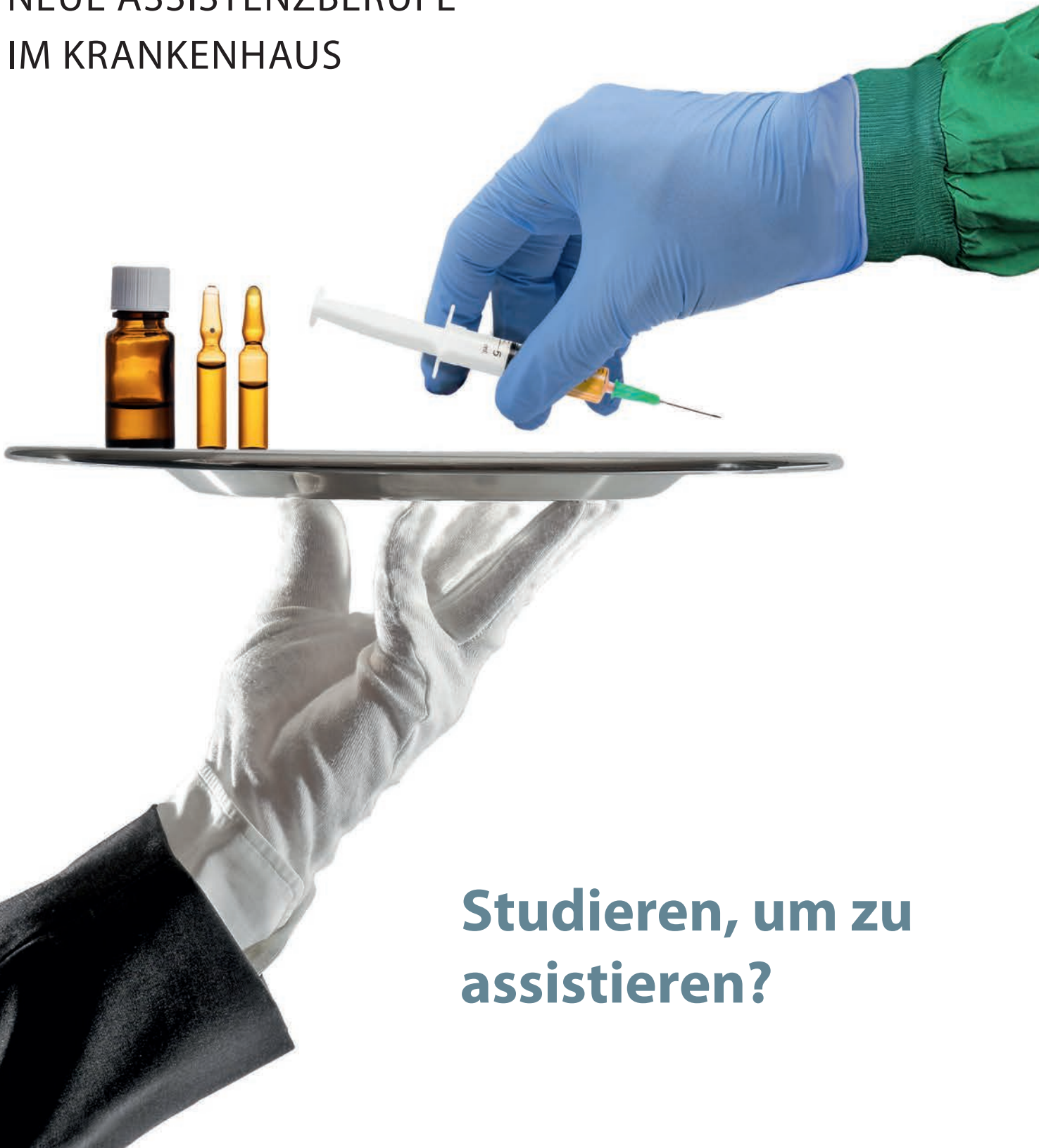


## NEUE ASSISTENZBERUFE IM KRANKENHAUS



**Studieren, um zu  
assistieren?**

# Arztinformati- onsystem – für rationale Pharmakotherapie unverzichtbar

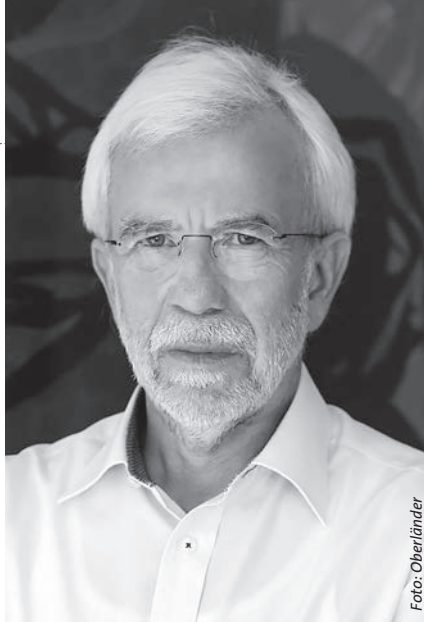


Foto: Oberländer

**Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig**  
ist Vorsitzender der Arzneimittel-  
kommission der deutschen  
Ärzteschaft (AkdÄ).

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) wurde im Jahr 2011 die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel eingeführt. Seitdem muss der Zusatznutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie belegt werden. Dies hat nicht nur unsere Kenntnisse über Wirksamkeit und Sicherheit neuer Wirkstoffe wesentlich erweitert, sondern auch Transparenz hergestellt hinsichtlich der mitunter exorbitanten Preise für neue Arzneimittel bei der Zulassung, die meist aufgrund eines geringen oder nicht belegten Zusatznutzens nicht berechtigt sind.

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V werden aber häufig nicht ausreichend von der Ärzteschaft wahrgenommen, da die meist umfangreichen Informationen zwar auf der Homepage des G-BA veröffentlicht, aber bisher nicht in einer verständlichen Art und Weise aufbereitet wurden. Mit diesem Ziel wurde 2017 im Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV ein Arztinformationssystem (AIS) vorgesehen.

Ziele des AIS sind klar definiert: Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung durch mehr Transparenz über den Zusatznutzen. Daher sollten auch ausschließlich unabhängige, verständliche und übersichtliche Informationen zur Nutzenbewertung abgebildet werden. Dies erfordert – auch aus Praktikabilitäts-

gründen – eine standardisierte Darstellung und Hierarchisierung der wesentlichen Informationen, damit diese in der ärztlichen Tätigkeit rasch zur Kenntnis genommen werden und die Therapieentscheidung unterstützen können<sup>1</sup>. Darüber hinaus ist es essenziell, dass die Informationen der gesamten Ärzteschaft – über den ambulanten Sektor hinaus – zur Verfügung gestellt werden, beispielsweise durch Integration des G-BA in geeigneter Form in die Krankenhausinformationssysteme. Viele der sehr teuren, neuen Wirkstoffe (z. B. in der Onkologie) werden heute zunächst im stationären Bereich verordnet und auch dort werden bisher die Beschlüsse des G-BA meist verspätet oder überhaupt nicht registriert. Pharmazeutische Unternehmer, die heute beträchtliche Geldsummen ausgeben für das Marketing ihrer neuen Arzneimittel, insbesondere für solche ohne gesicherten Zusatznutzen, dürfen das AIS nicht mitgestalten, aber ggf. ergänzende Informationen beisteuern – beispielsweise zur Anwendung oder zu neuen Risiken ihrer Arzneimittel. Das AIS sollte nicht zur

Verordnungssteuerung durch die Gesetzliche Krankenversicherung eingesetzt werden. Eine, von einigen Fachgesellschaften angeregte Darstellung von Inhalten der Leitlinien im AIS, hält die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) nicht für sinnvoll, da die heute zum Zeitpunkt der Zulassung meist noch lückenhaften Kenntnisse über den Zusatznutzen neuer Arzneimittel eine evidenzbasierte Berücksichtigung in Leitlinien nicht erlauben.

Die sinnvolle Ausgestaltung des AIS wird sicherlich noch einige Zeit in Anspruch nehmen, zumal die dafür notwendige, vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende Rechtsverordnung aufgrund der laufenden Koalitionsverhandlungen zunächst auf Eis gelegt wurde. Ein vernünftig konzipiertes AIS, das Informationen aus der frühen Nutzenbewertung den ambulant bzw. stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten gut verständlich und übersichtlich zur Verfügung stellt, wird ohne Zweifel – neben anderen unabhängigen Informationsquellen (z.B. AkdÄ, unabhängige Arzneimittelbulletins) – ein wichtiges Instrument sein, um frühzeitig über neue Therapieoptionen und ihre Risiken, gelegentlich aber auch über die noch unzureichende Evidenz zu informieren. Davon könnten auch Patienten profitieren, die besser als bisher über Vor- und Nachteile neuer Arzneimittel aufgeklärt werden können – ganz im Sinne einer informierten Patientenentscheidung. Hoffentlich entwickelt sich aber das AIS angesichts des Vorschlags der Europäischen Kommission zur zentralisierten Bewertung neuer Arzneimittel und Abschaffung nationaler, gut etablierter und sehr bewährter Verfahren wie der frühen Nutzenbewertung in Deutschland nicht zu einem Potemkinschen Dorf.

<sup>1</sup> (vgl. hierzu das gemeinsame Statement von BÄK, AkdÄ, KBV, KV Westfalen-Lippe, DKG, AWMF und BAG Selbsthilfe auf S. 31)

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Verabreichung von i. v.-Medikamenten



### Was ist das Netzwerk CIRS Berlin?

Das Netzwerk CIRS Berlin ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 32 Berliner und 4 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System). Diese Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden in anonymisierter Form im Netzwerk CIRS Berlin gesammelt. Im Anwender-Forum des Netzwerks werden auf Basis der Analyse der Berichte praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgetauscht.

Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

### Eine Pflegekraft berichtet ein nach ihrer Einschätzung monatlich auftretendes Ereignis:

Intravenöses Medikament beim falschen Patienten gespritzt! Eine neue Mitarbeiterin hatte noch keine i.v.-Schulung und eine andere Mitarbeiterin musste nebenbei spritzen, ohne dass sie den Patienten kannte (sie hatte selbst mehrere Patienten zu versorgen, der Patient gehörte nicht zu den von ihr zu betreuenden Patienten). Gründe für das Auftreten des Ereignisses sind ein hohes Arbeitsaufkommen und „zu wenig kommuniziert“, es hieß nur „Spritz mal bitte!“. Keine Info, wo im Zimmer der Patient liegt (vorne/hinten), es wurde auch nicht nachgefragt. Zeitlich war es nicht machbar, mehr zu kommunizieren. Neue Mitarbeiterin hatte keine i.v.-Schulung, da diese zur Zeit nicht angeboten wird.

### Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerks CIRS Berlin:

In vielen Krankenhäusern wird die Gabe von i.v.-Medikamenten (in liegende venöse Katheter) nach entsprechender Schulung und der Ausstellung eines „Spritzenscheins“ an Pflegekräfte delegiert. Auch in dem Haus, aus dem dieses Ereignis berichtet wird, ist dies so geregelt. Dieses System hat hier grundsätzlich funktioniert – die Pflegekraft, „deren Patient“

das Medikament intravenös erhalten sollte, hatte die entsprechende Schulung noch nicht erhalten und bat daher richtigerweise um Unterstützung. Daher soll es in diesem Kommentar nicht um die Delegation ärztlicher Leistungen gehen. Diskutiert werden soll dagegen bei diesem Ereignis die Frage, wann üblicherweise festgestellt wird, ob die Mitarbeiter in der jeweiligen Schicht über die hier geforderte Qualifikation verfügen – zum Schichtbeginn oder gegebenenfalls erst dann, wenn die i.v.-Medikamente gegeben werden sollen?

Ein weiterer Aspekt dieses Ereignisses ist die Kommunikation zwischen den Pflegekräften; der Bericht weist darauf hin, dass kaum Zeit dafür gewesen sei. Und hat die helfende Kollegin nachgefragt, zum Beispiel wo genau der Patient liegt und wie er heißt, oder war auch für eine Nachfrage keine Zeit? Ein dritter Aspekt betrifft den Prozess der Zubereitung der i.v.-Medikamente und deren Kennzeichnung, bevor sie appliziert werden. Ist die Kennzeichnung der Spritzen eindeutig (Name des Medikamentes, Dosierung, Zeitpunkt der Applikation, Vorname und Name des Patienten, ggf. Geburtsdatum)? Wird ein vorbereitetes Medikament noch einmal mit der Anordnung verglichen, bevor der Patient es erhält?

Der wichtigste Aspekt ist jedoch die Patientenverwechslung (und diese kann bei

falschem Vorgehen jedem unterlaufen, ungeachtet der Qualifikation). Die aktive Patientenidentifikation ist mittlerweile der „Goldstandard“; dennoch finden sich nach wie vor zum Beispiel in vielen CIRS-Systemen aktuelle Berichte über Patientenverwechslungen. Leider gibt es zur Umsetzung dieses Standards im klinischen Alltag kaum Daten: In manchen Häusern des Netzwerks wird in Audits erfragt, wie die Patientenidentifikation erfolgt. In anderen wird die Einhaltung der aktiven Identifikation stichprobenartig in teilnehmenden Beobachtungen überprüft.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Die korrekte **Identifikation des Patienten** muss **immer aktiv** erfolgen: Dabei werden vom Patienten Vorname, Nachname und Geburtsdatum erfragt („Wie heißen Sie und wann sind sie geboren?“). Dies muss **immer dann** erfolgen, **wenn man den Patienten nicht oder nicht sicher genug kennt**. Insbesondere bei einer i.v.-Gabe, bei der die Wirkung eines Medikamentes sehr schnell eintritt, kann eine Patientenverwechslung fatale Folgen haben. Eine Identifikation eines Patienten anhand des Zimmers, des Bettplatzes im Zimmer oder des Namensschildes am Bett ist auf keinen Fall ausreichend! Ein Identifikationsarmband kann dagegen dann genutzt werden, wenn der Patient sich selbst nicht äußern kann. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. hat bereits im Jahr 2008 eine „Handlungsempfehlung zur sicheren Patientenidentifikation“ veröffentlicht und diese in der Checkliste „Arzneimitteltherapie-sicherheit im Krankenhaus“ (2015) nochmals bestätigt (<http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>).

Diesen Fall können Sie auch unter [www.cirs-berlin.de/aktuellerfall](http://www.cirs-berlin.de/aktuellerfall) nachlesen.

Kontakt: Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH  
b.hoffmann@aekb.de  
Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung  
Ärztekammer Berlin



GASTKOMMENTAR.....

**Arztinformationssystem – für rationale Pharmakotherapie unverzichtbar**

*Von Wolf-Dieter Ludwig.....3*

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**Für mehr Kompetenz in der Weiterbildung Allgemeinmedizin**

*Von Sascha Rudat.....20*

**Das Ehrenamt – Ärzte arbeiten für Ärzte**

Der Krankenhausausschuss

*Von Sascha Rudat.....25*

**Berliner Plan zur Elimination von Masern und Röteln**

*Von Herbert Grundhewer und*

*Martin Terhardt.....29*

**Gemeinsames Statement zum Arztinformationssystem.....31**

FORTBILDUNG.....

**CIRS Berlin: Der aktuelle Fall**

.....4

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**

..... 22

TITELTHEMA.....

## STUDIERN, UM ZU ASSISTIEREN?

### Neue Assistenzberufe im Krankenhaus



Von  
*Adelheid Müller-Lissner*  
Seite 14

## Unterstützung für die Opfer des Krieges

Die Union of Medical Relief Organizations (UOSSM) bietet Opfern des syrischen Krieges medizinische Hilfe an. Was es bedeutet, in einem kriegsversehrten Land Menschen zu helfen, darüber berichteten UOSSM-Mitarbeiter und Referenten Mitte Dezember auf ihrer Konferenz in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Die Vorträge gaben einen Einblick in die aktuelle Arbeit von UOSSM, einer der größten humanitären und medizinischen Nichtregierungsorganisationen in Syrien, die medizinische Entwicklung des Landes und die aktuelle Situation in den Städten Idlib und Al-Rakka.

Dass in dieser Krise dennoch auch ein Keim der Hoffnung steckt, das wurde in den Vorträgen der Ärzte und UOSSM-Mitarbeiter deutlich. Denn neben der Behandlung von Notfällen und der kostenlosen medizinischen und psychologischen Betreuung ist ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit von UOSSM die Etablierung von Ausbildungsprogrammen, Infrastrukturprojekten und die Zusammenarbeit mit weiteren zivilgesellschaftlichen Organisationen als Grundpfeiler für die Zukunft des Landes.



Riad El Kassur (UOSSM), KV Vorsitzende Margret Stennes und Kammerpräsident Günther Jonitz (v.l.).

Dr. Margret Stennes, Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, ging in ihrer Begrüßung auf das Motto der Veranstaltung ein: „Dieser großen Herausforderung, in Zeiten der Krise Hoffnung zu schöpfen und auch zu geben, haben sich viele Unterstützer gestellt.“ Auch die Ärzte und Helfer bei UOSSM würden zum Teil unter schlimmsten Bedingungen und Lebensgefahr arbeiten, um Verletzte, unabhängig von Nation, Religion, ethnischer Herkunft oder politischen Gesinnung, medizinisch zu versorgen und das

syrische Gesundheitswesen wieder aufzubauen. „Damit geben Sie den Menschen Hoffnung. Dafür gebührt Ihnen unser höchster Respekt.“ Dem schloss sich Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, an. Er sprach in einem Grußwort seine Anerkennung für die politisch-humanistische Arbeit von UOSSM aus. Nach der Begrüßung berichteten UOSSM-Mitarbeiter und weitere Referenten über die aktuelle Lage in Syrien, ihre Arbeit und die besonderen Herausforderungen.

### Hintergrund

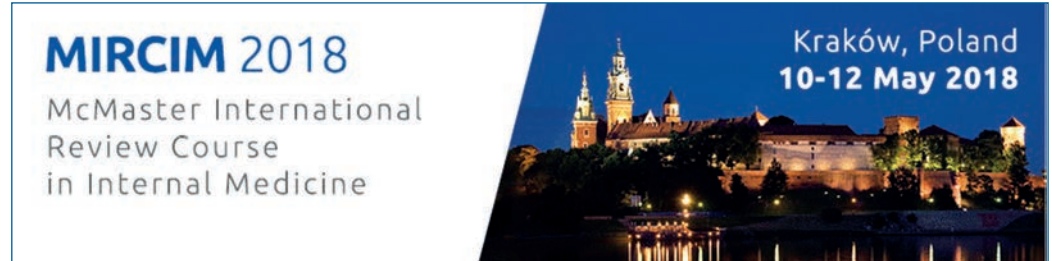
UOSSM ist eine Vereinigung humanitärer, medizinischer Nichtregierungsorganisationen aus Deutschland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, der Schweiz, der Türkei, den USA und dem Vereinigten Königreich. Sie bietet allen Opfern des syrischen Krieges, unabhängig von Religion, Herkunft oder politischer Einstellung, medizinische Hilfe.

Mehr Informationen über die Arbeit von UOSSM Germany: [www.uossm-germany.de](http://www.uossm-germany.de)

### 4. MIRCIM-Kongress: Sonderkonditionen für ÄKB-Mitglieder

Der 4. McMaster International Review Course in Internal Medicine (MIRCIM) findet vom 10. bis 12. Mai 2018 im polnischen Krakau statt. Der internationale Kongress für Innere Medizin wird von der McMaster University, Kanada, organisiert.

Die äußerst renommierte McMaster University ist eine von nur vier kanadischen Universitäten, die zudem unter den Top 100 der Welt geführt wird. Sie gilt als Geburtsstätte der evidenzbasierten Medizin, des „Problem-orientierten Lernens (POL) und der Weiterentwick-



lung der Lernkultur von Continuing Medical Education (CME) zum modernen Konzept eines „Continuing Professional Development“ (CPD). Am ersten Tag können die Teilnehmer aus einer Reihe von Workshops auswählen, an denen sie teilnehmen möchten.

Die Ärztekammer Berlin freut sich, wieder Kooperationspartner des diesjährigen Kongresses sein zu können. Für Mitglieder der Ärztekammer Berlin gelten daher Sonderkonditionen (230 statt 290 € Kongressgebühr). Geben Sie bei der Registrierung unter

Institution bitte „Member of the Berlin Chamber of Physicians“ an, um in den Genuss der Sonderkonditionen zu kommen. Alle Kongressinformationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter: [www.mircim.eu](http://www.mircim.eu)

Runder Tisch

## Aktionsprogramm für Geburtshilfe beschlossen

Gesundheitssenatorin Dilek Kolat (SPD) will die Geburtshilfe in Berlin stärken. Auf ihre Einladung hatten sich am 1. Februar mehr als 50 Vertreterinnen und Vertreter von Eltern, Geburtskliniken, Hebammen, Krankenkassen, Ausbildungsstätten, Ärzten und Verwaltung zum zweiten Mal am Runden Tisch Geburtshilfe getroffen.

Gemeinsam verabschiedeten sie das Aktionsprogramm „Für eine gute und sichere Geburt in Berlin“. Dieses Aktionsprogramm enthält einen Maßnahmenkatalog mit 10 Punkten. Zu den zentralen Punkten gehören ein Förderprogramm in Höhe von 20 Millionen Euro für den Neu- und Umbau von Kreißsälen in Berliner Kliniken sowie der Ausbau der Ausbildungskapazitäten für Hebammen um 130 Plätze im Jahr 2020. „Berlin erlebt einen Geburtenboom. Das ist ein Grund zur Freude, stellt aber auch hohe Anforderungen an die Geburtshilfe. Am Runden Tisch sind sich alle Beteiligten einig: Wir stehen gemeinsam in der Verantwortung die bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt sicherzustellen“, betonte Kolat.

Die Vorsitzende des Berliner Hebammenverbands Susanna Rinne-Wolf erklärte dazu: „Wir sind gespannt auf die Ausgestaltung und zeitnahe Umsetzung, in die sich der Berliner Hebammenverband aktiv einbringen wird – insbesondere in den Punkten, die die Arbeitsbedingungen der Hebammen betreffen. Denn das Leben braucht einen guten Anfang.“ Professor Dr. Michael Abou-Dakn, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am St.-Joseph-Krankenhaus und Vorsitzender des Landesverbands Berlin der „Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ (BLFG) zeigte sich erfreut: „Berlin soll eine babyfreundliche Stadt bleiben. Ich freue mich sehr, dass wir es geschafft haben, interdisziplinär für die Mütter- und Kindergesundheit an einem Strang zu ziehen. Der Aktionsplan setzt Maßstäbe, die sicherlich über die Berliner Grenzen hinaus wirken werden.“ Aus seiner Sicht ist außerdem die Einführung des digitalen Bettennachweises IVENA besonders wichtig. Dadurch soll es möglich werden, Hochschwängere schnell

und unkompliziert in ein Haus mit freien Kapazitäten zu verlegen. Ab April 2018 werden die Krankenhäuser dort in Echtzeit abrufen, welche Kreißsäle frei sind.

Der vollständige Aktionsplan ist hier zu finden: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaer-versorgung/krankenhaus-versorgung/>

Save the date



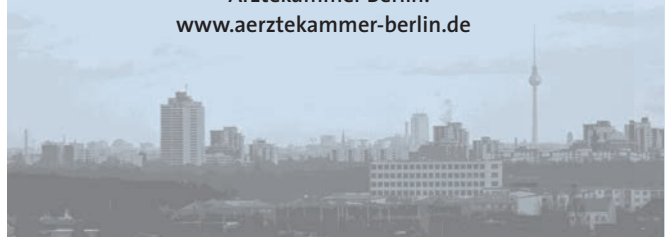
### 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin



Der 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft findet in diesem Jahr statt am:

**!!! NEUER TERMIN**  
**17. November 2018 !!!**  
**9.00 – 17.00 Uhr**

Das vollständige Programm und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie in Kürze auf der Homepage der Ärztekammer Berlin:  
[www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)



## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Vivantes Humboldt-Klinikum

Dr. Süha Dasdelen ist seit dem 1. Januar 2018 Chefarzt der Nephrologie am Vivantes Humboldt-Klinikum in Berlin. Er folgt auf Dr. Thomas Gruner-Szur. Vor seinem Start bei Vivantes war Dr. Dasdelen zwischen 2011 und 2017 als Oberarzt – in den letzten zwei Jahren in leitender Funktion – in der Klinik für Nephrologie, Rheumatologie und Hochdruckerkrankungen des Helios Universitäts-Klinikums Wuppertal tätig. Seine Expertise umfasst das gesamte Spektrum der Nephrologie, inklusive aller gängigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (extrakorporale, intermittierende/kontinuierliche Nierenersatztherapien, Plasmaseparationsbehandlungen). Zudem sammelte er langjährige Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie der Erkrankungen aus dem rheumatologischen und autoimmunologischen Formenkreis.

### Park-Klinik Sophie Charlotte

Dr. med. univ. Thomas Marte leitet seit 1. Januar dieses Jahres als Chefarzt die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Park-Klinik Sophie Charlotte, Private Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik am Schloss Charlottenburg. Er tritt damit die Nachfolge von PD Dr. med. Cora Weber an. Als Internist und Psychosomatiker liegen die Schwerpunkte seiner Abteilung bei internistischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität sowie somatoformen/funktionellen Störungen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.  
Tel.: 030/408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99, E-Mail: s.rudat@aekb.de oder r.tuemann@aekb.de



## ÖGD: Marburger Bund fordert Arzttarife



MB-Hauptgeschäftsführer Armin Ehl, Claudia Kaufhold (BVÖGD), MB-Landesvorsitzender Peter Bobbert und Moderatorin Gaby Papenburg (v.l.).

Der Marburger Bund hat den Ärztenotstand im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Berlin scharf kritisiert. Auf einer Pressekonferenz des Landesverbandes Berlin-Brandenburg am 22. Januar unter Beteiligung des Landesvorsitzenden PD Dr. Peter Bobbert (Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin), MB-Hauptgeschäftsführer Armin Ehl und Claudia Kaufhold vom Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) wurden die Probleme deutlich benannt. Zwar habe der Senat

beschlossen, bis Ende der Legislaturperiode 402 neue Stellen im ÖGD zu schaffen und auszufinanzieren. „Was eigentlich zu begrüßen ist, klingt doch wie ein Schildbürgerstreich, denn gleichzeitig sind in den Berliner Gesundheitsämtern über 500 Stellen nicht besetzt, davon 55 Arztstellen, sogar noch einmal 15 weniger als vor 4 Jahren!“, betonte Bobbert. Es fehle an allem: Psychiater für Sozialpsychiatrische Dienste, Kinder- und Jugendpsychiater, Hygienereferenten sowie Kinder- und Jugendärzte für Einschulungsuntersuchungen.

Hauptgrund für die Nichtbesetzung der Stellen sei, dass Ärzte in den Gesundheitsämtern rund 1.000 Euro brutto im Monat weniger als in den Kliniken verdienen. Zwar habe der rot-rot-grüne Senat angekündigt, die tariflichen Unterschiede zwischen Ärzten in den landeseigenen Kliniken und dem ÖGD zu beseitigen. „Nichts ist seitdem passiert: Keine Anpassung, keine Arzttarife, keine Ärzte! Nur durch die Anerkennung der ärztlichen Tätigkeit und Bezahlung nach Arzttarifen werden sich Ärztinnen und Ärzte auf die offenen

Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst bewerben“, so Bobbert weiter.

Gesundheitssenatorin Dilek Kolat (SPD) kündigte zwischenzeitlich an, Gehaltslücken durch Zulagen zu schließen. „Die Behördenärzte leisten ebenso wertvolle Arbeit wie ihre Kollegen an Krankenhäusern“, erklärte Kolat. Um ihre Situation zu verbessern, wolle der Senat den Tarifvertrag für Ärzte an Krankenhäusern auch auf den ÖGD übertragen. Die Tarifgemeinschaft der Länder, an die Berlin gebunden ist, lehne dies aber derzeit noch ab, hieß es weiter.

Der unterbesetzte Öffentliche Gesundheitsdienst in Berlin ist seit Jahren ein Dauerthema (s. Titelthema BERLINER ÄRZTE 10/2012). Die Ärztekammer Berlin hat immer wieder auf die Wichtigkeit der Arbeit der ÖGD-Ärztinnen und -Ärzte öffentlich hingewiesen. Außerdem hat die Kammer im Jahr 2013 den Druck der Imagebrotschüre „Arbeitsplatz Öffentlicher Gesundheitsdienst“ der Senatsverwaltung übernommen und die Verbreitung unterstützt.

## Kammer gratuliert zur Gründung der Cochrane Deutschland Stiftung



Anlässlich des Festaktes zur Gründung der Cochrane Deutschland Stiftung am 23. Januar in Freiburg hat die Ärztekammer Berlin herzlich zur Fortführung der erfolgreichen Arbeit in neuer Form gratuliert.

„Die Stiftung ist in höchstem Maße für optimale Entscheidungen in der Patientenversorgung nötig“, erklärte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, und ergänzte: „Im 19. Jahrhundert war ‚sauberes Wasser‘ die wichtigste Ressource für Gesundheit, im 21. Jahrhundert ist es ‚sauberes Wissen‘.“ Dieses „saubere Wissen“ liefert Cochrane seit 1993 (in Deutschland seit 1999) u.a. in Form von so genannten Reviews.

Seitdem ist unter diesem Namen ein globales unabhängiges Netzwerk von klinischen Forschern, Ärzten, Methodikern, Angehörigen der Gesundheitsfachberufe und Patienten entstanden, das sich für bessere Gesundheit durch bessere Informationsmöglichkeiten einsetzt.

Die Beteiligten erstellen verlässliche und grundsätzlich zugängliche Gesundheitsinformationen, die frei sind von kommerzieller Förderung oder anderen Interessenkonflikten (z.B. durch die Pharmaindustrie).

„Die Verstetigung der Arbeit des Cochrane Zentrums ist ein Akt hoher politischer Klugheit und Weitsicht“, betonte Jonitz. Sein Dank galt dem Bundesgesund-

heitsministerium (BMG) und im Besonderen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, der dieses Projekt persönlich durchgesetzt habe.

Die Stiftung wurde am 26. Oktober 2017 vom Universitätsklinikum Freiburg gegründet. Sie nimmt die Aufgaben des bisherigen Deutschen Cochrane Zentrums wahr und wird von Professor Dr. Gerd Antes geleitet. Das BMG fördert die Stiftung jährlich mit bis zu einer Million Euro.

### HINTERGRUND

#### Wer und was ist Cochrane?

Cochrane ist benannt nach dem britischen Arzt und Epidemiologen Sir Archibald Leman Cochrane. Seine Überlegungen zur Überprüfung von Therapien in Studien und die Aufbereitung dieser Ergebnisse in systematischen Übersichten stellen einen gedanklichen Ausgangspunkt für die Gründung von Cochrane im Jahr 1993 dar. Über 37.000 Men-

schen aus über 130 Ländern arbeiten heute daran, verlässliche, zugängliche und unabhängige Gesundheitsinformationen zu erstellen.

Viele der Beteiligten sind weltweit führend in ihren Spezialgebieten: Medizin, Gesundheitspolitik, Forschungsmethoden oder Verbraucherschutz. Die Gruppen (Entitäten) sind an einigen der angesehensten akademischen und medizinischen Einrichtungen weltweit angesiedelt. Die Ergebnisse der Arbeit von Cochrane werden international als Goldstandard für hohe Qualität und vertrauenswürdige Information angesehen.

#### Weitere Informationen:

[www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)



## MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE AUS- & FORTBILDUNG

### AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE der Ärztekammer Berlin

Sie suchen eine/n Auszubildende/n?

Auf der Ausbildungsplatzbörse der Ärztekammer Berlin für Medizinische Fachangestellte können Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot kostenfrei inserieren.

Bitte senden Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot (Ausbildungsstätte, Fachrichtung, Einstellungsdatum, ggf. weitere Angaben) per E-Mail an: [onlineredaktion@aekb.de](mailto:onlineredaktion@aekb.de).

Ihre Anzeige wird nach Prüfung auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.

Ausbildungssuchende können mit der zur Verfügung stehenden Filterfunktion freie Ausbildungsplätze nach den gewünschten Bezirken und Fachrichtungen finden. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin sowie unter der Telefonnummer 030 / 4 08 06 - 26 26.

### GESUNDHEIT ALS BERUF 11. Job- und Karrieremesse der Gesundheitswirtschaft in der Urania

Die Ärztekammer Berlin wird in diesem Jahr zum neunten Mal auf der jährlich stattfindenden Karriere- und Bildungsmesse „Gesundheit als Beruf“ in der Urania vertreten sein.

Rund 100 Unternehmen, Bildungsanbieter und Institutionen aus zahlreichen Branchen präsentieren den etwa 6.000 erwarteten Besuchern Informationen zur Berufsvielfalt sowie zu aktuellen Aus- und Weiterbildungsangeboten in der Gesundheitswirtschaft der Region.

**Termine:** Freitag, 16. März 2018, 9:00 bis 17:00 Uhr und

Samstag, 17. März 2018, 10:00 bis 15:00 Uhr

**Ort:** Urania Berlin, An der Urania 17, 10787 Berlin

Der Besuch der Messe ist kostenfrei.

Besucher können sich am Stand der Ärztekammer Berlin umfassend zur Ausbildung, Umschulung und Fortbildung Medizinischer Fachangestellter beraten lassen. Mit dem Ziel der Fachkräftesicherung für den Beruf Medizinische Fachangestellte wendet sich die Ärztekammer Berlin auf der Messe sowohl an Schüler von Abschlussklassen als auch an Wiedereinsteiger und Fortbildungsinteressierte. Tatkräftig unterstützt werden die Mitarbeiterinnen der zuständigen Abteilung 3, Schwerpunkt Berufsbildung, von erfahrenen Medizinischen Fachangestellten aus Fach- und Prüfungsausschüssen.

Weitere Informationen finden Sie unter:  
[www.gesundheit-als-beruf.de](http://www.gesundheit-als-beruf.de).



### IMPFMANAGEMENT Fortbildungskurs für Medizinisches Assistenzpersonal

Die Ärztekammer Berlin plant, vom 28. bis 31. Mai sowie am 4. Juni 2018 einen Fortbildungskurs Impfmanagement im Umfang von insgesamt 40 Kursstunden zur Weiterqualifizierung der Medizinischen Fachangestellten und Arzthelfer/innen anzubieten.

Zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen, gehören Impfungen. Entsprechend hoch ist deren Bedeutung im Praxisalltag. Der Fortbildungskurs soll medizinischem Assistenzpersonal die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um den Arzt kompetent bei der Organisation und Umsetzung des Impfmanagements in der Praxis unterstützen zu können.

Praxisorientierte Informationen zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen für die Impfung bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen sind ebenso Thema wie z. B. die Verordnung und Abrechnung von Impfstoffen und das erforderliche Basiswissen zum Immunsystem. Abgerundet wird die Qualifikation durch praktische Übungen und Training im Bereich der Kommunikation, damit auch in schwierigen Alltagssituationen sicher und patientenorientiert gehandelt und kommuniziert werden kann.

Das Anmeldeverfahren läuft bereits. Anmeldeschluss ist der 23. März 2018. Die Anmeldeunterlagen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen geben wir Ihnen gerne auch unter der Telefonnummer 030 / 4 08 06 - 26 26.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Registrierung der Anmeldung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs. Zudem muss sich die Ärztekammer Berlin vorbehalten, die Durchführung des Kurses von einer Mindestteilnehmerzahl abhängig zu machen. Wir empfehlen eine frühzeitige Anmeldung.

### NICHT-ÄRZTLICHE/R PRAXISASSISTENT/IN Qualifizierungslehrgang der Ärztekammer Berlin

Die Ärztekammer Berlin plant, ab August 2018 einen weiteren Fortbildungskurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer anzubieten.

Der Fortbildungskurs richtet sich an hausärztlich und fachärztlich berufserfahrenes Assistenzpersonal und entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Das Anmeldeverfahren läuft bereits. Anmeldeschluss ist der 25. Mai 2018. Die Anmeldeunterlagen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen geben wir Ihnen gerne auch unter der Telefonnummer 030 / 4 08 06 - 26 26.

eArzttausweis

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Registrierung der Anmeldung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs. Zudem muss sich die Ärztekammer Berlin vorbehalten, die Durchführung des Kurses von einer Mindestteilnehmerzahl abhängig zu machen. Wir empfehlen eine frühzeitige Anmeldung. Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

## „Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt auch in Bezug auf Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie einer Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 26. Mai 2018 (10:00-16:00 Uhr) sowie am 30. Mai 2018 (17:00-19:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“. Eine Anmeldung ist dringend erforderlich.



Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle

Marion Winterholler, M.Pol.Sc.;

E-Mail: winterholler@signal-intervention.de;

Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt 12 Fortbildungspunkten anerkannt.

## Der Online-Rollout steht vor der Tür! Und jetzt?

Großer Andrang am Informationstag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zur „Digitalisierung im Gesundheitswesen“: Was bedeutet Versichertenstammdatenmanagement? Und was Online-Rollout? Welche technischen Komponenten brauche ich dafür? Und wie funktionieren sie? Warum brauche ich das – und wann? Und die Finanzierung ...?

Diese und viele andere drängende Fragen standen im Mittelpunkt des Informationstages „Digitalisierung im Gesundheitswesen“, den die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB) für ihre Mitglieder am 24. Januar 2018 ausgerichtet hatte. Schwerpunkt der Veranstaltung war die Anbindung der Praxen an die Telematik-Infrastruktur.

Der Informationstag war in Form einer Messe organisiert. Im offen gestalteten Ausstellungsbereich präsentierten verschiedene Unternehmen ihre eHealth-Produkte und digitalen Lösungen. Des Weiteren waren die KVB, die Psychotherapeutenkammer Berlin sowie die Ärztekammer Berlin mit eigenen Informationsangeboten vertreten. Die gesamte Veranstaltung wurde durch ein vielfältiges und informatives Vortragsprogramm ergänzt.

Die Resonanz auf die Einladung der KVB war enorm. Im Laufe des Tages nutzten sicher mehr als 1.000 Interessierte die Möglichkeit zur Information und persönlichen Beratung. Bei Interesse informieren Sie sich gerne auf der Homepage der KVB unter <https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/telematikinfrastruktur/index.html>.

Zur Digitalisierung im Gesundheitswesen gehört aber nicht



nur die Telematik-Infrastruktur, sondern auch der elektronische Arzttausweis (eA). Er ist derzeit zwar kein notwendiger Bestandteil der Telematik-Infrastruktur, wird aber durch zunehmende freiwillige Einsatzmöglichkeiten immer interessanter. Dementsprechend nimmt auch der Informationsbedarf der Berliner Ärzteschaft zum eA erheblich zu. Der Fokus der Informationen der Ärztekammer Berlin als Herausgeberin des eA lag auf seinen Anwendungen und dem Ausgabeprozess. Folgende Kernbotschaften wurden vermittelt:

- Der elektronische Arzttausweis ...
- ... ist derzeit keine Pflicht!
- ... wird für das Versichertenstammdatenmanagement nicht benötigt!
- ... ist nicht zu verwechseln mit der Praxiskarte!
- ... ist nicht zu verwechseln mit dem einfachen Arzttausweis (Mitgliedsausweis)!
- ... ist derzeit nur für freiwillige Anwendungen (elektronische Arztbriefschreibung, diverse digitale Überweisungen) einsetzbar.
- ... ist im Gegensatz zum einfachen Arzttausweis kostenpflichtig!

Weitere Informationen zum elektronischen Arzttausweis finden Sie auf unserer Homepage [www.aekb.de](http://www.aekb.de) unter Ärzte > Mitgliedschaft > eArzttausweis oder über unser Service-Telefon eArzttausweis unter der Durchwahl 030/40806-2530.

# STUDIERN, UM ZU ASSISTIEREN?

## Neue Assistenzberufe im Krankenhaus

Neben Patienten und Pflegekräften bilden verschiedenste Arten von „Assistenten“ im Krankenhaus die größte Personengruppe: Dort wimmelt es nicht nur von Assistenzärztinnen und -ärzten: den ganz jungen in der Weiterbildung und den erfahreneren mit Facharztstitel. Dazu kommen unter anderem Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten (MTAs), Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen und -assistenten (MTRAs), Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTAs), Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten, Gefäßassistentinnen und -assistenten, nicht zuletzt aber auch Pflegefachpersonen mit speziellen Zusatzqualifikationen für Funktionsdienste, die Ärzten im OP oder bei Endoskopien assistieren. Hinzu kommen immer häufiger von den Ärztekammern geprüfte Medizinische Fachangestellte (MFA), deren „Stammplatz“ eigentlich die ambulante Medizin ist.

Seit 2005 kann man in Deutschland auch studieren und einen Bachelor of Science erwerben, um einen neuartigen Beruf auszuüben: Arztassistentin oder -assistent, „Physician Assistant“ (PA). Ein Beruf, den es in den Kliniken der USA schon seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts gibt, den aber hierzulande bisher nur wenige kennen. Kaum auf der Bildfläche deutscher Krankenhäuser erschienen, ist er schon höchst umstritten.

*Von Adelheid Müller-Lissner*

# ADZT

## Kommt der halbe Arzt?

**W**er im Schlaraffenland lebt, braucht wahrscheinlich kein Krankenhaus. Sollte es dort dennoch Kliniken geben, dann arbeiten in ihnen nur entspannte Menschen: Der Stellenschlüssel ist hervorragend, von einer angespannten Personalsituation kann keine Rede sein, Mangel an Ärzten und Pflegekräften ist gänzlich unbekannt, Geld spielt keine Rolle.

Zusätzlich sind die zahlreichen Mediziner vielleicht von einem Schwarm gut ausgebildeter Physician Assistants umgeben, an die sie bei Bedarf anspruchsvolle, aber auch zeitraubende Aufgaben delegieren können. Von akademisch ausgebildeten Arztassistenten also, die ihnen perfekt formulierte Arztbriefe schreiben und zur Unterschrift vorlegen, die sich um die leidige Dokumentation kümmern, die ihre stationären Patienten gewissenhaft begleiten und unzählige informative Gespräche mit ihnen und ihren Angehörigen führen, ohne ihnen doch die eigentliche ärztliche Aufklärung abzunehmen, und die ihnen bei Bedarf im OP als erfahrene Assistenten zur Hand gehen.

All das sind Aufgaben, die nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetags im vergangenen Jahr in Freiburg zum Berufsbild des Physician Assistant (PA) gehören können. Schon in den Jahren 2015 und 2016, auf dem 118. und 119. Deutschen Ärztetag, hatte es ein Votum für ein bundeseinheitlich geregeltes Berufsbild des PA gegeben. Bei dieser Form der Arztassistenz geht es um die regelhafte Delegation ärztlicher Tätigkeiten an eigens akademisch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal, das sich zuvor in einem anderen Gesundheitsfachberuf qualifiziert hat. Nicht zu delegieren sind, wie das Papier ausdrücklich hervorhebt, ärztliche „Kernaufgaben“.

Das Narrativ klingt verlockend: Schließlich soll hier eine neue, in einem akademischen Studium besonders gut mit medizinischen Fachkenntnissen versorgte Berufsgruppe Mediziner Arbeit abnehmen, damit sie mehr Zeit für ihre

eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten finden. Und welcher Arzt wünscht sich heute nicht mehr Freiräume dafür?

„So funktionieren Krankenhäuser unter dem heutigen ökonomischen Druck aber nicht“, warnt der Neurochirurg Julian Veelken von der FrAktion Gesundheit, Stellvertretender Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin. Er fürchtet, dass Arztstellen eingespart werden, wo die PAs in den Kliniken Einzug halten. „Als der Dokumentations-Assistent eingeführt wurde, wurde sofort hochgerechnet, welche Zeit ein jeder Arzt in Minuten täglich für die Abrechnungscodierung aufwendet. Diese Zeiten wurden für jede Abteilung addiert und in Vollzeitstellen umgerechnet, um die der ärztliche Stellenplan dann reduziert wurde, mit der Begründung, dass diese Tätigkeit ja von den Ärzten nicht mehr durchgeführt werde.“ Eine solche Umrechnung in Arbeitsminuten, um die der ärztliche Dienst entlastet wird, und die anschließende Reduktion der Arztstellen liege auch nach der Einstellung von PAs nahe.

Auch der Allgemein- und Viszeralchirurg Dr. med. Thomas Werner (Marburger Bund), Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin, fürchtet, dass ökonomische Erwägungen im Zeitalter der Sparzwänge das hehre Konzept schnell zunichtemachen werden: „Mit der Argumentation, dass Mediziner viele Tätigkeiten an die PAs delegieren könnten, könnten in Zukunft Arztstellen eingespart werden. Arztassistenten beziehen niedrigere Gehälter, übernehmen die Arbeit, die vorher Ärzte gemacht haben, also für weniger Geld.“ Für welche Geschäftsführung wäre das keine Verlockung?

## Füllt der neue Beruf eine Lücke?

Die Befürchtung, dass es so kommen könnte, teilt Frank Merkle nicht. Der Medizinpädagoge ist einer der beiden Direktoren des Berliner Studiengangs für „Physician Assistance“ an der Steinbeis-Hochschule. Seiner Ansicht nach füllt der

neue Beruf auch inhaltlich eine Lücke. Seit 2005 kann man das berufsintegrierte Weiterbildungsstudium an der privaten, staatlich anerkannten Hochschule in Berlin absolvieren. Inzwischen sind weitere Möglichkeiten für das Studium entstanden: An der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Karlsruhe, an der Staatlichen Studienakademie in Plauen, an der Praxishochschule in Rheine und an der Carl Remigius Medical School in Frankfurt am Main und München.

Das Angebot der DHBW in Karlsruhe ist dabei der erste Studiengang in staatlicher Regie. Die Weiterbildung für Pflegekräfte und Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe erfolgt dort in einem sechssemestrigen (Bachelor-)Studium mit Praxisphasen in einer Einrichtung des Gesundheitswesens. Es werden Kompetenzen im Bereich des naturwissenschaftlichen und medizinischen Grundlagenwissens vermittelt, die dazu befähigen, in erweitertem Umfang ärztliche Aufgaben nach einer Delegation durch den Arzt zu übernehmen. Im letzten Studienjahr vertiefen die Studierenden das Erlernte entweder im Schwerpunkt Innere Medizin oder im Schwerpunkt Chirurgie.

## Bisher nur wenige Absolventen

Bis zum Jahr 2017 wurden bundesweit allerdings nur 179 Absolventen eines solchen Bachelor-Studiengangs gezählt. „Es ist kein Massenfach“, sagt Merkle. Einen wichtigen Grund dafür, dass die Anzahl der Studierenden bisher so gering ist, sieht der Medizinpädagoge darin, dass es meist die Kliniken sind, die besonders geeigneten Mitarbeitern das Studium nahelegen, um sie auf neue Aufgaben vorzubereiten. Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung, etwa als MTA oder Fachpflegekraft, sind ohnehin Voraussetzung. „Meist bleiben die Studierenden dann weiter in der jeweiligen Klinik beschäftigt und finanzieren sich so das Studium“, berichtet Merkle. Immerhin fallen bei der Steinbeis-Hochschule



monatliche Studiengebühren von 500 Euro an. „Allerdings können die Absolventen damit rechnen, später als PA 10.000 bis 15.000 Euro im Jahr mehr zu verdienen“, berichtet Merkle.

Ihre Hauptmotivation liegt seiner Erfahrung nach jedoch darin, dass sie sich nach einigen Jahren im erlernten Beruf noch einmal persönlich weiterentwickeln und -qualifizieren möchten. Seine Hochschule kooperiert vor allem mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB). Die Idee für einen solchen Studiengang nach US-amerikanischem und niederländischem Vorbild ging vom DHZB und dem MediClin Herzzentrum im badischen Lahr aus, wo der Herzchirurg Professor Dr. med. Stefan Bauer tätig ist, der zusammen mit Merkle den Berliner Studiengang leitet. Die (bisher noch wenigen) Absolventen werden in den Herzzentren mit offenen Armen aufgenommen.

Auch ein Gutachten des (unter anderem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft getragenen) Deutschen Krankenhaus-Instituts aus dem Jahr 2016, für das Absolventen des Karlsruher Studiengangs befragt wurden, attestiert ihnen gute Berufschancen: „Die Absolventen des PA-Studiums finden in der Regel problemlos eine Stelle“, heißt es dort, „und arbeiten nahezu ausnahmslos als Arztassistent, bislang weitestgehend im Krankenhaus.“

Neben den Herzchirurgen sind es vor allem die Orthopäden und Unfallchirurgen, die sich für die studierten Arzt-Assistenten interessieren. „Die Internisten sträuben sich bisher eher“, beobachtet Merkle. Das Gutachten des Krankenhaus-Instituts zeigt in diesem Punkt allerdings ein widersprüchliches Bild: „Auf der einen Seite empfehlen Mitarbeiter aus der Inneren Medizin den Physician Assistant der DHBW in stärkerem Maße weiter als Mitarbeiter der Chirurgie. Auf der anderen Seite wird ein größerer Bedarf an Arztassistenten für die Chirurgie als für die Innere Medizin behauptet.“

Das Gutachten enthält auch die Empfehlung, neben der Chirurgie und der Inneren Medizin die Allgemeinmedizin in der Profilphase des Studiums zu berücksichtigen. Arztassistenten könnten dann auch in Hausarztpraxen Jobs finden. „Insbesondere mit Blick auf den sich abzeichnenden Ärztemangel in der Niederlassung, nicht zuletzt in ländlichen Regionen, könnten Arztassistenten zur Kompensation des Ärztemangels und zur Versorgungssicherheit und -qualität beitragen.“ Kritisch ist hier allerdings anzumerken, dass heute bereits andere, nicht-akademische Möglichkeiten zur Weiterqualifikation existieren, die es etwa Medizinischen Fachangestellten ermöglichen, derartige Aufgaben im Auftrag niedergelassener Ärzte zu übernehmen. Dazu später mehr.

Bei den Patienten treffe der Arztassistent schon heute auf eine hohe Akzeptanz, heißt es im Gutachten weiter. „Der Physician Assistant trägt somit zu einer verbesserten Qualität von Assistenzleistungen und einer verbesserten Behandlungsorganisation im Krankenhaus bei.“ Zumindest im Operationssaal, so muss man allerdings kritisch anmerken, werden Patienten von der Mitwirkung der PAs nichts bemerken.

### Konstante im Krankenhaus?

Gerade hier sieht Merkle anhand der Erfahrungen der Herzzentren die PAs angesichts der starken Fluktuation bei den jungen Ärzten aber als „gute

Konstante“, sozusagen als Fels in der Brandung. Auskunft darüber, wo wie viele von ihnen eingesetzt sind, ist allerdings schwer zu erhalten. 2011 traten die ersten Absolventen, für die die Sana-Kliniken die Kosten des Studiums getragen hatten, in den konzerneigenen Kliniken in Remscheid und auf Rügen ihren Dienst an. Im Augenblick sind nach Auskunft des Leiters der Unternehmenskommunikation, Patrick Engelke, in den Sana-Kliniken bundesweit 19 PAs tätig. In den insgesamt 111 Kliniken des Helios-Konzerns sind PAs bisher allenfalls vereinzelt tätig, genaue Zahlen kann die Pressestelle nicht nennen. Im Helios-Klinikum Salzgitter will Geschäftsführerin Dr. Alice Börgel jedenfalls jetzt den Versuch starten, dort ist gerade eine Stelle ausgeschrieben – die erste. Man habe vor, Ärzte von Tätigkeiten am Rande entlasten, damit sie mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit haben, sagt Börgel. Auch an den Unikliniken halten inzwischen vereinzelt PAs Einzug. So sind an der Neurochirurgie der Uni Münster derzeit drei PAs tätig. In einem insgesamt durchaus kontroversen Videobeitrag für das Portal DocCheckNews ([www. http://news.doccheck.com/de/newsletter/4486/30294](http://news.doccheck.com/de/newsletter/4486/30294)) erläutert Professor Dr. med. Walter Stummer, dass die Arztassistenten in seiner Klinik nicht mit in den OP gehen, sondern auf Station arbeiten: Sie sprechen mit Patienten und Angehörigen, nehmen an Besprechungen und Visiten teil und schreiben Entlassungsbriefe.

In seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ betonte der Wissenschaftsrat schon im Jahr 2012, dass der demographische Wandel und epidemiologische Veränderungen eine „fortschreitende berufliche Differenzierung der Gesundheitsberufe“ nötig machen. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung widersprechen dem nicht. Sie warnen allerdings angesichts der großen Anzahl von „Subberufen“ im Gesundheitssektor vor Zersplitterung und bestehen auf eine einheitliche Qualifikation der PAs.

Und sie machen deutlich, dass die Angehörigen der neuen Berufsgruppe trotz Studium und Bachelor nach dem Delegationsprinzip arbeiten müssen: Für viele Tätigkeiten gilt der Arztvorbehalt, Mediziner haben die Weisungsbefugnis und die Letztverantwortung. Nicht zu delegieren seien prinzipiell die Anamnese, das Stellen von Diagnosen und das Beurteilen von Indikationen, die Entscheidung über die Therapie, die Aufklärung und das Durchführen invasiver Maßnahmen einschließlich der „Kernleistungen operativer Eingriffe“. So darf die erfahrene OP-Schwester Katrin Klünner (siehe Interview) heute als PA am DHZB zwar die Vena saphena magna entnehmen, aus ihr aber nicht selbst einen Bypass konstruieren.

### Was kann nur der Arzt?

Rechtlich ist das eine heikle Situation, darauf weist die Juristin Martina Jaklin hin. „Klar ist, dass es auch den nichtärztlichen Arztassistenten nicht erlaubt ist, Heilkunde auszuüben. Sie dürfen keine ärztlichen Vorbehaltsleistungen erbringen“, sagt die Leiterin der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin. Doch sei nicht immer bis ins Detail geklärt, was zu diesen sogenannten ärztlichen „Vorbehaltsleistungen“ zähle, welche Tätigkeiten also zwingend durch einen Arzt erledigt werden müssen. „Hier gibt es einen Graubereich in Bezug auf eindeutige Vorgaben für das Assistenzpersonal in den OPs.“

Als Kriterium für das Delegationsprinzip hat sich unter Juristen die Unterscheidung zwischen „Ob“ und „Wie“ eingebürgert: Ärztinnen und Ärzte entscheiden, ob eine Maßnahme ergriffen werden sollte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe mit der dazu passenden Ausbildung können zur Frage des „Wie“ hinzugezogen werden. Doch ob diese Trennlinie angesichts der sich verschärfenden Stellensituation noch einzuhalten ist? Schon heute sei die Situation so angespannt, dass in manchen Kliniken teilweise nur ein einziger voll qualifizierter

Facharzt gleichzeitig für bis zu sechs Operationen zuständig sei, gibt Jaklin zu bedenken. „Der Arzt trägt die Verantwortung“, stellt Dr. med. Günther Jonitz (Marburger Bund) klar. „Wenn PAs jedoch eingesetzt werden, um Personalkosten zu sparen, führt das zu einer weiteren, schleichenden Qualitätsverschlechterung“, fürchtet der Präsident der Ärztekammer Berlin. Jonitz sieht es als problematisch an, wenn Studiengänge zum PA den Interessenten in Aussicht stellen, später eigenständig Anamnesen oder die Durchführung kleinerer chirurgischer Eingriffe zu übernehmen. Ein „Downgrading“ ärztlicher Aufgaben in OPs und auf den Stationen der Krankenhäuser aus betriebswirtschaftlichen Gründen sei vor allem unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit strikt abzulehnen. Eine solche „Spirale nach unten“ erkennt Chirurg Werner allerdings schon heute in seinem Fachgebiet in der Pflege und

bei den klassischen Assistenzberufen: Wo früher OP-Schwester und Operationstechnische Assistenten (OTA) tätig waren, würden heute vermehrt Medizinische Fachangestellte (MFA) eingestellt. „Also Fachpersonal, das eigentlich für die Tätigkeit in Praxen ausgebildet wird und das die Kliniken abwerben.“ Schon heute klagten viele Praxisinhaber, dass ihnen MFAs fehlen (s. auch Titelthema in Heft 1/2018).

Auch in der Pflege gibt es die Befürchtung, die PAs könnten den Mangel verschärfen statt eine Lücke zu füllen. In einem Positionspapier wendet sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe besonders vehement gegen das neue Berufsbild und grenzt sich deutlich vom Ärztetagsbeschluss ab. Es sei kontraproduktiv, „hochqualifizierte Pflegeexpertinnen und -experten zu Arztassistenten umzuqualifizieren“. „Dies ist eine Vergeudung pflegerischer Kompetenz und

### VOR- UND NACHTEILE EINER TÄTIGKEITSÜBERTRAGUNG (Nach: Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007)

#### Mögliche Vorteile:

- Arbeitsentlastung
- Auffangen personeller Engpässe
- Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit
- Neue Karrieremöglichkeiten für die nichtärztlichen Berufsgruppen
- Stärkung des Teamgedankens
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen
- Mehr Möglichkeiten zur Förderung individueller Kompetenzen
- Flexibilisierung der Versorgung, Kostenreduktion

#### Mögliche Nachteile:

- Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler
- Entstehung neuer Schnittstellen im Gesundheitswesen
- Verschlechterung der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit
- Verlust von Erfahrungen
- Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen („dirty work“, Hughes 1958)
- Leistungs- und damit Ausgaben-erweiterung
- Rechtsunsicherheit



eine Geringschätzung der Profession Pflege!“ Für den Pflegeverband zeigt auch die „Gleichsetzung des Heilberufes Pflege mit dem eher betriebswirtschaftlich orientierten Beruf Medizinische Fachassistenz bei den Zugangsvoraussetzungen zum Studium“ die inhärente Widersprüchlichkeit des Konzepts. Was das Delegationsprinzip betrifft, so steht die Stellungnahme des Berufsverbands für Pflegeberufe

im Kontrast zum Ärztetagsbeschluss. Während die Ärzte auf das Delegationsprinzip pochen, beklagen Verbandsvertreter der Pflege die „mangelnde Bereitschaft der Ärzterverbände, das ärztliche Monopol in der medizinischen Heilkunde aufzugeben – deshalb das Insistieren auf Delegation“. Nach Ansicht des Pflegeverbandes werden hier Chancen für eine Sicherung oder gar Verbesserung der Versorgung durch

ein Erweitern pflegerischer Kompetenzen in Diagnostik und Therapie vertan. Aus diesem Grund fehle den Pflegekräften, die nach dem Studium als PAs gewissermaßen auf die Mediziner-Seite überwechseln, auch die Chance, sich im Krankenhaus beruflich weiter zu entwickeln und eigenständige Karrieren zu machen: Möglichkeiten, die genuine Pflege-Studiengänge schon heute bieten.



Foto: privat

## »Ich möchte nicht mit den Ärzten tauschen!«

Ein Gespräch mit Katrin Klünner vom Deutschen Herzzentrum Berlin (46), Bachelor of Science in „Physician Assistance“

War es anstrengend, nochmal die ‚Schulbank‘ zu drücken?

Anstrengend war es schon, sich von Naturwissenschaften über Urologie bis hin zu Betriebswirtschaftslehre durchzukämpfen. Es hat mir letztlich aber gut gefallen, ein derart generalistisches Programm zu bewältigen, und dabei am Ende tief in ein Thema einzutauchen. Ich hatte Vorhofflimmern als Thema meiner Bachelorarbeit. Das Wort konnte ich am Ende nicht mehr hören...

Können Sie das Gelernte nun in Ihrem Beruf umsetzen?

Der stationäre Bereich soll bei mir bald noch dazukommen, dort habe ich bisher noch nicht gearbeitet. Was ich über operative Medizin gelernt habe, kann ich im OP aber alles umsetzen. Und es sollen noch ein paar Dinge hinzukommen, zum Beispiel die endoskopische Entnahme von Gefäßen für Bypass-OPs.

Der Eingriff selbst ist dann Sache des Arztes. Wurmt sie das?

Ich will keinesfalls mit den Ärzten tauschen! Sie tragen ja deutlich mehr Verantwortung. Wir PAs unterstützen aber gern das Vorankommen der Assistenzärzte in Weiterbildung. Jeder hat hier genug vom Kuchen, und wir haben ein ganz nettes Miteinander. Konkurrenz habe ich eigentlich noch nicht erlebt. Die Aufgaben der Physician Assistants sind in der Stellenbeschreibung klar geregelt. Die Häuser sind an uns interessiert, das ist ein gutes Gefühl. Auch wenn das Interesse teilweise daher kommen mag, dass die Kosten für unsere Gehälter niedriger sind.

Also würden Sie das Studium weiterempfehlen?

Unbedingt. Allerdings muss man vorher eine gewisse Berufserfahrung sammeln. Das ist auch für einen selbst wichtig: Man entwickelt sich ja aus der Pflege heraus. Durch das Studium muss man sich dann durchbeißen, man muss die Energie haben, es durchzuziehen. Und wenn man als PA arbeitet, sollte man seine Grenzen kennen: Es sind die Ärzte, die Aufgaben an uns delegieren.

(Das Gespräch führte Adelheid Müller-Lissner.)

Frau Klünner, Sie waren an der Steinbeis-Hochschule eine der ersten Studentinnen im neuen Studiengang und haben im Jahr 2008 Ihren Abschluss gemacht. Warum haben Sie sich für das Studium entschieden?

Ich hatte zu diesem Zeitpunkt schon viele Jahre als OP-Schwester gearbeitet und wollte mich beruflich weiterentwickeln. Man guckt ja den Chirurgen als Pflegekraft jeden Tag zu, arbeitet mit ihnen und lernt dabei. Mit der Zeit kommt dann das Gefühl: Ich möchte ein paar dieser Dinge selber machen. Mit Mitte 30 dachte ich aber nicht mehr ernsthaft über ein Medizinstudium nach. In dieser Situation war der neue Studiengang ein Glücksfall für mich. Ganz wichtig war auch, dass der damalige Direktor des Herzzentrums, Herr Professor Hetzer, die Idee befürwortete.

## Konkurrenten in der Weiterbildung

Das Auftreten der PAs hat offensichtlich die teilweise sehr kontroversen Debatten über Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus erneut entflammt. Doch Sparzwänge und das Delegationsprinzip sind nicht die einzigen Sorgen der Kritiker. Der bei Vivantes tätige Chirurg Werner sieht ein weiteres Problem, wenn PAs in größerem Maßstab im OP tätig sind, selbst Schnitte setzen und Wunden verschließen. „Solche einfachen Dinge gehören zum Berufsbild des Arztes und müssen von den jungen Kollegen in der Weiterbildung erlernt werden.“ Und die jungen Ärzte in Weiterbildung sollten diese in erster Linie von Fachärzten lernen – auch wenn die PAs erfahren sind, über diese Fertigkeiten verfügen und jahrelang einer Klinik treu bleiben. Denn sich um die fachliche Entwicklung der jungen Kolleginnen und Kollegen zu kümmern, ist Bestandteil der Aufgaben und Befugnisse der Fachärzte.

Es gibt allerdings Fachkliniken, die keine Weiterbildungsassistenten beschäftigen und sich diese Aufgabe gar nicht erst aufbürden. „Durch den Einsatz von PAs könnte sich dieser Trend verstärken, zumal die Weiterbildung in den DRGs nicht abgebildet ist“, fürchtet Werner. Schon heute funktioniert sie vielerorts mehr schlecht als recht. Neurochirurg Veelken hört immer wieder von jungen Ärzten in der Facharztweiterbildung, dass sie viel zu selten im OP eingesetzt werden.

„Für junge Ärztinnen und Ärzte entsteht eine echte Konkurrenzsituation, wenn PAs im OP anstelle von Assistenzärzten eingesetzt werden oder auch in der unmittelbaren Patientenbetreuung“, fasst Kammerpräsident Jonitz die Befürchtungen zusammen. „Solange die Personalentwicklung, das heißt die systematische berufliche Qualifikation wie die Weiterbildung, quasi zufällig stattfindet, weil die Ressourcen fehlen, sind Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung auf der Verliererstraße“, so Jonitz.

Angebote zur beruflichen Weiterentwicklung für medizinisches Personal hält der Kammerpräsident dabei prinzipiell für ausgesprochen wichtig. „So ist es eine strategische Chance, Medizinische Fachangestellte weiter zu qualifizieren.“ Die Ärztekammer Berlin bietet ihnen etwa die Zusatz-Ausbildung „Nicht-ärztlicher Praxisassistent/in“ (NEPA) an.

Gemeinsam mit dem Verband der Medizinischen Fachangestellten entstand das Konzept für die inzwischen recht bekannten VERAHs, Versorgungsassistenten in der Hausarzt-Praxis. Dr. med. Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes, bezeichnet die VERAH-MFA als „Rückgrat der hausärztlichen Versorgung“. „Hervorragend aus- und fortgebildete Medizinische Fachangestellte sind unverzichtbar, um eine hochwertige hausärztliche Versorgung sicherzustellen“, sagte er kürzlich der „Ärztezeitung“. „Entscheidend dabei ist, dass die Verantwortung auch in Zukunft klar in der Hausarztpraxis gebündelt ist, statt die Strukturen immer chaotischer werden zu lassen, indem ständig neue Berufsgruppen erfunden werden.“ Damit hat Weigeldt auch die Notwendigkeit der neuen Berufsgruppe PA im Visier.

## Zwei Seiten einer Medaille

Der Assistenzberuf, dem ein von den Inhalten her recht „medizinnahe“ Studium vorausgeht, wirft auch von der Ausbildung her neue Probleme auf. Der Berufsverband für Pflegeberufe hält, wenn von den Ärzten schon ein akademisch qualifizierter Assistenzberuf gewünscht werde, einen „Bachelor of Medicine“ für zielführender. Das wiederum nährt Befürchtungen auf Seiten der Ärzte, mit dem Bachelor für Arztassistenten könne durch die Hintertür nun doch der Bologna-Prozess in die medizinische Ausbildung hineingetragen werden. „Es darf keinen „Arzt light“ geben“, so formuliert es Neurochirurg Veelken. Sinnvoller sei es, den Zugang zum Medizinstudium zu erleichtern. Veelken findet, dass die Ärzteschaft sich generell zum Beruf des Physician Assistant noch klarer posi-

tionieren muss. „Wir müssen uns auch ein Stück weit vor diesem Beruf schützen.“

So erscheint das neue Berufsbild des Physician Assistant bei genauerer Betrachtung wie eine Medaille mit zwei Seiten: Auf der einen Seite eine plausible Grundidee, hoch motivierte Studentinnen und Studenten, anspruchsvolle Lehrpläne, gut qualifizierte Absolventinnen und Absolventen, erste Berichte über gelingende, sinn- und vertrauensvolle Aufgabenteilung auf den Stationen und in den OPs der Krankenhäuser. Auf der anderen Seite eine durch Fehlanreize, Sparzwänge, Mangel, Verdrängungswettbewerb und Gewinnerwartungen geprägte Krankenhauslandschaft. Ein System also, das sich die gut ausgebildeten Arztassistenten einverleiben könnte, um noch mehr Personal und Geld zu sparen. Statt die Krankenhäuser dem Schlaraffenland-ähnlichen Zustand einen kleinen Schritt näher zu bringen, würden dann ausgerechnet die Arztassistenten dazu beitragen, dass der Alltag dort noch stressiger wird. Für ein realistisches Urteil sind auf jeden Fall beide Seiten der Medaille zu betrachten.

*Verfasserin*

Dr. Adelheid Müller-Lissner  
Freie Wissenschaftsjournalistin

## IN KÜRZE

- Physician Assistants (PA) sollen Ärzte im Krankenhaus als akademisch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal unterstützen.
- Bisher wenig Absolventen von PA-Studiengängen und nur vereinzelter Einsatz in Kliniken.
- Rechtliche Fragen, was PAs dürfen und was nicht, sind noch unklar.
- Kritiker befürchten bei flächendeckender PA-Einführung Abbau von Arztstellen und deutliche Verschlechterung der Weiterbildungssituation.
- Gefahr einer Spirale nach unten und eines „Arzt light“ wird gesehen.

# Für mehr Kompetenz in der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Mit einer Auftaktveranstaltung in der Charité ist das Kompetenzzentrum Weiterbildung (KW) Berlin am 26. Januar an den Start gegangen. Es wird als Kooperationsprojekt gemeinsam von Charité, Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG), Kassenärztlicher Vereinigung Berlin (KV Berlin) und Ärztekammer Berlin (ÄKB) getragen. Ziel ist es, durch besondere Seminarangebote, Mentoring-Programme für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Trainingsprogramme für Weiterbildungsbefugte (Train-the-Trainer-Seminare) die Qualität und die Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu stärken.

Von Sascha Rudat

Es hat sich in der Weiterbildung „Allgemeinmedizin viel getan in den letzten Jahren“, berichtete Professor Dr. Christoph Heintze, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité, bei der Auftaktveranstaltung in der Hörsaalruine der Charité vor zahlreichen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und Medizinstudierenden. In Zeiten seiner Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in den 90er Jahren habe man sich noch wie ein Einzelkämpfer gefühlt. Vernetzung habe es kaum gegeben. Inzwischen sei man aber glücklicherweise viel weiter,

sagte Heintze. „Unser gemeinsames Ziel ist es, die hausärztliche Versorgung entsprechend den Vorgaben des Versorgungsstärkungsgesetzes auch für die Zukunft zu sichern. Dies kann nur über eine Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch eine Erweiterung bestehender Angebote gelingen“, unterstrich Heintze, an dessen Institut das Kompetenzzentrum angesiedelt ist. Er zeigte sich hochzufrieden, dass es geglückt sei, die vier unterschiedlichen Akteure zusammen zu bekommen. „Ich hoffe sehr, dass wir den Weg einer gemeinsamen Verantwortung für die Weiterbildung Allgemeinmedizin auch in Zukunft weiter gehen.“ Diese Zusammenarbeit hatte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, bereits im Vorfeld gelobt: „Dass für dieses Ziel einer besseren Patientenversorgung vier Akteure im Berliner Gesundheitswesen zusammenarbeiten, ist beispielhaft. Denn die komplexen Aufgaben des Gesundheitswesens lassen sich nur gemeinsam bewältigen.“

Dr. Burkhard Ruppert, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, betonte: „Die von Kassen und KV getragenen Kosten, die für die Förderung der Allgemeinmedizin in Berlin eingesetzt werden, sind aus unserer Sicht sehr gut angelegt.“ Er wies in seinem Grußwort darauf hin, dass in den nächsten zehn Jahren voraussichtlich rund 900 Hausärztinnen

und -ärzte in den Ruhestand gehen würden. Daher sei die Steigerung der Attraktivität der Hausarztmedizin dringend geboten.

**„Einer der befriedigendsten Berufe überhaupt“**

„Ich freue mich, dass der Gesetzgeber der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung mit der Verankerung der Kompetenzzentren im SGB V Rechnung getragen hat“, erklärte Hausärztin Bettina Linder, Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin in ihrem Grußwort. Sie wies auf die guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit von KV Berlin, BKG und ÄKB in der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) hin, die sie seit 2012 zusammen betreiben. „Unser Beruf ist so breit und umfassend angelegt, dass auch die Weiterbildung etwas komplizierter ist“, erklärte Linder. Es gelte, junge Ärztinnen und Ärzte für die hausärztliche Tätigkeit zu begeistern, „denn es ist einer der spannendsten, herausforderndsten, aber auch befriedigendsten Berufe, die es überhaupt gibt“.

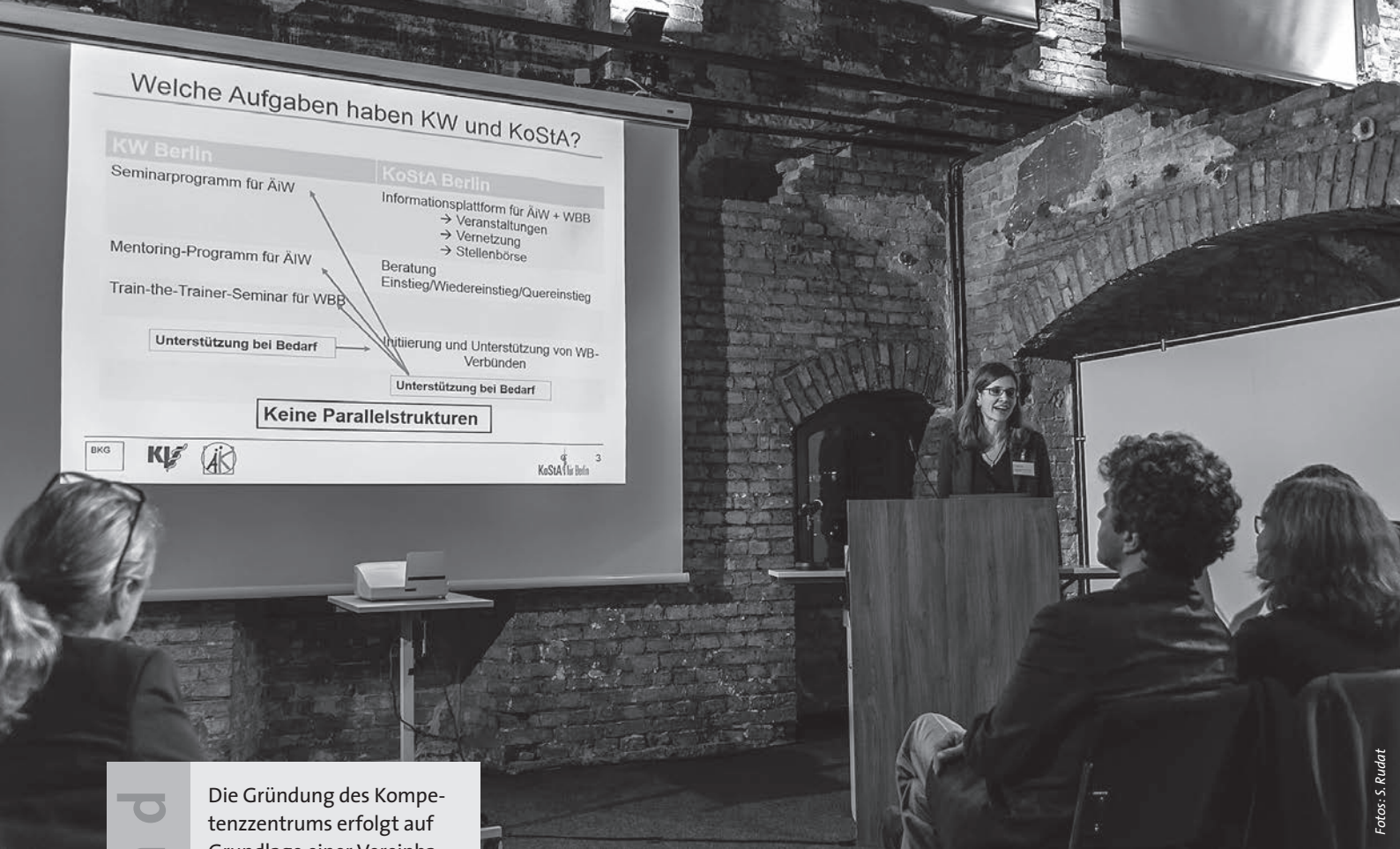
Dr. Antje Koch, Leiterin der KoStA, stellte anschließend die unterschiedlichen Aufgaben von Kompetenzzentrum und KoStA vor. Diese bei der Kammer ange-



Christoph Heintze leitet das Kompetenzzentrum Weiterbildung.

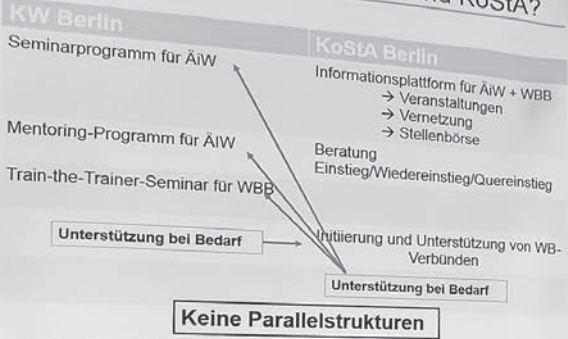


Kammervorstandsmitglied Bettina Linder warb für den Beruf des Hausarztes.



Fotos: S. Rudat

## Welche Aufgaben haben KW und KoStA?



BKG KfV AK KoStA für Berlin 3

# Hintergrund

Die Gründung des Kompetenzzentrums erfolgt auf Grundlage einer Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (Versorgungsstärkungsgesetz). Das Kompetenzzentrum ist als weiterer Baustein für die langfristige Sicherung einer guten hausärztlichen Versorgung in Deutschland gedacht. Die vier Berliner Partner hatten dazu im vergangenen Herbst eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet und Fördermittel bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beantragt.

siedelte zentrale Schnitt- und Vermittlungsstelle für die allgemeinmedizinische Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich unterstützt wie bisher Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Weiterbildungsbefugte sowie Weiterbildungsstätten und organisiert Weiterbildungsverbände. Sie ist darüber hinaus eine Informationsplattform, die u.a. Veranstaltungen organisiert, berät und eine Stellenbörse anbietet. Es würden „keine Parallelstrukturen“

Antje Koch erläuterte die Unterschiede zwischen dem Kompetenzzentrum und der KoStA.

geschaffen, die Aufgaben von KoStA und Kompetenzzentrum seien klar getrennt, betonte Koch und ergänzte: „Ich freue mich sehr auf eine gute Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum.“

srd

## Wer sind die Träger?

KW Berlin	KoStA für Berlin
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lehrstuhl Allgemeinmedizin der Charité</li> <li>Kassenärztliche Vereinigung Berlin</li> <li>Berliner Krankenhausgesellschaft</li> <li>Ärztekammer Berlin</li> <li>In Kooperation mit der KoStA für Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kassenärztliche Vereinigung Berlin</li> <li>Berliner Krankenhausgesellschaft</li> <li>Ärztekammer Berlin</li> </ul>

BKG KfV AK KoStA für Berlin 2

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

**Online-Fortbildungskalender** unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Teilnehmerentgelt	Fortbildungspunkte
14.03.2018	<b>Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	6 P
<b>Teil B: 16.03. – 17.03.2018</b> <b>Teil C: 13.04. – 14.04.2018</b> <b>Teil D: 25.05. – 26.05.2018</b> <b>Zusatzmodul: Substitution mit Diamorphin, 03.03.2018</b>	<b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b> zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1301, -1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 160 € je Modul Zusatzmodul: 100 €	13 P je Modul Zusatzmodul: 6 P
17.03.2018	<b>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
21.03.2018	<b>Interkulturelle Medizin und Medical Humanities</b> Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin (weitere Informationen s. S. 24)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1205 E-Mail: FB-Veranstaltungen@aekb.de Die Veranstaltung ist kostenfrei	4 P
19.04.2018	<b>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de kein Teilnehmerentgelt	keine
02.05.-04.05.2018	<b>Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach ArbMedVV und G 20 „Lärm“</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 450 €	30 P
26.05. und 30.05.2018	<b>„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt</b> (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V., Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterholler@signal-intervention.de	8 P (26.05.2018) 4 P (30.05.2018)
11.06.-13.06.2018	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
13.06.-15.06.2018	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
17.11.2018	<b>7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 8)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de	10 P

## Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: **Wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein?** Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden?

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Um als ärztliche Führungskraft auch die Anforderungen und Konsequenzen ökonomischer Konstellationen verstehen und beeinflussen zu können, werden in einem Planspiel u.a. betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse vermittelt.

Das Seminar richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie an Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

### Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens	Do. 12.04. - Sa. 14.04.2018
Modul 2: Führen als Prozess	Do. 14.06. - Sa. 16.06.2018
Modul 3: Führung und Entwicklung	Do. 30.08. - Sa. 01.09.2018
Modul 4: Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr. 16.11.2018

**Veranstalter:** Ärztekammer Berlin

**Kursleitung:** PD Dr. med. Peter Berchtold

**Ort:** Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Berlin

**Teilnehmerentgelt:** 3.680 €

**Fortbildungspunkte:** 80 Punkte

**Organisation und Anmeldung:** Anke Andresen-Langholz, Tel.: 030/40806 1301; aertzliche-fuehrung@aekb.de

**Fragen zum Inhalt:** Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030/40806 1200

## Gesundheitsförderung und Prävention – strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Die stetig zunehmende gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention ist unbestritten. Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses Wissen in die Behandlung zu integrieren. Vor diesem Hintergrund werden Fakten zu Präventionskonzepten, protektiven Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepten des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt und durch praktische Übungen vertieft.

Weitere Informationen und Anmeldeunterlagen erhalten Sie unter: [www.aekb.de/gesundheitsfoerderung](http://www.aekb.de/gesundheitsfoerderung) und telefonisch unter 030/40806-1210.

<b>Zeitraum:</b>	28.04.2018 - 22.06.2018
<b>Präsenztage:</b>	18.05.2018 und 22.06.2018
<b>Selbstlernphasen:</b>	28.04. - 13.05.2018 und 19.05. - 17.06.2018 (E-Learning)
<b>Fortbildungspunkte:</b>	34
<b>wiss. Leitung:</b>	Priv. Doz. Dr. med. Uwe Torsten
<b>Teilnehmerentgelt:</b>	450 €

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden- Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2018 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

<b>Termine:</b>	Präsenzwoche 1: 03.09. - 08.09.2018
	Präsenzwoche 2: 08.10. - 13.10.2018
	Präsenzwoche 3: 19.11. - 24.11.2018
	(jeweils montags bis freitags 09.00 - 18.00 Uhr und samstags von 09.00 - 16.00 Uhr)

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030/40806-1402 (Organisation), Tel.: 030/408 06-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: [QM-Kurs@aekb.de](mailto:QM-Kurs@aekb.de)

## BERLINER ÄRZTE auch im Internet:

# [www.berliner-aerzte.net](http://www.berliner-aerzte.net)

## CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

Seit gut zehn Jahren werden in deutschen Krankenhäusern Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) genutzt, um aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung der Patienten auftreten, systematisch zu lernen. Seit 2014 sind nach der Risikomanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nun alle Krankenhäuser verpflichtet, CIRS einzuführen.

Um ein internes CIRS kompetent zu betreuen, benötigen die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des CIRS-Teams Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

**Inhalte:** Was ist CIRS und wie funktioniert es? Meldesystem, Prozesse und Aufgaben im CIRS-Team. Juristische Rahmenbedingungen. Methode der Fallanalyse an einem Beispiel. Risikobewertung. Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Kleingruppen: Fallanalyse, Ableitung von Maßnahmen, Kommunikation der Ergebnisse/Feedback

**Termin:** 09.11.2018, 9:00 - 16:15 Uhr

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 100 €, die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt. Tel. 030/40806-1402, E-Mail: E.Hoehne@aekb.de. Anerkannt mit 10 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 7 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

## Interkulturelle Medizin und Medical Humanities

Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der  
Ärztekammer Berlin

Die Medical Humanities messen kulturellen und sozialen Prägungen in der medizinischen Praxis und vor allem auch in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Kranken eine besonders hohe Bedeutung zu. Dabei wird angestrebt, Patienten in ihrer subjektiven Verfasstheit und in ihrem Krankheitserleben besser zu verstehen und mit diesen zielgerichtet zu kommunizieren. Dieser Faktor gewinnt in Anbetracht der Herkunft von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Kulturen zunehmend an Bedeutung.

Vor dem Hintergrund, dass die Verbesserung der Kommunikation im Rahmen einer sich vorwiegend an Naturwissenschaft und Technik orientierenden Medizin wohl nicht zu erreichen ist, gewinnt inzwischen der narrative Ansatz im Rahmen der Medical Humanities an Bedeutung: Dabei werden Patientinnen und Patienten und auch Angehörige ermutigt, ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte detailliert, teilweise mit Unterstützung, aufzuschreiben. So aktualisieren sich alle Ebenen des Umgangs mit dem Kranksein (Gedanken, Gefühle, Bedeutungen, Empfindungen, Haltung usw.). Indem eine Erzählung der Lebensereignisse entsteht, wird aus der sprachlosen Person im Umgang mit der eigenen Krankheit ein Akteur, dessen Biographie und Identität in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Kranken besonders gewürdigt werden kann.

Der Workshop soll

- 1.) im Hinblick auf diese Thematik sensibilisieren,
- 2.) Lösungsvorschläge erörtern und
- 3.) Medical Humanities und narrative Medizin

als mit dieser Problematik befassete Konzepte bekannt machen.

**Termin:** 21.03.2018, 14:00 - 18:00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

**Fortbildungspunkte:** 4 Punkte

**Wiss. Leitung:** Prof. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach

**Anmeldung:** Frau Hasenbeck, Tel.: 030/40806-1205,  
E-Mail: FB-Veranstaltungen@aekb.de

## „Qualifikation Tabakentwöhnung“ nach den Curricula der Bundesärztekammer in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP

Wissenschaftliche Studien zeigen die gute Wirksamkeit einer qualifizierten Beratung und Tabakentwöhnung durch Ärzte. Mit Besuch der Fortbildung soll es Ärztinnen und Ärzten möglich sein, Kenntnisse einer erfolgreichen Ansprache, Motivierung und Therapie rauchender Patienten anzuwenden sowie Beratung und Entwöhnungsbehandlungen in der ärztlichen Praxis oder Klinik anzubieten. 2016 wurde die „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ in den OPS-Katalog 2016 (Ziffer 9-501) aufgenommen. Die Durchführung muss durch hierfür qualifizierte Ärzte und Fachpersonal erfolgen. Auch die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum enthalten eine Qualifizierung zur Tabakentwöhnung.

**Termine:** 27.04. | 28.04. | 01.06. | 15.06.2018

**Fortbildungspunkte:** 35

**Teilnehmerentgelt:** 495 € / 385 € / 345 €

Weitere Informationen und Anmeldeunterlagen, erhalten Sie unter [www.aekb.de/tabakentwoehnung/](http://www.aekb.de/tabakentwoehnung/) oder telefonisch unter 030/40806-1210.

## Verkehrsmedizinische Begutachtung - Qualifikation gemäß Fahrerlaubnisverordnung

gemäß dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer

In der Verkehrsmedizin wird die ärztliche Kompetenz zum individuellen Nutzen der Verkehrsteilnehmer und allgemein zur Erhöhung der Verkehrssicherheit eingebracht: Im Rahmen des Behandlungsvertrags sind Ärzte verpflichtet, ihre Patienten zu beraten und aufzuklären, wenn Fahrsicherheit oder Fahreignung gefährdet sind.

Der modular aufgebaute Lehrgang wendet sich an alle Ärzte, die Interesse daran haben, ihre Kenntnisse in der Verkehrsmedizin zu erweitern.

Die Module I und II dienen der Erhöhung der verkehrsmedizinischen Kompetenz, damit Sie Ihre Patienten in allen die Fahrsicherheit und Fahreignung betreffenden Fragen besser beraten können. Für die Module I und II ist kein Facharzt-Status Teilnahmevoraussetzung.

Fachärzte, welche die gutachterliche Qualifikation für verkehrsmedizinische Gutachten im Falle von Fahreignungszweifeln erwerben wollen, besuchen die Module I bis IV.

Die Teilnahme an den Modulen I bis IV ist Voraussetzung zur Aufnahme in das Gutachterverzeichnis der Ärztekammer Berlin.

**Termine:**

Modul I, Basiswissen Verkehrsmedizin – Patientenaufklärung und Beratung: 17.04.2018

Modul II, Relevante Regelwerke für die verkehrsmedizinische Begutachtung: E-Learning-Modul (Freischaltung Mitte März 2018)

Modul III, Verkehrsmedizinische Begutachtung: 18.04.2018

Modul IV, Spezielle Erkrankungen und Funktionsstörungen sowie Kompensationsmöglichkeiten: 19.04. – 20.04.2018

Die Teilnahme an den Modulen I und II ist Voraussetzung für den Besuch der Module III und IV. Die Module I und II können auch einzeln gebucht werden.

**Teilnehmerentgelt:**

Modul I: 100 €, Modul II: 50 €, Modul III: 150 €, Modul IV: 300 €

Module I – IV: 600 €

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030/40806-1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

# Ärzte



# DAS EHRENAMT arbeiten für Ärzte

Die Ärztekammer Berlin lebt von einem konstruktiven Zusammenspiel aus Haupt- und Ehrenamt. Rund 400 Berliner Ärztinnen und Ärzte sind regelmäßig ehrenamtlich in der Kammer tätig - vor allem in den Nachmittags- und Abendstunden im Anschluss an ihren Arbeitstag. Ohne dieses große Engagement wären die ärztliche Selbstverwaltung und die Arbeit der Ärztekammer Berlin als Körperschaft des öffentlichen Rechts undenkbar. Die Mitarbeiter der Kammer brauchen das ärztliche Fachwissen und die Erfahrungen aus dem ärztlichen Alltag, die die Ärztinnen und Ärzte mit- und einbringen. Neben dem Vorstand und der Delegiertenversammlung gibt es zahlreiche Ausschüsse, Arbeitskreise und Kommissionen. Dass es sich dabei nicht um anonyme Gremien handelt, möchten wir in dieser Serie zur ehrenamtlichen Arbeit der Ärztekammer Berlin anschaulich machen. Denn dort arbeiten Ärzte für Ärzte.

## Der Krankenhausausschuss - Impulsgeber für eine bessere intersektorale Versorgung

### Die Grundlagen

Dem Krankenhausausschuss gehören engagierte Ärztinnen und Ärzte aus Berliner Kliniken und der ambulanten Versorgung an, die mit besonderem Interesse an krankenhauspolitischen Themen und der Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zusammenarbeiten. Ziel der Ausschussarbeit ist es, fachübergreifende Probleme im Krankenhaus sektorenübergreifend zu identifizieren und zu analysieren. Dabei versteht sich der Ausschuss als Impulsgeber. Seine Einschätzungen und Analysen werden eng mit dem Vorstand der Ärztekammer Berlin abgestimmt. Darüber hinaus wird die Expertise des Krankenhausausschusses – im Auftrag des Vorstands – auch im Außenkontakt zu anderen Institutionen regelmäßig herangezogen.

### Die Aufgaben

Mit welchen Themen befasst sich der Krankenhausausschuss? Das weitreichendste Thema des vergangenen Jahres war sicher die Entwicklung eines Thesenpapiers zur sektorübergreifenden Notfallversorgung. Das Papier des Krankenhausausschusses wurde im Rahmen einer zweitägigen Klausurtagung in intensiver Zusammenarbeit der Ausschussmitglieder entwickelt – darunter wie bereits erwähnt auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Verfasst wurden Lösungsansätze in Form von Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Problemfelder. So lassen sich den Autoren zufolge beispielsweise innerhalb der vorhandenen Finanzierungssysteme die erhöhten Versorgungsbedarfe an den Sektoren-

grenzen nicht sachgerecht abbilden und verhindern eine zeitgemäße Neuordnung der intersektoralen Versorgung wie bei der Notfallversorgung. Eine Kernaussage war: „Grundlage der geforderten Anpassungen muss daher eine sachgemäße, ausreichende Finanzierung sein, welche die Besonderheiten und veränderten Anforderungen an die vorhandenen Schnittstellen berücksichtigt.“ Auf Grundlage dieses Thesenpapiers folgte im Jahresverlauf eine kontinuierliche Diskussion innerhalb der Delegiertenversammlung und eine Weiterentwicklung der Inhalte – zuletzt federführend unter der Arbeit einer listenübergreifenden Arbeitsgruppe. Deren Konsenspapier wurde schließlich im vergangenen November von der Delegiertenversammlung einstimmig verabschiedet (s. Titelthema in

Heft 2/2018). Mit diesem umfassenden Maßnahmenpapier bringt sich die Ärztekammer Berlin in die aktuelle politische Diskussion um die Reform der Notfallversorgung ein.

Das Thema „Schnittstelle Krankenhaus - Praxis“ beschäftigte die Ausschussmitglieder im vergangenen





Foto: S. Rudat

Sitzung des Krankenhausausschusses: Gast Achim Rieger (2.v.r.) informiert die Mitglieder über die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung in Berlin.

Jahr immer wieder. Im Zentrum standen vor allem zwei Fragen: Wo liegen die Probleme aus hausärztlicher Sicht und wie können diese behoben werden? Die Fragen wurden umfassend erörtert – einschließlich der zu Grunde liegenden Gesetzgebungsprozesse unter Einbezug entsprechender Beispiele aus der Versorgungsrealität. Hierbei wurde deutlich, dass insbesondere die intersektorale Kommunikation optimiert werden sollte.

Anhand von Beispielen befasste sich der Ausschuss in der jüngeren Vergangenheit auch mit dem Sinn und Unsinn von Zertifizierungen im Krankenhausbetrieb. Neben einem Überblick zur historischen Entwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen trugen die Mitglieder des Ausschusses relevante

Aspekte hinsichtlich der Arten, Strukturen und Ziele von Zertifizierungen zusammen. Als Ergebnis hielten sie fest, dass der Prozess zunehmender Zertifizierungen keinem Selbstzweck dienen darf. Qualität müsse vielmehr vor Quantität stehen.

Immer wieder beschäftigt sich der Ausschuss auch mit dem Themenkomplex Geriatrie. Unter dem Stichwort „Update Geriatrie - Strategie 80plus“ diskutierten die Ausschussmitglieder jüngst Fragen zum demografischen Wandel und die damit verbundenen Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung alter und hochalter Menschen.

Zum Ende des vergangenen Jahres ermöglichte ein Gastvortrag zum Umgang mit demenzen Patienten im

Krankenhaus den Mitgliedern des Ausschusses einen weiteren fundierten Einblick in die Thematik. Unter Berücksichtigung des derzeitigen Erkenntnisstandes der Wissenschaft auf der einen sowie durch praktische Erfahrungen aus den Versorgungsstrukturen auf der anderen Seite wurde festgestellt, dass Ansätze für Verbesserungen, wie die in diesem Zusammenhang thematisierten „Best Practice Beispiele“, dringend notwendig seien. Darüber hinaus sahen die Ausschussmitglieder einen Anpassungsbedarf bei den Versorgungsleitlinien der Geriatrie, damit künftig u.a. die Aspekte der Gerontopsychiatrie stärker einbezogen werden.

Das Themenspektrum, mit dem sich der Krankenhausausschuss befasst, ist also

äußerst vielfältig. Doch es bleibt nicht bei Diskussionen: Die Ergebnisse der Ausschussarbeit fließen immer wieder in die konkrete gesundheitspolitische Arbeit der Kammer ein.

## Zahlen und Daten

Im Jahr 2017 kamen die Ausschussmitglieder zu sechs regulären Sitzungen und einer zweitägigen Klausurtagung zusammen.

## Die Ausschussmitglieder

Der Krankenhausausschuss besteht aktuell aus insgesamt 18 Mitgliedern, darunter 6 Frauen. Vorsitzender ist der Chirurg **Dr. Thomas Werner**, Stellvertretender Vorsitzender ist der Neu-

rochirurg **Julian Veelken**. 6 Mitglieder sind im niedergelassenen Bereich tätig. Für Werner, der seit 2011 Mitglied des Ausschusses und seit 2015 dessen Vorsitzender ist, ist „der Krankenhausausschuss ein ‚lebendiges‘ Gremium, welches sektorübergreifend berufspolitisch aktiven Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung steht, um aktuelle gesundheitspolitische Themen und Versorgungsrealitäten aus Sicht der täglichen Arbeit am Patienten zu hinterfragen, zu diskutieren, Lösungsansätze zu definieren und zu adressieren“. Der Ausschuss verstehe sich somit in erster Linie als „Denkfabrik“ für versorgungsrelevante Themen und unmittelbar damit verbundenen Fragen der ärztlichen Berufsausübung. „Einer der wichtigsten Aspekte ist meines Erachtens die Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren und Hierarchien – vom Assistenz- bis zum Chefarzt – auf Augenhöhe mit dem gemeinsamen Ziel, sowohl die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte, als auch die Versorgung der Patienten verbessern zu können“, erklärt Werner.

Nach den aktuellen Schwerpunkten gefragt sagt der Chirurg, dass es neben der momentanen politischen Diskussion um die Sicherstellung personeller Mindeststandards in der Pflege auch wichtig sei, den Blick auf den ärztlichen Bereich zu richten. „Schwerpunkt soll daher in diesem Jahr eine Klausurtagung zum Einfluss und zur Wechselwir-



Fotos: K. Friedrich

**Thomas Werner**

kung personeller ärztlicher Mindeststandards auf die Patientensicherheit im Versorgungsalltag sein.“

Für wen lohnt es sich, im Ausschuss mitzuarbeiten? „Die Mitarbeit im Ausschuss lohnt sich für alle Kolleginnen und Kollegen, die Interesse an aktuellen, interdisziplinären und intersektoralen gesundheitspolitischen Fragestellungen haben, Veränderungsbedarf in ihrem Tätigkeitsbereich sehen, gern auch mal über den eigenen ‚Tellerrand‘ schauen und sich aktiv und konstruktiv in die Gestaltung gesundheitspolitischer Themen von den Arbeitsbedingungen bis zur Weiterbildung einbringen wollen“, fasst Werner zusammen.

**Julian Veelken**, seit zwei Amtsperioden Mitglied im Ausschuss und seit drei Jahren stellvertretender Vorsitzender, erklärt: „In dieser Zeit ist es den Mitgliedern gelungen, den Charakter dieses Ausschusses zu ändern. In der Vergangenheit häufig verdächtigt, eine kammerinterne Lobbygruppe für Krankenhausärzte zu sein, hat sich dieser Ausschuss in den letzten

Jahren zu einem Gremium entwickelt, das sich besonders mit Fragen zur Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg befasst.“ Dabei sei es zum Beispiel um die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gegangen, besonders im Hinblick auf Kommunikation und Vermeidung von Informationsverlusten. Die Vereinfachung der Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg wird in seinen Augen auch in Zukunft ein Schwerpunkt der Arbeit bleiben, neben allgemeinen strukturpolitischen Themen wie etwa die Patientensicherheit in Klinik und Praxis. „Die ehrenamtliche Ausschussarbeit hilft, Plattformen zu entwickeln, auf denen sich die Kammer – sachlich fundiert – gesellschaftspolitisch äußern kann“, ist Veelken überzeugt.

Die Hausärztin **Dr. Irmgard Landgraf**, Ausschussmitglied seit 2015, beschreibt ihre Motivation für die Ausschussarbeit wie folgt: „Als Hausärztin bin ich im Interesse der Behandlungssicherheit meiner Patienten auf eine gute Zusammenarbeit mit Krankenhausärzten angewiesen. Und die ist in den letzten Jahren immer schwieriger geworden. Zuständige Krankenhausärzte sind für mich oft nicht erreichbar,



Fotos: K. Friedrich

**Julian Veelken**

Krankenhausberichte sind immer wieder unvollständig oder liegen mir nach Entlassung aus dem Krankenhaus gar nicht vor. Der wichtige zeitnahe und sichere Informationsaustausch zwischen uns Ärzten ist leider kaum noch realisierbar.“ Der Grund dafür sei die Trennung zwischen ambulant und stationär und dass es keine Standards für eine gute sektorenübergreifende Zusammenarbeit gebe. „Daran will ich etwas ändern und deshalb engagiere ich mich als Hausärztin im Krankenhausausschuss“, betont Landgraf. Gerade hier sei es möglich, dass erfahrene Ärzte aus Klinik und Praxis gemeinsam die Probleme, die es im Gesundheitswesen gibt, erörtern und nach sinnvollen Lösungen suchen.

Der Unfallchirurg **Alfred Höfer**, ebenfalls seit 2015 Mitglied im Krankenhausausschuss, sieht eine große Motivation in der Möglich-

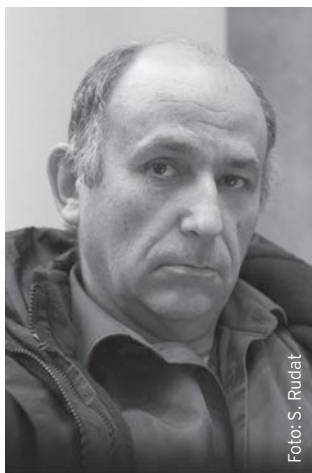


Foto: S. Rudat

**Alfred Höfer**

keit, die Erfahrungen, die man in seinem klinischen ärztlichen Berufsleben gesammelt hat sowie die damit verbundenen Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, in die Arbeit des Ausschusses einfließen zu lassen. „Mit der Arbeit im Krankenhausausschuss kann dazu beigetragen werden, dass praxisbezogene Beschlüsse erarbeitet werden.“ Ziel der Arbeit sollte es sein, die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis zu vertiefen, um Schnittstellenproblematiken zu identifizieren und Wege zu finden, diese im Sinne der Patientinnen und Patienten zu

minimieren, bzw. bestenfalls zu lösen, findet Höfer. In seinen Augen lohnt sich das Engagement in den Gremien der Kammer trotz des Aufwandes, da hier auch Themen behandelt würden, die über die eigenen Erfahrungen hinausgehen, die man in den jeweiligen beruflichen Lebensbereichen sammelt.

**Dr. Eva Müller-Dannecker** ist bereits seit zehn Jahren Mitglied des Ausschusses. „Motiviert zur Mitarbeit hat mich der von mir sehr geschätzte damalige Vorsitzende des Krankenhausausschusses, Kilian Tegetoff, dessen Tod mich noch immer tief berührt. Durch meine langjährige Tätigkeit als Ärztin und Ressortleiterin Personal- und Organisationsentwicklung interessiere ich mich sowohl für medizinische als auch für sozial- und gesundheitspolitische Themen“, sagt sie. Die Arbeit im Krankenhausausschuss ermögliche den träger- und sektorenübergreifenden kollegialen Austausch zu wichtigen Fragen der stationären, aber auch ambulanten und rehabilitativen Gesundheitsversorgung

sowie zu anderen gesundheitspolitischen Fragestellungen. „Durch mein langjähriges Engagement im Aufsichtsrat von Vivantes ergeben sich viele interessante Schnittmengen. So gelingt ein wertvoller Wissens- und Erfahrungsaustausch in der ärztlichen Selbstverwaltung“, betont Müller-Dannecker. Für die Zukunft sehe sie die Notwendigkeit, sich noch intensiver mit Themen wie zum Beispiel der Erhöhung der Patientensicherheit, die Chancen und Risiken der fortschreitenden Digitalisierung, die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, die Perspektiven für den Arbeitsplatz „Krankenhaus“ sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu beschäftigen.

Kammvorstandsmitglied **PD Dr. Uwe Torsten**, seit Beginn der 14. Amtsperiode im Krankenhausausschuss, erklärt: „Die beiden Thesepapiere sind beispielsweise in Klausurtagungen – fraktionsübergreifend – erarbeitet und der Delegiertenversammlung zur Diskussion



Foto: privat

**Uwe Torsten**

und Entscheidung vorgelegt worden. Sie finden jetzt Beachtung in den Gremien des Landes Berlin.“ Medizin finde immer unter gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen statt, die Ärztin/der Arzt bewege sich in diesen, sei aber als Teil der freien Berufe und der Selbstverwaltung aufgefordert, diese mit Sachverstand zu begleiten oder notwendige Veränderungen einzufordern, ist Torsten überzeugt. „Jeder kann dies, jeder sollte die Courage dazu aufbringen, wenn nicht heute, dann zumindest morgen.“

srd



Foto: K. Friedrich

**Eva Müller-Dannecker**

## DER KRANKENHAUSAUSSCHUSS

**Vorsitzender:** Dr. med. Thomas Werner

**Stellvertreter:** Julian Veelken

**Mitglieder:** Dr. med. Johann-Philipp Benter, Prof. Dr. med. Michael Berliner  
Henning Dannehl, Sabine Gallas, Dr. med. Oliver Hintz  
Alfred Höfer, Dr. med. Michael König, Dr. med. Irmgard Landgraf  
PD Dr. med. Reinhold Laun, Dr. med. Frank Lose, PD Dr. med. Stefanie Märzheuser  
Dr. med. Eva Müller-Dannecker, Dr. med. Frank Perschel  
Dr. med. Ute-Bärbel Schliack, Katharina Thiede, PD Dr. med. Uwe Torsten

# Berliner Plan zur Elimination von Masern und Röteln

In Berlin kam es in den letzten Jahren immer wieder zu großen Masernausbrüchen mit schweren Erkrankungen und auch Todesfällen. In der Stadt lag die Masern-Inzidenz aus vielerlei Gründen regelmäßig deutlich über dem Ziel von 1 Fall auf 1 Million Einwohner. Für Masern und auch Röteln stehen effektive Impfstoffe zur Verfügung. Beide Erkrankungen können eliminiert werden. Berlin hat sich dem Leitziel der Elimination beider Erkrankungen angeschlossen, das von der WHO formuliert und als nationale Gesundheitsaufgabe formuliert wurde.

Von Herbert Grundhewer und Martin Terhardt

Wir möchten hier den aktuellen Plan<sup>1</sup> der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung vorstellen, der im Dezember des vergangenen Jahres veröffentlicht wurde. Er geht zurück auf das WHO-Ziel, in der Europa-Region die Masern und die kongenitalen Röteln zu eliminieren. Ursprünglich sollte dieses Ziel 2010 erreicht werden, dann wurde das Ziel auf 2015 verschoben, jetzt wird aufgrund der sehr heterogenen und insgesamt beunruhigenden Lage in Europa kein genaues Ziel mehr ausgegeben. 2011 wurde von der WHO-Euro-Gruppe ein Verifizierungsprogramm aufgelegt, das in allen Ländern eine Kommission zur Verifizierung des Eliminationsprozesses vorschreibt. In Deutschland versieht die NAVKO (Nationale Verifizierungskommission für die Masern- und Röteln-Elimination) am Robert-Koch-Institut diese Aufgabe, die regelmäßige jährliche Berichte zur Situation in Deutschland für das BMG, die WHO und die Öffentlichkeit herausgibt<sup>2</sup>.

Zur Umsetzung des Zieles wurde von der Politik die Nationale Lenkungsgruppe Impfen<sup>3</sup> ins Leben gerufen, in der alle Beteiligten im deutschen Impfwesen vertreten sind und für die eine Geschäftsstelle in Erlangen eingerichtet wurde. Von dieser wurde eine Arbeitsgruppe Masern<sup>4</sup> eingesetzt, diese wiederum soll die Umsetzung des nationalen Masern-Aktionsplans 2015-2020 fortschreiben.

Da die Gesundheitspolitik und das gesamte Gesundheitssystem in Deutschland föderal geregelt sind, müssen in die-

sem Fall auch die Länder aktiv werden. Berlin ist jetzt das erste Bundesland, das sich einen landesspezifischen Eliminationsplan für Masern und Röteln gegeben hat. Dort werden für Berlin folgende Ziele formuliert:

- Ziel 1: Erste-Dosis-MMR-Impfquote von über 95% im Alter von spätestens 15 Monaten bis zum 31.12.2020.
- Ziel 2: Zwei-Dosen-MMR-Impfquote von über 95% zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bis zum 31.12.2019.
- Ziel 3: Über 90% Antikörperprävalenz in der Bevölkerung bis zum 31.12.2020.
- Ziel 4: Laborbestätigung in mindestens 80 % der klinisch diagnostizierten Masern- und Röteln-Fälle bis zum 31.12.2019.
- Ziel 5: Stärkung des Ausbruchsmangements auf kommunaler Ebene bis zum 31.12.2018.

**BEMREP**  
**Berliner**  
**Masern-Röteln-**  
**EliminationsPlan**

Hintergrund dieser Ziele ist die Ausbruchssituation in Berlin: in den vergangenen Jahren kam es regelmäßig zu größeren Masernausbrüchen. Betroffen waren dabei vor allem jüngere Kinder (unter 5 Jahren) und junge Erwachsene. Gerade in diesen Altersgruppen treten öfter schwere Komplikationsraten auf.

Analysiert man die Impfquoten in einzelnen Altersgruppen, sieht man, dass die Impfquoten in den vergangenen Jahren im Kindesalter kontinuierlich gestiegen sind. So waren bei der Einschulungsuntersuchung 2016<sup>5</sup> 92,7 % der Berliner Kinder zweimal Masern-geimpft, das ist schon nahe an den angestrebten 95%. Probleme treten auf, da über 20% der Kinder die Impfungen sehr viel später als empfohlen erhalten und im frühen Kindesalter regional unterschiedlich große Lücken bei dem Schutz vor einer Maserninfektion bestehen.

Auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen können wir mit großen Impflücken rechnen. Genaue Zahlen haben wir nicht für diese Altersgruppen, die Erkrankungszahlen sprechen jedoch eine deutliche Sprache.

Kinder	1. Impfung ab 11 Monaten 2. Impfung 8-12 Wochen nach der ersten Impfung  Falls früher eine Masern-Exposition möglich ist (Reise, Kita-Aufnahme, Masern-Kontakt), kann die 1. Impfung ab einem Alter von 9 Monaten erfolgen, die 2. dann gleich nach dem ersten Geburtstag
Erwachsene	Nach 1970 geborene Erwachsene erhalten 1 Impfdosis, wenn der Impfstatus unklar ist oder sie keine oder nur eine Impfung als Kind erhalten haben.
Impfstoffe	Kombinationsimpfstoff (MMR oder MMRV)

Tabelle: Empfehlungen zur Masern- und Rötelnimpfung, Stand 2017 (STIKO<sup>6</sup>)

Alle Ärzte sind aufgerufen, die bestehenden Empfehlungen zur Masernimpfung umzusetzen (Tab.). Wichtig ist ein zeitgerechtes Impfen der jungen Kinder und im Erwachsenenbereich ein regelmäßiges, gezieltes Suchen nach unzureichend geimpften Personen und ein anschließendes Impfangebot. Für letzteren Punkt sind an erster Stelle die Allgemein- und Hausärzte gefragt, aber auch andere Arztgruppen sollten wenn möglich die Impfung bei Erwachsenen anbieten. Dazu müssen die aktuellen Vorgaben der KV zum „fachfremden Impfen“ beachtet werden.

Eine dritte Problemsituation entsteht aufgrund der großen Bevölkerungsumwälzung in der Stadt: Wir haben seit Jahren hier eine große Zahl Menschen, die in die Stadt ziehen, wieder wegziehen oder innerhalb der Stadt die Bezirke wechseln. Berlin wird jährlich von Millio-

nen Touristen und Geschäftsreisenden besucht. Damit kommen viele in die Stadt, deren Masernimmunität unbekannt ist, teilweise werden so auch Masernviren importiert, die sich dann rasch in den ungeimpften Bevölkerungsgruppen ausbreiten können.

Dr. Martin Terhardt  
 Kinder- und Jugendarzt  
 Berlin  
 Dr. Herbert Grundhewer  
 Kinder- und Jugendarzt  
 Berlin

<sup>1</sup> Berliner Masern- und Röteln-Eliminationsplan [https://www.berlin.de/sen/gesundheits/\\_assets/service/publikationen/gesundheitschutz-und-umwelt/infektionsschutz/20171113\\_bemrep-mit-anlage\\_cdp.pdf](https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/publikationen/gesundheitschutz-und-umwelt/infektionsschutz/20171113_bemrep-mit-anlage_cdp.pdf)

<sup>2</sup> Berichte der NAVKO [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/NAVKO\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/NAVKO_node.html)

<sup>3</sup> Geschäftsstelle Nationaler Impfplan [https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/praevention/impfen/nip\\_geschaeftsstelle/index.htm](https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/praevention/impfen/nip_geschaeftsstelle/index.htm)

<sup>4</sup> Nationaler Aktionsplan Masern [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Aktionsplan\\_Masern\\_Roeteln.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Aktionsplan_Masern_Roeteln.pdf)

<sup>5</sup> Grundausswertung der Einschulungsdaten 2016 <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundausswertungen/>

<sup>6</sup> Empfehlungen der STIKO für 2017/18 [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html)

# Gemeinsames Statement zum Arzteinformationssystem

Ein gemeinsames kritisches Statement zum Arzteinformationssystem (AIS) haben Mitte Januar die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (s. Gastkommentar von Wolf-Dieter Ludwig auf S. 3), die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und die BAG Selbsthilfe veröffentlicht. Sie finden es nachfolgend im Wortlaut.

Das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung schneller und stärker zum Wohle der Patientenversorgung eingesetzt werden. Dafür müssen die Ergebnisse der Nutzenbewertung gut verständlich dem Arzt zur Verfügung stehen.

Als Instrument soll ein Arzteinformationssystem (AIS) etabliert werden. Die dafür notwendige Rechtsverordnung erlässt das Bundesministerium für Gesundheit. Die deutsche Ärzteschaft sieht ein solches AIS grundsätzlich als Unterstützung für den Arzt bei der Auswahl eines Arzneimittels im Rahmen seiner Therapieentscheidung. Es darf allerdings nicht als Instrument zur Verordnungssteuerung missbraucht werden. Aus „Information“ darf keine „kassen-gesteuerte Verordnungskontrolle“ werden, die zu Verordnungseinschränkungen und einer Verschärfung der Regressbedrohung der Ärzte führen würde.

Im AMNOG-Verfahren bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Zusatznutzen eines neu in den Markt eingeführten Arzneimittels gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie. Bewertungskriterium ist der Nachweis des Ausmaßes eines Zusatznutzens. Dies ist Grundlage für die nachfolgenden Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer. Damit tragen die Krankenkassen die Verantwortung für eine wirtschaftliche

Preisfindung über das gesamte Anwendungsgebiet eines neuen Arzneimittels.

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung des G-BA sind nicht 1:1 in ein AIS übertragbar. In der Regel basiert die frühe Nutzenbewertung auf einer, seltener auf mehreren klinischen Studien mit einer selektierten Studienpopulation, die im Versorgungsalltag so nicht immer anzutreffen ist. Zudem wird bei etwa der Hälfte der neuen Arzneimittel das Anwendungsgebiet in mehrere Patientengruppen unterteilt. Diese Subgruppen sind auch in den Verfahren der frühen Nutzenbewertung zu denselben Indikationen nicht immer konstant. Fehlende Studien für bestimmte Patientengruppen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie führen beim G-BA dazu, dass ein Zusatznutzen nicht belegt ist. Dies kann jedoch nicht a priori mit fehlendem Nutzen gleichgesetzt werden. Patienten benötigen zum Beispiel auch bei Unverträglichkeit oder Versagen des Therapiestandards Alternativen von zugelassenen Wirkstoffen, selbst wenn für diese in der einen oder anderen Subgruppe ein Zusatznutzen nicht oder noch nicht belegt ist. Die Verordnung des Arzneimittels darf in diesen Fällen nicht als unwirtschaftliches Verhalten gelten. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang, dass Ärzte zukünftig auf dem Rezept dokumentieren sollen, in welche Subgruppe und damit Zusatznutzenkategorie der Patient fällt. Ärzte müssten befürchten, dass eine Verordnung in einer Patientengruppe

ohne einen Zusatznutzen von den Krankenkassen unmittelbar überprüft und als unwirtschaftlich angesehen werden kann.

Ein AIS muss den Arzt unterstützen. Eine mitgestaltende Rolle der pharmazeutischen Unternehmer wird abgelehnt. Nur so kann sichergestellt werden, dass das AIS unabhängige Informationen abbildet, die die evidenzbasierte ärztliche Therapieentscheidung unterstützen.

Die Darstellung im AIS darf eine Umstellung der Medikation nicht fördern oder begünstigen, wenn diese nicht notwendig ist, um eine Verschlechterung des Behandlungsergebnisses und der Therapieadhärenz zu vermeiden.

Das AIS muss gut verständlich sowie aussagekräftig sein und dazu dienen, die Behandlung der Patienten zu optimieren. Es darf nicht in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung Anwendung finden.

Die Umsetzung der Rechtsverordnung darf nicht zu zusätzlichem Dokumentationsaufwand und zu mehr Bürokratie führen. Die Kosten für Entwicklung, Einsatz, Pflege und Weiterentwicklung des AIS müssen von den Krankenkassen in voller Höhe übernommen werden.“