

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2017
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 78. Jahrgang



Ärztlicher Nachwuchs



Fotos: Katja Kölsch | Grafik: Stephanie Schmitz/Deutscher Ärzteverlag

120. Deutscher Ärztetag
In Freiburg standen unter anderem die GOÄ, Digitalisierung und die neue (Muster-) Weiterbildungsordnung auf der Agenda

Bundestagswahl 2017
Vertreter der Fraktionen im Hessischen Landtag stellen die gesundheitspolitischen Schwerpunkte ihrer Parteien für die Bundestagswahl vor

Weiterbildungsregister
Zentrale Ergebnisse der jährlichen Erhebung aller hessischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Stichtag 1. Oktober 2016

GROSSE NEUERÖFFNUNG: shop.aerzteverlag.de

**ERÖFFNUNGS-
ANGEBOT!**

Nur solange der
Vorrat reicht!



3M™ Littmann® Classic III™ Stethoskop

- Dual-Frequency Membran auf beiden Seiten des Bruststücks für Erwachsene und für Kinder
- Soft-Ohroliven für eine komfortable Passform
- Garantie 5 Jahre

Spezifikation:

- Länge: 69 cm, Gewicht: 150 Gramm
- Edelstahlkopf zweiseitig für Erwachsene 4,3 cm, Kinder 3,3 cm
- Ohrbügel eloxiertes Aluminium

statt ~~€ 98,-~~
nur **€ 88,-**
zzgl. 19 % MwSt.
(€ 104,72 inkl. MwSt.)

In unserem neuen
E-Shop bestellen
und € 10,- netto sparen!

shop.aerzteverlag.de

Ihr persönliches Stethoskop – mit kostenloser Gravur!

Einfach Schrift A) oder B) und Wunschtext (bis zu 25 Zeichen) angeben.



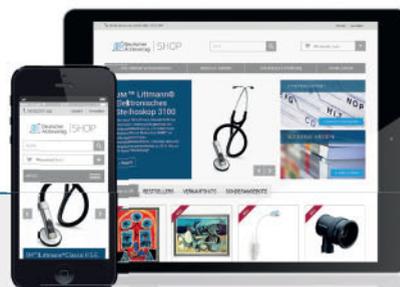
A) *Lucida Calligraphy*



B) Sans Serif

Gravur Abbildung ähnlich

Weitere Schlauchfarben auf
shop.aerzteverlag.de



Online bestellen unter shop.aerzteverlag.de

Angebot gilt bis zum 30.06.2017

Versandkostenfreie Lieferung innerhalb
Deutschlands bei Online-Bestellung.

 Deutscher
Ärzteverlag



Sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren ohne Beteiligung der Ärztekammer? Ein Schelm, wer Böses dabei denkt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bereits seit dem 1. Januar 2016 sind sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärztinnen und -ärzte bundesweit gesetzlich zur Erhebung von Daten für das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention verpflichtet. Weitere Verfahren werden folgen.

Die sogenannten Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), die von den Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu bilden sind, sollen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung eines länderbezogenen sektorenübergreifenden QS-Verfahrens gegenüber dem G-BA übernehmen.

Dies betrifft insbesondere die Bewertung statistischer Auffälligkeiten, die Durchführung des strukturierten Dialogs mit den betroffenen Krankenhäusern und Vertragsärzten und den Abschluss von Zielvereinbarungen. Dazu bedarf es zweifelsohne ärztlichen Sachverständnisses! Bislang ist es allerdings noch in keinem Bundesland zur Gründung einer LAG gekommen, da auf Landesebene Uneinigkeit über die neu zu schaffenden Strukturen und deren Finanzierung bestand. Doch mittlerweile hat der G-BA konkrete Durchführungsbestimmungen für deren Konstituierung erlassen, so dass die LAGs nun zügig gegründet werden müssen, da ja die eingangs bereits erwähnte Pflicht zur Datenerhebung schon seit dem 1. Januar 2016 besteht. Die Kammern sind formal in diesem Prozess zu beteiligen, jedoch nicht mit Sitz und Stimme vorgesehen. Dies halte ich für eine deutliche Fehlentwicklung, wenn nicht sogar eine Missachtung des Heilberufsgesetzes, das den Kammern unter anderem die Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen als Aufgabe zuweist. Qualitätssicherung ist eine originäre Aufgabe jedes Arztes und ergibt sich bereits mittelbar aus der Berufsordnung. Danach ist der einzelne Arzt verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft nach den Geboten der ärztlichen Ethik und insbesondere nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszuüben. Berufsordnungen dienen unter anderem dazu, die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen.

Die heute gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat ihre Wurzeln in freiwilligen Initiativen der Ärzteschaft. Erwähnt seien pars pro toto die Münchner Perinatalerhebung und die Einführung von Tracer-Diagnosen in die Qualitätssicherung Chirurgie in den 1970er-Jahren.

1995 gründeten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die „Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin“ als gemeinsame und paritätisch besetzte Einrichtung, die 2003 in „Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)“ umbenannt wurde. Zweck des ÄZQ ist die Unterstützung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Bereits 1998 forderte das ÄZQ eine bereichsübergreifende Qualitätssicherung und wies auf die Nutzung von Leitlinien sowie die Einbeziehung von Patienten hin.

Der Staat hat den Kammern die Pflicht übertragen, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben das Gemeinwohl zu beachten. Die Kammern haben das Recht und die Pflicht, Politik und Staatsverwaltung in Fragen der Gesundheitspolitik fachlich zu beraten und – vor allem – die Belange des Berufsstandes insgesamt gegenüber Staat und Gesellschaft wahrzunehmen. Dabei können die Kammern die bei ihren Mitgliedern vorhandene Sachkompetenz zum Wohle der Allgemeinheit nutzen.

Ist das in der Politik und der Gesetzgebung in Vergessenheit geraten oder handelt es sich um bewusstes Umgehen? Leider trifft wohl die letztere Annahme zu.

Denn bei einer Abwägung zwischen medizinischen und finanziellen Aspekten sehen die Kammern aus ärztlicher Sicht ihre selbstverständliche Aufgabe darin, für eine ordnungsgemäße Patientenversorgung einzutreten. Diese muss dem Stand der wissenschaftlichen Medizin entsprechen und darf nicht durch Budgets und Rationierung beeinträchtigt werden. Gerade Qualitätssicherung darf nicht als Vorwand für das Vorenthalten notwendiger gesundheitlicher Leistungen missbraucht werden.

Das Land Hessen hat die Möglichkeit, eine stimmberechtigte Teilnahme der Landesärztekammer Hessen durchzusetzen. Dafür wird die LÄKH sich zum Wohl der Patienten vehement einsetzen, denn die LÄKH ist die demokratisch legitimierte, neutrale Vertretung der gesamten Ärzteschaft.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –



Junge Ärzte und Medizinstudierende zu Besuch in der Landesärztekammer Hessen

Welche Erwartungen hat der ärztliche Nachwuchs an die Selbstverwaltung? Darüber diskutierten Vertreter der LÄKH mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Medizinstudierenden bei dem Runden Tisch „Selbst gestalten, statt (nur) verwalten“.

382



120. Deutscher Ärztetag: Aufbruch in ein digitalisiertes Gesundheitswesen

In Freiburg debattierte das Ärzteparlament u.a. zum Thema Digitalisierung und zu den Dauerbrennern GOÄ und (Muster-) Weiterbildungsordnung. Zusätzlich zur Berichterstattung haben außerdem die hessischen Delegierten ihre Eindrücke festgehalten.

388

Editorial: Sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren ohne Beteiligung der Ärztekammer? 379

Ärztekammer

Runder Tisch zum Thema Selbstverwaltung: Ärztlicher Nachwuchs zu Besuch in der Landesärztekammer Hessen ... 382
 120. Deutscher Ärztetag: Aufbruch in ein digitalisiertes Gesundheitswesen 388
 120. Deutscher Ärztetag: Eindrücke hessischer Delegierter 396
 Das hessische Weiterbildungsregister: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2016 416
 Ein Psychisch-Krankenhilfegesetz für Hessen 428
 Rezertifizierung der Carl-Oelemann-Schule 430
 Zankapfel Notfallversorgung: Thema im LÄKH-Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin 435

Bundestagswahl 2017

Wahlprüfsteine: Politiker der Fraktionen im Hessischen Landtag nehmen Stellung zu Fragen der Gesundheitspolitik 404
 Gesundheitspolitische Schwerpunkte: Die Fraktionen im Hess. Landtag und ihre Fachreferenten stellen sich vor 411

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 419
 ■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 425
 ■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 443/446
 ■ **Medizinische Fachangestellte** 445
 ■ **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen** 455

Fortbildung:

Mentorenschulung im Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen 427
 Ärztliche Führungskompetenz im Großschadensfall –27. Seminar Leitender Notarzt (LNA) in Kassel 431



Bundestagswahl 2017: Wohin steuert die Gesundheitspolitik?

Ob Bürgerversicherung oder E-Health – die Liste aktueller Herausforderungen in der Gesundheitspolitik ist lang. Doch welche Schwerpunkte setzen die Parteien im Wahlkampfjahr 2017? Die Vertreter der Fraktionen in Hessen nehmen Stellung.

404/411



Hessisches Weiterbildungsregister: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2016

Welche Berufspläne hat der ärztliche Nachwuchs und welche Fachgebiete sind besonders beliebt? Das hessische Weiterbildungsregister erfasst jährlich alle in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, um Antworten auf diese Fragen zu finden.

416

Junge Ärzte und Medizinstudierende

120. Deutscher Ärztetag: Dialogforum mit jungen Ärzten im Vorfeld des DÄT	387
„Dies Medicus“ der Fachschaft Humanmedizin Marburg	386

Aus den Bezirksärztekammern

Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung durch sektorenübergreifende Kooperation	436
30 Jahre Hospizverein Auxilium / Persönlicher Erfahrungsbericht über eine Sterbebegleitung	438/440
MFA – Das Herz einer Praxis: Langjährige Mitarbeiter für Ehrung in Wiesbaden bitte melden	444

Im Gespräch: Palliativ-Experten geben in Letzte-Hilfe-Kursen ihr Wissen weiter	441
Parlando: Zwischen den Welten – Die Künstlerin Henrieke I. Strecker verwandelt Tränen in Salzblüten	415
Recht: Schweigepflicht im Notarztdienst	432
Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Ärztlicher Bereitschaftsdienst und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf	434
Leserbriefe	437
Impressum	460

Bücher



Die elektronische Patientenakte

Stiftung Münch (Hrsg.)

S. 418



Notfall-Manual

Peter Sefrin, Rainer Schuß

S. 410



tip doc Psychiatrie

Christina Heiligensetzer (Hrsg.)

S. 427



„Selbst gestalten, statt (nur) verwalten“

Runder Tisch zum Thema Selbstverwaltung: Ärztlicher Nachwuchs zu Besuch in der Landesärztekammer Hessen

Was erwarten Medizinstudierende und junge Ärztinnen und Ärzte von der ärztlichen Selbstverwaltung? Welche Themen sind ihnen wichtig und wie kann ehrenamtliches Engagement attraktiv gestaltet werden?

Anstatt nur über die Interessen des ärztlichen Nachwuchses zu sprechen, hat die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) den direkten Dialog mit denjenigen gesucht, die wohl am besten Antworten auf diese Fragen geben können: Bei einem von Katja Möhrle und Caroline McKenney moderierten Runden Tisch haben sich Medizinstudierende und Ärztinnen sowie ein Arzt in Weiterbildung (ÄiW/AiW) in entspannter Atmosphäre mit Vertretern der LÄKH zum Thema Selbstverwaltung ausgetauscht.

„Als Organ der ärztlichen Selbstverwaltung sind wir darauf angewiesen, dass sich unsere Mitglieder an dieser Selbstverwaltung beteiligen“, eröffnete Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄKH, den Runden Tisch für den ärztlichen Nachwuchs, der unter dem Motto „Selbst gestalten, statt (nur) verwalten“ stand. Die Mitgliedschaft würde häufig als Pflicht empfunden, sei aber ein Privileg. Denn die ärztliche Selbstverwaltung biete die Möglichkeit, die Aus- und Weiterbildung des Berufsstandes mitzugestalten, also die eigenen Kompetenzen mitzubestimmen, betonte der hessische Ärztekammerpräsident und appellierte an die Teilnehmenden: „Eine Gesellschaft funktioniert nur dann, wenn Jung und Alt zusammenwirken. Daher wünschen wir uns, dass Sie sich einbringen. Nur so können wir sicherstellen, dass die Ärzteschaft sich auch in Zukunft selbst verwalten kann!“

Was hat Sie dazu motiviert, sich neben Studium und Berufstätigkeit in verschiedenen Verbänden oder Ausschüssen ehrenamtlich zu engagieren?

Carolin Siech (Studentin): Ein entscheidender Grund für mich ist die Vernetzung. Durch den Austausch mit anderen Studierenden von unterschiedlichen Standorten bekommt man ganz neuen Input! Und man möchte natürlich die eigenen Strukturen beleuchten und schauen, was man daran verbessern kann – auch hier ist der Blick von außen und der Austausch mit anderen oftmals eine gute Hilfe.

Matthias Rosenthal (Student): Den einen ausschlaggebenden Beweggrund für mein Engagement kann ich Ihnen gar nicht nennen. Letztlich ging es mir wohl vor allem



Dr. med. Katharina Dippell, Ärztin in Weiterbildung, ist im Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin aktiv.

darum, die Lehre zu verbessern und Informationen und Erfahrungen weiterzugeben, die ich selbst gemacht habe.

Dr. med. Katharina Dippell (ÄiW): Mir ging es ebenfalls vor allem darum, eigene Erfahrungen weiterzugeben, und es macht mir großen Spaß, mich mit anderen Ärztinnen und Ärzten auszutauschen.

Yvonne Jäger (ÄiW): Ich war während meines Studiums bereits in der Fachschaft aktiv und hatte nach meiner Approbation das Glück, zu einer berufspolitisch sehr aktiven Oberärztin zu kommen, die mein

Interesse weiter gestärkt hat. Zudem habe ich gerade zu Beginn meiner Tätigkeit bei Aspekten wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf großen Verbesserungsbedarf gesehen und wollte dazu gerne etwas beitragen. Inzwischen hat sich die Situation zwar verbessert, aber wir sind noch nicht am Ziel angekommen.

Jan Bauer (AiW): Wie viele andere bin ich während des Studiums eher zufällig zum ehrenamtlichen Engagement gekommen und daraus wurde dann einfach mehr. Ich denke, man kann die Leute vor allem über Gruppendynamiken motivieren.

Lauritz Blome (Student): Es sind meistens immer die gleichen Leuten, die im Studium bereits aktiv sind, die sich später dann auch im Berufsleben ehrenamtlich engagieren. Man trifft auf Veranstaltungen eigentlich immer dieselben Gesichter!

An die Studenten der Runde: Fühlen Sie sich ausreichend über die Tätigkeit der Kammer bzw. die ärztliche Selbstverwaltung informiert?

Siech: In Frankfurt erhalten wir höchstens mal vereinzelt Informationen zu diesem Thema, für die breite Masse ist das Ganze eher eine Black Box. Bei denjenigen, die sich ehrenamtlich engagieren, ist das Wissen sicherlich etwas größer, aber die Informationen kommen insgesamt eher nicht bei den Studierenden an.

Rosenthal: Das kann ich auch für Marburg bestätigen, eigentlich wird man erst während des klinischen Abschnitts damit konfrontiert. Vorher gibt es höchstens einzelne Informationsveranstaltungen, aber wirklich bekannt ist die Kammer bzw. die Selbstverwaltung auch bei uns nicht.

Herr Blome, wie schätzen Sie denn grundsätzlich das Interesse Ihrer Kommilitonen, die sich nicht ehrenamtlich enga-

gieren, zu dem Thema ärztliche Selbstverwaltung ein?

Blome: Also das Interesse ist generell nicht besonders groß, das liegt aber sicherlich auch an der Unwissenheit – was man nicht kennt, dafür kann man sich auch nicht interessieren. Bei den Leuten aus der Fachschaft oder anderen Verbänden ist die Lage natürlich anders. Aber grundsätzlich kann es auch mal passieren, dass Studierende einzelne Ärzteverbände mit Versicherungen verwechseln!

Dr. med. Lars Bodammer (Präsidiumsmitglied): Wann wäre denn der beste Zeitpunkt, sich seitens der Kammer an die Studierenden zu wenden? Sicherlich ist das in den ersten Semestern einfach noch etwas verfrüht?

Rosenthal: Mir erscheint das 5. oder 6. Semester sinnvoll für die Kontaktaufnahme. Man könnte sich zum Beispiel auf Veranstaltungen präsentieren, wie jetzt am



Der Frankfurter Medizinstudent Lauritz Blome ist Studentensprecher des Marburger Bundes für Frankfurt und aktiv in der Fachschaft.

Samstag auf dem Dies Medicus [am 13. Mai war die LÄKH als Ausstellerin auf der Informationsveranstaltung „Dies Medicus“ vertreten, die von der Fachschaft Medizin der Universität Marburg veranstaltet wurde, Anm. d. R.]. Aber es könnte beispielsweise auch Pflichtveranstaltungen zum Thema Selbstverwaltung geben oder Besuche bei Einführungsveranstaltungen.

Welches Bild haben denn eigentlich Berufseinsteiger von der Kammer? Frau



Dr. med. Lars Bodammer (links) und BMedSci Frank Seibert-Alves (rechts) diskutieren als Vertreter des Ausschusses ärztlicher Nachwuchs der LÄKH mit den Studierenden und jungen Ärzten.

Dippell, vielleicht schildern Sie uns Ihre Einschätzung einfach mal frei heraus?

Dippell: Oje, das ist eine Frage mit vielen möglichen Fettnäpfchen (lacht). Also nach der Approbation sind junge Ärzte ja erst einmal in der „Klinikschiene“ und bekommen nicht viel von der Kammer mit. Man nimmt sie auch eher als eine Institution wahr, die weit weg und in sich geschlossen ist. Sobald man jedoch einen Ansprechpartner sucht und sich an die Kammer wendet zeigt diese sich dann durchaus sehr offen und kommunikationsbereit, sodass ein guter Dialog entsteht.

Frau Jäger, wie war der erste Kontakt mit der Kammer für Sie? Hat man es Ihnen leicht gemacht?

Jäger: Ich muss sagen, dass ich mich gar nicht genau erinnern kann, wann dieser erste Kontakt gewesen ist. Ich glaube, was jedem Arzt im Gedächtnis bleibt, ist der Moment, wenn einem die Kammer zum ersten Mal Arbeit macht (lacht). Das heißt, wenn man den Mitgliedsbeitrag zahlen und Formulare ausfüllen muss.

Herr Blome, haben Sie eigentlich konkrete Vorstellungen davon, was die Kammer für den ärztlichen Nachwuchs tut? Und fehlen Ihnen hier Aspekte?

Blome: Wir sind derzeit in die Planung des Medizinstudierendentages [der Medizinstudierendentag findet erstmalig dieses Jahr am 6. November statt, Anm. d. R.] involviert, das ist auf jeden Fall ein guter Ansatzpunkt. Aber um langfristig Kontakt zu den Studierenden aufzubauen, müsste

man natürlich auch über soziale Medien wie Facebook gehen. Das Thema muss einfach zugänglich gemacht werden.

Bauer: Also zu der Frage eben würde ich gerne noch ergänzen, dass ich gar nicht unbedingt finde, dass der erste Kontakt mit der Kammer so negativ sein muss. Als ich zum Beispiel meinen Arztausweis in der Hand hatte, fand ich das eine super Erfahrung! Grundsätzlich glaube ich, dass einige Aspekte wie die Fortbildung gar nicht unbedingt mit der Kammer assoziiert werden und sich deshalb viele Ärzte nicht bewusst darüber sind, was überhaupt angeboten wird.



Monika Buchalik, Vizepräsidentin der LÄKH

Grade junge Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus sind sehr schwer zu erreichen, die sind zu Beginn ihrer Karriere erst einmal weg vom Fenster. Hier würde sich der Zugang über das Thema Weiterbildung anbieten – diese Informationen brauchen eigentlich alle Berufseinsteiger. Allerdings müsste man diesen Service noch besser gestalten.

Dippell: Dem stimme ich zu, die Informationen sind nicht unbedingt ansprechend. Zudem würde ich bei bestimmten Themen gar nicht unbedingt an die Kammer als Informationsquelle denken, sondern zum Beispiel eher an den Marburger Bund.

Bodammer: Wir müssen das Thema Beteiligung von zwei Seiten aus betrachten: Natürlich wünschen wir uns engagierte Studierende und junge Kollegen, die sich in der Kammer einbringen wollen. Aber wir müssen auch das entsprechende Angebot für diese Beteiligung schaffen. Wir müssen prüfen, was man den jungen Leuten anbieten kann, und vor allem, was diese überhaupt wollen! Die Kammer sollte nicht nur auf diesen Service-Charakter reduziert werden. Sie ist eine auf gemeinsamen Interessen basierende Gemeinschaft.

Monika Buchalik (Vizepräsidentin): Da möchte ich kurz einhaken: Die Kammer wird vor allem als Verwaltungszentrum wahrgenommen, wir haben Serviceaufgaben und diese müssen wir noch verbessern – ebenso, wie wir Abläufe verschlanken müssen. Allerdings muss die Kammer sich auch selbst regeln und sich bei Debatten wie der Weiterbildungsordnung oder der GOÄ einbringen und positionieren. Man muss sich vor Augen führen, was für eine tolle und spannende Chance es ist, sich selbst verwalten zu können! Das sollten wir den jungen Menschen zeigen!

Dr. med. Frank Seibert-Alves (Delegierter der LÄKH): Letztlich ist und bleibt die Kammer eine Pflichtangelegenheit, das muss man festhalten. Dass Selbstverwal-

tung ein Privileg ist, wird nicht ausreichend vermittelt. Wir befassen uns bereits damit, wie wir den ärztlichen Nachwuchs besser ansprechen können und haben dafür einen Ausschuss gegründet. Denn im



Jan Bauer ist Arzt in Weiterbildung, Mitglied im Marburger Bund sowie Mitglied im Sprecherrat der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Gegensatz zu anderen Berufsgruppen gibt es bei uns keine Quereinsteiger, daher wissen wir genau, wo unser Nachwuchs herkommt und wo wir ansetzen müssen.

Frau Siech, welche weiteren Themen sind für die Medizinstudierenden besonders wichtig?

Siech: Ein ganz großes Thema ist gerade die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Praktischen Jahr (PJ). Aber wir wollen auch Studieninhalte weiterentwickeln und verbessern. Hier ist eine Schnittstelle zu den Ärzten in Weiterbildung, denn letztlich müssen Ausbildungs- und Weiterbil-

dungsinhalte zusammen gedacht werden. Ein Schwerpunkt für uns ist daher der Austausch mit anderen Institutionen, um Strukturen zu verbessern und zu vereinheitlichen. So soll der Übergang vom Studium ins Berufsleben erleichtert werden.

Frau Jäger, Sie sind ja bereits in der Kammer aktiv. Hat man Ihnen den Einstieg in die Berufspolitik leicht gemacht?

Jäger: Es ist mir schon sehr schwer gefallen, Zugang zu diesen Strukturen zu finden. Das Ganze ist sehr komplex und scheint in sich geschlossen zu sein. Zudem braucht man bereits vorab sehr viele Informationen, um zu verstehen, was diskutiert wird. Und es braucht viel Zeit, sich in die Themenkomplexe einzuarbeiten.

Seibert-Alves: Es wird nicht wahrgenommen, dass die Delegiertenversammlungen allen Ärztinnen und Ärzten öffentlich zugänglich sind! Jeder kann „reinschnuppern“ und sich anschauen, ob die Berufspolitik in dieser Form für einen persönlich infrage kommt.

Bodammer: Es ist in der Tat so, dass wir mehr „Vermittler“ bräuchten, die junge Ärztinnen und Ärzte an einzelne Themen heranführen und bestimmte Aspekte erklären. Ein sicherlich sinnvoller Ansatz wäre, diesen Einstieg themenspezifisch zu gestalten, beispielsweise über die Weiterbildung und die Diskussion und Gestaltung, die damit derzeit verbunden sind.

Buchalik: Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass wir in unserer jüngsten Delegiertenversammlung etwas wirklich Gutes für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erreichen konnten, nämlich eine neue Fehlzeiten-Regelung! Das sind so positive Aspekte, die man dem ärztlichen Nachwuchs nahebringen muss! Und darauf aufbauend kann man jungen Menschen dann nach und nach die ganzen Strukturen, die hinter solchen Entscheidungen stehen, näher bringen.

An die Ärzte in Weiterbildung: Viele von Ihnen engagieren sich in Netzwerken oder Verbänden außerhalb der Kammer. Worin liegt der Unterschied zu den Partizipationsmöglichkeiten in der LÄKH?



Moderation: Caroline McKenney (links) und Katja Möhrle (rechts)

Jäger: Ich glaube, das sind gewachsene Strukturen. Wie zu Beginn schon gesagt wurde, fängt das Engagement meistens während des Studiums schon an und der Kontakt mit der Kammer beginnt erst zu einem späteren Zeitpunkt.

Bauer: Soziale Medien wie Twitter und Facebook sind ganz wichtig für die Kommu-



Yvonne Jäger ist Ärztin in Weiterbildung, Mitglied des Marburger Bundes und Delegierte der LÄKH.

nikation. Dreh- und Angelpunkt ist jedoch meiner Meinung nach die Website bei der Kontaktaufnahme. Deshalb würde ich an dieser Stelle auch auf die Möglichkeit aufmerksam machen, sich zu engagieren und die verschiedenen Optionen für ehrenamtliche Mitarbeit vorstellen.

Rosenthal: Es könnte zudem sinnvoll sein, sich besser mit den Institutionen und Gremien zu verknüpfen, die bereits aktiv sind – wie zum Beispiel den Fachschaften an den Universitäten.

Ehrenamtliches Engagement ist immer auch eine Zeit- und Organisationsfrage. Glauben Sie, dass die bisherigen Strukturen verändert werden könnten, um mehr junge Ärztinnen und Ärzte für die Selbstverwaltung zu gewinnen?

Dippell: Ich glaube, der zeitliche Faktor stellt eine ganz große Hürde dar. Denn es ist nun mal eine Herausforderung, neben Berufsalltag, Familie und Privatleben noch Zeit und Muße für ein Ehrenamt aufzubringen. Ich kann mir aber auf jeden Fall vorstellen, dass mehr Transparenz in Bezug auf das, was durch ein

Engagement erreicht werden kann, etwas bewirken kann. Denn das bekommt man im normalen Alltag gar nicht unbedingt mit.

Jäger: Eine andere Organisation als die derzeitige kann ich mir kaum vorstellen, das wäre vor allem für die Kolleginnen und Kollegen zu Beginn des Berufslebens nicht realisierbar. Da kann man sich nicht unter der Woche einen Tag abmelden, weil man zu einer Sitzung muss. Das Engagement in der Selbstverwaltung geht zu Lasten der Freizeit, anders halte ich es nicht für möglich.

Bodammer: Viele Ärztinnen und Ärzte würden sich auch lieber punktuell mit bestimmten Themen beschäftigen und das über kürzere Zeiträume.

Buchalik: Die Kammer setzt sich ja auch für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein, wir haben zum Beispiel für die Delegiertenversammlungen das Angebot der Kinderbetreuung. Dasselbe gilt für die Fortbildungen in der Akademie. Hier müssen weitere Strukturen geschaffen werden, denn wie soll eine Familie sonst mit einem Ehrenamt vereinbar sein?

Bei den Studierenden und auch in der Ärzteschaft ist das Thema Masterplan Medizinstudium 2020 derzeit ein großes Thema, die Kammer hat sich hierzu bereits positioniert. Kommt dieses Engagement bei den Studierenden an?

Siech: Die Positionierung zum Thema Masterplan von verschiedenen Verbänden und Institutionen – unter anderem der Kammer – sind uns bekannt. Auch hier



Matthias Rosenthal ist Medizinstudent an der Universität Marburg und in der dortigen Fachschaft Medizin aktiv.

halten wir den Austausch für besonders wichtig, da es sich letztlich um eine Schnittstelle zwischen Studium und Weiterbildung handelt.

In der Kammer werden die Karten alle fünf Jahre neu gemischt; 2018 stehen wieder Kammerwahlen an. Welche Erwartungen haben Sie an die Inhalte und Themenschwerpunkte in der kommenden Legislaturperiode?

Bauer: Vor allem erwarte ich eine realistische Weiterbildung, denn die derzeitige

Anzeige



forderten Kataloge sind kaum realisierbar. Ich plädiere außerdem dafür, die Weiterbilder mehr in die Pflicht zu nehmen.

Blome: Ich würde vor allem das Thema Weiterbildung Plus in den Mittelpunkt rücken, also: Weiterbildung plus Forschung, Familie, Selbstverwaltung. Es sollte mehr für die Vereinbarkeit dieser verschiedenen Bereiche getan werden.

Bodammer: Bei der Weiterbildung wollen wir die Anforderungen runterschrauben und stattdessen mehr und bessere Kontrollen zu etablieren. Das soll der Verbesserung der Qualität dienen. Beim Thema Weiterbildungsordnung dürfen wir die Studierenden nicht außen vor lassen, wir müssen sie bereits im PJ erreichen und einbeziehen. Denn Ärzteschaft und Studierende sind nicht konsequent trennbar.

Buchalik: So ist es, denn letztlich warten wir auf den Input der jüngeren Generation. Wir sind auf Sie angewiesen!

Seibert-Alves: In anderen Bundesländern können PJ'ler kostenfrei Mitglieder der Kammer werden, ein entsprechender Vorschlag wurde in Hessen leider abgelehnt. Es ist allerdings eine Option, die weiter diskutiert werden sollte, denn sie bezieht junge Leute früher ein.



Die Frankfurter Medizinstudentin Carolin Siech ist Mitglied der Fachschaft und im Geschäftsführenden Vorstand der bvmd aktiv.

Abschließend würden wir Sie gerne um eine Einschätzung zur Frage bitten: Hat die Kammer eine Zukunft – und wie sieht diese für Sie aus?

Siech: Das ist eine grundlegende Frage zum Thema Selbstverwaltung und Organisation. Wir Studierende hoffen, dass sich die Kammer zukunftsweisenden Themen wie E-Health, Digitalisierung usw. öffnet.

Bauer: Ich denke auf jeden Fall, dass die Kammer eine Zukunft hat. Dafür wünsche

ich mir, dass Dinge schneller entschieden und umgesetzt werden können.

Jäger: Ich glaube, die Kammer muss nah an den Mitgliedern dranbleiben, um schnell auf neue gesellschaftliche Entwicklungen reagieren zu können. Das Ganze muss lebendig bleiben!

Dippell: Ich schließe mich an, künftig muss eine Orientierung an neue Lebensumstände und Kompetenzen der Mitglieder seitens der Kammer erfolgen!

Buchalik: Ich glaube, dass wir vor allem mehr Transparenz brauchen! Wir müssen unsere Anliegen besser rüberbringen und effektiver kommunizieren.

Bodammer: Abschließend möchte ich gerne an die Runde appellieren, denn diese Zukunft, von der wir hier sprechen, sind Sie! Wir müssen uns derzeit mit vielen neuen Entwicklungen befassen, und ich glaube, dass sich der Einfluss der Selbstverwaltung stark verändern wird. Die Ärzteschaft muss dieser Entwicklung geschlossen entgegensteuern, um den Einfluss in der öffentlichen und politischen Sphäre nicht einzubüßen.

Katja Möhrle

Caroline McKenney

Fotos: Katja Kölsch

Der „Dies Medicus“ der Fachschaft Humanmedizin Marburg

der Philipps-Universität – organisiert von dem Medizinstudenten Matthias Rosenthal – fand mit Unterstützung und Beteiligung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) erstmals in Marburg statt. Mehrere Hundert Studentinnen und Studenten hatten die Gelegenheit, verschiedene Fachgebiete kennenzulernen und erfuhren Wissenswertes zur Famulatur, Arbeitsverträgen, Promotionsverfahren und Versicherungen. Am Stand der LÄKH informierten sie sich über die Aufgaben der Ärztekammer und bekamen Antworten auf ihre Fragen zur Fort- und Weiterbildung.



Foto: Dietra Matthaei

Als Experten standen Nina Walter M. A., stellvertretende Ärztliche Geschäftsführerin (2. von rechts), André R. Zolg M. Sc., Leiter der Weiterbildungsabteilung (Mitte) sowie Dr. med. Paul Otto Nowak, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg (1. von links) zur Verfügung. Auf dem Foto mit Studentinnen aus dem 7. bzw. 8. Semester (2. von links und 1. von rechts). **Dr. med. Paul Otto Nowak**

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studententipp, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie und Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

„Kommunikation in Zeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen“

Dialogforum mit jungen Ärzten im Vorfeld des 120. Deutschen Ärztetages

Die Digitalisierung, eines der zentralen Themen des 120. Deutschen Ärztetages, war schon am Vortag der Eröffnung Gegenstand eines „Dialogs mit jungen Ärztinnen und Ärzten“, zu dem die Bundesärztekammer in Freiburg eingeladen hatte. „Kommunikation in Zeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen“ lautete der Titel der von Dr. med. Susanne Johna, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, moderierten Veranstaltung, die von zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern der Generation Y, aber auch älteren Semestern besucht wurde. „Es ist von essenzieller Bedeutung, dass Sie sich einmischen!“, rief Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery in seiner Begrüßung die jungen Gäste auf, die sich dies nicht zweimal sagen ließen. Selbstverständlich forderten sie die Nutzung digitaler Möglichkeiten in der ärztlichen Arbeit ein und legten die Finger dort in die Wunde, wo es Nachbesserungsbedarf gibt.

Unter dem Beifall vieler Kolleginnen und Kollegen meldete sich ein junger Arzt, um „eine Lanze für die elektronische Gesundheitskarte zu brechen“. Natürlich berge sie einige Risiken, helfe aber unter anderem gegen Ärzte-Hopping und Mehrfachuntersuchungen. Wie wichtig die elektronische Patientenakte für eine korrekte Anamnese und geeignete therapeutische Maßnahmen sein könne, führte Dr. med. Cornelius Weiß, Arzt in Weiterbildung aus Darmstadt, am Beispiel einer Patientin vor Augen. Diese hatte sich erst auf intensive Befragung an ihre Vorerkrankungen erinnert. Telemedizin, Apps und Patientendaten erleichterten die Arbeitsabläufe und setzten Zeit für anderes frei – davon zeigte sich Dr. med. Diana Bitzinger, Jahrgang 1984, überzeugt. Die Digitalisierung diene der Prozessoptimierung; sie könne und wolle das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht ersetzen. Allerdings komme dem Arzt eine neue Rolle zu, da er es mit vorinformierten Patienten zu tun habe. „Wichtig ist, dass



Dr. med. Susanne Johna (links) moderierte das Dialogforum mit jungen Ärzten. Rechts: Dr. med. Diana Bitzinger, Anästhesistin.

sich die Digitalisierung den Wünschen von Ärzten und Patienten anpasst. Sie muss praxisrelevant sein“, machte die Anästhesistin deutlich.

Man müsse keine Angst haben, von der Digitalisierung überrannt zu werden, erklärte auch Dr. med. Matthias Fabian, Vizepräsident der Ärztekammer Baden-Württemberg und Vorsitzender des IT-Ausschusses. Allerdings müssten Ärzte lernen, mit den Ohren zu sehen: Die Baden-Württemberger Modellprojekte zur ausschließlichen Fernbehandlung machten deutlich, dass man anders kommunizieren müsse, wenn man nur mit dem Patienten telefoniere. „Wir sind in der Medizin noch etwas in der digitalen Abbildung der analogen Prozesse verhaftet“, stellte Johna fest. „Müssen wir die digitalen Prozesse nicht auch neu denken?“

Er mache in seiner PJ-Zeit die Erfahrung, dass viele schlecht eingestellt digitale Programme doppelt und dreifach viel Zeit kosteten, bestätigte ein Vertreter der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland und forderte, dass sich Ärzte wesentlich stärker in die Entwicklung von Software einbringen müssten. Auch könne ein großer Teil der Patientenkontakte durch die Digitalisierung ersetzt werden, so etwa bei Verlaufskontrollen.

Wie lassen sich ältere Ärztinnen und Ärzte von der Digitalisierung überzeugen? „Unsere Generation steht den neuen Technologien positiv gegenüber“, sagte ein junger Arzt in Weiterbildung aus Mannheim und verteidigte zugleich seine älteren Kollegen: „Sie nutzen die digitalen Möglichkeiten ebenfalls und machen das sehr gut.“ Eine große Herausforderungen sei dagegen die Schnittstellenproblematiken. Auch der Datenschutz stelle ein Problem dar. Hier müsse es klare Regeln geben, worauf man zugreifen dürfe. „Wir müssen weg von den Insellösungen“, rief ein Kollege aus dem Publikum. Auch Fabian kritisierte Datenbrüche und forderte eine einheitliche Infrastruktur: „Das muss der deutsche Staat zahlen!“

Gemeinsam gestalten – von Jung zu Alt und umgekehrt: Dazu solle die Digitalisierung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung führen, waren sich die Diskussionsteilnehmer einig. Viele bewerteten Plattformen wie „Gyn to go“ als Hilfe beim Vertiefen von Lerninhalten. Andere kritisierten, solche elektronischen Angebote verdeckten, dass Weiterbildung keine Chefsache mehr sei. Die Digitalisierung dürfe nicht dazu führen, dass ältere Ärzte die jüngeren nicht mehr weiterbildeten, unterstrich der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Theo Windhorst. Vielmehr müsse die Digitalisierung bei der Behandlung der Patienten helfen.

Dass das E-Logbuch zu mehr Wahrheit und Klarheit in der Weiterbildung führen werde, hob Dr. med. Lars Bodammer, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, hervor. Durch digital gestützte Kontrollen würden Zahlen und Daten an die Realität angepasst. Am Grundprinzip der Weiterbildung müsse sich durch die Digitalisierung nichts ändern, wohl aber an den digitalen Möglichkeiten. „Bringen Sie sich mit ihren Fragen in Ihren Ärztekammern ein!“, appellierte Johna an die jungen Ärztinnen und Ärzte.

Katja Möhrle



Aufbruch in ein digitalisiertes Gesundheitswesen

120. Deutscher Ärztetag in Freiburg



Großes Medieninteresse beim 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg

Mildes Klima, fast mediterranes Flair und viele junge Leute im Straßenbild: Freiburg zählt zu den beliebten deutschen Universitätsstädten. Mit über 1.700 Sonnenstunden im Jahr ist sie nicht nur die südlichste, sondern auch die sonnigste Großstadt Deutschlands. Wie bestellt wölbte sich zum Auftakt des Deutschen Ärztetages, der sich in diesem Jahr unter anderem mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen beschäftigte, ein blauer Himmel über den Dächern. Und auch im Inneren des Freiburger Konzerthauses herrschte auf der Eröffnungsveranstaltung Harmonie, denn Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) waren sich bei wesentlichen gesundheitspolitischen Themen einig. Scharf kritisierte Montgomery den im Bundestagswahlkampf erhobenen Vorwurf mangelnder Gerechtigkeit. Ärztinnen und Ärzte seien zu Recht stolz darauf, dass es in der medizinischen Behandlung keine Qualitätsunterschiede abhängig vom Versichertenstatus gebe. Unmissverständlich warnte er vor der Einführung der von der SPD befürworteten Bürgerversicherung, die er als „Turbolader einer echten Zwei-Klassen-Medizin“ bezeichnete. Wer meine, dass eine Einheitsversiche-

rung gerechter sei als das heutige System, der verwechsle Gleichheit auf niedrigem Niveau mit Gerechtigkeit.

Ärztliche Freiberuflichkeit stärken

Auch sonst machte Montgomery in seiner Rede auf der Eröffnungsveranstaltung die Positionen der Ärzteschaft im Wahljahr 2017 deutlich. „Wir wollen die ärztliche Freiberuflichkeit stärken“, erklärte er. Von der Politik verlangte Montgomery, der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Gestaltungsräume zu geben, die sie für die Sicherung einer hochwertigen Versorgung der Patienten benötige. Nachdrücklich wandte er sich gegen ungezügelter Wettbewerb und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. Man dürfe Ärzte nicht zu Erfüllungsgehilfen ökonomischer Optimierungsstrategien machen. „Wir wollen eine moderne und transparente GOÄ“ unterstrich Montgomery und forderte die künftige Bundesregierung auf, die fast fertiggestellte neue ärztliche Gebührenordnung umzusetzen. Die Länder rief er auf, ihren Investitionspflichten für die Krankenhäuser in vollem Umfang nachzukommen. Angesichts der Besorgnis erregenden Überlastung der Notfalleinrichtungen forderte Montgomery die Politik dazu auf, ei-

ne verbindliche Lösung für die Notfallversorgung im Sozialgesetzbuch V (SGV) zu treffen. Zur Regelung der Strukturfrage bot er an, bei der Bundesärztekammer (BÄK) einen Runden Tisch mit Vertretern aus Klinik und Praxis, der Krankenhausgesellschaft und den Kostenträgern einzuberufen, um einen gemeinsamen Lösungsvorschlag zu erarbeiten.

Ärztlichen Nachwuchs fördern

Dass Bund und Länder dem ärztlichen Nachwuchsmangel mithilfe des „Masterplans Medizinstudium 2020“ entgegen treten wollen, begrüßte Montgomery ausdrücklich. Zugleich rief er dazu auf, die geplanten Maßnahmen zügig umzusetzen und ihre Finanzierung sicherzustellen. Auch darüber hinaus machte sich der Präsident der Bundesärztekammer für die Förderung des ärztlichen Nachwuchses stark; eine sektorenübergreifende Weiterbildung sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Einrichtungen sei für viele angehende Fachärzte sinnvoll. Dabei müssten für die ambulante Weiterbildung mindestens die gleichen tariflichen Konditionen gelten wie in den Krankenhäusern. Als „Posse der ganz besonderen Art“ wertete Montgomery den Umstand, dass dem neu zu besetzenden Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) keine Ärztin bzw. kein Arzt mehr angehören soll. Er richtete daher an Bundesgesundheitsminister Gröhe die eindringliche Bitte, seinen Einfluss



Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit, und Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery (r.)

geltend zu machen, damit auch künftig ärztlicher Sachverstand in dem Gremium berücksichtigt werde.

Keine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung

Aufgebracht kritisierte Montgomery das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, wonach das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einer unheilbar kranken Patientin auf deren Wunsch ein Medikament zur Selbsttötung aushändigen müsse, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt seien. Damit werde von einer staatlichen Behörde das verlangt, was die großen gesellschaftlichen und politischen Mehrheiten nicht wollten, erklärte Montgomery. Auch Bundesgesundheitsminister Gröhe unterstrich, dass Beihilfe zur Selbsttötung „niemals ärztliche Aufgabe“ sei und er alles tun werde, um zu verhindern, dass eine staatliche Behörde zum Handlanger einer Selbsttötung werde.

Wie zuvor schon Montgomery sprach sich Gröhe gegen ein Primat der Ökonomie aus. „Im Mittelpunkt steht immer der Patient.“ Allerdings führe kein Weg daran vorbei, verantwortungsvoll mit den Mitteln der solidarischen Krankenversicherung umzugehen.

Gröhe für Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems

Er habe großen Respekt vor den Leistungen des deutschen Gesundheitssystems betonte Gröhe und hob den „gemeinsamen Kraftakt“ von Ärzten und Politik bei der Bewältigung der hohen Zahl der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge hervor. Unmissverständlich machte Gröhe deutlich, dass er für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems steht. Eine Zwangsvereinigung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung werde keine der Herausforderungen lösen, mit denen sich das deutsche Gesundheitswesen konfrontiert sehe. Die Novellierung der GOÄ hielt Gröhe für überfällig. „Eine bessere systematische Erfassung des Leistungsgeschehens ist im Interesse aller.“ Er werde alles tun, damit es zu einer zügigen Umsetzung komme. Außerdem zog der Minister eine positive Bilanz seiner zahlreichen, in der zurückliegenden Legislaturperiode

verabschiedeten Gesetzesvorhaben, darunter das Präventionsgesetz. Leitidee dieser sogenannten Vernetzungsgesetze sei „cooperative care“. Es gehe darum, Brücken zwischen den Versorgungssektoren zu bauen. „Ziel muss eine am Patienten orientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sein.“

Dass ein freiheitliches und gerechtes Gesundheitssystem nicht selbstverständlich ist, rief die türkische Rechtsmedizinerin und Präsidentin der türkischen Menschenrechtsstiftung, Prof. Dr. Sebnem Korur Fincanci, am Nachmittag des ersten Veranstaltungstages ins Bewusstsein. Sie berichtete unter anderem von Menschenrechtsverletzungen, Zwangsumsiedlungen und Repressalien gegen das Gesundheitspersonal in ihrem Heimatland. Da sich Fincanci an einer Solidaritätsaktion für die als prokurdisch geltende Zeitung Özgür Gündem beteiligt hatte, muss sie sich derzeit in der Türkei vor Gericht verantworten.



Prof. Dr. Sebnem Korur Fincanci, Gastrednerin aus der Türkei

Stärkere Patientenorientierung

„Die fachliche Weisungsungebundenheit von Ärztinnen und Ärzten und die damit verbundene Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl der Patienten einerseits und gegenüber der Gesellschaft andererseits sind unabdingbar für einen wirksamen Patientenschutz. Diese Wesensmerkmale dürfen nicht durch Kommerzialisierung und Kontrollbürokratie in Frage gestellt werden“, heißt es wörtlich in dem Leitantrag des Bundesärztekammer-Vorstandes, den der 120. Deutsche Ärztetag am Ende seiner gesundheits- und sozialpolitischen Generalaussprache mit überwältigender Mehrheit

angenommen hat. Die Delegierten fordern einen grundlegenden gesundheitspolitischen Strategiewechsel hin zu einer stärkeren Patientenorientierung. Der von der Politik proklamierte „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ erweise sich zunehmend als verhängnisvoll.

Nein zur Bürgerversicherung

Mehrheitlich sprachen sich die Ärztervertreter gegen die Einführung einer Bürgerversicherung aus. Zuvor hatten einige Delegierte in der Aussprache für eine Umgestaltung des Gesundheitssystems plädiert. „Ich bin ein Fan von Veränderung“, erklärte Jens Wagenknecht von der Ärztekammer Niedersachsen. Er erlebe die Private Krankenversicherung (PKV) als Wirtschaftlichkeitsfaktor seiner Praxis und halte das für einen Fehler. „Ich erlebe PKV-Patienten als übertherapiert.“ Und Ellis Huber, Ärztekammer Berlin, sprach sich für das Schweizer Modell einer Pflichtversicherung für alle und zusätzliche Wahlmöglichkeiten aus. Die überwiegende Mehrheit der Delegierten lehnte eine Systemveränderung jedoch ab. Ein Ärztervertreter aus Rheinland-Pfalz lobte Montgomery für seine klaren Worte gegen die Bürgerversicherung und sprach sich für den Erhalt des dualen Systems aus.

Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umsetzen

„Was bleibt von dem Masterplan?“, fragte Carolin Siech vom Vorstand der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd) in ihrer Gastrede. „In der Reform des Studiums sehen wir eine große Chance.“ Dass neben der Abiturnote andere Kriterien für einen Studienplatz herangezogen werden sollen, sei ebenso erfreulich wie die Einrichtung von Professuren für Allgemeinmedizin. „Die Förderung der Wissenschaftlichkeit ist uns ganz wichtig“, erklärte Siech. Auch sei ein Finanzierungskonzept für die Umsetzung des Masterplans nötig. Der Deutsche Ärztetag unterstrich die besondere Bedeutung der ärztlichen Nachwuchsförderung und begrüßte grundsätzlich die Einigung von Bund und Ländern über die Eckpunkte der geplanten Reform des Medizinstudiums. Dr. med. Gottfried von Knoblauch (Fach-

ärzte), Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), dankte Montgomery für seine Rede, in der dieser die meisten Themen angesprochen habe, die die Ärzteschaft bewegten: „Allerdings hätte auch das Thema Studienplätze erwähnt werden müssen.“ Frank Seibert-Alves (Marburger Bund), LÄKH, erinnerte an den Deutschen Ärztetag in Düsseldorf. Damals, 2014, habe Gröhe den Masterplan Medizinstudium angekündigt und nun in Freiburg gesagt, der Plan sei auf der Zielgeraden. „Tatsächlich steht die Finanzierung aber noch nicht“, bemängelte Seibert-Alves; auch müssten der zur Klärung offener Fragen einberufenen Expertenkommission Ärzte angehören. Der Deutsche Ärztetag forderte Bund und Länder auf, die Zahl der Studienplätze um mindestens zehn Prozent zu erhöhen. Die im Masterplan vorgesehene optionale Einführung einer Landarztquote wurde abgelehnt.

Investitionen im ambulanten und stationären Bereich

Die Delegierten forderten die Bundesländer auf, ihrer Verantwortung für die ärztliche Nachwuchsförderung gerecht zu werden und die notwendigen Finanzmittel dafür bereit zu stellen. Dies gelte auch für die völlig unzureichende Investitionsfinanzierung des stationären Sektors. Der Deutsche Ärztetag erneuerte daher seine Forderung nach klaren und einklagbaren Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen. Notwendig sei eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern über zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr.



Carolin Siech (l.) sprach für die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. rechts: Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci



Dr. med. Susanne Johna (l.) und LÄKH-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach auf dem Podium

Ausdrücklich begrüßten die Ärztevertreter die von der Bundesregierung geplanten Personaluntergrenzen in der Pflege, forderten solche Mindestpersonalvorgaben jedoch darüber hinaus für alle Berufsgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung, insbesondere auch für den ärztlichen Dienst.

Für den Investitionsstau im ambulanten Sektor macht die Ärzteschaft den dort gültigen Erlaubnisvorbehalt verantwortlich. Der Deutsche Ärztetag forderte rechtliche und institutionelle Maßnahmen, die eine Einführung von Investitionen analog zur stationären Versorgung garantieren. Klar bekannten sich die Delegierten zum Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Die Politik müsse die Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings in die Lage versetzen, diesem Auftrag auch nachkommen zu können.

Für eine sektorübergreifende Notfallversorgung

Das Problem nimmt seit Jahren zu, doch bisher schien keine Lösung in Sicht: Über-

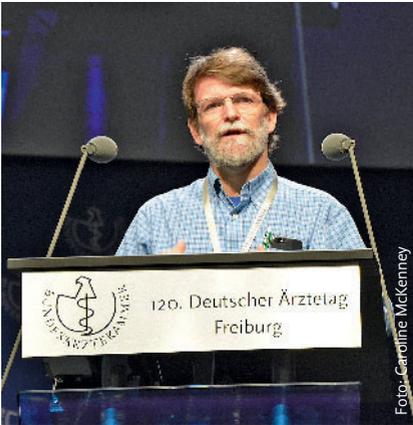


füllte Notfalleinrichtungen im ambulanten und stationären Sektor, überlastete Ärzte und Pfleger, lange Wartezeiten für Patienten. Der 120. Deutsche Ärztetag forderte Bund und Länder daher auf, notwendige Investitionen und Personalkosten für den Ausbau sektorübergreifender Notfallversorgungsstrukturen durch extrabudgetäre Finanzierung sicherzustellen. Auch sollen die Voraussetzungen für eine verbesserte Kooperation von Klinik und Praxis geschaffen werden. Als Anlaufstellen müssten Notfallpraxen beziehungsweise Bereitschaftspraxen an dafür geeigneten Kliniken eingerichtet werden. Städte, Kreise und Kommunen als Garanten der stationären Versorgung forderten die Delegierten noch einmal gesondert dazu auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge ernst zu nehmen und ausreichende Kapazitäten zur Notfall- und Intensivtherapie bereitzustellen.

Diesen Beschlüssen war eine intensive Debatte vorausgegangen. „Wir Ärzte erleben eine Überlastung, daher müssen die Kräfte gebündelt werden“, betonte Rudolf Henke vom Vorstand der BÄK. „Wir haben hier ein erhebliches Problem; da wird man auch über die Vergütung reden müssen“, erklärte Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärzte), Präsidiumsmitglied der LÄKH. Da die Diskussionen derzeit zu Lasten der ambulanten Versorgung gingen, sei ein Runder Tisch wichtig.

„Wir müssen eine gemeinsame Regelung mit Bereitschaftsdiensten und Notfallversorgung finden“, appellierte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄKH. „Beide Seiten arbeiten bis an die Grenzen dessen, was kräftetechnisch möglich ist!“ Die Ärzteschaft müsse geschlossen zusammenarbeiten, um der Politik gegenüber eine starke Position in dieser Frage vertreten zu können.

„Ich freue mich, dass wir so aktiv über das Thema Notfallversorgung diskutieren“, erklärte Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund), Präsidiumsmitglied der LÄKH. Die Kampagne zur Notrufnummer 116 117 der KBV habe noch keinen durchschlagenden Erfolg gehabt. „Wir müssen darauf achten, dass wir weniger Zeit für Patienten aufwenden, die unsere Hilfe nicht so benötigen.“ Wenn der finanzielle Druck rausgehe, finde



PD Dr. med. Andreas Scholz



Michael Andor



Dr. med. Wolf Andreas Fach

man vielleicht gemeinsam eine gute, praktikable Lösung. „Um das Problem lösen zu können, muss man es beim Namen nennen“, meldete sich Michael Andor (Die Hausärzte), ebenfalls Präsidiumsmitglied der LÄKH zu Wort: „Wir haben es mit dem Phänomen der missbräuchlichen Inanspruchnahme bereits vorhandener Strukturen zu tun und dies müssen wir beenden.“ Und PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund) aus Hessen forderte: „Wir brauchen Steuerungsmaßnahmen für die Notfallversorgung!“. Dem Vorschlag, die Patienten zu „erziehen“ – beispielsweise durch eine Pauschalgebühr bei Aufnahme in der Notaufnahme – erteilte er eine Abfuhr. „Damit werden wir das Problem auch nicht lösen!“ Dem stimmte Dr. med. Klaus Reinhardt, Vorstand der BÄK, zu: „Wir können die Patienten nicht erziehen, aber informieren und an ihre Verantwortung appellieren.“

Gewalt gegen Ärzte stoppen

„Gewalt gegen Ärzte hat in den letzten 10, 20 Jahren zugenommen“, beklagte Scholz und führte als Grund dafür auch die Notfallversorgung an, da es häufiger zu Zwischenfällen in Notaufnahmen käme. Dadurch seien diese inzwischen durch notwendige Sicherheitsdienste in der Nacht auch ein Kostenfaktor geworden. Mit großer Sorge beobachtet der Deutsche Ärztetag die zunehmende Gewalt gegen Ärzte und andere Gesundheitsberufe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die Delegierten forderten daher gesellschaftliche und politi-

sche Unterstützung, um dieser Entwicklung entgegen wirken zu können.

Innovative Konzepte für die hausärztliche Versorgung

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und veränderter Ansprüche der nachfolgenden Ärztegeneration hat sich der Deutsche Ärztetag für die Entwicklung neuer Konzepte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung stark gemacht. Die Bundesärztekammer wurde damit beauftragt, ein Konzept für die Bildung hausärztlich geleiteter interprofessioneller Praxisteams zu erarbeiten. Dabei solle auch die Weiterentwicklung intra- und interprofessioneller regionaler Versorgungsstrukturen, einschließlich einer sektorenübergreifenden Versorgung berücksichtigt werden.

Neuer Gesundheitsberuf

Delegation ärztlicher Leistungen: ja, Substitution: nein. Die Delegierten stellten klar, dass Ärzte die Hoheit über Diagnose, Indikationsstellung und Therapie sowie die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess haben. Das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellte Delegationsmodell „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“ wurde von dem Deutschen Ärztetag unterstützt. Bei dem Physician Assistant handelt es sich um einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf (Bachelorniveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt. In enger Zusam-

menarbeit mit Ärzten soll er diese unterstützen und entlasten.

Die Zahl der Arztassistentinnen und Arztassistenten wird stark steigen und während die meisten von ihnen derzeit in Krankenhausabteilungen arbeiten, werden sie künftig zunehmend auch in Praxen tätig sein. So solle auch die KBV den Delegationsvorbehalt für das Tätigwerden der Arztassistenten strikt einfordern, forderte u. a. die Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen, Monika Buchalik, in einem Antrag, dem sich die Delegierten mit großer Mehrheit anschlossen. Um die Heterogenität im Gesundheitswesen nicht noch weiter zu erhöhen und Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme zu verursachen, solle der Studiengang zum Arztassistenten außerdem lediglich in Form einer akademischen Weiterbildung für Ausbildungsberufe wie Alten- oder Krankenpfleger gestaltet werden.

Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck – so steht es im Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer, der mit großer Mehrheit von den Delegierten angenommen wurde. Versorgung über Qualität zu steuern schütze Ärzte und Patienten vor negativen Auswirkungen eines reinen Preiswettbewerbs, heißt es in der Begründung. Dem Antrag zugrunde liegt die Befürchtung, die sozialgesetzlich dominierte Qualitätssicherung verfolge zunehmend Ziele, die weder das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis betrachten noch als Förderung des organisationalen Lernens von Einrichtungen

der Patientenversorgung begriffen werden können. Die Qualitätssicherung, so die Forderung der Ärzteschaft, solle sich stärker an den Werten und Bedürfnissen orientieren, die für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte bedeutsam sind.

Mit dem Beschluss eines weiteren – u.a. mit hessischer Unterstützung durch Dr. med. Susanne Johna eingereichten – Antrags forderte der Deutsche Ärztetag die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenversorgung unter Federführung der deutschen Ärzteschaft. Die Qualitätssicherung sei integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und es sei unabdingbar, dass die Landesärztekammern als stimmberechtigte Mitglieder bei der Etablierung von Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) beteiligt werden.

Die bislang vorgegebenen Kriterien für die Qualitätssicherung fremdbestimmt seien und von arztfernen Institutionen erarbeitet werden, beauftragten die Delegierten den entsprechenden Arbeitskreis der Bundesärztekammer weiterhin, eigene Kriterien für die Qualitätssicherung im Sinne der Ärzteschaft zu erarbeiten und diese möglichst auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 vorzustellen.

Weiteres aus Hessen

Mit der Beteiligung an weiteren Anträgen zu verschiedenen Themenbereichen haben sich die Hessen auch in diesem Jahr konstruktiv in die Debatten auf dem Deutschen Ärztetag eingebracht. So forderte unter anderem BMedSci Frank Seibert-Alves mit weiteren Kollegen die Verurteilung der Kriminalisierung von Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit dem 16-Punkte-Plan der Bundesregierung zur schnelleren und konsequenteren Abschiebung von abgelehnten Asylbewerbern. Der Antrag erfolgt aus aktuellem Anlass, da in Hessen kürzlich der Fall eines Leiters einer psychiatrischen Klinik öffentlich wurde, der die Abschiebung eines Patienten aus medizinischen Gründen verhindern wollte und dafür vom Landkreis angezeigt wurde. Im Antrag wurde aus einer Erklärung der Landesärztekammer Hessen zitiert, die bereits im Februar dieses Jahres Stellung bezog: „Die Politik muss

respektieren, dass Ärzte ihren Beruf nach ... den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit [den Menschenrechten] ausüben.“ Die Delegierten vertraten dieselbe Meinung und bestätigten den Antrag mit großer Mehrheit. Darüber hinaus bekräftigte das Deutsche Ärzteparlament, dass stationär behandlungsbedürftige Flüchtlinge nicht reisefähig sind und dementsprechend nicht abgeschoben werden



Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

dürfen. Eine Rechtssicherheit wurde in diesem Zusammenhang auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gefordert.

Aus den Reihen der hessischen Delegierten wurde auch das Thema der Klinischen Versuche an nicht einwilligungsfähigen Personen auf die Tagesordnung gebracht. „In Hessen haben wir das bereits grundsätzlich abgelehnt und fordern das jetzt auch bundesweit“, unterstrich Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Fachärzte). Demenzkranke seien beispielsweise nicht in der Lage, Bewertungsskalen zu neuen Substanzen oder Anwendungsformen auszufüllen, so dass möglicherweise Informationen verloren gingen. „Lassen Sie unsere Patienten bitte auf Augenhöhe an un-



Dr. med. Franz Bartmann, Vorsitzender des BÄK-Ausschusses Telematik sowie Weiterbildung

seren Studien mitarbeiten, damit wir gute und qualifizierte Medikamente bekommen“, appellierte die hessische Neurologin an die Delegierten, die den Antrag an den Vorstand überwiesen. Auf Initiative von Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph (Marburger Bund) forderte der Deutsche Ärztetag die gesetzlichen Krankenkassen auf, ihre Blockadehaltung bei der Umsetzung des § 132e SGB V endlich aufzuge-



Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph

ben, damit mithilfe der dort vorgesehenen Impfvereinbarungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Verbänden weitere Impfungen geschlossen werden können.

Digitalkompetenz: Der Arzt als Navigator und Ratgeber

Schwerpunktthema des diesjährigen Deutschen Ärztetags war die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Während der Ärzteschaft in der Vergangenheit häufig unterstellt wurde, die Nutzung der neuen Technik zu bremsen, leiteten die Delegierten in Freiburg den Aufbruch in eine digitale Zukunft im Gesundheitsbereich ein. Dass ausgerechnet die Technik auf dem DÄT nicht immer funktionierte, sei nur am Rande erwähnt. Mit großer Mehrheit sprachen sich die Ärztevertreter für eine aktive Mitgestaltung bei der Einführung und Anwendung digitaler Technologien aus. Notwendig sei eine Digitalisierungsstrategie, die unter anderem ethische Grundlagen zum Umgang mit neuem Wissen und Methoden schaffe, die Rolle digitaler Methoden in der Gesundheitsversorgung sowie Grundsätze des Datenschutzes definiere und Antworten auf offene Finanzierungsfragen bietet. Der

Deutsche Ärztag forderte, digitalisierte Versorgungsangebote in die Regelversorgung aufzunehmen und ein bundeseinheitliches Gütesiegel für sogenannte Gesundheits-Apps einzuführen. Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztkammer, hob in seinem einleitenden Vortrag die Rolle des Smartphones hervor, das dem Patienten als Zugang zur Cyberworld diene und Informationen liefere. „Das Smartphone ist das Stethoskop des 21. Jahrhunderts – nur befindet es sich in der Tasche des Patienten und nicht in der des Arztes“, so Bartmann. Diese Entwicklung werde dazu beitragen, dass sich die Rolle des Arztes vom Informationsbeschaffer zum Navigator und Ratgeber wandelt. „Wir können das nicht beeinflussen, die Patienten werden die modernen Technologien nutzen. Aber dennoch werden wir weiterhin unverzichtbar sein, wenn wir diese neue Rolle annehmen und den Prozess mitgestalten“, appellierte Bartmann abschließend an die Delegierten, bevor er das Wort an einen Referenten übergab, den das breite Publikum bereits als Experte für das Thema Digitalisierung aus den Medien kennt.

Smartphone als „Kristallationspunkt des Lebens“

Der rote Irokesenkamm ist sein Markenzeichen: Sascha Lobo; Blogger, Autor und Journalist, war der schillernde „Promi“ unter den Referenten des Deutschen Ärztages. Er appellierte an die Ärzteschaft, sich „aktiv und kenntnisreich“ in den Prozess der Digitalisierung einzumischen. „Wir leben in einer ganz besonderen Zeit, der Zeit des exponentiellen Fortschritts“; das Smartphone habe die Gesellschaft als „Kristallationspunkt des Lebens“ erobert. Allerdings könnten damit auch harmlos wirkende Daten, wie etwa das Foto einer Mahlzeit, Datenströme mit potenziell disruptiven Charakter auslösen und damit Auswirkungen auf das individuelle Gesundheitsempfinden haben. So ließen sich etwa mit einer Google-App sowohl der Kalorien- als auch der Nährstoffgehalt der fotografierten Mahlzeit berechnen. Lobo sprach von einer mobilen Revolution: 221 mal am Tag ziehe der durchschnittliche Nutzer sein Smartphone aus



Sascha Lobo aus Berlin hielt einen Impulsvortrag mit Promi-Faktor zur Digitalisierung. Er ist Autor und Strategieberater mit den Schwerpunkten Internet und Markenkommunikation.

der Tasche. Es sei „hipp“ geworden, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern, wenn auch gelegentlich ohne erkennbaren Sinn. So trage eine App, die in Echtzeit die Schweißproduktion messe, nicht wirklich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bei. Und ein Portal, auf dem man seine Geschlechtskrankheit hochladen, analysieren und mit anderen teilen könne, sei bedenklich. Es gäbe keine natürlichen Grenzen für Datenbegeisterung, vor allem im Gesundheitsbereich, sagte Lobo. Doch der Gruselfaktor komme früher oder später für jeden. „Man kann den Fortschritt nicht aufhalten, sondern man muss ihn lenken. Nicht die Technologie verändert die Welt, sondern die Art, wie die Leute sie nutzen.“

Im Zuge dieser Entwicklung würde Ärzten Digitalkompetenz als neue Kompetenz zugeschrieben werden. Patienten wählen ihren Arzt künftig danach aus, ob er mit ihren Daten etwas anfangen könne. Auch schalteten sich große Unternehmen zunehmend in den digitalen Gesundheitsmarkt ein. So fange Apple an, die Datenstromprozesse in den Krankenhäusern zu kontrollieren. Und Mercedes Benz wolle das Auto sogar zum Health Hub machen, der verschiedene Gesundheitsparameter des Fahrers messe. „Die Firmen grätschen in Ihre Kompetenzen“, warnte Lobo. Eine Entwicklung, die man sowohl positiv als auch negativ sehen könne. „Technologie enthält immer eine Ambivalenz. Umso

wichtiger, dass Sie sich einmischen.“ Ärztinnen und Ärzte seien verpflichtet, die Digitalisierung mitzugestalten.

An App a day keeps the doctor away?

Es ist das Bild der Visionäre, das Prof. Dr. med. Christiane Woopen, Professorin für Ethik und Theorie der Medizin an der Universität zu Köln, zu Beginn ihres Vortrags für die Delegierten beschreibt: In dem Szenario stehen der Patient und sein Smartphone im Mittelpunkt, umgeben vom eigenen gemütlichen Wohnzimmer oder der Natur. Dieses Bild vermittelt: Diagnosen, Lebensstilempfehlungen und Behandlungen erfolgen künftig nicht mehr im Arztzimmer, sondern durch das Smartphone in der eigenen Wohlfühlumgebung. „Heißt das also für uns: An App a day keeps the doctor away?“, fragt Woopen – und kann diese Befürchtung sogleich entkräften: „Der mündige Patient steht zwar im Zentrum, aber deshalb wird der Arzt keineswegs überflüssig.“ Stattdessen könne die Digitalisierung dabei helfen, die Leitvorstellung eines idealen Gesundheitswesens umzusetzen: die Vermeidung und Überwindung von Krankheit und Gebrechlichkeit mit Hilfe einer individuellen Behandlung und Medizin, die auf besten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht und in einem effizienten, solidarischen Gesundheitssystem erarbeitet

wird. Unter Sicherstellung des Datenschutzes – damit es nicht zum häufig beschworenen „Gläsernen Patienten“ kommt – könne Big Data dazu beitragen, Prävention und Monitoring zu stärken und sich positiv auf das gesamte Wohlbefinden des Patienten auswirken. Die Rolle des neuen, selbstbestimmten Patienten werde langfristig zur Verbesserung der partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung führen, schlussfolgert Woopen. Durch den Einbezug des Patienten in Behandlungs- und Entscheidungsprozesse könne man verhindern, dass dieser sich künftig bei Gesundheitsfragen an Technologieunternehmen wendet. „Denn diese nutzen die Macht der Daten, um das Gesundheitswesen zu gestalten“, kritisierte Woopen. Man dürfe nicht Gefahr laufen, dass die Politik entmachtet und das solidarische Gesundheitssystem unterlaufen wird. „Leitbild und Strategie für das elektronische Gesundheitswesen müssen gemeinsam und integrativ entwickelt werden. Die Ärzteschaft muss dabei eine Rolle spielen. Nur so kann es am Ende heißen: An App a day – and the doctor will stay!“

GOÄ: Grünes Licht für weitere Verhandlungen

Zankapfel GOÄ? Nicht in Freiburg! „Unser Ziel ist es, eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen“, hatte Dr. med. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses der Bundesärztekammer, schon im Vorfeld des Deutschen Ärztetages erklärt. In Freiburg gab er einen detaillierten Überblick über den Prozess und aktuellen Stand des innerhalb eines Jahres von BÄK, Verbänden und Fachgesellschaften erarbeiteten Ärztlichen Leistungsverzeichnisses, das seit November 2016 mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) abgestimmt werde. Mehr als die Hälfte der Änderungsvorschläge seien bereits abgestimmt. Seit Januar 2017 erfolge die Bewertung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses und die Bepreisung der von den Verbänden erarbeiteten Leistungslegenden – jeder Schritt unter Einbeziehung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften.

„Zum Schluss haben wir ein ärztliches Leistungs- und Gebührenverzeichnis.“ Anschließend appellierte Reinhardt leidenschaftlich an die Delegierten: „Wir haben eine politische Verantwortung. Gelingt es uns, eine Einigung zwischen PKV, Beihilfe und Ärzteschaft herzustellen, können wir der Politik etwas Substantielles vorlegen. Wenn nicht, sind wir draußen.“

Nach ausführlichen, streckenweise kontrovers geführten Diskussionen bestätigte der Deutsche Ärztetag in einem mit überwältigender Mehrheit angenommenen Beschluss den Kurs der Bundesärztekammer und gab damit grünes Licht für die weiteren Verhandlungen über eine Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die BÄK wurde aufgefordert, die von den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge zum Leistungsverzeichnis unter deren Beteiligung mit dem PKV-Verband und der Beihilfe abzustimmen. Auch weiterhin sollen die Verbände und Fachgesellschaften in den noch laufenden Bewertungsprozess eingebunden werden. Darüber hinaus sieht der Beschluss des Ärztetages vor, dass ein geeignetes Verfahren zur dauer-



Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses der BÄK

haften Beteiligung auch über den Novellierungsprozess hinaus zu Fragen der Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ eingerichtet werden soll.

Die Bundesärztekammer wurde für den weiteren Novellierungsprozess beauftragt, die mit den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften überarbeiteten Entwürfe

zum Leistungsverzeichnis und den finalen Bewertungen der GOÄ an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu übergeben und Änderungen der Bundesärzterordnung (BÄO) und des Paragrafenteils der GOÄ zu akzeptieren, sofern diese, im Folgenden verkürzt dargestellten Bedingungen, erfüllt sind:

- Die Leistungslegendierungen und -bewertungen entsprechen den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind zwischen den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer, dem PKV-Verband und der Beihilfe sowie dem BMG abgestimmt.
- Die Leistungen werden mit einem Einheitsatz bewertet, der mit dem bisherigen durchschnittlichen Steigerungssatz vergleichbar ist.
- Die sogenannte Negativliste, nach der für spezielle Behandlungsumstände eine Steigerung ausgeschlossen werden sollte, wird gestrichen.
- Die Leistungsbewertungen folgen einer betriebswirtschaftlichen Grundkalkulation. In nachvollziehbaren Simulationsrechnungen führen die Bewertungen zum erwarteten Preiseffekt der neuen GOÄ von mindestens 5,8 % (+/- 0,6 %) Ausgabensteigerung der PKV-Unternehmen und der Beihilfe je substitutiv Krankenversicherten in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten der neuen GOÄ.
- Leistungen der persönlichen ärztlichen Zuwendung sowie hausärztliche Leistungen werden durch die Aufnahme zeitgestaffelter Gesprächsleistungen besser abgebildet und angemessen vergütet.
- Die Bildung von Analogziffern bei innovativen, nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen ist weiterhin möglich. Darüber hinaus ist auch die analoge Berechnung von Verlangensleistungen möglich.
- Individuelle Gesundheitsleistungen sind weiterhin nach der GOÄ – auch als analoge Leistungen – berechnungsfähig.
- Mit der Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ (GeKo), die dem Ordnungsgeber fortlaufend die Aufnahme neuer Behandlungs- und Diagnoseverfahren empfehlen soll, ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung



der GOÄ entsprechend des medizinischen Fortschritts gewährleistet.

- Die Empfehlungen der GeKo haben einen rechtsprägenden Charakter. Sie können nur einstimmig und damit ausschließlich mit Zustimmung der von der Bundesärztkammer repräsentierten Ärzteseite zustande kommen.
- In einer dreijährigen Monitoringphase nach Inkrafttreten der neuen GOÄ wird die Ausgabenentwicklung von PKV und Beihilfe durch die GeKo mit Hilfe einer von ihr beauftragten Datenstelle analysiert.
- Die Bundesärztkammer ist berechtigt, eigene Daten an die Datenstelle zu übersenden. Bei Überschreiten oder Unterschreiten der Grenzen des erwarteten Preiseffektes der neuen GOÄ nimmt die GeKo Beratungen zu den Ursachen des Überschreitens oder Unterschreitens auf. Automatische Anpassungselemente der GOÄ bei Verfehlen des Preiseffektes nach oben oder unten sind nicht vorgesehen.
- Die Bundesärztkammer wird die so beschriebene Neuordnung der GOÄ nur dann beim BMG als konsentiert einbringen, wenn von einer neuen Bundesregierung in der nächsten Legislaturperiode des Bundestages keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Das gilt insbesondere für den Fall, dass eine GOÄ - unabhängige Einheitsgebührenordnung geplant wird.

Ergebnisorientiert: Die neue Weiterbildungsordnung

Schon seit Jahren nagt der Zahn der Zeit an der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Um die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt deutlich zu verbessern und den aktuellen Herausforderungen an Qualität und Strukturierung anzupassen, hatte die Bundesärztkammer eine grundlegende Überarbeitung der bestehenden Musterweiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen. Mit der novellierten MWBO soll die Weiterbildung einer neuen, kompetenzorientierten Struktur folgen. Es geht nicht mehr darum, wie oft und in welcher Zeit Inhalte erbracht, sondern wie und in welcher Form Kenntnisse und Fertigkeiten erlernt werden. Der Deutsche Ärztetag in



Blick ins Plenum der Delegierten der Landesärztkammer Hessen mit Dr. med. Klaus Doubek (r.) und Dr. med. Michael Weidenfeld.

Freiburg hatte sich für diesen in der Vergangenheit kontrovers diskutierten Themenkomplex den gesamten letzten Tag der Woche reserviert, um ausreichend Zeit für die Aussprache zu reservieren. Dass dies absolut notwendig war, zeigte sich daran, dass sich noch vor Beginn der Aussprache zum Tagesordnungspunkt „Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung“ bereits 46 Delegierte mit einer Wortmeldung eingetragen hatten. Bevor jeder von ihnen zu Wort kam, legte jedoch zunächst der Vorsitzende der Weiterbildungskommission der BÄK, Dr. med. Franz Bartmann, den von Bundesärztkammer und Landesärztkammern unter Beteiligung von Fachgesellschaften, Berufsverbänden und anderen ärztlichen Organisationen erstellten sogenannten Abschnitt B der neuen Weiterbildungsordnung vor, in dem die Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen enthalten sind.

„Die kompetenzorientierte Weiterbildung ist am Ergebnis orientiert, nicht an dem Ableisten von Zeiten“, betonte Bartmann. Um den Ablauf der Weiterbildung besser zu strukturieren, werden die Inhalte der MWBO in Weiterbildungsblöcke und Weiterbildungsmodi gegliedert. Berufsbegleitende Weiterbildungen und neue Lernmethoden sollen für mehr Flexibilität sorgen. Eine zentrale Rolle wird das zukünftige elektronische Logbuch spielen, mit dem die verpflichtende Dokumentation des Weiterbildungsfortschritts für Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte erleichtert werden soll. Das sogenannte E-Logbuch differenziert sowohl nach kognitiven und Methodenkompetenzen in

den jeweiligen Disziplinen als auch nach in der Weiterbildung erworbenen Handlungskompetenzen.

An Bartmanns Vortrag schloss sich eine lebhafteste Debatte über Inhalte der MWBO an. Heftig wurde über den im Leit Antrag der BÄK geforderten Erhalt des Facharztes für Allgemein Chirurgie diskutiert. Während einige Delegierte erklärten, dass dieser Facharzt keine Zukunft in der ambulanten Versorgung habe, sprachen sich andere für ihn aus. „Ich bewundere die vielen Chirurgen, die sich für den Erhalt des Allgemein Chirurgen einsetzen“, kommentierte Dr. med. Detlev Steininger (Die Hausärzte) aus Hessen. „Auch wir Allgemeinmediziner wünschen uns, dass da, wo Allgemeinmedizin draufsteht, auch Allgemeinmedizin drin ist – und nicht nur Hausarzt oder hausärztliche Versorgung.“ In der nachfolgenden Abstimmung votierten die Ärztevertreter dafür, die Facharzt-Kompetenz „Allgemein Chirurgie“ sowie „Hygiene und Umweltmedizin“ zu erhalten. Der Deutsche Ärztetag unterstützte den Novellierungsprozess der Weiterbildungsordnung. In einem Grundsatzbeschluss zur Gesamtnovelle wurden die vorgestellten Rahmenbedingungen der Weiterbildungsinhalte fixiert. Auch forderten die Delegierten, die im Landesrecht festgeschriebenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche der Landesärztkammern zu wahren. Die Delegierten setzten sich zum Ziel, die novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung als Gesamtpaket auf dem nächsten Deutschen Ärztetag im Mai 2018 zu verabschieden.

**Katja Möhrle
Caroline McKenney**



Eindrücke hessischer Delegierter vom 120. Deutschen Ärztetag

1. Eröffnungsveranstaltung: Wie beurteilen Sie die Rede von Minister Gröhe im Bundeswahljahr? Welche Perspektiven hat er für die Zukunft der Gesundheitspolitik aufgezeigt?

Dr. med. Michael Repschläger (Fachärzte Hessen): Kaum.

Monika Buchalik (ÄrztINNEN Hessen): Der Rede von Minister Gröhe war zu entnehmen, dass er dem Masterplan Medizinstudium 2020 unterstützt, in dem die Allgemeinmedizin gestärkt wird. Abschließend stellte Minister Gröhe fest, dass er die Deutsche Ärzteschaft fördert und nach der Bundestagswahl für sein bisheriges Amt als Bundesgesundheitsminister erneut zur Verfügung steht. Er hinterließ den Eindruck einer positiven Perspektive für richtungsweisende Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen.

Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund): Die Ministerrede war im Grundton den Ärzten zugewandt und den Forderungen der Ärzteschaft eher offen als kritisch gegenüber gestellt. Wichtig waren aber auch Dinge, die nicht gesagt wurden. Dazu gehörte, dass er auf die fehlende ärztliche Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht weiter eingegangen ist.

Yvonne Jäger (Marburger Bund): Bei Minister Gröhes Rede finde ich Jahr für Jahr erneut beeindruckend, dass die Zusammenarbeit von Ministerium und der Ärzteschaft prinzipiell konstruktiv und von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist, was in den vergangenen Jahren nicht immer so war.

Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund): Bundesminister Gröhe hat sich unmissverständlich – ob vorwahlkampf-taktisch oder ob nicht – für Kooperation und Kommunikation mit der Ärzteschaft geöffnet. Der Wind weht situativ für die Ärzteschaft günstig. Die darin liegenden



Monika Buchalik, LÄKH-Vizepräsidentin

politischen Chancen sollten wir konsequent nutzen.

Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund): Natürlich war die Rede von Minister Gröhe auch eine Wahlkampfred. Er hat sich aber zweifellos in den vier Jahren sehr tief in die vielen Thematiken des Gesundheitswesens eingearbeitet. Insbesondere bin ich froh über seine klaren Worte zu dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zum Thema Selbsttötung. Denn in der Tat kann es nicht sein, dass eine staatliche Behörde darüber entscheidet ob ein Medikament zur Selbsttötung abgegeben wird. Hier darf sich keine Behörde zum Handlanger einer Selbsttötung machen.

Anne Kandler (Marburger Bund): Die Rede klang authentisch und kompetent. Für mich ist wichtig, dass ärztliche Selbstverwaltung nach wie vor die Form der Zukunft ist.

Dr. med. Jürgen Glatzel (Ältere Ärzte): Die Rede war hohl und leer, wie immer. Versprochen hat er im Wahljahr absolut nichts.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci (Marburger Bund): Besonders beeindruckt war ich davon, dass er seine gesamte Rede völlig frei ohne jedwede Notizen und trotzdem sehr klar aufgebaut hielt.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Marburger Bund): Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ging in souveräner Art und Weise auf die Fragen ein und führte die seit 2010 von seinen Vorgängern eingeführte Harmonie zwischen der Politik und der deutschen Ärzteschaft fort. Er traf so voll den Ton der Ärzte. Er versprach auch künftig seine bisherige konstruktive Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft fortzuführen.

Erich Lickroth (Die Hausärzte): Er ging nicht auf Konfrontationskurs, zeigte sich der Ärzteschaft eher zugeneigt, hat aber nichts versprochen.

Christine Hidas (Fachärzte Hessen): Man hatte den Eindruck, die „Chemie“ zwischen dem Minister und Montgomery stimmt. Ansonsten viele Worte, keine Zusagen.

Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärzte Hessen): Wenig Substantielles und schon gar nichts Neues. Studium nicht ausgeweitet, Weiterbildung (noch) nicht aktuell, Physician Assistant befürwortet Wolke Hoffnungen auf Telematik ohne Angaben zur Datensicherheit und Kostenübernahme. Keine Perspektive für rasche Aufnahme neuer medizinischer Leistungen in den Katalog der GKV. Einzig konkret das Angebot der Verabschiedung der GOÄ in dieser Legislatur mit der Hintertür des Bestands der PKV.

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke (ÄrztINNEN Hessen): Gröhe hat keine klare Haltung zur GOÄ.

Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen): Er hat höfliche, auf Konsens getrimmte Grußworte überbracht, ohne sich inhaltlich wirklich festzulegen – zumindest dort wo es möglicherweise konfliktiv mit der Ärzteschaft werden könnte. Auf den notwendigen ärztlichen Sachverstand im G-BA bzw. ob die Bundesregierung noch Einfluss nehmen wird bei der Berufung ist er überhaupt nicht eingegangen. Klare Ziele für die nächste Legislatur – so

fern er wieder Gesundheitsminister wird – hat er keine genannt.

Wie war Ihr Eindruck von der Rede Prof. Montgomerys?

Anne Kandler: Herr Prof. Montgomery ist nach wie vor „mein“ Bundesärztekammerpräsident.

Dr. med. H. Christian Piper: Deutlich in den notwendigen Forderungen, authentisch, klug, rhetorisch ausgewogen.

Monika Buchalik: Prof. Montgomery forderte die Finanzierung des Masterplans Medizinstudium 2020 und setzte sich damit indirekt für die dringend erforderliche Stärkung der Allgemeinmedizin ein. Auch seine Forderung nach dem Abhörverbot von Arzt-Patienten-Gesprächen blieb bei mir in positiver Erinnerung.

Dr. med. Michael Repschläger: Hervorragend.

Dr. med. Lothar Hofmann (Die Hausärzte): Wie immer.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Versuch, die Lage zu retten, aber keine Perspektive.

Dr. med. Lars Bodammer: Die Rede war inhaltlich gut strukturiert. Einen Schwerpunkt sehe ich in der Forderung, den Masterplan Studium 2020 zügig umzusetzen. Insbesondere mit der Sicherstellung der Finanzierung und dem Erfordernis von mehr Studienplätzen.

Yvonne Jäger: Insgesamt empfand ich Prof. Montgomerys Rede als von sehr positiver Grundstimmung geprägt. Er betonte unter anderem, wie die Ärzteschaft solidarisch und mit hohem persönlichen Engagement die Versorgung der zu uns Geflüchteten sicher stellte – ohne dass die Versorgung der Bevölkerung litt. Insbesondere in Zusammenhang mit der manchmal auch öffentlich ausgetragenen Auseinandersetzung um die GOÄ konnte so dem Eindruck entgegengewirkt werden, dass es beim Deutschen Ärztetag „nur um Geld“ gehe. Dennoch war es wichtig – und geübte Praxis – erneut die bedarfsgerechte Finanzierung der Kran-



Dr. med. Lars Bodammer

kenhäuser einzufordern, welcher die Länder bislang immer noch nicht vollumfänglich nachkommen!

Dr. med. Susanne Johna: Ich fand es gut, dass Monti auf ein Gerechtigkeitsdefizit in der Gesellschaft hingewiesen hat, das tatsächlich von Bedeutung ist. Die hohe Differenz in der Lebenserwartung – abhängig davon, in welcher sozialen Schicht ein Kind geboren wird – ist tatsächlich, wie Monti sagte: „eine Schande für den Sozialstaat“ und von ganz anderer Bedeutung als etwaige unterschiedliche Wartezeiten auf einen Facharzttermin zwischen privat und gesetzlich Versicherten.

Frank Seibert-Alves: Professionell wie immer und vielleicht doch ein wenig zu sehr auf Harmonie mit Minister Gröhe bedacht.

Dr. med. Paul Otto Nowak: In seiner Eröffnungsrede vertrat Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery die Positionen und Erwartungen der deutschen Ärzteschaft und nahm unter anderem zu den Themen Bürgerversicherung und Streit um die Notfallversorgung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten Stellung. Er forderte eine zügige Umsetzung der Reform des Medizinstudiums, die Beseitigung des Investitionsstaus in den Krankenhäusern sowie die Stärkung einer handlungsfähigen ärztlichen Selbstverwaltung.

Erich Lickroth: Es wurden alle gesundheitlich relevanten Themen angesprochen, vor allem die notwendige Unabhängigkeit des ärztlichen Berufs. Warnung vor Kommerzialisierung.

Dr. med. Detlev Steininger (Die Hausärzte): Die Rede von Prof. Montgomery spannte einen großen Bogen über die Themen, bei denen in unserer Gesellschaft Ärzte involviert sind und ärztliches Handeln berührt wird. Zwei Bereiche möchte ich herausheben.

Montgomerys Einschätzung zur Bürgerversicherung teile ich nicht. Durch die gesetzliche Krankenversicherung und die private Krankenversicherung besteht jetzt bereits eine klare Zwei-Klassen-Medizin. Privatpatienten/Privatzahler genießen eine Vielzahl von Serviceleistungen gegenüber den Kassenpatienten. Das ist bereits jetzt ungerecht. Möglicherweise könnte die Bürgerversicherung an verschiedenen Stellen den Umgang zwischen Ärzten und Patienten verbessern. Der zweite Bereich ist der Personalbedarf bei Pflegenden und Ärzten in den Kliniken. Hier sehe ich wie der Ärztepräsident einen deutlichen Nachholbedarf bei der Personalbereitstellung für die Versorgung der Krankheiten, die eine stationäre Therapie benötigen. Das Krankenhaus als renditeträchtiges Unternehmen zu betrachten, geht aus meiner Sicht weit an der Notwendigkeit einer stationären Krankenbehandlung vorbei.

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Alle relevanten Themen gestreift. Wie politisch nicht anders zu erwarten Schwerpunkt Kliniken und Hausärzte. Niedergelassene Fachärzte kommen nicht vor. Für populistische Stellungnahme zur Personalpolitik des G-BA nicht mandatiert.

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Montgomery erwähnte zwar den Masterplan 2020, aber der Kernpunkt, Stärkung der Allgemeinmedizin bereits im Studium, wurde wieder glatt von ihm ignoriert.



Anne Kandler

Dr. med. Edgar Pinkowski: Prof. Montgomery hat klar und sachlich und nachdrücklich die Standpunkte, Perspektiven und Erwartungen der Ärzteschaft formuliert. Insbesondere die missbräuchliche Verwendung des Begriffs der „Gerechtigkeit“ gebrandmarkt. Hauptpunkte waren weiter Stärkung der Freiberuflichkeit nicht nur als Lippenbekenntnis, die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung zu erweitern und nicht weiter einzuengen, dass der Masterplan 2020 ohne gesicherte Finanzierung und deutliche Anhebung der Studienplätze zum Scheitern verurteilt ist.

2. Wie bewerten Sie die Vorträge und Diskussionen zum Themenschwerpunkt Digitalisierung im Gesundheitswesen? Ist es dem Deutschen Ärztetag gelungen, neben der berufsrechtlichen Einordnung ein eigenständiges Konzept für die weitere Entwicklung der Digitalisierung zu präsentieren?

Dr. med. Michael Repschläger: Ja.

Anne Kandler: Wir sind auf einem guten Weg.

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Mehr Flexibilität beim sogenannten Fernbehandlungsverbot wurde beschlossen. Prinzipiell ist aber weiterhin ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt die Voraussetzung für eine Kommunikation über elektronische Medien.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Interessant, aber nicht realitätsbezogen. Gute Fortbildung.

Dr. med. Lars Bodammer: Der Ärztetag hat uns noch einmal aufgezeigt, wie wichtig und eingreifend die Veränderungen der Digitalisierung sind und noch sein werden. Mit den verabschiedeten Anträgen hat sich die Bereitschaft gezeigt, gestalterisch hier mitwirken zu wollen.

Dr. med. Lothar Hofmann: Interessant. Gefühl von Machtlosigkeit.

Dr. med. H. Christian Piper: Wir laufen schon hinterher – das muss man realisieren und konstruktiv und proaktiv reagieren. Jedem individuellen Patienten und



Dr. med. Lothar Hofmann (l.) und Erich Lickroth

Arzt privat zugängliche Konnektivität ist ein rasant fortschreitender Schrittmacher auch für fachliche Wissensvermittlung, Symptom- und Befindensdaten von Patienten und für die ärztliche Kommunikation mit den Patienten. Die elektronische Patientenkarte und die eHPC als Zugangsmedien zu rein statischen IT-Systemen können nicht mehr das Ziel sein. Auch der Arzt wird Apps benötigen und mit ihnen kommunizieren müssen.

Dr. med. Susanne Johna: Nein, ein eigenständiges Konzept ist sicher noch nicht entwickelt, aber diese Aufgabe wäre wohl auch durch 250 Delegierte an vier Tagen nicht zu erreichen. Aber es wurden wichtige Rahmenbedingungen festgelegt. Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, sich in diesem Prozess konstruktiv einzubringen und sieht die vielen Chancen, welche die Digitalisierung auch birgt. Wir fordern mit Recht Konnektivität der eingesetzten Systeme, Rahmenbedingungen, ggf. Zertifizierung von Gesundheitsapps und Einführung der Behandlung über ausschließliche Fernbehandlung mit begleitender Versorgungsforschung. Gleichzeitig ist die Ärzteschaft sich der vielen Risiken bewusst und muss sich aktiv in die Fragen nach Sinn, aber auch Unsinn von konkreten Anwendungen einbringen.

Frank Seibert-Alves: Es war richtig, diesen Themenschwerpunkt zu wählen. Der Vorträge waren interessant und teilweise (Sascha Lobo) für einen Deutschen Ärztetag ungewöhnlich unterhaltsam. Die weitere Entwicklung der Digitalisierung konnte natürlich nur andiskutiert werden. Sie wird uns auch die nächsten Jahre beschäftigen.

Dr. med. Paul Otto Nowak: Der sehr interessante Vortrag des IT-Experten Sascha Lobo konnte endlich die deutsche Ärzteschaft wachrütteln und aufzeigen, dass Digitalisierung mehr als die Einführung einer Elektronischen Gesundheitskarte ist. Da sich der „Digitalisierungszug“ bereits ohne Ärzteschaft in voller Fahrt befindet, ist es jetzt höchste Zeit, entsprechende Beschlüsse zu fassen und mitzumachen, um nicht überrollt zu werden. Der Deutsche Ärztetag ist dem Rat glücklicherweise gefolgt.

Erich Lickroth: Es geht in die richtige Richtung. Ein sofort praktisch umsetzbares Konzept fehlt aber noch.

Dr. med. Detlev Steininger: Der Vortrag von Herrn Lobo hat mir sehr viele neue Erkenntnisse gebracht über die Möglichkeiten der digitalen Vernetzung. Heute schon stellen viele Menschen ihre Daten oft auch unreflektiert ins Netz. Oft wissen wir nicht, wer alles unsere Daten heute schon nutzen kann.

Der Vortrag von Frau Woopen war meiner Ansicht nach nicht ganz schlüssig. Vielleicht ist es für eine Ethikerin nicht so einfach, zwischen dem Interesse eines Individuums und den Interessen der Gesellschaft abzuwägen. Ihrer Schlussbemerkungen „Wer die Daten hat, hat die Macht darüber“ kann ich vollständig zustimmen. Daher werde ich mich weiterhin dagegen wehren, Datensammelstellen, ob in ärztlicher Hand oder auf neutralen Rechnern, zu installieren. Aus meiner Sicht gehören die Daten in die Hand des Patienten. Die Ärzteschaft ist immer ein kleines Stück hinter der allgemeinen Digitalisierung hinterher. Für mich ist das o.k. So kann man dann auch einen Blick für Fehlentwicklungen bekommen.

Christine Hidas: Für ein Konzept scheint es noch fachliche Unklarheiten zu geben. Herr Sascha Lobo hat eindrucksvoll gezeigt, wo die Reise hingehen wird und uns ermuntert mitzureisen. Die bislang ablehnenden Stimmen zum Thema Digitalisierung hat er allerdings für sich gewinnen und scheinbar auch überzeugen können: Wir Ärztinnen und Ärzte sollten mitgestalten, nicht hinterherlaufen.

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Der Ärzteschaft wird eine vollkommen neue Welt mit neuen Möglichkeiten und Notwendigkeiten eröffnet. Das klassische Arzt-Patientenverhältnis und die Praxisorganisation werden sich grundlegend ändern. Gefahr der Übernahme von „Medizin“ durch Großkonzerne. Bislang kein Wort, wer den Spaß bezahlt.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Sacha Lobo als Referent war eine Bereicherung des DÄT – er hat allen Anwesenden aufgezeigt, wie weitreichend die Digitalisierung in unserer Leben bereits eingedrungen ist und auch in der Medizin vordringen wird. Es ist keine Frage ob die Digitalisierung kommt oder nicht – sie kommt – sondern wie wir Ärzte den Prozess mitgestalten können.



Dr. med. Jürgen Glatzel

Wer die Daten hat, hat die Macht! Diese banale Weisheit hat dazu geführt, dass der DÄT einen, unter anderem von mir gestellten Antrag, mit überwältigender Mehrheit angenommen hat, der den Vorstand der BÄK und die Landesärztekammern dazu auffordert Schritte zu ergreifen, dass zentral gespeicherte Patientendaten unter der Hoheit und dem Schutz der Ärzteschaft zu stellen sind. Das bedeutet das die Ärzteschaft als einzige Organisation, die keine kommerziellen Ziele bei der mehr oder weniger zentralen Speicherung der Patientendaten hat, dies am besten selbst durchführt.

3. Ist die neue GOÄ aus Ihrer Sicht ein Erfolgsmodell? Bis Ende des Jahres will die deutsche Ärzteschaft der Bundesregierung ein „konsentiertes Produkt“ vorlegen.

Sind die Weichen dafür richtig gestellt worden?

Dr. med. Lothar Hofmann: Nein, nein.

Dr. med. Michael Repschläger: Wenn man Erpressung durch die Politik gut findet...

Frank Seibert-Alves: Aus meiner Sicht befindet sich die neue GOÄ auf einem guten Weg.

Dr. med. Silke Engelbrecht (Marburger Bund): Ob es ein „Erfolgsmodell“ wird, hängt sicherlich davon ab, ob es zeitnah durch die zuständigen politischen Gremien konsentiert wird bzw. erlassen wird und damit auch in Kraft treten kann. Erfreulich war, dass die „aufgeheizte“ Stimmung aus dem vergangenen Jahr durch eine sachlichere Diskussion abgelöst wurde, die letztendlich in einer breiten Zustimmung zu dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer mündete.

Monika Buchalik: Die Skeptiker, zu denen ich gehöre, befürchten die EBM-isierung der GOÄ und können die bisherige Entwicklung noch lange nicht als Erfolgsmodell bezeichnen. Es kann nicht sein, dass technische Leistungen erneut überbewertet werden und ärztliche Gesprächs- bzw. Betreuungsleistungen noch nicht einmal Erwähnung finden.

Dr. med. Lars Bodammer: Von Seiten der Ärzteschaft wurde vieles für eine vernünftige GOÄ-Novelle getan – anfangs mit viel Polemik verbunden. Ob diese sinnvoll umgesetzt wird, liegt natürlich auch in der Hand der Verhandlungspartner – PKV und Beihilfe. Entscheidend für einen dauerhaften Erfolg wird sein, wie nach Einführung der GOÄ auf erforderliche Anpassungen eingegangen wird.

Yvonne Jäger: Die neue GOÄ fand nach reger Diskussion eine überraschend große Zustimmung. Wengleich diese neue Ordnung auch viele Kompromisse enthält, so denke ich, dass die Entscheidung der Delegierten des deutschen Ärztetages die Weichen für eine konstruktive Weiterarbeit an der GOÄ richtig gestellt hat.

Dr. med. H. Christian Piper: Ja, sie muss und wird nun endlich kommen. Die in Frei-



Dr. med. Michael Repschläger

burg getroffenen Freigabeentschlüsse sind ein großer Erfolg, auch im Sinne der wiedergewonnen Einigung der Ärzteschaft.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Noch gibt es keine „Neue GOÄ“. Die Chancen sind nicht gut. Angeblich 6,4 Prozent Erhöhung nach 30 Jahren Stillstand?

Dr. med. Susanne Johna: Natürlich ist es erfreulich, aber auch erstaunlich, dass es diesmal zu keinen relevanten kontroversen Debatten zur GOÄ kam. Schließlich entspricht der Finanzrahmen und auch die Ausarbeitung im Wesentlichen dem, was bereits Anfang 2016 ausgehandelt war. Es bleibt die spannende Frage, wann eine neue GOÄ umgesetzt wird.

Dr. med. Detlev Steininger: Ich finde den erreichten Zwischenstand bei der GOÄ Reform gut. Unter Hinzuziehung der Fachverbände wurden Rahmenbedingungen geklärt, und jetzt geht es um die Bewertung der einzelnen Leistungen. Skeptisch bleibe ich bei der Einschätzung, wann wir Ärzte denn dann eine neue GOÄ haben werden?

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Seit dem 119. Ärztetag mit neuer Struktur unterwegs, aber immer noch eine blackbox. Die Legendierung der Leistungen ist mit den beteiligten Berufsverbänden abgestimmt Die Bewertungen sind noch vollkommen offen. Kleine Öffnungen bei Steigerung und der Funktion der Gemeinsamen Kommission. Vollkommene Katastrophe, dass nicht ein weiterer Ärztetag über das Gesamtvorhaben abstimmt.

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Wenig Neues, ärztliche Verbände und Fachgesellschaften sollen weiterhin eingebunden werden.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Der 120. DÄT hat jedem vor Augen geführt, dass eine neue GOÄ kein Wunschkonzert werden wird. Wirklich viel Neues war nicht zu erfahren – vor allem gibt es noch immer keine Leistungsbewertung. Leider kann die Ärzteschaft nicht auf einem Sonder-Ärztetag über das hoffentlich im Herbst 2017 konsentiertere Werk endgültig abstimmen!

Erich Lickroth: Dies ist noch nicht abschließend beurteilbar, da noch keine Zahlen in Euro für die einzelnen Gebührenordnungspunkte vorliegen.

4. Überzeugt Sie das Konzept der neuen Weiterbildungsordnung? Wo liegen die Vorteile? Welche Nachteile befürchten Sie?

Dr. med. Jürgen Glatzel: Nicht schlecht, aber auch nicht überzeugend. Grundfehler: zu wenig Studienplätze.

Dr. med. Lars Bodammer: Das Modell der neuen Weiterbildungsordnung bietet enorme Chancen auf grundlegende Verbesserungen in der Weiterbildung. Die Vorteile in einer kompetenzfokussierten Weiterbildung gegenüber dem bisherigen Modell bieten der Ärztin und dem Arzt die Möglichkeit einer besseren Überprüfbarkeit der Fertigkeiten. Wenn keine verlässlichen Zeitvorgaben für verschiedene Weiterbildungsabschnitte gegeben werden, könnte die Planbarkeit der Weiterbildung erschwert werden. Dies sollte im Interesse



Dr. med. Silke Engelbrecht



Dr. med. Susanne Johna

der Kolleginnen und Kollegen in Teilzeit genau beobachtet werden.

Monika Buchalik: Sehr erfreulich war das überwältigend positive Abstimmungsergebnis zur Annahme des Kopfteils von Abschnitt B der MWBO. Im Kopfteil werden die Definitionen der Fachgebiete und die Weiterbildungszeiten und damit die Rahmenbedingungen der Weiterbildungsinhalte umfassend fixiert. Dieses positive Abstimmungsergebnis ist ein sicheres Zeichen für die gute Zusammenarbeit der Berufsverbände mit ihren Fachgesellschaften und lässt darauf hoffen, dass die MWBO mit Zusatzweiterbildungen, Allgemeinen Inhalten und Paragrafenteil im Jahr 2018 auf dem DÄT in Erfurt zur Beschlussfassung vorgelegt werden kann.

Dr. med. Michael Repschläger: Im Großen und Ganzen ausgewogen.

Yvonne Jäger: Die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) bedeutet einen fundamentalen Umbruch und stößt daher naturgegeben auf Widerstand. In der neuen MWBO steht der Erwerb von Kompetenzen im Vordergrund und nicht das Ableisten von Zeiten. Hier besteht meines Erachtens zwar im Einzelfall das Risiko, dass sich die Abhängigkeit vom Weiterbilder erhöht. Allerdings bieten die neuen Rahmenbedingungen auch Chancen, in dem man zum Beispiel über das neue Logbuch und regelmäßigen Gesprächen zwischen Weiterbilder und Weiterzubildendem den aktuellen persönlichen Stand seiner Weiterbildung einsehen und darauf reagieren kann. Insgesamt wird die neue MWBO die Weiterbildung flexibilisieren.

Allerdings wird dies mehr Engagement sowohl von den Weiterbildern als auch von den Weiterzubildenden fordern.

Dr. med. Silke Engelbrecht: Ich finde es gut, dass die Inhalte neu ausgerichtet werden sollen und insbesondere fächerübergreifende Basiskompetenzen (Kommunikation/soziale Kompetenz) gestärkt werden. Kritisch sehe ich, dass die geforderten Kompetenzen, die sich aus meiner Sicht aus Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammensetzen, bisher nicht klar genug definiert sind. Aus meiner Sicht besteht die Gefahr einer erhöhten Abhängigkeit der Weiterzubildenden von dem Weiterbildungsermächtigten.

Dr. med. H. Christian Piper: Es ist gut und richtungsweisend, ambulante und stationäre Weiterbildung gleichzustellen. Kompetenzerwerb als Ergebnis von Weiterbildung zu fordern, ist das richtige Ziel, nicht das Abdienen von Zeiten. Entschlacken tut weiterhin not. Es wird sehr spannend sein, die Nachweise der Kompetenz in den E-Logbüchern zeitnah verlässlich abzubilden und nachprüfbar zu erhalten. Das braucht hohes Engagement der Weiterbilder und intensive stützende Kammer-Aktivitäten im Sinne von „train the trainer“. Ohne entsprechend vermehrte und IT-qualifizierte Mitarbeiter in den Ärztekammern wird das insgesamt nicht funktionieren können. Der größte Nachteil wäre, den über viele Jahre diskutierte Abstimmungsprozess des Neustarts nicht planmäßig in 2018 zu vollenden.

Dr. med. Susanne Johna: Ein Vorteil ist, dass nun endlich Beschlüsse gefasst wurden, und der lange Prozess der Umstrukturierung der Weiterbildungsordnung in die Zielgerade geht. Die kompetenzorientierte Weiterbildung ist nicht mehr im Wesentlichen an Richtzahlen und dem Ableisten von Zeiten orientiert, sondern es geht um Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Ich glaube, dass die verpflichtende Dokumentation des Weiterbildungsfortschritts für Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte auch eine Chance ist, um den Weiterbildungsfortschritt zu monitorieren, realistische Rotationspläne aufzustellen und die Inhalte auch tatsächlich abzubilden. Das zukünftige Logbuch soll auch

als elektronische Anwendung zur Verfügung gestellt werden.

Dr. med. Lothar Hofmann: Nachteile. Jede Landesärztkammer macht Abweichungen.

Anne Kandler: Für künftige Ärztinnen und Ärzte wird es eine Verbesserung sein. Für mich wichtig: Dass die Ärztkammern zuständig sind und Fachgesellschaften entscheiden. Ordnungspolitisch muss beachtet werden: Für die WB-Novelle sind die Ärztkammern die Entscheider.

Frank Seibert-Alves: Leider war die Diskussion in weiten Teilen zu stark auf ganz wenige Einzelaspekte fokussiert. Insgesamt erscheint mir die Weiterbildungsordnung allerdings auf einem guten Weg zu sein. Ich hoffe sehr, dass der nächste Ärztetag in Erfurt eine neue praktikable Musterweiterbildungsordnung verabschieden wird.

Erich Lickroth: Vorteil: Das Grundgerüst ist für fast alle Fachrichtungen einheitlich. Gleichwohl größere Flexibilität, da nicht Zeiten, sondern Kompetenzerwerb im Vordergrund steht.

Dr. med. Detlev Steininger: Mit dem bisher Erreichten bin ich sehr zufrieden. Hausärzte konnten eine Verwässerung ihrer Facharztdefinition verhindern und auch die Verwässerung der Weiterbildungszeiten. Es ist gut, dass bei der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin auch Weiterbildungszeiten bei einem Arzt für Allgemeinmedizin notwendig sind.



Dr. med. Paul-Otto Nowak (l.) und Dr. med. Edgar Pinkowski

Dr. med. Wolf Andreas Fach: In den Gremien auf Landes- und Bundesebene wird viel sinnvolle Detailarbeit zusammengetragen. Die sehr individualisierte Weiterbildung wird in den Landesärztkammern eine hohe Kompetenz zur Beurteilung erfordern. Versuche so mancher Berufsverbände die Inhalte der Weiterbildung und damit der eigenen Tätigkeitsbereich auf andere Facharztgebiete auszuweiten wurden gestoppt. Merke: Weiterbildung = Tätigkeit = GOÄ und EBM. Erfreulich die realistische Sichtweise des Deutschen Ärztetages.

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist zufriedenstellend. 24 Monate in der ambulant allgemeinärztlichen Versorgung ist notwendig, nach dem Motto: „Wo Allgemeinmedizin drauf steht, soll auch Allgemeinmedizin drin sein.“

Dr. med. Edgar Pinkowski: Das Konzept der neuen WBO überzeugt mich schon vor allem weil das Erreichen von Kompetenzen und nicht das bloße Abhaken von Eingriffen und Prozeduren im Fokus steht. Auch die Gleichberechtigung von Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich trägt der sich ändernden Wirklichkeit in der medizinischen Versorgung Rechnung.

5. Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie besonders wichtig?

Anne Kandler: Die Abstimmung über die bisher konsentierten Abschnitte der WB-Novelle. Thema Digitalisierung: endlich! Thema Offenlegung der COI (Conflicts of Interest) aller Delegierter!

Monika Buchalik: Wichtig war mir unter anderem der Beschluss, dass der Studiengang Arztassistent (Physician Assistant) nicht als grundständiges Studium, sondern als akademische Weiterbildung für bereits vorhandene Ausbildungsberufe gesehen wird, und dass diese Zusatzqualifikation einen ärztlichen Delegationsvorbehalt enthalten muss.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Digitalisierung, aber zu wenige haben es begriffen. Der Gesetzgeber wird kein Geldgeber.

Dr. med. Michael Repschläger: Die Weiterbildungsordnung.

Dr. med. Lars Bodammer: Bezüglich der Digitalisierung Änderungen zur Regelung der Fernbehandlung. In der GOÄ die Weichen für ein zügiges Vorankommen und in der Weiterbildung große Schritte in Richtung einer Verabschiedung der neuen MWBO 2018/2019. Erstaunlich produktiv waren wir dieses Jahr.



Dr. med. H. Christian Piper

Dr. med. Silke Engelbrecht: Besonders die Fokussierung auf die (Muster)-Weiterbildungsordnung mit einem ganzen Tag Debattezeit war ein wichtiges Signal. Es handelt sich hierbei um ein Kernthema der Ärztkammern, und das sollte sich auch in der dafür vorgesehenen Zeit niederschlagen.

Dr. med. H. Christian Piper: Digitalisierung bei der Patientenversorgung, GOÄ-Novelle, neue (M-)WBO.

Dr. med. Susanne Johna: Es fällt mir sehr schwer, aus den vielen wichtigen Themen einzelne hervorzuheben. Ich beschäftige mich seit vielen Jahren mit dem Thema der sektorübergreifenden Notfallversorgung und freue mich über die richtungsweisenden Beschlüsse in diesem Bereich. Die verfasste Ärzteschaft ist bereit, hier neue Schritte hin zu einer integrativen Notfallversorgung zu gehen. Ich hoffe, dass die Einladung der Bundesärztkammer zu einem runden Tisch und weitere Gespräche am Ende zu einer Lösung im Sinne einer guten Patientenversorgung und Reduktion der Überlastung der Notfallversorgungsstrukturen führen wird.

Dr. med. Lothar Hofmann: Digitalisierung, WBO.

Frank Seibert-Alves: Auch wenn mir die Beschlüsse, an denen ich selbst mitgearbeitet habe, naturgemäß besonders präsent sind, fällt es mir schwer, aus der Vielzahl der Beschlüsse eine Hervorhebung zu treffen. Bei den meisten Themen ist es leider mit einem Beschluss des Ärztetags allein nicht getan. Sehr viele der Themen werden uns bei den nächsten Ärztetagen wieder beschäftigen (müssen).

Erich Lickroth: Positive Bescheidung der Anträge zur Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung durch ein hausarztgeleitetes, interprofessionelles Versorgungsteam, zur Sicherstellung der Unabhängigkeit medizinisch-ärztlicher Entscheidungen und zur Sorge um Konzernbildung – alle im Bereich der ambulanten Versorgung. Außerdem der Leit Antrag zur Berufspolitik „Solidarität leben, Versorgung sichern, verantwortlich handeln“.

Dr. med. Detlev Steininger: Mein Vorstoß bei dem Thema „Leichenschau“, hauptsächlich mit dem Ziel einer rechtssicheren Honorierung dieser Tätigkeit, ist wohl nicht von breitem Interesse gewesen. Der Antrag liegt jetzt beim Vorstand der Bundesärztekammer, da gehört er auch hin. Vielleicht arbeiten dann die Vorstände an einer guten Lösung!

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Digitalisierung und Weiterbildung wurden als Top-Themen erkannt, Physician Assistant wurde gestaltet, GOÄ leider noch nicht zu Ende. Klarer Hinweis an die Politik, dass es die GOÄ nur ganz oder gar nicht gibt.



Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke



Christine Hidas

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Physician Assistant: Ja zu spezifischer Delegation und Unterstützung, nein zur Substitution hausärztlicher Aufgaben. Keine Behandlung unserer Patienten von „Arztassistenten“.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Beschlüsse im Bereich der Digitalisierung, die Stellung und der Umgang mit dem Physician Assistant und der Erhalt des Facharztes für Allgemeinchirurgie – weil er für die Versorgung der Bevölkerung in der Breite besonders wichtig ist.

Christine Hidas: Runder Tisch zum Thema Notfallversorgung. Als Oberärztin in einer Zentralen Notaufnahme habe ich täglich mit der Problematik zu tun – für mich ein brandaktuelles Thema.

6. Ihr Fazit des 120. Deutschen Ärztetages?

Dr. med. Lars Bodammer: Wir haben uns bei dem diesjährigen Ärztetag inhaltlich stringent mit den aktuellen Themen beschäftigt, und nicht, wie bei manchen vergangenen Ärztetagen, nur mit uns selbst. Insgesamt hat das Ärzteparlament mit überaus vielen Anträgen (auch vom Marburger Bund) dieses Jahr effektiv gearbeitet.

Monika Buchalik: Nach über zehnjähriger Erfahrung auf Deutschen Ärztetagen war es für mich die bislang positivste und aussagekräftigste Delegiertenversammlung der Deutschen Ärzteschaft.

Dr. med. Michael Repschläger: Gelungene Veranstaltung.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Besser als die vergangenen drei Ärztetage.

Yvonne Jäger: Insgesamt erlebte ich diesen Deutschen Ärztetag als sehr konstruktiv, produktiv und überwiegend von Wertschätzung getragen.

Dr. med. H. Christian Piper: Erfreulich konstruktiv und produktiv.

Dr. med. Silke Engelbrecht: In vielen Debatten, zum Beispiel auch in der kontrovers geführten um den „Allgemeinchirurgen“, zeigt sich eine zunehmende Differenz zwischen Metropolen und Flächenversorgung, Grund- und High-End-Versorgung. Ich wünsche mir, dass darüber grundlegende Gemeinsamkeiten auch in Zukunft nicht vergessen werden.



Yvonne Jäger

Anne Kandler: Erfolgreiche, begeisternde Arbeit des Deutschen Ärzteparlamentes. Bei aller Emotion fand man grundsätzlich zur Sachlichkeit.

Dr. med. Susanne Johna: Erfreulicherweise stand die konstruktive Arbeit ganz im Vordergrund. Viele Beschlüsse wurden mit deutlichen Mehrheiten gefasst. Der 120. DÄT war ein Erfolg für die ärztliche Selbstverwaltung.

Frank Seibert-Alves: Nach einem leicht chaotischen Start lief es organisatorisch immer besser. Die auf diesen Ärztetag erstmals praktizierte Verlagerung der „weiteren Themen“ vom Freitag auf Mittwoch und Donnerstag stellte sich letztlich für mich als nicht so negativ dar, wie am Anfang zu befürchten war. Sehr positiv empfand ich dann, dass so der gesamte

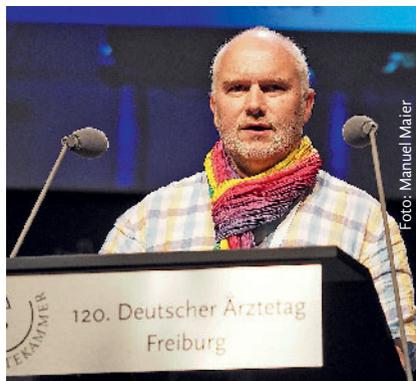


Freitag zur Diskussion unseres „Kerngeschäfts“ der neuen Weiterbildungsordnung frei wurde.

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke: Die Allgemeinmedizin konnte gestärkt und die hausärztliche Versorgung oben auf die Agenda der BÄK gesetzt werden.

Dr. med. Paul Otto Nowak: Der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg verlief ausgesprochen harmonisch in angenehmer Atmosphäre.

Erich Lickroth: Die Ergebnisse waren insgesamt zielführend. Die Konkretisierung steht noch aus. Die Organisation war teilweise unzureichend.



Dr. med. Detlev Steininger

Dr. med. Detlev Steininger: Es waren sehr interessante Themen dabei. Ich bin zufrieden mit dem Verlauf des Ärztetages und den Ergebnissen.

Christine Hidas: Spannend! Informativ! Basidemokratisch! Beeindruckend die Kollegin aus der Türkei, Prof. Dr. Sebnem Korur Fincanci.

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Erstaunliche Einigkeit der Ärzteschaft in der realistischen Einschätzung der eigenen Position.

Dr. med. Lothar Hofmann: Inhalte ok. Organisation schlimm.

Dr. med. Edgar Pinkowski: Teilweise kontrovers aber doch immer konstruktive Diskussionen. Wichtige Beschlüsse – insgesamt (zu) harmonisch!?

Die Fragen stellte Katja Möhrle.

Buchtipps



Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz) – Kommentar & Vorschriften-sammlung

Friedger von Auer, Rainer Seitz
Kohlhammer, Stand Februar 2017, wird ständig aktualisiert, € 199
ISBN: 9783170173880

- Zielgruppe: Angehörige medizinischer und rechtlicher Berufe
- Inhalt: Das Transfusionsgesetz regelt sowohl die Entnahme von Blut und Plasma beim Menschen als auch die Anwendung von Blutprodukten. Der Kommentar (zwei Ordner als Loseblattsammlung) gibt unter anderem über viele Zweifelsfragen Auskunft, die im Transfusionsgesetz auftreten können.
- Information im Internet: www.kohlhammer.de

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten



Telefonprechstunde mit **Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:** Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Die Telefonprechstunde bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen. Der Präsident ist an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter Fon 069 97672-777 für Sie erreichbar:

- Dienstag, 4. Juli 2017
- Dienstag, 1. August 2017
- Dienstag, 5. September 2017

Anzeige

Wahlprüfsteine: Politiker der Fraktionen im Hessischen Landtag nehmen Stellung zu Fragen der Gesundheitspolitik

Wie sieht die Gesundheitsversorgung in Zukunft aus? Die Digitalisierung bringt viele Herausforderungen für Ärztinnen und Ärzte genauso wie für Gesundheitspolitiker. Bietet E-Health Lösungen für eine flächendeckende medizinische Versorgung? Gerade vor Wahlen wird von einigen Seiten regelmäßig das duale Krankenversicherungssystem in Frage gestellt. Wie kann die Teilhabe an der Hightech-Medizin für alle gleichermaßen finanziert werden? „Wir stehen am Vorabend großer Umwälzungen“, so war das Pressegespräch der Landesärzte-

kammer Hessen zu gesundheitspolitischen Perspektiven überschrieben, das in der Ausgabe 06/2017 zu lesen war. Ein Fazit: Die Politiker müssen neue Rahmenbedingungen zum Nutzen aller Patienten schaffen.

Um vor der Bundestagswahl am 24. September 2017 einen Überblick über die Wahlprogramme der Parteien zu bekommen, hat die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes die fünf Fraktionen im Hessischen Landtag und ihre gesundheits- und sozialpolitischen Sprecher um schriftliche Stellungnahmen gebeten.

Allen Fraktionen wurden zunächst elf Fragen gestellt und die Möglichkeit gegeben, sich zu diesen zu positionieren. Anschließend stellen die hessischen Vertreter der Fraktionen die fünf wichtigsten Ziele ihrer Gesundheitspolitik noch einmal vor.

Allen Parteien wurde derselbe Umfang für ihre Darlegung eingeräumt. Die Texte auf den kommenden Seiten wurden dem Hessischen Ärzteblatt in dieser Form zur Verfügung gestellt und nicht redaktionell gekürzt oder bearbeitet. (red)

Hat das duale Krankenversicherungssystem für die Patienten noch eine Zukunft, oder setzen Sie auf die Einheitsversicherung?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU):

Vorbemerkung: Die Erarbeitung des CDU-Programms auf Bundesebene ist noch nicht so weit fortgeschritten, dass ein Text vorliegt. Deshalb beruht die Beantwortung der Fragen auf eigener Einschätzung und der Kommunikation mit meinen gesundheitspolitischen Kollegen der CDU auf Bundes- und Länderebene.

— Das duale Krankenversicherungssystem ist Grundlage von qualifizierter medizinischer Versorgung, guten Zugangsmöglichkeiten und kalkulierbaren Beiträgen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Bei einer Zwangseinheitsversicherung würden sich die Beiträge deutlich erhöhen.

Dr. Daniela Catherina Sommer, SPD:

Vorbemerkung: Das Programm der SPD für die Bundestagswahl wird letztlich in Berlin von der Bundespartei entworfen und auf dem Parteitag am 25. Juni (mit mehr oder weniger spürbaren Änderungen) beschlossen. Die Regelungskompetenzen in der Gesundheitspolitik liegen am Ende auch beim Bund, nicht bei den Ländern.

— Wir sprechen uns für die Bürgerversicherung aus. Sie ermöglicht in gleicher Weise für alle den Zugang zur medizinischen Versorgung. Bislang hat das duale System die Versorgungsunterschiede zementiert. Unterschiedliche Vergütungen vor allem bei ambulanten ärztlichen Leistungen, die allein durch den Versicherungsstatus bedingt sind, tragen zu diesen unerwünschten Ver-

sorgungsunterschieden bei. Ein Gesundheitswesen für alle Bürgerinnen und Bürger braucht den gleichen Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen. Dies setzt voraus, dass die Vergütungsunterschiede für die Leistungserbringung zwischen PKV und GKV nicht noch weiter vertieft, sondern angenähert werden müssen.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Das Versprechen einer verlässlichen und bezahlbaren Absicherung kann bereits heute für relevante Bevölkerungsgruppen nicht mehr eingehalten werden. Die Patienten müssen jedoch darauf vertrauen können, dass sie heute und in der Zukunft verlässlich und mit bezahlbaren Beiträgen abgesichert sind. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab. Die grüne Bürgerversicherung stärkt deswegen Solidarität, Wahlfreiheit und die finanzielle Stabilität in unserem Krankenversicherungssystem. Die vorhandene Spaltung in private und gesetzliche Krankenversicherung führt hingegen zu Rosinenpickerei und Zwei-Klassen Medizin, sie ist nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten.

René Rock, FDP: Das duale Krankenversicherungssystem ist unverzichtbar. Die Bürger/innen sollten eine Wahlmöglichkeit haben und das Krankenversicherungssystem benötigt eher mehr Wettbewerb als keinen. Die PKV ist der Motor für Innovationen, denn sie finanziert innovative Behandlungsmethoden wesentlich schneller und unkomplizierter als die GKV. Sie bietet darüber hinaus Ärzten und Krankenhäusern eine zusätzliche Finanzierungsbasis. Eine Einheitsversicherung würde die Versorgung der Patient/innen verschlechtern, und das Problem der Demografie würde sich noch verschärfen, weil noch mehr ältere Menschen über eine ehemalige PKV in die Einheitsversicherung aufgenommen werden müssten.

Marjana Schott, Die Linke: Nein, hat es nicht. Wir wollen eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung. Die private Krankenversicherung ist aus vielen Gründen längerfristig nicht überlebensfähig. Es ist Aufgabe der Politik, die notwendigen Reformen anzugehen. Wir wollen, dass jeder in Deutschland lebende Mensch Anspruch auf eine für ihn bezahlbare Krankenversicherung hat, die alle notwendigen Leistungen in hochwertiger Qualität finanziert. Jede und jeder zahlt den selben prozentualen Anteil seines gesamten Einkommens ein. Dadurch ließe sich der Beitragssatz bei gleichem Beitragsaufkommen von derzeit 15,7 Prozent auf unter 12 Prozent senken, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie ergab.

Wie wird E-Health das Gesundheitssystem verändern?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Prozessabläufe in Krankenhäusern, bessere Kommunikation zwischen ambulanter und stationärer Medizin sowie Optimierung der Notfallversorgung werden durch E-Health verbessert. Der Arzt-Patientenkontakt soll nicht eingeschränkt, sondern erweitert werden.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Bis 2018 sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. Damit besteht vor allem für ländliche, unterversorgte Räume eine Chance. Digitale Technologien können zu wohnortnahen, innovativen Lösungen beitragen. Telemonitoring-Verfahren können im fachärztlichen Austausch, aber auch für die Patientensicherheit mit elektronischer Patientenakte und elektronischem Medikationsplan nützlich sein. Den wichtigen Arzt-Patienten-Kontakt können digitale Möglichkeiten aber nicht gänzlich ersetzen. Die SPD im Hessischen Landtag begrüßt das E-Health-Gesetz. Allerdings muss eine leistungsfähige Breitbandversorgung in Hessen gewährleistet sein, nur durch die Behebung signifikanter Abdeckungslücken kann die Digitalisierung hier flächendeckend erfolgen.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Die Digitalisierung kann zu effizienteren Behandlungsprozessen, besserer Kommunikation und Kooperation in unserem Gesundheitswesen führen. Sie kann dabei helfen, die Patientinnen und Patienten zu stärken und ihnen eine aktivere Rolle in der Behandlung zu verschaffen. Damit diese positiven Erwartungen eintreten, müssen die Patientinnen und Patienten zu „Spielmachern“ der Digitalisierung werden. Und vor allem müssen ihre Daten sicher sein. Bislang wird ihnen nur die Rolle der Zuschauer zugebilligt. Auch muss die Politik die Einführung digitaler Lösungen aktiver anstoßen und begleiten statt alles der Selbstverwaltung zu überlassen. Überholte Regeln wie das Fernbehandlungsverbot gehören auf den Prüfstand.

René Rock (FDP): E-Health ist eine Möglichkeit, Patienten und Ärzte zu unterstützen. Wenn keine physischen Untersuchungen nötig sind, sondern lediglich eine Beratung oder eine neue bzw. weiter zu führende Medikation nötig ist, können bald vir-

tuelle Sprechstunden (E-Visite) in den Praxen Einzug halten. Auch die Abstimmung zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen wird schneller möglich. Dazu benötigen die Arztpraxen schnelle DSL-Verbindungen für die Abrechnung und den Austausch von Daten mit der Krankenkasse, den Austausch der Befunde und Röntgenbilder untereinander und mit Krankenhäusern. Doppeluntersuchungen können vermieden werden. Moderne Informationssysteme stellen vor allem im ländlichen Raum zukünftig eine Ergänzung und Alternative zu Warterzimmer und Hausbesuch dar.

Marjana Schott (Die Linke): Digitale Anwendungen haben das Potenzial, die Gesundheitsversorgung in Deutschland besser und effizienter zu machen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern sowie zur Prävention von Erkrankungen beizutragen. Die Chancen dürfen nicht den Blick dafür verstellen, dass E-Health-Anwendungen wie andere Methoden auch Risiken für die Patientinnen und Patienten und im Datenschutz bergen können. Qualität, Nutzen und Sicherheit der meisten E-Health-Anwendungen sind nicht überprüft. Wir fordern, schnell valide und praktikable Bewertungsverfahren für den Patientennutzen zu entwickeln, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Die Linke ist weiter für eine Neukonzeption der elektronischen Gesundheitskarte.

Was sind die größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Pflege, Pflege, Pflege.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Die größte Herausforderung besteht darin, die flächendeckende Versorgung zu gewährleisten und Nachwuchs im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich zu akquirieren. Viele junge Ärztinnen und Ärzte wollen im Ballungsgebiet oder im Angestelltenverhältnis arbeiten. Nur jeder zweite Hausarzt findet derzeit einen Nachfolger für seine Praxis. Um den Status quo zu behalten, müssten mindestens doppelt so viele Fachärzte für Allgemeinmedizin ausgebildet werden. Neben Förderinstrumenten zur Ansiedlung von Ärzten, müssen Universitäten dafür Sorge tragen, dass die Ausbildung der Allgemeinmedizin forciert wird, dass aber auch die entsprechenden Rahmenbedingungen und Standortfaktoren geschaffen werden, um die gesundheitliche Versorgung, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Regionen zu sichern!

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): 1. Unser Gesundheitswesen benötigt eine stabile und gerechte finanzielle Basis, damit auch in der Zukunft alle Menschen gut versorgt werden. Das wollen wir mit der grünen Bürgerversicherung erreichen. 2. Die Versorgung muss sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Kooperation und Zusammenarbeit müssen hierzu vertieft, Anreize für mehr Qualität geschaffen, Über- und Unterversorgung wirksam abgebaut werden. 3. Die Digitalisierung darf nicht länger ver-

schlafen werden. Die Gesundheitspolitik muss sich aktiver dafür einsetzen, dass qualitativ hochwertige digitale Versorgungslösungen möglich werden und die elektronische Patientenakte aufs Gleis gesetzt wird.

René Rock (FDP): Die Versorgung der älteren Menschen vor allem im ambulanten Bereich im ländlichen Raum. Der Beruf des Landarztes muss attraktiver gestaltet werden, finanziell und hinsichtlich der Lebensbedingungen. Besonders wichtig ist eine bessere Kinderbetreuung, denn es gibt heute und in Zukunft hauptsächlich Ärztinnen. Die meisten alten Menschen wollen zu Hause versorgt werden. Wir benötigen daher sehr viele ambulante Dienste, auch und vor allem private sowie vernetzte und computergestützte Versorgungsstrukturen. Landärzte müssen durch medizinisch ausgebildetes Personal unterstützt werden. Das Wechseln von Verbänden bspw. kann delegiert werden. Auch müssen mehr Hospize errichtet und die ambulante Palliativversorgung ausgebaut werden.

Marjana Schott (Die Linke): Kommerzialisierung und Wettbewerb im Gesundheitssystem haben Versorgungsqualität, Versorgungssicherheit und Arbeitsbedingungen beschädigt. Wir wollen statt mehr Konkurrenz mehr Kooperation, sowohl zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern, zwischen den Berufsgruppen als auch innerhalb der gesamten Selbstverwaltung. Die Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen, das ist leider an vielen Stellen nicht gegeben. Alleine in ihrem Sinne sollen Ärztinnen und Ärzte unbeeinflusst von Interessen Dritter Entscheidungen treffen können. Es wird außerdem Aufgabe der Politik sein, Potenziale der Digitalisierung im Gesundheitssystem zu heben und Risiken zu minimieren. Hier, wie auch in anderen Bereichen wollen wir den Einfluss von Konzernen auf die medizinische Versorgung zurückdrängen.

Wie wird die hausärztliche und fachärztliche Versorgung in Zukunft gestaltet werden?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Weiterentwicklung der Kommunikation untereinander, Delegation an medizinische Assistenzkräfte im Auftrag und in Begleitung von Ärztinnen und Ärzten, Bildung von Behandlungsketten von der Notfallversorgung über Krankenhaus, Haus- und Facharztpraxis, Rehabilitation nach dem Vorbild des Hessischen Onkologiekonzeptes.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Es ist erforderlich, die Entscheidung für eine ärztliche Niederlassung im ländlichen Raum bzw. Praxisgründungen in unterversorgten oder drohend unterversorgten Planungsbereichen zu erleichtern, um auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleisten zu können. Hier

ist es wichtig, dass das am 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das Kooperationsformen erleichtern und eine Flexibilisierung des ärztlichen Berufs bringen soll, voll auszuschöpfen. Die Möglichkeit der Anstellung von Vertragsärzten oder von Ärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), in dem haus- und fachärztliche Versorgung angesiedelt werden kann, spielt dabei eine wichtige Rolle.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Wir wollen die hausärztliche Versorgung zur Primärversorgung aufwerten und auch andere Gesundheitsberufe wie die Pflege einbeziehen. Die Budgetierung der hausärztlichen Honorare sollte entfallen. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Kooperation aller Gesundheitsberufe gestärkt werden. Der klassische Einzelkämpfer hat ausgedient. In der Zukunft wird es mehr kooperative Versorgungsstrukturen geben, die auch familiengerechte Arbeitsbedingungen ermöglichen. Auch die Vergütungssysteme müssen weiterentwickelt werden und eine stärkere Orientierung am Patienten und seinem Gesundheitsnutzen belohnen.

René Rock (FDP): Tendenziell nehmen die Arztsitze in den Ballungszentren zu und im ländlichen Raum ab. Medizinische Versorgungszentren nehmen zu. Es wäre aber wichtig, alles daran zu setzen, die freien Arztpraxen in der Fläche zu erhalten. Die Haus- und Fachärzte bilden die Basis der hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung. Alte Menschen können keine weiten Wege mehr zurücklegen. Sinnvoll ist eine ärztliche Versorgung zu Hause. Zentralisierte Versorgungsformen sind nur punktuell sinnvoll und praktikabel. In jedem Fall werden die verschiedenen Leistungserbringer zunehmend vernetzt agieren und durch die Möglichkeiten, die E-Health bietet, unterstützt werden.

Marjana Schott (Die Linke): Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung sehen wir in vielen Regionen Deutschlands gravierenden Versorgungslücken entgegen. Neben der stärkeren Verankerung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung müssen auch neue Versorgungsformen entwickelt und bestehende in die Breite gebracht werden. Die Überwindung der Sektoren sollte auch in der Bedarfsplanung gelingen, damit die bestehenden Strukturen im Patienteninteresse bestmöglich verzahnt werden und auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten die Versorgung sichergestellt ist. Polikliniken und Rotationspraxen können einen wichtigen Baustein in der ländlichen, aber auch urbanen Versorgung leisten.

Wie soll die Zukunft der Krankenhausversorgung aussehen?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Förderung von Verbundstrukturen, Erhalt der Trägervielfalt von kommunalen, gemeinnützigen und privaten Trägern, Entwicklung einer Dritten Säule der Finanzierung der Hochschulmedizin.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Es muss gesteuert werden. Das A und O ist eine gute Krankenhausplanung, damit Versorgungsstrukturen

ren auffindbar und gut erreichbar sind. Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen. Hier können Spezialisierungen und Kooperationen sowie eine Verbindung der Sektoren sinnvoll sein. Dabei spielt die Qualität immer eine wichtige Rolle! Das Versorgungsstärkungsgesetz und das Krankenhausstrukturgesetz zeigen, dass bereits derzeit die Bedeutung der Qualität im stationären Sektor gestiegen ist. Qualität soll Baustein der Krankenhausplanung als auch bei der Vergütung von Krankenhausleistungen sein.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Auch in der Zukunft werden Krankenhäuser eine sehr wichtige Rolle für eine bedarfsgerechte Versorgung spielen. Über- und Unterversorgung müssen wirksam abgebaut werden. Krankenhäuser müssen künftig enger mit niedergelassenen Einrichtungen zusammenarbeiten und in sektorübergreifende integrierte Versorgungsstrukturen eingebunden werden. Die Krankenhausfinanzierung muss reformiert werden: Statt Anreizen für immer mehr Leistungen muss mehr Wert auf eine qualitativ hochwertige Versorgung gelegt werden. Um den in der Zukunft weiter steigenden Investitionsbedarf finanzieren zu können, wollen wir die Investitionsfinanzierung reformieren und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verbessern.

René Rock (FDP): In den Ballungszentren und in deren Randgebieten müssen sich Kliniken spezialisieren, um Kosten einzusparen und eine hohe Qualität zu bieten. Der Schlüsselbegriff der Zukunft heißt Kooperation. Nicht jede Klinik sollte alle Behandlungsoptionen anbieten. Im ländlichen Raum müssen Krankenhäuser, die die Grundversorgung der Bevölkerung garantieren, erhalten werden. Krankenhäuser, die dauerhaft defizitär arbeiten und für die Grundversorgung entbehrlich sind, müssen geschlossen werden. Die Bundesländer sollten verpflichtet werden, einen Investitionssatz von acht Prozent des jährlich neu festgelegten individuellen Krankenhausbudgets zu finanzieren, um den Investitionsstau zügig zu beheben.

Marjana Schott (Die Linke): Krankenhäuser müssen gemeinwohlorientiert geführt und bedarfsgerecht finanziert werden. Der ökonomische Druck muss von ihnen genommen werden. Die Orientierung an Markt und Wettbewerb und damit einhergehende betriebswirtschaftliche Strategien der Krankenhäuser schaden den Patientinnen und Patienten wie den Beschäftigten. Deswegen wollen wir die Fallpauschalen als Finanzierungssystem abschaffen. Der Zweck eines Krankenhauses ist nicht die Gewinnmaximierung, sondern die Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen stationären Leistungen. Um eine hochwertige und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, braucht es mehr politische Planung und demokratische Beteiligung. Wo welche Leistungen angeboten werden, darf nicht dem „freien Spiel der Marktkräfte“ überlassen sein.

Was erwarten Sie sich vom Masterplan Medizinstudium 2020?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Förderung der Allgemeinmedizin, Verzahnung von Theorie und Praxis, Weiterentwicklung der Kommunikation von Hochschullehrern und Studierenden.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Der Masterplan Medizinstudium 2020 wurde von Vertretern aus Bund, Ländern und Bundestagsfraktionen am 31.03. März 2017 beschlossen. Er sieht unter anderem eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium, mehr Praxisbezug im Studium und wissenschaftliches Arbeiten vor. Ich erhoffe mir, dass der Masterplan Medizinstudium auf die Bedarfe im Gesundheitsbereich reagiert und dem Fachkräftemangel entgegenwirkt.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Es ist gut, dass die Reform des Medizinstudiums endlich vereinbart wurde. Sie stellt die Weichen, um die Allgemeinmedizin im Studium zu stärken und die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt zu fördern. Um die Versorgung vor Ort auch in Zukunft zu sichern, bedarf es verschiedener Maßnahmen. Für ein tragfähiges Versorgungsnetz im ländlichen Raum müssen Kooperationen und neue Versorgungsmodelle ausgebaut, die Gesundheitsberufe gestärkt sowie die Chancen der Telemedizin genutzt werden.

René Rock (FDP): Die stärkere Gewichtung sozialer und kommunikativer Kompetenzen ist eine ebenso sinnvolle Maßnahme wie die Verpflichtung, ein Quartal des praktischen Jahres in der ambulanten Versorgung zu verbringen. Beide Maßnahmen tragen dazu bei, die Vernachlässigung der „sprechenden Medizin“ zu korrigieren und die Studierenden früher und besser an die gesamte Bandbreite der Erkrankungen und Behandlungen heranzuführen. Die verstärkte Gewichtung allgemeinmedizinischer Inhalte in Studium und Staatsexamen trägt darüber hinaus zu einer Aufwertung der Allgemeinmedizin bei. Eine Landarztquote, deren Einführung den Ländern nun ermöglicht wird, kann sinnvoll sein, muss jedoch von einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für niedergelassene Hausärzte im ländlichen Raum flankiert werden.

Marjana Schott (Die Linke): Im Grundsatz begrüßen wir den Masterplan. Das gilt insbesondere für die Stärkung der Allgemeinmedizin, der ambulanten Versorgung durch das entsprechende Pflichtquartal im PJ und die Kompetenzorientierung hinsichtlich der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Umsetzung des Masterplans führt an diversen Stellen zu Mehrausgaben. Die Finanzierung ist aber ungeklärt. Die Linke erwartet die baldige Klärung dieser Fragen – die zugleich auf die Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Einnahmepolitik verweisen. Die Linke hat hierzu detaillierte Konzepte vorgelegt. Wir erwarten zudem die baldige Umsetzung des Ziels, an allen medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereichen Lehrstühle für Allgemeinmedizin zu errichten.

Was halten Sie von Pflegepersonaluntergrenzen?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Personaluntergrenzen sind dann zu befürworten, wenn sie zwischen Fachgesellschaften, Krankenhausträgern und Krankenkassen fachbezogen und bedarfsgerecht vereinbart werden.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Die SPD im Hessischen Landtag setzt sich für Personalmindeststandards statt für Personaluntergrenzen ein, das bedeutet wir wollen

- eine klare Vorgabe verbindlicher Mindestpersonalzahlen,
- die Differenzierung der Mindestpersonalzahlen insbesondere nach Berufsgruppen und Qualifikationen, Erkrankungsschwerer zu versorgenden Patienten und Art der Station sowie
- eine Vorgabe als Verfahren zur Berechnung des vorzuhaltenden Personals.

In den vergangenen Jahren beobachten wir einen zunehmenden Personalabbau, insbesondere im Bereich der Pflege. Die Zahl der Vollzeitkräfte in den Krankenhäusern geht zurück, die Zahl der Krankenhausbehandlungen nimmt zu: Auf immer mehr Patienten kommen immer weniger Pflegekräfte. Die Entwicklung ist gefährlich, so dass wir an Personalmindeststandards festhalten.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Die vorgesehenen Personaluntergrenzen für Pflegepersonal sind nur ein erster zaghafter Schritt, um zu einer bedarfsgerechten Ausstattung mit Pflegekräften zu gelangen. Die große Koalition hat das Thema über vier Jahre verschleppt. Nötig sind hingegen verbindliche Personalbemessungsregeln und eine bessere und leistungsorientierte Finanzierung der Pflege im Krankenhaus. Hierzu ist auch eine strikte Zweckbindung von für die Pflege vorgesehenen finanziellen Mitteln notwendig.

René Rock (FDP): Einen verbindlichen Personalschlüssel vorzuschreiben, lehnt die FDP ab. Jedes Pflegeheim und jedes Krankenhaus sollte die unternehmerische Freiheit haben, seinen Personalbedarf eigenständig zu bemessen. Bei den vielfältigen Aufgaben, die für das Pflegepersonal anfallen und die in jedem Haus unterschiedlich strukturiert werden, kann eine Berechnung von außen, als Landesvorgabe, nicht seriös festgelegt werden. Arbeitsschutzrichtlinien und eine Vielzahl anderer Vorschriften, Richtlinien und Verordnungen sorgen bereits für geeignete Rahmenbedingungen. Wichtig ist es aus unserer Sicht, dafür Sorge zu tragen, dass Kontrollmechanismen sinnvoll ausgestaltet sind und eingehalten werden.

Marjana Schott (Die Linke): Personaluntergrenzen sind einerseits ein Fortschritt, weil die Bundesregierung endlich anerkennt, dass der Personaleinsatz im Krankenhaus nicht dem Markt bzw. dem Management überlassen sein darf, sondern staatliche Vorgaben gemacht werden müssen. Die konkrete Umsetzung könnte allerdings kaum schlechter sein. Der Versuch „pflegesensitive“ Bereiche auszumachen ist wissenschaftlich unterirdisch und wird in der Praxis zu mannigfaltigen Problemen führen. Politisch

schiebt das Gesundheitsministerium die Verantwortung für die konkrete Umsetzung an DKG, GKV und PKV ab, das ist falsch. Geld für zusätzliches Personal wird nicht zur Verfügung gestellt. Es müssen also weitere Auseinandersetzungen für gute Arbeit und gute Versorgung in den Krankenhäusern geführt werden.

Wie kann der hohe Standard der medizinischen Versorgung auch künftig gesichert werden?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Die Grundlagen unserer Versorgung müssen nachhaltig gesichert werden: Duale Krankenversicherung, Trägervielfalt, freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Neben der Forschung und dem Wissenstransfer sind Portalpraxen, Versorgungszentren, aber insbesondere auch eine gute Vernetzung aller Beteiligten, wie Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken ganz wesentlich. Hier geht es um die Umsetzung und Verstetigung der integrierten Versorgung, in der die Versorgung interdisziplinär-fachübergreifend und sektorenübergreifend begriffen wird. Die Versorgungsqualität soll durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern erhöht werden: So kann auf kurzem Weg schnell und effektiv be- und gehandelt werden.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Durch zwei Maßnahmen. Einerseits ist eine stabilere und verlässlichere finanzielle Basis für unser Gesundheitswesen nötig. Dies wollen wir durch die Bürgerversicherung erreichen. Andererseits wollen wir mehr dafür tun, damit Über- und Unterversorgung abgebaut und eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung erreicht wird. Hierzu gehören zum Beispiel auch wirksame Maßnahmen gegen Mondpreise bei Arzneimitteln.

René Rock (FDP): Zum einen, indem Innovationen und Forschung gefördert und nicht behindert werden. Zum anderen durch Vielfalt und Wettbewerb von Krankenversicherungen und Leistungserbringern. Zentralistische Versorgungsmodelle sollten, wo immer möglich, nicht den Vorrang haben. Kooperationen hingegen sollten unterstützt werden, ebenso wie die digitale Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens. Eine Stärkung der freien Heilberufe und des freien Unternehmertums garantiert eher einen hohen Standard der medizinischen Versorgung als eine staatlich-zentralistische Umstrukturierung. Deshalb ist es wichtig, mit einem Bündel von Maßnahmen, einem ausgefeilten Anreizsystem, die Versorgung in der Fläche sicher zu stellen.

Marjana Schott (Die Linke): Für Die Linke müssen sich alle gesundheitspolitischen Maßnahmen zuerst an ihren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität messen. Es darf keinen grundsätzlichen Kostenvorbehalt geben. Bei allen richtigen Ansätzen zur

Wirtschaftlichkeit muss ein Land wie Deutschland eine hochwertige Versorgung für alle gewährleisten. Eine solidarische Gesundheitsversicherung gewährleistet eine solide und gerechte Finanzierung und ist für uns eine Voraussetzung für die dauerhafte Sicherung der Versorgungsqualität. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems beschädigt dagegen erreichte Standards sowohl in der ambulanten und stationären Versorgung, als auch bei den Krankenkassen.

Welche Pläne haben Sie, um den medizinischen Bereich von Bürokratie zu befreien?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Möglichst viele Regelungen sollen durch die Selbstverwaltung erfolgen. Optimale Zugangsmöglichkeiten werden aber auch immer „bürokratische“ Maßnahmen erfordern, beispielsweise die Behebung der Fehlverteilung von Praxen zwischen Innenstädten der Großstädte und dem ländlichen Raum.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Ein großes Thema war und ist die Entbürokratisierung in der Pflege. Allerdings braucht es auch eine Dokumentation, ganz ohne Dokumentation und eine gewisse Kontrolle geht es nicht. Wichtig ist dennoch, dass Leistungserbringer mehr Zeit für Patientinnen und Patienten haben und sich weniger mit Bürokratie beschäftigen müssen.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Ehrlicherweise muss man zugestehen, dass es im Gesundheitswesen unterschiedliche Ansichten darüber gibt, welche Regeln und Vorgaben notwendig und welche als überflüssige Bürokratie verzichtbar sind. Klar ist aber, dass mit unnützer Bürokratie viel Zeit verplempert wird, die für die Patientinnen und Patienten fehlt. So muss zum Beispiel bei der Qualitätssicherung darauf geachtet werden, dass diese zu mehr Qualität und nicht zu mehr Bürokratie führt. Auch der Dokumentationsaufwand muss überprüft werden. Hier sind jedoch vor allem die Partner der Selbstverwaltung gefordert.

René Rock (FDP): Die große Chance, Bürokratie im Gesundheitssystem abzubauen, kann gelingen, wenn die fortschreitende Digitalisierung genutzt wird, um Dokumentationen so zu vernetzen, dass verschiedene Leistungserbringer Zugriff auf die jeweils relevanten Patientendaten haben und nicht alles mehrfach erhoben und dokumentiert werden muss. Die KBV hat bereits ein Forum eingerichtet, indem Ärzte ihre Vorschläge und Ideen zum Bürokratieabbau mitteilen können und die dann geprüft werden. Unverzichtbar und eine große Aufgabe ist es dabei natürlich, für den angemessenen Datenschutz zu sorgen.

Marjana Schott (Die Linke): Die Behandlungsdokumentation ist ein immanenter Teil der ärztlichen Tätigkeit und als Patientenrecht auch verfassungsrechtlich gefordert. Sie sollte so unbürokratisch wie möglich sein, kann aber nicht entfallen. Die Abrech-

nung mit den Krankenkassen sollte wo möglich verschlankt werden. Aber auch sie ist in einem funktionierenden solidarisch finanzierten Gesundheitssystem nicht entbehrlich. Die Linke steht Vorschlägen, wie eine Entbürokratisierung des medizinischen Alltags gelingen kann, ohne die erforderlichen Standards abzusenken, offen gegenüber.

Hat Ihre Partei vor, die GOÄ zu verabschieden?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Neue Behandlungen müssen auch in einer reformierten Gebührenordnung abgebildet werden. Viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen fanden erst in den vergangenen zehn Jahren Eingang in die Praxis, weil sie neu sind oder bislang nur im Krankenhaus Anwendung fanden.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Die Novellierung ist dringend notwendig, um die GOÄ auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen. Es muss aus unserer Perspektive auf jeden Fall ein Inflationsausgleich geschaffen werden.

Angestrebt wird eine Harmonisierung von EBM und GOÄ. GOÄ und EBM bilden keinen diagnosebezogenen Behandlungsbedarf ab, entbehren weithin einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation und weisen Anreize zu Über-, Unter- und Fehlversorgung auf. Das muss in den Blick genommen werden, so dass ein leistungsgerechtes und berechenbares Honorar ermöglicht wird, dass sich am Patienten und einer evidenz-basierten Medizin orientiert und keine Anreize zu Über-, Unter- und Fehlbehandlung setzt.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Die Verabschiedung der GOÄ wurde mittlerweile schon durch zwei Bundesregierungen, eine schwarz-gelbe und eine schwarz-rote, verschleppt. Dies liegt aus unserer Sicht auch daran, dass die zuständigen FDP- oder CDU-Minister aus Konfliktscheu die Verhandlungen im Wesentlichen der PKV und der Ärzteschaft überlassen haben. Wir sind für eine Verabschiedung der GOÄ, dabei müssen auch die Interessen der Beihilfeträger angemessen berücksichtigt werden. Langfristig wollen wir ein gemeinsames Vergütungssystem für alle Krankenversicherungen. Die bislang in der PKV gezahlte höhere Honorarsumme soll dabei nicht verloren gehen, sondern in die Versorgung fließen.

René Rock (FDP): Auf eine Neugestaltung der GOÄ, die seit 1988 nur kleine Änderungen erfahren hat, müssen sich die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherer einigen, bevor der Gesetzgeber sie verabschieden kann. Dies gestaltet sich jedoch schon sehr lange sehr schwierig. Die FDP hätte ein großes Interesse daran, hier erfolgreich vermitteln zu können, zumal SPD, Grüne und Linke das Konzept einer Bürgerversicherung verfolgen und daher ein überschaubares Interesse an einer Neufassung haben.

Marjana Schott (Die Linke): Die Linke hält die Neukonzeption der GOÄ für dringend notwendig. Sie muss nicht nur transparenter werden, sondern vor allem auch in ihren Leistungsbeschreibungen auf den Stand des Wissens gebracht werden. Sie sollte eine evidenzbasierte Behandlung fördern. Wir befürworten ausdrücklich, dass die zuwendungsorientierte Medizin einen höheren Stellenwert erhält. Damit ein Aktualisierungstau künftig vermieden wird, soll sie künftig regelmäßig überprüft und wo notwendig weiterentwickelt werden. In diesem Sinne halten wir den neuen GOÄ-Vorschlag für eine gute Grundlage. Grundsätzlich wollen wir die GOÄ und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu einer einheitlichen Gebührenordnung zusammenführen.

Wie wollen Sie sicherstellen, dass sich auch Geringverdienende ihre Versicherungsbeiträge leisten können?

Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU): Politik muss auch immer Beitragsstabilität im Auge haben. Der Sozialstaat sichert die Übernahme von Sozialversicherungsbeiträgen bei entsprechender wirtschaftlicher und sozialer Lage.

Dr. Daniela Sommer (SPD): Bislang werden Versicherte abhängig von Einkommen und Status einem Versicherungssystem zugeordnet. Der Zugang zur privaten Krankenversicherung hängt vom Einkommen oder Status ab. Derzeit sind die Versicherungsbeiträge in der GKV einkommensabhängig, in der PKV mit Basis-Tarif geregelt. Wichtig wäre, das Wahlrecht einer Krankenversicherung unabhängig vom beruflichen Status und vom Einkommen für alle in gleicher Weise zu gewährleisten. Die SPD will die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung einführen, sie hat eine Entlastungswirkung für Versicherte.

Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen): Heute haben Menschen mit geringen Einkommen wie kleine Selbstständige oder Rentnerinnen und Rentner mit unsteten Biografien erhebliche Schwierigkeiten. Sie haben Beitragsschulden oder müssen in der PKV ihre Absicherung wegen stark steigender Prämien einschränken. Damit eine gute Gesundheitsversorgung nicht vom Geldbeutel abhängig ist und alle auf eine bezahlbare Absicherung vertrauen können, wollen wir Solidarität und Zusammenhalt im Krankenversicherungssystem stärken. Das wollen wir durch die grüne Bürgerversicherung erreichen. Hier beteiligen sich alle an der solidarischen Finanzierung unseres Gesundheitswesens und sorgen damit dafür, dass niemand zu hohe Versicherungsbeiträge befürchten muss.

René Rock (FDP): Die FDP möchte das liberale Bürgergeld einführen, das bedürftigen Menschen ein steuerfreies Mindesteinkommen gewährt. Dies bewirkt, dass die steuerfinanzierten Sozialleistungen unbürokratisch zu einer einzigen Sozialleistung zusammengefasst werden. Im Prinzip handelt es sich bei diesem Mindesteinkommen um eine negative Einkommenssteuer. Individuelle Anstrengungen werden durch verbesserte Hinzuverdienstgrenzen belohnt, das heißt die Anreize zur Arbeitsaufnahme erhöht. Als positiver Nebeneffekt würde in erheblichem Maße Bürokratie abgebaut. Damit würde sich auch das Problem der Grenzen für die Beitragszahlung an die Krankenkassen und die Diskussion um die Höhe der Beitragssätze für die Geringverdiener erübrigen.

Marjana Schott (Die Linke): Wir wollen eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung einführen. Alle in Deutschland lebenden Menschen sollen Mitglied sein und alle zahlen denselben prozentualen Teil ihres Einkommens, egal wo das Einkommen herkommt, unabhängig vom Berufsstatus (angestellt, selbstständig, studierend ...) und ohne Beitragsbemessungsgrenze. Außerdem wollen wir auch die paritätische Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer wiederherstellen. Auf diese Weise könnte der Beitragssatz von derzeit 15,7 Prozent auf unter 12 Prozent gesenkt werden.

Bücher



Peter Sefrin, Rainer Schuà: Notfall-Manual

Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH
8. Auflage 2017, kartoniert, 320 Seiten
ISBN: 9783437219955, € 24.99
E-ISBN: 9783437172496, € 19.99

Das handliche Notfall-Manual für die Kitteltasche von den Autoren Sefrin und Schuà wurde in diesem Jahr mit der 8. Auflage unter anderem mit den neuen Leitlinien zur Reanimation sowie neuen Empfehlungen der Fachgesellschaften aktualisiert. Es richtet sich in erster Linie an Notärztinnen und Notärzte sowie an Ärz-

tinnen und Ärzte im Notdienst und dient der Nachschlagemöglichkeit im praktischen Einsatz. Anhand der Symptome werden Hinweise auf das weitere präklinische Vorgehen gegeben. Neben den Kapiteln Notfallmaßnahmen und Fachgebiete mit typischen Notfällen werden Notfallmedikamente und rechtliche Aspekte abgehandelt. Zur Fehlervermeidung werden Hinweise zu typischen Fallstricken in über 100 Notfallsituationen gegeben. Als neue Themen kommen Sepsis, Explosionstrauma, hochkontagiöse Erkrankungen und nach Alter unterteilte Kindernotfall-Tabellen hinzu. Mit der neuen Auflage offerieren die Autoren eine praktische Stütze und hoffen, „damit zur Sicherheit der Notfallversorgung beitragen zu können“.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak
Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin
Delegierter der LÄKH

Gesundheitspolitische Schwerpunkte der Parteien

Die Fraktionen im Hessischen Landtag und ihre Fachreferenten stellen sich vor



Die CDU stellt sich vor



Foto: CDU Hessen

Die fünf wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik:

1. Nachhaltige Sicherung der Kranken- und Altenpflege in der Zukunft unter Beachtung der demografischen Entwicklung.
2. Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und Stadtteilen in Großstädten mit problematischer Sozialstruktur.
3. Sicherung von gegenseitigem Vertrauen zwischen Staat und Ärzteschaft, dass freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte auch künftig Grundpfeiler der ambulanten Versorgung sind.
4. Prozessverbesserungen in der Medizin durch E-Health.
5. Förderung von Verbundstrukturen von Krankenhäusern und Vernetzung von ambulanter und stationärer Medizin.

Steckbrief: Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt

* Geburtstag: 4. Juli 1956

Beruflich

- 1981: Approbation zum Arzt
- 1982–1986 Wissenschaftlicher Assistenzarzt Hautklinik der Unikliniken Frankfurt/M
- 1986: Facharztprüfung zum Hautarzt, Zusatzbezeichnung Allergologe
- 1986–2007: eigene Hautarztpraxis in Frankfurt

Politisch

- Seit 2008: Mitglied des Hessischen Landtages
- Ab 2013: Stellv. Vorsitzender der CDU-Landtagsfraktion, Gesundheits- und Sozialpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion

BÜNDNIS/ DIE GRÜNEN stellen sich vor



Foto: Till Haupt/Grüne

Die fünf wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik:



Unser Wahlprogramm wird am 26. Juni 2017 beschlossen. Wir verweisen auf unseren Gesundheitsteaser auf der Homepage hin: <https://www.gruene-bundestag.de/publikationen.html>

Die Themen auskömmliche Finanzierung des Gesundheitswesens, Digitalisierung, Versorgung aus Sicht der Patienten, sektorenübergreifende Zusammenarbeit und neue Wege der hausärztlichen Versorgung werden Schwerpunkte bilden.

Steckbrief Marcus Bocklet

- Geburtstag: 12. Juni 1964 in Frankfurt/M.
- Zwei Kinder

Beruflich

- Studium: BWL und Sozialarbeit, Abschluss: Diplom-Sozialarbeiter

Politisch

- Seit Oktober 2005 (2008 nicht) Landtagsabgeordneter von Bündnis 90/Die Grünen
- Sozialpolitischer Sprecher der Fraktion. Themen: Integration, Flüchtlinge, Arbeit, Armutsbekämpfung, Kinder, Jugend, Familie, Gesundheit, Ausbildung

Neue Broschüre „Sicher im Krankenhaus“

Für alle Krankenhäuser liegt jetzt eine neue Broschüre über Patientensicherheit und Patientenwohl vor: „Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten“ ist für Kliniken und Patienten online abrufbar auf den Internetseiten des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, der Techniker Krankenkasse in Hessen und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS).

Die Broschüre richtet sich an Patienten mit dem Ziel, Krankenhausbehandlungen künftig noch sicherer zu machen. Die Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden, das Ketteler Krankenhaus Offenbach sowie das Klinikum Fulda hatten die Broschüre zunächst getestet. Aufgrund der Rückmeldungen wurde diese überarbeitet und für die Patienten noch nutzerfreundlicher gestaltet. Sie ist nun auch für andere Kliniken voll einsetzbar.

Hier erfahren Patienten, auf was sie in der Klinik besonders achten sollten – zum Beispiel, ob sie ausreichend über die Diagnose und geplante Therapien informiert wurden oder sich das Personal vor der Behandlung die Hände desinfiziert hat. Der Leitfaden will auch die Kommunikation zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten fördern. Das pdf ist abrufbar über die Website www.aps-ev.de – Stichwort „Publikationen“.

Die SPD stellt sich vor

Die fünf wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik:



1. Gleicher Zugang zur wohnortnahen und zuverlässigen medizinischen Versorgung.

Um für die Zukunft sicherzustellen, dass alle Bürgerinnen und Bürger sich gleichermaßen auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung – unabhängig von Geldbeutel, Wohnort oder Lebensumständen – verlassen können, bedarf es der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Ziel muss es sein, die medizinische Grundversorgung im ländlichen Raum sowie im Ballungsgebiet nachhaltig zu sichern. Unser Ziel ist es dabei, einen gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung für alle herzustellen.

2. Pflegeberuf – gute, sichere Arbeitsplätze

Die wichtigste Herausforderung der Zukunft heißt: Personal. Die Zahl der Pflegebedürftigen und die derjenigen, die Gesundheitsversorgung benötigen, in einer alternden Gesellschaft steigt. Die geburtenstarken Jahrgänge kommen langsam ins Rentenalter. Dem steht schon heute ein Fachkräftemangel in der Pflege und in der Gesundheitsversorgung gegenüber. Allein in der Altenpflege wird die Lücke auf rund 30.000 Kräfte geschätzt. Viele Pflegekräfte klagen über die Rahmenbedingungen: niedrige Bezahlung, schwierige Arbeitsbedingungen und ein schlechtes Image des Pflegeberufs. Laut Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) könnten bereits im Jahr 2035 in Pflege- und Gesundheitsberufen rund 270.000 Fachkräfte fehlen.

Die Attraktivität des Berufs muss gesteigert werden. Dabei geht es vor allem um Arbeitsbedingungen, die Einhaltung von Arbeitsrecht, Arbeitsschutz und Arbeitszeit und um eine Bezahlung, von der man leben kann!

3. Gute Patientenversorgung – kein Personalabbau

Die SPD setzt sich seit eh und je für gute Patientenversorgung durch gute und sichere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ein. Personalabbau, der die Beschäftigten überfordert und damit Patienten gefährdet, lehnen wir ab. Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Mortalität in Kran-

kenhäusern mit besonders wenigen Pflegekräften höher ist als in gut ausgestatteten Kliniken. Gerade deshalb ist es so wichtig, dass hier nicht gespart wird!

Gute Versorgung bedeutet für Sozialdemokraten auch, dass Menschen in Not nicht nur technisch gut, sondern auch mit menschlicher Zuwendung behandelt werden. Ziel ist, eine gute und effiziente medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten und zu sichern!

4. Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung

Kreise und Kommunen müssen in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Pflege- und Krankenkassen neue Strategien und Projekte entwickeln, damit eine wohnortnahe Versorgung aufrecht erhalten werden kann. Dazu gehört die bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung. Beispielhaft sind kommunale medizinische Versorgungszentren, die Leistungen aus den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Pflege erbringen. In den modernen Praxisräumen könnten ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleister untergebracht werden, sodass den Bedürfnissen der Menschen im ländlichen Raum Rechnung getragen werden kann. Darüber hinaus sollen umliegende Facharztpraxen und die nahegelegenen Krankenhäuser mit dem Gesundheitszentrum vernetzt werden. Vorteile der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sind so die Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen, die Stärkung der Wirtschaftlichkeit durch Bündelung und Vernetzung von Angeboten der Daseinsvorsorge und Nahversorgung, der Erhalt der Grundversorgung mit Angeboten der Daseinsvorsorge (fachübergreifende Gemeinschaftspraxen in ortsfester oder flexibler Form) sowie fachlich die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Mehrfacheingriffen oder unnötigen Interventionen, so dass eine ganzheitliche Behandlung und optimierte, individuell abgestimmte Versorgung durch die Abstimmung der Behandlungsabläufe funktionie-

Steckbrief Dr. rer. pol. Daniela Sommer



Foto: SPD-Fraktion im Hess. Landtag

- Geburtstag 24.11.1978 in Marburg/Wehrda
- im Landkreis Waldeck-Frankenberg bis heute verwurzelt

- Diplom-Pädagogin, promoviert im Bereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
- Mitglied des Hessischen Landtags
- Stellvertretende Fraktionsvorsitzende
- Gesundheits- und pflegepolitische Sprecherin
- Stellvertretende hochschulpolitische Sprecherin
- Lebenslauf im Internet: www.daniela-sommer.de/html/43078/welcome/Mein-Lebenslauf.html

ren kann. Die Vorteile sind aber nicht nur unter Versorgungsgesichtspunkten, sondern auch für die Belegschaft zu sehen: Ständige Austauschmöglichkeiten mit Fachkolleginnen und Fachkollegen, Vielfältigkeit der Aufgaben, z. B. auch Einsatz in ambulanter Patientenversorgung, permanente Fortbildung sowie die ausgewogene work-life Balance von Freizeit, Familie und Beruf sind hier zu nennen.

5. Das pauschalisierte Abrechnungswesen (DRG) weiterentwickeln – besser: Angleichung GOÄ und EPM

Zunehmende Ökonomisierung birgt die Gefahr, dass gewinnbringende Untersuchungen und Operationen ohne zwingenden Grund veranlasst werden, um Fallpauschalen optimal auszunutzen. Es darf nicht sein, dass aus ökonomischen Gründen medizinisch nicht indizierte Maßnahmen, also unnötige Therapien, durchgeführt werden, nur weil sie aufwendiger sind und finanziell entlohnt werden. Das DRG-System als lernendes System muss weiterentwickelt werden. Es soll Sorge getragen werden, dass in allen Bundesländern, so auch in Hessen, nirgends eine Unterversorgung droht noch eine Überversorgung existiert. Eine geordnete Krankenhausplanung und die Stärkung der Qualität werden fokussiert.

DIE LINKE stellt sich vor

Die fünf wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik:



1. In der Finanzierung wollen wir die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung einführen. Alle Menschen, auch die heute privat oder Nichtversicherten werden Mitglied. Alle zahlen denselben prozentualen Teil ihres Einkommens ein – von allen Einkommensarten und ohne Beitragsbemessungsgrenze. Das macht das System gerecht und sorgt für eine nachhaltige Finanzierung. Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten an notwendigen Gesundheitsleistungen werden abgeschafft. Das sorgt für bessere Adhärenz in der Therapie und beendet finanzielle Bestrafung kranker Menschen. Die Gebührenordnung wird vereinheitlicht und die Zwei-Klassen-Medizin beendet. Dahinter steckt nicht die Absicht, unterm Strich das Honorarvolumen der Ärztinnen und Ärzte zu kürzen. Vielmehr wollen wir so auch eine bessere Verteilung der Praxen erreichen. Denn Praxen sollen dort sein, wo der Behandlungsbedarf hoch ist, nicht dort, wo besonders viele Privatversicherte leben.

2. Damit treten wir für das zweite Ziel ein, für eine gute, flächendeckende, barrierefreie und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land. Neue Versorgungsformen wie Patientinnen- und Patientenbusse, Gemeinschafts- und Teilzeitpraxen oder medizinische Versorgungszentren in öffentlicher Hand können die Arbeit im ländlichen Raum für junge Medizinerinnen und Mediziner attraktiver machen. Polikliniken sollen mittelfristig zu einem Rückgrat der ambulanten Versorgung werden. Wir wollen die von vielen jungen Ärztinnen und Ärzten gewünschten flexiblen und familiengerechten Arbeitsbedingungen erreichen. Die Bedarfsplanung muss

modernisiert werden. Denn letztlich ist sie eher eine Fortschreibung eines Ist-Zustands aus Vor-Bedarfsplanungs-Zeiten als dass sie den tatsächlichen Bedarf abbildet. Unterversorgung in strukturschwachen Gegenden ist die Kehrseite einer Überversorgung in wirtschaftlich interessanten Gegenden. Hier müssen wir gegensteuern.

3. Die beste Gesundheitspolitik ist die, die Gesundheit fördert und Krankheit verhindert. Die Gestaltung eines lebenswerten Umfelds, gute Arbeit, gute Wohn- und Lernbedingungen und soziale Gerechtigkeit tragen maßgeblich zu Gesundheit bei. LINKE Gesundheitspolitik bezieht alle Politikbereiche ein, denn nur so kann der Teufelskreis aus Armut und Krankheit durchbrochen werden. Wir wollen den Wettbewerb zwischen und innerhalb der Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhauslandschaft und Apotheken zurückdrängen. Die Versorgungsfunktion, die ihnen im Gemeinwohlinteresse per Gesetz zugeteilt wurde, muss wieder in den Mittelpunkt rücken. Dafür brauchen wir mehr Kooperation und weniger Konkurrenz.

4. In den Krankenhäusern wollen wir die DRGs abschaffen und durch eine bedarfsgerechte Finanzierung der krankenhausspezifischen Kosten ersetzen. DRGs schaffen falsche Anreize. Es ist das Krankenhaus am erfolgreichsten, das mit so wenig Personal wie möglich die meisten und schwersten „Fälle“ macht. Das ist weder im Interesse der Patientinnen und Patienten noch der Beschäftigten. Möglichst schnell wollen wir insbesondere in der Krankenhauspflege eine bundesweite gesetzliche Personalbemessung einführen. Denn der Personalnotstand gefährdet nachweislich die Gesundheit und das Leben der Patientinnen und Patienten. Bessere Arbeitsbedingungen können zudem helfen, die Arbeit im Krankenhaus attraktiver zu gestalten.

Steckbrief Marjana Schott



- Jahrgang 1958, geboren in Bad Hersfeld
- wohnhaft in Fuldaabrück
- verheiratet, ein erwachsener Sohn

- Diplom-Sozialpädagogin
- seit 2008 Mitglied des Hessischen Landtags
- Sprecherin für: Forsten und Naturschutz, Landwirtschafts- und Umweltpolitik, Frauenpolitik, Kinder- und Jugendpolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik, Behindertenpolitik und Justizvollzug

5. Schließlich wollen wir bezahlbare Medikamente statt Profite für Pharmakonzerne. Keines der bisherigen Gesetze hat die Macht der Pharmaindustrie brechen können. Die Gesundheitspolitik aller jüngeren Bundesregierungen hat es zugelassen, dass im ersten Jahr nach der Zulassung Fantasiepreise z. B. für Krebs-, Rheuma- und 1035 Multiple-Sklerose-Mittel verlangt werden dürfen. Wir wollen, dass alle Patientinnen und Patienten mit sicheren und wirksamen Arzneimitteln nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft versorgt werden – unabhängig von ihrem Einkommen und ihrer Erkrankung. Dafür fordern wir eine Preisgestaltung, die sich am Nutzen für die Patientinnen und Patienten orientiert und eine klare Deckelung für Medikamentenpreise ab der Zulassung beinhaltet. Marketingaktivitäten müssen strikt begrenzt werden. Das betrifft nicht nur die Werbung, sondern auch die Beeinflussung der Ärzteschaft, der Wissenschaft und von Patientenorganisationen. Ärztinnen und Ärzte dürfen für das Verordnen bestimmter Medikamente nicht belohnt werden. Ein öffentliches Studienregister für Arzneimittelstudien soll gewährleisten, dass negative Studienergebnisse nicht mehr unterdrückt werden können.

Die FDP stellt sich vor

Die fünf wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik:

Freie Demokraten



1. Innovative Versorgungsformen müssen gefördert werden, indem ein verstärkter Wettbewerb unter den Krankenkassen hinsichtlich ihrer Leistungen ermöglicht wird. Beispielsweise über eine Ausweitung der Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Das Instrument der Qualitätsverträge soll dauerhaft eingeführt werden, so dass zum Beispiel Krankenkassen und Krankenhasträger Vereinbarungen treffen können, die höhere Qualitätsanforderungen mit einem entsprechenden Anreiz verbinden.

2. Die freie Wahl der Krankenkasse muss erhalten bleiben. Die PKV darf als Versicherungsmöglichkeit nicht zugunsten einer Bürgerversicherung entfallen. Eine staatlich organisierte und rationierte Zuteilungsmedizin würde langfristig zu einer schlechteren Versorgung und verschärften demografischen Problemen der GKV führen. Wir wollen einen Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung einfacher gestalten und im Zuge dieser Öffnung die PKV verpflichten, jeden Antragsteller im Basisstarif zu versichern. Altersrückstellungen sollen bei einem Wechsel innerhalb des PKV-Systems mitgenommen werden können.

3. Ambulante Versorgung stärken. Es muss alles dafür getan werden, die flächendeckenden ambulanten Hausarzt- und Facharztpraxen in der Wohnortnähe der Menschen zu erhalten, die aufgrund der demografischen Entwicklung dieses Angebot mehr denn je brauchen. Es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass dafür geeignete Behandlungsmethoden aus den Krankenhäusern in den ambulanten Sektor überführt werden können.

4. Abschaffung der Budgetierung, weil sie zu einer Unterfinanzierung der medizinischen Versorgung sowie zu einer schlechteren Versorgung bspw. in sozialen Brennpunkten geführt hat. Versteckte Zwangsrationierungen von ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten und das Vorenthalten von Untersuchungen sind die Folge. Die Budgetierung ist es, die zu Ungerechtigkeiten in der ärztlichen Versorgung führt. Leistungen und Kosten sollen für die Patienten/innen nachvollziehbar werden und sie sollen die freie Wahl zwischen verschiedenen Tarifen und Selbstbeteiligungen haben. Durch Härtefall- und Überforderungsregelungen soll gewährleistet werden, dass niemand durch die Kosten überfordert und jeder angemessen versorgt wird.

5. Faire Wettbewerbsbedingungen für Apotheken sollen den Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln

Steckbrief René Rock



- Jahrgang 1967
- seit 2008 Mitglied des Hessischen Landtags. Von 2009 bis 2014 war er stellv. Vorsitzender, von 2014 bis 2017 Parlamentarischer Geschäftsführer und seit 2017 ist er Vorsitzender der FDP-Fraktion im Landtag. Zudem ist er seit 1998 Kreisvorsitzender der FDP Offenbach-Land, seit 2006 Mitglied und seit 2011 Fraktionsvorsitzender der FDP in der Regionalversammlung Südhessen.

Zuständigkeiten: Fraktionsvorsitzender, Mitglied im Hauptausschuss, Mitglied im Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss, Energiepolitischer Sprecher.

Parallel zu seinem Landtagsmandat ist René Rock seit 1999 selbstständig mit seiner Firma „Pro PR Unternehmenskommunikation“.

über ausländische Apotheken kompensieren und unsere Apotheken absichern. Das Arzneimittelgesetz, die Arzneimittelpreisverordnung und das Sozialgesetzbuch V müssen so geändert werden, dass die neuen Rahmenbedingungen unsere Apotheken weiterhin gut aufstellen. Abrechnungsmöglichkeiten für die persönliche Beratung und andere besondere Leistungen müssen ermöglicht, Notdienste angemessen honoriert und ein Sicherstellungszuschlag für Apotheken an abgelegenen Standorten eingeführt werden.

www.endlich-erwachsen.de: Neue Website für chronisch nierenkranke Jugendliche

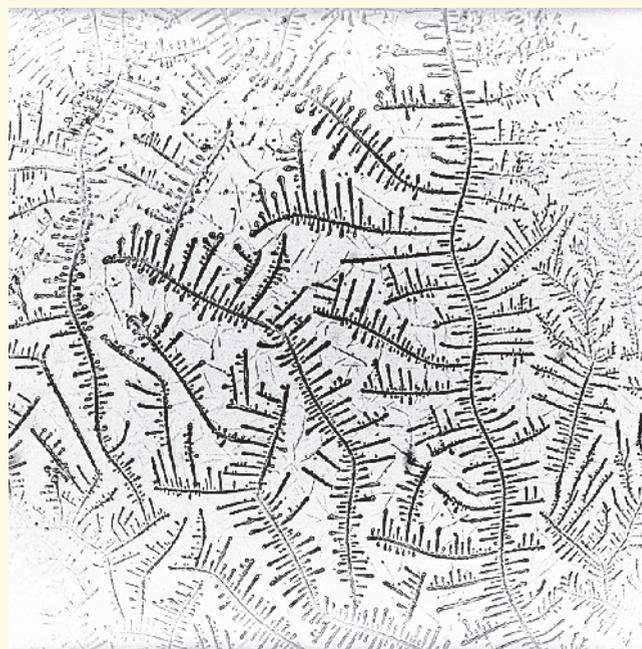
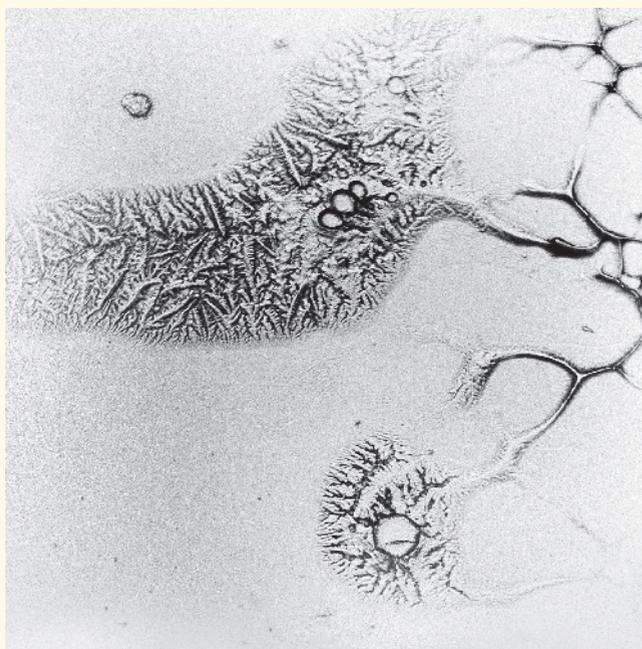
Das gemeinnützige KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V. (www.kfh.de) bietet eine neue Website für chronisch nierenkranke Jugendliche an: www.endlich-erwachsen.de richtet sich an junge Erwachsene im Alter zwischen 16 und 21 Jahren, die sich im Übergang von der Kinder- in die Erwachsenen-

endialyse befinden. Das KfH will chronisch nierenkranke Jugendliche mit dem Internetauftritt dabei unterstützen, diese besondere Phase gut zu bewältigen. Bilder, Videos und Nachberichte informieren über die Veranstaltungen des KfH-Transferprogramms „endlich erwachsen“, ebenso gibt es einen Veranstal-

tungskalender. In weiteren Rubriken finden sich Informationen rund um den alltäglichen Umgang mit der Nierenerkrankung sowie Erfahrungsberichte. Per WhatsApp besteht die Möglichkeit, Fragen an das Team zu stellen, ausgewählte FAQs werden anonymisiert unter dem Punkt „4 You“ veröffentlicht. (red)

Zwischen den Welten

Die Künstlerin Henrieke I. Strecker verwandelt Tränen in Salzblüten



Fotos: Henrieke I. Strecker

Hier formieren sich die Tränen zu „Salzblüten“. „Die Natur ist intelligent“, sagt Henrieke I. Strecker: „Die Salzkristalle könnten ein Vorbild für unsere Gesellschaft sein. Kein Kristall ‚schubst‘ den anderen. Alles ist harmonisch im Rhythmus der Natur. Alles fließt ineinander.“

Filigrane Blätterstrukturen, winzige Organismen, die sich auf dem Untergrund verteilen und zu abstrakten Mustern verbinden, längliche, Samenfäden ähnelnde Fabelwesen: Die Fotografien, mit denen Henrieke I. Strecker ihr im März dieses Jahres erschienen Buch „Salzblüten“ illustriert hat, haben etwas Skizzenhaftes und erinnern an Kalligrafien. Tatsächlich sind es durch das Mikroskop betrachtete Tränen, die sich dem Betrachter wie verwunschene Traumgebilde auf den Seiten des Bandes zeigen: Tränen eines kleinen Jungen, den die Fotografin bei ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit in einem Kinderhospiz begleitet hat. Ihm ist das berührende Buch mit Streckers Gedichten und mikroskopischen Aufnahmen gewidmet.

Worte und Bilder spiegeln Schmerz und Verbundenheit gleichermaßen. Der Titel des Bandes ist dem ersten Gedicht entnommen: „Sanfte blasse Haut/ ein kleiner Junge/ irgendwo hinter/ geschlossenen Lidern/ Atemmaschine/ Magensonde/ Nadel in Vene/.../ Aus der Tiefe/ des erzwungenen/ Schlafs/ entweicht eine Trä-

ne/ seinem Auge/ Eine Salzblüte/ entfaltet sich/ auf seiner/ Kinderwange.“

Henrieke I. Streckers Lyrik verknüpft stakatoartige Eindrücke mit Beobachtungen und Gefühlen – „Die Tage schleppen sich/ die Stunden ziehen sich/ bleiern für sie/ peinigend für ihn“ heißt es in „Lauf zurück ins Leben“.

Nur auf den ersten Blick scheint die Auswahl der Fotografien zufällig, die bei näherem Hinsehen die Gedichte visuell ergänzen. Wie ein von fein gemaserten Pflanzen eingesponnener Erdball mutet eine Aufnahme in dem Buch an.

„Zwischen den Welten“ ist das Gedicht auf der folgenden Seite überschrieben. Zu blattartigen Mustern sind die Tränen auf der Illustration des Gedichtes „Botanischer Garten“ geformt. Doch zugleich stehen die poetisch anmutenden Bilder auch für sich, laden dazu ein, in sie einzutauchen und eigene Assoziationen zu entwickeln.

Sie wolle in ihren Bildern Bewegungen und Stimmungen wiedergeben, hat Henrieke I. Strecker einmal gesagt. Es gehe ihr nicht um den isolierten Moment, im

Sinne einer Reportage das „wirklichkeitsgetreue“ Abbild, sondern um das Erleben in der Situation, in der die Aufnahme entstanden sei. Bei ihrer Arbeit bedient sich die in Freiburg geborene Künstlerin, die lange in Frankfurt gearbeitet hat und nach weiteren Stationen in den USA heute in Berlin lebt, alter Fotografiertechniken. Die langen Belichtungszeiten tragen zur Verfremdung bei: Tränen, die auf einen endgültigen Abschied – „Trennung“ – zulaufen und dabei in Sprache und Bilder leise Spuren hinterlassen: „Verbindung/ unterbrechen/ Letzte bangende/ Blicke/ Draußen.“

Katja Möhrle

Henrieke I. Strecker: Salzblüten
Verlag: Books on Demand 2017
Hardcover, € 19.99
ISBN 9783743188037 (Deutsch)
ISBN 9783743151031 (Englisch)
Bestellungen über die Website:
<http://salzblüten.com/buch.html>



Das hessische Weiterbildungsregister: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2016

Iris Bruchhäuser, Annette Seelig, Vera Reinhard, Christian Brinkmann, Judith Feigi, Oleg Gurevich, Nina Walter

Wie viele Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) gibt es in Hessen? In welchen Fachgebieten sind angehende Fachärzte tätig? Fragen zum medizinischen Nachwuchs in Hessen sind immer aktuell. Und auch in diesem Jahr können Details zum fachärztlichen Nachwuchs anhand des hessischen Weiterbildungsregisters der Landesärztekammer (LÄKH) näher betrachtet werden. Für die Aktualisierung des Weiterbildungsregisters werden seit 2013 einmal jährlich alle Weiterbildungsbefugten einer Gebietsbezeichnung angeschrieben und um Meldung ihrer ÄiW gebeten, die zum Stichtag 1. Oktober in ihrer Weiterbildungsstätte tätig waren. Das Hessische Ärzteblatt berichtet einmal jährlich über die aktuellen Ergebnisse sowie Entwicklungen des Weiterbildungsregisters [1, 2, 3]. In diesem Artikel werden die zentralen Ergebnisse der Erhebung 2016 vorgestellt.

Befragung der hessischen Weiterbildungsbefugten

Im Oktober 2016 wurden alle Befugten einer Gebietsbezeichnung in Hessen gebeten, ihrer Meldepflicht nachzukommen und alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung anzugeben, die am 1. Oktober 2016 in ihrer Weiterbildungsstätte tätig waren. Sollten zum Stichtag keine ÄiW beschäftigt worden sein, wurden die Befugten aufge-

fordert, dies ebenfalls zu melden. Wie bereits im Vorjahr, wurden alle Weiterbildungsbefugten, die im Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen registriert sind (88 Prozent [%]), per E-Mail gebeten, ihre Meldung über das Portal abzugeben. Sofern kein Portalzugang bestand, wurden sie postalisch kontaktiert und erhielten einen Erhebungsbogen. Für die Meldung zum Register wurden folgende Informationen zu den jeweiligen Ärzten in Weiterbildung benötigt:

- Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)
- Namen der ÄiW
- vertragliche Wochenarbeitszeit
- die Angabe, ob sich ein Arzt in Weiterbildung in Mutterschutz oder Elternzeit befand.

Ein rein postalisches Erinnerungsverfahren erfolgte Ende November 2016 an alle Befugten, die noch keine Meldung abgegeben hatten. Nach Ablauf der Meldefrist wurden die Meldedaten eingefroren und bearbeitet. Meldungen, die nach der Frist eingereicht wurden, konnten deshalb nicht mehr berücksichtigt werden.

Verteilung der Befugnisse mit und ohne Ärzte in Weiterbildung

3.926 Weiterbildungsbefugte (entspricht 3.343 Befugnissen) wurden von der Landesärztekammer Hessen angeschrieben.

- Die Rückmeldequote betrug 89 %.

44 % der rückgemeldeten 2.895 Befugnisse verfügten über einen oder mehrere ÄiW. 56 % verfügten über keinen Arzt in Weiterbildung.

Tabelle 1 verdeutlicht, dass die Rückmeldung allgemeinmedizinischer Befugnisse mit 74 % – wie in den vergangenen Erhebungsjahren – den höchsten Anteil an unbesetzten Weiterbildungsstellen aufweist. Es folgen die Gebiete Kinder- und Jugendmedizin (69 %) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (53 %). Die Mehrheit an offenen Stellen befindet sich in allen Fachgebieten im ambulanten Bereich.

Hessische Ärzte in Weiterbildung

Insgesamt 5.826 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wurden gemeldet, exklusive derjenigen, die sich zum Stichtag in Mutterschutz oder Elternzeit befanden (n=354).

- Die Mehrheit der gemeldeten ÄiW war weiblich (58 %).
- Der Altersdurchschnitt aller ÄiW betrug 34,8 Jahre.
- Größtenteils arbeiteten die Ärzte im stationären Bereich (84 %).

Es befanden sich 9 % der Ärzte im ambulanten Bereich, 7 % („sonstige Einrichtungen“) waren unter anderem Angestellte in Pharmaunternehmen oder bei einer Behörde. Die durchschnittlich vertraglich

Fachgebiete	Unbesetzte Weiterbildungsstellen (N=1.624)			
	gesamt [%]	ambulant [%]	stationär [%]	sonstige [%]
Allgemeinmedizin	74%	99%	0%	1%
Kinder- und Jugendmedizin	70%	96%	3%	1%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	55%	85%	12%	3%
Gebiet Innere Medizin	47%	85%	10%	5%
Anästhesiologie	40%	64%	33%	3%
Gebiet Chirurgie	25%	75%	23%	2%

Tabelle 1: Auch zum Stichtag 1.10.2016 wurden erstaunlich viele Weiterbildungsstellen gemeldet, die unbesetzt blieben. Markant erscheint zum Beispiel die große Anzahl an freien Weiterbildungsplätzen im ambulanten Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im Vergleich zum stationären.

festgelegte Wochenarbeitszeit lag bei 37,7 Stunden pro Woche.

Innere Medizin weiterhin Spitzenreiter

Wie der Blick auf die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nach Fachgebieten verdeutlicht (vgl. Abb. 1), befand sich die Mehrheit der 5.826 gemeldeten ÄiW wie im Vorjahr im Gebiet Innere Medizin (29,2 %), gefolgt vom Gebiet Chirurgie (18,8 %) sowie Anästhesiologie (9,3 %). Die sich in weiteren Gebieten befindlichen ÄiW sind unter „sonstige Fachgebiete“ zusammengefasst (15,4 %). Auf die einzelnen sonstigen Fächer entfallen weniger als 2 % der gemeldeten ÄiW.

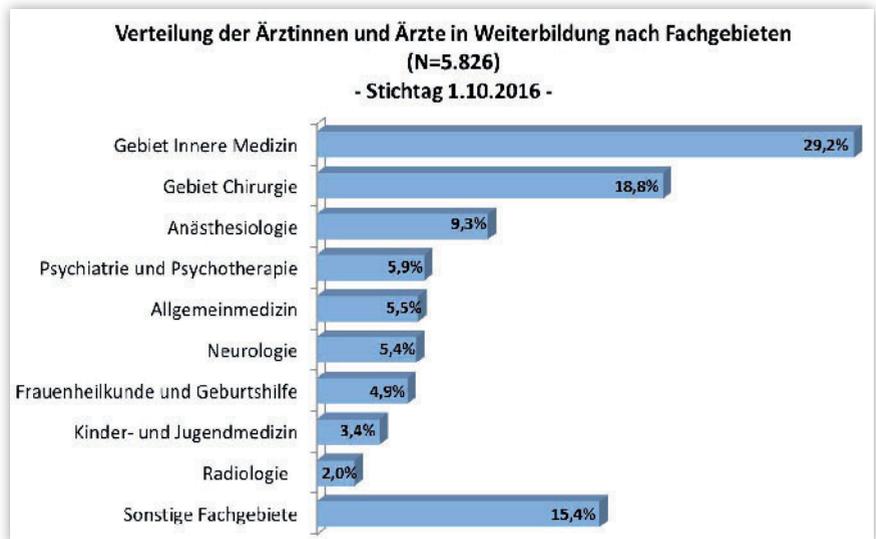


Abbildung 1: Die Innere Medizin führt seit Beginn der Erhebung im Jahr 2013 diese Statistik an.

Ausländische Ärzte in Weiterbildung: Mehrheitlich männlich und Nicht-EU-Bürger

Abbildung 2 zeigt den kontinuierlichen Anstieg an gemeldeten Ärzten in Weiterbildung mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Während im Erhebungsjahr 2013 rund 17 % der gemeldeten ÄiW über einen ausländischen Pass verfügten, hatten 2016 bereits 24 % der gemeldeten ÄiW einen ausländischen Ausweis, davon 43 % EU-Bürger.

- Die ÄiW mit ausländischer Staatsangehörigkeit waren mit 54 % überwiegend männlich.

Demzufolge hat sich der männliche Anteil unter den ausländischen ÄiW seit 2013 um 4 % erhöht. Die Mehrheit der zum Stichtag 1. Oktober 2016 gemeldeten ausländischen ÄiW mit EU-Staatsbürgerschaft besaß die rumänische Staatsangehörigkeit (26,4 %), gefolgt von Griechenland (15,2 %) und Bulgarien (11,8 %). Der größte Anteil der ÄiW mit Nicht-EU-Staatsangehörigkeit verfügte wie in den vergangenen Erhebungsjahren über einen syrischen (12,1 %), russischen (7,0 %) oder ägyptischen (6,5 %) Pass.

Fazit

Die Registerdaten verdeutlichen, dass es im Vergleich zu den vergangenen Erhebungen hinsichtlich der unbesetzten Stellen sowie gemeldeten ÄiW nach Fach- und Tätigkeitsgebieten keine gro-

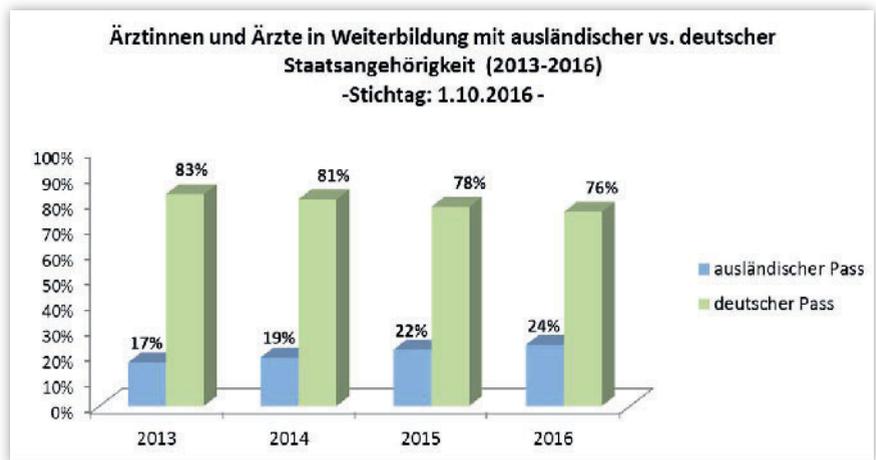


Abbildung 2: Gegenläufig zur Entwicklung „Die Medizin wird weiblich“ steigt seit 2013 die Zahl der in Weiterbildung befindlichen ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Hessen rapide an – geprägt durch überwiegend männliche Ärzte mit Nicht-EU-Staatsangehörigkeit.

ßen Unterschiede gibt. Während seit 2013 die Allgemeinmedizin kontinuierlich den höchsten Anteil an unbesetzten Weiterbildungsstellen aufweist, bleibt das Gebiet Innere Medizin Spitzenreiter unter den Tätigkeitsgebieten der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in Hessen. Ob sich diese Trends weiterhin festigen, bleibt im Laufe der nächsten Jahre zu beobachten.

Berufspläne können sich während der Weiterbildungszeit ändern

Vor dem Hintergrund des fachärztlichen Nachwuchsmangels ist hier anzumerken, dass die Verteilung der ÄiW nach Fachge-

bieten keine Prognosen erlaubt, mit welcher Facharztbezeichnung die Weiterbildungszeit abgeschlossen wird und in welchen Fachgebieten diese Ärzte später auch tatsächlich tätig sein werden. Die Berufspläne können sich während der Wei-

Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)



terbildung ändern. Ferner können laut Weiterbildungsordnung bestimmte Weiterbildungsabschnitte auf andere Fächer angerechnet werden.

Mit Blick auf die gemeldeten ÄiW können wir festhalten, dass es im Vergleich zu den früheren Erhebungen keine großen Unterschiede hinsichtlich der Altersstruktur, Wochenarbeitszeit sowie dem Tätigkeitsgebiet gibt. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung gibt es den Trend, dass zwar seit 2013 mehrheitlich weibliche ÄiW gemeldet wurden, der Anteil an männlichen ÄiW jedoch stetig steigt. Grund für dieses Phänomen ist die anwachsende Zahl der männlichen ausländischen ÄiW (seit 2013 um 4 %). Insgesamt ist der Anteil an ausländischen Ärzten in Weiterbildung seit Beginn der Stichtagserhebung um 7 % ge-

stiegen. Insbesondere der prozentuale Anteil an Nicht-EU-Bürgern ist stetig gewachsen (seit 2013 um 12 %).

Nächste Erhebung im Herbst 2017

Im Oktober werden erneut alle für ein Fachgebiet befugten Ärztinnen und Ärzte in Hessen für das Weiterbildungsregister entweder postalisch oder via E-Mail angeschrieben und um Meldung ihrer sich in Weiterbildung befindlichen Ärzte gebeten. Für ein aussagekräftiges Weiterbildungsregister benötigen wir weiterhin die Mitwirkung aller Weiterbildenden. Wir möchten alle Befugten deshalb darauf hinweisen, ihre Meldung für das Register nach Aufforderung fristgerecht einzureichen.

Noch Fragen?

Weitere Informationen zum hessischen Weiterbildungsregister, unter anderem die häufigsten Fragen & Antworten, sind auf unserer Website www.laekh.de unter den Rubriken „Ärzte/Weiterbildung/Weiterbildungsregister“ abrufbar.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser

Wissenschaftliche Referentin

Landesärztekammer Hessen

E-Mail: iris.bruchhaeuser@laekh.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 07/08 2017.

Bücher



Stiftung Münch (Hrsg.): Die elektronische Patientenakte – Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung

medhochzwei Verlag Heidelberg 2016

123 Seiten, € 59.99

Print: ISBN: 9783862163311

E-Book: ISBN: 9783862163380

Für die Autoren ist eine elektronische Patientenakte (ePA) „die“ effektive und auf Dauer effiziente Lösung, sektorübergreifend Behandlungsdaten zu dokumentieren und jedem autorisiertem Behandler jederzeit zur Verfügung zu stellen. Es gelte allerdings, die ökonomischen Herausforderungen (Finanzierung) während der Implementierung des Systems bis zur Amortisation zu überstehen. Der Inhalt der ePA müsse im Konsens zwischen den Beteiligten festgelegt werden – die Daten sollten auf das notwendige Maß beschränkt werden, raten die Autoren: Eine ePA entbinde die einzelnen Behandler jedoch nicht, weiterhin die Patientendaten im eigenen Verwaltungssystem vollständig zu dokumentieren und aufzubewahren. Eine umfassende Versorgungsforschung werde erst durch eine nationale ePA möglich – berge aber erhebliches Konfliktpotenzial und entsprechende Begehrlichkeiten!

Hier muss sich aus meiner Sicht die Ärzteschaft einbringen um zu verhindern, dass das Interesse, Daten für die Forschung nutzbar zu machen, das Arzt-Patientenverhältnis untergräbt. Das informelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Sicherheit seiner Gesundheitsdaten – die intimsten und sensibelsten Daten eines Menschen überhaupt – dürfen nicht gefährdet werden!

Eine ePA ist nur dann eine sinnvolle Ergänzung der medizinischen Versorgung, wenn sie die Behandlung erleichtert, nicht behindert, so das Fazit der Autoren. Zum Beispiel könnten die hohen Implementierungs- und Betriebskosten, die die Leistungserbringer selbst schultern sollen, ein Hindernis sein. Die bloße Speicherung und Übertragung medizinischer Daten per se bedeute noch keinen Versorgungsmehrwert (derzeit das österreichische Problem). Wie weit unser direkter Nachbar und auch andere Nationen mit der Einführung einer ePa sind, wird spannend beschrieben. In Österreich, vor allem in der Steiermark, ist man zwar deutlich weiter als in der Bundesrepublik. Die Einführung dort erfolgt jedoch weitestgehend ohne die Einbindung der Ärzteschaft, um berechtigten Widerstand auszuschließen. Die Politik verkündet dies auch ganz offen voller Stolz – dies ist meine persönliche Erfahrung bei einer Delegationsreise Ende März 2017. Aber gerade in Österreich gilt der oben beschriebene Einwand der Autoren hinsichtlich des Versorgungsmehrwerts.

Das Buch gewährt einen guten Überblick über die möglichen Vorteile, aber auch der Gefahren bei der ePA-Umsetzung. Es stellt informativ die verschiedenen Systeme vor. Es ist lesenswert für alle Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber für die, die den Einführungsprozess im Sinne des guten, freien Arzt-Patientenverhältnisses mitgestalten wollen. Der politische Entscheidungsprozess ist längst beendet. Es geht nicht mehr um die Frage Ja oder Nein, sondern ums „wie“. Hier muss sich die Ärzteschaft mit ihrem Wissen und Sachverstand einbringen und darf nicht als Behinderer oder gar Verhinderer agieren.

Dr. med. Edgar Pinkowski

Mitglied des Präsidiums und Vorsitzender des

Telematikausschusses der Landesärztekammer Hessen



Literatur zum Artikel:

Das hessische Weiterbildungsregister: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2016

von Iris Bruchhäuser, Annette Seelig, Vera Reinhard, Christian Brinkmann, Judith Feigi, Oleg Gurevich und Nina Walter

[1] Bruchhäuser I, Zolg A, Karnosky V, Kaiser R.: Zwischenbilanz des Weiterbildungsregisters in Hessen Teil I. Hessisches Ärzteblatt: 05/2014, S. 256–258.

[2] Bruchhäuser I, A. R. Zolg, N. Walter, V. Karnosky, R. Kaiser: Ergebnisse des Weiterbildungsregisters in Hessen Teil II. Hessisches Ärzteblatt 11/2014, S. 625–627.

[3] Bruchhäuser I, A. Seelig, A. R. Zolg, C. Brinkmann, J. Feigi, O. Gurevich, N. Walter: Das Weiterbildungsregister in Hessen: Zentrale Ergebnisse zum Stichtag 1. Oktober 2015. Hessisches Ärzteblatt 11/2016, S. 644–646.



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

EKG-Kurse mit praktischen Übungen

EKG-Refresher **Do., 31. August 2017** **10 P**
Gebühr: € 140 (Akademiestatistiker € 126)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ -
Urologie und Nephrologie im Kindesalter**
Mi., 27. September 2017, 15:00 – 20:00 Uhr **7 P**
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlösser, Frankfurt
Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa., 19. August 2017
Leitung: A. Zolg, M.Sc., A. Wolf, Frankfurt
Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)
Max. TN-Zahl: 20
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

In Kooperation mit der Deutschen Stiftung
Organtransplantation (DSO).
Kriseninterventionsseminar
Mi., 16. August 2017 **8 P**
Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

**Qualifikationskurs nach HAGTPG für erfahrene
Transplantationsbeauftragte**
Mo., 27. November 2017, 09:30 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Fachvereinigung für Diabetes
(HFD); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.
Mi., 20. September 2017, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**
Teil 3: Die nicht-medikamentöse Diabetestherapie
Teil 4: Insulintherapie für die Praxis
Leitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda
Dr. oec. troph. H. Raab, Offenbach
Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Infektiologie

**Antibiotic Stewardship
Modul 2 – Aufbaukurs „Fellow“**
Mo., 28. August – Fr., 01. September 2017 **40 P**
Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Prof. S. Herold, PhD, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Gebühr: € 1.000 (Akademiestatistiker € 900)
Ort: Frankfurt, Markus-Krankenhaus
Modul 1 – Basics/Grundkurs:
Mo., 20. - Fr., 24. November 2017 **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
Prof. Dr. med. H.-R. Brodt, Frankfurt
Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Gebühr: € 900 (Akademiestatistiker € 810)
Ort: Frankfurt, Hoffmanns Höfe
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Computer in der Medizin

**Softwareunterstützte Lösungsstrategien:
Differentialdiagnose und Fehlervermeidung**
Mi., 20. September 2017, 14:00 – 19:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. J. R. Schäfer, Marburg
Gebühr: € 90 (Akademiestatistiker € 81)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs

Fr., 25. August 2017 (theoretische + praktische Unterweisung)

Gebühren: Theorie € 100 (Akademiest. € 90)
Praxis € 60 (Akademiest. € 54)

Grundkurs

Fr., 22. – Sa., 23. September 2017

+ 2 Auswahltermine für den praktischen Halbtage auf Anfrage

Gebühr: € 340 (Akademiest. € 306)

Leitung: PD Dr. med. B. Bodelle

Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de oder

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II Sa., 23. September 2017 8 P

Gebühr: € 130 (Akademiest. € 117)

Weitere Module, Gutachten unter www.akademie-laekh.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul IV Fr., 27. – Sa., 28. Oktober 2017

Gebühr: € 210 (Akademiest. € 189)

Modul V Sa., 28. Oktober 2017

Gebühr: € 70 (Akademiest. € 63)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

Mi., 22. November 2017 4 P

Leitung: Prof. Dr. med. F.-L. Welter,
Dr. jur. G. Offczors

Gebühr: € 60 (Akademiest. € 54)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Intensivmedizin

37. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF).

Mo., 25. – Fr., 29. September 2017 55 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,
Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt

Gebühr: € 620 (Akademiest. € 558)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

Modul 3: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sa., 09. September 2017 15 P

Telelernphase ab Do., 10. August 2017

Leitung: Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab

Gebühr: € 200 (Akademiest. € 180)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für zahlreiche

Fachgebiete: **Sa., 09. September, Sa., 18. November 2017**

Gebühr: je € 50 (Akademiest. € 45)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 30. September 2017 10 P

Gebühr: € 240 (Akademiest. € 214)

Leitung: Dr. med. T. H. Schneider, Wiesbaden

Ort: Mainz-Kastel, Feuerwache I

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 03. – So., 05. November 2017 30 P

Gebühr: € 400 (Akademiest. € 360)

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 29. November 2017 6 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: € 180 (Akademiest. € 162)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: Refresher (nach fünf Jahren)

Mi., 20. September 2017, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

Weitere Veranstaltungen unter www.akademie-laekh.de

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Gebühr: € 110 (Akademiest. € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim
Mi., 25. Oktober 2017 **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim**, REHA-Zentrum
Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt in der Rehabilitation, Refresher

Mo., 14. - Di., 15. August 2017
Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
 Dr. med. S. Hofmann, Marburg
Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

gem. Hess. Hygieneverordnung (HHyGVO nach § 10 Abs. 2)
Mi., 15. - Do., 16. November 2017 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Was, wenn die Verletzung eine Straftat wird? – Ärzte als Zeugen

Systematisches Erkennen der Zeichen von Gewalteinwirkung
 und effektive „gerichts-feste“ Dokumentation von Verletzungen
Mi., 06. September 2017, 15:00 - 18:30 Uhr **4 P**
Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt
Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

In Kooperation mit dem ADR-Netz Hinterland-Wittgenstein.
 Der Kurs richtet sich an Ärzt/innen sowie med. Fachpersonal.
Samstag, 07. Oktober 2017, 09:00 - 17:00 Uhr
Leitung: Dr. med. P. Wilke, Biedenkopf
 S. Niklas, Modautal
Ort: **Biedenkopf**, DRK-Seniorenzentrum
Teilnahmegebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter
Di., 07. - Mi., 08. November 2017 **16 P**
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt
Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)
Ort: **Darmstadt**, Alice-Hospital
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 29. - Sa., 30. September 2017 **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floren@laekh.de

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

Fr., 17. November 2017 (Theorie)
Sa., 18. November 2017 (Praktikum)
Gebühr: € 330 (Akademiestatistiker € 297)
Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest
Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
 Frankfurt
für Gefäße: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs
Sa., 28. Oktober 2017 (Theorie)
+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum
Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)
Ort Praktikum: **Frankfurt**, Kliniken Rhein-Main-Gebiet
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Aufbau-Modul Farbdoppler Abdomen

Sa., 23. September 2017, 09:00 Uhr – 18:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)
Ort: **Groß-Umstadt**, Gesundheitszentrum
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Aufbau-Modul / Workshop CEUS

Sa., 09. Dezember 2017, 09:00 – 17:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. A. Ignee, Bad Mergentheim

Auskunft/Anmeldung:
 A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,
 E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

Rechtsmedizin: Leichenschau

Theorie und Praxis der Leichenschau werden in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

**Mi., 20. September 2017, Mi., 27. September 2017,
Mi., 04. Oktober 2017, Mi., 11. Oktober 2017,**
jeweils 15:00 - 16:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestudenten € 162)
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Lymphologie für Ärzte/innen

Blended Learning-Veranstaltung

1. Präsenzphase: Sa., 16. September 2017
Telelernphase: Sa., 16. September – Sa., 28. Oktober 2017
2. Präsenzphase: Sa., 28. Oktober 2017

Leitung: Dr. med. S. Classen, Bad Nauheim
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Akupunktur

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V. / DÄGfA.

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 15. – So., 17. September 2017 G10 – G12
Fr., 01. – So., 03. Dezember 2017 G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 23. – So., 24. September 2017 GP
Sa., 02. – So., 03. Dezember 2017 GP

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de **oder**
A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
E-Mail: bauss@daegfa.de

Psychosomatische Grundversorgung

23. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, das heißt insgesamt 80 Stunden.

Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Fr., 18. – So., 20. August 2017 (ausgebucht) 20 P
Fr., 27. – So., 29. Oktober 2017 (ausgebucht) 20 P
Fr., 17. – So., 19. November 2017 (ausgebucht) 20 P

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühren je Block: € 350 (Akademiestudenten € 315)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Fr., 06. – Sa., 14. Oktober 2017

Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg
Ort: Marburg, Universitätsklinikum
Gebühr: € 770 (€ 695 für Mitarbeiter UKGM)

Auskunft/Anmeldung: Simulationszentrum Mittelhessen,
Fon: 06421 950 2140
E-Mail: simulation@rdmh.de

Krankenhaushygiene

Modul IV: Mo., 11. – Do., 14. September 2017 32 P
Gebühr: € 590 (Akademiestudenten € 531)
Modul I: Mo., 06. – Fr., 10. November 2017 40 P
Gebühr: € 740 (Akademiestudenten € 666)

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Dipl. Ing. S. Harpel
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Weitere Module auf Anfrage o. unter www.akademie-laekh.de
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de



Peer Review in der ambulanten Palliativmedizin

Blended-Learning-Veranstaltung

Beginn Telelernphase: Mo., 24. Juli 2017

Präsenzphase: Fr., 25. - Sa., 26. August 2017

Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim

Ort: Frankfurt

Gebühr: € 360 (Akademiestudierende € 324)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:
Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II
(diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Aufbaukurs Modul II: Mo., 28. Aug. – Fr., 01. Sep. 2017 40 P

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Fallseminar Modul III: Mo., 20. – Fr., 24. November 2017 40 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

**Basiskurs: Di., 05. – Sa., 09. Dezember 2017 40 P
(ausgebucht)**

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühren: Basiskurs, Aufbaukurs Modul I und II
je € 650 (Akademiestudierende € 585)
Fallseminar Modul III € 750
(Akademiestudierende € 675)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

Die Blöcke werden als Blended Learning-Kurse angeboten,
ihnen geht eine Telelernphase voraus.

Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonde-
ren klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in den
Block B2 integriert.

Bitte beachten: Änderung der Kurstage:
jetzt Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

A2: Beginn der Telelernphase: 30. Juli 2017

A2: Präsenzphase: 30. August – 06. September 2017

B2: Beginn der Telelernphase: 01. Oktober 2017

B2: Präsenzphase: 01. – 08. November 2017

C2: Beginn der Telelernphase: 29. Oktober 2017

C2: Präsenzphase: 29. November – 06. Dezember 2017

Gebühren: je Block € 570 (Akademiestud. € 513)

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Suchtmedizin

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ insg. 20 P
(Blended Learning-Veranstaltung)

Einführung in die Telelernphase: Fr., 29. September 2017

Telelernphase: Sa., 30. September – Fr., 01. Dezember 2017

Präsenzphase / Lernerfolgskontrolle: Sa., 02. Dezember 2017

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Gebühr: € 240 (Akademiestudierende € 216)

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block C: Fr., 01. – Sa., 02. September 2017 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

Block B: Fr., 03. – Sa., 04. November 2017 20 P

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Orte: Block C: **Bad Nauheim**, FBZ

Block B: **Kassel**, Klinikum

Gebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur
Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Mo., 20. – Sa., 25. November 2017 insg. 63 P

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

Gebühr ges.: € 540 (Akademiestudierende und
Mitglieder BDI und der DGIM € 486)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestudierende und
Mitglieder BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur
Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Mi., 15. – Sa., 18. November 2017 ges. 42 P

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg

Gebühr ges.: € 480 (Akademiestudierende € 432)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestudierende € 135)

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative in Heimarbeit zu erbringen ist.

Block I: Di., 07. – Sa., 11. November 2017 **40 P**

Vorgesehene Themen: Einführung in das QM, Einführung in die Gesundheitsökonomie, Rechtliche Aspekte: Berufsrecht, Sozialrecht, Haftungsrecht, Rechtskonflikte, Methoden des QM, Indikatoren und Externe QS, Prozessmanagement, QM-Handbuch und Dokumentenlenkung

Gebühr: Block I € 990 (Akademiemitgl. € 891)

Block II a: Do., 01. – Sa., 03. März 2018

Heimarbeit: Mo., 05. März – Di., 12. Juni 2018

Block II b: Mi., 13. – Sa., 16. Juni 2018

Block III a: Mi., 12. – Sa., 15. September 2018

Teilelernphase: 16. September – 06. November 2018

Block III b: Mi., 07. – Sa., 10. November 2018

Gebühren: Block II a + b, III a + b, inkl. Heimarbeit u. Teilelernphase je € 770 (Akademiemitgl. € 693)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B: Fr., 22. – Sa., 23. September 2017 **20 P**

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke

Mi., 25. Oktober 2017 **11 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen, Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen

Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Fr., 22. – Sa., 23. Juni 2018 **16 P**

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiemitglieder € 234)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot>

möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig absagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): Gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Ärztinnen/Ärzte in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrags (€ 50). Die Mitgliedschaft für Studenten/-innen der Medizin ist nach Vorlage einer gültigen Studienbescheinigung bis zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Akademie online:

www.akademie-laekh.de

E-Mail: akademie@laekh.de





NÄPA (Nichtärztliche/r Praxisassistent/in)

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels in verschiedenen Regionen Hessens können Nichtärztliche Praxisassistentinnen Aufgaben in der haus- und fachärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes zum Beispiel Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist, durch. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Homepage (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung. Ihre Fragen beantworten wir gerne per Mail: verwaltung.cos@laekh.de

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Ambulante Versorgung älterer Menschen (AVÄ) (60 Stunden)

Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistentenz“.

Inhalte: Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, Geriatisches Basisassessment, Hausbesuche und Versorgungsplanung, Wundmanagement, Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung

Zusätzlich sind die Kurse PAT 1 (Kommunikation und Gesprächsführung) und PAT 2 (Wahrnehmung und Motivation) zu belegen. Die Fortbildung umfasst 60 Stunden (PAT 1, PAT 2 und AVÄ) fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht und beinhaltet eine Hausarbeit.

Termin: Interessentenliste

Gebühr (AVÄ): € 350 zuzüglich € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) (40 Stunden)

Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistentenz“.

Inhalte: Unterstützung des Arztes/der Ärztin bei der strukturierten Behandlung, Koordinations- und Überleitungsaufgaben, Begleitung und Unterstützung chronisch kranker Patienten.

Zusätzlich sind die Kurse PAT 1 (Kommunikation und Gesprächsführung) und PAT 2 (Wahrnehmung und Motivation) zu belegen.)

Termin: Interessentenliste

Gebühr (PBK): € 280

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistentenz“ .

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements.

Die Teilnehmer/innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmer/innen selbstständig erarbeitet wird.

Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine: Fr., 10.11.2017 – Sa., 11.11.2017 und Fr., 08.12.2017

Gebühr: € 410, inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Aufbereitung von Medizinprodukten (24 Stunden)

Die Aufbereitung von Medizinprodukten darf gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2 MPBetreibV nur entsprechend qualifiziertem Personal übertragen werden.

Inhalte: Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten, betriebliche Anforderungen als Voraussetzung zur Aufbereitung, Mikrobiologie und Aufbereitungsschemie, Dekontamination, Sichtkontrolle, Pflege und Funktionskontrolle bei der Aufbereitung, Packen und Verpacken von Medizinprodukten, Sterilisation und Freigabe zur Anwendung.

Termin: ab Do., 05.10.2017

Gebühr: € 340 inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

!!! Zusätzlicher Lehrgang !!!

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin (BET 2) 140 Stunden

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

Termin: ab 18.08.2017

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180



Aufbaufortbildung Onkologie

Fortbildungen unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumortherapeutika (ONK A1_2)

Inhalte: Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien, Arzneimittelversorgung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherchen, Patienten- und Angehörigenedukation. Die Aufbaufortbildung „Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien“ wird vorausgesetzt.

Termin: 31.08.2017 (24 Std.)

Gebühr: € 280

Psychoonkologie (ONK A 3)

Inhalte: Die dreitägige Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an MFA (Arzthelfer/innen), die an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ oder „Palliativversorgung“ teilgenommen haben. Der Kurs orientiert sich an der 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

Termin: 14.09. – 16.09.2017 (24 Std.)

Gebühr: € 280

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Ein- bzw. mehrtägige Fortbildungen

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte: Die in der eintägigen Fortbildung vermittelten Kenntnisse sollen Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe gibt es Anregungen zur Optimierung der Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

Termin: PAT 1_7: Fr., 25.08.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin in Wiesbaden:

PAT 1_6: Sa., 09.09.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Systematische Einführung in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie, um Bedürfnisse des Gesprächspartners besser zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

Termin: PAT 2_7: Sa., 26.08.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin in Wiesbaden:

PAT 2_6: Sa., 11.11.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

Inhalte: Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf. Geübt wird u. a. Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung.

Termine: Sa., 12.08.2017, 19.08.2017, 02.09.2017, 09.09.2017 jeweils 10:00 bis 14:45 Uhr (20 Std.)

Gebühr: € 280

Refresher Kurs GOÄ und UV-GOÄ (PAT 9)

Inhalte: Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung, Vertrag: Ärzte und Unfallversicherungsträger, Gebührenrechtliche Rahmenbedingungen, Allgemeine Bestimmungen der GOÄ / UV-GOÄ, Aktuelles aus der Arbeitsmedizin – Informationen über Änderungen und Regelungen, Praktische Übungen

Termin: Sa., 16.09.2017, 09:30 – 16:00 Uhr

Gebühr: € 105

Schmerz (MED 11)

Inhalte: In der Fortbildung werden Methoden der Schmerzbehandlung (psychotherapeutische, kognitive und physikalische) vorgestellt und erlernt, die Medizinische Fachangestellte erlernen und anwenden können, wie: TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation, TAPE (Aku-Taping, Medi-Taping), Infiltrationstherapien.

Termin: Mi., 25.10.2017, 14:00 – 18:15 Uhr

Gebühr: € 70

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Wundmanagement – Aufbaufortbildung (MED 16)

Inhalte: Die Fortbildung ist für Teilnehmer/innen mit fortgeschrittenem Kenntnisstand und Erfahrungen in der Wundbehandlung ausgerichtet. Dekubitus, Kompressionstherapie und zeitgemäße Wundauflagen sind Themen der Fortbildung, die mit praktischen Übungen ergänzt werden.

Termin: Interessentenliste, 09:30 – 15:00 Uhr

Gebühr: € 105

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Mentorenschulung im Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen

Das Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen ist ein wichtiger Baustein zur Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden.

Die Gruppen, die aus zehn bis 15 Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin bestehen, treffen sich viermal jährlich mittwochnachmittags. Sie werden von erfahrenen Fachärzten für Allgemeinmedizin zusammen mit einer Diplom-Pädagogin oder einer Diplom-Psychologin geleitet. Bei diesen Treffen besprechen die Teilnehmer Themen wie Vereinbarung von Beruf und Familie, Resilienz, Umgang mit Fehlern, Probleme im Team, Prüfungssimulation im Rahmen der Vorbereitung auf die Facharztprüfung, aber auch organisatorische Themen der Weiterbildung wie deren Gestaltung oder Feedbackgespräche mit den Weiterbildnern. Aktuell bestehen neun Gruppen verteilt über ganz Hessen.

Um die Mentoren und Mentorinnen auf ihre Tätigkeit und insbesondere die Leitung der Gruppen vorzubereiten, werden sie jährlich von den Programmleitern geschult. Anfang Februar 2017 wurde in den Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main die dritte Schulung neuer und bereits aktiver Mentoren angeboten. Neben den acht Mentoren waren auch zwei Gäste aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen dabei, um von den Erfahrungen des



Teilnehmende der Mentorenschulung im Februar in Frankfurt/Main

hessischen Programms für die Konzeption eigener Mentoringprogramme für ÄiW Allgemeinmedizin zu profitieren.

Inhaltlich ging es bei der Einführung der neuen Mentoren zunächst um die Klärung des Begriffs „Mentoring“ und die verschiedenen Möglichkeiten der Gestaltung der Sitzungen. Grundlage dafür ist die Themenzentrierte Interaktion (TZI) nach Ruth Cohn, die aus einer humanistischen Haltung heraus auf die Leitung von Gruppen(-prozessen) vorbereitet. In dem sehr interaktiven Workshop wurde das Vierfakorenmodell der TZI dargestellt. Die Teilnehmenden diskutierten anhand dieses Modells dessen Handhabbarkeit und den Nutzen zur Planung und Reflexion von Gruppenprozessen. Schließlich wurde im Plenum die Rolle des Mentors anhand des Modells der partizipierenden Leitung diskutiert.

Mittags wurde die Runde durch erfahrene Mentoren erweitert. Die Teilnehmenden berichteten über ihre Erfahrungen, über Prozesse und Entwicklungen innerhalb der Gruppen. Auch wurden die Themen des vergangenen Jahres und die Planungen für die Treffen des laufenden Jahres vorgestellt.

Wie jedes Jahr konnten alle Mentorinnen und Mentoren durch den lebhaften Austausch in einer vertrauensvollen und offenen Atmosphäre sehr von der Schulung profitieren. Informationen zum Mentoringprogramm erhalten Sie bei Marischa Broermann, E-Mail: broermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Dr. med. Armin Wunder,
Dr. phil. Marischa Broermann,
Anne Messemaker,
Dr. phil. Monika Sennekamp

Buchtip



Christina Heiligensetzer (Hrsg.): tip doc Psychiatrie – eine bebilderte Verständigungshilfe für das Arzt-Patienten- gespräch in 14 Sprachen

Setzer Verlag Stuttgart 2016,
ISBN 9783981624854, € 23.90

bei Notfällen oder in der Sprechstunde und im Krankenhaus zu geben. Unter sprechenden Bildern, die einzelne Krankheitsbilder charakterisieren, finden sich kurze Schlagworte, um zum Beispiel Schmerzen in verschiedenen Sprachen zu benennen.

Neu erschienen ist „tip doc Psychiatrie“. Hier werden in Deutsch und 13 (!) weiteren Sprachen auch Emotionen in einer gelungenen Bildersprache dargestellt sowie Wahrnehmungsstörungen und detaillierte Angaben zur Person und Fluchtgeschichte. Der „tip doc Psychiatrie“ umfasst effizient die Versionen für 13 Sprachen in einem Heft. Eine Übersicht über die Reihe, die auch Anamnesebögen und eine App umfasst, gibt es auf den Websites: www.setzer-verlag.com und www.tipdoc.de. (asb)

Der Setzer-Verlag (Stuttgart) hat eine Broschürenreihe „tip doc“ und „tip doc emergency“ herausgebracht, um Verständigungshilfen für Rettungsdienst sowie Ärztinnen und Ärzten



Foto: Fotolia.com – Mushi

Ein Psychisch-Krankenhilfegesetz für Hessen

Am 1. August 2017 tritt das neue Psychisch-Krankenhilfe Hessen (Psych-KHG Hessen) in Kraft, mit dem das bisherige Hessische Freiheitsentziehungsgesetz abgelöst wird. Die Landesärztekammer Hessen hat sich, zusammen mit den hessischen Chefärzten für Psychiatrie, intensiv an dem Gesetzgebungsprozess beteiligt und konnte einige Änderungen erwirken.

Hilfen stehen im Vordergrund

Im Vordergrund stehen beim Psych-KHG Hessen mögliche Hilfestellungen, die den Betroffenen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste angeboten werden können. Die Hilfen sollen wohnortnah vorgehalten werden und den Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Eine stationäre Behandlung soll nur dann erfolgen, wenn das Ziel der Hilfen durch die ambulanten Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

Hinsichtlich der Leistungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ist ein abgestuftes Eskalationsmodell vorgesehen, wonach zunächst die angebotenen Hilfen von den Betroffenen auf freiwilliger Basis angenommen werden können. Sofern hiervon kein Gebrauch gemacht wird und Anzeichen dafür vorliegen, dass die Betroffenen infolge ihrer psychischen Störung ihr Leben, ihre Gesundheit oder das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer gefähr-

den, kann der Sozialpsychiatrische Dienst sie einladen oder einen Hausbesuch anbieten, um Hilfen zu geben oder eine ärztliche Untersuchung durchzuführen.

Sofern die Betroffenen dieses Angebot nicht annehmen, soll ein Hausbesuch durchgeführt werden. Wenn dieser nicht möglich ist oder während des Hausbesuches eine gegebenenfalls erforderliche ärztliche Untersuchung nicht durchgeführt werden kann, so ist der Betroffene vorzuladen. Der Betroffene ist in dem Fall verpflichtet, der Vorladung zu folgen und eine ärztliche Untersuchung zu dulden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat das Recht auf Zugang in die Wohnung des Betroffenen, wenn eine gegenwärtige unmittelbare Gefahr für das Leben oder die Gesundheit besteht und dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist verpflichtet, dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium einmal im Jahr über die Hilfemaßnahmen in anonymisierter Form zu berichten. Darüber hinaus sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste die Hilfsangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich planen und koordinieren.

Unterbringung der Betroffenen in psychiatrischen Krankenhäusern

Ein Betroffener kann untergebracht werden, wenn und solange infolge einer psy-

chischen Störung eine erhebliche Gefahr für sein Leben, seine Gesundheit oder das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer besteht und nicht anders abgewendet werden kann.

Eine Unterbringung muss in psychiatrischen Krankenhäusern erfolgen. Kinder und Jugendliche werden in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkrankenhäusern oder kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilung der Krankenhäuser untergebracht. In begründeten Einzelfällen ist nach dem Psych-KHG Hessen deren kurzzeitige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus für Erwachsene zulässig.

Die Landesärztekammer Hessen hat sich im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens vehement gegen diese Vorschrift gewandt, leider ohne Erfolg. Es bleibt zu hoffen, dass sich an dieser Stelle zukünftig eine alternative Lösung, die den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung trägt, gefunden wird.

Die ärztlichen Leitungen der psychiatrischen Krankenhäuser sowie die weiteren durchführenden Ärztinnen und Ärzte werden auf Vorschlag des Trägers des psychiatrischen Krankenhauses widerrufen nach dem Psych-KHG Hessen bestellt.

Im Regelfall wird die Unterbringung auf Antrag des Gemeindevorstandes oder, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst be-



reits involviert war, durch dessen Gesundheitsamt im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens eingeleitet. Zuständig ist hierbei der Gemeindevorstand, in dessen Zuständigkeitsbereich sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der unterzubringenden Person befindet. Diesem Antrag ist eine ausführliche ärztliche Stellungnahme beizufügen, die auch Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen enthalten soll und auf einer höchstens 14 Tage zurückliegenden Untersuchung beruht.

Sofortige vorläufige Unterbringung

Sofern die Voraussetzungen für eine sofortige Unterbringung mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegen und Gefahr im Verzug ist, so kann ein bestellter Arzt die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen. Der Betroffene ist dann unverzüglich von einer befugten Ärztin oder einem befugten Arzt des psychiatrischen Krankenhauses zu untersuchen. Bestätigt diese Untersuchung die Annahme der Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht, so ist der Betroffene unverzüglich zu entlassen.

Die Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung durch den bestellten Arzt hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Kritik durch die Landesärztekammer Hessen geführt. Die Verpflichtung, eine sofortige vorläufige Unterbringung des Betroffenen anzuordnen, kann nach Ansicht der Landesärztekammer Hessen das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig belasten.

Während der Dauer der Unterbringung unterliegt die untergebrachte Person den im Psych-KHG Hessen vorgesehenen Beschränkungen ihrer Freiheit. Entscheidungen über Eingriffe in die Rechte der Person sind unverzüglich zu dokumentieren und zu begründen. Gleichzeitig ist die untergebrachte Personen bei der Aufnahme unverzüglich über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung aufzuklären.

Behandlungsmaßnahmen

Die untergebrachte Person hat Anspruch auf ärztliche Behandlung. Das Behand-

lungsziel und die Behandlungsplanung sind unverzüglich nach der Aufnahme der untergebrachten Person durch das psychiatrische Krankenhaus gemeinsam mit ihr zu erarbeiten und zu dokumentieren.

Unter Umständen ist es jedoch auch möglich, die Behandlungsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen der untergebrachten Personen durchzuführen. Hierbei ist zwischen dem natürlichen Willen einer nicht einwilligungsfähigen untergebrachten Person und dem natürlichen Willen einer einwilligungsfähigen untergebrachten Person zu differenzieren.

Gegen den Willen einer nicht einwilligungsfähigen untergebrachten Person sind medizinische Untersuchung und Behandlungen zulässig, wenn eine erhebliche Gefahr für das Leben der untergebrachten Person oder einer schwerwiegenden Schädigung ihrer Gesundheit vorliegt oder durch die Behandlungsmaßnahme für die Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der untergebrachten Person erforderlich ist und wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass ohne die Maßnahmen ihre Entlassung nicht möglich sein wird.

Bei Vorliegen einer erheblichen Gefahr des Lebens oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen sind auch gegen den natürlichen Willen einer einwilligungsfähigen untergebrachten Person medizinische Untersuchungen und Behandlungen zulässig.

Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der betroffenen Personen dürfen jedoch nur angeordnet werden, wenn

1. erfolglos versucht worden ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der untergebrachten Personen zu der Untersuchung, Behandlung oder Ernährung zu erwirken,
2. deren Anordnung der untergebrachten Person angekündigt wurde und sie über Art, Umfang und Dauer der Maßnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt aufgeklärt wurde,
3. die Maßnahme zur Abwendung der Lebens- oder Gesundheitsgefahr oder zur Wiederherstellung der Freiheit geeignet, erforderlich, für die betroffene Person nicht mit unverhältnismäßigen Belastungen und Folgen verbunden ist

und mildere Mittel keinen Erfolg versprechen und

4. der zu erwartende Nutzen der Maßnahme den möglichen Schaden der Nichtbehandlung deutlich überwiegt.

Die Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Betroffenen dürfen ausschließlich von den bestellten Ärzten eingeleitet werden und sind zu überwachen. Die Anordnung einer Behandlungsmaßnahme gegen den natürlichen Willen des Betroffenen bedarf darüber hinaus der Genehmigung des zuständigen Betreuungsgerichtes. Von einer Genehmigung kann zunächst abgesehen werden, wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person ergeben würden. Bei einer Fortsetzung der Behandlung ist sie jedoch unverzüglich einzuholen.

Die Gründe für die Anordnung dieser Behandlungsmaßnahme sowie die ergriffenen Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, der Wirkungsüberwachung, sowie der Untersuchungs- und Behandlungsverlauf sind zu dokumentieren.

Besondere Sicherungsmaßnahmen und Anwendung unmittelbaren Zwangs

Die Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen ist zulässig, wenn für das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten Person oder für das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer eine erhebliche Gefahr besteht, die nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann. Die hierbei in Betracht kommenden Sicherungsmaßnahmen sind in § 21 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 6 Psych-KHG Hessen abschließend aufgeführt. So kann beispielsweise neben einer Absonderung von anderen Patienten auch eine Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährliche Gegenstände oder eine zeitweise Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Fixierung) erfolgen.

Bei einer Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährliche Gegenstände oder eine zeitweise Einschränkung der Bewegungsfreiheit hat eine engmaschige Überwachung durch the-



rapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen.

Soweit und solange die Anwendung unmittelbaren Zwangs durch körperliche Gewalt im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung des psychiatrischen Krankenhauses unerlässlich ist, ist diese durch die Bediensteten des Krankenhauses zulässig. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist anzukündigen und es ist das Zwangsmittel zu wählen, das die untergebrachte Person sowie Dritte am wenigsten beeinträchtigt. Zu beachten ist ferner, dass die Anwendung unmittelbaren Zwang im richtigen Verhältnis zu dem angestrebten Zweck steht.

Die Anwendung des unmittelbaren Zwangs ist zu dokumentieren.

Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle und einer Besuchskommission

Nach § 32 Abs. 1 Psych-KHG Hessen sollen die Landkreise und kreisfreien Städte unabhängige Beschwerdestellen einrichten, die neutral Anregungen und Beschwerden von untergebrachten Perso-

nen sowie deren Angehörigen und Vertrauenspersonen unentgeltlich prüfen und auf eine Problemlösung hinwirken. Die Mitglieder sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und nicht weisungsgebunden.

Darüber hinaus richtet das für die Gesundheit zuständige Ministerium für die Dauer von jeweils fünf Jahren eine Besuchskommission ein, die überprüfen soll, ob die mit der Unterbringung verbundenen Aufgaben von den psychiatrischen Krankenhäusern erfüllt werden. Hierzu ist der Besuchskommission ungehinderter Zugang zu den psychiatrischen Krankenhäusern zu gewähren.

Die Besuchskommission besucht zur Erfüllung ihrer Aufgabe regelmäßig die psychiatrischen Krankenhäuser und legt dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium einen Besuchsbericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vor.

Fazit

Aus Sicht der Landesärztekammer Hessen ist zu begrüßen, dass der Schwerpunkt des Gesetzes auf der ambulanten Hilfestellung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst liegt, der deutlich aufge-

wertet wird. Auch die Einrichtung einer Besuchskommission und einer unabhängigen Beschwerdestelle stehen für ein modernes Psychisch-Krankenhilfegesetz, das den Bedürfnissen aller Beteiligten Rechnung trägt.

Dennoch bestehen auch weiterhin Kritikpunkte. Hier ist vor allem die kurzzeitige Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in einem psychiatrischen Krankenhaus für Erwachsene zu nennen, die aus ärztlicher Sicht vehement abzulehnen ist. Auch die Frage der Behandlung von somatischen Erkrankungen von Personen, die in den Anwendungsbereich dieses Gesetzes fallen, bedarf dringend einer gesetzlichen Klärung. Die Landesärztekammer Hessen wird sich weiterhin aktiv in den Meinungsbildungsprozess einbringen und versuchen, zu einer konstruktiven Lösung dieser Probleme beizutragen.

Andreas Wolf

Syndikusrechtsanwalt
Landesärztekammer Hessen

In der Ausgabe 06/2017 ist ein Interview mit einem Betroffenen zum Thema erschienen (ab Seite 334).

Rezertifizierung der Carl-Oelemann-Schule

Dipl.-Ing. Ottmar Walter, Zertifizierungsstellenleiter des TÜV Hessen, überreichte der Carl-Oelemann-Schule am 9. Mai 2017 offiziell das Zertifikat zur erfolgreichen Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015.

Innerhalb von nur vier Monaten hat das Team der Schule die umfangreiche Umstellung des Qualitätsmanagementsystems auf die aktuelle Norm bewältigt. Erstmals stellte sich die Carl-Oelemann-Schule im Jahr 2010 der Herausforderung, ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN 9001 einzuführen. Wesentliche Verbesserungen ergaben sich, wie beispielsweise die Verschlinkung von Verwaltungsabläufen und ein transparentes Dokumentationssystem.

Mit der Umstellung auf die aktuelle DIN EN ISO 9001:2015 wurden die Prozesse erneut analysiert. Hierbei lag der Fokus auf den neuen Schwerpunkten der Norm wie bei-



Über das neue Zertifikat freuen sich: Juliane Walther (COS), Ottmar Walter vom TÜV Hessen, Nina Walter (Leiterin Stabsstelle Qualitätssicherung), COS-Schulleiterin Silvia Happel und der Ärztliche Geschäftsführer der LÄKH, Dr. med. Alexander Marković.

spielsweise das Risikomanagement. Bereits in der Umstellungsphase wurden weitere Reduzierungspotenziale erkannt, die überwiegend, unmittelbar umgesetzt werden konnten. Wie in jedem „gelebten“ Qualitäts-

managementsystem ist der Verbesserungsprozess jedoch niemals abgeschlossen.

Gabriele Brüderle-Müller

Assistentin der Schulleitung
Carl-Oelemann-Schule

Ärztliche Führungskompetenz im Großschadensfall

27. Seminar Leitender Notarzt (LNA) in Kassel

Ein Schulbus ist die Böschung hinabgestürzt, nachdem der Busfahrer einen Herzinfarkt erlitten hat, 20 Kinder sind zum Teil schwer verletzt.

Das Szenario ist Teil der Sichtungübung, die von den 16 teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen bewältigt werden muss. 90 Sekunden bleiben ihnen pro Patient zur Einschätzung der Verletzungen, dann heißt es: „Der Nächste, bitte!“

Und obwohl alle langjährige Erfahrung in der Notfallmedizin haben müssen, um sich für das Seminar anmelden zu können, ist ein solcher Massenansturm von Verletzten (MANV) eine besondere Herausforderung für sie.

Das Einsatzspektrum der Leitenden Notärztinnen und Notärzte ist groß: sie werden immer im Großschadensfall alarmiert. Brände in Krankenhäusern, Altenheimen, Gemeinschaftseinrichtungen, schwere Verkehrsunfälle, Bombenfunde mit Evakuierung der Anwohner und Gewalttaten sind nur einige der möglichen Indikationen.

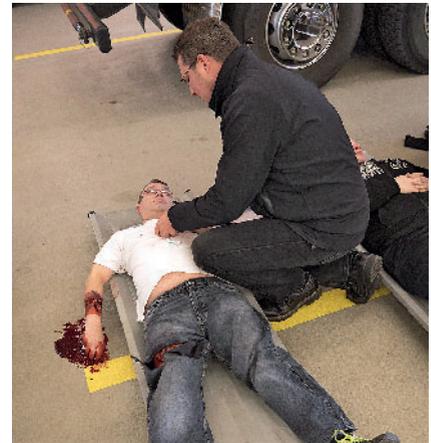
Sie haben eine Sichtsungs- und Führungsfunktion an der Einsatzstelle – die Behandlung des einzelnen Patienten hat im Interesse der Gesamtversorgung weitgehend zu unterbleiben.

Eine schwierige Aufgabe; das LNA-Grundseminar, das alle zwei Jahre durchgeführt wird, vermittelt den angehenden LNÄ die notwendigen Grundlagen dafür.

In der viertägigen Veranstaltung stehen Themen wie Rechtskunde, Kommunikation und Organisation der Einsatzkräfte vor Ort ist schwierig und komplex. Jetzt müssen Fehler vermieden und Weichen richtig gestellt werden, eine Lage-skizze soll gezeichnet, ein Organigramm

Die Referenten sind Ärzte, Führungskräfte der Feuerwehr Kassel und des Katastrophenschutzes und Polizeibeamte: interdisziplinäre Zusammenarbeit ist im Großschadensfall besonders wichtig.

Auch das Vorgehen bei Einsatzlagen in Zusammenhang mit bewaffneten Gewalttättern wird zusammen mit der Polizei geübt. Am Ende des Seminars steht die praktische Prüfung: Eine Tankstelle in einem



Eineinhalb Minuten pro Patient bleiben den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die Einschätzung und die Dokumentation der Verletzungen.

Erstellt werden, kein Problem für die zukünftigen Leitenden Notärztinnen und Notärzte.

Das Grundseminar Leitender Notarzt wird alle zwei Jahre von der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten. Der nächste Termin wird rechtzeitig im Termin-kalender der Akademie bekannt gegeben. Zwei Termine für das Wiederholungsseminar Leitender Notarzt stehen fest:

- 30.09.2017 (Ort: Feuerwache II, St.-Florian-Str. 1, 55252 Mainz-Kastel)
- 2.12.2017 (Ort: Hessische Landesfeuerwehrschule Kassel, Heinrich-Schütz-Allee 62)

Information und Anmeldung:
Bärbel Buß, Fon: 06032 782-202.

- Siehe auch diese Ausgabe Seite 420.

Dr. med. Gerd Appel

Kassel

E-Mail: gerd.appel@t-online.de



Foto: Marco2811 – Fotolia.com

Schweigepflicht im Notarztdienst

1. Einführung

Die Wahrung des Patientengeheimnisses gehört seit zwei Jahrtausenden zur ärztlichen Berufsethik und ist eine der Grundlagen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Hin und wieder ist der Notarzt jedoch gezwungen, zwischen seiner Schweigepflicht und deren Bruch abzuwägen. Denn Notärzte erhalten unmittelbar am Einsatzort zahlreiche Erkenntnisse über das Unfallgeschehen, einer Straftat sowie über die sozialen Verhältnisse des Opfers bzw. des Patienten. Viele dieser Informationen sind für die medizinische Behandlung nicht erforderlich. Sie wecken aber Begehrlichkeiten bei anderen, die selbst nicht so leicht an diese Informationen herankommen, wie beispielsweise die Presse, Ermittlungsbehörden oder auch Versicherungen. So kann der Notarzt zum Beispiel in Versuchung geraten, seine Erkenntnisse an die Polizei weiterzugeben, vor allem in Missbrauchsfällen. Es fragt sich mithin, welche Daten dürfen und welche Daten müssen an die Ermittlungsbehörden weitergegeben werden? Welche Daten dürfen Rettungsdienst- und Kostenträger oder die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) verlangen? Sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten?

Der Schweigepflicht unterliegen bekanntlich der Notarzt, die Sanitäter und die Mitarbeiter der Rettungszentrale. Die Schweigepflicht umfasst Daten wie Personalien, Anamnese, Diagnose, Therapie, Angaben zum Geschehen sowie das Transportziel und den Einsatzort. Der Schutzzumfang geht aber weit darüber hinaus; er beinhaltet sogar die Tatsache, dass der Notarzt an einem bestimmten Einsatzort war. Im Zweifel unterliegt all das der Schweigepflicht, was der Notarzt bzw. seine berufsmäßig tätigen Gehilfen im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten wahrnehmen.

2. Ausgestaltungen der Schweigepflicht

2.1 Auskunft an dritte Personen

Grundsätzlich benötigt der Notarzt für die Weitergabe von Informationen an Dritte – auch an Angehörige – die Einwilligung des Opfers bzw. Patienten. Es ist selbstverständlich nicht erforderlich jeden Patienten zu fragen, was man in das Notfallprotokoll schreiben soll oder ob man den aufzunehmenden Arzt in der Klinik mündlich informieren darf, da es sich hierbei um die „good

clinical practice“, also um arbeitstägliche Praxis handelt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Patient die Weitergabe der Informationen zu seinem Wohl wünscht. Er verhält sich stillschweigend oder konkludent, das heißt, er widerspricht der Weitergabe der Daten nicht und äußert dadurch seine Zustimmung. Ein Beispiel: „Herr Schulz, bevor ich gehe, berichte ich meinem Kollegen von ihrem Notfall und überreiche ihm meine Aufzeichnungen.“ Widerspricht der Patient hier nicht, kann von einer Einwilligung ausgegangen werden. Es sollte auch zum Standard gehören den Patienten stets zu fragen: „Soll ich jemanden/einen ihrer Angehörigen informieren?“

Kann sich der Patient nicht äußern, so muss versucht werden, sich in dessen Lage zu versetzen und den mutmaßlichen Willen zu erforschen. In der Regel entspricht es diesem Willen, dass Angehörige über Vorfall und Aufenthalt in Kenntnis gesetzt werden. Opfer von Unfällen oder Gewalttaten haben regelmäßig ein Interesse daran, dass die Polizei informiert wird.

In diesem Zusammenhang wird zwischen Offenbarungsrecht und -pflicht unterschieden: In Ausnahmefällen hat der Notarzt das Recht, nur ihm bekannte Informationen gegen den Willen des Patienten Dritten zu offenbaren, etwa bei Gefahr für Leib und Leben anderer Personen oder wenn eine bevorstehende schwere Straftat zu verhindern ist. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass Angaben, die nachträglich einer Strafverfolgungsmaßnahme dienen oder eine bloße Vermutung darstellen, keinen Bruch der Schweigepflicht rechtfertigen. Auch sollte die Reaktion verhältnismäßig sein: Befürchtet der Notarzt zum Beispiel bei Verdacht auf Kindesmisshandlung eine wei-

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an:

haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogels-
gesang 3, 60488 Frankfurt/Main.



Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

terhin bestehende Gefahr für das Kind, sollte er erst ein Gespräch mit den Eltern erwägen, dann die Einschaltung des Jugendamtes und erst in dringenden Fällen die Polizei benachrichtigen.

In sehr seltenen Fällen kann der Notarzt zur Information verpflichtet sein, beispielsweise wenn er für misshandelte Kinder, die besonders schutzbedürftig sind, eine Garantenstellung einnimmt. Ansonsten reicht das bloße Wissen über eine mögliche Gefährdung nicht aus. Für gerichtliche Verfahren besteht ein Zeugnisverweigerungsrecht: Wie alle Ärzte muss auch der Notarzt weder im Straf- noch im Zivilverfahren über den Patienten als Zeuge aussagen. Sein Zeugnisverweigerungsrecht endet erst dann, wenn der Betroffene ihn von seiner Schweigepflicht entbindet.

2.2 Zusammenarbeit mit Ermittlungsbehörden

Bei der Zusammenarbeit mit der Polizei ist es ratsam, Vorsicht walten zu lassen, um die Patienteninteressen zu wahren. In einem akuten Fall muss es ausreichen, die Beamten zu informieren, wer mit welchen Verletzungen wohin verbracht wird. Alles weitere zum Unfallhergang oder Ablauf einer Straftat sollten die Beamten direkt ermitteln. So sollte sich der Notarzt davor hüten, den Beamten beispielsweise im Rahmen eines Beinbruchs Hinweise auf Drogenkonsum oder Alkoholmissbrauch mitzuteilen, deren Anzeichen er anlässlich seiner Untersuchung festgestellt hat. Der Drogenkonsum hat mit dem aktuellen Notfall nichts zu tun. Ob ein Patient nach Alkohol riecht, sollte nur notiert werden, wenn der Verdacht auf Alkoholintox besteht, der behandelt werden muss. Die Bewertung, ob ein Verstoß gegen straßenverkehrsrechtliche oder strafrechtliche Vorschriften vorliegt, ist allein Sache der Polizei. Andererseits darf die Arbeit der Polizei durch den Notarzt nicht behindert werden – zu einem nur leicht verletzten Patienten sollte der Zugang nicht verwehrt werden.

2.3 Bewusstloser Patient

Wie unter Ziffer 2.1 dargelegt ist auch hier der mutmaßliche Patientenwille zu erforschen. Nehmen wir ein Beispiel: Ein 60-jähriger verunglückt anlässlich einer Autofahrt als Beifahrer. Die Fahrzeugführerin ist seine 25-jährige Sekretärin. Man kann davon ausgehen, dass der Patient damit einverstanden ist, wenn die Information weitergegeben wird, dass ein Fahrzeug mit ihm als Beifahrer mit hoher Geschwindigkeit frontal gegen ein Hindernis geprallt ist. Die Tatsache, dass am Steuer seine junge Sekretärin saß, ist für den Notfall unerheblich und tut nichts zur Sache.

2.4 Kinder- und Jugendliche

Hierbei ist zwischen Einwilligung- und Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden. Für eine Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht ist die Geschäftsfähigkeit nicht erforderlich; es genügt die natürliche Einsichtsfähigkeit. Sofern es sich bei dem Notfallpatienten um ein noch nicht einwilligungsfähiges Kind handelt, sind stets die Eltern über alles zu informieren. Schwieriger gestaltet sich die Sachlage bei einem noch nicht volljährigen Jugendlichen. Dies gilt vor allem für Situationen, die diesem peinlich sind und in denen der Jugendliche alles zu vermeiden sucht, dass die Eltern informiert werden. Eine allgemeingültige Lösung gibt es hier nicht. Soweit möglich, ist nach dem Reifeindruck des Patienten zu entscheiden.

2.5 Sprachschwierigkeiten

Bei Sprachschwierigkeiten ist ebenfalls nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln, sofern es keine andere Möglichkeit der Verständigung gibt.

3. Weitergabe und Aufbewahrungspflicht der Daten

Die Daten, die der Notarzt und die Mitarbeiter im Rettungsdienst erhalten, sind zweckgebunden. Wichtig ist es, einerseits diese Daten vor unberechtigter Nutzung zu schützen, andererseits benötigen die weiterbehandelnden Ärzte gezielte Informationen. Dies setzt voraus, dass man zwar sauber und gründlich dokumentiert, die Daten aber zweckgebunden, das heißt für die weitere Behandlung relevant sein müssen.

Im aktuellen Funkbetrieb ist es nicht möglich, abhörsichere Informationen auszutauschen. Die Leitstelle sollte daher keine subjektiven Einschätzungen zur Lebensweise des Patienten weitergeben, sondern sich auf die medizinisch relevanten Informationen beschränken. Auch um den Kreis der Informierten nur auf die beteiligten Personen zu beschränken, empfiehlt es sich, patientenbezogene Erzählungen auf der Rettungswache zu vermeiden, personenbezogene Unterlagen auf der Wache oder Notizzettel im Einsatzfahrzeug nicht frei zugänglich liegen zu lassen und diese zu vernichten, falls keine Archivierung nötig ist und den EDV-Zugriff auf solche Dokumente zu beschränken.

4. Rechtsfolgen bei Verletzung der Schweigepflicht

Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht zieht nur selten eine Strafe nach sich. Voraussetzung für eine Strafverfolgung wäre ein Strafantrag seitens des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben. Häufiger fällt die zivilrechtliche Geltendmachung von Schadensersatz- oder Unterlassungsansprüchen ins Gewicht. Um unangenehme Straftatbestände im Falle des Unterlassens bei bestehender Offenbarungspflicht zu vermeiden, sollte der Notarzt einen Bruch der Schweigepflicht in Erwägung ziehen.

5. Fazit

Die Schweigepflicht gilt für Ärzte und alle Mitarbeiter im Rettungsdienst. Welche Daten erhoben und weitergeleitet werden dürfen, hängt vom jeweiligen Empfänger – zum Beispiel dem weiterbehandelnden Arzt – ab. Die weiterzugebenden Daten sind strikt auf die relevanten medizinischen Informationen zu beschränken. Stets sollte der Patient vor der Weitergabe um seine Zustimmung ersucht werden. Diese Befragung sollte aus Beweisgründen schriftlich festgehalten werden. Um die stillschweigende Zustimmung zu ermitteln, ist es erforderlich, sich in den Patienten und seine Rolle hinein zu versetzen und zu fragen, was der Patient in dieser Situation wollen würde. Notfalldokumente müssen vor unberechtigter Einsicht geschützt werden.

Dr. iur. Thomas
K. Heinz
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für MedR
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Ärztlicher Bereitschaftsdienst – eine Chance zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

In Gesprächen mit Kollegen erlebt man regelmäßig, dass speziell bei den nicht am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) teilnehmenden Kollegen eine erhebliche Unkenntnis über diesen Teil unserer ambulanten Versorgung zu verzeichnen ist. Dabei geht es nicht nur darum, dass der ÄBD gedanklich oft mit einer Tätigkeit als Notarzt im Rettungsdienst in einen Topf geworfen wird, sicherlich auch verursacht durch die früher übliche Bezeichnung „Ärztlicher Notdienst“.

Nein, nicht nur zu dem, was die Diensttuenden dort erwartet und wie sie vergütet werden, sind relativ ungenaue Vorstellungen anzutreffen. Auch der aus unserer Sicht besonders wichtige Aspekt, dass Dienste im ÄBD gerade für Nichts-Gebietsärzte interessant sind und zudem eine attraktive Möglichkeit darstellen, Familie und Beruf bei durchaus interessanter Vergütung zu vereinbaren, fällt oft unter den Tisch.

Viele Facetten

Traditionell gab und gibt es speziell im städtischen Raum immer Kollegen, die sich gegen eine Niederlassung entschließen und ihren gesamten Lebensunterhalt durch eine Tätigkeit im ÄBD bestreiten. Dies kann für Kollegen, die sich eine tägliche geregelte Berufstätigkeit nicht vorstellen können oder das unternehmerische Risiko der Selbstständigkeit in eigener Praxis scheuen, eine gute Alternative mit freibestimmter Berufsausübung bei geregelter Vergütung (siehe unten) darstellen.

Ebenso kann der ÄBD für Assistenzärzte im Krankenhaus eine gute Möglichkeit sein, eine abwechslungsreiche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung kennenzulernen und sich dabei ein ansehnliches finanzielles Zubrot zu verdienen. Der weitere Vorteil einer Arbeit im ÄBD sind die strikt geregelten – und daher gut planbaren – Dienstzeiten. Diese sind montags, dienstags und donnerstags von 19 Uhr bis zum folgenden Morgen 7 Uhr, mittwochs und

freitags von 14 Uhr bis zum folgenden Morgen 7 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen von 7 Uhr bis zum folgenden Morgen 7 Uhr.

Die Besetzung des Dienstplans erfolgt mittlerweile online über:

<https://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/services-und-dienste/aerztlicher-bereitschaftsdienst/mein-aebd>

Es wäre daher gut vorstellbar, dass sich auch sonst nicht berufstätige Kollegen



(beispielsweise mit kleinen Kindern) über eine Teilnahme am ÄBD fachlich aktuell halten und zudem das Familieneinkommen deutlich steigern.

Einheitliche Regeln, nachvollziehbare Vergütung

Der ÄBD ist seit der in den vergangenen Jahren in Hessen erfolgten ÄBD-Reform landesweit einheitlich geregelt. Hessen ist dabei in sogenannte ÄBD-Bezirke aufgeteilt. Pro Bezirk sind mindestens ein Hausbesuchsdienst und ein Präsenzdienst (Tätigkeit in der ÄBD-Zentrale für alle Patienten, die in der Lage sind, diese aufzusuchen) gleichzeitig tätig.

Die Vergütung der ÄBD-Ärzte erfolgt über eine mehrstufige Berechnung:

- Jeder Dienstarzt erhält eine Pauschale von 43 Euro je Dienststunde. Dies stellt die Minimalvergütung für eine ÄBD-Tätigkeit dar, nämlich den Betrag, der auch bezahlt wird, wenn kein einziger Patient den ÄBD frequentiert (zugegeben eine rein theoretische Möglichkeit).
- Zudem erhält der Diensthabende den Anteil des von ihm gemäß EBM abgerechneten Honorars, der die Summe der Stundenpauschale übersteigt, abzüglich eines sogenannten Betriebskostenabzugs, der meist bei ca. 30 Prozent liegt.

c) Hinzu kommt für den Hausbesuchsdienst, sofern er keinen Fahrdienst in Anspruch nimmt, eine Wegepauschale, die sich nach Entfernung und Zeitpunkt der Erbringung richtet.

Hat ein Arzt in der ÄBD-Zentrale beispielsweise in zwölf Dienststunden Leistungen für 1.000 Euro abgerechnet, so hat er 484 Euro mehr als seine Stundenpauschale ($12 \times € 43 = € 516$) erwirtschaftet. Abzüglich des Betriebskostenabzugs verbleiben davon 338,80 Euro, die zusätzlich zur Pauschale ausgezahlt werden, insgesamt also 850,80 Euro.

An hohen Feiertagen wird die Stundenpauschale um eine Sondervergütung in Höhe von 20 Euro pro Dienststunde, die nicht mit dem EBM-Honorar verrechnet wird, ergänzt. Hinzu kommt das Honorar für die Behandlung von Privatpatienten.

Erwartungen & Voraussetzungen

Gemäß seiner Satzung dient der ÄBD lediglich der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten. Entsprechend stellen sich im ÄBD die Patienten vor, die man sonst tagsüber in einer normalen Vertragsarztpraxis behandeln würde. Im wesentlichen sind das die „üblichen Verdächtigen“ wie akute Infektionserkrankungen (Erkältungskrankheiten, Gastroenteritiden), akut aufgetretene Schmerzen (HWS-, LWS-Syndrom, Arthralgien) oder banale Traumata.

Akut lebensbedrohliche Krankheitsfälle werden nicht vom ÄBD, sondern über die Notdienstleitstellen (Fon: 112) versorgt. Eine entsprechende Weitervermittlung der Patienten erfolgt bei Bedarf schon über die Dispositionszentrale des ÄBD (Fon: 116117).

Entsprechend ist für eine Tätigkeit im ÄBD auch keine Fachkunde Rettungsdienst erforderlich. Voraussetzungen für die Teilnahme sind lediglich eine deutsche Approbation oder Berufserlaubnis, eine erfolgreiche Teilnahme am Organisationsseminar für den ÄBD der KV Hessen sowie eine min-

destens einjährige Tätigkeit in unselbstständiger Stellung als Assistent eines Vertragsarztes oder in Krankenhäusern in einem bereichsdienstrelevanten Fachgebiet. Vorgeschrieben ist zudem der Bestand einer Berufshaftpflichtversicherung, die eine Tätigkeit im ÄBD umfasst.

Das Vorliegen einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung („Kassenzu-

lassung“) ist nicht erforderlich. Diese Voraussetzungen dürften fast alle ärztlichen Kollegen leicht erfüllen.

Ärztliche Kollegen, die sich für eine Tätigkeit im ÄBD interessieren, können sich mit Ihren Fragen jederzeit an den Obmann ihres ÄBD-Bezirks richten. Die Kontaktdaten können über die KV Hessen bezogen werden. Speziell in städtischen Regionen

sind meistens freie Valenzen für eine ÄBD-Tätigkeit vorhanden.

Dr. med. Tobias Gehrke,

Dr. med. Jürgen Burdenski

Obmann des ÄBD-Bezirks Allgemeinartz
Frankfurt/Bad Vilbel Frankfurt

Hotline des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes muss bekannter werden: 116 117

Praxis geschlossen? Volle Warteräume in den Notaufnahmen der Krankenhäuser müssen nicht sein. Doch viele Patienten gehen außerhalb der Öffnungszeiten ihrer Hausarztpraxis ins Krankenhaus, da

sie nicht wissen, welcher Arzt Dienst hat und ihnen die Hotline vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst unbekannt ist. Die bundesweit einheitliche Hotline der Kassenärztlichen Bundesvereinigung funktio-

niert ohne Vorwahl: 116 117. Für Ärzte gibt es viele Möglichkeiten, in ihrer Praxis darauf hinzuweisen. Auf der Website www.bereitschaftsdienst-hessen.de gibt es Infomaterial, auch für Patienten.

Ärzttekammer

Zankapfel Notfallversorgung

Gesundheitsabteilung des HMSI und Hessische Krankenhausgesellschaft zu Gast im LÄKH-Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin

Zu dem aktuellen Streit um die Notfallversorgung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten kamen aus der Gesundheitsabteilung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) neben dem ständigen Vertreter Wilhelm Schier (Referatsleiter Rettungsdienst), Dr. Stephan Hölz (Leiter der Gesundheitsabteilung) und Jörg Gruno (stellvertretender Leiter des Referates Krankenhausversorgung) in den Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der Landesärztekammer Hessen (LÄKH).

Die Vertreter der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) – der Geschäftsführende Direktor Rainer Greunke und die Leiterin des Geschäftsbereiches 2 Aguedita Afemann – stellten ihre Studie „Patientenumfrage zur Inanspruchnahme der hessischen Notaufnahmen und Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) – 116 117“ vor. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) war vertreten durch die ständigen Ausschussmitglieder Michael Andor und Manfred Schulz. Unter Leitung des Ausschussvorsitzenden Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak kam es zu einer lebhaften Diskussion, bei der die unter-



Von li nach re (M=Mitglied des Ausschusses): Michael Andor (KVH & M), Prof. Dr. med. Paul Kessler (M & stellv. Vorsitzender), Branddirektor Norbert Schmitz (M), Jörg Gruno (HMSI), Dr. med. Edgar Pinkowski (M), Wilhelm Schier (M & HMSI), Dr. med. Paul Otto Nowak (Vorsitzender), Rainer Greunke (HKG), Aguedita Afemann (HKG), Jörg Blau (M), Dr. Stephan Hölz (HMSI), Detlef Kann (M), Manfred Schulz (KVH & M), Dr. med. Thomas Schneider (M).

schiedlichen Standpunkte dargelegt wurden. Aber es wurden auch Vorschläge zur Problemlösung angesprochen.

Im Vorfeld war es bereits unter Federführung des HMSI zu einem runden Tisch zwischen KVH und HKG gekommen. Fazit: Der ÄBD sowie die Rufnummer 116 117 sind kaum bekannt, so dass hier Aufklärungsarbeit dringend notwendig ist. Gemeinsame Lösungen vom niedergelassenen und stationären Bereich sind erforderlich, um die Patientenströme richtig zu steuern. Auch können noch Verbesserungen an den Schnittstellen Rettungsdienst zum Krankenhaus und zum ÄBD sowie ÄBD zu den

Leitstellen erreicht werden. Während der Sitzung wurde Ministerialrat Wilhelm Schier aus dem HMSI, der Ende Mai pensioniert wurde und daher an seiner letzten Sitzung teilnahm, für seine besonderen Dienste um die hessische Ärzteschaft mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet (vgl. HÄBL 06/2017, S. 357). Weitere Themen im Ausschuss waren die rettungsdienstliche Notfallversorgung sowie die Novellierung des Landeskrankenhausesplanes und des Hessischen Rettungsdienstgesetzes.

Dr. med. Paul Otto Nowak

Vorsitzender des Ausschusses

Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung durch sektorenübergreifende Kooperation

Sandra Schuster, Claudia Gutmann, Dr. med. Rolf Kleinschmidt, Prof. Dr. med. Axel Dignafß

Durch abnehmende stationäre Liegezeiten der Patienten und deutlich frühere Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Sektor verstärkt sich die Notwendigkeit einer zügigen sektorenübergreifenden Kooperation, um eine Kontinuität in der Behandlungskette zu gewährleisten. Am Beispiel des Agaplesion Markuskrankenhauses in Frankfurt/Main soll der folgende Beitrag eine Möglichkeit aufzeigen, wie begrenzte Ressourcen wechselseitig effizient genutzt und gegenseitig Entlastung geschaffen werden kann.

Einleitung

Mindestens 25–30 Prozent [%] aller Krebspatienten entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen oder ausgeprägte psychosoziale Belastungen [1, 2, 3]. Daraus wird ersichtlich, dass im Rahmen der stationären psychoonkologischen Beratung ein Verweis in die psychotherapeutische und psychiatrische Weiterversorgung häufig sinnvoll oder notwendig ist.

Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen bezieht sich neben der Verbesserung von Lebensqualität auch auf Therapiecompliance und Reduzierung der Rekonvaleszenzzeit und damit auch direkt auf die Kosten im Gesundheitssystem [1, 4, 5, 6]. Sie hängt dabei ab von dem Ausmaß der Integration in den medizinischen Ablauf, der Qualität der Kooperation und der Verzahnung mit den ambulanten Versorgungsstrukturen.

Durch abnehmende stationäre Liegezeiten der Patienten und deutlich frühere Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Sektor verstärkt sich die Notwendigkeit einer zügigen sektorenübergreifenden Kooperation, um eine Kontinuität in der Behandlungskette zu gewährleisten, was im Nationalen Krebsplan, in Leitlinien und im Rahmen von Zertifizierungsvorgaben für die Organzentren gefordert wird [1, 7].

Problem in der Praxis: Mangelnde Kontinuität in der psychoonkologischen Behandlungskette

Der Blick in die Praxis macht jedoch in Bezug auf die geforderte Vermittlung der durch psychoonkologische Beratung versorgten Patienten in die ambulante Psychotherapie große Probleme deutlich. Denn für diese Aufgabe liegen derzeit keine ausreichenden strukturellen Versorgungskonzepte vor [8, 9]. Um einen Psy-



Foto: Fotolia.com – Robert_Kneschke

chotherapieplatz zu bekommen, ist in der Regel eine aufwendige Suche notwendig, die onkologische Patienten in der akuten Krise oft überfordert. Gleichzeitig müssen meist lange Wartezeiten in Kauf genommen werden.

Bisher gibt es keine ausreichenden Strukturen, die eine zügige psychoonkologische-psychotherapeutische Versorgung finanzieren. Der § 116b SGB V zur Regelung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist nur an Kliniken möglich, die zur Teilnahme an der Versorgung zugelassen sind und wird durch neue gesundheitspolitische Vorgaben auf bestimmte Patientengruppen beschränkt und vom Umfang her eingeschränkt [8, 10].

Lösung am Agaplesion Markus Krankenhaus: Enge Kooperation der Psychoonkologie mit niedergelassenen Psychotherapeuten. Um eine kontinuierliche Behand-

lungskette zu schaffen, die der zunehmenden Segmentierung der Behandlung entgegenwirkt, wurden folgende Maßnahmen ergriffen:

1. Kooperierende Psychotherapeutische Praxis am Krankenhaus

Seit 2013 ist eine Psychotherapeutische Praxis im Ärztehaus am Krankenhaus untergebracht. Die Psychotherapeutin ist selbstständig und gleichzeitig mit einem Stundenkontingent im psychoonkologischen Dienst in der Klinik angestellt. Die Praxis steht grundsätzlich allen Patienten und Patientinnen mit Psychotherapiebedarf zur Verfügung. Die räumliche Nähe zur Psychoonkologie und zur Onkologie macht die Kooperation besonders effektiv. Üblicherweise ist eine stationäre Weiterbetreuung der Patienten durch niedergelassene tätige Psychotherapeuten nicht möglich und nicht finanziert. Durch die gleichzeitige Festanstellung der Psychotherapeutin im stationären psychoonkologischen Dienst kann auf Wunsch der Patienten eine personelle Kontinuität im Wechsel vom ambulanten zum stationären Sektor gewährleistet werden, sogar bis zum Tod.

2. Etablierung von Fortbildung und sektorenübergreifendem Qualitätszirkel

Ergänzend wurde für niedergelassene und stationär tätige ÄrztInnen verschiedener Fachdisziplinen, Psychotherapeuten und Psychoonkologen eine Veranstaltung zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation angeboten. Zur Etablierung nachhaltiger Verweisstrukturen wurde ein interdisziplinärer, sektorenübergreifender Qualitätszirkel initiiert. Seit 2014 ist damit ein nachhaltiger Rahmen gegeben, in dem sowohl Vernetzung als auch fachlicher Austausch stattfinden. Der sektorenübergreifende Qualitätszirkel verbessert die Verweismöglichkeit vor allem in die am-

bulante psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung.

Fazit

Durch die geschaffenen sektorenübergreifenden psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen kann an einem Akutkrankenhaus ein innovatives und kostenneutrales Modell zur Verbesserung der Kontinuität der psychoonkologischen Behandlungskette erreicht werden. Mit Hilfe der Etablierung von Verweisstrukturen in Form gemeinsamer Fortbildung und Arbeit in einem Qualitätszirkel können effiziente Kooperationsstrukturen aufgebaut werden. Diese Strukturen entlasten die Psy-

choonkologie im Akutkrankenhaus, die so ihre Ressourcen für die stationäre Versorgung schonen kann, ohne dass Mehrkosten entstehen. Vor allem aber können Patienten mit Psychotherapiebedarf rechtzeitig der für sie geeigneten Hilfe zugeführt werden, so dass sich psychische Probleme nicht manifestieren und frühzeitig behandelt werden können.

Kontaktadresse:
**Dipl.-Psych.
Claudia Gutmann**
Leitung
Psychoonkologie
Agaplesion
Markuskrankenhaus



Foto: Agaplesion MarkusKKH

Wilhelm-Eppstein-Str. 4
60431 Frankfurt
Fon: 069 9533-2568
E-Mail: claudia.gutmann@fdk.info

Dipl. Psych. Sandra Schuster
approbierte Psychotherapeutin;
Leitung Psychoonkologie

Dr. med. Rolf Kleinschmidt
Facharzt für Innere Medizin,
Onkologie und Hämatologie,
Onkologische Schwerpunktpraxis;
Oberarzt in der Medizinische Klinik I

Prof. Dr. med. Axel Dignaß
CA der Medizinischen Klinik I – Gastroenterologie, Hepatologie u. Onkologie

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Leserbriefe

Zum CME-Artikel „Was Ärzte wissen müssen – Die Kunst der Risikokommunikation“ von Prof. Dr. Gerd Gigerenzer et al. im Hessischen Ärzteblatt 12/2016, S. 674–680

„Woher weiß man, ob ein Tumor niemals invasiv wird?“

Als ehemalige Programmverantwortliche des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (Screening halte ich für eine sehr schlechte Bezeichnung) in Frankfurt und im Main-Taunus-Kreis habe ich den oben genannten Artikel mit großem Interesse gelesen. Sicher hilft er vielen Ärzten, statistische Aussagen besser zu verstehen und zu hinterfragen. Drei Anmerkungen möchte ich mir aber erlauben.

1. Die Kritik an „Überdiagnosen“ und den daraus folgenden „überflüssigen“ Biopsien wird immer wieder geäußert. Eine Vakuumbiopsie bei unklarem Mikrokalk oder Verdichtungen ist ein kleiner Eingriff, der den unklaren Befund beseitigt und histologisch klärt. Ist der Befund gutartig, sind die betroffene Frau und ihr/e Gynäkologe/in entlastet und eine weitere, spezielle Betreuung ist nicht er-

forderlich. Im Vergleich zu früheren Vorgehensweisen (Operation oder mehrere kurzfristige Kontrollen) ist die Biopsie die am wenigsten belastende Maßnahme für die betroffene Frau.

2. Frauen, bei denen ein nicht progressiver oder langsam wachsender Tumor diagnostiziert wird (meist ein DCIS), werden operiert und bestrahlt. Eine Chemotherapie, wie in dem Artikel erwähnt, erfolgt nicht. Für Frauen, deren Tumor nicht invasiv wird, ist dies möglicherweise wirklich eine „Übertherapie“. Aber: Woher weiß man, ob der diagnostizierte Tumor niemals invasiv wird und bei seinem langsamen Wachstum bleibt? Wer kann das einer Patientin garantieren?
3. Auf Seite 680, Abs. 2 steht Folgendes: „In einer zusätzlichen Informationsbro-

schüre zum Mammographie-Screening ist seit 2009 zu lesen, dass von 200 Frauen, welche 20 Jahre lang zweimal im Jahr zum Mammographie-Screening gehen, eine vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt wird“. Mir ist kein Land bekannt, in dem Frauen zweimal im Jahr zum Mammographie-Screening eingeladen werden. In Deutschland ist dies jedenfalls ganz sicher nicht der Fall. Hier beträgt das Untersuchungsintervall nicht ein halbes Jahr sondern zwei Jahre. Es wäre zu begrüßen, wenn die Autoren hier eine Korrektur vornehmen würden.

(Die Redaktion bedankt sich für den Hinweis. Die Online-Ausgabe 12/2016 wurde mittlerweile entsprechend korrigiert.)

Prof. Dr. med. Jutta Peters
Frankfurt

Literatur zum Artikel:

Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung durch sektorenübergreifende Kooperation

von Sandra Schuster, Claudia Gutmann, Dr. med. Rolf Kleinschmidt und Prof. Dr. med. Axel Dignajß

- [1] Deutsche Krebsgesellschaft: S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/032-051OL.html> (last access on 01.02.2016)
- [2] Mehnert A, Koch U: Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J of Psychosomatic Research* 2008; 64: 383–391
- [3] Singer S, Das-Munshi J, Brähler E (2010) Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Annals of Oncology* 2010; 21: 925–930
- [4] Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B: Wirksamkeit psychoonkologischer Versorgung. In: Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B (eds): *Klinische Psychoonkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2013; 154–157
- [5] Kusch M, Ebmeier A, Stecker R, Höhl A-U: Psychosoziale Versorgung in der Onkologie: Voraussetzungen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. In: Vogel H, Wasem J (eds): *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung*. Stuttgart: Schattauer GmbH 2004; 189–215
- [6] Deutsches Ärzteblatt Blog (Internet). Psychotherapie hilft Krebspatienten mit Depressionen kosteneffektiv. 214 August 28 <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59920/Psychotherapie-hilft-Krebspatienten-mit-Depressionen-kosteneffektiv> (last access on 20.09.2016)
- [7] Bundesgesundheitsministerium: Nationaler Krebsplan. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html> (last access on 20.09.2016)
- [8] Singer S, Heußner P, Hornemann B et al: Leitliniengerechte psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten. *Forum – das offizielle Magazin der DKG e.V.* 2014; 6: 4–5
- [9] Singer S, Petermann-Meyer A, von Kries A: Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten: Psychoonkologie ist effektiv. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (39): A-1644
- [10] Griebmeier B, von Kries A, Rölver K, Curio K, Hirth R (im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus): Möglichkeiten der Finanzierung psychosozialer Leistungen im Akutkrankenhaus. im Internet: http://www.bag-pva.de/pdf/finpsysozLeistAK_150201.pdf Version 01.02.2015 (last access on 20.09.2016)

30 Jahre Hospizverein Auxilium

Bürgerschaftliches Engagement in Wiesbaden und Umgebung

Der ambulante Hospizverein Wiesbaden Auxilium e. V. wurde 1987 gegründet und gehört zu den ersten Hospizvereinen in Hessen. Die Ärztin Ute Schenk-Schneider startete 1986 einen Aufruf in einer Wiesbadener Zeitung: „Wer ist an der Gründung eines Hospizes interessiert?“ – und stieß damit eine Initiative an, die andere mit ähnlichen Erfahrungen für die Hospizarbeit motivierte und zusammenführte.

Entwicklung der Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung hatte ihren Ursprung in England, wo 1967 das St. Christopher's Hospice in London gegründet wurde. Die beiden prominentesten Vertreterinnen in der Gründungszeit waren die Ärztinnen Cicely Saunders in England und Elisabeth Kübler-Ross in den USA. Beide setzten sich dafür ein, Schwerstkranken und Sterbenden eine menschliche Bleibe und Linderung ihrer Beschwerden zu bieten. Neben Schmerzen, Atemnot, Durst und Angst sollte in vertrauter Umgebung mit ganzheitlicher Betreuung – physisch, psychisch und spirituell – auch das Nicht-Sprechen-Können überwunden werden. Zentral ist auch die Forderung nach einer ganzheitlichen Betreuung, die neben den physischen Dimensionen auch die psychischen sozialen und spirituellen Ebenen des menschlichen Daseins berücksichtigt und anspricht. Die Einforderung von dieser gesamtheitlichen Sicht im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden sowie die Enttabuisierung von Tod und Sterben in der Gesellschaft stießen anfangs auf erhebliche Widerstände aus Medizin, Gesellschaft und Kirchen. Der Verlust eines wertschätzenden und natürlichen Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer sowie die oft schockierende Erfahrung von Angehörigen

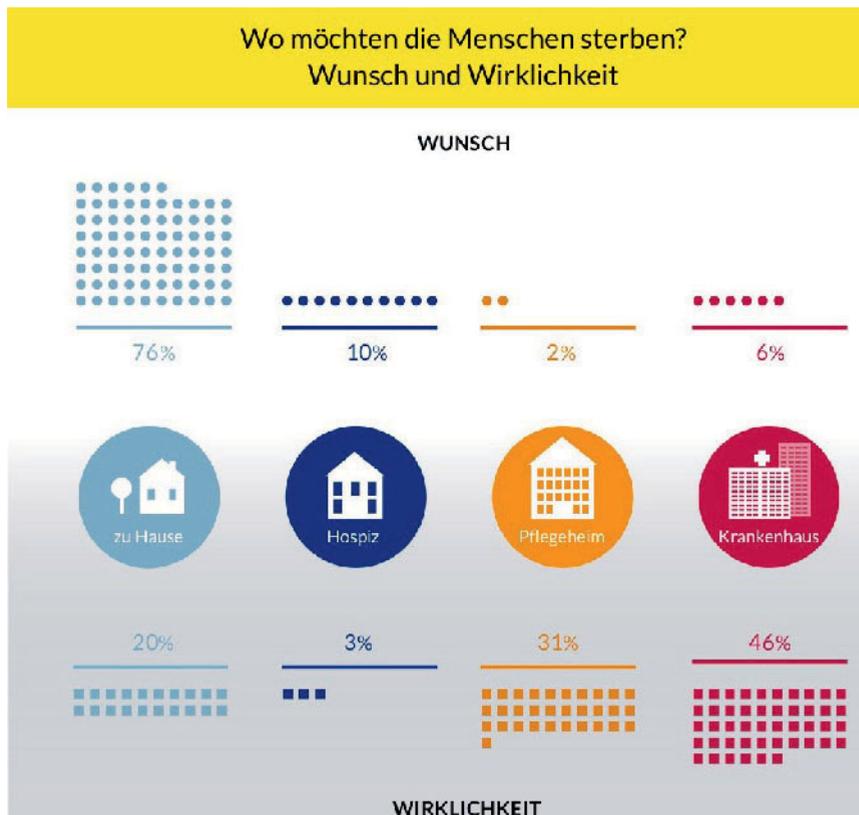
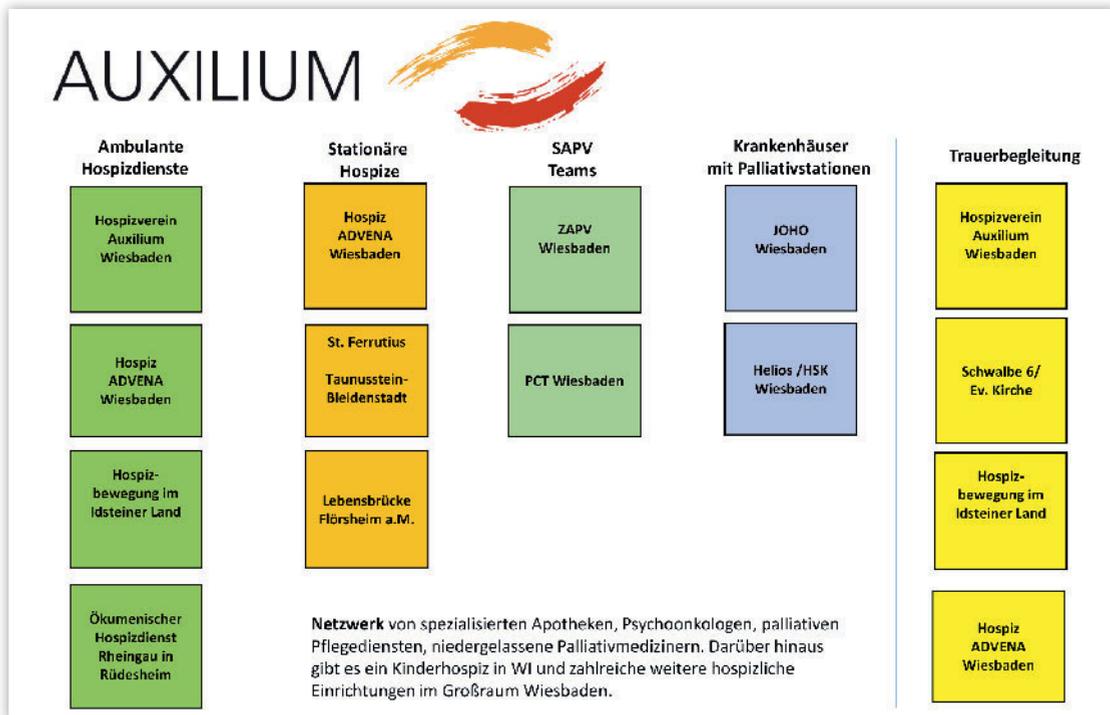


Abbildung 1: Sterbeorte – Wunsch und Wirklichkeit

Grafik: Bertelsmann-Stiftung

in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern mit dem Sterben, führten letztendlich zu einem gesellschaftlichen Umdenken und bisweilen zu einem bürgerschaftlichen Engagement in der Hospizbewegung. Nach gut einem Jahr entschloss sich die Hospizinitiative in Wiesbaden zur Vereinsgründung am 27. August 1987, der zunächst als „Verein zur Förderung familiennaher Pflege Schwerstkranker“ firmierte. Das Sterben und der nahende Tod sollte aus dem Namen herausgehalten werden. Zentral für den Hospizverein ist unverändert die jährliche Ausbildung, da diese eine Voraussetzung für die ehrenamtliche Hospizbegleitung ist. Bei Auxilium – im nunmehr 30. Ausbildungsjahrgang – werden die angehenden Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter innerhalb von elf Monaten auf ihre ehrenamtliche Tätigkeit vorbereitet. Ausbildungsschwerpunkte dieser bundeseinheitlich ca. 120 Stunden umfassenden Qualifizierung sind die Entwicklung einer persönlichen Haltung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer, Kenntnisse über Kommunikation sowie zahlreiche hospizliche und palliative Themen. Abgerundet wird diese Qualifizierung für die maximal zwölf Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer durch eine mehrtägige Hospitation bei einem ambulanten Pflegedienst, einer Pflegeeinrich-

tung oder auf einer Palliativstation in einem Krankenhaus. Aus den anfänglich 20 Gründungsmitgliedern sind heute knapp 600 Vereinsmitglieder geworden, wovon sich rund 60 in der ehrenamtlichen Hospizbegleitung engagieren und rund 30 den Verein im „patientenfernen Bereich“ unterstützen. Sie erledigen beispielsweise Arbeiten in der Geschäftsstelle oder helfen bei Infoständen. Der Hospizverein Wiesbaden Auxilium ist unabhängig, überkonfessionell, gemeinnützig und mildtätig, in der Bürgerschaft verwurzelt und in den örtlichen hospizlichen, palliativen und medizinischen Strukturen gut vernetzt. Als unabhängiger ambulanter Hospizverein ist Auxilium in besonderem Maße von der Spendenbereitschaft der Bürger abhängig. Dies beinhaltet neben der finanziellen Unterstützung auch unverändert die Bereitschaft, seine Zeit im Rahmen der ehrenamtlichen Mitarbeit zur Verfügung zu stellen. Der Verein ist heute breit aufgestellt. Neben dem Kernbereich der ehrenamtlichen hospizlichen Betreuung umfasst das Angebot die Ambulante Allgemeine Palliativversorgung (AAPV), eine professionelle Trauerbegleitung, einen jährlichen Ausbildungskurs zur ehrenamtlichen Hospizbegleitung, zahlreiche Beratungsangebote (zum Beispiel Vorsorgevollmacht und Pa-



tientenverfügung, Letzte-Hilfe-Kurs in Zusammenarbeit mit der Wiesbadener Volkshochschule) sowie zahlreiche Aktivitäten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit. Der Wiesbadener Hospiztag ist der jährliche Höhepunkt in der Öffentlichkeitsarbeit. 2017 fand er zum 21. Mal statt. Er steht unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministers. Rund 250 Besucher besuchen die kostenfreie Veranstaltung, die von vier Kooperationspartnern unter Federführung von Auxilium organisiert wird. 2017 war das Schwerpunktthema „Humor am Lebensende“.

Daneben kooperiert Auxilium seit 2009 mit der ZAPV GmbH im Bereich der Speziellen Ambulanten Palliativversorgung in der Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden mit komplexen Symptomen und Schmerzen im Rahmen einer 24-Stunden- und 7-Tage-Betreuung. Für die Hinterbliebenen gibt es kostenfreie Angebote für die Trauerbegleitung. Der Hospizverein Auxilium baut die Kapazitäten für eine professionelle Trauerbegleitung in 2017 deutlich aus; nachdem die Nachfrage nach Trauerbegleitungen 2016 mit über 300 Einzelgesprächen nochmals deutlich angestiegen ist. Laut dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e. V. engagieren sich aktuell bundesweit rund 100.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich in den ca. 1.100 Hospizvereinen

und Palliativeinrichtungen für Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Insgesamt ist die Hospizbewegung als eine der großen Bürgerbewegungen der Nachkriegsphase ein großer Erfolg. Die zukünftigen Herausforderungen für die Hospizbewegung hat Prof. Dr. Andreas Heller auf dem Wiesbadener Hospiztag 2016 zusammenfassend so beschrieben: Die Hospizbewegung ist – wie die meisten ihrer ehrenamtlich Tätigen – in die Jahre gekommen und somit ist die Entwicklung einer generatio-

nenübergreifenden Hilfekultur dringend notwendig. Des Weiteren muss die Hospizbewegung viel stärker als bisher die Multikulturalität der Gesellschaft aufgreifen und widerspiegeln. Die Bereitschaft der Hospizbewegung die Zukunft aktiv zu gestalten zeigt unter anderem das aktuelle Forschungsprojekt des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands „Ehrenamtlichkeit und bürgerschaftliches Engagement in der Hospizarbeit – Merkmale, Entwicklungen und Zukunftsperspektiven“.



Plakat zum 21. Wiesbadener Hospiztag

Ambulant vor stationär – Wunsch und Wirklichkeit

Diverse Studien zur hospizlich palliativen Versorgung (Bertelsmann Stiftung 2015; DAK Pflegereport zur Palliativversorgung 10/2016) der jüngeren Zeit kommen zu vergleichbaren Ergebnissen und zeigen unverändert einen großen Unterschied zwischen Wunsch und Wirklichkeit hinsichtlich der Orte, wo Menschen sterben wollen sowie der hospizlichen und palliativen Versorgungssituation (Abb.1). Demnach nach möchten drei von vier Menschen im häuslichen Umfeld sterben, wobei dies letztendlich nur jedem Fünften gelingt. Gut drei von vier Menschen sterben im Krankenhaus bzw. im Pflegeheim, wobei dies nur ca. acht Prozent der befragten Menschen wünschen. Hieraus

wird seitens der Politik ein Primat der ambulanten Versorgung gegenüber der stationären Versorgung postuliert.

Weitere Ergebnisse der Studie sind, dass obwohl 90 Prozent der Sterbenden eine Form von palliativer Versorgung benötigen, jedoch nur 30 Prozent diese auch bekommen. Als Hauptgründe hierfür werden genannt, dass viele Menschen den Nutzen einer Palliativversorgung nicht kennen sowie die Tatsache, dass zahlreiche palliative Angebote nicht dem Bedarf entsprechen. Des Weiteren gibt es zum Teil große regionale Versorgungsunterschiede – sowohl zwischen den einzelnen Bundesländern als auch zwischen größeren Städten und ländlichen Regionen.

Somit kommt den ambulanten Versorgungseinrichtungen in Form von ambulanten Hospizdiensten, ambulanten palliativen Pflegediensten sowie der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die zentrale Rolle bei der Schließung dieser Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit zu.

Das Schaubild gibt einen Überblick über die hospizliche und palliative Versorgungsstruktur im Stadtgebiet der Landeshauptstadt Wiesbaden und ihrem Umland. Die Angebote der verschiedenen Akteure stellen eine gute und im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sicher-

lich überdurchschnittliche Versorgungsstruktur für Schwerstkranke, Sterbende und ihrer Zugehörigen sicher. Die hospizlichen und palliativen Dienste decken sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung ab.

Ralf Michels

Geschäftsführer

Hospizverein

Wiesbaden

Auxilium e. V.

Luisenstraße 26,

65185 Wiesbaden

Fon: 0611 4080820

E-Mail: r.michels@hospizverein-auxilium.de

www.hospizverein-auxilium.de



Begleiten heißt sich begegnen – Mein Herr K.

Persönlicher Erfahrungsbericht über eine Sterbebegleitung

Seit zweieinhalb Jahren besuchte ich Herrn K. nun schon, jeweils donnerstags. Vor drei Wochen hatte ich wie immer zum Schluss Wasser und eine Flasche Rotwein aus dem Keller geholt. Den Hausschlüssel legte ich zurück auf den Küchentisch. „Nehmen Sie den mal mit“, meinte er. Warum gerade jetzt? Seit drei Jahren wusste er von seiner Krankheit. Lymphom. Die Chemotherapie hatte er nicht ertragen, sie wurde abgebrochen. Der Onkologe betreute ihn weiter. Er nahm Medikamente, das Wasser aus der Bauchhöhle wurde immer wieder abpunktiert, seine begleitenden Erkrankungen waren unter Kontrolle. Mit seiner lungenkranken Frau lebte Herr K. zurückgezogen in einer sehr funktionalen, nüchternen Parterrewohnung mit einem kleinen Gärtchen. Soziale Kontakte hatten die beiden kaum noch. Ihr Leben schafften sie, ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen.

Jeweils donnerstags kam ich im Auftrag von Auxilium zur psychosozialen Begleitung. Wir saßen zu dritt auf der mächtigen Couch-Garnitur um den Wohnzimmer Tisch und Herr K. erzählte aus seinem Leben. Er erzählte von seiner Jugendzeit, der Flucht aus dem Osten, dem Studium in Frankfurt, seinem Berufsleben, von der Gründung der Familie und vom Tod des einzigen Kindes im Alter von 20 Jahren durch einen bösarti-

gen Tumor und dem Leben danach. Er sprach über das Älterwerden, über seine Krankheit – aber nie sprachen wir über das Sterben oder den Tod.

Herr K. wusste genau, dass seine Lebenszeit nur noch kurz bemessen war. Er bemerkte das Fortschreiten der Erkrankung, führte Buch über seine Symptome, besprach sie regelmäßig mit mir, war betrübt. Weinen sah ich ihn nie, auch nicht, als seine Frau plötzlich verstarb. Vielmehr haben wir viel zusammen gelacht – gelacht, dass man meinte, er werde gleich blau.

Mein Herr K. hatte etwas Spitzbübisches, war liebenswert, realistisch, lebensmutig, kämpferisch, redengewandt und gebildet, verständnisvoll, dem Leben zugewandt in einer heiteren Grundstimmung, er war offen, ehrlich und charmant. Auf dem Tisch lag die Einladung zum nächsten Klassentreffen. Er plante, sich nochmals neu einzukleiden, über Online-Bestellungen. Als der Fernseher kaputt ging, hatte er bald ein neues, supermodernes Gerät im Zimmer stehen. Die neue Wurstschneidemaschine hatte er online bestellt. Sein PC war ein aktuelles Modell.

Dies war meine bisher längste und intensivste Begleitung, die mich zutiefst berührte und bereicherte. Herr K. wuchs mir ans Herz. Oft fühlte ich mich an meine Mutter und ihre letzte Lebenszeit erinnert.

Jetzt stand ich vor seiner Haustür. Donnerstag. Letzter Besuch vor meinem Urlaub. Vor einer Woche fühlte sich Herr K. müde, schlapp und schwach. „Heute bin ich kein guter Gesprächspartner.“ Gestern hatten wir noch telefoniert. Er wollte sich mit seiner Finanzberaterin treffen und einiges regeln.

Ich klingelte. Keine Antwort. Den Schlüssel hatte ich jetzt ja.

Das Wohnzimmer war abgedunkelt, leer. Er lag in seinem Zimmer im Bett, die Decke bis unter die Nase hochgezogen, aufgebläht von seinem großen Wasserbauch, die nackten Füße lagen frei. Er wirkte schlafend, das Gesicht friedlich und entspannt, gelöst.

Herr K. war Teil meines Lebens geworden. Ein naher Angehöriger von mir war gestorben.

Angelika Gehron

langjährige

ehrenamtliche

Hospizbegleiterin

bei Auxilium



Nachdruck aus dem Auxilium-Vereinsmagazin „Wegbegleiter“ Sommer 2017

„Wir werden von Sterbenden gebraucht“

Palliativ-Experten geben in Letzte-Hilfe-Kursen ihr Wissen weiter

Viele Menschen sind verunsichert, wenn sie einen Menschen am Lebensende begleiten und umsorgen. Auch aus Unerfahrenheit. Für sie gibt es jetzt in Frankfurt ein neues Angebot. Der Letzte-Hilfe-Kurs will sie dazu ermutigen, sich der Herausforderung zu stellen, sagt Claudia Eyssen-Heilemann, Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung Palliativ Care.

Frau Eyssen-Heilemann, wen möchten Sie mit dem Angebot ansprechen?

Claudia Eyssen-Heilemann: Alle die lernen möchten, was sie für die ihnen Nahestehenden am Ende des Lebens tun können. Aber auch jene, die sich gesellschaftlich dafür verantwortlich fühlen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Was vermitteln Sie in den Kursen?

Eyssen-Heilemann: Grundwissen rund um die Themen Tod und Sterben. Wir bieten Orientierung bei den Möglichkeiten der Unterstützung am Ende des Leben. Es gibt auch einfache praktische Übungen, die dazu ermutigen sich nahestehenden Menschen am Lebensende zuzuwenden.

Wie sind die Kurse aufgebaut?

Eyssen-Heilemann: Es gibt vier verschiedene Module mit unterschiedlichen Schwerpunkten; zum Beispiel grundlegendes Wissen um das Sterben, palliative Versorgungsstrukturen, Vorsorge treffen, praktische Tipps, Umgang mit Trauer.

Woran machen Sie den Bedarf fest?

Eyssen-Heilemann: Unsere Bevölkerung wird älter. Die Wahrscheinlichkeit, dass nicht das plötzliche und unerwartete, sondern dass langsame und vorhersehbare Sterben vorherrscht, ist hoch. Es ist nicht die Frage ob, sondern eher wann in unserem sozialen Umfeld unsere Hilfe von einem Sterbenden gebraucht wird. Insofern ist unseres Erachtens der Bedarf riesig.

Kann es sein, dass der moderne Mensch im Umgang mit Sterbenden überfordert ist, weil sie in der Regel im Heim oder der Klinik sind?



Claudia Eyssen-Heilemann

Eyssen-Heilemann: Sicherlich. 65 Prozent der Menschen wünscht zu Hause sterben zu können, nur 20 Prozent können es leider. Dadurch wird das Wissen um die Bedürfnisse eines Menschen in der letzten Lebensphase nicht weitergegeben. Die Versorgung wird in professionelle Hände gegeben und damit auch abgegeben. Deswegen ist es so wichtig, diese Informationen zu verbreiten, in Ergänzung zur Kompetenz der Experten.

Was gibt es für Ängste und wie kann man sie nehmen?

Eyssen-Heilemann: Einer der Ängste ist, etwas falsch zu machen. Wir bekommen häufig die Rückmeldung von Teilnehmern, dass der Kurs ihnen nachträglich die Gewissheit gegeben hat, vieles richtig gemacht zu haben. Angehörige sind oft unsicher, ob sie den mutmaßlichen Willen des Erkrankten umsetzen, wenn er nicht mehr in der Lage ist, diesen zu formulieren.

Was sagen Sie in einem solchen Fall?

Eyssen-Heilemann: Sterbebegleitung ist keine exakte Wissenschaft sondern uraltes Wissen von dem, was bei der Begleitung am Ende des Lebens neben allem Anderen am wichtigsten ist, nämlich Zuwendung. Wir wollen die Teilnehmer ermutigen, Verantwortung zu übernehmen und das Ende des Lebens für ihre Angehörigen nach deren Wünschen mitzugestalten.

Warum ist Sterben im Familienkreis heutzutage so selten?

Eyssen-Heilemann: Die Gründe sind vielfältig. Zum einen sind da die veränderten Familienstrukturen, in denen die Betreuung eines Menschen am Lebensende nicht mehr so selbstverständlich dazu gehört, wie in früheren Zeiten.

Ein weiteres Thema ist sicherlich die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens und den daraus resultierenden Entschlüssen. Die Möglichkeiten der modernen Medizin sind immens und die Entscheidung des liebevollen Unterlassens von Therapien erfordert eine aktive Auseinandersetzung mit seinen Vorstellungen und Wünschen hinsichtlich des eigenen Sterbens. Diese Vorstellungen mit seinen Angehörigen im Vorfeld zu besprechen wird häufig als Überforderung erlebt.

Wo gibt es die Kurse, seit wann, woher kommt die Idee?

Eyssen-Heilemann: Die Idee stammt von Dr. med. Georg Bollig, einem erfahrenen Notfall- und Palliativmediziner aus Schleswig, der schon seit vielen Jahren mit Anderen an der Idee arbeitete, einen Kurs, analog zur Ersten-Hilfe anzubieten. Seit Anfang 2016 finden die Kurse flächendeckend in Deutschland, aber auch in Österreich und der Schweiz statt. In Frankfurt werden sie aktuell einmal im Monat von jeweils zwei Mitarbeitern unterschiedlicher Professionen des Palliativteams Frankfurt gGmbH in Zusammenarbeit mit dem Würdezentrum gUG angeboten.

Interview: Jutta Rippegather

PalliativTeam Frankfurt gGmbH
Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt
Internet: www.letztehilfe.info

Informationen über aktuelle Kurse oder Anmeldungen per E-Mail an: dorothee.becker@ppn4u.de oder: info@wuerdezentrum.de



Bezirksärztekammer Kassel

Kammern in Hessen: Ehrenamt – noch zeitgemäß?



Links: Bundesgesundheitsminister Gröhe im Gespräch mit dem hessischen Ärztekammerpräsidenten, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach. Rechts: Der hessische Ministerpräsident Volker Bouffier.

Bei der 4. Gemeinschaftsveranstaltung der 15 hessischen Kammerorganisationen in Wiesbaden tauschten sich Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Institutionen zur Rolle und Bedeutung des Ehrenamts für die freien Berufe aus.

Nach einer Begrüßung durch Dr. Michael Griem, Präsident der Rechtsanwaltskammer Frankfurt am Main, folgten Impulse aus der Politik: Der Hessische Ministerpräsident Volker Bouffier und der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, hoben in ihren Vorträgen die große Bedeutung des Ehrenamts für die Wirtschaft, die Politik und die freien Berufe hervor. Auch in der anschließenden Podiumsdiskussion wurde deutlich, dass die ehrenamtliche Tätigkeit als Kernstück der Selbstverwaltung unverzichtbar für deren Strukturen ist. (mck)

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Ludwig Becker, Gernsheim
* 09.08.1946 † 25.04.2017

Nicole Manzl, Bischofsheim
* 25.10.1978 † 25.04.2017

Prof. Dr. med. Dieter Böhmer,
Neu-Isenburg
* 05.03.1930 † 27.03.2017

Dr. med. Helmuth Merk, Bad Nauheim
* 25.08.1917 † 03.01.2016

Dr. med. Hermann-Dieter Finck, Hünfeld
* 22.10.1947 † 14.07.2016

Prof. Dr. med. Norbert Scheiermann,
Kronberg
* 14.01.1947 † 01.03.2017

Dr. med. Gerd Havemann, Korbach
* 04.08.1928 † 05.09.2016

Dr. med. Elfriede Schick, Hünfeld
* 26.04.1927 † 18.11.2013

Dr. med. Irene Heiland, Heilbronn
* 24.10.1960 † 25.04.2017

Dr. med. Harald-Manfred Schlenzig,
Steinau
* 13.12.1922 † 01.03.2017

Dr. med. Octavian Hoanca,
Bad Homburg
* 06.10.1930 † 03.03.2017

Doctor Medicinae Georg Slansky,
Offenbach
* 20.03.1926 † 09.03.2017

Dr. med. Maria Kahrs, Frankfurt
* 24.09.1922 † 22.09.2012

Dr.-medic Albert Szep, Frankfurt
* 20.07.1929 † 29.10.2015

Dr. med. Henning-Michael Kirchner,
Frankenberg
* 16.11.1947 † 26.04.2017

Dr. med. Adrian Timme, Meinhard
* 22.09.1927 † 02.04.2017

Dr. med. Ursula Knudsen-Rohr, Kassel
* 07.09.1922 † 01.08.2016

Prof. Dr. med. Doris Weber, Marburg
* 16.07.1916 † 07.02.2017

Einladung zur 13. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013–2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 13. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2013–2018 lade ich Sie für

Mittwoch, 13. September 2017, 17 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der
12. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 25. März 2017
4. Nicht erledigte Anträge aus der Delegiertenversammlung vom 25. März 2017
5. Versorgungswerk
 - a) Jahresabschluss 2016
 - b) Erhöhung der Renten zum 01.01.2018,
Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
 - c) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2017
6. Jahresabschluss 2016
 - a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
 - b) Bericht des Vorsitzenden des Hilfsfonds
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses 2016
 - d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2016
 - e) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlüsse 2017 bis 2019
7. Änderung von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
 - a) Änderung der Weiterbildungsordnung
 - b) Änderung der Kostensatzung
 - c) Änderung der Fortbildungsrichtlinie
 - d) Änderung der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf MFA
 - e) Änderung der Haushalts- und Kassenordnung
8. Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstraße 150 in Frankfurt am Main
– Sachstandsbericht
9. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 7. Juni 2017
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Medizinische Fachangestellte – Das Herz einer Praxis

Langjährige Mitarbeiter für Ehrung in Wiesbaden bitte melden

Was wären wir ohne unsere hervorragenden Medizinischen Fachangestellten in unserer Praxis? Eine gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte, hochmotiviert, menschlich integer, teamfähig, belastungsfähig, freundlich – das ist der Wunsch eines jeden Praxisinhabers bzw. einer jeden medizinischen Einrichtung.

Wir können uns auf sie verlassen, sie organisiert den Praxisablauf, sie führt größtenteils die Dokumentation, sie kümmert sich um die großen und kleinen Sorgen der Patienten und sie sorgt für eine gute Stimmung.

Wir Ärzte haben die Möglichkeit, durch Förderung der Fortbildung und Förderung der Weiterentwicklung die Medizinische Fachangestellte über die Jahre hinweg immer mehr zu qualifizieren. Hier hilft uns auch die Carl-Oelemann-Schule mit ihrem reichen Fortbildungsangebot. Ziel ist, dass MFA und Helferinnen immer umfangreicher selbstständige Arbeiten erledigen können, um uns Ärzte zu entlasten und unsere Arbeit am Patienten weiter zu verbessern.

Was liegt also näher, als diesen Mitarbeiterinnen einmal zu danken. Die Landesärztekammer Hessen bietet die Möglichkeit, je nach Länge der Arbeitsjahre, die Arzt-

helfer/innen-Brosche in Gold mit Urkunde bzw. eine Ehrenurkunde zu überreichen.

Als Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden würde ich gerne im Rahmen der feierlichen Freisprechung der neuen Medizinische Fachangestellten am 23. August diesen Jahres im Rathaus der Stadt Wiesbaden altgediente und erfahrene Helferinnen aus Ihren Praxen ehren.

Ich bitte meine Kolleginnen und Kollegen, uns Medizinische Fachangestellte/Arzt-helferinnen zu benennen, so dass wir diese zu einer Ehrung einladen können.

Bei Interesse, aber auch für Rückfragen, stehen wir Ihnen unter dem Stichwort: „Ehrung langjähriger Praxismitarbeiterinnen“ unter Fon: (0611) 97748-0 bzw. per Mail an: bezaek.wiesbaden@laekh.de gern beratend zur Seite. Anträge können Sie uns per Fax: (0611) 97748-41 zukommen lassen.

Ich freue mich über Ihr Interesse und schon jetzt auf eine Begegnung während der Feierstunde am 23. August 2017.

Ihr

Dr. med. Michael Weidenfeld

Vorsitzender der Bezirksärztekammer
Wiesbaden

Unterstützung für Gesundheitszentren in Afrika

Für ein Gesundheitszentrum und ein Regionalkrankenhaus in Togo sucht der Marburger Verein „Projekt West-Afrika e. V.“ medizinische Materialien und Geräte. Gesucht werden beispielsweise gebrauchte Blutdruckmessgeräte, Pulsoximeter, Zuckermessgeräte, Mikroskope, Ultraschallgeräte oder Überwachungsmonitore. „Projekt West-Afrika“ wurde Ende 1999 ins Leben gerufen und ist mittlerweile ein gemeinnützig eingetragener Verein, der sich auch um wissenschaftlichen und kulturellen Austausch

zwischen Studenten aus fünf westafrikanischen Ländern (Benin, Burkina Faso, Ghana, Niger und Togo) und Deutschland kümmert. Außerdem vermittelt der Verein humanitäre Hilfsgüter.

Kontakt:

Projekt West-Afrika e. V.

Liebigstr. 26, 35037 Marburg

Spendenkonto:

DE 72 53370 02401 09818 560

Fon: (06421) 8866070

E-Mail: projektwa2000@yahoo.de



Über die bestandene Abschlussprüfung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ am 10. Juni 2017 freuen sich: Vicky Ackermann, Marion Held, Sarah Herbert, Louise Köhl, Jasmin Schmidt, Cinzia Thomas, Sarah Tobies und Tatjana Vesterov (Namen in alphabetischer Reihenfolge).

Die „LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 11. August 2017. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Mitte August.

Das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Berufsschulen/Einschulungstermine_Berufsschulen.pdf eingesehen werden.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte ärztliche Arbeitgeber auf gesetzliche Verpflichtungen hinweisen:

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren.
- Gemeinsam mit dem Arzt, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

Weitere Informationen können im Internet unter: <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Bezirksärztekammer Gießen

Gerätespenden für Berufsschulen gesucht

Die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, wären sehr dankbar, wenn Geräte (zum Beispiel EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die in der Praxis nicht mehr benötigt werden, den Berufsschu-

len zur Verfügung gestellt würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein. Ansprechpartner sind die jeweiligen Bezirksärztekammern.

Renate Schwarz, Kassel

Vorsitzende
des Berufsbildungsausschusses

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2016, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 13. Dezember 2016 (HÄBL 1/2017, S. 52), wird wie folgt geändert:

1.) Im Inhaltsverzeichnis werden in „Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen“ nach dem Wort: „Allergologie“ die Worte „Ambulante Geriatrie“ eingefügt.

2.) Im Paragrafenteil wird § 4 Abs. 4 nach dem Satz 4 wie folgt neu gefasst:

„Eine Unterbrechung der Weiterbildung sowie Zeiten, in denen eine Weiterbildung nicht erfolgt, können nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als sechs Wochen im Kalenderjahr wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehr-, Ersatz- und Katastrophendienst. Bei Weiterbildungsabschnitten unterhalb von 12 Monaten innerhalb eines Kalenderjahres gilt diese Regelung anteilig. Tariflicher Erholungsurlaub stellt keine Unterbrechung dar.“

3.) Im Abschnitt C wird nach der Zusatz-Weiterbildung „Allergologie“ die neue Zusatz- Weiterbildung: „Ambulante Geriatrie“ eingefügt.

„Ambulante Geriatrie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung „Ambulante Geriatrie“ umfasst, in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz, im ambulanten Bereich die spezielle Diagnostik des geriatrischen Patienten mit daraus abgeleitetem Behandlungsplan, der die Multimorbidität mit Schwere und Komplexität in dessen persönlichen Lebenskontext berücksichtigt.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in der ambulanten Geriatrie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Weiterbildungszeit:

- 12 Monate Weiterbildung in Geriatrie bei einem Weiterbildungsbefugten für Ambulante Geriatrie oder Geriatrie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2.
- 60 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Geriatrischer Grundversorgung

Wurde bereits eine Facharztbezeichnung in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin erworben, kann die Weiterbildung abweichend durch Nachweis von:

- 100 Stunden Fallseminare, Hospitationen und Praktika, davon
 - 80 Stunden Fallseminare, hälftig auf Grundlage eigener Patienten/Fälle des Weiterzubildenden und hälftig auf Grundlage von vorgestellten Kasuistiken des Weiterbildungsbefugten
 - 20 Stunden Hospitationen oder Praktika bei anerkannten geriatrischen Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2.

Bezirksärztekammer Marburg

- 60 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Geriatrischer Grundversorgung erfolgen.

Weiterbildungsinhalt

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

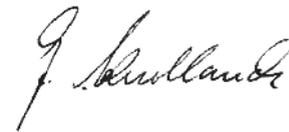
- der spezialisierten geriatrischen Diagnostik, insbesondere geriatrische Assessmentverfahren (z. B. Selbstversorgungsfähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz, instrumentelle Aktivitäten)
- systematischer Erhebung relevanter Kontextfaktoren unter Verwendung eines Sozialassessments in mindestens fünf Bereichen (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf)
- syndrombezogenen geriatrischen Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren
- der Bewertung geriatrischer Syndrome
- physio-, ergotherapeutischen, prothetischen und logopädischen Maßnahmen
- der Erstellung von Behandlungsplänen mit persönlichen Behandlungszielen, medikamentösen und diagnostischen Empfehlungen, Empfehlungen zur ggf. notwendigen weiteren Überwachung sowie zu Hilfs- und Heilmitteln unter Berücksichtigung der psychosozialen Versorgung und unter Berücksichtigung vorhandener lokaler Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten und Bezugspersonen

II. In-Kraft-Treten

Die Satzung tritt am 1. Juli 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 5. April 2017



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

----- Genehmigungsvermerk: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V2-18b2120-0001/2008/004

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 17. April 2017

Im Auftrag
Dr. Stephan Hölz

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060042217 ausgestellt am 07.03.2016 für Zlatko Dordevic, Eschwege

Arztausweis-Nr. 060048103 ausgestellt am 18.04.2017 für Hadi Helmand, Maintal

Arztausweis-Nr. 060037434 ausgestellt am 23.02.2015 für Dr. med.

Gisela Kalandra-Richards, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035681 ausgestellt am 15.10.2014 für Dr. med. Sarah Kittel-Schneider, Neu-Isenburg

Arztausweis-Nr. 060035047 ausgestellt am 01.09.2014 für Dr. med. Gabriele Oefner, Baunatal

Arztausweis-Nr. 060030646 ausgestellt am 29.07.2013 für Dr. med. Daniela Wunderlich, Mainz

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

Goldenes Doktorjubiläum

- 01.08.: Dr. med. Dieter Müller, Rosbach
02.08.: Dr. med. Günter Grothe, Bischofsheim
03.08.: Dr. med. Rainer Hoenle, Korbach
09.08.: Dr. med. Michael Jelinek, Mühlthal
10.08.: Dr. med. Angela Wolf, Gießen
15.08.: Dr. med. Anton Osmialowski, Wiesbaden
23.08.: Dr. med. Barbara Mariß, Bad Wildungen
29.08.: Dr. med. Helmut Schmitt, Hofheim
31.08.: Dr. med. Reinhard Malzi, Darmstadt

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Daniela Müller,
seit 10 Jahren tätig bei C. Tewes, MUDr./
Univ. Bratislava C. Grünler und Dr. med. C.
Wilke, Bad Arolsen;

Yvonne Schwalm,
seit 17 Jahren tätig bei Dr.-medic N. Suci,
Frankfurt;

Dilek Holzinger,
seit 22 Jahren tätig bei Dr.-medic N. Suci,
Frankfurt.

Zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir:

Raika Ernst,
seit 25 Jahren tätig bei J. Heckmann, vor-
mals Praxis Dr. med. G. Heckmann, Erlensee;

Tanja Nies,
seit 26 Jahren in verschiedenen niedergelassenen
Praxen tätig;

Simone Jensen,
seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. A. Reinhardt,
vormals Praxis Dres. med. Richter,
Lohfelden;

Sabine Kahl,
seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. A. Reinhardt,
vormals Praxis Dres. med. Richter,
Lohfelden

und zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

Beate Brühl,
seit 40 Jahren tätig bei Dr. medic/UMF Targu-
Mures M. Spielhaupter, vormals Praxis
Dr. med. R. Knepper, Taunusstein.

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31), zuletzt geändert am 13. Dezember 2016 (HÄBL 1/2017, S. 50), wird wie folgt geändert:

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:

In Gebührenabschnitt „I. 1. Allgemeine Gebühren“ wird im Gebührenabschnitt „1.6 Arztausweise, Signaturkarten, eHBA und Apps“ der Gebührenpunkt 1.6.2 wie folgt neu gefasst:

II.

In-Kraft-Treten

Die Satzung tritt am 1. Juli 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 5. April 2017

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu
Hatzbach
– Präsident –

Genehmigungsvermerk: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V2–18b2120–0001/2008/009

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 18. April 2017
Im Auftrag
Dr. Stephan Hölz

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
1.6.2	Bestätigung der Arzteigenschaft in schriftlicher oder elektronischer Form zur Vorlage bei einem Trusted Service Provider (TSP), für eine Signaturkarte oder einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)	gebührenfrei

Aufgrund § 6 a i.V.m. § 17 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „n“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert am 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 36) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen vom 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 54–56), zuletzt geändert am 5. Mai 2010 (HÄBL 6/2010, S. 391), wird wie folgt geändert:

1.) § 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 2a) eingefügt:

„(2a) Die Ethik-Kommission nimmt die Aufgaben nach § 2 Abs. 1 und Abs. 2 in jeweils unterschiedlicher Zusammensetzung ihrer Mitglieder wahr. Die Zusammensetzung bestimmt sich nach § 3a.“

b) Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Sie gibt sich eine Geschäftsordnung, die mit einer Mehrheit von 2/3 der Mitglieder der Ethik-Kommission beschlossen und geändert werden kann.“

2.) Der bisherige § 3 „Zusammensetzung und Mitglieder“ wird wie folgt neu gefasst:

„§ 3 Mitglieder

(1) Die Ethik-Kommission besteht aus mindestens neun Mitgliedern. Der

Ethik-Kommission gehören weibliche und männliche Mitglieder an. Bei der Auswahl der Mitglieder werden Frauen und Männer mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe gleichermaßen berücksichtigt.

(2) Mindestens sechs Mitglieder müssen Ärzte sein, ein Mitglied Jurist mit der Befähigung zum Richteramt, ein Mitglied eine Person mit wissenschaftlicher oder beruflicher Erfahrung auf dem Gebiet der Ethik in der Medizin, ein Mitglied eine Person mit Erfahrung auf dem Gebiet der Versuchsplanung und Statistik, sowie ein Mitglied eine Person, die über keine juristische, pharmazeutische, medizinische und ethische Ausbildung verfügt (Laie). Vier der ärztlichen Mitglieder müssen über Erfahrungen in der klinischen Medizin verfügen. Von diesen muss ein Mitglied Facharzt für klinische Pharmakologie oder für Pharmakologie und Toxikologie sein. Ein Mitglied soll Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein, sowie ein weiteres Facharzt für Neurologie oder ein Facharzt mit besonderen Erfahrungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Für Stellvertreter gilt entsprechendes.

(3) Die Mitglieder der Ethik-Kommission müssen über die aktuelle Fachkompetenz und wissenschaftliche Expertise verfügen. Sie sollen sich regelmäßig fortbilden.

(4) Für alle Mitglieder der Ethik-Kommission muss mindestens jeweils ein fachlich geeigneter Stellvertreter benannt werden.

(5) Die Mitglieder der Ethik-Kommission sowie ihre Stellvertreter werden vom Präsidium der Landesärztekammer berufen. Die Amtsdauer der Mitglieder der Ethik-Kommission entspricht der der Delegiertenversammlung und beginnt am 1. September des auf die Wahl der Delegiertenversammlung nachfolgenden Jahres. Bis zur Neuwahl bzw. Bestätigung bleibt die Ethik-Kommission im Amt. Eine erneute Berufung ist möglich.

(6) Jedes Mitglied oder stellvertretende Mitglied kann auf eigenen Wunsch mit einer Frist von sechs Wochen ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Aus wichtigem Grund kann ein Mitglied oder ein stellvertretendes Mitglied vom Präsidium der Landesärztekammer während der Amtsperiode abberufen werden. Dem Mitglied oder stellvertretenden Mitglied ist Gelegenheit zur Anhörung zu geben.

Entscheidungen in einem Verfahren der Ethik-Kommission können keinen Grund für die Abberufung eines Mitglieds oder stellvertretenden Mitglieds darstellen.

Scheidet ein Mitglied oder ein stellvertretendes Mitglied während des Laufes der Amtsperiode aus, so kann ein Ersatzmitglied für die verbleibende Dauer der Amtsperiode der Kommission berufen werden.

§ 3a Abs. 2 bleibt unberührt.

(7) Die Ethik-Kommission wählt aus ihrer Mitte mit der Mehrheit ihrer Mitglieder ein ärztliches Mitglied, das den Vorsitz führt, und mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder als ersten und zweiten stellvertretenden Vorsitzenden. Die Beschlussfähigkeit richtet sich nach § 8 Abs. 1 dieser Satzung.

(8) Die Namen der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Ethik-Kommission werden veröffentlicht.“

3.) Nach § 3 wird folgender neuer § 3a eingefügt:

„§ 3a Zusammensetzung bei Aufgabenwahrnehmung

(1) Die Aufgaben nach § 6a Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes nimmt die Ethik-Kommission in der Zusammensetzung von mindestens sechs ärztlichen Mitgliedern und mindestens einem Juristen mit der Befähigung zum Richteramt wahr. Vier Mitglieder hiervon sollen einem klinischen Fach angehören. Von diesen muss ein Mitglied Facharzt für klinische Pharmakologie oder für Pharmakologie und Toxikologie sein. Ein Mitglied soll Facharzt für

Kinder- und Jugendmedizin sein, sowie ein weiteres Facharzt für Neurologie oder ein Facharzt mit besonderen Erfahrungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Für Stellvertreter gilt Entsprechendes.

(2) Die Aufgaben nach § 6a Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes nimmt sie in der Zusammensetzung

- ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt,
- eine Person mit wissenschaftlicher oder beruflicher Erfahrung auf dem Gebiet der Ethik in der Medizin,
- eine Person mit Erfahrung auf dem Gebiet der Versuchsplanung und Statistik,
- drei Ärzte, die über Erfahrungen in der klinischen Medizin verfügen, davon ein Facharzt für klinische Pharmakologie oder für Pharmakologie und Toxikologie,
- sowie einer Person, die über keine juristische, pharmazeutische, medizinische und ethische Ausbildung verfügt (Laie) wahr.“

4.) § 4 wird wie folgt geändert:

a) Hinter Satz 1 wird der folgende neue Satz 2 eingefügt:

„Sie sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet.“

b) Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.

c) Hinter dem neuen Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Sie sind ehrenamtlich tätig. Ihnen kann eine angemessene Aufwandsentschädigung sowie Reisekostenvergütung gewährt werden. Näheres regelt die Geschäftsordnung.“

5.) § 5 erfährt folgende Änderungen:

a) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Ethik-Kommission wird nur auf schriftlichen Antrag tätig. Der Antrag ist schriftlich bei der Ethik-Kommission einzureichen, soweit nicht eine bestimmte Form der Antragsstellung zwingend vorgeschrieben oder eine Einreichung im elektronischen Verfah-

ren eingerichtet ist. Bei klinischen Prüfungen richtet sich das Verfahren nach den einschlägigen Gesetzen (AMG, MPG) und den jeweiligen Durchführungsvorschriften. § 3a Absatz 1 Hessisches Verwaltungsverfahrensgesetz bleibt unberührt. Der Antrag kann geändert oder zurückgenommen werden.“

b) In Absatz 5 wird das Wort „können“ durch das Wort „werden“ ersetzt und hinter dem Wort „geregelt“ das Wort „werden“ gestrichen.

6.) § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Sitzungen der Ethik-Kommission sind nicht öffentlich. Die Ethik-Kommission kann Sachverständige aus den betreffenden Fachgebieten beratend hinzuziehen, die über aktuelle Fachkompetenz und wissenschaftliche Expertise verfügen. Bei der Auswahl der Sachverständigen werden Frauen und Männer mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe gleichermaßen berücksichtigt. An den Beratungen können bei Bedarf neben Mitgliedern auch Stellvertreter teilnehmen, um eine ausreichende fachliche Kompetenz sicher zu stellen. Mitglieder des Präsidiums und der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle können an den Sitzungen ohne Erörterungs- und Stimmrecht teilnehmen, im Fall des § 2 Absatz 2 jedoch nur mit Zustimmung aller anwesenden Kommissionsmitglieder. Die Mitglieder der Kommission sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet. Dasselbe gilt für beratend hinzugezogene Sachverständige sowie die an der Sitzung teilnehmenden Mitglieder des Präsidiums und der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen sowie die Mitarbeiter der Geschäftsstelle.“

b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „lädt“ die Worte „unter Bekanntgabe einer Tagesordnung“ eingefügt.

c) In Absatz 3 werden nach Satz 3 folgender Satz 4 und Satz 5 neu angefügt:

„Das mündliche oder schriftliche Verfahren kann auch durch elektronischen Datenaustausch erfolgen, soweit keine gesetzlichen Vorgaben entgegenstehen. Das Hessische Datenschutzgesetz bleibt unberührt.“

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 neu angefügt:

„(6) Die Ethik-Kommission holt zu jedem Antrag nach § 2 Abs. 2 Erklärungen der beteiligten Mitglieder und externen Sachverständigen ein, die beinhalten, dass diese keine finanziellen oder persönlichen Interessen haben, die Auswirkungen auf ihre Unparteilichkeit haben könnten. Wird eine solche verneinende Erklärung (Unabhängigkeitserklärung) nicht abgegeben werden, so ist dieses Mitglied / dieser Sachverständige von der Beratung und Entscheidung ausgeschlossen. § 3a Abs. 2 bleibt unberührt. Näheres regelt die Geschäftsordnung.“

7.) § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Ethik-Kommission ist bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 2 Abs. 1 beschlussfähig, wenn mindestens fünf Mitglieder oder die an Stelle der fehlenden Mitglieder berufenen stellvertretenden Mitglieder am Verfahren teilnehmen. Davon muss ein Mitglied die Befähigung zum Richteramt haben. Bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 2 Abs. 2 ist die Ethik-Kommission beschlussfähig, wenn mindestens sieben der in § 3a Abs. 2 genannten Mitglieder oder die an Stelle der fehlenden Mitglieder berufenen stellvertretenden Mitglieder am Verfahren teilnehmen. § 3a Abs. 2 bleibt unberührt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„(3) Die Kommission kann von den Antragstellern ergänzende Unterlagen, Angaben oder Begründungen verlangen, soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen. Die Antragsteller sollen zu der Sitzung, in der ihre Forschungsvorhaben behandelt wer-

den, geladen werden, um Gelegenheit zur Anhörung zu erhalten, soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen. Näheres regelt die Geschäftsordnung.“

c) Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„(4) Die Ethik-Kommission soll über den zu treffenden Beschluss einen Konsens anstreben. Wird ein solcher nicht erreicht, entscheidet die Kommission bei mündlicher Erörterung mit einfacher Mehrheit der Anwesenden. Bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 2 Abs. 1 ist im schriftlichen Verfahren die Entscheidung der Kommission gefallen, wenn innerhalb der gesetzten Frist Voten von mindestens fünf Mitgliedern, darunter einem juristischen Mitglied, vorliegen. Bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 2 Abs. 2 ist im schriftlichen Verfahren die Entscheidung der Kommission gefallen, wenn innerhalb der gesetzten Frist Voten von mindestens sieben der in § 3a Abs. 2 genannten Mitgliedern vorliegen. Stimmenenthaltungen gelten als Ablehnung. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des den Vorsitz führenden Mitgliedes. § 3a Abs. 2 bleibt unberührt. Entsprechendes gilt in den Fällen des § 6 Abs. 3 Satz 3. Im Übrigen richtet sich das Verfahren der Kommission nach den für den jeweiligen Antrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen.“

d) In Absatz 5 werden Satz 1 und Satz 2 gestrichen und durch das Wort „unbesetzt“ ersetzt.

e) In Absatz 6 Satz 1 wird nach dem bisherigen letzten Spiegelstrich „- Die Verfahren als beteiligte Ethik-Kommission nach AMG, GCP-VO, MPG und MPKPV.“ folgender neuer Spiegelstrich angefügt:

„- epidemiologische Forschungsvorhaben mit retrospektiven Daten.“

f) In Absatz 7 Satz 1 werden die Worte „einschließlich etwaiger Sondervoten“

gestrichen und nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 angefügt:

„Im Übrigen richtet sich die Bekanntgabe der Entscheidung nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften.“

8.) § 10 Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„(3) Die notwendigen personellen und sachlichen Mittel, die für die Organisation der Aufgaben der Ethik-Kommission erforderlich sind, stellt die Landesärztekammer Hessen als Träger der Ethik-Kommission. Dazu gehört insbesondere eine sachliche Ausstattung, die es ermöglicht kurzfristige Abstimmungsverfahren durchzuführen und fristgerecht Stellungnahmen und Bewertungsberichte zu erstellen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.“

9.) In § 11 Absatz 2 Satz 1 wird nach den Worten „Landesärztekammer Hessen erhoben“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit nicht durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes etwas anderes vorgeschrieben ist“.

10.) § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach den Worten „klinischen Prüfung aufbewahrt“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen“.

b) Nach Satz 1 wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„§ 6a Abs. 3 Satz 4 Nr. 11 Hessisches Heilberufsgesetz bleibt unberührt.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

11.) In § 13 Satz 2 wird nach den Worten „Regelungen dieser Satzung“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit gesetzliche Vorschriften nicht entgegenstehen“.

II.

Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Änderung der Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 5. April 2017

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V2-18b2120-0001/2008/011

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 18. April 2017

Im Auftrag

Dr. Stephan Hölz

Aufgrund §§ 2, 3 und 11 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. §§ 2, 5 Absatz 6 Buchstabe „r“, 13 Absatz 2 und 16 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 362) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen vom 1. Juli 1996 (HÄBL 8/1996, S. 262–264), zuletzt geändert am 4. Dezember 2015 (HÄBL 1/2016, S. 53), wird wie folgt geändert:

„Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen

§ 1 Anmelde- bzw. Anzeigepflicht

(1) Jede/r Ärztin/Arzt, die/der in Hessen ihren/seinen Beruf ausübt (Ärztliche Tätigkeit), ist verpflichtet, sich binnen eines Monats, bei vorübergehender Berufsausübung in fünf Tagen nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden. Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Hiervon ausgenommen sind nur berufsfremde Tätigkeiten, die in keinerlei Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung und den medizinischen Fachkenntnissen stehen. Ausgenommen sind die in der Aufsichtsbehörde tätigen Berufsangehörigen; diesen steht der freiwillige Beitritt offen.

(2) Abweichend von Abs. 1 ist jede/r Ärztin/Arzt, der als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum vom 2. Mai 1992 (BGBl. 1993 II S. 66) in Hessen im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften ihren/seinen Beruf vorübergehend und gelegentlich ausübt, ohne hier eine berufliche Niederlassung zu haben und solange sie/er in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beruflich niedergelassen ist, verpflichtet, die Berufsausübung binnen fünf Tagen nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzuzeigen (Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Hessisches Heilberufsgesetz). In dringenden Fällen kann die Anzeige unverzüglich nachgeholt werden.

§ 2 Inhalt der Anmeldung bzw. Anzeige

(1) Die Anmeldung bzw. Anzeige erfolgt bei der für den Tätigkeitsort zuständigen Bezirksärztekammer. Hierfür soll die elektronische Plattform der Landesärztekammer Hessen <https://www.laekh.de> genutzt werden.

(2) Bei der erstmaligen Meldung bzw. Anzeige ist der Meldebogen zur Anmeldung bzw. Anzeige bei der Landesärztekammer auszufüllen und zu übermitteln. Folgende Angaben sind dabei verpflichtend:

1. Name, Vorname, Geburtsname,
2. Geschlecht, Geburtsdatum und -ort,
3. Staatsangehörigkeit,
4. Praxis- oder Dienstanschrift/en von ärztlichen Haupt- und Nebentätigkeiten,
5. Telefonnummer und E-Mail-Adresse,
6. Privatanschrift (kein Postfach),
7. Zeitpunkt der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Hessen,
8. Approbation oder Berufserlaubnis,
9. Akademischer Grad/Hochschultitel und Hochschultätigkeitsbezeichnungen

10. Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, sowie zusätzliche nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften verliehene Qualifikationen,
11. Angaben zur Art der ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, insbesondere Tätigkeiten als niedergelassener, angestellter oder beamteter Arzt unter Angabe, ob in diesen Tätigkeiten Weiterbildung gem. Weiterbildungsordnung stattfindet,
12. Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Mitgliedschaft in Berufs ausübungs- oder Organisationsgemeinschaften oder Praxisverbänden unter Angabe der Namen der Partner oder Mitgesellschafter,
13. Ärztekammern, in denen zuletzt eine Mitgliedschaft bestand und in denen gleichzeitig eine Mitgliedschaft besteht,
14. Dauer und/oder Intervalle der in Hessen beabsichtigten oder aufgenommenen ärztlichen Tätigkeit, soweit es sich um Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz handelt.

Dem Meldebogen sind amtlich beglaubigte (durch eine siegelführende Behörde) Abschriften oder amtlich beglaubigte (durch eine siegelführende Behörde) Fotokopien der folgenden Nachweise beizufügen:

- Approbationsurkunde oder Berufserlaubnis,
- Urkunden und sonstige hinreichend geeignete Nachweise über Akademische Grade sowie Hochschultitel und Hochschultätigkeitsbezeichnungen,
- Urkunden über Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung,
- Sonstige Fachkunden/Ärztliche Qualifikationen.

(3) Die Bezirksärztekammer kann bei berechtigten Zweifeln die Vorlage der Originalurkunden und, soweit erforderlich, weitere Nachweise verlangen.

(4) Auf die Beifügung der aufgeführten Nachweise kann verzichtet werden, wenn das meldepflichtige Kammermitglied aus dem Zuständigkeitsbereich einer außerhessischen Ärztekammer

im Bundesgebiet zur Landesärztekammer Hessen wechselt und dort die Nachweise bereits vorlagen.

- (5) Urkunden in nichtdeutscher Sprache ist eine beglaubigte oder von einem öffentlich-bestellten oder vereidigten Dolmetscher oder Übersetzer angefertigte Übersetzung beizufügen.

§ 3 Änderungen

Jedes Kammermitglied und jeder Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz hat unverzüglich alle Änderungen der Bezirksärztekammer anzuzeigen, die gegenüber den Pflichtangaben in dem Meldebogen eingetreten sind, z. B. Beendigung der Niederlassung, Wechsel des Praxissitzes, der Arbeitsstätte, der Tätigkeit, des Wohnsitzes, des Familiennamens, der ärztlichen Tätigkeit und der Dienstbezeichnungen.

§ 4 Mitglieds- bzw. Berufsangehörigenakten und -register

- (1) Die Bezirksärztekammern legen für jedes Kammermitglied und jeden Berufsangehörigen nach § 3 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes, das in ihrem Bereich seinen Beruf ausübt, eine elektronisch geführte Mitgliedsakte bzw. Berufsangehörigenakte an.
- (2) In die Mitgliedsakte bzw. Berufsangehörigenakte sind aufzunehmen:
- 1) Meldebogen und Änderungsmitteilungen
 - 2) Ausfertigungen oder beglaubigte Fotokopien der nachstehend aufgeführten Urkunden:
 - a) Approbation
 - b) Berufserlaubnis
 - c) Akademische Grade sowie Hochschultitel und Hochschultätigkeitsbezeichnungen
 - d) Anerkennung nach der Weiterbildungsordnung
 - e) Sonstige nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften verliehene ärztliche Qualifikationen
 - 3) Korrespondenz, die mit dem Entzug, Missbrauch oder Ruhen der Berufserlaubnis in Verbindung steht
 - 4) Ergebnisse von Berufsgerichtsver-

fahren bis zum Eintritt des Verwertungsverbotes – § 49 Abs. 4 HeilbG-, Untersagung des Einstellens und Ausbildens nach dem Berufsbildungsgesetz

- 5) Zertifikats- und Kartendaten des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA – § 291a SGB V), sowie Telematik-ID.

- (3) Eingereichte Papierunterlagen werden nach Überführung in die elektronische Form nach einer Aufbewahrungszeit von 6 Wochen vernichtet, soweit es sich nicht um Originale handelt, die an den Einreicher zurückgesandt werden.

- (4) Die Daten werden auch elektronisch in einem Mitglieder- und Berufsangehörigenregister erfasst. Die Datenverarbeitung muss dem Hessischen Datenschutzgesetz entsprechen.

§ 5 Datenweitergabe

- (1) Verlegt das Kammermitglied bzw. Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz den Ort seiner Tätigkeit innerhalb Hessens in den Bereich einer anderen Bezirksärztekammer, werden seine Mitgliedsakte bzw. Berufsangehörigenakte und Registerdaten dorthin zugeordnet.
- (2) Wird das Kammermitglied bzw. der Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 in einem anderen Bundesland beruflich tätig, wird seine Mitgliedsakte bzw. seine Berufsangehörigenakte der zuständigen Ärztekammer übermittelt.
- (3) Bei der Abgabe einer Mitgliedsakte bzw. Berufsangehörigenakte an eine außerhessische Ärztekammer im Bundesgebiet werden die Dokumente nach § 4 Abs. 2 (außer Änderungsmitteilungen in schriftlicher Form) und der letzte EDV-Auszug (Stammbblatt oder Abgangsmeldung mit mindestens neuer Anschrift, Name, letzte „Dienst- und Wohnanschrift“, Geburtsdatum, Abgangsdatum) elektronisch oder als Aktenausdruck übermittelt.

- (4) Neben diesen Daten werden auch die zum Zeitpunkt der Abmeldung auf dem Fortbildungskonto des Kammermitglieds vorhandenen Daten über den Einheitlichen Informationsverteiler (EIV) an die außerhessische Ärztekammer im Bundesgebiet übertragen.

§ 6 Aufbewahrungsfrist

Die Mitgliedsakten bzw. Berufsangehörigenakten werden für 10 Jahre nach dem Ausscheiden oder Tod des Kammermitgliedes bzw. des Berufsangehörigen nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz aufbewahrt.

§ 7 Verstöße gegen die Meldeordnung

Bei Verstößen von Kammermitgliedern und Berufsangehörigen nach § 3 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes gegen die Meldeordnung kann gemäß § 11 des Heilberufsgesetzes ein Ordnungsgeld vom Vorstand der zuständigen Bezirksärztekammer bis zu einem Betrag von 5.000,- Euro festgesetzt werden. Der Festsetzung muss eine schriftliche Ankündigung vorausgehen. Gegen die Festsetzung kann das betroffene Kammermitglied bzw. der Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz binnen eines Monats nach Zustellung des Bescheides über die Festsetzung des Ordnungsgeldes Widerspruch bei der Bezirksärztekammer, deren Vorstand das Ordnungsgeld verhängt hat, oder bei der Landesärztekammer einlegen.

§ 8 Freiwillige Mitgliedschaft

- (1) Berufsangehörige, die in der Aufsichtsbehörde tätig sind, können freiwilliges Mitglied werden (§ 2 Abs. 1 HeilbG). Ebenso können Berufsangehörige, die ihren Beruf nicht ausüben, aber zuletzt in Hessen ärztlich tätig waren oder ihre Hauptwohnung in Hessen haben, und Berufsangehörige, die zuletzt ihren Beruf in Hessen ausgeübt haben und nun außerhalb der Bundesrepublik Deutschland tätig sind, freiwilliges Mitglied werden. Die freiwillige Mitgliedschaft entsteht im Regelfall durch entsprechende schriftliche Erklärung des Berufsangehörigen. Soweit die Voraussetzungen

nach § 1 entfallen und gleichzeitig die Voraussetzungen nach § 8 Absatz 1 Satz 2 eintreten, entsteht die freiwillige Mitgliedschaft auch ohne schriftliche Erklärung mit der Möglichkeit des Widerrufs innerhalb von drei Monaten. Sie erlischt, wenn ihre Voraussetzungen entfallen, durch schriftliche Erklärung gegenüber der Bezirksärztekammer mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende oder zum Ende des Jahres, in welchem das freiwillige Mitglied in zwei aufeinanderfolgenden Jahren seiner Beitragspflicht nicht nachkommt.

(2) Die Anmeldung erfolgt bei der für den Wohnsitz zuständigen Bezirksärztekammer. Hierfür soll die elektronische Plattform der Landesärztekammer Hessen <https://www.laekh.de> genutzt werden.

(3) Die §§ 2, 3, 4, 6 und 7 sind auf freiwillige Mitglieder anzuwenden. § 5 gilt mit der Einschränkung, dass vor einer Abgabe der Mitgliedsakte an eine außerhessische Ärztekammer im Bundesgebiet die Zustimmung des freiwilligen Mitgliedes eingeholt werden muss.

§ 9 Meldebogen

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen ist ermächtigt, auf der Grundlage der Meldeordnung den Meldebogen zu erstellen und zu ändern.

§ 10 Melderegisterauskunft im Zusammenhang mit Wahlen zur Delegiertenversammlung

Die Landesärztekammer Hessen darf zum Zwecke der Wahlinformation auf Anforderung

der jeweiligen Vertrauensperson für den Wahlvorschlag ein Verzeichnis der Kammerangehörigen aushändigen, das deren Namen, Vornamen und die Privatanschrift enthält. Das Mitglied kann der Datenweitergabe widersprechen und wird auf sein Widerspruchsrecht hingewiesen. Die Vertrauenspersonen haben die ihnen übersandten Verzeichnisse unverzüglich nach Beendigung der Wahl unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften zu vernichten.

§ 11 Arztausweis

(1) Jedes Mitglied erhält auf Antrag einen Mitgliedsausweis in Gestalt eines Arztausweises, den die Landesärztekammer Hessen herstellt. Hiervon ausgeschlossen sind Mitglieder, deren Approbation ruht bzw. für die eine Betreuung eingerichtet ist.

(2) Der Ausweis hat eine Gültigkeit von höchstens 5 Jahren und bleibt im Eigentum der Landesärztekammer Hessen. Er verliert seine Gültigkeit bei Beendigung der Mitgliedschaft und im Fall des Abs. 1 Satz 2.

(3) Die Gültigkeit kann auf der Adresse <https://portal.laekh.de> überprüft werden.

§ 12 Elektronischer Heilberufsausweis

(1) Jedes Mitglied kann über einen Trusted Service Provider (TSP), der dem Rahmenvertrag der Bundesärztekammer beigetreten ist, einen mit einer elektronischen Signaturfunktion ausgestatteten elektronischen Heilberufsausweis (eHBA – § 291a SGB V) beantragen. Der eHBA wird durch den TSP hergestellt und von der Landesärzte-

kammer herausgegeben. Hierdurch können neben Gebühren bei der Landesärztekammer Hessen auch Kosten bei dem TSP anfallen, die das Mitglied zu tragen hat.

(2) Bei einem Kammerwechsel des Mitglieds im Bundesgebiet behält der eHBA seine Gültigkeit.

(3) § 11 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 gelten entsprechend.“

II.

Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Meldeordnung in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

In-Kraft-Treten

Die Satzung tritt am 1. Juli 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. März 2017 beschlossene Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 5. April 2017

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2015 mit dem Arztstand 01.03.2017 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 04. Mai 2017 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.03.2017 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von 6 Wochen nach Erscheinen der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► siehe Anlage 1 bis 4

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 04. Mai 2017 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungs-ort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt
Vorsitzender des Landesausschusses

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH		Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg		3,50	Hofgeismar	1,00
Alsfeld		0,50	Hornberg (EiZe)	ÜV
Bad Arolsen		ÜV	Hünfeld	ÜV
Bad Hersfeld		ÜV	Idstein	9,00
Bad Homburg/Oberurse//Friedrichsdorf		1,00	Kassel-Nord	ÜV
Bad Orb		ÜV	Kassel-Stadt	ÜV
Bad Schwalbach		ÜV	Kassel-Süd	7,50
Bad Wildungen		ÜV	Kirchheim	1,00
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda		ÜV	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV
Bensheim/Heppenheim		2,00	Korbach	0,50
Biedenkopf		5,50	Lampertheim/Viertheim	8,50
Borken (Hessen)		0,50	Lauterbach	ÜV
Büdingen		4,50	Lich/Hungen/Reiskirchen	3,50
Butzbach		0,50	Limburg	7,00
Darmstadt		8,00	Marburg	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt		19,50	Melsungen	0,50
Eitville		ÜV	Michelstadt	4,00
Erbach		5,00	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	6,50
Eschwege		ÜV	Nidda	ÜV
Frankenberg (Eder)		0,50	Offenbach	1,00
Frankfurt		ÜV	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim		1,00	Rüsselsheim	19,50
Fritzlar		ÜV	Schlüchtern	ÜV
Fulda		ÜV	Schwalmtal	ÜV
Gelnhausen		0,50	Seligenstadt	ÜV
Giessen		ÜV	Sontra	0,50
Gladenbach		ÜV	Stadellendorf	2,50
Grünberg/Laubach		ÜV	Taunusstein	0,50
Haiger/Dillenburg		ÜV	Usingen	ÜV
Hanau		2,50	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	1,00
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim		ÜV	Weilburg	ÜV
Herborn		1,50	Wetzlar	ÜV
Heringen (Werra)		ÜV	Wiesbaden	ÜV
Hessisch Lichtenau		ÜV	Witzenhausen	ÜV
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obersthausen		18,00	Wolfhagen	0,50
Hochheim/Fürsheim		ÜV	freie Arztstze gesamt	149,00

Beschluss Landesausschuss 04.05.2017
Arztbestand 01.03.2017

- ÜV - Überversorgung
- Versorgungsgrad 100 bis 110 %
- Versorgungsgrad unter 100 %
- drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V
- Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 2

Beschluss Landesausschuss 04.05.2017
Arztbestand 01.03.2017

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychotherapeuten	freie Arztstze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	3,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	0,50	1,00	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Main-Kinzig-Kreis	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1**	2,50
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Odenwaldkreis	3,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	4,00
Landkreis Offenbach	0,50	ÜV	0,50	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	2,00
Rheingau-Taunus-Kreis	2,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
Wetteraukreis	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	1,50
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	1,00	0,50	ÜV	ÜV	0,50	0,50	ÜV	ÜV	3,00
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1**	1,00
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Schwalm-Eder-Kreis	0,50	ÜV	0,50	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00	ÜV	0,5**
freie Arztstze gesamt	9,00	0,50	5,50	3,50	3,50	1,00	2,00	0,50	3,00	2,50	31,00

ÜV Überversorgung
 * geöffnet für KJP
 ** geöffnet für ÄPT
 Versorgungsgrad 100 bis 110 %
 Versorgungsgrad unter 100 %
 Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 3

Beschluss Landesausschuss 04.05.2017
Arztbestand 01.03.2017

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	1,5	ÜV	1,50
Osthessen	ÜV	ÜV	4	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	11	ÜV	11,00
Starkenburger	ÜV	ÜV	5,5	ÜV	5,50
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	22,00	0,00	22,00

ÜV Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 04.05.2017
Arztbestand 01.03.2017

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE



Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin
Caroline McKenney, stv. Ltd. Redakteurin

Redaktionsassistent: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Dr. med. H. Christian Piper (Vertreter des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Redaktionsbeirat: siehe online unter www.laekh.de (Hessisches Ärzteblatt)

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:
Katja Höcker, Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski,
Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet, Mobil: +49 172 2363754,
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

Key Account Manager: Medizin Marek Hetmann,
Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiete

Nord: Götz Kneiseler, Tel.: +49 30 88682873, Mobil: +49 172 3103383,
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Süd: Claudia Soika, Tel.: +49 89 15907146, Mobil: +49 172 2363730,
E-Mail: soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,
E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Stephanie Schmitz

Druckerei: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42-50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEEDDD

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3, gültig ab 01.01.2017

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2017:

Druckauflage: 34.833 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.517 Ex.



Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

78. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

KÄRRIERE.

Von Ä bis Z gut eingestellt: Weil wir der führende ärztliche Stellenmarkt sind. Wöchentlich im Deutschen Ärzteblatt, online unter www.aerztestellen.de sowie in der mobilen Version und der App des Deutschen Ärzteblattes.

 Besuchen Sie uns auch auf Facebook!



ÄRZTESTELLEN
DIE ERSTE ADRESSE. IM DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT UND ONLINE.

 Deutscher
Ärzteverlag

Webcasts
jetzt online –
schnell kostenlos
registrieren:
www.moc-dgim.de

 **moc** präsentiert / DGIM Jahrestagung 2017

moc – Ihre Online-Plattform für Kongressdokumentation zum 123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. in Mannheim vom 29.04. bis 02.05.2017

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- // Hochwertig produzierte Webcasts
- // Verfügbarkeit unmittelbar nach Kongressende
- // Vorträge jederzeit abrufbar
- // Komfortable Suchfunktion
- // Interessante redaktionelle Beiträge
- // Kongressarchiv von 2013 – 2016

Registrieren Sie sich jetzt kostenlos mit dem Code **DGIM2017** auf www.moc-dgim.de

In Zusammenarbeit mit



Ein Produkt von



Optimieren Sie Ihre Abrechnung!



Die aktuelle GOÄ. Stand Juli 2015:

- Alle Gebühren auf einen Blick
- Analoge Bewertungen und Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer
- Praktische Auslegungshinweise zur GOÄ
- IGeL-Ratgeber von BÄK und KBV
- Die komplette Ausgabe als elektronische Fassung auf CD-ROM

R. Hess / R. Klakow-Franck (Bearb.)
Stand Juli 2015,
466 Seiten, mit CD-ROM
ISBN 978-3-7691-3570-1
broschiert, € 44,99

Aktueller Kommentar zur GOÄ

Ihre Vorteile:

- Seriöser Rat zu Ihren Abrechnungsfragen
- Höchste Praxisnähe und Rechtssicherheit

Brück (Begr.)
Fortgeführt von Dr. med. R. Klakow-Franck (Hrsg.)
Loseblattwerk in 3 Ordnern
2.578 Seiten, inklusive 32. Ergänzungslieferung
Stand 01.09.2016
ISBN 978-3-7691-3075-1
€ 99,99

Jahresabonnement Online

ISBN 978-3-7691-3471-1
€ 79,99

Kombi-Paket € 159,99

Sparen Sie € 20,- pro Jahr – kombinieren Sie clever Print und Online!



Jetzt kostenlos
downloaden!
[shop.aerzteverlag.de/
datenvernichtung](http://shop.aerzteverlag.de/datenvernichtung)

Sichern Sie sich jetzt das aktuellste Fachwissen!

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

>Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314



Ausfüllen und an Ihre Buchhandlung oder den Deutschen Ärzteverlag senden. **Fax und fertig:**

02234 7011-476

oder per Post

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Kundenservice
Postfach 400244
50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Widerrufsrecht

— Ex. GOÄ mit CD-ROM, € 44,99
ISBN 978-3-7691-3570-1

— Ex. Kommentar zur GOÄ, € 99,99
(Loseblattwerk) ISBN 978-3-7691-3075-1

— Jahresabonnement Online, € 79,99
ISBN 978-3-7691-3471-1

— Kombi-Paket, € 159,99
(Online & Print) Sparen Sie € 20,- pro Jahr

Herr Frau

Name, Vorname

Fachgebiet

Klinik/Praxis/Firma

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse (Die Deutsche Ärzteverlag GmbH darf mich per E-Mail zu Werbezwecken über verschiedene Angebote informieren)

Datum Unterschrift

A42018MM1//HEA

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
Preis zzgl. Versandkosten € 4,50, Deutscher
Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106
Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Norbert A. Froltzeim, Jürgen Führer