



**ÄRZTEKAMMER
des
SAARLANDES**

- Abteilung Ärzte -

**Geschäftsbericht
2006**

Vertreterversammlung

Im Berichtszeitraum fanden 2 Sitzungen der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes statt (3. Mai und 6. Dezember 2006) sowie 3 Sitzungen der Gesamtvertreterversammlung (3. Mai, 8. November und 6. Dezember 2006).

In der Sitzung der ärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung am 3. 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 3. 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 frühzei-*

tig ihren Beruf aufgeben. Die Überforderung und Demotivation der Ärzte müssen ein Ende haben. Sie geht zu Lasten der Patientenversorgung und ist mit ursächlich 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 Versorgungsstrukturen 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 vielfältigen 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 8. November 2006 diskutierten die Delegierten eingehend den Referenten-

entwurf 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. Zusatzbeiträge, 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 angehören. 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:

*Ärztenschaft 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 zerschla-

gen, 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 6. 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 gleichen 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 Grotemeyer, 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 Kenntnisse 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 Formulie-

zung macht deutlich, dass sich der Medizinische Fachangestellte/die Medizinische Fachangestellte weiterhin im Rahmen der bisher zulässigen Delegationsmöglichkeiten bewegt. Die Lerninhalte 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 Behandlungsassistenz, Betriebsorganisation und –verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde praxisbezogene integrative Aufgaben aus allen wesentlichen Lerngebieten des Ausbildungsrahmenplans zu lösen. Die Prüfungsbereiche Behandlungsassistenz 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 6. 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.

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.Vize-präsident	1. ärztl. Beisitzer	2. ärztl. Beisitzer	3. ärztl. Beisitzer
SR Dr. Gadomski	Dr. Roth	Dr. Rolshoven	Dr. Ullmann	Dr. Adolph
Grundsatzfragen	Krankenhauswesen	ambul. ärztliche Versorgung	Rettungsdienst	Notfalldienst
Öffentlichkeitsarbeit	ärztliche Aus- und Weiterbildung.	Gebührenordnung	Katastrophen- und Zivilschutz	Arzthelferinnen-Ausbildung
		Berufsordnung	Fortbildung	Arzneimittelversorgung
			Qualitätssicherung	Qualitätssicherung
				med. Forschung

Arztzahlenentwicklung

Die Zahl der Pflichtmitglieder der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Ärzte – betrug am 31.12.2006 5 312. Sie erhöhte sich gegenüber dem 31.12.2005 um 7 (0,13%). Die Zahl der berufstätigen Ärzte sank im gleichen Zeitraum von 4.168 auf 4.165 (- 0,07%). Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg von 1.609 auf 1.615 (0,37 %), die Zahl der Krankenhausärzte sank von 2.194 auf 2.174 (- 0,92%). Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit stieg von 1.137 auf 1.147 (0,88 %).

Weiterhin gehören der Kammer 246 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 31.12.2006 betrug demnach 5.558 (31.12.2005: 5.503).

Weitere statistische Einzelheiten können den Anlagen **1** und **2** entnommen werden. Gegenüber 1970 ist die Zahl aller Ärztinnen und Ärzte (2.028) um 3.530 gestiegen; dies bedeutet eine Zunahme von 174,06 %. Die Zahl der berufstätigen Mitglieder stieg von 1.778 auf 4.165 (234,25 %). Die Zahl der Ärztinnen/Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit stieg von 250 auf 1.147 (458,8 %).

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

Weiterbildung

Die Europäische Kommission hat in dem Vertragsverletzungsverfahren 1999/2065 zur Umsetzung des Titels IV der Richtlinie 93/16/EWG gegenüber der Bundesrepublik Deutschland moniert, dass in Deutschland die „Spezielle Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ und die „Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin“ parallel – allerdings mit unterschiedlichen Diplomen nach erfolgreichem Abschluss - angeboten werden. Zuwandernden Ärztinnen und Ärzten aus anderen Mitgliedsstaaten der EU, die den erfolgreichen Abschluss der „spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ nachweisen können, wird nicht die gleiche Facharztbezeichnung zuerkannt, wie den Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Bundesrepublik Deutschland allgemeinmedizinisch weitergebildet haben. Auch im Bereich der Ärztekammer des Saarlandes wurden in der Allgemeinmedizin zwei Qualifikationsgänge vorgehalten:

1. Die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach Titel IV der Richtlinie 93/16 EWG des Rates vom 5. April 1993. Dieser Ausbildungsgang, der in den §§ 26 a bis e des Saarländischen Heilberufekammergesetzes geregelt ist und mindestens 3 Jahre dauert, führt zur Bezeichnung „Praktische Ärztin“ oder „Praktischer Arzt“.
2. Die fachärztliche Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin nach den §§ 18 bis 26 des Saarländischen Heilberufekammergesetzes in Verbindung mit den Vor-

schriften der als Satzung erlassenen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer des Saarlandes. Dieser Weiterbildungsgang umfasst mindestens 5 Jahre und berechtigt nach erfolgreichem Abschluss zum Führen der Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“.

Nach Auffassung der EU-Kommission widerspricht diese Dualität den EU-rechtlichen Vorgaben. Die Kommission steht auf dem Standpunkt, dass jeder Mitglieds- oder Vertragsstaat lediglich einen allgemeinmedizinischen Ausbildungsgang im Sinne des Titels IV der Richtlinie 93/16/EWG vorhalten darf. Eine entsprechende Regelung im saarländischen Heilberufekammergesetz trat zum 15. Februar 2006 in Kraft. Die Regelungen im einzelnen:

Als Konsequenz aus dem eingangs beschriebenen EU-Vertragsverletzungsverfahren wird die in den Richtlinien 93/16 EWG europarechtlich vorgeschriebene spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin zukünftig nur noch in der Form der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durchgeführt. Diese Regelung verpflichtet die Ärztekammer des Saarlandes die Weiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin in der Weiterbildungsordnung so zu regeln, dass sie mindestens den Anforderungen für die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin gemäß Titel IV der Richtlinie 93/16 EWG entspricht. Damit soll sichergestellt werden, dass die einschlägigen EU-rechtlichen Vorgaben berücksichtigt werden. Die Ärztekammer des Saarlandes kann in ihrer Weiterbildungsordnung auch längere Mindestzeiten festlegen, was ermöglicht, wie bisher schon eine mindestens 5jährige Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin vorzusehen.

Ferner stellt § 26 a des Saarländischen Heilberufekammergesetzes klar, dass der erfolgreiche Abschluss der spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin im Saarland einheitlich zur Berechtigung für die Bezeichnung Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin führt. Wird für die allgemeinmedizinische Weiterbildung eine andere Gebietsbezeichnung einheitlich im Geltungsbereich der Bundesärzteordnung eingeführt, ist diese Gebietsbezeichnung anstelle der Facharztbezeichnung „Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen. Der 106. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2003 mit großer Mehrheit eine novellierte Musterweiterbildungsordnung beschlossen, wonach die Gebietsbezeichnung in der Allgemeinmedizin zukünftig „Fachärztin oder Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ heißen soll. Ei-

ne Übernahme in das Satzungsrecht der Landesärztekammer scheiterte jedoch daran, dass die Aufsichtsbehörde die Auffassung vertrat, dass diese Gebietsbezeichnung - noch - im Widerspruch zu der Bezeichnung steht, die von der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Kommission notifiziert wurde. Durch die oben gewählte Formulierung wird jedoch sichergestellt, dass nach einer Änderung der Notifikation der Gebietsbezeichnung bei der Europäischen Kommission das Führen der entsprechend geänderten Bezeichnung zulässig ist, ohne dass es einer erneuten Gesetzesänderung bedarf.

Im Jahre 2006 hat die Ärztekammer des Saarlandes insgesamt 661 Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung erteilt.

Aufteilung nach Qualifikationsart:

Gebietsbezeichnung	186
Schwerpunktbezeichnung	42
Fakultative Weiterbildung	11
Fachkunden	21
Fachkunde nach der RöV bzw. Strahlenschutzverordnung	166
<u>Zusatzweiterbildungen</u>	<u>234</u>
<u>insgesamt</u>	<u>661</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 31.12.2006 waren im Bereich der Ärztekammer des Saarlandes 1008 Ärzte zur Weiterbildung befugt. Davon entfielen auf Gebiete, Schwerpunkte, Fakultative Weiterbildung 789 sowie 219 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 durch Beteiligung an den Kosten der besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen 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 Abtei-

lungsarzt 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 die Fortbildungspflicht der Vertragsärzte, der ermächtigten Ärzte sowie der angestellten Ärzte eines MVZ oder eines Vertragsarztes eingeführt hat, 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 2006 konnten nach entsprechender Vorprüfung 136 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 112 Ärztinnen und Ärzte erhalten.

Im Berichtsjahr wurden knapp 1.450 Veranstaltungen zertifiziert. In 3 Fällen musste eine negative Entscheidung erfolgen, hauptsächlich mit der Begründung, dass die Themen nicht medizinisch-fachlichen Inhalts sind.

Bei der Zertifizierung der Qualitätszirkel hat sich die Anzahl gegenüber dem Jahr 2005 deutlich erhöht.

Der Fortbildungsausschuss hat in seiner Sitzung am 15.03.2006 das Programm für das Fortbildungsjahr 2006/2007 besprochen und darüber hinaus Einzelfragen zur Pauschalvergabe von Punkten für klinikinterne Veranstaltungen diskutiert.

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

- Naturheilverfahren
- Akne: Krankheit und Leiden
- Inkontinenz
- Die Akutbehandlung des apoplektischen Insults und Myokardinfarkts
- Mammakarzinom
- Therapie und Prävention von Infektionskrankheiten

Das alljährlich zum Fortbildungsprogramm gehörende Umweltmedizinische Forum befasste sich im Jahre 2006 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 2006/2007 am 13.09.2006 zum Thema „Bioinformatik: vom Genom bis zum Medikament“ hielt Herr Prof. Dr. rer. Nat. Hans-Peter Lenhof, Lehrstuhl für Bioinformatik, Saarbrücken.,,

Berufsrecht/

Berufsgerichtbarkeit

Der Kammervorstand hat im Jahr 2006 in 4 Fällen von seiner in § 32 Abs. 1 Saarländisches Heilberufekammergesetz niedergelegten Möglichkeit, eine förmliche Rüge zu erteilen, Gebrauch gemacht. Dabei wurde in einem Fall die verzögerte Erstellung eines Weiterbildungszeugnisses gerügt, in einem weiteren Fall die verzögerte Erstellung eines OP-Berichtes. Die beiden anderen Rügen wurden erteilt wegen Verstöße gegen Abschnitt C der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes, in welchem die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung, insbesondere der Umgang mit dem Patienten niedergelegt sind.

In 11 Fällen sah sich der Kammervorstand im Berichtsjahr gezwungen, Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens zu stellen. Von diesen 11 Fällen richtete sich ein Antrag gegen ein Mitglied aus der Abteilung Zahnärzte. Die übrigen Anträge bezogen sich auf Mitglieder aus der Abteilung Ärzte. In 4 Fällen war der Antragstellung durch die Ärztekammer eine strafrechtliche Verurteilung durch ein Strafgericht vorausgegangen und die Ärztekammer war hier gemäß Nr. 26 der Anordnung über die Mitteilung in Strafsachen durch die Staatsanwaltschaft in Kenntnis gesetzt worden. In allen 4 Fällen standen die Straftaten in direktem Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung, so dass zusätzlich zur strafrechtlichen Beurteilung eine Überprüfung durch das Berufsgericht vorgeschrieben war. In 2 Fällen lag hier ein strafrechtlich geahndeter Rezeptbetrug vor, in einem Fall hatte das Strafgericht eine schwere Körperverletzung abgeurteilt und im 4. Fall war der Vorwurf einer fahrlässigen Tötung rechtskräftig festgestellt worden. Die weiteren Fälle betrafen Verstöße im Rahmen der Behandlungen im ärztlichen Notdienst, unerlaubtes Führen des Dokortitels, die Bildung bzw. Ankündigung unzulässiger Kooperationen mit Nichtärzten sowie die Verweigerung des Einsichtsrechts in die Patientenunterlagen, welches aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient resultiert. In einem Fall war dem Arzt selbst zunächst kein direkter Vorwurf zu machen, da hier ein Patient abgewiesen wurde durch das Praxispersonal, obwohl erkennbar ein Notfall vorgelegen hatte. Insoweit war eine berufsgerichtliche Überprüfung

durch den Vorstand zu beantragen, da hier der Vorwurf eines Organisationsverschuldens, konkret eines Überwachungsverschuldens, im Raum stand.

Auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes kann der Vorstand nach vorheriger schriftlicher Androhung ein Zwangsgeld verhängen, wenn ein Kammermitglied gegen die sich aus geltenden Ordnung und Satzung ergebenden Verpflichtungen verstößt. Von der Möglichkeit der Zwangsgeldandrohung musste der Vorstand im Berichtszeitraum 13 mal Gebrauch machen, da in diesen Fällen nicht in angemessener Frist auf Anfragen des Vorstandes geantwortet wurde. Nachdem im Berichtszeitraum des Vorjahres bei 9 Androhungen erfreulicherweise nur ein einziges mal die tatsächliche Festsetzung des Zwangsgeldes erforderlich war, war der Vorstand im Geschäftsjahr 2006 6 mal gezwungen, das angedrohte Zwangsgeld tatsächlich festzusetzen, da auch nach der Androhung eine Reaktion seitens der betroffenen Ärzte nicht erfolgt ist.

**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 105 Anträge erledigt werden. Bei den zur Sachentscheidung angenommenen 79 Fällen wurde in 19 Fällen ein Behandlungsfehler bejaht. Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragstellung führten, stellten sich wie folgt dar:

<u>Unterschenkel- und Sprunggelenkfraktur</u>	<u>4</u>
<u>Femurfraktur</u>	<u>4</u>
<u>Kniebinnenschaden (degenerativ)</u>	<u>3</u>
<u>Struma</u>	<u>3</u>
<u>Spondylopathien, sonstige</u>	<u>3</u>
<u>Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung</u>	<u>3</u>
<u>Adipositas (auch permagna)</u>	<u>2</u>
<u>Appendizitis, akut/unklar</u>	<u>2</u>
<u>Deformität, Zehen/Finger</u>	<u>2</u>
<u>Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen</u>	<u>2</u>

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

Praxis		Krankenhaus	
Orthopädische Chirurgie	5	Allgemeinchirurgie	16
Innere Medizin	4	Unfallchirurgische Orthopädie	16
Unfallchirurg. Orthopädie	4	Frauenheilkunde	9
Hausärztlich tätiger Arzt	3	HNO-Heilkunde	7
Frauenheilkunde	2	Orthopädische Chirurgie	5
Allgemeinchirurgie	2	Urologie	4
HNO-Heilkunde	1	Neurochirurgie	3
Gastroenterologie	1	Gastroenterologie	2
Handchirurgie	1	Innere Medizin	2
Anästhes. u.. Intensivmed.	1	Anästhes. u.. Intensivmed.	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 2 Sitzungen des Finanzausschusses statt und zwar am 9. Oktober und 6. November 2006.

In der Sitzung am 9. Oktober 2006 hat der Finanzausschuss das Rechnungsergebnis für das Jahr 2005 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 2005 zustimmend zur Kenntnis genommen, wonach die Buchführung und der Jahresabschluss nach pflichtgemäßer Prüfung der Wirtschaftsprüfer Gesetz und Satzung entsprechen.

In der Sitzung am 6. November 2006 hat der Finanzausschuss den Haushaltsplan für das Jahr 2007 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 gütlichem 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 1. April 2006 war:

„Trinkwasser“

Veranstalter war in diesem Jahr die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer des Saarlandes.

Die wissenschaftliche Leitung hatte Herr Prof. Dr. med. Axel Buchter, Homburg.

Referenten:

Dr. med. Manfred Beil, Saarbrücken, Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Abteilung G, Gesundheits- und Verbraucherschutz

Zum Thema Wasser - ein regionales Problem.

Welche Qualität brauchen wir?

Wie kommen wir zu dieser Qualität?

Dr. med. Wolfgang Suchenwirth, Göttingen, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Krankheitserreger und chemische Substanzen im Trinkwasser

Dr. rer. nat. Florian Keil, Frankfurt, Institut für soziale ökologische Forschung GmbH, Forschungsbereich Wissenschaft und Forschungspolitik

Das BMBF-Forschungsprojekt „Stadt“ Strategien zum Umgang mit Arzneimittelstoffen im Trinkwasser

Und

Oberarzt Dr. med. Arne Böcher, Homburg, Institut und Polikli-

nik für Arbeitsmedizin der Universität des Saarlandes

Erkrankungen durch chronische Arsenbelastung

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

Qualitätsprogramm der Bundesärztekammer

Bereits 2004 – im Zusammenhang mit der Verabschiedung des GKV – Modernisierungsgesetzes – haben sich die Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer über die zukünftige Rolle und Darstellung der Ärztekammern auf dem Gebiet von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement beraten. Konsens war und ist, dass die originäre Zuständigkeit der Ärzte für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sowie der Mehrwert der QS-/QM-Initiative der Kammern verdeutlicht werden sollten. Aus diesem Grund hat das Dezernat für die Qualitätssicherung bei der BÄK den Entwurf eines „Qualitätsprogramms“ vorgeschlagen. Der Ansatzpunkt dieses Qualitätsprogramms ist es, die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens, - insbesondere die Ärzte, die Patienten und medizinische Versorgungseinrichtungen – durch Methoden und Instrumente von Qualitätsmanagement und verwandten Methoden bei der Bewältigung der Veränderungsprozesse zu unterstützen. Das Qualitätsprogramm soll gezielt eine Alternative darstellen zu der „Einheitlichen Qualitätsstrategie“ der GMK und dem „Nationalen Qualitätstag“ von G-BA und BMG. Die Zielformulierung des Programms umfasst die Kernaussagen und Schlüsselempfehlungen der verfassten Ärzteschaft für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. In der Agenda mit den 5 Schwerpunktthemen „Qualitätswettbewerb“, „Patientenorientierung/Patientensicherheit“, „Ärztliche Professionsentwicklung“, „Interprofessionelles Zusammenwirken“ und „Wissensmanagement“ soll die aktive QS/QM-Tätigkeit der Ärztekammern verdeutlicht werden. Ergänzt wird das Qualitätsprogramm durch einen Entwurf zur systematischen Kommunikation über die QS-/QM-Aktivitäten. Das Qualitätsprogramm soll kein Manifest darstellen, sondern als Arbeitsprogramm bzw. als Prozesssteuerungsinstrument betrachtet werden, mit dessen Hilfe die verschiedenen QS-/QM-Aktivitäten im Abgleich mit dem weiterentwickelten kammerübergreifenden Qualitätsbericht themenspezifisch zu bündeln und zu priorisieren sind. Die Vernetzung und der Austausch zwischen den Landesärztekammern soll gefördert und die QS-/QM-Entwicklung der Ärztekammern auf der Basis einer gemeinsamen Strategie für die nächsten Jahre vorstrukturiert werden.

Qualitätsbericht von Bundesärztekammer und Landesärztekammern.

Bereits in 2005 wurde bei den Landesärztekammern eine Umfrage zu den strukturellen Gegebenheiten und den konkreten Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement durchgeführt. Daraus war eine umfangreiche Darstellung für den internen Gebrauch Anfang 2006 fertig gestellt und allen Landesärztekammern sowie den Qualitätssicherungsgremien und dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgestellt worden. In einem zweiten Schritt ist dann ein an die Öffentlichkeit im weitesten Sinne gerichteter Qualitätsbericht erstellt worden. Dazu hat man ergänzend bei allen Landesärztekammern die Darstellung eines konkreten Projekts abgefragt. Nach umfangreichen Einzelarbeiten konnte letztendlich der Qualitätsbericht Anfang 2007 als Broschüre veröffentlicht werden. Die Ständige Konferenz „Qualitätssicherung“ hat nun festgelegt, dass eine Fortschreibung dieses Berichts in Zukunft durch eine eigene Arbeitsgruppe erfolgen soll.

Neben einer gestrafften Darstellung der Aktivitäten insgesamt soll bei der zweiten Auflage und den dann folgenden Qualitätsberichten jeweils ein oder zwei Schwerpunktthemen in den Mittelpunkt gestellt werden, um somit in einem höheren Detaillierungsgrad die Aktivitäten von Bundesärztekammer und den Landesärztekammern darlegen zu können. Für den nächsten Qualitätsbericht soll insbesondere das Thema „Weiterentwicklung der ärztlichen Profession“ bearbeitet werden.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 137 SGB

Für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 137 SGB V gelten neue Anforderungen, die vom G-BA bereits Ende 2006 beschlossen wurden. Es ergibt sich dadurch eine neue Gliederung der Berichte wie auch eine Erstellung in zwei Formaten (PDF-Leseversion und XML-Datenbankversion).

Grundsätzlich besteht auch Einigkeit darüber, dass ein einheitlicher Satz von sog. Indikatoren aus dem BQS-Verfahren für die Kliniken vorgegeben werden soll.

Der Grundkonsens zur Darstellung von BQS-Ergebnissen hat aber noch nicht zu einer konkreten anwendungsreifen Vorgabe geführt. Hier gibt es noch Beratungsbedarf, insbesondere zur Darstellung auffälliger Leistungen, für die der „Strukturierte Dialog“ noch keine abschließende Erklärung herbeigeführt hat. Die Verzögerungen machen es aber sehr schwierig, den Kliniken noch rechtzeitig eine handhabbare Darstellung der neuen Anforderungen zu überlassen.

Weiter offene Punkte sind die Entwicklung einer insbesondere auch von Patientenvertretern geforderten Lesehilfe für Patien-

ten sowie eine patientenverständliche Übersetzung der Klassifikationssysteme (ICD bzw. OPS).

Die hierzu erfolgten Vorschläge der Ärzteschaft sind im Arbeitsausschuss des G-BA sehr gut aufgenommen worden. Kritisch wird nach wie vor bewertet, dass die Qualitätsberichte wahrscheinlich auch weiterhin von der Mehrheit der Patienten nicht so ohne weiteres interpretiert werden können. Daher hat die Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz „Qualitätssicherung“ eine „Lesehilfe“ für die Patienten gefordert. Hier kann auch eine Aufgabe der Landesärztekammern darin bestehen, über die Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsberichte und der darin enthaltenen Information aufzuklären.

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 bei Bundesamt für Strahlenschutz nach § 92 der Strahlenschutzverordnung und nach § 28g der Röntgenverordnung registriert.

Mitglieder der Ethik-Kommission (2006):
(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 2006 wurden insgesamt 228 Anträge auf Prüfung eines Forschungsvorhabens an die Ethik-Kommission gerichtet. Es waren 179 multizentrische, 49 monozentrische und 14 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), (Grafik 1).

Eine erhebliche Zunahme des Arbeitsaufwandes ergab sich durch die Vielzahl der eingegangenen Mitteilungen über schwerwiegende, unerwünschte Ereignisse (SAEs, 1.380), Verdachtsfälle unerwarteter schwerwiegender Nebenwirkungen (SUSARs, 1.446), Dokumente, in denen die entsprechend dem Studienprotokoll erforderlichen Prüfdaten festgehalten werden (Case Reports, 1.701), Prüfarztbroschüren (IB, Investigator's Brochures, 93) und Prüfplanänderungen und -ergänzungen (Amendments, 162). (Grafik 2)

Im Jahr 2006 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)

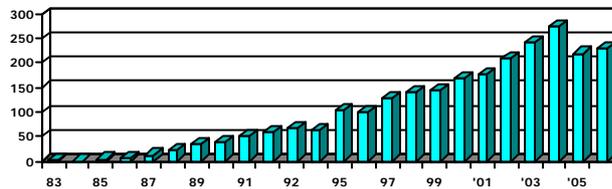
Die Verteilung der Studien aus 2006:

Universitätsklinikum Homburg:	141 Studien (14 LKP)
Andere Kliniken	49 Studien (2 LKP)
Niedergelassene Ärzte.	38 Studien (2 LKP)

Von 228 Forschungsvorhaben sind 29 in Kooperation zwischen den Kliniken und den niedergelassene Ärzten durchgeführt worden.

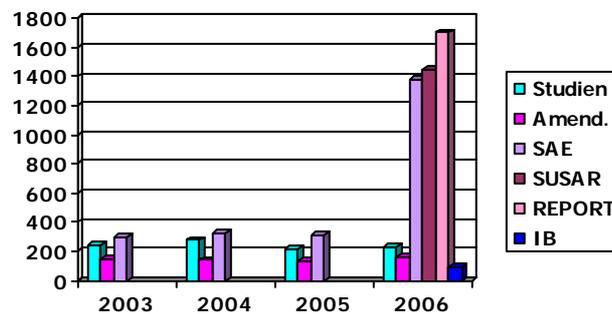
Anzahl aller bei der Ethik-Kommission seit Gründung eingegangene Vorgänge:

Grafik 1



Durch eine im Jahr 2006 installierte neue Software konnten erstmals mehr Vorgänge als bisher statistisch erfasst werden.

Grafik 2



Die multizentrischen Studien, bei denen bereits das Votum für den nicht im Saarland tätig Leiter der klinischen Prüfung (LKP) der zuständigen Ethik-Kommission vorlag, wurden entsprechend § 6 des Status 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 Zeitvotum ausgesprochen.

Die relativ niedrige Studien-Ablehnungsquote aller Ethik-Kommissionen in Deutschland (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.

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 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 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 2006 wurden vier Anträge auf Lebendniere spende gestellt, und zwar in drei Fällen zwischen Ehe-/Lebenspartnern und in einem Fall zwischen Mutter und Tochter.

Gemäß § 2 Abs. 3 der Verfahrensordnung nach § 2 (5) des Saarländischen Ausführungsgesetzes zum Transplantations-

gesetz 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, Mai und Oktober 2006 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 Handelstreibens nach § 17 Transplantationsgesetz ist. Entsprechend wurde gegenüber dem antragstellenden Transplantationszentrum gutachtlich Stellung genommen.

Ärztliche Stelle des Saarlandes

§ 17 a der Röntgenverordnung regelt die Qualitätssicherung durch Ärztliche Stellen. Die Ärztliche Stelle hat die Aufgabe, dem Strahlenschutzverantwortlichen Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Strahlenanwendung vorzuschlagen, insbesondere zur Verbesserung der Bildqualität, zur Herabsetzung der Strahlenexposition oder zu sonstigen qualitätsverbessernden Maßnahmen und nachzuprüfen, ob und wieweit die Vorschläge umgesetzt werden. Nach Abstimmung mit den für die Durchführung der Röntgenverordnung zuständigen Bundesbehörden, haben Bundesärztekammer 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 Medizinphysiker 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 Gemein-

schaftshilfe (31.12.2006: 753) 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 13.572,00 € 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 2006 wurde in einem Fall laufende Unterstützung gewährt.

Medizinische Fachangestellte

Die Ärztekammer des Saarlandes überwacht gemäß § 76 Abs. 1 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 2006 waren nach jeweiliger Prüfung der Verträge 589 Ausbildungsverträge (583 weibliche und 6 männliche Auszubildende) in diesem Berufsausbildungsverzeichnis eingetragen, davon 185 im Berichtsjahr neu abgeschlossene Verträge sowie je 204 Verträge im zweiten Jahr und 200 im dritten Ausbildungsjahr. In insgesamt 469 Arztpraxen waren eine oder mehrere Auszubildende beschäftigt.

Die schulische Vorbildung der Auszubildenden mit neu abgeschlossenem Vertrag stellt sich wie folgt dar: 109 Auszubildende konnten einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss und 42 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 17.

Die neu eingestellten Auszubildenden gehörten folgenden Geburtsjahrgängen an:

Geburtsjahr	Zahl der Auszubildenden	Geb.-Jahr	Zahl der Auszubildenden
1989 u.später	57	1985	10
1988	28	1984	6
1987	29	1983	6
1986	27	1982	7
		1981 u. früher	10

Insgesamt 49 Ausbildungsverträge wurden im Berichtsjahr vorzeitig gelöst, davon 35 im ersten Jahr, 10 Verträge im zweiten Jahr und 4 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 29. März 2006 unter Beteiligung von 216 Auszubildenden statt, und zwar in Brebach mit 84 in Neunkirchen mit 70 und in Saarlouis mit 62 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 2005/2006 war am 18. Januar 2006, 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	Teilnehmerinnen	davon			Ergebnis				
		vorzeitig	Wiederholer	Ext.	sehr g.	gut	befr.	ausr.	n.b.
Brebach	11	1	8	2	1	1	-	8	1
Neunkirchen	1	1	-	-	-	-	-	1	-
Saarlouis	19	13	6	-	-	2	10	3	4

Die Teilnehmerinnen und der Notenspiegel der Abschlussprüfung im Sommer 2006 geht aus nachstehender Tabelle hervor:

Kaufm. Berufsbildzentrum	Teilnehmerinnen	davon			Ergebnis				
		vorzeitig	Wiederholer	Ext.	sehr g.	gut	befr.	ausr.	n.b.
Brebach	79	3	1	-	-	7	31	38	3
Neunkirchen	61	-	1	-	9	23	25	4	
Saarlouis	53	3	2	-	-	5	28	20	-

Der Auszubildenden, die im Jahr 2006 ihre Prüfung mit der Note „sehr gut“ bestanden hat, wurde in einer Feierstunde am 13. September 2006 durch den Kammerpräsidenten ein Buchgeschenk überreicht.

Gleichzeitig wurden langjährig tätige Arzthelferinnen für ihre treuen Dienste geehrt: 9 Arzthelferinnen wurden für ihre mehr als 25-jährige Tätigkeit mit einer Urkunde und einer Medaille in silberner und goldener Ausführung geehrt sowie 8 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 30 Mai 2006 und 10. Oktober 2006 befasste sich der Ausschuss mit den Themen

- Neue Ausbildungsordnung
- Neue Prüfungsordnung
- Fragebogen für Arzthelferinnen-Auszubildende an den Kaufmännischen Berufsbildungszentren Saarbrücken, Neunkirchen, Saarlouis

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 2006 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.

Dieses Seminar fand 2006 in der Zeit von März bis Mai mit 25 Teilnehmerinnen statt

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 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.

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. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 165 Fachkunde-Bescheinigungen erteilt.

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 7. 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 (Ärztchammer 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 nachzu-

weisen.

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 2006 wurde insgesamt 1 Fachkundebescheinigung 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 „Hilfe gegen Gewalt

Der Arbeitskreis unter Vorsitz von Eva Groterath, Kinder- und Jugendärztin/Psychotherapie, Saarbrücken, hatte bei seinen Sitzungen einen Schwerpunkt auf die Organisation einer Fortbildungsveranstaltung für die saarländischen Kolleginnen und Kollegen gelegt.

Der gut besuchte Klinische Samstag fand am 24.06.2006 im Ärztehaus Saarbrücken statt mit dem Thema: „Gewalt gegen

alte Menschen“. Das Einführungsreferat hielt Frau Dr. Fehrenbach, Chefarztin der Gerontopsychiatrie der SHG-Kliniken Sonnenberg mit dem Titel „Was braucht der alte Mensch – und was nicht!“ Im Anschluss stellten Kollegin Gospodinov die Sicht der Hausärztin und Kollege Theres die Sicht des Krankenhausarztes dar. Die Aspekte „Gewalt in der Pflege im hausärztlichen und im professionellen Umfeld“ beleuchteten aus unterschiedlicher Sicht Frau P. Sebastian, Palliative Care und Frau C. Benesch vom Verein Pro Mensch e. V. Auf dem abschließenden Podium unter Leitung von P. Springborn vom Saarländischen Rundfunk nahm auch der ehemalige Leiter der Rechtsmedizin der Universität des Saarlandes, Prof. emer. Dr. H. J. Wagner an der Diskussion teil. Die Disziplin Rechtsmedizin kann hier als eine Art Frühwarnsystem verstanden werden. Der Einladung des Arbeitskreises zur Veranstaltung war auch Herr Kriminalhauptkommissar Lehberger vom LKA gefolgt. Das Dezernat LK A 14 befasst sich mit Polizeilicher Kriminalprävention und Opferschutz.

Der Arbeitskreis ist mit Unterstützung des Kammerpräsidenten bei der Bearbeitung des Themas „Gewalt gegen alte Menschen“ in Kontakt getreten mit den Ministerien für Inneres und für Gesundheit. Bei der Recherche nach validen Daten zum Thema Gewalt gegen alte Menschen findet man nämlich auch im Saarland wie in den übrigen Bundesländern keine dazu geeignete polizeiliche Kriminalstatistik Eine Präzisierung der PKS ist also dringend erforderlich. Beim Gesundheitsministerium wurde der Vorschlag eines sog. Notruftelefons eingebracht. Aus Sicht der Hausärzte ist unbedingt ein niedrighschwelliges Angebot erforderlich, sowohl für Betroffene wie auch für Ärztinnen und Ärzte, die beruflich Kenntnis von einer problematischen oder auch gewaltbelasteten Pflegesituation haben.

Der AK arbeitet zurzeit weiter am Thema Gewalt gegen alte Menschen. Die Problematik Gewalt in der Pflege muss aus ärztlicher Sicht Berücksichtigung finden beim Landesseniorenplan des Gesundheitsministeriums.

Alle Mitglieder des AK sind in ihren jeweiligen Berufsverbänden, QZ, in interdisziplinären Arbeitskreisen, in Fachbeiräten u.a. tätig im Sinne von Gewaltschutz und Gewaltprävention. Der AK versteht sich als Kooperationspartner seitens der Ärztekammer in allen Belangen, welche mit Gewalt und Gewaltprävention zu tun haben.

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**