



**ÄRZTEKAMMER
des
SAARLANDES**

- Abteilung Ärzte -

**Geschäftsbericht
2008**

Vertreterversammlung

Im Berichtszeitraum fanden 3 Sitzungen der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes statt (09.04., 05.11. und 10.12.2008) sowie an den gleichen Tagen 3 Sitzungen der Gesamtvertreterversammlung.

In der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 09.04.2008 diskutierten die Delegierten die Arbeitsbedingungen der niedergelassenen Ärzte und stellten übereinstimmend fest, dass die Situation unerträglich geworden ist. Bei unbegrenztem Leistungsversprechen der Politik wird ein strikt begrenzter Finanzrahmen vorgegeben und die Niedergelassenen Ärzte ohne Rücksicht auf Leistungsbedarf und Mobilitätsentwicklung die finanzielle Haftung für die Einhaltung der Budgetgrenzen aufgebürdet. Die Ärzte werden einer Vielzahl von Reglementierungen unterworfen, die Bürokratie und Verwaltungsaufwand vervielfachen und viel Zeit rauben. Ökonomische Aspekte sind in den Vordergrund gerückt, die das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten und das ärztliche Berufsethos zu überlagern drohen. Bei diesen Arbeitsbedingungen verwundert es nicht, wenn eine Arztgruppe Überlegungen anstellt aus dem GKV-System auszusteigen. Die Delegierten warfen jedoch die Frage auf, ob dies der richtige Weg ist die Probleme zu lösen. Denn man muss sich darüber im Klaren sein, dass das historisch gewachsenen System der KV'en verändert und eine bereits komplizierte Vertragslandschaft noch komplizierter werden würde. Die KV'en sind Anfang der 30er Jahre als Reaktion auf die Verhandlungsmacht der Kassen entstanden und haben seitdem eine für die Gesellschaft, die Patienten aber auch für die Ärzte wichtige und wertvolle Funktion wahrgenommen. Weiterhin diskutierten die Delegierten die Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte und stellten fest, dass spürbare Einkommensverbesserungen notwendig sind um die Ärzte an den Kliniken zu halten. Ansonsten

entscheiden sie sich für andere und attraktivere Arbeitsplätze - auch im Ausland. Aktuelle Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung belegen, dass immer mehr deutsche Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abwandern. Bereits 16000 deutsche Ärzte arbeiten in anderen Ländern, allein in Großbritannien sind 4200 deutsche Ärzte berufstätig – sie verdienen dort fast doppelt soviel wie in Deutschland. Seit dem Jahr 2000 haben sich mehr als 12000 Ärzte aus dem deutschen Arbeitsmarkt verabschiedet. Diese Entwicklung zeigt eindeutig, dass es dringend notwendig ist, die Attraktivität des Arztberufes in Deutschland zu erhöhen und die Rahmenbedingungen im ambulanten wie im stationären Bereich entscheidend zu verbessern. San.-Rat Dr. Gadomski betonte, dass die Politik endlich aufhören muss das Gesundheitswesen als gigantisches Experimentierfeld für ideologisch geprägte Versorgungskonzepte zu missbrauchen und den Preiswettbewerb als Allheilmittel zur Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens anzupreisen. Der Politik muss mit Entschiedenheit klargemacht werden, dass die medizinische Versorgung der Bürger durch Ärzte erfolgt und der Mangel an Vertretern dieses Berufsstandes sichtlich auf ein ungeahntes Ausmaß entwickeln wird, wenn die Politik nicht schnellstmöglich die Rahmenbedingungen schafft, dies wieder erstrebenswert sein lassen in Deutschland ärztlich tätig zu sein.

Weiterhin diskutierten die Delegierten, die Broschüre des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ in der sich bekannte Ärzte, Pfleger und Therapeuten offen über Situationen geäußert haben, in denen ihnen Fehler unterlaufen sind. Es ist bekannt, dass überall dort wo Menschen arbeiten und zusammenarbeiten auch Fehler geschehen, dies gilt auch für die Medizin. Zwar wird sie immer leistungsfähiger, damit aber auch immer komplexer. Neue Medikamente versprechen eine bessere Behandlung, manche ihrer versteckten Nebenwirkungen werden allerdings erst Jahre nach ihrer Zulassung entdeckt. Probleme entstehen auch durch die Multimorbidität hochbetagter Menschen, die

anfälliger für Risiken und Nebenwirkungen medizinischer Behandlungen sind. Auch die Rahmenbedingungen unter denen die Ärzte arbeiten haben Einfluss auf die Behandlungsqualität. Kostendruck und Wettbewerb führen zu undifferenzierten Einsparungen mit der Konsequenz, dass die Patientenversorgung nicht mehr in dem gewohnten Maße sichergestellt werden kann. In immer kürzerer Zeit und mit weniger Personal, müssen immer mehr Patienten mit immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreut werden. Die genannte Broschüre setzt ein deutliches Zeichen für eine offene Thematisierung von Fehlerereignissen und Beinahe-Fehlerereignissen in der Medizin. Es soll das Bewusstsein gestärkt werden, dass Fehler nicht in jedem Fall vermeidbar sind und deshalb das Augenmerk auf der Ursachenanalyse und auf Maßnahmen zur prospektiven Fehlervermeidung liegen muss. In diesem Sinne fand die Broschüre die Unterstützung der Delegierten, diese haben sich aber ganz entschieden dagegen ausgesprochen, dass Fehler nunmehr öffentlich gemacht und deren Darstellung in den Medien preisgegeben wird.

Weitere Themen in der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 09.04.2008 waren die Pläne der Bundesregierung zur Pflegereform, das heißt die Substitution ärztlicher Tätigkeit auf nicht ärztliche Berufe, sowie die Beschlüsse des Parlaments in Luxemburg, mit denen Ärzten erlaubt werden soll, Todkranken unter bestimmten Voraussetzungen beim Sterben zu helfen. Die Delegierten waren sich einig, dass die Ärzteschaft in ihre Bemühungen keinen Deut nachgeben wird, dass sich am Verbot der aktiven Sterbehilfe in Deutschland nichts ändert. Der richtige Weg ist es, todkranken Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, weshalb die Palliativmedizin stärker gefördert werden muss.

Die Themen des Deutschen Ärztetages 2008 nahmen breiten Raum in der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 09.04.2008 ein. Insbesondere der Entwurf der gesundheitspolitischen Leitsätze der deutschen Ärzteschaft, das sogenannte Ulmer Papier, wurde eingehend diskutiert. Ebenso die vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedeten Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen.

Vor allem aufgrund der neuen Regelung im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das die Vertragsärztliche Tätigkeit an mehreren Orten ermöglicht hat, war eine Novellierung der Notfalldienstordnung erforderlich. Im Wesentlichen wurden 3 Änderungen beschlossen.

In § 3 Abs. 1 Ziff. 3 wird klargestellt, dass neben den angestellten Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums auch der zugelassene angestellte Arzt in einer Praxis zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet ist, sofern der Zulassungsbescheid bzw. die arbeitsvertraglichen Regelungen keine anderen Bestimmungen enthalten.

§ 3 Abs. 2 stellt klar, dass innerhalb einer Gemeinschaftspraxis jeder Arzt der Gemeinschaftspraxis zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet ist. Dies gilt auch für Gemeinschaftspraxen, die eine Jobshearing-Zulassung haben; die bei einem Vertragsarzt oder einem MVZ angestellten Ärzte sind entsprechend dem Umfang ihres Beschäftigungsverhältnisses zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet.

Schließlich regelt § 3 Abs. 3, dass die Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst in dem Notfalldienststring erfolgt, in dem der zum Notfalldienst verpflichtete Arzt seine ärztliche Tätigkeit ausübt. Bei Notfalldienststring übergreifender ärztlicher Tätigkeit besteht grundsätzlich eine Verpflichtung zur Teilnahme in sämtlichen Notfalldienststrings, in denen der Arzt tätig ist. Hier besteht aber die

Möglichkeit, einen Befreiungsantrag nach § 4 Abs. 2 zu stellen. Der Vorstand der KVS entscheidet dann nach dem Versorgungsbedarf, in welchem Notfalldienststring die Teilnahme erfolgt. Dabei sind auch anteilige Einteilungen in den verschiedenen Notfalldienststrings möglich.

Auf die Veröffentlichung in Heft 9/2008 des Saarländischen Ärzteblattes wird verwiesen.

Die dargestellte Änderung der Notfalldienstordnung wurde in der Gesamtvertreterversammlung am 09.04.2008 genehmigt.

In der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 05.11.2008 diskutierten die Delegierten die vorgesehene Einführung einer Öffnungsklausel in die Gebührenordnung für die Zahnärzte. Eine solche Klausel würde ein Preodiz für die anstehende Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bedeuten und hätte zur Folge, dass privaten Krankenversicherungen oder Beihilfeträgern das Recht eingeräumt wird, Preisabsprachen mit einzelnen Ärzten oder Krankenhäusern völlig losgelöst von der amtlichen Gebührenordnung vereinbaren zu können. Ein ruinöser Preiswettbewerb zu Lasten der Patienten und der Ärzte wäre vorprogrammiert. GOZ und GOE stellen staatliche Preisregulierungsinstrumente dar, die der Staat mit dem Ziel einsetzen muss, einen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der Patienten und der Ärzte herzustellen. Mit der genannten Öffnungsklausel kann der gemeinwohlorientierte Sinn und Zweck einer amtlichen Gebührenordnung unterlaufen werden. Dies ist durch die Ermächtigungsgrundlage für die beiden Gebührenordnungen nicht gedeckt. Die Delegierten haben deshalb die massiven verfassungsrechtlichen Bedenken der Bundeszahnärztekammer und der Bundesärztekammer unterstützt und darüber hinaus die Auffassung vertreten, dass sich der Staat durch die Ermöglichung von Preisabsprachen zwischen Kostenträgern und einzelnen Ärzten, Gruppen von Ärzten

oder Krankenhäusern seiner Verantwortung entzieht, im Interesse der Allgemeinheit Sorge für die Ausgestaltung der Gebührenordnung zu tragen. Solche Öffnungsklauseln sind dem Charakter nach Kartellvereinbarungen die auch gegen das EU-Recht verstoßen.

Weiterhin diskutierten die Delegierten den Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zum sogenannten Zweitmeinungsverfahren. Ab 01.01.2009 müssen Ärzte vor der Verordnung von teureren besonderen Arzneimitteln die Zweitmeinung eines entsprechend spezialisierten Kollegen einholen. Nach der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses muss vor Behandlungsbeginn künftig eine Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Zweitmeiner stattgefunden haben, nachdem sich der Versicherte zuvor mit dem Verfahren einverstanden erklärt hat. Für diese Abstimmung sind in der Regel höchstens 10 Werktage vorgesehen. Der behandelnde Arzt kann von der Zweitmeinung seines Kollegen nur in Ausnahmefällen abweichen, muss dann aber eine solche Abweichung besonders begründen. Nach Auffassung der Delegierten stellt die vom gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegte Richtlinie einen gravierenden Eingriff in die Arzt-Patienten-Beziehung dar und widerspricht den Grundzügen ärztlichen Handelns. Aus einer langfristigen Betreuung und Therapie des Patienten hervorgegangene Entscheidungsprozesse des behandelnden Arztes werden übergangen. Nicht Arzt und Patient entscheiden über die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens, sondern vorrangig die Kosten des Arzneimittels. Hinzu kommt, dass die Ärzteschaft das aufwendige Genehmigungsverfahren mit noch mehr Bürokratie belastet wird.

Weiterhin nahmen die Delegierten den Geschäftsbericht der Ärztekammer des Saarlandes Abteilung Ärzte für das Jahr 2007 entgegen und stellten die Jahresrechnung der Abteilung Ärzte, in der vom Vorstand vorgelegten und vom Finanzausschuss geprüften

Fassung in den Gesamteinnahmen auf 2.187.858,03 € und in den Gesamtausgaben auf 2.263.563,93 € fest. Der Fehlbetrag in Höhe von 75.705,90 € wird der Betriebsmittelrücklage entnommen. Den Mitgliedern des Vorstandes wurde für das Geschäftsjahr 2007 Entlastung erteilt.

In der Sitzung der Vertreterversammlung am 05.11.2008 referierte der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer Herr Dr. F. Bartmann zu dem Thema „Elektronische Gesundheitskarte - Fluch oder Segen“. Er informierte über die neusten Erkenntnisse zur Frage der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und erläuterte insbesondere den auf der Grundlage der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2008 erarbeiteten Forderungskatalog der Ärzteschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte:

1. Freiwilligkeit der Nutzung aller neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte – insbesondere der Online-Anbindung – durch Patienten und Ärzte. Es muss der Entscheidung von Patienten wie auch der sie behandelnden Ärzte überlassen sein, wann und in welchem Umfang sie Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte nutzen, die über die Funktionen der derzeitigen Krankenversicherungskarte hinausgehen. Diese Forderung gilt im Besonderen für die Online-Anbindung der Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.
2. Vermeidung zentraler Speichersystematik) durch technik- und ergebnisoffene Tests von Speichermedien in der Hand des Patienten (z.B. von USB-Datenträgern) als Alternative zu Zentralservern. Die Tests der elektronischen Gesundheitskarte sind zu ergänzen durch die strukturierte Untersuchung von Alternativen zur Speicherung auch größerer Datenmengen auf Speichermedien, die nach Entscheidung des Patienten als Alternative zur

Speicherung von Daten auf Serversystemen eingesetzt werden können.

3. Beibehaltung des Papierrezeptes als mögliche Alternative zum e-Rezept. Im Sinne der Forderung nach freiwilliger Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte muss es den Ärzten überlassen sein, ob und zu welchem Zeitpunkt sie das elektronische Rezept einführen und in welchem Umfang sie es nutzen.
4. Möglichkeit sicherer Punkt-zu-Punkt-Kommunikation mit Beginn der Online-Phase. Mit Beginn der Online-Phase muss Arztpraxen und Kliniken die Möglichkeit zur sicheren Punkt-zu-Punkt-Kommunikation – z. B. zur Übermittlung Befunden – zur Verfügung stehen.
5. Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen, damit Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte durch eine „Klinische Basisinformation“ ersetzt werden können. Um die elektronische Gesundheitskarte als Offline-Datenträger einsetzen zu können, muss die Nutzung der auf ihr speicherbaren klinischen Basisdaten durch Ärzte auch in der Regelversorgung ermöglicht werden.
6. Alleinige Kontrolle und Transparenz des Patienten über seine Daten. Der Patient muss das Recht haben, jederzeit zu wissen, welche seiner mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte erhobenen Daten wo gespeichert sind, seine Daten jederzeit zu löschen und nicht speichern zu lassen und seine Daten jederzeit Leistungserbringern zugänglich zu machen.
7. Keine Kommerzialisierung von Patientendaten durch ein Verbot der Finanzierung potentiell unzureichend abgesicherter persönlicher elektronischer Gesundheitsakten durch die Krankenkassen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für elektronische Gesundheitsakten nach § 68 SGB V sind so anzupassen, dass für diese Akten die gleichen rechtlichen und technischen

Rahmenbedingungen und Sicherheitsanforderungen wie für elektronische Patientenakten nach § 291a SGB V gelten.

8. Keine Pseudotests der elektronischen Gesundheitskarte da diese nicht geeignet sind, Störungen der Abläufe in Arztpraxen und Kliniken zu verhindern. Durch Beachtung sämtlicher Ergebnisse von Tests und Evaluationen und durch die Behebung aller Fehlfunktionen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte müssen Störungen der Abläufe in Arztpraxen und Kliniken ausgeschlossen werden.
9. Erstellung und Veröffentlichung eines umfassenden Sicherheitsgutachtens und Prüfung der Sicherheitsinfrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte durch unabhängige Experten im Rahmen der Tests.
10. Keine Speicherung von genetischen Informationen und potentiell besonders stigmatisierender Diagnosen mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte. Die Bundesärztekammer wird hierzu Vorschläge entwickeln und vorlegen.
11. Herstellung von Transparenz über die bisher stattgefundenen und weiter geplante Verwendung von Versicherungsgeldern für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.
12. Vollständige Kostenerstattung an Ärzte und Krankenhäuser für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Wem kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen entsteht, dem sind die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer (z. B. die Krankenkassenversicherungen) zu vergüten.

Weiterhin nahmen die Delegierten den Rechenschaftsbericht des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes für das Geschäftsjahr 2007 zustimmend entgegen und stellten die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2007 in der vom Verwaltungsausschuss vorgelegten Fassung fest. Den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses wurde für

das Geschäftsjahr 2007 bei Stimmenthaltung der Anwesenden Mitglieder Entlastung erteilt.

In der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 10.12.2008 diskutierten die Delegierten die Ergebnisse des MLP-Gesundheitsreports 2008. Danach bewerten nur noch 59 % der Bundesbürger die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens als gut oder sehr gut, das sind 5 Prozentpunkte weniger als vor einem Jahr und 23 Prozentpunkte weniger als im Jahr 1994. Das Misstrauen gegenüber der Gesundheitspolitik drückt sich auch darin aus, dass lediglich 16 % der Bürger und 15 % der Ärzte glauben, dass es der Politik gelingt auch längerfristig eine gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Selbst das staatsnahe Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen konstatierte in einer aktuellen Analyse, dass deutschen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu ihren Kollegen in anderen hochentwickelten europäischen Ländern, am wenigsten Zeit für Patientengespräche zur Verfügung steht. Solche Rahmenbedingungen schrecken junge Menschen ab, sie suchen nach Alternativen zu einer ärztlichen Tätigkeit in Deutschland. Die Delegierten bekräftigten ihre Forderung, dass endlich vernünftige Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, die es gerade jungen Ärztinnen und Ärzten wieder leichter machen sich für eine Tätigkeit als Arzt zu entscheiden.

Weiterhin diskutierten die Delegierten Fragen im Zusammenhang mit dem Umbau im Haus der Ärzte und stellten den Haushaltsplan der Abteilung für das Jahr 2009 in Aufwendungen und Erträgen mit insgesamt 2.413.694,00 € auf. Im Hinblick auf das nach der Reform des Beitragsrechts zu erwartende Beitragsvolumen, wurde für das Geschäftsjahr 2009 eine Senkung der Kammerbeiträge um 10 % beschlossen.

Als Delegierte für den Deutschen Ärztetag 2009 wurden gewählt:

Liste I: Rüdiger Guß
Liste V: Martin Erbe
Liste VII: Cornelia Rupp-John
Liste VIII: Dr. Eberhard Bauer

Der Rechenschaftsbericht der Gemeinschaftshilfe Saarländischer Ärzte für das Jahr 2007 wurde entgegengenommen. Der Spendenbeitrag für das Geschäftsjahr 2009 wurde wie bisher auf 18,- € pro Sterbefall festgesetzt.

Der von den ärztlichen Mitgliedern der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 10.12.2008 aufgestellte Haushaltsplan der Abteilung Ärzte für das Jahr 2009, wurde in der Sitzung der Vertreterversammlung am gleichen Tag festgestellt. Ebenso festgestellt wurde der Haushaltsplan der Abteilung Zahnärzte für das Jahr 2009. Der Haushaltsplan der Abteilung Versorgungswerk für das Jahr 2009 wurde in Aufwendungen und Erträgen mit 82.397.200,00 € festgestellt.

Vorstand

Im Berichtszeitraum fanden jeweils 10 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. Vizepräsident	1. ärztl. Beisitzer	2. ärztl. Beisitzer	3. ärztl. Beisitzer
SR Dr. Gadomski	SR Dr. Roth	Dr. Rolshoven	Dr. Ullmann	Dr. Adolph
Grundsatzfragen	Krankenhauswesen	ambul. ärztliche Versorgung	Rettungs-dienst	Notfalldienst
Öffentlich-keitsarbeit	ärztliche Aus- und Weiterbild.	Gebührenordnung	Katastrophen-und Zivilschutz	Arzthelferinnen-Ausbildung
		Berufsordnung	Fortbildung	Arzneimittel-versorgung
			Qualitäts-sicherung	Qualitätssicherung
				med. Forschung

Arztzahlenentwicklung

Die Zahl der Pflichtmitglieder der Ärztekammer des Saarlandes, Abteilung Ärzte, betrug am 31.12.2008 5.365, sie erhöhte sich gegenüber dem 31.12.2007 um 29 (0,54 %), die Zahl der berufstätigen Ärzte stieg im gleichen Zeitraum von 4.226 auf 4.255 (0,68 %). Die Zahl der niedergelassenen Ärzte sank von 1.605 auf 1.587 (1,13 %), die Zahl der Krankenhausärzte stieg von 2.215 auf 2.240 (1,12 %). Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit blieb mit 1.110 unverändert.

Weiterhin gehören der Kammer 224 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 31.12.2008 betrug demnach 5.589 (31.12.2007: 5.575).

Weitere statistische Einzelheiten können den **Anlagen 1 und 2** entnommen werden. Gegenüber 1970 ist die Zahl aller Ärztinnen und Ärzte (2.028) um 3.561 gestiegen; dies bedeutet eine Zunahme von 175,59 %. Die Zahl der berufstätigen Mitglieder stieg von 1.778 auf 4.255 (239,31 %). Die Zahl der Ärztinnen/Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit stieg von 250 auf 1.110 (444 %).

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

Weiterbildung

Schwerpunkt der Tätigkeit des Weiterbildungsausschusses war im Jahre 2008 die Überprüfung der bestehenden Weiterbildungsbefugnisse. So wurde ein Großteil der 764 zur Weiterbildung befugten Ärzte angeschrieben, und gebeten ihr aktuelles Leistungsspektrum vorzulegen. Der Weiterbildungsausschuss überprüfte in wie fern die nach der neuen Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen eingehenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, aufgrund des vorhandenen Patientengutes und des Leistungsspektrums der Klinik bzw. der Praxis vermittelt werden kann.

Darüberhinaus wurden für neu in die Weiterbildung aufgenommene Qualifikationen auch neue Befugnisse erteilt. Voraussetzung für die Erteilung einer persönlichen Befugnis des leitenden Arztes oder der leitenden Ärztin bzw. Praxisinhabers oder Praxisinhaberin, ist die Zulassung der Abteilung bzw. der Praxis als Weiterbildungsstätte. Gemäß § 6 der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes ist eine zugelassene Weiterbildungsstätte eine Universitäts- oder Hochschulklinik sowie eine hierzu von der Ärztekammer zugelassenen Einrichtung der ärztlichen Versorgung. Zu den Einrichtungen der ärztlichen Versorgung zählt auch die Praxis eines

niedergelassenen Arztes. Eine Weiterbildungsstätte muss insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die für die Weiterbildung typischen Krankheiten müssen nach Zahl und Art Patienten regelmäßig und häufig genug vorkommen,
- Personal und Ausstattung der Einrichtung müssen den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen,
- Krankenhausabteilungen müssen eine regelmäßige Konsiliartätigkeit aufweisen.

In den Gebieten, in denen die Weiterbildungsordnung eine Basisweiterbildung vorsieht, wurde eine getrennte Weiterbildungsbefugnis sowohl für die Basisweiterbildung als auch für die Weiterbildung in der Facharztkompetenz erteilt.

Am 02.09.2008 trat die von der Vertreterversammlung im Juni 2007 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung in Kraft. Notwendig wurde die erneute Änderung der Weiterbildungsbefugnis durch die Verabschiedung der neuen Richtlinien 2005/36-EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Mit Hilfe dieser Richtlinie soll eine größere Liberalisierung der Erbringung von Dienstleistungen, ein stärkerer Automatismus bei der Anerkennung von Qualifikationen und eine größere Flexibilität bei der Aktualisierung der Richtlinie erreicht werden. An diese Richtlinien waren sowohl das Saarländische Heilberufekammergesetz als auch die Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes anzupassen. Darüberhinaus enthält die Änderung die Beschlüsse des 110. Deutschen Ärztetages vom Mai 2007. Als wesentliche Neuerung wäre hierbei die Wiedereinführung der Facharztqualifikation Innere Medizin zu nennen. Bei genauerem Hinsehen wird man jedoch feststellen, dass die Facharztqualifikation „Innere Medizin“ nicht mit dem alten Facharzt

„Innere Medizin“ wie er bis zum April 2005 in der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes enthalten war, identisch ist.

Ferner ist im Gebiet Innere und Allgemeinmedizin der Begriff Schwerpunkt nicht mehr enthalten. Damit wird verdeutlicht, dass es sich bei der Qualifikation „Innere Medizin und Angiologie“, „Innere Medizin und Endokrinologie“ usw. um eigenständige Facharztbezeichnungen handelt und nicht mehr um Schwerpunktkompetenzen.

Die Facharztbezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ wird zukünftig „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ lauten. Die Struktur des Weiterbildungsgangs in der Facharztqualifikation „Innere und Allgemeinmedizin“ wurde bereits mit der Änderung vom 15.12.2004, welche am 02.04.2005 in Kraft getreten ist, umgesetzt. Bisher erhielten die Weiterbildungsassistentin bzw. der Weiterbildungsassistent nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung im Gebiet Innere und Allgemeinmedizin die Facharztqualifikation Facharzt für Allgemeinmedizin. Mit der am 02.09.2008 in Kraft getretenen Änderung der Weiterbildungsordnung wird eine Urkunde mit der Facharztanerkennung Innere und Allgemeinmedizin erstellt. Da diese Bezeichnung von der EU-Kommission in Brüssel noch nicht notifiziert ist, hat die Vertreterversammlung eine gesonderte Übergangsbestimmung beschlossen. Danach darf die Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ nur in der Form „Facharzt für Allgemeinmedizin“ oder „Allgemeinarzt“ geführt werden. Die Facharztbezeichnung für „Innere und Allgemeinmedizin“ oder die zugehörige Kurzbezeichnung darf erst nach der Notifizierung durch die EU-Kommission geführt werden. Kammerangehörige, die die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ aufgrund der Bestimmungen der Weiterbildungsordnung in der Fassung vom

15.12.2004 erworben haben, erhalten dann die Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“.

Allgemeinärzte sollen die Anerkennung der neuen Bezeichnung beantragen können, wenn sie mindestens 24 Monate Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin nachweisen können. Allgemeinärzte, die mindestens 18 Monate Weiterbildung im Gebiet der Inneren Medizin nachweisen, sollen die Anerkennung der neuen Bezeichnung auch dann beantragen können, wenn sie mindestens 5 Jahre hauptberuflich hausärztlich in eigener Praxis tätig waren.

Internisten, die eine mindestens 5-jährige hauptberufliche hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis nachweisen können, sollen ebenfalls die Möglichkeit haben, die neue Bezeichnung zu beantragen. Ein entsprechender Antrag kann dann innerhalb einer Frist von 7 Jahren gestellt werden. In jedem Falle wäre eine mündliche Prüfung erforderlich.

Durch eine redaktionelle Änderung in Abschnitt B.6.1 Facharzt/Fachärztin für allgemeine Chirurgie soll verdeutlicht werden, dass es sich bei der Facharztqualifikation um eine eigenständige Qualifikation handelt und die Facharztweiterbildung „Allgemeine Chirurgie“ nicht die Summe der chirurgischen Einzelgebiete darstellt.

Folgende Regelungen sollen die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung erleichtern:

Die bisherige Facharztweiterbildung „Spezielle Intensivmedizin“ wurde in der neuen Weiterbildungsordnung durch die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ ersetzt. Viele Ärztinnen und Ärzte, die ihre alte Qualifikation der Fakultativen Weiterbildung in die neue Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ändern wollten, hätten in einer erneuten mündlichen Prüfung ihre fachliche Qualifikation belegen

müssen, obwohl sie die Fakultative Weiterbildung bereits durch eine mündliche Prüfung erworben hatten. Auf Anregung des Weiterbildungsausschusses können Ärztinnen und Ärzte, die im Besitze der alten Fakultativen Weiterbildung „Spezielle Intensivmedizin“ sind, die neue Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ erwerben, ohne dass eine erneute mündliche Prüfung erforderlich wird.

Bei der Zusatzweiterbildung „Psychotherapie fachgebunden“ wurden die in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Mindestzahlen an die Psychotherapievereinbarung in der vertragsärztlichen Versorgung angepasst. Hierdurch wird zukünftig sichergestellt, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. die Verhaltenstherapie auch in Zukunft durch entsprechend qualifizierte ärztliche Psychotherapeuten gemäß der Psychotherapievereinbarung erbracht werden kann.

Die Anforderung an die Zusatzbezeichnung Sportmedizin wurden dahingehend geändert, dass die vorgeschriebene 120 Stunden sportärztliche Tätigkeit unter Supervision eines Weiterbildungsbefugten in einem Sportverein, bereits während der 12-monatigen Weiterbildung bzw. der 240-stündigen Kursweiterbildung erfolgen kann. Dadurch verkürzt sich der Zeitraum in welchem die Zusatzbezeichnung erworben werden kann.

Für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ enthält die Änderung der Weiterbildungsordnung eine Übergangsbestimmung, wonach Ärzte mit der neuen Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ welche nach den Bestimmungen der alten Weiterbildungsordnung die Fakultative Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ besitzen, berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ zu führen, ohne eine erneute mündliche Prüfung zu absolvieren.

Ebenso enthält die Änderung der Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ die Möglichkeit, dass Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, welche zuvor im Besitz der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie waren, die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ führen können, ohne eine erneute mündliche Prüfung abzuleisten.

2008 wurden insgesamt 689 Qualifikationen nach der Weiterbildung erteilt. Diese verteilen sich wie folgt:

Facharztanerkennung	205
Schwerpunkte	47
Zusatzbezeichnungen	356
Fachkunden nach der RöV	79
Fachkunde nach der Strahlenschutz- Verordnung	2

insgesamt	689

Eine Übersicht der erteilten Bezeichnungen, aufgeschlüsselt nach Facharzt, Schwerpunkt, kann der Anlage 4 entnommen werden.

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

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 zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte durch Beteiligung an den Kosten der besetzten eigenständigen Weiter-

bildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Die maximal zulässige Förderungsdauer eines Weiterbildungsverhältnisses 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 26 Förderungen ausgesprochen. Im ambulanten Bereich wurden von insgesamt 25 möglichen Assistentenstellen 29 gefördert.

Ausschuss 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 wissenschaftliche medizinische Versorgung. Im ambulanten Bereich unterliegen etwa 30 % aller Leistungen, die gesetzlichen Krankenversicherten im Rahmen der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen, besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen. In 40 Bereichen – wie beispielsweise der Koloskopie oder 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 Ergebnisse in hohem Maße von besonderen Qualitätsanforderungen abhängt, nur von entsprechend qualifizierten Ärzten angeboten wird. Die vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in einem jährlichen Qualitätsbericht zusammengestellt und aufgearbeitet.

Im stationären Bereich ist die Ärztekammer des Saarlandes in einem 4-seitigen Vertrag über die Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern mit den Verbänden der Krankenkassen im Saarland und der Saarländischen Krankenhausgesellschaft und dem

Dachverband der Pflegeorganisationen im Saarland eingebunden. Mit diesen Qualitätssicherungsverträgen wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass ein richtungsübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern von der Vertragsabteilung einvernehmlich durchgeführt, ausgewertet und weiterentwickelt werden. Die krankenhausübergreifende Qualitätssicherung macht es möglich, die Qualität der Versorgung in den Kliniken laufend zu beobachten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung, soweit erforderlich, einzuleiten. Damit werden die krankenhausinternen Anstrengungen um eine hohe Qualität der stationären Versorgung, sinnvoll ergänzt. Auf 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 Qualitätssicherungsmaßnahmen aufzuarbeiten. 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 Qualitätsvergleiche durch und informieren den Lenkungsausschuss

über die Ergebnisse der Auswertung. Werden aufgrund der Dokumentation 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 eine Empfehlung von Fortbildungsmaßnahmen erfolgen und es können Besprechungen mit dem im Krankenhaus Verantwortlichen stattfinden.

Trotz angespannter finanzieller Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Interessenslagen 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.

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 2008 konnten nach entsprechender Vorprüfung 625 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 531 Ärztinnen und Ärzte erhalten.

Im Berichtsjahr wurden rund 2600 Veranstaltungen zertifiziert. In 2 Fällen musste eine negative Entscheidung erfolgen, hauptsächlich mit der Begründung, dass die Themen nicht medizinisch-fachlichen Inhalts sind.

Sowohl bei der Zertifizierung für Qualitätszirkel als auch bei den übrigen Zertifizierungsanträgen hat sich die Anzahl gegenüber dem Jahr 2007 deutlich erhöht.

Der Fortbildungsausschuss hat in seiner Sitzung vom 14.04.2008 das Programm für das Fortbildungsjahr 2008/2009 besprochen.

Zu den nachstehenden, vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung festgelegten Schwerpunktthemen, wurde die Durchführung der Klinischen Wochenenden beschlossen:

- Schmerztherapie bei Tumorerkrankungen
- Interdisziplinäre Aspekte der bildgebenden Diagnostik
- Kontrazeption – aktuelle Aspekte
- Sportmedizin und Klinische Medizin: Widerspruch oder Notwendigkeit
- Pädiatrische Arzneimitteltherapie

Den Festvortrag anlässlich der Eröffnung des Fortbildungsjahres 2008/2009 am 01.10.2008 zum Thema „Die Rolle der deutschen Ärzteschaft bei der Contergan-Katastrophe“ hielt Herr Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen, Mitglied und ehemaliger Vorsitzender des Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie sowie für Klinische Pharmakologie.

Berufsrecht/Berufsgerichtsbarkeit

Im Jahr 2008 hat der Kammervorstand in 10 Fällen Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gestellt.

Davon war in 3 Fällen zuvor eine Verurteilung durch ein Strafgericht bzw. ein Strafbefehl vorausgegangen. In einem Fall ging es dabei um fahrlässige Tötung im Rahmen einer Operation, im zweiten Fall wurde der Arzt wegen des Besitzes von kinderpornographischen Schriften auf dem Praxiscomputer verurteilt und im dritten Fall handelte es sich um einen Abrechnungsbetrug im kassenärztlichen Bereich, wobei durch das Strafgericht eine Freiheitsstrafe von einem Jahr im Vorfeld des berufsgerichtlichen Verfahrens verhängt wurde.

Dem letzten Fall lagen Ermittlungen der so genannten „Ermittlungsgruppe Rezept“ zugrunde. In einem Fall ist der Ärztekammer der Vorgang nach Abschluss eines zivilgerichtlichen Verfahrens durch den Vorsitzenden des Zivilgerichts übermittelt worden, da sich in dem Verfahren herausgestellt hatte, dass der betroffene Arzt zum Zwecke der Honorarmehrung einzelne Patienten an verschiedenen Terminen zur Untersuchung einbestellt hatte, obwohl die Untersuchung an einem Tag hätte stattfinden können, um so die Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung zu unterlaufen.

Den übrigen 6 Berufsgerichtsansträgen lagen Beschwerden von Patienten zugrunde, wobei es in 2 Fällen um die Unterlassung eines notwendigen Hausbesuches ging, in einem Fall nachweislich Kassenpatienten bei der Terminvergabe gegenüber Privatpatienten benachteiligt wurden und in einem Fall den Praxismitarbeitern unzulässiger Weise Blanko-Rezepte durch den Arzt zur Verfügung gestellt wurden, die diese in der Urlaubszeit des Arztes ausgefüllt und an die Patienten ausgegeben haben. Dem letzten Berufsgerichtsanspruch aus dem Berichtsjahr lag zugrunde, dass eine absichtlich falsche Indikation zur Durchführung einer Operation gestellt wurde, um so die eigenen OP-Zahlen zu steigern.

Auf der Grundlage von § 32 Abs. 1 Saarländisches Heilberufekammergesetz hat der Kammervorstand die Möglichkeit, von der Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens abzusehen, wenn wichtige berufsständische Belange nicht berührt sind und die Schuld des Arztes gering ist. In diesen Fällen hat der Kammervorstand die Möglichkeit, statt eines Antrags auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens eine „Förmliche Rüge“ zu verhängen. Von dieser Möglichkeit hat der Vorstand im Jahr 2008 sechsmal Gebrauch gemacht. Hierbei wurde seitens des Vorstands in 2 Fällen gerügt, dass der Arzt, ohne den Patienten vorher untersucht zu haben, an den

Rettungsdienst bzw. das Krankenhaus verwiesen hat. Ein weiteres Mal lag dem Rügebescheid eine Verletzung des Kollegialitätsgebots zugrunde. Die übrigen Rügen betrafen Verstöße gegen das Werberecht, den Datenschutz sowie die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung.

Im Berichtsjahr haben Kammermitglieder in 8 Fällen trotz mehrfacher schriftlicher Ermahnung unter Verstoß gegen § 2 Abs. 6 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes nicht in angemessener Frist auf Anfragen der Ärztekammer geantwortet. Der Vorstand hat daher in diesen Fällen von der Möglichkeit des § 32 Abs. 4 Heilberufekammergesetz Gebrauch gemacht und ein Zwangsgeld angedroht. In 2 der 8 Fälle musste das Zwangsgeld tatsächlich verhängt werden, da eine Reaktion auch nach Androhung des Zwangsgeldes nicht erfolgte.

Im Jahr 2008 war ein erhöhter Beratungsbedarf der Mitglieder, bezogen auf den Abschluss von Verträgen zu verzeichnen. Hierbei ging es neben Verträgen ärztlicher Genossenschaften vorwiegend um neue Vertragsgestaltungsmöglichkeiten auf der Grundlage des Sozialrechts.

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 115 Anträge erledigt werden. Bei den zur Sachentscheidung angenommenen 63 Fällen wurde in 18 Fällen ein Behandlungsfehler bejaht. Die häufigsten Diagnosen die zur Antragstellung führten, stellten sich wie folgt dar:

Katarakt, senile	2
Periphere Gefäßkrankheit	2
Rückenschmerzen	2
Sonstige abnorme Gefäßkrankheiten	2
Abdomen, akut	2
Koxarthrose	2
Epilepsie	2
Diabetes mellitus, Typ 2	2
Hand (Luxation etc.)	2
Uterus myomatosus	2

Die Fachgebietsbeteiligung der Antragsgegner aus Praxis und Krankenhaus kann der nachfolgenden Aufstellung entnommen werden:

<u>Praxis</u>		<u>Krankenhaus</u>	
Hausärztlich tätiger Arzt	4	Frauenheilkunde	10
Orthopädie	3	Unfallchirurgie	9
Urologie	2	Innere Medizin	5
Neurologie	2	Urologie	4
Allgemeinchirurgie	2	Orthopädie	4
Augenheilkunde	2	Allgemeinchirurgie	4
Radiologie	1	Augenheilkunde	4
Kinder- und Jugendmedizin	1	Neurologie	2
Frauenheilkunde	1	Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	2
Innere Medizin	1	Gefäßchirurgie	2

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

Finanzausschuss

Im Berichtszeitraum fanden zwei Sitzungen des Finanzausschusses statt, und zwar am 14.10. und 11.11.2008.

In der Sitzung am 14.10.2008 hat der Finanzausschuss das Rechnungsergebnis für das Jahr 2007 beraten und einstimmig beschlossen die Jahresrechnung dem Vorstand mit der Empfehlung weiterzuleiten, sie der Vertreterversammlung zur Feststellung vorzulegen. Gleichermaßen hat der Ausschuss empfohlen, dem Vorstand Entlastung zu erteilen. Schließlich hat der Finanzausschuss den Prüfbericht der Wirtschaftsprüfer für das Geschäftsjahr 2007 zustimmend zur Kenntnis genommen, wonach die Buchführung und der Jahresabschluss nach pflichtgemäßer Prüfung der Wirtschaftsprüfer Gesetz und Satzung entsprechen.

In der Sitzung am 11.11.2008 hat der Finanzausschuss den Haushaltsplan für das Jahr 2009 beraten und mit der einstimmigen Empfehlung an den Abteilungsvorstand Ärzte weitergeleitet, ihn den ärztlichen Mitgliedern der Vertreterversammlung 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.

Ethik-Kommission

Die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes bestimmt in § 15 Abs. 1, 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 Beratungen ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio), 1983 (Venedig), 1989 (Hongkong) und 1996 (Somerset West) und 2000 (Edinburgh) zugrunde zu legen.

Die Bildung der Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes erfolgte im Oktober 1983. Die Kommission 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.

Die Ethik-Kommission 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 § 28g der Röntgenverordnung registriert.

Im Jahr 2008 ergaben sich folgende personelle Veränderungen:
Aufgrund einer langwierigen Erkrankung von Herrn Professor Rummel, der als Pharmakologe die Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes mitgegründet und bis zu seinem jetzigen Ausscheiden tätig war, wurde ab Januar 2008 Herr Professor Veit Flockerzi als Fachgutachter der Pharmakologie (Institut für Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsklinikums Homburg) zu den Sitzungen der Ethik-Kommission hinzugezogen. In seiner Vertretung stand Herr Professor Freichel, aus dem gleichen Institut, zur Verfügung.

Mitglieder der Ethik-Kommission (2008): (Legislaturperiode 2004 – 2009)

Vorsitzender:	San.-Rat Prof. Dr. med. H. Schieffer	Internist/Kardiologe/Intensivmedizin
Stellv. Vorsitzender:	San.-Rat Dr. med. W. Ertz	Allgemeinarzt/Internist
Mitglieder:	Prof. Dr. med. W. Rummel	Pharmakologe
	Prof. Dr. Dr. h. c. F. C. Sitzmann	Pädiater
	PD Dr. med. H. Rensing	Anästhesist
	Prof. Dr. med. J. Wilske	Rechtsmediziner
	Prof. Dr. Dr. h. c. W. Schmidt	Gynäkologe u. Geburtshelfer
	Dr. med. U. Kiefaber	Allgemeinarzt/Psychotherapie
	Just.-Rat Prof. Dr. jur. E. Müller	Jurist, zum Richteramt befähigt
	Prof. Dr. rer. nat. U. Feldmann	Med. Biometrie + Informatik, Epidemiologie
	Carola Peters, MScN	Leiterin des Schulzentrums am Universitätsklinikum des Saarlandes
	Prof. Dr. med. G. Rettig-Stürmer	Internist/Kardiologe/Intensivmedizin

Im Geschäftsjahr 2008 wurden insgesamt 228 Anträge auf Prüfung eines Forschungsvorhabens an die Ethik-Kommission gerichtet. 218 Verfahren konnten im laufenden Jahr abgeschlossen werden, in 123 Fällen konnten die Anträge ohne Nachforderungen/Auflagen bearbeitet werden. Es waren 163 multizentrische und 65 monozentrische Studien, wovon für 13 multizentrische Studien ein Erstvotum im Saarland 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). (Grafik1).

Auf Antrag wurde bei 68 Studien auf Gebühren verzichtet, da die Antragsteller aus dem Bereich öffentlicher Stiftungen, DFG, etc. kamen und /oder es handelte sich um IIT-Studien (investigator initiated studies), bei 40 Studien wurde eine Mindestgebühr erhoben.

Die Anzahl der eingegangenen Mitteilungen über schwerwiegende, unerwünschte Ereignisse (SAEs, 1.215), Verdachtsfälle unerwarteter schwerwiegender Nebenwirkungen (SUSARs, 1.426), Dokumente, in denen die entsprechend dem Studienprotokoll erforderlichen Prüfdaten festgehalten werden (Case Reports, 1.051) blieben auch im Jahr 2008 konstant, ebenso Prüfarztbroschüren (IB, Investigator's Brochures, 63)

und Prüfplanänderungen und -ergänzungen (Amendments, 180) hingegen blieben unverändert hoch. (Grafik 2)

Im Jahr 2008 haben 12 Kommissionssitzungen stattgefunden. Abhängig von der Zahl der eingegangenen Anträge tagte die Kommission in 3-4wöchigem Abstand. Beratungsgegenstand der Sitzungen waren darüber hinaus Prüfplanänderungen bzw. Amendments bei Vorhaben, die von der hiesigen Kommission ein primäres Votum erhalten haben. (Grafik 2)

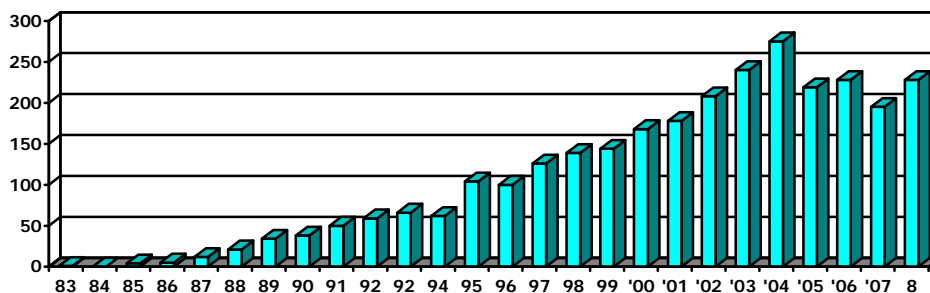
Die Verteilung der Studien aus 2008:

Universitätskliniken Campus Homburg:	150 Studien (8 LKP)
Universität Campus Saarbrücken:	11 Studien (0 LKP)
Andere Kliniken:	36 Studien (5 LKP)
Niedergelassene Ärzte:	31 Studien (0 LKP)

Von 228 Forschungsvorhaben sind 27 in Kooperation zwischen den Kliniken und den niedergelassenen Ärzten durchgeführt worden.

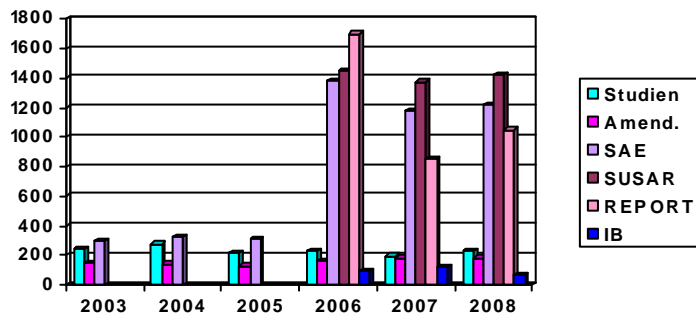
Grafik 1:

Anzahl aller bei der Ethik-Kommission seit Gründung eingegangene Vorgänge



Grafik 2:

Vergleich der Vorgänge 2003 – 2008



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

Entsprechend § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes vom 05. 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 Handelstreibens 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 Richteramt und eine im 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.

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 das stellvertretenden Vorsitzenden.

Im Geschäftsjahr 2008 wurden zwei Anträge auf Lebendnierenspende gestellt, und zwar in einem Fall zwischen Ehe-/Lebenspartnern und in einem Fall zwischen Geschwistern.

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 Januar und November 2008 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

Zur Qualitätssicherung in der Med. Röntgendiagnostik, Strahlentherapie einschließlich Röntgentherapie und Nuklearmedizin ist eine gemeinsame Einrichtung der Ärztekammer des Saarlandes und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 17 a der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen und § 83 der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlung. Die Ärztliche Stelle wird tätig auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen der Ärztekammer des Saarlandes und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland die im Benehmen mit dem Saarländischen Ministerium für Umwelt abgeschlossen und im Berichtsjahr novelliert wurde.

Die Ärztliche Stelle gliedert sich in zwei Geschäftsbereiche:

Geschäftsbereich 1: Röntgendiagnostik

Geschäftsbereich 2: Strahlentherapie/Nuklearmedizin

Die Ärztliche Stelle „Röntgendiagnostik“ entscheidet in der Besetzung mit mindestens 3 radiologisch tätigen ärztlichen Mitgliedern, von denen mindestens eines als Radiologe und eines als Teilradiologe tätig ist. Ein Mitglied soll Krankenhausarzt sein. Soweit Aufzeichnungen und Röntgenaufnahmen von Vertragsärzten zu beurteilen sind, entscheidet die Ärztliche Stelle „Röntgendiagnostik“ ausschließlich in der Besetzung

mit Vertragsärzten. Der Ärztlichen Stelle „Röntgendiagnostik“ gehören weiterhin bis zu zwei beratende Mitglieder an, von denen mindestens eines als Medizophysiker tätig ist. Die erforderliche Zahl von Stellvertretern ist zu bestellen.

Die Ärztliche Stelle „Strahlentherapie/Nuklearmedizin“ entscheidet in der Besetzung mit mindestens einem nuklearmedizinisch und einem strahlentherapeutisch tätigen ärztlichen Mitglied. Ein Mitglied soll Krankenhausarzt sein. Soweit die Prüfung sich auf Vertragsärzte erstreckt, entscheidet die Ärztliche Stelle „Strahlentherapie/Nuklearmedizin“ ausschließlich in der Besetzung mit Vertragsärzten. Der Ärztlichen Stelle „Strahlentherapie/Nuklearmedizin“ gehören weiterhin bis zu zwei beratende Mitglieder an, von denen mindestens eines als Medizophysiker im Bereich der Strahlentherapie/Nuklearmedizin tätig ist. Die erforderliche Zahl von Stellvertretern ist zu bestellen.

Die Ärztekammer des Saarlandes und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland berufen im Benehmen mit dem Minister für Umwelt des Saarlandes die Mitglieder und ihre Stellvertreter. Der Minister für Umwelt des Saarlandes kann eine im Umgang mit diagnostischen Röntgeneinrichtungen/Einrichtungen der Strahlentherapie bzw. Nuklearmedizin erfahrene Person als beratendes Mitglied und dessen Stellvertreter benennen. Die Ärztekammer des Saarlandes und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland berufen diese vom Minister für Umwelt benannten Personen. Die Mitglieder, stellvertretenden und beratenden Mitglieder werden für jeweils 4 Jahre berufen.

Die Ärztekammer des Saarlandes und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland bestimmen im Benehmen mit dem Minister für Umwelt des Saarlandes aus den Reihen der ärztlichen Mitglieder den Vorsitzenden und den stellvertr. Vorsitzenden der Ärztlichen Stelle. Bei der

Bestimmung des Vorsitzenden und des stellvertr. Vorsitzenden müssen beide Geschäftsbereiche vertreten sein. Der Vorsitz der Ärztlichen Stelle wechselt im zweijährigen Turnus zwischen dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter.

Die Ärztliche Stelle hat folgende Aufgaben:

- die Überprüfung, ob die diagnostischen und therapeutischen Strahlenanwendungen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation dem Stand der Heilkunde den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaft entsprechen,
- die Überprüfung, ob die Qualitätsstandards bei der medizinischen Strahlenanwendung bei Untersuchungen und Behandlungen und der Aufzeichnungen der Parameter der Strahlenanwendung am Menschen eingehalten werden,
- die Überprüfung der Maßnahmen zur Optimierung der diagnostischen Strahlenanwendung mit möglichst geringer Strahlendosis für den Patienten bei diagnostisch aussagefähiger Bildqualität,
- die Überprüfung der Beachtung der vom Bundesamt für Strahlenschutz veröffentlichten diagnostischen Referenzwerte in der Röntgendiagnostik und in der Nuklearmedizin,
- die Überprüfung der Unterlagen der strahlentherapeutischen Vorrichtungen mit Planungs- und Lokalisationssystemen und Dosierungsverfahren sowie der nuklearmedizinischen Vorrichtungen und Verfahren, ob sie unter Berücksichtigung des Standes der Technik dem erforderlichen Qualitätsstandard entsprechen,
- die Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen an den Strahlenschutzverantwortlichen zur Optimierung der medizinischen

Strahlenanwendung und die Überprüfung der Umsetzung dieser Vorschläge,

- die unverzügliche Mitteilung an die Behörde in Fällen, in denen sie aufsichtsrechtliche Maßnahmen für notwendig hält, insbesondere, wenn erhebliche Mängel festgestellt werden und damit eine unmittelbare Gefährdung von Patienten zu besorgen ist,
- die Mitteilung an die zuständige Behörde in folgenden Fällen:
 - a) Feststellung von beständigen, ungerechtfertigten Überschreitungen der diagnostischen Referenzwerte,
 - b) Nichtbeachtung der Vorschläge der ärztlichen oder zahnärztlichen Stelle zur Optimierung der Strahlenanwendung,
 - c) Nichtvorlage oder nicht ordnungsgemäße Vorlage von angeforderten Unterlagen,
 - d) Nichtbeachtung der Erfordernisse der medizinischen und Zahnmedizinischen Wissenschaft.
- die jährliche Berichterstattung an die zuständige Behörde:

Die ärztliche Stelle berichtet bis spätestens zum 31. März des folgenden Jahres der zuständigen Behörde über ihre Tätigkeit. In dem Bericht werden aufgeführt:

- die Zusammenfassung der Ergebnisse der Überprüfungen nach Abgleich mit den vom Bundesamt für Strahlenschutz veröffentlichten Referenzwerten,
- die Mängel, die zu einer ungerechtfertigten Strahlenexposition von Patienten geführt haben oder hätten führen können und die nicht unverzüglich behoben wurden,
- die Zusammenstellung der bei den Betreibern ermittelten Expositionswerte.

Die vorstehenden Aufgaben werden auch bei Anwendungen ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen im Rahmen der medizinischen Forschung durch die ärztliche Stelle wahrgenommen.

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 (31.12.2008: 716) 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 12.906,00 €. Hinsichtlich Einzelheiten wird auf den Rechenschaftsbericht des Kuratoriums der Gemeinschaftshilfe verwiesen.

Fürsorgefonds

Die Kammer unterhält zur Unterstützung von bedürftigen Mitgliedern bzw. deren Angehörigen einen Fürsorgefonds, 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 2007 wurde in einem Fall laufende Unterstützung gewährt.

Medizinische Fachangestellte

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 2008 waren nach jeweiliger Prüfung der Verträge 550 Ausbildungsverträge (549 weibliche und 1 männliche Auszubildende) in diesem Berufsausbildungsverzeichnis eingetragen, davon 223 im Berichtsjahr neu abgeschlossene Verträge sowie je 172 Verträge im zweiten Jahr und 155 im dritten Ausbildungsjahr. In insgesamt 397 Arztpraxen waren eine oder mehrere Auszubildende beschäftigt.

Die schulische Vorbildung der Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Vertrag stellt sich wie folgt dar: 136 Auszubildende konnten einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss und 44 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 68.

Die neu eingestellten Auszubildenden gehörten folgenden Geburtsjahrgängen an:

Geburtsjahr	Zahl der Auszubildenden
1990 u. später	20
1989	31
1988	26
1987	22
1986	19
1985	4

Insgesamt 32 Ausbildungsverträge wurden im Berichtsjahr vorzeitig gelöst, davon 22 im ersten Jahr, 8 Verträge im zweiten Jahr und 2 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 zur/zum Medizinischen Fachangestellten vorgeschriebene Zwischenprüfung fand an den drei Berufsschulstandorten am 11. Juni 2008 unter Beteiligung von 168 Auszubildenden statt, und zwar in Brebach mit 68, in Neunkirchen mit 49 und in Saarlouis mit 51 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 2007/2008 war am 16. Januar 2008, wobei das Prüfungsfach Praktische Übungen "Bereich Medizin und/oder Verwaltung" geprüft wurde und die mündliche Prüfung erfolgte.

Die Prüfung hatte folgendes Ergebnis:

Kaufm. Berufs- bildungszentrum	Teilnehme- rinnen	davon			Ergebnis				
		vorzeitig	Wiederholer	Ext.	sehr g.	gut	befr.	ausr.	n.b.
Brebach	19	1	4	-	-	2	2	10	5
Neunkirchen	11	3	1	-	-	1	3	5	2
Saarlouis	13	8	0	-	-	3	6	3	1

Die Teilnehmerinnen und der Notenspiegel der Abschlussprüfung im Sommer 2007 gehen aus nachstehender Tabelle hervor:

Kaufm. Berufs- Bildungszentrum	Teilnehme- rinnen	davon			Ergebnis				
		vorzeitig	Wiederholer	Ext.	sehr g.	gut	befr.	ausr.	n.b.
Brebach	79	2	1	-	-	7	31	38	3
Neunkirchen	61	0	1	-	3	6	23	25	4
Saarlouis	53	2	2	-	1	4	28	20	0

Der Auszubildenden, die im Jahr 2008 ihre Prüfung mit der Note "sehr gut" bestanden hat, wurde in einer Feierstunde am 01. Oktober 2008 durch den Kammervorstand ein Buchgeschenk überreicht.

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 21. Januar 2008 und 03. November 2008 befasste sich der Ausschuss mit den Themen

- Neue Prüfungsordnung / Schulung der Prüfungsausschuss-Mitglieder durch die Ärztekammer des Saarlandes
- Diskussion über eine Vereinbarung entsprechend § 71 (9) BBiG zwischen Ärztekammer und Tierärztekammer betr. die Weiterführung des gemeinsamen Berufsbildungsausschusses

Auf Vorschlag des BbiA hat der Kammervorstand beschlossen, die erstmals 2004 im Rahmen eines Modellprojektes durchgeführte überbetriebliche Maßnahme wegen der großen Nachfrage auch wiederum in 2008 durchzuführen. Damit sollen Defizite in der praktischen Vermittlung fundamentaler Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in der Ausbildungspraxis nicht oder nicht vollständig vermittelt

werden können, ausgeglichen werden.

Das Seminar fand 2008 in der Zeit von Februar bis April mit 30 Schülerinnen statt.

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 ständiger 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.

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. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 81 Fachkunde-Bescheinigungen erteilt.

Arbeitskreis „Hilfe gegen Gewalt“

Der Arbeitskreis unter Vorsitz von Eva Groterath, Kinder- und Jugendärztin/Psychotherapie, Saarbrücken, befasste sich im Verlauf des Jahres 2008 wieder schwerpunktmäßig mit dem Thema „Gewalt gegen Kinder“. Die gesamte Gesetzgebung der letzten zwei Jahre im Saarland zum Kinderschutz hat im übrigen auch so weit reichende Folgen auf das ärztliche Handeln, dass den Kolleginnen und Kollegen hier Unterstützung angeboten werden sollte.

Der AK hatte sich daher schon im Vorfeld mit dem Projekt einer Neuauflage des sog. Blauen Leitfadens „Gewalt gegen Kinder im Saarland“ befasst. Ähnliche Leitfäden gibt es seit Mitte der 90er Jahre in allen Bundesländern, die saarländische Erstausgabe datierte von 1998.

Im Sommer 2008 bildete sich eine kleinere Arbeitsgruppe beim Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales unter Federführung von Dr. Renate Klein; vom Arbeitskreis der Ärztekammer arbeiteten Kollegen Simon-Stolz, Kraft und Groterath mit.

Im Weiteren waren beteiligt Prof. Wilske, Rechtsmedizin Uni Homburg, Vertreterinnen und Vertreter der Polizei, des Landesjugendamtes, der Justiz, des Ministeriums für Bildung, Familie, Frauen und Kultur und der Koordinierungsstelle Häusliche Gewalt.

Wie in anderen Bundesländern beteiligte sich auch hier im Land mit großem Engagement und aktiv die Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Saar.

Der Leitfaden erschien im Frühjahr 2009 in neuer völlig überarbeiteter Version. Nicht nur der sog. Serviceteil mit den Kontaktdaten aller Mitakteure im Präventions- und Hilfesystem wurde aktualisiert. Auch

inhaltlich wurde das Thema Kinder als Opfer von häuslicher Gewalt neu aufgenommen.

Mit einer Veranstaltung in der Saarbrücker Kongresshalle am 01.04.2009 wurde der Leitfaden der Öffentlichkeit vorgestellt. Bei der sehr gut besuchten Fortbildungsveranstaltung mit Podiumsdiskussion war Hauptreferent Dr. Bernd Herrmann, Kinderschutzambulanz Kassel und Herausgeber des ersten deutschen Lehrbuches zum Thema Medizinischer Kinderschutz.

Im Grußwort für die Ärztekammer des Saarlandes betonte Frau Eva Groterath die Bedeutung von Gewalterleben und -mitemleben für die körperliche und seelische Gesundheit, nicht nur von Kindern.

Insofern ist das Thema Gewalt auch ein weit reichendes gesundheitsrelevantes Thema. Ärzte aller Fachgebiete können früher oder später mit entsprechend betroffenen und belasteten Patienten konfrontiert werden.

Der Leitfaden steht zum Download auf der Homepage der TK Saar, des SÄS und der Ärztekammer des Saarlandes bereit.

ANLAGEN

- 1. Ärztinnen / Ärzte nach Bezeichnung und Tätigkeiten**
- 2. Ärztinnen / Ärzte nach Altersgruppen**
- 3. Verhältnis Einwohner / berufstätiger Ärzte**
- 4. Erteilte Gebiets- / Schwerpunktbezeichnungen**
- 5. Erteilte Zusatzbezeichnungen**
- 6. Weiterbildungsbefugnisse Gebiete und Schwerpunkte**
- 7. Weiterbildungsbefugnisse Zusatzbezeichnungen**
- 8. Vertreterversammlung, Vorstand, Ausschüsse**