

## Allgemeines

Autor	Kommentar	Vorschlag zur Bewertung des Kommentars
Andreas Klement	geht in die richtige Richtung, aber etwas kleinteilig, v.a. hinsichtlich Punktekategorien und –Gewichtung	Wir sollten in der Tat die Liste eher straffen als ausweiten – insbesondere weniger technische Leistungen.umgesetzt
	Dreh- und Angelpunkt ist die Tätigkeit als Allgemeinarzt im eigentlichen Sinn zu erheben.	Genau dies ist intendiert – und dies insbesondere in Abgrenzung zur Einengung auf die Innere Medizin
	Einzelne Kriterien (separates Arbeitszimmer, breites Altersspektrum, Mindestfallzahl, technische Grundausstattung) obligatorisch, andere fakultativ statt angreifbare Punktekriterien	Die Unterscheidung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien ist im Kriterienkatalog realisiert. Die einzeln fakultativ zu erbringenden Kriterien dienen in ihrer Quantifizierung in einem Punkte-Score dazu, bei erteilter Weiterbildungsbefugnis die Dauer dieser Befugnis zu quantifizieren. Das breite Altersspektrum einer Praxis sollte operationalisiert werden können – wir haben dies mit Hilfe der GOP für pädiatrische und neu auch geriatrische Leistungen umzusetzen versucht
Attila Altiner	Ich denke ihr seid auf dem Holzweg. Im Prinzip macht ihr wieder die Qualitätsindikatoren-Diskussion auf - mit den gleichen skurrilen Ergebnissen, ich sag nur mal "Chirotherapie" vs. Anteil der Hypertoniker mit Zielwerterreichung.	Die Alternative ist – im Unterschied zu den Qualitätsindikatoren nicht: beurteilen wir eine Praxis nach „gut“ oder „schlecht“, sondern: gelingt es uns, die Entscheidungskriterien bei real überwiegender Nachfrage nach ÄiW nicht nur nach den aktuell herrschenden Mehrheitsverhältnissen in den Kammern zu richten, sondern nach einem rationalen und transparenten Kriterienkatalog?Wir wollen ein ohnehin bestehendes Instrument verbessern und die Ermächtigung an transparenten und relevanten Kriterien ausrichten
	das wird furchtbar viel Arbeit kosten, aber kaum was bringen - es sei denn man setzt ganz (fast zynisch) nur auf die normativen Effekte und ignoriert das wirkliche ziel nämlich eine bessere Weiterbildung. sollte sowas tatsächlich kommen, wird die Nutzung von Online-Datenbanken in der Praxis bestimmt um 1000% zunehmen.	Zum Teil ist das durchaus intendiert – beispielsweise um die DEGAM-Curricula, das Label DEGAM-Hospitationspraxis und den Einsatz von Videoanalysen der durch die Weiterzubildenden geführten Arzt-Patient-Konsultationen bekannt zu machen und für sie zu werben. Langfristig sollen diese Aspekte die bisherigen nur mäßig ausgearbeiteten und zudem stark Technik-orientierten Kriterien der Ärztekammern ersetzen.
	5 Einfache Kriterien als Minimalvoraussetzung: 1) Generationenübergreifende Betreuung 2) Festlegung auf wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte 3) Didaktische Qualifikation 4) Hausbesuche 5) Kein IGeL Fertig aus... ich will mal den typ. Internisten sehen, der diese Kriterien erfüllt. Und die, die es tun sollen uns herzlich willkommen sein....	Hier fehlt der Bewegungsapparat - deshalb der Vorschlag mit dem Einbezug einer klinischen orthopädischen/chirurgischen Qualifikation sowie der Abrechnung Chirotherapeutischer und Chirurgischer Leistungen. Dies muss in irgendeiner Weise operationalisiert werden. zum 1. Punkt: =>Versuch über Abrechnung Kinder-Kontaktziffer und Jugenduntersuchung sowie zum Geriatrischen Assessment zu 3. haben wir einige Vorschläge gemacht zu 4. ist enthalten zu 5. inhaltlich sind wir einverstanden. Aber wie im Zusammenhang mit Weiterbildung begründen? Und wie abgrenzen? Reiseimpfberatung und Tauchsport-Untersuchung sind auch IGeL.Diese Kriterien sind zudem weder einfach noch gut operationalisierbar,
Barbara Ibe	Beim Lesen fragte ich mich aber schon " geht´s noch komplizierter?"	Der Katalog wird verschlankt
	Dann füllte ich den Bogen für unsere Praxis aus und stellte fest: nur 18 Monate erfüllt. Habe aber z Zt 3 Jahre, die allerdings bis jetzt keiner meiner 7 od 8 Assistenten brauchte. Ungern würde ich auf dies "Pfründe" verzichten.	Wenn die 3 Jahre ohnehin nicht ausgeschöpft wurden, wo ist das Problem? Zudem sollten wir es fördern, wenn die ÄiW im Lauf ihrer Weiterbildungszeit mehrere Praxen sehen. Der geplante Machbarkeitstest im allgemeinmedizinischen Listserver wird genau deshalb durchgeführt, um mögliche Verwerfungen durch den Kriterienkatalog zu detektieren.

	<p>Vielleicht sollten Sie zunächst eine Umfrage unter den jetzigen Studenten u. Assistenten, also den potentiellen WB Assistenten für Allgemeinmedizin machen und herausbekommen, nach welchen Kriterien sie eine Praxis auswählen würden. Ich gewinne nämlich zunehmend den Verdacht, das Kriterien wie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. möglichst viel Geld für möglichst wenig Arbeit</li> <li>2. möglichst direkt um die Ecke gelegen, 20 Min Fahrzeit sind schon zu viel</li> <li>3. Möglichst nicht festlegen</li> <li>4. bitte keine Verantwortung, schon gar keine Zukunftsperspektive entwickeln</li> </ol> <p>viel ausschlaggebender als ein neues Sono-, 2 24 Std RR- od LZ EKG- Geräte sind.</p>	<p>Die JADE und die DEGAM-Sektion Weiterbildung sind in den Feedback-Prozess mit einbezogen. Die technischen Untersuchungen werden in ihrer Wertigkeit erheblich reduziert.</p>
Christian Haffner	es gefällt mir sehr gut, was Ihr da erarbeitet habt!	
Erika Baum	erscheint mir sinnvoll.	
Ferdinand Gerlach	<p>mein spontaner Eindruck nach erster Durchsicht: aus meiner Sicht nicht unbedingt prioritär (Nachwuchsgewinnung und flächendeckender Aufbau der Verbundweiterbildung sind derzeit <i>noch</i> wichtiger), aber trotzdem - langfristig wichtige und wirksame - sehr gute Initiative.</p> <p>Ein potentieller strategischer Vorteil: Wenn wir ein Qualitätskonzept für die "DEGAM-Verbundweiterbildung plus" beschreiben und zusätzlich auf "DEGAM-Qualitätsanforderungen für Weiterbilder" verweisen, könnten wir dafür mittelfristig eine besondere Förderung aus dem Förderprogramm Allgemeinmedizin erwirken. Verbünde, die den DEGAM-Anforderungen an die Verbundweiterbildung und die Qualifikation der Weiterbilder folgen, würden dann für diese höhere Qualität eine spezielle / höhere Förderung erhalten. Das würde wahrscheinlich sogar mehr bewirken als das leichte Ausdünnen des (gemessen an der tatsächlichen Nachfrage) ohnehin sehr hohen "Angebots".</p>	<p>Eine besondere Relevanz gewinnt das Projekt sicherlich durch die in 2013 anstehende Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung</p> <p>Die Kritik an der „Verbundweiterbildung plus“, dass dieses Projekt aus ökonomischen Gründen vielerorts nicht verallgemeinerbar erscheint, wurde von den Autoren wiederholt geäußert. Im Gegensatz dazu versuchen wir mit diesem Kriterienkatalog ein generalisierbares Instrument anzubieten.</p>
Albrecht Stein	<p>Eine tolle Zusammenstellung; bei Gericht hatte ich viel Zeit, jedes Wort/jeden Begriff 5x umzudrehen, daher kam es zu so vielen Kommentaren und Änderungsvorschlägen. Ich bin gerne bereit, weiter an diesem Projekt mitzuarbeiten.</p>	
Thomas Ledig	<p>WB-Befugnis ist immer noch Kammersache -&gt; Wut von deren Seite;</p> <p>Begriff „Weiterbildungsermächtigung“ wurde von den Kammern durch Weiterbildungsbefugnis“ bzw. „-befugter“ ersetzt worden</p>	<p>Wir wollen nicht gegen die Kammern agieren, sondern in einem umfangreichen, interdisziplinären Diskussionsprozess beispielsweise auch die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin mit einbeziehen. Wir bestehen aber darauf, dass die Definition von Kriterien für die hausärztliche Arbeit in erster Linie Angelegenheit der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft ist.</p> <p>⇒ Ersetzen von von „Ermächtigung“ durch „Befugnis“ umgesetzt</p>

	Kernkompetenzen können durch ein Score-system, das ansonsten sehr gut ist, ausgehebelt werden. Beispiele dazu im Text	Kommunikative Fähigkeiten und Einbezug externer Evidenz sind wesentliche Kernkompetenzen, die im Kriterienkatalog abgebildet werden.
	Mindeststandards bezüglich Hygiene fehlen und müssten aufgeführt werden	Keine Aufnahme in den Katalog – das wäre nur bei einer Begehung festzustellen, und die erscheint aktuell nicht generell durchführbar. Generell ist das schlecht zu operationalisieren.
	Nichtvorhandensein eines Sonogerätes eine Killerbedingung für eine WBB >12 Mon, während Wundversorgung und kleine Chirurgie mühelos durch WB-Praxis (z.B. > 3 AiW) oder DEGAM-Label Hospitationspraxis oder jährliches WB-Seminar ersetzt werden kann (Jean)	Die Sonographie wird nicht mehr obligat gefordert – Kritik übernommen
	Das LZ-EKG sollte aus dem Katalog entfernt werden, eher sollte die Durchführung/Abrechnung von Prokto/Rektoskopie aufgenommen werden (Zustimmung auch Jean Chenot)	Das LZ-EKG wurde aus dem Katalog entfernt, Prokto-/Rektoskopie dagegen nicht aufgenommen – das können/praktizieren sehr Wenige. Zudem muss unterschieden werden von den obligaten Inhalten hausärztlicher Tätigkeit, die in der Weiterbildungsordnung festgeschrieben sind – und der Vermittlung dieser Qualifikationen, die, was das Erlernen des Umgangs mit technischer Diagnostik angeht, großteils in den klinischen Weiterbildungs-Abschnitten vermittelt werden..
	Sehr schöner Aufschlag, und ich respektiere die Arbeit, die dahinter steckt. In meinen Augen ist diese Fassung aber noch weit davon entfernt, ein valides Bild der WB-Qualität zu geben. Wir machen uns mit dem vorliegenden Kriterienkatalog eher angreifbar durch die Kammern.	Um uns weniger angreifbar zu machen, gehen wir ja durch diese Feedback-Runden, die helfen, den Katalog zu verbessern
	Bedingung für Weiterbildung: Hier präziser formulieren, z.B. „wenn es ein für den AiW unabhängig vom Weiterbilder und anderen Ärzten benutzbares Sprechzimmer gibt“. Begründung: in BAG gibt es oft zwei Sprechzimmer, die aber von möglicherweise gleichzeitig arbeitenden Kollegen belegt sind.	⇒ Übernommen
	Bedingung „Leben“ eine QM-Systems-> das sollte entweder genauer beschrieben oder ersetzt werden, z.B. „kontinuierlich gepflegtes QM-System“	⇒ Übernommen
	Voraussetzung Hilfe und Suche eines Mentors (...) -> einfügen: „wenn dies vom AiW gewünscht wird“	⇒ Übernommen
Jean Chenot	Praxisbegehungen fanden während meiner Zeit im WB-Ausschuss Niedersachsen nie statt, wären aber von der Kammersatzung her möglich gewesen. Mangels Finanzierung haben wir uns immer dagegen entschieden.	Eben – das ist das Problem, gerade in Flächenländern. In die aktuelle Version des Kriterienkataloges werden die Forderung nach Begehungen – und damit einhergehend die Kriterien „kein IGeL, Hygienestandards, Raumbeschaffenheit“ nicht übernommen. Sie sollen aber in der geplanten Überarbeitung berücksichtigt werden.
	Punkt für Suchtmedizin finde ich OK trotzdem würde ich alle Zusatzbezeichnungen oder Qualifikationen nicht zu hoch hängen, sie suggerieren, dass die Allgemeinmedizin alleine nicht reicht	Keine weiteren Zusatzbezeichnungen. Wir haben uns wiederholt dagegen ausgesprochen, dass immer weitere Einzelaspekte in den Status einer Zusatzbezeichnung mit extra-Curriculum erhoben werden.
	Ab mehr als drei Zusatzbezeichnungen würde ich wieder eine paar Punkte abziehen	⇒ Das würde entfallen, wenn wir keine weiteren Zusatzbezeichnungen fördern
Huenges	Hilfe beim Suchen und Finden eines Mentors für die allgemeinmedizinische Weiterbildung. ->Aufgabe des Verbundes?	JA, aber auch des individuellen Weiterbilders. Zudem gibt es nicht überall Verbünde.

Norbert Donner-Banzhoff	Hintergrund: nicht mit dem Missstand anfangen, sondern mit der Positiv-Vision, auf die wir hinauswollen. Würde Idee herausstellen, dass gegenwärtige Situation des Nachwuchsmangels für die Etablierung einer Lern-Philosophie in der Weiterbildung genutzt werden muss	⇒ Umgesetzt
	Infrastruktur: Die technischen Untersuchungen gehören hier nicht hin, und die Betonung der Sonografie ist abwegig. Der Einsatz der Sono (ist wohl Abdomen gemeint) widerspricht unserer ganzen Argumentation mit Satz von Bayes, Niedrig- Hoch- Prävalenz usw. Im Übrigen kann man den Krempel im Krankenhaus absolvieren.	⇒ Umgesetzt
	Überlege mal, ob die eine Oberkategorie „Weiterbildung – Prozessqualität“ einführst. Neben dem Punkt 8, regelmäßiger Fallbesprechung, Freistellung für externe Fort/Weiterbildung usw. könnte man da die „Begehung der WB-Praxis“ einführen. Passiert in allen vernünftigen Systemen. Vorschlag für hierzulande: 3 Leute kommen, darunter 1 AiW, gucken sich die Räume an, sprechen vertraulich mit WBer, und – ganz wichtig – vertraulich mit AiW. Und machen formativen (vielleicht irgendwann später auch summativen) Bericht.	⇒ Im Sinn der Praktikabilität wollen wir in einem ersten Schritt zunächst versuchen, den vorliegenden Kriterienkatalog zu implementieren. Bei der geplanten Überarbeitung soll der Vorschlag einer zusätzlichen Oberkategorie Prozessqualität zusätzlich eingeführt werden.
	Überlegen, wie die AiW sich die komplette Zeit zusammenstellen sollen. Soll man beliebig stückeln können? Oder muss man z.B. auf jeden Fall an seine Kinder-Punkte kommen? Wir sollten realistisch sein und wissen, dass begrenzte WB-Ermächtigungen eine Barriere für unseren umschwärmten Nachwuchs darstellen (ein weiterer Stellenwechsel obligat, Tendenz zu Landpraxis [was auch seinen Reiz hat]). Wir müssen auch hier Verbünde anstreben, die das Absolvieren der vollständigen ambulanten WB regional sicherstellen und vereinfachen.	Das ist mit dem vorliegenden Kriterienkatalog nicht wirklich ein Problem. Die Punktevergabe ist recht liberal. Allzu häufige Stellenwechsel ergeben sich dadurch nicht.
	Bevor ihr irgendetwas mir diesem Text macht, solltest du auf jeden Fall ein flotte kleine Evaluation machen: 20 Praxen, die euch gut bekannt sind, stufen sich (oder ihr sie) ein und ihr guckt, ob das Ergebnis eine Face-Validity hat.	⇒ Wird umgesetzt
JADE (verschiedene Beiträge aus dem Listserver der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands)	2-jährige Weiterbildung etwas fragwürdig; warum nicht alles als Angestellter zu einem normalen Gehalt lernen, ( wie die Internisten eben auch), bessere Alternative, da wir auf Suche nach einer nicht zu teuren Entlastung für die Praxis sind -> (Antwort: unser Fach doch in der Ausbildung verbessern, auch um uns gegen das schlechte Image zu wehren. Gerade die AiW sollten sich nicht mit Dumpinglöhnen als Entlastung einstellen lassen, sondern eine gute Ausbildung und das entsprechende Honorar einfordern!	⇒ Eine 2-jährige Weiterbildung soll auch nicht unbedingt die Regel sein, sondern prinzipiell möglich. Siehe Rückmeldung Donner-Banzhoff - er befürchtet personelle Engpässe durch zu häufige Wechsel
	diese Liste kann doch ein Ansporn sein, attraktive Weiterbildungspraxis zu werden und zu sein, sich abzuheben	

	Minuspunkte nicht gut; senkt den Ansporn; Rausnehmen und dafür Gesamtpunktzahl senken	⇒ Minuspunkte erhalten die Balance zwischen den unterschiedlichen Domains
	Fallbesprechungen, Weiterbildungsgespräche) sind vorab als Voraussetzungen formuliert. Vielleicht könnte man hier noch präzisieren? (z.B. wie oft, wie lange?)-> es muss aber wirklich Zeit für diese Gespräche investiert werden	⇒ Wurde konkretisiert – siehe Albert Stein. Die Operationalisierbarkeit erscheint problematisch
Dagmar David	Zulassung und Bedingungen sollten von vorn herein expliziter formuliert wird	⇒ Wird noch etwas deutlicher formuliert
Markus Becker	Ich finde Ihre Einteilung ganz ansprechend und sinnvoll.	
Johannes Dietrich	Neben einigen bemerkenswerten Ansätzen finde ich etliche Punkte in der vorgestellten Form als nicht gut praktikabel, manches nicht besonders relevant und leider auch einzelnes abwegig. Allerdings sehe ich als Prüfungschef in Sachsen doch erhebliche Priorität für die Qualifikation der Weiterbilder. Der FA - Kandidat kann schließlich nur das können, was er in der Praxis und / oder in der Fachgesellschaft, ggf. über den Hausärzterverband lernen konnte.	Die Qualifikation der Weiterbilder wird stärker berücksichtigt
Kathrin Schluttig	Ich bin in der FA- Weiterbildung Allg.Med und finde den Katalog gut. Das einzige, was mir negativ aufgefallen ist: die Einschränkung der WB-Berechtigung bei fehlendem Sonografie-Gerät.	⇒ Sonographie als obligates Kriterium gestrichen
Martin Gerken	Zusätzlich zum Leben eines QM-Systems als Voraussetzung Rezertifizierung?	⇒ Nein, die Latte Rezertifizierung ist zu hoch – das Praktizieren eines QM ist wichtiger als das Label hinterher
Michael Rausch	Warum persönliche Kriterien max 20 und infrastrukturelle max 23 Punkte?	Infrastrukturelle gekürzt (Sono, LZ-EKG)
	Formal: Punkte sind Zeilenverrutscht	⇒ korrigiert
Peter Engeser	Ich finde diesen Vorstoß richtig und sehr hilfreich in der Argumentation gegenüber den Kammern. Über die Bewertung einzelner Punkte können wir sicher noch diskutieren, aber das ist ja Sinn des ersten Aufschlages.	

### Domäne Qualifikation des ärztlichen Weiterbilders:

Nr.	Kriterien	Bewertung	Punkte-Korrektur	Autor	Kommentar	Vorschlag zur Bewertung des Kommentars
1.	<b>Psychosomatische Grundversorgung</b>	Vorlage der Berechtigung, Abrechnung der GOP 35100 und 35110	+ 4	Norbert	1 und 2 sind Kriterien, deren Assoziation mit WB-Qualität sehr, sehr fragwürdig ist. Chirotherapie streichen, die Psychosomatik Berechtigung und – Abrechnung als Motivation drin lassen	Chirotherapie wird zu einem Unterpunkt der orthopädischen Qualifikation
				Martin Gerken	Hat 35110 nicht jeder?	Nicht ganz– in Bremen sind dies beispielsweise ca. 85%
1.	<b>Psychosomatische Grundversorgung</b>	Regelmäßige Teilnahme an einer Balintgruppe	+ 2	Armin Mainz	Einfügen „oder eines QZ mit integrierter Bearbeitung der Arzt-Patient-Beziehung“	Übernommen, allerdings die geforderte Spezifizierung lässt sich nicht operationalisieren.
				Thomas Ledig	Herunterstufen auf 1 Punkt, da in manchen Regionen logistisch nicht machbar	Nicht übernommen – man kann eine Balintgruppe ja auch ausgleichen. Auf der anderen Seite ist das ein sehr wichtiges Instrument zum Qualitätserhalt
				Joachim Wewerka	Z. n. Teilnahme und Nachweis wäre äquivalent! Wer macht schon sein Berufsleben lang begleitend Balintgruppe?	Nicht übernommen – irgendwann mal vor 20 Jahren eine Balintgruppe gemacht zu haben reicht nicht. Es gibt in der Tat KollegInnen, die das dauernd praktizieren
2.	<b>Qualifikation zur Behandlung von Störungen des Bewegungsapparates/ kleine Chirurgie</b>	Zusatztitel Chirotherapie und Abrechnung der GOP 30200 und 30201	+2	Andreas Klement	Zusatztitel selektionieren das Patientenkollektiv – streichen	Gerade eine solche Selektionierung war hier gewollt , und zwar nicht die Selektion der Patienten sonder der Weiterbilder
				Georg Kügel	Überlegung sinnvoll; aber etwas überbewertet. Eher +1 anstatt +2.	Eingefügt in generell abgefragte orthopädische Weiterbildung mit wahlweisem Ersatz durch Zusatzbezeichnung Chirotherapie als Indikator für Fähigkeiten, die Untersuchung des Bewegungsapparates zu vermitteln
				Michael Rausch	„WB zur Chirotherapie und nicht mehr Abrechnen der GOPs“ bessere Alternative, oder Anzahl der Verordnung von und Motivation zu Rehasport ein Kriterium; Chiro raus, dafür „zusätzlich zu den Pflichtfächern absolvierte WB-Abschnitte in Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung“ wie Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, u.a.	Ähnliches Argument wie oben mit der Balintgruppe: irgendwann Chirotherapie gemacht zu haben reicht nicht – leichte Operationalisierung durch Vorweisen der abgerechneten GOP möglich.  Verordnung Rehasport nicht übernommen – das Absolvieren der Seminare sagt nichts über eine Qualität. WB-Abschnitte Gyn/Pädiatrie werden übernommen

				Barbara Ibe	Wenn Sie so nette Sachen wie Chiro. dazu nehmen, warum nicht auch Aku oder Homöopathie?	Es geht in erster Linie darum, den Umgang mit Beschwerden des Bewegungsapparates zu beherrschen und dass diese Fähigkeit in der Weiterbildung gelehrt und gelernt werden kann. Darum Akupunktur und Homöopathie hier nicht übernehmen – kein Zusammenhang.
				Martin Gerken	Oder ½ Jahr orthop. Weiterbildung	⇒ übernommen.
				JADE	Chirotherapie nicht so großen Stellenwert, dennoch guter Vorschlag. Was denkt der Rest?; Eher +1 statt +2 (2 Mal), würde strukturierten Instrumenten mehr Gewichtung geben; gute Alternative zu Medikamenten und Spritzen;	⇒ modifiziert durch Einfassung in Qualifikation orthopädische Weiterbildung
				Jörg Schelling	Chirotherapie überbewertet; kein Teil der WBO und ist, z.B. auch in der ALLMED Liste sehr umstritten	⇒ modifiziert durch Einfassung in Qualifikation orthopädische Weiterbildung
3.	<b>Qualifikation zur Behandlung von Störungen des Bewegungsapparates/ kleine Chirurgie</b>	Mindestens ½ Jahr chirurgische Weiterbildungszeit	+ 1	Armin Mainz	2 + 3 streichen oder: Fakultativ Hospitationen in chirurgischen Praxen	In Abgrenzung zu rein internistisch ausgerichteten Praxen ist die Trennschärfe hier gewollt
		Durchführung kleinchirurgischer Eingriffe in der Praxis Abrechnung der GOP 02301 und 02302	+ 1	Jörg Schelling	Nicht jeder Allgemeinmediziner kann und will chirurgische Leistungen anbieten. Man sollte hier noch fakultative andere Schwerpunkte zulassen (z.B. Palliativmedizin, Impfmedizin in besonderem Maße, Psychotherapie / Hypnose / Jacobsson etc., Polygraphie, Allergologie et al.) Diese können statt Chirotherapie angeboten werden	Nicht übernommen. Es geht hier schon zentral darum, die kleine Chirurgie als wesentlichen Bestandteil der Hausarztmedizin zu definieren. Palliativmedizin betreibt u.a. jeder Hausarzt - keine Trennschärfe. Eine generell zu fordernde Zusatzqualifikation wiederum lehnen wir ab, weil palliativmedizinische Kenntnisse per se essenziell für Hausärzte sind. Psychoth. Verfahren sind u.E. ausreichend in der Psychosomatik-Ziffer abgebildet. Weitergehende Verfahren sprechen eher gegen eine Bepunktung, weil tendenziell hinderlich bei einer wirklich versorgenden Praxis. Allergologie – auch hier nicht auf Grund der Zusatzbezeichnung übernehmen, weil die für die Hausarztpraxis zu weit gehende Kriterien mit sich bringt.

				Georg Kügel	Chirurgie fast ganz aus Praxen; Chirurgische Zeit nicht mehr vorgeschrieben =>AiW soll Chirurgie in Praxis lernen, die dies großteils gar nicht mehr macht. Deshalb würde ich die kleine Chirurgie etwas aufwerten (+2).	⇒ Aufwertung der Chirurgie übernommen
				Max Kaplan	hier würde ich der Chirurgie einen höheren Stellenwert einräumen, da ich gerade hier bei unseren Weiterbildern immer häufiger Defizite feststelle und die kleine Chirurgie eine Hausarztpraxis wesentlich, vor allem im ländlichen Bereich prägt. Vorschlag. 2 Punkte für WB-Zeit, 2 Punkte für Eingriffe. Dann von 22 möglichen Punkten mind.10	⇒ übernommen
4.	<b>Weiterbilder- Qualifikation</b>	Teilnahme an Qualifikations-Seminaren für hausärztliche Weiterbilder 1 Seminar 2 Seminare 3 Seminare Jährliche Teilnahme	+1 + 2 + 3 + 4	Armin Mainz	Wer sichert das Niveau der Seminare?	Wenngleich eine solche Kontrolle vorerst fehlt, geht es momentan darum, solche Seminare durch die Aufnahme des Kriteriums in den Katalog überhaupt zu etablieren.
				Martin Gerken	Akademische Lehrpraxis als Unterpunkt für Weiterbilder- Qualifikation	⇒ übernommen
				Christian Haffner	Schwierig ist adäquate WB-berechtigte zu bekommen-> Katalog eher für kontraproduktiv, stattdessen: Positivliste für Weiterbilder. Man braucht für Pädiatrie offensichtlich keine weitere Qualifikation, was ich jedoch für wichtiger halte. Gerade was Verordnungen und Vorsorgeuntersuchungen angeht.	Das ist nicht so zu sehen – aktuell ist es eher umgekehrt: die Weiterbilder finden keine AiW. Eine Positivliste ergäbe sich doch aus der erreichten Punktzahl im Kriterienkatalog. Die Veröffentlichung der erreichten Punkte auf der Homepage der Kammern könnten wir anregen. Pädiatrie – da gibt es eher einen Engpass – ein hoch brisantes Gebiet auch in der Diskussion mit den Pädiatern – hier keine zusätzlichen Schranken einziehen!



				Georg Kügel	Aufpassen: Neubeantragen- den ÄiW hier keine Steine in den Weg legen, da 6 Punkte notwendig sind. Sonderwertung (+2) für ein Einstiegs-Seminar für Weiterbilder	Hier wollten wir nicht nachgeben: Seminare zur Qualifikation von Weiterbildern sind unbedingt zu fordern. Das Label DEGAM-Hospitationspraxis ist leicht zu erwerben. Der Kriterienkatalog dient hier auch mit dazu, dafür Werbung zu machen. Erfahrung bisher Weitergebildeter als Kriterium: => noch mal drüber nachdenken, ob das wirklich Qualität spiegelt.
5.		Führen des Labels DEGAM-Hospitations-Praxis	+ 2	Thomas Ledig	Bezügliche der Qualifikations-Seminare: werden die denn flächendeckend angeboten?	Nein, werden sie nicht. Hier wollen wir den Kriterienkatalog als Instrument dafür verwenden, dass es ausreichend solcher Seminare gibt.
6.		Ausbildung als Leiter eines QZ	+ 2 + 4	Albrecht Stein	Eine gewisse Erfahrung mit Weiterbildung soll positiv berücksichtigt werden.	Übernommen. Die Tätigkeit als QZ-Moderator spiegelt eine wichtige Lehr-Qualifikation wider
				Michael Braun	Lehrpraxis für Studenten auch Pluspunkte erhält, da eine gewisse didaktische Erfahrung vorhanden ist.	⇒ übernommen
7.	Hautkrebs-Screening			Fabian Holbe	was mir aus meiner hausärztlichen Praxis fehlt sind Hautkrebscreening - bzw die Beschäftigung mit Dermatologie	Nicht übernommen. Evidenz für den Nutzen des Hautkrebs-Screening s ist schlecht.

### Domäne Infrastruktur:

Nr.	Kriterien	Bewertung	Punkte-Korrektur	Autor	Kommentar	Vorschlag zur Bewertung des Kommentars
7.	<b>Praxisgröße (Fallzahl je Arzt)</b>	<400 (p.A.) 401 – 650 651 – 1000 1001-1499 >1500	-4 -2 0 -2 -4	Andreas Klement	Mindestfallzahl als obligates Kriterium	Nicht übernommen - damit fiele eine zu große Fallzahl als Nachteil einer Praxis weg.
				Martin Gerken	Gut!	
				Uwe Popert	Untere Grenze höher	übernommen. Bei <400 Patienten soll es gar keine WB-Erlaubnis geben
				Armin Mainz	Grenzziehung ist schwierig; habe aber auch keine Patentlösung.	Es gibt mit Sicherheit keine.
				Erika Baum	Ich würde erst ab >1200 Patienten (oder Berechnung nach Abzug von Vertretungs-/Notdienstfällen) abstaffeln.	Hier müssen wir die Situation auf dem Land berücksichtigen => übernommen
				Bert Huenges	<400 kein Punkt, 401-650 2 Punkte, 651-1000 4 Punkte, 1001-1499 2	Gering veränderte Zahlen übernommen.

	Punkte	
Georg Kügel	Zu streng: besser -3;-1;0;-1;-3	nicht übernommen. Untere Grenze als Ausschlusskriterium, Auf der anderen Seite ist es wichtig, dass eine sehr hohe Patientenzahl nicht dazu führt, dass nicht weitergebildet wird, sondern die ÄiW nur als Arbeitskräfte ausgenutzt werden.
Joachim Wewerka	-4 -2 0 -2 hier bei GP/PG Nicht zwingend! -4	Nicht übernommen. Die Patientenzahl bezieht sich auf den Arzt, nicht auf die Praxis
Thomas Ledig	Nur mal zum Nachdenken: wäre die Eignung einer für Behinderte zugänglichen Praxis nicht mindestens auch 1 Punkt wert??	Nicht übernommen. Eine Treppe vor der Praxis ist kein Kriterium für eine schlechte Weiterbildung
Jade	Punktabzüge, wenn man geforderte Scheinzahl nicht genau trifft finde ich nicht richtig	Argument: zu kleine Zahl: zu stark eingeschränktes Patientenspektrum. Zu große Zahl: Gefahr, dass die ÄiW ausgenutzt und nicht unterrichtet werden.
Michael Braun	Keine Lehrpraxis < 600; Grenzen nach oben sollen ein bisschen erhöht werden, da die Praxen auf dem Land schon jetzt durch. viel mehr Scheine haben	⇒ KO-Kriterium übernehmen, allerdings bei <400 Scheinen. „Neutralbereich auf 1000 Scheine erhöhen, ab dann Staffelung bei 1500 beibehalten. Wer allein über 1500 Patienten versorgt, kann nicht mehr gut weiterbilden
Gero Kärst	Staffelung. >400/750/1100/>1500 Korrektur: z.B. 1000(1100)-1500 Fälle -2 bei GP 0 >1500 -4 bei GP -2	Differenzierung nicht übernehmen. Über 1500 Patienten pro Arzt behindern auch in einer Gemeinschaftspraxis definitiv die Weiterbildung
Max Kaplan	bei der Praxisgröße würde ich einen Cut bei 600 statt 650 Fällen und 1200 statt 1000 Fällen in der Einzelpraxis machen also bei 600 – 1200 0 Punkte. Die GP müsste entsprechend berücksichtigt werden. Z.B. 1200 bis 1800 Fälle 0	⇒ Ähnlich umgesetzt

					Punkte.	
8.	<b>Einsatz strukturierter Instrumente zur Weiterbildung</b>	DEGAM-Feedback-Bogen Allgemeinmedizinische Weiterbildung	+ 1	Armin Mainz	Wie soll das sichergestellt werden?	Dieses Kriterium dient eher der Werbung für die DEGAM-Instrumente als der tatsächlichen Beurteilung der Qualität der Weiterbilder
		DEGAM-Curriculum „Die Praxis als Lernort	+ 1	Georg Kügel	Curricula müssen veröffentlicht werden, damit sie sowohl vom Interessenten als auch vom AiW gelesen werden können	Das Curriculum ist veröffentlicht auf der Seite der DEGAM-Sektion Weiterbildung
		Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin	+ 1			

9.	<b>Praxisform</b>	Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft	+ 2	Armin Mainz	Was ist der Vor-/Nachteil? Ist das auch bei PG der Fall? Anders gesagt: Eine Einzelpraxis mag engagierter sein als eine PG, die sich zur Abrechnungsoptimierung gebildet hat. (Wohlgemerkt: ich bin in einer GP)	Es bleibt hier eine Kontroverse: einerseits stellt der Austausch innerhalb einer Gemeinschaftspraxis einen Wert an sich dar, auf der anderen Seite gibt es sicherlich viele sehr engagierte in Einzelpraxis arbeitende Weiterbilder => Abstufung auf 1 Punkt
				Albrecht Stein	Oder MVZ als Kriterium	Nicht übernommen. MVZ birgt die Gefahr, dass die hausärztliche Filterfunktion durch die Bedarfe des MVZ leiden kann. Ansonsten wie hausärztliche Gemeinschaftspraxis zu werten
		Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft	+2	Jade	Wertung einer Gemeinschaftspraxis mit +2 gegenüber der Einzelpraxis mit 0 Punkten nicht gerechtfertigt ist - auch eine Einzelpraxis kann gute Voraussetzungen für eine Weiterbildung bieten; besser nur +1 für GP; Fallzahlen: durchschnittliche Landarztpraxis bekommt wegen der Fallzahlen ordentliche Abzüge, besser: durchschnittliche Fallzahlen	⇒ Absenkung GP-Bonus

		Einzelpraxis	0	Thomas Ledig	„Praxisform“ halte ich für kein gutes, die WB qualifizierendes Kriterium	⇒ Absenkung GP-Bonus s.o.
10.	Technik	Elektronische Karteikarte nicht vorhanden und Rezepte/Überweisungen per Hand	-2	Bert Huenges	Kein Abzug für das Fehlen, sondern positive Bewertung bei Vorhandensein	⇒ Übernommen
11.	Technik	Zugriff auf Online-Datenbanken (Arzneitelegramm, Pubmed, Leitlinien)	+2	Attila Altiner	Sollte sowas tatsächlich kommen, wird die Nutzung von online-Datenbanken in der Praxis bestimmt um 1000% zunehmen.	Einerseits ist die Einhaltung dieses Kriteriums ist tatsächlich kaum zu kontrollieren. Trotzdem setzen wir hier auf den normativen Effekt, dass, indem nach den Online-Datenbanken gefragt wird, ein Anstoß gegeben wird, sich darum zu kümmern.
				Dagmar David	Zugriff, der m. W. durchweg frei zugänglich sind. Genau betrachtet fordern Sie also einen (frei) verfügbaren Internetzugang.	⇒ Übernommen
				Martin Gerken	Besser: „freier Internetzugang“	⇒ Übernehmen s.o.
				Georg Kügel	Aus datenschutzrechtlicher Sicht und von der Patientenakzeptanz nur sehr schwer umsetzbar, und deswegen überbewertet.	Konträre Entscheidung nach konträren Rückmeldungen. Allein um eine Evidenz-/UAW- oder LL-Recherche durchführen zu können, ist Internet unumgänglich.

12.	Technik	Einsatz einer Videokamera zu Ausbildungszwecken	+2	Barbara Ibe	Wenn immer mehr Praxen ohne Nachfolger schließen, wird doch die Arbeit für die verbleibenden immer mehr. Wo bitte sollte da Zeit für eine Videokamera sein?	Hier brauchen wir vermutlich einen inhaltlichen und Qualifikations-Sprung nach vorne. Das wird sicher für eine Übergangs-Zeit, bis es läuft, nicht einfach sein. Ansonsten gilt auch hier: allein die Frage kann einen normativen Impuls auslösen
				Max Kaplan	Die Videokamera mit 2 Punkten zu versehen möchte ich hinterfragen, so sinnvoll ihr Einsatz in der Zukunft auch sein wird (um Einholen eines Konzils)	hier geht es uns weniger um Konsile als um den Einsatz für die Weiterbildung selbst: die ÄrztInnen in Weiterbildung sollen ärztliche Haltung und gutes Kommunikationsverhalten trainieren mit Hilfe der Kamera. Nur die Hardware allein reicht natürlich nicht. Aber die Anregung im Kriterienkatalog kann vielleicht den Einen oder Anderen veranlassen, über den Einsatz dieser Technik nachzudenken, der aus der Weiterbildung in den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und Großbritannien nicht mehr wegzudenken ist.
				Thomas Ledig	Das macht m.E. nur Sinn, wenn der WBB mit den rechtlichen Rahmenbedingungen vertraut ist und mit Aufzeichnungen und ihrer Auswertung umgehen kann -> Qualifikation bzw, WB-qualifizierender Kurs notwendig!	Eben. Das Absolvieren solcher Kurs wird oben gefordert
				Michael Braun	Fotokamera notwendig. Videokamera meist störend!	Es geht um die Beobachtung und Analyse des ärztlichen Kommunikationsverhaltens - belassen
				Dagmar David	Methode sehr innovativ und ansprechend! Setzt aber unabhängig einer erforderlichen Einwilligung der Patienten auch eine entsprechende Aufbereitung,	Der Item sollte belassen werden – ein valideres Kriterium als die „Hardware“ haben wir vorerst nicht – evtl. zukünftig im Rahmen einer Begehung abprüfbar: gibt es Einverständnisformulare für die

					Diskussion mit kompetenten Weiterbildern voraus - nur den Einsatz der "Hardware" zu fordern erscheint mir zu kurz gesprungen.	Patienten? Liegen Filmdokumente vor? Werden die tatsächlich auch analysiert.
				Michael Rausch	Im Alltag sehr aufwendig, außerdem Anteil Weiterbildung mit medizindidaktischer Weiterbildung zur Zeit noch zu gering ist; Videofeedback kann auch traumatisieren; Erläuterungen zu den Items stimmt er zu	Argumente s.o. - u.a. dafür brauchen wir die Seminare zur Qualifikation der Weiterbilder
				Georg Kügel	sinnvoll	
13.	<b>Technik</b>	Nutzung eines Spirometers ausweislich der GOP 03330	+1	Andreas Klement	Kann in anderen Weiterbildungsabschnitten erworben werden	Ja. Die Spirometrie ist aber spätestens mit einer sehr häufig eingesetzten und v.a. auch erlernbare Untersuchung.
14.	<b>Technik</b>	Nutzung eines LZ-EKG-Gerätes ausweislich der GOP 03322	+1	Thomas Ledig	ersatzlos streichen	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
				Georg Kügel	Sinnvoll, aber nur wenn auch ausgewertet wird und das in einer genügenden Anzahl	Entfällt mit der Streichung
15.	<b>Technik</b>	Nutzung eines LZ-RR- Gerätes ausweislich der GOP 03324	+1	Georg Kügel	Absolut sinnvoll und auch relativ sicher zu Interpretieren	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
16.	Ohne Verfügbarkeit eines <b>Sonographie-Gerätes</b> kann keine Weiterbildungsermächtigung für mehr als 12 Monate erteilt werden.			Andreas Klement	Kann in anderen Weiterbildungsabschnitten erworben werden	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht

			gelernt haben,
	Erika Baum	Fehlendes Sono sollte durch strukturierte Kooperation mit geregelter Hospitation ersetzt werden können.	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
	Bert Huenges	Mind. täglich Sono Abdomen GOP 33012 und Schilddrüse 33042 2 Punkte	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
	Martin Gerken	Und EKG? Pflicht! Und Ergo?	EKGs werden in allen Praxen vorgehalten. Der prädiktive Wert der Ergometrie wird hoffnungslos überschätzt
Ohne Verfügbarkeit eines <b>Sonographie-Gerätes</b> kann keine Weiterbildungsermächtigung für mehr als 12 Monate erteilt werden.	Jade	Unbedingt beibehalten, sollte sogar bewertet werden; Schallen wurde in der Praxis und nicht im Krankenhaus gelernt;	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
	Jörg Schelling	Allerdings möchte ich anregen die Sonographie in ihrer Qualität zu differenzieren. Eine Duplex-Untersuchung der Carotiden, eine Sonographie des Thorax usw. stellen aus meiner Sicht keine Leistungen dar, die nicht in einer Hausarztpraxis durchgeführt werden sollten. Wir dürfen uns nicht auf Abdomen + Schilddrüse beschränken. Wir sollten keine Kompetenzen an irgendwelche Fachbereiche verlieren wenn es im Prinzip alles recht einfach machbar ist in einer Hausarztpraxis. Die IMD ist definitiv umstritten. Ich denke wirklich auch an Pleuraergüsse, Hodenschwellungen, Lymphknotenschwellungen,	Stellenwert der Carotiden-Sonographie generell völlig unklar, erst recht ein Duplex hat in einer Hausarzt keinen Platz.  Eben. Wenn die Prädiktion der IMD so unklar ist, warum dann fordern?

		Bewegungsapparat & Gelenke usw.		
		Joachim Wewerka	Hier sollten aber für eine positive Bewertung auch der Umfang der genehmigten Organziffern bewertet werden ! z.B. Abdomen : +4 SD: +2 Doppler : +2	Streichung Sonographie übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
		Kathrin Schluttig	Soll raus.	Umgesetzt
		Georg Kügel	Sonografie ist eine sehr wichtige und sinnvolle Untersuchung Ganz außen vor lassen kann man es definitiv nicht! Mein Vorschlag: Abdomen +2; SD +2; Beinvenen B-Bild +1; Farbdopplergerät +1	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
		Carl Rauscher	Sonografie hat unverzichtbaren Stellenwert in der Allgemeinmedizin und sollte deshalb eine quantitative und Qualitative Wertung bekommen	Streichung übernommen – Beschränkung auf Weiterzubildende, die die Diagnostik per LZ-EKG nicht gelernt haben,
		Max Kaplan	ohne Sono würde ich max. 18 Monate vorschlagen.	⇒ Sonographie als obligate Leistung rausgenommen – s.o.
	Ergometrie	Fabian Holbe	was mir aus meiner hausärztlichen Praxis fehlt, Ergometrien bei der Geräteausstattung	Nicht übernommen. Hierdurch würde die Technik noch stärker bewertet und der Katalog noch umfangreicher. Der prädiktive Wert der Ergometrie in der Hausarztpraxis ist gering. Es handelt sich um eine, wenn sie fachgerecht durchgeführt wird, sehr zeitaufwändige Untersuchung.
		Georg Kügel	Sinnvoll, da auch Leistungsfähigkeit, Blutdruck, Trainingsmangel zusätzlich zur kardialen Abklärung bewertet werden können.	Nicht übernommen. – s.o.



			Aber wie bei LZ-EKG mit Fallzahl.	
--	--	--	-----------------------------------	--

## Domäne Praxis-Spektrum:

Nr.	Kriterien	Bewertung	Punkte-Korrektur	Autor	Kommentar	Vorschlag zur Bewertung des Kommentars
17.	<b>Versorgung von Kindern und Jugendlichen</b>	Mindestens 1x pro Quartal Abrechnung der GOP 01720 und/oder 03110	+ 4	Armin Mainz	In der Außendarstellung wirkt „1 x im Quartal“ möglicherweise kontraproduktiv.	Einerseits gilt es hier die unterschiedliche Situation von Stadt- und Land-Praxen zu berücksichtigen. Vorschlag: „Die Worte „Mindestens 1x pro Quartal“ streichen
				Fabian Holbe	was mir aus meiner hausärztlichen Praxis fehlt: Kindervorsorgen (?) - zumindest in unserem sehr ländlichen Umfeld in Mecklenburg haben wir pro Arzt um 50 Kindervorsorgen / Quartal!	unterschiedliche Situation von Stadt- und Land-Praxen
				Joachim Wewerka	Die Anzahl pro Quartal sollte schon regelmäßig und deutlich höher sein!	s.o.
				Georg Kügel	Anzahl sollte höher(5-10) und dann abgestuft sein	s.o.
18.	<b>Hausbesuchstätigkeit</b>	Keine Hausbesuche	-4	Armin Mainz	Anzahl der Hausbesuche ist kein guter Indikator, es weckt Erinnerungen an die Hausbesuchstouren der Abrechnungsexperten.	Hausbesuche sind ein wesentlicher Teil und Alleinstellungskriterium hausärztlicher Tätigkeit. Es gilt hier, Versorgerpraxen zu identifizieren.
		< 10 Hausbesuche	+2			
		11-50 Hausbesuche	+3	Thomas Ledig	Keine Hausbesuche“ ist eine absolute Killerbedingung für die WBB. Erstens ist ein Vertragsarzt zur Durchführung von Hausbes. verpflichtet Zweitens können wir es nicht zulassen, dass Praxen, die eine HB-Tätigkeit ablehnen, weiterbilden	⇒ übernommen
			+4			

		> 50 Hausbesuche/Quartal ausweislich der GOP 01410-01415		Huenges	Bewertung anders: 0, 4, 6, 8	Hier würde in der Tat eine Überbewertung, wie von Armin Mainz befürchtet, drohen. Außerdem geht der Trend ohnehin auch zu VERAH-Besuchen => nicht übernommen.
				Max Kaplan	Hausbesuche: < 20 HB 2 Punkte	⇒ übernommen
19.	<b>Strukturierte Versorgung chronisch kranker Menschen</b>	Teilnahme an den hausärztlichen DMP Asthma, COPD, Diabetes und KHK	+ 1	Armin Mainz	Völlig unterbewertet!	Auf 2 Punkte erhöht
		Durchführung von DMP-Schulungen in der Praxis oder Teilnahme an Schulungsverein	+ 2	Joachim Wewerka	Nur +1 anstelle von +2	Nicht übernommen. Schulungen sind ein wesentlicher Teil von Patienten-Empowerment und DMP

## Weitere Kriterien:

Fabian Holbe	Der/die Assistent benötigt einen eigenen Behandlungsraum - das war zumindest in MV bisher Kriterium und daran würde ich auch gern festhalten.	Ist als obligates Kriterium enthalten
Ferdinand Gerlach	Die Teilnahme an einer (DEGAM-) Verbundweiterbildung sollte zusätzlich ebenfalls betont und mit Punkten anerkannt werden.	⇒ Übernommen
Hubert Bakker	es fehlt m.E. die Notfallmedizin -Fortbildung und die regeln . Teilnahme am Notdienst (je 1 Punkt)	⇒ Teilnahme am Notdienst übernommen
Bert Huenges	Hilfe beim Suchen und Finden eines Mentors für die allgemeinmedizinische Weiterbildung	In den Teil oberhalb der Tabelle übernommen – ansonsten nur durch einfache Erklärung zu erbringen.
Albrecht Stein	mindestens 1x pro Quartal Durchführung von Weiterbildungsgesprächen	⇒ Übernommen
	Für andere Zusatzbezeichnungen (z.B. Sportmedizin) sollten ebenfalls positive Korrekturpunkte vergeben werden (z.B. +2)	⇒ Nicht übernommen. Der Katalog soll ja gerade die Breite der Allgemeinmedizin abbilden und nicht ausfransen in Richtung diverser Extras
	Um zur Weiterbildung Allgemeinmedizin zugelassen zu werden, müssen von 15 möglichen Punkten in der Domäne Praxis-Spektrum mindestens 8 erreicht werden.	Die Punkte sind bei der korrigierten Version ohnehin neu ausgerechnet worden.
	20. Versorgung/Betreuung von Alten- und Pflegeeinrichtungen – mindestens 50 Pflege-/Betreuungspatienten +2 21. Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst an Wochenenden/nachts/an Feiertagen mindestens 1x im Monat (Beweis: Abrechnung) +2 22. Teilnahme am Notarzteinsatzdienst mindestens 1x pro Monat (Beweis: Abrechnung) +2 23. spezielle Tätigkeit, z.B. Mitarbeit an der Lehre oder Forschung an einer Uni i.V. mit dem wissenschaftlichen Weiterbilder +2 24. Erstellung von Gutachten im Zusammenhang mit der Weiterbildung +1	Heimbetreuung schlecht zu operationalisieren. Allenfalls durch Selbsterklärung: die und die Heime werden versorgt ⇒ Notdienstteilnahme übernehmen  ⇒ Teilnahme am Notarzteinsatzdienst nicht übernehmen – zu speziell  ⇒ Lehrarztstätigkeit mit aufnehmen als Kriterium  ⇒ Nicht übernehmen. Alle Hausärzte schreiben Gutachten, also keine Trennschärfe. Zudem kaum operationalisierbar.
Thomas Ledig	Aktive Teilnahme am ÄNFD mit 1 Pkt. bewerten (Jean)	⇒ Übernehmen. Ich würde vorschlagen: 2 Punkte
	-Durchführung und Abrechnung des geriatrischen Basisassessments -Belastungs-EKG (viel relevanter als LZ-EKG!)	⇒ übernommen  ⇒ Nicht übernommen. Sehr zeitaufwändige Untersuchung, schlechte Prädiktion
	-Durchführung von Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen -Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern (ab U2)	⇒ Nicht gesondert übernommen – oben wurde 1 Punkt für gynäkologische Weiterbildung vergeben
	-Basiskurs Schutzimpfungen oder Nachweis regelmäßiger - Fortbildungen dazu -Qualifikation Suchtmedizin (Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen, Substitutionsbehandlung)	⇒ Nicht übernommen. In Hausarztpraxen wird ohnehin geimpft.  ⇒ Nicht übernommen. Es wird hier keine Extra-Schulung gebraucht
	- Umgang mit Pharmareferenten und evtl. Vorteilsnahme (s.	⇒ Nicht übernommen – Begründung s.o. – schlecht zu realisieren

	aktuelle Kolumne von B. Hontschik - IGeL-Politik der Praxis.	⇒ Inhaltlich sinnvoll, aber sehr schwer zu operationalisieren.
	„ Um als Weiterbilder zugelassen zu werden müssen 6 von 20 Punkten erreicht werden“ -> was z.B. nur damit erreicht werden kann, bereits 4 Assistenten vor 15 Jahren gehabt zu haben und Hospitationspraxis zu sein. – Das darf nicht!!! Kleine Chirurgie – zumindest Wundversorgungen akut und chronisch – gehören zu unserem Kerngeschäft!!!	Die Punkte sind ohnehin noch einmal neu ausgerechnet worden.  Aufgewertet
	Anhand der Punkte lässt sich keine Gradierung für die WB-Dauer ableiten. das hängt viel mehr vom Patientenspektrum und dem Organisationsgrad einer Praxis ab!	Die Punkte sind ohnehin noch einmal neu ausgerechnet worden.
Jean Chenot	In der Domäne Praxisspektrum würde ich Betreuung von Patienten in Pflegeheimen aufnehmen	⇒ Nicht übernehmen, allenfalls über Selbstauskunft Heimbetreuung – siehe Diethard Sturm
Huenges	Besuch von Heimpatienten mind. 1 Mal im Quartal -> 1 Bewertungspunkt	⇒ Übernommen durch Selbstauskunft Heimbetreuung
	Betreuung von Palliativpatienten-> Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und häusliche Sterbegleitung (mind 1 Fall/Q) +1	⇒ Nicht übernommen. Alle Hausärzte sind palliativmedizinisch tätig und begleiten Patienten beim Sterben. Wir brauchen hierfür keine gesonderte Zusatzqualifikation
	Besondere Schwerpunkte: Zusatzbezeichnungen NHV, Psychotherapie, Sportmedizin, Suchtmedizin, Geriatrie etc. (pro Bez. 1 P, max 2) +2	⇒ Nicht übernommen, Begründungen s.o.
	<b>Maximal erreichbare Punkte:</b> 60 Punkte Denkbare Einteilung: 20-30 Punkte: 6 Mon. 30-35 Punkte: 12 Mon. 35-40 Punkte: 18 Mon. 40-60 Punkte: 24 Mon	Die Punkte sind ohnehin noch einmal neu ausgerechnet worden.
Dagmar David	Man müsste einen Punkt aufzunehmen, der den Umgang mit Fortbildungen / Kursen für die jungen Kollegen regelt.	Ist mit den Qualifikations-Seminaren für die Weiterbilder gemeint.
Hubert Bakker	Es fehlt die Notfallmedizin - Fortbildung und die regelm. Teilnahme am Notdienst (je 1 Punkt)	Notfall-Medizin-Fortbildung – schwer zu operationalisieren. Übungen in der eigenen Praxis sind sicher erheblich effektiver als die Teilnahme an irgendwelchen Seminaren. Notdienst-Punkt aufnehmen
Joachim Wewerka	In Bezug auf Punkt 16 der Vorlage: Hier sollte aber auch auf die Bandbreite der durchgeführten Sonounter-suchungen abgestellt, und diese unter dem Gesichtspunkt einer breiten Qualifikationsvermittlung ( hoher Professionalisierungsgrad und Bescheinigung für KV-Abrechnungsberechtigung durch Zeugnis ) bewertet werden.	Nicht übernommen – Stellenwert der unterschiedlichen Anwendungen der Sonografie in der Hausarztpraxis zumindest kontrovers.
	In Bezug auf Punkt 17: Wobei aber die Zahl Mindestens 1 Untersucher dieser Altersgruppe der aufgestellten Zielvorgabe nicht ausreichend gerecht wird!	Formulierung angepasst s.o.
Georg Kügel	Mitgliedschaft in einem Weiterbildungsverbund sollte auch noch Berücksichtigung finden. (+2)	⇒ Übernommen
	Weiterbilder-Qualifikation Zusatzbezeichnungen: Betriebsmedizin, Palliativmedizin, Proktologie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Sportmedizin, Schmerztherapie,	⇒ Nicht übernommen – Argumente siehe oben

	<p>Diabetologie, Allergologie (jeweils 1 Pkt; evtl. 2 Punkte mehr wenn Weiterbildungsbefugnis); aus Domäne A müssen 4 Punkte erreicht werden</p> <p>Neue Einteilung im Domain B siehe oben. Auch hier sollen mindestens 4 Punkte erreicht werden.</p> <p>Neue Einteilung Domain C siehe oben. Auch hier sollen mindestens 4 Punkte erreicht werden.</p> <p><b>Maximal erreichbare Punkte:</b> nicht entscheidend, da realistisch nicht erreichbar! Punkte eher zum Vergleich des Weiterbildungsangebotes Denkbare Einteilung: 12-20 Punkte: 6 Mon. 21-28 Punkte: 12 Mon 29-36 Punkte: 18 Mon. &gt;36 Punkte: 24 Mon</p>	Die Punkte sind ohnehin noch einmal neu ausgerechnet worden.
Uwe Popert	Weitere Bewertungskriterien: Teilnahme an einem WB-Verbund, Lehrauftrag, Leitlinienerstellung, wissenschaftliche Arbeit, DEGAM-Mitgliedschaft etc. ebenso, Pharma-Werbefreiheit, DEGAM-Patienteninfos im Wartezimmer, Verwendung von DEGAM-LL, EPA-QM	<p>Teilnahme WB-Verbund übernommen</p> <p>Lehrauftrag nicht gesondert zu Lehrpraxen übernommen</p> <p>LL-Erstellung: nicht übernommen, weil das zu Wenige sind</p> <p>DEGAM-Mitgliedschaft: nicht gesondert zur Nutzung von durch die DEGAM erarbeiteten Tools übernommen</p> <p>Pharma-Werbefreiheit: schlecht zu operationalisieren – allenfalls im Rahmen einer Begehung</p> <p>DEGAM-Patienteninfos im Wartezimmer: nicht übernommen – es gibt gute Argumente, die Infos nicht ins Wartezimmer zu hängen. Vielleicht eher: Infos sind vorhanden.</p> <p>DEGAM-LL –übernehmen. Es werden allerdings immer weniger</p> <p>EPA – nicht übernommen. Die Bevorzugung vor QEP oder EFQM ist schlecht zu rechtfertigen</p>
Diethard Sturm	Aber wo ist denn die Geriatrie, das geriatrische Basisassessment, die Betreuung im Heim, Kooperation mit Pflege, mit Physiotherapeuten und Ergotherapeuten? Ist die Vernetzung nicht wichtiger als die Maschinen? Sind die DMP noch das Gelbe vom Ei, bzw. gibt es Hausärzte, die sich dem verweigern?	<p>Geriatrisches Basisassessment – die Evidenz für dessen Nutzen hinsichtlich möglicher Konsequenzen ist dünn. Trotzdem übernommen.</p> <p>Heimbetreuung: schwer operationalisierbar – am ehesten durch Selbsterklärung, welche Heime versorgt werden</p> <p>Kooperation mit anderen Berufen wichtig, aber nicht operationalisierbar.</p> <p>DMP – nicht das Gelbe vom Ei, aber wichtiges Element für strukturierte Versorgung chronisch Kranker</p>
Max Kaplan	mir fehlen hier: Betreuung von Altenheimen – Geriatrie – und Präventionsleistungen z.B. Check up 35 und Impfungen.	<p>⇒ Geriatrisches Assessment übernommen.</p> <p>⇒ Die Datenlage zum Nutzen der Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V (bitte nicht "Check-up" nennen!) ist dünn. Allein aus finanziellen Gründen werden die meisten Ärzte diese Untersuchung abrechnen, weshalb sie nicht hinsichtlich einer Trennschärfe taugt.</p>