
Programm 2018 Text

DAS PROGRAMM DER LDÄÄ

[Programmtext als PDF hier](#)

LISTE DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (LDÄÄ)

Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 2018

Wir treten an, ärztliche Grundsätze ethischen und solidarischen Handelns in der LÄKH zu vertreten und einzufordern.

Sie wollen nicht untätig einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zusehen, die so die Verantwortung ökonomischen Zielsetzungen unterordnet. Gesundheit und Krankheit sind sozial determiniert. Krankheit kann nicht losgelöst von gesellschaftlichen Bedingungen verstanden werden – Krankheit ist nur mit einer verantwortungsvollen Friedens-, Umwelt-, Wirtschafts – und Sozialpolitik angemessen behandelbar.

Wir treten ein für menschliche und familienfreundliche Arbeitsbedingungen, ausreichend Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten und eine leistungsgerechte Bezahlung aller Berufsgruppen.

Wir sprechen Sie als Kolleg*innen gezielt auf die Möglichkeiten der Gestaltung in der Landesärztekammer Hessen an. Nur mit persönlichem Engagement können wir etwas verändern. So hat unsere Liste eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der LÄKH initiiert. Was die frühe Nachkriegsgeschichte angeht, gibt es weiterhin offene Fragen. Auch heute in Zeiten krisenhafter Entwicklungen gilt es weiter wachsam zu sein.

FÜR SIE STEHEN DIE PATIENT*INNEN IM MITTELPUNKT IHRES ÄRZTLICHEN DENKENS

Patient*innen sind keine „Kund*innen“, sondern kranke Menschen in einem sozialen Umfeld. Menschenwürdige Medizin darf nicht unter dem Diktat betriebswirtschaftlicher Rentabilität stehen. Wir sind keine Gesundheitstechniker*innen – das zu betonen wird im postfaktischen Zeitalter mit dem zunehmenden Druck der Digitalisierung immer wichtiger. Ärzt*innen brauchen Zeit und Raum für die individuelle Betreuung ihrer Patient*innen. Der Schutz des Arzt-Patient*innen-Verhältnisses ist für uns ein unantastbares Gut. Wir arbeiten eng mit der Friedens- und Selbsthilfebewegung, pharmakritischen Initiativen, internationalen Solidaritätsgruppen sowie Organisationen, die sich für gesundheitliche Rechte von Migrant*innen engagieren, zusammen.

Für uns ist essentiell, dass alle in Deutschland lebenden Menschen Zugang zum Gesundheitswesen haben. Ethische Grundsätze der Berufsordnung gelten für alle Ärzt*innen, egal ob angestellt, verbeamtet oder in

eigener Praxis tätig. Die Mitwirkung von Ärzt*innen bei Abschiebungen generell und insbesondere bei traumatisierten Asylsuchenden lehnen wir ab. Wir stellen uns allen Versuchen entgegen, Ärzt*innen zu kriminalisieren, die ihr berufliches Ethos über die offizielle Flüchtlingspolitik stellen. *In diesem Zusammenhang verweisen wir auf den entsprechenden Beschluss des Bundesärztetages 2017.*

([link:http://www.120daet.baek.de/dev_baek_public/index.php?page=9&count=5&tops=124&applicant=&types=&laek=&status=1&viewmode=big](http://www.120daet.baek.de/dev_baek_public/index.php?page=9&count=5&tops=124&applicant=&types=&laek=&status=1&viewmode=big))

Wir setzen uns ein:

- Für die unbedingte Einhaltung der Menschenrechte. Für die Absicherung der Gesundheit und Prävention – gerade auch für alte, arme, chronisch und psychisch Kranke. Eine zunehmende Entsolidarisierung der Krankenversicherung muss verhindert *bzw. durch eine solidarische Krankenversicherung ersetzt werden*
- Für Zugang zur regulären medizinische Versorgung von Nichtsesshaften, Migrant*innen, Asylbewerber*innen und „Papierlosen“
- Für eine Revision des Sozialgesetzbuches im Sinne der UN-Resolution von 1989, die eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung fordert. Dadurch soll die bisherige gesetzliche Regelung, die eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung vorsieht, abgelöst werden
- Für Beachtung von Gendergesichtspunkten in Forschung und Therapie
- Gegen den Ausbau der Mehrklassenmedizin, gegen die Privatisierung und Kommerzialisierung der Medizin, bei der Kostendämpfung und Gewinnmaximierung zu Lasten der Patient*innen geht
- Gegen monetäre Fehlanreize im Gesundheitssystem

FÜR SIE SIND MENSCHENRECHTE ELEMENTAR WICHTIG?

Viele Ärzt*innen sind aus berufsethischen Gründen in Menschenrechtsorganisationen aktiv. Unseren Initiativen ist es zu verdanken, dass das Amt eines Menschenrechtsbeauftragten in allen Ärztekammern fest verankert ist. Er/sie wird aktiv, wenn Ärzt*innen Probleme mit der Verletzung von Menschenrechten sehen oder selber betroffen sind. Ein solches Problem werden.

Wir setzen uns ein

- Dafür, dass Ärztinnen und Ärzte frei von Hierarchien, Amtsvorgesetzten oder politischen Vorgaben ihren Beruf nach den ethischen Grundsätzen der Ärzteordnung ausüben können. Auch da, wo sich Patienten ihren Behandler nicht aussuchen können – z.B. in Gefängnissen, Gesundheitsämtern oder Begutachtungen – sind sie uns anvertraut. Kolleg*innen, die hier nichtärztliche Vorgaben über die ärztliche Berufsordnung stellen, schaden nicht zuletzt dem Ansehen der Ärzteschaft und müssen zur Rechenschaft gezogen werden, im Gespräch und notfalls auch berufsrechtlich.

SIE WOLLEN EINE ÄRZTEKAMMER, DIE BEWUSST MIT IHRER EIGENEN GESCHICHTE UMGEHT UND DIE GEWONNENEN ERKENNTNISSE IN AKTUELLE AUSEINANDERSETZUNGEN EINBRINGT?

Auf Initiative der LDÄÄ wurde ein Forschungsprojekt zur Geschichte der Kammern in Hessen durchgeführt und mit der Veröffentlichung der Ergebnisse in Buchform erfolgreich abgeschlossen. Entscheidungen in o

medizinischen Ethik und im Patientenschutz können heute nur auf dem Hintergrund der Aufarbeitung der Verbrechen getroffen werden. Die LDÄÄ ist seit der ersten Kandidatur 1976 ein Garant für die ehrliche und offene Beschäftigung mit der Geschichte der ÄK Hessen.

Wir setzen uns ein:

- Für eine weitere Aufarbeitung der Geschichte der LÄKH
- Für eine Überprüfung der Namensgebung der der LÄKH gehörenden Gebäuden
- Gegen rassistische, antisemitische oder islamophobe Äußerungen in der LÄKH

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN – ÄRZT*INNEN DÜRFEN NICHT ZU HANDLANGERN DER DATENSAMMELWUT GEMACHT WERDEN

Während unsere bisherige Forderung, die elektronische Patientenakte zum Schutz des Arztgeheimnisses abzulehnen, von weiten Kreisen der Ärzteschaft und der Bevölkerung war, haben sich die Verhältnisse darüber weiterentwickelt. Wirtschaft und Krankenkassen entwickeln Apps und elektronische Patientenakten, gegebenenfalls auch ohne eCard auskommen. Daten werden auf vielfache Weise gesammelt, gespeichert und verknüpft. Das Vertraulichkeitsversprechen des Patient*innengeheimnisses droht zur Illusion zu werden.

Beim Aufbau von digitalen Infrastrukturen ist für uns essentiell, dass neben der Funktionalität die Vertraulichkeit gewährleistet ist. Dies kann nicht dem Markt überlassen werden. Dabei handelt es sich um eine staatliche Aufgabe moderner Daseinsfürsorge.

Digitalisierung im Gesundheitswesen wird allerdings heute vom Bundeswirtschaftsministerium unter dem Motto „Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft“ abgehandelt. Gefordert wird zwecks besserer Nutzung die Aufhebung der Zweckbindung von Daten, ermöglicht werden soll die Entwicklung innovativer Geschäftsmodelle. Dabei geht es beim Datensammeln nicht einfach um wertfreie oder patientenfreundliche Forschung, und Gefahren bestehen nicht nur vonseiten krimineller Hacker. Die viel größere Gefahr besteht darin, Behandlungen und Behandler mit Hilfe von Big Data immer besser zu steuern, zu kontrollieren und einzuschränken.

Wir setzen uns ein für:

- Größtmögliche Transparenz bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens
- Die aktive Einbindung der Interessen von Patient*innen und Ärzt*innen bei der Digitalisierung
- Einen transparenten und kontrollierten Einsatz von IT unter Wahrung der Vertraulichkeit insbesondere des Arzt-Patientenverhältnisses

Wir fordern:

- Keine Fremdbestimmung durch Totalüberwachung von Ärzt*innen mittels Verpflichtung zum Datensammeln
- Von der LÄKH Transparenz und Darlegung der Interessenskonflikte
- Konkrete Schritte zur Einbindung von Patientenvertreter*innen und Datenschützern in demokratische Kontrolle

- Absolute Priorität muss das individuelle Patientenwohl haben und nicht das Interesse der Industrie und die Forschung an Datenverwertung und auch nicht die vermeintlich zu erreichende Rationalisierung
- Patient*innen brauchen das Recht und die Option, jederzeit und eigenständig ihre Gesundheitsdaten zu verwalten und über deren Weitergabe zu bestimmen

SIE SIND DER MEINUNG, DASS UNABHÄNGIGE FORTBILDUNG FÜR DIE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT UNERLÄSSLICH IST?

Patient*innen wollen von Ärzt*innen möglichst objektiv nach bestem Wissen informiert werden. Dies ist unverzichtbare Grundlage des Arzt-Patient-Verhältnisses. Ärzt*innen benötigen dazu insbesondere von der Pharma- und Geräteindustrie unabhängige Informationen und Fortbildungsmöglichkeiten. Die Marketinginteressen der pharmazeutischen Industrie sind kaum in Einklang zu bringen mit einem seriösen Fortbildungsinteresse der Ärzteschaft. Diese sind allerdings heute immer schwerer zu erlangen. Wir sind der Meinung, dass Fortbildung unabhängig von der Pharmaindustrie möglich ist. Dies muss eine zentrale Aufgabe aller Ärztekammern sein. Leider hat die LÄKH als erste Ärztekammer entgegen den Empfehlungen der Bundesärztekammer eine „Liberalisierung“ der Sponsorenrichtlinie beschlossen, die in eine entgegengesetzte Richtung zielt.

Eine umfassende Transparenz im Hinblick auf Interessenskonflikte der Fortbilder*innen muss gewährleistet sein.

Wir setzen uns ein:

- Für ein vielseitiges umfassendes System pharmaunabhängiger Fortbildungen
- Für eine erneute Überprüfung der Sponsorenrichtlinie der LÄKH
- Für eine konsequente Vergabe von CME-Punkten ausschließlich an pharmafreien Veranstaltungen

SIE SIND DER MEINUNG, DASS DAS DRG-SYSTEM EIN GRUNDSÄTZLICHER KONSTRUKTIONSFehler IST?

Dadurch, daß das Entgelt, das Krankenhäuser für ihre medizinischen Leistungen erhalten, an die DRG-Fallpauschalen gekoppelt ist, kommt es unweigerlich zu steigender Bürokratie und chronischer finanzieller Unterversorgung der Krankenhäuser. Kodieroptimierung, medizinisches Fall-Controlling und regelmäßige Prüfung der Krankenkassen über ihren Medizinischen Dienst führen auf Behandlerseite (Ärzt*innen/Pflege) zu deutlichem Mehraufwand und Kostensteigerungen. Die dafür erforderliche Zeit geht an Patientenzuwendung verloren.

Auf der anderen Seite schafft ein „kostengedämpftes System“ auch für die Kostenerstatter immer mehr Anreize, die Bürokratie zu erhöhen („Überprüfung der Vorgaben“). Dies hat zur Folge, dass medizinische und pflegerische Entscheidungen zunehmend betriebswirtschaftlichen Zwängen untergeordnet sind. Die Anreize des deutschen DRG-System fördern eine Mengenausweitung an profitablen Eingriffen (Prozeduren). Nicht das individuelle Patientenwohl, sondern effizientes Wirtschaften bestimmt über Gewinn bzw. Verlust ggf. auch die Existenz eines Krankenhauses.

Die Festlegung der Preise auf die Höhe von Durchschnittskosten aller Krankenhäuser führt selbst für gut organisierte, personell ausreichend ausgestattete Kliniken zu einem Kostendruck, dem nur durch Einsparungen entgegengewirkt werden kann. Ein „Kellertreppeneffekt“ entsteht: Einsparungen führen zu Mindererlösen, was wiederum weitere Sparvorgaben provoziert. Patientenzuwendung wird bewusst nicht mehr finanziert.

Mittlerweile ist aus den Patient*innen im DRG-System eine „Fallpauschale“ geworden. Ziel ist nicht mehr optimale Behandlung, sondern optimale Kodierung zum Zweck der Abrechnung.

Wir möchten:

- Patient*innen und keine „Fälle“ behandeln
- Anreizsysteme zu „Fallsteigerungen“ durch das DRG-System beenden

Wir setzen uns ein:

- Für bessere Arbeitsbedingungen aller Beschäftigten in der ambulanten/stationären Patientenversorgung
Zuwendungszeit (ärztlich/pflegerisch) muss als Qualitätsindikator der Finanzierung definiert werden
- Für krankenhausspezifische Budgets ohne Selektivverträge mit Krankenkassen statt einheitlicher Festbeträge
- Für eine angemessene, menschenwürdige Behandlung unserer Patient*innen, auch Patient*innen mit hohem Pflegebedarf sowie mit seltenen Erkrankungen
- Gegen sittenwidrige Arbeitsverträge mit Klinikleitern:
 - Keine einseitigen Vereinbarungen zu Lasten des Personals
 - Keine Einschränkung des Rechtes auf öffentliche Meinungsäußerung für die Klinikleiter*innen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in seinem Verantwortungsbereich

Die Ethikkommission muss dem Arbeitsvertrag zustimmen. Sanktionsmöglichkeiten bei Zuwiderhandlung sind notwendig.

SIE WOLLEN IM AMBULANTEN BEREICH ENDLICH WIEDER ÄRZTLICH TÄTIG SEIN?

Das aktuelle Honorierungssystem und die zahlreichen Vertragsstrukturen außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung erschweren eine unbürokratische ambulante medizinische Versorgung mit dem Menschen im Mittelpunkt. Kassen*ärztin zu sein ist häufig eine Gratwanderung zwischen Selbstausbeutung und Vernachlässigung von berechtigten Patienteninteressen.

Wir setzen uns ein:

- Für eine hausarztzentrierte Versorgung unter Berücksichtigung der fachgerechten Versorgung von Kindern und Jugendlichen und für verbesserte patientenbezogene Kooperation zwischen Haus- und Fachärzt*innen sowie zwischen Praxen und Krankenhäusern
- Für eine sinnvolle Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie mit Vereinfachung von Verwaltungsverfahren und Transparenz der Entscheidungsprozesse im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit
- Für die Abschaffung der IGeLeistungen (die wenigen sinnvollen IGeLeistungen sollen in den GKV-Katalog übernommen werden)

SIE MEINEN, DASS KINDER UND JUGENDLICHE EINE IHREM ALTER ANGEMESSENE

MEDIZINISCHE BETREUUNG DURCH GUT AUSGEBILDETE FACHÄRZTE BRAUCHEN?

Wir meinen: Kinder sind die Zukunft unserer Gesellschaft.

Im Kindesalter werden Weichen für das ganze Leben und die nächste Generation gestellt (Stichwort: Epigenetik). Daher brauchen Kolleginnen und Kollegen detaillierte Kenntnisse und Erfahrungen, was die medizinischen und psychosozialen Besonderheiten dieses Lebensalters betrifft.

Wir setzen uns ein:

- Für ein an kindlichen Bedürfnissen orientiertes Abrechnungssystem für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen – keine DRGs mit Zwang zur Turbomedizin
- Für eine bedarfsgerecht strukturierte Versorgung unter höchstmöglicher pädiatrischer Expertise
- Für eine Stärkung der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin unter Berücksichtigung der altersbezogenen Bedürfnisse und Besonderheiten im Hinblick auf Aufenthaltsdauer, personelle und räumliche Ausstattung sowie Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen
- Für rationale Strukturierung der ambulanten Versorgung unter höchstmöglicher pädiatrischer Expertise (Kinder- und Jugendärzt*innen, zusätzliche Qualifikation in Pädiatrie für alle Fachgebiete mit Versorgungstätigkeit in dieser Altersgruppe)
- Für die enge Vernetzung der Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Bildungs- und Sozialeinrichtungen

Für die Etablierung von Kinderschutzbeauftragten in jeder Klinik mit Notfallambulanz sowie die Schaffung wirksamer, interdisziplinärer Strukturen zum Kinderschutz unter Einbeziehung der medizinischen Experten für Aus- und Weiterbildung

SIE MEINEN, DASS ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK EIN WESENTLICHER, FACHÜBERGREIFENDER BESTANDTEIL DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG SIND?

Gerade in einer Zeit, in der die Spezialisierung der medizinischen Fächer immer weiter voranschreitet, ist es umso wichtiger, dass uns Ärztinnen und Ärzten der Blick auf den ganzen Menschen nicht verloren geht oder an andere Berufe delegiert wird. Psychoonkologie, Psychodiabetologie, Psychokardiologie usw. werden immer mehr im nichtärztlichen Bereich gefördert. Wir dürfen nicht zulassen, dass spezifisch ärztliche Qualifikationen der öffentlichen Wahrnehmung und in der Vielfalt verdrängt wird. Am Ende wird der ärztliche Beruf (nicht nur in den P-Fächern) dadurch immer mehr zu einem rein technischen! Dies schadet nicht nur uns in unserer Berufsausübung, sondern der gesamten Medizin.

Notwendig ist schon bei der Anamneseerhebung eine ganzheitliche Sicht auf die Kranken in ihrem psychosozialen Umfeld. Schon im Medizinstudium müssen pathophysiologische und psychopharmakologische Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychosomatischer und somatopsychischer Komorbidität vermittelt werden.

Zudem ist der Auseinandersetzung mit chronisch Erkrankten und Sterbenden ein hoher Stellenwert beizumessen.

Wir setzen uns ein:

- Für die Stärkung psychosomatischen Denkens und Handelns in allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit (Stärkung der psychosomatischen Grundversorgung)
- Für den Erhalt der Vielfalt in den P-Fächern (psychiatrischer, neurologischer und psychosomatischer Fachärzt*in, psychosomatischer Zusatzausbildung in allen somatischen Fächern) und die Aufwertung Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- Für die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung mit dem Ziel, die Attraktivität der P-Fächer für ärztlichen Nachwuchs zu erhalten
- Für den Erhalt der Richtlinienverfahren in ihrem jetzigen Umfang und als Grundleistung – insbesondere auch der Langzeitbehandlungen
- Gegen die Tendenz, Psychotherapie durch internetbasierte „Tools“ zu ersetzen. Psychotherapie wirkt vor allem als Beziehungsarbeit. Dies können internetbasierte Verfahren nicht leisten
- Für die angemessene Vergütung der zeitintensiven Betreuung von chronisch psychiatrisch und psychosomatisch Kranken
- Für den Erhalt des Gemeinsamen Beirats (der Bundesärztekammer und der Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) auch nach Novellierung des Psychotherapeutengesetzes
- Für den Erhalt von Psychotherapie und Psychosomatik als genuin ärztliche Leistungen – dieses Feld kann nicht ausschließlich von Psychologischen Psychotherapeuten*innen abgedeckt werden

SIE WOLLEN EINE MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE?

Geschätzte 8 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen. Die Kosten – menschlich und finanziell- die dadurch entstehen, sind immens.

Das Verstehen und Behandeln chronischer Schmerzen gelingt ohne Grundkompetenz in Psychosomatik nicht. Wir brauchen ein Gegengewicht zu der aktuellen medikamentendominierten Schmerzbehandlung. Ergebnisse empirischer Untersuchungen zeigen zunehmend die mangelnde Effektivität und die potentiellen Gefahren, die der Opiatabhängigkeit, von eindimensionalen, rein somatisch orientierten Behandlungsansätzen.

Wir fordern

- Eine flächendeckende Versorgung von multiprofessionellen schmerzmedizinischen Einrichtungen, um Menschen mit chronischen Schmerzen fachlich kompetent behandeln zu können
- Breite Aufklärung der Bevölkerung und Maßnahmen, die das Bewusstsein bezüglich der gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Schmerzes fördern

PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG

Die gesetzlich verankerte und angestrebte flächendeckende palliativmedizinische Versorgung der bundesdeutschen Bevölkerung hat für die Betroffenen zu einer spürbaren Verbesserung ihrer Versorgung – allem im häuslichen Umfeld und auf den neu geschaffenen Palliativstationen geführt.

Gleichzeitig hat sich die Situation Sterbender, insbesondere in Pflegeeinrichtungen oder im Krankenhaus, verändert.

Insbesondere in Kliniken, die in der Regel für die Akutversorgung Kranker ausgelegt sind, können Sterbende nicht würdevoll begleitet werden. Gerade während der Nacht kümmert sich eine Pflegekraft häufig um bis zu 10 Patienten. Noch dramatischer stellt sich die Situation in Pflegeheimen dar, das Missverhältnis von Pflegekräften zu Bewohnern ist noch größer.

Diese Lücke können auch die bis zu 40.000 ehrenamtlich tätigen „Sterbebegleiter“ nicht schließen.

Die immer wieder zum Einsatz kommende sog. „palliative Chemotherapie“, die ausdrücklich nicht auf Heilung sondern auf Symptomlinderung abzielt, muss individuell ärztlich kritisch hinterfragt werden.

Stehen Nutzen (Beschwerdelinderung) und Risiken/Nebenwirkungen (z.B. Versterben auf einer Intensivstation ohne Lebensverlängerung, aber häufigere stationäre Therapien) in einem ausgewogenen Verhältnis?

Wir fordern:

Eine ausreichende Finanzierung einer an Zuwendung orientierten Betreuung durch qualifiziertes Fachpersonal. Dies hat einen nachgewiesenen positiven Effekt auf ein Lebensende in Würde und Geborgenheit.

SIE ERWARTEN EINEN GUTEN UMGANG MIT SUCHT UND „BURN OUT“ BEI ÄRZTINNE **UND ÄRZTEN?**

Für Sucht und „Burn Out“ gibt es viele Gründe.

Andauernde Überforderung, hoher Arbeitsdruck, Vereinzelung und unkollegiales Arbeitsklima führen zu vermehrter Gefährdung. Sucht und mehr noch depressive Erkrankungen sind nicht selten. Strukturen der Arbeit fördern das Entstehen dieser Probleme.

Wir fordern:

- Erkennung krankmachender Strukturen am Arbeitsplatz in Klinik und Praxis
- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Hilfsangebote für Betroffene seitens der Ärztekammer
- Fortbildungsmöglichkeiten, um gefährdende Strukturen für sich und für Kolleg*innen erkennen zu lernen

SIE FINDEN IHRE MÖGLICHKEITEN UNZUREICHEND, ALS ÄRZTIN BERUFLICH UND **GESELLSCHAFTLICH WIRKSAM ZU SEIN?**

Mehr als zwei Drittel der Studienanfänger und weit über 50 Prozent der Weitergebildeten sind weiblich, dennoch findet sich unverändert in den Chefetagen nur ein Bruchteil von ihnen wieder.

Wir setzen uns ein:

- Für nachhaltig wirksame Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Für die anteilige Beteiligung von Ärztinnen an Spitzenpositionen in Kliniken und der Berufspolitik – v.a. unterstützen Forderungen nach einer Quote, auch bei Aufstellungen der Listen für die LÄKH, durch eine Änderung im Heilberufsgesetz
- Gegen den Mangel an medizinischem Nachwuchs durch familienfeindliche Arbeitsbedingungen der Kliniken

IHNEN IST EINE QUALITATIV HOCHWERTIGE WEITERBILDUNG ALLER ÄRZTINNEN UND

ÄRZTE EIN ANLIEGEN?

Ärztliche Weiterbildung ist nicht zum Nulltarif zu haben:

Ärztliche Weiterbildung darf nicht als „freiwillige Zusatzaufgabe von Weiterbildungsbefugten“ verstanden werden. Eine inhaltlich hochwertige Weiterbildung ist personalintensiv und kostet Zeit. Die Qualität ärztlichen Lernens darf nicht dem Zwang der „ökonomischen Prozesse“ geopfert werden.

Wir setzen uns ein:

- Für einen realen Anreiz für Weiterbildungsbefugte – nur die Weiterbildung am Patienten ohne Zeitdruck schafft und erhöht ärztliche Behandlungskompetenz
- Für mehr Zeit in der Weiterbildung (ambulant wie stationär), um die Inhalte der Weiterbildungsordnung an die jungen Kolleg*innen – im wohlverstandenen Interesse aller uns anvertrauten Patient*innen – weitergeben zu können. Für eine zukunftsorientierte ärztliche Weiterbildungsordnung – im wohlverstandenen Interesse unserer Patienten – unabhängig von berufspolitischen Interessen
- Für eine umfassende Gegenfinanzierung der Gehälter für Ärzt*innen in Weiterbildung sowohl in der ambulanten wie auch der stationären Patientenversorgung

IHNEN IST UMWELTSCHUTZ ZUM PATIENTENWOHL EIN ANLIEGEN?

Viele Umwelteinflüsse machen uns und unsere Patient*innen krank. Wir Ärzt*innen müssen unseren gesellschaftlichen Einfluss geltend machen, damit umweltverursachte Krankheiten gar nicht erst entstehen. Wir treten für eine konsequente Umweltpolitik im Sinne einer Gesundheitsprävention ein. Sie soll Luftverschmutzung, Verkehr, Lärm, Stress, Abgase, „Treibhausgase“ und andere Umweltgifte als Krankheitsverursacher offenlegen und für deren Reduktion sorgen. Aus unserer Sicht ist es auch die Aufgabe der LÄKH, in der Öffentlichkeit auf die gesundheitlichen Folgen von industrieller Profitgier – wie z.B. beim aktuellen Dieselskandal – hinzuweisen.

Ziel der umweltmedizinischen Hygiene ist es, gesundheitsgefährdende Umwelteinflüsse zu erkennen, zu beschreiben und nachteilige Einflüsse zu Gunsten aller Betroffenen zu verhindern.

Wir setzen uns ein:

- Für vorbeugenden Einfluss ärztlicher Kompetenz in umweltpolitische Entscheidungen – wir wollen präventives ärztliches Engagement fördern und nicht ökonomischen Zwängen opfern
- Für die Präsenz von umweltmedizinischen Fragestellungen mit höchster Kompetenz in allen politischen Entscheidungen
- Für die Wiedereinrichtung eines Umweltausschusses der LÄKH
- Für den Ausstieg des Versorgungswerkes an Unternehmensbeteiligungen, deren Geschäftsmodell primär auf fossile Energien ausgerichtet ist und die Reinvestition in Anlage, die einer nachhaltigen und gesunden Zukunft dienen

SIE SIND DER ÜBERZEUGUNG, DASS GUTE HYGIENE PRÄVENTIVMEDIZIN IST?

„Die Kunst zu heilen kann viele Leiden lindern, doch schöner ist die Kunst, die es versteht, die Krankheit entstehen schon zu hindern“ (Max v. Pettenkofer).

Nicht der Mangel an Kenntnis, sondern der Mangel an Zeit und Personal verhindert eine gute Hygiene. Gute Hygiene kostet Geld, schlechte Hygiene kostet noch mehr Geld und schadet allen.

Wir verstehen Hygiene als einen der zentralen Pfeiler einer guten Gesundheitsvorsorge. Der präventivmedizinische Ansatz definiert Hygiene als zentralen Bestandteil jeder Krankenbehandlung; Hygiene steht für uns in direkter Beziehung zur Gesundheitspolitik.

Wir setzen uns ein

- Für eine ausreichende, unbürokratische und nachhaltige Finanzierung aller sinnvollen hygienischen Maßnahmen, insbesondere aber eine ausreichende personelle Ausstattung in allen Bereichen der Patientenbehandlung, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor
- Für mehr Fortbildung in der Hygiene, mehr Zeit in der Patientenbehandlung und –betreuung, um Hygiene „leben“ zu können
- Für eine ausreichende Finanzierung von Forschung, Lehre, Fort- und Weiterbildung im Bereich Hygiene
- Für ausreichend finanzierte Weiterbildungsstellen im Gebiet Hygiene und Umweltmedizin
- Für die systematische Erforschung übergeordneter Fragestellungen der Umwelthygiene und die Stärkung von hygienischen Netzwerken

SIE SIND DER MEINUNG, EINE SICHERE VERSORGUNG MIT MEDIKAMENTEN UND IMPFSTOFFEN MUSS IN DER BUNDESREPUBLIK EINE SELBSTVERSTÄNDLICHKEIT SEIN

Wichtige Medikamente und Impfstoffe sind keine beliebige Ware.

Lieferengpässe von wichtigen Medikamenten und Impfstoffen werden auch in Deutschland immer dramatischer. Die Versorgung unserer Patienten damit ist in einzelnen Bereichen bereits jetzt akut gefährdet.

Engpässe tun sich bei Blutdrucksenkern, Schilddrüsenpräparaten, Schmerzmitteln, Antibiotika, Onkologika und auch Impfstoffen auf. Oft sind diese Medikamente wochen- oder monatelang nicht lieferbar.

Als Folge kann die optimale Behandlung unseren Patient*innen nicht angeboten werden, beginnt erst zeitlich verzögert oder eine erfolgreiche Therapie muss sogar abgebrochen werden.

Wesentliche Ursachen für diese Versorgungsengpässe sind ökonomische Konzentrationsprozesse in der Arzneimittelproduktion.

Die Medikamentenhersteller sind bislang nicht verpflichtet, Lieferengpässe oder gar Lieferausfälle verbindlich anzudeuten. Das Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht im Internet regelmäßig eine Liste nicht lieferbarer Arzneimittel, aber diese Liste ist häufig nicht vollständig und basiert auf der freiwilligen Meldung der Produzenten.

Wir fordern:

- Eine Änderung des Arzneimittelgesetzes mit einem verpflichtenden, sanktionsbewährtem Register bei BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) zur Verfügbarkeit von versorgungsrelevanten Wirkstoffen zu etablieren
- Dass für den Fall von Produktionsausfällen oder Lieferengpässen müssen Pharmaunternehmen verpflichtet werden, unverzüglich eine BfArM-Meldung abzugeben und parallel hierzu Medikamentendepots aufzubauen, um eine Patientenversorgung jederzeit sicherzustellen
- Dass die Produktionsmonopolisierung und Auslagerung der Herstellung in außereuropäische

Produktionsstätten muss durch den Gesetzgeber verhindert werden.

- Dass die Versorgungssicherheit der Bevölkerung mit Medikamenten und Impfstoffen durch in der EU angesiedelte und nach EU-Recht überwachte Produktionsstätten sichergestellt wird

SIE WOLLEN EINE GENERATIONENGERECHTE RENTE?

Renten und Anwartschaften müssen trotz längerer Lebenserwartung, schwierigem Kapitalmarkt und Negativzinsen planbar, sicher, generationen- und geschlechtergerecht bleiben.

Wir setzen uns dafür ein:

- Dass Überschüsse sowohl für Beitragszahler als auch für Rentenempfänger verwandt werden
- Dass die Kapitalanlage ethische und nachhaltige Kriterien berücksichtigt
- Dass solidarische Elemente zur Absicherung von Berufsunfähigkeitsrentnern und Hinterbliebenen, auch eingetragenen Lebenspartnern, angemessen berücksichtigt werden
- Dass steuerfinanzierte Kindererziehungszeiten auch für unsere Mitglieder in der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt und ausgebaut werden

SIE FRAGEN SICH: FORSCHUNG UND INNOVATION – CUI BONO?

Privatisierung von Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern, Mittelknappheit und enge Budgetgrenzen lassen kaum Spielraum für industrie-unabhängige Versorgungsforschung. Das bewirkt Einseitigkeit und Abhängigkeit. Das Fehlen von qualitätsorientierten Leistungsanreizen (z.B. Verhinderung von Frühgeburten, nosokomialer Infektion oder Folgeschäden bei chronischer Erkrankung) ist nicht nur für die Existenz der Universitätskliniken, sondern letztlich auch für die Leistungsfähigkeit unseres gesamten Gesundheitssystems essentiell.

Die biologischen, psychologischen und soziologischen Besonderheiten von Frauen und Kindern schlagen in den Forschungsansätzen noch viel zu wenig nieder.

Wir setzen uns ein:

- Für den Einsatz öffentlicher Gelder in der Gesundheitsforschung
- Für die Förderung klinischer Studien in Universitäten und deren Unabhängigkeit von Sponsoren der Wirtschaft bzw. Industrie
- Für ganzheitliche Präventions- und Therapieansätze.
- Für die Verpflichtung zur vollständigen Veröffentlichung der Studienergebnisse aller genehmigter und durchgeführten Studien
- Gegen die zunehmende Auslagerung von klinischen Studien an privatwirtschaftliche Institutionen und damit verbundene Gefährdung unabhängiger klinischer Forschungsergebnisse
- Für eine unabhängige Überprüfung von zugelassenen Medikamenten unter Realbedingungen, der durch einen von der Industrie zu finanzierenden Fonds bezahlt wird
- Für sichere Anstellungsverhältnisse und adäquate Bezahlung von wissenschaftlich Tätigen

SIE SIND GEGEN ÄMTERHÄUFUNG?

Wir setzen uns ein:

Für Offenlegung aller berufspolitischen Ämter und erhaltenen Aufwandsentschädigungen. in der LÄKH

SIE HABEN NOCH IDEALE?

Trotz aller Frustration:

Wir lieben unseren Beruf und wollen gemeinsam mit Ihnen unsere ärztlichen Ansprüche verteidigen.

Wählen Sie deshalb LDÄÄ Liste 6

www.ldaeae-hessen.info

 Proudly powered by WordPress.