



**ÄRZTEKAMMER
des
SAARLANDES**

- Abteilung Ärzte -

**Geschäftsbericht
2005**

Vertreterversammlung

Im Berichtszeitraum fanden 2 Sitzungen der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes statt (03. Mai und 06. Dezember 2006) sowie 3 Sitzungen der Gesamtvertreterversammlung (03. Mai, 08. November und 06. Dezember 2006).

In der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 03. Mai 2006 diskutierten die Delegierten über das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung und stellten fest, dass dieses Gesetz einen neuerlichen Versuch darstellt, mit einem politischen Machwerk ärztliche Therapiefreiheit zu zerstören. Wer für den Staat spart, soll wie ein Handelsvertreter mit Boni belohnt werden, wer die Medizin zur Grundlage seines ärztlichen Handelns macht, dem drohen Strafzahlungen. Eine solche Regelung muss dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte bei ihren Verordnungen dem Preis der Arzneimittel zumindest dieselbe Aufmerksamkeit zuwenden wie der Frage nach dem Nutzen für ihre Patientinnen und Patienten. Die jetzige Ärztegeneration wird dies mit Widerwillen und schlechtem Gewissen vollziehen müssen, was die Unzufriedenheit mit dem Beruf natürlich verstärken muss. Die nächsten Ärztejahrgänge werden es gar nicht mehr anders kennen. Folge wird weiterhin sein, dass der Patient misstrauisch wird. Denkt der Arzt an sein Problem, an seine Not, an das, was die Medizin nach dem Stand der Wissenschaft zur Abhilfe leisten kann, oder doch mehr an die mögliche Belastung des eigenen Geldbeutels? – So wird die Frage lauten. Einhellig haben deshalb die Delegierten das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung abgelehnt.

Weiterhin beschlossen die Delegierten eine Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte des Saarlandes; auf die

Veröffentlichung in Heft 9/2006, Seite 5 des Saarländischen Ärzteblatts wird verwiesen.

Schließlich diskutierten die Delegierten die wesentlichen Themen des 109. Deutschen Ärztetages, der vom 23. bis 26. Mai 2006 in Magdeburg stattfand.

Die Vertreterversammlung am 03. Mai 2006 verabschiedete in einer Resolution ein 10-Punkte-Programm, mit dem der Politik Wege für ein neues Gesundheitssystem aufgezeigt werden sollen. Der Wortlaut der Resolution wird nachstehend wiedergegeben:

- 1. Maßstab einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung muss künftig wieder die ärztliche Professionalität sein. Das politisch verfolgte Leitbild gesundheitsökonomischer und administrativer Reglementierung des Arztberufes muss aufgegeben werden. Dies bedeutet vor allem den Verzicht auf rationierende Behandlungsleitlinien sowie auf weitere „Vernormung“ ärztlicher Tätigkeit.*

- 2. Ärzte brauchen wieder Anerkennung und Vertrauen von der Politik, die ihrem Engagement und ihrer Arbeit entsprechen, so wie sie ihnen von den Patienten entgegengebracht werden. Enorme Arbeitsüberlastung, geringe Aufstiegschancen, mangelnde Anerkennung in der Politik, Unvereinbarkeit von Familie und Beruf sowie vor allem eine überbordende Bürokratie und eine unzureichende Bezahlung sind die Gründe, warum zunehmend mehr junge Ärzte nicht an der Patientenversorgung teilnehmen, ins Ausland gehen und ältere Ärzte frühzeitig ihren Beruf aufgeben. Die Überforderung und Demotivation der Ärzte müssen ein Ende haben. Sie geht*

zu Lasten der Patientenversorgung und ist mitursächlich für den Verlust an Berufszufriedenheit.

- 3. Die vielfältigen gesetzlichen Einflüsse, die zu einer schleichenden Rationierung in der Patientenversorgung geführt haben, müssen offen gelegt werden. Intransparenz in der Leistungsgewährung zerstört nachhaltig das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Behandlung und bringt so den Arzt in einen grundlegenden berufsethischen Konflikt. Rationierung aber ist eine politische Entscheidung, welche der Gesetzgeber und die Gesellschaft zu verantworten haben. Die Rationierungsproblematik darf nicht auf dem Rücken der Ärzte ausgetragen werden.*

- 4. Der alleinige Lohnbezug als Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu schmal und deswegen überholt. Es ist eine politische Entscheidung, wer welche Leistungen in welchem Umfang solidarisch finanziert erhält. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren fachlichen Rat zur Verfügung zu stellen. Unabhängig welches Konzept letztendlich realisiert wird, ist für die Ärzteschaft allein maßgeblich, dass das Krankenversicherungssystem eine gute individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht. Dies schließt eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte nicht aus. Die Ärzteschaft hält eine leistungsfähige private Krankenversicherung für unverzichtbar.*

- 5. Das Erfolgsmodell „ärztliche Selbstverwaltung“ muss für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung gestärkt werden. Allein die ärztliche Selbstverwaltung kann durch praxistaugliche Qualitätsnormen die Ver-*

sorgungsstrukturen im Interesse der Patienten aufrechterhalten und weiterentwickeln.

- 6. Die Forderung nach mehr Wettbewerb kann sich nur auf Qualität beziehen. Wettbewerb um kostengünstige Versorgungsbeziehungen im so genannten Einkaufsmodell hingegen stellt weder dauerhafte noch flächendeckende Versorgungsstrukturen her. Eine Vielzahl unterschiedlicher Vertragsbeziehungen schafft noch kein durch Qualität geprägtes Versorgungssystem. Deshalb bedarf es nicht einer markt-, sondern einer patientenorientierten Strukturpolitik, die durch die Aufrechterhaltung bewährter kollektiver Steuerungskonzepte – unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung – eine verlässliche und bedarfsgerechte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung auch in ländlichen Gebieten gewährleistet. Eine flächendeckende Versorgung muss weiterhin durch niedergelassene Haus- und Fachärzte – auch in geeigneten freiberuflichen Kooperationsformen – gewährleistet werden.*

- 7. Gesetzgebung in medizin-ethischen Bereichen ist nur dann zu verantworten, wenn sie unter Beachtung ärztlicher Folgenabschätzung für Würde und Selbstbestimmungsrecht des Patienten einerseits sowie der ethischen Selbstverpflichtung des ärztlichen Berufs andererseits erfolgt. Für die Unterscheidung des medizinisch Möglichen vom ethisch Vertretbaren ist die Ärzteschaft ein verantwortungsvoller Ratgeber.*

- 8. In unserem Gesundheitswesen arbeiten über 4,2 Millionen Menschen, deren Professionalität und Qualität auch bei ausländischen Patienten hoch anerkannt ist. Mit seinem umfangreichen Leistungsangebot auch außerhalb der Krankenversicherung sowie seinen vielfäl-*

tigen Innovationen im pharmazeutisch und medizintechnischen Bereich ist der Gesundheitssektor auch ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor und schafft auch in Zukunft sichere „globalisierungsfeste“ Arbeitsplätze. Es ist Aufgabe der künftigen Politik, eine solche Dynamik durch Beseitigung der dirigistischen und bürokratischen Hemmnisse zu fördern.

9. Die ärztliche Berufsausübung bedarf Rechtssicherheit, auch im Gebührenrecht. Die Ärzteschaft fordert klare und eindeutige Regelungen mit strikter medizinischer Orientierung. Sie muss Grundlage für eine neue Gebührenordnung sein, die den modernen Stand der Medizin berücksichtigt. Die seit 27 Jahren geltende Gebührenordnung führt derzeit zu Fehlinterpretationen, fehlerhaften Abrechnungen, Rechtsstreiten und unberechtigten Vorwürfen gegen die Ärzteschaft. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Einführung einer Behandlungspflicht zu abgesenkten Gebührensätzen für privat versicherte Personengruppen wird strikt abgelehnt.

10. Bei allen Bestrebungen zur weiteren Einigung Europas und der Bedeutung des Beitrages, den europäische Gesundheitspolitik hierzu leisten kann, erwartet die Ärzteschaft von der Politik in Deutschland, dass sie sich mit Nachdruck einer Absenkung der Qualität ärztlicher Versorgung in Deutschland durch eine Harmonisierung auf Mindestniveau widersetzt.

In der Sitzung der Vertreterversammlung am 08. November 2006 diskutierten die Delegierten eingehend den Referententwurf für ein Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV. In der Bewertung des Gesetzentwurfes waren sich die Delegierten einig, dass die Große Koalition im Begriff ist, die

leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnete sich in der Vergangenheit durch seine staatsferne Organisation aus. Es wird durch demokratisch gewählte Vertreter von Versicherten, Arbeitgebern und Leistungserbringern unter Nutzung ihres Fachwissens in Selbstverwaltung gesteuert. Damit werden Interessenskonflikte transparent ausgetragen, und es findet ein Ausgleich der Interessen statt. Diese Strukturen, die sich in der Vergangenheit bewährt haben, werden durch den Gesetzentwurf zerstört. Die Selbstverwaltung wird ihrer Kompetenzen weitgehend beraubt. So sollen künftig nicht mehr die unmittelbar beteiligten Partner die Vorgaben zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung konkretisieren, sondern hauptamtliche Funktionäre. Diese Aufgabe soll der gemeinsame Bundesausschuss als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde übernehmen. Er wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Damit ist der Weg vorgezeichnet in einen nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und Fortbildung, bislang originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung, sollen nunmehr nach Wirtschaftlichkeitserwägungen und administrativen Vorgaben reguliert werden. Dies steht aber im Gegensatz zu den Heilberufsgesetzen der Länder und ist daher rechtlich ausgesprochen problematisch.

Die Finanzautonomie der Krankenkassen soll beseitigt werden: durch Rechtsverordnung der Bundesregierung werden künftig Einheitsbeiträge für alle Krankenkassen festgesetzt; sie werden

über einen Gesundheitsfond verteilt, über dessen Finanzausstattung mit dem Recht der Beitragsfestsetzung und zusätzlicher Steuerzahlungen der Staat entscheidet. Ob künftig die Mittel zur Finanzierung der am Patientenbedarf orientierten medizinischen Versorgung ausreichen, kann damit niemand voraussagen. Zusatz-beiträge, denen allerdings Grenzen gesetzt sind, sollen Krankenkassen in die Lage versetzen, bei unzureichender Finanzausstattung weitere Finanzmittel zu schöpfen. Auch dies dürfte eine kaum ausreichende Finanzierungsgrundlage für den wachsenden Leistungsbedarf des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sein, zumal neue Leistungen zusätzlich eingeführt werden sollen.

Krankenkassen sollen bei unzureichender Finanzausstattung ihre Rettung in Fusionen oder Insolvenzen suchen. Sie werden aufgefordert, mit Leistungserbringern Sonderverträge zu schließen, denen die Zielsetzung zugrunde liegt, Ausgaben einzusparen, was wiederum darauf hinausläuft, Leistungserbringern angemessene Vergütungen vorzuenthalten. Kassenfusionen werden mittelfristig nicht ausbleiben und zu einigen Großkassen in der Bundesrepublik Deutschland führen, welche als Monopolisten die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Leistungserbringer diktieren.

Über Wahltarife und selektive Verträge werden unterschiedliche Sektoren der Patientenversorgung entstehen. Der vermeintliche Fortschritt, den dieses Wettbewerbsmodell bringen soll, wird nicht eintreten - im Gegenteil: eine flächendeckende Versorgung, heute Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens, wird nach diesem Gesetz nicht mehr möglich sein. Das bisherige System ambulanter Versorgung wird zerschlagen, und die bestehende chronische Unterfinanzierung von mehr als 30 % weiter verschärft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden weitgehend vom Vertragswettbewerb ausgeschlossen,

sie werden reduziert auf die Abwicklung der kollektivvertraglichen Regelversorgung und Mangelverwaltung, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Steuerungsfunktionen gehen zunehmend auf die Krankenkassen über. Wie vor 50 Jahren werden die Patienten sich dann vor einer Behandlung erkundigen müssen, ob der Arzt ihres Vertrauens einen Vertrag mit der Krankenkasse hat, der sie angehört. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entmachtet werden, weil sie angeblich ausschließlich als Interessensvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte agieren. In Wirklichkeit aber wird durch die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen vor allem die flächendeckende Versorgung der Patienten zerstört.

Die vorstehende Bewertung des Gesetzentwurfs durch die Delegierten erfolgte einmütig wie auch die Feststellung, dass nunmehr jede Gelegenheit genutzt werden muss, die Patientinnen und Patienten, aber auch die Entscheidungsträger – insbesondere die Politiker – davon zu überzeugen, dass diese Reform ein Irrweg ist. Die Delegierten haben eine Resolution verabschiedet, die nachstehend im Wortlaut wiedergegeben wird:

*Ärzeschaft fordert Stopp der Gesundheitsreform
und Einrichtung eines Gesundheitsrats*

Die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes hat sich einstimmig gegen die von der Großen Koalition vorgelegte Gesundheitsreform ausgesprochen. Mit dieser Reform wird der Weg vorgezeichnet in einen nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. Die Große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren.

Aus einem ehemals freiheitlichen und leistungsfähigen Gesundheitswesen soll jetzt ein System entwickelt werden, bei dem der Einfluss des Staates massiv ausgeweitet wird. Nach dem vorgelegten Gesetzentwurf steht außer Zweifel:

- Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben ungelöst.*
- Die Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird fortgeschrieben.*
- Die Krankenhäuser sollen durch zusätzliche finanzielle Lasten in den Ruin und in die Wartelistenmedizin getrieben werden.*
- Der gemeinsame Bundesausschuss wird zur Rationierungsbehörde des Bundesgesundheitsministeriums ausgebaut und unter Kuratel gestellt.*
- Der zentralistische Umbau des Gesundheitswesens wird durch die Einführung eines völlig überflüssigen bürokratischen Gesundheitsfonds zementiert.*
- Die Ärzte werden ohne jeden Schutz durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Einzelverträge getrieben.*
- Das Zukunftsmodell der auf Kapitaldeckung basierenden privaten Krankenversicherung wird demontiert. Eine sichere finanzielle Säule der ärztlichen Praxen geht verloren.*

Die Folgen der vorgelegten Gesundheitsreform wären Zuteilungsmedizin, Wartezeit, Versorgungsengpässe und Qualitätseinbrüche. Dies ist gegenüber den Patienten nicht zu verantworten. Zudem würde ein Wirtschaftszweig von überragender volkswirtschaftlicher Bedeutung getroffen und die innovativen wachstumsorientierten Kräfte des Gesundheitswesens nachhaltig geschwächt. Arbeitsplätze gehen verloren. Das darf nicht passieren!

Die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes fordert die Einrichtung eines Bundesgesundheitsrats, der im

vorpolitischen Raum sachgerecht und transparent politische Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereitet. In einem solchen Gremium könnten Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizingesundheitswissenschaftlichen sowie sozialen Kriterien entwickelt und dann mit allen betroffenen Gruppen öffentlich diskutiert werden. Die Ärzteschaft ist zur konstruktiven Mitarbeit bereit.

Weiterhin befassten sich die Delegierten mit Fragen im Zusammenhang mit der Raumsituation im Haus der Ärzte sowie Überlegungen seitens des Versorgungswerks der Kammer, für die ärztlichen Organisationen ein neues Verwaltungsgebäude zu errichten. Darüber hinaus beschlossen die Delegierten eine Änderung der Satzung der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht. Bislang bezog sich der Zuständigkeitsbereich der Kommission auf die Begutachtung behaupteter Behandlungsfehler von ärztlichen Mitgliedern der Kammer. Künftig wird der Zuständigkeitsbereich auch auf zahnärztliche Mitglieder ausgedehnt, und zwar auf die Fälle, in denen in Folge fehlerhaften zahnärztlichen Handelns ein über das zahnärztliche Fachgebiet hinausgehender Gesundheitsschaden entstanden sein soll. Wenn künftig ein Zahnarzt am Verfahren beteiligt ist, wird die Gutachterkommission um ein zahnärztliches Mitglied erweitert. Auf die Veröffentlichung der Satzungsänderung in Heft 8/2007, Seite 19 des Saarländischen Ärzteblatts wird hingewiesen.

Schließlich genehmigten die Delegierten den Beschluss der zahnärztlichen Delegierten der Vertreterversammlung vom 12. Juli 2006 betreffend die Weiterbildungsordnung für die Zahnärzte des Saarlandes.

In der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 06. Dezember 2006 diskutierten die Delegierten erneut

den Inhalt des im Entwurf vorliegenden GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und stellten fest, dass weiterhin Überzeugungsarbeit geleistet werden müsse, um noch Verbesserungen zu erreichen. San.-Rat Dr. Gadomski berichtete, dass am 17. November 2006 für nahezu 2 Stunden Gelegenheit bestand, sehr eingehend mit den Gesundheitsministern der Bundesrepublik Deutschland zu diskutieren, die zur 83. Arbeits- und Sozialministerkonferenz ins Saarland gekommen waren. Wörtlich formulierte San.-Rat Dr. Gadomski:

„Von unserer Seite aus haben Vertreter der Bundesärztekammer, an der Spitze der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Professor Hoppe, Herr Kollege Weis für die Zahnärzte und ich teilgenommen. In sehr angenehmer Atmosphäre konnten wir unsere Argumente zu den wesentlichen Punkten der Gesundheitsreform vortragen und ich meine, es war uns gelungen, Nachdenklichkeit bei den Politikern hervorzurufen; insbesondere wurden sie hellhörig, als wir die Punkte vorgetragen haben, in denen der Bund in die Länderkompetenzen eingreift. Hier darf ich beispielsweise die vorgesehene Regelung in § 137 Abs. 3 SGB V ansprechen, wonach der gemeinsame Bundesausschuss Beschlüsse über Inhalt und Umfang der Fortbildungspflichten der Fachärzte in Krankenhäusern fassen soll. Hier überschreitet der Gesetzgeber ganz klar die Grenzen der Sozialversicherungskompetenz. Inhalte der Fortbildung der Krankenhausärzte sind ausschließlich Gegenstand der Regelungskompetenz des Berufsrechts, also der Landesärztekammern.

Ein weiterer Punkt, den wir angesprochen haben und der - so meine ich - doch Nachdenklichkeit hervorrief, war unsere Kritik an der Einführung des Basistarifs. Wir konnten deutlich machen, dass die Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit für die niedergelassenen Vertragsärzte unverzichtbar sind. Sie glei-

chen die chronische Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit etwa 30 Prozent beziffert, aus. Viele Praxen leben derzeit von der Substanz, sie können notwendige Investitionen nur erwirtschaften mit den Einnahmen aus der Privatbehandlung. Würden bei dieser Situation nun auch noch die Preise für den überwiegenden Teil der privatärztlichen Leistungen heruntergefahren, wie dies durch die gesetzlichen Weichenstellungen zur Zerstörung der GKV geschieht, würde eine existentielle Gefährdung vieler Arztpraxen, vor allem hochinvestiver Facharztpraxen, die Folge sein. Die bestehende Tendenz zur weiteren Ausdünnung der bisherigen wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung würde dramatisch verschärft, Wartelisten in einem nie gekannten Ausmaß wären die unvermeidbare Folge.

Dies haben wir mit aller Deutlichkeit vorgetragen - und ich meine - Herr Kollege Weis wird mir da sicherlich zustimmen, es blieb nicht ohne Wirkung. Beleg hierfür ist die Tatsache, dass die Bitte an uns herangetragen wurde, unsere Kritikpunkte nochmals in Form von konkreten Abänderungsanträgen zu den einzelnen Vorschriften des Gesetzentwurfs zu formulieren, damit in den weiteren Beratungen des Bundesrats eine Grundlage für die zu treffenden Entscheidungen vorhanden ist. Dieses Angebot haben wir natürlich hocheifrig aufgegriffen; mit hohem Arbeitseinsatz wurden diese Papiere in Berlin über das Wochenende des 18./19. November erarbeitet und Herrn Minister Hecken zugeleitet.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, mit diesem Beispiel wollte ich belegen, dass wir auf allen Ebenen versuchen, das Schlimmste abzuwenden.“

Den Geschäftsbericht der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Ärzte – für das Jahr 2005 nahmen die Delegierten entgegen und stellten die Jahresrechnung der Abteilung Ärzte für

das Jahr 2005 einstimmig in der vom Vorstand vorgelegten und vom Finanzausschuss geprüften Fassung in den Gesamteinnahmen auf 2.268.468,68 Euro und in den Gesamtausgaben auf 2.266.221,30 Euro fest. Der Überschuss in Höhe von 2.247,38 Euro wurde der Betriebsmittelrücklage zugeführt. Den Mitgliedern des Vorstands wurde für das Geschäftsjahr 2005 einstimmig Entlastung erteilt. Der Haushaltsplan der Abteilung Ärzte für das Jahr 2007 wurde in Aufwendungen und Erträgen mit insgesamt 2.334.347,00 Euro aufgestellt.

Die Beitragstabelle für das Geschäftsjahr 2007 wurde wie folgt beschlossen:

Beitragstabelle der Abteilung Ärzte für 2006

Gruppe I

Niedergelassene Ärzte, Leitende Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit Liquidationsrecht sowie diesen gleichgestellte Ärzte (einschließlich Ärzte der Beitragsgruppe II mit Liquidationsrecht **€ 575,00**

Gruppe II

- a) Angestellte und beamtete Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit den Bezügen nach BAT I oder den Bezügen nach Besoldungsgruppe A 16 und C 3 aufwärts sowie Ärzte, die Bezüge in vergleichbarer Höhe erhalten, sofern sie nicht in Gruppe I einzustufen sind **€ 310,00**
- b) Angestellte und beamtete Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit den Bezügen nach BAT I a oder den Bezügen nach Besoldungsgruppe A 15 und C 2 sowie Ärzte, die Bezüge in vergleichbarer Höhe erhalten, sofern sie nicht in eine der vorherigen Gruppen einzustufen sind **€ 265,00**
- c) Angestellte und beamtete Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit den Bezügen nach BAT I b und II a/II b oder den Bezügen nach Besoldungsgruppe A 13/A 14 und C 1 sowie Ärzte, die Bezüge in vergleichbarer Höhe erhalten, sofern sie nicht in eine der vorherigen Gruppen einzustufen sind **€ 180,00**

Gruppe III

Wehr- und zivildienstpflichtige Ärzte € 55,00

Gruppe IV

- entfällt -

Gruppe V

Ärzte im Ruhestand € 80,00

Gruppe VI

Berufsfremd tätige Ärzte, freiwillige Mitglieder und Ärzte, die nicht mittelbar oder unmittelbar an der Krankenbehandlung beteiligt sind € 80,00

Gruppe VII

Hospitanten und arbeitslose Ärzte **beitragsfrei**

Als Delegierte für den Deutschen Ärztetag 2007 wurden gewählt:

Martin Erbe, Saarlouis

Prof. Dr. Karl-Heinz Grottemeyer, Saarbrücken

Eva Groterath, Saarbrücken

Rüdiger Guß, Merzig

Dr. Wolfgang Schneider, Saarlouis.

Der Rechenschaftsbericht der Gemeinschaftshilfe für das Jahr 2005 wurde entgegengenommen, der Spendenbeitrag in Höhe von bislang 18,00 Euro pro Sterbefall auch für das Geschäftsjahr 2007 festgesetzt.

Schließlich beschlossen die Delegierten eine Novellierung der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten, die nach Änderung der Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erforderlich wurde.

Neben der Änderung der Berufsbezeichnung von „Arzthelfer/Arzthelferin“ in „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ wird das Berufsbild in seiner Akzentuierung und inhaltlichen Ausgestaltung deutlich modernisiert. Zum Beispiel werden künftig Kenntnissen und Fähigkeiten in den Bereichen Kommunikation sowie Patientenorientierung, Gesundheitsförderung und Prävention ein deutlich höherer Stellenwert zugewiesen.

Die bisherigen Berufsbildpositionen „Organisieren der Praxisabläufe“ sowie „Durchführen des Abrechnungswesens und von Verwaltungsarbeiten“ sind in die Lernbereiche „Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement“ sowie „Verwaltung und Abrechnung“ umgewandelt worden. Das Thema Qualitätsmanagement wurde völlig neu aufgenommen; dies ermöglicht eine frühzeitige Einbindung von Mitarbeitern in diesen Bereich, der seit Januar 2004 durch das Gesundheitsreformgesetz auch für den ambulanten Bereich verpflichtend vorgeschrieben ist. Das Thema Zeitmanagement – von der Terminplanung über das Selbstmanagement bis hin zu den Rahmenbedingungen und Erfordernissen einer zeitgemäßen Teamarbeit – setzt ebenfalls moderne Akzente, durchaus auch unter Marketingaspekten. Dass Informationen und Dokumentation einschließlich Datenschutz zu einem expliziten Lerninhalt geworden sind, spricht ebenfalls für eine sachgerechte adäquate Abbildung dieses zunehmend wichtigen Aufgabenfeldes in den Arztpraxen und anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

Der dritte Schwerpunkt des Berufsbildes ist und bleibt die Durchführung von Maßnahmen der Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes. Diese neue Formulierung macht deutlich, dass sich der Medizinische Fachangestellte/die Medizinische Fachangestellte weiterhin im Rahmen der bisher zulässigen Delegationsmöglichkeiten bewegt. Die Lern-

inhalte sind einerseits differenzierter als bisher beschrieben (zum Beispiel was den Umgang mit Infektionskrankheiten oder mit Arzneimitteln betrifft); andererseits sind die früher auf einzelne Berufsbildpositionen verteilten Inhalte jetzt stärker in einem umfassenden Lernbereich integriert. Aufgewertet werden die Bereiche Prävention und Rehabilitation mit einer Betonung der Motivations- und Informationsaufgaben von Medizinischen Fachangestellten. Auch das Handeln bei Not- und Zwischenfällen bekommt einen deutlicheren Akzent im neuen Berufsbild.

Die Prüfungs- und Bestehensregelungen haben ebenfalls eine Neustrukturierung erfahren. Der praktische Prüfungsteil ist in der neuen Ausbildungsverordnung stärker gewichtet. Während die „praktischen Übungen“ bislang nur zu einem Sechstel in die Leistungsbeurteilung einfließen, wird künftig der praktische Prüfungsteil bei der Gesamtleistungsbewertung mit 50 Prozent in die Gesamtleistungsbewertung einfließen. Damit wird einer langjährigen Forderung nach Aufwertung der mündlich-praktischen Prüfung Rechnung getragen. Während der mündlich-praktischen Prüfung ist in einem höchstens 75-minütigen Zeitraum einschließlich eines 15-minütigen Fachgesprächs eine komplexe Prüfungsaufgabe zu lösen. Dabei soll die Auszubildende komplexe praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren. In der schriftlichen Prüfung sind in den Prüfungsbereichen Behandlungsassistentenz, Betriebsorganisation und –verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde praxisbezogene integrative Aufgaben aus allen wesentlichen Lerngebieten des Ausbildungsrahmenplans zu lösen. Die Prüfungsbereiche Behandlungsassistentenz sowie Betriebsorganisation und –verwaltung sind dabei gegenüber dem Prüfungsbereich Wirtschaft und Sozialkunde doppelt gewichtet. Die Bestehensregelung wurde deutlich angehoben. Innerhalb des schriftlichen Prüfungsteils darf nur einer der drei Prüfungsbereiche mit „mangelhaft“ bewertet sein. Sowohl der

praktische wie der schriftliche Teil der Prüfung müssen mit „ausreichend“ bestanden werden.

Die aufsichtsbehördliche Genehmigung der neuen Prüfungsordnung lag bis zum Ende des Berichtszeitraumes noch nicht vor.

Der von den ärztlichen Mitgliedern der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 06. Dezember 2006 aufgestellte Haushaltsplan der Abteilung Ärzte für das Jahr 2007 wurde in der Sitzung der Vertreterversammlung am gleichen Tag festgestellt. Ebenfalls festgestellt wurde der Haushaltsplan der Abteilung Zahnärzte für das Jahr 2007. Der Rechenschaftsbericht des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerks für das Geschäftsjahr 2005 wurde zustimmend entgegengenommen und die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2005 in der vom Verwaltungsausschuss vorgelegten Fassung festgestellt. Den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses wurde für das Geschäftsjahr 2005 bei Stimmenthaltung der anwesenden Mitglieder des Verwaltungsausschusses einstimmig Entlastung erteilt.

Der Haushaltsplan der Abteilung Versorgungswerk für das Jahr 2007 wurde in Aufwendungen und Erträgen mit 75,4 Millionen Euro festgestellt.

Die Satzung des Versorgungswerks wurde in § 21 Abs. 3 wie folgt geändert:

Bei der Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit gilt die ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit als eingestellt, wenn die Praxis durch einen Vertreter oder einen Assistenten weitergeführt wird.

Die Neuregelung stellt klar, dass bei der Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit die Praxis durch einen Vertreter oder Assistenten weitergeführt werden kann.

Beitragstabelle 2006

Gruppe I

Niedergelassene Ärzte, Leitende Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit Liquidationsrecht sowie diesen gleichgestellte Ärzte (einschließlich Ärzte der Beitragsgruppe II mit Liquidationsrecht) € 575,00

Gruppe II

- d) Angestellte und beamtete Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit den Bezügen nach BAT I oder den Bezügen nach Besoldungsgruppe A 16 und C 3 aufwärts sowie Ärzte, die Bezüge in vergleichbarer Höhe erhalten, sofern sie nicht in Gruppe I einzustufen sind € 310,00
- e) Angestellte und beamtete Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit den Bezügen nach BAT I a oder den Bezügen nach Besoldungsgruppe A 15 und C 2 sowie Ärzte, die Bezüge in vergleichbarer Höhe erhalten, sofern sie nicht in eine der vorherigen Gruppen einzustufen sind € 265,00
- f) Angestellte und beamtete Ärzte an Krankenhäusern, Instituten, Gesundheitsämtern und in Betrieben mit den Bezügen nach BAT I b und II a/II b oder den Bezügen nach Besoldungsgruppe A 13/A 14 und C 1 sowie Ärzte, die Bezüge in vergleichbarer Höhe erhalten, sofern sie nicht in eine der vorherigen Gruppen einzustufen sind € 180,00

Gruppe III

Wehr- und zivildienstpflichtige Ärzte € 55,00

Gruppe IV

- entfällt -

Gruppe V

Ärzte im Ruhestand € 80,00

Gruppe VI

Berufsfremd tätige Ärzte, freiwillige Mitglieder und Ärzte, die nicht mittelbar oder unmittelbar an der Krankenbehandlung beteiligt sind € 80,00

Gruppe VII

Hospitanten und arbeitslose Ärzte beitragsfrei

Vorstand

Im Berichtszeitraum fanden jeweils 9 Sitzungen des Kammervorstands und des Abteilungsvorstands Ärzte der Ärztekammer

des Saarlandes statt. Neben der Beratung der unterschiedlichsten Themenbereiche aus dem Aufgabenkatalog der Ärztekammer diskutierten die Vorstandsmitglieder Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik, der ärztlichen Versorgung an der Saar, der ärztlichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung, der Prävention und Rehabilitation, der Arzneimittelversorgung sowie der ärztlichen Berufsausübung.

Die Ressortverteilung im Abteilungsvorstand Ärzte stellt sich wie folgt dar:

Ressortverteilung				
Amtsperiode 2004 - 2009				
Präsident	1.Vize-Präsident	1. ärztl. Beisitzer	2. ärztl. Beisitzer	3. ärztl. Beisitzer
SR Dr. Gadowski	Dr. Roth	Dr. Rolshoven	Dr. Ullmann	Dr. Adolph
Grundsatzfragen	Krankenhauswesen	ambul. ärztliche Versorgung	Rettungsdienst	Notfalldienst
Öffentlichkeitsarbeit	ärztliche Aus- und Weiterbild.	Gebührenordnung	Katastrophen- und Zivilschutz	Arzthelferinnen- Ausbildung
			Berufsordnung	Fortbildung
			Qualitätssicherung	Qualitätssicherung
				med. Forschung

Arztzahlenentwicklung

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Saarland betrug am 31.12.2005 5.305. Sie erhöhte sich gegenüber dem 31.12.2004 um 44 (0,83 %). Die Zahl der berufstätigen Ärzte stieg im gleichen Zeitraum von 4.166 auf 4.168 (0,05 %). Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg von 1.604 auf 1.609 (0,31 %), die der Krankenhausärzte stieg von 2.189 auf 2.194 (0,23 %). Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit stieg von 1.021 auf 1.095 (7,24 %).

Weiterhin gehören der Kammer 198 freiwillige Mitglieder an, die als Pflichtmitglieder in anderen Kammern in der Bundesrepublik Deutschland gemeldet sind. Die Gesamtzahl der Mitglieder der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Ärzte – zum 31.12.2004 betrug demnach 5.496 (31.12.2004: 5.439).

Weitere statistische Einzelheiten können den **Anlagen 1** und **2** entnommen werden. Gegenüber 1970 ist die Zahl aller Ärztin-

nen und Ärzte (2.028) um 3.277 gestiegen; dies bedeutet eine Zunahme von 161,6 %. Die Zahl der berufstätigen Ärzte stieg von 1.778 auf 4.168 (134,4 %). Die Zahl der Ärztinnen/Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit stieg von 250 auf 1.137 (354,8 %).

Über das Verhältnis Einwohner/berufstätiger Arzt gibt **Anlage 3** Aufschluss.

Weiterbildung

Nachdem die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes am 15. Dezember die vom 106. Deutschen Ärztetag im Mai 2003 in Köln verabschiedete Musterweiterbildungsordnung umgesetzt hatte, wurde diese im Februar 2005 durch den zuständigen Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales genehmigt. Mit Veröffentlichung im Saarländischen Ärzteblatt trat die Weiterbildungsordnung zum 02. April 2005 in Kraft.

Aufgrund der Entwicklung in der Medizin in Wissenschaft und Praxis sowie der Forderung der SGB V (hausärztliche und fachärztliche Versorgung) war die Novelle der Weiterbildungsordnung dringend notwendig geworden. Die bisherigen Bestimmungen stammten aus dem Jahre 1992. Der Deutsche Ärztetag beauftragte daher im Jahre 1999 die Weiterbildungsgruppen der Bundesärztekammer, eine neue Muster-Weiterbildungsordnung zu erstellen. Sie sollte erfolgen im Sinne der Deregulierung (Regelumfang optimieren), Praktikabilität (Machbarkeit hauptberuflich, berufsbegleitend), mehr Transparenz für Arzt und Patient (Ankündigung der Arztbezeichnung), mehr Qualitätssicherung (Prüfung in allen Weiterbildungsbezeichnungen), der Flexibilität (Nachqualifizierung) und im Sinne der Ehrlichkeit, zum Beispiel durch Forderung nach detaillierten Zeugnissen.

Was ist neu an der Weiterbildungsordnung?

In der Tat ist eines der wesentlichsten Änderungsmerkmale der neuen Weiterbildungsordnung die Deregulierung. Die neue Ordnung umfasst nur 104 anstatt wie bisher 156 verschiedene Qualifikationen. Die „Fakultative Weiterbildung“ entfällt in Zukunft ebenso wie die „Fachkunden“. Die Inhalte dieser Weiterbildungsqualifikationen wurden entweder in eine Schwerpunktbezeichnung oder in eine Zusatzweiterbildung umgewandelt oder aber in die Facharztqualifikation überführt.

Die Weiterbildungsordnung gliedert sich in 4 Teile:

- **Abschnitt A**

enthält den Paragrafenteil und alle grundsätzlichen recht-

lichen Bestimmungen.

- **Abschnitt B**

stellt das Kapitel für die Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen dar.

- **Abschnitt C**

weist die Zusatzweiterbildung aus.

- **Abschnitt D**

regelt wie bisher, welche Facharztbezeichnungen miteinander geführt werden können.

Abschnitt A

- Die Weiterbildung erfolgt in angemessener, vergüteter hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an der zugelassenen Weiterbildungsstätte unter Anleitung „besonders befugter Ärzte“. In einem allgemeinen Teil, welcher den eigentlichen Paragraphen vorangestellt ist, wird konkretisiert, dass eine hauptberufliche Weiterbildung auch entsprechend vergütet werden muss.
- Eine Weiterbildung in Teilzeit ist anzurechnen, wenn sie mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beträgt. Eine Genehmigung der Teilzeit vor Antritt der Stelle ist zukünftig nicht erforderlich (§ 4 Abs. 6).
- Alle Qualifikationen nach der Weiterbildungsordnung, also auch Zusatzbezeichnungen, erfordern eine abschließende mündliche Prüfung und sind nach Erwerb führbar (§ 2).
- Die Weiterbildungsbefugnis wird wie bisher auf Antrag in einem bestimmten Umfang erteilt, wenn die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen gegeben sind. Zukünftig ist auch eine Verbundweiterbildung zwischen verschiedenen Abteilungen unterschiedlicher Krankenhäuser möglich. Bei der Verbundweiterbildung sind grundsätzlich die Unterschriften aller am Verbund beteiligten Ärzte auf dem Abschlusszeugnis erforderlich.
- Dem Antrag auf Weiterbildungsbefugnis ist ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung zum Facharzt, Schwerpunkt oder zur Zusatzweiterbildung beigefügt.

Dieses gegliederte Programm muss der Weiterbildungsbefugte an den unter seiner Verantwortung Weiterzubildenden aushändigen (§ 5).

- Der Arzt in Weiterbildung hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte zu dokumentieren.
- Der Weiterbildungsbefugte führt mit seinen Ärzten in Weiterbildung nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes, mindestens jedoch einmal jährlich, ein Gespräch, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden Seiten beurteilt wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt. Der Inhalt des Gesprächs ist zu dokumentieren und dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen (§ 8).

An dem bisherigen Anerkennungsverfahren, an der Zulassung zur mündlichen Prüfung und der Durchführung der Prüfung sowie was die Anerkennung einer Weiterbildung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und außerhalb der Europäischen Union anbelangt, haben sich keine Veränderungen gegenüber den bisher geltenden Bestimmungen ergeben.

Übergangsbestimmungen:

Wie bisher erhält auch die neue Weiterbildungsordnung für alle neu in die Weiterbildungsordnung aufgenommenen Qualifikationen entsprechende Übergangsbestimmungen. Es gibt allgemeine Übergangsbestimmungen und spezielle Übergangsbestimmungen. Spezielle Übergangsbestimmungen kommen in der Regel dann zur Anwendung, wenn bereits in der Weiterbildungsordnung bestehende Qualifikationen umgewandelt werden, wenn zum Beispiel aus einer bisherigen Zusatzbezeichnung künftig eine Facharztbezeichnung wird oder bei der Fusion verschiedener Gebiete oder Schwerpunkte. Die allgemeinen Übergangsbestimmungen werden über § 20 der Weiterbildungsordnung geregelt und gelten für neu in die Weiterbildungsordnung aufgenommene Bezeichnungen.

- Die nach der bisher geltenden Weiterbildungsordnung erworbenen Weiterbildungsbezeichnungen dürfen weitergeführt werden.
- Die nach der bisher geltenden Weiterbildungsordnung erworbenen Qualifikationen behalten ihre Gültigkeit.

- Eine begonnene Facharztweiterbildung kann innerhalb einer Frist von 7 Jahren nach den alten Bestimmungen abgeschlossen werden.
- Eine begonnene Schwerpunktweiterbildung kann innerhalb einer Frist von 3 Jahren nach den bisherigen Bestimmungen abgeschlossen werden.
- Eine begonnene Weiterbildung zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung kann innerhalb einer Frist von 3 Jahren nach den bisherigen Bestimmungen abgeschlossen werden.
- Eine begonnene Weiterbildung zum Erwerb einer „Fakultativen Weiterbildung“ oder einer „Fachkunde“ kann innerhalb einer Frist von 2 Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden.
- Kammerangehörige, die bei Inkrafttreten einer neuen Bezeichnung in dieser Weiterbildungsordnung in dem jeweiligen Gebiet, Schwerpunkt oder der jeweiligen Zusatzweiterbildung innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig waren, welche der jeweiligen Dauer der Weiterbildungsordnung entspricht, können die Zulassung zur mündlichen Prüfung beantragen.
- Beim Erwerb einer neuen Zusatzweiterbildung kann auf das Vorliegen einer Facharztbezeichnung verzichtet werden.
- Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die angegebene Mindestdauer in dem jeweiligen Gebiet, Schwerpunkt oder der Zusatzweiterbildung zu erbringen. Aus dem Nachweis muss hervorgehen, dass der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend im betreffenden Gebiet, Schwerpunkt oder der entsprechenden Zusatzweiterbildung tätig war und dabei umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat.

- Anträge auf Erwerb einer Qualifikation nach den Übergangsbestimmungen sind innerhalb einer Frist von 3 Jahren zu stellen.

Dem Abschnitt A und C vorangestellt ist ein Glossar, welches eine einheitliche Interpretation von Begriffen, wie zum Beispiel „ambulanter Bereich“, „stationärer Bereich“, „Basisweiterbildung“ usw. ermöglicht. Ebenso vorangestellt wurden allgemeine Inhalte der Weiterbildung, welche für die Abschnitte B und C gelten. Darunter werden Inhalte allgemeiner Art aufgeführt, welche für jeden Weiterbildungsgang erworben und nachgewiesen werden müssen.

Abschnitt B

Dieser enthält die Definition und die Struktur der einzelnen Weiterbildungsgänge, aber auch die Weiterbildungsinhalte von Gebieten, Facharztqualifikationen und Schwerpunkten.

Neu ist auch die Definition des Gebietes und der Facharztqualifikation. Während nach der alten Weiterbildungsordnung die Gebietsgrenzen identisch waren mit dem, was ein Facharzt während seiner Weiterbildung erworben und nachweisen musste, so ist nach der jetzigen Philosophie die Facharztkompetenz nur ein Teil des Gebietes. Man kann sagen, dass die Facharztqualifikation die Mindestvoraussetzung ist, um in einem Gebiet tätig zu werden. Das Gebiet umfasst wesentlich mehr Inhalte, als der Facharzt während seiner Weiterbildung erwerben kann. Ergänzt wird die Facharztkompetenz durch die Zusatzweiterbildung oder durch Schwerpunktbezeichnungen. Die in der Schwerpunktweiterbildung und Zusatzqualifikation enthaltenen Inhalte sind auch Inhalte des Gebietes, jedoch nicht unbedingt Inhalt der Facharztqualifikation.

Neu ist auch die Struktur der gemeinsamen Basisweiterbildung (Common Trunk) mit unterschiedlicher Dauer für die Gebiete Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Pharmakologie und Pathologie. Das Gebiet Orthopädie fusioniert mit dem jetzigen chirurgischen Schwerpunkt Unfallchirurgie in die Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“.

Probleme gab es mit der vom Deutschen Ärztetag empfohlenen Fusion der Gebiete „Innere“ und „Allgemeinmedi-

zin“. Ein durch die Europäische Kommission eingeleitetes Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland betreffend die Umsetzung der EU-Richtlinie 93/16 ist ursächlich dafür, dass die Aufsichtsbehörden der Länder die neue Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ derzeit noch nicht genehmigen können.

Das Vertragsverletzungsverfahren, das heißt die einheitliche Umsetzung der Richtlinie 93/16 in den Heilberufekammergesetzen der Länder, muss zunächst erledigt werden, bevor die Bundesregierung einen Antrag auf Notifizierung einer neuen Bezeichnung stellen kann. Die EU-Kommission hat der Bundesregierung zur Auflage gemacht, für eine einheitliche Umsetzung in den Heilberufekammergesetzen der Länder bis spätestens 02. Mai 2005 Sorge zu tragen. Erst danach wäre eine entsprechende Notifizierung der Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ als die in Deutschland für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung vorgeschriebene Qualifikation möglich. Aus diesem Grund hat die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes am 15. Dezember 2004 beschlossen, die Struktur des Weiterbildungsgangs „Innere und Allgemeinmedizin“ mit 3 Jahren Innere Medizin im Stationsdienst und 2 Jahren hausärztliche Tätigkeit unverändert zu belassen, die Facharztqualifikation jedoch vorerst nur „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu nennen. Nach Notifizierung der neuen Bezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ wird die Facharztbezeichnung erneut geändert.

Ärztinnen und Ärzte, die in der Zwischenzeit nach den Bestimmungen der neuen Weiterbildungsordnung ihren Facharzt für Allgemeinmedizin absolviert haben, erhalten die Anerkennung ohne erneute Prüfung umgeschrieben.

Das Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ erhält 3 Schwerpunkte:

- *Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin,*
- *Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie,*
- *Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin.*

Das Gebiet „Kinder- und Jugendmedizin“ erhält die neuen *Schwerpunkte Kinderhämatologie und Onkologie, Schwerpunkt Neuropädiatrie.*

Das Gebiet der „Pathologie“ besteht zukünftig aus dem „Facharzt für Pathologie“ in dem „Facharzt für Neuropathologie“.

Das Gebiet „Psychologie und Psychiatrie“ erhält den *Schwerpunkt Forensische Psychiatrie*.

Abschnitt C

Auch in Abschnitt C „Zusatzweiterbildung“ wurde eine ganze Reihe neuer Qualifikationen eingeführt, dies sind:

Ärztliches Qualitätsmanagement,
Akupunktur,
Andrologie,
Dermatohistologie,
Diabetologie,
Geriatric,
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie,
Hämostasiologie,
Infektiologie,
Intensivmedizin,
Kinderendokrinologie und -diabetologie,
Kindergastroenterologie,
Kinderneurologie,
Kinderorthopädie,
Kinderpneumologie,
Kinderrheumatologie,
Labordiagnostik,
Fachgebundene Magnet-Resonanztomographie,
Fachgebundene medikamentöse Tumortherapie,
Orthopädische Rheumatologie,
Palliativmedizin,
Proktologie,
Röntgendiagnostik Fachgebunden,
Schlafmedizin,
Spezielle orthopädische Chirurgie,
Spezielle Unfallchirurgie,
Medizinische Grundversorgung.

Neu ist, dass bei dem Erwerb vieler Zusatzbezeichnungen der Besitz einer Facharztanerkennung Voraussetzung für den Erwerb der Bezeichnung ist und der Erwerb von dem erfolgreichen Ableisten einer mündlichen Prüfung abhängig gemacht wird.

Abschnitt D

Hat ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, so darf er diese nach den Maßgaben des Abschnitts D nebeneinander führen. Der Abschnitt D enthält eine Auflistung aller Facharztbezeichnungen, die miteinander geführt werden dürfen.

Im Jahre 2005 hat die Ärztekammer des Saarlandes insgesamt 660 Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung erteilt.

Aufteilung nach Qualifikationsart:

Gebietsbezeichnung	261
Schwerpunktbezeichnung	30
Fakultative Weiterbildung	12
Fachkunden	79
Fachkunde nach der RöV bzw. Strahlenschutzverordnung	151
<u>Zusatzweiterbildungen</u>	<u>127</u>
<u>insgesamt</u>	<u>660</u>

Eine Übersicht der erteilten Bezeichnungen, aufgeschlüsselt nach Gebieten, Schwerpunkten, Fakultativer Weiterbildung, Fachkunden kann der **Anlage 4** entnommen werden.

Die **Anlage 5** ergibt einen Überblick über die Zahl der erteilten Zusatzbezeichnungen.

Weiterbildungsbefugnisse:

Am 31.12.2005 waren im Bereich der Ärztekammer des Saarlandes 926 Ärzte zur Weiterbildung befugt. Davon entfielen auf Gebiete, Schwerpunkte, Fakultative Weiterbildung 792 sowie 134 auf Bereiche.

Gemäß § 8 Weiterbildungsordnung erfolgt die Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten sowie im Rahmen der Fakultativen Weiterbildung unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einem Universitätszentrum, einer Universitätsklinik oder hierzu von den zuständigen Behörden oder Stellen zugelassenen Einrichtungen der ärztlichen Versorgung. Das Erfordernis einer Befugnis gilt auch für eine Weiterbildung in Bereichen, soweit in den Abschnitten I und II der

Weiterbildungsordnung nichts anderes bestimmt ist.

Die Befugnis zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt fachlich und persönlich geeignet ist. Der Arzt, der für ein Gebiet, einen Schwerpunkt oder einen Bereich zur Weiterbildung befugt wird, muss in seinem Gebiet, Schwerpunkt oder im Bereich umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten besitzen, die ihn befähigen, eine gründliche Weiterbildung zu vermitteln. Er soll diese Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in mehrjähriger Tätigkeit nach Abschluss der Weiterbildung in verantwortlicher Stellung erworben haben. Die Befugnis kann nur für das Gebiet oder den Schwerpunkt oder den Bereich erteilt werden, dessen Bezeichnung der Arzt führt. Sie kann grundsätzlich nur für ein Gebiet oder einen zugehörigen Schwerpunkt erteilt werden. Fachärzte, die nicht die Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“ führen und in ihrem Gebiet nur zur Weiterbildung befugt sind, können dennoch zur Weiterbildung in ihrem Gebiet befugt werden mit der Maßgabe, dass der Weiterbildungsabschnitt nur für die Weiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin anrechenbar ist. Diese Befugnis kann nur für Gebiete erteilt werden, die nach Abschn. I für die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin anrechenbar sind. Der befugte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung zu gestalten. Wird die Befugnis mehreren Ärzten an einer Weiterbildungsstätte gemeinsam erteilt, so muss die ordnungsgemäße Durchführung und Überwachung der Weiterbildung durch die befugten Ärzte sichergestellt werden. Der Weiterbildungsausschuss befasste sich in mehreren Sitzungen mit der Befugniserteilung zur Weiterbildung nach den Bestimmungen der neuen Weiterbildungsordnung. Für die Beurteilung der Anforderung für die Befugnis zur Weiterbildung erstellte der Ausschuss eine entsprechende Beratungsvorlage für die Ständige Konferenz Ärztliche Weiterbildung, damit bundesweit einheitliche Kriterien geschaffen werden. Nach Verabschiedung dieser Kriterien durch den Vorstand der Bundesärztekammer werden diese nun bei der Überprüfung des Umfangs der bestehenden Weiterbildungsbefugnisse in den einzelnen Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen herangezogen.

Initiativprogramm Allgemeinmedizin

Das Initiativprogramm Allgemeinmedizin der Gesundheitsministerkonferenz der Länder soll die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sicherstellen, um eine qualifizierte hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Krankenkassen fördern die zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte in der Zeit vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2003 durch Beteiligung an den Kosten der in diesem Zeitraum besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Die maximal zulässige Förderungsdauer eines Weiterbildungsverhältnis-

ses in derselben Praxis, die mit demselben Weiterbildungsassistenten besetzt ist, beträgt im vertragsärztlichen Bereich höchstens 18 Monate. Die Förderung wird auf Antrag des Praxisinhabers gewährt, der in seiner Praxis eine Stelle zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorhält und die Besetzung dieser Stelle mit einem geeigneten Bewerber nachweist. Der Antrag ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu stellen. Voraussetzung der Förderung ist unbeschadet ergänzender Vorschriften der Kassenärztlichen Vereinigung:

- 1) Der Nachweis einer Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer durch den Praxisinhaber für die Allgemeinmedizin oder für die Weiterbildung in auf die Allgemeinmedizin anrechnungsfähigen Fächern.
- 2) Der Nachweis einer Besetzung der Stelle mit einem Bewerber, der sich mit einer dem Antrag beizufügenden schriftlichen Erklärung verpflichtet, den in der Praxis des Antragstellers ableistbaren Weiterbildungsabschnitt als Teil seiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen.
- 3) Dem Antrag ist gegebenenfalls auf Anforderung der KV eine Bestätigung der Ärztekammer beizufügen, aus welcher ersichtlich ist, welche Weiterbildungszeiten in der Allgemeinmedizin der Bewerber noch abzuleisten hat.

Weiteres regeln die Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung.

Für den stationären Bereich werden bisher bestehende und eigenständige Stellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen seit dem 01.01.2001 bezuschusst. Jedes Krankenhaus, dessen Abteilung nach Landesrecht als Weiterbildungsstätte anerkannt ist und das insbesondere über eine Abteilung Innere Medizin verfügt, deren Leiter eine umfassende Weiterbildungsbefugnis in der Inneren Medizin ohne Schwerpunkt hat, kann eine oder mehrere Assistentenstellen an solche Ärztinnen und Ärzte vergeben, die eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin absolvieren möchten. Innerhalb der Krankenhäuser werden die Stellen beim Ärztlichen Direktor oder bei einem vom Krankenhaus benannten Leitenden Abteilungsarzt angeboten, der für die der Weiterbildungsordnung entsprechenden Zuweisung zu den Weiterbildungsstationen sorgt. In Anlehnung an den bundesweit geschätzten Ersatzbedarf werden maximal 3000 Stellen pro Jahr im stationären Bereich gefördert. Für jede Stelle erhält das Krankenhaus einen

Betrag in Höhe von 1000,00 € pro Jahr. Die Förderung von Teilzeitstellen ist möglich.

Krankenhäuser richten ihre Erklärung zur Teilnahme an der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowie die Erklärung des Bewerbers zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin an eine Registrierstelle, welche bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft angesiedelt ist. Diese Stelle teilt dem Krankenhaus innerhalb von 10 Arbeitstagen mit, ob eine finanzielle Förderung möglich ist.

Entsprechend dieser Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin wurden im stationären Bereich von insgesamt 30 möglichen Förderstellen 25 Förderungen ausgesprochen. Im ambulanten Bereich wurden von insgesamt 25 möglichen Assistentenstellen 30 gefördert.

Fortbildung

Nach § 4 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes ist der Arzt, der seinen Beruf ausübt, verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkunde notwendig ist.

Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

Nach Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zur Änderung des V. Sozialgesetzbuches am 1. Januar 2004, das in § 95 d SGB V und § 137 die Pflicht der Vertragsärzte bzw. der Fachärzte in Krankenhäusern vorschreibt, hat sich die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes mit der Problematik befasst und in ihrer Sitzung am 23. Juni 2004 auf der Grundlage des Beschlusses des Deutschen Ärztetages 2004 eine Fortbildungsordnung beschlossen, die mit Veröffentlichung im Saarländischen Ärzteblatt am 2. August 2004 in Kraft getreten ist. In ihr sind im wesentlichen Inhalt und Methoden der Fortbildung, die Organisation des Nachweises und der Erwerb des Fortbildungszertifikates sowie die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen geregelt. Mit dem Inkrafttreten dieser Fortbildungsordnung endete das bisherige Modellprojekt „Freiwilliges Fortbildungszertifikat“.

Im Jahre 2005 konnten nach entsprechender Vorprüfung 102 Zertifikate ausgestellt werden. Das Zertifikat hat ab dem Ausstellungsdatum der Urkunde fünf Jahre Gültigkeit und kann in den Praxis- oder Diensträumen ausgehängt werden. Auf dem

Praxisschild ist es nicht führbar.

Die im November 2002 von der Vertreterversammlung der Kammer beschlossene Fortbildungsplakette, die auf dem Praxisschild angebracht werden darf, haben im Berichtsjahr 104 Ärztinnen und Ärzte erhalten.

Im Berichtsjahr wurden knapp 800 Anträge auf Bewertung einer Fortbildungsmaßnahme bearbeitet und ca. 1.300 Veranstaltungen zertifiziert. In 9 Fällen musste eine negative Entscheidung erfolgen, hauptsächlich mit der Begründung, dass die Themen nicht medizinisch-fachlichen Inhalts sind.

Darüber hinaus erfolgte für 21 Qualitätszirkel eine Zertifizierung.

Der Fortbildungsausschuss hat in seiner Sitzung am 06.04.2005 das Programm für das Fortbildungsjahr 2005/2006 besprochen und darüber hinaus Einzelfragen zur Zertifizierung von Veranstaltungen diskutiert und entschieden.

Zu den nachstehenden vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung festgelegten Schwerpunktthemen wurde die Durchführung der so genannten „Klinischen Wochenenden“ beschlossen:

- Rehabilitationsmedizin,
- Demenzerkrankungen,
- Das chronisch kranke Kind am Beispiel von Lungenkrankheiten/akuter Gastroenteritis im Säuglings- und Kleinkindalter,
- Arzneimitteltherapie.

Das alljährlich zum Fortbildungsprogramm gehörende Umweltmedizinische Forum befasste sich im Jahre 2005 mit dem Thema „Trinkwasser“. Dieses Forum fand in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer statt. Bei allen diesen Veranstaltungen konnte ein großes Interesse der Ärzteschaft und eine hohe Teilnehmerzahl verzeichnet werden.

Den Festvortrag anlässlich der Eröffnung des Fortbildungsjahres 2005/2006 am 14.9.2005 zum Thema „Medizin im saarländisch/lothringischen Raum vom Mittelalter bis zur Arbeiterkultur“ hielt Herr Dipl.-Ing. Günter Altenkirch, Leiter des Museums für dörfliche Alltagskultur Gersheim/Rubenheim.

**Berufsrecht/
Berufsgerichtbarkeit**

Der Kammervorstand hat im Jahr 2005 in 6 Fällen Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gestellt. Von diesem richteten sich 2 Anträge gegen Mitglieder aus der Abteilung Zahnärzte. Bei diesen erfolgte in beiden Fällen die Antragstellung wegen Verstoßes gegen die Praxishygiene sowie weiterer Verstöße im Rahmen der Praxisorganisation. Im Fall der Antragstellung im Bereich der Abteilung Ärzte erfolgte diese in Zweitfällen wegen begangener Straftaten in direktem Zusammenhang mit der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bzw. mit berufsrechtlichem Überhang. Gemäß Nr. 26 der Anordnung über Mitteilung in Strafsachen wird die Ärztekammer von der Staatsanwaltschaft zur Prüfung eines berufsrechtlichen Überhangs über Strafrechtsverstöße von Mitgliedern in Kenntnis gesetzt. Der Gesetzgeber hat hier vorgesehen, dass bei einem berufsrechtlichen Überhang dieser unabhängig vom Strafverfahren durch das Ärztegericht zu überprüfen ist.

In den zwei weiteren Fällen erfolgte die Antragstellung durch die Ärztekammer wegen Verstoßes gegen die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung im Abschnitt C der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes.

Bei Fällen, in denen wichtige berufsständische Belange nicht berührt sind und die Schuld des Mitglieds bei der Verfehlung gering ist, hat der Kammervorstand gemäß § 32 Abs. 1 Saarländisches Heilberufekammergesetz die Möglichkeit, an Stelle der Antragstellung zum Berufsgericht eine förmliche Rüge zu erteilen. Im Geschäftsjahr 2005 hat der Kammervorstand von dieser Möglichkeit in 15 Fällen Gebrauch gemacht. Dabei erfolgte die Rüge in 4 Fällen wegen Verstößen gegen die Grundsätze ärztlicher Berufsausübung aus Abschnitt C der Berufsordnung. Hierbei waren sowohl im Einzelnen Verstöße im Umgang mit den Patienten Gegenstand der Rügebescheide als auch Verstöße gegen die in der Berufsordnung niedergelegten Behandlungsgrundsätze. In zwei weiteren Fällen beruhte der Rügebescheid auf einer unzulässigen Verweisung von Patienten an andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Die übrigen Rügebescheide stützen sich unter anderem auf Verstöße gegen die Medizingeräteverordnung, die Abgabe von Ärztemustern gegen Entgelt, die Überschreitung von Fachgebietsgrenzen, Fehlverhalten im Notdienst sowie das Ausstellen von Gefälligkeitsattesten.

Erfreulichweise war im Berichtszeitraum nur neunmal die Androhung eines Zwangsgeldes durch den Vorstand der Ärztekammer wegen Verweigerung der zeitgerechten Abgabe einer

Stellungnahme erforderlich. Die Rechtsgrundlage hierzu findet sich im Heilberufekammergesetz, wonach der Vorstand nach vorheriger schriftlicher Androhung ein Zwangsgeld bis zu 1.500,00 Euro verhängen kann, wenn ein Kammermitglied gegen die sich aus den geltenden Ordnungen und Satzungen und sonstigen Bestimmungen ergebenden Verpflichtungen verstößt. Bis auf einen Fall war die Verhängung des Zwangsgeldes nicht erforderlich, da nach der schriftlichen Androhung die Stellungnahmen zeitnah eingegangen sind.

**Gutachterkommission
für Fragen
ärztlicher Haftpflicht**

Die Ärztekammer hat seit 1977 eine Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht eingerichtet. Sie verfolgt damit das Ziel, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen möglichen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern. Die Gutachterkommission erstattet auf Antrag ein schriftliches Gutachten darüber, ob der Patient infolge eines schuldhaften Behandlungsfehlers eines der Ärztekammer des Saarlandes angehörenden Arztes einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

Im Berichtsjahr konnten 128 Anträge erledigt werden. Bei den zur Sachentscheidung angenommenen 73 Fällen wurde in 23 Fällen ein Behandlungsfehler bejaht. Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragstellung führten, stellten sich wie folgt dar:

<u>Struma</u>	<u>4</u>
<u>Varizen der unteren Extremitäten</u>	<u>3</u>
<u>Gonararthrose</u>	<u>3</u>
<u>Koxarthrose</u>	<u>3</u>
<u>Femurfraktur</u>	<u>3</u>
<u>Nasendeformität, erworben</u>	<u>3</u>
<u>Halsbereich, Fraktur</u>	<u>2</u>
<u>Uterus myomatosus</u>	<u>2</u>
<u>sonstige zerebrovaskuläre Krkh</u>	<u>2</u>
<u>Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur</u>	<u>2</u>

Die Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner aus Praxis und Krankenhaus stellte sich wie folgt dar:

<u>Praxis</u>	<u>Krankenhaus</u>
<u>Orthopädische Chirurgie</u> 5	<u>Allmeinchirurgie</u> 9
<u>Allgemeinchirurgie</u> 4	<u>Orthopädische Chirurgie</u> 8
<u>Frauenheilkunde</u> 2	<u>Unfallchirurg. Orthopädie</u> 8
<u>Innere Medizin</u> 2	<u>Augenheilkunde</u> 6
<u>Psychiatrie</u> 1	<u>Innere Medizin</u> 6
<u>Neurologie</u> 1	<u>HNO-Heilkunde</u> 3
<u>Haut- u. Geschlechtserkr.</u> 1	<u>Anästhesiologie und Intensiv</u> 3
<u>HNO-Heilkunde</u> 1	<u>Neurologie</u> 3
<u>Hämatologie u. Internist.</u>	<u>Frauenheilkunde</u> 3
<u>Onkologie</u> 1	
<u>Unfallchir. Orthopädie</u> 1	<u>Urologie</u> 2

Auch im Berichtsjahr hat die Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht unter Beweis gestellt, dass sie völlig objektiv und ohne jegliche Voreingenommenheit tätig ist, sich somit weder als Prozesshelfer für den Patienten noch als Schutzhelfer des Arztes bei Behandlungsfehlern versteht.

Finanzausschuss

Im Berichtszeitraum fanden 2 Sitzungen des Finanzausschusses statt, und zwar am 10. Oktober und 07. November 2005.

In der Sitzung am 10. Oktober 2005 hat der Finanzausschuss das Rechnungsergebnis für das Jahr 2004 beraten und einstimmig beschlossen, die Jahresrechnung dem Vorstand mit der Empfehlung weiterzuleiten, sie der Vertreterversammlung zur Feststellung vorzulegen. Gleichmaßen hat der Ausschuss empfohlen, dem Vorstand Entlastung zu erteilen. Schließlich hat der Finanzausschuss den Prüfbericht der Wirtschaftsprüfer für das Geschäftsjahr 2004 zustimmend zur Kenntnis genommen, wonach die Buchführung und der Jahresabschluss nach pflichtgemäßer Prüfung der Wirtschaftsprüfer Gesetz und Satzung entsprechen.

In der Sitzung am 07. November 2005 hat der Finanzausschuss den Haushaltsplan für das Jahr 2006 beraten und mit der einstimmigen Empfehlung an den Abteilungsvorstand Ärzte weitergeleitet, ihn den ärztlichen Mitgliedern der Vertreterver-

sammlung zur Aufstellung und der Vertreterversammlung zur Feststellung vorzulegen.

Schlichtungsausschuss

Die Ärztekammer unterhält als ständigen Ausschuss einen Schlichtungsausschuss, der die Aufgabe hat, bei Streitigkeiten zwischen Mitgliedern der Ärztekammer des Saarlandes, die sich aus dem ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufsverhältnis ergeben, im Einvernehmen mit den Beteiligten auf gutlichem Wege einen Vergleich herbeizuführen oder einen Schiedsspruch zu fällen. Der Schlichtungsausschuss wird auf schriftlichen Antrag tätig. Der Antrag kann gestellt werden von einem oder mehreren Ärzten bzw. Zahnärzten oder vom Vorstand der Ärztekammer des Saarlandes. Die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens kann nur erfolgen, wenn sämtliche Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklären. Im Berichtszeitraum wurde kein Antrag auf Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gestellt.

Ausschuss Umwelt und Gesundheitsförderung

Thema des Umweltforums am 22. Januar 2005 war:

„Ernährungstips (- Ad usum proprium)“

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. A. Buchter.

Das Umweltforum hatte insgesamt mehr als 100 Teilnehmer und eine sehr gute Resonanz innerhalb der Ärzteschaft gefunden. Das umweltmedizinische Forum der Ärztekammer des Saarlandes ist seit Jahren eine feste Einrichtung im Rahmen der ärztlichen Fortbildung. Durch eine stetig steigende Teilnehmerzahl an den Fortbildungsveranstaltungen sah sich der Ausschuss in seiner Arbeit bestätigt.

Die Betreuung und Beratung vermeintlich oder wirklich umweltbedingt Erkrankter ist für den behandelnden Arzt eine Gradwanderung, die sich in einigem von der sonstigen Patientenführung unterscheidet. Der Therapeut bewegt sich zwischen den Antipoden „überschießende Beratung“ und „ungerechtfertigtes Abwiegen“. Aus beidem ergeben sich sowohl medizinische Konsequenzen für den Patienten als auch juristische Komplikationen für den Arzt.

Rät dieser einem nur vermeintlich umweltbedingt Erkrankten beispielsweise zu umfangreichen teuren Sanierungsmaßnahmen in dessen Haus, so können umfangreiche Schadenersatzforderungen die Folge sein, wenn die Diagnose „umweltbedingt erkrankt“ widerlegt wird. Dabei können leicht Summen in sechsstelliger Höhe zusammenkommen.

Umgekehrt kann ungerechtfertigtes Abwiegen ebenfalls Schadenersatzansprüche nach sich ziehen, wenn bei einem Patienten später eine entsprechende Diagnose gestellt wird und dieser geltend macht, dass der abwiegelnde Untersucher die Erkrankung hätte erkennen müssen. Auch wenn solche Verfahren einen unsicheren Ausgang haben, belasten sie doch den Arzt und führen möglicherweise zu finanziellen Verlusten - abgesehen von der medizinischen und menschlichen Konsequenz einer solchen falschen Beratung.

Da sich aber ein solcher Konflikt nie ganz ausschließen, jedoch weitgehend vermeiden lässt, weist der Ausschuss auf die Beachtung folgender Punkte hin:

- genaue Anamnese,
- gezielte Untersuchung,
- Diagnosebestätigung oder Ausschluss durch Hinzuziehen von Spezialisten,
- penible Dokumentation der angeordneten Maßnahmen und der Inhalte der Beratungsgespräche.

Diese Punkte gelten natürlich für alle medizinischen Maßnahmen, haben aber in der umweltmedizinischen Praxis einen besonders hohen Stellenwert.

Ausschuss Qualitätssicherung

Die Bundesärztekammer befürwortet im Rahmen der „Qualitätssicherung“ ein strukturiertes Arbeitsprogramm zwecks Darstellung und weiteren Förderung der Qualitätssicherungsinitiativen. Grundlage dafür soll eine Situationsanalyse sein mit der Formulierung strategischer Ziele (Positionspapier), gefolgt von der Verbreitung von Information über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (Qualitätsbericht). Neue Themenfelder wie z.B. die Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung sollen besetzt werden.

Parallel dazu wird überlegt, wie die Öffentlichkeit stärker für Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements interessiert werden kann und wie sich dann Bundesärztekammer und Landesärztekammern stärker im Bewusstsein der Öffentlichkeit als die kompetenten Organisationen für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement verankern können.

Gefordert wird auch eine Intensivierung des Dialogs zwischen Bundes- und Landesebene im Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung. Flankierend zu den Maßnahmen der BQS und der diesbezüglichen Vermittlerrolle der Bundesärzte-

kammer soll auch die ständige Konferenz zukünftig als Forum für einen entsprechenden Informationsaustausch zwischen Bundes- und Landesebene genutzt werden.

Die ständige Konferenz schlägt auf ihrer Sitzung am 21.02.2005 vor, dass Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam auf Landesebene Ärztinnen und Ärzte mit Schulungsveranstaltungen und allgemeinen Informationen helfen, das Zukunftsthema Qualitätsmanagement zu bewältigen. Es muss dabei gelingen, den Aufwand so gering wie möglich zu halten und Verbindungen mit anderen Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement zu erreichen.

Es wird betont, dass es notwendig ist, die bisher geleistete Arbeit von Bundes- und Landesärztekammern auf dem Gebiet der Qualitätssicherung positiv darzustellen. Darauf aufbauend sind weitere Initiativen zu entwickeln. Es muss deutlich werden, dass das Thema Qualitätssicherung nicht neu ist, sondern als selbstverständliche Aufgabe der Ärzteschaft schon immer wahrgenommen wurde und auch künftig wahrgenommen werden wird.

Demzufolge wird auf der Sitzung der ständigen Konferenz „Qualitätssicherung“ am 02.12.2005 in Berlin einstimmig die Erstellung eines „**Kammerübergreifenden Qualitätsberichtes**“ beschlossen. Man sieht darin eine wertvolle Materialsammlung der vielfältigen Aktivitäten auf Bundes- und insbesondere auf Landesebene auf dem Gebiet der Qualitätssicherung. Die Mitglieder des Ausschusses sprechen sich ausdrücklich für eine Fortschreibung in regelmäßigen Abständen aus. Im Frühjahr 2006 soll ein öffentlichkeitswirksamer Extrakt mit Darstellung der Eckpunkte einer Qualitätssicherungsstrategie der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern veröffentlicht werden.

Die **Einwirkungsmöglichkeit** der Bundesärztekammer auf den gemeinsamen Bundesausschuss (**GBA**) ist durch das von der Politik gestärkte Gewicht des GBA deutlich eingeschränkt. Der Bundesärztekammer steht lediglich noch ein Stellungnahmerecht nach § 91 (8 a) SGB V zu Fragen der Qualitätssicherung zu. Hier kann über besonders fach- und sachkundige Beiträge Einfluss auf die verschiedenen Gremien des GBA genommen werden.

Eine **direkte Beteiligung** der Bundesärztekammer an der Arbeit des gemeinsamen Bundesausschusses ist nur noch im Plenum nach Absatz 7 im Bereich der Krankenhausbehandlung möglich: hier ist die Bundesärztekammer vertreten im Unter-

ausschuss externe stationäre Qualitätssicherung und im Unterausschuss sonstige stationäre Qualitätssicherung .

Im Hinblick auf diese **Marginalisierung** der Rolle der Ärztekammern beim GBA kann es in Zukunft nur darum gehen, durch Professionalität zu überzeugen. Die Ärztekammern müssen sich eigenständig positionieren. Der Einsatz für die bestmögliche Versorgung des Patienten entspricht dem Selbstverständnis der ärztlichen Berufsausübung. Die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ist eine Kernaufgabe der Ärztekammern. Die Qualitätssicherungsinitiative erfolgt in Eigenleistung der Ärzteschaft, wobei die Ärztekammern in zahlreichen Feldern von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement bereits tätig sind.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Gemäß § 137 SGB V müssen alle zugelassenen Krankenhäuser ihren Qualitätsbericht für das Jahr 2004 bis spätestens zum 30.09.2005 vollständig und unverändert im Internet veröffentlichen. Nach den gesetzlichen Vorgaben ist dieser Qualitätsbericht dann im Abstand von 2 Jahren jeweils für das Folgejahr zu aktualisieren. Die Übermittlung an die Kassenverbände hat bis 30.06. zu erfolgen, die Veröffentlichung durch die Kassenverbände soll bis 31.07. geschehen. Krankenhäuser, die den strukturierten Qualitätsbericht nicht fristgerecht veröffentlichen, werden gem. §1c Abs. 2 KHG jährlich vom Medizinischen Dienst geprüft.

Nach Meinung der ständigen Konferenz „Qualitätssicherung“ ist unstrittig ein Informationsbedarf über die Krankenhäuser vorhanden. Die Qualitätsberichte bzw. darauf aufbauende Krankenhausvergleiche und so genannte Krankenhausführer werden jedoch als kritische Entwicklung des Wettbewerbs auch zwischen den Krankenkassen gesehen.

Insbesondere private Klinikketten nutzen den Qualitätsbericht als äußerst öffentlichkeitswirksames Marketinginstrument, wobei teilweise auf eine fragwürdige Datenbasis mit verzerrenden Ergebnisvergleichen zurückgegriffen wird. In der Gesamtanalyse ist festzustellen, dass definierte Qualitätsindikatoren kaum zu finden sind. Vereinzelt werden Globalindikatoren (Mortalität) ohne erforderliche Hintergrundangaben veröffentlicht. Die Daten aus der externen Qualitätssicherung werden willkürlich ausgewählt und dargestellt. Eine Risikoadjustierung findet keine Erwähnung.

Als Fazit ist ein echtes „Benchmarking“ im Sinne von „Lernen von den Besten“ weder für den Patienten noch für den Einweiser möglich.

Es braucht eine weitere professionelle Entwicklung des vorliegenden Konzeptes (Q-Berichte) mit klaren Empfehlungen im Sinne von Orientierungshilfen über medizinische Ergebnisse wie auch Methoden der Qualitätsmessung und deren Bewertung. Die Grundlage der Entscheidung bilden hier valide und vergleichbare (risikoadjustierte) Kennzahlen. Hierzu braucht es einen einheitlichen Satz ausgewählter, repräsentativer Indikatoren, die für alle verbindlich festgelegt werden.

Mit Beschluss vom 17. Dezember 2004 beauftragte der Vorstand der Bundesärztekammer die Geschäftsführung der Bundesärztekammer, einen aktuellen Überblick über die Aktivitäten von Bundesärztekammer und Landesärztekammern auf dem Gebiet der Qualitätssicherung zusammenzustellen.

Konkreter Anlass war die im Rahmen des GKV-Moderisierungsgesetzes (GMG) geschaffene geballte Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses im Feld von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Sowohl im Hinblick auf die Ärzteschaft selbst als auch im Hinblick auf die breite Öffentlichkeit sollten die Zuständigkeiten für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung und die einzelnen Beiträge der Ärztekammern deutlich dargestellt werden, um eine drohende komplette Vereinnahmung der Qualitätssicherungsinitiative durch den Bundesgesetzgeber und einer einseitigen Funktionalisierung für Zwecke des GKV-Systems wirksam entgegenzutreten zu können.

Zur Erhebung des Ist-Zustandes bei den Landesärztekammern wurde in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Sachsen eine Checkliste erarbeitet. Die aus dem Gesamtbericht zu entnehmenden zahlreichen Aktivitäten von Landesärztekammern und Bundesärztekammer dokumentieren neben der formalen, in den Heilberufs- und Kammergesetzen verankerten Zuständigkeiten für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ein eindrucksvolles, vitales, zukunftsorientiertes Engagement der verfassten Ärzteschaft für die Sicherstellung einer qualitativ möglichst hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

In einem Kurzbeitrag stellten die Landesärztekammern zusätzlich einen Überblick der in ihrem Kammerbereich durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen dar.

Verträge zur Qualitätssicherung:

Die saarländischen Patientinnen und Patienten erhalten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine medizinische Versorgung, die qualitativ auf hohem Niveau angesiedelt ist. Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeiten teilen sich die ärztlichen Organisationen im Saarland. Während die Kassenärztliche Vereinigung für die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich zuständig ist, widmet sich die Ärztekammer der Qualitätssicherung im stationären Bereich. Die ärztlichen Organisationen schaffen somit die Voraussetzung für eine patientengerechte, hochwertige, qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Im ambulanten Bereich unterliegen etwa 30 Prozent aller Leistungen, die gesetzlichen Krankenversicherten im Rahmen der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen, besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen. In 40 Bereichen - wie beispielsweise der Koloskopie oder der Schmerztherapie - können Ärzte an der Versorgung nur dann teilnehmen, wenn sie bestimmten Anforderungen genügen. So müssen neben der fachlichen Qualifikation auch teilweise technische und organisatorische Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Damit wird sichergestellt, dass Leistungen, deren Ergebnis in hohem Maße von besonderen Qualitätsanforderungen abhängt, nur von entsprechend qualifizierten Ärzten angeboten werden. Die vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in einem jährlichen Qualitätsbericht zusammengestellt und aufgearbeitet.

Im stationären Bereich ist die Ärztekammer des Saarlandes in einem vierseitigen Vertrag über die Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern mit den Verbänden der Krankenkassen im Saarland, der Saarländischen Krankenhausgesellschaft und dem Dachverband der Pflegeorganisationen Saarland eingebunden. Mit diesen Qualitätssicherungsverträgen wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern von den Vertragsbeteiligten einvernehmlich durchgeführt, ausgewertet und weiterentwickelt werden. Die krankenhausesübergreifende Qualitätssicherung macht es möglich, die Qualität der Versorgung in den Kliniken laufend zu beobachten und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, soweit erforderlich, einzuleiten. Damit werden die krankenhausesinternen Anstrengungen um eine hohe Qualität der stationären Versorgung sinnvoll ergänzt. Auf der Grundlage einer validen Datenbasis wird eine vergleichende Qualität der Leistungen in allen saarländischen Krankenhäusern vorgenommen. Dies gilt sowohl für die Indikationsstellung, für die Leistungserbringung, für die Angemessenheit der

Leistung, für die Ergebnisqualität als auch für die personellen und sachlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung. Damit wird es dem Arzt und den Pflegekräften, aber auch der Krankenhausleitung ermöglicht, die Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe zu beurteilen und den Behandlungserfolg zu sichern und gegebenenfalls zu verbessern. Ein Qualitätsbüro, eingerichtet bei der Saarländischen Krankenhausgesellschaft, zeichnet für die organisatorische Durchführung verantwortlich. Es hat insbesondere die Aufgabe, Erhebungsinstrumente und Auswertungsroutinen für die Daten aus den Krankenhäusern zu erarbeiten, die beteiligten Kliniken und Fachabteilungen zu beraten und die Daten für die Qualitätssicherungsmaßnahme aufzubereiten. Ein Lenkungsausschuss, in dem alle Vertragspartner vertreten sind, koordiniert die Maßnahmen der Qualitätssicherung und entwickelt sie weiter. Die Entwicklung von Untersuchungskriterien und Qualitätsanforderungsprofilen ist Aufgabe verschiedener Fachausschüsse. Diese führen auch die Qualitätsvergleiche durch und informieren den Lenkungsausschuss über die Ergebnisse der Auswertung. Werden aufgrund der Dokumentationen und Datenauswertung Auffälligkeiten oder Besonderheiten in einem Krankenhaus festgestellt, kann der Lenkungsausschuss verschiedene Maßnahmen veranlassen. Das Krankenhaus kann zur Stellungnahme aufgefordert werden, es kann eine Beratung oder die Empfehlung von Fortbildungsmaßnahmen erfolgen und es können Besprechungen mit den im Krankenhaus Verantwortlichen stattfinden.

Trotz angespannter finanzieller Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Interessenlagen auf vielen Gebieten ist es ein gemeinsames Anliegen der ärztlichen Selbstverwaltung, die Qualität in der medizinischen Versorgung der Patienten zu sichern und weiter zu verbessern.

Curriculum Qualitätssicherung/

Ärztliches Qualitätsmanagement

Auch im Jahre 2005 führte die Ärztekammer des Saarlandes gemeinsam mit der Schlossakademie für Medizin und Management das 200-stündige „Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer durch.

Der Gesetzgeber fordert im Sozialgesetzbuch V verpflichtend die Einführung von Qualitätsmanagement an Einrichtungen des Gesundheitswesens. Nach wie vor herrscht eine große Ratlosigkeit, wie die gesetzlichen Vorgaben nutzbringend für die eigene Organisation umgesetzt werden können. Der am Bun-

descurriculum ausgerichtete Kurs befähigt die Absolventen, Qualitätsmanagement im Kontext mit den Vorgaben des Gesundheitssystems zu verstehen und in die eigene Organisation zu integrieren.

Der Kurs wurde in 5 Kursteilen durchgeführt und richtete sich gleichermaßen an Ärztinnen und Ärzte sowie an alle Interessenten aus dem Bereich Pflege, Verwaltung und andere Berufe im Gesundheitswesen.

Das vorliegende Curriculum stellt eine Leitlinie für die Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten auf dem Feld der Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung in Praxis und Klinik dar.

Stundenplan und Themenbereiche:

Kurs zur Vermittlung des Basiswissens in der Qualitätssicherung (Qualitätsstufe I – 40 Stunden):

Block 1

Motivation zur Qualifikation

Block 2

Voraussetzung für Qualitätssicherung.

Dieser Kurs richtet sich an Teilnehmer ohne Vorkenntnisse und sollte über die Vermittlung von Basiswissen das Grundverständnis für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen schaffen. Der Kurs ist daher auf die konzentrierte Vermittlung der Lerninhalte in Form der Einführung und des Überblicks konzipiert.

Aufbaukurse zum Erwerb der Fachqualifikation „Qualitätssicherung“

(Qualifikationsstufe II – 80 Stunden):

Block 3

Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogrammes.

Dieser Kurs hat zum Ziel, eigenverantwortlich tätige Ärzte mit klinischer Erfahrung in die Lage zu versetzen, Aufgaben im ärztlichen Qualitätsmanagement zu übernehmen. Diese Lehr-

ziele des Basiskurses werden hier vertieft, teilweise durch zusätzliche Inhalte ergänzt und mit dem Ziel vermittelt, dass die Teilnehmer in den Lerngebieten die Fähigkeit zur selbstverantwortlichen Anwendung und kritischen Beurteilung erwerben. Aufbauend auf den Vorkenntnissen wird verstärkt in Form von Fallbesprechungen von Kleingruppen gearbeitet, Praktika und Demonstrationen nehmen größeren Raum ein.

Abschlusskurs zum Erwerb des Ärztekammerdiploms „Qualitätssicherung“

(Qualifikationsstufe III – 80 Stunden):

Dieser Kurs wendet sich an erfahrene Ärzte in Leitungspositionen, die nach Abschluss des Kurses Leitungsverantwortung für Qualitätssicherungsarbeit übernehmen. Da die Teilnehmer ihre professionellen Fähigkeiten weit entwickelt und im größeren Umfang praktische Erfahrungen gesammelt haben sowie über Vorkenntnisse aus 120 Stunden strukturierter Fortbildung im Bereich der Qualitätssicherung verfügen, kann hier das problemorientierte Lernen als geeignete Lernmethode angesehen werden. Eine Lerngruppe von maximal 8 Teilnehmern soll unter Anleitung eines Moderators aktiv Probleme im Bereich Qualitätssicherung lösen und dabei die Vorerfahrungen und unterschiedlichen Wissensstände der anderen Teilnehmer bei Entwicklung von Lösungswegen kooperativ nutzen. Um eine strukturierte Bearbeitung zu gewährleisten, findet der Kurs an einer Einrichtung statt, die jederzeit die individuelle Bearbeitung von Wissensdefiziten oder die Beschaffung von Hintergrundinformationen erlaubt, zum Beispiel durch Rückgriff auf Bibliotheken, Datenbank und kontinuierlich ansprechbare Experten.

An dem im Berichtszeitraum angebotenen Kurs haben insgesamt 12 Teilnehmer aus Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Saarland teilgenommen.

Ethik-Kommission

In § 15 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes ist geregelt, dass der Arzt sich vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen, vor epidemiologischen Forschungsvorhaben mit personenbezogenen Daten und vor der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und Embryonen durch die Ethik-Kommission im Sinne des § 5 Abs. 1 SHKG über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen muss. Bei den durchzuführenden Beratungen ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio), 1983 (Venedig), 1989 (Hongkong) und 1996 (Somerset West) zugrunde zu legen.

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes, die im Oktober 1983 ihre Arbeit aufgenommen hat, hat entsprechend § 3 ihres Statuts die Aufgabe, im Saarland tätige Ärzte und Zahnärzte auf deren Wunsch hinsichtlich der ethischen und rechtlichen Implikationen geplanter Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und nach Vorlage eines Forschungsvorhabens eine schriftliche Stellungnahme (Votum) abzugeben.

Sie ist unter Beachtung der internationalen Richtlinien der International Conference of Harmonization (ICH), Good Clinical Practice (GCP-V) vom 09.08.2004 und der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) tätig, nach Landesrecht (Saarländisches Heilberufekammergesetz § 5 Abs. 1) anerkannt und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gem. § 17 Abs. 7 des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie beim Bundesamt für Strahlenschutz nach § 92 der Strahlenschutzverordnung und nach § 28 g der Röntgenverordnung registriert.

Wegen Zunahme des Arbeitsaufwandes wurde im Mai 2005 die Geschäftsstelle um eine ½ Stelle im Sekretariatsbereich aufgestockt. Die Konsequenzen aus der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes haben zu einem deutlich höheren bürokratischen Aufwand geführt, so dass diese halbe Stelle in absehbarer Zeit in Vollzeit zu führen ist.

Die Kommission selbst wurde erstmals um ein weibliches Mitglied ergänzt: Frau Carola Peters, MScN (Leiterin des Schulzentrums am Universitätsklinikum des Saarlandes).

Als Nachfolger des im März 2005 verstorbenen Herrn Professor Fritsche wurde Herr Privatdozent Dr. H. Rensing (Anästhesist/Intensivmediziner) zum Mitglied der Ethik-Kommission berufen, zeitgleich wurde Herr Professor Altemeyer (Anästhesist/Intensivmediziner) zum stellvertretenden Mitglied der Ethik-Kommission ernannt.

Mitglieder der Ethik-Kommission:
(Legislaturperiode 2004 – 2009)

Vorsitzender: San.-Rat Prof. Dr. H. Schieffer
Stellv. Vorsitzender: San.-Rat Dr. W. Ertz

Mitglieder: Prof. Dr. W. Rummel
Prof. Dr. Dr. h. c. F. C. Sitzmann
PD H. Rensing

Prof. Dr. J. Wilske
Prof. Dr. Dr. h. c. W. Schmidt
Dr. U. Kiefaber
Justizrat Prof. Dr. E. Müller
Prof. Dr. U. Feldmann
Carola Peters

Im Geschäftsjahr 2005 wurden insgesamt 219 Anträge auf Prüfung eines Forschungsvorhabens an die Ethik-Kommission gerichtet. Es waren 141 multizentrische, 66 monozentrische und 12 multizentrische Studien, für die im Saarland ein Erstvotum beantragt wurde bzw. bei denen der Leiter der klinischen Prüfung (LKP) im Saarland tätig war. Es handelte sich bei diesen Vorhaben zum überwiegenden Teil um Studien nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) sowie dem Medizinproduktegesetz (MPG). Aber zunehmend wurden Studien auch durch öffentliche Stiftungen gesponsert, wie z. B. durch die Deutsche Krebshilfe, den Stifterverband, die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und andere mehr.

Im Jahr 2005 haben 12 Kommissionssitzungen stattgefunden. Im Hinblick auf die Zahl der eingehenden Anträge tagt die Kommission in vierwöchigem Abstand. Beratungsgegenstände der Sitzungen waren darüber hinaus Prüfplanänderungen bzw. Amendments bei Vorhaben, die von der hiesigen Kommission ein primäres Votum erhalten haben.

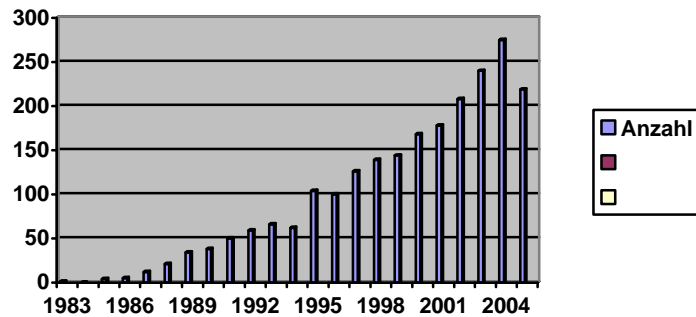
Die Verteilung der Studien aus 2005:

Universitätsklinikum Homburg:	146 Studien (10 LKP)
Andere Kliniken:	47 Studien (2 LKP)
Niedergelassene Ärzte:	26 Studien (0 LKP)

an 8 Studien nahmen durchschnittlich 3 verschiedene Arztpraxen teil.

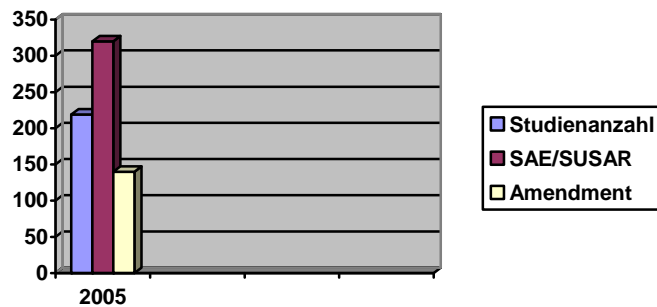
Anzahl aller bei der Ethik-Kommission seit Gründung eingegangenen Studien:

Grafik 1



**Leistungszahlen
Studien, Amendments SAE's/SUSAR's**

Grafik 2



Anders als bei den Arzneimitteln für Erwachsene sind über 50 % der in Europa zur Behandlung von Kindern eingesetzten Arzneimittel nicht an Kindern geprüft und nicht eigens für die Verwendung bei Kindern zugelassen. Dies geht aus den Angaben, Hinweisen und Dokumenten der Europäischen Kommission hervor. Dies ist kein isoliertes nationales, sondern ein europaweites Problem, deshalb wird **ein europäischer Ansatz** zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit für Kinder in Angriff genommen werden müssen.

Zu den Aufgaben der Geschäftsstelle gehören zusätzlich zu den Anträgen auf Prüfung eines Forschungsvorhabens mehr als 128 Prüfplanänderungen und Ergänzungen; 310 Meldungen von schwerwiegenden unerwarteten Ereignissen (SAE's und SUSAR's) sind zu bearbeiten und zu bewerten (siehe Grafik 2).

Der leichte Abfall der Gesamtstudienzahl auf 219 wird durch die zeitlich aufwendige und oft sehr viel schwierigere Bearbeitung der "substantial Amendment's" mehr als wettgemacht. Es ist häufig sehr schwierig und bedarf einer genauen Einarbeitung in die Materie und/oder die Heranziehung von Fachgutachtern, diese inhaltlichen Änderungen von Prüfplänen zu verstehen. Nimmt man die Jahre 2001 bis 2005, so pendelt sich die Gesamtstudienzahl auf etwa 240 pro anno ein.

Zum Thema "**Datenbank**", das von allen Ethik-Kommissionen als zweckmäßig angesehen wird, soll angesichts der sehr heterogenen Ausstattung der Ethik-Kommissionen mit solchen Einrichtungen zunächst eine **dezentrale** Lösung gesucht werden, wie wir sie ja auch inzwischen entwickelt haben. Parallel dazu ist die Entwicklung eines zentralen Datenbanksystems für alle Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland in Vorbereitung. Zur Durchführung der sicher sehr problematischen Arbeit ist vom "Arbeitskreis Bundesdeutscher Ethik-Kommissionen" eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die vor allem die Bearbeitung der aufwendigen multizentrischen Studien nach dem neuen AMG erleichtern soll.

Auf Grund der zunehmenden vor allem personellen Belastung der Ethik-Kommission durch die Anforderungen der 12. AMG-Novelle und der GCP-Verordnung (seit August 2004 bindend), wurde der Entwurf einer neuen Gebührenordnung den zuständigen Gremien der Landesärztekammer zur Zustimmung zugeleitet. Einer Erhöhung der Mindestgebühr wurde bereits im Dezember 2003 zugestimmt und ist seit Februar 2004 in Kraft getreten.

Die multizentrischen Studien, bei denen bereits das Votum der für den nicht im Saarland tätigen Leiter der klinischen Prüfung zuständigen Ethik-Kommission vorlag, wurden entsprechend § 6 des Statuts bearbeitet, d. h. der Vorsitzende und/oder stellvertretende Vorsitzende haben die eingegangenen Anträge geprüft, darüber entschieden, ob eine Beratung durch die Kommission erforderlich ist oder nicht und im letzteren Fall das Zweitvotum ausgesprochen.

Die relativ niedrige Studien-Ablehnungsquote der Ethik-Kommissionen (unter 1 %), wie auch diejenige des BfArM (um 7 %) sind einhellig Ausdruck intensiver Beratung vor Einreichung der Studie und des allseitigen Bemühens, zu guten und tragfähigen klinischen Studien zu kommen. Die von außen immer wieder vorgetragene Kritik, dass es sich hier um mangelhaft sorgfältige Prüfung handele, wird von der Ethik-

Kommission als auch vom Bundesministerium für Arzneimittelstudien und Medizinprodukte zurückgewiesen.

Aufgrund der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes und der Good Clinical Practice-Verordnung (GCP-V) vom August 2004 sind wegen des enormen organisatorischen und auch logistischen Aufwandes die so genannten IIT-Studien (Investigator Initiated Trials) erheblich zurückgegangen. Hier ist der Gesetzgeber aktuell gefordert.

Als besonders problematisch erweist sich die Rolle der Ethik-Kommission bei der Überwachung klinischer Prüfungen und vor allem bei der Beurteilung des jeweiligen Prüfarztes/Prüfzentrums. Die gesetzlich vorgeschriebene Überprüfung vor Ort war bisher im Saarland noch nicht erforderlich und ist auch nicht praktiziert worden.

Fazit: So viel ist erkennbar und hat sich seit August 2004 entwickelt, dass die Ethik-Kommission eine Behörde besonderer Art geworden ist, was sich aus der historischen Entwicklung und dem Zusammenwirken vom Bundes- und Landesrecht ergibt. Das Votum ist als **Verwaltungsakt** anzusehen: Der Bundesgesetzgeber hat darauf hingewiesen, dass man bei der Ausarbeitung des Gesetzes davon ausgegangen ist, dass auf das Verfahren der Ethik-Kommission ergänzend die jeweilige Landesverwaltungsverfahrensgesetze anzuwenden sind.

Kommission für gutachtliche Stellungnahmen gem. § 8 Abs. 3 Satz 2 Transplantationsgesetz

Entsprechend § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes vom 5. November 1997 darf die Entnahme von Organen bei einem Lebenden erst dann durchgeführt werden, wenn eine nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelns nach § 17 Transplantationsgesetz ist. Auf der Grundlage dieser Gesetzesregelung ist mit Wirkung vom 1. Dezember 1999 das Saarländische Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz in Kraft getreten, das Näheres über die Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung bestimmt.

Gemäß § 2 Abs. 1 dieses Ausführungsgesetzes wurde bei der Ärztekammer des Saarlandes eine Kommission für gutachtliche Stellungnahmen entsprechend § 8 Abs. 3 Satz 2 Transplantationsgesetz als unselbständige Einrichtung errichtet. Ihr gehören ein Arzt/eine Ärztin, eine Person mit der Befähigung zum Rich-

teramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person an. Die Mitglieder und je zwei Stellvertreter werden vom Vorstand der Ärztekammer des Saarlandes für die Dauer von fünf Jahren ernannt.

Nach Veröffentlichung des Ausführungsgesetzes im Amtsblatt des Saarlandes hat sich die Kommission im August 2000 konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen.

Nachdem die Amtszeit der Kommission zum 01.08.2005 abgelaufen war, hat der Vorstand der Ärztekammer in seiner Sitzung im Juni 2005 beschlossen, die bisherigen Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder wieder zu berufen. In der darauffolgenden Sitzung beschloss die Kommission eine Wiederwahl des Vorsitzenden sowie des stellvertretenden Vorsitzenden.

Im Geschäftsjahr 2005 wurden vier Anträge auf Lebendnierenspende gestellt, und zwar in drei Fällen zwischen Ehe-/Lebenspartnern und in einem Fall zwischen Mutter und Sohn.

Gemäß § 2 Abs. 3 der Verfahrensordnung nach § 2 (5) des Saarländischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz soll die Person, der das Organ entnommen werden soll und kann die Person, auf die das Organ übertragen werden soll, persönlich angehört werden. Dementsprechend hat die Kommission im Rahmen der Anhörungstermine im Februar, April und Oktober 2005 die Anträge besprochen. Es wurde dabei festgestellt, dass in keinem Fall Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelns nach § 17 Transplantationsgesetz ist. Entsprechend wurde gegenüber dem antragstellenden Transplantationszentrum gutachtlich Stellung genommen.

Ärztliche Stelle des Saarlandes

§ 16 der am 1. Januar 1988 in Kraft getretenen Röntgenverordnung enthält Bestimmungen über die Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen. Absatz 3 der genannten Vorschrift regelt, dass Röntgenaufnahmen von Menschen sowie die Aufzeichnung über die Abnahmeprüfung der Einrichtung und die Konstanzprüfungen einer von der zuständigen Behörde bestimmten Ärztlichen Stelle zugänglich zu machen sind. Diese Stelle hat die Aufgabe, dem Strahlenschutzverantwortlichen und dem anwendenden Arzt Vorschläge zur Vermeidung der Strahlenexposition zu machen. Nach Abstimmung mit den für die Durchführung der Röntgenverordnung zuständigen Bundesbehörden haben Bundesärzte-

kammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Mustervereinbarung über die Ärztliche Stelle als gemeinsame Einrichtung der jeweiligen Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie einen Mustervertrag mit der nach Landesrecht zuständigen Behörde erarbeitet. Mit dieser Vereinbarung wird an die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits bestehende Radiologie-Kommission angeknüpft, der Zuständigkeitsbereich dieser Kommission und ihre Zusammensetzung jedoch aufgrund der erweiterten Aufgabenstellung modifiziert. Auf der Grundlage dieser Mustervereinbarung haben Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Umweltministerium eine Vereinbarung getroffen, die im wesentlichen folgenden Inhalt hat:

- Die Ärztliche Stelle entscheidet in der Besetzung mit mindestens 2 radiologisch tätigen Mitgliedern, von denen mindestens eines als Radiologe und eines als Teilradiologe tätig ist. Ein Mitglied soll Krankenhausarzt sein. Soweit Aufzeichnungen und Röntgenaufnahmen von Kassenärzten zu beurteilen sind, entscheidet die Ärztliche Stelle ausschließlich in der Besetzung mit Kassenärzten. Der Ärztlichen Stelle gehören weiterhin bis zu 2 beratende Mitglieder an, von denen mindestens eines als Medizininphysiker tätig ist.
- Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende sollen Ärzte für Radiologie sein.
- Die ärztlichen Mitglieder beurteilen die übersandten Röntgenaufnahmen sowie die Aufzeichnungen zur Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Auffassung der beratenden Mitglieder und machen erforderliche Verbesserungsvorschläge.
- Die Ärztliche Stelle teilt dem Strahlenschutzverantwortlichen ihre Beurteilung und Verbesserungsvorschläge schriftlich mit. Aufgrund von Röntgenaufnahmen und der Aufzeichnungen der Qualitätssicherung prüft sie, ob die von ihr unterbreiteten Verbesserungsvorschläge unverzüglich beachtet worden sind.
- Die Ärztliche Stelle unterrichtet den Minister für Umwelt, die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung, wenn sie feststellt, dass ein Strahlenschutzverantwortlicher wiederholt ihre Verbesserungsvorschläge nicht beachtet hat oder eine Röntgeneinrichtung betreibt, die Leben oder Gesundheit erheblich gefährdet.

- Die Ärztliche Stelle übersendet dem Minister für Umwelt des Saarlandes für jedes Kalenderjahr einen Bericht über ihre Tätigkeit.

Die sächlichen und personellen Kosten der Ärztlichen Stelle werden von der Kassenärztlichen Vereinigung getragen, sowie sie aus der Beurteilung von Aufzeichnungen und Röntgenaufnahmen von Kassenärzten entstehen. Im Übrigen trägt die Ärztekammer die Kosten. Die Geschäftsstelle der Ärztlichen Stelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingerichtet.

Hinsichtlich Einzelheiten betreffend die Tätigkeit der Ärztlichen Stelle im Berichtsjahr wird auf den Tätigkeitsbericht der Ärztlichen Stelle verwiesen.

Versorgungswerk

Hinsichtlich der Geschäftstätigkeit des Versorgungswerks der Ärztekammer des Saarlandes wird auf den Rechenschaftsbericht des Verwaltungsausschusses verwiesen.

Gemeinschaftshilfe

Die Gemeinschaftshilfe saarländischer Ärzte ist eine Fürsorgeeinrichtung der Ärztekammer des Saarlandes. An ihr können sich alle Ärzte beteiligen, die im Kammerbereich tätig sind, dort ihren ständigen Wohnsitz haben und das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Jeder Beteiligte der Gemeinschaftshilfe (31.12.2005: 771) verpflichtet sich, im Falle des Ablebens eines der Beteiligten eine Spende zu leisten (im Berichtsjahr 18,00 €). Die zum Ende des Berichtsjahres geleistete Beihilfe belief sich auf 13.914,00 €. Hinsichtlich Einzelheiten wird auf den Rechenschaftsbericht des Kuratoriums der Gemeinschaftshilfe verwiesen.

Fürsorgefond

Die Kammer unterhält zur Unterstützung von bedürftigen Mitgliedern bzw. deren Angehörigen einen Fürsorgefond, aus dem nach Überprüfung durch die zuständigen Gremien in begründeten Fällen Leistungen gewährt werden, wenn das Kammermitglied bzw. der Angehörige unverschuldet in eine Notlage geraten ist. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung dieser Leistungen besteht nicht. Im Jahre 2005 wurden in zwei Fällen laufende Unterstützungen gewährt.

Arzthelferinnen- Ausbildung

Die Ärztekammer des Saarlandes überwacht gemäß § 76 Abs. 2 des Berufsbildungsgesetzes als zuständige Stelle die Durchführung

1. der Berufsausbildungsvorbereitung
2. der Berufsausbildung und
3. der beruflichen Umschulung

und fördert diese durch Beratung der an der Berufsbildung beteiligten Personen. Ihre Zuständigkeit ergibt sich aus § 71 Abs. 6 des Berufsbildungsgesetzes. § 34 dieses Gesetzes beinhaltet die Bestimmung, dass von der Ärztekammer ein Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse einzurichten und zu führen ist.

Zum Stichtag 31. Dezember 2005 waren nach jeweiliger Prüfung der Verträge 643 Ausbildungsverträge (634 weibliche und 9 männliche Auszubildende) in diesem Berufsausbildungsverzeichnis eingetragen, davon 227 im Berichtsjahr neu abgeschlossene Verträge sowie je 217 Verträge im zweiten Jahr und 199 im dritten Ausbildungsjahr. In insgesamt 528 Arztpraxen waren eine oder mehrere Auszubildende beschäftigt.

Die schulische Vorbildung der Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Vertrag stellt sich wie folgt dar: 127 Auszubildende konnten einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss und 57 Auszubildende einen Hauptschulabschluss nachweisen. Hochschulreife, schulisches Berufsgrundbildungsjahr, Berufsfachschule und sonstige Vorbildung verteilten sich auf die übrigen Auszubildenden.

Die Zahl der ausländischen Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr betrug 19.

Die neu eingestellten Auszubildenden gehörten folgenden Geburtsjahrgängen an:

Geburtsjahr	Zahl der Auszubildenden	Geb.-Jahr	Zahl der Auszubildenden
1989 u.später	32	1985	25
1988	48	1984	12
1987	46	1983	12
1986	33	1982	7
		1981 u. früher	12

Insgesamt 39 Ausbildungsverträge wurden im Berichtsjahr vorzeitig gelöst, davon 24 im ersten Jahr (darunter 8 in der Probezeit), 8 Verträge im zweiten Jahr und 7 Verträge im dritten Ausbildungsjahr.

Informationsgespräche zur Berufsausbildung, insbesondere mit ausbildenden Praxen und Auszubildenden im ersten Jahr unmittelbar nach Einschulung in die Arzthelferinnenklassen sowie vielfache Beratungs- wie auch Schlichtungsgespräche mit Ausbildern und Auszubildenden sind Bestandteil des Aufgabenbereiches.

Die gemäß § 8 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vorgeschriebene Zwischenprüfung fand an den drei Berufsschulstandorten am 16. März 2005 unter Beteiligung von 218 Auszubildenden statt, und zwar in Brebach mit 88 in Neunkirchen mit 72 und in Saarlouis mit 68 Schülerinnen.

Die Zwischenprüfung soll vor Ende des zweiten Ausbildungsjahres stattfinden; ihr Ziel ist die Ermittlung des Ausbildungsstandes, um evtl. korrigierend auf die weitere Ausbildung Einfluss nehmen und bestehende Mängel ausgleichen zu können. Die Zwischenprüfung ist eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Abschlussprüfung.

Letzter Prüfungstag der Abschlussprüfung im Winter 2004/2005 war am 12. Januar 2005, wobei das Prüfungsfach Praktische Übungen „Bereich Medizin und/oder Verwaltung“ geprüft wurde und die mündliche Prüfung erfolgte.

Die Prüfung hatte folgendes Ergebnis:

Kaufm. Berufs- Bildungs- Zentrum	Teilnehme- rinnen	davon			Ergebnis				
		vorzeitig	Wiederholer	Ext.	sehr g.	gut	befr.	ausr.	n.b.
Brebach	20	5	4	-	-	-	10	7	3
Neunkirchen	10	-	8	-	-	-	-	5	4
Saarlouis	13	10	2	-	-	5	5	2	1

Die Teilnehmerinnen und der Notenspiegel der Abschlussprüfung im Sommer 2005 geht aus nachstehender Tabelle hervor:

Kaufm. Berufs- bild- zentrum	Teilnehme- rinnen	davon			Ergebnis				
		vorzeitig	Wiederholer	Ext.	sehr g.	gut	befr.	ausr.	n.b.
Brebach	83	2	1	-	1	18	30	25	9
Neun- kirchen	51	3	4	-	1	14	25	8	2
Saar- louis	61	1	1	-	-	12	28	15	8

Der Auszubildenden, die im Jahr 2005 ihre Prüfung mit der Note „sehr gut“ bestanden hat, wurde in einer Feierstunde am 7. September 2005 durch den Kammervorstand ein Buchgeschenk überreicht.

Gleichzeitig wurden langjährig tätige Arzthelferinnen für ihre treuen Dienste geehrt: 2 Arzthelferinnen wurden für ihre mehr als 25-jährige Tätigkeit mit einer Urkunde und einer Medaille in versilberter Ausführung geehrt sowie 5 Arzthelferinnen mit einer Urkunde für eine mehr als 10-jährige Tätigkeit in der gleichen Praxis.

Gemäß § 77 des Berufsbildungsgesetzes errichtet die zuständige Stelle, also die Ärztekammer des Saarlandes, einen Berufsbildungsausschuss, dem 6 Beauftragte der Arbeitgeber, 6 Beauftragte der Arbeitnehmer und – mit beratender Stimme – 6 Lehrer an berufsbildenden Schulen angehören.

In ihren Sitzungen am 12. April 2005 und 29. November 2005 befasste sich der Ausschuss mit den Themen

- überbetriebliche Ausbildung
- Ausbildung in Teilzeit
- Neues Berufsbildungsgesetz
- Stand neue Ausbildungsordnung
- Med. Fachangestellte.

Auf Vorschlag des BbiA hat der Kammervorstand beschlossen, die erstmals 2004 im Rahmen eines Modellprojektes durchgeführte überbetriebliche Maßnahme wegen der großen Nachfrage weiterzuführen. Damit sollen Defizite in der praktischen Vermittlung fundamentaler Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in der Ausbildungspraxis nicht oder nicht vollständig vermittelt werden können, ausgeglichen werden.

Dieses Seminar fand 2005 in der Zeit von Februar bis April mit 27 Schülerinnen statt

Zum 01. April 2005 ist eine Novellierung des Berufsbildungsgesetzes in Kraft getreten. Für die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte sind folgende Änderungen bedeutsam:

1. Die Probezeit wird von bislang höchstens drei Monate auf höchstens vier Monate verlängert.
2. Der Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit bei der Kammer muss künftig gemeinsam von Auszubildenden und Ausbildenden gestellt werden. Bei berechtigtem Interesse kann er sich auch auf die Verkürzung der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit richten (Teilzeit-Berufsausbildung).
3. Die Möglichkeit der Verbundausbildung wird ausdrücklich im Gesetz erwähnt. Danach können zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen der Ausbildenden mehrere natürliche oder juristische Personen in einem Ausbildungsverbund zusammenwirken, soweit die Verantwortlichkeit für die einzelnen Ausbildungsabschnitte sowie für die Ausbildungszeit insgesamt sichergestellt ist.
4. Das Gesetz stellt nunmehr klar, dass bei Bestehen der Abschlussprüfung vor Ablauf der Ausbildungszeit das Berufsausbildungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss endet.

Arbeitsmedizinische Fachkunde

Nach § 3 UVV Betriebsärzte darf der Unternehmer als Betriebsarzt nur Ärzte bestellen, die über die erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen. Entsprechend einer Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer, dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand e.V. und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V. ist die Ärztekammer zuständig für die Erteilung der geforderten Bescheinigung nach

§ 3 der UVV zum Nachweis der arbeitsmedizinischen Fachkunde. Ärzte, die sich in Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin befinden, erhalten von der Ärztekammer eine begrenzte dreijährige arbeitsmedizinische Fachkundebescheinigung, damit die in der Weiterbildung geforderte durchgehende regelmäßige Tätigkeit als Betriebsarzt in einem geeigneten Betrieb durchgeführt werden kann. Voraussetzung für die Erteilung dieser zusätzlich begrenzten arbeitsmedizinischen Fachkundebescheinigung ist der Nachweis einer zweijährigen klinischen oder poliklinischen Tätigkeit, davon ein Jahr Weiterbildung im Gebiet der Inneren Medizin und die Teilnahme an einem Drittel des dreimonatigen theoretischen Kurses über Arbeitsmedizin. Entsprechend diesen Bestimmungen der UVV vom 01.01.1985 wurden im Berichtszeitraum insgesamt 3 arbeitsmedizinische Fachkunden erteilt.

Fachkundenachweis

Röntgenverordnung/

Strahlenschutzverordnung

Röntgenverordnung

Am 01. Juli 2002 ist die neue Röntgenverordnung in Kraft getreten.

Bei der Frage, wer Röntgenstrahlung am Menschen in der Heilkunde am Menschen anwenden darf, wird nunmehr in § 24 der Röntgenverordnung unterschieden nach:

- A. Personen, die Röntgenstrahlen am Menschen anwenden dürfen,
- B. Personen, die für die technische Durchführung der Untersuchung oder Behandlung mit Röntgenstrahlen zugelassen sind.

zu A) Fachkundige Ärzte untergliedern sich nach § 24 Abs. 1 Röntgenverordnung wie folgt:

1. Ärzte mit der Fachkunde für das Gesamtgebiet der Röntgenuntersuchung und Röntgenbehandlung,
2. Ärzte mit der Fachkunde in einem Teilgebiet der Röntgenverordnung oder Röntgenbehandlung,
3. Ärzte ohne Fachkunde, die unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer fachkundigen Person tätig sind und über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen.

zu B) Die technische Durchführung ist nach § 24 Abs. 2 Röntgenverordnung neben den unter a) genannten Personen folgendem Personenkreis erlaubt:

1. Personen, die aufgrund einer staatlich geregelten, anerkannten oder überwachten abgeschlossenen Ausbildung zur eigenverantwortlichen technischen Durchführung berechtigt sind (Radiologie-Assistenten, medizinisch-technische Assistenten) und die erforderliche Fachkunde besitzen.
2. Personen, die nur unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes tätig werden (in Ausbildung befindliche MTA's bzw. MTR's, Auszubildende und andere Personen mit einer abgeschlossenen medizinischen Ausbildung, zum Beispiel Arzthelferinnen und Krankenschwestern), wenn sie über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen.
3. Für so genannte „Hilfskräfte“, die keine einschlägige abgeschlossene Ausbildung besitzen, wurde in einer Übergangsbestimmung (§ 45 Abs. 9 Röntgenverordnung) eine Bestandsschutzregelung festgelegt. Diese sind weiterhin (bis Ende ihrer Berufstätigkeit) zur technischen Durchführung berechtigt, wenn sie unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes tätig sind und die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz besitzen.

Ab dem 01.07.2002, d.h. mit Inkrafttreten der Röntgenverordnung, muss jedoch für zukünftig einzustellendes Personal eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinischen Beruf vorliegen, damit die Person ohne Aufsicht eines fachkundigen Arztes Röntgenuntersuchungen durchführen kann.

Die Verordnung sieht in § 18 a Abs. 1 die Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung der Fachkunde vor. Der Nachweis über die Aktualisierung der Fachkunde hat mindestens alle 5 Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem anerkannten Kurs oder anderen als geeignet anerkannten Fortbildungsmaßnahmen zu erfolgen.

Auch Ärzte, die nicht über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz verfügen, aber unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer fachkundigen Person tätig werden und über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen sowie Arzthelferinnen und Krankenschwestern, die unter stän-

diger Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes tätig werden und die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz besitzen sowie MTAR's, müssen diese Kenntnisse alle 5 Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs oder einer anderen anerkannten Fortbildungsmaßnahme aktualisieren.

Auch Hilfskräfte, die - ohne über eine einschlägige Ausbildung zu verfügen - im Rahmen der Übergangsvorschriften des § 45 Abs. 9 der Röntgenverordnung unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines fachkundigen Arztes stehen, sind verpflichtet, die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz alle 5 Jahre zu aktualisieren.

Zur Aktualisierung der Fachkunde gelten nach § 45 Abs. 6 Röntgenverordnung folgende Übergangsfristen:

Erwerb der Fachkunde nach der Röntgenverordnung	Aktualisierung der Fachkunde nach der Röntgenverordn.
vor 1973	bis zum 01.07.2004
zwischen 1973 und 1987	bis zum 01.07.2007

Die hierzu geplante „Richtlinie Fachkunde nach der Röntgenverordnung“, die den Umfang der Fortbildungsaktualisierung enthalten soll, ist noch nicht verabschiedet. Die derzeitigen Entwürfe sehen eine Fortbildungsmaßnahme von 8 Stunden vor.

Für die Aktualisierung der Fachkunde sind die oben genannten Fristen unbedingt einzuhalten. Eine bisherige Fachkunde erlischt ohne weiteres, wenn die Frist überschritten wurde.

Der Nachweis über die durchgeführten Fortbildungen ist der Ärztekammer auf Anforderung vorzulegen. Diese kann, wenn der Nachweis nicht oder nicht vollständig vorgelegt wird, die Fachkunde entziehen oder die Fortgeltung mit Auflagen versehen.

Strahlenschutzverordnung

Die Neufassung der Strahlenschutzverordnung vom 20.07.2001 ist am 01.08.2001 in Kraft getreten; die dazugehörige Richtlinie vom 24.06.2002 ist ab dem 07. November 2002 in Kraft getreten.

Aktualisierung der Fachkunde alle 5 Jahre:

Die Neufassung sieht nunmehr vor, dass eine Fachkunde im Strahlenschutz mindestens alle 5 Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem anerkannten Kurs aktualisiert werden muss. Die Aktualisierung zum Erhalt der Fachkunde ist verbindlich für alle Ärzte und Ärztinnen vorgeschrieben, die mit offenen oder umschlossenen radioaktiven Stoffen umgehen. Eine regelmäßige Aktualisierung im Abstand von 5 Jahren ist aber auch für das medizinische Assistenzpersonal vorgeschrieben. Darunter fallen Medizinphysiker, medizinisch-technische Radiologie-Assistenten und -Assistentinnen oder medizinisch-technische Assistenten oder Assistentinnen oder auch andere im Strahlenschutzbereich zulässigerweise tätige Berufgruppen.

Eine individuelle Aufforderung zur Aktualisierung der Fachkunde durch die zuständige Behörde erfolgt nicht, das heißt, jeder Fachkundige muss sich um die Aktualisierung seiner Fachkunde selbst kümmern. Wenn die Aktualisierungskurse nicht oder nicht pünktlich absolviert werden, kann die zuständige Behörde die Fachkunde vollständig entziehen oder die Fortgeltung mit Auflagen belegen.

Übergangsbestimmungen:

§ 117 Abs. 11 der Strahlenschutzverordnung sieht in einer Übergangsregelung vor, dass Fachkunden, die vor Inkrafttreten der neuen Verordnung erworben wurden, weiterhin fortgelten, sofern die Aktualisierung durch entsprechende Kurse erfolgt.

Für die erstmalige Aktualisierung sind folgende Fristen - die für alle Betroffenen gelten - zu beachten:

Erhalt der Fachkunde	Aktualisierungskurs
bis 31.12.1975	bis zum 01.08.2003
zwischen 01.01.1976 und 31.12.1989	bis zum 01.08.2004
zwischen 01.01.1990 und 31.07.2002	bis zum 01.08.2006
ab dem 01.08.2001	im fünfjährigen Rhythmus

Nach den Richtlinien zur Strahlenschutzverordnung ist die Aktualisierung durch einen mindestens 8-stündigen Aktualisierungskurs regelmäßig nachzuweisen.

Erwerb der Fachkunde:

Der Erwerb der Fachkunde wird in § 30 der Strahlenschutzverordnung geregelt. Danach wird die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz durch eine für den jeweiligen Anwendungsbereich geeignete Ausbildung, praktische Erfahrung und erfolgreiche Teilnahme an den vorgesehenen anerkannten Kursen erworben. Der Erwerb der Fachkunde wird von der zuständigen Stelle (Ärztammer des Saarlandes) geprüft und bescheinigt. Es kommen folgende Anwendungsbereiche in Frage:

- I. Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen:
 - a. Diagnostik und Therapie
 - b. Diagnostik (alleine ohne Therapie)
 - c. organbezogene Diagnostik (z.B. nur Endokrinologie oder Kardiologie).

- II. Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen:
 - d. Gesamtgebiet
 - e. Brachytherapie: alle Anwendungsgebiete
 - f. Brachytherapie: radioaktive Strahler zur Hautbehandlung oder Augenbehandlung
 - g. Brachytherapie: organspezifische Anwendung, z.B. Prostata, Gehirn)
 - h. Teletherapie: Beschleuniger und Gammabestrahlungseinrichtungen
 - i. Endovaskuläre Strahlentherapie.

Bei der Antragstellung auf Erwerb der Fachkunde nach Inkrafttreten der Neufassung der Strahlenschutzverordnung und der Richtlinie ist zu beachten, dass die Kursteilnahme nicht länger als 5 Jahre zurückliegen darf.

Nachzuweisende Inhalte beim Erwerb der Fachkunde:

Beim Erwerb der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz für die Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlen am Menschen nach § 30 StrlSchV gelten folgende Bestimmungen:

1. Theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen bei der Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlen am Patienten auf dem jeweiligen medizinischen Anwendungsgebiet (Sachkunde)

Die Sachkunde ist nach erfolgter Unterweisung vor Beginn der Tätigkeit in Strahlenschutzbereichen unter der Aufsicht einer Person mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz an Institutionen im Geltungsbereich der Strahlenschutzverordnung zu erwerben, die entsprechend ihrer Ausstattung, ihrem Tätigkeitsumfang und ihrer fachlichen Kompetenz in der Lage sind, die Lehrinhalte dieser Richtlinien zu vermitteln. Der Erwerb der Sachkunde außerhalb des Geltungsbereiches der Strahlenschutzverordnung wird auf Antrag ganz oder teilweise anerkannt, wenn er den Grundsätzen dieser Richtlinie entspricht. Die Sachkunde für Ärzte kann während der Weiterbildung im entsprechenden medizinischen Fachgebiet erworben werden. Der Erwerb der Sachkunde ist durch Zeugnisse nachzuweisen.

2. Gesetzeswissen, theoretische Kenntnisse und praktische Übungen im Strahlenschutz (Kurse)

Diese Kenntnisse und Erfahrungen sind durch Wissensvermittlung und praktische Übungen im Strahlenschutz in von der zuständigen Stelle anerkannten Kursen im Geltungsbereich der Strahlenschutzverordnung zu erwerben. Strahlenschutzkurse müssen zeitlich und inhaltlich der Anlage A 3 der Richtlinie im Strahlenschutz entsprechen. Es ist an einem Grundkurs im Strahlenschutz entsprechend der Anlage A 3 Nr. 1.1 teilzunehmen. Dieser ist Voraussetzung zum Besuch der Spezialkurse. Der Kurs ist durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Abschlussprüfung nachzuweisen.

Die praktische Ausbildung ist durch Zeugnisse, die praktische Erfahrung und Nachweise und die erforderliche Kursteilnahme durch eine Bescheinigung zu belegen. Der Erwerb der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz nach § 30 Abs. 1 StrlSchV wird von der zuständigen Stelle geprüft und bescheinigt. Diese Bescheinigung ist entsprechend der Anlage A 8 der Richtlinie im Strahlenschutz als Ergebnis eines erfolgreichen abgelegten Fachgespräches, das die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde zum Gegenstand hat, von der Ärztekammer auszustellen.

Die Fachkunde im Strahlenschutz muss mindestens alle 5 Jahre durch eine erfolgreiche Teilnahme an einem vom Umweltministerium als geeignet anerkannten Kurs oder

anderen anerkannten Fortbildungsmaßnahmen nach Anlage 3 Nr. 1.5 aktualisiert werden.

Im Berichtsjahr 2005 wurden insgesamt 4 Fachkundebescheinigungen im Strahlenschutz nach der StrlSchV ausgestellt. Eine mündliche Überprüfung der nachzuweisenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erfolgte im Zusammenhang mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung „Strahlentherapie“ bzw. „Nuklearmedizin“.

Arbeitskreis „Ärztinnen“

Wie auch in den vergangenen Jahren befasste sich der Arbeitskreis im Jahr 2005 in seinen Sitzungen mit aktuellen Themen und dringlichen Aufgaben.

So betraf unsere Arbeit erstrangig die Vorbereitungen zu einer lange vorgesehenen Kinderbetreuungseinrichtung im Haus der Ärzte während Klinischer Wochenenden für Kinder zwischen 3 und 13 Jahren von Teilnehmer(n)-innen an diesen Fortbildungsveranstaltungen.

Nachdem die einrichtungstechnischen Vorbereitungen, wie Einholung von Kostenvoranschlägen etc. sowie auch die gesetzlichen Vorgaben, d.h. die Voraussetzungen einer Betreuung nach § 45 I SGB VIII, auch baupolizeiliche Auflagen, abgeklärt waren, konnte dieses Vorhaben aus Kostengründen nicht realisiert werden.

Eine andere Lösung konnte schließlich gefunden werden: Eine Kinderbetreuung in nahe gelegenen Räumen, im Haus Berlin, in Verantwortung des Kinderschutzbundes des Saarlandes.

Weitere Arbeitsthemen betrafen eine Kontaktaufnahme und vorgesehene Unterstützung eines Projektes der Universität des Saarlandes, der „AUDIT Familiengerechte Hochschule“ mit dem Ziel für die nächsten Jahre u. a. einer Flexibilisierung und Ausweitung des Kinderbetreuungsangebotes. Zuvor waren schon mit der Frage nach Kinderbetreuung in den Universitätskliniken in Homburg unsererseits Gespräche mit der dortigen Frauenbeauftragten geführt worden.

Ein weiteres Thema, einem Auftrag der Bundesärztekammer folgend, betraf die Anregung an das Saarländische Ministerium für Frauen und Gesundheit, sich für eine Bund-Länder-Kommission einzusetzen mit dem Ziel, die Mutterschutzricht-

linienverordnung zu novellieren sowie Leitfäden zum Mutter-
schutz im Krankenhaus und in der Arztpraxis zu erarbeiten, die
den neuesten wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen
entsprechen.

Arbeitskreis „Hilfe gegen Gewalt“

Der Arbeitskreis unter Vorsitz von Eva Groterath, Kinder- und
Jugendärztin/Psychotherapie, Saarbrücken, hatte Ende 2004,
nach Berufung durch den Kammervorstand, seine erste Sitzung
durchgeführt. Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe mit
Kolleginnen und Kollegen aus Klinik und Praxis sowie aus den
unterschiedlichen Fachgebieten Pädiatrie, Chirurgie, Allge-
meinmedizin, Gynäkologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie,
ermöglicht intensiven und raschen Austausch und gute Zu-
sammenarbeit.

Im Jahr 2005 fanden 3 Sitzungen statt.

Der AK hatte, nachdem in der Vergangenheit die Themen
„Gewalt gegen Kinder“ und „Gewalt gegen Frauen“ im Mit-
telpunkt standen, das Thema „Gewalt gegen alte Menschen“
aufgegriffen. Die Publikationen in Fach- und Laienpresse zeig-
ten uns und zeigen weiterhin die Brisanz und die Bedeutung
des Themas. Der Klinische Samstag im Jahr 2006 sollte sich
mit dieser aktuellen Problematik sowohl im häuslichen Um-
feld wie auch im Heimbetreuungskontext befassen. Kollegen
aus den saarländischen Kliniken für Geriatrie und Gerontopsy-
chiatry sowie hausärztliche Kolleginnen und Kollegen standen
dem AK beratend zur Seite.

Weiterhin hat der AK eine Stellungnahme abgegeben zur ver-
pflichtenden Einrichtung der Stelle eines „Gewaltbeauftragten“
in Kliniken zur Übernahme in das Saarländische Krankenhaus-
gesetz. Gewalt als Ursache von Krankheit wird mittlerweile
zwar da, wo es nicht mehr zu übersehen ist, benannt. Subtilere
Erscheinungsformen werden auch häufig in der Akutphase in
der Klinik noch gesehen. In der Folge fehlt es dann aber an
Ansprechpartnern für die Betroffenen, und so finden leider die
allermeisten Gewaltopfer erst nach Jahren der Verletzung den
Weg aus der Gewalt beladenen Situation.

Die Universität Osnabrück aktualisierte 2005 mittels einer Er-
hebung „Intervention und Präventionsmaßnahmen des Gesund-
heitswesens in Deutschland zum Thema Gewalt gegen Frau-
en“. Der hierzu an die Ärztekammer Saar übersandte Fragebo-
gen wurde durch die Mitglieder des AK beantwortet.

Alle Mitglieder des AK sind in ihren Berufsverbänden, in QZ, in interdisziplinären Arbeitskreisen, in Fachbeiräten u. a. tätig im Sinne von Gewaltschutz und Gewaltprävention.

So haben die Mitglieder auch weiterhin die Ärztebroschüre des Ministeriums zur „Häuslichen Gewalt“ an Kollegen in verschiedenen Gruppierungen verbreitet.

Der AK versteht sich als Kooperationspartner seitens der Ärztekammer in allen Belangen, welche mit Gewalt und Gewaltprävention zu tun haben. Auch Anregungen aus dem Kreis der Kolleginnen und Kollegen können über das Sekretariat des Kammervorstandes an den Arbeitskreis herangetragen werden.

ANLAGEN

- 1. Ärztinnen / Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten**
- 2. Ärztinnen / Ärzte nach Altersgruppen**
- 3. Verhältnis Einwohner / berufstätiger Arzt**
- 4. erteilte Gebiets- / Schwerpunktbezeichnungen,
fakultative Weiterbildungen, Fachkunden**
- 5. erteilte Zusatzbezeichnungen**
- 6. Weiterbildungsbefugnisse: Gebiete, Schwerpunkte,
Fakultative Weiterbildung**
- 7. Weiterbildungsbefugnisse Zusatzbezeichnung**
- 8. Vertreterversammlung, Vorstand, Ausschüsse**
- 9. Telefonverzeichnis**