

**Abschlussbericht des Arbeitskreises
„Fachärztin/Facharzt für klinische Akut und Notfallmedizin“
20.01.2026**

Historie und Aufgabenstellung des Arbeitskreises

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hatte am 21. Februar 2011 den Arbeitskreis „interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ gegründet. Hierbei sollte der Arbeitskreis Möglichkeiten für eine „Nachhaltige und dauerhafte Verbesserung der Qualifikation der in der Notfallversorgung in Berlin tätigen Ärztinnen und Ärzte“ erarbeiten.

Der vorgenannte Arbeitskreis hatte den Auftrag „sowohl präklinische als auch klinische Aspekte der Notfallversorgung generell zu beleuchten und Ideen zu entwickeln, die bei der Umsetzung nicht nur interdisziplinär, sondern auch sektorübergreifend zur Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung beitragen.“

Im Ergebnis wurde anstelle einer Facharztqualifikation die Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin geschaffen, mit welcher Berlin Vorreiter in Deutschland war. Diese Zusatzbezeichnung wurde mit dem 10. Nachtrag in die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin von 2004 eingeführt.

Im Rahmen der Sitzung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 24. April 2024 hatten die Delegierten zu diesem Thema diskutiert und um Gründung eines listenübergreifenden Arbeitskreises gebeten.

In seiner Sitzung vom 27. Mai 2024 hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin beschlossen, den Arbeitskreis „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die 16. Amtsperiode der Ärztekammer Berlin zu berufen und folgende Mitglieder benannt:

- Frau Dr. med. Helene Michler, Fraktion Gesundheit
- Frau Dr. med. Regine Held, Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund
- Herr Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram, Marburger Bund
- Herr Prof. Dr. med. Andreas Umgelter, Fraktion Gesundheit
- Herr Prof. Dr. med. Jörg Weimann, Marburger Bund
- Herr Dr. med. Paavo Beth, Marburger Bund
- Herr Dr. med. Hans-Detlef Dewitz, Hartmannbund Plus
- Herr Dr. med. Jaime-Jürgen Eulert-Grehn, Hausärzteverband
- Frau Dr. med. Almut Tempka, Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund
- Herr Dr. med. Erich Fellmann, Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund
- Herr Dr. med. Torsten Schröder, Marburger Bund
- Herr Axel Strupat, Liste Integrative Medizin – LIMed Berlin
- Herr Dr. med. Slatomir Wenske, Fraktion Gesundheit
- Herr Dr. med. Thomas Werner, Marburger Bund
- Herr Dr. med. Martin Grieser
- Frau Dr. med. Ulrike von Arnim
- Frau Dr. med. Maria Bellut

Zum Vorsitzenden wurde Herr Dr. med. Thomas Werner bestimmt.

Aufgabenstellung für den Arbeitskreis „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“

Der Arbeitskreis „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurde vom Vorstand der Ärztekammer Berlin beauftragt, *ergebnisoffen eine Pro- und Contra-Sammlung zur Einführung einer Facharztqualifikation für klinische Akut- und Notfallmedizin zu erarbeiten und dem Vorstand der Ärztekammer Berlin vorzulegen.*

Arbeitsweise und Methodik des Arbeitskreises „Fachärztin und Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“

Im Zeitraum von August 2024 bis November 2025 fanden insgesamt fünf Präsenz- sowie eine Onlinesitzung des Arbeitskreises statt.

Ergänzend wurde vom 04.07.2025 bis 15.09.2025 eine Online-Umfrage zu den bisherigen Erfahrungen mit der Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin (KLINAM) durchgeführt, an welcher 102 Personen teilgenommen haben. Befragt wurden dazu die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, welche in Berlin die Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin bereits erworben haben oder sich noch in Weiterbildung zu dieser befinden und in Berlin ärztlich tätig sind.

Entsprechend der Aufgabenstellung wurde eine Pro- und Contra Liste zur möglichen Einführung eines Facharztes für Akut- und Notfallmedizin nach insgesamt neun Themenkomplexen erstellt:

1. Struktur, Organisation und Qualität der Weiterbildung
2. Rechtssicherheit und Haftung
3. Berufliche Perspektive
4. Ausbildungsmöglichkeiten und Umsetzbarkeit in den Kliniken
5. Weiterbildungswunsch
6. Europäische Perspektive
7. Struktureffekte und Ressourcen
8. Kosten
9. Sonstiges

Pro- und Contra Facharzt für Akut und Notfallmedizin

Konsentierete Ergebnisse der Sitzungen des Arbeitskreises

Weiterbildung

Struktur/Organisation/Qualität

Pro	Contra
Die Weiterbildung würde einer inhaltlich vollständigen und vollwertigen Facharztweiterbildung entsprechen	Wenn als erste Facharztweiterbildung absolviert, sind keine Vorerfahrungen aus anderen (notfallmedizinisch relevanten) Fachgebieten vorhanden
Die zu erwerbenden Inhalte und Fertigkeiten können konkret definiert werden Inhalte können entsprechend der notfallmedizinischen Relevanz gewichtet und in ein Weiterbildungscurriculum eingearbeitet werden	Da ein Querschnitt über verschiedenste Fachgebiete abgebildet werden muss, ist keine fachliche Detailtiefe zu erwarten Für spezielle Fragestellungen müssen Experten der originären Fachgebiete hinzugezogen werden
Ausbildungskonzept mit höherer Verlässlichkeit	Im Vergleich zur ZWB KLINAM längere Qualifikationszeit
Einheitliche Facharztweiterbildung für alle in der Notaufnahme tätigen ärztlichen Mitarbeiter mit einem an der Notfallversorgung ausgerichteten Ausbildungskonzept	
Eigenständige Weiterbildung innerhalb der Notfallmedizin in der gesamten Breite der fachlichen Erfordernisse	
Hohe Standards zu Struktur- und Prozessabläufen implementierbar	
Neu zu erstellendes Weiterbildungscurriculum kann auf alle spezifischen Erfordernisse angepasst werden	
Zu erwerbende Standards/Skills können spezifisch, neu definiert werden	

Rechtssicherheit/Haftung

Pro	Contra
Eindeutige Definition eines Facharztstandards für das neu zu schaffende Fachgebiet Klinische Akut- und Notfallmedizin	Gebietsgrenzen müssen eindeutig definiert werden
Im Vergleich zur Zusatzweiterbildung längerer Zeitraum zum Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten	Mitbehandlung nach Erreichen der „Kompetenzgrenze“ durch die anderen Fachgebiete weiterhin erforderlich
Insgesamt kürzerer Qualifikationszeitraum, da keine vorausgehende Facharztweiterbildung notwendig (5/6+2 Jahre vs 5 Jahre)	
Notfälle spezialisierter Fachbereiche (z.B. HNO, Gynäkologie/Geburtshilfe, MKG, Pädiatrie) können einen größeren Raum in der Weiterbildung einnehmen als bislang in der Zusatzweiterbildung möglich	

Berufliche Perspektive

Pro	Contra
Berufszufriedenheit durch ausschließlichen Einsatz im Interessengebiet Notfallmedizin	Keine Option zur Niederlassung / Tätigkeit im ambulanten Sektor
Verbesserung der Arbeitszufriedenheit in der ZNA durch Bindung an eine eigene Abteilung/eigenes Team	Im derzeitigen System der Zusatzweiterbildung besteht eine Rückkehroption in das ursprüngliche Fachgebiet
Höhere Selbstbestimmung in eigener Abteilung	Eingeschränkter Einsatzbereich (ZNA, Rettungsdienst) – andere Tätigkeitsfelder im klinischen Bereich sind weitgehend ausgeschlossen
Mittel- bis langfristig gute Perspektive auf Grund steigender Bedarfe	Gefahr einer hohen Belastung, da die longitudinale Begleitung des Patienten fehlt
	Auf die Notfallversorgung eingeschränktes Tätigkeitsfeld
	Eingeschränkte Karriereoptionen, da die Tätigkeit auf ZNA/Rettungsdienst beschränkt bleibt

Ausbildungsmöglichkeit / Umsetzbarkeit in den Kliniken

Pro	Contra
Weiterbildung (ggf. anteilig) in allen Kliniken möglich	Volle Weiterbildung auf Großkrankenhäuser und Maximalversorger auf Grund des erforderlichen weiten fachlichen Spektrums begrenzt
	Ggf. Verbundweiterbildungen (zz. nach WBO nicht möglich) oder Klinikwechsel zum Erwerb der Inhalte/Kenntnisse erforderlich

Weiterbildungswunsch

Pro	Contra
Mutmaßlich hohe Nachfrage insbesondere bei jüngeren Generationen u./o. Interessenten für die notfallmedizinische Versorgung	Weniger Flexibilität als bei der Zusatzweiterbildung, da aufwändigerer Wechsel in ein anderes Fachgebiet
Direkter Weiterbildungsbeginn nach der Approbation möglich	Fachärzte anderer Gebiete können schwieriger in den Bereich der Notfallmedizin wechseln
	Längere Weiterbildungszeit als bisherige ZWB

Europäische Perspektive

Pro	Contra
Gute Perspektive, Facharzt in 23 EU-Ländern vorhanden; Tätigkeit darüber hinaus z.B. in USA denkbar	Eingeschränkte Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme (z.B. Primärarztssystem in GB und Spanien)
Attraktivitätsgewinn für Deutschland als Arbeitsort für ausländische Ärzte; Fachkräftegewinnung	
Anerkennung ausländischer Facharztqualifikationen im Bereich der Notfallmedizin einfacher möglich	

Struktureffekte und Ressourcen

Pro	Contra
Hohe Spezialisierung und Professionalisierung durch eigenständiges Fachgebiet	Zusätzlicher Personalbedarf
„Schnittstellenmanager“ ggf. bei leichteren Fällen	Weniger Flexibilität beim Personaleinsatz als mit der ZWB
Schonung von Spezialisten-Ressourcen	Verstärkung des Fachkräftemangels durch zusätzliche Facharztweiterbildung
Einbindung in ambulante Notfallversorgung (Notfallambulanzen) und Rettungsdienst möglich	
Fachärzte für KLINAM ziehen andere Fachgebiete nur hinzu, wenn erforderlich	Spezialkenntnisse anderer Fachgebiete sind nicht unmittelbar verfügbar
Besseres Management der Prozesse in der ZNA durch interne Kenntnisse	
Verkürzung von Warte- und Behandlungszeiten in der ZNA	
Gezielte Notfalltherapien	
Qualitative und quantitative Verbesserung der Prozesse in der ZNA	
Aufbau eines eigenständigen, unabhängigen Teams, unabhängig von anderen Fachrichtungen	Zusätzliche Schwierigkeiten beim Aufbau eigener Teams an „kleinen“ Kliniken

Kosten

Pro	Contra
Langfristig Kostensenkung durch Personaleinsparung bei höherer Effizienz	Steigerung durch Neuetablierung
Mutmaßlich sinkende Diagnostik- und Behandlungskosten durch effizienteren und gezielteren Ressourceneinsatz	Hoher gesellschaftlicher Aufwand durch Neuetablierung, Ausarbeitung eines Weiterbildungscurriculum, Änderung der WBO etc.
Insgesamt kürzere Weiterbildungszeit, damit Kostenersparnis	

Sonstiges

Pro	Contra
Fachlich einheitliche Versorgung in der ZNA erleichtert die Ausbildung von Assistenzberufen und Pflegepersonal	Bereits bestehende hochgradige Fachgebietsfragmentierung
Hohe Schnittmenge zum Fachgebiet Allgemeinmedizin	Zusätzliche Notwendigkeit der Vorhaltung in den Kliniken bei bestehendem Fachkräftemangel
	Unattraktive Arbeitszeiten/Dienstmodelle durch 24/7-Betrieb der ZNA
	Zusatzweiterbildung KLINAM bereits vorhanden und etabliert

Ergebnisse der Umfrage der Ärztekammer Berlin zu den bisherigen Erfahrungen mit der Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin (KLINAM)

Methodik und Befragungszeitraum

Die Umfrage wurde als Online-Befragung konzipiert und an alle in Berlin für die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ Befugten verschickt.

Im Befragungszeitraum vom 04.07.2025 bis zum 15.09.2025 nahmen 102 Personen an der Umfrage teil. 94 (92,16%) von diesen gaben an, z.Zt. in einer Notaufnahme tätig zu sein.

Struktur der Umfrageteilnehmer

24 Personen (23,53%) – Weiterbildungsbefugte für die Zusatzweiterbildung KLINAM

45 Personen (44,12%) – Fachärzte/Fachärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung KLINAM

33 Personen (32,35%) – Fachärzte/Fachärztinnen in Weiterbildung KLINAM

Erwerb der Zusatzbezeichnung KLINAM

55 Ärztinnen und Ärzte gaben an, die Zusatzweiterbildung KLINAM im Bereich der Ärztekammer Berlin erworben zu haben. Davon 28 im Rahmen der Übergangsregelung und 21 regulär nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung. 6 Personen gaben keine Antwort.

10 Ärztinnen und Ärzte erwarben vorgenannte außerhalb des Kammerbereiches der Ärztekammer Berlin. 33 Ärztinnen und Ärzte haben angegeben sich noch in Weiterbildung zu befinden.

Facharztbezeichnung

53 (50,5%)	FA/FÄ Innere Medizin
25 (23,8%)	FA/FÄ Anaesthesie
10 (9,5%)	FA/FÄ Orthopädie Unfallchirurgie
8 (7,6%)	FA/FÄ Allgemein Chirurgie/Chirurgie
4 (3,8%)	FA/FÄ Neurologie
3 (2,9%)	FA/FÄ Allgemeinmedizin
1	FA/FÄ Gynäkologie/Geburtshilfe
1	FA/FÄ Visceralchirurgie

Berufserfahrung nach der Approbation

25 Ärztinnen/Ärzte	5 – 10 Jahre	24,8%
48 Ärztinnen/Ärzte	11 – 20 Jahre	47,5%
28 Ärztinnen/Ärzte	mehr als 20 Jahre	27,7%

Ausgeübte berufliche Position

14 Chefärztinnen/Chefärzte	13,7%
17 leitende Oberärztinnen/Oberärzte	16,67%
40 Oberärzte/Oberärztinnen	39,2%
28 Fachärzte/Fachärztinnen	27,45%
3 sonstige	2,9%

Angaben zur Notfallstufe des Tätigkeitsbereiches

5 Personen (4,9%)	Basisversorgung
24 Personen (23,5%)	erweiterte Notfallversorgung
29 Personen (28,5%)	umfassende Notfallversorgung
37 Personen (36,3%)	Notfallzentren nach Berliner Krankenhausplan
7 Personen (6,9%)	keine Angabe

Auslandserfahrung in Ländern, in denen es die Facharztkompetenz Notfallmedizin bereits gibt

21 Ärztinnen und Ärzte (20,6%) gaben an, Erfahrungen im Ausland gemacht zu haben, in denen es die Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ bereits gibt. Von diesen waren 15 Personen in einer Notaufnahme, 6 in anderen Abteilungen tätig. (Orthopedics/Trauma; notfallmedizinische Poliklinik, Anaesthesie, Unfallchirurgie, Emergency and vascular surgery)

Veränderung der Versorgungsqualität seit Einführung der Zusatzweiterbildung KLINAM

82 Befragte (81,2%) sahen eine Verbesserung in der Versorgungsqualität seit Einführung der Zusatzweiterbildung KLINAM, 11 Personen (10,9%) beurteilten diese als unverändert und 8 (7,9%) Ärztinnen und Ärzte konnten diese Frage nicht beantworten.

Freitextantworten

- Risikostratifizierung und strukturiertes Abarbeiten von Leitsymptomen unabhängig vom Blick einer Fachdisziplin sind die Kernkompetenz der KLINAM. Leitsymptome wie Sturz und AZ-Verschlechterung fallen in keins der üblichen Raster irgendeiner Fachdisziplin.
- Marginal verbessert, da weiterhin Aufteilung der Patienten nach Fachbereich.
- Ich schätze interdisziplinäres Arbeiten und KLINAM ist eine formale Qualifikation, die damals ein guter selling point war.
- Die Versorgung findet auf einem höheren Niveau statt.

- Mehr Expertise in der Versorgung komplexer Patienten, weniger Fixierungsfehler durch interdisziplinäre Herangehensweise im Team mehr Expertenwissen, da mehr Fachärzte mit breiter Notfallenerfahrung vor Ort.
- Bessere Personalbindung.
- Sehen des gesamten Patienten. Es wird sich nicht auf einen Fachbereich versteift, sondern die Ursache für krankhafte Veränderungen hinterfragt. Bessere individuelle Patientenversorgung und Beschleunigung der Versorgung.
- Verbesserung wesentlich durch Personalstamm dauerhaft in der Notaufnahme Beschäftigter.
- Facharzt primär in Notaufnahme und fühlt sich für Strukturverbesserungen verantwortlich.

Bewertung der Vermittlung notfallmedizinischer Kompetenzen der KLINAM Weiterbildung in einzelnen Fachbereichen (1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“)

	„kann vermitteln“ (Befugte)	„wurde vermittelt“ (abgeschl. ZWB)	„wurde vermittelt“ (in ZWB)
Allgemeine Notfallmedizin	2,89	2,97	2,80
Anaesthesie	2,79	3,18	2,88
Augenheilkunde	3,73	3,69	3,92
Allgemein-/Viszeralchirurgie	2,63	2,79	2,5
Dermatologie	3,32	3,27	3,39
Gynäkologie/Geburtshilfe	3,23	3,77	3,24
HNO	3,46	3,24	3,30
Innere Medizin	2,26	2,41	2,78
Neurologie	2,90	3,09	3,13
Orthopädie/Unfallchirurgie	2,70	2,93	2,67
Kinder- und Jugendmedizin	3,35	3,09	2,84
Psychiatrie/Psychotherapie	3,31	3,51	3,50
Urologie	2,83	3,24	3,56

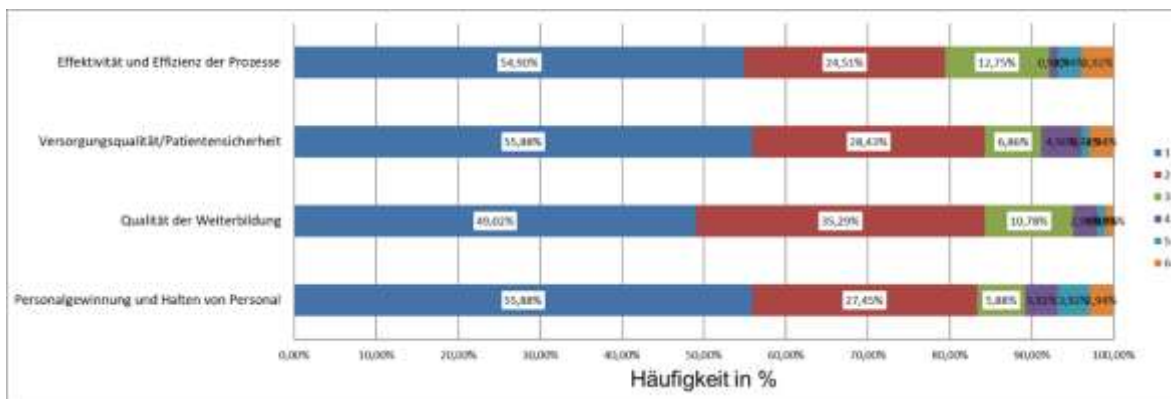
Freitextantworten

- In kleinen Gebieten kurze Hospitationen. Besser wäre die Vermittlung der Inhalte durch FÄ für Notfallmedizin.
- Zu wenig Zeit für Hospitationen/Rotationen. Kontinuität nach Hospitation fehlt in einigen Gebieten.
- Mitarbeitende, die schon während der Facharztweiterbildung in der ZNA gearbeitet haben, bringen mehr Kompetenz in ZWB ein.

- Bestimmte Kompetenzen können nicht vermittelt werden, da Materialien/Geräte fehlen (Spalllampe, Laryngoskop)
- Keine Vermittlung von Kompetenzen möglich, die es im Haus nicht gibt.
- Im Rahmen der ZWB ist es unmöglich, alle fachlich relevanten Themen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch vermittelt zu bekommen.
- In der Kürze der Zeit sind nur die großen Fächer angemessen vermittelbar.
- Fehlende Struktur bzw. Vorgaben für Rotationen.
- Inhalte werden auch aus den Fachkliniken vermittelt.
- Lernen erfolgt eher eigenständig durch Fragen der anderen Fachdisziplinen anstatt der KLINAM-Ärzte.

Inwiefern würde eine Facharztbezeichnung für Notfallmedizin die Strukturen/Prozesse in Ihrer ZNA verändern?

Die Umfrageteilnehmer erwarten überwiegend positive Veränderungen der Strukturen und Prozesse in der ZNA durch eine Facharztbezeichnung für Notfallmedizin.



Freitextantworten „positive Erwartungen“:

- Vor allem Personalgewinnung im jungen Segment. Viele Assistenten müssen über Jahre 'Umwege' gehen, um zum Ziel zu kommen
- Gutachten und 'Fehlbehandlungsbeurteilung' benötigen den Facharzt. Die Bewertung ob ein spezielles Krankheitsbild adäquat diagnostiziert und therapiert wurde, muss durch einen Facharzt Notfallmedizin erfolgen. Beispiel hämatoonkologisches Krankheitsbild wird in ZNA diagnostiziert. Gutachter wird ein hochangesehener Hämatoonkologe ohne Wissen und Verständnis für Abläufe einer Notaufnahme. Auch ohne Wissen, was nachts an Labordiagnostik etc. verfügbar ist. Hier braucht es einen eigenen Facharzt um diese Gutachten sowohl für den Patienten als auch die Kollegen fair zu gestalten und Prozesse echt zu verbessern.

- Eigener Facharzt und damit klar definiertes Curriculum bringen Rechtssicherheit.
- Durch eigenen Facharzt werden sich die Notaufnahmen interdisziplinär aufstellen, was die Behandlungsqualität vermutlich verbessern wird.
- Fundiert ausgebildete Ärzt*innen mit breitem Blick werden auch die Anschluss-Versorgung der Patient*innen mitdenken und damit für eine bessere Weiterversorgung in Zeiten des Mangels an ambulanten Strukturen sorgen wie auch für eine bessere Patientenallokation im stationären Bereich (Senkung der Fehlerraten und der Verweildauer)
- Einen wirklich fundamentalen Unterschied macht eine Einführung aber gemeinsam mit einer Notfallreform, einer eigenen Leistungsgruppe Notfallmedizin und flächendeckend gut etablierter notfallmedizinischer Lehre und Forschung. Wünschenswert wären viel mehr Zentren und Universitätskliniken für Notfallmedizin, die eine Anlaufstelle und eigene Identität mit der Notfallmedizin ermöglichen und erstmalig auch die Türen für ausländische Fachkräfte mit einem FA für Notfallmedizin öffnen würden.
- Strukturierte Weiterbildung ohne auf Wissensvermittlung innerhalb selbst organisierter Praktika/Kurse hoffen zu müssen wäre ein game changer!
- Die Qualität der Weiterbildung hängt auch hier vom WB-Beauftragten bzw. dessen Curriculum ab.... Personalgewinnung, Versorgungsqualität und Effizienz sind jedoch unter den hier tätigen Personen unstrittig besser, wenn es einen entsprechenden Facharztstitel Notfallmedizin gibt!

Freitextantworten „negative Erwartungen“:

- Angesichts der zunehmenden Komplexität und der Multimorbidität vor allem in den konservativen Fächern ist die Effizienz des flächendeckenden Einsatzes interdisziplinär tätiger Mediziner kritisch zu betrachten.
- Spezialisten können meistens in ihrer Fachkompetenz hohe Leistungen erzielen.
- Die Notfallmedizin ist, ebenso wie die Intensivmedizin ein forderndes interdisziplinäres Fachgebiet, das eine hohe Burnout-Rate hat. Da die Notfallmedizin interdisziplinär ist, wird aus meiner Einschätzung weder die Tiefe noch die Breite eines einzelnen Fachgebietes erreicht. Außerdem ist mit einer hohen Fluktuation zu rechnen, da ständig hohe Arbeitsbelastung besteht und eine Niederlassung etc. so gut wie unmöglich ist. In der Akutversorgung gibt es eine steile Lernkurve, diese flacht dann aber schnell ab. Aus meiner Sicht ist die Einführung eines FA nicht zielführend. Ich befürworte jedoch die 6-monatige Rotation der Weiterbildungsassistenten aller Fachbereiche in die Notaufnahme, da durch die dort erworbenen Kompetenzen dieses Wissen auch auf die Stationen getragen wird und eine bessere Einschätzung potenziell kritischer Patienten mit sich bringt.
- Wenn denn die Inhalte auch wirklich erfüllt sind und nicht nur, wie in so vielen Logbüchern nur abgehakt werden. Ob Ärztekammer oder Feuerwehr oder wer auch immer. Nur die Einführung eines Facharztes bringt es ja nicht. Die Strukturen müssen da sein. Bei immer größerer

Arbeitsverdichtung bringt es dann wahrscheinlich wenig. Also darf die Ärztekammer sich auch da einbringen und bitte nicht nur einen FA einfordern.

- Finanzierungsfrage: nicht nur die universitären/BG-Einrichtungen mit mehr Personalressourcen sollten Weiterbildungsstellen anbieten können, ohne große Löcher in die Personaldecke wie bei den meisten kommunalen Häusern zu reißen. Die WBO sollte auch exakter verfasst sein, um die oftmals persönlichen/individuellen Vorstellungen der Prüfungsausschuss Mitglieder hinsichtlich Gültigkeit einer Rotation besser nachvollziehbar zu machen. Die Kolleginnen lassen sich übrigens lieber in Brandenburg prüfen.
- Insgesamt schwindet auch der Hype um die ZWB, da im Anschluss oftmals keine besseren Arbeitsbedingungen herrschen und die beruflichen Entwicklungschancen auch übersichtlich sind (...können ja nicht alle gleich Oberärzte werden...

Wie würde sich – Ihrer Meinung nach – die Versorgungsqualität in Ihrer Notaufnahme mit Einführung des Facharztes Klinische Akut und Notfallmedizin verändern?

86,3% der Umfrageteilnehmer haben zu dieser Frage eine positive Erwartung, 2% befürchten eine Verschlechterung und 7,8% rechnen mit einer unveränderten Situation. 3,9% konnten diese Frage nicht beantworten.

Freitextantworten „positive Erwartungen“:

- 24/7 ganzheitlicher Blick auf den Patienten bei inhaltlicher Kompetenz (durch verlängerte fokussierte WB in der ZNA aber auch Fachkliniken)
- 24/7 prozessuale Kompetenz zur Versorgung der Patientinnen in der ZNA (Gatekeeping, Vermeidung von Crowding, Zusammenarbeit mit Präklinik, Schockraumversorgung, Organisation interdisziplinärer Schockräume)
- Erhöhte 24/7 Verfügbarkeit in der Versorgungskompetenz Katastrophenschutz, häusliche Gewalt, sexualisierte Gewalt.
- Positivere Eigenwahrnehmung der ausgeführten Tätigkeit erhöht durch Kommunikation auf Augenhöhe mit Fachkliniken und vice versa.
- Vermeidung von Konsilen und Rangeleien zwischen Fachdisziplinen, klarere Prozesse Patientenpfade und Strukturen, damit höhere Sicherheit und Zufriedenheit, ganzheitliche Betrachtung des akut erkrankten Patienten. Höhere Attraktivität für Studierende (aktuell häufige Nachfragen von PJ-lern und Famulanten, wann es denn endlich den Facharzt gibt), Möglichkeit Forschung in der Notaufnahme und akademische Laufbahnen weiter zu intensivieren und damit die Patientenversorgung bereits ab Eintritt ins Krankenhaus kontinuierlich zu verbessern.
- Die Inhalte der jetzigen KLINAM-Weiterbildung beinhalten faktisch das europäische Curriculum für Notfallmedizin (5 Jahre!) dies ist und war in 2 bzw. auch 3 Jahren Weiterbildungszeit nicht zu vermitteln.

- Höherer Ausbildungsstandard, einfachere 24/7 Vorhaltung, Reduktion überflüssiger Diagnostik, Steigerung Prozess-Treue, verbesserte Patientensteuerung ambulant/stationär.
- Wenn Kollegen erst eine FA-Ausbildung in einem anderen Fach absolvieren, ist die Lust auf einen Wechsel in die RST verpufft.
- Schnellere Diagnostik, somit adäquate Therapie, insbesondere bei Lebensbedrohlichen Erkrankungen. Breites Wissensspektrum des Facharztes.
- Akzeptanz, breite allgemein-notfallmedizinische Kenntnisse, auch von Nischenfächern.
- Längere und kontinuierliche Anwesenheit kompetenter Ärzt:innen in der ZNA versus Rotationen von 6 Monaten und Konsildienst.
- Wir wären nicht mehr nur die Quereinsteiger, die nirgend woanders ihren Platz gefunden haben, sondern hätten unseren eigenen FA.
- Die nicht-traumatische Schockraumversorgung ist die Paradedisziplin der KLINAM, die von keiner anderen Facharztgruppe komplett geleistet werden kann. Ein eigener Facharzt würde dieses Wissen aufwerten.
- Leitsymptombasierte Behandlung eher durch Notfallmediziner zu erlernen.
- Kürzere Verweildauer aufgrund fehlender Notwendigkeit von Konsilen. Gefährdete Patienten werden früher erkannt. Sparen von Personal-Ressourcen, die anderweitig eingesetzt werden können. Verhindern von Overcrowding durch Überlastung einer Fachrichtung.
- Mehr Personal mit Zugehörigkeit zur Abteilung. Perspektive in der Weiterbildungszeit am Ort. Erlernen von Standards über ausreichend langen Zeitraum bei längerem Verbleib in der ZNA. Weiterbildungsassistent*innen für den FA sind in der gleichen 'Ausbildungsphase' wie Assistenzärzt*innen der Pflichtrotationen = homogene Gruppe. Weiterbildungsrotationen mit anderen Kliniken sind unproblematischer möglich.
- Bessere Personalführung und stabileres Team.
- Übersicht über Krankheitskonstellationen bei Multimorbiden Patienten.
- Längere Erfahrung im spezifischen Notfallmanagement in unterschiedlichen Fachbereichen.
- PatientInnen stellen sich nicht mit Diagnosen, sondern mit Symptomen vor. Die Erstbehandlung bedarf keiner detaillierten Fachexpertise einer bestimmten Richtung, sondern breitem Wissen, sonstiger Kompetenzen (Organisation, Multitasking) und Kenntnis der weiteren Versorgungsstrukturen, um PatientInnen richtig leiten zu können.
- Durch die umfassende Erfahrung werden die Krankheitsbilder schnell erkannt und Indikation für weitere fachspezifische Abklärung geprüft. Zeitsparend und effizient.
- Zusätzlich zum FA müsste festgelegt werden, dass alle Patienten einer ZNA primär von einem solchen gesehen werden müssen. So werden niedrige Versorgungsqualität und Konsilschleifen von unerfahrenen Assistenzärzten verschiedener Fachrichtung die aktuell Primärversorgung in den ZNAs betreiben vermieden.

Freitextantworten „negative Erwartungen“

- Wünschenswert wäre mehr Kompetenz im Intensivmedizinischen Bereich. Breit ausgebildete Notfallmediziner kommen bzgl. spezieller Fragestellungen rasch an ihre Grenzen. Klinische Notfallmedizin ist nicht Anästhesiologie am wachen Patienten.
- Ich gehe davon aus, dass der FA für Notfallmedizin nur die Versorgung der ersten Minuten verbessert. Danach wird man in sehr vielen Fällen doch eine Facharztkompetenz über die Notfallmedizin hinaus benötigen, so dass viele Patienten noch einem Facharzt (Innere, Chirurgie, Neurologie...) vorgestellt werden müssen. Mit den jetzigen Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung KLINAM hingegen sind bereits genau diese Kompetenzen in der ZNA vorhanden. Die Kollegen können die Ersteinschätzung und Erstversorgung aller Notfallpatienten machen, darüber hinaus aber auch die Patienten ihres speziellen Fachgebiets abschließend weiterbehandeln und auch die entsprechende Fachexpertise im Team der Notaufnahme verbreiten/implementieren. Sie haben sich darüber hinaus noch das Notfallwissen der fremden Fachbereiche angeeignet und können so auch die Differentialdiagnostik entsprechend betreiben. Ich halte das für den deutlich besseren Weg für eine qualifizierte Notfallversorgung auf hohem fachlichem Niveau.
Ein FA für Notfallmedizin wird meines Erachtens wie ein Allgemeinmediziner 'alles ein bisschen und nichts richtig' können. Das ist für einen schnellen ersten Patientenkontakt sicher gut, wird aber aus meiner Sicht eine ausufernde Menge an Konsilen nach sich ziehen und die Weiterversorgung von allen Patienten mit nicht banalen Problemen deutlich verzögern/verlängern.
- Der FA für Notfallmedizin (bitte nehmen Sie mir das nicht übel) ist aus meiner Einschätzung und Erfahrung eine Art 'Allgemeinmediziner mit Intubationspraktikum'. Alle manuellen notfallmedizinisch relevanten Skills erlernt man im OP und der Intensivstation (Thoraxdrainage, Intubation, invasive Katheter etc).
Der Arzt der Notaufnahmen sichtet primär Patienten und gibt sie anschließend in die ambulante oder stationäre Weiterbehandlung ab. Alle kritisch Erkrankten werden durch die entsprechenden Fachdisziplinen weiter und final versorgt. Viel entscheidender für eine Weiterentwicklung der Notfallmedizin / KLINAM ist m.E. die zwingende Rotation von 6 Monaten aller Weiterbildungsassistenten als Generalisten in die Notaufnahme. D.h. ein werdender Unfallchirurg behandelt dort neben möglichen UCH-Patienten auch internistische, urologische etc. Patienten. Dies sorgt dafür, dass insgesamt ein deutlich höheres Verständnis für akute Krankheitsbilder entwickelt wird.
- Meiner Meinung nach sind die Notaufnahmen aktuell derart in Anspruch genommen das die Ausbildung im Sinne des Facharztes für Notfallmedizin nicht genügend Bewerber anlocken würde, da es keine exit-Strategie in die Niederlassung gibt. Ich denke dies würde die Versorgungssituation verschlechtern.

Hätten Sie primär die Facharztbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin angestrebt, wenn Sie die Möglichkeit dazu gehabt hätten?

Diese abschließende Frage wurde von 62,7% mit „ja“, von 20,6% mit „nein“ beantwortet. 14,7% der Teilnehmer gaben an, diese Frage nicht beantworten zu können.

