

43. Kammer- versammlung

13. November 2010

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der Kammerversammlung den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident die Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Wilma Jessen und Herrn Dr. rer. nat. Frank Bendas sowie den Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Carl Gustav Carus, Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado. Herzlich willkommen hieß er zudem den Gastreferenten, Herrn Prof. Dr. med. Fritz Beske, sowie die Landeswahlleiterin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach. Der Präsident übermittelte auch herzliche Glückwünsche an Frau Dipl.-Med. Sabine Ermer, die am 6. November 2010 in den Bundesvorstand des Marburger Bundes gewählt wurde. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 65 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend.

20 Jahre Deutsche Einheit – Sächsische Landesärztekammer – Gesundheitsreformen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Am 3. Oktober 2010 jährte sich die deutsche Wiedervereinigung zum 20. mal. Auch die Sächsische Landesärztekammer blickt auf eine zwanzigjährige Geschichte zurück. Der Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze, hob in seinem Vortrag hervor, dass die Vorbereitungen ab 1989 und die Gründung der Sächsischen Landesärztekammer in Sachsen am 12. Mai 1990 ausschließlich durch das Engagement einzelner Ärzte möglich geworden war. Wie „schnell“ es damals gehen konnte, macht ein Beispiel deutlich:

Sachsen hatte als erstes ostdeutsches Bundesland eine Ärztekammer, aber deren Rechtsgrundlage, das Heilberufekammergesetz, wurde erst im Juni 1990 durch die Volkskammer beschlossen. Von den damaligen Mitstreitern nannte der Präsident stellvertretend Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich, Herrn Dr. med. Lutz Lieb-scher, Herrn Dr. med. Mathias Cebulla, Herrn Dr. med. Roland Endesfelder, Herrn Dr. med. Thomas Fritz sowie den 2009 verstorbenen Herrn Dr. med. Peter Schwenke.

Die politischen Reden zur deutschen Einheit wurden meist von Menschen gehalten, die sich zurzeit des Um- und Aufbruchs 1989/90 auf der anderen Seite der ehemaligen innerdeutschen Grenze befunden haben, so der Präsident. Und zumeist wurde die Leistung der Bürger in der ehemaligen DDR zwar kurz genannt, der eigentliche Aufbau einer Demokratie und einer funktionierenden Wirtschaft in Ostdeutschland wurde aber scheinbar von anderen vollbracht. „Diese Sichtweise spiegelt sich auch darin wieder, dass manche glauben machen wollen, die deutsche Einheit wäre von den alten Bundesländern finanziert worden“. Dem sei aus mindestens drei Gründen nicht so:

1. Der Solidarbeitrag wird seit 20 Jahren von den Ost- wie Westdeutschen gleichermaßen gezahlt.
2. Ostdeutsche erhalten noch heute in vielen Bereichen eine geringere Vergütung bei mehr Arbeitsstunden und

3. mit der Öffnung der innerdeutschen Grenze konnten sich die Unternehmen der alten Bundesländer einen neuen, lukrativen Markt erschließen, mit einer entsprechenden Steigerung der Umsatz- und Absatzzahlen bei gleichzeitiger Ausschaltung von Konkurrenzunternehmen hier.

Gesundheitsreform

Ohne die Fähigkeit der Ostdeutschen zu Veränderung, ohne den Willen, etwas Neues zu schaffen, wäre die Umgestaltung der Sozialsysteme in diesem Teil Deutschlands undenkbar gewesen. Die zahlreichen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre gehören ebenso dazu. Die Kürzel DMP, GMG und AVWG sind noch bekannt. Die aktuellen Reformgesetze heißen GKV-FinG (Finanzierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung) und AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz). Das Finanzierungsgesetz bringt zahlreiche Einschnitte für die Versicherten. Notwendig wird es wegen eines zu erwartenden Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung von 11 Milliarden für 2011. Der einheitliche Beitragssatz wird mit Beschluss des Bundestages am 12. November 2010 auf 15,5 Prozent erhöht. Zudem können die Krankenkassen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben. Gleichzeitig wird der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent „eingefroren“, damit die wachsenden Kosten im Gesundheitswesen nicht automatisch zu steigenden Lohnkos-

ten führen. Zukünftige Ausgabensteigerungen werden damit alleine zulasten der Beitragszahler ausfallen. Das Thema der Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist aus ärztlicher Sicht entscheidend, weil davon die medizinischen Leistungen und nicht zuletzt die ärztlichen Honorare abhängen.

Auch das sogenannte AMNOG wurde im Bundestag beschlossen. Künftig müssen die gesetzlichen Krankenkassen ein Medikament nicht mehr zahlen, wenn es nach einem Jahr Zweifel an seiner Innovation gibt. Zudem gibt es Änderungen bei der Vergütung des Pharmagroßhandels sowie beim Zwangsrabatt der Apotheken an die Krankenkassen. Kritisch zu sehen ist die Möglichkeit, dass Pharmaunternehmen über Verträge an der Integrierten Versorgung teilnehmen können. Hier muss man auf der Wahrung der Therapiefreiheit bestehen, so Prof. Dr. Schulze.

Für kommendes Jahr sind weitere Reformen im Gesundheitswesen angekündigt, unter anderem ein „Versorgungsgesetz“. Nach dem Finanzierungsgesetz braucht man Verbesserungen auf der Ausgaben-seite. Leistungskürzungen werden von der Politik aber ausgeschlossen. Sie verschließt sich aus wahltaktischen Gründen weiterhin der von der Ärzteschaft angestoßenen und dringend notwendigen Priorisierungsdebatte.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Präimplantationsdiagnostik

Die politische Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik (PID) nahm Prof. Dr. Schulze zum Anlass, um auf die bisherige Diskrepanz zwischen der Nutzung der Pränataldiagnostik und der PID hinzuweisen. „Ich denke, dass wir in Deutschland nicht die Spätabtreibung erlauben und im Gegenzug bei seltenen Fällen und schweren genetischen Defekten ein frühes Diagnostikverfahren verbieten sollten“. Durch ein Urteil des Bundesgerichtshofs ist diese Diskrepanz derzeit aufgehoben. Das Urteil schafft aus seiner Sicht Rechtssicherheit für Ärzte und betroffene Eltern. Allerdings muss die Koalition nun das Embryonenschutzgesetz „nachbessern“. Nach Ansicht des Präsidenten sei es noch zielführender, die gesamte Problematik in einem modernen Fortpflanzungsmedizingesetz zu regeln. Doch die Entscheidung, wann PID zur Anwendung kommen soll,

sollte von Ärzten oder einer Ethikkommission anhand eines Kriterienkataloges getroffen und im Konsens mit den betroffenen Frauen praktiziert werden. Grundsätzlich sieht er die Bundesärztekammer sowie den Wissenschaftlichen Beirat in der Pflicht, ein ärztliches Grundlagenpapier zu erarbeiten. Diese Forderung unterstützte die Kammerversammlung in einem Beschluss.

Ärzte- und Pflegekräftemangel

Im Anschluss ging der Präsident auf den anstehenden Ärzte- und Pflegekräftemangel ein. Laut einer Studie wird es in 20 Jahren einen dramatischen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen geben. Dann werden in Deutschland allein in den Krankenhäusern nach Vollzeitstellen berechnet fast 140.000 Pflegekräfte fehlen. Bis 2030 droht die Personallücke in der Gesundheitsversorgung sogar auf über 950.000 Fachkräfte anzuwachsen. Die Wartezeiten beim Hausarzt würden sich verdoppeln – zusätzliche Fachkräfte müssten aus dem Ausland kommen. Ohne Änderungen im System bliebe 2030 etwa jede dritte Arztstelle in Kliniken unbesetzt, in Praxen sogar jede zweite Arztstelle.

Mit Blick auf den demografischen Wandel und eine immer älter werdende Gesellschaft, in der immer mehr medizinische Versorgung gefragt ist, werden dann aber mindestens genauso viele Ärzte und Pflegepersonal, wie heute gebraucht. Um



einen Notstand in der Pflege in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen zu vermeiden oder zumindest abzumildern, sollen zusätzliche Kräfte aus dem Ausland gewonnen werden. Bund und Land prüfen die Erleichterung der Einreise- und Arbeitserlaubnisbestimmungen für Fachpersonal.

Prof. Dr. Schulze: „Es müssen aus meiner Sicht insbesondere die Arbeitsbedingungen und die Bezahlungen verbessert werden. Und wir wissen, dass auch gut ausgebildete deutsche Ärzte oftmals die Bundesrepublik verlassen, weil im Ausland bessere Arbeitsbedingungen und vor allem bessere Entlohnung locken“. Bevorzugte EU-Länder für deutsche Ärzte sind Großbritannien und die skandinavischen Länder. In Norwegen beispielsweise kommen 3,7 Prozent der Ärzte aus Deutschland. „Es muss gelingen, das teuer ausgebildete Fachpersonal auch hier zu hal-

ten. Flexible Arbeitszeitmodelle und eine bessere Kinderbetreuung sind ebenso gefragt, um das Fachkräftepotenzial bei Frauen stärker auszuschoöpfen.“

Andere europäische Länder kämpfen ebenfalls mit dem Problem des Ärztemangels, da sie durch die Einführung eines Numerus clausus in der Medizin zwar Geld bei den Universitäten gespart, aber über Jahre unter dem eigenen Bedarf Ärzte ausgebildet haben. Deshalb will nun auch die Europäische Union den Kampf gegen den Ärztemangel aufnehmen. Diese europäische Aktion setzt sich auf Bundesebene fort. Das Bundesgesundheitsministerium hat anlässlich einer Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz zur Neugestaltung der Bedarfsplanung ein Maßnahmenpapier „zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ sowie zur Bildung einer sogenannten

Expertenkommission vorgelegt. In dem Papier skizziert das Ministerium wesentliche Eckpunkte des bereits genannten Versorgungsgesetzes. Die Expertenkommission, in der neben dem Bundesministerium für Gesundheit und den Ländern auch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie der Gemeinsame Bundesausschuss vertreten sein werden, soll im Vorfeld des Gesetzes Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ausarbeiten. Die Gesundheitsminister der Länder drängen auf eine stärkere Flexibilität in der Bedarfsplanung. Grundlage dafür soll eine kleinräumige und sektorübergreifende Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung sein. In einem Papier kündigt das Bundesgesundheitsministerium an, die derzeitigen gesetzlichen Vorgaben, wonach die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisgrenzen entsprechen sollen, zu flexibilisieren. Die Einwirkungsmöglichkeiten der Länderebene sollen gestärkt werden. Es wird geprüft, ob die Möglichkeiten der Landesauschüsse, einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf festzustellen, verbessert werden können. Außerdem sollen Ärzte, die in stationären Einrichtungen arbeiten und an der ambulanten Versorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung einbezogen werden. In dem Papier werden zudem mögliche Anreizinstrumente zur Ansiedlung von Ärzten in strukturschwachen

Regionen benannt. So sollen Ärzte in unterversorgten Gebieten künftig nicht mehr der Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina unterliegen und die Möglichkeiten für mobile Versorgungskonzepte erweitert werden. Delegationsmöglichkeiten sollen besser genutzt und weiterentwickelt werden.

Geplant ist außerdem eine gezielte Nachwuchsgewinnung durch Förderung von Medizinstudierenden. So werden die Hochschulen aufgefordert, bei der Auswahl von Medizinstudierenden das bereits vorhandene landesrechtliche Instrumentarium zur Bewerberauswahl besser auszuschöpfen, sodass die Bedeutung des Abiturnotendurchschnitts zugunsten weiterer geeigneter Auswahlkriterien relativiert wird. Die Einführung einer Landarztquote, die in Kombination mit entsprechend ausgestalteten Stipendien die Niederlassung in strukturschwachen Regionen fördern soll, wird im Hinblick auf die Möglichkeiten einer rechtssicheren Ausgestaltung geprüft.

Auf Landesebene veröffentlichte die sächsische Staatsregierung ein 20-Punkte-Programm gegen den Ärztemangel. Darin enthalten sind durchaus sinnvolle Vorschläge, die von der Sächsischen Landesärztekammer mitgetragen werden, wie:

- die Erhöhung der Anzahl der Studienplätze für das Fach Humanmedizin,
- die Einführung eines Sonderkontingentes an Studienplätzen für Bewerber, die sich zur Niederlassung als Landärzte verpflichten,

- die Abschaffung der zentralen Vergabe der Studienplätze durch die ZVS,
- die Prüfung, inwieweit ausländische Ärzte aus Drittstaaten die Approbation in Sachsen erhalten können,
- der flächendeckende Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (moderne Gemeindeschwester),
- die Verbesserung der Vergütung von Landärzten, zum Beispiel durch einen Landarztzuschlag oder ein anderes Vergütungssystem,
- die Schaffung von Weiterbildungsverbänden bei der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Aber es gibt auch zweifelhafte Ideen, wie:

- die Errichtung eines Extrastudienganges für nicht kurativ tätige Ärzte durch Splittung des Studienganges Medizin in zwei Studiengänge,
- die Verkürzung der Weiterbildungsdauer im Bereich der Allgemeinmedizin von fünf auf drei Jahre,
- die Prüfung, ob mobile Arztpraxen und Filialpraxen im Rahmen eines Modellprojektes eingeführt werden können.

Diesen Vorschlägen wird die Sächsische Landesärztekammer nicht zustimmen und dies der Staatsregierung übermitteln.

Die gute Zusammenarbeit der ärztlichen Selbstverwaltung mit dem Sozi-

alministerium und den Krankenkassen habe aber dazu beigetragen, dass der Ärztemangel in Sachsen nicht so gravierend ausfällt wie 2001 befürchtet. Der Präsident forderte an dieser Stelle die Einbeziehung der Sächsischen Landesärztekammer als stimmberechtigtes Mitglied in ein geplantes sektorübergreifendes Gremium für die Planung der medizinischen Versorgung im Freistaat Sachsen, den sogenannten Gemeinsamen Landesausschuss.

Zwei Drittel der Medizinstudenten beginnen nach dem Studium in Sachsen ihre berufliche Karriere. Die sächsischen Fördermaßnahmen zur Praxisgründung, Studienbeihilfen, Informationsveranstaltungen für Studenten und Ärzten in Weiterbildung über die ärztliche Tätigkeit in Sachsen haben mit Sicherheit dazu beigetragen. Dennoch kann man einen Rückgang bei den Hausärzten seit 2001 um 328 verzeichnen, obwohl im gleichen Zeitraum 415 Facharztprüfungen in diesem Fachgebiet abgenommen wurden. Es sind also mehr Ärzte aus dem Beruf gegangen als Nachwuchs nachgekommen ist. Dieses Defizit wird man nur schwer beseitigen können, da bei der Gewinnung von Ärzten immer mehr Konkurrenz zu den anderen Bundesländern entsteht. Prof. Dr. Schulze: „Wir können auf einen Vorsprung bei der Umsetzung von Maßnahmen gegen den Ärztemangel verweisen, den es zu halten gilt. Dies gelingt uns zum Beispiel mit der deutschlandweit einzigartigen Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ und dem angeschlossenen Netzwerk von 130 Partnern. Mit dieser Koordinierungsstelle betreiben wir ein effizientes Wissensmanagement rund um das Thema Ärztemangel, listen vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten auf und vermitteln diese“.

Nachdrücklich hob der Präsident hervor, dass die Sächsische Landesärztekammer seit mehreren Jahren die Kontakt- und Informationstätigkeit gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs in Sachsen erheblich verstärkt hat. Sie sei nunmehr ab Studienbeginn bis zum Ende der Ausbildung in unterschiedlicher Form bei den Stu-

denten präsent. Und auch danach ließe sie die Absolventen der Medizin nicht aus den Augen und versucht sie mit zahlreichen Aktionen und Aktivitäten an Sachsen zu binden.

Ehrenamt und Wahl zur Kammerversammlung

Zugleich machte er deutlich, dass es nicht selbstverständlich sei, wenn sich Ärzte im Vorstand oder anderen Gremien ehrenamtlich für ihre Standsvertretung engagieren und sehr viel Freizeit investieren. Die regelmäßigen Sitzungen der Ausschüsse und weiterer ehrenamtlicher Gremien zu aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themenkomplexen seien nicht mit „links“ zu absolvieren. „All dies bedarf der Vor- und Nachbereitung sowie fortwährender Begleitung durch Ehrenamtler. Mein Dank geht an Sie alle, die sich für die sächsische Ärzteschaft einsetzen, Ehrenamtler wie auch Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer.“, so der Präsident.

Die Kammerversammlung kam am 13. November 2010 in ihrer Zusammensetzung so zum letzten Mal zusammen. Im Juni 2011 findet nach der Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2011 bis 2015 die konstituierende Sitzung mit erfahrenen Kollegen und auch neuen Ärztevertretern statt. Vorstand und Präsident dankten den Mandatsträgern für die vierjährige Zusammenarbeit, für das Vertrauen und für die

interessanten, kontroversen, aber immer sachlichen Diskussionen. Prof. Dr. Schulze: „Aus meiner Sicht ist die Kammerversammlung ein einmaliges Kompetenzzentrum der sächsischen Ärzteschaft, wenn ich mir überlege, wie viel Sachkenntnis um Medizin, aber auch Berufs- und Gesundheitspolitik in diesem Gremium versammelt ist“.

Gesundheitspolitik von heute für die Gesundheitsversorgung von morgen

Prof. Dr. med. Fritz Beske, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel



Die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion konzentriert sich neben den Themen Beitragssatz und Zusatzbeiträge in erster Linie auf die Deckung des Finanzierungsdefizits der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2011 in Höhe von 11

Milliarden Euro. Für die längerfristige Finanzierung der GKV wird zwar in allgemeinen Formulierungen darauf hingewiesen, dass mit dem demografischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt Probleme verbunden sind, Daten werden aber nicht genannt. Wer jedoch die auf die Gesundheitsversorgung durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt zukommende Problematik in seiner vollen Größe erkennen und sich auf ihre Auswirkungen einstellen will, muss diese Daten anerkennen.

Demografischer Wandel

Grundlage der folgenden Daten sind die Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes. Es handelt sich dabei um Berechnungen, nicht um Prognosen oder Schätzungen, da Grundlage dieser Berechnungen die bereits lebende Bevölkerung ist. Deutschland hat neben Österreich mit 1,4 in Europa die geringste Geburtenziffer, die Zahl der Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter. Als Folge dieser geringen Geburtenziffer geht die Bevölkerung von heute 82 Millionen auf 69 Millionen 2050 zurück, ein Minus von 13 Millionen. Von besonderer Bedeutung ist die Veränderung der Altersstruktur. Die nachwachsende Generation, die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre, sinkt im gleichen Zeitraum von 16 auf 11 Millionen, ein Minus von 5 Millionen. Die Auswirkungen dieser Entwicklung werden schon heute

durch die wachsende Schwierigkeit erkennbar, alle Ausbildungsplätze besetzen zu können. Es sinkt weiter die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die Altersgruppe von 20 bis 64 Jahre, die Altersgruppe, die im Wesentlichen das Bruttoinlandsprodukt erarbeitet und die Steuern und Versicherungsbeiträge zahlt. Ihre Zahl sinkt von heute 50 Millionen auf 36 Millionen, ein Minus von 14 Millionen. Es steigt allein die Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, 65 Jahre und älter, von 17 auf 23 Millionen, ein Plus von 6 Millionen. Eine eindrucksvolle Zahl ist der Altenquotient, die statistische Relation der Erwerbsfähigen zu den aus Altersgründen nicht mehr Erwerbsfähigen. Wird statt der Erwerbsfähigen die Zahl derjenigen genommen, die in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, die also tatsächlich arbeiten, etwa 70 Prozent der

Erwerbsfähigen, dann ergibt sich, dass heute drei Personen für eine Person arbeiten, die altersbedingt nicht mehr arbeitet. 2050 beträgt diese Relation 1 zu 1, was bedeutet, dass auf einen, der arbeitet, einer kommt, der nicht mehr arbeitet.

Morbidität

Es nimmt zu die Multimorbidität, die besonders aufwendig und kostenintensiv ist. Es nehmen weiter zu überwiegend altersbedingte Krankheiten. So steigt beispielsweise die Zahl der Herzinfarkte bis 2050 um 75 Prozent, die Zahl von Schlaganfällen mit häufiger lang andauernder Pflegebedürftigkeit um 62 Prozent und die Maculadegeneration, die auch heute noch häufig zu Blindheit führt, um 125 Prozent. Es verdoppelt sich die Zahl der Demenzkranken von 1,1 auf 2,2 und die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,2 auf 4,4 Millionen. Mit der Zahl der Pflegebedürftigen steigt der Bedarf an Pflegekräften von rund 500.000 auf 1,3 Millionen 2050. Es ist bei der vorhersehbaren Entwicklung der nachwachsenden Generation nicht erkennbar, wie dieser Bedarf an Pflegekräften jemals gedeckt werden kann.

Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Finanzbedarf der GKV werden am besten am altersbezogenen Finanzbedarf erkennbar. Bis zum 30. Lebensjahr verursacht jeder GKV-Versicherte durchschnittliche Ausgaben von knapp 1.000 Euro. Ein 40-Jähriger hat dann einen Finanzbedarf von 1.200, ein 70-Jähriger von 3.700 und ein 90-Jähriger von 5.300 Euro. Von 89 auf 90 Jahre nimmt der Finanzbedarf um rund 200 Euro ab. Es ist damit ein nahezu kontinuierlicher altersbedingter Anstieg der Ausgaben der GKV zu beobachten. Dabei nehmen die Gesamtausgaben der GKV wegen des Bevölkerungsrückgangs um 13 Millionen nur in Grenzen zu, bezogen auf den Beitragssatz von heute 15 Prozent auf 18 bis 20 Prozent. Es besteht Übereinstimmung darüber, dass die finanziellen Auswirkungen des medizinischen Fortschritts größer sind als diejenigen des demografischen Wandels. Die finanziellen Auswirkungen des medizinischen Fortschritts lassen sich nur statistisch darstellen, wobei mit entweder ein oder mit zwei Prozent Steigerung der jährlichen Ausgaben der GKV durch den medizinischen Fortschritt gerechnet wird. Die Auswirkungen von demografischem Wandel und medizinischem Fortschritt zusammen lassen sich am besten durch die Entwicklung des Beitragssatzes der GKV beschreiben. Bei einer Steigerung der Ausgaben der GKV durch den medizinischen Fortschritt von ein Prozent steigt der Beitragssatz bis 2050 auf 28 Prozent, bei einer Steigerung von zwei Prozent auf 42 Prozent. Nach Berechnungen auf Grundlage der jüngsten, der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060, steigt der Beitragssatz bei der Annahme „starker Anstieg“, bezogen auf die Lebenser-

wartung, sogar auf über 52 Prozent. Es bedarf keiner Erörterung, dass derartige Größenordnungen nicht diskussionswürdig sind.

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV finanziert sich grundsätzlich aus drei Quellen, die kurz kommentiert werden sollen.

1. Beitragssatz. Die jetzige Koalition in Berlin hat sich darauf verständigt, dass die Lohnnebenkosten nicht steigen sollen. Dies betrifft damit auch die GKV. Im Grundsatz ist damit der Beitragssatz von 15,5 Prozent festgeschrieben. Es ist jedoch eine alleinige Festschreibung des Beitragssatzes der Arbeitgeber geplant auf 7,3 Prozent, während der Beitragssatz der Arbeitnehmer über kassenspezifische Zusatzbeiträge mit einem Solidarausgleich aus Steuermitteln variabel gestaltet werden soll.

2. Zuzahlungen. Die Höhe der Zuzahlungen liegt bei rund fünf Milliarden Euro jährlich, bei Gesamtausgaben der GKV 2009 in Höhe von 170 Milliarden Euro ein relativ geringer Prozentsatz. Deutschland hat weltweit die geringsten Zuzahlungen in einem Gesundheitssystem. Eine Diskussion über eine Erhöhung von Zuzahlungen kann in Deutschland bei einer öffentlichen Diskussionskultur, die jeden auch sachlich begründeten Vorschlag zur Erhöhung von Zuzahlungen mit dem Vorwurf der sozialen Demontage belegt, nur im Rahmen eines Gesamtkonzepts für die Finanzierung der GKV erfolgen.

3. Steuerzuschuss. Für die künftige Finanzierung der GKV wird nahezu durchgängig eine Finanzierung des Defizits aus Steuermitteln gefordert. Zunächst befindet sich das Gesundheitswesen in der Verteilung von Steuermitteln in Konkurrenz zu allen anderen Politikbereichen, die ebenfalls steigende Ansprüche an das Steueraufkommen stellen. Dann greift ab 2016 die Schuldenbremse, mit der kontinuierlich Schulden im Bundeshaushalt abgebaut werden sollen. Ab 2020 gilt die grundgesetzlich festgeschriebene Vorgabe, wonach die Aufnahme neuer Schulden verboten ist. Da es nicht vorstellbar ist, dass alle anderen Politikbereiche

auf Mittel für ihren jeweiligen Politikbereich verzichten, nur um die GKV subventionieren zu können, ist die Vorstellung, dass das Defizit der GKV dauerhaft aus Steuermitteln finanziert werden kann, illusionär.

Einnahmeorientiert statt bedarfsbestimmt

In dieser Situation deutet alles darauf hin, dass sich die Finanzierung der GKV grundsätzlich verändern muss. Die These lautet, dass die bisherige bedarfsbestimmte Finanzierung, wonach die Höhe der jeweiligen Einnahmen von dem Bedarf vorgegeben wird, der sich aus dem Leistungsumfang ergibt, abgelöst wird durch eine einnahmeorientierte Finanzierung, was bedeutet, dass in Zukunft Art und Umfang der in der GKV erbrachten Leistungen von dem jeweils zur Verfügung stehenden Finanzvolumen bestimmt wird. Dies würde der Forderung von Bundeskanzlerin Frau Dr. Angela Merkel und Herrn Ministerpräsidenten des Freistaates Bayern, Horst Seehofer, für die Zukunft der öffentlichen Haushalte entsprechen, wonach auch hier die Einnahmen die Ausgaben bestimmen, eine ebenfalls grundsätzliche Veränderung der Finanzierung öffentlicher Haushalte. Auch hier bestimmt bis heute der von der Politik bestimmte Bedarf das erforderliche Finanzvolumen, letztlich finanziert über die Aufnahme von Schulden.

Finanzierungsvorschlag

Unter dieser Prämisse wird für die künftige Finanzierung der GKV folgende Regelung vorgeschlagen:

1. Neufassung von § 1 SGB V, wonach die jetzige Formulierung, mit der nahezu jede Art von Leistungen begründet werden kann, dahin gehend geändert wird, dass die GKV die Aufgabe hat, in erster Linie die Behandlung im Krankheitsfall sicherzustellen. Hinzu kommen eindeutig definierte Aufgaben von Prävention wie Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen einschließlich Kinderuntersuchungen, aktive Schutzimpfung und zahnmedizinische Prävention.

2. Durchforstung des gesamten Leistungskatalogs unter der Vorgabe,

Behandlung im Krankheitsfall. Damit wären zum Beispiel alle versicherungsfremden Leistungen zu streichen, das heißt Leistungen, die der GKV aus familien-, sozial- oder gesellschaftspolitischen Gründen übertragen worden sind. Beispiele sind Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Haushaltshilfe und Vorsorgekuren. Hierzu gehört auch die Überprüfung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, Ehegatten und Lebenspartnern, da es auf der einen Seite einer immer geringer werdenden Zahl von Beitragszahlern nicht zuzumuten ist, die für diese Mitgliedsgruppe erforderlichen Leistungen über ihren Beitrag zu finanzieren, andererseits mit guten Gründen die These vertreten werden kann, dass es sich hierbei um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt. Zu überprüfen sind weiter die Personengruppen, denen ebenfalls aus familien-, sozial- oder gesellschaftspolitischen Gründen ein reduzierter Beitragssatz zugestanden wird, sowie die Quersubventionierung. Eindrucksvollstes Beispiel von Quersubventionierung ist die Finanzierung von Hartz-IV-Empfängern, mit der die GKV die Bundesagentur für Arbeit mit jährlich rund vier Milliarden Euro subventioniert.

3. Kontinuierliche Anpassung des Leistungsumfangs der GKV an das jeweils zur Verfügung stehende Finanzvolumen. Methoden sind Rationierung und Priorisierung.

4. Überprüfung der Zuzahlungsregelungen, da es oft sinnvoller ist, den vollständigen Ausschluss von Leistungen durch eine Selbstbeteiligung zu ersetzen. Hierzu gehört auch der Ausbau von Festbeträgen und Festzuschüssen.

5. Festlegung einer Verwaltungs- und Förderpauschale für jede einzelne Krankenkasse, die alters- und geschlechtsbezogen 10 Prozent der Ausgaben einer Krankenkasse beträgt. In diesem Rahmen hat die Krankenkasse Gestaltungsfreiheit, wobei die Aufsicht ausschließlich prüft, ob der Betrag von 10 Prozent überschritten ist. Dies trägt zur Verwaltungsvereinfachung und zum Bürokratieabbau bei. Mit dieser Regelung wird auch sichergestellt,



Dr. med. Kathrin Ullig:
„Welche Maßnahmen zum drohenden
Arztmangel werden von der Kammer
durchgeführt?“



Dr. med. Andreas Fiedler:
„Selbstverschuldete Krankheit,
Definition?“



Dr. med. Dietrich Heckel äußert sich
zur Finanzierung der ärztlichen
Weiterbildung.

dass ein festgelegter und ausreichend hoher Teil der Einnahmen der GKV für die Regelleistungen zur Verfügung steht.

Schlussbemerkung

Voraussetzung für die öffentliche Diskussion und für die Diskussion in der Fachwelt, die erforderlich ist, um Modalitäten der künftigen Finanzierung der GKV zu erarbeiten, ist die öffentliche Anerkennung der Politik, dass die künftige Finanzierung der GKV ungesichert ist und dass Wege gefunden werden müssen, wie auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung bei begrenzten Mitteln sichergestellt werden kann. Hierzu gehört die Definition von Gesundheitszielen, die dem Versicherten die Gewissheit geben, dass er auch in Zukunft die für ihn im Bedarfsfall notwendige Gesundheitsversorgung erhält. Diese Gesundheitsziele sind:

- Versorgungssicherheit. Jeder Bürger muss die Gewissheit haben, dass er dann, wenn er ernsthaft krank ist, einen zeitnahen Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung hat.
- Kein Bürger darf durch die Kosten für eine notwendige Versorgung in existenzielle Not geraten.
- Alter allein darf kein Grund zum Leistungsausschluss sein.
- Medizinischer Fortschritt für alle. Und ein Letztes: Wer die Probleme der Zukunft lösen will, darf nicht warten, bis ihn die Probleme eingeholt haben.

Schwerpunkte der Diskussion der Kammerversammlung

In den anschließenden konstruktiven Diskussionen zu dem Referat des Präsidenten sowie zum Vortrag von Prof. Dr. Beske ging es in erster Linie um:

Priorisierung

Die Ärzteschaft schlägt vor, Gesundheitsleistungen zu priorisieren. Hierunter werden die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen und Verfahren in Form von mehrstufigen Rangreihen verstanden. Priorisierung ist dabei abzugrenzen von Rationierung, bei der notwendige medizinische Maßnahmen bewusst vorenthalten werden. Unter den verschiedenen Formen der Rationierung ist insbesondere die heimliche Rationierung von besonderer gesellschaftlicher Tragweite. Ein Gesundheitsrat soll die Werbung für die Priorisierung übernehmen und die öffentliche Presse sachgerecht in die Debatte einbeziehen.

Prävention

Die primäre Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Grundaufgabe. Die Prävention kostet und hat unzählige Vorteile. Die primäre Prävention setzt ein, bevor eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten eintritt und sucht nach den Ursachen und Risikofaktoren, die dazu führen können. Sie richtet sich meist an die gesamte Bevölkerung.

Patientenrechte

Die Kammerversammlung unterstreicht ihre Forderungen zu den Patientenrechten. Erneut betont wird der Anspruch des Patienten auf eine individuelle, nach dessen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Die medizinisch-fachliche Weisungsgebundenheit des Arztes und seine im ärztlichen Berufsethos und Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung sind Garanten für das Wohl des Patienten.

Ambulante Bedarfsplanung

Bei der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen muss künftig die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielen. Zusätzliche Niederlassungen sollten auch in solchen Gebieten zulässig sein, die nach aktueller Bedarfsplanung zwar als überversorgt gelten, in denen praktisch aber Ärztemangel herrscht. Es ist sinnvoll, die demografische Entwicklung in die Bedarfsplanung mit einzubinden. Denn wenn es immer mehr ältere Menschen gibt, die häufiger krank sind, brauche die Bevölkerung wesentlich mehr Ärzte.

Aus- und Weiterbildung

Eine weitere notwendige Maßnahme, um perspektivisch die Zahl der Ärzte in Deutschland zu erhöhen, könnte die Erhöhung der Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin sein. Die Reduzierung der Studienkapazitäten im Zuge der Reform der Approbati-



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann: „Fünf Bewerber auf einen Studienplatz an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden.“

onsordnung im Jahr 2002 muss daher schnellstmöglich rückgängig gemacht werden. Eine noch besser strukturierte und mitarbeiterorientierte fachärztliche Weiterbildung kann eine zielführende Maßnahme gegen den Ärztemangel sein. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist vor dem Hintergrund der Feminisierung der Medizin bedeutsam. Ein weiterer Faktor, der zu einer ineffizienten Nutzung der ärztlichen Arbeitskraft führt, ist die ständig steigende Belastung mit Bürokratie.

Fachkräftemangel

Auch Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel bei Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind dringend notwendig. Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer unterstützen geschlossen die Forderung des 113. Deutschen Ärztetages zum Maßnahmenkatalog für eine Optimierung der Ausbildung und der Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten. Die Erhöhung der Ausbildungsqualität, die Verbesserung der externen und internen Öffentlichkeitsarbeit einschließlich Serviceleistungen und die Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA stehen dabei im Vordergrund.

Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer

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



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken: „Politik braucht sachlichen Rat.“

Die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind in Deutschland umfassend geregelt. Neben den gesetzlichen Regelungen im § 27a SGB V und den Regelungen im Embryonenschutzgesetz sind die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die (Muster-)Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer und die Berufsordnungen der Landesärztekammern verbindlich. In der Sächsischen Landesärztekammer ist dies die Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ mit ihren Anlagen. In ihr sind die räumlichen, personellen, apparativen und Qualifikationsvoraussetzungen für die Zulassung nach § 121a SGB V geregelt. Weiterhin sind die Indikationen für die verschiedenen Therapieformen aufgeführt



Dr. med. Hans-Jürgen Held: „Die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind in Deutschland umfassend geregelt.“

und die Maßnahmen zur Qualitätskontrolle vorgeschrieben.

Im Rahmen der Umsetzung der EU-Richtlinien zum Umgang mit Keimzellen müssen die Deutschen IVF-Zentren zusätzlich die Erlaubnis nach § 20b und 20c des Arzneimittelgesetzes erlangen, um weiter künstliche Befruchtungen durchführen zu dürfen. Die Erlaubnis wird durch das Regierungspräsidium in Leipzig erteilt. Die Antragsverfahren für die sächsischen reproduktionsmedizinischen Zentren werden zurzeit bearbeitet. Die bestehende Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer mit ihren Anlagen regelt umfangreich und detailliert die oben genannten Aufgaben. Im Rahmen der Umsetzung der Musterrichtlinien der Bundesärztekammer soll als wesentlicher

Punkt die Anhörung nicht verheirateter Paare vor der Durchführung einer künstlichen Befruchtung entfallen. Damit wird auch der gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung getragen und den betroffenen Paaren der Weg zu einem gemeinsamen Kind, auch in einer festen Partnerschaft ohne Trauschein, erleichtert. Weiterhin soll die Indikationsstellung zur „Intracytoplasmic Sperm Injection“ [ICSI-Therapie] dem neuen WHO-Handbuch zur Spermaanlytik angepasst werden.

Als dritte Änderung ist die Aufnahme der Medizinische Versorgungszentren als mögliche Einrichtungen, die die Zulassung nach § 121a SGB V erhalten können, vorgesehen. Die Sächsische Berufsordnung sichert unter anderem unseren Kinderwunschpatienten eine qualifizierte und qualitätskontrollierte Behandlung unter Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen.

Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in)

Erik Bodendiek

Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses

Die Mandatsträger haben am 13.11.2010 über den zunehmenden Fachkräftemangel bei den bei Ärzten angestellten Medizinischen Fachangestellten gesprochen und einen entsprechenden Beschluss gefasst. Nunmehr geht es darum, einige Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten zu ändern.

1. Die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses: Wir haben hier die Entschädigungen an die Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer angepasst.

2. Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten.

Die Prüfungszeit für die mündliche Prüfung hat sich erheblich ausgewei-



Erik Bodendiek, Vizepräsident



Dr. med. Claus Vogel

tet. Zurückzuführen ist das auf eine Neuordnung des Ausbildungsberufes im Jahr 2006. Wurden im Ausbildungsberuf Arzthelferin in einer Gruppenprüfung drei Prüflinge gleichzeitig in 60 Minuten (45 Minuten Prüfung und 15 Minuten Auswertung durch den Prüfungsausschuss) geprüft, erfolgt die Prüfung im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte jetzt als Einzelprüfung, das heißt ein Prüfling in 90 Minuten (60 Minuten praktische Prüfung, 15 Minuten Fachgespräch und 15 Minuten Auswertung durch den Prüfungsausschuss). Der Zeitaufwand für unsere ehrenamtlichen Prüfer hat sich erheblich erhöht.

Die angemessene Erhöhung der Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse soll dazu beitragen, zum einen den ehrenamtlichen Einsatz der Prüfer entsprechend zu würdigen und zum anderen auch Möglichkeiten öffnen, um neue Prüfer zu gewinnen.

3. Konsequenterweise kann wegen des Wegfalls der Prüfungen für Arzthelferinnen, die durch die Prüfungen für die Medizinischen Fachangestellten ersetzt werden, die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin entfallen.

Der Ausschuss Finanzen und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer haben der vorliegenden Satzung zugestimmt, eine Vorabgenehmigung der Rechtsaufsicht liegt vor.

Haushaltsplan 2011

Dr. med. Claus Vogel,

Vorstandsmitglied und Vorsitzender Finanzausschuss

Herr Dr. Vogel erläuterte anschaulich und ausführlich den Haushaltsplan des Jahres 2011. Der ausgeglichene Haushalt hat einen Gesamtumfang von 10.289.500 Euro. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2011 eine Steigerung der Aufwendungen gegenüber dem Ist des Jahres 2009 um 22 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2010 um 6 Prozent vor. Bei den Erträgen ist gegenüber dem Ist 2009 eine Erhöhung von 1 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2010 von 9 Prozent vorgesehen. Die Differenz zwischen Erträgen und Aufwendungen in Höhe von 441.900 Euro wird durch die planmäßige Entnahme aus zweckgebundenen Rücklagen gedeckt, die aus Überschüssen der Vorjahre gebildet wurden und somit die Haushalte der Folgejahre entlasten. Die Auswirkungen der räumlichen Erweiterung der Sächsischen Landesärztekammer sind sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite berücksichtigt. Die räumliche Erweiterung führt im Jahr 2011 aufgrund der Vermietung der Flächen an die Sächsische Ärzteversorgung zu keinem finanziellen Mehraufwand. Der Haushalt für das Jahr 2011 berücksichtigt folgende Sachverhalte:

■ Der weitere Zugang an Kammermitgliedern hat sich fortgesetzt, sodass nunmehr von einem Anstieg seit 2001 bis zum Jahr 2011 um 25 Prozent ausgegangen wird. Gleichzeitig ist durch

die starke Zunahme des Anteils der Mitglieder im Ruhestand nur von einem geringen Anstieg der berufstätigen Kammermitglieder auszugehen.

- Ab dem Jahr 2011 werden im Haushaltsplan die Honorare für die Gutachter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen sowohl auf der Aufwands- als auch auf der Ertragsseite mit jeweils ca. 235.000 Euro erfasst. Bisher erfolgte die Erfassung über ein Verrechnungskonto. Diese Erfassung führt im Vergleich zu Vorjahren zu Erhöhungen, die aber saldiert keine Auswirkungen auf den Haushalt haben.
- Im Haushaltsjahr 2011 ist die Finanzierung der Wahlen zur Kammerversammlung, zum Vorstand und zu den Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer zu berücksichtigen.
- Wichtige Vorhaben der Sächsischen Landesärztekammer auf EDV-Gebiet tragen der weiteren Umsetzung des Servicegedankens Rechnung. Dazu gehört insbesondere die Implementierung von elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten der Kammermitglieder mit ihrer Kammer.
- Durch die Novellierung der „Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern“ erfolgt eine stärkere Würdigung des ehrenamtlichen Engagements aufgrund der komplexeren Sachverhalte und der zunehmenden zeitlichen Inanspruchnahme.
- Bei den Beiträgen für die Bundesärztekammer ist die schrittweise Abschmelzung des sogenannten Ostabschlages für die neuen Bundesländer sowie die zusätzliche jährliche Erhöhung zu beachten.
- Das 5. Deutsch-Polnische Symposium wird 2011 in Waldenburg stattfinden.
- Der Wegfall der Gebührenerhebung für die erste Facharztprüfung ist bei der Planung der Erträge berücksichtigt.
- Der Beitragssatz zum Kammerbeitrag wurde im Jahr 2010 von

0,56 Prozent auf 0,54 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesenkt. Der Beitragssatz bleibt 2011 konstant.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2011 wurde durch die 43. Kammerversammlung einstimmig bestätigt.

Anstellung eines neuen Hauptgeschäftsführers

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer stellte Herrn Ass. jur. Michael Schulte Westenberg als Kandidaten für das Amt des Hauptgeschäftsführers der Sächsischen Landesärztekammer vor. Zuvor bedankte er sich bei den bisherigen



Ass. jur. Michael Schulte Westenberg

Geschäftsführerinnen, Frau Dr. med. Katrin Bräutigam und Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, für ihr großes Engagement bei der Verwaltung und Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer. Der Vorstand hatte 2009 nach dem Ausscheiden des Hauptgeschäftsführers, Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner, beschlossen, die bisherigen Aufgaben der Hauptgeschäftsführung bis zur Nachbesetzung der Ärztlichen Geschäftsführerin und der Kaufmännischen Geschäftsführerin gemeinsam zu übertragen. Diese Doppelspitze hat in den vergangenen 14 Monaten die Leitung der Hauptgeschäftsstelle übernommen. Beide Geschäftsführerinnen haben in dieser Zeit hoch motiviert, qualifiziert und verantwortungsvoll die übertragenen hoheitlichen Aufgaben satzungsgemäß ausgeführt und die Tätigkeit der Ehrenamtler professionell unterstützt. Dabei stand der Dienstleistungs- und

Servicegedanke gemäß dem Leitbild für und im Sinne der sächsischen Ärzteschaft stets im Vordergrund ihres Wirkens. Besondere Anerkennung verdient insbesondere auch das mit der Übernahme der Aufgaben der Hauptgeschäftsführung zwangsläufig verbundene zeitliche Engagement von Frau Dr. Bräutigam und Frau Dipl.-Ök. Keller, das weit über das normale Maß einer 40-Stunden-Arbeitswoche hinausgegangen ist.

Vorstellung Ass. jur.

Michael Schulte Westenberg

„Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit geben, mich Ihnen heute als neuer Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer vorzustellen.

Zunächst darf ich Ihnen einige Informationen zu meiner Vita geben: Ich bin 48 Jahre alt, verheiratet, kinderlos und gebürtiger Westfale, nämlich aus Hattingen an der Ruhr.

Ich habe an der Ruhruniversität in Bochum Rechtswissenschaften sowie einige Semester Wirtschaftswissenschaften studiert.

Nach zwei Auslandsaufenthalten bei Einrichtungen des IHK-Wesens, nämlich in Rio de Janeiro bei der dortigen Deutsch-Brasilianischen Auslandshandelskammer, und in Brüssel, beim Verbindungsbüro des DIHKT bei der EU, führte mich mein beruflicher Weg über die IHK in Krefeld bereits im Jahre 1995 ins Gesundheitswesen. Nach zwei Tätigkeiten bei Berufsverbänden jeweils im Heil- und Hilfsmittelbereich habe ich dann im Jahre 2002 die Funktion des Direktors der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe in Münster übernommen, die ich bis vor kurzem innehatte. Zeitgleich war ich als Geschäftsführer einer der Zahnärztekammer angeschlossenen Stiftung tätig. Da ich in dieser Zeit zudem zwei Jahre lang die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern geführt habe, sind mir viele aktuelle Probleme und Anliegen der Ärzteschaft bestens bekannt, nicht zuletzt aufgrund diverser Schnittstellen zwischen Ärzten einerseits und Zahnärzten andererseits.

Ich möchte gerne meine vielfältigen und langjährigen Erfahrungen im Kammerwesen sowie in der Gesundheitspolitik gewinnbringend für die Sächsische Landesärztekammer einsetzen. Zudem möchte ich meinen Beitrag dazu leisten, zusammen mit dem Vorstand und der gesamten Verwaltung, den großen aktuellen Herausforderungen an die Ärzteschaft, wie etwa die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems, den Angriffen auf die Freiberuflichkeit, dem Ärztemangel und der Unterversorgung, den Arbeitsbedingungen für die Ärzte, der überbordenden Bürokratisierung, der Priorisierungsdebatte und den Themen Vergütung, Weiterbildung und Gewinnung von qualifizierten Auszubildenden, um nur die wichtigsten zu nennen, erfolgreich zu begegnen. Ich möchte dazu beitragen, den Einfluss der Sächsischen Landesärztekammer auf die Politik zu verstärken und die Bedeutung der Kammer zu verbessern. Außerdem möchte ich die Kammer mit Ihnen gemeinsam als Dienstleistungsunternehmen für ihre Mitglieder positionieren, um auch den letzten Kritiker an der Selbstverwaltungsstruktur von deren Notwendigkeit zu überzeugen. Ferner möchte ich dazu beitragen, die Verwaltungsabläufe im Hause und die Mittelverwendung weiterhin optimal zu gestalten. Mein Credo dabei: die Verwaltung muss rund laufen und zwar möglichst geräuschlos. Dazu lade ich Sie alle zu einer intensiven Diskussion und zu intensiven Gesprächen ein, auch oder gerade wenn Sie irgendwo Verbesserungspotenzial in der schon hervorragend aufgestellten Verwaltungsstruktur sehen. Ich danke Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen und freue mich auf die Zusammenarbeit mit Ihnen“. Die Kammerversammlung bestätigte anschließend gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer den

neuen Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer. Herr Ass. jur. Michael Schulte Westenberg hat am 15. November 2010 seine Tätigkeit aufgenommen. Der Präsident wünschte dem neuen Hauptgeschäftsführer viel Erfolg in seiner Tätigkeit und eine gute Zusammenarbeit mit der sächsischen Ärzteschaft.

Beschlüsse der 43. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 13. November 2010 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:
Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer

Beschlussvorlage Nr. 2:
Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern

Beschlussvorlage Nr. 3:
Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in)

Beschlussvorlage Nr. 4:
Haushaltsplan 2011

Beschlussvorlage Nr. 5:
Personalien – Anstellung des Hauptgeschäftsführers

Beschlussvorlage Nr. 6:
Bekanntgabe von Terminen

Beschlussantrag Nr. 7:
Beteiligung der Sächsischen Landesärztekammer am sektorübergreifenden Konzept und im Gremium für die medizinische Versorgungsplanung im Freistaat Sachsen

Beschlussantrag Nr. 8:
Maßnahmen gegen den Ärztemangel

Beschlussantrag Nr. 9:
Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel bei Medizinischen Fachangestellten

Beschlussantrag Nr. 10:
Patientensicherheit

Beschlussantrag Nr. 11:
Erarbeitung eines ärztlichen Grundsatzpapiers zur Anwendung der Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten, zum/zur Arzthelfer(in) werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 657 bis 660, amtlich bekannt gemacht.

Bekanntmachung der Termine

Der **21. Sächsische Ärztetag / 44. (konstituierende) Tagung der Kammerversammlung** wird am Freitag, dem **17. Juni 2011**, und am Sonnabend, dem **18. Juni 2011**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt. Die **45. Tagung der Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **12. November 2011**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit