

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 7/2004

---

<b>Berufspolitik</b>	14. Sächsischer Ärztetag/ 30. Kammerversammlung/ 15. erweiterte Kammerversammlung	<b>328</b>
	Änderung der Bundesärzteordnung Abschaffung der AiP-Phase	<b>341</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Präventionsgesetz und Medizin	<b>342</b>
	Der sächsische Notarzt: Ein preiswerter und geduldiger Leistungserbringer im Gesundheitssystem	<b>344</b>
	Impressum	<b>346</b>
	J. Baldauf Sprachauffälligkeiten bei 3- bis 4-jährigen Kindern	<b>347</b>
	Kindergartenuntersuchung in allen sächsischen Kindergärten	<b>350</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Neues Förderkonzept für Heilberufsangehörige in Sachsen	<b>351</b>
	Gesundheitliche Beurteilung von illegal Einreisenden	<b>351</b>
	Christine und Dieter Weise Zweierlei Sicht auf sechs Farben	<b>356</b>
	Ausstellungen	<b>356</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Klausurtagung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin	<b>352</b>
<b>Personalia</b>	Dr. med. Peter Schwenke zum 70. Geburtstag	<b>354</b>
	Unsere Jubilare im August	<b>355</b>
	Nachruf für Dr. med. Hans Bach	<b>358</b>
	Totentafel	<b>359</b>
<b>Leserbrief</b>	Leserbrief von Dr. med. Roland Schmerler	<b>356</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>357</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – September 2004	

---

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

# 14. Sächsischer Ärztetag

## 30. Kammerversammlung

Dresden  
25./26. Juni 2004



Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn des 14. Sächsischen Ärztetages die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Besonders willkommen hieß er die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens; Herrn Prof. Dr. Christoph Josten von der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und Herrn Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer Wrocław. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 73 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Höhepunkt der Arbeitstagung am 25. Juni 2004 war der Bericht des Präsidenten über aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik



Präsidium

sowie die Würdigung des Tätigkeitsberichtes 2003 der Sächsischen Landesärztekammer.

### Ärztliche Tätigkeit zwischen Freiberuflichkeit und Staatsmedizin

In seiner Rede ging Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze insbesondere auf die Folgen der Gesundheitsreform ein. Das Gesetz versprach eine Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen. Wurde das Ziel erfüllt? Modernisiert das Gesetz die Gesetzliche Krankenversicherung? Trägt es zu einer Qualitätsverbesserung bei? Der Eindruck ist nach Auffassung von Professor Jan Schulze ein anderer: Die ärztliche Tätigkeit wird durch eine enorme Bürokratie weiter erschwert und die Krankenkassen können sich über einen Machtzuwachs und höhere Einnahmen aus der Praxisgebühr freuen, die die Ärzte für sie kassieren müssen. Statt in dieser Situation die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu motivieren, veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium ein haarsträubendes „Schwarzbuch“. Ärzte sowie andere Heil- und Pflegeberufe stieß man gerade in Sachsen damit vor den Kopf, obwohl sie es sind, die unbezahlte Überstunden in der Patientenversorgung leisten.

### Gesundheitsreform

Die Gesundheitspolitik ist geprägt von einzelnen Theoretikern. Sie argumentieren im Sinne von Profit und Effizienz. Doch wer Wettbewerb fordert, darf keine Nächstenliebe erwarten. Die Begriffe „Zuwendung“, „Vertrauen“ und „Menschlichkeit“ werden ersetzt durch „Bilanz“, „Kapital“ und „Wettbewerb“. Es besteht die ernsthafte Gefahr der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Die aktuelle Gesundheitspolitik führt unter dem Deckmantel der Einnahmenverbesserung der Krankenkassen zu einer schleichenden Rationierung

von Gesundheitsleistungen für Patienten. Die Gesundheitsreform hat einen Paradigmenwechsel herbeigeführt, dessen Auswirkungen erst in zwei, fünf oder zehn Jahren konkret benannt werden können. Der Freude über sinkende Arzneimittelausgaben der Krankenkassen oder rückläufige Zahlen bei Arztbesuchen steht ein prospektiver Anstieg chronischer Erkrankungen gegenüber. Patienten gehen nicht mehr zuerst zum Arzt, sondern zum Apotheker und kurieren sich selbst.

### Freiberuflichkeit der Ärzte

Vor allem die Freiberuflichkeit in Verbindung mit einer wirtschaftlichen Arbeitsfähigkeit steht auf dem Spiel. Die Freiberuflichkeit wird immer stärker eingeschränkt durch Vorgaben der Verwaltung und Kontrollmaßnahmen der Krankenkassen über den Medizinischen Dienst. Viele von den niedergelassenen Ärzten fühlen sich gegängelt. Auch die stationär tätigen Ärzte kämpfen mit Begründungen, warum ein Patient noch zwei Tage länger im Krankenhaus verweilt oder warum man ihm noch eine weitere Leistung verordnen musste. Die Therapiefreiheit ist durch die Zuzahlungsregelungen ebenfalls betroffen. Eine Folge neuer Versorgungsformen wird mit Sicherheit die Konzentration der fachärztlichen Versorgung sein. Kleinere Krankenhäuser werden schließen müssen. Man spricht von einem Drittel in Sachsen. Dies bedeutet die Abschaffung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung. Gekoppelt an den Ärztemangel in Sachsen haben wir mit einer gravierenden Fehlentwicklung zu rechnen. Was bedeutet das für ältere und kranke Menschen? Zukünftig wird man sehr weit zur Dialyse, zur Chemotherapie oder Diabetesbehandlung fahren müssen. Das ist statistische Rationierung.

### DRG und DMP

Die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern verstärkte den Prozess. Leistungsverdichtung im Akutkliniksektor, Verkürzung der Verweildauer und eine frühe Entlassung von Patienten sind einige negative Folgen. Dadurch entsteht ein hoher Leistungsdruck auf den ambulanten und rehabilitativen Bereich mit Finanzierungslücken in den betroffenen Sektoren. Bettenstreichungen (1991: 40 Tsd.; 2004: 29 Tsd.), Budgetkürzungen und Wartelisten sind weitere Effekte der DRG an sächsischen Krankenhäusern. Der Anteil an Privatkliniken wird



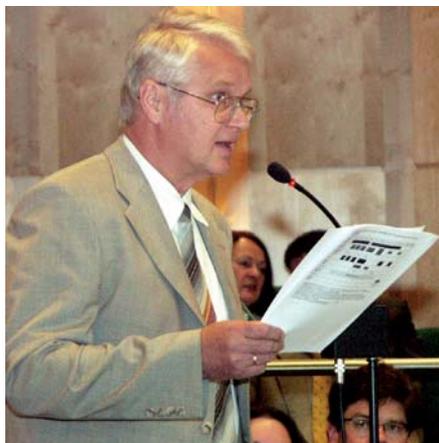
Dr. Michael Burgkhardt

sich mittelfristig ebenfalls erhöhen. Dagegen sinkt der Personalbestand seit über zehn Jahren beständig (1991: 52 Tsd. Vollkräfte; 2001: 42 Tsd. Vollkräfte; -20%). Bei Klinikärzten stieg dadurch die Fallzahl von 1991 bis 2001 um 64 Prozent und für Patienten sank die Verweildauer von 18 Tagen im Jahre 1991 auf 10 Tage im Jahre 2001. Und die Schraube dreht sich weiter.

Eine gut entwickelte integrierte Versorgung bietet Vorteile für Patienten. In Sachsen wurden sehr gute Erfahrungen bei der Betreuung von Diabetikern gemacht. Kurze Wege, optimale Behandlung und geringer Verwaltungsaufwand waren nicht zuletzt gute Gründe für Ärzte, sich an dem sächsischen Diabetes Programm zu beteiligen.

Wie schlecht so etwas aber laufen kann, war bei der Einführung des Disease-Management-Programms „Diabetes Typ 2“ im Januar 2004 zu sehen. Politischer Aktionismus hat in kurzer Zeit ein gut funktionierendes und gewachsenes Versorgungsnetz in Sachsen zerstört. In dessen Folge stieg die bürokratische Belastung für den Arzt erheblich. Eine Dreiländer-Umfrage bestätigte die vorab geäußerten Bedenken gegen das Programm. Vor allem die mangelnde Wissenschaftlichkeit wurde kritisiert.

Als besonders nachteilig hat sich die Koppelung der Chronikerprogramme an den Risikostrukturausgleich erwiesen. Die vordergründige Motivation der Gesetzlichen Krankenkassen, die Umsetzung der Programme zu verfolgen, besteht in den hohen Zahlungen aus dem Ausgleichfonds. Teilweise wurden Patienten in das Programm aufgenommen, obwohl sie gar nicht da hinein gehören. Eine grund-



Prof. Dr. Siegwart Bigl

sätzliche Änderung dieser RSA-DMP Problematik ist dringlich, ja überfällig!

#### **Bürokratie in Praxis und Klinik**

Erstmals auf einem Deutschen Ärztetag stand die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit auf der Tagesordnung. Schreibearbeiten aller Art, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der gesamten Arbeitszeit ein. Rund 70 Prozent der Arbeitszeit in einer Niederlassung entfallen auf Bürokratie. Davon allein 30 Prozent direkt auf den Arzt. Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Sie ist lediglich dagegen, sich mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden. Bei der Einführung neuer

Dokumentationen muss deshalb dringend kontrolliert werden, ob ältere Verfahren entfallen können. Es gilt die Maxime, Daten einmal zu erfassen und mehrfach zu nutzen. Und nicht umgekehrt!

Zu begrüßen ist die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz, die unter Federführung von Sachsen und Rheinland-Pfalz Vorschläge zum Abbau des Dokumentationsaufwandes unter Beteiligung der Selbstverwaltung erarbeiten und mit dem Bundesgesundheitsministerium umsetzen will.

#### **Qualität in der Medizin**

Qualitätssicherung wurde im ärztlichen Handeln schon immer berücksichtigt. Stichworte dazu sind Fallkonferenzen, Röntgendemonstration, Laborwert- und Methodendiskussion. Neben der kontinuierlichen Fortbildung haben besonders in Ostdeutschland die hohen Obduktionsraten zur systematischen Qualitätssicherung beigetragen. Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Kliniken und demnächst auch in den Praxen sind ebenfalls ein Zeichen für den ärztlichen Willen einer Qualitätssicherung in der Medizin. Es gilt noch immer folgendes simples Axiom: „Wer primär auf die Kosten sieht, senkt die Qualität. Wer auf die Qualität sieht, senkt die Kosten“.

Die Politik ist der Ansicht, dass die Qualität eines Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Von Quantität zu Qualität durch Mindestmengen lautet die Devise. Eine Analyse aus ärztlicher und wissenschaftlicher Sicht auf dem 107. Deutschen Ärztetag

---

brachte dagegen ganz andere Ergebnisse. Die politischen und strukturellen Folgen von Mindestmengen lauten: Konzentrationsprozess und Zentrenbildung im Krankenhausbereich. Das führt zu Wartelisten durch eine Reduktion der Krankenhäuser und zur Ausdünnung der wohnortnahen Versorgung. Auch deshalb ist die Ärzteschaft gegen eine „naive“ Mindestmengen-Euphorie. Für die weitere Debatte sind aus diesen Gründen die positiven und negative Effekte abzuwägen. Zusätzlich wird eine Forschung nach besseren Qualitätsindikatoren gefordert.

#### **Hausarzt der Zukunft**

Die Qualität eines Gesundheitswesens zeichnet sich durch freie Arztwahl, Therapiefreiheit, Therapiewahl und Chancengleichheit aus. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen stellt besondere Herausforderungen an die hausärztliche Versorgung. Eine kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Kenntnis des jeweiligen häuslichen und familiären Umfeldes ist nur durch eine qualifizierte hausärztliche Versorgung möglich.

Der 14. Sächsische Ärztetag hat mit einem wegweisenden Beschluss zur Weiterbildungsordnung den „Hausarzt der Zukunft“ begründet und die Entscheidung des 105. Deutschen Ärztetages in Rostock von 2002 adäquat umgesetzt. Und das war dringend notwendig, um die flächendeckende hausärztliche Versorgung zu erhalten. Der „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist auf dem Vormarsch.

#### **Ärztmangel in Sachsen**

Seit Jahren sind uns die Zahlen zum Rückgang an berufstätigen Ärzten bekannt. Arbeitsgruppen hat es gegeben. Gute Vorschläge wurden unterbreitet. Aber was ist passiert? Wenig. Die Ärzteschaft hat einiges auf den Weg gebracht, um der negativen Entwicklung entgegenzuwirken und Ärzte zu einer Niederlassung auf dem Land zu bewegen. Dazu gehört die Förderung der Weiterbildung „Allgemeinmedizin“, die Änderung der Approbationsordnung unter Berücksichtigung allgemeinmedizinischer und mehr praxisorientierter Lerninhalte. Die Medizinische Fakultät der TU Dresden ist hier ein Vorreiter für ein durchgängiges Harvard-Studiencurriculum und ein flächendeckendes Netz akademischer Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser. Auf lokaler Ebene werden bereits jetzt Ärzte im Praktikum durch Zusatzzahlungen der öffentlichen und privaten Kliniken wie Assistenz-

---

ärzte bezahlt. Die Sächsische Landesärztekammer wird im Oktober 2004 in einer Veranstaltung über die vorhandenen Rahmenbedingungen einer Niederlassung informieren. Und einige Kreisärztekammern haben Arbeitskreise gebildet, um die regionalen Probleme in den Griff zu bekommen. Es ist an dieser Stelle wichtig, sich bei den engagierten Ärzten in den Landkreisen für ihren Einsatz zu bedanken.

Ein schlechtes Zeugnis muss dagegen der Politik ausgestellt werden. Trotz einiger intensiver Beratungen von drei Arbeitsgruppen unter Federführung des Sächsischen Sozialministeriums konnten bisher keine der dort entwickelten Vorschläge umgesetzt werden. Außer appellativen Verlautbarungen ist nichts konkretes passiert.

Die Lösung des Ärztemangels ist eine vordringlich sächsische Aufgabe. Hier müssen Wege gefunden, müssen Vorschläge erarbeitet werden, um die ärztliche Tätigkeit vor Ort materiell und ideell attraktiver zu gestalten. Sachsen kann es sich nicht leisten, in kostenintensiven Studiengängen hochqualifizierte Mediziner an den Hochschulen für eine Tätigkeit im Ausland auszubilden.

### **Osteuropa**

Die progressive Anwerbung ausländischer Kollegen kann nicht der Königsweg für Sachsen sein. Nichts spricht dagegen, Ärzten aus dem Ausland befristet die Möglichkeit einer Weiterbildung zu geben oder Auslandserfahrung in Deutschland zu sammeln. Doch darf es durch Lohngefälle und ungleichen Lebensstandard nicht zum Aufreißen von Versorgungslücken in den Nachbarländern kommen. Wir haben auch eine moralische Verpflichtung gegenüber unseren neuen EU-Mitgliedern. Einen Exodus an ausländischen Ärzten wird es in den Anrainerstaaten wegen der Sprachbarriere nicht geben.

### **Bündnis Gesundheit 2000**

Von der Gesundheitsreform sind neben den Patienten und Ärzten auch alle anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen betroffen. Der Austausch im „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ über berufliche Arbeitsgebiete hinweg, bringt Parallelentwicklungen zu Tage. So verzeichnen die Pflegeberufe ebenfalls einen Rückgang an qualifiziertem Personal. Ursachen sind zurückgehende Bewerberzahlen und ein sinkendes Schulausgangsniveau. Gleichzeitig erfolgt der Aus-

# 14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung

Dresden  
25./26. Juni 2004

tausch von Krankenschwestern durch Arzthelferinnen an den Kliniken. Vor allem aus Kostengründen wird auf hoch qualifiziertes Personal verzichtet. Qualität ist in diesem Bereich auf lange Sicht nicht mehr gegeben.

## Ursache und Wirkung in den Sozialsystemen

Verkennen darf man bei allen Diskussionen nicht die Hauptursache der Probleme in den Sozialsystemen: Die verfehlte Förderung der Infrastruktur nach 1990 in den neuen Bundesländern bei gleichzeitiger Vernachlässigung des Arbeitsmarktes. Unsere Jugend wandert ab, und die Älteren sitzen zu Hause. Ein Rückgang an Zahlungen in die Sozialversicherungssysteme ist nur eine logische Folge davon. Wenn es gelingt, mehr Menschen in Arbeit zu bringen und jungen Leuten in Sachsen eine Perspektive zu bieten, dann stellen sich die Probleme ganz anders dar.

Die Entwicklung einer tragfähigen Krankenversicherung ist Aufgabe der Finanzpolitiker und Ökonomen nicht der Ärzte. Ob Rürup- oder Herzog-Kommission, ob CDU oder SPD, das ist gleich. Die Krankenversicherung der Zukunft wird parteien- und lagerübergreifend erarbeitet werden müssen, nur dann hat sie Erfolg.

## Verantwortung für das Lebensende

Besonders gefordert ist die ärztliche Verantwortung für Patienten in der letzten Phase ihres Lebens. Ärzte sind deshalb in der Pflicht, weil die medizinische Forschung von jeher die Heilung von Krankheiten und auch die Verlängerung des Lebens als eines der Hauptziele angesehen hat und immer noch sieht. Medikamente, Methoden, Verfahren und Technik wurden auf dieses Ziel hin entwickelt und verbessert. Vor 20 Jahren starben die Menschen an Krankheiten, die wir heute heilen oder zumindest deren Fortschreiten wir hinauszögern können.

Wenig beachtet blieben die Probleme, welche mit einem „langen Leben“ oder einem „am Leben erhalten“ zusammenhängen. Die Deutsche Ärzteschaft hat sich nun mehrfach mit diesem Themenkreis auseinandergesetzt und erst vor wenigen Wochen überarbeitete „Grundsätze einer ärztlichen Sterbebegleitung“ veröffentlicht. Die Grundsätze sind eine wichtige medizinethische Leitlinie zum Umgang mit Sterbenden. Sie stellen ein Gegengewicht zu den heutigen Euthanasie-Befürwortern in Holland, Belgien, der Schweiz und

auch in Deutschland dar. Aktive Sterbehilfe ist Tötung eines Menschen. Das müssen Ärzte kategorisch ablehnen. Es ist an uns und der Politik, die Rahmenbedingungen für ein Sterben in Würde und ohne Schmerzen zu schaffen.

## Wer Leistung fordert...

Wir betreuen mehr Patienten bei längerer Arbeitszeit. Eine Angleichung der Ostvergütung an das westdeutsche Niveau ist 15 Jahre nach der Wende deshalb längst überfällig. Eine Bundesratsinitiative Sachsens dazu sollte endlich auf den Weg gebracht werden. Eine Überarbeitung des EBM und der GOÄ ist ebenfalls längst überfällig. Im stationären Bereich müssen die Weichenstellungen für eine Umsetzung des EuGH-Urteils zur Arbeitszeit erfolgen. Notwendig sind neue strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen. 30 Prozent Verdienstaufschlag der Ärzte müssen kompensiert und zusätzlich 600 neue Stellen besetzt werden.

## Ethik in der Medizin

In der heutigen Situation gilt es, allen Ärzten und Heilberuflern für ihren unermüdlichen Einsatz in diesen schwierigen Umbruchzeiten zum Wohle der Patienten in den Praxen und Kliniken herzlich zu danken. Es ist ihnen gelungen, eine kontinuierliche Patientenversorgung auf hohem Niveau zu garantieren. In der Zusammenschau gilt wieder einmal für alle Ärzte, Gesundheits- und Berufspolitiker in diesen schwierigen Zeiten der alte erste Aphorismus aus dem Corpus Hippocraticum: „Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, der rechte Augenblick ist rasch enteilt, die Erfahrung ist trügerisch, das Urteil schwierig!“

Die vollständige Rede ist im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) aufrufbar.

## Medizinische Versorgung in Deutschland vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)

*Dr. jur. Rainer Hess,  
Vorsitzender des Gemeinsamen  
Bundesausschusses*

Das deutsche Gesundheitswesen steht nach dem GMG vor zwei großen Herausforderungen:

1. Die bestehenden Finanzierungsstrukturen sind ohne signifikantes Wirtschaftswachstum und einen Rückgang der Arbeitslosigkeit nicht in der Lage, den bestehenden Leistungskatalog der GKV mittel- und langfristig zu finan-



*Dr. jur. Rainer Hess*

zieren. Die diskutierten Reformmodelle „Bürgerversicherung“, Gesundheitsprämienmodell und Ablösung der Pflichtversicherung durch eine Versicherungspflicht beseitigen dieses Finanzierungsproblem nicht, sondern verschieben die Finanzierungslast entweder auf die Gesamtbevölkerung oder sehr viel weitergehend auf die Versicherten.

2. Die durch das GMG eingeführten wettbewerblichen Vertragsstrukturen sollen zu Kosteneinsparungen führen, können aber auch genau das Gegenteil bewirken. Der wettbewerbliche Ansatz, durch Vertragsvielfalt den Krankenkassen die Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu geben, ist punktuell und regional realisierbar, löst aber nicht das strukturelle Problem der mit der Krankenversichertenkarte eröffneten Freizügigkeit in der Inanspruchnahme und Gewährung medizinischer Leistungen. Diejenigen werden die wirtschaftlichen Anreize des Wettbewerbs nutzen, die ihre Beitrags- und Zuzahlungsbelastung senken wollen; diejenigen werden die GKV weiter belasten, die zu solchen Wahlentscheidungen nicht fähig oder nicht bereit sind. Der Einzelwettbewerb fördert die Risikoselektion bei den Krankenkassen und die Profitorientierung bei den Leistungserbringern.

Lösungsansätze im bestehenden System:

1. Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen und Beseitigung von Verschiebepflichten;
2. Ausbau eines am medizinisch notwendigen ausgerichteten Festzuschussystems (Analogie Zahnersatz);
3. Stringentere Wahlbindung auch in der integrierten Versorgung;

4. Ablösung der DMP/RSA-Koppelung durch Festzuschläge für Chroniker, die in ein Behandlungsprogramm eingeschrieben sind;
5. Neuordnung des Vergütungssystems mit der Zielsetzung wechselseitiger Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung;
6. Nutzung der neu geschaffenen Strukturen von Gemeinsamen Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zur
  - stringenteren Kosten-/Nutzenbewertung, insbesondere neuer Leistungen,
  - Ausrichtung von Vergütungskomplexen an evidenzbasierten Leitlinien,
  - Ausbau einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung, Aufbau eines Patienteninformati-  
onssystems.

#### Koreferat

*Dieter Blaßkiewitz,*

*Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen*

Zweifel und Bedenken bei der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes sind:

- einseitig beitragsorientierte Zielstellung,
- keine versorgungspolitischen qualitativen Zielkriterien wie Bedarfsgerechtigkeit, Patientennähe, Flächendeckung, Zugangs- und Durchgangsgeschwindigkeit in und durch das Versorgungssystem,
- unzureichender Versorgungsrahmen, in dem sich die Selbstverwaltung zu bewegen hat.

Mit einer stärkeren Wettbewerbsorientierung im Rahmen des GMG soll ein „Rückzug des Staates“ aus der Regulierung des Systems einhergehen. Dies geschieht mit teilweise dramatischen Auswirkungen für Leistungserbringer und Patienten. Dieser Weg geht mit Verunsicherung der Patienten und Demotivation der Leistungserbringer sowie deren zunehmender Zwang zur einseitigen Orientierung am wirtschaftlichen Benefiz einher. Der Gesetzgeber versucht im stationären Bereich mit der Etablierung eines vollpauschalierten Vergütungssystems seine Absichten mit dem GMG zu realisieren. Die Sächsische Krankenhausgesellschaft ist der Auffassung, dass allein durch objektive Faktoren wie Demographie, Morbiditäten und medizinisch-technischer Fortschritt außerordentliche dynamische Entwicklungen zu berücksichtigen sind, die eine Erweiterung der Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesamtsystems erfordern. Es wird sich die Auffassung durchsetzen müssen, dass allein im sta-



*Dieter Blaßkiewitz*

tionären Bereich ein hundertprozentiges pauschales System nicht erreichbar ist und die Vergleichbarkeit sowohl von Leistungen als auch Kosten begrenzt ist. Nach wie vor ist das Krankenhaus gekennzeichnet durch ein komplexes System kostenintensiver Vorhaltungen für den Bedarfsfall und nicht durch die Summe durchschnittlich kalkulierter Diagnosen.

Das Koreferat von Herrn Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärz-

kammer, zur medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wird in unserem „Ärzteblatt Sachsen“ im Heft 8/2004 abgedruckt.

#### Festabend

Rund 200 Gäste folgten der Einladung des Präsidenten, unter ihnen die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, die Vizepräsidentin des Sächsischen Landtages, Frau Brigitte Zschoche, weitere Abgeordnete des Deutschen Bundestages und des Sächsischen Landtages sowie der Dresdner Sozialbürgermeister Tobias Kogge. Zum musikalischen Auftakt der festlichen Abendveranstaltung spielte die Dresdner Pianistin Monika Güttler das Rondo capriccio „Die Wut über den verlorenen Groschen“ von Ludwig van Beethoven.

Der Vortrag von Herrn Professor Dr. Jan Schulze „Brauchen wir einen Arzt neuen Typs?“ wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2004, publiziert.

#### Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr denjenigen Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitgliedern unserer Sächsischen Landesärztekammer, die seit dem letzten



*Frau Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke, Herr Professor Dr. Eberhard Keller*

# 14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung

Dresden  
25./26. Juni 2004

Ärztetag verstorben sind. Die sächsischen Ärzte werden diese Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Auf der Seite 359 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 27. Juni 2003 bis 4. Juni 2004 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

## Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätigen Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter bestanden darin, im Jahre 1872 für das deutsche Reichsgebiet die entscheidenden Impulse für die Vereinigung aller ärztlichen Vereine gegeben zu haben. Es ist eine mittlerweile neunjährige Tradition, Mitglieder unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen. Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident diese hohe Auszeichnung an:

**Frau Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke, Hohenstein-Ernstthal**

**Herrn Professor Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig**

**Herrn Professor Dr. med. habil. Martin Link, Dresden.**

**Frau Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke**, geboren 1938 in Hohenstein-Ernstthal, Studium der Medizin von 1956 bis 1961 in Leipzig und Dresden und Promotion 1962 in Dresden. 1967 erhielt sie die Facharztanerkennung für Dermatologie und übernahm 1972 die Praxis ihres Vaters. Schon zu dieser Zeit stellte Frau Dr. Schwäblein-Sprafke die Freiberuflichkeit eines Arztes über alles. So war es nur folgerichtig, dass sie sich nach der Wende sofort mit weiteren engagierten Ärzten um den Aufbau ambulanter Strukturen nach dem Vorbild der Bundesrepublik bemühte.

Frau Dr. Schwäblein-Sprafke setzte sich mit hohem persönlichen Engagement für den Aufbau einer Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen ein. Sie war 1990 Gründungsmitglied der „Kassenärztlichen Vereinigung Chemnitz“. Seit 1991 gehört sie in ununterbrochener Folge dem Vorstand der KVS an und ist Vorsitzende der KVS-Bezirksstelle Chemnitz. Sie prägte so maßgebend die Berufspolitik des ambulanten Gesundheitswesens in Sachsen

mit. Bisher viermal erfolgte mit großer Mehrheit die Wahl in diese Funktionen, dies ist im Bundesmaßstab gesehen durchaus nicht üblich! An Frau Dr. Schwäblein-Sprafke fällt ihre Geradlinigkeit und Ehrlichkeit auf. Sie nimmt wie auch schon zu „DDR-Zeiten“ vor allem in der Berufspolitik kein Blatt vor den Mund. Den Politikern auf Landes- und Bundesebene dürfte dies hinreichend bekannt sein. Hervorzuheben ist auch ihr besonderes Engagement für eine fruchtbringende Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Körperschaften. So ist Frau Dr. Schwäblein-Sprafke auf Landes- und Regierungsbezirksebene immer im Interesse aller Kolleginnen und Kollegen für pragmatische Lösungen von Problemen eingetreten. Im Jahre 2002 konnte Frau Dr. Schwäblein-Sprafke ihr 30-jähriges Praxisjubiläum feiern. Ein wirkliches Jubiläum, denn der Ort der täglichen Begegnung mit den Patienten ist die eigentliche Quelle ihrer Kraft, die für eine hohe Leitungsaufgabe in der Kassenärztlichen Vereinigung und für ihr berufspolitisches Engagement notwendig ist.

**Herr Prof. Dr. Eberhard Keller**, geboren am 20. Januar 1941 in Eisenberg/Thüringen, studierte von 1961 bis 1967 Humanmedizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig, wo er 1967 die Approbation erhielt und zum „Dr. med.“ promovierte. 1972 erhielt er die Anerkennung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Auf einem soliden fachlichen Fundament stehend, vertritt er seine Meinungen mit Nachdruck und – falls erforderlich – auch mit einer Leidenschaftlichkeit, die keine Kompromisse duldet. Wer das Glück hatte, mit ihm auf interdisziplinärer Weise zusammenarbeiten zu können, wird die entgegengebrachte kollegiale Harmonie besonders schätzen. Sein besonderes Interesse galt schon immer den Wachstumsstörungen. Durch unermüdete Arbeit und Forschung ist er inzwischen ein anerkannter Experte auf diesem Gebiet und zahlreiche Hospitationen, Gastvorlesungen, Publikationen und mehrmonatige Studienaufenthalte an ausländischen Instituten geben Zeugnis davon. 1994 wurde er zum Professor für Wachstum und Entwicklung auf die C3-Stiftungsprofessur an der Universitätsklinik in Leipzig berufen.

In einer konzentrierten Aktion mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und der Universitätskinderklinik gelang die Schaffung einer Datenbank für die Früherkennung von Störungen der Gewichtsentwicklung und

des Wachstums. Es entstand „CrescNet“, ein Kompetenznetzwerk mit einer Datenbank, an der 289 Kinderarztpraxen und 11 Zentren für pädiatrische Endokrinologie in Deutschland beteiligt sind.

Bei all den wissenschaftlichen Aktivitäten hat es Prof. Dr. Keller nicht versäumt, sich nach der Wende bei der Gründung und dem Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer aktiv zu beteiligen. Seit 1991 ist er Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer und Delegierter zu den Deutschen Ärztetagen und hat als streitbarer und konstruktiver Vertreter der sächsischen Ärzteschaft viel zur Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen beigetragen. Seit 1991 ist er Vorstandsmitglied der Leipziger Kreisärztekammer und seit 1999 hat er den Vorsitz inne.

Prof. Dr. Keller ist ein aktives und engagiertes Mitglied im „Aufsichtsausschuss“ der Sächsischen Ärzteversorgung. Er ist als Mitglied der Facharzt-Prüfungskommission und Widerspruchskommission tätig und war Vorsitzender des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“.

**Herr Prof. Dr. Martin Link**, geboren am 6. August 1934 in Königsberg, Abitur in Bergen auf Rügen 1952. Das Studium der Humanmedizin absolvierte er an den Universitäten Greifswald und Leipzig. 1959 erhielt er in Leipzig die Approbation, 1963 den Facharzt für Pathologische Anatomie in Rostock und 1969 den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Magdeburg. 1963 wurde er in Greifswald zum „Dr. med.“ promoviert. Er habilitierte 1970 an der Medizinischen Akademie Magdeburg. 1979 folgte er dem Ruf als Chefarzt der Frauenklinik des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt. Seine hervorragende Arbeit und seine unermüdete wissenschaftliche Tätigkeit wurden mit der Berufung als Professor an die Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin gekrönt. Von 1990 bis 1993 übernahm er als Ärztlicher Direktor die Leitung des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt.

Ab 1993 ist er gemeinsam mit seiner Ehefrau Dr. Heidrun Link, Fachärztin für Urologie und Frauenheilkunde, in einer Gemeinschaftspraxis mit zytologischem Einsendelabor niedergelassen.

Herr Prof. Dr. Link war Landesvorsitzender Sachsen des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. sowie 2. Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. auf Bundesebene und Schriftführer der Arbeitsgemeinschaft

Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Vorsitzender des Prüfungsausschusses Frauenheilkunde und Mitglied des Ausschusses „Weiterbildung“, Mandatsträger und Mitglied der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer, Sprecher der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachsen und Gründer und Sprecher des Aktionsbündnisses Sachsen und des Aktionsrates Ost der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Obwohl er einige Ämter in jüngere Hände übergeben hat, ist er bis heute Präsident der UPIGO (Union Professionelle Internationale des Gynecologues et Obstetriciens – Internationaler Berufsverband der Frauenärzte), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zytologie, Mitglied der Vertreterversammlung und des Zulassungsausschusses Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Herr Professor Dr. Martin Link konnte an der Verleihung nicht teilnehmen.

### Grußworte

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, sprach zu den Themen: Medizinische Versorgung, Integrierte Versorgung, Fortbildungsverpflichtung, Gesundheitsziele, Prävention, Präventionsgesetz, Ärztemangel, Abbau der Bürokratie, Europäische Osterweiterung und grenzüberschreitende medizinische Probleme. Sie bedankte sich bei allen Ärzten für die konstruktive Zusammenarbeit und die stabile medizinische Versorgung der Bürger in Sachsen und für das ständige Engagement zur Sicherung der ärztlichen Betreuung rund um die Uhr.

Herr Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, betonte in seinem Grußwort „unsere Kontakte zur Sächsischen Landesärztekammer sind eng und freundschaftlich“. Er lud die sächsischen Ärzte zum 3. Deutsch-polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ für September 2005 nach Wrocław ein.

### „Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit“

In satirischer Weise ging der Arzt und Autor Dr. Manfred Lütz in seinem Vortrag auf „Lebenslust und wie man länger Spaß am Leben haben kann“, ein. Der Essayist fand es „höchste Zeit, etwas gegen den Gesundheitswahn“ zu tun. In punkto Wortwitz kann ihm so leicht keiner das Wasser reichen. Dr. Lütz



Staatsministerin für Soziales Helma Orosz



Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer



Dr. Manfred Lütz, Arzt und Autor

feuerte satirische Breitseiten auf das übertriebene Streben nach „Hyper-Fitness“, ein Alter ohne Falten und die künstliche Selbstkasteiung beim Essen. Die verbissenen „Apostel“ des gesunden Lebens wurden ebenso aufs Korn genommen wie die „Halbgötter in Weiß“ bei der Darstellung einer Chefarztvisite.

### Arbeitstagung am 26. Juni 2004

Professor Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses „Weiterbildung“, referierte über die Novellierung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Umsetzung der von zwei deutschen Ärztetagen beschlossenen (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO) der Bundesärztekammer. Die Weiterbildungsordnung ist erheblich „schlanker“ geworden, denn die Zahl der Weiterbildungskategorien wurde von fünf auf drei reduziert, indem die Fachkunden und Fakultativen Weiterbildungen in den Gebieten als Arztbezeichnungen abgeschafft wurden. Die bisher 156 Arztbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung verringerten sich auf 106. Neben den Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen gibt es nur noch die Zusatzweiterbildungen. Alle Arztbezeichnungen nach der WBO sind zukünftig mit einer Prüfung abzuschließen und nach Anerkennung führbar. Neu ist die Struktur der gemeinsamen Basisweiterbildung (common trunk) für die Gebiete Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Pharmakologie und Pathologie.

Nach ausführlicher und konstruktiver Diskussion wurde die WBO, inhaltlich bis auf kleine vorwiegend konkretisierende Abweichungen mit der Muster-WBO identisch, die ergänzenden Empfehlungen der Bundesärztekammer von Januar 2004 und die Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages zur Weiterbildung, ohne Gegenstimmen mit einigen Stimmenthaltungen von der Kammerversammlung angenommen. So wurden auch die Zusatzweiterbildungen „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zusätzlich in die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer aufgenommen. Die Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“ wurde nicht in die sächsische Weiterbildungsordnung aufgenommen. Zum „Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ waren bereits im Vorfeld des Sächsischen Ärztetages Gespräche mit Vertretern der Allgemeinmedizin und der Internisten ge-

# 14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung

Dresden  
25./26. Juni 2004



*Prof. Dr. Gunter Gruber*



*Dr. Stefan Windau, Vizepräsident*



*Dr. Lutz Liebscher, Schriftführer*

führt worden. In diesem Zusammenhang sind die beschlossenen Übergangsbestimmungen zum Erwerb der zwei neuen Facharztkompetenzen zu erwähnen:

Kammermitglieder, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung am 1. Januar 2005 Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin sind und mindestens fünf Jahre hausärztlich tätig waren, können sich innerhalb von sieben Jahren zur Prüfung anmelden.

Die Zusatz-Weiterbildungen Kinder-Endokrinologie und Diabetologie, Kinder-Pneumologie und Kinder-Nephrologie, die von den Inhalten und Weiterbildungszeiten den Anforderungen an Schwerpunkte entsprechen, wurden in Sachsen als Schwerpunktbezeichnungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin eingeführt. Außerdem erfolgte die Außer-Kraft-Setzung der Fachkunde „Rettungsdienst“ und der

„Richtlinie zur Erteilung des Fachkundennachweises Ultraschall“ vom 8. März 1994 zum 1. Januar 2005. Kammermitglieder, die die Fachkunde Rettungsdienst erworben haben, können dann die neu eingeführte Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ führen. Die Ultraschall-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleibt weiterhin gültig.

Die neue Weiterbildungsordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft und wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2004, veröffentlicht.

### **Beschlussfassung über die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin/Arztfachhelfer**

*Dr. Bernhard Ackermann, Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses und Vorsitzender des Ausschusses „Ambulante Versorgung“*  
Die Fortbildung zur Arztfachhelferin ist eine Fortbildung in einem anerkannten Ausbil-

dungsberuf nach § 1 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz (BBiG). Die Regelung obliegt dem Zuständigkeitsbereich der einzelnen Landesärztekammern. Ziel der Fortbildung zur Arztfachhelferin/Arztfachhelfer (AFH) ist es, der Arzthelferin/Arztfachhelfer einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

Die AFH soll den Arzt durch weitgehend selbständiges Arbeiten sowie durch Koordinations- und Steuerungsfunktionen in den Bereichen Administration und Praxismanagement, Personalführung und Ausbildung sowie Gesundheitsberatung entlasten.

Im Auftrag des Berufsbildungsausschusses „Arzthelferinnen“ wurde auf der Grundlage der Muster-Richtlinien für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin der Bundesärztekammer und des Berufsbildungsgesetzes die „Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin/Arztfachhelfer (AFH)“ erarbeitet. Der 14. Sächsische Ärztetag hat diese Beschlussfassung einstimmig angenommen.

Die Fortbildung beginnt voraussichtlich am 9. Oktober 2004. Interessierte BewerberInnen können sich bis zum 31. Juli 2004 an das Referat Arzthelferinnenwesen wenden.

### **Finanzen**

Jahresabschlussbilanz 2003

*Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied  
Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“*

Wie auch in den vergangenen Jahren konnte die Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner der Sächsischen Landesärztekammer den uneingeschränkten Prüfungsvermerk für das Haushaltsjahr 2003 erteilen. Sie bestätigt damit, dass die Jahresrechnung



*Auditorium*

unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt.

Herr Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“ und Herr Frank, Wirtschaftsprüfer erläuterten den Jahresabschluss der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2003. Die 30. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss 2003 bestätigt.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2003 sind im Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Landesärztekammer im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 6/2004, Seite 265, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und der Geschäftsführung wird für das Geschäftsjahr 2003 Entlastung erteilt.

#### **Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer**

*Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied  
Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“*

Die vorgelegte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung ergibt sich vor allem aus aktuellen Gesetzes- und Satzungsänderungen.

1. Gebühren für die Tätigkeit der Ethikkommission.
2. Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung  
Die Gebührenerhebung für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung ist in die Gebührenordnung aufzunehmen.
3. Fortbildungszertifikat  
Mit Einführung der Pflichtfortbildung ab 1. 7. 2004 wird die Gebühr für das Verfahren zur Erteilung eines Fortbildungszertifikates von derzeit 50,00 EUR auf 15,00 EUR gemindert.
4. Arztausweis  
Die Einführung einer Rahmengebühr für den Arztausweis ist erforderlich, wenn dieser als HealthProfessionalCard (elektronischer Heilberufsausweis) ausgegeben wird.
5. Verfahren zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung  
Die Gebühr zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung ohne Prüfung ergibt entfällt ab 1. 1. 2005 als Folge der Neufassung der Weiterbildungsordnung.

6. Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen

Als eine Folge der EU-Osterweiterung wird eine Gebühr für Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen eingeführt.

7. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer  
Für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin ist eine Gebühr einzuführen.

#### **Beschlüsse des 14. Sächsischen Ärztetages/der 30. Kammerversammlung**

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zum 14. Sächsischen Ärztetag/30. Kammerversammlung am 25./26. Juni 2004 folgende Beschlüsse:

##### **Beschlussvorlage Nr. 1**

Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 2**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO) (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 3**

Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000) (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 4**

Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001) (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 5**

Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin (AFH) (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 6**

Jahresabschluss 2003 (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 7**

Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern (bestätigt)

##### **Beschlussvorlage Nr. 8**

Bekanntgabe der Termine 31. Kammerversammlung [13. November 2004] und 15. Sächsischer Ärztetag/32. Kammerversammlung [23. und 24. Juni 2005] (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 9**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Gebiet Kinder- und Jugendmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 10**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 11**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Gebiet Kinder- und Jugendmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 12**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Übergangsbestimmungen Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 13**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 14**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Übergangsbestimmungen Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 15**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 16**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 17**

Ärztmangel in Sachsen (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 18**

Bürokratie in der Arztpraxis (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 19**

Qualität des deutschen Gesundheitswesens (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 20**

Anpassung GOÄ/EBM (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 21**

Gesetzesänderung zur Schutzimpfung (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 22**

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Beurkundung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Schwerpunkt (bestätigt)

#### **Beschlussantrag Nr. 23**

Fortbildungszertifikat (Antragsrücknahme)

# 14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung 15. erweiterte Kammerversammlung

Dresden  
26. Juni 2004

## Beschlussvorlage Nr. 24

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

## Beschlussantrag Nr. 25

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Abstimmungsmaßige Nichtbefassung, Antragsrücknahme)

## Beschlussantrag Nr. 26

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Übergangsbestimmungen Zusatz-Weiterbildung Suchtmittelmedizinische Grundversorgung (bestätigt)

## Beschlussantrag Nr. 27

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (bestätigt)

## Beschlussantrag Nr. 28

(Muster-)Weiterbildungsordnung Umgruppierung Nuklearmedizin (bestätigt)

## Beschlussantrag Nr. 29

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Aus- und Weiterbildung Facharzt-Gebiete (bestätigt)

## Beschlussantrag Nr. 30

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Neufassung der Gebührenordnung und die Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin werden im vollen Wortlaut unter „Amtliche Bekanntmachungen“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2004, amtlich bekannt gemacht. Die neue Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2004, bekannt gemacht.

Prof. Dr. Winfried Klug  
Knut Köhler, M. A.

### Bekanntgabe der Termine:

Die **31. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **13. November 2004**, und der **15. Sächsische Ärztetag/32. Kammerversammlung** findet am **24. und 25. Juni 2005** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

## 15. erweiterte Kammerversammlung Sächsische Ärzteversorgung

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, Dr. Helmut Schmidt

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Mandatsträger, Ärzte wie Tierärzte, meine Damen und Herren, der Bericht zum Geschäftsjahr 2003 der Sächsischen Ärzteversorgung und zur Arbeit des Verwaltungsausschusses seit der letzten erweiterten Kammerversammlung steht an. In finanzieller Hinsicht haben wir wieder ein gutes Jahr erlebt, was man von dem gesundheits- und sozialpolitischen Umfeld, in dem wir uns bewegen, leider nicht sagen kann. „Arztrenten im Sinkflug“ und ähnliche Überschriften waren mehrfach zu lesen, Berichte über Nullrunden in den Versorgungswerken wurden sehr häufig und nicht ohne Unterton kommentiert. Andererseits spürt man immer wieder den Neid auf die gut funktionierenden Versorgungswerke, ihr Vermögen und ihre Leistungsfähigkeit in den Kernbereichen. Insbesondere die Frage, ob das erhebliche Vermögen der Versorgungswerke durch staatlichen Zugriff zur Sanierung der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen werden kann, führt zur Verunsicherung. Wie an anderer Stelle schon gesagt möchte ich hier nochmals betonen: die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V., besser bekannt unter ihrem Kürzel ABV, hat sich in dieser Frage besonders engagiert. Durch mehrere Gutachten wurde festgestellt, dass die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen Übernahme staatlicherseits sehr, sehr hoch sind. Die Gesetzgebungskompetenz auf diesem Feld liegt nicht beim Bund, sondern bei den Ländern. Die Rentenanwartschaften und Rentenansprüche unterliegen der Eigentumsgarantie des Grundgesetzes. Dass eine Erweiterung des Versichertenkreises in der gesetzlichen Rentenversicherung, z. B. durch alle Angestellten unseres ärztlichen Berufsstandes, auch finanztechnisch nicht sinnvoll ist und nur zu einer Absenkung des Beitragssatzes um 0,01 %-Punkte führen würde, hatte ich schon im vorigen Jahr berichtet. Dazu kämen die Leistungsansprüche zu einem Zeitpunkt, an dem die demographische Entwicklung einen kritischen Punkt erreicht. Also auch der sogenannte „Nachhaltigkeitsfaktor“ lässt dieses Ansinnen zu einem „sozialpolitischen und verfassungswidrigen Irrweg“ werden, wie es Rupert Scholz erst kürzlich wieder betont hat. Die



Dr. Helmut Schmidt, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

Versorgungswerke sind durch ihre Finanzierungsverfahren und die Pflichtmitgliedschaft jetzt und in Zukunft stabil. Das bedeutet aber nicht, dass sich an den Renten nichts ändern würde. Im Januar 2004 gab es auch in unserem Versorgungswerk Aufregung darüber, dass die Altersruhegeldempfänger ab 1.1. den vollen Krankenkassenbeitrag abführen müssen (also 14 statt bisher 7 %) – soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Der Gesetzgeber begründete diese Änderung damit, dass die eigenen Beiträge der Rentner zur Krankenversicherung nur noch 43 % der Leistungsaufwendungen für sie decken (im Jahre 1983 waren es noch 60 %). Die Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen erfordere, dass der Anteil für die Finanzierung der Leistungen im Rentenalter durch Erwerbstätige nicht weiter ansteigt.



Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze, Geschäftsführerin (SÄV), Frau Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim

Wenn die Betroffenen gegen die Erhebung des vollen Krankenkassenbeitrages Widerspruch einlegen wollen, so muss er bei der zuständigen Krankenkasse eingelegt werden. Ein Muster für ein solches Widerspruchsschreiben findet sich auf der Homepage der Union der Leitenden Angestellten unter [www.ula.de](http://www.ula.de). Gestatten Sie mir, dass ich einige Bemerkungen zum kürzlich vom Bundestag beschlossenen und vom Bundesrat gebilligten Alterseinkünftegesetz mache. Mit diesem Gesetz wird die steuerliche Behandlung von Rentenbeiträgen und Renten neu geregelt mit dem Übergang auf die sogenannte nachgelagerte Besteuerung. Aus meiner Sicht ist das Wichtigste, dass in diesem Gesetz sowohl bei den Altersvorsorgeaufwendungen als auch bei den Renten die berufsständischen Versorgungseinrichtungen immer im unmittelbaren Zusammenhang mit der gesetzlichen Rentenversicherung und den landwirtschaftlichen Alterskassen genannt werden, wodurch sie erneut als Teil der ersten Säule der Alterssicherung bestätigt werden. Was versteht man unter nachgelagerter Besteuerung? Nachgelagerte Besteuerung heißt, dass die Beiträge zukünftig steuerfrei bleiben und die Renten zukünftig besteuert werden. Dies aber mit erheblichen Übergangsfristen, die auf der Beitragsseite bis 2025 und auf der Rentenseite bis 2040 reichen. Beginnend im Jahre 2005 werden zunächst 60 % der individuellen Aufwendungen für die Altersvorsorge steuermindernd angerechnet. Dieser Prozentsatz steigt im Laufe der Jahre jeweils um 2 % an, so dass im Jahr 2025 die Beiträge zu 100 % abgesetzt werden können bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 EUR pro Jahr. Auf der Leistungsseite werden ebenfalls ab dem Jahre 2005 einheitlich - auch bei Selbständigen - die Renten zu 50 % der Besteuerung unterliegen, und zwar mit dem individuellen Steuersatz. Dies gilt für alle Bestandsrenten und die in diesem Jahr erstmals gezahlten Renten. Der steuerpflichtige Anteil der Rente wird dann für jeden neu hinzukommenden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2020 in 2 %-Schritten und anschließend bis zum Jahr 2040 in 1 %-Schritten auf 100 % angehoben. Somit ergibt sich für jeden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2040 ein steuerfrei bleibender Teil der Jahresbruttorente, der allmählich immer kleiner wird, aber als Festbetrag im Jahr nach dem ersten Rentenbezug bestimmt und auf Dauer festgeschrieben wird. Als Voraussetzung für das eben Gesagte gilt, dass die sich aus den ge-

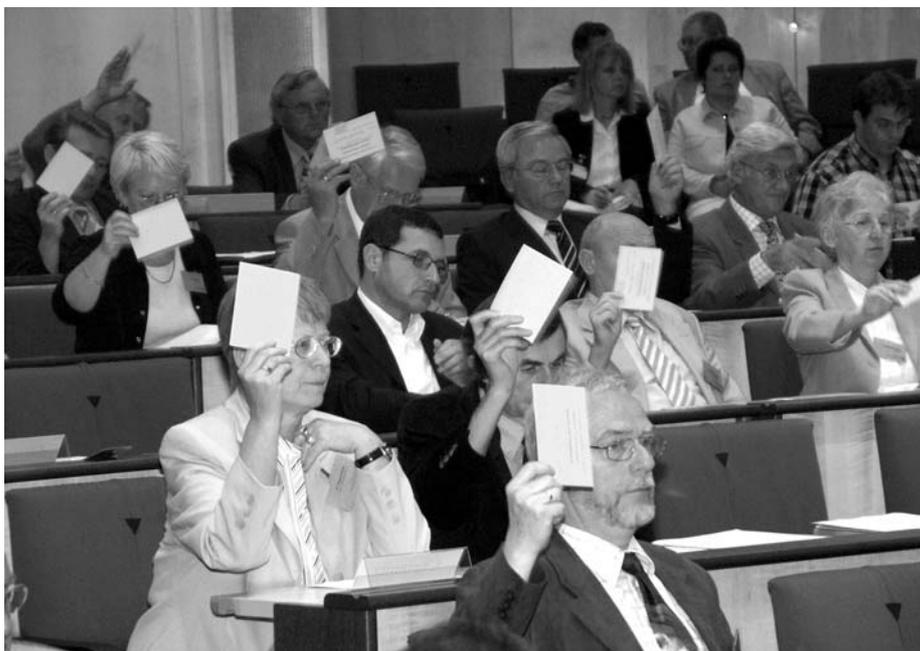


*Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht, Aktuar  
Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer (v. li.)*

zahlten Beiträgen ergebenden Versorgungsansprüche nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar sein dürfen, es darf über den Anspruch auf Leibrente hinaus kein Anspruch auf Auszahlungen bestehen und die Zahlung einer monatlichen lebenslangen Leibrente darf nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres des Berechtigten vorgesehen sein. Dies alles gilt sowohl für die Beiträge als auch für das Altersruhegeld in unserer Versorgungseinrichtung. Zur Beruhigung: Von den 14,4 Millionen Rentner-

haushalten wären nach altem Recht im Jahr 2005 2,0 Millionen oder 14 % steuerpflichtig, weil sie in den allermeisten Fällen über zusätzliche Einkünfte verfügen und 12,2 Millionen gleich 86 % nicht steuerpflichtig. Nach dem neuen Recht steigt der Anteil der steuerbelasteten Rentnerhaushalte auf 3,3 Millionen gleich 23 % und der steuerfreien Rentnerhaushalte sinkt auf 10,9 Millionen gleich 77 %. Auch hier gilt, dass zumeist erst bei zusätzlichen Einkünften überhaupt Steuerpflicht entsteht, denn nach dem Gesetz sind die Bestandsrenten und Neufälle des Jahres 2005 bis zu einer Höhe von rund 18.900 EUR pro Jahr, d.h. rund 1.575 EUR pro Monat bei Alleinstehenden generell steuerfrei. Für Verheiratete verdoppeln sich die Beträge. Zunächst gibt es also keinen Grund zur Panik und auf die steigenden Lasten in der Zukunft kann sich jeder einstellen.

In diesem Jahr möchte ich den statistischen Teil meines Berichtes mit einigen Zahlen aus dem Melde-, Beitrags- und Leistungswesen unserer Versorgungseinrichtung beginnen: Sie sehen die Beitragsrückstände jeweils zum 31.12. für die Geschäftsjahre 1997 bis 2003. Für das Jahr 2003 ergeben sich zwei unterschiedlich hohe Säulen, mit 4.135 und 2.561 Beitragsrückständlern. Dieser Unterschied wird auch in der Darstellung des prozentua-



*Die Mandatsträger der erweiterten Kammerversammlung bei der Abstimmung*

# 14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung 15. erweiterte Kammerversammlung

Dresden  
26. Juni 2004



Als Gäste: Frau Berit Franke von der Versicherungsaufsicht (SMWA) und Herr Dr. Hans-Jörg Bonz von der Rechtsaufsicht (v. li.)

len Anteils der Säumigen an der Gesamtmitgliederzahl deutlich und erklärt sich folgendermaßen:

Von den 4.135 Mitgliedern, die zum Jahresultimo einen Beitragsrückstand zu verzeichnen hatten, sind 2.650 angestellte Tätige. Bei 1.574 Mitgliedern davon zahlt der Arbeitgeber den fälligen Beitrag aufgrund gesetzlicher Neuregelungen im BAT erst einen Monat später. Hinzu kommen bei 628 Mitgliedern nicht fällige Beiträge zum 31.12. und bei 23 Mitgliedern eine Restschuld aus Stundungen, so dass der bereinigte Rückstand die jeweils geringere Zahl für 2003 ergibt. Die Sächsische Ärzteversorgung erhebt seit 2003 Säumniszuschläge gemäß § 23 unserer Satzung, im Jahre 2003 für 438 Säumige und im Jahr 2004 für 256 säumige Mitglieder. Der größte Anteil der Forderungen ist durch Zahlung erledigt. Der Überblick über die vereinbarten Stundungen von 1996 bis 2003 zeigt deutlich seit dem Jahre 1999 eine kontinuierliche Abnahme der Verfahren. Bei den Vollstreckungen ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Die Anzahl der Verfahren schwankt in den Jahren deutlich. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Sächsische Ärzteversorgung das Mittel der Vollstreckung erst anwendet, wenn alle anderen Versuche der Einigung mit dem Mitglied vorher fehlgeschlagen sind. Auch die Vollstreckung geschieht letztlich im Interesse des einzelnen Mitglieds, damit Rück-

stände im Beitrag nicht zu hoch auflaufen und die Versorgung bei Berufsunfähigkeit oder im Alter gefährden. Beunruhigend ist das Ansteigen der Insolvenzverfahren im Jahr 2003, deren Verteilung gleichmäßig über Sachsen und alle Fachrichtungen festgestellt wurde. Die Zahl der aktiven Mitglieder zum 31. 12. 2003 in Höhe von 12.748 ergibt sich aus der Summation von 11.736 Ärztinnen und Ärzten und 1.012 Tierärztinnen und Tierärzten. Während bei den ärztlichen Mitgliedern die Frauen in der deutlichen Überzahl sind, überwiegt bei den tierärztlichen Mitgliedern die Anzahl der Männer, insgesamt führt dies zu einer Mehrheit der Frauen von 6.636 gegenüber 6.112 Männern in unserem Versorgungswerk. Die Zahl der aktiven Mitglieder und der Nettozugang der Sächsischen Ärzteversorgung sind – wie auch in den vergangenen Jahren – stabil und damit Basis für eine gesunde Entwicklung des Versorgungswerkes. Bei den Überleitungen überwiegen unverändert diejenigen von der Sächsischen Ärzteversorgung weg über die zur Sächsischen Ärzteversorgung hin. Dies trifft sowohl auf die Zahl der wechselnden Mitglieder, als auch auf den übergeleiteten Beitrag zu. Bei den Beitragszahlungen ergibt sich vom Jahr 2002 zum Jahr 2003 eine erhebliche Steigerung von 89 auf 102 Millionen EUR. Grundlage für diese deutliche Steigerung ist sowohl die Anhebung des Beitragssatzes von 19,1 auf

19,5 % als auch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 auf 4.250 EUR monatlich. Bei den Mitgliedern, die entweder den Angestelltenhöchstbeitrag (AVMAX) oder 9 % zahlen, verringerte sich die Anzahl von 2002 zu 2003 nicht unerheblich. Da aber der AVMAX von 8.595 EUR 2002 auf 9.945 EUR 2003 anstieg, ist dies nicht auf eine Verringerung der Einkommen zurückzuführen. Die graphische Darstellung zeigt diesen größeren Abstand zwischen Durchschnittsbeitrag und AVMAX deutlich. Wie Sie wissen, ist das Verhältnis des individuellen Beitrags zum Durchschnittsbeitrag entscheidend für den Punktwert, den das einzelne Mitglied pro Jahr erreicht.

Die Verteilung der Kapitalanlagen in den Jahren 2001, 2002 und 2003 zeigt, dass etwa 2/3 der Gesamtanlage in festverzinslichen Papieren geschieht. Das zweitgrößte Segment sind Anlagen in gemischten Fonds und Rentenfonds, wobei der echte Aktienanteil kontinuierlich verringert wurde und aktuell 11,6 % beträgt. Die Sächsische Ärzteversorgung ist bemüht, den Anteil an Immobilienfonds allmählich auf 10 % der Gesamtkapitalanlage anzuheben. Die Wertsteigerungen in den gemischten Fonds – nach BVI – zu den genannten Stichtagen belegen die positive Entwicklung dieses Anlagesegments sowohl 2003 als auch 2004. Das Anlagevermögen zeigt seit der Gründung der Sächsischen Ärzteversorgung eine stetige Zunahme.

Ich denke, auf diese Entwicklung können wir alle stolz sein. Die Sächsische Ärzteversorgung hat im Jahr 2003 Versorgungsleistungen von insgesamt fast 8,4 Millionen EUR ausgezahlt, wobei das Altersruhegeld mit 6,4 Millionen eindeutig an der Spitze steht und inzwischen etwa 3/4 aller Leistungen im Kernbereich ausmacht. Seit Bestehen der Sächsischen Ärzteversorgung sind bis zum 1. Quartal 2004 insgesamt 31,3 Millionen EUR als Hinterbliebenenversorgung, Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit, Altersruhegeld und Reha-Leistungen gezahlt worden. Bei den Berufsunfähigkeitsdiagnosen stehen insgesamt unverändert die Tumorerkrankungen an erster Stelle, gefolgt von psychiatrischen Erkrankungen und den Krankheiten des Herz- und Gefäßsystems.

Zum Schluss ein Wort zu den Aufwendungen der Verwaltung. Der Verwaltungskostensatz der Sächsischen Ärzteversorgung ist in 2003 gegenüber 2002 auf 1,91 % gesunken. Im ver-

sicherungsmathematischen Gutachten sind 4 % kalkuliert, eine Zahl, die bisher jährlich weit unterschritten wurde. Insgesamt verzeichnen wir ein erfolgreiches Jahr und können diesen Erfolg in Form einer Dynamisierung der Anwartschaften und eingewiesenen Versorgungsleistungen in Höhe von 4% zum 1. Januar 2005 an unsere Mitglieder weitergeben. Ich bedanke mich bei den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses für ihr konstruktives und sachkundiges Wirken sowie das in mich gesetzte Vertrauen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung danke ich für ihre unermüdete und engagierte Arbeit an der Basis des Versorgungswerkes.

#### Beschlüsse der

#### 15. erweiterten Kammerversammlung

Die Mandatsträger der 15. erweiterten Kammerversammlung fassten am 26. Juni 2004 folgende Beschlüsse:

#### Beschluss Nr. SÄV 1/04

Rentenbemessungsgrundlage/  
Rentendynamisierung 2005 (bestätigt)

#### Beschluss Nr. SÄV 2/04

Jahresabschluss 2003  
(mit Jahresabschlussbilanz)  
(bestätigt)

#### Beschluss Nr. SÄV 3/04

Satzungsänderungen (bestätigt)

#### Beschluss Nr. SÄV 4/04

Haushaltsplan 2005  
(bestätigt)

#### Beschluss Nr. SÄV 5/04

Nachtrag zum Haushaltsplan 2004  
(bestätigt)

Nachfolgend werden die zur Veröffentlichung vorgesehenen Beschlüsse im vollen Wortlaut wiedergegeben:

#### Beschluss Nr. SÄV 1/04

Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2005 beträgt 37.853 EURO.

Die am 31. Dezember 2004 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2005 mit 4,0 % dynamisiert.

#### Beschluss Nr. SÄV 2/04

Jahresabschluss 2003

Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2003 werden bestätigt.

Der Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2003 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss, dem Aufsichtsausschuss und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2003 erteilt.

**Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung können bei der Geschäftsstelle den Geschäftsbericht für das Jahr 2003 anfordern.**

#### Beschluss Nr. SÄV 3/04

Die Veröffentlichung der Satzungsänderungen erfolgt gesondert und ausführlich nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Dr. med. Helmut Schmidt  
Verwaltungsausschuss  
Vorsitzender

Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

## Änderung der Bundesärzteordnung Abschaffung der AiP-Phase

Nachdem die Änderung der Bundesärzteordnung (BÄO) am 11. Juni 2004 den Bundesrat passiert hat, ist es ab dem 1. Oktober 2004 unabhängig vom Zeitpunkt eines erfolgreichen 3. Staatsexamens nicht mehr erforderlich, als Approbationsvoraussetzung eine Tätigkeit als Arzt/Ärztin im Praktikum abzuleisten.

Die Approbationsbehörden werden ab 1. Oktober 2004 auch keine neuen auf die Tätigkeit als Arzt im Praktikum beschränkten Berufserlaubnisse – bisher § 10 Abs. 4 BÄO – mehr erteilen.

Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich zum 1. Oktober 2004 noch in der AiP-Phase befinden oder diese noch gar nicht angetreten oder unterbrochen haben, können voraussichtlich ab Juli 2004 bei den Approbationsbehörden (in Sachsen: Regierungspräsidien) die Approbation beantragen und – soweit die übrigen Voraussetzungen vorliegen – ab dem 1. Oktober 2004 erhalten.

In der Begründung zur Änderung der Bundesärzteordnung ist dies als „Approbationsanspruch“ verankert, wodurch sich ableiten

lässt, dass nicht jeder Arzt/jede Ärztin im Praktikum verpflichtet ist, die Approbation zu beantragen. Bereits erteilte Berufserlaubnisse (auch nach dem alten § 10 Abs. 4 BÄO) behalten insofern ihre Gültigkeit. Die Bundesländer haben hierzu allerdings kein administrativ einheitliches Vorgehen abgestimmt. Ärztinnen und Ärzte im Praktikum mögen sich aus persönlichen Gründen dafür entscheiden, ihren AiP-Ausbildungsvertrag nicht auflösen zu wollen. Dies trifft vor allem auf diejenigen zu, die Sorgen um eine Weiterbeschäftigung im Assistentenverhältnis haben oder ausländerrechtliche Probleme durch den Approbationsantrag vermeiden möchten.

Wer freiwillig sein AiP-Vertragsverhältnis noch weiter fortführen will, wird die bisher erforderlichen AiP-Ausbildungsveranstaltungen nicht mehr absolvieren müssen, da diese ab 1. Oktober 2004 keine Voraussetzung zur Erteilung der Approbation darstellen. Bei fortbestehenden AiP-Ausbildungsverhältnissen besteht allerdings kein Rechtsanspruch auf Verbesserung oder Angleichung der Vergütung

auf Assistenzarzniveau.

Es bleibt zu hoffen und der 107. Deutsche Ärztetag hat dies in einer Entschließung auch eingefordert, dass die Krankenhausträger in raschen und reibungslosen Vereinbarungen mit den Kostenträgern entsprechende Budgetzuschläge verhandeln und an die jungen Ärztinnen und Ärzte weitergeben.

Überregional gültige und klare Vorgaben der Arbeitgeber und Krankenkassen sind derzeit leider nicht erkennbar. Auch Sonderfragen, wie beispielsweise bei drittmittelfinanzierten AiP-Verhältnissen, sind – wenn überhaupt – nur individuell regelbar.

Trotz einiger aktueller Unwägbarkeiten ist die Entwicklung insgesamt jedoch sehr begrüßenswert und ist von der kompletten Abschaffung der AiP-Phase gekrönt. Als Ergänzung dazu finden sie unter [www.baek.de](http://www.baek.de) den vom 107. Deutschen Ärztetag verabschiedeten Beschluss zu diesem Themenkomplex.

Dr. med. Annette Güntert  
Dezernentin, Bundesärztekammer

## Präventionsgesetz und Medizin

Gegenwärtig wird im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein Präventionsgesetz vorbereitet. Eckpunkte für dieses Präventionsgesetz in unterschiedlichen Varianten kursierten bereits, obwohl das Ministerium diese noch nicht freigegeben hat. Mehrere Monate war weitgehend Ruhe um dieses Gesetz, da anscheinend das Gesundheitsreformgesetz, was ja mehr ein Krankheitsversorgungsgesetz ist, das Ministerium zu stark in Anspruch nimmt.

Im Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 16. 10. 2002 wurde vereinbart, dass Prävention zu einer eigenständigen Säule neben der Behandlung, der Rehabilitation und der Pflege werden soll. Das Land Baden-Württemberg hat am 28. 10. 2003 dem Bundesrat eine Entschließung vorgeschlagen, in dem dies ebenfalls gefordert wird. Dies ist nachdrücklichst zu unterstützen. Prävention und Gesundheitsförderung – so heißt es in einem dieser Eckpunktpapiere zum Vorhaben eines Präventionsgesetzes – sind wirksame Strategien, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern. Ziel muss es sein, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Der oben genannte Entschließungsentwurf für den Bundesrat zielt auf die Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Damit ist auch die wesentlichste präventive Disziplin der Medizin – die Arbeitsmedizin – unmittelbar angesprochen und gefordert. Aus den Eckpunktpapieren sowie aus einer Expertenanhörung in einer Bundestagsfraktion, an der der Autor teilnahm, ergeben sich jedoch einige grundlegende Probleme, auf die ich mit Nachdruck hinweisen möchte.

### Präventionsziel:

#### „Beschäftigungsfähigkeit erhalten“

Die aufgeführten Präventionsziele sind in den verschiedenen Papieren unterschiedlich angegeben. In allen Eckpunktpapieren sind aufgeführt: Entstehung von Krankheiten verhindern, Krankheiten frühzeitig erkennen, Krankheit bewältigbar machen, vorzeitige Verrentung verhindern, Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern. Es fehlt in manchem dieser Papiere das Präventionsziel „Beschäftigungsfähigkeit erhalten“. Ist es im Eckpunktpapier enthalten, heißt es: „Eine zunehmend flexibilisierte Arbeitswelt, das rasante Tempo technischer Innovationen, immer neue Tätig-

keitsinhalte und Qualifikationsanforderungen verlangen den Betrieben und Beschäftigten auch in gesundheitlicher Hinsicht viel ab. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Gestaltung guter Arbeitsbedingungen, gegen Mobbing und für effektive Stressbewältigung werden zumal bei alternden Gesellschaften immer wichtiger, um die Beschäftigungsfähigkeit der Menschen, ihre Motivation, Leistungsfähigkeit, Technologie- und Innovationsfreude zu erhalten“.

Ohne diese Zielstellung stellen die Präventionsziele Vorstellungen des 19. Jahrhunderts dar und sind auch kaum auf Dauer finanzierbar. Der Anspruch des Gesetzes, „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu beinhalten, wird dann nicht realisiert. Die Beschäftigungsfähigkeit ist eine gemeinsame Zielstellung aller Betroffenen, von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Versicherungsträgern. Man sollte nicht ein Präventionsgesetz gestalten, in dem die Hauptverantwortung (Hauptschuld) aufgrund der alleinigen Orientierung auf die Verhaltensprävention dem einzelnen Menschen übertragen wird. Das führt zu einer ausgesprochenen Schiefelage der Prävention in unserem Lande.

Ich gehe davon aus, dass dieses Präventionsgesetz nicht nur ein Finanzregulierungsgesetz wird, sondern eine gesellschaftliche Zielstellung beinhaltet, die unterstreicht, welche Rolle die Prävention in unserer Gesellschaft zu spielen hat und welche Inhalte, Strukturen und Aufgabenstellungen Prävention umfasst. Dies ist gegenwärtig umso bedeutungsvoller, da in anderen Bereichen begründet wie auch unbegründet an präventiven Aufgabenstellungen und Methoden Einschränkungen vorgenommen werden sollen. Das betrifft zum Beispiel die Rolle des Arbeitssicherheitsgesetzes, der gesetzlichen Unfallversicherungen, die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben, die in Diskussion befindliche Gefahrstoffverordnung, Arbeitsstättenverordnung, biologische Arbeitsstoffverordnung und ähnliches. Demnach muss das Präventionsziel „Beschäftigungsfähigkeit erhalten“ in ein Präventionsgesetz aufgenommen werden!

### Nutzung vorhandener Strukturen

Sowohl in den Eckpunktpapieren des Ministeriums wie auch in dem Entschließungsvorschlag für den Bundesrat wird die Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

unterstrichen. Dies ist ohne wenn und aber zu unterstützen. Gesundheit, insbesondere psychosoziale Gesundheit, wird in den nächsten Jahrzehnten, nach den Informations- und Kommunikationstechnologien in den letzten 20 Jahren, zur wesentlichsten Triebkraft der gesellschaftlichen Entwicklung werden. Der Stellenwert von Gesundheit in der Gesellschaft wird beträchtlich zunehmen. Damit werden immer mehr Professionen in dieses Feld und diesen Markt Gesundheit strömen. Prävention und Gesundheit haben in der Gesellschaft und dem Gesundheits- und Sozialwesen unseres Landes eine gute Entwicklung genommen, auf die aufzubauen ist. Doch die gegenwärtigen Eckpunktpapiere zur Schaffung einer 4. Säule des Sozialversicherungssystems ignorieren nahezu die Nutzung und Befähigung der bereits vorhandenen präventiv ausgerichteten Strukturen in diesem System. Dabei sind alle Strukturen im Bereich Umwelt, alle Strukturen im Bereich Arbeit (Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und andere), Strukturen im Bereich Schule (zum Beispiel Schulärzte) und andere bisher erfolgreich präventiv tätig. Wenn die 4. Säule des Sozialversicherungssystems **neben** Vorhandenem aufgebaut wird, lassen sich Ineffektivität, zusätzliche Kosten, sinnlose Konkurrenzkämpfe nicht vermeiden. Effektiv und wirksam ist das, was dauerhaft arbeiten kann, vor allem in der Prävention. Kampagnen werden nie den Effekt haben, wie eine kontinuierliche Arbeit vorhandener, mit Kompetenz und Möglichkeiten ausgestatteter Strukturen. Nachhaltigkeit der Effekte wird nicht erreicht sondern vermieden. Die Diskussion um das Präventionsgesetz und auch die oben angedeuteten Diskussionen zur arbeitsbezogenen Prävention sollten zum Anlass genommen werden, dass man über Inhalte und Methoden der ärztlichen Prävention Überlegungen anstellt. So sind zum Beispiel die 13 000 Ärzte mit betriebsärztlicher/ arbeitsmedizinischer Qualifikation und die über fünf Millionen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr ein enormes präventives Potenzial unserer Gesellschaft. Für die Prävention ist eine der wichtigsten Fragen die der Erreichbarkeit der Menschen, insbesondere derer, die Prävention notwendig haben. Und das geschieht zum Beispiel über die Betriebsärzte, Schulärzte und niedergelassenen Ärzte, über die auch sozial Schwache und Gesunde erreicht werden können, die ansonsten meistens durch das Rost präventiver Aktivitäten fallen.

### Rolle der Ärzte in Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ärzte werden in den Eckpunktepapieren kaum angesprochen. In der genannten Anhörung einer Bundestagsfraktion war der unterschwellige Tenor, den Ärzten kaum eine Funktion in diesem System der Prävention einzuräumen, was ich für ausgesprochen bedenklich halte. Schaut man sich die fünf (oder sechs) Präventionsziele an, so sind sie ohne ärztliches Handeln nicht realisierbar. Das Präventionsgesetz hat unter anderem die Aufgabenstellung, Bindeglied zwischen den bereits etablierten Säulen der Sozialversicherung zu sein. Dies wird jedoch nicht durch Finanztransaktionen realisiert, für die es in den Eckpunktepapieren konkrete Angaben für die einzelnen Sozialversicherungsträger gibt, sondern durch die Akteure, insbesondere die Ärzte im Aktionsfeld. Entfällt das, würde ein wesentliches Problem unseres Systems, nämlich das der mangelnden Abgestimmtheit, weiter auf die Spitze getrieben. Die Prävention wird tatsächlich nur eine 4. Säule, wenn sie in einem Bauwerk eine Funktion hat. Ein Präventionsgesetz, was nur Finanzen regelt, ist zu kurzatmig.

Um die genannten Präventionsziele erreichen zu können, braucht es einen interdisziplinären Zugang, der unter anderem auch patienten-, arbeitnehmer- wie arbeitgeberorientiert von den Ärzten gesteuert und genutzt wird. In den letzten 20 Jahren sind die Professionen im Aktionsfeld Gesundheits- und Sozialwesens immer umfangreicher geworden. Betriebswirtschaft, Psychologie, Soziologie, Public Health bereichern dieses Feld durch ihre Aktivitäten. Dies erfordert jedoch auch eine dementsprechende Entwicklung im Bereich der Medizin. Eine besondere Verantwortung kommt den Hochschuleinrichtungen zu. Die Zukunft von Gesundheit und damit verbundener Lebensqualität in unserer Gesellschaft wird nicht durch molekularbiologische oder genetische Forschungsergebnisse bestimmt. Die Medizin hat die Felder der

präventiven Forschung zu einem erheblichen Umfange preisgegeben, weil sie unter falschen wissenschafts- und gesellschaftspolitischen Kriterien schlechter bewertet werden. Die Entwicklung von Strukturen an medizinischen Hochschuleinrichtungen erfolgt nicht nach den Erfordernissen der zukünftigen Gesundheitspolitik in unserem Lande. Präventiv orientierte Einrichtungen werden zum Nachteil der qualitativen Ausbildung der zukünftigen Ärzte gestutzt oder geschlossen. Da mit der neuen Approbationsordnung für die Ausbildung der Ärzte von 2002 auch eine wesentliche Verstärkung der Prävention angestrebt wird, muss es auch an den Hochschulen nicht nur eine Diskussion zu Methoden, zum Beispiel problemorientiertes Lernen, sondern viel stärker zum Inhalt geben. Wie wird der zukünftige Arzt befähigt, in dem kompetitiven Wachstumsfeld Prävention seine Kompetenz zu beweisen? Die oben genannten Präventionsziele der Eckpunktepapiere des Präventionsgesetzes sind in allen Fachgebieten der Medizin umzusetzen. Die nachweispflichtigen Fachgebiete unter anderem „Grundlagen der Medizinischen Psychologie und der Medizinischen Soziologie“ im ersten Studienabschnitt, „Arbeitsmedizin, Sozialmedizin“, „Hygiene, Mikrobiologie, Virologie“ und die Querschnittsbereiche „Prävention, Gesundheitsförderung“, „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“, „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege“, „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ im zweiten Studienabschnitt verkörpern dabei die besondere Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung und sollten an den Fakultäten entsprechende Unterstützung erhalten. An den Medizinischen Fakultäten wird die Grundlage zur Beschneidung oder Erweiterung des ärztlichen Handelns der Zukunft gelegt.

Auch in der Fortbildung der Ärzteschaft muss die Prävention einen breiteren Rahmen einnehmen. Inzwischen beschäftigen sich die

Patienten mehr mit Präventionsaktivitäten, wissen teilweise mehr über die tatsächlichen oder angeblichen Möglichkeiten Bescheid, als die Ärzte kompetent beraten können. Dies ist in vielen Fällen weder zum Vorteil des Patienten noch des Arztes.

Gerade die Arbeitsmedizin hat die Potenz, die Einheit von Prävention als Beseitigung oder Minimierung von Gefährdung sowie Gesundheitsförderung als Nutzung und Gestaltung von Ressourcen mit der arbeitsbezogenen Kompensation negativer Gesundheitsfolgen und Beeinträchtigungen zu verwirklichen. Sie kann eine wesentliche Funktion im Rahmen der Prävention einnehmen. Bei der Realisierung der in den Eckpunkten genannten Präventionsziele, so bei der Verhinderung der Entstehung von Krankheiten, der frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und der Bewältigung von Krankheit zum Beispiel durch und in der Arbeit sowie der Verhinderung vorzeitiger Verrentung spielt die Arbeitsmedizin eine wesentliche Rolle. Dies erfordert aber auch ein engeres Zusammenwirken mit den anderen ärztlichen Strukturen im Sozialversicherungssystem. Warum lassen wir uns eigentlich immer von Außen Diskussionen und Entscheidungen zur Steigerung der Effektivität und Wirksamkeit ärztlicher Aus-, Weiter- und Fortbildung und ärztlichen Handelns aufzwingen?

Ein Präventionsgesetz muss die Basis für die Vermeidung der Trennung von Verhaltens- und Verhältnisprävention sein. Und das geschieht vor allem über eine erweiterte Aufgabenstellung und die entsprechende Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen selbst.

Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.  
Medizinische Klinik Carl Gustav Carus  
Institut und Poliklinik für  
Arbeits- und Sozialmedizin  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

# Der sächsische Notarzt: Ein preiswerter und geduldiger Leistungserbringer im Gesundheitssystem

Der „Notarzt“ gehört nicht von jeher zum Gesundheitssystem, er ist erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden. Die intellektuelle Vorarbeit zu seinem Entstehen leistete Martin Kirschner, 1938, mit seinem berühmten Vortrag „Der Verkehrsunfall und seine erste Behandlung“ in Berlin. Er formulierte zwei wesentliche Sätze, die auch heute noch zur Begründung einer notärztlichen Systemversorgung gelten. Diese lauten sinngemäß: „...man muss soweit kommen, dass nicht mehr der Schwerverletzte zum Arzt, sondern der Arzt zum Schwerverletzten gebracht wird...“ und „...besser einen Schwerverletzten über einhundert Kilometer in eine geeignete Klinik bringen, als über die Straße in eine ungeeignete Arztpraxis...“.

Es ist heute notwendiger denn je, sich dieser weisen Voraussetzungen zu erinnern, weil unser Notarztsystem in seinem weiteren Bestand gefährdet ist.

Mit Beginn der 60er Jahre wurden Notarztsysteme etabliert; zunächst sicher noch unvollkommen, in jedem Fall aber von dem gleichen Ziel getrieben, schnelle und qualifizierte Hilfe an jeden Ort in Deutschland zu bringen. Von den zahlreichen Modellen, sei aus gutem Grund besonders auf das Engagement von Röse in Magdeburg hingewiesen, welcher bereits 1960 ein arztbesetztes Rettungsmittel in Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr installierte. Heidel und Splith etablierten 1965 in Leipzig bereits ein 24-Stunden-System der Dringlichen Medizinischen Hilfe zusammen mit dem DRK der DDR. Die ostdeutschen Modelle werden häufig bei historischen Betrachtungen zur Notfallmedizin in Deutschland vergessen. Ab 1967 erfolgte in der DDR der systematische Aufbau eines arztgestützten Rettungssystems, der 1976 mit der Gründung der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH) seinen flächendeckenden Abschluss fand. Das System der SMH, welches als duales System sowohl die Dringlichkeitsversorgung wie auch das Notarztprinzip vereinte, war optimal und leistete bis 1990 das, was danach noch nicht wieder organisiert werden konnte.

Es ist für die meisten Notfallmediziner bis heute unverständlich, weshalb in vorausseilendem Aktionismus das System der SMH mit der deutschen Vereinigung beseitigt wurde. Die Folge war, dass die Vermittlung der dring-

lichen Hausbesuche aus den Rettungsleitstellen ausgegliedert wurde, dass weiterhin die auch für die Tagzeiten bis dahin organisierte Dringlichkeitsversorgung wegfiel. Damit begann die Überfrachtung des Notarztendienstes mit Fällen, die nicht den Notarztindikationen zuzuordnen sind.

Unter diesen Voraussetzungen begann sich der Notarztendienst 1991 in Sachsen neu zu ordnen. Ärzte waren bei dieser Neuordnung wenig einbezogen. Dennoch stimmte das zunächst für die ostdeutschen Bundesländer gültige Rettungsdienstgesetz der DDR, welches als eines der letzten (und wohl auch besten) Gesetze 1990 von der Volkskammer erlassen wurde, optimistisch. Es stimmte optimistisch, weil es die wesentlichen Vorteile des DDR-Rettungswesens berücksichtigte und in ein geeintes Deutschland überführen wollte. Diese Vorteile waren:

1. Rettungsdienste mit ärztlicher Leitung,
2. Beibehaltung ärztlicher Beratung in den Rettungsleitstellen,
3. integrierte Rettungsleitstellen unter Einbeziehung der Koordination der ärztlichen Dringlichkeitsversorgung,
4. ärztliches Primat in der Notfallrettung.

Diese Ziele, die sich sowohl die Arbeitsgemeinschaften der Notärzte, wie auch in Sachsen der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer gestellt hatten, wurden nicht erreicht.

## Vergütung notärztlicher Leistungen

Auch dem sachkundigen Chronisten fällt es heute schwer sich zu erinnern, weshalb in Sachsen die Kassenärztliche Vereinigung den „Schwarzen Peter“ der notärztlichen Vergütung zugespielt bekam und weshalb für den Notarztendienst eine Abrechnung nach Einzelleistungen festgelegt wurde. Somit fanden die auf sogenannten Fortbildungsveranstaltungen auftretenden Abrechnungsakrobaten auch unter den Notärzten ein reiches Betätigungsfeld. Da die Gesamthonorarsumme für die notärztliche Vergütung sich von 1993 bis 2001 nicht veränderte, entstand eine voraussehbare Situation:

Die ärztliche Dringlichkeitsversorgung fiel als Organisationsprinzip weg, niedergelassene Ärzte waren aus Gründen der Pflichtenkollision nur ausnahmsweise in der Lage, dringli-

che Hausbesuche während der Sprechzeiten zu realisieren. Patienten erkannten, dass der Anruf in einer Rettungsleitstelle und das Drängen auf sofortigen Arztkontakt eine schnelle Realisierung des Anliegens bewirkte. Die Folge war ein stetiges Ansteigen der Notarzteinsätze landesweit, wobei allerdings die besondere Häufung in den Großstädten festzustellen war.

Als Beispiel einer besonders negativen Entwicklung sei die Stadt Leipzig angeführt:

Im Jahr 1989 versorgte der SMH-Bereich Leipzig 700.000 Menschen (Stadtkreis und Landkreis Leipzig). Es waren tags 3 Notärzte und nachts ein Notarzt im Dienst. Die durchschnittliche Zahl der Notarzteinsätze (Dringliche Medizinische Hilfe) je Tag betrug 25. Dies entsprach einer Notarzttrate (Zahl der Notarzteinsätze pro Jahr und 1.000 Einwohner) von 13,2.

Im Jahr 2004 versorgt der Rettungsdienstbereich Leipzig 480.000 Menschen (Stadtgebiet Leipzig). Es sind tags wie nachts 5 Notärzte im Einsatz; tags steht zudem der Hubschraubernotarzt zur Verfügung. Die durchschnittliche Zahl der Notarzteinsätze je 24 Stunden beträgt 63. Dies entspricht einer Notarzttrate von 47,6.

Hinweis: vertretbar ist eine Notarzttrate von 18,0!

Auch unter der Betrachtung vieler möglicher Ursachen (Änderung des Verkehrsunfallgeschehens, andere Bewertung von Frühsymptomen beim akuten Myokardinfarkt etc.), kann keine wissenschaftliche Begründung, bezogen auf die Epidemiologie des Notfalles, gegeben werden.

Andererseits muss auch kritisch festgestellt werden, dass die Entwicklung der Notarzteinsatzzahlen für jeden erkennbar war und zu vollem Recht von den Kostenträgern angemahnt wurde. Eine Konsequenz, nämlich eine Analyse des Einsatzgeschehens mit daraus folgenden Strukturveränderungen, hat es niemals gegeben, obwohl es hauptamtliche Ärztliche Leiter Rettungsdienst gegeben hat, deren Aufgabe gewesen wäre, auf diese dramatische Entwicklung hinzuweisen.

Die Folgen der Mengenausweitung von Fällen und damit abzurechnenden Leistungen waren vorhersehbar und führten im Sommer 2001 zum Eklat. Bis zu diesem Zeitpunkt war zwar der sogenannte Fallwert, also der je

Notfallpatient durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) vergütete Betrag, seit 1993 kontinuierlich gemindert, da die Mengenausweitung bei weitgehend gleichbleibender Honorarsumme dies logischerweise bedingte. Aber immerhin konnte der Notarzt je Notfallpatient noch mit einem Honorar von etwa 50,00 DM rechnen. Groteskerweise erhielt jedoch der Allgemeinmediziner (in aller Regel ohne Fachkunde Rettungsdienst) im vertragsärztlichen Notdienst für die möglicherweise weniger qualifizierte Behandlung des gleichen Patienten durch den höheren Punktwert der Hausärzte ein höheres Honorar als der Notarzt, nämlich etwa 70,00 DM. Wenngleich vereinzelte Notärzte sich in den vergangenen Jahren immer wieder gegen diese offensichtliche Ungleichbehandlung auflehnten, nahmen fast alle Ärzte dies in der eigenen Leidensfähigkeit hin.

Den Umsatz musste also letztlich „die Masse bringen“ – also die Patientenzahl.

Die KVS sah sich durch Beschluss der Vertreterversammlung im Sommer 2001 nicht mehr in der Lage, den Punktwert der Notärzte weiter zu stützen. Deshalb richtete der Vorsitzende der KVS am 30. 6. 2001 an alle Notärzte Sachsens einen Brief, in dem mitgeteilt wurde, dass mit einer Halbierung des Fallwertes bei Patienten im organisierten Notarzteinsatz zu rechnen sei. Dann hätte es eine Honorierung des einzelnen Falles in Höhe von ca. 30,00 DM gegeben.

Nach dieser Ankündigung kam es zu massiven Protesten der Ärzteschaft mit Ankündigungen, Notarzteinsatzstellen nicht weiter zu besetzen. Dabei wurde auch die Brüchigkeit des organisierten Notarzteinsatzes in Deutschland sichtbar: nahezu 70 % der Notarzteinsätze werden außerhalb der Arbeitszeit geleistet, beruhen also auf der freiwilligen Entscheidung des Arztes, den Dienst absolvieren zu wollen. Die Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e. V. (AGSN) nahm sich des Finanzierungsproblems an und trat mit Unterstützung der Sächsischen Ministerien für Inneres und Soziales in direkte Verhandlungen mit den Krankenkassen ein. Der Träger des Rettungsdienstes, also die Landkreise und kreisfreien Städte, nahmen ihre Verantwortung nur unvollkommen wahr. Dies begründeten sie auch damit, dass sie die Rechtsauffassung vertraten, die KVS sei für die Sicherstellung des Notarzteinsatzes verantwortlich. Hier war auch das bis dahin geltende Landesrettungsgesetz in seinem § 10 wenig präzise.

In Kenntnis dieser Situation vom Sommer 2001 mit einer ungeklärten Honorierung und mit öffentlichen Schuldzuweisungen zwischen Krankenkassen,

KVS und kommunalen Trägern, kann nicht hoch genug gewürdigt werden, dass von den sächsischen Ärzten/Ärztinnen dennoch die Notarztstandorte weiter besetzt wurden. Damit hatte sich auch die jahrelange Arbeit des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin bewährt, die darauf hinzielte, in den Führungskursen von Erlbach (Leitende Notarzteurse) und Oberwiesenthal (LNA-Refresherkurse) ein Netzwerk aus verantwortungsbewussten und engagierten Notfallmedizinern aufzubauen, die flächendeckend in Sachsen sich für die Organisation des Rettungswesens einsetzen.

Die Verhandlungen zwischen AGSN und Kostenträgern führten – nach Umschiffung zahlreicher Klippen – zu einer Vereinbarung, die bis zum heutigen Tage gilt. Danach sichern die Kostenträger dem Notarzt ein Honorar von 60,00 € je Fall zu. Das ist wohl angemessen, weil es etwa das Doppelte dessen ausmacht, was ein Allgemeinmediziner je Fall und Quartal an Honorar erhält. Nicht befriedigen kann die sogenannte Bereitschaftspauschale, also das, was je Notarztfall in den Pool eingegeben wird und für die einsatzfreie Vorhaltezeit verwendet wird. Die Ungleichbehandlung zwischen einsatzstarken Notarztstandorten (überwiegend die großen Städte Leipzig, Dresden und Chemnitz) und den einsatzschwachen Standorten (zum Beispiel Notarztstandort Klingenthal) muss durch eine Ausweitung des Bereitschaftsgeldpools beseitigt werden.

#### **Notärztliche Vergütung und Sicherstellungsauftrag**

Nach dem bis 2004 gültigen Rettungsdienstgesetz des Freistaates Sachsen ist der Freistaat selbst der Träger des Rettungsdienstes und somit auch der notärztlichen Versorgung. Strittig ist seit Jahren, wer wohl den Sicherstellungsauftrag der Notarztversorgung innehat. Sind es die Krankenhäuser? Ist es die Kassenärztliche Vereinigung? Darüber wurde in den letzten Jahren trefflich gestritten. Unabhängig davon wurden im Jahr 2003 rund 85 % der Notarzteinsätze von Krankenhausärzten (allerdings überwiegend in deren Freizeit) und 15 % von Vertragsärzten erbracht. Tatsache ist, dass sich keine Institution in den Jahren bis 2001 verantwortlich fühlte, die an-

gemessene Vergütung der Notärzte zu erlangen. Die Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e. V. (AGSN) wiederum konnte als einzige Ländearbeitsgemeinschaft durch die direkten Verhandlungen mit den Krankenkassen einen wesentlichen Beitrag zur Deeskalation leisten. Als eingetragener Verein kann sie jedoch in keinem Fall künftig die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung wahrnehmen. Somit steht also im Zusammenhang mit dem neuen Sächsischen Hilfeleistungsgesetz die Frage, wer künftig diesen Sicherstellungsauftrag zur notärztlichen Versorgung erhalten soll.

Es entsprach immer der durchgängigen Meinung der Sächsischen Landesärztekammer, den Sicherstellungsauftrag für den Notarzteinsatz dem Träger des Rettungsdienstes zuzuweisen. Dies wurde auch im Beschluss Nr. 9 des 12. Sächsischen Ärztetages, der die Forderungen zur ärztlichen Mitwirkung im Rettungsdienst des Freistaates Sachsen beschrieb, deutlich gemacht. Somit kann auch heute die Kammer unverändert deutlich machen, dass sie die jetzt vom Gesetzgeber festgelegte Zuweisung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen für falsch hält und nicht erkennen kann, worin hier eine organisatorische Qualitätsverbesserung liegen soll.

Es fällt schwer, dazu zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Standpunkt aus ärztlicher Sicht zu formulieren, da es ein vergleichbares Modell in Deutschland nicht gibt. Festgestellt werden muss, dass die sächsische Ärzteschaft immer die Auffassung vertreten hat, dass der Sicherstellungsauftrag für die Notarztversorgung beim Träger des Rettungsdienstes, den Landkreisen und den kreisfreien Städten, liegen muss. Als grundsätzlicher Einwand zur aktuellen landespolitischen Entwicklung sei angebracht, dass eine notärztliche Sicherstellung gegenüber allen Erkrankten und Verunfallten bestehen muss, also auch den privat Krankenversicherten und den Versicherungsfällen, die sich aus Arbeitsunfällen ergeben, etc.

#### **Gibt es einen Notarztmangel?**

Die Zahlen mögen für sich sprechen: durch die Sächsische Landesärztekammer wurden bisher etwa 3.800 Fachkundenachweise Rettungsdienst ausgereicht. Im Jahr 2002 rechneten ca. 1.500 Ärzte gegenüber der KVS notärztliche Leistungen ab. An jedem der 81 Notarztstandorten Sachsens wären zur Sicherung

eines Dienstplanes 12 bis 15 Notärzte erforderlich. Eine größere Zahl Ärzte wäre nicht sinnvoll, da dann durch geringe Dienstfrequenz der Trainingseffekt des einzelnen Einsatzes nicht mehr gegeben wäre.

Also sind zur Sicherung des Notarztdienstes in Sachsen ca. 1.200 Notärzte erforderlich. Diese sind rein rechnerisch verfügbar, wie die oben dargelegten Zahlen belegen. Dennoch sind die Krankenhäuser kaum noch in der Lage, Ärzte im erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zur Arbeitszeitregelung erschwert die Lage zusätzlich. Niedergelassene Ärzte sind durch Gerichtsurteile zur Pflichten-kollision zunehmend verunsichert und werden kaum noch Dienstbereitschaften während der Sprechzeiten anbieten.

Zudem werden künftig Allgemeinmediziner gar nicht mehr in der Lage sein, eine Fachkunde Rettungsdienst bzw. Zusatzbezeichnung zu erwerben, da die Bundeskonsensuskonferenz Rettungsdienst als Grundleistung für die Fachkunde (ab 1. 1. 2005 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) eine mindestens 30-monatige Tätigkeit in einem Krankenhaus verlangt.

#### *Gibt es eine Lösung?*

Die Lösung ist vielschichtig, aber es gibt sie. Ziel einer Lösung des Notarztdilemmas ist:

1. Krankenhäuser werden künftig nicht mehr in der Lage sein, ausreichend Notärzte zur Absicherung von Diensten zur Verfügung zu stellen, so dass es zur Schließung von Notarztstandorten kommen kann.

#### *Daraus folgt:*

2. dass die Zahl der Notarzteinsätze drastisch gesenkt werden muss.

#### *Dies erfordert:*

3. Wiedereinführung des klassischen dualen Notfallversorgungssystems mit – zumindest in den großen Städten – Etablierung eines Dringlichen Hausbesuchsdienstes

(DHD) analog den Strukturen der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH), um den Rettungsdienst von den Einsätzen zu entlasten, die nicht in das Spektrum gehören.

#### *Sowie:*

4. Überarbeitung des Berufsbildes des Rettungsassistenten mit deutlicher Verbesserung der Ausbildung (duales Ausbildungskonzept, Aufstocken der Bildungszeit auf drei Jahre, inhaltliche Überarbeitung des Curriculums, Qualitätskontrolle der Bildungseinrichtungen). Ziel soll sein, den Rettungsassistenten primär zum Helfer des Arztes auszubilden und die Grund- und Regelkompetenz nur gering zu erweitern. Andererseits ist dann die Kompatibilität zu anderen medizinischen Assistenzberufen gegeben.

#### **Zusammenfassung**

Der Sächsische Notarzt hat viele Jahre für ein geringes Honorar gearbeitet. Er war somit ein preiswerter Leistungserbringer im System. Seine Vergütung ist nunmehr – bezogen auf den einzelnen Einsatz – angemessen. Der Ausgleich zwischen einsatzschwachen und einsatzstarken Regionen muss durch eine Erhöhung des Bereitschaftspools vorgenommen werden. Dazu wird der sächsische Notarzt sicher weitere Geduld aufbringen müssen. Mittel- bis langfristig muss die Notfallversorgung wieder in ein duales System überführt werden. Vordringliches Ziel soll die Senkung der Notarzttrate sein. Damit wäre die Versorgung von Notfallpatienten wieder effektiv und deutlich preisgünstiger als in dem derzeit völlig überladenen System. Das arztgestützte Rettungssystem soll jedoch in keiner Weise durch ein Paramedic-System nach US-amerikanischer Prägung abgelöst werden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Michael Burgkhardt  
Ausschussvorsitzender Notfall- und  
Katastrophenmedizin der  
Sächsischen Landesärztekammer  
Gletschersteinstr. 34, 04299 Leipzig

#### **Ärzteblatt Sachsen**

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Ständesorganisationen, 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  
Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M.A.

#### **Redaktionsassistentz:** Ingrid Hüfner

#### **Anschrift der Redaktion**

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

#### **Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb**

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe

Anzeigenleitung: Kristin Böttger

Anzeigendisposition: Silke El Gendy

Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

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

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

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

ISSN: 0938-8478

J. Baldauf

## Sprachauffälligkeiten bei 3- bis 4-jährigen Kindern

### Zusammenfassung:

Der Anstieg der Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter in den zurückliegenden Jahren bundesweit war Anlass zur Durchführung einer Pilotstudie bei 3- bis 4-jährigen Kindern. Insgesamt wurden 1070 Kinder in Chemnitz untersucht. Davon wurden 320 Kinder als sprachauffällig bewertet und zur Nachuntersuchung eingeladen. Zu dieser weiter führenden Diagnostik meldeten 58 Eltern ihre Kinder an.

Eine normale Sprachentwicklung bei nicht alterssprechendem Verlauf ist wesentlich abhängig von einer rechtzeitigen Erkennung und Einleitung von Fördermaßnahmen. Die Untersuchung wurde deshalb in das überarbeitete Kindertagesstättengesetz aufgenommen.

**Schlüsselwörter:** Sprachauffälligkeit, Pilotstudie, rechtzeitige Erkennung, Kindertagesstättengesetz

Untersuchungsergebnisse der Jugendärzte, der sächsischen Gesundheitsämter zum Gesundheitszustand von Vorschulkindern, eigene Erfahrungen aus der Arbeit des Audiologisch-Phoniatischen Zentrums und wissenschaftliche Fachgremien wie auch Medien weisen darauf hin, dass sich der sprachliche Entwicklungsstand von Kindern im Vorschulalter im Verlauf der letzten Jahre verändert hat. Heinemann (1995) spricht von ca. 25 Prozent Sprachauffälligkeiten bei Vorschulkindern, Grimm (1998) von 7 bis 10 Prozent im Vorschulalter. Radü und Doleschal stellen 1996 bei einer Studie 17,1 Prozent echte Sprachentwicklungsverzögerungen bei 4-jährigen Kindern fest. Diese Zahlen werden bestätigt im Freistaat Sachsen durch die von Gesundheitsämtern anlässlich der Einschulung festgestellten Sprachauffälligkeiten. Im Laufe der letzten fünf Jahre ist die Zahl der sprachauffälligen Kinder in Sachsen zum Zeitpunkt der Einschulung von 16 Prozent (94/95) auf 21,9 Prozent (98/99) angestiegen. Dabei zeigen sich zum Beispiel auch Unterschiede in den 3 sächsischen Städten Dresden, Leipzig und Chemnitz. Zur Einschulungsuntersuchung im Schuljahr 1997/1998 wurden bei den Einschulern in Dresden 29,48 Prozent in Leipzig 19,6 Prozent und in Chemnitz 16,73 Prozent Sprachstörungen durch den Jungenärztlichen Dienst festgestellt.

Gemeinsam mit dem Sächsischen Berufsverband der Kinderärzte und dem Sächsischen Staatsministerium für Familie, Jugend, Soziales und Gesundheit wurde diese Problematik wiederholt diskutiert mit der Schlussfolgerung, 2000 eine Studie zum sprachlichen Entwicklungsstand durchzuführen. Dafür wurde die Gruppe der 3- bis 4-jährigen Kinder ausgewählt. Für die Auswahl dieser Altersgruppe sprachen:

1. In diesem Alter erfolgt ein wesentlicher sprachlicher Schub.
2. In diesem Alter wird die Vorsorgeuntersuchung U 8 (42. bis 48. Lebensmonat) durchgeführt.
3. Für Sprachauffälligkeiten mit Krankheitswert ist noch ausreichend Zeit für beratende wie auch therapeutische Maßnahmen bis zum Zeitpunkt der Einschulung.

Die Untersuchungsergebnisse sollen darlegen, wie der sprachliche Entwicklungsstand der Kinder ist und ob es bestätigt wird, dass die Zahl der sprachauffälligen Kinder so hoch ist, wie die Medien es häufig darstellen (KVS Mitteilung 3/95; Medical Tribune 46/98; Ärzte-Zeitung 7/99; Ärzte-Zeitung 2/00; Ärzte-Zeitung 8/00).

Weiterhin ist aufzuzeigen, welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind, um Sprachauffälligkeiten bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung zu beheben bzw. zu vermindern.

Nach Angaben des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz lebten im Jahr 2000 in Chemnitz 1438 Kinder im Alter von 3 bis 4 Jahren. Davon besuchten ca. 96 Prozent eine der 85 Kindertagesstätten. An der Untersuchung nahmen Kinder aus insgesamt 84 Kindertagesstätten teil.

Aus organisatorischen Gründen war es uns nicht möglich, die Eltern und Kinder in die Befragung und Untersuchung einzubeziehen, die ausschließlich im häuslichen Bereich erzo-gen werden.

Im ersten Untersuchungsschritt wurden den teilnehmenden Eltern ein Informationsblatt zur geplanten Untersuchung, eine Einverständniserklärung zur Teilnahme des Kindes an der Untersuchung sowie ein Fragebogen zu wesentlichen Entwicklungsdaten ihres Kindes ausgehändigt.

Für die Untersuchung des Sprachentwicklungsstandes selbst musste ein Verfahren ausgewählt werden, welche folgende Bedingungen zu erfüllen hatte:

1. Es musste für die Altersgruppe der 3- bis 4-jährigen Kinder anwendbar sein.
2. Es sollte das Sprachverhalten mehrdimensional erfassen.
3. Es musste zeitökonomisch unter den Bedingungen einer Untersuchung in einer Kindertagesstätte praktikabel sein.
4. Es musste praxisnah und bereits in Untersuchungen erprobt sein.

Unter den zum damaligen Zeitpunkt vorhandenen Untersuchungsverfahren wählten wir das Sprachscreeningverfahren zur Erfassung der Sprachentwicklungsverzögerung bei Kindern im Alter von 3 1/2 bis 4 Jahren bei der U 8 von Manfred Heinemann und Christel Höffner, welches in der Zeitschrift „Der Kinderarzt“ 23 Jg. (1992) Nr. 10 beschrieben wurde und aus fachlicher Sicht die oben genannten Kriterien erfüllt.

Die Durchführung des Sprachscreenings in den Kindertagesstätten erfolgte durch Sprachtherapeutinnen des Audiologisch-Phoniatischen Zentrums Chemnitz sowie Lehrlogopädinnen und Logopädenschüler und -rinnen der Schule für Logopädie Chemnitz. Die Untersuchungsdaten wurden in einem Datenbanksystem eingespeichert. Aus diesem Fundus erfolgte die rechentechnische Aufbereitung und Auswertung des Datenmaterials. Für jedes untersuchte Kind wurden die Leistungen in den 5 Aufgabengruppen

1. Sprachverständnis für Oberbegriffe
2. Wortschatz
3. Nachsprechen (Sätze)
4. Artikulation
5. Sprachverständnis für Aufforderungen

bestimmt und daraus die Klassifizierung entsprechend der Bewertungsvorgaben der Autoren auffällig/ unauffällig vorgenommen.

In die Auswertung wurden alle Kinder einbezogen, die wenigstens eine Aufgabe beantwortet haben. Diejenigen Kinder die nicht zur Mitarbeit bei der Durchführung des Verfahrens motiviert werden konnten, die die Mitarbeit bei allen Aufgaben verweigert haben, wurden bei der weiteren statistischen Bearbeitung nicht berücksichtigt.

**Stichprobenbeschreibung**

- 1.1 Gesamtzahl der 3- bis 4-jährigen Kinder in Chemnitz: 1438
  - 1.2 Anzahl der ausgegebenen Fragebögen: 1474
- Es wurden mehr Fragebögen ausgegeben, da in den Kindertagesstätten die Altersbestimmung der in Frage kommenden Kinder eher großzügig vorgenommen wurde.
- 1.3 Beantwortete Fragebögen mit Einverständniserklärung zur Untersuchung: 1283

Diese große Bereitschaft seitens der Eltern, ihre Kinder auf evtl. vorliegende Sprachauffälligkeiten untersuchen zu lassen, hat uns überrascht.

- 1.4 Anzahl der untersuchten Kinder jünger als 42 Monate: 1070  
42 bis 48 Monate: 369  
älter als 48 Monate: 519  
172

**Ergebnisse der Elternbefragung:**

Ca. 8 Prozent der Kinder leben in einem sprachlichen Umfeld, in dem deutsch als Muttersprache nicht ausschließlich angeboten wird. Von diesen Kindern wurden beim späteren Screening 33,3 Prozent als auffällig klassifiziert. Dennoch beließen wir diese Untersuchungsgruppe in der Stichprobe, um damit eine realistische Widerspiegelung der tatsächlichen sprachlichen Situation in unseren Kindertagesstätten zu erhalten.

Einem Teil der Eltern waren schon längere Zeit vor unserer Erhebung Abweichungen von der von ihnen als „normal“ definierten Sprachentwicklung aufgefallen. Inwieweit diese Beobachtungen seitens der Eltern zur Vorstellung bei einem Arzt bzw. Logopäden geführt haben, konnte durch unsere Untersuchung nicht aufgeklärt werden. Interessant erscheint, dass Jungen durch ihre Eltern offenbar aufmerksamer beobachtet werden als Mädchen, denn bei den Mädchen wurden im Gegensatz zu unseren Untersuchungsergebnissen deutlich weniger Sprachauffälligkeiten von den Eltern selbst bemerkt.

Nach erfolgter Auswertung aller Fragebögen wurde denjenigen Eltern, die Sprachauffälligkeiten ihrer Kinder angegeben hatten, das Angebot einer Vorstellung zur ausführlichen Sprachdiagnostik im Audiologisch-Phoniatri-schen Zentrum schriftlich unterbreitet. Von diesen 267 Eltern nahmen jedoch nur 39 Eltern (14,6 Prozent) unser Angebot an und stell-

ten ihre Kinder unabhängig von der geplanten Screeninguntersuchung in der Kindertagesstätte bei uns vor. Obwohl die Eltern Sprachauffälligkeiten bei ihren Kindern registrieren, führt dies nicht unbedingt dazu, den Verdacht durch spezielle professionelle Untersuchungen zu überprüfen. Über die Ursachen dieser geringen Bereitschaft kann nur spekuliert werden. Möglicherweise tragen unzureichende Kenntnisse über die normale Sprachentwicklung dazu bei.

Der in der Literatur immer wieder vertretene ursächliche Hinweis zur so genannten „familiären Sprachschwäche“ konnte durch unsere Untersuchung teilweise bestätigt werden, denn von ca. 12 Prozent der Eltern wird angegeben, dass mindestens ein Familienmitglied durch Sprachbesonderheiten in der Kindheit aufgefallen ist oder dass diese noch heute bestehen.

Die populäre Erkenntnis, dass Jungen etwas später mit dem Sprechen beginnen als die Mädchen, fand sich auch in unserer Erhebung. Ein Zusammenhang zwischen verzögertem Sprechbeginn und den von den Eltern angegebenen Sprachauffälligkeiten konnte insofern gezeigt werden, als bei sprachauffälligen Kindern auch ein verzögerter Sprechbeginn angegeben wurde.

Entsprechend den Elternaussagen werden den Kindern im Alter von 3 bis 4 Jahren vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten:

*Tabelle 1: Beschäftigungsangebote an die Kinder durch ihre Eltern*

Beschäftigungsart in Prozent	Jungen	Mädchen
Malen	14,1	15,4
Bauen	16,0	13,7
Märchen anhören	14,0	13,6
Bücher ansehen	16,2	15,2
Fernsehen	12,0	12,3
Toben im Freien	16,2	14,1

*Tabelle 2: Als sprachauffällig klassifizierte Kinder*

Alter	Älter als 48 Monate		42 - 48 Monate		Jünger als 42 Monate	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
<b>Anzahl</b>	33	26	148	139	156	147
<b>Prozent</b>	40,0	28,3	56,8	51,7	76,2	89,6

Über den zeitlichen Anteil der jeweiligen Beschäftigungen sagt diese Übersicht natürlich nichts aus.

**Ergebnisse der Sprachscreeninguntersuchung**

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die in unserer Stichprobe als „sprach-auffällig“ klassifizierten Kinder:

Die hohe Anzahl der als sprachauffällig klassifizierten Kinder überraschte sowohl die Untersucher als auch die Autoren des Screeningsverfahrens. Diese Ergebnisse fordern Erklärungen heraus. Diese reichen von „Das Sprachniveau sächsischer Kinder ist deutlich schlechter als im übrigen Bundesgebiet“ bis zu „Sprachentwicklung hat sich seit der Erstanwendung des Sprachscreenings drastisch verlangsamt oder verändert“. Diese Hypothesen sind zwar interessant, jedoch derzeit nicht angemessen zu überprüfen, da dies umfangreiche Quer- und Längsschnittuntersuchungen erfordern würde. Aus testmethodischer Sicht sind diese Untersuchungsergebnisse kritisch zu bewerten: Bei genauer Betrachtung des Verfahrens und seiner Bewertungsrichtlinien fällt auf, dass bei vier Aufgabengruppen schon eine einzige Fehlleistung ausreicht, um diesen Sprachbereich als auffällig zu bewerten. Schon wenn das Kind in 2 Aufgabengruppen je nur einen Fehler macht, muss es als „sprachauffällig“ klassifiziert werden. Diese Bewertung ist meines Erachtens zu streng und wird der Realität eines 3 1/2-jährigen Kindes nicht gerecht. Das Risiko der falsch-positiven Zuordnung ist zu groß. Daher ist eine realitätsgerechte Festlegung der Bewertungskriterien erforderlich, zumal für das Screening bisher noch keine teststatistischen Normen vorliegen.

Uns interessiert auch die Frage, inwieweit Ergebnisse des Screenings mit den Einschätzungen der Eltern bezüglich der Sprachauffälligkeit ihrer Kinder übereinstimmen.

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die Übereinstimmung, wenn sowohl Eltern als auch das Screening die Kinder als „auffällig“ bewerteten.

Tabelle 3: Übereinstimmung der Elterneinschätzung und der Screeningergebnisse

	Übereinstimmung der Elterneinschätzung „Kind ist auffällig“ – auffälliges Screeningergebnis Angaben in Prozent		
	Gesamt	Jungen	Mädchen
<b>Gesamttest</b>	13,1	17,1	9,2
<b>1. Oberbegriffe</b>	3,5	5,6	1,5
<b>2. Wortschatz</b>	4,7	6,5	3,1
<b>3. Nachsprechen</b>	4,1	6,5	1,9
<b>4. Artikulation</b>	12,7	16,1	9,5
<b>5. Sprachverständnis</b>	1,7	6,5	5,0

Insgesamt ist die Übereinstimmungsrate gering. Bei Jungen gibt es eine etwas höhere, jedoch nicht signifikante Konkordanz der Beurteilungen als bei Mädchen. Lediglich bei der Aufgabengruppe „Artikulation“ gibt es einen Zusammenhang zwischen Elternbeurteilungen und Screeningergebnissen. Dies gilt jedoch nur für die Gesamtstichprobe und die Untergruppe der Jungen, nicht für die Mädchen.

Die Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass sich Eltern bei der Einschätzung ihrer Kinder offenbar vorrangig an der Aussprache, dagegen kaum am Wortschatz, am Verständnis für Oberbegriffe und Aufforderungen oder der Grammatik orientieren. Auch aus diesem Befund leitet sich aus unserer Sicht die Notwendigkeit einer professionellen Sprachbeurteilung ab, die die verschiedenen Sprachebenen berücksichtigt.

In einem weiteren Schritt wurden alle Eltern über die Untersuchungsergebnisse ihres Kindes schriftlich informiert und 320 als auffällig klassifizierte Kinder zu einer Nachuntersuchung eingeladen.

Uns wurden aber nur 58 Kinder zur weiterführenden Differenzialdiagnostik angemeldet, also nur 18,1 % der betroffenen Eltern machten von diesem Angebot Gebrauch.

Dieses geringe Interesse der Eltern an der weiteren diagnostischen Abklärung der im Sprachscreening festgestellten Sprachauffälligkeit ist wahrscheinlich als Folge einer zu geringen Bedeutungszumessung des Sprachbefundes zu betrachten.

### Schlussfolgerungen

In unserer Kommunikationsgesellschaft kommt der Sprache und dem Sprechen eine immer größer werdende Bedeutung zu. Das Anstei-

gen der Zahl zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung von Sprachstörungen auf über 20 % war Anlass für diese Studie. Sie sollte feststellen, wie hoch die Zahl der Sprachauffälligkeit hier im 3. bis 4. Lebensjahr ist und welche möglichen Schlussfolgerungen sich daraus ergeben.

Unsere Untersuchungen zeigten, dass ein Sprachscreening zur Erfassung von Sprachauffälligkeiten in der Altersgruppe von 3 bis 4 Jahren angezeigt ist. Nach unseren Erfahrungen kann dabei das Screeningverfahren von Heinemann und Höpfer angewendet werden. Allerdings muss dieses Untersuchungsverfahren einer umfassenden Testanalyse bezüglich der Testgütekriterien unterzogen werden. Einen wesentlichen Beitrag zur Validierung kann nur eine weiterführende ausführliche, differenzielle Sprachdiagnostik leisten. Erst danach kann entschieden werden, ob es sich um eine zwar im Screening erfasste, jedoch nur geringfügige Sprachauffälligkeit im Sinne einer Normvariante handelt oder aber um eine Sprachstörung von Krankheitswert, die unbedingt einer fachgerechten Behandlung bedarf. Nur durch eine in diesen Fällen rechtzeitig eingeleitete Therapie wird man in der Lage sein, die anlässlich der Einschulungsuntersuchung festgestellte Zahl an Sprachstörungen zu senken und damit die Chancen auf einen erfolgreichen Besuch der Regelschule zu erhöhen. In diesem Zusammenhang scheint es als notwendige Aufgabe, die Beurteilungskriterien des sprachlichen Entwicklungsstandes bei der Einschulungsuntersuchung zu revidieren, das heißt den aktuellen Gegebenheiten anzupassen und zu vereinheitlichen.

Die Ergebnisse der Elternbefragung und die des Sprachscreenings zeigen kaum Überein-

stimmungen, so dass zur aktuellen Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsstandes der 3- bis 4-jährigen professionelle Überprüfungen angezeigt sind. Dabei konnte festgestellt werden, dass über 50 Prozent der Kinder zwischen 42. und 48. Lebensmonat Abweichungen gegenüber der physiologischen Sprachentwicklung aufwiesen. Seitens der Eltern wurden jedoch Abweichungen nur bei ca. 25 Prozent angegeben. Eltern haben andere Kriterien zur Beurteilung ihrer Kinder. Es erscheint deshalb dringend erforderlich, eine Aufklärung der Eltern im Rahmen einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen. Diese Aufklärungsarbeit ist neben Informationen über die Medien, durch den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie durch die Kinderärzte, aber auch aller anderen bei der Betreuung der Kinder beteiligten Ärzte zu realisieren.

Die normale sprachliche Entwicklung der Kinder ist bei nicht altersentsprechendem Ablauf von einer rechtzeitigen Erkennung und Einleitung von Fördermaßnahmen abhängig. Neben der Verantwortung der Eltern ist dies auch als Aufgabe der Kindergärten anzusehen, für die Kinder die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen. Entsprechend des Kindertagesstättengesetzes werden seit Herbst 2003 auch Sprachuntersuchungen in Kombination mit Hören, Sehen und Motorik in allen Kindertagesstätten durchgeführt. Die Untersuchung der sprachlichen Fähigkeiten erfolgt jedoch leider nicht mittels des hier beschriebenen Verfahrens, sondern mit einer in der Praxis noch nicht erprobten und nicht evaluierten Aufgabenserie. Dennoch können die bei diesen Untersuchungen als auffällig erkannten Kinder sofort in die Förderung durch hierfür qualifizierte Erzieher einbezogen werden. Nach ärztlicher differenzialdiagnostischer Abklärung kann bei nachgewiesenen Sprachentwicklungsstörungen darüber hinaus auch eine logopädische Therapie sinnvoll und notwendig sein. Diese sollte aber immer die Eltern aktiv mit einbeziehen und nicht ausschließlich in deren Abwesenheit im Kindergarten durchgeführt werden.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Jürgen Baldauf  
Gesundheitsamt Chemnitz

## Kindergartenuntersuchung in allen sächsischen Kindergärten ab 2003

Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern führen nicht selten zu Verhaltensproblemen und schulischen Lernstörungen. Zurzeit werden schulische Probleme unserer Kinder durch Studien und in vielen Diskussionen thematisiert. PISA und LISA („Leben in sozialer Armut“) sind Schlagworte, die veränderte Kindheitsbedingungen und Entwicklungsstörungen offenbaren. Es ist jedoch falsch, erst im Schulalter einen Ansatz zu suchen. Eine bessere Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten ist eine dringliche Aufgabe der Gesundheitsvorsorge bei Kindern im Vorschulalter. In den letzten Jahren musste das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) mit Sorge beobachten, dass die Befunde der Einschulungsuntersuchungen (Aufgabe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes) zunehmend Sprach-, motorische und psychosoziale Auffälligkeiten bei den Kindern aufdeckten.

Sprachauffälligkeiten sind bei Einschülern in Sachsen von 16 Prozent im Schuljahr 1994/95 auf 23,3 Prozent im Schuljahr 2002/2003 angestiegen. Gerade Sprachentwicklungsstörungen sind ein relevantes Frühsymptom für schulische Lernstörungen. Der Sächsische Landtag sah aus diesen Gründen Handlungsbedarf und hat der Änderung des Sächsischen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen zugestimmt. Mit der Aufnahme eines Paragraphen zur Gesundheitsvorsorge wurde die Möglichkeit geschaffen, eine ärztliche Untersuchung in Kindertagesstätten anzubieten. § 7 Absatz 2 des Gesetzes vom November 2001 lautet:

„Die Kinder- und Jugendgesundheitspflege ist eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach Maßgabe des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) vom 11. Dezember 1991 (SächsGVBl. S. 413). Die Erziehungsberechtigten sind von Anfang an in alle Maßnahmen der Gesundheitspflege einzubeziehen. Das Gesundheitsamt oder von ihm Beauftragte führen in den Einrichtungen jährlich für alle Kinder zahnärztliche Reihenuntersuchungen und eine einmalige ärztliche Untersuchung auf Seh- und Hörstörungen sowie motorische und Sprachauffälligkeiten in der Regel im vierten Lebensjahr durch.“

In den Schlussbestimmungen des Gesetzes steht, dass die Untersuchung erstmalig im

Jahr 2003 durchzuführen war. Eltern und Kinderärzte stellen sich nun die Frage, warum die Untersuchung, die nahezu zum gleichen Zeitpunkt wie die U 8 durchgeführt wird, eingeführt wurde, ob dies nicht gar eine Konkurrenz für die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen sei. Mehrere Argumente sprechen dagegen. Die Zahl der Kinder in Sachsen, die einen Kindergarten besuchen, beträgt ca. 98 Prozent. Natürlich werden nicht alle Eltern in die Untersuchung einwilligen, dennoch wird die Zahl der erreichten Kinder hoch sein. Im Gegensatz dazu betrug die Inanspruchnahme der U 8 in den letzten Jahren ca. 70 bis 75 Prozent. Hauskindern und deren Eltern soll die Möglichkeit der Untersuchung in geeigneter Form angeboten werden.

Die Untersuchung im Kindergarten dient der Ergänzung und der Vorbereitung der U 8, da alle ermittelten Befunde grundsätzlich an den behandelnden Kinderarzt weiterzuleiten sind. Eine statistische Auswertung beim niedergelassenen Arzt ist nur schwer möglich, da unterschiedliche Fachbereiche (Kinderärzte, Praktische Ärzte und andere) in die Vorsorge einbezogen sind. Die statistische Auswertung der Untersuchungsergebnisse ist jedoch von Bedeutung, um Schlussfolgerungen auf kommunaler und auf Landesebene ziehen zu können (zum Beispiel zusätzliche Förderangebote in den Kindertagesstätten).

Die Einführung einer zusätzlichen Untersuchung im Kindergarten wird auch vom Sächsischen Staatsministerium für Kultus in Hinsicht auf die verbesserte Schuleingangsphase ausdrücklich unterstützt.

Wie läuft eine Kindergartenuntersuchung ab? Es werden, wie im Gesetz ausgeführt, vier Bereiche überprüft. Grundlage für das Motorikscreening ist die Grenzsteindiagnostik (zum Beispiel Einbeinstand, Einbeinsprung, Schlusssprung). Sehprüfungen werden vorzugsweise mit der LEA-Tafel durchgeführt, auch die Hakentafel oder der H-Test werden zur Prüfung des Fernvisus eingesetzt. Das räumliche Sehen wird mit der Lang-Tafel I oder II überprüft. Für das Hörscreening empfahl das SMS die Anwendung einer objektiven Methode: das OAE-Screening. Es kommt aber auch die Siebaudiometrie zum Einsatz.

Hauptbestandteil der Untersuchung ist jedoch das Sprachscreening. Dazu wurde im Auftrag des SMS von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ein Verfahren zur Beurteilung der Sprach- und Wahrnehmungsentwicklung erarbeitet. Es versetzt das Kind, anders als bisherige Tests, in eine Spielsituation.

Die Eltern werden schriftlich über die Untersuchungsergebnisse informiert und bei Auffälligkeiten an die Kinderärzte oder Hausärzte verwiesen. Die Ärzte erinnern an fehlende oder anstehende Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen beim niedergelassenen Arzt.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst empfiehlt bei Bedarf heilpädagogische Fördermöglichkeiten und berät Eltern und Erzieherinnen zur Entwicklung der Kinder. Dabei ist die aufsuchende Funktion des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in den Alltagsbedingungen des Kindes eine gute Chance, das gemeinsame Wirken der Eltern und Erzieherinnen zum Wohle unserer Kinder zu unterstützen. Das SMS organisierte eine Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzte und das Assistenzpersonal zur Durchführung dieser Untersuchungen.

Eine Untersuchung kann die Rate der sprachauffälligen Kinder nicht senken – sie ist jedoch Ausgangspunkt für das Konzipieren von Erziehungs- und Bildungsstandards in Kindertagesstätten. Die Untersuchungen sollen und können die ärztlichen Leistungen der Pädiater, insbesondere im Rahmen der U 8, nicht ersetzen, so dass eine Überschneidung zwischen den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den niedergelassenen Ärzten und eine Interessenkollision ausgeschlossen ist. Die Untersuchung eröffnet jedoch die Chance, beide Handlungsfelder zu verzahnen, um bei Bedarf rechtzeitige Therapiemaßnahmen einleiten und somit den Kindern einen optimalen Schulbeginn ermöglichen zu können.

Dr. med. Elke Siegert,  
Gesundheitsamt Dresden  
Dr. med. Jürgen Baldauf,  
Gesundheitsamt Chemnitz  
Sandra Frenschkowski,  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales,  
Referat 25

## Neues Förderkonzept für Heilberufsangehörige in Sachsen

Gute Nachrichten für alle niederlassungswilligen Ärzte in Sachsen: Der Freistaat fördert im Rahmen des so genannten Gründungs- und Wachstumsfinanzierungsprogramms, kurz GuW, über die Sächsische Aufbaubank jetzt auch Heilberufsangehörige landesweit bei Neugründungen, Übernahmen und Festigungsvorhaben.

Wie Raimund Pecherz, Leiter der Filiale Dresden der Deutschen Apotheker und Ärztebank, erläutert, erfolgt die Förderung bis auf weiteres durch Zinssubventionierung von bis zu 1,5 Prozent per anno. Bei Laufzeiten von 10 beziehungsweise 12 Jahren und unter Zugrunde-

legung des derzeitigen Zinsniveaus ergeben sich für den Kreditnehmer damit Zinssätze zwischen 2,75 und 4,0 Prozent per anno (Stand: 30. Juni 2004). Vorhaben bis eine Million Euro sind zu 100 Prozent förderfähig. Der Auszahlungskurs beträgt einheitlich 96 Prozent. Beantragt werden die Mittel bei der Hausbank, die der Kunde für seine Existenzgründung auswählt. Auch wenn der Niederlassungswillige im Vergleich zum Hausbankdarlehen mit Mehraufwand und so genannten Bereitstellungszinsen rechnen muss, überwiegen nach Auskunft von Pecherz ab einer Summe von rund 30.000 € die Vorteile des GuW-Pro-

gramms. Voraussetzung dafür ist, dass die Hausbank, die das Haftungsrisiko trägt, in der Existenzgründungsfinanzierung kein überdurchschnittliches Risiko sieht.

Angesichts des niedrigen Zinsniveaus am Kapitalmarkt in Verbindung mit der Förderung des Freistaats empfiehlt Pecherz allen potentiell Niederlassungswilligen, jetzt über eine Neugründung oder Übernahme nachzudenken. Die augenblickliche Konstellation schaffe dafür exzellente Finanzierungsbedingungen.

Raimund Pecherz,  
Apotheker- und Ärztebank

## Gesundheitliche Beurteilung von illegal Einreisenden

Wiederholt erreichten die Sächsische Landesärztekammer Anfragen zur besonderen Situation von Ärztinnen und Ärzten bei der Untersuchung bzw. ärztlichen Behandlung von an der Grenze aufgegriffenen, illegal eingereisten Ausländern. Vergleichbare Sachverhalte befassten sich zudem mit Fragen der Erstellung der durch die Bundesgrenzschutzbehörden in Auftrag gegebenen Gutachten zur Transport- und Gewahrsamsfähigkeit.

Ärztinnen und Ärzte, die im vertragsärztlichen Notfalldienst tätig sind, sind grundsätzlich verpflichtet, alle Betroffenen – demnach auch die oben genannte Personengruppe – bei akuten Verletzungen, Erkrankungen oder ähnlichem zu behandeln.

Hieraus ergaben sich Fragestellungen im Hinblick auf eine adäquate Mindestausstattung von Untersuchungsräumen bei den Grenzschutzbehörden sowie zu der Bereitstellung von Dolmetschern. Weiterhin galt es, das Erfordernis der Durchführung einer Reise-, Transport- oder Gewahrsamsfähigkeitsuntersuchung im vertragsärztlichen Notfalldienst und der hieraus möglicherweise resultierenden Gutachtenstellung zu klären. Schließlich war fraglich,

inwieweit angeforderte Ärztinnen und Ärzte gegen etwaige Gesundheitsbeeinträchtigungen, Praxisausfälle und Krankheit und ähnliches in derartigen Konstellationen versichert sind.

Auf Anfrage der Sächsischen Landesärztekammer hat das Bundesministerium des Innern mit Schreiben vom 26. Januar 2004 folgendes mitgeteilt:

„1. Es wird veranlasst, dass der geforderte Untersuchungsraum bei den Einrichtungen des Bundesgrenzschutzes grundsätzlich bereitgestellt wird. Bei der Realisierung der Bereitstellung werden aber die Mitgliedschaft Polens und Tschechiens in der EU sowie ein Beitritt dieser Staaten zum Schengener Übereinkommen zu berücksichtigen sein.

2. Soweit es für die ärztliche Untersuchung zur Feststellung der Transport- oder Gewahrsamsfähigkeit unerlässlich ist, wird der Bundesgrenzschutz auf Anforderung des untersuchenden Arztes wie bisher einen Übersetzer oder Dolmetscher zur Verfügung stellen.

3. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte einschließlich der vertragsärztlichen Notfalldienste führen auf freiwilliger Basis – anders als Amts-

ärztinnen/Amtsärzte oder beamtete Ärztinnen/Ärzte – entsprechende amtlich notwendige Untersuchungen durch und erstellen die damit verbundenen Gutachten.

4. Eine Versicherung der Ärztinnen bzw. Ärzte gegen Folgeschäden, wie etwa Gesundheitsbeeinträchtigungen, Praxisausfälle, Krankheitsfälle und ähnliches, ist nicht vorgesehen. Die auf freiwilliger Grundlage zu erbringenden ärztlichen Leistungen werden grundsätzlich auf Basis der GOÄ abgerechnet. Insoweit sind über die entsprechenden Honorare alle Forderungen der/des Ärztin/Arztes abgegolten. Es bleibt jeder/jedem Ärztin/Arzt überlassen, sich gegen entsprechende Risiken abzuschern. Die notwendigen Regelungen werden in die entsprechende Dienstvorschrift des Bundesgrenzschutzes eingearbeitet. Eine Einsichtnahme in diese Vorschrift „BRAS 391 Polizeigewahrsamsordnung für Gewahrsamsräume bei Dienststellen des Bundesgrenzschutzes“ ist für die Ärztinnen/Ärzte bei den örtlichen Einrichtungen des Bundesgrenzschutzes möglich.“

Dr. med. Andreas Prokop  
Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht  
Assessor Michael Kratz  
Rechtsreferent

# Klausurtagung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Torgau  
28. 2. 2004

## Der ökonomische oder der ökonomisierte Arzt

Gegenwärtig erleben wir in Deutschland – und auch Sachsen ist logischerweise davon nicht ausgenommen – umfangreiche kontroverse und hitzige Diskussionen über die Zukunft unseres Gesundheitswesens und der Sozialsysteme insgesamt. Denen müssen wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin Sachsens wohl oder übel gleichfalls stellen.

In „Impulse 1/04“, einer Veröffentlichung der Adlatus-GmbH Chemnitz, einer Vermögens-, Finanzierungs- und Planungsgesellschaft, fand ich folgenden Text in einem aufschlussreichen Artikel von Stephan H. Geupel:

„... Veränderungen geschehen, wenn einerseits die Notwendigkeiten erkannt sind und der Leidensdruck zu hoch geworden ist, andererseits wenn der Blick in die Zukunft die vorhandenen Ängste beherrschbar gemacht hat und die Motivation vorhanden ist, Energien einzusetzen. In der Natur vieler Menschen liegt es, sich zunächst von Kleinigkeiten ablenken zu lassen, um nicht das Ganze sehen und begreifen zu müssen. So erleben wir aktuell heftigste Diskussionen um 10 Euro Praxisgebühr und übersehen dabei, dass jedem einzelnen Bürger allein die Arbeitslosigkeit in unserem Land mehr als das Hundertfache kostet. ... unsere Reformen auf der Mikro-Ebene stattfinden, unsere Probleme sich aber auf der Makro-Ebene abspielen. ... Sie müssen sich also schon selbst die Mühe machen, wenn Sie Veränderungen erleben und davon profitieren wollen.“ (Stephan H. Geupel)

Warum stehen eingangs solche Aussagen? Arztsein im niedergelassenen Bereich heißt gegenwärtig mehr denn je betriebswirtschaftlich, also ökonomisch, zu denken. Das dürfen wir nicht nur, sondern in unserem ureigsten Interesse müssen wir das. Ich wiederhole obiges Postulat: „Wir Ärzte müssen uns selbst die Mühe machen, wenn wir zweckmäßige Veränderungen erleben und davon profitieren wollen.“ Hinzufügen möchte ich folgenden lateinischen Spruch:

„Qui tacet, consentire videtur.“ (Wer schweigt, gibt sich den Anschein zuzustimmen.)

Das bedeutet auch für uns, wir dürfen nicht schweigend alles hinnehmen, müssen Stellung nehmen zu den verschiedenen Problemen unseres Berufes. Als SGAM vertreten wir die wissenschaftlich interessierten Allgemeinärzte Sachsens, die fast alle – so nicht im wohl-

verdienten Rentnerstand – als Hausärzte in eigener Niederlassung arbeiten. Wir können es nicht akzeptieren und schweigend quasi zustimmen, dass unsere Standesvertreter, allen voran der KBV-Chef, als Urologe ein Kleinstfachabgeordneter und weit von der Basis der Allgemeinmedizin entfernt, den öffentlichen Beißknochen der Politik, die 10 Euro Praxisgebühr = 10 Euro PG, geschluckt haben und uns aufbürdeten, selbige einzutreiben. Nebenbei, das Kürzel PG steht nunmehr bei offiziellen behördlichen Informationen wie im grünen KV-Heft zu den Pseudoziffern 8030 ff. nicht mehr für Parteigenosse aus brauner oder roter Zeit, sondern eben für eine vor allem in der Hausarztpraxis zu erhebende Kassenpflichtabgabe.

Wie waren unsere ersten praktischen Erfahrungen mit den ab Januar 2004 umzusetzenden vertragsärztlichen Verpflichtungen? Zu Jahresanfang 2004 hatten wir zwar endlose Zeitaufwendungen für Erklärungen aber nur selten Streit wegen der PG, hatten infolge angemessener unumgänglicher Vorbereitungen kein Chaos in der Praxis und behandelten unsere Patienten auch zu Quartalsbeginn ordentlich, weshalb wir das ungeeignete Plakat der KV, das uns selbst und unsere Arbeit in schlechtes Licht gerückt hätte, auch nicht aufhängten. Ständig gab und gibt es jedoch aufreibende Diskussionen über die Preise und Zahlungen in den Apotheken sowie über die fürs Kassenrezept „Nichtmehrverschreibbarkeit“ frei verkäuflicher Arzneimittel.

Auf einem kleinen Nebenschauplatz, die früher außerbudgetierte EBM-Ziffer 71, haben die KV-Vertreter ebenfalls versagt. Nach Abschaffen der Praxisbudgets ist sie nämlich im individuellen Punktmengenvolumen PMV untergegangen. Mithin entfällt der kleine Zuverdienst. Im Jahre 2004 werden bald viele Patienten mit den entsprechenden Anträgen kommen – die ersten waren bei den meisten Kollegen schon da – und wir Hausärzte dürfen dann erneut zum Nulltarif Hunderte von Formularen ausschließlich zum ökonomischen Wohl der Patienten ausfüllen. Wie sagte Dr. Richter-Reichhelm sinngemäß „Die Ärzteschaft ist nicht dafür da, politisch gewollte Gesetze sozial verträglich zu gestalten“. Man vergleiche Anspruch (gleich öffentliche Bekundungen) und Wirklichkeit!

Wenn man sich nicht sachgerecht seitens der KV vertreten sieht, muss die Frage gestattet sein, ob andere Verwaltungsstrukturen – wie

in anderen KV-Bereichen bereits geschehen – geeigneter sein könnten, unsere allgemeinärztlichen Interessen besser wahrzunehmen. Ob ein solcher Weg richtig und erfolgversprechend ist, vermag zum gegenwärtigen Zeitpunkt wahrscheinlich niemand zu sagen. Diskussionswürdig ist dieses Thema aber auf jeden Fall, zumal KV-Wahlen bevorstehen.

Der so genannten integrierten Versorgung, die zumindest partiell an Polikliniken erinnert, und uns 1 % des Gesamtvergütungsvolumens kostet, kann ich nichts revolutionär Vorbringendes abgewinnen. Um nicht missverstanden zu werden, ich favorisiere ausdrücklich eine gute interdisziplinäre kollegiale Zusammenarbeit. Aber muss das zum Beispiel außerhalb der Großstädte unter einem Dach sein, was größere Wege für die Landbevölkerung bedeutet und zu Mehrfachinanspruchnahmen verschiedener medizinischer Fachabteilungen auch unter den Bedingungen ökonomisch verursachter Zwangsüberweisungen geradezu verleitet? Dabei sind diese zur Ersparnis erneuter Praxisgebühr führenden Überweisungen für einen erheblichen Teil unserer Patienten nach der „1%-Befreiung“ gar nicht mehr nötig. Somit entfällt für das gleiche Patientenkontingent die gewollte Steuerungsfunktion im laufenden Jahr. Und muss es sein, dass spezialisierte Niedergelassene um den Erhalt ihrer Praxen fürchten, weil sich Krankenhausärzte, nicht nur die mit seltenen außergewöhnlichen Qualifikationen, die allesamt kein eigenständiges wirtschaftliches Risiko tragen, in die ambulante Betreuung umfassend einklinken dürfen? Wir Hausärzte sind von der Krankenhausöffnung gleichfalls betroffen, was sich nicht nur in intensiverer Nachsorge niederschlägt.

Schließlich ist es gleichfalls ein Hohn, dass sich die Vorgaben für unser Honorar im zu erwartenden „EBM 2000 plus“ am gesicherten Verdienst eines angestellten Krankenhausoberarztes ohne die ökonomischen Belastungen eines Selbständigen orientieren. Neben den innerärztlichen und den von der Politik uns aufgedrängten Querelen und bürokratischen Monstern – Stichwort DMP – möchte ich die Aufmerksamkeit noch auf andere, die eigene wirtschaftliche Situation nicht unwesentlich beeinflussende Vorgänge in unserem Umfeld lenken.

„Welcher Arzt in ... kann Ihnen jetzt noch helfen? Sie können jetzt ein 1. Klasse-Patient werden!“

Nach meinem letzten Urlaub gab mir ein von seinem Krebsleiden sich gerade erholender Patient eine solcherart aggressiv titelnde Werbezeitung. Er hatte freundlicherweise auf ihr einen Klebezettel angebracht, auf dem stand „Ich hoffe, dass Du das bist“. Es ist kaum zu glauben, aber die Freiheit unseres Gesellschaftssystems erlaubt groteske Aktionen, um sich finanzielle Vorteile zu sichern; nur die Angehörigen der so genannten Freien Berufe werden staatlich sanktioniert immer unfreier in ihrer Berufsausübung. Wie lange wollen wir uns das noch bieten lassen?

Der riesige Wandel in unserer Gesellschaft führt weiterhin in unserem noch immer hoch geachteten Beruf zu einer ausufernden Überbürokratisierung, die ohne erhebliche Nachteile für die Patientenbetreuung – und das letztere möchte ich akzentuiert hervorheben – kaum mehr zu bewältigen ist.

Nicht nur die deutsche Bevölkerung als ganzes sondern die Ärzteschaft im besonderen muss gehörig aufpassen, dass ihr Halt infolge progredienten Verschwindens von Kultur und Tradition nicht verloren geht. Oftmals tritt an die Stelle des hervorragenden Wissens unserer Altvorden eine durch elektronische Medien beförderte Informations- und Kontrollflut, die letztlich in keiner Weise unseren beruflichen Aufgaben dienlich ist. Als ein aktuelles, prägnantes und beispielhaftes Stichwort hierzu möchte ich den ICD-10-GM nennen.

Gewiss, neue Informationen, Wissensvermittlung und Fortbildungen müssen sein. Und es ist genauso klar, sie sollen unbedingt für jeden Arzt erreichbar und entsprechend seiner Qualifikation natürlich auch anwendbar sein. Wir wären als SGAM schlecht beraten, wenn wir ausgerechnet mit der ärztlichen Fortbildungspflicht hadern würden. Trotzdem ein aber: Muss sich ein Endfünfziger zwangsweise noch 250 Fortbildungspunkte ergattern, um nach dem 64. Geburtstag keine empfindliche Honorarminderung zu erleben, wobei zu hoffen ist, dass er weder am Burn out Syndrom,

noch am Chronic Fatigue Syndrom oder an Fibromyalgie leidet – sämtlich Zustände objektiver und/oder subjektiver Überforderung. Jetzt soll möglicherweise früherer und noch nicht abgerechneter Punkterwerb anerkannt und eventuelle die initiale Sammelfrist auf fünf-einhalb Jahre verlängert werden. Sind diese eigentlichen Selbstverständlichkeiten es wert, dass wir Beifall klatschen und lauthals jubeln, wenn diese Brosamen als Riesengewinn für die Ärzteschaft offeriert werden?

Warum kann der vielfach beschworene mündige Bürger nicht selbst entscheiden, welchen Arzt er wählt? Ich bin mir der kontroversen Darstellung durchaus bewusst, denn ich fordere im gleichen Atemzuge, dass wir uns intensiv und aktiv in das allgemeine Fortbildungsbestreben, deren Nützlichkeit wir in keiner Weise anzweifeln, einbringen müssen. Tun wir es nicht, verlieren wir wichtiges innerärztliches Terrain, und es werden andere diesen Platz einnehmen wollen. Dies gilt gleichermaßen für die universitäre Ausbildung, für die Weiterbildung zum Hausarzt = Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowie für die berufsbegleitende lebenslange Fortbildung.

Es ist bestimmt nicht besonders zweckmäßig, lediglich laut zu klagen, aber es ist an der Zeit, dass auch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft wie die SGAM laut und deutlich ihr wachsendes Unbehagen über die aktuellen, vor allem im wirtschaftlichen und bürokratischen Bereich angesiedelten Unzulänglichkeiten artikuliert. Gemeinsam mit allen Fachgruppen müssen wir offen aussprechen, was uns alle bedrückt und unser ärztliches Handeln erschwert und dabei auf Veränderungen drängen. Individuell sollten wir demgegenüber tatsächlich versuchen, die eigene Belastungsgrenze zu senken; jawohl, zu senken! Ist das ein Widerspruch?

In der gesamten Berufswelt ist die Feststellung „ich bin belastbar“ außerordentlich positiv besetzt. Sie signalisiert sowohl Stressbewältigung in Ruhe als auch die Fähigkeit, Druck jeder Art auszuhalten. Dürfen wir aber nicht

gleichfalls zu unseren Schwächen und der Endlichkeit der Belastbarkeit auch eines engagierten Arztes stehen? Dürfen wir nicht wie andere ebenso sagen „Bis hierher und nicht weiter“? Ich wage die Aussage, wir werden es künftig sagen müssen. Wir werden bei nachlassender Arztdichte zu diesem Handeln gezwungen sein.

Lassen wir uns von wem auch immer nicht noch mehr aufhalsen nach dem Motto „Die dem Hippokratischen Eid verpflichteten und sozial denkenden Ärzte werden es schon richten...“ Wir alle müssen es lernen, in manchen Situationen ein deutliches nein zu sagen, sonst wird einer nach dem anderen von einem der vorgenannten Überforderungssyndrome befallen werden und nicht nur sich sondern logischerweise auch seinen Patienten nicht mehr ausreichend helfen können. Denn es ist nun einmal so, der Belastbare wird immer weiter und mit immer mehr belastet – bis auch er nicht mehr belastbar ist. Im Ergebnis lauern physische, psychische und soziale Probleme. Erlauben wir uns also neben unserem großen Engagement als ärztliche Gruppe auch gelegentlich gemeinsam nein zu sagen, wenn wieder einmal ähnliche Anforderungen wie das Ausfüllen unsinniger DMP-Bögen an uns herangetragen werden. Geben und nehmen muss selbstverständlich auch für uns Ärzte in Balance gehalten werden. Das im besonderen ist unserer veränderten Umwelt zu verstehen zu geben.

Der lateinische Spruch, der einem gewissen Kaiser Lothar aus grauen Vorzeiten zugesprochen wird, gilt unverändert in der Gegenwart: „Tempora mutantur nos et mutamur in illis“ (Die Zeiten ändern sich, und wir ändern uns mit ihnen)

Dr. med. Johannes Dietrich  
Präsident der Sächsischen Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin (SGAM)

Vortrag auf der Klausurtagung des SGAM-  
Vorstandes und des Wissenschaftlichen Beirates  
am 28.2.2004 in Zwethau bei Torgau

## Dr. med. Peter Schwenke zum 70. Geburtstag



*Verstehen kann man das Leben nur rückwärts,  
leben aber muss man es vorwärts.  
(Sören Kierkegaard)*

Sehr geehrter Herr Dr. Schwenke,  
lieber Peter,

Dein 70. Geburtstag soll uns Anlass sein, Dir zu Deinem Ehrentag die herzlichsten Glückwünsche zu überbringen. Es ist nicht nur ein aufmerksames Gedenken, vielmehr eine würdigende Erinnerung an Dein Arztsein und an gemeinsame 10 Jahre währende berufspolitische Tätigkeit zum Wohle der sächsischen Ärzteschaft.

Du studierst bis 1957 an der Alma Mater Lipsiensis Medizin und hattest das Glück, unter Prof. Holle (Pathologisches Institut) und Prof. Emmrich (Medizinische Klinik) zum Internisten qualifiziert zu werden. Nach diesen Lehrjahren warst Du als junger Arzt bereit, in Merseburg als Ärztlicher Direktor eine Kreispoliklinik mit 14 Fachabteilungen und 42 akademischen Mitarbeitern in nur zwei Jahren aufzubauen. Es zwang Dich Deine mangelnde politische Konsensbereitschaft und der damit verbundene permanente Dissens mit dem

amtierenden Kreisarzt zu einer beruflichen Wegänderung, die Dich für sieben Jahre als allgemein ärztlich tätiger Internist wieder nach Leipzig in eine große Stadtpoliklinik zurückführte. Auch hier waren es Konflikte mit den Behörden der Stadt, die Deine Berufsausübung behinderten, weshalb Du als Radiologe eine Röntgenabteilung übernahmst.

Schon frühzeitig, wohl Anfang der 60er Jahre, warst Du mit den Herren Prof. Übermuth, Prof. Tosetti, Dr. Schönlebe und Dr. Richter, um die Gründung eines Bundes Deutscher Ärzte, Zahnärzte und Apotheker im Bezirk Leipzig bemüht.

Durch die Gesundheitspolitik der DDR konnte dieses sinnvolle Projekt nicht verwirklicht werden. Mit der politischen Wende verfolgst Du dieses Anliegen umso konsequenter. Als aktives Mitglied am „Runden Tisch Gesundheitswesen“ in Leipzig hast Du mit uns gemeinsam die Gründung der Sächsischen Landesärztekammer im Jahr 1990 verwirklicht. Die sächsische Ärzteschaft würdigte dieses Engagement mit der Wahl zum Vizepräsidenten. Du hast in vorbildlicher Weise die Kreisärztekammer mit der später zu gründenden Bezirksstelle Leipzig aufgebaut und Dich täglich bis in die Nachtstunden hinein den zahlreichen Aufgaben erfolgreich gestellt. Unter schwierigsten Wendebedingungen war es mehr als mühsam, neben der beruflichen Neuorientierung eine solche Körperschaft aus dem Nichts heraus aufzubauen. In einer Zeit des Umbruchs – es gab weder eine Kassenärztliche Vereinigung, noch ein Sächsisches Ministerium – bemühtest Du Dich um Vorstand und Geschäftsführung, ein vorläufiges Kammergesetz vorzubereiten.

Nicht wenige Kollegen hielten uns bei der frühen Planung eines eigenen Kammergebäudes für anmaßend, und trotz Kassandraufen haben wir ein solches Werk aus dem Boden gestampft. An diesem Erfolg warst Du wesentlich mitbeteiligt.

Heute erfreut sich das gelungene Haus mit seiner offenen Wesensart überwiegend großer Beliebtheit.

Du warst aber auch an 11 Deutschen Ärztetagen beteiligt, und es war für alle Delegierten Deutschlands eine Freude, Deinen Redebeiträgen zuzuhören, oft mit erkennbarer Freude am gesprochenen Wort vorgetragen, engagiert, manchmal mit spitzbübischem Humor, aber immer überzeugend und verbindlich.

Du hast sowohl zu Deutschen, als auch zu Sächsischen Ärztetagen schonungslose Kritik an den Irrwegen des Gesundheitswesens des vereinten Deutschlands geübt. Dabei hast Du nicht selten die brutale Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit Worten gegeißelt. Wir waren uns, wie es auch kürzlich auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen von Bundespräsident Rau vertreten wurde, einig, dass Gesundheit kein Konsumgut, Ärzte keine Leistungserbringer und Patienten keine Kunden sein können.

Das haben wir Jahre vor dieser bemerkenswerten Rede von Rau vehement vertreten. Es galt für Dich immer das lateinische Wort: „*misertione non mercede*“. „Durch Mitgefühl, nicht durch den Ruhm“.

So nimmt es nicht Wunder, dass Du aus den Händen des ehemaligen sächsischen Ministerpräsidenten, Prof. Kurt Biedenkopf, in Würdigung Deiner Verdienste den „Verdienstorden des Freistaates Sachsen“ erhieltest. Die Bundesärztekammer ehrte Dich mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette. Die Sächsische Landesärztekammer verlieh Dir die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Wegen Deiner aktiven Mithilfe beim Aufbau der Niederschlesischen Ärztekammer erhieltest Du in Breslau die v.-Mikulicz-Radecki-Medaille zuerkannt.

Ich wünsche Dir, lieber Peter, noch viele Jahre Gesundheit, familiäre Harmonie und Freude am Reisen.

Vorstand und Präsident sowie Geschäftsführung schließen sich meinen Wünschen an.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich,  
Ehrenpräsident der  
Sächsischen Landesärztekammer

## Unsere Jubilare im August

Wir gratulieren

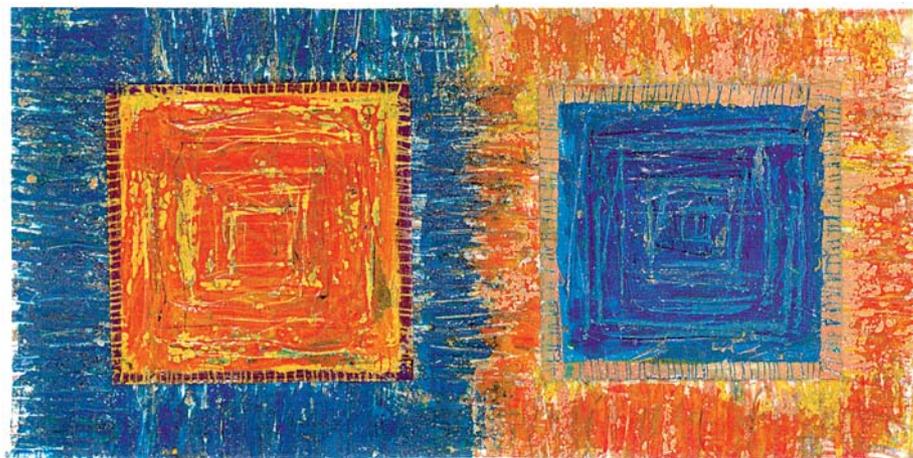
- 60 Jahre**
- 04.08. Dr. med. habil. Wolf, Bernhard  
02894 Reichenbach/OT Schöps
- 06.08. Dipl.-Med. Kaufmann, Klaus  
09569 Oederan
- 06.08. Dr. med. Schubert, Michael  
08412 Leubnitz Forst
- 09.08. doctor medicinae universae/Medizin. Universität Budapest  
Fitscheva-Schulze, Valentina  
01662 Meißen
- 09.08. Dr. med. Rothenberg, Ursula  
04229 Leipzig
- 10.08. Dr. med. Claus, Werner  
04416 Markkleeberg
- 10.08. Dr. med. Herbrich, Dieter  
02779 Großschönau
- 10.08. Dr. med. Malzdorf, Gert  
08309 Wildenthal
- 10.08. Dr. med. Sterzel, Gudrun  
02708 Löbau
- 11.08. Hamann, Sigrid  
09638 Lichtenberg
- 12.08. Dr. med. Fuchs, Jürgen  
09557 Flöha
- 12.08. Hautsch, Heidrun  
09111 Chemnitz
- 12.08. Dr. med. Zerbes, Reinhilde  
01189 Dresden
- 13.08. Dr. med. Albert, Harry  
08491 Netzschkau
- 13.08. Dr. med. Kühne, Wolf  
01762 Hartmannsdorf
- 14.08. Sawistowsky, Karin  
04277 Leipzig
- 16.08. Dr. med. Lemme, Helga  
04209 Leipzig
- 17.08. Dipl.-Med. Pawlik, Jürgen  
01640 Coswig
- 23.08. Dr. med. Cebulla, Mathias  
04155 Leipzig
- 24.08. Prof. Dr. med. habil. Herrmann, Thomas  
01326 Dresden
- 24.08. Prof. Dr. med. habil. Taubert, Gerhard  
04107 Leipzig
- 25.08. Dr. med. Kühnel, Peter  
04463 Großpösna
- 25.08. Stiehler, Gisela  
02953 Halbendorf
- 25.08. Dr. med. Sturm, Diethard  
09125 Chemnitz
- 26.08. Dr. med. Dittrich, Barbara  
04749 Ostrau-Noschkowitz
- 26.08. Kolbe, Petra  
09648 Altmittweida
- 27.08. Dr. med. habil. Oehler, Dirk  
04158 Leipzig
- 27.08. Dr. med. Posselt, Frank  
02748 Bernstadt
- 28.08. Dr. med. Steuer, Wolfgang  
08112 Wilkau-Haßlau
- 30.08. Dr. med. Kleine, Klaus  
09111 Chemnitz
- 30.08. Weißbach, Gertraude  
04209 Leipzig
- 65 Jahre**
- 01.08. Dr. med. Trommer, Jürgen  
08060 Zwickau
- 03.08. Dr. med. Schulze, Werner  
04105 Leipzig
- 05.08. Dr. med. Kühn, Wolfdieter  
09577 Niederwiesa
- 05.08. Dr. med. Pollack, Christa  
01917 Kamenz
- 05.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Reiners, Barbara  
01277 Dresden
- 06.08. Dönitz, Ursula  
01259 Dresden
- 06.08. Kunze, Hildegard  
01877 Demnitz-Thumitz/OT Pohla
- 09.08. Fiedler, Wolfgang  
02791 Oderwitz
- 09.08. Dr. med. Krumbein, Helga  
04435 Schkeuditz
- 09.08. Dr. med. Reichler, Martin  
09618 Brand-Erbisdorf
- 11.08. Dr. med. Koppo, Regine  
04209 Leipzig
- 12.08. Dr. med. Bernhardt, Gerlinde  
09456 Annaberg-Buchholz
- 12.08. Dr. med. Knöpel, Elke  
04779 Wermisdorf
- 12.08. Dr. med. Schubert, Gerhard  
09599 Freiberg
- 14.08. Riedel, Manfred  
02828 Görlitz
- 15.08. Dr. med. Hübner, Klaus  
08468 Reichenbach
- 16.08. Dr. med. habil. Hirsch, Cornelia  
04299 Leipzig
- 19.08. Dr. med. Reuner, Wolfgang  
02625 Bautzen
- 19.08. Dr. med. Voigt, Marianne  
04158 Leipzig
- 20.08. Dr. med. Bartsch, Christine  
02763 Eckartsberg
- 20.08. Fiegert, Gisela  
04860 Torgau
- 20.08. Dr. med. Kadner, Ortrud  
04178 Leipzig
- 21.08. Dipl.-Med. Drechsler, Ingeborg  
04651 Bad Lausick
- 21.08. Wendel, Ursula  
09496 Marienberg
- 22.08. Buschnakowski, Renate  
04668 Grimma
- 23.08. Dr. med. Elfeld, Christine  
01309 Dresden
- 23.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Grube, Manfred  
09117 Chemnitz
- 24.08. Demitrowitz, Siegfried  
08371 Glauchau
- 25.08. Dr. med. Krieger, Birgit  
01187 Dresden
- 25.08. Lehmann, Angelika  
02997 Wittichenau
- 26.08. Blanckmeister, Hans-Ludwig  
01219 Dresden
- 27.08. Dr. med. Schwarzenberg, Gisela  
08056 Zwickau
- 27.08. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Schwenke, Reiner  
01454 Ullersdorf
- 28.08. Dr. med. Olczyk, Dieter  
04416 Gaschwitz
- 28.08. Dr. med. Spür, Wolf-Rüdiger  
02763 Zittau
- 31.08. Dr. med. Knechtel, Manfred  
02826 Görlitz
- 70 Jahre**
- 03.08. Prof. Dr. med. habil. Mättig, Heinz  
04158 Leipzig
- 03.08. Dr. med. Reissmüller, Rosemarie  
01069 Dresden
- 03.08. Dr. med. Spitzner, Gudrun  
04299 Leipzig
- 05.08. Dr. med. Thiele, Fritz  
08107 Kirchberg
- 06.08. Dr. med. Baresch, Heinz  
02906 Niesky
- 06.08. Dr. med. Eisermann, Christa  
09419 Thum
- 06.08. Prof. Dr. med. habil. Link, Martin  
01109 Dresden
- 07.08. Dr. med. Thiele, Helmut  
08223 Falkenstein
- 08.08. Dr. med. Scheel, Horst  
04229 Leipzig
- 08.08. Prof. Dr. sc. med. Schmidt, Dieter  
01307 Dresden
- 08.08. Dr. med. Winkler, Gerhard  
08064 Zwickau
- 12.08. Dr. med. Böhrner, Ingelore  
02708 Türhennersdorf
- 12.08. Dr. med. Forcker, Edith  
09126 Chemnitz
- 13.08. Dr. med. Wagner, Hildegard  
01099 Dresden
- 14.08. Magyar, Käthe  
04720 Döbeln
- 14.08. Rauher, Horst  
01108 Dresden
- 15.08. Dr. med. Barthels, Dieter  
01445 Radebeul
- 15.08. Dr. med. Schmidt, Regina  
01219 Dresden
- 15.08. Dr. med. Zimmermann, Heinz  
09126 Chemnitz
- 16.08. Dr. med. Strümpfel, Reinhard  
09113 Chemnitz
- 17.08. Dr. med. Bürger, Ursula  
02708 Niedercunnersdorf
- 17.08. Dr. med. Keller, Dieter  
01277 Dresden
- 17.08. Dr. med. Wichmann, Georg  
01328 Dresden
- 20.08. Dr. med. Jehmilch, Anneliese  
09557 Flöha
- 20.08. Knappe, Renate  
01809 Heidenau
- 20.08. Prof. Dr. sc. med. Ulrich, Wulff-Dieter  
04229 Leipzig
- 22.08. Buchta, Christa  
01662 Meißen
- 22.08. Dr. med. Stelaff, Günter  
01259 Dresden
- 23.08. Dr. med. Hebenstreit, Klaus  
08056 Zwickau
- 23.08. Dr. med. Sack, Gudrun  
04277 Leipzig
- 24.08. Dr. med. Herold, Eva  
01309 Dresden
- 27.08. Dr. med. Reilein, Sigrid  
04103 Leipzig
- 75 Jahre**
- 05.08. Dr. med. Friedrich, Sigrid  
04109 Leipzig
- 06.08. Engelhardt, Gerda  
09246 Pleiße
- 06.08. Prof. Dr. med. habil. Geidel, Heinrich  
01067 Dresden
- 09.08. Dr. med. Graf, Werner  
01326 Dresden
- 10.08. Dr. med. Conrad, Charlotte  
02785 Olbersdorf
- 22.08. Dr. med. Reuter, Gisela  
02826 Görlitz
- 80 Jahre**
- 09.08. Dr. med. Wünsche, Gert  
01309 Dresden
- 81 Jahre**
- 06.08. Dr. med. Grimm, Sonja  
04157 Leipzig
- 11.08. Dr. med. Heller, Annemarie  
01259 Dresden
- 82 Jahre**
- 26.08. Dr. med. Bormann, Richard  
08058 Zwickau
- 27.08. Dr. med. Reichelt, Manfred  
08058 Zwickau
- 31.08. Dr. med. Kayser, Wolfgang  
01920 Elstra
- 84 Jahre**
- 02.08. Dr. med. Thomas, Erich  
01640 Coswig
- 03.08. Dr. med. Brückner, Brunhilt  
09113 Chemnitz
- 10.08. Dr. med. Burkhardt, Karl  
01169 Dresden
- 14.08. Dr. med. Scheibner, Karl  
09114 Chemnitz
- 29.08. Bley, Eberhard  
08468 Reichenbach
- 30.08. Dr. med. Perschke, Otfried  
08141 Reinsdorf b. Zwickau
- 85 Jahre**
- 15.08. Knauer, Heini  
08606 Oelsnitz
- 25.08. Dr. med. Fischer, Eberhard  
04107 Leipzig
- 26.08. Dr. med. Seyferth, Hans-Wolfgang  
09573 Leubsdorf
- 29.08. Dr. med. Klöppel, Heinzdieter  
04275 Leipzig
- 86 Jahre**
- 04.08. Dr. med. Hötzel, Werner  
08523 Plauen
- 25.08. Dr. med. Müller, Horst  
01705 Freital
- 87 Jahre**
- 18.08. Dr. med. Dewald, Ursula  
02828 Görlitz
- 88 Jahre**
- 06.08. Dr. med. Dörfler, Robert  
04317 Leipzig
- 13.08. Dr. med. Pingel, Christian  
01277 Dresden
- 16.08. Dr. med. Gruner, Gerhard  
02797 Kurort Oybin
- 89 Jahre**
- 03.08. Dr. med. Schaeffer, Wolf  
01705 Freital
- 90 Jahre**
- 16.08. Dr. med. Dittmann, Alfred  
09337 Callenberg
- 92 Jahre**
- 24.08. Dr. med. Ose, Hans  
04229 Leipzig
- 31.08. Dr. med. Assmusen, Arnold  
04107 Leipzig

## Christine und Dieter Weise Zweierlei Sicht auf sechs Farben

Ausstellung

Das Dresdner Künstlerpaar Christine und Dieter Weise (beide Jahrgang 1941) blickt auf ein umfängliches Schaffen von Malerei, Zeichnung, Collage, Objekten, Skulpturen und Installationen zurück. Ihre Materialien kommen aus dem alltäglichen Umfeld. Christine Weises Arbeiten – ihre ursprüngliche Profession ist die Textilgestaltung – zeichnet sich durch eine spezielle Verquickung von Poesie und Geometrie aus. Sie gehört zur nicht so großen Gemeinde der konstruktiv-konkreten Kunst, arbeitet mit geometrischen Grundformen wie Quadrat und Kreis. Durch das Ausloten der Farben des Farbkreises, ihrer spielerischen Zusammenführung zu vielfältigen Kombinationen, erhalten ihre Bilder, Bildfolgen und Objekte einen sehr lebendigen, ja heiteren Charakter. Beeinflusst ist ihr Schaffen von Johannes Itten, Max Bill und Richard Paul Lohse.

Dieter Weise schafft mit seinen in den Raum wachsenden Tafeln, Objekten und Skulpturen aus Teebeuteln, Teer, Strick, Draht, Wollfäden, aber auch schmalen Holz"brettchen" „Raumstrukturen“, die oft auf ein vorgefundenes Um-



feld antworten. Seine Bildtafeln zeigen ein diffiziles, mehr oder weniger transparentes „Drunter und Drüber“ aus Verspanntem, Eingeknüpftem, Gelacktem und Glitzerndem. Seine Arbeiten pendeln zwischen expressiv und meditativ, zwischen Konstruktion und Dekonstruktion.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Foyer  
und in der 4. Etage der  
Sächsischen Landesärztekammer  
14. Juli bis 12. September 2004**

**Vernissage:  
Donnerstag, dem 15. Juli 2004,  
19.30 Uhr**

## Ausstellungen

**Foyer der  
Sächsischen Landesärztekammer**

**Christine Weise & Dieter Weise  
Zweierlei Sicht auf sechs Farben**

Textilarbeiten, Zeichnungen,  
Materialbilder, Objekte  
14. Juli 2004 bis 12. September 2004

**Vernissage:**

Donnerstag, 15. Juli 2004, 19.30 Uhr  
Einführung:

Dr. phil. Reinhild Tetzlaff, Dresden  
Universitätsammlungen Kunst + Technik

**Foyer der  
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Horst Kötter  
Magie des Lichts  
bis 6. August 2004**

## Leserbrief

Dr. med. Roland Schmerler  
Lindenstraße 12,  
04435 Schkeuditz 10. 5. 2004

Leserbrief zum Artikel:

**„Regionales Engagement gegen den  
Ärztemangel“ Ärzteblatt 5/2004**

Unzweifelhaft ist es sehr lobenswert, wenn man sich auf regionaler Ebene Gedanken zur Abmilderung der herausziehenden Katastrophe macht. „Katastrophe“ sollte man ehrlicherweise den im ländlichen Bereich beginnenden teilweisen Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung nennen.

Dies trifft die überalterte Bevölkerung weit mehr und spürbarer als die seit Jahren im Osten insgesamt stagnierende wirtschaftliche Entwicklung.

Während man sich auf wirtschaftlichem Gebiet ernsthaft Gedanken über vorübergehendes Aussetzen entwicklungshemmender Be-

stimmungen etc. in den neuen Bundesländern macht, fehlt meines Wissens ähnliches auf dem Gesundheitssektor. Aber gerade hier müsste sehr kurzfristig mit allen vertretbaren Mitteln versucht werden, den Domino-Effekt weiterer Praxisschließungen zu bremsen, indem man unter anderem auch Anreize für ältere Ärzte schafft, wenn persönlich möglich, noch einige Jahre zu arbeiten.

Meines Erachtens ist dies nicht vorwiegend ein finanzielles Problem, sondern es hängt für viele an der Frage, ob man sich endlich wieder in Ruhe seiner ärztlichen Tätigkeit widmen kann.

Dazu erforderlich wäre eine radikale Reduzierung der schon eingeführten und noch vorgesehenen zum Teil schikanösen bürokratischen Belastungen.

Beispiele im einzelnen aufzuführen würde den Rahmen dieser Zeitschrift sprengen – jeder kennt sie aus der täglichen Praxis zur Genüge.



## 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

#### **Chemnitzer Land**

Facharzt für Chirurgie (Tagesklinik)  
Reg.-Nr. 04/C039

#### **Aue-Schwarzenberg**

Facharzt für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe  
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 04/C040

#### **Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/C041

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 8. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Dresden

#### **Dresden-Stadt**

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/D037

#### **Löbau-Zittau**

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 04/D038

#### **Weißeritzkreis**

Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie  
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)  
Reg.-Nr. 04/D039

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 8. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

#### **Dresden-Stadt**

Facharzt für Urologie  
Reg.-Nr. 04/D040

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 7. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### **Leipzig-Stadt**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 04/L023

#### **Leipziger Land**

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/L024  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 04/L025

#### **Delitzsch**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/L026  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/L027

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 6. 8. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungs-

beschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ Bezirksstelle Dresden

#### **Dresden-Stadt**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/  
Psychotherapie  
geplante Praxisabgabe: Januar 2005

#### **Riesa-Großenhain**

Facharzt für Haut- und Geschlechts-  
krankheiten/Allergologie  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### **Leipzig-Stadt**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

#### **Leipziger Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

#### **Torgau-Oschatz**

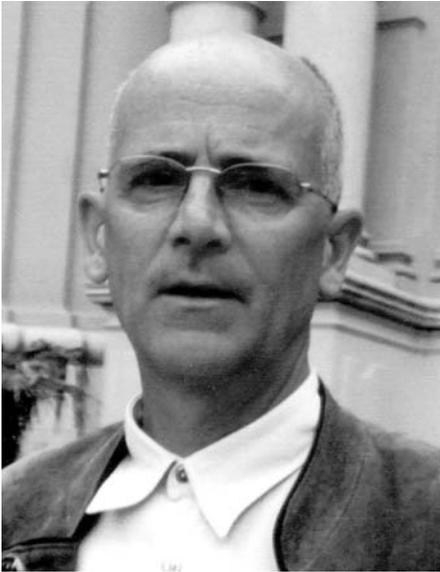
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0351 2432153.

KVS Landesgeschäftsstelle

## Nachruf für Dr. med. Hans Bach

\* 12.05.1938  
† 10.06.2004



Dr. med. Hans Bach, der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut, ist tot. Ein Jahr nach seiner Pensionierung, auf die er sich so gefreut hatte, starb er – für uns alle plötzlich und unerwartet – am 10. Juni 2004.

Hans Bach begriff das Kind in seinem lebensgeschichtlichen Gewordensein und seinen emotionalen und sozialen Grundbedürfnissen und verstand die Therapie als sensibles und stabiles Angebot von neuen Beziehungserfahrungen zur Veränderung von Selbst- und Elternrepräsentanzen. Damit war er für Eltern und auch für Kollegen nicht immer ein bequemer Partner, weil er mit seinem Verstehen für das Kind, seiner Beharrlichkeit und Sensibilität kaum erreichbare Maßstäbe setzte und – falls das Kind dies brauchte – über lange Strecken an sich zu binden verstand, um es zu einer stabilen, selbstbestimmten Entwicklung zu führen. Das war Leipzig-Dösener Schule. Hier wurde seit den 70er Jahren oft in jahrelanger Beziehungsarbeit das Kind zu einer Selbstfindung geführt, die es im Idealfall gegen künftige soziale Unbilden schützen konnte. Diese tiefenpsychologische Klaviatur, die Hans Bach mit Überzeugung und Leichtigkeit brillant zu spielen verstand, war das Ergebnis einer jahrelangen Auseinandersetzung mit der damals stark biologisch orientierten Kinderneuro-psychiatrie der DDR. Anfang der 70er Jahre versuchte er noch in einem Forschungspro-

jekt von Professor Göllnitz, Rostock, den Ursachen und Folgen der frühkindlichen Enzephalopathie über die Ultraschalldiagnostik des 3. Ventrikels nachzugehen.

Mit dem Wechsel von der kinderneuropsychiatrischen Universitätsklinik Leipzig in die Kinderpsychiatrie Leipzig-Dösen erfolgte in einer für ihn typischen Konsequenz die Abkehr von der biologischen Orientierung, um sich tiefenpsychologischem Gedankengut zu widmen. Die Kinderneuro-psychiatrie in Leipzig-Dösen war neben dem Engagement für die Psychotherapie gleichzeitig beispielhaft für eine gleichrangige Förderung und Behandlung geistig schwer behinderter Kinder und Jugendlicher. Mit der für die damalige politische Situation einmaligen Offenheit und Toleranz hatte sich unter dem Schutz von Frau Dr. Ruth Rank eine Gruppe von quer- und tiefdenkenden Kolleginnen und Kollegen gefunden, die der festen Überzeugung waren, dem psychisch gestörten Kind einen therapeutischen Kontext auf tiefenpsychologischer Basis schaffen zu können, in dem es sich zu einem gesunden und reifen Menschen entwickeln kann. Damit ging von der Leipziger Gruppe, zu der Hans Bach gehörte, eine Botschaft aus, die die gesamte Kinderneuro-psychiatrie in der DDR beeinflusste.

Hans Bach, geboren am 12. Mai 1938 in Borsdorf bei Leipzig, legte 1956 sein Abitur als Primus omnium ab. 1962 folgte das Staatsexamen der Humanmedizin an der Universität Leipzig. Von 1962 bis 1964 absolvierte er seine Pflichtassistentenz als Vertragsarzt im Haftkrankenhaus Leipzig. Daran schloss sich bis 1974 seine Tätigkeit im Fachbereich Neurologie/Psychiatrie der Universität Leipzig an. 1967 erwarb er den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Anfang der 70er Jahre leitete er die Poliklinik der Klinik für Kinderneuro-psychiatrie der Universität Leipzig. Von 1974 bis 1990 war er Oberarzt im Aufnahmebereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Bezirkskrankenhauses Leipzig. 1981 erwarb er die Subspezialisierung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1989 den Facharzt für Psychotherapie. Von 1990 bis zu seiner Pensionierung im Jahre 2003 war er als Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Sächsischen Krankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Arnsdorf tätig.

Zeitweilig war er zusätzlich kommissarischer Leitender Chefarzt des gesamten Krankenhauses Arnsdorf.

Von dem Leipzig-Dösener Geist beseelt, schon längst reif, eine Klinik nach seinem Bilde zu gestalten, ergriff er nach der Wende die Chance, die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung des Krankenhauses Arnsdorf mit aller ihm zur Verfügung stehenden Kraft zu revolutionieren und auszubauen. Hier setzte er ein tiefenpsychologisches Behandlungskonzept konsequent durch, das Arnsdorf zu einer renommierten Einrichtung gemacht hat. Auch hier war sein Eifer grenzenlos.

Dieser fanatische Kämpfer ist er sein Leben lang gewesen, wenn es um die Sache des psychisch kranken Kindes ging. Wer aber Gelegenheit hatte, ihn bei der therapeutischen Arbeit direkt erleben zu können, wird ihn als höchst sensiblen, einfühlsamen, kontinuierlich um stabile Bindung bemühten Therapeuten in Erinnerung behalten.

Hans Bach hat die Weiterbildung der kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztkandidaten Sachsens organisiert und bis Ende 2003 mit getragen. Er hat eine Vielzahl von Fort- und Weiterbildungsvorträgen, vor allem in der Psychotherapie, aber auch in der EEG-Ausbildung und zu rehabilitationspädagogischen Fragen, gehalten. In den letzten Jahren galt seine besondere Aufmerksamkeit der Entwicklung und therapeutischen Durchdringung des Maßregelvollzugs für Jugendliche. Er war für die gesundheitspolitisch Verantwortlichen in Sachsen ein wichtiger Ansprechpartner in Sachen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Er arbeitete in der sächsischen Kommission für die Aufarbeitung des Psychiatriemissbrauchs. In der Sächsischen Landesärztekammer war er bis kurz vor seinem Tode Prüfer in der Facharztkommission. Verschiedene psychiatrische Kliniken haben ihn als tiefenpsychologischen Supervisor schätzen gelernt.

Wir alle – Freunde, Kollegen, Patienten und deren Familien – trauern um Hans Bach, einen Menschen und Kinderpsychiater mit besonderem Charisma.

Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz  
Dresden

Verstorbene Kammermitglieder  
vom 27. 6. 2003 bis 4. 6. 2004

*Außer der Zeit gehört mir nichts.*

Seneca

**Dipl.-Med. Annette Abraham**

Oelsnitz

**Dr. med. Hans-Christian Arlt**

Großschönau

**Prof. em. Dr. med. habil. Reinhard Barke**

Dresden

**Dr. med. Felix Barth**

Chemnitz

**Dr. med. Alfons Becker**

Schlema

**Dr. med. Golda Bobach**

Dresden

**Dr. med. Jutta Böhringer**

Chemnitz

**Markus Börner**

Jena

**Dr. med. Joachim Chladt**

Zwickau

**Dipl.-Med. Karl-Heinz Cimalla**

Crimmitschau

**Prof. Dr. med. habil. Hans-Joachim Dietzsch**

Dresden

**Dr. med. Günter Doerfel**

Kirchberg

**Dr. med. Karl-Heinz Eberth**

Hoyerswerda

**Dr. med. Heidemarie Fengler**

Leipzig

**Dr. med. Jörg Andreas Findeisen**

Radebeul

**Doz. Dr. sc. med. Dieter Freude**

Chemnitz

**Dr. med. Waltraud Gärtner**

Gehringwalde

**Dr. med. Dr. rer. nat. Konrad Gebler**

Dresden

**Dr. med. Martin Geipel**

Chemnitz

**Dipl.-Med. Kerstin Gerlach**

Lichtenstein

**Dr. med. Ingeborg von Großmann**

Zwickau

**Dr. med. Martin Günther**

Kurort Hartha

**Dr. med. Lothar Heinrich**

Dresden

**Dr. med. Wolfgang Herrmann**

Penig

**Dr. med. Gerhard Hönemann**

Pirna

**Dipl.-Med. Gabriele Huse**

Markkleeberg

**Dr. med. Elfriede Janke**

Zwickau

**Dr. med. Gertrud Jansen**

Oelsnitz

**Dr. med. Wolfgang Junge**

Rotenbek/Kuddewörde

**Dr. med. Reiner Jurtz**

Weißwasser

**Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch**

Leipzig

**Frank Kößling**

Leipzig

**Dr. med. Johannes Kummer**

Meißen

**Dr. med. Rolf Lederer**

Zittau

**Klaus-Dieter Lorenz**

Cunnersdorf

**Dr. med. Ladislaus Majunke**

Waldenburg

**Prof. em. Dr. med. Fritz Meißner**

Leipzig

**Dr. med. Barbara Meyer**

Spreetal

**Dr. med. Walther Mittenzwey**

Dresden

**Dr. med. Peter Moschke**

Dresden

**Dipl.-Med. Volker Müller**

Parthenstein/Klinga

**Dr. med. Hildegard Münchow**

Radebeul

**Dr. med. Wolfgang Naas**

Dohna

**Dr. med. Helmut Paulick**

Hoyerswerda

**Dr. med. Heinz Peterhansl**

Weißwasser

**Dr. med. Martin Rosenkranz**

Leipzig

**Dr. med. Renate Schmidt**

Leipzig

**Dr. med. Eike Schnabel**

Leipzig

**Dr. med. Helmut Schnabel**

Dresden

**Dr. med. Annelies Schnitzler**

Waldenburg

**Dr. med. Walpurga Scholz**

Dippoldiswalde

**Dr. med. Wolfgang-Dieter Schönlebe**

Leipzig

**Prof. Dr. med. habil. Günter Schott**

Zwickau

**Dr. med. Erich Schubert**

Glauchau

**Dr. med. Wolfgang Schubert**

Leipzig

**Dr. med. Karin Stelzner**

Lichtentanne

**Dr. med. Dietrich Streckfuß**

Meißen

**Dr. med. Hans-Peter Teichert**

Naunhof

**Dipl.-Med. Steffen Vogel**

Chemnitz

**Dr. med. Axel Vollhardt**

Bernsdorf

**Dr. med. Heinrich Walther**

Leipzig

**Dr. med. Ursula Wegner**

Großröhrsdorf

**Dr. med. Renate Weißgerber**

Oschatz