

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 05. Mai 2017, 15:30 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzterverbandes
am 05./06. Mai 2017 in Mainz

Ulrich Weigelt
Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzterverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

die Bundestagswahl rückt näher und bestimmt mehr und mehr die Tagespolitik. Die Umfrageergebnisse über die Parteienpräferenzen schwanken und sichere Vorhersagen stehen auf dünnem Eis, wie zurückliegende Landtagswahlresultate gezeigt haben. In den nächsten Wochen und Monaten stehen weitere Landtagswahlen an, deren Ergebnisse ebenso offen sind und bei denen niemand sagen kann, welche Auswirkungen das auf die regionale Gesundheitspolitik haben wird.

Spekuliert werden kann, ob es zu einer Art Bürgerversicherung kommt, ob es eine einheitliche Gebührenordnung geben soll oder ob – wonach es momentan aussieht – doch die Krankenhäuser und ihre Finanzierung mehr in den politischen Fokus rücken werden.

Große Sorgen, kein Gehör zu finden, müssen wir Hausärztinnen und Hausärzte uns nicht machen, denn ein Gesundheitssystem ohne gute hausärztliche Primärversorgung wird schlichtweg nicht funktionieren. Im Gegenteil: Der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten steigt; das ergibt sich aus der Alterung und Morbiditätsentwicklung unserer Bevölkerung bei gleichzeitiger Zunahme medizinischer Möglichkeiten. Die Notwendigkeit einer effizienten und qualitätsgesicherten hausärztlichen Versorgung und Koordination ist inzwischen argumentatives Allgemeingut. Auf dem bayerischen Gesundheitspolitischen Forum in der vergangenen Woche war die Förderung der hausärztlichen Versorgung und der Allgemeinmedizin ein zentrales Thema von Gesundheitsminister Gröhe, wie auch von seinen Landeskollegen Melanie Huml aus Bayern und Stefan Grüttner aus Hessen.

Die kontinuierliche Kommunikation des Deutschen Hausärzteverbandes und der Landesverbände in die Politik ist erfolgreich.

Es ist erstaunlich, dass trotz des begonnenen Wahlkampfes noch viele Gesetze durchs Parlament gebracht wurden. Wir haben dabei alles in allem wenig Grund zur Klage. Ohne auf die Details einzugehen, ist erwähnenswert, dass die Parität in der KBV – auch für die Wahlen – gesetzlich verankert wurde, und dass die sogenannten Betreuungsstrukturverträge – übrigens reine upcoding-Verträge ohne jeden Versorgungsinhalt –, die wir beim letzten Hausärztetag mit deutlichen Worten kritisiert hatten, jetzt nicht mehr erlaubt sind. Gleichzeitig sehen wir – trotz einiger Angriffe, die allerdings mehr auf die derzeitige Form des Morbi-RSA zielen als auf unsere Verträge –, dass durch die bessere Versorgung in den Hausarztverträgen auch eine sachgerechte Kodierung möglich ist. Wir hatten uns völlig zu Recht geweigert, als Tippsen der Krankenkassen unsere Patienten nur noch als Träger von ICD-Codes wahrzunehmen! Das ist gleichermaßen entwürdigend für Patienten wie für Hausärztinnen und Hausärzte!

Die Diskussion um den Risikostrukturausgleich wird angefacht von den Krankenkassen, die vermeintlich weniger von der jetzigen Morbi-RSA-Formel profitieren als andere, wie die AOKen, während die Ortskrankenkassen alles daransetzen, die von den bisher sich benachteiligt fühlenden Kassen verlangten Reformen auf die lange Bank zu schieben. Da die Auswirkungen auch uns betreffen können, müssen wir uns damit beschäftigen und dafür sorgen, dass das hausärztliche Honorar in keinem Fall geschmälert wird!

Gar nicht glücklich sind wir mit der Regelung zum Medikationsplan! Nicht nur, dass dieser in Papierform sein sicher gut gemeintes Ziel verfehlt. Die Auswirkungen auf die Praxis sind unzumutbar, wie viele Zuschriften der Kolleginnen und Kollegen bestätigen. Einerseits wird von einigen Softwarefirmen zur Installation wie zur Wartung horrendes Geld verlangt, andererseits haben KBV und GKV-Spitzenverband die lächerliche Vergütung von ein paar wenigen Euro ausgelobt. Wir haben das in der Vergangenheit immer wieder gesagt und auch schon auf dem letzten Hausärztertage thematisiert: Die Umsetzung und die Vergütung des Medikationsplans sind geradezu lächerlich! Dieses Projekt ist in dieser Form zum Scheitern verurteilt.

Zufrieden können wir hingegen über die Festlegung des Masterplans Medizinstudium 2020, insbesondere mit der Anerkennung der Allgemeinmedizin als verpflichtendes Prüfungsfach und dem ambulanten PJ-Abschnitt, sein. Ob die Landarztquote ihr Ziel erreicht, bleibt abzuwarten. Die Aufstockung der Zahl der Studienplätze sowie insbesondere die Finanzierung des Masterplanes dürfen nicht an universitärer Sturheit und mangelnder Finanzierung scheitern. Hier muss rasch und konsequent gehandelt werden!

Auch wenn wir uns mit unseren besseren Argumenten durchsetzen konnten, werden wir nicht vergessen, wer diesen Masterplan so vehement verhindern wollte! Es ist doch komplett unverständlich, dass angesichts des dringenden Bedarfes an qualifizierten Hausärztinnen und Hausärzten – aus vordergründigen Klientelinteressen – Maßnahmen zur Förderung der hausärztlichen Medizin massiv behindert und bekämpft werden. Dass Medizinstudierende neue Pflichten und Veränderungen des Prüfungscurriculums mit neuen Inhalten ablehnen, mag ja noch verständlich erscheinen (manche dieser *Widerstandskämpfer* sind übrigens inzwischen auf dem Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin). Dass aber ein Marburger Bund sich dermaßen gegen die Allgemeinmedizin in Stellung bringt, ist sachlich nicht nachvollziehbar.

Leider sehen wir eine ebenso vordergründige, interessengeleitete Klientelpolitik beim Bund Deutscher Internisten (BDI). Wir hatten ja nach früheren heftigen Auseinandersetzungen die Hoffnung, zu einer Lösung der strittigen Punkte zu kommen. Nach dem Scheitern von Rostock haben wir neben der Öffnung der jeweiligen Fortbildungsangebote für die Mitglieder des BDI und der Hausärzte-

verbände zu gleichen Konditionen auch daran gearbeitet, in Fragen der Weiterbildung näher zusammen zu rücken.

Nach einem zunächst im BDI-aktuell, also eher intern, veröffentlichten Artikel des BDI-Vorsitzenden und einer Tirade gegen die Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, habe ich dem Kollegen einen Brief geschrieben, um hier wieder zu einem vernünftigen Gesprächsklima zurückzukehren. Dieser Brief wurde von einigen Landesvorständen als zu lasch kritisiert. Diese Kritik hat sich im Nachhinein als richtig herausgestellt, denn kaum war der Brief in der Post, wurden die Angriffe auf die Allgemeinmedizin über die Ärzte Zeitung noch einmal verschärft. Das bedauere ich sehr, wirft es uns doch um Jahre zurück. Dass zudem auch noch einmal der Unsinn aus der Mottenkiste geholt wurde, dass sogenannte *grundversorgende Fachärzte* die hausärztliche Versorgung übernehmen könnten, entlarvte den Artikel als Klientelpolitik für den SpiFa, der ja nicht recht vom Fleck kommt. (Hinweis: BDI und SpiFA wollen die hausärztliche Versorgungsebene in eine Grundversorgungsebene umwandeln, in der Hausärzte und grundversorgende Fachärzte arbeiten und damit die Honorartrennung aushebeln.)

Anstatt uns zu unterstützen, die hausärztliche Medizin, die Allgemeinmedizin zu fördern, um für die Bevölkerung eine gute, qualitativ hochwertige Primärversorgung sicher zu stellen, werden solche aus der Zeit gefallen Vorschläge in die Welt geblasen. Gerade unsere Bemühungen, mit Facharztgruppen gemeinsam gute Versorgungsstrukturen zu schaffen, wie zum Beispiel in der Versorgungslandschaft Rheuma, zeigen doch einen Weg, der für Hausärzte wie für Gebietsärzte und eben nicht zuletzt für unsere Patienten nur von Vorteil ist!

Es ist schade, dass immer wieder gute Chancen vertan werden, die Versorgung durch Strukturierung zu verbessern. Wie will denn ein Gebietsarzt nach fünf- oder sechsjähriger klinischer Weiterbildung, davon die meiste Zeit häufig im OP-Saal, in der Praxis polymorbide Patienten behandeln? Das ist wie Fahren ohne Führerschein. Learning by doing und die Patienten tragen dann das Risiko, oder wie soll das gehen? Das ist doch purer Zynismus! Was da in den Raum geworfen wird, ist nichts anderes als eine massive Gefährdung der Qualität der Versorgung. Das ist unverantwortlich.

Wir bezweifeln mit Sicherheit nicht die Kompetenz der Gebietsärzte für ihr jeweiliges Gebiet, aber eines sei an dieser Stelle schon einmal deutlich betont: Wir verbitten uns die offensichtliche Geringschätzung der Qualifikation und Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte!

Wir stellen uns gerne einer intensiven Diskussion, wir haben sicher die besseren Argumente – und wir haben einen langen Atem!

Wir müssen auf diesen Punkt leider noch einmal zurückkommen, aber ich möchte an dieser Stelle auch betonen, dass ich hier keinesfalls den BDI mit „den“ Internisten gleichsetze, die mit den Hausärzten gemeinsam die hausärztliche Versorgung sicherstellen, die auch zahlreich in den HZV-Verträgen mitwirken und mit denen wir Seite an Seite für gute Arbeits- und Honorarbedingungen kämpfen.

Bevor wir unseren Blick in die Zukunft und auf die kommende Bundestagswahl richten, gestatten Sie mir bitte einen kleinen geschichtlichen Exkurs: Bereits 1997 haben wir anlässlich des Hausärztetages in Dortmund ein Primärarztsystem gefordert. Klaus-Dieter Kossow formulierte es als Antwort auf die reine Kostendämpfungspolitik und die Verschleppungstaktik der KBV in Bezug auf die seit 1997 bestehende gesetzliche Gliederungsvorschrift im § 73 SGB V. Im Jahr darauf hat es der Hausärztetag in Berlin als „freiwilliges Primärarztsystem“ präzisiert. Dies sollte in Verträgen nach damals § 73a SGB V fixiert werden. Das ist nun fast 20 Jahre her!

Durch die Überzeugung, das Richtige zu tun und Beharrlichkeit in den Forderungen, haben wir mittlerweile seit fast 10 Jahren mit der HZV ein freiwilliges Primärarztsystem etabliert, in das sich derzeit knapp 4,5 Millionen Versicherte eingeschrieben haben. Bereits 1998 haben wir gefordert, für die Teilnahme an diesem freiwilligen Primärarztsystem einen um ca. 20 Prozent günstigeren Hausarzt-tarif als in der Regelversorgung vorzusehen!

Die Forderung nach einer Bonifizierung der Versicherten in der HZV werden wir weiter erheben; sie findet bereits heute Umsetzungen in den HZV-Verträgen der AOK Baden-Württemberg durch Zuzahlungsbefreiungen bei Arzneimitteln und bei der BKK Bosch durch Beitragsrückerstattungen. Damit ist bewiesen, dass dies ohne Schaden für die Krankenkassen möglich ist, weil die HZV-Verträge den Kassen hohe Einsparungen im Vergleich zur Regelversorgung ermöglichen. Daher kämpfen wir dafür, dass eine solche Bonifizierung der Patienten für ihre HZV-Teilnahme im nächsten Koalitionsvertrag verankert wird!

Dass diese Forderung zur Versorgungsrealität passt, liegt auf der Hand. Denn: Eine gute Primärversorgung durch qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte gewinnt bei einem immer stärker fragmentierten Gesundheitssystem zunehmend an Bedeutung. Da geht es nicht nur um die Koordination, sondern auch um den Schutz vor zu viel Medizin! Muss jeder Rückenschmerz sofort einem CT oder MRT zugeführt werden? Was ist mit der großen Zahl von Arthroskopien? Wie steht es mit der Koordination der medikamentösen Versorgung und wer hat hier den Überblick? Wir könnten diese Liste beliebig verlängern, die angeführten Beispiele mögen hier aber genügen.

Auch wenn ich hier Eulen nach Athen trage: Die hausärztliche Medizin widmet sich dem ganzen Menschen, sie hat den Patienten im Blick. Die gebietsärztliche Medizin ist eher, aber sicher auch nicht ausschließlich, Krankheits- oder Organ-fixiert.

Seit ich mich erinnern kann kämpfen wir Hausärzte um unseren Kompetenzerhalt. Mit jedem neuen Fach, das seine Berechtigung in der Regel aus angeblichen Defiziten vor allem in der hausärztlichen Medizin zieht, kommen zusätzliche Anforderungen in Form von Curricula, Kursen, Zertifikaten auf uns zu. Dies erleben wir in der KV-Welt, leider auch mitunter von den eigenen Leuten, wenn sie ihre persönlichen Auffassungen über die Beschlüsse der Hausärztinnen und Hausärzte stellen und qua Amt durchsetzen.

Diese Frühjahrstagung findet ja auch in Vorbereitung zum Deutschen Ärztetag statt. Ich erinnere daran, dass sie – wie in den vorigen Jahren – deswegen zeitlich vorgezogen wurde. Wir müssen einige Themen aus der Kammerwelt in den nächsten Tagen hier besprechen und entscheiden.

Auch hier geht es um das Thema Kompetenzerhalt und eigentlich auch darum, zu schauen, wo sich die Medizin und die Medizintechnik so weiter entwickeln, dass die Fortschritte in die hausärztliche Medizin integriert werden können. Es geht also auch um die Erweiterung von Kompetenzen in der Primärversorgung.

Ein Kristallisationspunkt in diesen Auseinandersetzungen ist das Thema Geriatrie. Es spricht ja nichts dagegen, wenn Krankenhäuser quasi als Querschnittsabteilung eine geriatrische Station vorhalten und sich dort Spezialisten für klinische Geriatrie um die Patienten kümmern. Gerade weil die Geriatrie, also die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen, alle Fächer berührt, muss dieses Gebiet als typisches Querschnittsgebiet in die Weiterbildung aller Fächer integriert werden. In der ambulanten Versorgung müssen auch ein Facharzt für Urologie, oder ein Augenarzt, die jeweiligen Spezifika bei alternden Menschen kennen und berücksichtigen.

Der mit zunehmenden Mehrfacherkrankungen steigende Bedarf an Behandlung, Koordination und Integration ist eine genuine hausärztliche Aufgabe. Es gibt eben keinen definierten Zeitpunkt, ab dem ein Mensch „alt“ ist. Die kontinuierliche hausärztliche Betreuung, die gewachsene und stabile Patient-Arzt-Beziehung begleitet die Menschen auch in den späteren Lebensphasen. Gerade dann ist es wichtig, stabile und vertrauensvolle Beziehungen zu haben. Von daher erteilen wir dem Facharzt für Geriatrie eine ganz klare Absage! Es ist schlichtweg nicht sinnvoll, im Krankenhaus weitergebildete Spezialisten für Geriatrie als nächste Facharztdisziplin in der ohnehin schon fragmentierten ambulanten Versorgungssituation zu etablieren. Klar müssen Fachgesellschaften ihrer Klientel etwas bieten, das können aber nicht unsere älter werdenden Patienten ausbaden!

Eigentlich hatte der letzte Deutsche Ärztetag dem Facharzt für Geriatrie schon einen Riegel vorgeschoben! Leider gibt es Landesärztekammern, die sich daran offensichtlich nicht gebunden fühlen, lieber Klientelinteressen bedienen und versuchen, den Facharzt für Geriatrie einzuführen; insofern ist auf dem Deutschen Ärztetag wieder einmal höchste Aufmerksamkeit und, falls erforderlich, Einmischung dringend geboten!

Ach, bei der Gelegenheit möchte ich mich doch noch einmal für den Plan aus dem BÄK-Präsidium „bedanken“, die Akademie für Allgemeinmedizin abzuschaffen respektive zu degradieren! Die sich daraufhin etablierte AG Ärztekammern hat sich zu einem sehr guten, effektiven Gremium entwickelt, in dem frühzeitig auf Tendenzen in Landesärztekammern hingewiesen und reagiert werden kann. Der kollegiale Austausch ohne Fremdeinflüsse lässt die Probleme klar adressieren und führt zu gut abgestimmten hausärztlichen Positionen in der Kammerwelt. Ein Beispiel ist die klare Haltung zur Geriatrie!

Der Erhalt und die Weiterentwicklung der hausärztlichen Kompetenzen ist etwas, was nicht nur unseren Patienten zugutekommt, sondern es stärkt auch die ohnehin vorhandene Attraktivität unseres schönen Berufes. Der Masterplan Medizinstudium 2020 ist zweifelsohne ein Schritt nach vorn, aber eine vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs ausreichende Nachwuchsgewinnung wird dadurch nicht erreicht. Wir brauchen neben ordentlichen und auskömmlichen Honorarbedingungen – nicht nur in der HZV – die Breite des Faches, denn kein junger Arzt will Facharzt für Überweisung oder Schriftverkehr sein (wenn ich hier unseren Ehrenvorsitzenden zitieren darf). Deswegen sage ich in Richtung der Körperschaften ganz klar: Wer ständig versucht, den Hausärzten ihre Kompetenzen streitig zu machen, gefährdet nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern konterkariert alle Bemühungen um den hausärztlichen Nachwuchs!

Dass unser Beruf anziehend wirkt, sehen wir doch spätestens daran, dass alle möglichen „Gesundheitsberufe“ in unser Arbeitsfeld drängen. An derartigen Bestrebungen aus der Pflege sind wir schon gewohnt, jetzt drängen neu kreierte Berufsbilder auf den Markt, wie der physician assistant. Dieser soll in der Klinik als Arztassistent arbeiten. Aber da sind wir ja seit dem „allgemeinen“ Internisten, der auch nur im Krankenhaus arbeiten sollte, sehr hellhörig! Wenn wir Assistenten beschäftigen wollen und können, mag das in Ordnung sein, aber wir werden nicht zulassen, dass hier Barfußärzte mit fehlender Qualifikation auf unsere Patienten losgelassen werden!

Ein weiteres Thema, das ich auch nicht zum ersten Mal in einem Bericht zur Lage anspreche, ist die immer weiter steigende Arbeitsbelastung in den Hausarztpraxen, gerade vor dem Hintergrund des ständig zunehmenden Bedarfs an hausärztlicher Versorgung. Um diesen bewältigen zu können und so auch weiter Spaß an unserem Beruf zu haben, brauchen wir Mittel, die die unproduktive Zeit, also

die Beschäftigung mit Bürokratie, auf ein Minimum reduzieren helfen. Diese elektronischen Werkzeuge stehen ja prinzipiell zur Verfügung, jedenfalls in anderen Ländern wie Dänemark, Österreich oder Estland.

In Deutschland hinken wir da meilenweit hinterher. Jetzt können auf der Gesundheitskarte Notfalldaten gespeichert werden, die Versicherten-Adresse kann in einer Zeit zwischen sechs und 30 Sekunden aktualisiert werden – wenn die Karte denn da ist; die wird ja auch schon mal vergessen, ist kaputt oder was auch immer.

Die für die Infrastruktur vorgesehenen Konnektoren (mehrfach verschweißt) stehen auch noch nicht bereit, mal scheitert's an der Technik, mal an den Kosten, es dauert jedenfalls.

Was ist die Konsequenz? Wir müssen uns selber kümmern! Dass wir das können, haben wir ja spätestens mit der Vernetzung unserer HZV-Verträge in Baden-Württemberg bewiesen. Allerdings haben wir nach wie vor bei bestimmten Verträgen das Problem hoher Rüstkosten sowie teilweise umständlicher Technologie. Das wollen wir mit einer webbasierten Applikation zur Vertragsumsetzung lösen, die wir hier auch noch vorstellen werden. Es ist kein komplettes hausärztliches Praxisprogramm, sondern ein schnelles, sicheres und modernes Tool, das alle unsere Verträge abdeckt und die Daten in einem hochsicheren Verfahren in unserem Rechenzentrum verarbeitet und speichert. Selbstverständlich beim Datenschützer geprüft und dort sogar gelobt. Vielen Dank an dieser Stelle den Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrem Know-how zum Gelingen dieses Projektes mit viel Engagement beigetragen haben.

Mit dem *TeleArzt* verfolgen wir ein weiteres Projekt, das zwar arztentlastend wirkt, ohne aber die zentrale Patienten-Arzt-Beziehung zu stören. Kurz gesagt, können Routine-Hausbesuche an eine geschulte VERAH® delegiert werden, die mit einem mit telemedizinischem Equipment bestückten Rucksack ausgestattet ist. Sie kann ggf. ein EKG schreiben, das direkt an die Praxis übermittelt wird, mittels Tablet eine Verbindung des Patienten mit dem Hausarzt herstellen und die häuslich vorhandenen Medikamente einscannen. Wenn die Kollegin oder der Kollege es für nötig erachtet, bestellt sie / er den Patienten ein oder fährt selbst hinaus. Gerade konnten die ersten Verträge abgeschlossen werden, u. a. ist das Projekt seit dem 01. Mai auch hier in Rheinland-Pfalz gestartet. Solche IT-Projekte sind kein Selbstzweck. Sie dienen der effektiven Versorgung der Patienten und entlasten den Arzt von unproduktiven Aufgaben. So wird die hausärztliche Praxis als zentraler Ort der Versorgung gestärkt!

Auch wenn der zunehmenden Digitalisierung immer wieder mit Skepsis begegnet wird – wir müssen mit der Zeit gehen, dabei müssen allerdings auch klare Regeln gelten! Wir müssen dafür sorgen, dass die Beziehung zu unseren Patienten unterstützt wird, dass nicht Dritte in diese einbrechen, und dass

wir unsere berufliche Unabhängigkeit als freier Beruf bewahren. Dann gibt es keinen Grund, die Digitalisierung, bei der die Mobilität im Fokus steht, zu fürchten. Wir sind es doch längst gewohnt, dass unsere Patienten mit Dr. Google im Gepäck in unseren Praxen auftauchen. Hierbei ist es unsere Aufgabe, das Sinnvolle von dem Unnötigen zu trennen und gemeinsam mit unseren Patienten zu ordnen und zu bewerten.

Vielleicht ist dem einen oder anderen aufgefallen, dass die KBV und die KVen in diesem Bericht nicht weiter Erwähnung fanden. Wir sind natürlich sehr froh, dass mit Petra Reis-Berkowicz eine gestandene Hausärztin der Vertreterversammlung der KBV vorsitzt und insgesamt eine eher ruhigere Gesprächsatmosphäre herrscht. Es wäre nach den Erlebnissen der vergangenen Jahre nicht schlecht, wenn das so bliebe. Wir werden jedenfalls alles daran setzen, dass durch eine gute Kooperation Entscheidungen wie die NäPa-Regelung, die uns Hausärzten erhebliche Honorareinbußen beschert, zukünftig nicht mehr vorkommen! Daran werden wir auch den neuen hausärztlichen Vorstand messen!

Auf dem Deutschen Ärztetag, aber sicher auch danach, geht es darum, die hausärztlichen Kompetenzen zu verteidigen, aber auch dort auszuweiten, wo es der Patientenversorgung dient. Das müssen wir selbstbewusst einfordern. Die Weiterbildungsordnung spielt hier eine besonders wichtige Rolle. Eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin muss als Kern auch die Allgemeinmedizin beinhalten. Es kann nicht dabei bleiben, dass man den Titel Allgemeinmedizin erwerben kann, ohne je in der Allgemeinmedizin tätig gewesen zu sein. Kein anderes Fach würde sich so etwas gefallen lassen! Hier darf es keinen Kompromiss geben! Auch die DEGAM darf hier nicht nachgeben! Wo Allgemeinmedizin drauf steht, muss auch Allgemeinmedizin drin sein!

Zum Schluss möchte ich Ihnen meine Freude darüber nicht vorenthalten, dass unsere Arbeitsgruppen und Foren intensiv unser allgemeinmedizinisches Profil schärfen: Neben der schon erwähnten AG Ärztekammern sind das die Foren Hausärztinnen, Pädiatrie und Weiterbildung. Hierzu brauchen wir die Unterstützung aus möglichst allen Landesverbänden! Vielen Dank an alle, die sich nicht nur in diesen Foren engagieren, sondern sich aktiv in unsere Berufspolitik einbringen. Vielen Dank denen, die im Vordergrund stehen, aber auch an diejenigen, die im Hintergrund die Organisation bewältigen, deren Aufwand wir nicht unterschätzen sollten.

Nicht zuletzt wieder herzlichen Dank an Dagmar Esser und ihr Team für die Ausrichtung dieser Frühjahrstagung und natürlich ganz herzlichen Dank dem Landesverband Rheinland-Pfalz für die Einladung nach Mainz!