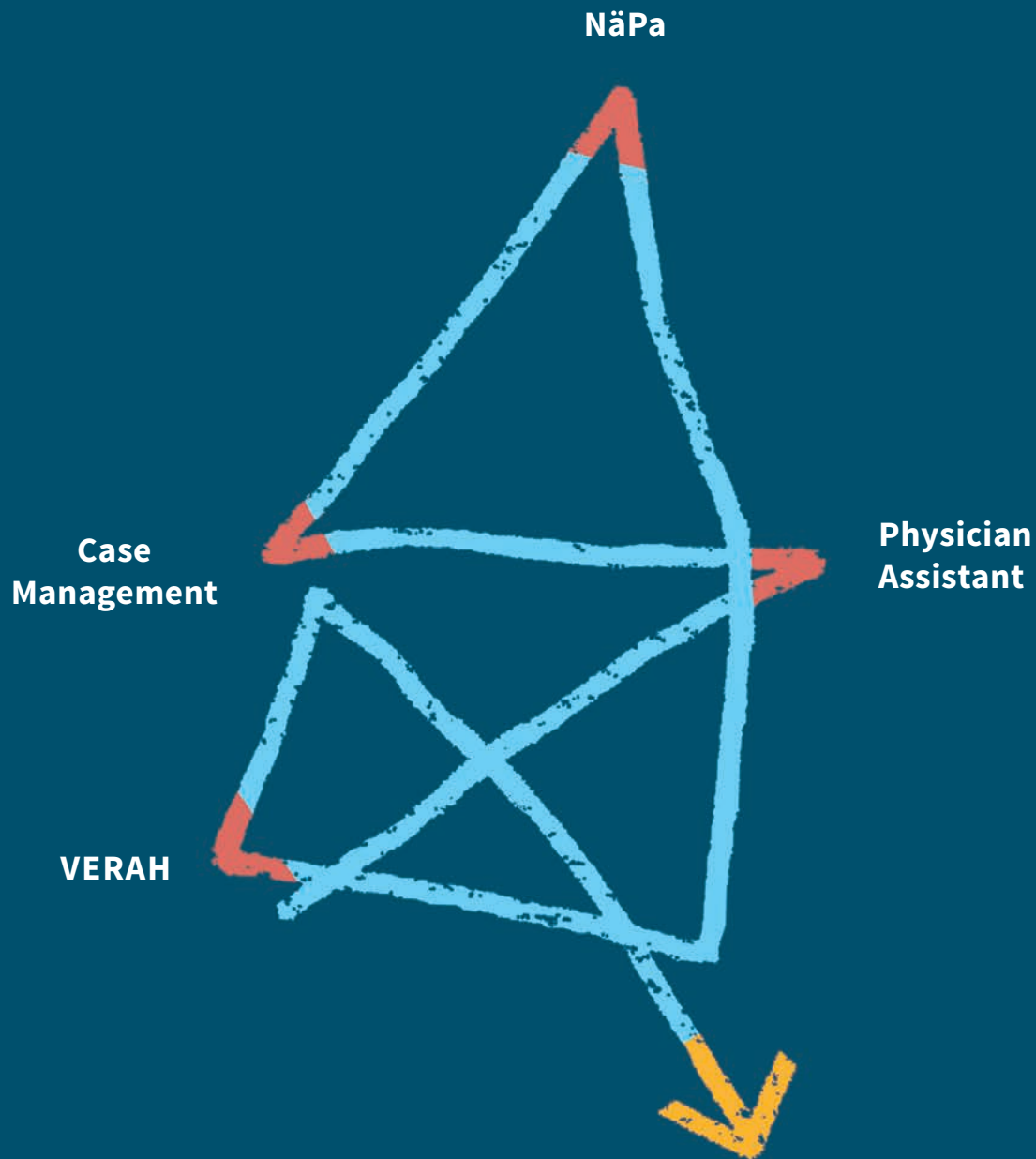


BERLINER ÄRZTE

09/2020 57. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



Entlastung von Ärztinnen und
Ärzten im ambulanten Bereich

Auf Kosten der Patientenversorgung



Dr. med. Christian Messer
ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

Unser Gesundheitswesen weist im internationalen Vergleich äußerst tragfähige und gut funktionierende Strukturen auf. Das hat nicht zuletzt die bisherige Bewältigung der Pandemie für jede und jeden sichtbar gemacht – sicher mit Optimierungspotenzial. Ambulanter und stationärer Sektor greifen dabei sinnvoll und zielführend ineinander. Wenn nun aber zunehmend über Strukturwandel, vor allem in Hinblick auf einen zukünftigen Ärztemangel, die Rede ist, ist letztlich eine sukzessive Wesensveränderung und Neudefinition der medizinischen und Heilberufe gemeint.

Ärztinnen und Ärzte sind von jeher Teamplayer. Anders war und ist Medizin gar nicht denkbar und sinnvoll durchführbar. Als junger Assistenzarzt in einer interdisziplinären Notaufnahme wusste ich von Anfang an: Ohne die Unterstützung und den Rat der erfahrenen Pflegekräfte gehe ich unter – und meine Patientinnen und Patienten mit mir. So hat mich der Respekt vor der Kompetenz und Erfahrung anderer Medizinberufe mehr als einmal gerettet, und damit sicher auch das Leben und Wohl der mir anvertrauten Menschen. Unbestritten. Der Arztberuf deckt ein wunderbar breites Spektrum ab: von der Labormedizin über die chirurgischen und inneren Disziplinen bis hin zur Psychoanalyse. Allen Spezialistinnen und Spezialisten in der Medizin ist die fundierte generalistische medizinische Ausbildung zu eigen. Darauf gründet auch die Zuständigkeit für das gesamte Spektrum der Medizin und die ärztliche Letztverantwortung.

Was die Politik unter Strukturwandel versteht, wissen wir spätestens nach dem radikal neuartigen Psychotherapeuten-

gesetz. Damit hat der Gesetzgeber neben dem Arztberuf erstmals einen völlig neuen approbierten generalistischen Heilberuf unter der irreführenden Bezeichnung „Psychotherapeut/in“ eingeführt. Dieser ist mit arzt-ähnlichen berufsrechtlichen Befugnissen ausgestattet und gesetzlich auch für die „Feststellung, Erhaltung, Förderung oder Wiedererlangung der psychischen und physischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen“ (§ 7, Abs. 2, PsychThG neu) zuständig. Mit eigener berufsständischer Kammer wird sich dieser neue Heilberuf künftig auf breiter Basis völlig autonom und frei in andere Gebiete entfalten. Die Folge: eine echte Strukturreform des deutschen Gesundheitswesens.

Dank des konsequenten Widerstands des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands (SpiFa) sowie der Ärztekammern Berlin (besonderen Dank an Günther Jonitz!) und Nordrhein konnte mit den erwirkten Beschlüssen auf dem Deutschen Ärztetag 2019 verhindert werden, dass die Ärzteschaft die Zuständigkeit für Psychotherapie – das Psycho-Soziale, ja, das Sprechen in der Medizin – strukturell verliert. So war es nämlich im ersten Referentenentwurf angelegt.

Hier zeigt sich in strategischer Hinsicht die problematische Seite der gewaltigen Bandbreite des Medizinberufes. Was geht die Chirurgin die Krankheitsbewältigung an, was den Psychoanalytiker die Wund-

versorgung? Kann das nicht jemand anderes übernehmen?

Ja, natürlich. Aber dabei darf die Ärztin, der Arzt nicht die zentrale Zuständigkeit verlieren. Es gleicht einer Herkulesaufgabe, dafür jeweils die gesamte Ärzteschaft zu interessieren und zu gewinnen. Sie bewegt sich wie ein schwer manövrierbarer Riesentanker durch das Fahrwasser der „Strukturveränderung“, während andere Berufe viel wendiger und flexibler agieren können – noch dazu mit Navigationshilfe der Politik.

Die Vorgänge um das neue Psychotherapeutengesetz können andere Berufe und die Politik nur ermutigen. Die angestrebte Akademisierung der Gesundheitsberufe wird diese wesensverändernde Strukturreform des Gesundheitswesens fortsetzen. Das ist aus der Perspektive der Gesundheitsberufe verständlich und auch die Politik hat nichts gegen den Machtverlust einer starken Ärzteschaft durch Substitution. Vordergründig und scheinbar billiger wird es möglicherweise auch.

Die Umstrukturierung läuft: Die Diskussion um den Heilkundevorbehalt für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, die Reform des MTA-Gesetzes mit Abschaffung der „Technischen Assistentinnen und Assistenten in der Medizin“ und die Einführung der „Medizinischen Technologinnen und Technologen“, sowie der neu startende Bachelor-Studiengang für Pflegekräfte an der Charité (maßgeblich koordiniert durch eine Psychologin im Prodekanat) sind aktuelle Projekte. Aufgrund des Ärztemangels wäre es dringend angezeigt, den Arztberuf für den Nachwuchs wieder attraktiv zu machen und zu halten – denn Substitution geht auf Kosten der Patientenversorgung. Für Patientinnen und Patienten und für die Ärzteschaft steht viel auf dem Spiel. Es bleibt spannend.

Ihr Christian Messer

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Anlage von Magensonden

Was ist das Netzwerk CIRS Berlin?

Das Netzwerk CIRS Berlin (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 Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen CIRS 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 Ärztin, ein Arzt berichtet ein nach eigener Einschätzung erstmaliges Ereignis:

Der Führungsdraht der Magensonde wurde nach der Anlage belassen und der Ablaufbeutel wurde mit dem Konnektor an dem Zulaufschenkel bei liegendem Draht angelegt. In der Folge klagte der Patient über ein unangenehmes Gefühl im Hals und es kam trotz vermeintlich offener Magensonde zu keinem Reflux. Nach Entfernung des Drahtes und Öffnen des Ablaufschenkels kam es zu einem Reflux und zur Besserung der Beschwerden im Rachen. Als Grund für das Ereignis wird die fehlende Einweisung in das neue Produkt genannt.

Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerk CIRS-Berlin:

Weitere Fragen, die hilfreich sind für die Analyse des Ereignisses:

- Um was für eine Art Magensonde handelte es sich? In Bezug auf das Material (Silikon, Plastik), auf die Lumina (ein oder mehrere Schenkel) und in Bezug auf den Konnektor (ENFit)?
- War die Sonde für die Nutzung zur Drainage von Mageninhalt geeignet – gab es dafür eine explizite Information durch den Hersteller?
- Ist eine Lagekontrolle durchgeführt worden und wenn ja, wie?

Der Patient lag auf der Chirurgie, das Produkt (eine offenbar zwischenklige

Magensonde) war neu und anders zu handhaben, als die zuvor dort eingesetzten Sonden (die neue verfügte bereits über einen liegenden Führungsdraht, was zudem nicht sofort erkennbar war). Ähnliche Ereignisse (neue Artikel oder Medizinprodukte werden ohne Ankündigung beziehungsweise Einweisung an die Anwendenden ausgegeben) treten häufiger auf: Einmalartikel (wie zum Beispiel Infusionssysteme, Bakterienfilter) oder auch Medizinprodukte für eine komplexere Versorgung werden vom Einkauf durch andere Produkte ersetzt. Die Mitarbeitenden in der direkten Patientenversorgung stellen erst beim Auspacken fest, dass sie ein ihnen nicht bekanntes Produkt in den Händen halten. Kritisch wird es besonders dann, wenn die Anwendung des Produkts ein anderes Vorgehen (zum Beispiel andere Sicherheitsmaßnahmen) erfordert und dies für die Anwendenden – wie im beschriebenen Fall – nicht direkt erkennbar ist. Ein Nebenaspekt dieses Berichtes ist die Nutzung von Ernährungssonden als Ablaufsonden. Um das Risiko von Fehlschlüssen von Ernährungssonden vor allem an intravenösen Kathetern zu vermindern, wurde eine neue Normenreihe geschaffen, die DIN EN ISO 80369-3 (ENFitTM). Dieser Konnektor (Verbindungsstück) gestattet neben der Ernährung offenbar eine Entlüftung des Magens (Dekompression zur gastralen Druckentlastung), allerdings ist dafür

eine Spritze mit dem entsprechenden Ansatz oder ein geschlossenes Beutelsystem erforderlich.

Ernährungssonden mit dem ENFit-Konnektor haben ein dünnes Lumen und sind daher nicht immer (vom Hersteller abhängig) zum Ablauf von Magenflüssigkeit (Drainage) geeignet: Es gibt Produkte, zu denen die Hersteller explizit informieren, dass sie nicht als Ablaufsonden einsetzbar sind, andere Hersteller wiederum bieten zu ihren Produkten auch Drainagebeutel an.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

In vielen Häusern entscheiden Kommissionen mit Vertretern aus Medizintechnik und den klinischen Berufen über die Auswahl der einzukaufenden Produkte. In der Organisation des Krankenhauses muss gewährleistet sein,

- dass der Einkauf von Medizinprodukten mit den klinischen Abteilungen abgestimmt wird.
- dass über neue Produkte vor deren Einsatz informiert wird und diejenigen, die sie einsetzen sollen, in ihre Benutzung rechtzeitig eingewiesen werden.
- dass die Bedienungsanleitung immer zur Verfügung steht (die allein aber nicht eine Einweisung ersetzen kann).

Gibt es Medizinprodukte-Verantwortliche in den Abteilungen, können diese die Erfahrung von der Basis (das heißt der klinischen Versorgung) beitragen.

Weitere Informationen: APS-Empfehlung zum Thema „Patientensicherheit – Ein entscheidendes Kriterium bei der Beschaffung von Medizinprodukten“ (https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2019/03/2019_APS-HE_Beschaffung-1.pdf)

Diesen Fall können Sie auch unter www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/ nachlesen.

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



TITELTHEMA

EDITORIAL.....

Auf Kosten der Patientenversorgung

Von Christian Messer.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Kolorektale Karzinome in Berlin

Datenanalyse aus dem Klinischen Krebsregister für Brandenburg und Berlin

Von Constanze Schneider.....26

Regelmäßig Beschäftigte eines Krankenhauses unterliegen der Sozialversicherungspflicht

Von Marthe Audius und

Almut Lüder.....29

FORTBILDUNG.....

CIRS Berlin:

Der aktuelle Fall.....4

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin

.....22

PERSONALIEN.....

In Gedenken an Sabine Krebs

Von Roland Urban.....32

FEUILLETON.....

Der erste weibliche Professor der Medizin in Preußen

Erinnerung an die Berliner Ärztin

Rahel Hirsch.....33

Mehr als nur Unterstützung

Entlastung im Arbeitsalltag: Danach sehnen sich viele im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte. Wie medizinisches Assistenzpersonal und andere Berufsgruppen Abhilfe schaffen können.

Von Hendrik Bensch.....14

Save the Date

Oktober 2020: Erster virtueller Humanitärer Kongress Berlin

Seit mehr als 20 Jahren bietet der Humanitäre Kongress Berlin eine Plattform für die kritische Debatte zur humanitären Hilfe.

Um den wichtigen Austausch auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie zu ermöglichen, laden die Ärztekammer Berlin, Ärzte der Welt, das Deutsche Rote Kreuz und Ärzte ohne Grenzen gemeinsam mit ihren diesjährigen Partnerorganisationen Oxfam und Greenpeace erstmals zu einem virtuellen Humanitären Kongress ein. Unter dem Titel „Exposing Power & Privilege in Times of Crisis“ werden die Teilnehmenden vom 26. bis 30. Oktober 2020 in einer virtuellen Umgebung zusammenkommen und dort die Gelegenheit haben, sich aus vielfältigen Perspektiven mit sozio-strukturellen Ungleichheiten und deren humanitären Konsequenzen auseinanderzusetzen.

Informationen und Updates finden Sie unter:
www.humanitarian-congress-berlin.org.

Fortbildung

TABAKENTWÖHNUNG

nach dem Curriculum Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung inklusive Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm der Bundesärztekammer (03/2019) und in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP

Wissenschaftliche Studien zeigen die gute Wirksamkeit einer qualifizierten Beratung und Tabakentwöhnung durch Ärztinnen und Ärzte. Mit Besuch der Fortbildung wird es Ärztinnen und Ärzten möglich sein, Kenntnisse einer erfolgreichen Ansprache, Motivierung und Therapie rauchender Patientinnen und 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 qualifiziertes ärztliches Fachpersonal erfolgen. Auch die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum enthalten eine Qualifizierung zur Tabakentwöhnung.

Präsenz-Termine: Fr. 22.01.2021 von 14:00–18:00 Uhr
Sa. 23.01.2021 von 08:00–16:30 Uhr
Fr. 12.02.2021 von 14:00–18:00 Uhr
Sa. 13.02.2021 von 08:00–16:30 Uhr
Fr. 05.03.2021 von 08:00–16:30 Uhr

E-Learning: 23.01.2021–07.02.2021 (ca. 1 Stunde)
13.–28.02.2021 (ca. 3 Stunden)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 595 € / 485 € (DGP-Mitglieder)

Fortbildungspunkte: 42

Informationen und Anmeldung: www.aekb.de/tabakentwoehnung

Arzt SUCHT Hilfe – Suchtproblematik bei Ärztinnen und Ärzten

Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Berlin berät und begleitet Ärztinnen und Ärzte mit problematischem Substanzkonsum professionell und kollegial.

Suchen Sie Hilfe, Beratung, Unterstützung?

Nutzen Sie die Möglichkeit, um mit uns in Kontakt zu kommen: Kontakt-Suchtprogramm@aekb.de

Weitere Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin:

www.aekb.de/suchtintervention/

Leserbrief zum Titelthema 07/2020

Welcher Weg sollte bei einer Novellierung des Krankenhausvergütungssystems beschritten werden?

Jedes Finanzierungssystem hat steuernde Wirkung. Die sogenannten tagesgleichen Pflegesätze waren bis 2003 auskömmlich, aber zugleich eine Einladung zum Nichtstun. Ein Systemwechsel war unvermeidlich. Seitdem führen DRGs zu deutlich verbesserter Vergleichbarkeit budgetrelevanter Parameter zwischen Kliniken, und innerhalb der Kliniken zwischen Fachabteilungen. Es gab und gibt weiterhin Fehlsteuerungen, das System wurde weiterentwickelt und ist in seiner aktuellen Version besser als sein Ruf. Und ja, man muss es – und man kann es – fortlaufend anpassen. Die Ursache für eine allseits beklagte „Ökonomisierung“ des Klinikbetriebes sind die DRGs nicht. Wenn Profitdenken dominiert, ist die Verantwortung dafür bei den privaten oder auch kommunalen und gemeinnützigen Trägern zu finden – der Gestaltungsraum ist erheblich.

Das Finanzierungssystem ist das Eine. Die bereitgestellte Geldmenge ist das Andere.

Die aktuelle Entwicklung schafft Bereitschaft zum notwendigen gesellschaftlichen Diskurs über einen neuen Konsens für einen sinnvollen Rahmen der Klinikfinanzierung, der Stabilität bietet und innovative Entwicklung in den Kliniken ermöglicht. Die Pandemie macht unter anderem die Notwendigkeit eines Elementes Basisfinanzierung evident. In Deutschland ist im Rahmen der dualen Finanzierung ein klarer Teilschritt dahin seit 2003 gesetzlich verankert und „einfach“ umsetzbar: Die schlichte Erfüllung der Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung!

Diese bundesweit jährlich vorenthaltenen rund 3 Milliarden Euro würden die Gelder für die unmittelbaren Personal- und Betriebskosten freisetzen, die derzeit wegen dieser Mangelfinanzierung durch die Kliniken aktiv kompensiert werden müssen. Die Mitleidsbekundungen von Politikerinnen und Politikern über zu geringe Einkommen in den Pflegeberufen sind so als „Krokodilstränen“ zu werten. Die politischen Parteien werden eine Ressourcen-Neuordnung nur aufgreifen, wenn ein gesellschaftliches „Begehren“ erkennbar wird. Das ist gegenwärtig – und wohl nur für kurze Zeit – gegeben.

Dr. med. Roland Bersdorf

@ IHRE MEINUNG IST GEFRAGT

Sagen Sie uns zu den Artikeln in BERLINER ÄRZTE Ihre Meinung! Wir möchten wissen, was Ihnen gefällt und was nicht und was Ihnen beim Lesen aufgefallen ist. Wir freuen uns auf Ihr Feedback und möchten es gerne veröffentlichen. Schicken Sie uns daher gerne eine Mail an: presse@ae kb.de

Natürlich können wir nicht alle Zuschriften in voller Länge veröffentlichen, Kürzungen müssen wir uns vorbehalten.

Der elektronische Arztausweis – das Instrument zur digitalen Gesundheitsversorgung

Am 3. Juli 2020 hat der Bundestag das Patientendatenschutzgesetz (PDSG) beschlossen. Das Gesetz sieht zahlreiche digitale Anwendungen in der Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten vor.

Ab dem 1. Januar 2021 benötigen Sie einen elektronischen Arztausweis (eA), wenn Sie Ihren gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten eine der folgenden Anwendungen anbieten möchten:

- Elektronische Patientenakte
- Elektronisches Notfalldatenmanagement
- Elektronischer Medikationsplan
- Elektronischer Arztbrief (Kommunikation im Medizinwesen – KIM)

- Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

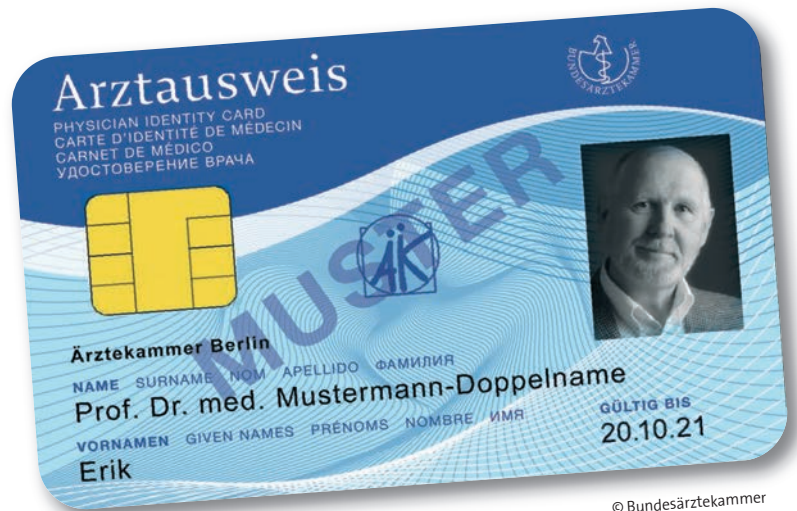
Antragstellung

Von dem ersten Schritt zur Beantragung bis zur Lieferung Ihres Ausweises durch den Kartenhersteller können je nach Antragsaufkommen rund vier Wochen, gegebenenfalls auch mehr vergehen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Planungen.

Sehr gut lässt sich die Beantragung des eA über das Mitgliederportal der Ärztekammer Berlin anstoßen. Dieser

Weg ist schnell und bietet Ihnen das höchste Maß an Datenschutz und Datensicherheit. Sie finden das not-

wendige Formular in Ihrem geschützten Login-Bereich unter dem Reiter „Elektronischer Arztausweis Antrag“.



© Bundesärztekammer

Mitgliederportal der Ärztekammer Berlin

Gegenwärtig stehen Ihnen folgende Anwendungen im Mitgliederportal zur Verfügung:

- Einsichtnahme und Änderung Ihrer Meldedaten und Abmeldung von der Ärztekammer Berlin,
- Beantragung von Arztausweisen und Nachbestellung von Barcode-Etiketten,
- Einsichtnahme in Ihr Fortbildungspunktekonto und Beantragung Ihres Fortbildungszertifikats,
- Beantragung von Weiterbildungsanerkennungen und -befugnissen sowie Fachkunden,
- Nachverfolgung des Bearbeitungsstandes von Anträgen.

Um das Mitgliederportal nutzen zu können, benötigen Sie persönliche Zugangsdaten (Benutzername und Passwort).

Bitte schreiben Sie uns dafür unter dem Betreff „Zugang Mitgliederportal“ mit Angabe Ihres Namens und Ihres Geburtsdatums. Anschrift: Ärztekammer Berlin, Kammermitgliedschaft, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin oder per E-Mail an: mitgliederportal@aekb.de.

Sie erhalten sodann von uns Ihren vorläufigen Benutzernamen sowie einen sogenannten PostIdent-Coupon.

Zur Gewährleistung des Datenschutzes erhalten Sie Ihr vorläufiges Passwort nach einer persönlichen Identifizierung in einer Filiale der Deutschen Post (PostIdent). Dafür benötigen Sie ein gültiges amtliches Ausweisdokument sowie den oben genannten PostIdent-Coupon. Das Passwort wird Ihnen nach der Identifizierung von der Ärztekammer Berlin postalisch zugesandt.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website www.aekb.de unter dem Stichwort „Login für Mitglieder“.

Sie nutzen das Mitgliederportal noch nicht? Dann erfahren Sie mehr über die Vorteile und den Weg zur Anmeldung in der nebenstehenden Übersicht.

Sofern Sie Ihre Zugangsdaten für das Mitgliederportal verlegt oder vergessen haben, können Sie diese auf unserer Website www.aekb.de unter dem Stichwort „Login für Mitglieder“ neu anfordern.

Weitere Informationen zum elektronischen Arztausweis sowie eine Antwort auf die Frage, wie Sie über die Website der Ärztekammer Berlin einen Antrag auf eA stellen können, finden Sie ebenfalls auf unserer Website unter dem Stichwort „Elektronischer Arztausweis“.

Fragen zur Telematikinfrastruktur sowie zur Abrechenbarkeit der neuen Anwendungen beziehungsweise zur Erstattungsfähigkeit der notwendigen Komponenten richten Sie bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV), technische Fragen an Ihren Praxis-IT-Betreuer.

Aufruf zur Hilfe aus Arztpraxen, Kliniken oder Apotheken

Die Union deutscher Zonta Clubs ruft bundesweit alle Arztpraxen, Kliniken und Apotheken auf, sich sichtbar an der Initiative „Code: Maske 19“ zu beteiligen und so Betroffenen von häuslicher Gewalt die zusätzliche Notrufhilfe anzubieten.

„Maske 19“ ist ein niederschwelliges Angebot, mit dem von häuslicher Gewalt Betroffene jederzeit dezent um Notrufhilfe bitten können. Sind in einer Arztpraxis, einer Klinik oder einer Apotheke gut sichtbar Poster und Informationsmaterialien zu „Maske 19“ angebracht, weiß die Betroffene: Das Codewort „Maske 19“ genügt. Die Polizei wird umgehend verständigt und

kann so für deren Schutz sorgen. So soll es das zusätzliche Angebot Frauen erleichtern, in einer akuten Gewaltsituation die Polizei rufen zu können, ohne dies im häuslichen Umfeld oder vom eigenen Telefon tun zu müssen.

„Die Zahl der Frauen, die häusliche Gewalt, Bedrohungen oder Nötigungen erfahren, steigt stetig an. Statistisch gesehen wird in Deutschland an jedem dritten Tag eine Frau durch ihren Ehemann, Partner oder Ex-Partner getötet, ein unhaltbarer Zustand“, sagt Birgit Mähler, Familientherapeutin und Delegierte für die Union deutscher Zonta Clubs im Deutschen Frauenrat. Bereits im vergangenen

Jahr verzeichnete die Statistik des Bundeskriminalamtes (BKA) 118 durch ihren Lebenspartner oder ehemaligen Lebenspartner getötete Frauen und insgesamt einen Anstieg der angezeigten Delikte häuslicher Gewalt um 1,3 Prozent.

Aufgrund der sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie rechnen zahlreiche Beratungs- und Interventionsinstitutionen sowie Frauenverbände und Frauenorganisationen mit einer weiteren Zunahme häuslicher Gewalt. Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker unterliegen der Schweigepflicht, weshalb die Notrufhilfe in

Praxen, Kliniken und Apotheken dauerhaft eine zusätzliche Schutzfunktion bieten könnte.

Ausführliche Informationen zur Kampagne und entsprechendes Informationsmaterial erhalten Sie im Internet unter: <https://zonta-union.de/node/14563>.

Die Aktion „Code: Maske 19“ ist Teil der weltweiten Zonta International-Kampagne „Zonta Says NO“ gegen Gewalt an Frauen.

Der Union deutscher Zonta Clubs gehören derzeit 136 Clubs an.

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus Am 1. Juli 2020 übernahm Prof. Dr. med. Hans-Peter Thomas die Leitung des Vivantes Ida-Wolff-Krankenhauses in Neukölln, das auf Altersmedizin spezialisiert ist. Er tritt die Nachfolge von Dr. med. Ann-Kathrin Meyer an, die nach Hamburg zurückkehrt. Hans-Peter Thomas hatte von 2008 bis 2010 als Oberarzt am AWO Ida-Wolff Geriatriezentrum gearbeitet, bevor es zu Vivantes gehörte. Der ausgewiesene Experte für Altersmedizin ist Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie. Am Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus werden viele Patientinnen und Patienten mit mehrere Diagnosen behandelt, die ärztlich, pflegerisch und therapeutisch aufgenommen werden.

St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof Am 1. April 2020 eröffnete im St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Hartmut Stocker die Klinik für Infektiologie. Das eingespielte Team aus 38 Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten versorgt seit vielen Jahren Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Infektiologie. Innerhalb der HIV-Versorgungsstruktur des Schöneberger Modells ist das Team des St. Joseph Krankenhauses weiterhin primäre Anlaufstelle für die stationäre und teilstationäre Behandlung von Menschen mit HIV-assoziierten Erkrankungen. Die Klinik ergänzt das bisherige Behandlungsspektrum des St. Joseph Krankenhauses passgenau. Mit seinem erweiterten Leistungsspektrum unterstützt das Krankenhaus auch die Umsetzung der Fast-Track Cities Initiative mit dem Ziel der erfolgreichen Bekämpfung der Aids-Epidemie bis 2030, zu der sich Berlin vor einigen Jahren bekannt hat.

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Seit dem 1. August 2020 ist PD Dr. med. habil. Dominique Finas Leiter der Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (GKH). Er ist Nachfolger von Dr. med. Cornelia Herbstreit, die nach 17 Jahren ausscheidet. Dominique Finas war über viele Jahre in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Lübeck leitender Oberarzt und in leitenden Funktionen im Bereich Senologie, gynäkologische Onkologie, Chemotherapie-Ambulanz, Endometriose, Dysplasie, Urogynäkologie, Andrologie, Perinatalzentrum und interdisziplinäres Tumorboard sowie im integrierten Risk Management tätig. Nach mehrjähriger Tätigkeit in Bielefeld als Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Perinatalzentrum, mikroinvasiver und Roboter-basierter Chirurgie war Finas zuletzt in Magdeburg: zunächst als Chefarzt am städtischen Klinikum mit Brustzentrum, dann als stellvertretender Klinikdirektor an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin mit Perinatalzentrum tätig. Dort war er verantwortlich für das Brustzentrum, das interdisziplinäre Tumorboard, für die Dysplasie-Sprechstunde, die onkologische Studienzentrale, die Endometriose sowie für die mikroinvasive und Roboter-basierte Chirurgie in der Gynäkologie.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel.: 030 40806-4101, Fax: -4199, E-Mail: presse@aekb.de

Im Gespräch

Stethoskop um den Hals, aber kein Blatt vor dem Mund – Bundesärztekammer startet Podcast

Ehrliche, verständliche und hintergründige Gespräche rund um das Thema Gesundheit – so kündigt die Bundesärztekammer ihren neuen Podcast „Sprechende Medizin“ an. Gelegenheitspatient Daniel Finger, nebenbei auch Moderator und Wissenschaftsjournalist, stellt die Fragen. Dr. med. Klaus Reinhardt, Hausarzt und Präsident der Bundesärztekammer, antwortet. Geplant ist, dass die beiden künftig alle 14 Tage über Ärztinnen und Ärzte, über Patientinnen und Patienten, über Medizin und Politik, Leiden und Linderung sowie Forschung und Fortschritt sprechen.

Im Premieren-Podcast am 31. Juli 2020 ging es unter anderem um die Frage, warum ökonomisches Denken auch in der Gesundheitsversorgung seinen Platz hat, die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens aber das Patientenwohl gefährdet. „Medizin ist nicht der Versuch, einen Maximalerlös zu produzieren“, stellte Reinhardt klar. Ganz im Gegenteil: Die Ren-

diteerwartungen von Investoren gefährdeten das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis. Pünktlich zum Ferienende ging

ben können, wie Klassenzimmer nicht zu Hotspots werden und warum die Schuleingangsuntersuchung, die in diesem Jahr aus-

www.baek.de/podcast und auf allen gängigen Podcast-Plattformen abhören.

Im Gespräch:

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer

Der 1960 in Bonn geborene Facharzt für Allgemeinmedizin ist seit 1993 in Bielefeld in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Seit 2005 ist er Vizepräsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe. Seit 2011 ist er Bundesvorsitzender des Hartmannbundes. 2015 wurde Reinhardt in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt und ist seit 2019 ihr Präsident.

Daniel Finger

Daniel Finger ist mit Leib und Seele Autor und Moderator, mit einem Hang zu Themen rund um Wissenschaft und Digitalisierung. Er ist regelmäßig auf radioeins zu hören, unter anderem in seiner beliebten Sonntags-Sendung „Zwei auf Eins“.



Foto: M. Thiele

es dann in einer weiteren Folge von „Sprechende Medizin“ um Schulunterricht in Zeiten der Corona-Pandemie. Darum, wie Lehrer und Schüler gesund blei-

fällt, unbedingt nachgeholt werden sollte. Interessierte können den Podcast „Sprechende Medizin“ auf der Website der Bundesärzte-



AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

SIE SUCHEN EINE AUSZUBILDENDE ODER EINEN AUSZUBILDENDEN?

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

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Anzeige auf unserer Website unter

www.aekb.de/mfa

mithilfe eines Eingabeformulars aufzugeben. Nach Prüfung wird Ihre Anzeige veröffentlicht.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website sowie unter der Telefonnummer 030 40806-2626.

STELLENPLATZBÖRSE FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

SIE SUCHEN MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL?

Als neuen Service bietet die Ärztekammer Berlin ihren Mitgliedern nun auch eine Stellenbörse für ausgebildetes medizinisches Assistenzpersonal an. Das Angebot richtet sich an Kammermitglieder in eigener Niederlassung.

Sie sind auf der Suche nach medizinischem Assistenzpersonal und benötigen dringend Unterstützung für Ihre Praxis?

Auf unserer Website haben Sie die Möglichkeit, kostenfrei eine Anzeige für eine freie Arbeitsstelle aufzugeben. Das entsprechende Formular sowie weitere Informationen finden Sie unter www.aekb.de/mfa.

FÖRDERPROGRAMM DES BUNDES „AUSBILDUNGSPLÄTZE SICHERN“

Die Bundesregierung hat ein Hilfsprogramm im Umfang von 500 Millionen Euro für kleine und mittelgroße Ausbildungsbetriebe auf den Weg gebracht, um durch die Corona-Pandemie bedrohte Ausbildungsplätze zu sichern. Am 29.07.2020 haben die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Anja Karliczek, und der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, die Erste Förderrichtlinie für das Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“ unterzeichnet. Damit sind am 1. August pünktlich zum neuen Ausbildungsjahr wesentliche Teile dieses Programms gestartet, mit dem die Bundesregierung kleine und mittlere Unternehmen fördert.

Folgende Unterstützungen sind vorgesehen:

- Ausbildungsprämien in Höhe von 2.000 bzw. 3.000 Euro für Betriebe, die – obwohl sie die Corona-Krise stark getroffen hat – ihr Ausbildungsniveau halten beziehungsweise erhöhen,
- Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung, wenn der Ausbildungsbetrieb Auszubildende und Auszubildende nicht in Kurzarbeit schickt, und
- Übernahmepremien für Betriebe, die Auszubildende von insolventen Betrieben übernehmen.

Die Umsetzung der Förderrichtlinie erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit (BA). Dabei ist die Agentur für Arbeit zuständig, in deren Bezirk der Ausbildungsbetrieb liegt.

Die Antragsunterlagen stehen auf der Internetseite der BA zur Verfügung. Außerdem sind auf dieser Seite alle weiteren wichtigen Informationen, beispielsweise zu Förderbedingungen und zu Voraussetzungen für eine Förderung zusammengestellt. Für weitere Rückfragen ist die Hotline des Arbeitgeber-Services unter folgender Telefonnummer erreichbar: 0800 4555520 (gebührenfrei).

Bescheinigung der Ärztekammer Berlin als zuständige Stelle

Die Förderrichtlinie sieht vor, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dem Antrag eine Bescheinigung der nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) zuständigen Stelle beizufügen haben. Für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter ist das in Berlin die Ärztekammer Berlin. Einen Vordruck für diese Stellungnahmen finden Sie ebenfalls auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit. Sollte ihr Betrieb also die Voraussetzung für eine Förderung von Ausbildungsplätzen erfüllen, senden Sie gerne die auszufüllende Bescheinigung an die Abteilung 3 – Berufsbildung der Ärztekammer Berlin (MedF@aekb.de). Für weitere Rückfragen nutzen Sie bitte die oben angegebene Service-Hotline der Agentur für Arbeit.

Zudem finden Sie auf unserer Website unter www.aekb.de/mfa → COVID-19: Aktuelle Informationen Verlinkungen zu allen wichtigen Seiten und Formularen der Agentur für Arbeit, die das Förderprogramm betreffen.

Ausbildungsbeginn Sommer 2020 VERMITTLUNG FREIER AUSBILDUNGSPLÄTZE

SIE MÖCHTEN AUSBILDEN UND HABEN IMMER NOCH NICHT DIE PASSENDE AUSZUBILDENDE ODER DEN PASSENDEN AUSZUBILDENDEN GEFUNDEN?

Gerne bringt Sie die zuständige Agentur für Arbeit mit noch suchenden Bewerberinnen und Bewerbern in Kontakt.

Unter der Arbeitgeber-Service-Hotline 0800 455520 (gebührenfrei) der Agentur für Arbeit erhalten Sie weitere Informationen. Die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen Ihnen gerne, die passende Auszubildende oder den passenden Auszubildenden zu finden. Gerne könne Sie dafür auch das Kontaktformular unter www.arbeitsagentur.de/unternehmen/ausbilden nutzen.

Weitere Informationen zur Ausbildung Medizinischer Fachangestellter finden Sie auch auf unserer Website unter www.aekb.de/mfa.

Gerne können Sie Ihre Fragen auch telefonisch an uns richten: 030 40806-2626. Unsere Sprechzeiten finden Sie ebenfalls auf der Website.

Weiterqualifizierung durch Fortbildung KOMMUNIKATION – INTERAKTION MIT CHRONISCH KRANKEN

Die kommunikative Kompetenz des medizinischen Assistenzpersonals ist ein entscheidender Faktor, der den Erfolg einer Behandlung mit beeinflusst und sich unmittelbar auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auswirkt.

Die Ärztekammer Berlin bietet deshalb demnächst eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Kommunikation – Interaktion mit chronisch Kranken“ für Medizinische Fachangestellte sowie Arzthelferinnen und Arzthelfer an:

Termin: 29. Oktober 2020

Umfang: 8 Kursstunden

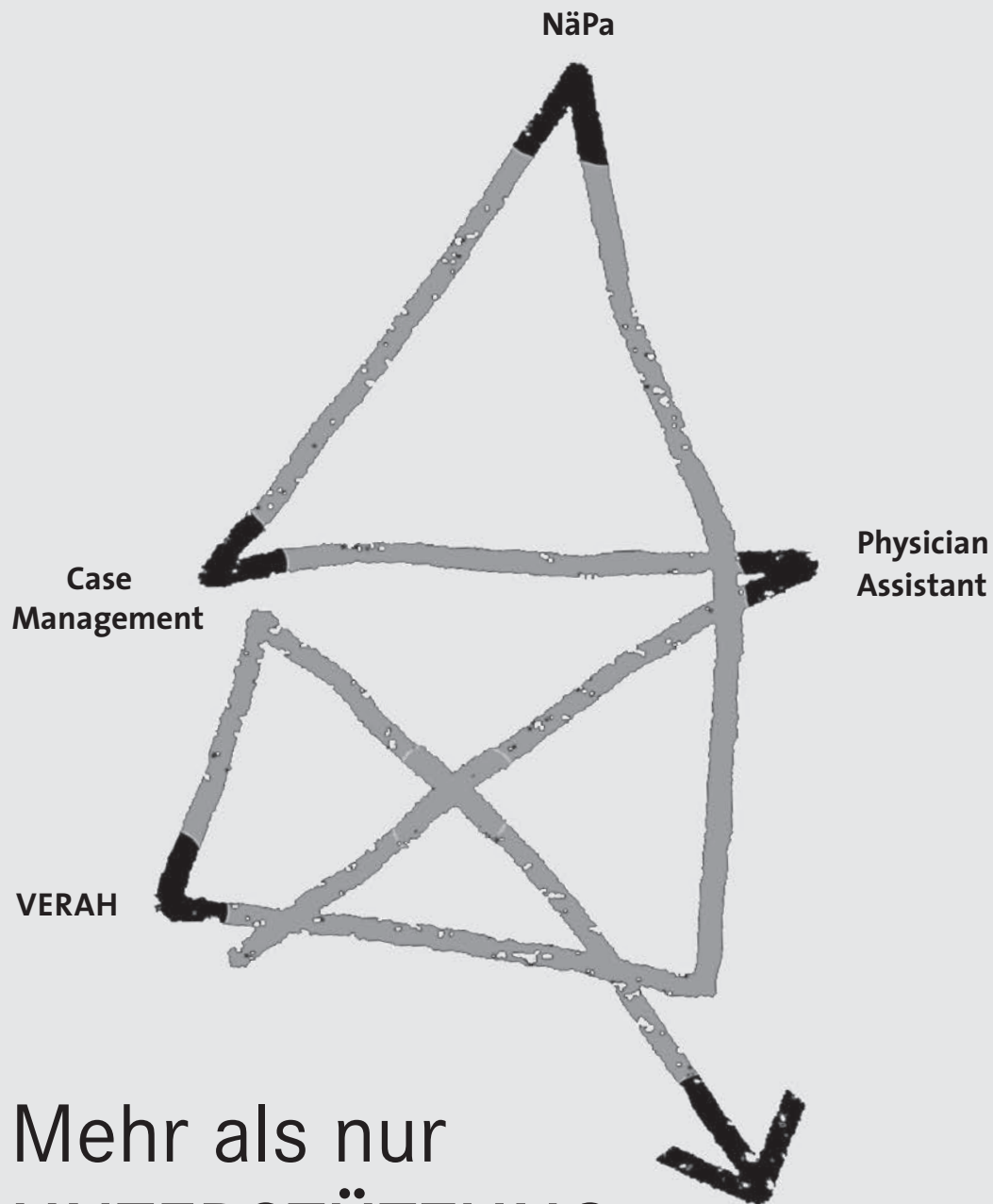
Die Veranstaltungen richten sich auch an Absolventinnen und Absolventen anderer medizinischer Fachberufe sowie anderer Gesundheitsberufe. Interessierte, die über hinreichende Berufserfahrung in einem der vorgenannten Berufe verfügen, können ebenfalls an den Kursen teilnehmen.

Die Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website. Gerne geben wir Ihnen auch unter der Rufnummer 030 40806-2636 Auskunft.

Weiterqualifizierung durch Fortbildung NICHT-ÄRZTLICHE/R PRAXISASSISTENT/IN 2021

Die Ärztekammer Berlin plant im kommenden Jahr 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.

Die Kursveranstaltung findet in den Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt. Die Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen werden demnächst auf unserer Website zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, gerne können Sie sich bereits jetzt vormerken lassen: MedF@aekb.de oder Telefonnummer 030 40806-2636.



Mehr als nur **UNTERSTÜTZUNG**

Entlastung von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich

Entlastung im Arbeitsalltag: Danach sehnen sich viele im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte. Immer mehr von ihnen fördern deshalb die Fortbildung ihres medizinischen Assistenzpersonals. Großes Potenzial liegt auch in der Zusammenarbeit mit Berufsgruppen außerhalb der Praxis, wie etwa Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Doch gibt es hierzu bislang nur wenige Modellprojekte.

Von Hendrik Bensch



Foto: A. Wagenzik

Dr. med. Heike Kunert sieht die Fortbildung zur nichtärztlichen Praxisassistentin als „Sprung hin zu einer neuen Qualität“.

Wenn Dr. med. Heike Kunert von ihrer Medizinischen Fachangestellten (MFA) Christiane berichtet, gerät sie ins Schwärmen. Jahr für Jahr hat ihre Angestellte Fortbildungen absolviert und so eine Qualifikation nach der anderen erworben. Mit jeder Qualifikation ist ein neues Kürzel hinzugekommen, mittlerweile ein halbes Dutzend: NÄPa-VERAH-AGnES-QMB-IA-PM. Und jede weitere Fortbildung bedeutet für Heike Kunert weitere Entlastung: „Sie kann mir dadurch massiv helfen“, sagt die Hausärztin über ihre Angestellte.

Los ging es mit der Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NÄPa), die im Land Berlin von der Ärztekammer Berlin seit 2015 regelmäßig angeboten wird. Sie ermöglicht es Angestellten, im Auftrag der Ärztin oder des Arztes selbstständig Hausbesuche zu übernehmen oder Patientinnen und Patienten in Alten- oder Pflegeheimen aufzusuchen. Ärztliche Entscheidungen darf Christiane durch die Fortbildung zwar weiterhin nicht treffen, aber sie kann doch zusätzliche Aufgaben übernehmen – Hilfeleistun-

gen, die die Ärztin angeordnet hat. So besucht sie die Patientinnen und Patienten zu Hause und misst dort den Blutzuckerwert und Blutdruck, nimmt Blut ab, kontrolliert die Medikamente und versorgt Wunden. Wenn sie sich nicht ganz sicher ist, wie sie weiter vorgehen soll, schickt sie Heike Kunert auch mal ein Foto. Erst kürzlich gab es wieder so einen Fall, in dem sich die Fortbildung ausgezahlt hat. Ein Patient hatte sich Schnittwunden zugezogen. Christiane fuhr zu ihm und schaute sich die Verletzung an. Schnell war klar: Die Wunden sind so klein, dass die Ärztin nicht kommen muss. „Eine MFA hätte ich nicht schicken dürfen“, so Kunert, die Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin ist.

NÄPa ist „Sprung zu einer neuen Qualität“

Durch die Fortbildungen ihrer Angestellten muss die Ärztin nun nur noch die Hausbesuche übernehmen, bei denen sie medizinisch entscheiden muss. „Damit gewinne ich Zeit für die ärztlich-medizinischen Arbeit an meinen Patienten in der Sprechstunde“, berichtet

Kunert. Sie sieht deshalb die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistentin als „Sprung hin zu einer neuen Qualität“.

Entlastung, um sich stärker auf die wesentlichen ärztlichen Aufgaben zu konzentrieren – danach sehnen sich viele Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. Das gilt umso mehr vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in der Hauptstadt: Denn während die Einwohnerzahl in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist, stagniert die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. In einigen Bezirken geht sie sogar zurück. Besonders betroffen ist der hausärztliche Bereich, in dem ein Drittel 60 Jahre und älter ist. Etwa 800 Hausärztinnen und Hausärzte werden in den nächsten fünf Jahren das Rentenalter erreichen, prognostiziert die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. „Das ist eine Dimension – da kann man nur Angst bekommen“, sagt Kunert. Deswegen sei Entlastung, wie etwa durch die nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten, „dramatisch wichtig“.

Es ist eine Entwicklung, wie sie etwa auch in Treptow zu beobachten ist. Hier hat Dr. med. Franziska Drephal 2017 eine Praxis übernommen. Mehr als die Hälfte ihrer Kolleginnen und Kollegen in dem Bezirk sind über 60 Jahre alt. Der Großteil der Patientinnen und Patienten, die sie und ihre angestellten Kolleginnen betreuen, sind älter. Dazu gehören auch Bewohnerinnen und Bewohner eines großen Altersheims und zweier Demenz-Wohngemeinschaften.

Bei ihrer Arbeit wird Drephal – wie Heike Kunert – von einer Medizinischen Fachangestellten unterstützt, die mehrere Fortbildungen absolviert hat. Ihre MFA, Edula, hat sich ebenfalls nicht nur zur nicht-ärztlichen Praxisassistentin, sondern auch zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) fortgebildet. Dieser Abschluss wird vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e. V. angeboten. Da die Qualifikationsvoraus-

NäPa, VERAH, Case Management: ausgewählte Fortbildungsangebote für medizinisches Assistenzpersonal

Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in (NäPa)

Voraussetzung: Abgeschlossene Ausbildung als Medizinische/r Fachangestellte/r, Arzthelfer/in oder qualifizierter Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz. Zudem Nachweis einer Berufstätigkeit von mindestens drei Jahren in einer haus- oder fachärztlichen Praxis.

Umfang der Weiterbildung: Abhängig von der Dauer der bisherigen Tätigkeit im Beruf der Grundqualifikation zwischen 170 bis 220 Stunden Theorie und 20 bis 50 Stunden Praxis (Hausbesuche) sowie 20 Stunden Notfallmanagement.

Honorierung: Zuschläge gibt es für Haus- und Pflegeheimbesuche, die von den nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten übernommen werden. Hausärztinnen und -ärzte mit NäPa erhalten eine Förderung von bis zu 2.536 Euro im Quartal (Strukturzuschlag). Allerdings verringert sich die Anzahl der Zuschläge um die Zahl der Behandlungsfälle aus Selektivverträgen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (HzV-Verträge nach Paragraph 73b

SGB V) und/oder aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung. Details unter www.kbv.de/html/12491.php.

Kursveranstalterinnen: Landesärztekammern (Ärztekammer Berlin).

Kursangebote der Ärztekammer Berlin: Der aktuelle Kurs der Ärztekammer Berlin hat im August 2020 begonnen und wird im November enden. Das nächste Kursangebot ist für August 2021 vorgesehen. Weitere Informationen finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin.

VERAH (Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis)

Voraussetzung: Abgeschlossene Ausbildung als Medizinische/r Fachangestellte/r mit einschlägiger Berufserfahrung in der Hausarztpraxis oder in einem anderen medizinischen Fachberuf mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in einer Hausarztpraxis.

Umfang der Weiterbildung: 106 Stunden Präsenzunterricht, Praktikum über 40 Einheiten à 45 Minuten bei einer Einrichtung, die bei der Patientenversorgung mit der Hausarztpraxis kooperiert, wie etwa ein

Pflegedienst. Außerdem ein Nachweis über Kompetenzen, die vom Arbeitgeber bescheinigt werden.

Honorierung: Für die Beschäftigung einer/s Versorgungsassistentin/en in der Hausarztpraxis wird in der Regel ein Zuschlag von 5 Euro pro Patient und Quartal auf die Abrechnungsziffer P3 (Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten) gewährt. In manchen Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) besteht die Möglichkeit, einen Besuch der VERAH bei einer Patientin oder einem Patienten als Einzelleistung abzurechnen. Details unter www.verah.de/was-ist-verah/verah-abrechnung.

Kursveranstalter: Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband

Case Management

Voraussetzung: Abgeschlossene Ausbildung als Medizinische/r Fachangestellte/r oder in einem anderen medizinischen Fachberuf mit einer einschlägigen Berufserfahrung von mindestens drei Jahren.

Umfang der Weiterbildung: 160 Unterrichtsstunden

Honorierung: in Berlin bislang keine

setzungen von NäPa und VERAH ähnlich sind, haben die Bundesärztekammer (BÄK) und das IHF in einem Memorandum of Understanding vereinbart, unter welchen Voraussetzungen die Fortbildungsabschlüsse wechselseitig anerkannt werden. VERAHs übernehmen arztentlastende, an sie delegierte Aufgaben und unterstützen so Hausärztinnen und Hausärzte, etwa indem sie Hausbesuche machen oder sich um das Fallmanagement von Patientinnen und Patienten kümmern.

In Drephals Praxis kümmert sich Edula unter anderem um die Patientinnen und Patienten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen, beispielsweise Menschen mit Diabetes mellitus. Sie organisiert die Termine, kontrolliert den Fuß- und Wundstatus, führt Blutabnahmen durch, legt Langzeit-EKGs an und übernimmt auch die Wundversorgung beim Hausbesuch. Wenn jemand in der Praxis anruft und berichtet, die Beine seien schlechter geworden, fährt sie

vorbei, macht Fotos und spricht sich mit den Ärztinnen ab. „Die Versorgung der DMP-Patienten im Hausbesuch ist sehr aufwendig und kann durch einen vorbereitenden Besuch durch unsere NäPa bzw. VERAH gut begleitet und erleichtert werden“, erklärt Drephal. „Ich gewinne dadurch Zeit und kann Hausbesuche machen, wo ich aktuell persönlich dringender gebraucht werde.“ Die Ärztin weiß das sehr zu schätzen und will wegen der steigenden Zahl an Patientinnen und Patienten sowie der

demografischen Entwicklung nun auch eine zweite MFA zur VERAH weiterbilden lassen.

VERAHs übernehmen viele Tätigkeiten – und entlasten dadurch

Vor allem im ländlichen Bereich sind bundesweit mittlerweile fast 13.000 Versorgungsassistentinnen und -assistenten in Hausarztpraxen (VERAHs) tätig. Jedes Jahr kommen etwa 1.000 hinzu. Wie sie Ärztinnen und Ärzte im Alltag unterstützen, hat unter anderem eine Analyse der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg gezeigt. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Goethe-Universität Frankfurt am Main und des Universitätsklinikums Heidelberg hatten sich die Ergebnisse für die Jahre 2013 bis 2016 angeschaut. Dabei zeigte sich: Die VERAHs übernehmen viele Tätigkeiten, die Ärztinnen und Ärzte entlasten können, wie etwa Routine-Hausbesuche. Voraussetzung dafür ist, dass die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten bereits persönlich kennt und mindestens einmal im Quartal sieht. Unter den Tätigkeiten waren auch solche, die im Praxisalltag oft zu kurz kamen, wie etwa Beratungen von Angehörigen zu Pflegegraden. Durch die VERAHs habe ein „Großteil der Ärzte [...] eine Reduzierung der Belastungen bei der Patientenversorgung wahr[genommen]“, heißt es in dem Bericht. Unterm Strich bleibe den Ärztinnen und Ärzten mehr Zeit für wichtige medizinische Aufgaben.

Der Vorsitzende des Hausärzterverbandes Berlin und Brandenburg (BDA) und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Wolfgang Kreischer, sieht das Entlastungspotenzial für Ärztinnen und Ärzte auch noch nicht ausgeschöpft. Er kritisiert etwa, dass Medizinische Fachangestellte mit VERAH-Fortbildung bei Hausbesuchen alleine keine Impfungen übernehmen dürfen. „Andererseits sollen Apotheker, die die Qualifikation nicht haben und

den Patienten nicht kennen, nun impfen dürfen – das geht gar nicht“, sagt Kreischer. Außerdem spricht er sich dafür aus, die Ausbildung von VERAHs und NÄPas zu vereinheitlichen. Die Medizinischen Fachangestellten können sich derzeit die in der einen Fortbildung erworbenen Qualifikationen zwar für die andere anrechnen lassen, wenn sie auch die andere Qualifikation erwerben möchten, müssen sie aber noch weitere Unterrichtseinheiten absolvieren.

Wenn es nach Heike Kunert ginge, sollte zudem künftig auch in Berlin die Fortbildung „Case Management“ angeboten werden, die auch unter dem Begriff agnes zwei (Das Kürzel agnes steht für „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention“) bekannt geworden ist. Die Fortbildung beruht auf dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer zum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“. Danach können sich Medizinische Fachangestellte zu Fallmanagerinnen weiterbilden lassen, die sich insbesondere um betreuungsintensive, multimorbide, immobile Patientinnen und Patienten in ihrer häuslichen Umgebung kümmern. Kunert hält viel von der Fortbildung, denn die Organisation rund um Pflegebedürftige koste Ärztinnen und Ärzte viel Zeit. Das erlebe sie beispielsweise immer wieder, wenn ein älterer, allein-stehender Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird und dann als Pflegebedürftiger Unterstützung benötigt. „Eine Fallmanagerin kann dann eigenständig Lösungen organisieren“, sagt Kunert.

Neue Freiräume für Ärztinnen und Ärzte

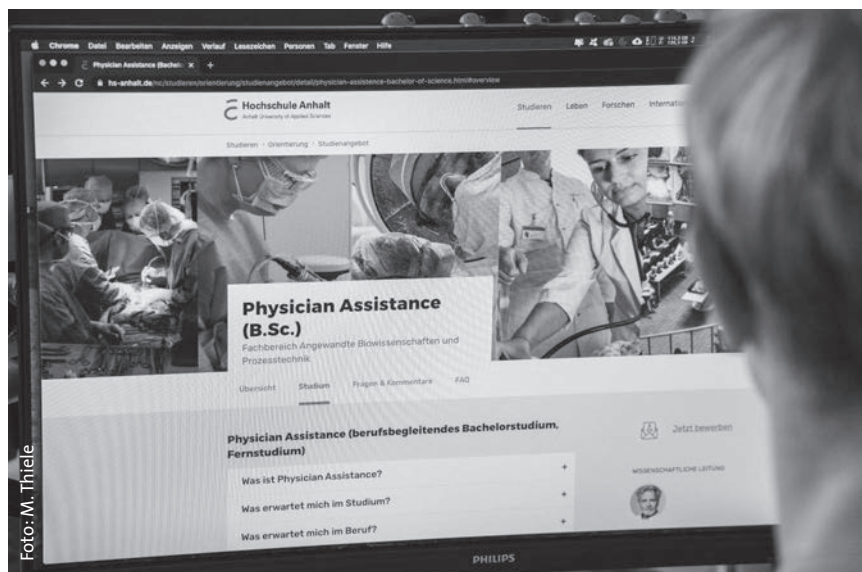
Christiane koordiniert dann die Zusammenarbeit aller Akteure: von der Hausärztin über den Medizinischen Dienst (MDK) bis hin zum Pflegestützpunkt. Sie füllt die Anträge für den Pflegegrad oder den Schwerbehindertenausweis aus und verhandelt mit den Krankenkassen, dem MDK oder dem Hauskrankenpflegedienst. Und sie kennt die gesetzlichen Rahmen-

bedingungen, die es für multimorbide Patientinnen und Patienten zu beachten gilt. „Sie übernimmt viele Organisationsaufgaben, die ich ungern erledige, und schafft mir so neue Freiräume“, so Kunert über ihre Medizinische Fachangestellte. Allerdings ist Christiane ihres Wissens nach die einzige „Case Managerin“ in Berlin, da die Fortbildung Case Management hier derzeit nicht angeboten wird. Heike Kunert möchte daher bei der Kassenärztlichen Vereinigung anregen, Verhandlungen mit den Krankenkassen aufzunehmen, damit der Einsatz einer Case Managerin – wie etwa in Brandenburg – vertragsärztlich vergütet und damit lohnend wird.

Nicht nur agnes-Case Managerinnen gibt es bislang sehr wenige. Auch die Zahl der Physician Assistants (PA, deutsch: Arztassistentin bzw. Arztassistent), die im ambulanten Bereich tätig sind, ist sehr gering. Einer von ihnen ist Matthias. Er arbeitet im Schmerzzentrum Berlin, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in Prenzlauer Berg. Und der Ärztliche Leiter und Geschäftsführer des MVZ, Dr. med. Jan-Peter Jansen, will unbedingt, dass das so bleibt: „Ohne Physician Assistant möchte ich nicht mehr arbeiten.“

„Weil ich vieles abgeben kann, fühle ich mich deutlich entlastet“

Matthias, der ein Bachelor-Studium an der Mathias Hochschule in Rheine, die mittlerweile zur Europäischen Fachhochschule gehört, absolviert hat, nehme ihm viele Aufgaben ab, berichtet Jansen. Das geht los mit organisatorischen Tätigkeiten: Matthias bereitet beispielsweise Antworten vor, wenn Krankenkassen oder Ämter Anfragen stellen. Außerdem unterstützt er beim Management von Patientinnen und Patienten, die für die stationäre Behandlung oder Neuromodulation vorgesehen sind. Er überwacht hierbei die Blutabnahmen und OP-Vorbereitungen, sammelt und sichtet Vorbefunde und vervollständigt gegebenenfalls Assess-



ments. Darüber hinaus führt Matthias zusammen mit Jansen Botox-Behandlungen bei chronischen Migränpatientinnen und -patienten durch.

Die Arbeitszimmer des Ärztlichen Leiters und des Physician Assistant liegen direkt nebeneinander. „Ich kann ihm vertrauen und delegiere viele Aufgaben an ihn, bis hin zur Erfassung der Behandlungsverläufe oder die Dokumentation und Organisation meiner Sprechstunde“, so Jansen. Kommen unangemeldete Patientinnen und Patienten in seine Sprechstunde, bereitet Matthias die Untersuchung vor: Der gelernte Kranken- und Gesundheitspfleger mit Bachelor-Abschluss fragt dann den Krankheitsverlauf ab, dokumentiert diesen und füllt die notwendigen Fragebögen aus. Für andere ärztliche Kolleginnen und Kollegen am Schmerzzentrum übernimmt er auch mal Recherchen zu seltenen Erkrankungen – und werde nicht nur deshalb von ihnen sehr geschätzt, so Jansen. „Er nimmt an Fallkonferenzen teil und wird hier gleichberechtigt angehört.“

Nach den fünf Jahren, in denen Matthias nun für ihn arbeitet, zieht Jansen ein sehr positives Fazit: „Ich habe mehr Zeit für ruhige Gespräche mit den Patienten und kann, wenn akute Fälle reinkommen, sagen: „Mach mal weiter, ich

bin gleich wieder da“, sagt Jansen. „Meine Lebensqualität ist deutlich gestiegen, weil ich vieles abgeben kann.“ Weitere Beschäftigte am Schmerzzentrum werden möglicherweise den gleichen Weg gehen: Zwei Medizinische Fachangestellte seien am Studium interessiert, berichtet Jansen.

Nur wenige Physician Assistants im ambulanten Bereich

Bundesweit ist die Zahl der Physician Assistants allerdings noch sehr überschaubar. Im Herbst vergangenen Jahres gab es gerade einmal rund 570 Frauen und Männer, die den Studiengang absolviert hatten. Dieser wird laut dem Deutschen Hochschulverband Physician Assistant e. V. bislang von neun Hochschulen und Berufsakademien, unter anderem von der Steinbeis-Hochschule Berlin, angeboten. Die Zahl der künftigen Absolventinnen und Absolventen dürfte jedoch – prozentual gesehen – deutlich steigen: Mehr als 1.000 Studierende gibt es derzeit. Und einige Hochschulen und Berufsakademien, die den Studiengang künftig anbieten wollen, stehen in den Startlöchern. So ist beispielsweise an der Hochschule Anhalt in Köthen der berufsbegleitende Bachelor-Studiengang „Physician Assistance“ mit

Schwerpunkt hausärztliche-ambulante Medizin in Kooperation mit der Kasssenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e. V. entstanden.

Allerdings: Für Entlastung im ambulanten Bereich im größeren Maßstab dürften die Physician Assistants so schnell nicht sorgen. Denn zum einen wird die Zahl der Absolventinnen und Absolventen weiterhin verhältnismäßig gering bleiben. Zum Vergleich: Derzeit gibt es mehr als 400.000 Medizinische Fachangestellte in Deutschland. Darüber hinaus sind aktuell vermutlich nur etwa ein Zehntel der berufstätigen Physician Assistants im ambulanten Bereich tätig, schätzt Prof. Dr. med. Peter Heistermann, Vorsitzender des Deutschen Hochschulverbands Physician Assistant. Und von diesen dürften fast alle in Medizinischen Versorgungszentren und großen Facharztpraxen tätig sein, nicht aber in Einzelpraxen.

Zudem liegen die Schwerpunkte des Studiengangs zum Physician Assistant derzeit noch vorwiegend im stationären Sektor. Zwar böten einige Hochschulen mittlerweile Wahlpflichtmodule zu ambulanten Themen an, so Heistermann, das sei aber sicherlich noch ausbaufähig.

Honorierung ungeklärt

Dass der Einsatz im ambulanten Bereich noch keine große Rolle spielt, hat insbesondere mit der Finanzierung zu tun: Die Honorierung ist nicht geklärt. Praxischefs können die Leistungen des Physician Assistant nicht gesondert abrechnen. Sie müssen ihn also aus ihrem Budget bezahlen. Lediglich in Niedersachsen gibt es erste Diskussionen zu diesem Thema. Dort ist im Gespräch, eine gesonderte Abrechnungsziffer einzuführen. Vertreterinnen und Vertreter der niedersächsischen Ärzteschaft zeigen sich jedoch bisher eher skeptisch, so wie auch allgemein das Berufsbild „Physician Assistant“ in der Ärzteschaft weiterhin sehr umstritten ist.

Helfende Hände oder bedeutungsloses Berufsbild?

Ob man im Gesundheitswesen auf Physician Assistants setzen sollte, ist in der Ärzteschaft umstritten. Die ersten Absolventinnen und Absolventen eines „Physician Assistant“-Studiengangs in Deutschland sind seit 2008 tätig – die Debatte um das Berufsbild hat in den darauffolgenden Jahren immer weiter an Fahrt aufgenommen. Bei den Deutschen Ärztetagen in den Jahren 2015 und 2016 stimmte die Mehrheit der Delegierten für ein bundeseinheitlich geregeltes, neu einzuführendes Berufsbild „Physician Assistant“. Der Deutsche Ärztetag im Jahr 2017 sprach sich dann für ein Ausbildungskonzept aus, das die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Auftrag der früheren Ärztetage ausgearbeitet hatten. Das Konzept beschreibt unter anderem die Möglichkeiten und Grenzen der Delegation von Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte an den Physician Assistant (PA). Dabei wurde im Beschlussprotokoll festgehalten: Das Konzept soll ein Delegationsmodell sein – und zwar „zur Arztentlastung und -unterstützung“. Es sei zu verstehen als „konstruktive[r] Beitrag der Ärzteschaft zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen angesichts der Herausforderungen in der Patientenversorgung.“

Doch mit dem Konzept hörten die Diskussionen nicht auf. Im darauffolgenden Jahr äußerten sich einige Berliner Ärztinnen und Ärzte in einem Beschlussantrag auf dem Deutschen Ärztetag 2018 sehr kritisch zum Physician Assistant.

Entlastung für Ärztinnen und Ärzte, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und mehr Teilzeit-Möglichkeiten – all dies werde der Beruf Physician Assistant nicht bewirken, kritisierten sie. „Es ist vielmehr damit zu rechnen, dass die Tätigkeiten von PAs immer näher an ärztliche Vorbehaltsleistungen heranreichen werden und zukünftig, bei dünner ärztlicher Personaldecke, die Substitution solcher Leistungen durch PAs in Kauf genommen wird“, hieß es in dem Antrag.

Einer der Verfasser des Antrags war der Berliner Arzt und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärzte Kammer Berlin, Julian Veelken (Fraktion Gesundheit). Er sieht das Berufsbild „Physician Assistant“ auch heute noch sehr kritisch. Unter anderem mit Blick auf das Thema Weiterbildung: „Physician Assistants bedrohen im Krankenhaus auf peripheren Stationen und im OP Ärzte in ihrer Weiterbildung“, so Veelken. Auch im ambulanten Bereich sieht er diese Gefahr. Er kenne neurologische Praxen, in denen viele Funktionen, zum Beispiel in der Neurophysiologie, von Physician Assistants übernommen würden – und nicht mehr von Ärztinnen und Ärzten. Er bezweifle nicht, dass auch die Physician Assistants Aufgaben fachlich gut umsetzen könnten. „Aber Ärzte werden dann in grundsätzlichen Inhalten nicht mehr weitergebildet.“

Dr. med. Klaus-Peter Spies (Allianz Berliner Ärzte), Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, geht noch einen Schritt weiter: Er spricht sich dafür aus, den Beruf „Physician Assistant“ wieder abzuschaffen. Durch Physician Assistants solle eine Lücke

geschlossen werden, die dadurch entstehe, dass Ärztinnen und Ärzte heute im Durchschnitt weniger arbeiten als früher und die Gesellschaft altert. „Man kann diese Lücke aber nicht mit minderqualifiziertem Personal schließen, weil der Arzt ja auch immer vor Ort anwesend sein muss“, sagt Spies. Befürworterinnen und Befürworter würden ihm gegenüber argumentieren, ein Physician Assistant könne die Anamnese übernehmen und Ärztinnen und Ärzte auf diese Weise unterstützen. Das hält er aber nicht für sinnvoll. „Wenn jemand für mich die Anamnese macht, fehlt mir das Fingerspitzengefühl dafür, wo die Probleme eigentlich liegen.“ Für das Herausarbeiten der eigentlichen Ursache der Probleme benötige man die ärztliche Aus-



Schon auf dem Deutschen Ärztetag 2017 sprach sich Julian Veelken gegen die Einführung des Physician Assistant aus und brachte zusammen mit Dr. med. Katharina Thiede einen Antrag ein, der sich mit den möglichen Gefahren einer solchen Einführung und deren Beseitigung befasste.

bildung und Erfahrung. „Und die hat ein Physician Assistant nicht“, so Spies. Auch benötige man die Berufsgruppe nicht, damit sie Ärztinnen und Ärzten Verwaltungstätigkeiten abnimmt. Dies könne genauso gut zum Beispiel eine Medizinische Fachangestellte (MFA) übernehmen.

Vorstandsmitglied PD Dr. med. Peter Bobbert vom Marburger Bund sieht die Entwicklung hin zum Physician Assistant hingegen positiv. Der Alltag von Ärztinnen und Ärzten sei überfrachtet mit Aufgaben, die nicht originär ärztliche Tätigkeiten sind. Es fehle Zeit für die Arzt-Patienten-Beziehung. Wenn nun Physician Assistants bestimmte Tätigkeiten übernehmen, für Entlastung sorgen und so mehr Freiraum für ärztliche Tätigkeit entstehe, befürworte er das. Auch Bobbert ist sich der Gefahr bewusst, dass sich durch die Physi-

cian Assistants möglicherweise Weiterbildungskapazitäten bei Ärztinnen und Ärzten verringern könnten. Hier müssten Ärztinnen und Ärzte, die ihre Kolleginnen und Kollegen weiterbilden, wachsam sein. „Aber es liegt in unserer Hand“, so Bobbert. Potenziale für Physician Assistants sieht er auch im ambulanten Bereich: In ländlichen Regionen mit Ärztemangel können sie mit dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern – indem sie Ärztinnen und Ärzte bei Aufgaben wie der Wundversorgung unterstützen.

Dass die noch relativ junge Berufsgruppe wohl noch länger für Gesprächsstoff sorgen wird, zeigt sich auch mit Blick auf Ärztekammern in anderen Regionen. So sprach sich die Delegiertenversammlung in Brandenburg in der Vergangenheit gegen den Physician

Assistant aus. In Sachsen hingegen ist der Präsident der Landesärztekammer Mitglied eines Bündnisses, das sich unter anderem dafür einsetzt, neue Berufsbilder wie das des „Physician Assistant“ zu etablieren.

Der Deutsche Hausärzteverband stellt sich hingegen geschlossen gegen den Beruf „Physician Assistant“. Im vergangenen Jahr richtete die Delegiertenversammlung des Verbands einen Appell an die KBV: Sie solle ihre Aktivitäten zur Erstellung einer Anlage zum Bundesmantelvertrag, die das Tätigwerden von Physician Assistants in der hausärztlichen Versorgung regelt, beenden. Stattdessen solle sie die Initiative des Deutschen Hausärzteverbandes unterstützen, dass auch VERAHs einen akademischen Abschluss machen können.

Der Blick muss über die Ärzteschaft hinausgehen

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wie Prof. Dr. Michael Ewers drängen hingegen darauf, den Blick zu weiten: Bei der Diskussion um die Gesundheitsversorgung der Zukunft müsse der Blick über die Ärzteschaft hinausgehen. „Teambasierte Strukturen, bei denen unterschiedliche Berufsgruppen miteinander zusammenarbeiten, um gesundheitliche und soziale Probleme zu lösen – das wäre wichtig“, sagt der Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Denn davon profitierten letztlich die Patientinnen und Patienten, wie ein Blick ins Ausland zeige. Er verweist beispielsweise auf die längeren Kontaktzeiten zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientin oder Patient in Ländern wie Dänemark oder Schweden. Der Grund: „Dort konzentrieren sich die Ärzte auf ihre ureige-

ne Aufgabe: die Diagnose und Therapie“, so Ewers. Andere Aufgaben würden eigenverantwortlich von anderen Gesundheitsberufen übernommen. Deutschland könne beispielsweise beim Umgang mit chronisch kranken Patientinnen und Patienten vom Ausland lernen. Sie kämen dort nur bei schwerwiegenderen Problemen zu Ärztinnen und Ärzten. Grundsätzlich übernehme eher das medizinische Assistenz- oder Pflegepersonal die Aufgaben: Sie leiten die chronisch Kranken an, beraten, informieren und untersuchen sie – und das weitgehend eigenständig. „So sehen die Patienten den Arzt zwar seltener, er hat dann aber viel mehr Zeit für sie“, sagt Ewers.

Mehr interprofessionelle Zusammenarbeit bei chronisch Kranken hält auch Prof. Dr. Doris Schaeffer für sehr wichtig. In Fokusgruppenanalysen zeige sich immer wieder, dass chro-

nisch kranke Patientinnen und Patienten nicht mit der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten zufrieden sind. „Das liegt aber nicht daran, dass die Kommunikation schlecht oder unverständlich ist, sondern vor allem daran, dass keine Zeit dafür ist“, sagt die Co-Leiterin des Interdisziplinären Zentrums für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK) an der Universität Bielefeld. Die Patientinnen und Patienten zu monitoren, das Selbstmanagement bei ihnen zu fördern – das seien Aufgaben, die von anderen Berufsgruppen, wie etwa Pflegekräften, übernommen werden könnten, so Schaeffer. „Ärztinnen und Ärzte sind dafür ja auch nicht ausgebildet worden.“ Sie könnten sich dann wieder auf medizinische Aufgaben konzentrieren.

Immerhin: Mittlerweile gibt es bundesweit zahlreiche Projekte zum Case oder Care Management. Was dabei möglich ist, zeigt zum Beispiel das

Konzept des „Dementia Care Management“, das das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und die Universitätsmedizin Greifswald entwickelt und erprobt haben. Es handelt sich dabei um ein ambulantes Versorgungskonzept, mit dem Menschen mit Demenz und deren Angehörige unterstützt werden sollen. Dafür untersucht die Hausärztin oder der Hausarzt zunächst die Betroffene oder den Betroffenen ab 70 Jahren auf Gedächtnisprobleme. Eine Pflegekraft, die im Dementia Care Management geschult ist, besucht diese dann zu Hause und erfasst zum Beispiel die gesundheitlichen Beschwerden, die Medikation und ob es Bevollmächtigte gibt. Die Hausärztin oder der Hausarzt und die Pflegekraft erstellen dann einen Katalog mit ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Maßnahmen, die sie gemeinsam umsetzen.

Und das mit Erfolg, wie eine Studie zeigt: Bei den betreuten Patientinnen und Patienten gab es deutlich weniger neuropsychiatrische Verhaltensweisen als in der Kontrollgruppe. Zudem fühlten sich die Angehörigen weniger belastet. Für die Hausärztinnen und Hausärzte bedeutete es darüber hinaus eine Erleichterung bei der Routineversorgung, berichteten diese. Das Konzept ist jetzt Teil der Demenzstrategie der Bundesregierung. Bis Ende 2022 soll feststehen, ob Dementia Care Management im Rahmen des SGB XI eingeführt werden kann.

Stärker interprofessionell zusammenarbeiten

Mehr interprofessionelle Zusammenarbeit sei auch beim Thema Prävention nötig, findet Julian Veelken (Fraktion Gesundheit). Armut, Einsamkeit, mangelnde Bildung – diese bestimmenden Faktoren für Krankheit müsse man sich vergegenwärtigen, sagt der Berliner Facharzt für Neurochirurgie und Spezielle Schmerztherapie. „Dann versteht man Gesundheit auch in einem wesentlich breiteren Kontext.“ Es

komme deswegen unter anderem auch auf die Arbeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie von Familienhelferinnen und Familienhelfern an. „In einem multiprofessionellen Ansatz liegt eine große Chance, die Gesundheitsversorgung zu verbessern“, sagt Veelken.

Als Vorbild für mehr interprofessionelle Zusammenarbeit sieht Gesundheitswissenschaftlerin Doris Schaeffer beispielsweise Gesundheitszentren wie etwa in Kanada. Dort übernehmen Pflegekräfte größtenteils eigenständig die Versorgung chronisch Kranker; Ärztinnen und Ärzte widmen sich den medizinisch schwierigen Fällen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte sich in seinem Gutachten 2014 für solche Zentren als Knotenpunkt für die gesundheitliche Basisversorgung ausgesprochen. Doris Schaeffer war damals Mitglied des Rats und beklagt, dass es in Deutschland bis heute bei den Gesundheitszentren nur Modellprojekte gibt.

Zu den wenigen Pionierprojekten zählen die Gesundheitszentren, die im Rahmen des Programms Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) entstehen sollen. Die von der Robert Bosch Stiftung geförderten Zentren sollen die Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region gewährleisten und eine bessere Versorgung chronisch Kranker aus einer Hand ermöglichen. Dabei arbeitet ein multiprofessionelles Team mit Beschäftigten aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen zusammen.

In der Hauptstadt errichtet das Gesundheitskollektiv Berlin derzeit ein solches Zentrum auf dem Gelände der ehemaligen Kindl-Brauerei in Neukölln. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung sollen hier auch die sozialen Lebenswelten der Menschen aus dem Viertel berücksichtigt werden. So soll in dem Sozial- und Gesundheitszentrum nicht nur primärmedizinische und psychotherapeutische Versorgung stattfin-

den, unter anderem sollen auch Räume für Selbsthilfe und Beratung entstehen. (Mehr dazu in der BERLINER ÄRZTE, Ausgabe 02/2020).

Strukturmängel statt Ärztemangel

Im Frühjahr 2021 soll das Zentrum seine Arbeit aufnehmen. Bereits jetzt laufen über das Gesundheitskollektiv erste interprofessionelle Projekte, wie etwa die mobile Gesundheitsberatung. Dabei informieren und beraten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie pädagogische Fachkräfte zu Gesundheitsthemen, beispielsweise im Kiezcafé, dem Nachbarschaftstreff oder der Moschee. Gemeinsam will das interprofessionelle Team die Gesundheitskompetenz der Anwohnerinnen und Anwohner stärken. Die Menschen bestimmen dabei die Themen: mal geht es um Rückenschmerzen, mal ums Impfen oder um Schwangerschaft und Geburt. „Wir bieten dadurch niedrigschwellige Angebote an, nah an den Leuten“, sagt der Neuköllner Allgemeinmediziner Michael Janßen, der Mitglied im Gesundheitskollektiv ist. In seiner Praxis stellt der Hausarzt immer wieder fest, dass oftmals, wenn Patientinnen und Patienten zu ihm kommen, andere Berufsgruppen aufgrund ihrer Ausbildung oder Erfahrung besser geeignet wären, um der oder dem Betroffenen weiterzuhelfen. Das könne etwa sein, wenn psychisch vulnerable Menschen ihren Arbeitsplatz oder die Wohnung verlieren. „Bin ich dann der Richtige, um für sie eine Wohnung zu finden?“, fragt Janßen rhetorisch. 20 bis 25 Prozent der Arbeitszeit verbringe ein Hausarzt oder ein Kinderarzt beispielsweise mit Aufgaben, die nicht in sein Aufgabengebiet fallen, schätzt Janßen. Deshalb gibt es für ihn in Deutschland auch nicht unbedingt einen Ärztemangel: „Wir haben stattdessen Strukturmängel.“

Hendrik Bensch
Fachjournalist für Politik und Wirtschaft

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) durchgeführt werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Website 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 ▶ **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 |
|---|--|--|--|--------------------|
| 25.–26.09.2020 | Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“ | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen: Martin Karadag Tel.: 030 40806-1218 E-Mail: Gutachterkurs@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnehmerentgelt: 28 € | 12 |
| Präsenz I : 22.01.–23.01.2021 Präsenz II : 12.02.–13.02.2021 Präsenz III : 05.03.2021 begleitendes E-Learning | Tabakentwöhnung nach dem Curriculum Ärztlich begleitet Tabakentwöhnung incl. Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm der Bundesärztekammer (03/2019) (weitere Informationen s. S. 6) | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen: Tel.: 030 40806-1211 E-Mail: M.Nehrkorn@aekb.de Anmeldung: Tel.: 030 40806-1404 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de Teilnehmerentgelt: 595 € / 485 € (Mitglied DGP) | 42 |
| 26.–28.10.2020 | Grundkurs im Strahlenschutz | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 € | 24 |
| 28.–30.10.2020 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 € | 20 |
| E-Learning: 01.–29.11.2020 Präsenz-Module: Modul I: 24.11.2020 (Potsdam), Modul II: 30.11. und 01.12.2020 (Berlin) Modul III: 02.12.2020 (Berlin) Lernerfolgskontrolle: ab 03.12.2020 online | Transplantationsbeauftragter Arzt nach dem Curriculum der Bundesärztekammer – Modularer Fortbildungskurs in Kooperation mit der Landesärztekammer Brandenburg sowie der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) | Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5, 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen und Anmeldung: Sabrina Cholch-Beyaztas Tel.: 030 40806-1217 E-Mail: S.Cholch-Beyaztas@aekb.de Teilnehmerentgelt: insgesamt 580 € | 40 |
| 31.10.2020 | Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 € | 8 |
| 03.12.2020 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie | Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin (Wedding) | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 € | 8 |
| 04.12.2020 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 € | 8 |
| 01.03.2020–28.02.2021 | STEMI Einfach erkennen In Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V. | Lernplattform der Ärztekammer Berlin Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Informationen: Sabrina Cholch-Beyaztas und Martin Karadag, Tel.: 030 40806-1217 oder -1218 E-Mail: stemi@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnehmerentgelt: 30 € (Teilnehmer aus Berlin, Oberhavel und Havelland wenden sich vor der Buchung bitte an ihre ärztlichen Stützpunktleiter.) | 2 |

Aus Fehlern lernen – CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) dienen der Patientensicherheit, da Krankenhäuser mit ihrer Hilfe aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten auftreten, systematisch lernen. Um ein internes CIRS kompetent zu betreuen, benötigen die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

Termin: Fr., 18.09.2020 von 09:00–16:15 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 100 € bzw. 70 € für Mitglieder des Netzwerk CIRS Berlin
Fortbildungspunkte: 10
Informationen und Anmeldung: Julia Rosendahl, Tel.: 030 40806-1404
 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de

Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Gelegenheiten, aus Fehlern zu lernen, gibt es u. a. bei der Bearbeitung von Schadenfällen.

Die Basis des Lernens ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das dafür erforderliche systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und Fällen für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden in diesem Seminar vermittelt. Das Seminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist speziell auf den Krankenhausbereich ausgerichtet. Es besteht aus einer Selbstlernphase (E-Learning) und einem Präsenztermin (drei Tage).

E-Learning: 28.12.2020–27.01.2021
Präsenz-Modul: 28.–30.01.2021
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 850 €
Fortbildungspunkte: 32
Informationen und Anmeldung: Julia Rosendahl, Tel.: 030 40806-1404
 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), zu den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risiko-Abwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen sowie zu allgemeinen Fragen.

Termin: Sa., 12.12.2020 von 09:00–17:30 Uhr
Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)
Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Teilnehmerentgelt: 100 €
Fortbildungspunkte: 8
Informationen und Anmeldung: Ärztekammer Berlin
 Dörte Bünning
 Tel.: 030 40806-1206
 E-Mail: D.Buenning@aekb.de

Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“

Schon häufig von Kursabsolventinnen und Kursabsolventen gewünscht, bietet die Ärztekammer Berlin ab sofort einen Auffrischkurs für Fragen der Medizinischen Begutachtung an! Dieser ist die ideale Ergänzung zur Strukturierten Curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, die seit 2004 das Fortbildungsprogramm der Ärztekammer Berlin bereichert.

Der Kurs behandelt praktische Probleme der Begutachtung. Im Mittelpunkt stehen Kasuistiken, die Raum für ausführliche Diskussionen eröffnen. Den Fragen der Teilnehmenden soll der meiste Raum gegeben werden. Dies lässt sich am besten anhand konkreter Beispiele erörtern. Aus diesem Grund sind alle Teilnehmenden herzlich eingeladen, eigene Kasuistiken beizubringen. Vorträge über aktuelle Themen ergänzen das Programm.

Termin: Fr., 25.09.2020 von 13:00–19:00 Uhr
 Sa., 26.09.2020 von 09:00–13:15 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 280 €
Fortbildungspunkte: 12
Informationen und Anmeldung: Martin Karadag
 Tel.: 030 40806-1218
 E-Mail: Gutachterkurs@aekb.de

Spezialkurse im Strahlenschutz

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung für die Anwendungsbereiche Interventionsradiologie und Computertomographie

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Termin: Do., 03.12.2020 von 09:00–17:15 Uhr
Veranstaltungsort: Deutsches Herzzentrum Berlin
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Termin: Fr., 04.12.2020 von 09:00–16:30 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin
 Fort- und Weiterbildungszentrum
 Friedrichstraße 16
 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: jeweils 155 €
Fortbildungspunkte: jeweils 8
Information und Anmeldung: Ärztekammer Berlin
 Tel.: 030 40806-1216
 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de

ANZEIGE

Ihr Kaffee schmeckt noch besser, wenn Sie ein Produkt genießen, das den Bauern, die es angebaut haben, auch faire Erlöse einbringt. Entscheiden Sie sich für Kaffee aus **Fairem Handel** – ein Plus zum Genuss.

Brot für die Welt
 www.brot-fuer-die-welt.de

Brot für die Welt
 www.brot-fuer-die-welt.de

Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter

in Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ (2019)

Ärztliches Handeln durch die Einführung digitaler Gesundheitstechnologien zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, ist ein komplexer Veränderungsprozess. Die Technologie selbst ist nur das Werkzeug, um eine Veränderung zu ermöglichen, während der effektive Einsatz im Sinne einer besseren Patientenversorgung das Ziel darstellt. Neben einer Kultur der Innovation und einer agilen, veränderungsbereiten Ärzteschaft, die den Prozess aktiv mitgestalten möchte, bedarf es insbesondere einer konstruktiven Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitssystems, um den Wandel erfolgreich zu gestalten. Denn mit der Digitalisierung der Medizin werden Fragen zur medizinischen Sinnhaftigkeit, zur technologischen Machbarkeit, zur rechtlichen Zulässigkeit und zur ethischen Vertretbarkeit einzelner Lösungen aufgeworfen, die beantwortet werden müssen.

Der notwendige Kompetenzerwerb hierzu verlangt eine grundlegende und aktive Auseinandersetzung mit den Kernthemen der digitalen Transformation und den übergeordneten Fertigkeiten. Ärztinnen und Ärzte müssen Kompetenzen erwerben, um den Veränderungsprozess zu verstehen und um neue digitale Behandlungskonzepte einordnen zu können. Es gilt, die aus ärztlicher Sicht für Patientinnen und Patienten sinnvollen Entwicklungen in der Praxis anzuwenden, Fehlentwicklungen zu erkennen und diese zu meiden. Somit ist es unerlässlich, digitale Kompetenzen und Datenkompetenzen zu erwerben und effektiv in das ärztliche Handeln zu integrieren.

Nähere Informationen erhalten Sie unter: www.aekb.de/kompetent-digital

Präsenz-Termine: Fr., 06.11.2020 von 09:00–17:00 Uhr
Sa., 07.11.2020 von 09:00–13:00 Uhr
Fr., 27.11.2020 von 09:00–17:00 Uhr

E-Learning: 07.–22.11.2020

Veranstaltungsorte: 06.11.–07.11.2020: NH Berlin Alexanderplatz, Landsberger Allee 26, 10249 Berlin
27.11.2020: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 950 €

Fortbildungspunkte: 40

Informationen: www.aekb.de/kompetent-digital

Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Die heute vorherrschenden chronischen Krankheiten sind das Ergebnis eines lang andauernden Zusammenspiels biologischer, psychologischer, sozialer sowie umweltbezogener Faktoren. Um ihre Auftretenswahrscheinlichkeit zu reduzieren bzw. ihre Entstehung auf einen späteren Zeitpunkt im Lebenslauf zurückzudrängen oder auch, um Krankheitsverläufe aufzuhalten, müssen möglichst frühzeitig Maßnahmen zur Erkennung und Beeinflussung determinierender Faktoren ergriffen werden.

Die stetig zunehmende gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention ist unbestritten. Ärztinnen und Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen der Patientinnen und 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, diskutiert und durch praktische Übungen vertieft.

E-Learning: 02.–29.11.2020 (6 Stunden)

Präsenz-Termine: Do., 03.12.2020 von 09:00–17:00 Uhr
Fr., 04.12.2020 von 09:00–17:00 Uhr
Sa., 05.12.2020 von 09:00–13:00 Uhr

Veranstaltungsort: Workshop & Event Space, Sonnenallee 67, 12045 Berlin

Teilnehmerentgelt: 495 €

Fortbildungspunkte: 31

Informationen: www.aekb.de/gesundheitsfoerderung

Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

Transfusionsverantwortlicher / Transfusionsbeauftragter / Leiter Blutdepot

nach den Vorgaben der Bundesärztekammer

Qualifikationskurs in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost und dem Institut für Transfusionsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, haben gemäß § 15 des Transfusionsgesetzes ein System der Qualitätssicherung für die Anwendung von Blutprodukten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten. In der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) werden dazu verschiedene Qualifikationen und Aufgaben der Blutprodukte anwendenden Personen definiert, darunter transfusionsverantwortliche und transfusionsbeauftragte Ärztinnen und Ärzte.

Diese Fortbildungsmaßnahme richtet sich gemäß der Richtlinie Hämotherapie an Fachärztinnen und Fachärzte und setzt die Lernziele in Form eines Blended-Learning-Konzeptes mit einem vorbereitenden E-Learning-Anteil von drei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und zwei Präsenztage mit insgesamt dreizehn Unterrichtseinheiten um.

Für das E-Learning sowie für die Lernerfolgskontrolle werden eine Internetverbindung und die aktuelle Version eines gängigen Webbrowsers (z. B. Mozilla Firefox, Internet Explorer, Chrome, Safari) mit einem Plugin für PDF-Dateien und aktiviertem JavaScript benötigt.

Die Datenschutzerklärung ist unter <https://elearning.aekb.de> einsehbar.

Präsenz-Termine: Do., 01.10.2020 von 13:00–18:00 Uhr
Fr., 02.10.2020 von 09:00–15:30 Uhr

E-Learning: 03.–30.09.2020 (ca. 3 Stunden)

Abschlusstest

(Lernerfolgskontrolle): 03.10.–13.11.2020

Veranstaltungsort: Tegeler Seeterrassen GmbH, Lakeside Convention Center
Wilkestraße 1, 13507 Berlin

Teilnehmerentgelt: 180 €

Fortbildungspunkte: 16

Informationen: Regina Drendel, Tel.: 030 40806-1401, E-Mail: R.Drendel@aekb.de

Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

„Transplantationsbeauftragter Arzt“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Modularer Fortbildungskurs in Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Brandenburg sowie mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)

Um den Willen von Patientinnen und Patienten am Lebensende bezüglich einer eventuellen Organspende umsetzen zu können, muss jede mögliche Organspenderin und jeder mögliche Organspender im Krankenhaus erkannt werden. Die Transplantationsbeauftragten sind in allen Belangen der Organ- und Gewebespender Ansprechpersonen für das ärztliche und pflegerische Personal und stellen eine qualitativ hochwertige Betreuung der Angehörigen und der beteiligten professionellen Teams sicher.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen besondere medizinische, administrative und organisatorische Fertigkeiten ausgebildet und Kenntnisse zur Qualitätssicherung, Kommunikation sowie zu begleitenden juristischen und ethischen Themenbereichen vermittelt werden.

| Modul | Termin | Fortbildungspunkte | Teilnehmerentgelt |
|--|--|----------------------|-------------------|
| E-Learning | 01.–29.11.2020 (E-Learning-Plattform) | Enthalten in Modul 2 | |
| Modul 1 Feststellung des Todes / irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) | Di., 24.11.2020 (Potsdam) | 6 | 102 € |
| Modul 2 Theoretische Fortbildung | Mo., 30.11. und Di 01.12.2020 (Berlin) | 26 | 340 € |
| Modul 3 Gesprächsführung / Angehörigengespräch | Mi., 02.12.2020 (Berlin) | 8 | 120 € |
| Lernerfolgskontrolle (70 % richtige Antworten erforderlich) | ab 03.12.2020 (E-Learning-Plattform) | Enthalten in Modul 2 | |
| Summe | | 40 | 580 € |

Veranstaltungsorte: Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Sabrina Cholch-Beyaztas, Tel.: 030 40806-1217, E-Mail: S.Cholch-Beyaztas@aekb.de

Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Der Kurs Kinder- und Jugendmedizin kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung laut Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin die Weiterbildungszeit in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen. Er besteht aus folgenden drei Teilen:

- 9 Stunden Theoriekurs
- 40 Stunden Hospitation in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
- 60 Stunden Hospitation im kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder in einer kinderärztlich geleiteten Rettungsstelle

Für den Theoriekurs ist eine Anmeldung unbedingt erforderlich.

Termine und Themen: jeweils mittwochs von 17:00–19:30 Uhr
(9 Stunden Theoriekurs) 30.09.2020: Prävention
04.11.2020: Häufige Vorstellungsanlässe
09.12.2020: Schwere akute Erkrankungen/Notfälle

Veranstaltungsort: Der Kurs findet in diesem Herbst als Live-Webinar statt.
Teilnehmerentgelt: 550 €
Das Teilnehmerentgelt deckt auch die Hospitation in der Praxis ab. Diese darf erst nach erfolgter Anmeldung und Eingang des Teilnehmerentgelts erfolgen.

Informationen und Anmeldung: Anja Hellert, Tel.: 030 40806-1203
E-Mail: A.Hellert@aekb.de

Erfahrungsaustausch Hämotherapie in Berlin 2020

Die Ärztekammer Berlin bietet den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie sowie allen transfundierenden Ärztinnen und Ärzten aus den Einrichtungen der Krankenversorgung jährlich einen Erfahrungsaustausch in der Hämotherapie an.

Neben der Zusammenfassung der Auswertung der Qualitätsberichte für das Jahr 2019 erhalten die Teilnehmenden aktuelle Informationen zu zwei transfusionsmedizinischen Schwerpunktthemen.

Termin: Mi., 25.11.2020 von 18:30–20:30 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: entgeltfrei
Fortbildungspunkte: 2
Informationen: Regina Drendel, Tel.: 030 40806-1401
E-Mail: R.Drendel@aekb.de
Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

BERLINER ÄRZTE im Internet
www.berliner-aerzte.net

Kolorektale Karzinome in Berlin

Datenanalyse aus dem Klinischen Krebsregister für Brandenburg und Berlin für den Behandlungsort Berlin

Unter dem Titel „Qualität der onkologischen Versorgung anhand von Registerdaten“ fand am 4. Dezember 2019 in Berlin die 2. Gemeinsame Qualitätskonferenz des Klinischen Krebsregisters für Brandenburg und Berlin (KKRBB) statt. Ausgewählte, im Rahmen dieser Veranstaltung erhobene Daten, stellen wir in unregelmäßigen Abständen an dieser Stelle vor. Weitere Ergebnisse sind im Jahresbericht des KKRBB unter www.kkrbb.de zu finden.

Erfasste Neuerkrankungen

Für die Diagnosejahre 2. Halbjahr 2016 bis 2018 wurden 4.878 invasive kolorektale Karzinome (ICD-10: C18-C20, Ausschluss von Karzinoidtumoren) mit Behandlungsort Berlin registriert. Der Begriff ‚Behandlungsort‘ ist dabei definiert als der Ort, an dem die Tumorresektion erfolgte, bei Fällen ohne Tumorresektion als der Ort der Diagnose. Für 2018 ist die Meldung und Dokumentation von Neuerkrankungen noch unvollständig (Datenstand: 09.08.2019) (Abbildung 1). Über den gesamten Zeitraum stammen die meisten Fälle erwartungsgemäß dem Wohnort nach aus Berlin (86,8 %) und Brandenburg (11,0 %). Der Anteil der Männer ist mit 54,0 % höher als der der Frauen (46,0 %). Unter den 4.878 registrierten Fällen fanden sich 3.308 Kolonkarzinome und 1.570 Rektumkarzinome. 2017 sind die meisten Fälle mit kolorektalem invasiven Karzinom in Berlin zwischen 75 und 79 Jahre alt, der Anteil beträgt 18,1 % bei Männern und bei Frauen 18,5 %. Der Anteil der über 75-Jährigen macht 2017 einen Anteil von 42,9 % aus.

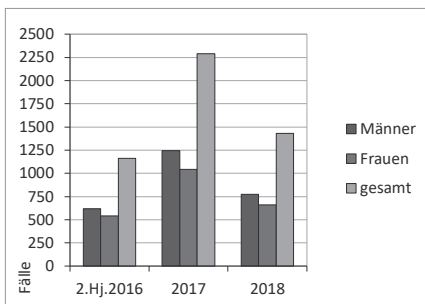


Abb. 1: Anzahl der erfassten invasiven KRK nach Geschlecht, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=4.878

Frauen sind bei Diagnose im Jahr 2017 im Median mit 74,6 Jahren 3,6 Jahre älter als Männer (Median: 71,0 Jahre).

Stadienverteilung

Klinische UICC-Stadien werden bei kolorektalen Karzinomen deutlich zu selten gemeldet, so fehlt das klinische Stadium für die Diagnosejahre 07/2016–2018 beim Kolonkarzinom zu 73,2 %, beim Rektumkarzinom zu 40,8 %. Das pathologische Stadium bei operierten Fällen hingegen fehlt nur zu 1,3 %. Das Fehlen klinischer Stadienangaben ist besonders relevant bei Rektumkarzinomen, hier muss bei der Überprüfung einer leitliniengerechten Therapie vor allem hinsichtlich der Durchführung einer neoadjuvanten Radiochemotherapie oder Radiotherapie die klinische Stadieneinteilung zugrunde gelegt werden. Bei den Kolonkarzinomen lag bei 16,1 % bereits bei Diagnose ein metastasiertes Stadium vor, beim Rektumkarzinom betrug der Anteil 15,8 %. Abbildung 2 und 3 zeigen die Stadienverteilung bei operierten Kolon- und Rektumkarzinomen. Neben den UICC-Stadien sind Grading,

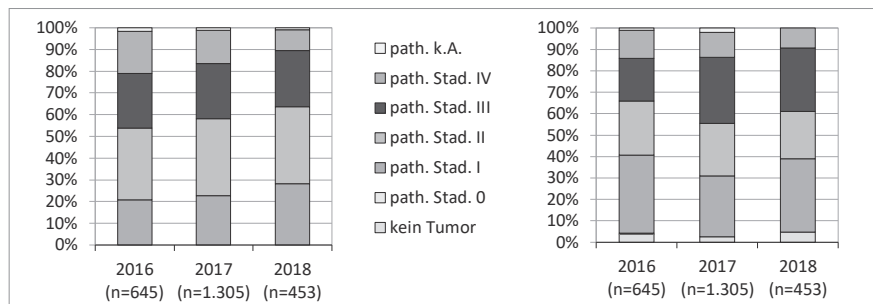


Abb. 2: Operierte invasive Kolonkarzinome, pathologische UICC-Stadien, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=2.403

Lymphgefäß- und Veneninvasion wichtige histopathologische Kenngrößen, bei operierten kolorektalen Karzinomen liegt der Anteil der fehlenden Angaben für diese Kenngrößen für die Jahre 2016–2018 bei 4,9 % (Lymphgefäßinvasion), 5,6 % (Veneninvasion) und 6,0 % (Grading) und ist damit gering.

Daten zur Operation

Eine Resektion des Primärtumors erfolgte nach Datenlage über alle Karzinome in 2016 und 2017 in 80 %, 41 Krankenhäuser in Berlin meldeten Tumorresektionen. Es sind noch Melde- und Dokumentationslücken zu vermuten, dies gilt vor allem für das Jahr 2018, hier liegt der Anteil der operierten Karzinome lediglich bei 42 %.

Tumorresektion bei pT1-Karzinomen

Nach der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (1, Empfehlung 6.13.) sind im Stadium I bei pT1-Karzinomen mit guter und mäßiger Differenzierung und ohne Lymphgefäßinvasion endoskopische Resektionsverfahren ausreichend, sofern die Entfernung komplett ist (R0). Eine endoskopische Resektion der T1-Tumoren mit entsprechender Konstellation erfolgte in den Jahren 07/2016–2018 bei kolorektalen Karzinomen in 32,1 %, bei Rektumkarzinom häufiger als beim Kolonkarzinom (Abbildung 5) und nach derzeitiger Datenlage über die Jahre zunehmend (Abbildung 4).

Vollständigkeit der Resektion

Die lokale R-Klassifikation ist für Darmkrebszentren der DKG ein nachzuweisendes Qualitätskriterium (2), gefordert sind mindestens 90 % R0-Resektion. Der

Abb. 3: Operierte invasive Rektumkarzinome, pathologische UICC-Stadien, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=955

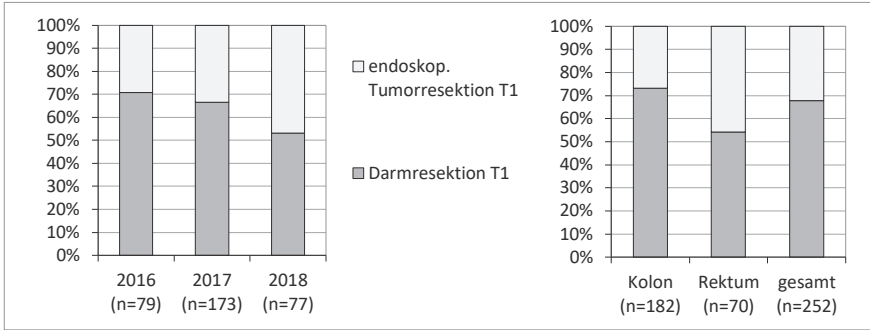


Abb. 4: Verhältnis radikale und lokale OP, KRK, pT1, G1-2, Lo/X, No/X, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=329

Abb. 5: Verhältnis radikale und lokale OP, KRK, pT1, G1-2, Lo/X, No/X, Diagnosejahre 07/2016–2017, n=252

Anteil einer fehlenden Angabe der R-Klassifikation liegt insgesamt bei 2,8 %. Eine vollständige lokale Tumorresektion findet sich über alle operierenden Einrichtungen in Berlin für die Jahre 2016–2018 beim Kolonkarzinom zu 93,1 % und beim Rektumkarzinom zu 90,9 %.

Anzahl untersuchter Lymphknoten

Die Mindestanzahl von zwölf entnommenen und pathologisch untersuchten Lymphknoten ist sowohl ein Qualitätsindikator der S3-Leitlinie Version 1.1 (3) und Kennzahl für Organkrebszentren (2) als auch eine Forderung für eine pNo-Angabe in der TNM-Klassifikation (4). Eine fehlende Angabe findet sich nur in 0,8 %. Mit 95,4 % ist die Forderung von mindestens zwölf Lymphknoten für die Jahre 2016–2018 gemessen an den Vorgaben für Darmkrebszentren von 95 % berlinweit erfüllt. Bei Stadium I ist der Anteil von mindestens zwölf Lymphknoten mit 93,5 % etwas geringer als bei höheren Stadien, ebenso beim Rektumkarzinom (93,8 %) im Vergleich zum Kolonkarzinom (96 %), wobei dies vor allem zulasten der neoadjuvant bestrahlten Rektumkarzinome geht. Die Anzahl der untersuchten Lymphknoten liegt im Mittel deutlich über zwölf Lymphknoten (Abbildung 6). In den Jahren 2016–2018 liegt der Median für das Kolonkarzinom bei 21 Lymphknoten, für das Rektumkarzinom beträgt der Median 19 Lymphknoten.

TME-Qualität

Der Anteil fehlender Angabe der TME-Qualität ist mit 46,8 % sehr hoch, wodurch eine Beurteilung nur eingeschränkt

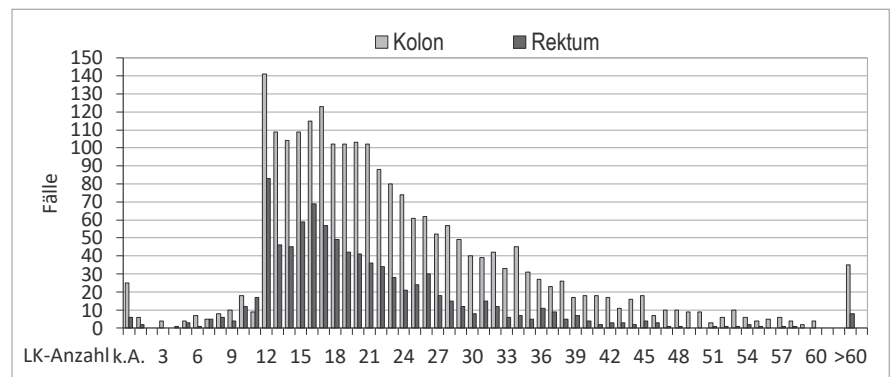


Abb. 6: Anzahl untersuchter Lymphknoten, invasive kolorektale Karzinome mit Darmresektion, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=3.163

möglich ist. Bezieht man sich auf die radikal operierten Rektumkarzinome, für die eine TME-Qualität vorliegt, so liegt der Anteil mit guter und moderater Qualität, wie sie im Qualitätsindikator 6 der Leitlinie KRK Version 2.0 (1) gefordert ist, für die Jahre 2016–2018 bei 92,2 % (Abbildung 7). Damit wäre berlinweit das Qualitätskriterium nach Vorgaben des Kennzahlenziels für Darmkrebszentren von mindestens 80 % Grad 1–2 (2) erfüllt.

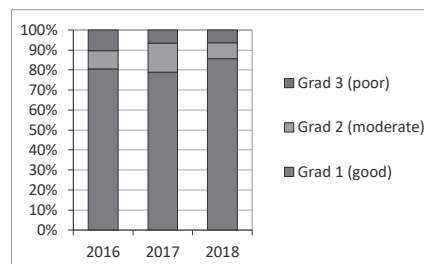


Abb. 7: TME-Qualität, Rektumkarzinom mit Darmresektion, ohne Fälle mit fehlender Angabe, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=474

Adjuvante Chemotherapie des Kolonkarzinoms UICC III

Nach Leitlinie ist bei einem Ro reseziertem Kolonkarzinom im Stadium III eine adjuvante Chemotherapie indiziert und stellt auch einen Qualitätsindikator in der Leitlinie dar (1). Für eine im Stadium III nicht durchgeführte Chemotherapie gibt es plausible Erklärungen wie schlechter Allgemeinzustand, Komorbidität, vorzeitiger Tod der Patientin oder des Patienten oder Ablehnung einer Chemotherapie.

Der Anteil erfolgter Chemotherapie liegt nach vorliegenden Daten für die Jahre 2016–2017 bei 42,8 % (Abbildung 8). Selbst bei der Betrachtung nach Altersgruppen liegt der Anteil von Chemotherapien auch bei den jüngeren Patientengruppen deutlich unter den im Kennzahlenbogen für Darmkrebszentren (2) geforderten 70 % (bis 59 Jahre: 60,7 %, 60–69 Jahre: 54,2 %) (Abbildung 9). Die Auswertungen eines Krebsregisters können immer nur das zeigen, was dem Krebsregister gemeldet wurde und bis zum Auswertzeitpunkt erfasst werden konnte. Aufgrund von möglichen Dokumentationslücken kann daher der Anteil der Fälle von nicht leitliniengerechter Therapie überschätzt sein.

Neo-/adjuvante Therapie des Rektumkarzinoms UICC II und III im mittleren und unteren Drittel

Nach den S3-Leitlinien zum kolorektalen Karzinom (1, 3) ist für das Rektumkarzi-

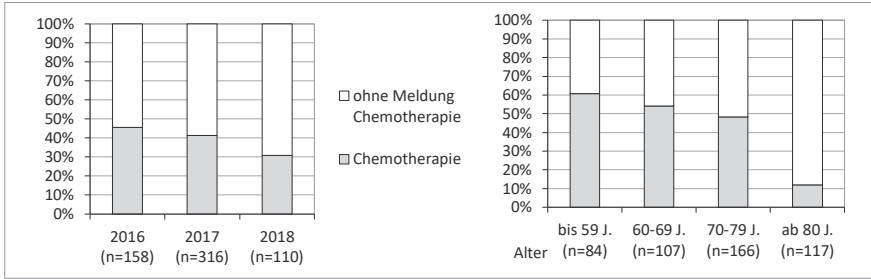


Abb. 8: Adjuvante Chemotherapie, Kolonkarzinom UICC III, nach Darmresektion, Ro operiert, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=584

Abb. 9: Adjuvante Chemotherapie, Kolonkarzinom UICC III, nach Darmresektion, Ro operiert, Diagnosejahre 07/2016–2017, n=474

nom im UICC-Stadium II und III für das mittlere und untere Drittel die neoadjuvante Radio- oder Radiochemotherapie indiziert. Somit ist eine Vorbedingung für Auswertungen einer leitliniengerechten Therapie des Rektumkarzinoms neben der Übermittlung des prätherapeutischen, klinischen Tumorstadiums eine konsequente Dokumentation der Höhenlokalisierung des Tumors im Rektum. Der Anteil von Rektumkarzinomen ohne Höhenangabe ist noch deutlich optimierbar (Abbildung 10).

Um alle Fälle zu berücksichtigen und einen Verzerrungseffekt zu vermeiden,

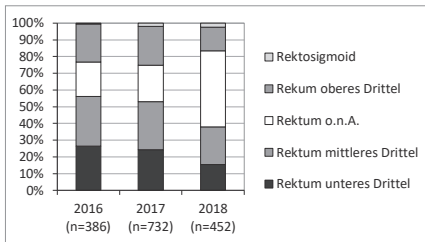


Abb. 10: Angabe Lokalisation, Rektumkarzinom, UICC-Stadien I-X, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=1.570

wird bei fehlendem klinischen Stadium das postoperative Stadium herangezogen. Schlechter Allgemeinzustand, Komorbidität oder Ablehnung durch den Patienten sind mögliche Gründe für eine nicht durchgeführte neoadjuvante oder adjuvante Therapie. Auffällig ist ein höherer Anteil von alleiniger Chemotherapie bei operierten Rektumkarzinomen (Abbildung 11), dies ist im Stadium II und III bei Rektumkarzinom keine empfohlene Therapie. Es ist möglich, dass zugehörige Strahlentherapiemeldungen noch ausstehen. Bei den bestrahlten Rektumkarzinomen hat die Kurzzeit-Radiotherapie einen Anteil von 14,8 % gegenüber 83,6 % konventionell fraktionierter Radiatio. Auch für die jüngeren Altersgruppen wird ein Anteil von 80 % neoadjuvanter Radiochemotherapie oder Kurzzeit-Radiotherapie, wie sie für Darmkrebszentren gefordert sind (2), nicht erreicht (Abbildung 12).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei der Meldung der klinischen Stadien noch Defizite gibt, wohingegen

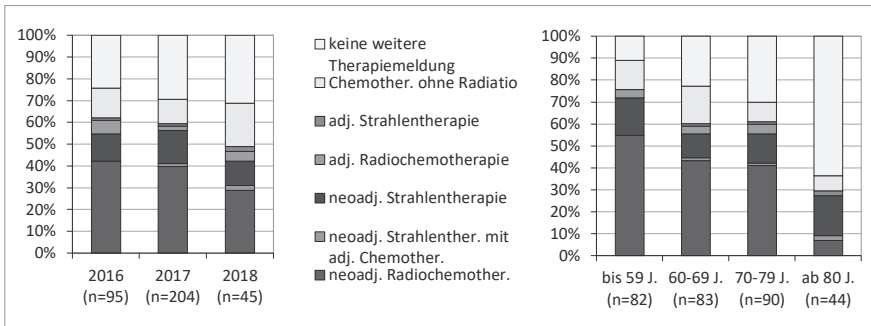


Abb. 11: (Neo-)adjuvante Therapie, operierte Rektumkarzinome UICC II und III, untere zwei Drittel, Diagnosejahr 07/2016–2018, n=344

Abb. 12: (Neo-)adjuvante Therapie, operierte Rektumkarzinome UICC II und III, untere zwei Drittel, Diagnosejahr 07/2016–2017, n=299

die pathologische TNM-Klassifikation fast vollständig gemeldet wird. Bei der operativen Therapie der T1-Karzinome überwiegt die radikale Operation. Qualitätsparameter wie Ro-Resektion, ausreichende Lymphknotenanzahl und TME-Qualität entsprechen berlinweit den Vorgaben für Organkrebszentren. Ein niedriger Anteil adjuvanter Chemotherapie des Kolonkarzinoms und neoadjuvanter Therapie des Rektumkarzinoms ist möglicherweise auf ausstehende Meldungen zurückzuführen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit neoadjuvanter und adjuvanter Therapie sollte weiter beobachtet werden, um mögliche Defizite in der Versorgung zu aufzudecken. Viele Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie sind mit Krebsregisterdaten abbildbar, die Ergebnisse hierzu und weitere Ergebnisse finden sich im Jahresbericht des KKRBB.

Dr. med. Constanze Schneider
Klinisches Krebsregister für
Brandenburg und Berlin

Literatur (Stand: 20.03.2020):

- (1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.0, 2017, AWMF-Registrierungsnummer: 021/007OL, www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/
- (2) Datenblatt Darmkrebszentren DKG 2018, Kennzahlenbogen Darm, Anlage EB H1-1 https://onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2018/07/eb_darm-h1.1_daten_171002.pdf
- (3) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registrierungsnummer: 021-007OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.o.html>
- (4) Wittekind, Ch. (Hrsg.): TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage, WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim, 2017

Regelmäßig Beschäftigte eines Krankenhauses unterliegen der Sozialversicherungspflicht

Entscheidung des Bundessozialgericht zieht tief greifende Veränderungen für Honorarärztinnen und -ärzte sowie Kliniken nach sich

Ein Schicksalstag für Honorarärztinnen und -ärzte in Krankenhäusern: Am 4. Juni 2019 entschied das Bundessozialgericht (BSG) in letzter Instanz, wie geltendes Recht auszu-legen ist. Gemäß dem als Leitfall geltenden Urteil sind Ärztinnen und Ärzte, die hono-rarärztlich in einem Krankenhaus arbeiten, in dieser Tätigkeit „regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen, sondern unterliegen als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht.“¹

An diesem Leiturteil wird künftig jeder andere Rechtsstreit wegen Scheinselbstständigkeit einer Ärztin oder eines Arztes im Krankenhaus ge-messen. Allerdings hebt das Bundes-sozialgericht in den Entscheidungs-gründen hervor, dass immer die kon-kreten Umstände des individuellen Sachverhalts ausschlaggebend seien. Mitentscheidend für die Richterinnen und Richter war, dass die Honorar-ärztinnen und -ärzte in die Arbeits-organisationen der Krankenhäuser ein-gebunden sind, auf die sie keinen unter-nehmerischen Einfluss haben.

Welche Auswirkung hat das Urteil auf die Honorararztlandschaft? Welche Möglichkeiten der Anstellung ergeben sich seitdem für Honorarärztinnen und -ärzte? Welche Konsequenzen hat das Urteil für Kliniken und bislang freiberuf-lich tätige Honorarärztinnen und -ärzte? Wer sollte wie darauf reagieren?

Dazu ein Blick in die Kliniken. Nach Schätzungen des Marburger Bundes sind bundesweit bis zu 12.000 Arztstellen nicht besetzt. Dadurch entstehende Engpässe wurden bis zu dem Urteil im-mer wieder durch freiberuflich tätige Honorarärztinnen und -ärzte über-brückt, die nach Bedarf angefordert

wurden. Im Rahmen der turnusmäßigen Betriebsprüfungen gab es alle vier Jahre Rechtsstreitigkeiten zwischen Kliniken und der Deutschen Rentenversicherung. Streitpunkt war, ob eine Scheinselbst-ständigkeit vorliegt oder nicht, bezie-hungsweise, ob die Kliniken verpflichtet sind, für die Honorarärztinnen und -ärzte Sozialabgaben abzuführen oder nicht. Der Rechtsstreit wurde durch das Leiturteil in letzter Instanz weitgehend geklärt.

Möglichkeiten der Anstellung

Eine Anstellung ist grundsätzlich direkt bei den Kliniken oder bei Zeitarbeits-firmen möglich. Innerhalb der Klinik hat die Ärztin oder der Arzt zwei Möglich-keiten. Sie oder er kann sich nach eigen-ten Bedürfnissen kurzfristig immer wieder neu anstellen lassen. Das bedeu-tet für Ärztin oder Arzt und Kranken-haus einen hohen bürokratischen Aufwand. Die Ärztin oder der Arzt benö-tigt für jede neue Anstellung eine neue Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten des ärztlichen Versorgungswerks. Grundsätzlich können sie solche kurzfristigen Anstellungen mit einzel-nen, auch verschiedenen Kliniken ver-

einbaren. Ein privater Krankenhaus-träger in Berlin antwortete auf die Frage, ob diese Möglichkeit für seine Kliniken praktikabel sei: „Vivantes prüft bei beidseitigem Interesse die Grund-lage einer weiteren Zusammenarbeit mit Honorarärzten unter den Rahmen-bedingungen des BSG-Urteils.“ Weiter: „Aufgrund der hohen rechtlichen und administrativen Anforderungen an die Beschäftigung von Honorarärzten ist ein kurzfristiges Beschäftigungsver-hältnis nicht möglich.“

Die zweite Möglichkeit der Anstellung für Ärztinnen oder Ärzte innerhalb der Klinik besteht darin, mit der Klinik eine langfristige Anstellung zu verhandeln, die speziell auf ihre Bedürfnisse zuge-schnitten wird. Sie könnten der Klinik beispielsweise ein monatliches Zeit-kontingent zur Verfügung stellen, das in Absprache abgerufen werden kann (Arbeit auf Abruf § 12 TzBfG). Die Be-freiung von den Zahlungen an die Rentenversicherung ist hierbei nur ein-mal notwendig. Zur Gestaltung des Vertrags ist eine juristische Fachbe-ratung ratsam. Grundsätzlich besteht auch hier die Möglichkeit, solche Zeit-kontingente in Festanstellung mit un-terschiedlichen Kliniken zu vereinbaren.

Die dritte Möglichkeit der Anstellung be-steht für Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Klinik: Sie können sich bei Zeitar-beitsfirmen anstellen lassen und über diese an Kliniken vermittelt werden (Arbeitnehmerüberlassung). Auch Zeitarbeitsfirmen arbeiten in der Regel mit Kurzzeitanstellungen der Ärztinnen und Ärzte für den jeweiligen Einsatz. Die Ärztinnen und Ärzte haben nur für diese Einsatzzeit die Ansprüche von Angestellten, u. a. bezahlten Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Zugang zum Betriebsrat, Anspruch auf Fortbildung etc. Das unternehmerische Risiko, ob und wie lange sie eingesetzt werden, tragen sie weiterhin selbst. Allerdings müssen sie sich nicht selbst um ihre Einsätze bemühen und können einfacher in verschiedenen Kliniken ar-beiten, da bei den Leiharbeitsfirmen die Einsatzanfragen vieler Krankenhäuser zusammenlaufen. Der Vorteil dieses

¹ Urteil vom 04.06.2019, Aktenzeichen B 12 R 11/18 R als Leitfall)

Modells ist für die Klinik, dass sie sich nicht um die aufwendige Personalverwaltung der Arbeit auf Abruf kümmern muss. Das lassen sich die Zeitarbeitsfirmen allerdings teuer von den Kliniken bezahlen – Geld, das die Kliniken aufbringen müssen, ohne dass es der Ärztin oder dem Arzt zugutekäme.

Hoher Zulauf

Trotz der oben aufgezeigten verschiedenen Möglichkeiten nutzen Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser überwiegend die Vermittlung durch Zeitarbeitsfirmen (Arbeitnehmerüberlassung). Wir konnten verschiedentlich erfahren, dass sich die Zahl der Anfragen durch ehemalige Honorarärztinnen und -ärzte und Kliniken bei Zeitarbeitsfirmen seit dem Urteil vom 4. Juni 2019 deutlich erhöht hat. Gleichzeitig berichtet ein Handelsvertreter der Ergo Versicherung, dass der Anteil an Berufshaftpflichtversicherungen für Ärztinnen und Ärzte erheblich zurückgegangen sei, weil ehemalige Honorarärztinnen und -ärzte ihre Verträge gekündigt hätten.

Berufshaftpflichtversicherungen

Auch hier kann eine Beratung durch Versicherungsexpertinnen und -experten sinnvoll sein. Je nachdem, welche Art der Zusammenarbeit Ärztin oder Arzt und Klinik bzw. Ärztin oder Arzt und Honorararztagentur miteinander vereinbaren, empfiehlt sich eine differenzierte Anpassung bestehender Berufshaftpflichtverträge. Grundsätzlich ist eine Ärztin oder ein Arzt auch bei Kurzeinstellungsverträgen über die Klinik oder eine Leiharbeitsfirma im Rahmen des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes mitversichert. Oft versichern die Arbeitgeber jedoch aus Kostendruck ausschließlich den gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststandard, mit dem sie auch dem Berufsrecht Genüge tun. Angestellte Ärztinnen und Ärzte haften dabei nicht aufgrund Behandlungsvertrag, sondern nur aus einer gesetzlichen Haftungsregelung, das heißt, wenn die versicherte Haftungssumme der Klinik

nicht ausreicht und die Klinik selbst nicht zahlungsfähig ist. Die Ärztin oder der Arzt hat ein Anrecht auf Einsicht in die Versicherungspolice des Arbeitgebers und sollte eine Kopie davon mit ins Beratungsgespräch mit der Versicherungsexpertin oder dem Versicherungsexperten nehmen. Für zuvor freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte ist es also ratsam, die eigene Berufshaftpflichtversicherung nicht vorschnell zu kündigen. Es könnte eine Anpassung des bestehenden Vertrags an die neuen Gegebenheiten als Ergänzung des Schutzes durch die Kliniken sinnvoll sein.

Es wird teurer

Für die Krankenhäuser sind alle oben genannten Lösungen wesentlich teurer. Zum einen müssen sie Sozialabgaben zahlen. Zum anderen haben sie einen erheblich höheren Verwaltungsaufwand, den sie entweder selbst bewältigen oder für den sie Zeitarbeitsfirmen vergüten müssen. Eines ist sicher: Die Zeiten, in denen sich kleine Kliniken auf dem Land und an unattraktiven Orten Ärztinnen und Ärzte für ihre ärztlichen Wochenend- und Nachtdienste für rund 20 Euro pro Stunde einkaufen konnten, sind nach diesem Urteil, spätestens jedoch mit der nächsten Prüfung durch die Rentenversicherungsträger, endgültig vorbei.

Bereitschaftsdienste

Eine tief greifende Veränderung ist für die ehemaligen Honorarärztinnen und -ärzte unausweichlich, die bisher – häufig ausschließlich – Bereitschaftsdienste im Vordergrund geleistet haben: Für sie gilt als Angestellte das Arbeitszeitgesetz (ArbZG). „Seit einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 3. Oktober 2000 ist die Bereitschaftszeit als Arbeitszeit anzusehen (und entsprechend zu vergüten), mit der Folge, dass sie bei der Bestimmung der Mindestdauer gesetzlicher Ruhepausen nach § 4 S. 1 ArbZG zu berücksichtigen ist. Als Ruhezeit wird der Zwischenraum zwischen zwei Arbeitsschichten derselben Arbeit-

nehmerin bzw. desselben Arbeitnehmers genannt“, führt Rechtsanwältin Maria Theresia Marhold von der Medizinrechtskanzlei Keubke & Marhold Rechtsanwälte in Erfurt aus, die auch die neu angepassten Musterverträge des Bundesverbandes der Honorarärzte mitgestaltet hat. „Bei einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit über zwölf Stunden hinaus muss in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der Arbeitszeit eine Ruhezeit von elf Stunden gewährt werden“, so Marhold.

Der Arbeitszeitberater und Rechtsanwalt Dr. Christian Schlottfeldt aus Berlin weist jedoch auf seiner Website auf Besonderheiten für Krankenhäuser hin. „Besondere tarifvertragliche Rahmenbedingungen (etwa für Bereitschaftsdienst) erlauben in diesen Einrichtungen regelmäßig Abweichungen von arbeitszeitgesetzlichen Grundnormen. Die genaue Reichweite dieser Abweichungen ist dabei oft Auslegungsfrage des Tarifrechts.“

Ein Honorararzt berichtet, er habe in Kliniken mit geringer Arbeitsbelastung bisher Schichten von Freitagabend durchgehend bis Montagmorgen abgedeckt. Für die Klinik sei seine ärztliche Präsenz vor Ort wichtig gewesen. Für ihn sei der sehr geringe Stundenlohn von 20 Euro aufgrund der hohen zusammenhängenden Stundenzahl attraktiv gewesen. Da habe es sich durchaus gelohnt, auch einmal ein Wochenende, die Weihnachts- oder Osterfeiertage in eine abgelegene Klinik zu fahren. Sollten ihm jetzt unbezahlte Ruhepausen auferlegt werden, sind diese Dienste für ihn finanziell unattraktiv.

Gerade die Kliniken in ländlichen Bereichen haben bereits jetzt große Probleme, ihren Dienstplan für Nacht- und Wochenenddienste zu erstellen. Sie sind auf zusätzliche Ärztinnen und Ärzte für den Nacht- und Wochenenddienst angewiesen, da eine interne Besetzung dieser Dienste die Verfügbarkeit von bis zu sieben ärztlichen Fachkräften voraussetzen würde. Diese Voraussetzungen sind insbesondere an kleineren Akut- und an Kurkliniken nicht gegeben.

Alte Verträge

Auch wenn seit dem Urteil im Juni 2019 Ärztinnen und Ärzte als Beschäftigte des Krankenhauses regelmäßig der Sozialversicherungspflicht unterliegen, haben noch nicht alle Kliniken diese Rechtsauslegung umgesetzt. Dazu zwei Beispiele: Am 31. Juli 2019 schlossen die Median-Kliniken eines ihrer Häuser in Beelitz-Heilstätten. Dadurch verloren allein zehn Honorarärztinnen und -ärzte einen Einsatzort. Bei der Suche nach Alternativen bewarb sich einer dieser Ärzte auf eine Anzeige hin und er erhielt vom Auftraggeber einen alten Honorararztvertrag. Ähnliche Erfahrungen machte ein anderer Arzt, der den Arbeitgeber auf das neue Urteil hingewiesen und um eine Anpassung des Vertrags gebeten hatte, um Rechts-sicherheit zu erhalten. Seit Juni des ver-gangenen Jahres wurde er immer wie-der mit der Aussage „Wir arbeiten dar-an“ hingehalten. Aber es tat sich nichts. Daraufhin kündigte er seinen Vertrag. Die Umstellung der Verträge auf Kurz-zeitanstellungen ist für Kliniken, insbe-sondere für die Personalabteilung, mit einem erheblichen Aufwand und/oder deutlichen Mehrkosten verbunden. Zusätzlich stellt sie das Arbeitszeit-gesetz vor schwer lösbare Probleme.

Wie reagieren?

Insbesondere die Krankenhäuser sollten auf die Rechtsklärung reagieren. Sie sind regelmäßig verpflichtet, die Sozial-versicherungspflicht für Ärztinnen und Ärzte bei der Deutschen Rentenver-sicherung anzuzeigen. Spätestens mit der nächsten Prüfung durch die Rentenversicherung werden sie mit größter Wahrscheinlichkeit zur Nachzahlung der Sozialversicherungs-beiträge für externe Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden. Zusätzlich können sie sich nach § 266 a Strafge-setzbuch der „Vorenthaltung und Veruntreuung von Arbeitsentgelt“ strafbar machen. Die Verantwortlichen können mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe belegt werden.

Honorarärztinnen und -ärzte sind nach der Rechtsklärung vom Juni 2019 regelmäßig als Beschäftigte des Krankenhauses sozialversicherungs-pflichtig. Sie benötigen daher eine neue Befreiung von der Versicherungs-pflicht in der gesetzlichen Rentenver-sicherung zugunsten des ärztlichen Versorgungswerks. Nur so können sie weiterhin Rentenbeiträge in das ärztli-che Versorgungswerk einzahlen. Gegenüber dem Versorgungswerk be-steht innerhalb von drei Monaten eine Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte über ihre Anstellung. Mit dieser

Meldung erhalten sie ein Formular, das sie ausgefüllt an das Versorgungswerk zurückschicken müssen.

Nach Überprüfung ihrer Angaben leitet das Versorgungswerk dieses Formular an die Deutsche Rentenversicherung weiter, die dann die Befreiung in der Regel gewährt. Sollte die Klinik ihrer Sozialversicherungspflicht nicht nach-kommen, so hat die Ärztin oder der Arzt jederzeit die Möglichkeit einer Statusfeststellung durch die Renten-versicherung.

Marthe Audius und Almut Lüder

Kurz gefasst

- Es besteht Klarheit über den Status der Honorarärztinnen und -ärzte in Kliniken.
- Ärztinnen und Ärzte haben weitgehend die Möglichkeit der freiberuflichen Tätigkeit an Kliniken verloren.
- Für die Krankenhäuser wird es teurer.
- Gewinner sind die Zeitarbeitsfirmen.
- Verlierer sind insbesondere kleine Kliniken mit Standortnachteilen.
- Bei direkten Kurzeitanstellungen erhöht sich der Verwaltungsaufwand für Kliniken sowie Honorarärztinnen und -ärzte erheblich.
- In die Kassen der Rentenversicherung wird nicht mehr Geld fließen, weil Ärztinnen und Ärzte ihre Rentenbeiträge in die Versorgungswerke der jeweiligen Landesärztekammern einzahlen.

Das Urteil legt fest, dass Honorarärztinnen und -ärzte in den Kliniken als Beschäftigte des Krankenhauses regelmäßig der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Spätestens bei den turnusmäßigen, alle vier Jahre stattfindenden Prüfungen der Deutschen Rentenversicherung fällt auf, ob die Kliniken dieser Pflicht nachgekommen sind oder nicht. Ärztinnen und Ärzte brauchen für jede neue Anstellung eine neue Befreiung von der Rentenversicherungspflicht zugunsten des ärztlichen Versorgungswerks. Sie haben eine Meldepflicht innerhalb von drei Monaten.

Wer kann weiterhelfen?

- Personalabteilungen der Kliniken (Vertragsänderung)
- Fachanwalt für Arbeitsrecht (Vertragsgestaltung)
- Bundesverband der Honorarärzte (Musterverträge)
- Marburger Bund (Vertragsprüfung)
- Zeitarbeitsfirmen für Ärzte (Kurzeitanstellungen)
- Deutsche Rentenversicherung – Bund (Statusfeststellungsverfahren)
- Versorgungseinrichtung (Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht)
- Versicherungsvertreter (Anpassung der Berufshaftpflichtversicherung)

In Gedenken an Sabine Krebs

Am 13. Juli 2020 ist Dr. med. Sabine Krebs im Alter von 76 Jahren gestorben.

Sie hat in Berlin Medizin studiert und ihre Weiterbildung in der Universitätsfrauenklinik der Freien Universität Berlin im November 1976 abgeschlossen. Seit 1. Juli 1977 war sie viele Jahre in eigener Praxis als Gynäkologin niedergelassen, zusätzlich hat sie sich berufspolitisch in verschiedenen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) und später auch der Ärztekammer Berlin engagiert.

Viele Kolleginnen und Kollegen werden Sabine Krebs aus diesen Bereichen gekannt haben, wo sie stets versucht hat, mit einer klaren Meinung ihre Einstellung in mitunter schwierigen Situationen darzustellen und auch gegen Widerstände zu vertreten. Es war ihr immer ein Anliegen, sich für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen einzusetzen, zumal ihr der Bereich der ambulanten Medizin – hier vor allem der unmittelbaren Patientenversorgung in der niedergelassenen Praxis – besonders am Herzen lag. Aus eigener Anschauung wusste sie, wie wichtig ihren Patientinnen die personelle Konstanz in der Betreuung war. Sie war stets bereit, nicht nur das Notwendige zu tun, sondern darüber hinaus ihren Patientinnen in deren Nöten zu helfen.

Ab 1997 war Sabine Krebs Mitglied der Vertreterversammlung der KV Berlin und versuchte die Rahmenbedingungen für zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte zu verbessern und deren Interessen zu vertreten. Aus ihrer langjährigen Tätigkeit als Vertreterin der KV Berlin im Beschwerdeausschuss der Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung kannte sie die Schwierigkeiten, in die ärztliche Kolleginnen und Kollegen im niedergelassenen Bereich kommen konnten – gerade dann, wenn sie sich Mühe gaben, über das reine Wirtschaftlichkeitsgebot hinaus sich für ihre Patientinnen und Patienten helfend und lindernd einzusetzen. Bei ihrer Tätigkeit im Beschwerdeausschuss warb Sabine Krebs immer wieder um Verständnis für die Schwierigkeiten der ambulanten ärztlichen Patientenversorgung unter den Restriktionen des gesetzlich festgelegten Wirtschaftlichkeitsgebotes. Auch hier vertrat sie in den Sitzungen in strittigen Fällen deutlich ihre Meinung.

Im Zulassungsausschuss für Ärztinnen und Ärzte, wie auch später im Berufungsausschuss versuchte sie, in einem doch deutlich bürokratisierten Bereich



individuelle Lösungen im Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu finden.

Mehrere Jahre war sie auch am Sozialgericht Berlin im Bereich des Vertragsarztrechtliches als ehrenamtliche Richterin tätig. Hier konnte sie ihre langjährige Erfahrung als niedergelassene Ärztin einbringen.

Neben ihrem Engagement in diesen teils juristisch, teils bürokratisch geprägten Gremien war Krebs zusätzlich im Rahmen ihres Engagements bei der KV Berlin in den Fragen der Qualitätssicherung aktiv, die ihr immer besonders am Herzen lag und für die sie sich sehr eingesetzt hat. So war sie seit 2017 Vorsitzende der Qualitätssicherungskommission Zervix-Zytologie, Vorsitzende der Laborkommission und außerdem stellvertretendes Mitglied in der Qualitätssicherungskommission für Sonografie.

Für Sabine Krebs war die Verbindung zwischen der Ärztekammer Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin immer wichtig, zumal hier in vielen Bereichen Überschneidungen gegeben sind, die mitzugestalten ihr ein Anliegen war.

Sie vertrat viele Jahre als gewählte Delegierte die Liste Allianz Berliner Ärzte in

ANZEIGE

MVZ Zeltinger Platz

Zeltinger Platz 10, 13465 Berlin

Wir trauern um unseren ärztlichen Leiter,
Partner, hochgeschätzten Kollegen und
außergewöhnlichen Menschen

Dr. med. Martin Walter
der am 4. Juli 2020

nach langer schwerer Krankheit im Alter von
54 Jahren viel zu früh verstorben ist.



der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Neben ihrer Tätigkeit in den Qualitätssicherungskommissionen der KV Berlin und auch im Ausschuss Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin, war sie seit 2001 kontinuierlich im Beirat für Fortbildungsanerkennungen und auch Mitglied im Weiterbildungsausschuss Gynäkologie der Ärztekammer Berlin.

Die Zukunft der Liste Allianz Berliner Ärzte lag ihr von Anbeginn am Herzen und noch während ihrer Erkrankung hat sie sich in kleinem Kreis und auch in langen Einzelgesprächen positioniert, hat Ideen für die Zukunft der Liste und deren politische Ausrichtung entwickelt und diese diskutiert.

Durch ihr Interesse an der guten ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten war Sabine Krebs ab 2018 Mitglied des Arbeitskreises ambulante Versorgung der Ärztekammer Berlin, der später in den Unterausschuss ambulante Versorgung überführt wurde. Zudem engagierte sie sich mehrere Jahre als Mitglied des Aufsichtsausschusses und später des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung für die Alterssicherung der Kammermitglieder. In der Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin engagierte sie sich ebenfalls und bemühte sich um die Wahrnehmung der individuellen Interessen einzelner Mitglieder bei deren Meinungsverschiedenheiten mit der Verwaltung.

Es fällt schwer, sich vorzustellen, dass es nie wieder Gespräche und Diskussionen mit Sabine Krebs geben kann, dass wir nie wieder mit ihr über Fragen der Möglichkeiten und auch Grenzen in der Patientenversorgung in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte diskutieren können, und dass wir nie wieder Überlegungen und auch kontroverse Meinungen mit ihr erörtern werden können ...

Ein schmerzhafter Verlust für die Allianz Berliner Ärzte, ein schmerzhafter Verlust für alle, die sie kannten!

Dr. med. Roland Urban

f e u i l l e t o n

Der erste weibliche Professor der Medizin in Preußen

Erinnerung an die Berliner Ärztin Rahel Hirsch

Rahel Hirsch, deren Geburtstag sich am 15. September 2020 zum 150. Mal jährt, zählt zu den weiblichen Pionieren der Medizin in Deutschland. Von 1903 bis 1919 arbeitete sie in der II. Medizinischen Klinik der Charité. In Anerkennung ihrer wissenschaftlichen Leistungen wurde ihr 1913 als erster Ärztin in Preußen das Prädikat „Professor“ verliehen. Als Jüdin durch die Politik der Nationalsozialisten zunehmend gefährdet, emigrierte sie 1938 nach England, wo sie bis zu ihrem Tod 1953 lebte.

Rahel Hirsch stammte aus einer angesehenen jüdischen Familie. Sie wurde am 15. September 1870 in Frankfurt am Main geboren und war das sechste von elf Kindern ihrer Eltern Mendel und Dorothea Hirsch (geborene Ballin). Mendel Hirsch unterrichtete an der von seinem Vater Samson Raphael Hirsch, einem führenden Vertreter des neo-orthodoxen Judentums, in Frankfurt gegründeten Real- und höheren

Töchterschule der Israelitischen Religionsgesellschaft.

Nach dem Abschluss ihrer Schulausbildung arbeitete Hirsch zunächst ebenfalls als Lehrerin, denn Frauen war es Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland nicht gestattet, Medizin zu studieren. Um sich ihren Wunsch, Ärztin zu werden, erfüllen zu können, immatrikulierte sie sich 1898 zunächst an der

Universität Zürich, setzte ihr Studium dann in Straßburg und Leipzig fort und schloss es 1903 in Straßburg ab. Ihre Doktorarbeit trug den Titel „Ein Beitrag zur Lehre von der Glykolyse“.

Als Frau unter Männern an der Charité

Im Oktober 1903 kam Rahel Hirsch als frischgebackene Ärztin nach Berlin. Friedrich Kraus (1858–1936), der ein Jahr zuvor zum Direktor der II. Medizinischen Klinik der Charité ernannt worden war, bot ihr die Stelle einer Volontärärztin an. Damit war sie nach Helenefriederike Stelzner (1861–1937), die kurz zuvor ihre Tätigkeit als Volontärassistentin an der Psychiatrischen Klinik aufgenommen hatte, erst die zweite Ärztin in der Geschichte der Charité. 1908 übertrug ihr Kraus die Leitung der Poliklinik der II. Medizinischen Klinik, die sie bis zum Ende des Ersten Weltkriegs innehatte.

Rahel Hirsch forschte zu unterschiedlichen Themen der Inneren Medizin und



Rahel Hirsch im Labor – Ersttagsbrief mit Sonderbriefmarke der Deutschen Post aus dem Jahr 2013

veröffentlichte ihre Ergebnisse regelmäßig in Fachzeitschriften. Auf ihre Weise engagierte sie sich auch für die Belange der Frauenbewegung und kämpfte leidenschaftlich für mehr körperliche Erziehung von Mädchen sowie für Reformkleidung, darunter ganz besonders für die Abschaffung des Korsetts. In ihrer 1913 veröffentlichten Schrift „Körperkultur der Frau“ schrieb Hirsch über den gesundheitlichen Nutzen unterschiedlicher Sportarten für Frauen. Über dieses Thema hatte sie bereits ein Jahr zuvor – als einzige Referentin – auf dem ersten deutschen Sportkongress in Oberhof gesprochen.

In Anerkennung ihrer wissenschaftlichen Leistungen wurde ihr 1913 als erster Ärztin in Preußen und als dritter Frau in Deutschland – nach der Zoologin Maria Gräfin von Linden (1910) und der Bakteriologin Lydia Rabinowitsch-Kempner (1912) – der Titel „Professor“ verliehen. Die Lehrbefugnis oder ein Lehrstuhl waren damit nicht verbunden, ebenso wenig eine finanzielle Besserstellung. Tatsächlich hatte Rahel Hirsch an der Charité anfangs ohne jedes Gehalt gearbeitet, später erhielt sie für kurze Zeit eine geringe, sogenannte Remuneration.

Zusätzliche Einnahmen konnte sie durch ihre gutachterliche Tätigkeit für Versicherungen und Gerichte erzielen, zu der ihr Friedrich Kraus verholfen hatte.



Das von der Bildhauerin Susanne Wehland geschaffene Denkmal für Rahel Hirsch auf dem Charité-Gelände.

Hohn und Spott für den „Hirsch-Effekt“

Die Forschungsarbeit, die Rahel Hirsch zu spätem Ruhm verhalf, erschien bereits 1906 in der „Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie“. In aufwendigen Tierversuchsreihen und Selbstversuchen war ihr der Nachweis gelungen, dass größere, feste Partikel (zum Beispiel Stärkekörner) – entgegen der damaligen Lehrmeinung – durch die Schleimhaut des Dünndarms gelangen und als Fremdkörper über den Harnweg ausgeschieden werden können. Ein Jahr später stellte sie ihre Ergebnisse in der Gesellschaft der Charité-Ärzte vor. Doch ihre männlichen Kollegen bezweifelten ihre Befunde und machten sich über sie lustig. Kolportiert wurde der Kommentar: „Der ist doch der Puderquast in den Nachttopf gefallen.“

Trotz dieser despektierlichen Äußerung wurde Hirsch gemeinhin von ihren Kollegen als Wissenschaftlerin geschätzt und respektiert, besonders von ihrem fortschrittlichen Chef Friedrich Kraus. Es dauerte jedoch über ein halbes Jahrhundert, bis der Charité-Arzt Gerhard Volkheimer im Rahmen seiner Habilitation die Arbeit von Rahel Hirsch wiederentdeckte und deren Richtigkeit unter Beweis stellte. Volkheimer prägte für den Vorgang der Elimination großkorpuskulärer Partikel aus dem Blut in den Harn den Ausdruck „Hirsch-Effekt“. Auf seine Initiative hin wurde Rahel Hirsch posthum in die „Galerie berühmter jüdischer Wissenschaftler“ in Jerusalem aufgenommen.

Eigene Praxis und englisches Exil

1919 war Rahel Hirsch aus der Charité ausgeschieden und hatte im Westen Berlins eine eigene Praxis eröffnet. Ein Grund für ihre Entscheidung war vermutlich, dass ihr Kollege Theodor Brugsch (1878–1963) aus dem Krieg zurückgekehrt war und die Leitung der Poliklinik übernommen hatte. Für die Diagnostik und Behandlung ihrer vorwiegend internistischen Patientinnen

und Patienten verfügte Rahel Hirsch über eine moderne Praxisausstattung – einschließlich eines Röntgenapparates. Als Expertin für diese Technologie veröffentlichte sie 1920 im Verlag Fischer's Medicinische Buchhandlung das „Therapeutische Taschenbuch der Elektro- und Strahlentherapie“.

Im Jahr nach Beginn der NS-Diktatur wurde Hirsch die Kassenzulassung entzogen. Dennoch blieb sie zunächst in Berlin und kümmerte sich weiterhin um ihre Patientinnen und Patienten. Im Oktober 1938, kurz nachdem allen jüdischen Ärztinnen und Ärzten die Approbation entzogen worden war, entschied sie sich zur Emigration und floh nach England, wo bereits zwei ihrer Schwestern lebten. Ihren Beruf konnte sie dort nicht mehr ausüben, da sie hierfür die Examina hätte wiederholen müssen. Stattdessen hielt sie sich als Laborassistentin und Übersetzerin finanziell über Wasser. Von Depressionen und Verfolgungsängsten geplagt, verbrachte Rahel Hirsch ihre letzten Lebensjahre in einer Nervenheilanstalt. Sie starb am 6. Oktober 1953 im Alter von 83 Jahren. Ihr Grab befindet sich auf dem nördlich von London gelegenen jüdischen Friedhof in Bushey.

Posthumes Erinnern

Auf Anregung von Gerhard Volkheimer legte Adelheid Winkelmann 1965 eine Dissertation mit dem Titel „Medizinhistorische Betrachtungen zum Hirsch-Effekt“ vor, die vielen späteren Arbeiten über Rahel Hirsch als Grundlage diente. Es verging jedoch erneut viel Zeit, bis auch im öffentlichen Raum ein sichtbares Gedenken an die erste Medizinprofessorin Preußens einsetzte. Auf Initiative zweier junger Ärztinnen –



Hängt seit 2019 im Friedrich-Althoff-Saal der Charité: das von der Künstlerin Regine Kuschke gemalte Porträt von Rahel Hirsch. (Fotos: Benjamin Kuntz)

Susanne Rehm und Antje Müller-Schubert – wurde 1995 auf dem Charité-Gelände eine von Susanne Wehland gestaltete Bronzeplastik für Rahel Hirsch aufgestellt. Mit dem Rahel-Hirsch-Stipendienprogramm der Charité werden seit 1999 Nachwuchswissenschaftlerinnen auf dem Weg zur Habilitation

gefördert. Seit 2019 hängt ein von Regine Kuschke gemaltes Ölporträt von Rahel Hirsch im repräsentativen Friedrich-Althoff-Saal der Charité – eine Ehre, die bis dato ausschließlich Männern zuteilwurde. Auf dem Charité Campus in Mitte ist ein Weg und am Berliner Hauptbahnhof seit 2006 eine Straße nach ihr benannt. Die Deutsche Post gab 2013 – 100 Jahre nach der Verleihung des Professorentitels an Rahel Hirsch – eigens eine Sonderbriefmarke heraus. An dem Haus, das sich heute dort befindet, wo Rahel Hirsch viele Jahre gelebt und praktiziert hat (Kurfürstendamm 220), wurde 2016 eine Berliner Gedenktafel angebracht. Schließlich trägt seit 2013 ein Berliner Oberstufenzentrum mit dem Schwerpunkt „Medizin und Gesundheit“ den Namen Rahel-Hirsch-Schule. Dies hätte ihr wahrschein-

lich gut gefallen – der ehemaligen Lehrerin, deren Herz jedoch für die Medizin schlug.

Autoren: Benjamin Kuntz, Sonja Chevallier, Harro Jenss, Eva Brinkschulte

Kontakt: Dr. Benjamin Kuntz, Robert Koch-Institut Berlin, E-Mail: b.kuntz@rki.de

Zum Weiterlesen

Brinkschulte, Eva: Professor Dr. Rahel Hirsch (1870-1953) – der erste weibliche Professor der Medizin – vertrieben, verfolgt, vergessen. In: Eva Brinkschulte (Hrsg.) Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland (2. erw. Aufl. 1995). Edition Hentrich, Berlin, 1993, S. 103–113

Chevallier, Sonja: Fräulein Professor. Lebensspuren der Ärztin Rahel Hirsch 1870–1953. Droste Verlag, Düsseldorf, 1998

Ben Zev, Hedvah: Rahel Hirsch. Preußens erste Medizinprofessorin. Jüdische Miniaturen Bd. 24., Hentrich & Hentrich, Teetz, 2005

BERLINER ÄRZTE

9/2020 57. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber: Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion: Michaela Thiele (v.i.S.d.P.)
Niels Löchel
Iris Hilgemeier
Laura Trabant
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Regine Held
Dr. med. Susanne von der Heydt
Michael Janßen
Dr. med. Klaus-Peter Spies
Dorothea Spring
Dr. med. Roland Urban
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung RM Sehstern

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag: Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680, www.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

**Anzeigen- und Abow
verwaltung Leipzig:** Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig,
leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99
boelsdorff@quintessenz.de

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2020, gültig ab 01.01.2020.

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 95,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 65,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 95,50 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 7,10 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784, Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2020