
**43. Tagung der Kammerversammlung
am 13. November 2010**

TOP 2 Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Es gilt das gesprochene Wort!

20 Jahre Deutsche Einheit – Sächsische Landesärztekammer – Gesundheitsreformen

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 3. Oktober jährte sich die deutsche Wiedervereinigung zum 20. Mal. Aus diesem Anlass wurden große Feste gefeiert und zahlreiche politische Reden gehalten. Auch die Sächsische Landesärztekammer blickt auf eine junge zwanzigjährige Geschichte zurück, ich hatte bereits im Juni darauf hingewiesen. Ich möchte hervorheben, dass die Vorbereitung ab 1989 und die Gründung unserer Ärztekammer in Sachsen am 12. Mai 1990 ausschließlich durch das Engagement einzelner Kollegen möglich geworden war. Wie „schnell“ wir waren, macht ein Beispiel deutlich: Sachsen hatte als erstes ostdeutsches Bundesland wieder eine Ärztekammer, aber deren Rechtsgrundlage, das Heilberufekammergesetz, wurde erst im Juni durch die neu gewählte Volkskammer beschlossen. Von den damaligen immer noch aktiven Mitstreitern und hier Anwesenden möchte ich stellvertretend Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich, Herrn Dr. Lutz Liebscher, Herrn Dr. Mathias Cebulla, Herrn Dr. Roland Endesfelder, Herrn Dr. med. Thomas Fritz sowie den 2009 verstorbenen Dr. Peter Schwenke nennen.

Warum erwähne ich das? Ich erwähne es, weil die großen politischen Reden zur deutschen Einheit meist von Menschen gehalten wurden, die sich zur Zeit des Um- und Aufbruchs 1989/90 auf der anderen Seite der ehemaligen innerdeutschen Grenze befunden haben. Ich erwähne es, weil ich manchmal das Gefühl habe, die Leistung der Bürger in der ehemaligen DDR wird zwar kurz genannt, der eigentliche Aufbau einer Demokratie und einer funktionierenden Wirtschaft in Ostdeutschland wurde aber von anderen vollbracht. Diese Sichtweise spiegelt sich auch darin wider, dass manche Glauben machen wollen, die deutsche Einheit wäre von den alten Bundesländern finanziert worden.

Dem ist 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 Um- und Absatzzahlen bei gleichzeitiger Ausschaltung von Konkurrenzunternehmen hier.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ohne die Fähigkeit der Ostdeutschen zu Veränderung, ohne den Willen, etwas Neues zu schaffen, wäre die fulminante wirtschaftliche Entwicklung sowie die Umgestaltung der Sozialsysteme in diesem Teil Deutschlands undenkbar gewesen. Und mit dieser Fähigkeit sind wir heute sehr viel besser in der Lage mit Veränderungen umzugehen. Dazu gehören die zahlreichen Gesundheitsreformen der vergangenen 20 Jahre. Sie können sich bestimmt noch an die Kürzel DMP, GMG und AVWG erinnern. Die aktuellen Reformgesetze heißen GKV- FinG (Finanzierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung) und AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz).

Das Finanzierungsgesetz bringt zahlreiche Einschnitte für die Versicherten. Und notwendig wird es wegen eines zu erwartenden Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung von 11 Mrd. für 2011. Der einheitliche Beitragssatz wird auf 15,5 % erhöht. Zudem können die Krankenkassen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben. Gleichzeitig wird der Arbeitgeberanteil bei 7,3 % „eingefroren“, damit die wachsenden Kosten im Gesundheitswesen nicht automatisch zu steigenden Lohnkosten führen. Zukünftige Ausgabensteigerungen werden damit alleine zu Lasten der Beitragszahler ausfallen. Die Abschaffung der Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten der privaten Krankenversicherung (PKV) in Verbindung mit einer Wechselmöglichkeit nach einem Jahr zeigt einen Paradigmenwechsel im Umgang mit der PKV an. Das Thema der Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist auch aus ärztlicher Sicht entscheidend, weil davon die medizinischen Leistungen und nicht zuletzt die ärztlichen Honorare abhängen.

Eine besonders schwierige „Spielwiese“ für den Bundesgesundheitsminister Rösler ist der Pharmabereich. Herr Rösler ist recht groß mit Einsparungen bei neuen Arzneimitteln gegenüber Pharmaindustrie und Krankenkassen sowie der Einschränkung des derzeit bestehenden Preismonopols bei den Herstellern eingetreten. Kurz vor der Verabschiedung des genannten AMNOG im Bundestag und den Vorwürfen des Lobbyismus, gab es noch zahlreiche Änderungsanträge aus der Regierungskoalition.

Herr Rösler hat sich offenbar die Kritik an seinem Arzneimittel-Sparpaket zu Herzen genommen und hat in einem wichtigen Punkt noch einmal nachgebessert. Künftig können die gesetzlichen Krankenkassen ein Medikament nicht mehr zahlen, wenn es 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 müssen wir auf der Wahrung der Therapiefreiheit bestehen.

Für das kommende Jahr hat Herr Rösler weitere Reformen im Gesundheitswesen angekündigt. Nach dem Finanzierungsgesetz mit Erhöhung der Beiträge Anfang 2011 brauche man "Verbesserungen auf der Ausgabenseite, also Veränderungen im System", sagte der Minister. Leistungskürzungen schließt er aber weiterhin aus und das wird auch die Lesart für den Rest der Legislaturperiode sein. Damit verschließt er sich aus wahltaktischen Gründen weiterhin der von der Ärzteschaft angestoßenen und dringend notwendigen Priorisierungsdebatte. Unser Gastredner, Prof. Dr. med. Fritz Beske, wird uns dazu in seinem Vortrag noch einiges zu sagen haben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

für kommendes Jahr ist ein "Versorgungsgesetz" geplant, das einem Ärzte- und Pflegekräftemangel begegnen soll sowie eine weitere Reform der Ärztehonore vorseht. 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. Mit Blick auf den demografischen Wandel und eine immer älter werdende Gesellschaft, in der immer mehr medizinische Versorgung gefragt ist, brauchen wir dann aber mindestens genauso viele Ärzte und Pflegepersonal wie heute. 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.

Es müssen aus meiner Sicht insbesondere die Arbeitsbedingungen und die Bezahlungen verbessert werden, meine Damen und Herren. Eine Forderung, die auch das medizinische Fachpersonal immer wieder erhebt und dafür auf die Straße geht. Und wir wissen, dass auch gut ausgebildete deutsche Ärzte oftmals die Bundesrepublik verlassen, weil im Ausland bessere Arbeitsbedingungen und vor allem bessere Entlohnung lockt. 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, unser teuer ausgebildetes Fachpersonal auch hier zu halten. Flexible Arbeitszeitmodelle und eine bessere Kinderbetreuung sind ebenso gefragt, um das Fachkräftepotenzial bei Frauen stärker auszuschöpfen.

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. Die amtierende belgische Ratspräsidentschaft hat vor wenigen Wochen eine Konferenz zur Entwicklung der Gesundheitsberufe in der Europäischen Union durchgeführt. Dort diskutierten Vertreter der Mitgliedstaaten, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der verschiedenen nationalen Verbände und Forschungseinrichtungen im Gesundheitswesen über den künftigen Bedarf an Arbeitskräften im Gesundheitswesen.

Die Konferenzteilnehmer waren sich einig, dass die Arbeitsbedingungen für Ärzte beispielsweise durch flexiblere Arbeitszeiten attraktiver gestaltet und Berufsanfänger während der Weiterbildung intensiver betreut werden müssen, da insbesondere die 25 – 35-Jährigen vermehrt ins Ausland abwandern.

Überlegt wurde zudem, ob verschiedene Aspekte in der Gesundheitsversorgung „demedikalisiert“ werden sollen – das heißt, bestimmte Tätigkeiten von Ärzten auf andere qualifizierte Gesundheitsberufe übertragen werden können. Gerade auch in Bezug auf die Evaluation der Berufsanererkennungsrichtlinie soll darüber hinaus verstärkt auf qualitative sowie auf quantitative Aspekte bei der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal geachtet werden. Und es sollen wie in Deutschland unter anderem Ärzte zur Fortbildung (Lebenslanges Lernen) verpflichtet werden.

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 BMG 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 seinem Papier kündigt das Ministerium an, die derzeitigen gesetzlichen Vorgaben, wonach die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisgrenzen entsprechen sollen, zu flexibilisieren. Die Einwirkungsmöglichkeiten der Länderebene soll gestärkt werden. Es wird geprüft, ob die Möglichkeiten der Landesausschüsse, 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, so dass 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 uns 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, z. B. durch einen Landarztzuschlag oder ein anderes Vergütungssystem.
- die Schaffung von Weiterbildungsverbünden 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 können wir als Sächsische Landesärztekammer inhaltlich nicht voll zustimmen und werden dies auch der Staatsregierung übermitteln.

Viele der zuvor genannten Punkte, meine sehr geehrten Damen und Herren, kommen Ihnen sicher bekannt vor, weil wir diese Ansätze seit Jahren in Sachsen verfolgen. Die gute Zusammenarbeit der ärztlichen Selbstverwaltung mit dem Sozialministerium und den Krankenkassen hat dazu beigetragen, dass der Ärztemangel in Sachsen nicht so gravierend ausfällt wie 2001 befürchtet. Von uns einzufordern ist 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.

Die sächsischen Fördermaßnahmen zur Praxisgründung, Studienbeihilfen, Informationsveranstaltungen für Studenten und Ärzten in Weiterbildung über die ärztliche Tätigkeit in Sachsen haben mit Sicherheit dazu beigetragen, dass zwei Drittel der Medizinstudenten nach dem Studium in Sachsen ihre berufliche Karriere beginnen. Dennoch müssen wir zum Beispiel einen Rückgang bei den Hausärzten seit 2001 um 328 verzeichnen, obwohl wir im gleichen Zeitraum 415 Facharztprüfungen in diesem Fachgebiet abgenommen haben. Es sind also mehr Ärzte aus dem Beruf gegangen als wir Nachwuchs bekommen haben. Dieses Defizit werden wir nur schwer beseitigen können, da wir uns bei der Gewinnung von Ärzten immer mehr in Konkurrenz zu den anderen Bundesländern befinden. Aber 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 gelingt es uns, ein effizientes Wissensmanagement rund um das Thema Ärztemangel zu betreiben, vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten aufzulisten und zu vermitteln. Hinzu kommt demnächst eine Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin. Nachdrücklich hervorheben möchte ich, dass die Sächsische Landesärztekammer seit mehreren Jahren die Kontakt- und Informationstätigkeit gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs in Sachsen erheblich verstärkt hat. Wir sind nunmehr ab Studienbeginn bis zum Ende der Ausbildung in unterschiedlicher Form bei den Studenten präsent. Und auch danach lassen wir die Absolventen der Medizin nicht aus den Augen und versuchen Sie mit zahlreichen Aktionen und Aktivitäten an Sachsen zu binden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

auch unsere Beschlüsse, die wir auf den Kammerversammlungen treffen, erfahren in der Politik und in der Öffentlichkeit eine Resonanz. Zum Beispiel die Beschlüsse der 42. Kammerversammlung zur Widerspruchslösung in der Transplantationsmedizin oder die Beschlüsse zur ärztlichen Ausbildung haben breite Beachtung gefunden und wurden von den politischen Entscheidungsträgern in die eigene Arbeit übernommen.

Der Beschluss zum Optometristen stieß bundesweit auf eine nicht immer positive Resonanz. Insbesondere der Bundesverband der Augenoptiker sah sich genötigt, eine Stellungnahme abzugeben. Unser Beschluss hat aber auch ein Abstimmungsdefizit zwischen Sozial- und Wirtschaftsministerium offen gelegt. Leider wurde die Genehmigung der Fortbildung zum Optometristen nicht zurück genommen. Es erfolgte lediglich der Hinweis an die Handwerkskammer Dresden, dass Augenoptiker auch nach der Fortbildung zum Optometristen nicht zur Ausübung der Heilkunde befugt sind. Mit diesem Hinweis hat sich das Sozialministerium zufrieden gegeben. Ich, meine sehr verehrten Damen und Herren, tue das nicht. Ich bin immer noch der Meinung, dass hier eine Hintertür aufgestoßen wird, um die Ausübung der Heilkunde partiell an andere Berufsgruppen zu übertragen. Dem müssen wir uns entgegenstellen, schon um die Patienten weiterhin qualitativ hochwertig medizinisch zu versorgen.

Ebenfalls nicht vergessen ist die Förderung des Einsatzes des elektronischen Heilberufsausweises zur Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation und zur Nutzung der Online-Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Sie hatten im Juni sehr intensiv darüber diskutiert und der Vorstand hat in einer gemeinsamen Vorstandssitzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen am 3. November 2010 darüber beraten. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass es zukünftig Online-Anwendungen unserer Körperschaften geben wird, bei welchen der elektronische Heilberufsausweis als Authentifizierungs- und Signaturinstrument zum Einsatz kommen wird.

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie noch darüber informieren, dass die Sächsische Landesärztekammer nicht nur berufs- und gesundheitspolitische Aufgaben sondern auch soziale Funktionen wahrnimmt. Dies zeigt sich zum Beispiel an unserer Unterstützung für vier durch das diesjährige Hochwasser geschädigte Ärzte. Aus dem Fonds „Sächsische Ärztehilfe“ konnten wir diesen Kollegen eine finanzielle Unterstützung in Form eines zinslosen Darlehens zuteil werden lassen,

um Schäden an Praxisräumen, Einrichtung oder Patientenunterlagen beseitigen zu können. Weitere Beispiele sind die bundesweit einmalige Betreuung von Ärzten im Ruhestand durch den Seniorenausschuss und die Kreisärztekammern sowie die Berufung einer Beauftragten der Sächsischen Landesärztekammer für Ärztinnen. Frau Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer aus Lößnitz hat diese Aufgabe übernommen und ist damit die erste Ansprechpartnerin zu den Themen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Gestaltung von Rahmen- und Arbeitsbedingungen für die Tätigkeit von Ärztinnen in den verschiedenen ärztlichen Berufsfeldern sowie der Wiedergewinnung von Ärztinnen für den Arztberuf die berufsfremd oder gar nicht tätig sind. Ich wünsche Frau Tuchscherer viel Erfolg in dieser nicht immer einfachen Position und danke ihr für ihre Bereitschaft.

Es ist mir an dieser Stelle wichtig zu sagen, dass es nicht selbstverständlich ist, wenn sich Ärzte ehrenamtlich für ihre Standesvertretung engagieren und sehr viel Freizeit investieren. Die regelmäßigen Sitzungen der Ausschüsse und weiterer ehrenamtlicher Gremien zu aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themenkomplexen sind nicht mit „links“ zu absolvieren. Und das Arbeitspensum steigt stetig. So wird sich die Sächsische Landesärztekammer zum Beispiel ab 2011 am bundesweiten Projekt zur Evaluation der Weiterbildung beteiligen. Um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen, ist die Information und die Mitwirkung Aller erforderlich, was mit einem entsprechenden organisatorischen und personellen Aufwand verbunden ist. Auch für die erste Fortbildungs-Nachweispflicht der Krankenhausärzte, die Frist läuft am 31. Dezember 2010 ab, müssen wir personell gut aufgestellt sein. Für die neuen Qualifizierungskurse der Medizinischen Fachangestellten, die sich reger Nachfrage erfreuen, sind ausreichend Kapazitäten vorzuhalten.

All dies bedarf der Vor- und Nachbereitung sowie fortwährenden Begleitung durch Ehrenamtler. Mein Dank geht an Sie alle, die sich für die sächsische Ärzteschaft einsetzen, Ehrenamtler wie auch Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer.

Als ein Beispiel für ein kompliziertes politisch-medizinethisches Thema kann die Debatte um die Präimplantationsdiagnostik (PID) dienen. Wir werden heute noch über eine Satzungsänderung zur künstlichen Befruchtung zu beschließen haben, die mittelbar damit zusammen hängt. Im übrigen erhielt der britische Forscher Robert Edwards in diesem Jahr den Medizin-Nobelpreis für die Entwicklung der In-Vitro-Fertilisation.

Er und sein bereits verstorbener Mitstreiter, der Gynäkologe Patrick Steptoe, brachten durch In-Vitro-Fertilisation am 28. Juli 1978 das erste Retortenbaby auf die Welt. PID wird seit Jahren im Ausland praktiziert, in Deutschland dagegen galt diese Diagnostik als verboten. Ein anderslautendes Urteil des Bundesgerichtshofs befand, dass ein Arzt, der eine Präimplantationsdiagnostik an pluripotenten Zellen im Zuge einer In-Vitro-Fertilisation vorgenommen hat, nicht gegen Wortlaut und Sinn des Embryonenschutzgesetzes verstoßen hat. Die unlogische Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und der PID ist durch das Urteil des Bundesgerichtshofs aufgehoben worden. Das Urteil schafft aus meiner Sicht Rechtssicherheit für Ärzte und betroffene Eltern. Allerdings muss die Koalition nun das Embryonenschutzgesetz "nachbessern" oder diese Problematik in einem modernen Fortpflanzungsmedizingesetz regeln. Aber ich möchte mit Blick auf die öffentlich geführte Diskussion der Politik drei Dinge anmerken:

1. PID kommt nur in sehr seltenen Fällen – wie etwa auch in Frankreich oder Dänemark – zur Anwendung, wenn es um den Ausschluss von schwersten genetisch identifizierbaren Krankheiten geht.
2. 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.
3. Ein PID-Verbot würde nur dazu führen, dass finanziell gut gestellte Paare die Untersuchung im Ausland vornehmen lassen.

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. Aber vielleicht sehen Sie das anders, meine Damen und Herren. Ich bin auf die fachliche Diskussion gespannt.

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen,
die Kammerversammlung wird in dieser Zusammensetzung so heute zum letzten Mal tagen. Im Juni 2011 findet nach der Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2011 bis 2015 die konstituierende Sitzung mit erfahrenen Kollegen und sicher auch neuen Ärztevertretern statt. Unter TOP 6 werde ich Ihnen noch ausführliche Informationen dazu geben. Doch schon jetzt möchten sich der Vorstand bei Ihnen für die vierjährige Zusammenarbeit, für Ihr Vertrauen und für die interessanten, kontroversen, aber immer sachlichen Diskussionen in dieser Runde bedanken.

Aus meiner Sicht war und 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 Raum versammelt ist. Diesen „Schatz“ gilt es zu erhalten und an nachfolgende Mandatsträger weiter zu geben. Sollten also einige von Ihnen trotz Kandidatur nicht wieder gewählt werden, so wäre ich sehr froh darüber, Sie in anderen Gremien der Kammer wieder begrüßen zu dürfen, damit Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen der Sächsischen Landesärztekammer weiterhin zur Verfügung stehen.

Vielen Dank.