

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 11/2003

|   |  |            |
|---|--|------------|
| <b>Berufspolitik</b>                    | Editorial  | 476        |
|   | Informationstag  | 477        |
|   | 11. Klinikärzttreffen der Frauen- und Kinderkliniken                                     | 478        |
|   | Heilberufeausweis und Gesundheitskarte   | 480        |
|   | Die Europäische Erweiterung<br>aus ärztlicher und berufspolitischer Sicht                | 481        |
|   | Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten                                      | 483        |
| <b>Gesundheitspolitik</b>               | Prävention:<br>Plötzlicher Säuglingstod in Sachsen                                       | 484        |
|   | Epidemiologische Daten zur HIV-Infektion in Dresden                                      | 487        |
|   | HIV/AIDS-Infektionen im Freistaat Sachsen  | 489        |
| <b>Leserbriefe</b>                      | Leserbrief von Dipl.-Med. Thilo Wirth  | 490        |
|   | Antwort von Prof. Dr. Jan Schulze  | 491        |
|   | Leserbrief von Dr. Martin Zschornack   | 492        |
| <b>Mitteilungen der KVS</b>             | Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen  | 493        |
| <b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b> | Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden   | 494        |
|   | Konzerte und Ausstellungen   | 494        |
|   | Impressum  | 494        |
| <b>Medizingeschichte</b>                | Der kranke Reichskanzler Otto v. Bismarck<br>und sein Leibarzt Dr. Ernst Schweningen     | 495        |
| <b>Personalien</b>                      | Unsere Jubilare im Dezember  | 497        |
| <b>Berufspolitik</b>                    | Mandatsträger der Kammerversammlung<br>Wahlperiode 2003/2007<br>Regierungsbezirk Dresden | 499        |
| <b>Kultur und Kunst</b>                 | Ausstellung: Daniel Klawitter<br>„Nächtlicher Garten“                                    | 504        |
| <b>Buchbesprechungen</b>                | Transplantationsgesetz – Kommentar<br>Homepage für Ihre Praxis                           | 486<br>494 |
| <b>Beilage</b>                          | Fortbildung in Sachsen – Januar 2004   |            |

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, per E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de), die Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de) und der „Gesundheitslotse Sachsen“ unter [www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de) zu erreichen/abrufbar.

## Editorial



Es ist eine schwierige Aufgabe, über die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik zu schreiben. Schwierig deshalb, weil in den vergangenen Monaten ein Gesetzesvorschlag zur Gesundheitsreform den anderen ablöste. Was gestern noch Programm war, ist heute schon wieder veraltet. Es bleibt kaum Zeit, alles durchzuarbeiten und zu analysieren.

Das aktuelle Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das am 17. Oktober 2003 durch den Bundesrat verabschiedet wurde, ist aber im Vergleich zum ersten Entwurf in Bezug auf die Ärzteschaft moderater ausgefallen.

Von Staatsdirigismus und Misstrauen geprägte Gesetzespassagen wurden gemildert. Auch ein staatlicher Korruptionsbeauftragter hat der sachlichen Diskussion nicht standgehalten. Dafür haben aber Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen in überbordendem bürokratischen Umfang Kontrollverpflichtungen auferlegt bekommen.

Die ärztliche Fortbildung bleibt in wesentlicher Verantwortung der Landesärztekammern. Eine Pflichtfortbildung wird es nicht geben. Und die in unserem Heilberufekammergesetz sowie in der Berufsordnung geregelte Fortbildungspflicht wird nun Bestandteil des SGB V. Damit erfährt das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer eine deutliche Aufwertung. Mit der Fortbildungspflicht sind aber auch Restriktionen verbunden, wenn man diese gegenüber der Kassenärztlichen Ver-

einigung nicht nachweisen kann. Ein Fortbildungszertifikat ist da eine gute Lösung. Unsere Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird sich auf eine noch größere Nachfrage einstellen müssen.

Kritisch ist festzustellen, dass die Rechte der Kassenärztlichen Vereinigungen beschnitten werden und eine Verschiebung zu Gunsten der Krankenkassen erfolgt. Während es gelang, das Herausbrechen der Fachärzte aus dem Kollektivvertragssystem zu verhindern, sind nun Hausärzte von Einzelverträgen betroffen. Die Ausgestaltung von integrierter Versorgung und von Gesundheitszentren birgt Chancen, aber auch das Risiko des zunehmenden Ökonomismus und der Fremdbestimmung von Ärzten.

Ein großer Streitpunkt war auch das ursprünglich geplante Zentrum für Qualität in der Medizin. Es sollte als staatsnahe Einrichtung Leitlinien entwickeln, Medikamente bewerten und die Qualitätssicherung übernehmen. Jetzt ist das Institut in einer selbstverwalteten Lösung als Institut zur Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV vorgesehen. Die Einwände der Selbstverwaltungskörperschaften haben ein Umdenken bewirkt. Weiterhin nicht vereinbar mit der Unabhängigkeit ist die Regelung, dass der Vorstand des Institutes nur im Einvernehmen mit dem Gesundheitsministerium berufen werden kann. Diese Lösung muss überdacht werden. Die Erstellung von Leitlinien kann nach meiner Meinung auch nicht zu den Aufgaben des Institutes gehören, denn dafür haben wir die Kompetenz des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin.

Versucht man die Hauptziele dieses GMG zu analysieren, so wird es im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarzt-Modellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnung der Krankenhäuser zu einer enormen Vielfalt von Vertragsverhältnissen mit nachhaltiger Modifizierung der Krankenversorgung kommen. Dabei ist ein ganzes Stück Steuerungsmacht an die Krankenkassen übergegangen, und es wird eine intensive Abstimmung zur Sicherstellung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen erforderlich sein. Auch der verstärkte Einbezug der Patientenorganisationen führt im Endeffekt zur geteilten Verantwortung bei ärztlichen Entscheidungen und so zu einer weiteren Deprofessionalisierung der Medizin.

Über allem steht jedoch unverkennbar in diesem Schmidt-/Seehofer-Gesetz die Rationierung von Gesundheitsangeboten, von der alle Beteiligten im Gesundheitssystem direkt oder indirekt betroffen sind. Gerade auch deshalb bleibt es eine Hauptaufgabe der Ärzteschaft und ihrer Selbstverwaltung, die Definitionsmacht für „gute Medizin“ zu erhalten und auszubauen!

Denn viele der Änderungen und Neuregelungen im GMG sind erst durch die massive Intervention der Selbstverwaltungskörperschaften zustande gekommen. Allen voran ist hier die Bundesärztekammer zu nennen. Die Sächsische Landesärztekammer hat gleichfalls über zahlreiche Wege und Gespräche Druck ausgeübt, um die gravierendsten Eingriffe zu verhindern oder abzuschwächen. Und während wir in den zurückliegenden Wochen mit den geplanten Maßnahmen kämpften, verstärken sich jetzt die Kritikpunkte an den bereits eingeführten politischen Vorgaben. Besonders deutlich werden die politischen Versäumnisse bei den Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern und den Disease Management Programmen. In beiden Fällen hat die Sächsische Landesärztekammer lange vor der gesetzlichen Fixierung auf Regelungsdefizite hingewiesen. Aber die Politik hat den Weg des „lernenden Systems“ trotzdem beschritten. Das heißt, aus den Erfahrungen in der Anwendung sollten Verbesserungen erfolgen. Vollkommen außer acht gelassen wurde dabei der Faktor Mensch. Und wenn es zu medizinischen Komplikationen durch politische Vorgaben kommt, steht der Arzt am Pranger, denn er muss sich nach dem medizinischen Notwendigen richten. Ein Dilemma zwischen ethisch-medizinischem Handeln und Gesetzgebung ist damit vorprogrammiert. Doch nicht der Politiker befindet sich darin, sondern der Arzt. Deshalb sehe ich es auch weiterhin als meine Aufgabe, der Politik mit medizinischem Sachverstand die Fehler ihrer Entscheidungen täglich vorzuhalten, um eine gute Versorgung der Patienten zu ermöglichen und das Patienten-Arzt-Verhältnis zu erhalten. Wir dürfen uns im Interesse der Patienten und unseres Berufsstandes nicht alles gefallen lassen, was uns die Politik vorschreiben will!

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



## Informationstag



Prof. Dr. Peter Leonhardt (Bildmitte), Andreas Kaiser, Hartmannbund (rechts), im Gespräch mit Passanten

### „Da kommt was auf SIE zu: Gesundheitsreform 2004“

Bereits am 10. Oktober 2003 haben Vertreter des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen vor dem Dresdner Kulturpalast einen Aktionstag zur Gesundheitsreform unter der Überschrift „Da kommt was auf SIE zu: Gesundheitsreform 2004“ veranstaltet. Viele Passanten haben die Gelegenheit genutzt, sich vor Ort über die Auswirkungen der Gesundheitsreform zu informieren. Ein eigens dafür zusammengestelltes Informationsfaltblatt fand bei den Passanten regen Zuspruch. Wie groß die Unwissenheit zu den Auswirkungen der geplanten Reformmaßnahmen unter der Bevölkerung sind, wurde in den Meinungsäußerungen deutlich. Ein Beispiel dazu: „Ich bin privat versichert, mich betrifft die Gesundheitsreform nicht“. In persönlichen Gesprächen zwischen den Bürgern und Vertretern des Bündnisses wurden weitere Unklarheiten über die geplanten Änderungen im Gesundheitssystem geäußert. Die Bündnispartner haben die speziellen Auswirkungen auf ihren Arbeitsbereich dargestellt. Prof. Dr. Peter Leonhardt, Arzt und Vorsitzender des Hart-

mannbund, Landesverband Sachsen, machte auf die bürokratische Überbelastung und die Erhebung der Praxisgebühr aufmerksam. Der Zahnarzt Christoph Meißner konnte die Ängste vor der privaten Absicherung von Zahnersatz nehmen. Und Physiotherapeuten sowie Pflegepersonal erläuterten die Reduzierung von Leistungen durch die Reformmaßnahmen. Über Veränderungen, die sich bei der Zuzahlung bei Medikamenten ergeben, klärte der Präsident der Sächsischen Apothekerkammer, Friedemann Schmidt, vor Ort auf.

Aber auch die Probleme der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen wurden durch die Präsidentin des Berufsverbandes, Frau Sabine Rothe, wirksam vertreten. Neben den Bürgern der Stadt Dresden konnte das Anliegen



Die Physiotherapeuten, Frau Elke Schliedermann und Frau Annerose Anys (rechts), am Infostand

des Bündnisses durch die zahlreichen sächsischen Medienvertreter auch landesweit in die breite Öffentlichkeit getragen werden.

kö



Aktivitäten vor dem Informationsstand

# 11. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderkliniken

Dresden  
9. Oktober 2003

Die Perinatal- und Neonatalerhebung wurde in Sachsen im Jahr 1992 eingeführt. Von Beginn an beteiligten sich alle Frauen- und Kinderkliniken an der anonymisierten Datenerfassung. Jährlich lädt die Arbeitsgruppe Perinatalogie und Neonatologie bei der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer regelmäßig die Chefärzte der Frauen- und Kinderkliniken zur Auswertung der Perinatal- und Neonatalstatistiken von Sachsen ein. An der diesjährigen Veranstaltung nahmen 100 Personen (52 Vertreter von Frauenkliniken, 33 Vertreter von Kinderkliniken und 15 Gäste) teil.

Der Sitzungsleiter Herr Dr. Konrad Müller stellt einleitend Herrn Prof. Dr. Christoph Vogtmann als neuen Vorsitzenden der Arbeitsgruppe Perinatalogie und Neonatologie und Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg als Stellvertretende Vorsitzende vor. Dem langjährigen bisherigen Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. Dieter Gmyrek, der aus Altersgründen nicht wieder kandidierte, wird ausführlich für seine geleistete Arbeit gedankt. Hervorgehoben werden besonders seine Verdienste um die Regionalisierung der Geburt und Betreuung Frühgeborener mit niedrigem Gestationsalter.

In der Begrüßungsansprache würdigt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, die Bedeutung von Qualitätssicherungsprogrammen im Allgemeinen und speziell die der Perinatal- und Neonatalerhebung für die Tätigkeit der an der integrierten Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen beteiligten Ärzteguppen. Er betont das Anliegen, die enge Zusammenarbeit zwischen ambulanter Schwangerenbetreuung und klinischer Patientenversorgung zu stärken, wobei der Präsident auch auf die Leipziger Vorschläge zur Intensivierung der Betreuung von Zwillingsschwangerschaften verweist. Ziel ist die Optimierung des Ausgangs der Schwangerschaft.

Der Kommentar zur Sächsischen Perinatalerhebung 2002 erfolgt durch Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg. Seit 1992 umfasst die Sächsische Perinatalerhebung insgesamt 306.310 Schwangere und 310.320 Neugeborene. Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Geburtenzahlen zwischen 1995 – 2000 mit der größten Zuwachsrate 1996 (+12%) besteht seit 2001 ein leicht rückläufiger Trend (Abb. 1).

Seit 1999 erfolgen in Sachsen die Statistischen Analysen auf der Basis strukturell vergleichbarer Klinikkollektive, orientiert am jeweiligen Leistungsprofil. Danach erfolgten 2002 12,9%



Prof. Dr. Christoph Vogtmann

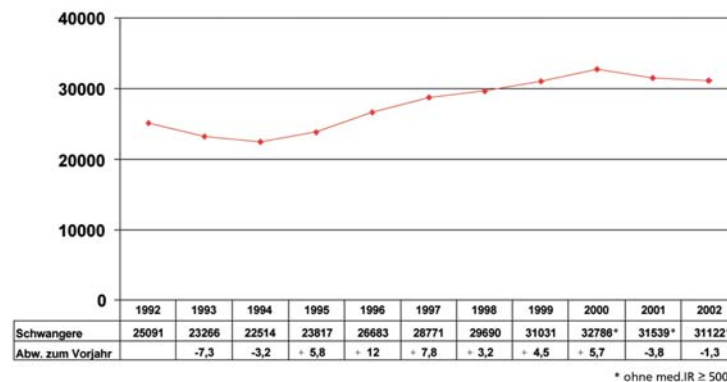


Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg

der Geburten in Perinatalzentren (Versorgungsstufe I), 18,7% in Kliniken der Versorgungsstufe II und 68,4% in der Versorgungsstufe III. Die vollständige Erfassung der Perinataldaten erlaubt die Weiterverfolgung bestimmter Sachverhalte, die nicht nur für die medizinische Betreuung sondern auch für eine größere Öffentlichkeit interessant sind. So hat sich der Anteil der Mütter ab 35 Jahre (13,3%) sowie der von Schwangeren mit Zustand nach Sectio (7,6%) seit 1992 verdoppelt. Hervorzuheben ist, dass seit 2000 nur noch 0,4% der Mütter ohne Mutterpass sind, was die hohe Akzeptanz ärztlicher Schwangerenvorsorge bei der Bevölkerung unterstreicht. Die Sectio-Rate hat seit 1992 in Sachsen kontinuierlich zugenommen, liegt aber mit 18,1% noch deutlich unter dem Landesdurchschnitt der alten Bundesländer. Deutlich zugenommen hat der Einsatz der Periduralanästhesie von 1,0% (1992) auf 18,5% (2002), was auf eine gute Kooperation zwischen Anästhesie und Geburtshilfe auf dem Gebiet der Schmerzerteilung unter der Geburt schließen lässt. Arterieller Nabelschnur-pH-Wert und Apgar Score werden routinemäßig dokumentiert und als

Qualitätsmarker gewertet. Abnehmende Notwendigkeit von Intubations- und Maskenbeatmung, ein geringerer Anteil deprimierter Neugeborener mit einem Apgar Score < 8 Punkten nach 5 Minuten und die deutlich rückläufige Verlegungsrate sprechen für eine Verbesserung des kindlichen Zustandes in dieser frühen Lebensphase. Letztlich stellt die seit 1992 niedrigste perinatale Mortalität von 4,1‰ einen wichtigen Qualitätsindikator für die Versorgungssysteme pränatale Diagnostik, Geburtsmedizin und Neonatologie dar.

Herr Dr. Heiner Belleé berichtet über die Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Seit 1997 finden in Sachsen Indikatoren Anwendung, die relevante Versorgungsaspekte der Geburtshilfe in Ergänzung zur Perinatalerhebung charakterisieren und die interne Qualitätskontrolle befördern sollen. Die Durchsetzung der Abklärung eines „pathologischen“ Kardiotokogramms durch Fetaltblutanalyse stellt nach wie vor einen Schwerpunkt dar. Die Fetaltblutanalyse ist gegenwärtig für eine fachgerechte Geburtsleitung unverzichtbar. Der Einsatz in den Kliniken differiert erheblich und ist insgesamt im Vergleich zu 2001 rückläufig und



Geburtenentwicklung in Sachsen

sollte somit weiter in der Diskussion bleiben. Für die weitere Senkung der neonatalen Morbidität und Mortalität besonders relevant sind die Qualitätsindikatoren, welche die Realisierung des neonatologischen Regionalisierungskonzeptes und die Anwesenheit eines in der Neonatologie erfahrenen Pädiaters bei der Geburt von Lebendgeborenen mit einer Tragzeit < 32 Schwangerschaftswochen beschreiben. Deutliche Abweichungen von den Referenzbereichen werden den betreffenden Chefarzten mitgeteilt und sind geeignet, das Prinzip Selbstkontrolle vor einer Fremdkontrolle geburtshilflicher Leistungen zu realisieren. Herr Dr. Reinhold Tiller kommentiert die Sächsische Neonatalerhebung 2002.

Von 31.462 Lebendgeborenen wurden 5.529 Neugeborene (17,6%) innerhalb der ersten 10 Lebenstage in den Kinderkliniken zur Behandlung aufgenommen. Er verweist auf den Zusammenhang zwischen verkürzter postpartaler Verweildauer von 4,8 Tagen (6,8 Tage 1992) und zunehmender Zahl von zu Hause aufgenommener Kinder (213 2002 gegenüber 64 früher). Es handelt sich dabei überwiegend um Reifgeborene mit Hyperbilirubinämie oder Ernährungsproblemen.

Von den primär verlegten Neugeborenen wird inzwischen bei 60% die Schädelsonografie durchgeführt. Die geforderte ophthalmologische Untersuchung bei Frühgeborenen < 1.500 g ist auf 54,7% angestiegen. Die Hörprüfung, die seit 1998 als Qualitätsindikator gilt, erfolgt bei 65,9% und wird damit noch nicht dem Anspruch an eine Screeningmethode gerecht. Die Klinikmortalität insgesamt ist weiter rückläufig. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Frühgeborenen mit einem Gestationsalter < 28 vollendeten Schwangerschaftswochen bzw. mit einem Geburtsgewicht < 1.000 g, die nicht nur die Mortalität sondern auch die Langzeitmorbidität erheblich belasten. Neben der konsequenten Durchsetzung der Regionalisierung von Hochrisikoschwangerschaften in den Perinatalzentren und der verbesserten personellen Ausstattung der Intensivstationen mit 24-stündiger Facharztpräsenz vor Ort werden von Einzelfallanalysen im Rahmen regionaler geburtshilflich-neonatologischer Qualitätszirkel weitere Verbesserungen erwartet.

Zur Problematik der Hirnblutungen nimmt Herr Prof. Dr. Christoph Vogtmann Stellung. Die Rate der Hirnblutungen als Maß der Qualität perinatologisch-neonatologischer Betreuung hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Als wesentliche Ursachen für die

Entstehung von Hirnblutungen werden hypoxisch-ischämische, kardiovaskuläre sowie infektiöse Faktoren auf der Grundlage einer erhöhten, unreifebedingten Prädisposition angesehen. Nicht eindeutig geklärt ist, welche Rolle das Entbindungsverfahren für eine Blutungsmanifestation spielt. Die Analyse der geburtshilflichen und neonatologischen Daten aller vor der 32. Schwangerschaftswoche geborenen Kinder des Jahres 2002 ergibt, dass der höchste Anteil an Hirnblutungen bei Neugeborenen nach vaginaler Geburt auftrat. Das wird anhand von Einzelfallanalysen belegt, aber auch verdeutlicht, dass nicht in jedem Fall einer frühen Frühgeburt ein primärer Kaiserschnitt angestrebt werden muss, sondern beim Vorliegen entsprechender Voraussetzungen, wie erhaltene Fruchtblase, eine schonende Geburt auch auf vaginalem Weg realisiert werden kann.

Herr Dr. Walter Pernice berichtet über seine Erfahrungen mit der Bestimmung von Inter-

leukin 6 bei der Betreuung Neugeborener mit Verdacht auf Infektion. Die Untersuchung von Interleukin 6 im kindlichen Serum wird als nützlicher diagnostischer Parameter, aber auch als Entscheidungshilfe für eine Antibiotikatherapie eingeschätzt.

Abschließend referiert Herr Dr. Sven Hildebrandt zum Regressionsbedürfnis der Gebärenden und seine besondere Berücksichtigung in der außerklinischen Geburtshilfe. Ein wesentliches Anliegen ist ihm, einerseits die besondere Situation der Schwangeren unter der Geburt und andererseits Funktion und Aufgaben von Hebamme und Geburtshelfer herauszustellen. Unterstrichen werden die Ausführungen durch seit 1996 gesammelte eigene Erfahrungen in der außerklinischen Geburtshilfe.

Prof. Dr. med. Brigitte Viehweg  
Universitätsfrauenklinik Leipzig

# Heilberufeausweis und Gesundheitskarte

eHealth-Kongress in Dresden  
21. bis 23. Oktober 2003



Die Sächsische Sozialministerin, Helma Orosz, machte die Bedeutung der Telematik und des Modellprogramms SaxTelMed deutlich

„Im Gesundheitswesen gehört die Zukunft der Telematik“. Mit diesem Satz könnte man die politischen Statements zusammenfassen, welche auf dem eHealth-Kongress in Dresden gehalten wurden. Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, brachte es noch vor dem Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Klaus-Theo Schröder auf den Punkt: „Neben eGovernment und eLearning ist eHealth die dritte Säule der sächsischen Zukunftssysteme, welche in den kommenden Jahren entwickelt und ausgebaut werden“. Während die ersten beiden elektronischen Datensysteme bereits die Testphase überwunden haben, besteht bei eHealth noch enormer Entwicklungsbedarf. Denn, so Frau Orosz, es fehlt in diesem Bereich noch an sämtlicher elektronischer Rahmen- und Sicherheitsarchitektur. Das die Probleme vor allem im Bereich von Schnittstellen zwischen verschiedener Software und unterschiedlichen technischen Standards überwunden werden können, hat das sächsische Modellprogramm zu digitalen bildgebenden Verfahren, elektronischem Dokumentenaustausch in der Diagnostik und elektronischem Arztausweis SaxTeleMed eindrucksvoll bewiesen. In Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer wurde innerhalb des Modellprogramms auch ein elektronischer Arztausweis mit Signatur erfolgreich getestet. In Deutschland fehlen aber auch heute noch ausreichend rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz der papierlosen Übertragungsmöglichkeiten. Hier sieht die Sächsische Sozialministerin noch erheblichen Handlungsbedarf. Damit wandte sie sich an die Adresse der Bundesregierung.

## Enger Zeitplan für Gesundheitskarte

Klaus-Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, bekannte sich im Namen der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die an dem Kongress nicht teilnehmen konnte, zu der Priorität der Telematik im Ge-

sundheitswesen, weil er darin die Chance sieht, „...dass sich die Qualität und Effektivität der Behandlungsabläufe in Praxis und Klinik erheblich verbessern ließen und enorme Kosten durch den Wegfall von Mehrfach- und Doppeluntersuchungen eingespart werden könnten“. Nach seinen Schätzungen sind Einsparungen im Gesundheitswesen durch die Gesundheitskarte und den Heilberufeausweis von rund 1,2 Mrd. Euro möglich. Außerdem bietet die Gesundheitskarte nach Ansicht des Staatssekretärs die notwendige Voraussetzung für eine funktionierende integrierte Versorgung, weil stationäre und ambulante Bereiche über die elektronische Vernetzung sehr viel besser kooperieren könnten. Die heutige stark sektorale Struktur des Gesundheitswesens und die vielen Insellösungen im Bereich der Telematik an den einzelnen stationären Einrichtungen erschweren allerdings eine schnelle Umsetzung der Gesundheitskarte. Nach dem Zeitplan des Bundesgesundheitsministeriums soll im ersten Quartal 2004 die Architektur für die neuen Technologien entwickelt werden. Daran schließt sich die Erarbeitung von Anforderungen und Kriterien der Umsetzung an. Gleichzeitig soll es 2004 auch noch eine Testphase unter realen Bedingungen geben, damit bereits ab 2005 die Gesundheitskarte für Patienten eingeführt werden kann. Die Einführung ist an den elektronischen Heilberufeausweis gekoppelt, so Herr Schröder. Bedenken zum Datenschutz räumte er dahingehend aus, dass der Patient immer Herr über die Daten auf seiner Gesundheitskarte ist. Zugriffe auf die Karte werden protokolliert und die letzten 50 gespeichert. Damit ist auch über einen längeren Zeitraum nachvollziehbar, wer welche Daten auf der Karte gelesen hat.

## Veränderungen des Arztbildes

Prof. Fuchs von der Bundesärztekammer wies in seinem Vortrag auf die Veränderungen des Arztbildes durch Telematik hin. Nach seiner Einschätzung wird sich die Autonomie und Eigenverantwortung der Patienten erheblich verbessern und medizinische Leistungen auch dort zugänglich machen, wo die Versorgungsdichte gering ist. Risiken bestehen seiner Meinung nach in der Überforderung der Patienten durch die Informations- und Entscheidungsflut. Prof. Fuchs: „Das Arztbild der Zukunft ist geprägt durch Wertebeständigkeit und Fähigkeit zum Ordnungswandel. Wertebeständigkeit im Sinne eines Selbstverständnisses des Arztes, seinen Beruf nicht nur als Heiler oder Macher, sondern auch als Begleiter des Patienten und – wo nötig – als Steuermann zu verstehen“. Ordnungswandel be-



Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Klaus-Theo Schröder, stellte den Zeitplan für die Gesundheitskarte vor

zog er auf die Ausübung des Arztberufes in vernetzten Systemen. Dabei muss die Vernetzung „...als Chance zum Erhalt einer allgemein zugänglichen, qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung in Deutschland“ verstanden werden. Entscheidend wird der Erhalt der Vertraulichkeit zwischen Patient und Arzt sein, damit das tradierte ärztliche Berufsbild als Grundlage für eine Vertrauensbeziehung trotz Telematik unberührt bleibt.

## Wunsch und Realität

Und ob der Wunsch des Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium nach europaweiten Folgeprojekten der deutschen Telematikanwendungen in Erfüllung geht, ist nach den Erfahrungen mit der Autobahnmaut und dem Firmenkonsortium „Toll Collect“ fraglich. Es ist nur zu hoffen, dass sich die zu erwartenden Probleme nicht zu Lasten der Patienten auswirken, denn dann wird es keine Akzeptanz der Gesundheitskarte unter der Bevölkerung und damit keine effektive Nutzung geben. Im Heft 12/2003 des „Arzteblatt Sachsen“ wird Prof. Kunath vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, auf die Fachferate und den aktuellen Stand der Telematik in Sachsen näher eingehen. kö



Fachgespräch am Rande: Prof. Dr. Jan Schulze, Prof. Dr. Christoph Fuchs und Prof. Dr. Hildebrand Kunath (v.l.n.r.)

# Die Europäische Erweiterung aus ärztlicher und berufspolitischer Sicht

Meißen  
13. September 2003

## Verteilungsgerechtigkeit als Kernfrage im Miteinander der europäischen Gesundheitssysteme

Vielleicht wird es noch Ende dieses Jahres bei der Tagung des Rates der Europäischen Union in Rom eine erste gemeinsame europäische Verfassung geben, die friedlich 25 europäische Staaten zu einer Gemeinschaft mit einem gemeinsamen Wertekanon macht.

Eine gemeinsame Verfassung wird mehr sein als nur ein neues Vertragswerk. Sie wird die Kerngedanken der bürgerlichen Staatsordnungen, die seit der französischen Revolution „Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit“ lauten, über die Grenzen der Mitgliedsländer stellen.

Und auch wenn wir kulturell und in unseren Wertvorstellungen nahe beisammen liegen, so werden doch die erheblichen ökonomischen Unterschiede die Gleichheit der Bürger in der Union in Frage stellen. Jedoch was wäre ein Union wert, wenn wir nicht das Prinzip der Brüderlichkeit oder moderner: der Solidarität beachten wollen? Aber gerade wegen der erheblichen Unterschiede zwischen den Mitgliedsnationen wird das Prinzip der Solidarität zwischen den Menschen und den Nationen eine große Herausforderung darstellen. Eine Herausforderung gleichermaßen an die, die geben sollen – weil sie teilen werden müssen –, wie an die, die erhalten (bekommen, empfangen) wollen, weil sie maßvoll sein müssen und weil der Wert von Leistung nicht untermindert werden darf.

Selbst wenn es in Rom noch nicht zu einem gemeinsamen Verfassungsentwurf des Rates



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

kommen sollte, so wird alleine die Gewährung der so genannten „Grundfreiheiten“ für Bewegung sorgen. Denn ungeachtet einer zu schaffenden europäischen Verfassung hat die Gewährung der bisherigen vertraglichen Grundfreiheiten, der Freiheit des Kapital-, Waren- und Dienstleistungsverkehrs, sowie des freien Verkehrs der Personen zwischen den Mitgliedsstaaten dazu geführt, dass auch die Ausgestaltung der Gesundheitswesen durch die enge Verflechtung in der Europäischen Gemeinschaft massiv beeinflusst wird.

Bereits vor dreißig Jahren war in der damaligen Gemeinschaft von sechs Mitgliedsländern (Belgien, Deutschland, Luxemburg, Frankreich, Italien und die Niederlande) die Notwendigkeit erkannt worden, dass nach der zunehmenden Öffnung der Grenzen nicht nur Dienstleister und Arbeitnehmer in andere Länder gingen, sondern „Menschen“. Sie nahmen ihre sozialen Probleme und Bedürfnisse über die Grenzen mit.



Dr. Otmar Kloiber

Damals wie heute waren und sind die nationalen Mitgliedsländer nicht bereit, ihre Sozialsysteme zu harmonisieren, d.h. zur vereinheitlichen. Auch der vorliegende Verfassungsentwurf des Konvents sieht keine Kompetenz der Europäischen Union für die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer vor. 1971 verständigte man sich daher auf eine „Zusammenarbeit“ der Sozialsysteme. Und damit dies funktionierte, schuf man die so genannte „Konvergenz“ der Sozialsysteme: Mit der Verordnung 1408 von 1971 wurde eine rudimentäre Zusammenarbeit der Sozialsysteme bei Wanderarbeitnehmern, aber auch die Versorgung von Urlaubern aus den Mitgliedsstaaten, zum Beispiel bei Notfällen oder bei geplanten elektiven Eingriffen, geregelt.

Gerade in den letzten Jahren hat sich allerdings der Gedanke durchgesetzt, dass Bürger ihre Freiheiten auch im Gesundheitswesen wahrnehmen wollen: Mit den Urteilen in den Fällen „Kohll“ und „Decker“ stellte der Euro-

päische Gerichtshof 1997 grundsätzlich klar, dass ärztliche Dienstleistungen oder Heil- und Hilfsmittel, für die es eine Kostenerstattung im Rahmen der Sozialversicherung gibt, auch in einem anderen EU-Land eingekauft werden können.

Gleichwohl hat der Europäische Gerichtshof in späteren Urteilen zur stationären Versorgung dem eigenmächtigen Einkaufen von Krankenhausleistungen einen Riegel vorgeschoben. Er hat damit die Notwendigkeit einer staatlichen Planung für die Versorgung mit einer Krankenhausinfrastruktur bejaht und gleichzeitig die Grenzen des gemeinsamen oder besser des freien Marktes aufgezeigt.

Dabei hat es sich der Europäische Gerichtshof keineswegs leicht gemacht. Auch in diesem gegen die Bürger strengen Urteil erkennt der Europäische Gerichtshof das Recht auf eine Krankenhausbehandlung im Ausland an, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind – besonders, wenn die Behandlung daheim nicht erbracht werden kann.

Die Urteile in den Fällen Kohll und Decker erregten zuerst eine heftige Ablehnung bei den meisten Regierungen und auch bei den meisten Verbänden. Auch wir haben diese Urteile kritisiert, weil wir damals wie heute der Meinung waren und sind, dass das Europäische Recht durch eine ordentliche Legislative und nicht durch den Gerichtshof gemacht werden soll. Inhaltlich haben wir uns mit dem Urteil inzwischen aber mehr als abgefunden – wir halten es schlicht und einfach für richtig.

Eines der Prinzipien, für das wir immer eingetreten sind, ist die freie Arztwahl. Wenn wir als Ärzte für uns in Anspruch nehmen, grenzüberschreitend tätig sein zu dürfen, und, wenn wir uns in anderen Ländern niederlassen wollen, dann kann doch auch die freie Arztwahl nicht an der Grenze zu Holland, Polen oder Dänemark aufhören.

Es wird zur Alltäglichkeit werden, Dienstleistungen und Warenverkehr mehr und mehr im Ausland in Anspruch nehmen zu wollen, und nichts wird das verhindern.

Aber ganz so rosa ist das Bild nicht:

Das Gesundheitswesen – und das soll hier nicht bestritten sein – ist ein Markt. Aber es ist kein gewöhnlicher Markt und das herrschende Prinzip kann nicht die so genannte „Freie Marktwirtschaft“ sein. Sehen wir einmal von Randerscheinungen wie der ästhetischen Chirurgie oder von Luxusleistungen im

Krankenhaus ab, dann haben weder Patienten noch Ärzte die nötige Freiheit, in diesem Markt als Käufer oder Verkäufer autonom zu handeln.

Die einen sind als Patienten nicht selten in Not oder Bedrängnis und müssen auf die korrekte und damit nicht Profit orientierte, gleichwohl professionelle Haltung des Arztes vertrauen. Die anderen sind als Ärzte dazu verpflichtet, ihre eigenen Interessen und vor allem ein Gewinnstreben hinten anzustellen. Mir ist wohl bewusst, dass letzteres ein Ideal ist, welches bei weitem nicht immer erreicht wird. Aber es ist immer noch das Modell, zu dem wir uns verpflichtet fühlen und nach dem wir streben sollten.

Beide, Patienten und Ärzte, sind aber zunehmend von Versicherungen abhängig, die teils gewollt, teils durch Verschulden der Politik ihren Charakter als Sozialversicherungen verloren haben. An den Veränderungen der Sozialversicherungen wird die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens besonders deutlich: In einen Wettbewerb gegeneinander gestellt, agieren sie nicht mehr als Sozialversicherungen, sondern wie Profit orientierte Versicherungen. Sie buhlen um gute Risiken, das heißt sie werben mit viel Geld um junge und gesunde Versicherte. Sie versuchen schlechte Risiken loszuwerden – kranke Menschen stören die Bilanzen. Und natürlich wollen sie nicht mehr mit der verfassten Ärzteschaft kollektive Verträge abschließen.

Und an dieser Stelle kommt von Seiten der Versicherungen immer mehr das Argument in die Debatte, dass man gerne auch im Ausland Leistungen einkaufen möchte. Hin und wieder bekommt man sogar den Eindruck, die Krankenkassen wünschten sich, die Kommission möge die Krankenkassen zur internationalen Ausschreibung von Leistungen zwingen. Nun werden Sie, meine Damen und Herren, vielleicht denken, es handele sich lediglich um ein nationales Problem. Dennoch möchte ich Ihnen kurz zeigen, dass die Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts auf den Sozialbereich – und hier auf die Krankenversicherung – erhebliche Auswirkungen haben wird:

Lassen Sie mich dies am Beispiel der Endoprothetik darstellen:

Vor kurzem hat Herr Missfelder, ein junger Politiker aus der Christdemokratischen Union, das Unerhörte ausgesprochen: Alten Menschen sollten die gesundheitlichen Leistungen begrenzt werden. Genannt wurde das Beispiel

der Endoprothesen, die ab einem festzusetzenden Alter nicht mehr eingesetzt werden sollten. Und während so gut wie alle Gesundheitspolitiker – egal von welcher Partei – versprochen, dass ihnen niemals eine solche Rationierung von Gesundheitsleistungen in den Sinn käme, führt der von denselben Gesundheitspolitikern geforderte Wettbewerb im Gesundheitswesen genau zu diesen Rationierungen:

Wenn Sie zum Beispiel Hüftgelenksendoprothesen in einem Krankenhaus oder in den Krankenhäusern einer Region für alle Patienten vorhalten wollen, egal ob sie elektiv oder als Notfälle in eine Klinik kommen, so sind die Vorhaltekosten wesentlich höher, als wenn nur elektive Eingriffe durchgeführt werden. Elektive Eingriffe sind planbar, sie können auf wenige Zentren in einer großen Fläche konzentriert werden, sie sind vergleichsweise risikoarm und leichter standardisierbar. All das macht elektive Operationen vergleichsweise billig. Elektive Eingriffe können obendrein noch auf relativ junge Patienten – zum Beispiel solche, die noch im Erwerbsleben stehen – beschränkt werden, was die Endoprothetik noch einmal deutlich billiger macht.

Bis jetzt werden in Deutschland alle Patienten mit Endoprothesen versorgt, die sie aus medizinischen Gründen brauchen. Das Alter alleine ist dabei genauso wenig eine Frage wie der Erwerbsstatus des Patienten.

Das ist bei weitem nicht in allen EU-Ländern der Fall. Und natürlich sind Endoprothesen dort billiger, wo man die Endoprothetik zum Beispiel alten Menschen vorenthält und sie nur elektiv einsetzt. In solchen Ländern können die meisten Endoprothesen elektiv verabreicht werden.

Wenn dann allerdings die Krankenkassen ein Kontingent von elektiven Operationen im Ausland einkaufen möchten, werden die Notfalloperationen, zum Beispiel die, die sie bei alten Patienten mit Schenkelhalsbrüchen durchführen müssen, sehr teuer werden. Die Vorhaltung solcher Operationen wäre nicht mehr möglich und ein Rationierungsdruck würde entstehen. Rationierung kann man mit Hilfe der internationalen Zusammenarbeit vortrefflich verstecken.

Es ist, meine Damen und Herren, das Versagen der Politik, unseren Sozialstaat vernünftig zu führen und zukunftsfähig zu gestalten. Dies ist kein Fehler der Europäischen Union! Im Gegenteil: In der zunehmenden Migrationsfreiheit der Patienten liegt auch eine Antwort auf



Rationierungsversuche von Regierungen oder Versicherungen.

Für die Patienten sind es nämlich gerade die unterschiedliche Ausgestaltung und der unterschiedliche Leistungsumfang von Gesundheitswesen, die sie zur Migration bewegen: Konkret ist es in vielen Fällen das Nichtangebot oder die Verweigerung von Leistungen durch die Träger der Krankenversicherung in EU-Mitgliedsländern, die bei den Patienten den Wunsch oder die Notwendigkeit entstehen lassen, eine Leistung im Ausland nachzusuchen.

Auch wenn der Europäische Gerichtshof für die stationäre Behandlung den Zustimmungsvorbehalt durch die Krankenversicherung oder das nationale Gesundheitswesen bestätigt hat, so ist doch gleichzeitig die Frage der Zugangsgerechtigkeit aufgeworfen worden. Und es ist auch klar geworden, dass nationale Grenzen nicht mehr als Hilfsinstrumente der

Rationierung und der Ungerechtigkeit missbraucht werden können.

Die Migration wird mithin zu einer Frage der Zugangs- oder, umgekehrt betrachtet, der Verteilungsgerechtigkeit von gesundheitlichen Leistungen innerhalb der Europäischen Union. Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit und hier insbesondere der Zugang zu medizinischer Versorgung und damit auch die Frage nach dem Niveau der medizinischen Versorgung sind aus der europäischen Politik nicht mehr wegzudenken. Und ob uns dies gefällt oder nicht, aus dieser Problematik heraus wird ein Harmonisierungsdruck entstehen.

Vor dem Hintergrund der Ressourcenbegrenzung entsteht damit ein Spannungsbogen, für den wir in den nächsten Jahren gemeinsame Antworten finden müssen. Und es wäre zu wünschen und zu hoffen, dass die Konsequenzen nicht mit einer Leistungsver schlechterung und

nicht unter Aufgabe der sozialen Gerechtigkeit geschehen.

Der europäische Zusammenschluss aber hat zu keinem Zeitpunkt unsere Sozialsysteme, unsere Gesundheitswesen, unseren Wohlstand oder unsere Freiheit gefährdet – das, meine Damen und Herren, haben wir stets selbst getan. Es wäre Zeit, dies einzusehen.

Der Vortrag wurde von dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, und Herrn Dr. med. Otmar Kloiber, Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, am 13. September 2003 auf dem 2. Deutsch-polnischen Symposium in Meißen gehalten.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln  
joerg-dietrich.hoppe@baek.de

## Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten

Einladung

Liebe Kolleginnen und Kollegen der stationären Einrichtungen des Freistaates Sachsens,

mit der GKV-Gesundheitsstruktureform 2000 sind alle stationären Einrichtungen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement aufzubauen und weiter zu entwickeln. Verschiedene Selbstbewertungs- und Zertifizierungsverfahren werden derzeit auf dem „Gesundheitsmarkt“ angeboten. Über „Sinn und Zweck“, Aufwand und Nutzen einschließlich der damit verbundenen Kosten kann man streiten, zumal die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung unserer täglichen Arbeit für den Patienten außer Frage steht.

Wir, eine Gruppe von Qualitätsbeauftragten verschiedenster Krankenhäuser unseres Freistaates, treffen uns quartalsweise zu einem Erfahrungsaustausch in den Räumlichkeiten der Sächsischen Landesärztekammer. Themen wie Zertifizierung, Qualitätsbericht bis hin zur Erfassung und Bewertung von Indikatoren stehen dabei im Mittelpunkt der Diskussion. Nach kurzer Zeit wurde der Bedarf an einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch offensichtlich. Wir sind zugleich der Meinung, dass je mehr Krankenhäuser in dieser Arbeits-

gruppe vertreten sind, sich die Chancen einer Einwirkung auf gesundheitspolitische Entwicklungen im Sinne einer klaren Positionierung verbessern. Des Weiteren hilft dieser Dialog im Kreis der Experten natürlich auch auf der Ebene des freimütigen Erfahrungsaustausches und dies letztendlich mit dem Ziel, ein internes Qualitätsmanagement in der ureigenen Philosophie, das heißt im Dienst und zum Wohl unserer Patienten aufzubauen.

Unsere nächste **Zusammenkunft findet am Mittwoch, dem 3. Dezember 2003, 14.00 Uhr, in der Sächsischen Landesärztekammer statt.** Sollte Ihr Interesse an einer Mitarbeit geweckt worden sein, so können Sie sich an die Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten wenden:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden  
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement  
Dr. med. Maria Eberlein-Gonska  
Direktorin  
Fetscherstraße 74,  
01307 Dresden  
Tel.: 0351/458 2323  
Fax: 0351/458 5847  
E-Mail: EberleinM@04.med.tu-dresden.de

OA Dr. med. Dirk Müller  
EKA Erzgebirgsklinikum  
Annaberg gGmbH  
Klinik für Chirurgie  
Chemnitz Straße 15  
09456 Annaberg-Buchholz

# Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Sachsen

## Zwischenbilanz und Aufruf zur Teilnahme an der Plakataktion 2003

E. Paditz<sup>1</sup>, Nadia Peter<sup>2</sup>, J. Kramer<sup>3</sup>, S. Scharfe<sup>4</sup>, Katharina Stahn<sup>1</sup>, H.-G. Verhees<sup>5</sup>, S. Keymer<sup>6</sup>, Birgit Lange<sup>7</sup>, Brigitte Borrmann<sup>8</sup>

- <sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus TU Dresden
- <sup>2</sup> Institut für Kommunikationswissenschaft TU Dresden
- <sup>3</sup> Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Dresden
- <sup>4</sup> Kinderarztpraxis S. Scharfe in Dresden
- <sup>5</sup> AOK Sachsen
- <sup>6</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Klinikum Görlitz
- <sup>7</sup> Kinderarztpraxis T. Hacker in Dresden
- <sup>8</sup> Sächsischer Hebammenverband e.V.

## Epidemiologie

Zwischen 1990 und 2001 sind in Deutschland 9243 Babys am plötzlichen Säuglingstod (SID, sudden infant death) gestorben. Damit stellt der plötzliche Säuglingstod weiterhin die häufigste Todesursache im ersten Lebensjahr jenseits der Neonatalperiode (das heißt zwischen dem 8. und 365. Lebenstag) dar.

Allein im Jahre 2001 wurden in Deutschland 429 SID-Fälle registriert, dies entspricht 0,58 Fälle pro 1.000 Lebendgeburten. Zum Vergleich: an Straßenverkehrsunfällen starben 2002 216 Kinder unter 15 Jahren, an Krebs sterben in Deutschland pro Jahr ca. 280 Kinder. In Sachsen erreichte die SID-Häufigkeit 1992 mit 21 Fällen ein Maximum. Im Jahre 2002 konnte diese Ziffer auf 8 Fälle vermindert werden (Regierungsbezirk Dresden 2, Leipzig 2, Chemnitz 4). Die SID-Häufigkeit im Regierungsbezirk Dresden erreichte und unterschritt in den Jahren zwischen 1994-2002 mehrfach die SID-Häufigkeit der Niederlande aus dem Jahre 2000 von 0,12 Fällen pro 1.000 Lebendgeburten (siehe Tabelle 1). 1994 – 2001 lief im Regierungsbezirk Dresden ein Präventionsprogramm. Parallel dazu kam es im Regierungsbezirk Dresden im Vergleich zu den beiden Regierungsbezirken Chemnitz und Leipzig zu einer signifikanten Senkung der SID-Häufigkeit (Tabelle 1). Auf Grund dieser Daten wurde das Präventionsprogramm Anfang 2002 auf alle drei Regierungsbezirke ausgedehnt. Trotz des kurzen Beobachtungszeitraumes und der für eine sichere Aussage noch zu geringen Zahl von Lebendgeburten ist bereits eine rückläufige Tendenz der SID-Häufigkeit in allen drei Regierungsbezirken zu beobachten.

## Konsenspapier und Gesundheitsministerkonferenz 2003

Ausgehend von der Sächsischen Initiative mit systematischer Information aller Schwangeren und aller Eltern durch Frauenärzte, Hebammen und Kinderärzte über professionell gestaltete Flyer wurde im März 2003 das „Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland“ publiziert, dem sich zahlreiche Experten, Fachgruppen und Selbsthilfegruppen angeschlossen hatten (1). Auf dieses Konsenspapier wurde am 2./3. 7. 2003 innerhalb der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz verwiesen. **Am 23./24. 1. 2004 wird in Dresden eine Expertenkonferenz stattfinden**, mit der die bundesweite Umsetzung der SID-Prävention weiter vorangebracht werden soll.

## Zweite Befragung zum Kenntnisstand von Ärzten und Hebammen

Die Kinderärzte, Frauenärzte, Hebammen und Kinderkrankenschwestern werden innerhalb der SID-Prävention als ganz wesentliche Ratgeber betrachtet. Aus diesem Grunde wurden zahlreiche Fortbildungen und Publikationen angeboten, um medizinischen Kompetenzträgern die Gelegenheit zu geben, sich aktuell zu informieren. Im Februar 2003 wurden 18 Monate nach Beginn der Informationskam-

**Lebendgeborene und Gestorbene im ersten Lebensjahr (SID) 1990 bis 2002 nach Regierungsbezirken**  
Gebietsstand 1. Januar 2003

| Jahr | Freistaat Sachsen |                      |             | Regierungsbezirk Chemnitz |                      |             | Regierungsbezirk Dresden |                      |             | Regierungsbezirk Leipzig |                      |             |
|------|-------------------|----------------------|-------------|---------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|----------------------|-------------|
|      | Lebendgeborene    | Gestorbene im 1. Lj. | SID         | Lebendgeborene            | Gestorbene im 1. Lj. | SID         | Lebendgeborene           | Gestorbene im 1. Lj. | SID         | Lebendgeborene           | Gestorbene im 1. Lj. | SID         |
| 1990 | 49 774            | 337                  | 7           | 17 882                    | 112                  | -           | 19 711                   | 131                  | 2           | 12 181                   | 94                   | 5           |
| 1991 | 31 341            | 222                  | 18          | 11 538                    | 84                   | 7           | 12 119                   | 99                   | 7           | 7 684                    | 39                   | 4           |
| 1992 | 25 298            | 166                  | 21          | 9 365                     | 63                   | 5           | 9 662                    | 58                   | 7           | 6 271                    | 45                   | 9           |
| 1993 | 23 423            | 138                  | 15          | 8 871                     | 62                   | 6           | 8 976                    | 46                   | 7           | 5 576                    | 30                   | 2           |
|      | 129 836           |                      | 61          | 47 656                    |                      | 18          | 50 468                   |                      | 23          | 31 712                   |                      | 20          |
|      |                   |                      | <b>0,47</b> |                           |                      | <b>0,38</b> |                          |                      | <b>0,46</b> |                          |                      | <b>0,63</b> |
| 1994 | 22 734            | 135                  | 15          | 8 373                     | 51                   | 6           | 8 800                    | 51                   | 5           | 5 561                    | 33                   | 4           |
| 1995 | 24 004            | 136                  | 16          | 8 921                     | 53                   | 5           | 9 460                    | 58                   | 5           | 5 623                    | 25                   | 6           |
| 1996 | 27 006            | 149                  | 13          | 9 835                     | 63                   | 6           | 10 789                   | 53                   | 3           | 6 382                    | 33                   | 4           |
| 1997 | 29 008            | 129                  | 10          | 10 457                    | 56                   | 3           | 11 549                   | 36                   | 1           | 7 002                    | 37                   | 6           |
| 1998 | 30 190            | 135                  | 16          | 10 799                    | 56                   | 10          | 12 110                   | 57                   | 2           | 7 281                    | 22                   | 4           |
| 1999 | 31 383            | 130                  | 8           | 11 178                    | 56                   | 3           | 12 507                   | 48                   | 1           | 7 698                    | 26                   | 4           |
| 2000 | 33 139            | 121                  | 14          | 11 641                    | 42                   | 2           | 13 378                   | 53                   | 6           | 8 120                    | 26                   | 6           |
| 2001 | 31 943            | 109                  | 11          | 11 218                    | 46                   | 5           | 12 819                   | 40                   | 2           | 7 906                    | 23                   | 4           |
|      | 229 407           |                      | 103         | 82 422                    |                      | 40          | 91 412                   |                      | 25          | 55 573                   |                      | 38          |
|      |                   |                      | <b>0,45</b> |                           |                      | <b>0,49</b> |                          |                      | <b>0,27</b> |                          |                      | <b>0,68</b> |
| 2002 | 31 518            | 102                  | 8           | 10 872                    | 36                   | 4           | 12 703                   | 44                   | 2           | 7 943                    | 22                   | 2           |
|      |                   |                      | <b>0,25</b> |                           |                      | <b>0,37</b> |                          |                      | <b>0,16</b> |                          |                      | <b>0,25</b> |

**fett: SID (Plötzlicher Säuglingstod), Fälle pro 1000 Lebendgeborene**

Vergleich der Jahrgänge 1990-1993 OHNE Präventionsprogramm

1994-2001: Ausgabe von Informationsblättern und Fragebögen (und ggf. Schlaflaboruntersuchungen) im RB Dresden

ab 2002: Ausgabe von Informationsblättern in allen 3 RB in 3 Wellen (d.h. während der Schwangerschaft, in der Entbindungseinrichtung, beim Kinderarzt)

(Primärdaten lt. Statist. Landesamt Kamenz v. Juli 2003)

© Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

pagne in Sachsen alle 1382 niedergelassenen Kinderärzte, Frauenärzte und Mitglieder des Sächsischen Hebammenverbandes e.V. innerhalb einer Fragebogenaktion auf dem Postweg anonym nach ihrem Kenntnisstand zu Fragen der Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes befragt. 38 % (527/1396) der Ärzte und Hebammen beteiligten sich an der Befragung. 100 Fragebögen enthielten zum Teil umfangreiche handschriftliche Anregungen zur Kampagne. Besonders erfreulich war, dass sich bei allen Ärzten und Hebammen der Kenntnisstand im Vergleich zur vorangehenden Befragung aus dem Jahre 2001 wesentlich verbessert hatte. Als sicherste Schlafposition für Säuglinge wurde die Rückenlage betrachtet:

- bei niedergelassenen Kinderärzten im August 2001 von 48 %, im Februar 2003 von 82%
- bei niedergelassenen Frauenärzten im August 2001 von 19 %, im Februar 2003 von 53%,
- bei Hebammen im August 2001 von 26, im Februar 2003 von 69 %.

86% der Kinderärzte und 78 % der Frauenärzte hatten über die Kampagne im Ärzteblatt Sachsen gelesen. 54 der verbalen Hinweise bezogen sich auf die Unterstützung bei der Weitergabe von Informationen an die Eltern. 20mal wurden Infoblätter erbeten, 9-mal Broschüren, 4-mal Häufigkeitsstatistiken, je zweimal wurden Begründungen für die empfohlene Schlafposition für Säuglinge und Weiterbildungen erbeten sowie durch Hebammen die Teilnahme der Kinderärzte an der Kampagne in ihrer Region angeregt.

### Die Vorteile der Rückenlage als sicherste Schlafposition für Säuglinge

Die Rückenlage ist kulturhistorisch schon immer die Schlafposition von Säuglingen gewesen, erst um 1960 erfolgte der tragische Traditionsbruch zur Propagierung der Bauchlage als Schlafposition für Säuglinge, der nach Public-Health-Recherchen mehr als 10.000 Säuglingen das Leben gekostet hat. Eine der ältesten Darstellungen eines schlafenden Säuglings in Rückenlage findet sich in der Dresdner Galerie Alte Meister auf Albrecht Dürers Dresdner Altar. In epidemiologischer Hinsicht erhöht sich das Risiko, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben um das 8-fache, wenn ein Baby in Bauchlage und das 3,5-fache wenn es in Seitenlage zum Schlafen gelegt wird. In der DDR wurde bereits 1972 in einer Ver-

fügung des Ministeriums für Gesundheitswesens festgelegt, dass Säuglinge in Krippen nicht unbeaufsichtigt in Bauchlage hingelegt oder zum Schlafen gelegt werden dürfen. Inzwischen wurde in großen Studien nachgewiesen, dass sich Säuglinge in Rückenlage seltener als in Bauchlage oder in Seitenlage verschlucken. Außerdem konnten bis in das zweite Lebensjahr hinein keine Entwicklungsdefizite oder weitere wesentlichen Nebenwirkungen der Rückenlage im Vergleich zur Bauchlage oder Seitenlage als Schlafposition nachgewiesen werden. Das Risiko, Erbrochenes zu aspirieren, ist in Bauchlage anatomisch und physikalisch sogar größer als in Rückenlage, da das Erbrochene der Schwerkraft folgend in die Trachea, fließt. Pathophysiologisch ist nachgewiesen worden, dass die Hirnstammdurchblutung in Bauchlage vermindert ist und dass dadurch die lebenswichtigen Aufwach- und Hustenreflexe in Bauchlage vermindert sind.

Die Propagierung der Rückenlage als sicherste Schlafposition innerhalb der Prävention des plötzlichen Säuglingstodes führt aber auch zu einer vermehrten Beobachtung von lagebedingten Schädeldeformitäten. An dieser Stelle sind Ärzte, Kinderkrankenschwestern und Hebammen in ganz besonderem Maße aufgefordert, Eltern zu motivieren,

- sich mit ihrem wachen Baby intensiv zu beschäftigen, das heißt das Baby optisch und akustisch zu aktiven Kopf-, Hals- und Körperbewegungen zu ermuntern, indem Babys immer wieder angesprochen werden, um deren Neugier und Erkundungsdrang zu stimulieren und damit dem Wachstumsdruck des Gehirns Realisierungsmöglichkeiten in alle Richtungen zu bieten; Eltern sollten gezielt darauf hingewiesen werden, dass die Bauchlage im Wachzustand ihrem Baby nicht schadet und zur Kräftigung der Nackenmuskulatur beitragen kann, wenn das Kind bereits in der Lage ist, den Kopf selbst zu heben;
- bei der Pflege, beim Stillen oder bei der Gabe der Flaschennahrung die Bevorzugung einer Seite zu vermeiden, da dadurch die Bevorzugung einer „Lieblingsseite“ der Kopflage in Rückenlage reduziert werden kann.

Bei Frühgeborenen ist auf eine ausreichende Kalzium- und Phosphatsubstitution zu achten und bei Muskelhypotonie oder einseitiger Spastikentendenz frühzeitig eine gezielte physiotherapeutische Mobilisierung zu veranlassen. Bei Bevorzugung einer Lageposition des Kopfes sollten die bekannten möglichen neurologi-



### Aufruf zur Teilnahme an der Plakataktion „Plötzlicher Säuglingstod. Das Risiko senken“

Wir bitten alle Leserinnen und Leser des „Ärzteblatt Sachsen“, das beiliegende Innenraumplakat für Arzt- und Hebammenpraxen an gut sichtbarer Stelle im Wartezimmer oder an Wandzeitungen aufzuhängen (Abbildung 1). Sie tragen damit wesentlich zur Verbreitung der Informationen über den gesunden Babyschlaf und damit zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes bei. Das Plakat kann ebenso wie die zugehörigen Faltpapierblätter für Schwangere und Eltern und die Einwilligungsbögen für rauchende Schwangere und Mütter zur proaktiven Telefonberatung kostenlos nachbestellt werden unter Tel. 0351 4582677, Fax 0351 4584399 (Frau Oppelt).

schen und orthopädischen Ursachen ausgeschlossen werden (Hydrozephalus, Hirnblutung, Kraniosynostosen, muskulärer Schiefhals etc.). Im Einzelfall sollte Physiotherapie verordnet oder Neuropädiater, Kinderorthopäden und Kinderchirurgen konsultiert werden; (eine operative Korrektur scheint nur sehr selten erforderlich zu sein; die in Amerika in Einzelfällen eingesetzte Helmtherapie ist aus kinderchirurgischer Sicht eher verzichtbar). Da in präventiver Hinsicht bis auf die Beschreibung der bekannten Risikofaktoren wie Bauchlage, Seitenlage, Tabakrauchexposition

etc. die Vorhersage des individuellen SID-Risikos nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht möglich ist, sollte angesichts des übergeordneten Risikos, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben, an den Empfehlungen der international aktuell orientierten Informationskampagne (1) festgehalten werden.

#### **Proaktives Raucherberatungstelefon für Schwangere und Mütter von Säuglingen**

Ein besonderer Erfolg zeichnet sich bei dem im März 2003 mit Unterstützung der AOK Sachsen und dem DKFZ Heidelberg eingereichten proaktiven Raucherberatungstelefon für Schwangere und Mütter von Säuglingen im Rahmen der SID-Prävention ab. Die sie-

ben Fachberaterinnen führten inzwischen 130 Gespräche mit 52 Raucherinnen. 31 % (16/52) der rauchenden Schwangeren hörten innerhalb von 14 Tagen mit dem Rauchen auf, weitere 27 % (14/52) verminderten ihren Tabakkonsum deutlich. Um die Rückfallquote zu limitieren und das Projekt weiter zu evaluieren, sind mehrere proaktive Kontakte bis zum Ende des 1. Lebensjahres der Kinder vorgesehen. Proaktiv bedeutet, dass nicht nur auf Anrufe gewartet wird, sondern dass die Fachberaterinnen bei den rauchenden Schwangeren oder Müttern anrufen und ihre kompetente und verständnisvolle Hilfe anbieten. Bitte fordern Sie die kostenlosen Einwilligungsbögen für rauchende Schwangere und Mütter

für Ihre Arztpraxis an (Tel. 0351 4582677, Fax: 0351 4584399, Frau Oppelt). Nach Eingang dieser Bögen setzen sich unsere Fachberaterinnen unter strikter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Fragen sofort mit den betroffenen Frauen in Verbindung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
PD Dr. med. Ekkehart Paditz  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendmedizin der Medizinischen Fakultät  
Carl Gustav Carus der TU Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: 0351 4583160, Fax: 0351 4584399  
E-Mail: Ekkehart.Paditz@mailbox.tu-dresden.de

## Transplantationsgesetz – Kommentar

Herausgegeben von  
Prof. Dr. jur. Wolfram Höfling,  
M.A., Direktor des Instituts für Staatsrecht  
der Universität zu Köln  
2003, 701 Seiten, 15,8 x 23,5 cm,  
fester Einband, EUR 98,00  
ERICH SCHMIDT VERLAG Berlin  
Bielefeld München  
ISBN 3 503 07009 5

Inhalt: Seit dem 5. 11. 1997 ist das Transplantationswesen in Deutschland durch das Transplantationsgesetz (TPG) auf eine gesetzliche Grundlage gestellt worden. Der Gesetzgeber

hat sich dabei dafür entschieden, weitgehend auf die überkommenden Akteure – Eurotransplant, Transplantationszentren, DSO usw. – und ihre spezifischen Funktionen zurückzugreifen. Dadurch ist ein überaus kompliziertes Gesetzeswerk für zahlreiche und unterschiedliche Institutionen entstanden.

Der Kommentar zu den einzelnen Vorschriften des TPG hebt sich von anderen Erläuterungswerken insbesondere ab durch die eingehende Erörterung von Praxisproblemen, die interdisziplinäre (Mediziner, Juristen, Sozialwissenschaftler) und wissenschaftliche Durchdringung der Materie sowie die umfassende

Analyse aktueller und grundsätzlicher Probleme der Transplantationsmedizin in Deutschland (Frage der Verteilungsgerechtigkeit, Funktion der Bundesärztekammer, Rolle der Transplantationszentren usw.).

Das Werk enthält einen sehr umfangreichen Materialteil, der alle für die Praxis der Transplantationsmedizin wichtigen Dokumente, zum Beispiel auf der Grundlage des TPG – Richtlinien für die Organvermittlung, umfasst. Er richtet sich zum einen an Mediziner, die um die Handlungsgrenzen und -möglichkeiten wissen müssen, die das TPG zieht und belässt, zum anderen an Juristen, die – in Krankenhäusern, bei Versicherungsträgern und in Berufsverbänden – die rechtlichen Rahmenbedingungen für die transplantationsmedizinische Arbeit vermitteln und durchsetzen müssen. Die staatlichen Stellen, die mit dem Vollzug des TPG befasst sind – Krankenhausaufsicht, Staatsanwaltschaft, Bußgeldbehörden und Gerichte – bekommen zuverlässige Informationen über die Rechtslage einschließlich ihrer medizinischen Grundlagen. Aber auch für Rechtsanwälte, die ein arzthaftungs- und arztstrafrechtliches Mandat übernommen haben, das mit den Besonderheiten der Transplantationsmedizin zusammenhängt, ist der Kommentar ein notwendiges Hilfsmittel der außergerichtlichen oder forensischen Konfliktlösung.

Assessorin Iris Glowik  
Juristische Geschäftsführerin

P. Spornraft-Ragaller, K. Horn, Th. Christoph, U. Boashie, M. Meurer

## Epidemiologische Daten zur HIV-Infektion in Dresden

TU Dresden  
Medizinische Fakultät  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie

### Zum 10-jährigen Bestehen der Immunschwäche-Ambulanz an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

#### Entstehung und Konzept der Immunschwäche-Ambulanz am UKD:

Im Freistaat Sachsen werden HIV-Infizierte überwiegend in Spezialambulanzen der Universitäts- oder städtischen Kliniken behandelt (Dresden, Leipzig, Chemnitz).

In Dresden wurde die Immunschwäche-Ambulanz zur ambulanten Betreuung HIV-Infizierter aufgrund entsprechender Vorerfahrungen und gewachsener Strukturen an der damaligen Klinik für Hautkrankheiten des Universitätsklinikums (UKD) etabliert. Möglich wurde dies unter anderem durch die Initiative des ersten Leiters der Immunschwäche-Ambulanz, Herrn PD Dr. Klaus Horn, und vor allem durch die Förderung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie in Abstimmung mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kunst. Zum 8. November 1993 standen die neu eingerichteten Ambulanzräume zur Verfügung. Von Anfang an wurde Wert auf ein interdisziplinäres Konzept gelegt, wonach aus jedem beteiligten medizinischen Fachgebiet Vertreter zur konsiliarischen Mitbetreuung bereitstehen. Häufig genutzte und inzwischen unverzichtbare Kontakte bestehen zum Beispiel zur Klinik und Poliklinik für Gynäkologie, auch zur Betreuung schwangerer Patientinnen, zur Klinik und Poliklinik für Neurologie und nicht zu-

letzt zum Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Eine enge Zusammenarbeit findet ferner mit der Medizinischen Klinik I des UKD statt, da hier im wesentlichen die stationäre Behandlung erfolgt.

#### Entwicklung der Patientenzahlen:

Zum Zeitpunkt der Eröffnung wurden 19 Patienten betreut; bis einschließlich August 2003 stellten sich insgesamt 204 HIV-Infizierte in der Immunschwäche-Ambulanz vor. Betrachtet man die pro Jahr betreuten HIV- und AIDS-Patienten, so ist auch hier ein stetiger Zuwachs auf nunmehr 113 Patienten bis einschließlich August 2003 zu verzeichnen, der dieses Jahr besonders ausgeprägt erscheint (Abbildung 1). Im Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt werden ca. 40 HIV-Infizierte betreut (persönliche Mitteilung Dr. Teichmann), so dass sich in Dresden derzeit mindestens 150-160 HIV- und AIDS-Patienten in Behandlung befinden. Nach der Statistik des Robert-Koch-Instituts (RKI) lebten in Deutschland Ende 2002 ca. 39.000 Menschen mit einer HIV-Infektion, von denen ca. 5.000 an AIDS erkrankt sind. Seit Beginn der Epidemie wird die Gesamtzahl der Infizierten auf ca. 60.000 geschätzt, wobei ca. 26.000 an AIDS erkrankt sind/waren. Für Sachsen wurden nach Daten des RKI kumulativ bisher 54 AIDS-Patienten gemeldet (freiwillige Meldung); was aber nach eigenen Schätzungen eher zu niedrig gegriffen ist, da allein in unserer Einrichtung bisher 47 Patienten mit dem Vollbild AIDS behandelt wurden. Die Anzahl in Sachsen lebender HIV-Infizierter kann allenfalls geschätzt werden;

nach Ausschluss von Doppelmeldungen wurden aus Sachsen seit 1993 kumulativ 403 positive HIV-Tests (Neuinfektionen) gemeldet, nach Auskunft der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen 80 davon aus Dresden.

In unserer Einrichtung nahm der Anteil an Patienten im Vollbild (Stadium AIDS) pro Jahr von einem Maximum mit 38 % im Jahr 1995 auf 21 % im Jahr 2003 ab. Diese Patienten befinden sich zum Teil bereits seit Mitte der 90er Jahre in diesem Stadium und werden langjährig medikamentös mit antiretroviralen Substanzen behandelt. In den letzten beiden Jahren mussten keine Todesfälle mehr verzeichnet werden.

Insgesamt erhalten 77 % der Patienten derzeit eine antiretrovirale Therapie. Seit Einführung der antiretroviralen Dreifach-Therapie unter Einschluss von Proteaseinhibitoren im Jahre 1996 kam es zu einer deutlichen Abnahme der Morbidität und Mortalität an AIDS, die wir auch bei unseren Patienten beobachten können.

#### Verteilung der Risikogruppen (bis Ende 2002)

|                  | n   | %    |
|------------------|-----|------|
| Homo/Bi          | 85  | 45,0 |
| Hetero           | 99  | 52,4 |
| Blut/Transfusion | 0   | 0    |
| PPI              | 1   | 0,5  |
| Pattern II/HPL   | 67  | 35,5 |
| i.v. DA          | 3   | 1,6  |
| Gesamt           | 189 |      |

### HIV-infizierte Patienten am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden

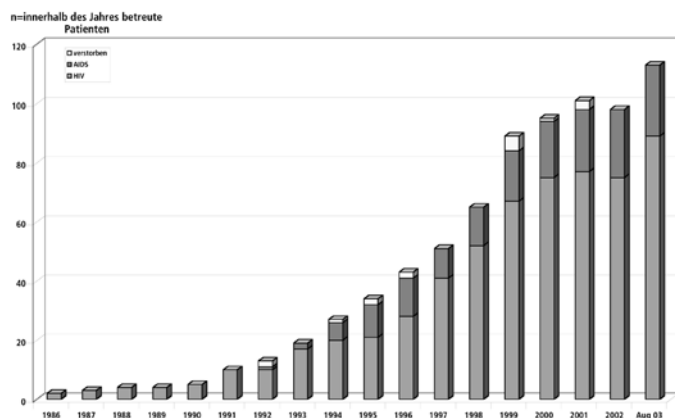


Abbildung 1

### Fluktuation HIV-Infizierter pro Jahr

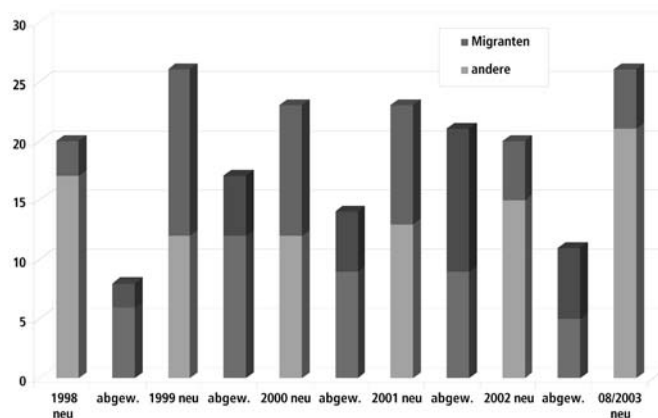


Abbildung 2

Der Anteil der Heterosexuellen am HIV-Infektionsrisiko liegt aufgrund der hohen Zahl von MigrantInnen aus Hochprävalenzländern (HPL) mit 35,5 % insgesamt am höchsten (52,4 %); homosexuelle Männer stehen mit 45 % an 2. Stelle.

Während deutschlandweit bei den Neuinfektionen der Anteil homosexueller Männer etwa in gleicher Höhe angegeben wird (41 %), liegt der Anteil von Patienten aus Hochprävalenzländern deutlich niedriger mit 19 %, so dass hier Heterosexuelle insgesamt mit 33 % an zweiter Stelle des Infektionsrisikos stehen.

#### **Fluktuation HIV- infizierter Patienten:**

Abbildung 2:

Die oben dargestellt Abbildung zeigt 1999 einen erheblichen Zuwachs neuer HIV-Patienten, wobei über die Hälfte Migranten aus Hochprävalenzländern waren. Die Abwanderung (dunklere Säulen) dieser Gruppe war in den folgenden Jahren relativ gering; 2001 jedoch vergleichsweise hoch. Da im Jahr 2002 und 2003 relativ wenig neue Migranten zu verzeichnen waren, spiegelt dies möglicherweise auch eine veränderte Asylpolitik wieder. Demgegenüber blieb die Fluktuation der einheimischen Patienten relativ konstant. Dieses Jahr suchten bis einschließlich August sogar deutlich mehr einheimische neue Patienten unsere Einrichtung auf, als in den vergangenen Jahren.

#### **Implikationen für die Betreuung HIV-Infizierter am UKD:**

Obwohl aus Sachsen seit Jahren etwa konstante Raten von HIV-Erstdiagnosen (neu positive HIV-Tests) pro Jahr gemeldet werden, ist am Universitätsklinikum Dresden weiterhin nicht nur kumulativ, sondern auch eine jährliche Steigerung der Anzahl betreuter Patienten zu verzeichnen.

Aufgrund des hohen Migrantenanteils unterliegen die Patienten einer teilweise erheblichen Fluktuation aus Zu- und Abwanderung, was bei der zeit- und führungsgintensiven Betreuung dieser Patientengruppe einen hohen Aufwand darstellt.

Nicht zuletzt auch aus diesem Grund haben sich die Strukturen des Klinikums mit der Erreichbarkeit aller Fachrichtungen auf kurzen Wegen und kurzfristiger Terminvergabe sehr bewährt. Daneben können in der dermatologisch-venerologisch ausgerichteten Ambulanz zahlreiche Erkrankungen des AIDS related Complex (ARC)-Stadiums behandelt werden, die überwiegend die Haut betreffen und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) miteinbeziehen. Gerade hier zeigt sich nach Daten des RKI in den letzten Jahren eine Zunahme der Syphilis, vor allem in der Risikogruppe der homosexuellen Männer, die sich auch in unserer Ambulanz feststellen lässt. Die je nach Risikogruppe unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten erfordern auch Kon-

takt zu Organisationen im Bereich der Prävention und mit Betroffenengruppen, die die Arbeit in der ärztlichen Sprechstunde erheblich entlasten können: Insbesondere genannt sei hier der Erfahrungsaustausch mit der AIDS-Beratungsstelle des städtischen Gesundheitsamts und der AIDS-Hilfe e.V., die zum Beispiel für MigrantInnen Beratungsangebote zum Asylverfahren und Dolmetscher zur Verfügung stellt. Daneben werden zum Beispiel zur Bewältigung neu festgestellter HIV-Infektionen oder bei fortschreitender Erkrankung psychotherapeutische Betreuungsangebote vermittelt, in die auch die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am UKD eingebunden ist. Auch diese Ergebnisse langjähriger interdisziplinärer Zusammenarbeit werden sich wohl auch in Zukunft bewähren.

Literatur:

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 30.6.2003). Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B/2003

Syphilis in Deutschland 2002. Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin 36/2003

Anschrift der Verfasser:  
Dr. Petra Spornraft-Ragaller  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: 458 3431, Fax: 458 5373

S. Bigl, I. Ehrhard

# HIV/AIDS-Infektionen im Freistaat Sachsen

## Behandlung und Beratung sowie epidemiologische Daten seit 1993

Zur aussagekräftigen Veröffentlichung von P. Spornraft-Ragaller, K. Horn et al. zum 10-jährigen Bestehen der Immunschwäche-Ambulanz in Dresden sollen aus der Gesamtschau des Freistaates Sachsen zu diesem Thema nachstehende Ergänzungen das Bild abrunden. HIV/AIDS-Behandlungszentren existieren ebenfalls seit 10 Jahren in den großen Städten des Freistaates Sachsen, Leipzig, Chemnitz und Zwickau:

- HIV-Ambulanz am Universitätsklinikum Leipzig, Hautklinik
- Infektionsambulanz, 2. Klinik für Innere Medizin, Städtisches Klinikum St. Georg, Leipzig
- Infektionsambulanz, II. Klinik für Innere Medizin am Krankenhaus Küchwald der Klinikum Chemnitz gGmbH
- Immunschwäche-Ambulanz am Heinrich Braun Krankenhaus Zwickau

Darüber hinaus existieren an fast allen 29 Gesundheitsämtern des Freistaates Sachsen „Beratungsstellen für HIV/AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten“, in denen Bürger Rat suchen und kostenlose anonymisierte Blutuntersuchungen auf HIV-Infektion durchführen lassen können.

Erwähnt seien beispielhaft:

- Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten und AIDS am Gesundheitsamt Leipzig, Gustav-Mahler-Str. 1-3
- AIDS-Hilfe Leipzig e.V., Ossietzkystraße 8
- Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten am Gesundheitsamt Dresden, Bautzener Str. 125
- AIDS-Beratung am Sachgebiet Spezieller Infektionsschutz am Gesundheitsamt Chemnitz, Am Rathaus 8
- AIDS-Hilfe Westsachsen e.V., Zwickau, Hauptstraße 10

Der enorme gesamtgesellschaftliche Aufwand zur Beherrschung bzw. Zurückdrängung der HIV/AIDS-Endemie lässt sich auch aus den Diagnostikbemühungen ableiten: Die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen testet seit über 10 Jahren jährlich 10.000 bis 15.000 Seren meist anonymisiert „kostenlos“ (auf Staatskosten). 2002 waren von 13.858 HIV-EIAs 80 Seren positiv (= 0,6 %). Diesem Screeningtest folgen im positivem Falle Bestätigungstests (Westernblot, PCR) und intensive epidemiologische Recherchen.

Tab. 1:

Verteilung der bestätigten HIV-Antikörperteste in Sachsen nach dem Jahr der Einsendung und Geschlecht

| Einsendejahr | Geschlecht |          |          |          |           |          | Gesamt |          |
|--------------|------------|----------|----------|----------|-----------|----------|--------|----------|
|              | männlich   |          | weiblich |          | unbekannt |          | Anzahl | Anteil % |
|              | Anzahl     | Anteil % | Anzahl   | Anteil % | Anzahl    | Anteil % |        |          |
| 1993         | 15         | 88,2     | 1        | 5,9      | 1         | 5,9      | 17     | 100      |
| 1994         | 37         | 84,1     | 6        | 13,6     | 1         | 2,3      | 44     | 100      |
| 1995         | 45         | 77,6     | 13       | 22,4     | 0         | 0        | 58     | 100      |
| 1996         | 30         | 78,9     | 8        | 21,1     | 0         | 0        | 38     | 100      |
| 1997         | 27         | 64,3     | 15       | 35,7     | 0         | 0        | 42     | 100      |
| 1998         | 29         | 90,6     | 3        | 9,4      | 0         | 0        | 32     | 100      |
| 1999         | 37         | 72,5     | 14       | 27,5     | 0         | 0        | 51     | 100      |
| 2000         | 26         | 72,2     | 10       | 27,8     | 0         | 0        | 36     | 100      |
| 2001         | 21         | 67,7     | 9        | 29,0     | 1         | 3,2      | 31     | 100      |
| 2002         | 32         | 91,4     | 3        | 8,6      | 0         | 0        | 35     | 100      |
| 2003         | 12         | 63,2     | 7        | 36,8     | 0         | 0        | 19     | 100      |
| Gesamt       | 311        | 77,2     | 89       | 22,1     | 3         | 0,7      | 403    | 100      |

Tab. 2:

Verteilung der bestätigten HIV-Antikörperteste in Sachsen nach Region und Geschlecht

| Stadttraum   | Geschlecht |          |          |          |           |          | Gesamt |          |
|--------------|------------|----------|----------|----------|-----------|----------|--------|----------|
|              | männlich   |          | weiblich |          | unbekannt |          | Anzahl | Anteil % |
|              | Anzahl     | Anteil % | Anzahl   | Anteil % | Anzahl    | Anteil % |        |          |
| Leipzig      | 70         | 68,6     | 32       | 31,4     | 0         | 0        | 102    | 100      |
| Dresden      | 63         | 78,8     | 16       | 20,0     | 1         | 1,3      | 80     | 100      |
| Chemnitz     | 81         | 81,0     | 18       | 18,0     | 1         | 1,0      | 100    | 100      |
| Zwickau      | 7          | 87,5     | 1        | 12,5     | 0         | 0        | 8      | 100      |
| Übriges Land | 90         | 79,6     | 22       | 19,5     | 1         | 0,9      | 113    | 100      |
| Gesamt       | 311        | 77,2     | 89       | 22,1     | 3         | 0,7      | 403    | 100      |

Tab. 3:

Verteilung der bestätigten HIV-Antikörperteste in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht

| Altersgruppe  | Geschlecht |          |          |          |           |          | Gesamt |          |
|---------------|------------|----------|----------|----------|-----------|----------|--------|----------|
|               | männlich   |          | weiblich |          | unbekannt |          | Anzahl | Anteil % |
|               | Anzahl     | Anteil % | Anzahl   | Anteil % | Anzahl    | Anteil % |        |          |
| fehlende Ang. | 10         | 83,3     | 1        | 8,3      | 1         | 8,3      | 12     | 100      |
| 15 – 19 Jahre | 9          | 56,3     | 7        | 43,8     | 0         | 0        | 16     | 100      |
| 20 – 24 Jahre | 42         | 67,7     | 20       | 32,3     | 0         | 0        | 62     | 100      |
| 25 – 29 Jahre | 56         | 70,9     | 22       | 27,8     | 1         | 1,3      | 79     | 100      |
| 30 – 39 Jahre | 118        | 83,1     | 23       | 16,2     | 1         | 0,7      | 142    | 100      |
| 40 – 49 Jahre | 51         | 87,9     | 7        | 12,1     | 0         | 0        | 58     | 100      |
| 50 – 59 Jahre | 19         | 82,6     | 4        | 17,4     | 0         | 0        | 23     | 100      |
| 60 – 69 Jahre | 2          | 33,3     | 4        | 66,7     | 0         | 0        | 6      | 100      |
| > 69 Jahre    | 4          | 80,0     | 1        | 20,0     | 0         | 0        | 5      | 100      |
| Gesamt        | 311        | 77,2     | 89       | 22,1     | 3         | 0,7      | 403    | 100      |

Tab. 4:

Verteilung der bestätigten HIV-Antikörperteste in Sachsen nach Infektionsrisiko und Geschlecht

| Infektionsrisiko | Geschlecht |          |          |          |           |          | Gesamt |          |
|------------------|------------|----------|----------|----------|-----------|----------|--------|----------|
|                  | männlich   |          | weiblich |          | unbekannt |          | Anzahl | Anteil % |
|                  | Anzahl     | Anteil % | Anzahl   | Anteil % | Anzahl    | Anteil % |        |          |
| MSM              | 129        | 41,5     | 0        | 0        | 0         | 0        | 129    | 32,0     |
| IVDA             | 18         | 5,8      | 4        | 4,5      | 0         | 0        | 22     | 5,3      |
| Hämo/Trans       | 0          | 0        | 1        | 1,1      | 0         | 0        | 1      | 0,2      |
| Hetero           | 21         | 6,8      | 24       | 27,0     | 2         | 66,7     | 47     | 11,7     |
| HPL              | 73         | 23,5     | 42       | 47,2     | 0         | 0        | 115    | 28,5     |
| k. A.            | 70         | 22,5     | 18       | 20,2     | 1         | 33,3     | 89     | 22,1     |
| Gesamt           | 311        | 100      | 89       | 100      | 3         | 100      | 403    | 100      |

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben

IVDA = i.V. Drogenabusus

Hämo/Trans = Hämophilie/Transfusion

Hetero = heterosexuelle Kontakte

HPL = Hochprävalenzländer

k. A. = keine Angabe

Tab. 5:  
 Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle in Sachsen nach Region und Geschlecht

| Stadtraum    | Geschlecht |          |          |          | Gesamt |          |
|--------------|------------|----------|----------|----------|--------|----------|
|              | männlich   |          | weiblich |          | Anzahl | Anteil % |
|              | Anzahl     | Anteil % | Anzahl   | Anteil % |        |          |
| Leipzig      | 8          | 80,0     | 2        | 20,0     | 10     | 100      |
| Dresden      | 7          | 87,5     | 1        | 12,5     | 8      | 100      |
| Chemnitz     | 10         | 100      | 0        | 0        | 10     | 100      |
| Zwickau      | 4          | 66,7     | 2        | 33,3     | 6      | 100      |
| Übriges Land | 15         | 75,0     | 5        | 25,0     | 20     | 100      |
| Gesamt       | 44         | 81,5     | 10       | 18,5     | 54     | 100      |

Tab. 6:  
 Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle in Sachsen nach Infektionsrisiko und Geschlecht

| Infektionsrisiko | Geschlecht |          |          |          | Gesamt |          |
|------------------|------------|----------|----------|----------|--------|----------|
|                  | männlich   |          | weiblich |          | Anzahl | Anteil % |
|                  | Anzahl     | Anteil % | Anzahl   | Anteil % |        |          |
| MSM              | 34         | 77,3     | 0        | 0        | 34     | 63,0     |
| IVDA             | 0          | 0        | 3        | 30,0     | 3      | 5,6      |
| Hämo/Trans       | 1          | 2,3      | 0        | 0        | 1      | 1,9      |
| Hetero           | 1          | 2,3      | 3        | 30,0     | 4      | 7,4      |
| HPL              | 4          | 9,1      | 4        | 40,0     | 8      | 14,8     |
| k. A.            | 4          | 9,1      | 0        | 0        | 4      | 7,4      |
| Gesamt           | 44         | 100      | 10       | 100      | 54     | 100      |

In epidemiologischer Hinsicht erstellt die Landesuntersuchungsanstalt in Zusammenarbeit mit dem RKI für das Sächsische Staatsministerium für Soziales halbjährliche Berichte. Eine Einordnung der sächsischen Situation in

das Gesamtdeutschland ist aus nachstehender Zusammenstellung ersichtlich.

Laut RKI stammen 47 % der nach 1995 an AIDS Erkrankten aus den Großstädten Frank-

|  | Deutschland | Sachsen |
|--|-------------|---------|
| Menschen, die Ende 2002 mit HIV/AIDS lebten        | ~ 39 000    | 384     |
| Menschen, die Ende 2002 an AIDS erkrankt waren     | ~ 5 000     | 54      |
| Zahl der Neuinfektionen im Jahre 2002              | ~ 2 000     | 35      |
| Gesamtzahl der Todesfälle seit Beginn der Epidemie | ~ 21 000    | 21      |

furt am Main, Berlin, München, Düsseldorf und Köln. Ebenfalls 47 % der im oben genannten Zeitraum Erkrankten kommen aus den alten Bundesländern (Regionen außerhalb der genannten Großstädte) und 7 % aus den neuen Bundesländern.

Korrespondenzadresse:  
 Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl  
 Vizepräsident und  
 Abteilungsleiter Humanmedizin  
 Landesuntersuchungsanstalt für das  
 Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen  
 Zschopauer Str. 87  
 09111 Chemnitz  
 Tel.: 0371 6009 100  
 Fax: 0371 6009 109  
 E-Mail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

## Leserbriefe

Dipl.-Med. Thilo Wirth  
 Facharzt für Allgemeinmedizin/Psychotherapie  
 S.-G.-Frentzel-Str. 26, 02977 Hoyerswerda  
 (Moderator des überregionalen Hausärztlichen  
 Qualitätszirkels)

Sächsische Landesärztekammer  
 Vorstand  
 Schützenhöhe, 01099 Dresden

Grubschütz und Hoyerswerda, 27. 8. 2003

### Betreff: GMG und DMP

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 es ist uns ein dringendes Bedürfnis, im Zeichen  
 sich abzeichnender drastischer Verschlechterungen  
 der Organisation im Gesundheitssystem  
 unseres Landes unsere Stimme zu erheben.  
 Wir sind Ärztinnen und Ärzte eines überregionalen  
 (von Görlitz bis Hoyerswerda) Qualitätszirkels,  
 der seit 1997 eine intensive gemeinsame  
 Fortbildung betreibt. Zum Woh-

le unserer Patienten und zur Erhaltung und  
 ständigen Verbesserung unseres Fachwissens  
 treffen wir uns regelmäßig, vierteljährlich,  
 und beraten alle Themen, die in einer haus-  
 ärztlichen Niederlassung wichtig sind. Beson-  
 deren Stellenwert haben dabei regelmäßige Pa-  
 tientenfallbesprechungen unter Leitung des ge-  
 schulten Moderators und Vorträge spezialisier-  
 ter Fachkollegen, zum Beispiel zu Themen,  
 wie Betreuung chronisch kranker Patienten.  
 Viele der jetzt im Zuge des sogenannten Ge-  
 sundheitssystemmodernisierungsgesetzes an-  
 gekündigten Neuerungen sind uns absolut un-  
 verständlich und fordern unseren schärfsten  
 Protest geradezu heraus. Wir widersprechen auf  
 das entschiedenste der staatlichen Einmischung  
 und Bevormundung bezüglich der jetzt ein-  
 zuführenden „Fortbildungspflicht“. Jeder ge-  
 wissenhafte Arzt, und dazu gehören alle Mit-  
 glieder unseres Zirkels, betrachtet es von je-  
 her als seine Pflicht, sich ständig fortzubilden.

Ohne diese berufsbegleitende Fortbildung wür-  
 den wir unseren geleisteten Eid niemals er-  
 füllen können. Wieso aber muss eine Selbst-  
 verständlichkeit von einer regelungswütigen  
 Führung auch noch bürokratisiert werden. Und  
 wer Bitteschön, kontrolliert denn die Fortbil-  
 dung von Politikern und von Funktionären  
 der Krankenkassen?

Des Weiteren ist uns nicht einsichtig, wes-  
 halb es eine Verbesserung darstellen soll, wenn  
 eine vorzügliche Betreuung von Diabetikern,  
 wie im Freistaat Sachsen vorbildlich reali-  
 siert, durch eine undurchsichtige, bürokra-  
 tisch überfrachtete und im Niveau deutlich  
 unter den sächsischen Vereinbarungen lie-  
 gende Vorschrift (DMP Diabetes mellitus) er-  
 setzt werden soll. Wie sollen wir das unseren Pa-  
 tienten erklären, ohne dabei unsere Glaubwür-  
 digkeit zu verlieren.  
 Was das Fass unserer Geduld aber wirklich  
 zum Überlaufen bringt, ist die geplante Praxis-



---

gebühr. Hat auch nur ein einziger der Entscheidungsträger ein einziges Mal darüber nachgedacht, was diese Festlegung für den Gedanken der Prophylaxe bedeuten könnte? Wir sind aus Kenntnis des Verhaltens unserer Patienten überzeugt davon, dass diese Gebühr sofort zu einer deutlich verminderten Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen und Impfungen führen wird. Und dies wird mittelfristig die Gesundheitsausgaben sehr deutlich erhöhen! Es ist außerdem völlig inakzeptabel, dass vor allem Hausärzte künftig zu Kassierern der Krankenkassen degradiert werden. Die Zeit, die wir künftig für die Einziehung dieser Gebühren und den damit verbundenen Diskussionen benötigen werden, fehlt uns ganz sicher bei der Betreuung unserer Patienten und bei unserer persönlichen Fortbildung. Und jetzt sind wir wieder am

Anfang; wird nicht postuliert, dass Ärzte sich nicht intensiv genug fortbilden? Die genannten Maßnahmen richten sich aus unserer Sicht in erster Linie gegen die hausärztliche Medizin und wird den sich abzeichnenden Hausärztemangel deutlich verschärfen! Wir bitten Sie sehr eindringlich, Ihren Einfluss sehr nachhaltig geltend zu machen und auch in unserem Namen für eine Änderung und Rücknahme der geplanten Maßnahmen einzutreten. Dabei können Sie auf die Unterstützung der Unterzeichnenden rechnen. Selbstverständlich stimmen wir auch einer Veröffentlichung unseres Schreibens in allen geeigneten Gremien und Publikationen zu.

Dipl.-Med. Thilo Wirth  
Moderator des Qualitätszirkels;  
im Auftrag aller Unterzeichnenden

Herrn Dipl.-Med. Thilo Wirth  
S.-G.-Frentzel-Str. 26, 02977 Hoyerswerda  
22. September 2003

**GMG und DMP**  
**Ihr Schreiben vom 27. September 2003**

Sehr geehrter Herr Wirth,  
mit besonderem Interesse habe ich den Brief des überregionalen Hausärztlichen Qualitätszirkels gelesen. Die darin enthaltenen Meinungen zur Fortbildungspflicht, zum DMP und zur Praxisgebühr decken sich vollkommen mit den Standpunkten der Sächsischen Landesärztekammer zu diesen Themen. Ich kann die Positionen der Unterzeichneten vollkommen verstehen und teile sie.  
Als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer habe ich die Standpunkte auf Landes-

sowie Bundesebene, in Gesprächen mit Politikern und in offenen Briefen an die Entscheidungsträger deutlich gemacht. Mit viel Kraft und Zeitaufwand haben es die ärztlichen Standesvertreter in Teilen erreicht, dass bestimmte Reglementierungen aus dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) „entschärft“ wurden. Dazu gehört unter anderem das geplante „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“, welches nun als Stiftung der Selbstverwaltungskörperschaften entstehen soll. Gleichzeitig hat das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen mit seinen über 30 Vertretern der Heilberufe und Patienten in Aktionstagen, Pressekonferenzen und mit einem Informationsfaltblatt auf die drohenden Einschnitte im Gesundheitssystem hingewiesen. Um die Positionen der Sächsischen Landesärztekammer und des Bündnis Gesundheit 2000 auch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, geben wir regelmäßig Pressemitteilungen zu aktuellen Themen heraus. All diese Bemühungen sollen dazu führen, dass der ärztliche Berufsstand nicht weiter durch Bürokratie und staatlichem Dirigismus unattraktiver wird. Ich möchte Sie dazu ermuntern, die Positionen des Qualitätszirkels in Form von Artikeln oder Leserbriefen an die Öffentlichkeit zu tragen, damit sehr deutlich wird, dass der einzelne Arzt zum Wohle des Patienten die Initiative ergreift. In der Anlage übersende ich Ihnen die Zusammenstellung unserer Pressemitteilungen und das Faltblatt des Bündnis Gesundheit 2000, welches im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 8/2003, als Beilage enthalten war. Ein wichtiger Termin ist der 10. Oktober 2003. An diesem Tag wird das Bündnis Gesundheit 2000 einen Informationstag vor dem Kulturpalast in Dresden durchführen. Die vertretenen Verbände werden zwischen 14.00 und 17.00 Uhr die Passanten über die Folgen der geplanten Gesundheitsreform aufklären.

Mit freundlichen Grüßen  
 Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
 Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

An die Schriftleitung „Ärztblatt Sachsen“  
 Sächsische Landesärztekammer,  
 21. 8. 2003

### Missverständnis „Seele“

Der Begriff „Seele“, ein ursprünglich philosophisches, später theologisches Konstrukt, hat sich trotz seiner völlig vagen Bedeutung

und trotz Aufklärung in der abendländischen Kultur und auch im medizinischen Schrifttum ungewöhnlich lange gehalten. Der griechische Begriff „*Psyche*“ fügt sich in die Terminologie der naturwissenschaftlich geprägten Medizin besser ein.

Erstaunt nahm ich zur Kenntnis, dass eine Anaesthesistin kürzlich im „Deutschen Ärzteblatt“ „Seele“ noch immer als ein Faktum gebrauchte, um die *emotionalen Bedürfnisse* von Kranken zu umschreiben. Frau Prof. Riha setzte das Wort „Seele“ im lesenswerten Abdruck ihrer Ansprache zum 13. Sächsischen Ärztetag („Ärztblatt Sachsen“, Heft 8/2003) dankenswerter Weise zwar in Anführungszeichen, assoziierte dazu aber fundamentale existentielle Aspekte des Menschseins, die in der Tat zum Metier von Philosophen gehören. Die Fragen „was ist, woher kommt, und wohin geht der Mensch“ liegen aber in der Regel außerhalb dessen, was Kranke interessiert.

Bei der ärztlichen Kunst geht es um etwas ganz anderes, **zusätzlich** zur Kenntnis und dem therapeutischen Beeinflussen somatischer Prozesse nämlich um das **kontinierliche (!) Bedenken der emotionalen Grundbedürfnisse** bei Patient und Arzt, sodann um das Berücksichtigen der aktuellen sozialen Situation des Patienten (insbesondere seiner sozialen Abhängigkeiten in Familie und Beruf), um das Beachten der *negativen* Emotionen (Angst, Unruhe, Verlust der Zuversicht) und ebenso um die *positiven* Erwartungen und Hoffnungen des Patienten.

Zu den **emotionalen Grundbedürfnissen** eines jeden gehören emotionale und soziale Bindung, soziale Beachtung und Anerkennung, Kontrolle der eigenen Situation und des sozialen Umfeldes, Lustbefriedigung und Unlustvermeidung. Hier ist bei vielen Kranken die Balance gestört.

Viele Kolleginnen und Kollegen sind fähig, diese Sachverhalte mittels Einfühlung von sich selbst auf ihre Patienten zu übertragen und therapeutisch zu berücksichtigen. Hierfür steht heute der Begriff der Empathie.

Schwieriger wird Empathie in allen Fällen mit gestörter Emotionalität, zum Beispiel beim *Fixiertsein* des Patienten an bestimmte Emotionen, bei *gesteigerten* Emotionen, sowie bei Emotionen und Verhaltensweisen, welche der Realität nicht entsprechen.

Aber hier bieten sich heutzutage **Lehrmittel** an, von denen wir vor wenigen Jahrzehnten doch nur träumen konnten, wenn wir sie denn überhaupt gekannt hätten: Die Grundkurse

für Psychotherapie und die **Balintgruppen** für Ärzte aller Fachbereiche. Hier werden die emotionalen und sozialen Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung und die Bedeutung des Gespräches, das therapeutische Gewicht und auch die Gefahr des ärztlichen Wortes immer wieder thematisiert, und dies *auch mit dem Blick auf die Bedürfnisse des Arztes*.

Die Widerstände dagegen dürften in der Ärzteschaft allerdings noch immer ähnlich weit verbreitet sein, wie die Abneigung der Patienten gegen „billige“ (preiswerte) Medikamente. Viele artikulieren Desinteresse aufgrund von Gefühlen der Überforderung durch die Fortbildungsmechanik oder Zeitdruck. Als ich einer jungen Kollegin anlässlich ihrer Niederlassung empfahl, sich auch einer Balintgruppe anzuschließen, reagierte sie mit dem Ausruf: „Ja, was soll ich denn noch alles machen?!“. Ältere Kollegen hingegen glauben nicht selten, dass die persönliche Berufserfahrung in der eigenen Disziplin respektive der „gesunder Menschenverstand“ psychotherapeutisches Wissen und Können überflüssig mache. Ein Irrtum! Für die gelegentlich zu hörenden Zweifel an der Kompetenz psychotherapeutischer Ausbilder gilt die einfache japanische Regel: „Such dir einen Lehrer!“ Noch einmal: Die Antwort auf *philosophische* Fragen und das Befrieden *religiöser* Bedürfnisse ist nicht Aufgabe des Arztes.

Das transzendierende Hoffen Schwerkranker erstreckt sich in ganzer Breite zwischen irgendeiner Form künftigen Lebens und der festen Hoffnung, endlich absolut nicht mehr zu sein, wie mir einer meiner ärztlichen Lehrer, schon moribund, in einem letzten Gespräch versicherte.

Meine über 45-jährige Berufserfahrung – davon 20 Jahre in einem konfessionellen Haus – haben mich gelehrt, dass Patienten mit Gewissens- und Glaubensanliegen nach dem Geistlichen fragen. **Darüber hinaus** warten aber vor allem kritisch und chronisch Kranke oft sehnsüchtig darauf, in einer ihnen wohlthuenden Weise – väterlich, mütterlich, geschwisterlich – zur Person angesprochen und gehört (!) zu werden, letztlich zu dem, was uns Ärzte im Leben ebenso bewegt wie Patienten.

Man kann es lernen. Und, wie in allen Disziplinen unseres Berufes: Man lernt auch als schon Erfahrener nie aus.

Dr. med. Martin Zschornack  
 Caseritzer-Weg 3b, 01920 Rückelwitz



# Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

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

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

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

## ■ Bezirksstelle Chemnitz

### Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 03/C062

Facharzt für Innere Medizin

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Reg.-Nr. 03/C063

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 11. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 03/C064

### Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 03/C065

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 12. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

## ■ Bezirksstelle Dresden

### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 03/D063

### Meißen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 03/D064

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 03/D065

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 11. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

### Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 03/D066

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 03/D067

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 03/D068

Facharzt für Haut- und

Geschlechtskrankheiten

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 03/D069

Facharzt für Haut- und

Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 03/D070

### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 03/D071

### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 03/D072

### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 03/D073

### Riesa-Großenhain

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 03/D074

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 12. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

## ■ Bezirksstelle Leipzig

### Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 03/L029

### Leipziger Land

Facharzt für Haut- und

Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 03/L030

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 03/L031

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 03/L032

### Delitzsch

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 03/L033

Facharzt für Orthopädie

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 03/L034

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 12. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sach-

sen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 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.

## ■ Bezirksstelle Chemnitz

### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 2. Quartal 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 4 03.

## ■ Bezirksstelle Dresden

### Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Praxis in Dresden-Süd

geplante Praxisabgabe: nach Absprache, fließender Übergang und Einarbeitung möglich

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 2. Halbjahr 2004

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 1. 8. 2006

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe 1. 1. bis 31. 3. 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 330.

## ■ Bezirksstelle Leipzig

### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: Juli 2004

### Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: Juli 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 24 32 153.

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum ausgehenden Jahr möchte Sie der Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden zu einer neuen Veranstaltungsreihe einladen. Auf Anregung unserer Kolleginnen und Kollegen wird mit der letzten Veranstaltung in diesem Jahr ein Rückblick auf die Entwicklung des Fachgebietes der Pädiatrie gezogen. Gleichzeitig ist diese Einladung mit der Besichtigung der neu errichteten und im Oktober diesen Jahres eröffneten Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. Manfred Gahr) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden verbunden.

Treffpunkt für den diesmal fachlichen Abstecker ist der **Eingangsbereich der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Haus 21) auf dem Gelände des Universitätsklinikums**, Fetscherstraße 74. Wir treffen uns zur üblichen Zeit **am 3. Dezember 2003, 15.00 Uhr**. Mit der Hoffnung auf zahlreiche interessierte Teilnehmer sowie den besten Wünschen für die Vorweihnachtszeit, ein angenehmes Weihnachtsfest sowie ein gesundes und schönes Jahr 2004 verbleibt der Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Sonntag, 7. Dezember 2003,  
11.00 Uhr

#### Junge Matinee

Musik zur Weihnachtszeit

Es musizieren Schülerinnen und Schüler  
des Heinrich-Schütz-Konservatoriums  
Dresden e.V.

### Ausstellungen

Foyer der  
Sächsischen Landesärztekammer

#### Reinhard Springer

Mensch und Landschaft  
bis 17. November 2003

### Daniel Klawitter

Nächtlicher Garten –  
Zeichnungen und Malerei

18. November 2003 bis  
12. Januar 2004

### Vernissage

Donnerstag, 20. November 2003,  
19.30 Uhr  
Eröffnung: Dr. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

### Foyer der

Sächsischen Landesärztekammer

#### Jochen Fiedler

Landschaften – Pastelle und Ölbilder  
bis 8. Januar 2004

## Buchbesprechung

### Homepage für Ihre Praxis Schritt für Schritt ins Internet

THOMAS KLEINOEDER  
KURT WIEDENHOFF  
Urban & Vogel  
ISBN 3-89935184-3

Die Homepage für die Arztpraxis Anpreisende Werbung für Ärzte ist zwar verboten, sachliche Information ist jedoch erlaubt. Eine Homepage für die Praxis eröffnet hier neue Alternativen für ein effizientes Praxismarketing. Dabei begleitet Sie dieses Buch Schritt für Schritt von den Vorüberlegungen

bis zum vollendeten Online-Auftritt. Es werden technische, aber auch rechtliche und gestalterische Voraussetzungen erläutert. Auch Ärzten, die schon eine Homepage haben, werden weitere Perspektiven aufgezeigt. Mit Hilfe von Tipps und Tricks sowie einer Reihe von Checklisten können Sie Ihren Internetauftritt optimieren. Aus dem Inhalt: Was erwarten Patienten im Netz? Planung einer Web-Präsenz, Domainsicherung, Kosten einer Website, rechtliche Rahmenbedingungen, Erstellung einer Homepage mit und ohne Internetagentur, Suchmaschinen-Marketing.

kö

### 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 Dietrich  
Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. Rudolf Marx  
Prof. Dr. Peter Matzen  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M.A.

### Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-351  
Telefax 0351 8267-352

### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig  
Telefon 0341 22555-0  
Telefax: 0341 22555-25  
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  
Anzeigenleitung: Kristin Böttger  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 gültig.  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise  
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.  
ISSN: 0938-8478

# Der kranke Reichskanzler Otto v. Bismarck und sein Leibarzt Dr. Ernst Schweninger



Otto v. Bismarck

## Charakteristik des Patienten

Der am 1. April 1815 in Schönhausen (Altmark) geborene Otto Eduard Leopold v. Bismarck, aus einer gutsherrlichen Landadelsfamilie stammend, hat als Politiker die deutsche und europäische Geschichte des 19. Jahrhunderts wesentlich beeinflusst. Sein größtes Werk war die baumeisterliche Leistung des 1871 geschaffenen Deutschen Reiches. Er war ein klug und rasch reagierender Steuermann der Innen- und Außenpolitik. Als preußischer Ministerpräsident und späterer Reichskanzler praktizierte er eine Politik mit „Peitsche und Zuckerbrot“. 1878 erließ er das Ausnahmegesetz gegen die deutsche Sozialdemokratie, Jahre später organisierte er das Krankenkassenwesen und brachte im Reichstag wichtige sozialpolitische Gesetze zur Arbeiter-Unfallversicherung sowie Invaliditäts- und Altersversicherung durch.

Mit seiner wuchtigen Gestalt und seinem scharfen Blick strahlte er Kraft und Macht aus. Die immer von ihm mit viel Energie betriebene Politik brachte ihm den Namen „eiserner Kanzler“ ein. Hinter diesem Aushängeschild verbarg sich jedoch ein sensibler Mensch, der wegen seiner Dienstpflichten und persönlichen Ansichten einer großen Gegnerschaft gegenüberstand. Er hatte politische und persönliche Feinde. Als Beispiele seien genannt die Königin von Preußen, spätere Kaiserin Augusta und zahlreiche Abgeordnete wie Eugen Richter und Rudolf Virchow. Der Rentmeister des Prinzen von Kurland unterstützte das Berliner Blatt „Reichsglocke“ mit einer Summe von 125.000 Mark zur Hetze

gegen den Reichskanzler. Die Antipathien gipfelten in den beiden Attentaten von 1866 durch den Studenten Cohen-Blind in Berlin und 1874 durch den katholischen Arbeiter Kullmann in Bad Kissingen, denen Bismarck mit Glück entkam.

Seine Empfindlichkeit bei politischen Auseinandersetzungen war besonders dann groß, wenn er abgespannt war und spürte, dass seine Nerven versagen könnten. Dann passierte es, dass er im Parlament von einem nervösen Zittern überfallen wurde, wenn sich einer seiner hartnäckigen Widersacher zu Worte meldete. Bismarck verließ dann den Saal und kam erst dann zurück, wenn der Redner geendet hatte. Bei einem Pfui-Ruf fühlte er sich quasi angespuckt und konnte so zornig werden, dass er in Zeiten, als er noch einen Revolver in der

Tasche trug, zu sich selber sagte: „Gehst hin und schießt ihn nieder!“ Aber nach einer halben Minute habe er sich eingestanden, dass das doch nicht sein Metier sei.

Otto v. Bismarck war mit Johanna, geborene v. Puttkammer, verheiratet und hatte mit ihr eine Tochter und zwei Söhne. Familienharmonie liebte und pflegte er, wenngleich er natürlich den Ton angab. Den Trost seiner Frau suchte und bekam er, wenn man ihn, wie so oft, geärgert hatte. Mitunter brauchte er den Ärger, damit sich genügend Dampf für die Maschine entwickelte. Entspannung fand er auf seinen großen Besitzungen in Varzin (Hinterpommern) und Friedrichsruh (nahe Hamburg mit dem Sachsenwald), wo er seine Privatwohnsitze hatte und lange Waldspaziergänge unternehmen und ausreiten konnte.

Über „Intimes“ wurde schon damals in den Zeitungen viel berichtet. So erfuhr der Leser, dass Bismarck ein Langschläfer war und selten vor 10.30 Uhr aufstand, aber dann bis 2 Uhr nachts arbeitete. Im Reichskanzleramt brannte in Bismarcks Schlafzimmer die ganze Nacht durch eine Lampe, weil einlaufende Meldungen oft von ihm persönlich erledigt werden mussten. Sein Arbeitsstil warf natürlich auf die Arbeitszeit seiner Mitarbeiter Schatten, denn auch hohe Beamte mussten ihm bis 2 Uhr nachts zur Verfügung stehen (sonntags bis 19 Uhr), weil er Akten anforderte, Depeschen absetzte und mündliche Berichte entgegennahm. Bismarck hatte eine Hauspolizei mit einem Wachtmeister und acht Schutzleuten in Zivil, die ihn auch auf Reisen begleiteten. Sein treuester Begleiter war jedoch der „Reichshund“ Tyras, eine deutsche Dogge.

Im Januar 1888 brachte die Presse eine Legende, die in der Bevölkerung vollen Glauben fand. Danach soll Kaiser Wilhelm I. ein Elixier besessen haben, welches seine Rüstigkeit bis ins hohe Alter erklärte. Der Kaiser habe wenige Tropfen an Feldmarschall Graf Moltke und an Reichskanzler v. Bismarck abgegeben, womit das hohe Alter beider Herren ebenfalls erklärt wurde. Der wirkliche Grund für Bismarcks Durchhalten im Dienst weit über das normale Rentenalter hinaus wird nachfolgend genannt.

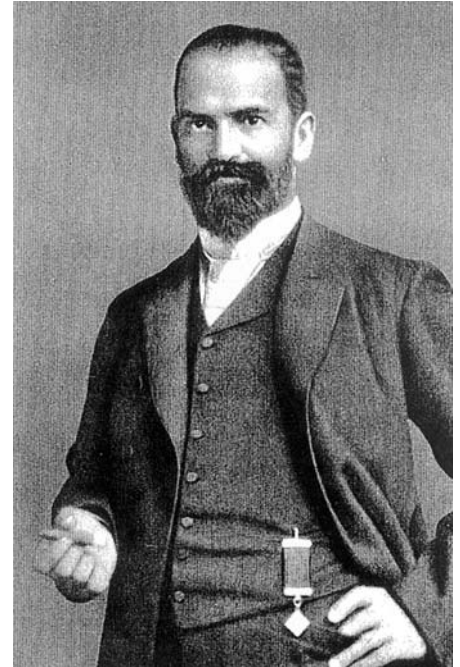
**Aus der Krankengeschichte des Reichskanzlers Otto v. Bismarck**

Bis zu seinem 40. Lebensjahr nahm Bismarck keine Rücksicht auf seine körperliche Belastbarkeit. Dann aber stellten sich rheumatische Beschwerden und Verdauungsstörungen ein. Bei einem Jagdunfall 1857 in Schweden verletzte er sich durch einen Sturz den linken Unterschenkel. Der Wunde schenkte er zunächst keine Bedeutung, bis sich nach einer Kurpfuscherbehandlung ein solcher Wundbrand entwickelte, dass der bekannte russische Chirurg Pirogoff die Amputation oberhalb des Knies empfahl. Der Amputation konnte Bismarck nicht zustimmen und musste als Komplikation eine Embolie mit schwerer Lungenentzündung verkraften. Die Rekonvaleszenz dauerte lang und Bismarck fühlte sich die folgenden Jahre nicht richtig gesund. Im Alter von 50 Jahren merkte er, inzwischen Ministerpräsident von Preußen, das Nachlassen seiner Kräfte. Schon lange quälte ihn ein

„rheumatischer Schmerz“ unter dem linken Schulterblatt. 1866 kam es nach der Schlacht bei Königgrätz zu einem nervlichen Zusammenbruch mit Weinkampf. Ursache war seine Verzweiflung über die Ablehnung der von ihm vorgeschlagenen Beendigung des Krieges gegen Österreich durch den König. Der Dienststress forderte in den Folgejahren Tribut. Bismarck litt unter Magenkrämpfen, Schlafstörungen, Migräne und einem hartnäckigen Gesichtsschmerz, wahrscheinlich Trigemineuralgie. Letzteres war oft so heftig und nicht zu verbergen, dass sich Bismarck einen Vollbart wachsen ließ. Im Jahr 1883 war Bismarck gesundheitlich auf dem Nullpunkt angekommen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten sich viele und namhafte Ärzte um das Wohlbefinden des Kanzlers bemüht, aber keiner konnte ihm helfen. Der eigensinnige Bismarck ließ sich auch nicht helfen, denn er mißtraute prinzipiell der Ärzteschaft und rühmte sich fast, wenn er meinte, dass nicht die Ärzte ihn, sondern er die Ärzte behandelt hätte. Nun aber stand es schlecht um ihn und Kapazitäten aus der Charite, so der Internist Prof. v. Frerichs, hatten Magen- und Leberkrebs diagnostiziert. Bismarcks politische Gegner hofften auf sein baldiges Ende, aber es kam ganz anders.

**Dr. Ernst Schweningen wurde Bismarcks Leibarzt**

Ernst Schweningen, am 15. Juni 1850 in Freystadt (Oberpfalz) geboren, war als Arzt naturheilkundlich und dermatologisch tätig, nachdem er sich im Alter von 25 Jahren für patho-



Dr. Ernst Schweningen

logische Anatomie habilitiert hatte. Wegen einer Affäre musste er die Universität München verlassen. Da er als Anhänger der Oertelschen Kur schon einen gewissen Ruf hatte, erreichte ihn 1880 ein Schreiben des Grafen Wilhelm v. Bismarck, dem jüngeren Kanzlersohn, der eine Konsultation im Reichskanzleramt erbat. Dr. Schweningen ergriff die Gelegenheit, fuhr nach Berlin und stellte bei seinem neuen Patienten folgende Diagnosen:



Spaziergänger v. Bismarck, begleitet von seinem Leibarzt und Tyras

schwere Gicht, Fettsucht und Herzverfettung. Der 28-jährige Mann wog 118 Kilo und hatte schon wegen seines Leidens Wochen und Monate das Bett hüten müssen. Bei ihm setzte Dr. Schweningen seine Spezialtherapie, die als „Schweninger Kur“ bekannt wurde, an. Die Grundelemente seiner Behandlung waren:

- „krankheitsmachende Ursache“ erkennen und ausschalten;
- Abwehrkräfte des Patienten wecken;
- rigorose Befolgung der ärztlichen Anordnungen; bei Aufmucken sofortiger Abbruch der Therapie;
- Durchsetzung einer zweckmäßigen Diät ohne Reduktion des Eiweißpegels.

Dr. Schweningen erkannte die Bereitschaft seines Patienten, sich seinen Anweisungen zu fügen und begann mit der ersten Therapiephase. Für 10 Monate wurde Wilhelm v. Bismarck der Verzehr von Gemüse und Fleisch untersagt. Trotz vieler Zweifler im Umfeld des Patienten, die eine derartige „Dr. Eisenbart-Kur“ ablehnten, blieb der Patient standhaft und erreichte zur Freude seines Arztes das Ziel mit einem Körpergewicht von 88 Kilo. Der Leibumfang war um 80 cm geschwunden. In der zweiten Therapiephase unternahm Dr. Schweningen mit Wilhelm v. Bismarck eine Art Konditionsaufbau, indem sie zusammen wanderten, kletterten und in eiskaltem Wasser schwammen. Am Schluss erfolgte eine Erholungsphase im warmen Süden. Der Erfolg war für alle sichtbar. Die Zweifler schwiegen. Die Gesundung seines Sohnes überzeugte den Reichskanzler vom Können Dr. Schwenin-

gers und er fasste Hoffnung, dass ihm dieser Arzt aus seinem Gesundheitsbankrott heraus-holen könnte. Als die Familie v. Bismarck den Doktor 1882 nach Varzin einlud, erkannte dieser, dass Otto v. Bismarck körperlich und seelisch völlig herunter war. Schlaflosigkeit, Nervenschwäche, schwere gastrische Störungen und der Gesichtsschmerz plagten den Staatsmann. Endlich, im Frühjahr 1883 ergriff er die hilfsbereite Hand des Arztes. Dr. Schweningen aber kannte den Argwohn Bismarcks gegen die Mediziner und wusste, dass er sich schwer unterordnen würde. Gegen Bismarcks harten Kopf half nur grobe Gewalt und deshalb war Dr. Schweningen nur bereit die Behandlung zu übernehmen, wenn er bei der Familie des Kanzlers als Hausgenosse aufgenommen würde. Um Erfolg zu haben, war es unerlässlich, dass man dem essfreudigen Otto v. Bismarck auf die Finger sehen konnte. Die Familie v. Bismarck war mit der Forderung des Doktors einverstanden und so wurde Dr. Schweningen der Leibarzt des Reichskanzlers v. Bismarck. Von Stund an stand Bismarck unter ärztlicher Kontrolle seines „schwarzen Tyrannen“, der brutal in die bisherige Lebensweise des schwerkranken Mannes eingriff. Essen, Trinken, Bewegung, Ruhen, das Arbeitsmaß und der Schlaf wurden aufs Strengste geordnet und überwacht. Zwei Autoritäten stießen praktisch zusammen und es war für jede Seite kein Spaziergang. Es geschah, als der Doktor seinen Patienten bei einer verbotenen Speise ertappte, dass er ihm den Teller unter der Nase weg-zog und aus dem Fenster kippte. Statt Schlaf-

tabletten zu verabreichen setzte sich der Arzt ans Bett seines Patienten und hielt dessen Hand so lange, bis dieser in einen erholsamen Schlaf fiel. Beide wurden ein gutes Gespann und nachdem sich nach mehreren Wochen eine deutliche Besserung zeigte, fuhr Dr. Schweningen mit dem Kanzler nach Bad Kissingen und Gastein, wo die Schweningen-Kur mit Bädern ergänzt, fortgesetzt wurde. Alle nervösen und funktionellen Störungen konnten beseitigt und der Gesichtsschmerz gemindert werden.

Geradezu „verjüngt“ kehrte Otto v. Bismarck nach Berlin zurück und nahm seinen Dienst in der Tretmühle wieder auf. Dr. Schweningen hatte ihm ein relatives Gesundheitsgefühl verschafft, wie er es seit vielen Jahren nicht mehr gekannt hatte. Der 68 Jahre alte strapazierte Körper hatte wieder Kraft aufgetankt, was Bismarck damit demonstrierte, dass er wieder reiten konnte und seine Vitalität bis zu seiner Entlassung als Reichskanzler 1890 erhalten blieb. Übrigens, der Leberkrebs hatte sich als riesiger Gallenstein entpuppt. Um seinen Leibarzt in seiner Nähe zu haben, verschaffte ihm Bismarck gegen den Widerstand einiger Professoren (unter anderem Virchow) 1884 eine Professur an der Charite, wo Prof. Dr. Schweningen die Leitung einer Hautabteilung übernahm. Vor 105 Jahren, am 30. Juli 1898, starb Otto v. Bismarck in Friedrichsruh.

Literatur beim Verfasser  
Dr. med. Heinz Zehmisch  
Stresemannstraße 40, 08523 Plauen

## Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

| 60 Jahre |  |         |   |         |  |
|----------|--|---------|---|---------|--|
| 01. 12.  | Dr. med. Birke, Joachim<br>01445 Radebeul          | 08. 12. | Dr. med. Gruner, Heidrun<br>09116 Chemnitz                | 14. 12. | Dr. med. Höpner, Wolfgang<br>04356 Leipzig |
| 01. 12.  | Dr. med. Schadeberg, Ulrich<br>09599 Freiberg      | 08. 12. | Dr. med. Heidenreich-Franke, Eva-Maria<br>01129 Dresden   | 17. 12. | Dr. med. Schuhknecht, Karin<br>08626 Adorf |
| 01. 12.  | Dr. med. Weber, Elke<br>01217 Dresden              | 08. 12. | Njoku-Rößler, Hannelore<br>09434 Krumhermersdorf          | 18. 12. | Richter, Christa<br>01309 Dresden          |
| 02. 12.  | PD Dr. med. habil. Köstler, Erich<br>01217 Dresden | 09. 12. | Dr. med. Steinert, Peter<br>08294 Löbnitz                 | 21. 12. | Dr. med. Pittner, Bernd<br>04420 Göhrenz   |
| 03. 12.  | Dr. med. Launer, Barbara<br>01328 Dresden          | 11. 12. | Doz. Dr. med. habil. Schier, Erhard<br>04416 Markkleeberg | 22. 12. | Dr. med. Hache, Barbara<br>08056 Zwickau   |
| 07. 12.  | Dr. med. Pfeil, Bernd<br>04329 Leipzig             | 12. 12. | Dipl.-Med. Peter, Gisela<br>01217 Dresden                 | 22. 12. | Müller, Monika<br>01187 Dresden            |
|          |  | 12. 12. | Wittig, Heidi<br>01877 Rammenau                           | 24. 12. | Dr. med. Schmidt, Angelika<br>09221 Adorf  |

|         |  |         |   |         |  |
|---------|--|---------|---|---------|--|
| 25. 12. | Dr. med. Heilmann, Horst<br>01558 Großenhain         | 23. 12. | Prof. Dr. med. habil. Kunath, Bernhard<br>01259 Dresden         | 01. 12. | <b>81 Jahre</b><br>Dr. med. Ermisch, Herbert<br>02763 Zittau     |
| 26. 12. | Dr. med. Meißner, Just<br>04159 Leipzig              | 24. 12. | Dr. med. Schiller, Klaus<br>08371 Glauchau                      | 29. 12. | Dr. med. Günther, Waltraute<br>04177 Leipzig                     |
| 26. 12. | Dr. med. Ostwaldt, Frank<br>01217 Dresden            | 25. 12. | Dr. med. Felgentreu, Paul<br>09127 Chemnitz                     |         | <b>82 Jahre</b>  |
| 27. 12. | Dipl.-Med. Bochmann, Katharina<br>09392 Auerbach     | 26. 12. | Dr. med. Sachse, Helga<br>01157 Dresden                         | 10. 12. | Dr. med. Peege, Oskar<br>04109 Leipzig                           |
| 27. 12. | Dr. med. Zuber, Barbara<br>01326 Dresden             | 27. 12. | Dr. med. Schweinitz, Gisela<br>08527 Plauen                     |         | <b>83 Jahre</b>  |
| 31. 12. | Dr. med. Backhaus, Henrike<br>01277 Dresden          | 27. 12. | Prof. Dr. med. habil. Witzleb, Wolf<br>01474 Pappritz           | 01. 12. | Dr. med. Wehnert, Hans<br>01454 Radeberg                         |
| 31. 12. | Kühn, Karla<br>04288 Leipzig (Holzhausen)            | 28. 12. | Dr. med. Müller, Ingrid<br>09127 Chemnitz                       | 15. 12. | Dr. med. Gebhardi, Rosemarie<br>08523 Plauen                     |
|         | <b>65 Jahre</b>                                      | 29. 12. | Hoppe, Erhard<br>09648 Altmittweida                             | 17. 12. | Prof. Dr. med. habil. Haller, Hans<br>01069 Dresden              |
| 01. 12. | Dr. med. Berchtig, Frank<br>01309 Dresden            | 29. 12. | Werner, Hannelore<br>01877 Bischofswerda                        | 29. 12. | Prof. em. Dr. med. habil.<br>Pickenhain, Lothar<br>04299 Leipzig |
| 01. 12. | Dr. med. Börner, Gisela<br>04288 Leipzig             |         | <b>70 Jahre</b>   |         | <b>84 Jahre</b>  |
| 01. 12. | Dr. med. Freese, Karin<br>09600 Oberschöna           | 01. 12. | Dr. med. Börker, Gerta<br>09114 Chemnitz                        | 06. 12. | Dr. med. Steffan, Otto<br>08645 Bad Elster                       |
| 03. 12. | Schmole, Renate<br>04159 Leipzig                     | 02. 12. | Dr. med. Drechsel, Christel<br>09390 Gornsdorf                  | 17. 12. | Dr. med. Migale, Rudolf<br>01824 Kurort Gohrisch                 |
| 03. 12. | Dr. med. Spiller, Hildegard<br>04736 Waldheim        | 03. 12. | Prof. Dr. med. habil. Schmidt, Joachim<br>01324 Dresden         | 26. 12. | Dr. med. Neumann, Edith<br>04299 Leipzig                         |
| 04. 12. | Dr. med. Door, Gerlind<br>04103 Leipzig              | 11. 12. | Leja, Rita<br>01705 Freital                                     |         | <b>85 Jahre</b>  |
| 04. 12. | Dr. med. Thiel, Hans-Georg<br>08058 Zwickau          | 12. 12. | Dr. med. Zielinski, Christa<br>01257 Dresden                    | 21. 12. | Dr. med. Hellfritzsich, Fritz<br>01587 Riesa                     |
| 05. 12. | PD Dr. med. habil. Friedrich, Peter<br>04769 Seelitz | 14. 12. | Dr. med.habil. Voigt, Werner<br>09244 Lichtenau                 | 26. 12. | Dr. med. habil. Brandt, Heinz<br>04889 Gneisenaustadt Schildau   |
| 08. 12. | Dr. med. Eichler, Ursula<br>02736 Oppach             | 20. 12. | Dr. med. Michel, Wolfgang<br>09350 Lichtenstein                 |         | <b>86 Jahre</b>  |
| 09. 12. | Dr. med. Muschter, Gisela<br>01257 Dresden           | 22. 12. | Prof. Dr. med. habil.<br>Schwenke-Speck, Helga<br>04316 Leipzig | 11. 12. | Dr. med. Schenkel, Hans-Joachim<br>08412 Werdau                  |
| 09. 12. | Dr. med. Sljunin, Ingrid<br>04703 Leisnig            | 25. 12. | Prof. Dr. med. habil. Henßge, Rolf<br>01239 Dresden             |         | <b>88 Jahre</b>  |
| 12. 12. | Dr. med. Ruhsland, Christel<br>02827 Görlitz         | 26. 12. | Dr. med. Hempel, Eberhard<br>09235 Burkhardtsdorf               | 15. 12. | Dr. med. Weisbach, Hans-Georg<br>08056 Zwickau                   |
| 13. 12. | Dr. med. Heinicke, Hans-Dieter<br>01129 Dresden      |         | <b>75 Jahre</b>   |         | <b>89 Jahre</b>  |
| 14. 12. | Dr. med. Tolkmitt, Ullrich<br>09127 Chemnitz         | 02. 12. | Dr. med. Seidel, Johannes<br>01705 Freital                      | 31. 12. | Dr. med. Born, Helmut<br>01326 Dresden                           |
| 16. 12. | Dr. med. Zimmermann, Leonore<br>01326 Dresden        | 02. 12. | Dr. med. Winde, Eva-Brigitte<br>09456 Annaberg-Buchholz         |         | <b>90 Jahre</b>  |
| 17. 12. | Dr. med. Scheffler, Regina<br>09392 Auerbach         | 10. 12. | Rother, Grete<br>01307 Dresden                                  | 10. 12. | Dr. med. Rudolph, Peter<br>01445 Radebeul                        |
| 17. 12. | Dr. med. Vogelsang, Günter<br>01689 Niederau         | 14. 12. | Dr. med. Graupner, Regina<br>01069 Dresden                      | 18. 12. | Dr. med. Emmrich, Kurt<br>09127 Chemnitz                         |
| 19. 12. | Schirmer, Werner<br>04420 Markranstädt/Seebenisch    | 20. 12. | Dr. med. Klemm, Gottfried<br>02694 Malschwitz                   | 23. 12. | Dr. med. Steuer, Margarethe<br>08373 Niederlungwitz              |
| 20. 12. | Dr. med. Dobberkau, Gudrun<br>08645 Bad Elster       | 21. 12. | Dr. med. Richter, Heinz<br>01277 Dresden                        |         | <b>92 Jahre</b>  |
| 20. 12. | Dr. med. Schneider, Lothar<br>02977 Hoyerswerda      | 30. 12. | Dr. med. Seim, Günter<br>09111 Chemnitz                         | 13. 12. | Dr. med. Kasperek, Bernhard<br>08645 Bad Elster                  |
| 21. 12. | Dr. med. Brosig, Dieter<br>04509 Laue                |         |   |         |  |



# Mandatsträger der Kammerversammlung Wahlperiode 2003/2007

Regierungsbezirk Dresden

**Stadt Dresden**

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Facharzt für Innere Medizin  
Angestellter Arzt  
Universitätsklinikum Dresden



PD Dr. med. habil. Maria Kabus  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Angestellte Ärztin  
Krankenhaus Dresden-Neustadt



Dr. med. Thomas Fritz  
Facharzt für Innere Medizin  
Angestellter Arzt  
Universitätsklinikum Dresden



Prof. Dr. med. habil. Claus Seebacher  
Facharzt für Haut- und  
Geschlechtskrankheiten  
Arzt im Ruhestand, Dresden



Dr. med. habil. Eckart Wunderlich  
Facharzt für Innere Medizin  
Angestellter Arzt  
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt



Dr. med. Bettina Prager  
Fachärztin für Humangenetik  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Norbert Grosche  
Facharzt für Radiologie  
Niedergelassener Arzt, Dresden



PD Dr. med. habil. Gerhard Heptner  
Facharzt für Innere Medizin  
Niedergelassener Arzt, Dresden



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Arzt im Ruhestand, Dresden



Bettina Pfannkuchen  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Gisela Trübsbach  
Fachärztin für Radiologie  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Manfred Halm  
Facharzt für Chirurgie  
Angestellter Arzt  
Krankenhaus Dresden-Neustadt



Dr. med. Rainer Weidhase  
Facharzt für Chirurgie  
Angestellter Arzt  
Krankenhaus Dresden-Neustadt



Dr. med. Petra Merkel  
Fachärztin für Chirurgie  
Ärztin im Ruhestand, Dresden



Dr. med. Ursula Hausmann  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



**Bautzen**

Dr. med. Karl-Friedrich Breiter  
Facharzt für Innere Medizin  
Arzt im Ruhestand, Bautzen



Dr. med. Thomas Rothe  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Niedergelassener Arzt, Dresden



Steffen Seiler  
Facharzt für Anästhesiologie  
Angestellter Arzt  
Klinikum Krankenhaus Bautzen



Dr. med. Brigitta Krosse  
Fachärztin für Innere Medizin  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Christian Liebisch  
Arzt in Weiterbildung  
Angestellter Arzt  
Klinikum Krankenhaus Bischofswerda



Dr. med. Kristina Weiss  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



**Stadt Görlitz**

Dr. med. Matthias Liebig  
Facharzt für Innere Medizin  
Angestellter Arzt  
Städtisches Klinikum Görlitz GmbH



Dr. med. Angela Jeromin  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Niedergelassene Ärztin, Dresden



Dr. med. Hans-Henning Abel  
Facharzt für Anästhesiologie  
Facharzt für Physiologie  
Angestellter Arzt  
St.-Carolus-Krankenhaus, Görlitz



**Hoyerswerda**

DM Norbert Dobberstein  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Niedergelassener Arzt, Hoyerswerda



**Kamenz**

DM Ingolf Schmidt  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Niedergelassener Arzt, Ossling



Dr. med. Steffen Fiedler  
 Arzt in Weiterbildung  
 Angestellter Arzt, Malteserkrankenhaus  
 „St. Johannes“ Kamenz



**Löbau-Zittau**

Ute Taube  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin  
 Niedergelassene Ärztin  
 Berthelsdorf



Dr. med. Frank Eisenkrätzer  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Niedergelassener Arzt, Radebeul



Dr. med. Winfried Rieger  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Angestellter Arzt  
 Kreiskrankenhaus Löbau, Ebersbach



Dr. med. Jürgen Straube  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Niedergelassener Arzt, Meißen



**Meißen-Radebeul**

Dr. med. Johannes Baumann  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Niedergelassener Arzt, Coswig



**Niederschlesischer Oberlausitzkreis**

DM Thomas Flämig  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Niedergelassener Arzt, Niesky



**Riesa-Großenhain**

Dr. med. Michael Abmann  
Facharzt für Innere Medizin  
Angestellter Arzt  
Klinikum Riesa-Großenhain, Riesa



Torsten Granzow  
Facharzt für Innere Medizin  
Niedergelassener Arzt  
Hohwald/Langburkersdorf



Dr. med. Roland Zippel  
Facharzt für Chirurgie  
Angestellter Arzt  
Klinikum Riesa-Großenhain, Riesa



**Weißeritzkreis**

DM Klaus-Ulrich Däßler  
Facharzt für Innere Medizin  
Niedergelassener Arzt, Freital



**Sächsische Schweiz**

Dr. med. Heidemarie Clausnitzer  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Niedergelassene Ärztin, Heidenau



Dr. med. Jörg Wienold  
Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Angestellter Arzt  
Kreiskrankenhaus, Freital



DM Matthias Schmidt  
Facharzt für Neurologie  
Niedergelassener Arzt, Neustadt



DM Ulrike Bielß  
Fachärztin für Innere Medizin  
Angestellte Ärztin  
Kreiskrankenhaus, Freital

## Nächtlicher Garten Daniel Klawitter

Ausstellung



In der Ausstellung von Daniel Klawitter, Jahrgang 1962, „Nächtlicher Garten“ sind Arbeiten aus einer größeren Serie unter gleichem Titel zu sehen, die der Künstler in diesem Jahr begonnen hat und ihn auf unbestimmte Zeit weiter beschäftigen werden. Es handelt sich dabei um Malerei auf

schwarzen Gründen, bei der Pflanzen, Tiere und menschliche Figuren, entstanden aus assoziativem Naturerlebnis und abstrahierender Zusammenfassung, aus dem Dunkel hervortreten. In den Arbeiten geht es immer um die Verbindung von figürlicher und ornamentaler Darstellung zu einer komprimierten Elementarform, die als entstandener plastischer Körper und seiner Autonomie innerhalb des Bildraumes, auf Existenz und ihre Infragestellung hinweist.

Außerdem werden in der Ausstellung Zeichnungen, kleiner und mittleren Formats, aus den letzten Jahren zu sehen sein. Einige Zeichnungen besitzen Aufzeichnungs- bzw. Studiencharakter, andere wiederum sind in ihrer Aus-

föhrlichkeit und Geschlossenheit sehr bildhaft. Die Zeichnungen nehmen innerhalb der Arbeit des Künstlers einen wichtigen Platz ein, da sie der Formuntersuchung und -sammlung dienen.

Daniel Klawitter

**Ausstellung:**

**18. November 2003 bis 12. Januar 2004**

Geöffnet:

Mo. – Fr. 9.00 bis 18.00 Uhr

**Vernissage:**

**Donnerstag, 20. November 2003, 19.30 Uhr**

Eröffnung:

Frau Dr. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden