 02. Raytscheva, Velitchka  
01129 Dresden
06. 02. Dipl.-Med. Schiller, Armin  
08058 Zwickau
08. 02. Dr. med. Berger, Barbara  
04289 Leipzig
08. 02. Dr. med. Knoll, Helmut  
08468 Reichenbach
09. 02. Dr. med. Hartwig, Ursula  
04288 Leipzig
09. 02. Dr. med. Klemm, Beate  
01612 Glaubitz
09. 02. Dr. med. Lißke, Eberhard  
08209 Auerbach/OT Beerheide
11. 02. Dr. med. Knorr, Peter  
04703 Leisnig
13. 02. Dr. med. Fichtner, Werner  
04509 Schönwölkau
14. 02. Dr. med. Kreisel, Wolfram  
02826 Görlitz
14. 02. Lüdicke, Hermann  
09399 Niederwürschnitz
14. 02. Peter, Eva  
04838 Eilenburg
14. 02. Dr. med. Rauh, Wolfgang  
09123 Chemnitz/Einsiedel
15. 02. Lischke, Elisabeth  
01612 Diesbar-Seußlitz
16. 02. Helbig, Jutta  
09599 Freiberg
16. 02. Dipl.-Med. Langer, Jürgen  
08223 Falkenstein
17. 02. Bierlich, Heide  
01594 Nickritz
17. 02. Dr. med. Gläser, Margitta  
04157 Leipzig
17. 02. Dr. med. Kober, Günther  
08064 Zwickau
18. 02. Prof. Dr. med. habil. Asmussen, Gerhard  
04107 Leipzig
18. 02. Dr. med. Vogelsang, Edith  
01689 Niederau
19. 02. Dr. med. Metzner, Gisela  
02997 Wittichenau
19. 02. Dr. med. Roether, Adelheid  
04347 Leipzig
19. 02. Dr. med. Sörgel, Dieter  
08468 Reichenbach
20. 02. Dr. med. Franke, Ute  
01217 Dresden
20. 02. Dr. med. Martin, Elke  
01662 Meißen
21. 02. Dr. med. Henkenjohann, Maren  
01445 Radebeul

22. 02. Bauer, Frank  
01279 Dresden
22. 02. Dr. med. Pflug, Karin  
08606 Oelsnitz
22. 02. Dr. med. Zinsmeyer, Jörg  
08541 Neuensalz
23. 02. Dr. med. Reißmann, Bernd  
01468 Reichenberg
24. 02. Dr. med. Krüger, Peter  
04808 Wurzen
27. 02. Dr. med. Freitag, Elke  
04179 Leipzig
27. 02. Dipl.-Med. Frühauf, Renate  
01259 Dresden
27. 02. Dr. med. König, Heidemarie  
04828 Bennewitz
28. 02. Dr. med. Lobeck, Gottfried  
01465 Langebrück

### 70 Jahre

01. 02. Dr. med. Eberhard, Herta  
04275 Leipzig
01. 02. Kitze, Jutta  
04288 Leipzig
02. 02. Dr. med. Neumann, Lisa  
04838 Sprotta-Siedlung
04. 02. Schwerdtfeger, Erika  
02977 Hoyerswerda
05. 02. Dr. med. Dittrich, Christian  
01917 Kamenz
08. 02. Dr. med. Herzer, Dieter  
01877 Schmölln
09. 02. Dr. med. Fricke, Hans-Joachim  
08432 Steinpleis
11. 02. Prof. Dr. sc. med. Koinzer, Klaus  
08141 Reinsdorf b. Zwickau
12. 02. Dr. med. Büttig, Ingeborg  
01796 Pirna
12. 02. Rätzel, Dieter  
09627 Hilbersdorf
13. 02. Prof. em. Dr. med. habil. Stosiek, Peter  
02827 Görlitz
14. 02. Dr. med. Frey, Ingrid  
01328 Dresden
14. 02. Dr. med. Luther, Lotte  
09114 Chemnitz
15. 02. Dr. med. Knüpfer, Roland  
09127 Chemnitz
17. 02. Dr. med. Groeschel, Ursula  
01827 Graupa
18. 02. Beeg, Maria  
02826 Görlitz
18. 02. Buchholz, Elisabet  
09627 Bobritzsch
19. 02. Dr. med. Harnapp, Oskar  
02977 Hoyerswerda
20. 02. Prof. Dr. med. habil. Haustein, Uwe-Frithjof  
04416 Markkleeberg
20. 02. Trautvetter, Marika  
04317 Leipzig
21. 02. Prof. Dr. med. habil. Kleber, Hans-Peter  
04564 Böhlen
21. 02. Dr. med. Müller, Helga  
02625 Bautzen
21. 02. Dr. med. Nitzsche, Peter  
01326 Dresden

- 22. 02. Vogel, Irmgard  
01067 Dresden
- 23. 02. Dr. med. Pansa, Eberhard  
09122 Chemnitz
- 26. 02. Lorenz, Gudrun  
01477 Fischbach
- 27. 02. Dr. med. Schneider, Helga  
01109 Dresden
- 28. 02. Dr. med. Steinert, Volker  
04779 Wermisdorf
- 28. 02. Dr. med. Wiegand, Gerhard  
09212 Limbach-Oberfroha

**75 Jahre**

- 01. 02. Dr. med. Jacob, Annemarie  
01217 Dresden
- 02. 02. Dr. med. Gamnitzer, Svend  
04279 Leipzig
- 07. 02. Schneider, Hertha  
01187 Dresden
- 08. 02. Dr. med. Kreuzinger, Erna  
04129 Leipzig
- 08. 02. Dr. med. Mai, Annemarie  
09112 Chemnitz
- 09. 02. Dr. med. Gebhardt, Rudolf  
01109 Dresden
- 12. 02. Dr. med. Weber, Lothar  
04668 Großbothen
- 13. 02. Dr. med. Musiat, Rita  
02625 Bautzen
- 14. 02. Dr. med. Grunert, Eva-Maria  
09111 Chemnitz
- 22. 02. Dr. med. Dr. med. dent  
Andreas, Manfred  
04318 Leipzig
- 22. 02. Dr. med. Geidel, Hans  
04155 Leipzig
- 23. 02. Dr. med. Zumppe, Sonja  
01097 Dresden
- 26. 02. Dr. med. Wallasch, Maria  
04425 Taucha

**80 Jahre**

- 14. 02. Dr. med. Dipl.-Psych. Starke,  
Hellmut  
04299 Leipzig
- 20. 02. Dr. med. Künzel, Wolf  
09114 Chemnitz

**81 Jahre**

- 02. 02. Dr. med. Stolle, Renate  
04275 Leipzig
- 09. 02. Doz. Dr. med. habil. Dietel,  
Klaus  
09131 Chemnitz
- 22. 02. Dipl.-Med. Fribert, Harald  
08064 Zwickau
- 28. 02. Dr. med. Göhler, Irene  
04275 Leipzig

**82 Jahre**

- 16. 02. Dr. med. Löffler, Herbert  
08280 Aue
- 16. 02. Dr. med. Stephan, Christine  
04103 Leipzig

- 18. 02. Prof. Dr. med. habil.  
Crasselt, Carl  
01324 Dresden
- 18. 02. Dr. med. Schmiedel, Annelies  
01326 Dresden
- 19. 02. Dr. med. Adam, Marlise  
08058 Zwickau

**83 Jahre**

- 01. 02. Hübner, Gertraud  
04319 Leipzig
- 08. 02. Dr. med. Gräßer, Annelies  
04157 Leipzig
- 18. 02. Böttcher, Werner  
04279 Leipzig

**84 Jahre**

- 24. 02. Dr. med. Kunze, Irmgard  
08258 Wernitzgrün

**85 Jahre**

- 07. 02. Dr. med. Kreihs, Werner  
02708 Löbau

**86 Jahre**

- 06. 02. Prof. Dr. med. habil. Seyfarth,  
Harro  
04288 Leipzig
- 10. 02. Dr. med. Schmeiser, Marianne  
01219 Dresden
- 13. 02. Dr. med. Ahnert, Friedrich  
04109 Leipzig
- 23. 02. Dr. med. Klöppel, Eva  
04275 Leipzig
- 26. 02. Dr. med. Berlin, Krista  
01069 Dresden

**87 Jahre**

- 15. 02. Dr. med. Franck, Gerhard  
08349 Erlabrunn
- 16. 02. Dr. med. Fischer, Helmut  
04564 Böhlen
- 29. 02. Dr. med. Kerber, Jürgen  
09114 Chemnitz

**89 Jahre**

- 26. 02. Dr. med. Dörr, Wilmar  
04860 Torgau

**91 Jahre**

- 17. 02. Nawka, Joachim  
02627 Radibor
- 29. 02. Prof. Dr. sc. med.  
Sachsenweger, Rudolf  
04277 Leipzig

**94 Jahre**

- 18. 02. Dr. med. Dr. med. dent.  
Becker, Heinz  
08371 Glauchau

**95 Jahre**

- 20. 02. Dr. med. Kunzmann, Annie  
04460 Kitzen

**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.

**Redaktionsassistent:** 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. 10 vom 1.1.2007 gültig.*  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 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 Abonnementsgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

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

ISSN: 0938-8478

## Hygiene aktuell

### Auffrischungsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis alle 10 Jahre

– Beschlüsse der 28. Sitzung der SIKO –

Die Sächsische Impfkommision (SIKO) hat auf ihrer 28. Sitzung am 17.11.06 nachstehende Änderungen zu den „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen „(E 1), Stand 01.01.2006 (Beilage Ärzteblatt Sachsen 1/2006) beschlossen. Die Kosten werden nach den derzeitigen Impfvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) und den Gesetzlichen Krankenkassen (GKK) von den GKK übernommen. („Vereinbarung über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – Impfvereinbarung Sachsen – in der Fassung vom 1. April 2005“, mit der AOK Sachsen aktualisiert am 30.11.2005, mit den Ersatzkassen aktualisiert am 2.3.2006; Neufassung vom 6.10.2006, gültig ab 1.1.2007 – siehe KVS-Mitteilungen 11/2006, S. IV).

Die Änderungen betreffen lediglich die Häufigkeit der Pertussisauffrischungsimpfungen (Booster) und die serologische Kontrolle des Impferfolges nach Hepatitisimpfung, insbesondere Hepatitis B. Wegen der Geringfügigkeit der textlichen Veränderungen erfolgt kein genereller Neudruck der E 1 wie im Januar 2006. Die SIKO bittet, die im Anhang stehenden Änderungen einzufügen und zu beachten.

Pertussis:

Es wird empfohlen, alle 10 Jahre nicht nur wie bisher eine Auffrischungsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis vorzunehmen, sondern zusätzlich auch gegen Pertussis. Die Standard-(Regel-)Impfung für alle Personen alle 10 Jahre sollte mit tetravalenten Impfstoffen Tdpa IPV erfolgen. In Deutschland sind dafür z. Z. nachstehende Impfstoffe zugel-

assen (in alphabetischer Reihenfolge der Hersteller) „Boostrix-Polio“ (Glaxo-ShmithKline) und „Repevax“ (Sanofi-Pasteur).

Begründung: Die laufende epidemiologische Analyse der Pertussiserkrankungen in Sachsen und den neuen Bundesländern hat eine zunehmende Altersverschiebung der Inzidenz ins höhere Lebensalter ergeben. So waren z.B. von den 457 in Sachsen 2005 gemeldeten Pertussiserkrankungen 349 (= 76,4%) Personen älter als 25 Jahre. Nicht berücksichtigt ist dabei außerdem noch die hohe Dunkelziffer infolge unzureichender Diagnostik der Pertussis im Erwachsenenalter und die schlechte Meldedisziplin. Nach einer Studie von C. Hülße und W. v. König in Rostock und Krefeld aus dem Jahre 2004/05 lag die wahre Inzidenz bei Erwachsenen in Ost und West etwa gleich bei 165 Erkrankungen pro 100 000 Einwohnern und Jahr. Dies würde für die Sachsen eine Pertussisfallzahl von über 5000 bedeuten. Diese wochenlang hustenden Erwachsenen sind aber die Infektionsquellen für die besonders gefährdete Gruppe der Säuglinge. Aus dem Vorstehenden und mehreren Arbeiten neueren Datums geht die Notwendigkeit der Boosterung gegen Pertussis (pragmatisch alle 10 Jahre bei Erwachsenen) ebenso wie bei Tetanus und Diphtherie eindeutig hervor. Dies betrifft sowohl Personen nach Schutzimpfungen (z.B. Rostock) als auch nach überstandener Erkrankung (z.B. Krefeld). Mit der getroffenen Empfehlung wird der veränderten epidemiologischen Lage entsprochen und gleichzeitig eine praktikable Lösung angeboten, dass alle Haushaltkontaktpersonen zu Säuglingen einen adäquaten aktuellen Pertussisimmunschutz aufweisen. In den Gesamtkomplex der Strategie ist auch die Tatsache eingeflossen, dass es z.Z. noch keine praktikable immunologische Methode gibt, die einen adäquaten Immunschutz vor Pertussis nachzuweisen imstande ist. Es gibt keine protektiven serologischen Titerwerte. Andere Länder wie z.B. Österreich haben diesen Weg der Boosterung alle 10 Jahre bereits 2006 beschritten.

Hepatitis B:

Eine immer wieder gestellte Frage ist die nach Notwendigkeit einer Boosterung 10 Jahre nach Hepatitis-B-Grundimmunisierung. Über die Antikörperkinetik von Anti-HBs ist bekannt, dass 4 – 6 Wochen nach der Grundimmunisierung individuell der maximale Antikörpertiter erreicht wird, der binnen 12 – 18 Monaten auf 1/10 des Ausgangswertes abfällt. 4 – 10 Jahre nach erfolgter Grundimmunisierung haben nur noch 60 – 80 % einen protektiven Antikörpergehalt von  $\geq 10$ -(20) / U / l. Nach derzeitiger Lehrmeinung sind nach erfolgreicher Grundimmunisierung (Titer  $\geq 100$  / U / l) wegen der Persistenz von Gedächtniszellen trotzdem alle vor einer Erkrankung und vor einer evtl. Chronifizierung (nicht zwingend vor einer Infektion) geschützt und boosterfähig, auch wenn nach 10 Jahren der Anti HBs – Titer  $\leq 10$  / U / l bestimmt wird. Dies hat zu der derzeit in Deutschland gültigen Empfehlung geführt, dass „eine Auffrischungsimpfung (1 Dosis) nach 10 Jahren bei Fortbestehen eines Infektionsrisikos mit hoher Infektionsdosis (z.B. Nadelstiche, Nadeltausch, häufige Übertragung von Blut oder Blutprodukten, Hämodialyse)“ angezeigt ist, nicht aber bei „Normalpersonen“.

Dies setzt aber voraus, dass der Erfolg der Grundimmunisierung bei allen Risikopersonen und Erwachsenen 4 – 6 Wochen danach mittels Anti-HBs – Titerbestimmung nachgewiesen und im Impfausweis dokumentiert wurde.

Da es im Kindesalter bei Immungen sehr selten Impfversager gibt, wurde diese Altersgruppe von der Impferfolgsempfehlung (Bestimmung Ant-HBs) ausgenommen. Ergreifen z.B. vor über 10 Jahren als Kinder Geimpfte einen medizinischen Beruf (jetzt Risiko für HBV – Infektion) ist im Rahmen der arbeitsmedizinischen Untersuchung eine Boosterung mit anschließender Titerbestimmung (und jetzt Dokumentation im Impfausweis) ohnehin angezeigt.

**(Auf Seite 34 und 35 sind Tabellen 1–3 abgedruckt.)**



In der E 1 vom 01.01.2006 sind wörtlich zu ersetzen (Änderungen gegenüber dem Stand vom 01.01.2006 sind fett und kursiv gedruckt):

Seite 1 (zu Allgemeine Hinweise):

Die Zustimmung gilt als gegeben für den monovalenten Masern-Impfstoff „Moraten®“ (Berna Biotech) bei allergologisch abgesicherter klinisch relevanter Hühnereiweiß-

allergie, für die monovalenten Hib-Impfstoffe „Act-Hib®“ (Sanofi Pasteur MSD), „Hiberix®“ (GSK) und „Vaxem Hib®“ (Chiron S. r. I.) bei Vorliegen einer Indikation gemäß Tabelle 3 der E 1 und für intrakutanen BCG-Impfstoff „Vaccin BCG Pasteur® intradermique“ (Pasteur MSD SNC) bei Vorliegen einer Indikation gemäß Tabelle 3 der E 1 oder im Sinne der Biostoffverordnung.

Synopsis- Impfkalender für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Freistaat Sachsen (Stand: 01.01.2007)

Impfstoff	Geburt	3. Mon. <sup>1</sup>	4. Mon. <sup>1</sup>	5. Mon. <sup>1</sup>	13. Mon. <sup>1</sup>	24. Mon. <sup>1</sup>	6. Lbj. <sup>1</sup>	10. Lbj. <sup>1</sup>	11. Lbj. <sup>1</sup>	18. Lbj. <sup>1</sup>	alle 10 Jahre	über 50 Jahre	über 60 Jahre
Hepatitis B (HBV) <sup>3,6</sup>		HBV 1   HBV 2 <sup>3,6</sup>			HBV 3 <sup>3,6</sup>		oder HBV 1   HBV 2 <sup>3,6</sup>						
Diphtherie, Pertussis, Tetanus <sup>2,3,4</sup>		1 DTPa	2 DTPa	3 DTPa	4 DTPa	5 DTPa			Tdap		Tdap		
Haemophilus influenzae Typ b <sup>2,3</sup>		1 Hib	2	2 Hib	3 Hib								
Polio <sup>2,3</sup>		1 IPV/IMV	2	2 IPV/IMV	3 IPV/IMV				4 IPV/IMV		IPV/IMV		
Masern, Mumps, Röteln					1 MMR		2 MMR						
Varizellen <sup>5</sup>					Varizellen				Varizellen				
Meningokokken C <sup>7</sup>		Meningokokken (Gruppe C) <sup>7</sup>											
Influenza												jährlich	
Pneumokokken <sup>8</sup>		Pneumokokken											alle 5 Jahre

- <sup>1</sup> Zeitangabenbedeutung: Es bedeuten z.B.: 3. Monat = ab 3. Mon. = vollendeter 2. Monat; 6. Lbj. = ab 5. Geburtstag
- <sup>2</sup> Abstände zwischen den Impfungen 1-3 bzw. 1 und 2 mindestens 4 Wochen, zwischen der 3. und 4. bzw. 2. und 3. Impfung zur Vervollständigung der Grundimmunisierung mindestens 6 Monate
- <sup>3</sup> bei Antigenkombinationen, die eine Pertussiskomponente enthalten, sind 3 Injektionen im Säuglingsalter erforderlich
- <sup>4</sup> ab 6. Lbj. Fachinformation zu den Impfstoffen wegen Altersbegrenzung hinsichtlich reduzierten Di-Toxid-Gehalts beachten
- <sup>5</sup> alle ungeimpften Kinder/Jugendlichen mit negativer Varizellenanamnese; bis 13. Lbj. 1 Dosis, ab 14. Lbj. 2 Dosen erforderlich
- <sup>6</sup> Kombinationsimpfung HAV/HBV empfohlen, falls Grundimmunisierung gegen HBV nicht im Säuglingsalter begonnen wurde. Impfung im Säuglingsalter hat Priorität!
- <sup>7</sup> Im 1. Lbj. 2 oder 3 Injektionen (Herstellerangabe beachten), ab 2. Lbj. 1 Injektion. Bei Impfung im Säuglingsalter wird eine Boosterung ab 2. Lebensjahr empfohlen.
- <sup>8</sup> Die Standardimpfung wird bis zum 24. Lebensmonat entsprechend dem jeweiligen Immunisierungsschema mit Konjugatimpfstoff empfohlen, bei Kindern nach dem 24. Lebensmonat sind nur Indikationsimpfungen empfohlen.

Tabelle 1: Impfkalender für Kinder, Jugendliche und Erwachsene – A: Nach dem Lebensalter geordnet

Lebensalter	Impfung gegen	Anmerkung
Seite 6		(Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
Alle 10 Jahre	Tetanus-Diphtherie (Auffrischimpfung)	Alle Personen; kann bei Nachweis schützender Antikörper modifiziert werden.
	<b>Pertussis (Auffrischimpfung)</b>	<b>Alle Personen.</b>
	Poliomyelitis (Auffrischimpfung)	Alle Personen. kann bei Nachweis schützender Antikörper modifiziert werden.
	<b>Tetavalente Kombinationsimpfstoffe Tdpa -IPV verwenden.</b>	

Tabelle 2: Impfkalender für Kinder, Jugendliche und Erwachsene – B: Nach Impfung geordnet

Impfung gegen	Lebensalter	Impfstoffe	Anmerkung
Seite 7			(Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
Diphtherie-Tetanus-Pertussis (Auffrischimpfung)	Ab 11. Lebensjahr.	Kombinationsimpfstoffe Tdpa oder Tdpa-IPV verwenden.	Alle Kinder und Jugendlichen. Der Abstand zur 1. Auffrischimpfung sollte nicht kürzer als 5 Jahre sein.
Diphtherie-Tetanus-Pertussis (Weitere Auffrisch-impfungen)	Alle 10 Jahre.	Kombinationsimpfstoffe <b>Tdpa-IPV</b> verwenden	Alle Personen; kann bei Nachweis schützender Antikörper modifiziert werden.

Tabelle 3: Indikationsimpfungen einschließlich Reiseimpfungen

Kategorie	Impfung gegen	Indikation bzw. Reiseziele	Anmerkung (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten)
<b>Seite 12 / 13</b>			
S B I R	Hepatitis B	(unverändert)	Hepatitis-B-Impfung nach den Angaben des Herstellers; im Allgemeinen nach serologischer Vortestung bei den Indikationen 1.–7.; <b>Kontrolle des Impferfolges ist nach Indikationsimpfungen prä- oder postexpositionell, bei allen immunsupprimierten und für alle Personen über 18 Jahre (1–2 Monate nach Abschluss der Grundimmunisierung) erforderlich.</b>  Auffrischimpfung entsprechend ... (unverändert)
<b>Seite 17</b>			
S	Pertussis	<b>Alle Kinder und Jugendlichen gemäß Impfkalender Seite 3; Erwachsene: Boosterung alle 10 Jahre.</b>	(unverändert)
<b>Seite 18</b>			
P	Pertussis (Fortsetzung)	Kontaktpersonen im Rahmen des sächsischen Herdbekämpfungsprogrammes. Postexpositionelle Impfung (je nach Impfstatus und Alter): – Beginn, Weiterführung bzw. Vervollständigung der Grundimmunisierung (Kinder/Jugendliche) bzw. – <b>ggf. 5. oder 6.</b> Pertussisinjektion gemäß Impfkalender bzw. – 1 Injektion bei vollst. immunisierten Erwachsenen (Booster), <b>wenn die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt</b> , oder bei unvollständig immunisierten Erwachsenen oder bei Erwachsenen mit unbekanntem Impfstatus.	(unverändert)

Korrespondenzadresse:  
Sächsische Impfkommision, Vorsitzender  
Prof. Dr. med. habil. S. Bigl  
Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz  
Tel.: 0371/3360422  
E-Mail: siegwart@bigl.de

## Manfred Luther – Ich denke, also bin ich

Der Künstler gehört wie der in der Sächsischen Landesärztekammer bereits vorgestellte Karl-Heinz Adler zur kleinen Gruppe der hiesigen Vertreter Konkreter Kunst, die sich trotz zahlreicher Schwierigkeiten in 40 Jahren DDR behaupten und auch über



Aus der Folge „Cogito, ergo sum“ Alles Vergängliche ist nur ein Gleichnis, 1988, Kreide, Kugelschreiber, farbige Stifte, Pappe, 42,4 x 60,5 cm, Manfred Luther (1925 – 2004)

Dresden und den Osten Deutschlands hinaus Anerkennung erringen konnten.

Im Werk des bis zu seinem Tod in der Elbmetropole wirkenden Künstlers Manfred Luther (1925 bis 2003) heben sich zwei große Komplexe ab: „Idee Konkrete Zeichnungen“ (1958 bis 1985) und „Cogito ergo sum“ (seit 1983). Das Motto des letzteren – deutsch: „Ich denke, also bin ich“ – bezieht sich auf den Leitspruch des französischen Rationalisten, Mathematikers und Physikers René Descartes. Grundlegende Figur dieser bildnerischen Folge ist der Kreis. Luther charakterisierte diesen als „universellste Symbolfigur, hier als Sinnfigur/Sinnzeichen/Denkzeichen, als philosophisch-erkenntnistheoretischer Bedeutungsträger von 'Alles Vergängliche ist nur ein Gleich-

nis, Edel sei der Mensch, hilfreich und gut, sowie Staub zu Staub““. In den mal schwarz/weiß, mal farbig gestalteten und auch auf unterschiedlich beschaffenen Papieren ausgeführten Blättern, verbinden sich Sinnlichkeit und Rationalität.

Manfred Luther, 1952 bis 1955 als Konstrukteur tätig, seit 1956 freischaffend, nahm parallel zu seinem Schaffen bis 1965 Zeichenunterricht bei verschiedenen Künstlern, darunter über drei Jahre bei Ernst Hassebrauk.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 17. Januar bis 11. März 2007, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage am 18. Januar 2007, 19.30 Uhr.**