

# Berliner Ärzt:innen

MITGLIEDERZEITSCHRIFT  
ÄRZTEKAMMER BERLIN  
AUSGABE 1 / 2025

**Schwerpunkt:**  
ePA für alle – Was  
Ärzt:innen erwartet

**Pathologie**  
Exakte Diagnosen für  
lebensrettende Therapien





**PD Dr. med. Peter Bobbert**  
ist Facharzt für Innere Medizin  
und Kardiologie sowie Angiologie,  
er hat die Zusatzweiterbildung  
Notfallmedizin und ist Präsident  
der Ärztekammer Berlin.

Foto: Anke Illing

## Sehr geehrte Kolleg:innen,

viele von uns sehen dem neuen Jahr aus bekannten Gründen mit gemischten Gefühlen entgegen. Herausforderungen – geopolitisch, gesamtgesellschaftlich wie auch gesundheitspolitisch – liegen vor uns und bedürfen einer nachhaltigen Lösung. Wir Ärzt:innen erleben einen Alltag, der geprägt ist von überbordender Bürokratie, von Fachkräftemangel und einer chronischen Unterfinanzierung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Die daraus oft resultierende Frustration darf aber nicht zu Tatenlosigkeit führen. Als Ärztekammer Berlin werden wir auch 2025 für Sie die starke und durchsetzungsfähige ärztliche Stimme sein, die nicht nur fordert, sondern auch proaktiv gestaltet.

Dies tun wir nach außen wie nach innen. Daher werden zwei Leitmotive unser Handeln prioritär bestimmen: Entbürokratisierung und Digitalisierung.

Wir haben den Anspruch, eine Ärztekammer für alle Ärzt:innen Berlins zu sein, die stets ansprechbar ist und Ihnen unterstützend zur Seite steht. Hierfür bedarf es klarer Regeln, transparenter Entscheidungsprozesse und einer effizienten Organisation. 147 hauptamtliche Mitarbeitende und 501 ehrenamtliche Kolleg:innen arbeiten Tag für Tag für unsere Kammer, denn es gibt viel zu tun: Allein im Bereich Weiterbildung haben wir im Jahr 2024 unter anderem 1.577 Facharztprüfungen organisiert und 1.336 Weiterbildungsbefugnisse ausgestellt. Unsere Kolleg:innen erwarten zu Recht einfache Antragsprozesse, verbunden mit schnellen und nachvollziehbaren Entscheidungen, wenn sie sich zur Prüfung anmelden oder eine Befugnis beantragen.

Um dies zu erreichen, werden wir 2025 unser digitales Mitgliederportal erweitern und erneuern. Jeder einzelne Arbeitsprozess wird hinsichtlich seines Nutzens und seiner einfachen Handhabbarkeit überprüft. Digitale Anwendungen sollen analoge Wege nicht nur ersetzen, sie sollen sie einfacher und schneller machen.

Zudem werden wir gerade im Bereich der Weiterbildung unsere Kammer konsequent entbürokratisieren. Zum 1. April 2025 startet unsere große Organisationsstrukturreform. Verwaltungsprozesse bei der Prüfungszulassung und der Befugniserteilung werden ersatzlos gestrichen. Haupt- und ehrenamtliche Arbeitsabläufe werden gestrafft. Alles verbunden mit dem Ziel: Zwei Monate nach Einreichen der vollständigen Unterlagen sollen alle ärztlichen Kolleg:innen eine finale Entscheidung erhalten. Darüber hinaus wird die Anzahl unserer Weiterbildungsausschüsse reduziert und Entscheidungen des Deutschen Ärztetages sollen künftig 1:1 übernommen werden. Berliner Sonderwege der Vergangenheit, verbunden mit mehr Aufwand und Bürokratie, wird es nicht mehr geben. Weitere Schritte der Entbürokratisierung werden folgen.

So groß die Herausforderungen auch sind, unsere Motivation, diese zu meistern, ist größer und so starten wir mit großem Engagement, viel Gestaltungswillen und voller Zuversicht in das neue Jahr!

Ihr  


# Inhalt

## EDITORIAL

Begrüßung durch Peter Bobbert 3

## KURZ NOTIERT

Aktuelles / Nachrichten 6

## AUS DER KAMMER

„Niemand kann davon ausgehen,  
nicht betroffen zu sein“ 20  
Was die Krankenhausreform für Berlin bedeutet  
*Kommentar von Thomas Werner*

Fast 35 Jahre: Ehrenamt mit Leib und Seele 21

Wir engagieren uns für Sie 22  
Ein Blick auf die Arbeit der  
Delegiertenversammlung

Ärztliche Weiterbildung 24  
Bestandene Facharztprüfungen  
November und Dezember 2024

Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung 26

Medizinische Fachangestellte 27  
Veranstaltungshinweise

Ärztliche Fortbildung 28  
Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung

## POLITIK & PRAXIS

CIRS Berlin 29  
Transport sedierter Patient:innen nach  
diagnostischen Untersuchungen

Exakte Diagnosen für lebensrettende Therapien 30  
*Fotoreportage von Sebastian Wells*

3 Fragen an ... Ludwig Wilkens 34  
Präsident des Berufsverbandes  
Deutscher Pathologinnen und Pathologen e. V. (BDP)

Datenschutz für Praxis und Forschung 36  
*Von Ulrike Porstein*

Long COVID – 37  
Hürden, Frust und neue Hoffnung  
für die Versorgung  
*Von Olga Herschel*

## KULTUR & GESCHICHTE

Felix Boenheim: Ein Berliner Arzt 38  
in den Wirren des 20. Jahrhunderts  
*Von Johannes Gossner*

Mein Thema 40  
„Arbeit darf nicht krank machen“  
*Von Kerstin Güntzel*

Impressum 41

IM FOKUS

## Die ePA für alle: Was Ärztinnen und Ärzte jetzt erwartet

12

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle, kurz: ePA, steht aktuell das bislang größte Digitalisierungsprojekt des Gesundheitssystems vor der Tür. Viele Ärztinnen und Ärzte sehen das Potenzial der Akte, haben aber auch Ängste und Sorgen. Die Stimmung ist durchwachsen. Zu Recht?

*Von Beatrice Hamberger*

### Titelbild

In der Pathologie konnten im Laufe der vergangenen Jahre viele Prozesse automatisiert werden. OSTKREUZ-Fotograf Sebastian Wells hat dem Direktor des Fachbereichs Pathologie, Prof. Dr. med. Hermann Herbst, FRCPATH und seinem Team im Vivantes Klinikum Neukölln über die Schulter geschaut.

Foto: Sebastian Wells,  
OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

## Umfrage I

### Welche Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit von Ärzt:innen und Ärzten?

Soziodemografische Faktoren und Arbeitsbedingungen oder mögliche psychische Beschwerden: Das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa führt derzeit eine Umfrage zur psychischen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten in der Europäischen Union, Norwegen und Island durch. Untersucht werden insbesondere Umstände, die die psychische Gesundheit beeinflussen können.

Bis zum 28. Februar 2025 sind Ärztinnen und Ärzte aufgerufen, an der anonymen Umfrage unter [→ www.baek.de/who-umfrage](https://www.baek.de/who-umfrage) teilzunehmen. Die WHO plant, die Ergebnisse im Sommer 2025 in einem Bericht zu veröffentlichen. /

## Save the date

### Der nächste Sommer kommt bestimmt: Dann wollen wir mit Ihnen feiern!

Die Sommerparty der Ärztekammer Berlin soll zur Tradition werden und deshalb laden wir Sie schon jetzt herzlich ein: Save the date! Das neue Format zum Austausch in entspannter Atmosphäre findet in diesem Jahr am Mittwoch, dem 18. Juni statt. Von 17 bis 20 Uhr erwartet Sie in der Friedrichstraße 16 wieder eine bunte Mischung aus Gesprächen mit anderen Kammermitgliedern und dem Haupt- und Ehrenamt sowie einem Buffet mit Gebrülltem und Getränken.

Seien Sie wieder oder zum ersten Mal dabei und melden Sie sich schon jetzt unter [→ www.aekb.de/sommerparty2025](https://www.aekb.de/sommerparty2025) an. /



Foto: Dirk Enters

## Führungsmodell

### Topsharing: Geteilte Führung, doppelte Erfahrung



Dass Topsharing zwei Seiten haben kann, thematisierten unter anderem Ina Colle, Leiterin der Stabsstelle „Frauenförderung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ beim Vivantes Netzwerk für Gesundheit (Mitte) und Prof. Dr. med. Volkmar Falk, Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Deutschen Herzzentrum der Charité (DHZC) im Gespräch mit der Moderatorin Dr. med. Susanne von der Heydt (l.).

Foto: Ärztekammer Berlin

Immer mehr Mediziner:innen teilen sich einen Chef- oder Oberarztposten im Kollegialsystem oder Topsharing, wie es im angloamerikanischen Raum heißt. Ist die Doppelspitze das Führungsmodell der Zukunft? Wie das Konzept funktioniert und welche Vor- und Nachteile es hat, war Ende 2024 Thema einer Diskussionsrunde der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Deutschen Ärzt:innenbund.

Diskutiert wurde unter anderem, dass Topsharing nicht immer die Antwort auf den Ruf nach Work-Life-Balance ist, aber in jedem Fall Freiräume ermöglicht, die Führungspositionen in der Medizin sonst selten bieten. Diesen und weitere Aspekte der Diskussion sowie zum Thema Topsharing allgemein können Interessierte im Artikel „Topsharing: Geteilte Führung, doppelte Erfahrung“ im Online-Magazin unter [→ https://magazin.aekb.de](https://magazin.aekb.de) nachlesen. /



Sagen Sie uns Ihre Meinung zu den Artikeln in „Berliner Ärzt:innen“. Was gefällt Ihnen, was nicht und vor allem, welche Themen fehlen Ihnen? Schreiben Sie uns: [redaktion@aekb.de](mailto:redaktion@aekb.de)

## Umfrage II

### Früherkennung von Demenzerkrankungen

Ist das deutsche Gesundheitswesen auf die Früherkennung von Demenzerkrankungen und die Identifikation geeigneter Patientinnen und Patienten für eine Antikörper-Therapie ausgelegt? Diese Frage steht im Mittelpunkt einer deutschlandweiten Umfrage, die das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) aktuell unter Fachärztinnen und -ärzten für Neurologie, Psychiatrie und Geriatrie durchführt.

Hintergrund ist, dass die Früherkennung von Demenzerkrankungen für deren Therapie, die sekundäre und tertiäre Prävention sowie für die frühzeitige Pflegeplanung essenziell ist. Darüber hinaus hat der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) im November 2024 nach Re-Examination positiv über die Zulassung des Amyloid-Antikörpers Lecanemab beschieden. Dadurch ist wahrscheinlich, dass in naher Zukunft Antikörper-Therapien gegen die Alzheimer-Erkrankung in der Versorgung eingesetzt werden können. Um einen bestmöglichen Risiko-Nutzen-Quotienten zu erreichen, wird die Therapie jedoch nur für eine kleine Patientengruppe im frühen Krankheitsstadium relevant sein. Unter anderem sind für die Fallfindung der APOe4-Status und Bildgebungsmarker von hoher Relevanz. Zur Selektion geeigneter Patientinnen und Patienten ist durch den spezifischen Wirkmechanismus der Antikörper eine Biomarker-gestützte Diagnostik unerlässlich.

Vor diesem Hintergrund und um zu eruieren, wie und wann Demenzdiagnostik derzeit erfolgt, welche Chancen und Herausforderungen es gibt und inwieweit die derzeit bestehenden Kapazitäten an Diagnoseverfahren ausgeschöpft oder erweiterbar sind, führt das Zentrum eine Befragung durch: → <https://limesurvey.dzne.de/index.php/597621?lang=de>  
Anhand der Ergebnisse sollen Versorgungslücken und Reservekazitäten sowie Chancen und Herausforderungen in der Früherkennung sichtbar gemacht werden. /

## Digitalforum

### Radikal Digital: Deutschland hat die Wahl

Im Jahr 2025 soll mit dem Start der elektronischen Patientenakte (ePA) und neuen Digitalgesetzen der Schalter auf Digital umgelegt werden. Das Fünfte Digitalforum Gesundheit thematisiert zentrale Aspekte wie digitale Gesundheitsregionen, smarte Krankenhäuser, KI in der Medizin, Telemedizin und Cybersicherheit, um innovative Versorgungsstrukturen und interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Das Forum findet am 3. April 2025 von 09:30 bis 19 Uhr in den Design Offices Berlin Humboldthafen, Alexanderufer 3-7 in 10117 Berlin statt. Nähere Informationen zum Programm, zum Teilnahmeentgelt und zur Anmeldung finden Interessierte unter → [www.digitalforum-gesundheit.de/kongress.html](http://www.digitalforum-gesundheit.de/kongress.html). /

## Social Media

### Ärztammer Berlin kehrt X den Rücken

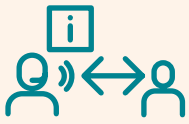
Die Ärztekammer Berlin verlässt die Plattform X (vormals Twitter). Die Kammer sieht sich aufgrund der zunehmenden Tendenz zu Desinformation und politischer Hetze zu diesem Schritt veranlasst. Aus diesem Grund wurde der Account bereits seit über einem Jahr nicht mehr aktiv betrieben, jedoch zunächst aufrechterhalten, um die weitere Entwicklung beobachten zu können. Da die Erkenntnisse, die uns zum Ruhenlassen des Accounts veranlasst hatten, nach wie vor bestehen und sich eher noch verstärkt haben, haben wir uns nunmehr entschieden, den Account zu löschen.

Die Social-Media-Kanäle Instagram und LinkedIn betreiben wir weiterhin. Wir bleiben aber auch hier wachsam gegenüber möglichen Veränderungen in der politischen Ausrichtung und der Einstellung zur wissenschaftlichen Genauigkeit. /

---

Anzeige

## Leitungswechsel und neue Strukturen



### Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Informationen über Veränderungen in Ihrem Haus senden Sie bitte an: [redaktion@aekb.de](mailto:redaktion@aekb.de)

#### Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Am 1. Januar 2025 hat **Prof. Dr. med. Mandy Mangler** die Position der Ärztlichen Direktorin am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum in Schöneberg übernommen. Mangler hat an der Freien Universität Berlin Humanmedizin studiert. Seit 1. September 2016 ist sie Chefärztin für Gynäkologie und Geburtsmedizin am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum und seit 1. Januar 2021 am Vivantes Klinikum Neukölln.

#### Sana Klinikum Lichtenberg

**PD Dr. med. Uwe Pelzer** ist seit dem 1. Januar 2025 zum neuen Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin am Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg. Unter seiner Führung soll die neue stationäre Klinik aufgebaut werden. Pelzer ist Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierungen in Palliativmedizin, Hämatologie und internistischer Onkologie. Nach seinem Studium an der FU Berlin und an der Humboldt-Universität zu Berlin promovierte er 2003 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seine berufliche Laufbahn umfasst unter anderem die Leitung des Gerinnungsdepots und die onkologische Leitung des MVZ Charité Campus Virchow-Klinikum. Seit 2018 ist er stellvertretender Klinikdirektor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am Campus Charité Mitte und leitet das hämatologische und onkologische Studienzentrum. Darüber hinaus ist Pelzer seit 2001 in der wissenschaftlichen Forschung aktiv.

Seit Jahresbeginn 2025 ist **Stephanie Schneider** Chefärztin für den traumatischen Schwerpunkt der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Sana Klinikum Lichtenberg. Als Durchgangsärztin wird sie zudem auch die weitere Teilnahme am Verletzungsartenverfahren am Campus sicherstellen. Die aus Sachsen-Anhalt stammende Medizinerin studierte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und erwarb zusätzlich einen Master-Abschluss in Gesundheitsmanagement an der Hochschule Wismar. Als Oberärztin im Department für Traumatologie mit Kindertraumatologie des BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) übernahm sie seit 2021 neben der medizinischen Versorgung auch Führungsaufgaben. An der EU|FH – Hochschule für Gesundheit, Soziales und Pädagogik ist sie als Dozentin tätig und bildet Physician Assistants aus. Seit 2021 promoviert Schneider an der Universität Greifswald zum Thema „Einfluss der präoperativen MRT-Diagnostik auf die Planung der operativen Versorgung von Tibiakopffrakturen“.

Zweiter in der neuen Doppelspitze ist Chefarzt **Dr. med. Daniel Schrednitzki**, er leitet den Bereich der Endoprothetik und wird diesen weiter ausbauen. Schneider und Schrednitzki folgen auf Dr. med. Christian Müller, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

#### DRK Kliniken Berlin Köpenick

**Dr. med. Henning Jann**, Internist und langjähriger Experte in der Diagnostik und Therapie von neuroendokrinen Neoplasien (NEN), hat am 1. Januar

2025 seine Tätigkeit als Oberarzt am Kompetenzzentrum für Neuroendokrine Tumore des Onkologischen Zentrums Berlin der DRK Kliniken Berlin Köpenick aufgenommen. Seit 2009 betreute der gebürtige Hamburger im ENETS-zertifizierten Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin Patientinnen und Patienten mit NEN-Erkrankungen stationär und ambulant und übernahm im Verlauf die fachliche und wissenschaftliche Leitung der NEN-Ambulanz. Er war an zahlreichen internationalen Medikamentenstudien für NEN beteiligt, die zur Zulassung mehrerer neuer Therapieformen für dieses Krankheitsbild geführt haben. Darüber hinaus engagiert sich Jann in der Fortbildung, verfasst Lehrbuchkapitel und organisiert überregionale Veranstaltungen wie die von ihm initiierte Reihe „Neuroendokrine Tumoren: The Good, the Bad, the Ugly“.

#### DRK Kliniken Berlin Mitte

Seit dem 1. Januar 2025 ist **Dr. med. Britta Brien** Kaufmännische Leiterin der DRK Kliniken Berlin Mitte. Zuvor war die gebürtige Berlinerin viele Jahre bei den Park-Kliniken als Prokuristin in leitenden Funktionen tätig, zuletzt als Verantwortliche für das Klinikmanagement. Die Medizinerin erlangte 2010 ihren MBA-Abschluss an der Hochschule für Wirtschaft und Recht (HWR) Berlin im Schwerpunkt Healthcare Management. /

Aktuelle Stellenwechsel finden Sie im Online-Magazin „Berliner Ärzt:innen“: [→ https://magazin.aekb.de](https://magazin.aekb.de).



## Auftaktveranstaltung

### Neues Forum für junge Ärzt:innen

Junge Ärzt:innen sollen sowohl sich und ihre Themen in der Arbeit der Ärztekammer Berlin wiedererkennen können als auch die Angebote und Funktionen ihrer Kammer kennenlernen.

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin lädt daher zur Auftaktveranstaltung des Forums für junge Ärzt:innen am Dienstag, den 8. Juli 2025 (Achtung: Terminverschiebung!) von 18 bis 20 Uhr in die Ärztekammer Berlin ein. Im persönlichen Austausch werden gemeinsame Themen erarbeitet, die in Folgeveranstaltungen diskutiert werden sollen. Ziel ist es, der jungen Generation von Ärzt:innen eine Möglichkeit zu geben, sich zu vernetzen und gemeinsame Ziele zu formulieren.

Sie haben Interesse, sich gemeinsam mit anderen Kolleg:innen zu engagieren? Dann melden Sie sich an:

→ [www.aekb.de/service-kontakt/veranstaltungskalender/](http://www.aekb.de/service-kontakt/veranstaltungskalender/)

## Umfrage III

### Ist das eLogbuch benutzerfreundlich?

Mittlerweile nutzen über 136.000 Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte das elektronische Logbuch (eLogbuch) zur Dokumentation der ärztlichen Weiterbildung. Hier können Weiterzubildende die in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin geforderten Kompetenzen und Richtzahlen digital dokumentieren und von ihrer oder ihrem Weiterbildungsbefugten bestätigen lassen. Das eLogbuch soll sukzessive die Papierlogbücher ersetzen.

Da die Nutzerfreundlichkeit des eLogbuchs eine wichtige Voraussetzung für dessen Anwendung ist, hat die Bundesärztekammer eine Online-Umfrage entwickelt, die sich sowohl an Weiterzubildende als auch an Weiterbildungsbefugte richtet. Sie haben noch bis zum 17. Februar 2025 die Möglichkeit, freiwillig und anonym Anregungen und Verbesserungsvorschläge zu übermitteln. Die Beantwortung der Fragen dauert nur wenige Minuten.

Nutzer:innen des eLogbuchs erhalten den Link zur Teilnahme über die Mitteilungsfunktion in ihrem eLogbuch-Konto. Der Login ins eLogbuch-Konto erfolgt über das Mitgliederportal unter → <https://portal.aekb.de>.

Die Ergebnisse der Umfrage sollen Ende Mai auf dem kommenden 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig vorgestellt werden. /

## Digital

### Kennen Sie unsere Online-Kanäle?



Foto: Frank Schinski, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

- [www.instagram.com/aekberlin](https://www.instagram.com/aekberlin)
- [www.linkedin.com/company/aekberlin](https://www.linkedin.com/company/aekberlin)
- <https://magazin.aekb.de>

Im Online-Magazin „Berliner Ärzt:innen“ finden Sie regelmäßig aktuelle Meldungen und Artikel, etwa:

- Ärztinnen der ersten Generation:  
Ingeborg Syllm-Rapoport
- Eine Debatte um Grundsätzliches und Moral  
vor 100 Jahren

---

Anzeige

## Virchow-Contest

### Vielfältiges Wissen und Kompetenzen



Das Team „Aromatasehemmer“ mit Andreas Egghart, Luca Schnepf, Robert Abe, Maksym Ryazantsev, Georg Schröter und Justus Pein lag am Ende mit deutlichem Vorsprung vorn. Präsident PD Dr. med. Peter Bobbert (r.) gratulierte und überreichte Büchergutscheine, die traditionell von der Ärztekammer Berlin gesponsert werden.

Foto: GB Lehre

Bereits zum zehnten Mal fand Mitte Dezember 2024 der Virchow-Contest der Charité – Universitätsmedizin Berlin statt. Sieben studentische Teams der Charité traten an, um ihr medizinisches Wissen in einer Reihe von theoretischen und praktischen Aufgaben unter Beweis zu stellen. Zunächst eröffnete Jan Bobbe, Leiter der Abteilung Studium und Lehre, den Wettbewerb und gab einen Überblick über die Entwicklung des Virchow-Contests und seine Einbindung in die Lehre der Universitätsmedizin. Ein Video mit Grußworten der Prodekane Prof. Dr. Susanne Michl und Prof. Dr. med. Martin Möckel sorgte für zusätzliche Informationen und einen unterhaltsamen Auftakt.

Im Anschluss daran waren bei den Teams wieder vielfältiges Wissen und Kompetenzen gefordert, darunter Bilderrunden, klinische Fälle, praktische Aufgaben, Multiple-Choice-Fragen, Differentialdiagnosen und ein Abschlussfall. In den Bilderrunden mussten die Teilnehmenden Blickdiagnosen, Hautbefunde, Bildgebungen, apparative Diagnostikverfahren (EKG, EEG) sowie Parasiten, Heilpflanzen und Strukturformeln erkennen. Die Antworten wurden durch Betätigen eines Buzzers gegeben, um die Antwortzeit zu erfassen. Ein Höhepunkt waren zweifellos die praktischen Aufgaben. So musste zum Beispiel ein ABCDE-Notfall mit Brustschmerzen richtig versorgt werden.

Nach rund vier Stunden stand das Siegerteam fest: „Aromatasehemmer“ hatte sich mit deutlichem Punktevorsprung durchgesetzt. Bei der abschließenden Siegerehrung, die traditionell von PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin, vorgenommen wurde, erhielten die Teams herzliche Glückwünsche und von der Ärztekammer Berlin gesponserte Büchergutscheine. /

## Online-Services

### Neu und nutzerfreundlich: Newsletter, Fortbildungskalender und CME-Antragsportal

Im Februar 2025 geht die Ärztekammer Berlin mit neuen Online-Services an den Start.

In Kürze werden wir den ersten **Newsletter** an alle Kammermitglieder versenden. Wir freuen uns sehr, Sie dann regelmäßig mit Neuigkeiten und Wissenswertem aus der Kammer und drumherum zu versorgen. Eine Abmeldung ist jederzeit über einen Abmeldelink in der E-Mail möglich.

Der **Fortbildungskalender** wurde in den vergangenen Monaten technisch und gestalterisch erneuert sowie in der Nutzerführung verbessert. Ab Anfang Februar ist er direkt auf der Website der Ärztekammer Berlin zu finden. Der Kalender listet alle Fortbildungen in Berlin auf, die von der Ärztekammer Berlin als ärztliche Fortbildungsmaßnahmen anerkannt sind. Sie können Veranstaltungen nach verschiedenen Kriterien suchen und filtern. Neu ist beispielsweise die Möglichkeit, nach Fortbildungsformaten zu filtern, das heißt nach Präsenz-, Online- oder Hybrid-Veranstaltungen. Zum Fortbildungskalender: → [www.aekb.de/fortbildungskalender](http://www.aekb.de/fortbildungskalender)

Im Laufe des Monats wird zudem das neue **CME-Antragsportal** freigeschaltet. In dem Portal können Veranstalter von ärztlichen Fortbildungen in Berlin für diese die Anerkennung als ärztliche Fortbildungsmaßnahme und die Bewertung mit Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin online beantragen. Das CME-Portal wurde gestalterisch überarbeitet und technisch komplett neu entwickelt. Ein besonderes Augenmerk liegt auch hier auf der Nutzerzentrierung. Nach dem Start wird das Portal unter → <https://cme.aekb.de> erreichbar sein. /

### Autor:innen gesucht

### Wissen Sie, wie das deutsche Gesundheitswesen funktioniert?

Wir suchen freie Autorinnen und Autoren, die sich in der Gesundheitspolitik, der (ärztlichen) Selbstverwaltung und den unterschiedlichsten medizinischen Themen auskennen und stilsicher darüber schreiben. Haben Sie Interesse, mit und für uns zu arbeiten? Dann freuen wir uns auf Ihre E-Mail mit Leseproben und Honorarvorstellungen an die Redaktion: © redaktion@aekb.de /

## Bundesinstitute

### Softwarelösungen für die Rückverfolgung von Ausbrüchen

Das bereits traditionelle „Forum für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“, das gemeinsam vom Robert Koch-Institut (RKI), dem Umweltbundesamt (UBA) und dem Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) veranstaltet wird, findet in diesem Jahr vom 26. bis 28. März 2025 statt.

An den drei Tagen stellen die Bundesinstitute Arbeitsergebnisse, Forschungen und aktuelle Themen aus ihren jeweiligen Aufgabenbereichen vor: das Umweltbundesamt zu umweltbedingten Gesundheitsrisiken, das Robert Koch-Institut zu Public Health, Infektionsschutz und Hygiene sowie das Bundesinstitut für Risikobewertung zur Sicherheit von Lebensmitteln und verbrauchernahen Produkten.

Geplant sind institutsübergreifende Themenblöcke beispielsweise zu den Themen Bade(becken)gewässer, Sonnenschutzmittel sowie Jod. In einer Podiumsdiskussion wollen die Veranstalter mit den Teilnehmenden zum Themenkomplex „Vertrauen in öffentliche Institutionen“ ins Gespräch kommen. Darüber hinaus informiert das UBA unter anderem über die Wirkung tieffrequenter Geräusche sowie Virensurveillance im Abwasser. Das BfR stellt einen Leptospiroseausbruch durch Farbratten in Deutschland sowie Forschungsprojekte zu pflanzenbasierter Ernährung vor. Das RKI informiert über Gesundheitsberichterstattung und Labornetzwerke.

Am Mittwochvormittag wird ein Präsenzworkshop zu Softwarelösungen für die Rückverfolgung von Ausbrüchen angeboten. Da die Teilnahme an dem Workshop begrenzt ist, ist eine gesonderte Anmeldung erforderlich.

Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an Mitarbeitende von Gesundheitsämtern, Medizinalämtern, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämtern, an Hygienebeauftragte von Krankenhäusern sowie an Mitarbeitende anderer staatlicher Einrichtungen. Sie findet im Hörsaal des BfR im Diedersdorfer Weg 1 in 12277 Berlin-Marienfelde statt. Die Möglichkeit einer Online-Teilnahme ist geplant.

Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte wird beantragt. Die Teilnahme ist kostenfrei, aber nur nach einer Anmeldung möglich. Das Anmeldeformular sowie das vollständige Programm des Forums für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2024 können unter [-> www.bfr-akademie.de/deutsch/oegd2025.html](https://www.bfr-akademie.de/deutsch/oegd2025.html) abgerufen werden.

Bei Fragen können sich Interessierte sich gerne per E-Mail an [akademie@bfr.bund.de](mailto:akademie@bfr.bund.de) an die BfR-Akademie wenden. /

---

Anzeige

# Die ePA für alle kommt: Was Ärztinnen und Ärzte jetzt erwartet

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle, kurz: ePA, steht aktuell das bislang größte Digitalisierungsprojekt des Gesundheitssystems vor der Tür. Viele Ärztinnen und Ärzte sehen das Potenzial der Akte, haben aber auch Ängste und Sorgen. Die Stimmung ist durchwachsen.

Text: Beatrice Hamberger

Langsam wird es ernst: Mitte Januar 2025 hat die Testphase in den drei Modellregionen Franken, Hamburg und Teilen Nordrhein-Westfalens begonnen. Anschließend soll die elektronische Patientenakte (ePA) bundesweit ausgerollt werden. Planmäßig wäre das Mitte Februar. Es sei denn, es treten größere Pannen auf, dann könnte sich der Roll-out nach hinten verschieben. Allerdings weiß niemand, welche Pannen das sein müssten, denn die Kriterien für den Startschuss sind nicht bekannt. Sicher ist dagegen, dass vier Wochen ein sehr kurzer Zeitraum sind, um ein Großprojekt wie die ePA in den Praxen technisch reibungslos zu integrieren und das, was schlecht läuft, nachzubessern. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, PD Dr. med. Peter Bobbert, bedauert das. „Das sind Punkte, die leider nicht dazu beitragen, alle Akteur:innen gut mitzunehmen.“

### ePA muss nutzerfreundlich sein

Dabei sind seiner Ansicht nach die Berliner Ärztinnen und Ärzte der ePA gegenüber sehr aufgeschlossen, „weil ihr Mehrwert gesehen und hoch geschätzt wird“, sagt er. „Eine gut funktionierende und nutzerfreundliche ePA ist dringend gefragt, und man möchte sie so schnell wie möglich haben. Aber man will keine, die noch mehr Arbeit macht und zusätzliche Bürokratie schafft.“

Das „Ja, aber“ ist eine typische Antwort, die in ärztlichen Kreisen oft in Bezug auf die ePA zu hören ist. Einerseits begeistert die Idee, schnell die Vorbefunde und eine Medikationsübersicht zur Hand zu haben, gerade beim Erstkontakt oder in Notfallsituationen. Andererseits bestehen erhebliche Bedenken, ob das Projekt nicht neue Probleme schafft.

Die Sorge vor Mehrarbeit und zusätzlichem Verwaltungsaufwand teilen zum Beispiel 90 Prozent aller 2.600 Praxen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für den Praxisbarometer Digitalisierung 2024 befragt ließ; dagegen glauben nur knapp 40 Prozent, dass die ePA für alle die Versorgung verbessern wird. Diese Einschätzungen passen eher nicht zu den politischen Versprechen, wonach die ePA die Ärzteschaft entlasten und das Gesundheitssystem revolutionieren wird.

### „Gutes wird sich schnell durchsetzen“

Bobbert erklärt die Skepsis mit den Erfahrungen aus der Vergangenheit. Etliche Neuerungen hätten die Ärztinnen und Ärzte oft mehr belastet als entlastet oder seien nicht praktikabel gewesen. Zudem funktioniere die Telematikinfrastruktur bis heute nicht reibungslos. Dennoch findet er, dass es wichtig ist, jetzt mal loszulegen. „Wenn etwas gut ist in der Medizin, dann setzt es sich ganz schnell von alleine durch.“

Von der Vorgängerversion der ePA für alle kann das nicht unbedingt behauptet werden. Bis zuletzt hatte nur etwa ein

## ePA: Eine lange Geschichte kurz erzählt

- 2003 Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) kündigt erstmals das Großprojekt „elektronische Patientenakte“ an.
- 2005 Die gematik wird gegründet.
- 2011 Ausgabe der ersten elektronischen Gesundheitskarte mit Lichtbild, aber ohne weitere Funktionen
- 2021 Die ePA 1.0 startet als Opt-in-Angebot.
- 2025 Die ePA 3.0, die „ePA für alle“, startet am 15. Januar in drei Modellregionen.

Prozent der Patientinnen und Patienten von dem Angebot Gebrauch gemacht. Da aber alle mitmachen sollen – angestrebt werden 80 Prozent – hat man aus der Opt-in- eine Opt-out-Lösung gemacht. Durch diesen Schachzug erhalten jetzt alle 74 Millionen GKV-Versicherten automatisch eine elektronische Patientenakte, es sei denn, sie widersprechen. Daher auch der Name „ePA für alle.“ Bei Redaktionsschluss (23. Januar 2025) lag die Widerspruchsquote noch im niedrigen einstelligen Bereich.

Die ePA ist eine versichertengeführte Akte. Das bedeutet: Die Versicherten können bestimmen, welche Inhalte hineinkommen und wer die Akte einsehen darf. Nach dem Stecken der Gesundheitskarte hat die Praxis oder Klinik standardmäßig 90 Tage lang Zugriff auf die ePA. Diesen Zeitraum – aktueller Behandlungskontext genannt – können die Patientinnen und Patienten über ihre ePA-App beliebig verkürzen oder verlängern, ebenso können sie einzelne Dokumente verbergen oder einer Praxis oder Klinik den Zugriff komplett verweigern. Das alles können sie aber auch jederzeit wieder ändern.

### Sorge vor juristischen Fallstricken

Die individuellen Einstellungsmöglichkeiten haben datenschutzrechtliche Gründe, die den Ärztinnen und Ärzten jedoch Kopfzerbrechen bereiten. Denn so gibt es niemals Gewissheit, dass die Akte vollständig ist und nicht doch behandlungsrelevante Informationen fehlen. Ein „Fallstrick“ sei das, schreibt etwa der Berufsverband der Urologen (BvDU) in einem Positionspapier und fordert mehr Rechtssicherheit für die behandelnde Ärzteschaft.

Die wohl größte Rechtsunsicherheit besteht aber bei der Frage, wie gründlich die Ärztin oder der Arzt eine Akte lesen muss, um nichts Wichtiges zu übersehen. KBV-Justiziar Dr. Christoph Weinrich beschwichtigt, dass die ePA nur ein „Unterstützungsdokument“ sei und das anamnestische Gespräch weiterhin Grundlage der ärztlichen Behandlung bleibe. „Wenn

ich im Rahmen des Gesprächs einen Anlass habe nachzufragen, ob etwas Wichtiges in der ePA steht, dann sollte ich das tun. Dann könnte ich beispielsweise auch gezielt gucken“, erläutert Weinrich in einem Interview mit dem Ärztenachrichtendienst. „Der Behandlungskontext aus medizinischer Sicht entscheidet: gezielte Suche bei gegebenem Anlass ja – alles andere nein.“

Da es zunächst keine Volltextsuche geben wird, ist die gezielte Suche allerdings nicht so einfach. Wegen dieses Defizites wird die ePA oft als unübersichtliches „Sammelsurium an PDF-Dateien“ kritisiert. Da vorerst auch keine Bilder aus CT- oder MRT-Untersuchungen in die digitale Akte passen – Grund ist

die Beschränkung auf maximal 25 MB pro Datei – bekommt der Begriff noch eine zweite Bedeutung.

Perfekt wird die ePA also nicht an den Start gehen. Viele Funktionen wie eben die Volltextsuche oder der Impfausweis werden erst mit späteren Versionen eingeführt. Ein Medikationsplan, der die Medikationsliste um zusätzliche Informationen wie Einnahmehinweise oder Dosierungen ergänzt wird, soll laut gematik im Sommer kommen.

### Einige könnten das Handtuch werfen

In Berlin wächst unterdessen die Sorge, dass viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen vorzeitig

### „Die ePA ist alternativlos“

Dr. med. Irmgard Landgraf ist Fachärztin für Innere Medizin. Sie sitzt für die Liste Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin im Vorstand der Ärztekammer Berlin und engagiert sich dort unter anderem in den Bereichen „Digitale Kammer“ und ambulante Versorgung. Mit „Berliner Ärzt:innen“ hat sie über die Handhabung der ePA gesprochen.



**IL** Dr. med. Irmgard Landgraf  
Fachärztin für Innere Medizin  
Foto: Anke Illing

### BÄ Frau Dr. Landgraf, verstehen Sie die Kritik Ihrer Kolleginnen und Kollegen an der ePA?

**IL** Ja, ich teile die Kritikpunkte sogar größtenteils. Die Telematikinfrastruktur läuft bis heute nicht störungsfrei und vermutlich werden wir zunächst auch mehr Arbeit haben, bis das Ganze eingespielt ist. Dabei sind wir sowieso schon alle am Limit. Aber wir brauchen dringend eine ePA. Sie ist aus meiner Sicht alternativlos.

### Warum alternativlos?

Bei der Komplexität unseres Gesundheitssystems und der steigenden Zahl

multimorbider Patientinnen und Patienten ist ein Datenpool mit den vollständigen und zeitnahen Gesundheitsdaten zwingend nötig. Das fehlt uns heute. Was glauben Sie, wie oft wir in unserer Hausarztpraxis den Befunden und Arztbriefen hinterher telefonieren? Das ist unglaublich zeitaufwendig, und manchmal bekommen wir die Informationen nie. Umgekehrt sehen wir, wie viele Doppeluntersuchungen gemacht oder nutzlose Therapien verordnet werden, weil den Kolleginnen und Kollegen wichtige Informationen fehlen. Diese ganzen Probleme lassen sich vermeiden, wenn die Daten in einer digitalen Akte gebündelt für alle Sektoren sichtbar sind. Das wird auf jeden Fall dazu führen, dass unsere Patientinnen und Patienten besser behandelt und wir entlastet werden. Vorausgesetzt natürlich, die ePA ist nutzerfreundlich und funktioniert.

### Genau das wird ja bezweifelt.

Sicher gibt es an einigen Stellen noch Verbesserungsbedarf, aber ich sehe auch eine große Bereitschaft der

gematik, uns zuzuhören. Und was nicht praxistauglich ist, müssen wir einfordern. Dazu gehört vor allem eine bessere Suchfunktion, mit der ich mir zum Beispiel auf Knopfdruck den Verlauf bestimmter Laborwerte anschauen kann. Ich bin optimistisch, dass das machbar ist.

### Wissen Sie als Hausärztin, welche Daten Sie einstellen müssen?

Darüber wurde bisher nur unzureichend informiert, da gebe ich den Kritikern recht. Grundsätzlich ist es so, dass Routinekontakte wie ein grippaler Infekt nicht in die ePA gehören. Wenn ich aber sehe, dass meine Patientin dreimal im Jahr eine Bronchitis hat, dann sollte ich das in der Akte dokumentieren. Also nur das, was relevant für die Krankengeschichte oder auffällig ist, kommt in die ePA. Die Befunde und Arztbriefe aus den Kliniken und Facharztpraxen gehören auf jeden Fall dazu. Die Daten sind ja für den sektorenübergreifenden Informationsaustausch gedacht, und wir brauchen sie dringend. Deshalb muss die ePA unbedingt gut werden. /

ihre Praxis aufgeben könnten, weil sie die umwälzenden Veränderungen nicht mehr mitmachen wollen. Bobbert ist deshalb strikt gegen Sanktionen. „Wir brauchen die Arbeit dieser Kolleginnen und Kollegen und deswegen brauchen wir eine angemessene Übergangszeit“, argumentiert er in Richtung Politik.

Dass die Ärzteschaft die ePA mit zwiespältigen Gefühlen betrachtet, hat aber nicht nur etwas mit berechtigten Sorgen und drohenden Sanktionen zu tun, sondern auch mit Kommunikation. Politisch wird das digitale Großprojekt als Allheilmittel für das deutsche Gesundheitssystem gehypt, über Risiken und Nebenwirkungen wird nicht geredet. Obendrein

fühlen sich selbst diejenigen, die die ePA am optimistischsten befürworten, schlecht über das Projekt und ihre neuen Aufgaben informiert. Auch das schmälert die Chancen, alle gut mitzunehmen. Dabei ist sämtlichen Beteiligten klar, dass alle mitmachen müssen, wenn das Projekt ein Erfolg werden soll.

### Verschlüsselt, gespeichert und begehrt

Und es gibt noch einen weiteren Aspekt: Die ePA soll den Informationsaustausch sowie die Nutzung von Gesundheitsdaten erleichtern und alle behandelnden Leistungserbringer sollen davon profitieren. Doch persönliche Gesundheitsdaten müssen besonders geschützt werden. Wie steht es also um die Datensicherheit und den Datenschutz?

## „Erstmal bedeutet das Mehrarbeit, egal wie“

Dr. med. Wolfgang Spitz ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie in der Praxis Dr. Spitz & Kollegen – Gastroenterologie an der Krümmen Lanke. „Berliner Ärzt:innen“ hat ihn gefragt, wie er die geplante Einführung der ePA und die Anwendung selbst bewertet.



**WS** Dr. med. Wolfgang Spitz  
Facharzt für Innere Medizin  
Foto: privat

### BÄ Herr Dr. Spitz, ist Ihre Praxis gut auf die ePA vorbereitet?

**WS** Technisch haben wir alle Vorbereitungen getroffen. In der praktischen Umsetzung gibt es aber noch viel Verwirrung. Und wenn wir uns beleben wollen, stoßen wir auf teils widersprüchliche Informationen.

### Angenommen, die Technik funktioniert: Versprechen Sie sich einen Nutzen von der ePA?

Wenn der Patient tatsächlich seine Laborwerte, Röntgen-, MRT-Befunde und Ähnliches dabei hätte, wäre das definitiv ein praktischer Nutzen. Und dass

man nicht alles doppelt untersucht, weil sich der Patient nicht mehr erinnern kann, ist ein weiterer Vorteil.

### Würde Sie das im Arbeitsalltag entlasten?

Erstmal bedeutet das Mehrarbeit, egal wie! Es gibt ja nicht mal eine Suchfunktion, über die ich einen bestimmten Befund gezielt auffinden kann. In der Cloud sehe ich nur PDF-Dateien mit irgendwelchen Nummern. Die muss ich dann alle öffnen, wenn ich wissen will, ob der Patient zum Beispiel eine Penicillinallergie hat oder ob es bei der letzten Darmspiegelung Komplikationen gab. Im Gesetz steht sinngemäß: Der Arzt ist nicht verpflichtet, die ganze Akte zu sichten, aber er sollte es tun. Das ist eine Falle. Auch das Einspeisen der Daten kostet Zeit, wobei wir gar nicht wissen, wie wir mit internen Aufzeichnungen, die nicht für den Patienten gedacht sind, umgehen sollen. Hinzukommt, dass die Patienten jetzt Abrechnungsdaten sehen, die nicht der wirklichen Auszahlung entsprechen, da zum Beispiel das Budget ausge-

schöpft ist. Ebenso werden Befunde sichtbar, die noch nicht besprochen sind oder nicht verstanden werden. Das werden sie alles diskutieren und besprechen wollen.

### Ihre Stimmung der ePA gegenüber ist ...

Grundsätzlich ist das System einer elektronischen Patientenakte zu begrüßen. Aber so, wie das Ganze gestrickt ist, macht es uns das Leben schwer. Über Datenschutz und Hackerangriffe auf Praxen haben wir noch gar nicht geredet. Das alles kommt zu einer Zeit, in der die Honorierung im kassenärztlichen Bereich den Bach runtergeht, in der wir mit Regularien, Regressen und hundert Seiten langen Spezialversorgungsverträgen überzogen werden und zudem unsere Softwareanbieter und Administratoren immer weniger Kapazitäten haben, uns zu unterstützen. Deren Kosten werden im Übrigen praktisch auf unserem Rücken abgeladen. Die Einführung der ePA trifft gerade auf eine sehr miese Stimmung in der Ärzteschaft. /

Ein gebrauchtes Kartenlesegerät und etwas kriminelle Energie – viel mehr braucht es nicht, um die elektronische Patientenakte von GKV-Versicherten zu hacken. Dies und weitere pikante Details zu Sicherheitslücken der ePA gab der Chaos Computer Club (CCC) auf seinem 38. Kongress kurz vor dem Jahreswechsel bekannt. Dass sich die gematik noch am selben Tag bei den Sicherheitsforscher:innen des CCC für deren Hinweise bedankte und betonte, bereits an der Umsetzung „zusätzlicher Sicherungsmaßnahmen“ zu arbeiten, zeigt, wie vulnerabel das „System ePA“ ist.

Bislang galten die Server von IBM und Rise, auf denen die elektronischen Patientenakten im Auftrag der Krankenkassen lebenslang zentral gespeichert werden, als das größte Sicherheitsrisiko. Doch wie der CCC anhand erfolgreicher Hackerangriffe demonstrierte, gibt es viele weitere Einfallstore, um an die begehrten Datensätze zu gelangen, und zwar ohne die komplex verschlüsselten Datensätze knacken zu müssen. Solche Einfallstore sind zum Beispiel die Zugangsschlüssel von Kliniken und Praxen, die laut den Computerfachleuten „müheless zu beschaffen“ sind, oder die leicht zu errechnenden Nummern der Versichertenkarten, die offenbar ausreichen, um über ein gebrauchtes Kartenlesegerät Millionen von ePAs zu erbeuten.

Unterdessen versprach Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD) am 9. Januar 2025, die ePA werde bundesweit nicht starten, solange sie nicht sicher sei. Doch das Vertrauen in die Sicherheitsarchitektur der ePA dürfte ebenso gelitten haben wie die Glaubwürdigkeit solcher Zusicherungen. Selbst wenn die aufgezeigten Probleme bald gelöst sein sollten, gibt es bei IT-Systemen ohnehin keine hundertprozentige Sicherheit. Das räumt auch die gematik ein. Dabei ist die ePA nicht irgendein IT-System: Bundesweit werden rund 100.000 Praxen, 2.000 Krankenhäuser und 17.000 Apotheken miteinander vernetzt, und mehr als 70 Millionen Versicherte werden über ihre Smartphones und Tablets auf das System zugreifen können. Zudem sind die Krankenkassen und eine nicht bekannte Zahl von technischen Dienstleistern auf unterschiedlichen Ebenen an der ePA beteiligt.

### **Zwischen Transparenz und Datenhoheit**

Doch nicht nur technisch sollte das bislang größte Digitalprojekt des Gesundheitswesens wasserdicht sein, sondern auch juristisch. Leitplanke ist die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), an der sich auch die neuen Gesetze orientieren müssen, die der ePA in ihrer jetzigen Form zum Start verholfen haben. Maßgeblich sind hier vor allem das Digital-Gesetz (DigiG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Beide Gesetze sind im März 2024 in Kraft getreten und sollen den Informationsaustausch im Gesundheitswesen erleichtern, die Versorgung verbessern und die Forschungsmöglichkeiten in Deutschland stärken.

Mit der ePA für alle wird somit eine Transparenz persönlicher Gesundheitsdaten geschaffen, die es so bisher nicht gegeben hat. Gleichzeitig sollen die Versicherten die Hoheit über ihre Daten behalten – das höchste Gut des Datenschutzes überhaupt. Um diese scheinbaren Gegensätze unter einen Hut zu bringen, hat der Gesetzgeber die Versicherten zu Manager:innen ihrer Akte gemacht: Wer dieses oder jenes nicht für andere sichtbar machen will, kann widersprechen. Durch das Konstrukt der „versichertengeführten Akte“ behalten die Patientinnen und Patienten nach Lesart des Gesetzgebers genau jene Datenhoheit, die der Datenschutz verlangt. Dies setzt natürlich voraus, dass die Versicherten ihre Akte auch managen können und wissen, was sie da eigentlich entscheiden.

An beiden Punkten gibt es allerdings erhebliche Zweifel. Ein Kritikpunkt ist, dass die ePA nur digital nutzbar ist und somit Menschen ohne die entsprechenden technischen Geräte ihre Akte weder einsehen noch verwalten können. Aus diesem Grund bewertet die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) die Ausgestaltung der ePA sogar als Verstoß gegen die DSGVO. Das Digital-Gesetz sieht zwar vor, dass Versicherte auch über Ombudsstellen der Krankenkassen Widersprüche durchsetzen oder über ausgewählte Apotheken ihre persönliche ePA einsehen können. Doch die Krankenkassen erwähnen diese Möglichkeiten nicht einmal.

### **Lücken in der Information der Versicherten**

Dass die Versicherten auch sonst wenig über das Kleingedruckte der ePA erfahren, ist ein weiterer Streitpunkt. Die Informationsschreiben der Krankenkassen sind kurz und weiterführende Informationen nur online einzusehen. Eine im Dezember 2024 veröffentlichte Studie der Verbraucherzentrale Bundesverband kommt zu dem Ergebnis, dass die Krankenkassen ihrer gesetzlichen Pflicht, umfassend, transparent und barrierefrei über die ePA zu informieren, nicht nachkommen. „Wichtige und teils umstrittene Aspekte, beispielsweise des Datenschutzes, werden nicht angesprochen“, heißt es. Das reiche nicht aus, um eine informierte Entscheidung für oder gegen die ePA treffen zu können.

Dieser Punkt ist besonders heikel, da die ePA von den Krankenkassen automatisch und ohne aktives Einverständnis der Versicherten angelegt wird. „Schweigen mutiert hier zur Zustimmung!“, kritisiert etwa der Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) mit Blick auf die im Digital-Gesetz verankerte Widerspruchslösung, die von Anfang an umstritten war.

Während sich an der mangelhaften Kommunikation der Krankenkassen trotz massiver Kritik bisher nichts geändert hat, müssen Ärztinnen und Ärzte ihrer Informationspflicht in ihrer Sprechstunde nachkommen (mehr dazu auf Seite 18.) Dass hier mit zweierlei Maß gemessen wird, sorgt in der Ärzteschaft



# Ein Blick nach Europa

Was in Deutschland immer wieder diskutiert und gern auch verschoben wird, ist in anderen europäischen Ländern zum Teil schon lange Realität: ein digitales Gesundheitswesen. Fast alle Länder haben die ePA schon vor Jahren eingeführt, wie zum Beispiel:



## Estland

**Name:** Health Information System (HIS)  
**Einführung ab:** 2001  
**Wahlfreiheit:** Opt-out  
**Zugriff über:** Digilugu (Webportal)  
**Authentifizierung:** E-Identity (elektronischer Personalausweis und PIN)

## Niederlande

**Name:** Persönliche Gesundheitsumgebung (PGO)  
**Einführung ab:** 2023  
**Wahlfreiheit:** Opt-in  
**Zugriff über:** dezentrale Anbieterstruktur, 16 zertifizierte Anbieter mit „Medmij“-Label  
**Authentifizierung:** Anmeldung über Authentifizierungs-Anwendungen wie die IRMA-App (ein eID-System)



## Österreich

**Name:** Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)  
**Einführung ab:** 2013  
**Wahlfreiheit:** generelles Opt-out, partielles Opt-out für einzelne ELGA-Anwendungen, situatives Opt-out bei bestimmten Behandlungsfällen  
**Zugriff über:** Webportal  
**Authentifizierung:** e-card; Digitale Identität (Handysignatur oder Bürgerkarte); Lichtbildausweis



## Spanien

**Name:** Historia Clinica (HC)  
**Einführung ab:** 2015 (landesweites System)  
**Wahlfreiheit:** beschränktes Opt-out; einzelne Einträge können gelöscht werden, aber nicht die HC als solche  
**Zugriff über:** Website, App (in 6 Regionen)  
**Authentifizierung:** elektronischer Personalausweis und Eintrag in der Gesundheitsdatenbank



Eine übersichtliche Karte mit dem Stand der Digitalisierung in weiteren europäischen Ländern gibt es unter [www.gematik.de/telematikinfrastruktur/transparenz/digitale-gesundheit-in-europa](http://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/transparenz/digitale-gesundheit-in-europa).

## Die wichtigsten Pflichten im Überblick: Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ePA zu nutzen

### Technische Voraussetzungen

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur inklusive Konnektor
  - Software-Update des Praxisverwaltungssystems (PVS) oder des Krankenhausinformationssystems (KIS)
- Bestimmte Dokumente in der ePA, unter anderem der Arztbrief, erfordern eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) mittels elektronischem Heilberufsausweis (eArztausweis).

### Befüllen und Hochladen

Zu ihren Aufgaben gehört das Befüllen der Akte mit Daten, die im aktuellen Behandlungskontext selbst erhoben wurden und elektronisch vorliegen. Dazu gehören Befundberichte über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Arzt-/Entlassbriefe sowie Laborbefunde, auch von externen Laboren – also relevante Dokumente, die typischerweise schon jetzt an andere Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden.

Daten, die auf Wunsch der Patientin oder des Patienten in die ePA einpflegt werden sollen: Diese Dokumente müssen ebenfalls elektronisch vorliegen. Für das Einscannen sind die Krankenkassen zuständig, nicht die Ärztinnen und Ärzte. Einen Überblick über die entsprechenden Dokumente geben die weiterführenden Links.

### Nicht dazu gehören:

Daten aus Routinekontakten, Behandlungsnotizen, ältere Dokumente aus der Zeit vor der Einführung der ePA und solche in Papierform. E-Rezepte werden automatisch in die Medikationsliste übertragen.

### Besonderheiten:

- Metadaten müssen händisch hinzugefügt werden – einige PVS-Systeme unterstützen dies.
- Bei Überweisungen sind Fachärztinnen und -ärzte verpflichtet, den Befundbericht in die ePA zu laden und diesen wie bisher direkt an die überweisende Praxis zu senden.
- Bei genetischen Untersuchungen muss die ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten in schriftlicher oder in elektronischer Form vorliegen.
- Labore können Befunde derzeit noch nicht direkt in die ePA laden, das ist aber für die Zukunft geplant.

**Wichtig:** Das Befüllen kann auch von Medizinischen Fachangestellten übernommen werden.

### Informieren und dokumentieren

Ärztinnen und Ärzte müssen

- Patientinnen und Patienten darüber informieren, welche Daten sie in der ePA speichern. Das kann mündlich oder über einen Aushang in der Praxis oder Klinik erfolgen.
- Patientinnen und Patienten auf ihr Widerspruchsrecht bei potenziell diskriminierenden oder stigmatisierenden Daten hinweisen: Dazu gehören psychische Erkrankungen (F-Diagnosen), sexuell übertragbare Infektionen und Schwangerschaftsabbrüche.
- dokumentieren, wenn eine Patientin oder ein Patient der Datenspeicherung widerspricht.
- ihre Patientinnen und Patienten darüber informieren, dass sie das Recht auf eine Befüllung mit weitergehenden Daten haben.

### Lesen und Suchen

Grundsätzlich gilt: Ärztinnen und Ärzte sind nicht verpflichtet, anlasslos oder routinemäßig in die ePA zu schauen. Grundlage der ärztlichen Behandlung bleibt das Anamnesegespräch. Eine Einsichtnahme ist erforderlich, wenn relevante Zusatzinformationen in der ePA zu erwarten sind. Ein Anlass zur Einsichtnahme ist beispielsweise gegeben, wenn eine Patientin oder ein Patient auf eine Voruntersuchung hinweist oder bestimmte Fragen nicht sicher beantworten kann. Entscheidend ist, was die Ärztin oder der Arzt in der konkreten Behandlungssituation wissen muss. Maßstab ist die ärztliche Sorgfaltspflicht.

### Abrechnung über die KV Berlin

Für die Befüllung der ePA können drei Gebührenordnungspositionen (GOP) abgerechnet werden:

- **GOP 01648:** Erstbefüllung, nur einmal je Patientin oder Patient, sektorenübergreifend, extrabudgetär, 89 Punkte = 11,03 Euro
- **GOP 01647:** jede weitere Befüllung, je Behandlungsfall, extrabudgetär, 15 Punkte = 1,86 Euro
- **GOP 01431:** bis zu viermal im Jahr abrechenbar, wenn die Praxis die ePA bereits befüllt hat, aber in einem Quartal kein persönlicher Kontakt oder keine Videosprechstunde stattgefunden hat, da beispielsweise nur ein E-Rezept ausgestellt wurde, 3 Punkte = 37 Cent. Die GOP 01431 ist eine Zusatzpauschale zu den GOP 01430, 01435 und 01820.

für Unmut. Zudem kostet die Patientenaufklärung Zeit, die von den Krankenkassen nicht vergütet wird. So müssen etwa Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychiatrischen Diagnosen explizit auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen werden. Es wird Aufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sein, ihnen deutlich zu machen, welche Konsequenzen es haben kann, wenn eine Schizophrenie, eine bipolare Störung oder eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung lebenslang in der ePA gespeichert wird.

Ungeklärt ist auch die Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen, die ebenfalls automatisch eine ePA erhalten. Der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt\*innen (BVKJ), Dr. med. Michael Hubmann rät Eltern derzeit, Widerspruch gegen die ePA einzulegen. Die Rechte der Kinder seien momentan nicht ausreichend gesichert, und das Selbstbestimmungsrecht von Jugendlichen drohe durch die ePA verletzt zu werden, erklärt er in einem Interview mit der „Welt“.

Nach der neuen Gesetzeslage hat deine Person, die nicht widersprochen hat, ihre Daten zunächst für alle freigegeben, die ihre Gesundheitskarte eingesehen haben. Das können nicht nur Arztpraxen und Krankenhäuser sein, sondern grundsätzlich alle, die an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden sind, also auch der Physiotherapeut, die Psychologin oder das Apothekenteam. Über die TI wandern die persönlichen Gesundheitsdaten dann ins eAktensystem und von dort in das Forschungsdatenzentrum (FDZ) und bald auch in den Europäischen Datenraum (EHDS). Grundlage für diese sogenannte sekundäre Datennutzung ist das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, das die Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für „gemeinwohlorientierte Zwecke“ erleichtern soll.

### Neue Chancen, neue Risiken

Im FDZ werden bereits seit einigen Jahren die Abrechnungsdaten der Krankenkassen für Forschungszwecke gespeichert, nun kommen die kompletten Patientenakten hinzu. Ab Sommer 2025 sollen Forschende die pseudonymisierten Daten auf Antrag nutzen und auch mit anderen Datensätzen etwa aus medizinischen Registern oder mit Künstlicher Intelligenz verknüpfen können. Auch die Pharmaindustrie, Behörden und andere Interessenten wie zum Beispiel Google können nach Angaben von Bundesgesundheitsminister Lauterbach auf den Datenpool zugreifen, wenn sie im „öffentlichen Interesse“ forschen.

Forschende sehen in der erleichterten Nutzung von Gesundheitsdaten enorme Chancen. So betont der Krebsforscher und Berlin Institute of Health-Chair Prof. Dr. med. Christof von Kalle immer wieder, dass Daten Leben retten können. Auch die Berliner Hausärztin Dr. med. Irmgard Landgraf glaubt, dass insbesondere Schwerkranke profitieren werden, solange

klare Regeln sicherstellen, dass die Daten ausschließlich zur Therapie- oder Diagnoseoptimierung und nicht für andere Interessen genutzt werden. „Es gibt so viele Fragestellungen im Behandlungsalltag, die durch Studien nicht beantwortet werden, weil ältere, multimorbide Patienten da gar nicht aufgenommen werden. Dieser Aspekt wird praktisch nie berücksichtigt, trägt aber meines Erachtens entscheidend zu einer besseren Versorgung bei“, erklärt Landgraf.

Andere machen sich große Sorgen. Nicht nur wegen drohender Hackerangriffe und weil die Pseudonymisierung die Identität der Personen, die nicht widersprochen haben, nur schwach schützt, wie etliche Beispiele aus der Vergangenheit zeigen. Sondern auch, weil die Gesundheitsdaten auf ganz legalem Weg in die falschen Hände geraten könnten, etwa bei Arbeitgeber:innen, Versicherungen oder anderen Playern mit kommerziellen Interessen. Datenschützer Dr. Thilo Weichert von der Deutschen Vereinigung für Datenschutz fasste seine Bedenken kürzlich auf einer Veranstaltung so zusammen: „Wir müssen uns bewusst machen, dass mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz ein zentraler Grundsatz der Medizin über Bord geworfen wird: die ärztliche Schweigepflicht“.

Ähnlich sieht es der Berliner Facharzt für Psychosomatische Medizin, Dr. med. Klaus Lindstedt. „Sensible und intime Details, die mir meine Patienten anvertrauen, haben einfach nichts in einer Cloud zu suchen“, sagt er. „Die Öffentlichkeit erfährt nicht, wer die Daten am Ende nutzt und mit wem sie vernetzt werden.“ Der Mediziner findet das gesamte Vorhaben äußerst beunruhigend. Er denkt, dass sich die Risiken – insbesondere im Zusammenhang mit genetischen Erkrankungen – über Generationen vererben werden. Im Forschungsdatenzentrum soll jede einzelne eAkte für 100 Jahre lang gespeichert bleiben. /

### Weiterführende Informationen:

→ [www.kbv.de/html/69298.php](http://www.kbv.de/html/69298.php)

→ [www.gematik.de/anwendungen/epa/epa-fuer-alle](http://www.gematik.de/anwendungen/epa/epa-fuer-alle)

→ [www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/epa](http://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/epa)



**Beatrice Hamberger**

Freie Redakteurin im Gesundheitswesen

Foto: privat

# „Niemand kann davon ausgehen, nicht betroffen zu sein“

## Was die Krankenhausreform für Berlin bedeutet

Am 12. Dezember 2024 ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft getreten und wird auch in Berlin zu umfangreichen Veränderungen führen. Viele Detailfragen sind noch offen. Die Arbeiten am neuen Berliner Krankenhausplan, der 2026 in Kraft treten soll, sind durch die Verzögerungen im Gesetzgebungsverfahren – das sinnvollerweise abgewartet wurde – erheblich gebremst worden. Umso schneller sind nun alle Beteiligten gefordert, von der notwendigen Analyse zu sachgerechten und konkreten Planungen zu gelangen, um nicht von der weiteren Entwicklung überrollt zu werden.

Berlin hat dabei im Bundesvergleich nicht die schlechteste Ausgangsbasis, da seit 2016 zahlreiche Qualitäts- und Strukturvorgaben in der Krankenhausplanung verankert worden sind. Diese dürften nun vielen Häusern die Erfüllung der neuen Anforderungen erleichtern. Wesentlicher Aspekt der Reform ist der Übergang von einem kapazitiven Ausweis von Krankenhausbetten zur konkreten Planung in 65 medizinischen Leistungsgruppen. Diese sollen ausgehend vom bisherigen Bedarf mit Planfallzahlen hinterlegt werden. Aufgabe der Planungsbehörde ist es, die Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Voraussetzungen der Häuser hinsichtlich medizinischer Expertise, technischer und personeller Ausstattung aber auch der räumlichen Verteilung und Erreichbarkeit, ausgewogen und im Sinne einer flächendeckenden, fachlich gesicherten Versorgung zuzuweisen.

### Von proaktiv bis abwartend

Die qualitätsgesicherte und unter medizinischen Aspekten gebotene Zentralisierung komplexer Leistungen ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie eine flächendeckende Grund- und Notfallversorgung im bewährten System der in Berlin bestehenden Notfallkrankenhäuser und -zentren. Die Bettenkapazitäten in Berlin sind im Bundesvergleich gut ausgelastet und bezogen auf die Einwohnerzahl eher gering. Ein Abbau erscheint daher auch vor dem Hintergrund der Aufgaben zur Berliner Umlandversorgung, dem Bevölkerungswachstum und der demografischen Entwicklung trotz angestrebter Ambulantisierungstendenzen eher überschaubar. Einige Träger und Häuser sind bereits proaktiv dabei, ihr Leistungsportfolio zu prüfen und anzupassen, Kooperationen auszubauen und Synergien zu nutzen, andere sind bislang eher abwartend unterwegs.

Beides hat seine Berechtigung, auch wenn niemand davon ausgehen kann, nicht betroffen zu sein. Der sinnvolle medizinische Ansatz der Reform besteht gerade darin, die Versorgungsaufgaben neu zu ordnen, um durch Zentralisierung Qualitätsvorteile zu realisieren. Umverteilung bei mutmaßlich eher sinkenden Kapazitäten bedeutet aber auch, dass stationäre Leistungen in allen Versorgungsebenen von Verschiebungen betroffen sein können. Im Idealfall kümmert sich jede Einrichtung um das, was sie am besten kann. Daher werden auch Einrichtungen der Universitätsmedizin und Maximalversorger Fälle abgeben müssen, die ihrer speziellen Expertise nicht bedürfen und an anderer Stelle gleich gut oder besser versorgt werden können. Die Gefahr der Überkonzentration sollte nicht unterschätzt werden und führt schon heute häufig zu nicht notwendigen Kapazitätsengpässen, unnötigen Wartezeiten, Überlastung von Personal und Strukturen und damit im Ergebnis zu Qualitätsverlusten. Probleme, die durch intelligente Steuerung vermieden werden können.

### Weiterbildungsinhalte: Auswirkungen auf das Angebot

Ein positives Signal für die ärztliche Weiterbildung ist, dass diese durch ein System aus insgesamt kostenneutralen Zu- und Abschlägen berücksichtigt werden soll. Es bleibt zu hoffen, dass hier genau differenziert und nicht mit der Gießkanne gearbeitet wird, um die richtigen Adressaten zu erreichen. Darüber hinaus wurde die längst überfällige Einführung einer ärztlichen Personalbemessung für Abteilungen der somatischen Krankenversorgung vereinbart. Hierzu sollen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundesärztekammer (BÄK) gemeinsam bis zum 30. September 2025 ein Konzept abstimmen und eine Kommission einrichten, die Empfehlungen zur Personalbemessung erarbeitet. Auch hier wird man genau hinsehen müssen, ob und welche Effekte dies auf die Patientenversorgung und die Weiterbildung hat.

Fest steht schon jetzt, dass die anstehenden Strukturveränderungen erhebliche Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung haben werden, weil ein höherer Spezialisierungsgrad der Kliniken und eine ausdifferenzierte Versorgungslandschaft zwangsläufig Auswirkungen auf die angebotenen Weiterbildungsinhalte haben werden. Es wird künftig eher die Ausnahme als die Regel sein, die Weiterbildung komplett an einer Klinik absolvieren zu können. Auch hierauf sollten sich die Kliniken rechtzeitig einstellen und tragfähige Konzepte entwickeln. Die Ärztekammer Berlin wird diese Veränderungen

engmaschig und kritisch begleiten, da Qualitätsverluste in der ärztlichen Weiterbildung in unser aller Interesse inakzeptabel sind.

### Ohne Umdenken wieder nur ein Schritt zur nächsten Reform

Hoffen wir, dass die anstehenden Reformen nicht nur zu Verbesserungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in unserer Stadt führen, sondern auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten positiv beeinflussen. Zweifel daran sind mehr als berechtigt, denn die Triebfeder des Reformdrucks – die chronische strukturelle Unterfinanzierung, insbesondere durch eine nicht ausreichende Investitionskostenfinanzierung – bleibt. Da helfen weder eine halbherzige, fallzahlgesteuerte Vorhaltefinanzierung noch ein zur Hälfte aus dafür gar nicht vorgesehenen GKV-Mitteln gespeister Transformationsfonds. Ohne ein radikales und grundsätzliches Umdenken in der Finanzierung unseres Gesundheitssystems wird auch diese Reform nur ein Schritt zur nächsten, mit dann noch weitreichenderen Auswirkungen, bleiben.

Der medizinischen, technischen und wissenschaftlichen Entwicklung geschuldet, wird es immer einen „positiven“ Reformbedarf geben, der organisatorisch umgesetzt und finanziert werden muss. Die Mittel dafür bereitzustellen, ist Aufgabe der Gesellschaft, in der gerade wir als Ärzteschaft das Privileg haben, aktiv mitwirken zu können. Solange wir aber akzeptieren, dass der Gesundheit nur ein Wert zugemessen wird, der „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein darf und sich auf „das Notwendige“ beschränkt (§ 12 SGB V), dürfen wir uns nicht wundern, wenn wir bei der nächsten Reform inmitten einer Rationierungsdebatte aufwachen. /



**Dr. med. Thomas Werner, MBA**

Vorsitzender im Ausschuss Versorgung (Unterausschuss Stationäre Versorgung) und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Berlin  
Foto: Anke Illing

## Fast 35 Jahre: Ehrenamt mit Leib und Seele

Anfang Dezember 2024 verabschiedete Kammerpräsident PD Dr. med. Peter Bobbert die Preisträgerin der Georg-Klemperer-Medaille PD Dr. med. Maria Birnbaum in den ehrenamtlichen Ruhestand.

Ausgebildet und beruflich tätig im Ostteil der Hauptstadt, engagierte sich Maria Birnbaum ab 1990 in und für die Ärztekammer Berlin. Sie war Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses für Innere Medizin, den sie 18 Jahre lang leitete. Darüber hinaus setzte sie sich als streitbares Mitglied der Delegiertenversammlung und auch regelmäßig auf Deutschen Ärztetagen für die Weiterentwicklung ihres Faches ein. Zudem war Birnbaum zwölf Jahre in der Haushaltskommission der Ärztekammer Berlin aktiv und hat in den vielen Jahren ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit unzählige Kandidatinnen und Kandidaten in Facharztkolloquien geprüft. Als berufenes Mitglied der Ärztekammer Berlin nahm Birnbaum am 29. November 1999 an der konstituierenden Sitzung der „Gemeinsamen Lebendspendekommission der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Brandenburg“ teil und wurde zur 2. Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Im Dezember 2009 übernahm sie den Vorsitz der Kommission und behielt ihn über drei Amtsperioden bis zu ihrem Ausscheiden. Nach gut 35 Jahren war nun Schluss: Nach dem Ende



Nach fast 35 Jahren ehrenamtlicher Tätigkeit, davon unter anderem 25 Jahre in der Lebendspendekommission, wurde PD Dr. med. Maria Birnbaum von PD Dr. med. Peter Bobbert (l.) verabschiedet. Der Präsident dankte auch Volker Markworth, der die Kommissionsarbeit ebenfalls seit 1999 mit seinem juristischen Fachwissen unterstützte.  
Foto: Ole Eggert

der Amtsperiode am 8. Dezember 2024 verzichtete Maria Birnbaum auf eine erneute Kandidatur und wurde gemeinsam mit ihrem langjährigen Mitstreiter Volker Markworth verabschiedet. /

# Wir engagieren uns für Sie

Das oberste Organ der ärztlichen Selbstverwaltung:  
die Delegiertenversammlung

Rund 550 Ärzt:innen arbeiten regelmäßig ehrenamtlich in den Gremien der Ärztekammer Berlin. Hinzukommen fast 1.300 ehrenamtliche Prüfer:innen, die nach Bedarf für die Prüfungen zur Anerkennung von Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzqualifikationen, bei Fachsprachprüfungen sowie bei Ausbildungs-, Umschulungs- und Fortbildungsprüfungen der Medizinischen Fachangestellten tätig werden. Durch die ehrenamtliche Unterstützung kann die Ärztekammer Berlin die ihr übertragenen Aufgaben als Interessenvertretung sowie als Aufsichtsorgan für die Berliner Ärzteschaft erfüllen. Hier geben wir Ihnen einen Einblick in die Arbeit der Gremien und ihrer Vertreter:innen.

Fotos: Maurice Weiss, OSTKREUZ/Ärztekammer Berlin



Derzeit sind folgende berufspolitische Listen in der Delegiertenversammlung vertreten:

- Marburger Bund
- Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund
- FrAktion Gesundheit
- Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin
- Hartmannbund Plus
- Liste Integrative Medizin – LIMed Berlin

## Die Arbeit der Delegiertenversammlung

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin ist das Parlament der Berliner Ärztinnen und Ärzte. Sie trifft alle grundsätzlichen finanziellen, politischen und strukturellen Entscheidungen der Ärztekammer Berlin. Zu ihren Aufgaben gehören die Wahl des Vorstandes, die Einrichtung und Besetzung verschiedener Gremien sowie die Prüfung und Genehmigung des jährlichen Wirtschaftsplans. Darüber hinaus fasst sie Beschlüsse zur Hauptsatzung sowie zur Berufs-, Weiterbildungs-, Melde-, Beitrags-, Wahl- oder Schlichtungsordnung und verabschiedet gesundheitspolitische Stellungnahmen. Die Beschlüsse der Delegiertenversammlung werden durch den Vorstand und die hauptamtlichen Mitarbeitenden der Ärztekammer Berlin umgesetzt.

In der Delegiertenversammlung arbeiten 45 demokratisch gewählte Delegierte sowie eine Vertreterin der Berliner Universitäten zusammen. Wie in der Politik vertreten die Delegierten verschiedene Parteien – sogenannte Listen. Diese repräsentieren die unterschiedlichen berufspolitischen Strömungen und Sichtweisen der Berliner Ärztinnen und Ärzte. Entsprechend ihrem Stimmenanteil bei den alle fünf Jahre stattfindenden Kammerwahlen erhalten die Listen eine bestimmte Anzahl von Sitzen. Somit können Sie mit Ihrer Stimme regelmäßig Einfluss auf die politische Ausrichtung der Ärztekammer Berlin nehmen. Die nächste Wahl zur Delegiertenversammlung findet im Spätherbst 2028 statt.

Mehr über die Delegierten sowie die Berichte, Anträge und Beschlüsse, die aus ihrer Arbeit hervorgehen, finden Sie unter [-> www.aekb.de/kammer/ehrenamt/delegiertenversammlung](http://www.aekb.de/kammer/ehrenamt/delegiertenversammlung). /



# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen November/Dezember 2024\*

\* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in „Berliner Ärzt:innen“ publiziert.

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Allgemeine Chirurgie</b>	Lisa Reinhard	19.12.2024
	Susanne-Elisabeth Stein	12.11.2024
<b>FÄ/FA Allgemeinmedizin</b>	Tabea Elstermann von Elster	04.12.2024
	Dr. med. Astrid Heimann	04.12.2024
	Susanne Kleemann	04.12.2024
	Dr. med. Maximilian Kreuzer	13.11.2024
	Dr. med. David Nagy	26.11.2024
	Dr. med. Gillian Pfeiffer	13.11.2024
	Romy Porath	26.11.2024
	Dr. med. Timo Schultheiß	27.11.2024
	Jennifer Thiel-Rammelt	12.11.2024
	Julia Urgelles Montoya	12.11.2024
	Dr. med. Ira Wendt	12.11.2024
	Richard Westphale	13.11.2024
	Björn Zeese	12.11.2024
	Julia Zelinski	27.11.2024
<b>FÄ/FA Anästhesiologie</b>	Dott. Mag. Denis Beltrami	17.12.2024
	M.D. Pauline Malaika Bothner	14.11.2024
	Annina Judith Felder	09.12.2024
	Dr. med. Markus Großmann	17.12.2024
	Dr. med. Julia Jurkutat	09.12.2024
	Dr. Marianna Makowska	12.11.2024
	Alessandro Pettinicchio	09.12.2024
	Claudia Samuel	14.11.2024
	Nina Schilling	14.11.2024
	Daniel Schneider	12.11.2024
	Dr. med. Benjamin Lutz Schrenner	17.12.2024

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Anästhesiologie</b>	Docteur en medecine/ Univ Tunis Iheb Souli	12.11.2024
	Dr. med. Nastasja Tschaikowsky	09.12.2024
<b>FÄ/FA Anatomie</b>	Dr. med. Linda Rocha	19.11.2024
<b>FÄ/FA Arbeitsmedizin</b>	Tina Heselhaus	16.12.2024
	Susanne Seelecke	16.12.2024
	Dr. med. Corinna Vetter-Lais	06.11.2024
	Dr. med. Azubuike Gift Worlu	16.12.2024
<b>FÄ/FA Augenheilkunde</b>	Dr. med. Helena Blum	09.11.2024
	Dr. med. univ. Anna Bülow	04.12.2024
	Dr. med. Melika Mirdamadi	04.12.2024
	Ersal Türker	09.11.2024
<b>FÄ/FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	Moa Appelt	27.11.2024
	Doctor medic Karola Biro	11.12.2024
	Dr. med. Eva-Margarete Spur	11.12.2024
<b>FÄ/FA Gefäßchirurgie</b>	Franciska Halverscheid Woldbæk	27.11.2024
	Dr. med. Adam Jan Penkalla	06.11.2024
<b>FÄ/FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	Thomas Mester	21.11.2024
	Robert Schleier	21.11.2024
	Mohammed Sheikhaheed	12.12.2024
<b>FÄ/FA Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	Karoline Kulke	27.11.2024
	Dr. med. Fatih Topal	27.11.2024
	Dr. med. Felix Zeder	27.11.2024
<b>FÄ/FA Herzchirurgie</b>	Dr. med. Kira Kuschnerus	06.11.2024
	Dr. med. Matteo Montagner	06.11.2024
<b>FÄ/FA Humangenetik</b>	Dr. med. Felix Boschann	25.11.2024
<b>FÄ/FA Innere Medizin</b>	Korallia Afxentiou	13.11.2024
	Adnan Alsaadi	18.12.2024
	Yunus Aydogdu	13.11.2024
	Dr. med. Johannes Berger	11.12.2024
	Linh Do	25.11.2024
	Corinna Egbers	05.12.2024
	Dr. med. Simon Fraumann	18.12.2024
	Dr. med. univ. Kilian Greim-Kuczewski	05.12.2024
	Dr. med. Adinda Harle	11.12.2024
	Dr. med. Benedikt Hübner	11.12.2024
	Jenny Klimpel	18.12.2024
	Tina Kretschmar	07.11.2024



WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Innere Medizin</b>	Prof. Dr. med. Rasmus Leistner	18.12.2024
	Dr. med. Marcella Mathew	13.11.2024
	Dr. med. Bruno Mühlhölzer	20.11.2024
	Nazli Naghiyeva	18.12.2024
	Dr. med. Moritz Peiseler	18.12.2024
	Dr. med. Elena Rohleder	11.12.2024
	Tamara Sofia Seiler	05.12.2024
	Dr. med. Dominik Soll	13.11.2024
	Christiane Spenke	13.11.2024
	Dr. med. Julian Taubert	13.11.2024
	Dr. med. Nikos Konstantin Ulrich	07.11.2024
	Dr. med. Christian Wildberg	20.11.2024
	<b>FÄ/FA Innere Medizin und Gastro- enterologie</b>	Georgios Dimitriadis
Dr. med. Laura Kuhl-Zanasi		07.11.2024
Dr. med. Thomas Mansmann		18.12.2024
Mohamed Mohsen		07.11.2024
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b>	Dr. med. Julia Charlotte Jesse	18.12.2024
	Nicolas Stephan Ziegenhagen	18.12.2024
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Infektiologie</b>	Dr. med. Linda Jürgens	26.11.2024
	Dr. med. Peter Radünzel	26.11.2024
	Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thomas Schneider	26.11.2024
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie</b>	Katharina Blume	28.11.2024
	Dr. med. Ann-Sophie Eggers	28.11.2024
	Doctor medic Iulia-Sabina Hudrea	28.11.2024
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Pneumologie</b>	Ferdows Adel	25.11.2024
	Dr. med. Felicitas Bieneck	13.11.2024
	Dr. med. Miriam Kuse	25.11.2024
<b>FÄ/FA Kinder- und Jugendchirurgie</b>	Dr. med. Lea Pruschy	10.12.2024
<b>FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin</b>	Dr. med. Jeanine Anand	06.11.2024
	Laura Förster	06.11.2024
	Doctor medic Andreea-Stefania Gheorghiu	06.11.2024
	Dr. med. Laura Glasmeyer	20.11.2024
	Dr. med. Michael Launspach	18.12.2024
	Dr. med. Carolina Najera Chavez	20.11.2024
	Maria Jimena Principiano	20.11.2024

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin</b>	Dr. med. Valentin Stegner	18.12.2024
	Sarah Székessy	18.12.2024
<b>FÄ/FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie</b>	Dr. med. Naina Levitan	19.11.2024
	Zoi Symeonidou	19.11.2024
	Violeta Vasovic Simic	19.11.2024
	Hanna Weckler-Stylianopoulos	19.11.2024
<b>FÄ/FA Kinderchirurgie</b>	Dr. med. univ. Tobias Krause	10.12.2024
<b>FÄ/FA Laboratoriums- medizin</b>	Bonny Klose	11.11.2024
<b>FÄ/FA Neurochirurgie</b>	Michalis Angeli	28.11.2024
	Dr. med. Carolin Laukamp	28.11.2024
<b>FÄ/FA Neurologie</b>	Priv.-Doz. Dr. med. Felix Kleefeld	11.11.2024
	Dr. med. Theresia Yasemin Knoche	26.11.2024
	Dr. med. Kristin Sophie Lange	26.11.2024
	Dr. med. Sarah Müller	11.11.2024
	Dr. med. Moritz Niederschweiberer	11.11.2024
	Dr. med. Friederike Schumann	05.12.2024
	Dr. med. Mandy Stanske	05.12.2024
	Dr. med. Marianna Theochari	26.11.2024
	Dr. med. Max Kentenich	09.12.2024
	Doctor-medic Maria-Alexandra Sucitu	09.12.2024
<b>FÄ/FA Öffentliches Gesundheitswesen</b>	Marie Forchert	05.11.2024
<b>FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie</b>	Dr. med. Lukas Müller	05.11.2024
	Faisal Al Muhtaresh	10.12.2024
	Yasser Alshomrani	17.12.2024
	Maha Ali Rashed Mohamed Alyammahi	02.12.2024
	Corvin Fiedler	02.12.2024
	Dr. med. Anne Flies	12.11.2024
	Dr. med. Tonio Gottlieb	03.12.2024
	Dr. med. Alma Melcop	17.12.2024
	Sarah Nishimoto	03.12.2024
	Janna Schwab	12.11.2024
Dr med./Univerzitet Nis Milos Stojanovic	12.11.2024	
Stephanie Zischke	12.11.2024	

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Pathologie</b>	MUDr. Jack Michael Eaton	05.11.2024
	Hatice Toy	05.11.2024
	Siarhei Tsikunou	05.11.2024
<b>FÄ/FA Plastische und Ästhetische Chirurgie</b>	Dr. med. Friederike Herzog	12.11.2024
	Dr. med. Martin Stierholz	12.11.2024
<b>FÄ/FA Psychiatrie und Psychotherapie</b>	Hanna Ababneh	25.11.2024
	Dr. med. Till Amelung	25.11.2024
	Andrius Gruodis	04.11.2024
	Marie-Luise Luhdo	04.11.2024
	Dr. med. Thomas Riemer	25.11.2024
	<b>FÄ/FA Radiologie</b>	Dr. med. univ. Michael Elmer
	Dr. med. Clarissa Hosse	09.12.2024
	Johannes Kolck	09.12.2024
	Dr. med. Sophie Nowotny	19.11.2024
	Nils Schnurbusch	19.11.2024
	Richard Wiener	11.12.2024

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Strahlentherapie</b>	Dr. med. Shanthala Sreenivasa	16.12.2024
	Dr. med. Julian Weingärtner	16.12.2024
	Dr. med. Dipl.-Inform. Karsten Ehrig	25.11.2024
<b>FÄ/FA Transfusionsmedizin</b>	Ahmad Alhazmi	10.12.2024
<b>FÄ/FA Viszeralchirurgie</b>	Christina Kretschmer	20.11.2024
	Tip Dr./Univ. Istanbul Cem Özkarsli	12.11.2024
	Tom Scheffer	20.11.2024
	Dr. med. Sarah Schrödter	19.12.2024
	Dr. med. Gina von Einem	20.11.2024
	Tim Wagner	10.12.2024
	Dr. med. Kerrin Zwerger	12.11.2024

Wir danken allen Prüferinnen und Prüfern, die es möglich gemacht haben und machen, diese Prüfungen durchzuführen!

## Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung

Nähere Informationen zu Zeit und Ort erhalten Sie unter: [www.aekb.de/weiterbildungsveranstaltungen](http://www.aekb.de/weiterbildungsveranstaltungen)

Termin	Thema	Anmeldung
12.02.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Chirurgie</b>	📧 weiterbildungsseminare@aekb.de
26.02.2025	<b>Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte</b> (Einstieg)	📧 befugtenseminare@aekb.de
28.02.–01.03.2025	<b>Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte</b> Basis kompakt (Stationär)	📧 befugtenseminare@aekb.de
10.03.2025	<b>Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung</b>	📧 s.streller@aekb.de
14.–15.03.2025	<b>Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte</b> Basis kompakt (Ambulant aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung / nicht Allgemeinmedizin)	📧 befugtenseminare@aekb.de
26.03.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Innere Medizin</b>	📧 weiterbildungsseminare@aekb.de
09.04.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Pathologie/Neuropathologie/Rechtsmedizin/Humangenetik</b>	📧 weiterbildungsseminare@aekb.de
09.04.2025	<b>Train the Trainer: Prüfer:innen</b>	📧 befugtenseminare@aekb.de
07.05.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, KLINAM</b>	📧 weiterbildungsseminare@aekb.de
14.05.2025	<b>Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte</b> (Einstieg)	📧 befugtenseminare@aekb.de
02.06.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>P-Fächer + Neurologie</b>	📧 weiterbildungsseminare@aekb.de
23.06.2025	<b>Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung</b>	📧 s.streller@aekb.de

# Veranstaltungshinweise

Die Ärztekammer Berlin informiert über wichtige Themen und bietet regelmäßig Veranstaltungen zum Berufsbild sowie zur Ausbildung bzw. Umschulung und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten an. Unter [www.aekb.de/mfa](http://www.aekb.de/mfa) finden Sie ausführliche Beschreibungen zu allen Veranstaltungen und haben die Möglichkeit, sich anzumelden. Weiterführende Informationen erhalten Sie zudem unter ☎ 030 408 06 - 26 36.

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Uhrzeit
13.02.2025	Fortbildung <b>Telefonieren – professionell und zielgerichtet</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
19.02.2025	Informationsveranstaltung <b>Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsdurchführung</b>	Online	18:00–21:00 Uhr
05.03.2025	Fortbildung <b>Sucht – Prävention und Früherkennung</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–11:40 Uhr
13.03.2025	Fortbildung <b>Am Empfang – Professionell und souverän die Praxis vertreten</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
19.03.2025	Informationsveranstaltung <b>Ausbilden leicht gemacht – Prüfungswesen</b>	Ärztekammer Berlin	18:00–21:00 Uhr
09.04.2025	Fortbildung <b>Wundversorgung</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
14.05.2025	Informationsveranstaltung <b>Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsvoraussetzungen</b>	Online	18:00–21:00 Uhr
17.06.2025	Fortbildung <b>Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in (Refresher) Notfallmanagement</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
ab 27.08.2025	Fortbildung <b>Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr (bis zu 220 Std.)

## Fortbildung: Am Empfang – Professionell und souverän die Praxis vertreten

**Termin:** Do., 13.03.2025

Der Empfang einer Praxis ist die erste Anlaufadresse für die Patient:innen, hier laufen die Fäden zusammen. Die Tätigkeit dort prägt den (ersten) Eindruck der Praxis und leistet einen entscheidenden Beitrag zum Gelingen des Praxisalltags. Die Fortbildung vermittelt fachübergreifend die erforderlichen Grundlagen der Kommunikation und Organisation, um freundlich, situationsgerecht und souverän den Praxisempfang zu managen.

### Aus dem Inhalt:

- Ausstrahlung und Persönlichkeit: Basics der Kommunikation
- Interaktion mit Patient:innen: Der freundliche Empfang und das „gute Benehmen“, Patientenschlange und volles Wartezimmer, Diskretion und Vertraulichkeit
- Arbeitsplatz Empfang: Professionalität und Struktur, Multitasking – Machbares und Grenzen

## Informationsreihe „Ausbilden leicht gemacht“

Unsere kostenfreien Informationsveranstaltungen „Ausbilden leicht gemacht“ richten sich an erstmals Auszubildende und erfahrenere Auszubildende. Wir möchten Sie darin unterstützen, ein Auszubildendenverhältnis „Medizinische:r Fachangestellte:r“ erfolgreich aufzunehmen, anzuleiten und abzuschließen. Die Veranstaltungen können unabhängig voneinander besucht werden. Neben inhaltlichen Schwerpunkten besteht Raum für individuelle Fragen und den gemeinsamen Austausch von Erfahrungen und Praxistipps.

Thema: Prüfungswesen – der erfolgreiche Abschluss

**Termin:** Mi., 19.03.2025

### Aus dem Inhalt:

- Prüfungsordnung
- Zwischenprüfung
- (schriftlich & praktisch-mündlich) Abschlussprüfung
- Prüfungsformate
- Prüfungszulassung
- Prüfungsablauf
- Prüfungsinhalte
- Abschlussprüfung (nicht) bestanden: Wie geht es weiter?

# Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung

Die Ärztekammer bietet interessierten Ärztinnen und Ärzten ein umfangreiches Fortbildungsprogramm an. Neben regelmäßig ein- oder zweimal jährlich stattfindenden Formaten gehören dazu regelmäßig auch neue Veranstaltungskonzepte, die sich aus Anregungen des Vorstandes oder aus Beschlüssen der Ausschüsse der Ärztekammer Berlin ergeben.



Unter → [www.aekb.de/fortbildungs-veranstaltungen](http://www.aekb.de/fortbildungs-veranstaltungen) finden Sie alle Informationen sowie Ansprechpersonen zu den einzelnen Veranstaltungen.



Unter → [anmeldung-fb.aekb.de](http://anmeldung-fb.aekb.de) können Sie sich direkt für eine Veranstaltung anmelden.

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Teilnahmeentgelt	Punkte
fortlaufend	<b>STEMI Einfach erkennen</b>	Lernplattform der Ärztekammer Berlin	30 €	2
22.02.2025 26.02.2025	<b>S.I.G.N.A.L. Basis-Fortbildung „Wenn Partnerschaft verletzend wird ...“</b>	Ärztekammer Berlin	entgeltfrei	beantragt
24.–25.02.2025	<b>Kombinierter Grund- und Kenntniskurs Strahlenschutz für Ärzt:innen</b>	Ärztekammer Berlin	350 €	28
26.02.2025	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik für Ärzt:innen</b>	Ärztekammer Berlin	290 €	20
01.03.2025	<b>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz für Ärzt:innen</b>	Ärztekammer Berlin	165 €	9
13.–14.03.2025 (Teil 1) 15.03.2025 (Teil 2) 26.–27.03.2025 (Teil 3) 28.–29.03.2025 (Teil 4)	<b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b>	Ärztekammer Berlin	jeweils 375 € (Teil 1, 3, 4) 200 € (Teil 2)	beantragt
21.–22.03.2025 23.–24.05.2025 18.–19.07.2025 14.–15.11.2025 28.–29.11.2025	<b>Theoriekurs Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin</b>	Ärztekammer Berlin	jeweils 45 €	beantragt
07.–10.04.2025 (Modul 1–4)	<b>Verkehrsmedizinische Begutachtung</b>	Ärztekammer Berlin	600 €	29
11.04.2025 (Modul 5)	<b>Verkehrsmedizinische Begutachtung</b>	Ärztekammer Berlin	120 €	5
14.05.–11.06.2025 (E-Learning) 12.–13.06.2025	<b>Peer Review Schulung Hämotherapie</b>	Ärztekammer Berlin	entgeltfrei	beantragt
14.05.–11.06.2025 (E-Learning) 12.–13.06.2025	<b>Peer Review Schulung Intensivmedizin</b>	Ärztekammer Berlin	170 €	beantragt
19.–20.05.2025 (Modul 1–2) 16.06.2025 (Modul 3)	<b>Ärztinnen in Führung – den eigenen Führungsstil finden und Stärken nutzen</b>	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannensee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	700 €	29
19.–21.05.2025 (Modul 2, E-Learning ab 21.04.2025) 22.05.2025 (Modul 3)	<b>Transplantationsbeauftragter Arzt / Transplantationsbeauftragte Ärztin</b>	Ärztekammer Berlin	400 €	26 (Modul 2) 8 (Modul 3)
09.–21.05.2025	<b>Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge</b>	Ärztekammer Berlin	650 €	31

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall Transport sedierter Patient:innen nach diagnostischen Untersuchungen

## Eine Pflegekraft berichtet von einem Ereignis aus der Kinder- und Jugendmedizin in einem Krankenhaus (Fall-Nr. 269278):

Ein Kind ist nach dem üblichen Vorgehen von zwei Personen des Pflegepersonals ins MRT zu einer Untersuchung unter Sedierung gebracht worden. Plötzlich und ohne vorherigen Anruf kommt das Kind mit dem Transport, jedoch ohne Ärztin bzw. Arzt zurück auf die Station. Der Monitor gibt bei leicht erniedrigter Sauerstoffsättigung beständig Alarm. Vorrichtungen zur Absaugung und zur Gabe von Sauerstoff waren am Bett, jedoch nicht angeschlossen. Trotz Nachfrage bei der Ärztin bzw. dem Arzt und im MRT wusste niemand, wer das Kind ohne Begleitung auf die Station hat bringen lassen.

### Kommentar und Hinweise des Anwenderforums des Netzwerks CIRS-Berlin

Die Mitglieder des Anwenderforums überlegen, welche Faktoren in diesem Fall eine Rolle gespielt haben könnten und stellen folgende Fragen:

- Gab es eine Verfahrensanweisung (SOP) für den Transport sedierter Patientinnen und Patienten bzw. zu entsprechenden Schnittstellen?
- Aus dem Bericht ist zu entnehmen, dass keine Übergabe stattgefunden hat. Gibt es dazu Anweisungen, die nicht beachtet wurden?
- Warum wurden die am Bett vorhandenen Geräte nicht angeschlossen?
- Waren stressige oder unübersichtliche Situationen begünstigend?

Im Anwenderforum wird der generelle Umgang mit sedierten Patientinnen und Patienten diskutiert. Es besteht Einigkeit, dass diese auf eine Überwachungsstation oder in einen Aufwachraum gehören. Dies ist auch für sedierte Patientinnen und Patienten außerhalb des OPs sicherzustellen. Ist dafür ein Transport notwendig, sollte dieser von entsprechend qualifiziertem Personal vorgenommen werden.

Ein Transport zur Station ist erst nach Abklingen der Sedierung möglich. Zwingend notwendig ist dabei eine Übergabe der Patientin oder des Patienten. Hier ist eine lückenlose Übergabe Hand in Hand sicherzustellen.

Wenn entsprechende Geräte, etwa Sauerstoff, vorgehalten werden, sollten diese auch angeschlossen werden, damit sie bei Bedarf sofort einsetzbar sind.

### Ungeachtet dessen gibt das Anwenderforum folgende generelle Empfehlungen:

- Zum Ablauf des Transports von Patientinnen und Patienten zu diagnostischen Untersuchungen sollten klare Festlegungen (SOP) getroffen werden, insbesondere auch zu den beteiligten Personen(-gruppen) und den Schnittstellen.
- Dazu gehören auch Festlegungen zur Übergabe: Welche Informationen sollen von wem an wen weitergegeben werden?
- Der abholenden Einheit sollte durch frühzeitige Information genügend Zeit gegeben werden, Patientinnen und Patienten abzuholen.
- Diese Festlegungen sollten in regelmäßigen Schulungen kurz aufgefrischt oder geübt werden – spätestens dann, wenn beobachtet wird, dass die Festlegungen nicht durchgehend Beachtung finden.
- Wenn noch nicht vorhanden, sollten Überwachungsmöglichkeiten für sedierte Patientinnen und Patienten geschaffen werden.



Diesen Fall können Sie auch unter [→ www.cirs-berlin.de/fall-des-monats/aktueller-fall](http://www.cirs-berlin.de/fall-des-monats/aktueller-fall) nachlesen. /

### Kontakt

Klaus Krigar

© k.krigar@aekb.de

Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung, Ärztekammer Berlin

Das Netzwerk CIRS-Berlin ([→ www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 32 Berliner und 6 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer daran, die Sicherheit ihrer Patient:innen 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 Ärzt:innen“ veröffentlicht.

# Exakte Diagnosen für lebensrettende Therapien

Unter Zuhilfenahme moderner Verfahren, digitaler Bildgebung und Künstlicher Intelligenz (KI) können viele Krankheiten auch heute nur durch die mikroskopische Untersuchung von Gewebe abschließend diagnostiziert werden. Die Pathologie ist damit Lotsin für die Therapie.

Fotos: Sebastian Wells, OSTKREUZ/Ärztammer Berlin

Pathologinnen und Pathologen sind diagnostische Dienstleister und wichtige Ansprechpersonen für alle medizinischen Fachbereiche. Zur detaillierten Untersuchung von Biopaten und Resektaten arbeiten sie mit Mikroskopen, immunhistologischen und molekularpathologischen Verfahren unter Einsatz modernster technischer Geräte. Anhand der so gewonnenen Ergebnisse stellen die Fachärztinnen und Fachärzte exakte Diagnosen und helfen bei der Festlegung der geeigneten, manchmal lebensrettenden, Therapie für die Patientinnen und Patienten.

Bei Vivantes ist die Pathologie ein eigenes Netzwerk mit acht Standorten, von denen fünf ständig besetzt sind. Insgesamt werden jährlich rund 140.000 Proben von etwa 70.000 Patientinnen und Patienten an 500.000 Schnittpräparaten untersucht. Darüber hinaus werden rund 5.500 Schnellschnittuntersuchungen während laufender Operationen sowie etwa 4.000 molekularpathologische Untersuchungen und 350 Autopsien durchgeführt.





oben

Nach initialer Diagnostik werden gegebenenfalls immunhistologische Reaktionen veranlasst oder auch geeignete Gewebsteile, so zum Beispiel aus Tumoren, für die Extraktion von Nukleinsäuren zur Sequenzierung des Tumor Genoms zur weiteren Verarbeitung in die Molekularpathologie gegeben. Die Ergebnisse werden immer im Zusammenhang mit dem morphologischen Befund beurteilt und bilden eine Grundlage für die Entscheidungen in interdisziplinären Konferenzen, an denen regelmäßig die Pathologie beteiligt ist.

links

Die Pathologie – Krankheitslehre – ist ein kleines, aber wichtiges diagnostisches Querschnittsfach mit vielen Schnittstellen zu fast allen klinischen Fächern. Sie fokussiert auf die Untersuchung von Gewebeproben und zytologischen Präparaten – vor, während und nach einer Therapie, im Zuge von Vorsorgeprogrammen und auch durch Obduktionen als letztem medizinischen Dienst am Menschen.

„Die Pathologie bildet für mich die Brücke zwischen Forschung und klinischer Praxis, in der die molekulare Diagnostik zum Einsatz kommt. Gewebe, die in der Pathologie untersucht werden, geben entscheidende Hinweise über den gesamten menschlichen Organismus und für die weitere Therapie der Patientinnen und Patienten.“

---

Prof. Dr. med. Hermann Herbst, FRCPath  
Direktor Fachbereich Pathologie, Vivantes



**oben**

Die weitere Verarbeitung der Proben, die früher ausschließlich manuell erfolgte, findet heute mehr und mehr automatisiert statt. Dennoch bleibt die Arbeit am Mikrotom als „Kunsthandwerk“ eine Domäne des medizinisch-technischen Laborpersonals.

**unten**

Der Fachbereich Pathologie erhält Gewebeproben und Operationspräparate, die durch Formalinfixierung haltbar gemacht wurden. Aus größeren Präparaten werden geeignete kleine Proben in Kapseln eingebettet, entwässert und über Alkoholreihen in Paraffin überführt.

**rechts**

Histologische Befunde werden gemeinsam von der Ärztin in Weiterbildung und dem Facharzt am Diskussionsmikroskop erarbeitet.



„Neben der Histologie der Lebenden ist auch die Obduktion Verstorbener von entscheidender Bedeutung. Nicht nur, um die Todesursache zu ermitteln, sondern auch um die Wissenschaft weiterzubringen und den Nachkommen Anhaltspunkte für die eigene Gesundheit zu geben. So erlaubt uns die Tumorzellengenom-Sequenzierung, Krebserkrankungen besser zu verstehen und behandlungsrelevante genetische Veränderungen zu finden. So lernen wir aus den Erkrankungen der Verstorbenen für die Lebenden.“

---

Prof. Dr. med. Hermann Herbst, FRCPath



Sie wollen mehr sehen?

Die vollständige Fotoreportage finden Sie im Online-Magazin unter [-> https://magazin.aekb.de](https://magazin.aekb.de).



# 3 Fragen an:



**Prof. Dr. med. Ludwig Wilkens**  
 Facharzt für Pathologie  
 Foto: Klinikum Region Hannover

**Prof. Dr. med. Ludwig Wilkens ist Facharzt für Pathologie, Chefarzt und Leiter des Instituts für Pathologie am Klinikum Region Hannover sowie Leiter der Diagnostik am Institut für Pathologie der Universitätsmedizin Magdeburg. Seit November 2024 ist er Präsident des Berufsverbandes Deutscher Pathologinnen und Pathologen e. V. (BDP). Im Interview berichtet Wilkens über die Herausforderungen seines Fachgebietes.**

## ① Die Vorstellung von den Aufgaben der Pathologie ist geprägt durch Film und Fernsehen: Ärzt:innen auf Verbrecherjagd. Mit der Realität hat das wenig zu tun. Was macht das Fach dennoch so spannend?

Ja, so ist leider die Vorstellung. Beim Begriff Pathologie denken die Menschen an dunkle Keller, mysteriöse Verbrechen und grübelnde Pathologinnen und Pathologen, die zusammen mit den Ermittlern Detektivarbeit leisten und Fälle lösen. Dieses Bild hält sich hartnäckig, hat mit unserem Arbeitsalltag aber nichts zu tun. Was nicht bedeutet, dass er nicht genauso spannend ist. Ganz im Gegenteil: Die Pathologie steht im Zentrum der modernen Medizin, mit der pathologischen Diagnostik beginnt oft die „Patient Journey“. Für viele Erkrankungen ist die exakte Diagnose die Basis, auf der die gesamte Behandlung aufbaut. Insbesondere im Bereich der Onkologie ist die differenzierte Diagnostik am Gewebe Voraussetzung für eine am Patienten orientierte Therapie mit dadurch deutlich gesteigerten Chancen auf Heilung. Die Kombination aus mikroskopischer Diagnostik, molekularer Analyse und den Daten unserer klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen hat sich in den vergangenen Jahren rasch weiterentwickelt. Diese Zusammenführung und das Bestreben zu wissen und zu erkennen üben eine Faszination aus, die hinter den spannenden Aspekten anderer Facharztbereiche nicht zurücksteht. Sozusagen Detektivarbeit auf einer anderen Ebene. Die Herausforderungen bei der Anwendung praktischer Tätigkeit und theoretischen Wissens begleitet mich persönlich durch mein ganzes Berufsleben und lässt mich jeden Morgen mit dem Wissen ins Institut gehen, wieder etwas Neues zu lernen. Mir ist zumindest in den vergangenen 35 Jahren nie langweilig gewesen.

## ② Sie und Ihre Kolleg:innen werden oft als „diagnostische Dienstleister“ für alle medizinischen Fachgebiete bezeichnet. Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen in den vergangenen Jahren entwickelt?

Die Beschreibung ‚diagnostische Dienstleister‘ greift zu kurz. Die Pathologie ist eine unverzichtbare Partnerin im Hintergrund, der wesentliche Schritte in der Diagnostik anvertraut sind. Nicht selten werden wir um die Möglichkeit beneidet, in vielen Fällen abgesicherte Diagnosen liefern zu können, die eine solide Basis bilden. Allein das dafür notwendige Wissen schafft Akzeptanz im medizinischen Alltag und nicht selten sind wir beratend tätig. Mit dem zunehmenden Wissen und der Erweiterung des Methodenspektrums hat sich in den vergangenen Jahren die Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen stark intensiviert. In der Onkologie wird das besonders deutlich. Früher haben wir primär mikroskopisch gearbeitet und unsere Diagnosen geliefert. Heute erlauben uns molekularbiologische Verfahren, die Diagnostik umfassend

zu erweitern und therapeutische Optionen aufzuzeigen bzw. Therapien festzulegen. Für die personalisierte Krebstherapie ist dies von hervorgehobener Bedeutung. Diese Entwicklungen haben die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen allen in der Onkologie Tätigen enorm vorangetrieben. In den Tumorboards, die mittlerweile Standard sind, tauschen wir uns eng mit Fachkolleginnen und -kollegen aus, um gemeinsam die bestmögliche Therapie für die Patientinnen und Patienten zu finden. Es ist sehr befriedigend zu sehen, wie sich durch eine solch enge Teamarbeit der medizinische Fortschritt etabliert und wie zentral die Pathologie geworden ist. Die Pathologie ist keine abgeschottete Disziplin, sondern spielt eine Schlüsselrolle in der modernen interdisziplinären Medizin.

### ③ Welche politischen Herausforderungen sehen Sie für die Zukunft der Pathologie in Deutschland, und welche Strategien werden Sie verfolgen, um diesen Herausforderungen zu begegnen?

Die bereits beschriebene Rolle und Relevanz der Pathologie für die moderne Medizin, gerade im Bereich der Onkologie, scheint vielen Entscheidern im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), im Bundestag und bei den Kostenträgern nicht wirklich bewusst zu sein. Diese nicht angemessene Wahrnehmung führt zu einer Fehleinschätzung der Bedeutung der in der Pathologie geleisteten Arbeit und hat damit zu teils drastischen Honorarkürzungen und Abwertungen in der jüngsten Vergangenheit geführt. Dass eine leistungsfähige pathologische Diagnostik in der Fläche wertvoll für die Solidargemeinschaft ist und natürlich einen adäquaten Gegenwert braucht, muss verstanden werden und sich wieder durchsetzen. Dies ist eine der zentralen Herausforderungen, vor denen wir als Berufsverband stehen.

Eine weitere ist – wie in vielen anderen Disziplinen auch – der Fachkräftemangel. Pathologinnen und Pathologen werden dringend gesucht. Das liegt nicht zuletzt daran, dass das Fach in den meisten Ausbildungsmodellen nur noch als „Randfach“ vertreten ist. Es fehlt die Sichtbarkeit während des Studiums. Über die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit brauchen wir gar nicht erst zu reden.

Um die angesprochenen Probleme zu lösen, werden wir den Dialog mit der Politik und der Selbstverwaltung intensivieren. Wir müssen noch deutlicher machen, dass die Pathologie eine tragende Säule der modernen Medizin ist, und dass die moderne Medizin ohne Pathologie nicht machbar ist. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die Pathologie eine adäquate Berücksichtigung in regulatorischen Prozessen und eine auskömmliche Finanzierung benötigt. Investitionen in die pathologische Diagnostik sind letztlich Investitionen in bessere Therapien und damit in eine bessere Patientenversorgung. /



Probenarchiv der Pathologie am Vivantes Klinikum in Neukölln

# Datenschutz für Praxis und Forschung

## Die Aufgabenvielfalt des Klinisch-epidemiologischen Krebsregisters Brandenburg-Berlin (KKRBB)

„Fortschritt begleiten mit Krebsregisterdaten“ – mit diesem Leitgedanken öffnete das Klinisch-epidemiologische Krebsregister Brandenburg-Berlin (KKRBB) am 9. Oktober 2024 virtuell seine Türen und gab im Rahmen der gleichnamigen Qualitätskonferenz einen Einblick in seine Arbeitsbereiche.

Eröffnet wurde die Konferenz durch die Geschäftsführerin Dr. Renate Kirschner-Schwabe. Sie reflektierte die Geschichte der Krebsregistrierung und den Weg des KKRBB zum klinisch-epidemiologischen Krebsregister der Länder Brandenburg und Berlin.

### Einblicke in die Arbeit eines Krebsregisters

Im ersten Vortrag stellte Daniela Schlichting, Leiterin des Bereiches Datenerfassung, die Annahme und Verarbeitung der Tumormeldungen im Krebsregister vor. Die Teilnehmenden erfuhren, auf welchen Wegen die Tumormeldungen derzeit das KKRBB erreichen. Digitale Meldungen über eine Krebsregister-Schnittstelle oder über das Meldeportal des KKRBB seien dabei die bevorzugten und zukunftsweisenden Wege. Meldungen auf Papier wären rückläufig und würden perspektivisch auslaufen. Schlichting sprach zudem über Datenvollständigkeit und Datenqualität und appellierte an die Meldenden, die Informationen fristgerecht innerhalb von acht Wochen und vollständig zu übermitteln. Darüber hinaus erläuterte sie Möglichkeiten, die Meldungen qualitativ zu verbessern, um Rückfragen des Registers zu vermeiden. Fragen zu Meldungen könnten Ärztinnen und Ärzte sowie meldende Einrichtungen jederzeit an die Melderbetreuung des KKRBB stellen: → <https://kkrbb.de/meldende>.

### Krebsregisterdaten als Datenschutz für Praxis und Forschung

Die vielfältigen Möglichkeiten der Nutzung von Krebsregisterdaten veranschaulichten Dr. Andreas Lehmann und Dr. Anne von Rüsten aus dem Bereich Datenauswertung und -nutzung gemeinsam im zweiten Vortrag: Onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte können auf Antrag die im Register gespeicherten Daten zu den von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten abrufen und so einen Überblick über deren gesamten Krankheitsverlauf erhalten. Hier zeigt sich auch die Bedeutung vollständiger Datensätze. Außerdem versendet das KKRBB regelmäßig Berichte an die meldenden Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen über die von ihnen gemeldeten onkologischen Fälle. Die Berichtsformate werden im Austausch mit den Empfänger:innen stetig weiterentwickelt.

Das Krebsregister stellt seine Daten auf Antrag auch für wissenschaftliche Fragestellungen zur Verfügung. Zudem kann die Auswertung von Krebsregisterdaten zu relevanten onkologischen Fragestellungen durch das Register beantragt werden. Die Antragsformulare finden Forschende sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter → <https://kkrbb.de/datenbereitstellung-fuer-forschungsvorhaben> und → <https://kkrbb.de/datenauswertungsanfragen>.

Im abschließenden Vortrag stellte Dr. Maren Pflüger die Arbeitsgebiete des Bereichs Epidemiologie vor. Dieser bereitet die Krebsregisterdaten für die Nutzung durch verschiedene Programme und Institutionen des Gesundheitswesens auf. Die bereitgestellten Daten werden unter anderem zur Beteiligung an der Evaluation von Krebsfrüherkennungsprogrammen genutzt. Pflüger und ihr Team bearbeiten außerdem Anfragen zum Krebsgeschehen in Berlin und Brandenburg und erstellen Berichte, Publikationen und Vorträge zu epidemiologischen Fragestellungen. Ein umfangreicher Teil ihrer Arbeit besteht im direkten Datenabgleich mit Meldebehörden und Gesundheitsämtern zur Aktualisierung der Adressangaben und der Informationen zum Überleben der Patienten und Patientinnen nach einer Krebsdiagnose.

Die Konferenz verdeutlichte den Beitrag, den das Krebsregister mit einer umfangreichen bevölkerungsbezogenen und behandlungsbezogenen Datenbasis für die Qualität der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten leistet. Auf der KKRBB-Website finden Interessierte weitere Informationen, Berichte, Auswertungen und Publikationen: → <https://kkrbb.de/berichte-und-auswertungen> sowie den interaktiven klinischen Bericht, der das Krebsgeschehen in Brandenburg und Berlin darstellt: → <https://kkrbb.de/behandlungsort-brandenburg>. Die Vorträge der Konferenz sind unter → <https://kkrbb.de/qualitaetskonferenzen-vortraege> abrufbar. /

### Ulrike Porstein

Klinisch-epidemiologisches  
Krebsregister Brandenburg-Berlin

# Long COVID – Hürden, Frust und neue Hoffnung für die Versorgung

In diesem Jahr kommen neue EBM-Ziffern, ein Versorgungsprojekt der Charité – Universitätsmedizin Berlin und eine Off-Label-Liste für Long COVID. Doch Betroffene stoßen in Praxen oftmals auf wenig Verständnis.

Sie treffen sich jeden Freitag zum Video-Gespräch auf Zoom. Bianca, Magnus, Daniela, Erik und noch ein paar andere haben sich zusammengefunden, weil sie an extremer Erschöpfung leiden, die sie schubartig überfällt. Sie haben Mühe, sich zu konzentrieren, manchmal lässt sie das Gedächtnis im Stich, einige haben brennende Muskelschmerzen und andere bekommen kaum noch Luft, wenn sie die Treppe zu ihrer Wohnung hinaufsteigen. Sie sind zwischen Mitte 20 und Anfang 60, und vor über zwei Jahren ist eine Erkrankung in ihr Leben getreten, die bis heute wenig verstanden ist und ihr Leben seither bestimmt: das Post-COVID-Syndrom, oft auch Long COVID genannt, in seiner Schwerstform ist es das Chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS).

Die Menschen, die sich Anfang Dezember 2024 in diesen Video-Call einwählen, sind die Teilnehmenden einer Long COVID-Selbsthilfegruppe. Obwohl sie alle in Berlin leben, viele sogar im selben Bezirk, finden ihre Gespräche immer online statt. Denn das Verlassen der Wohnung, und sei es nur für einen kurzen Spaziergang, kann zu einer Belastung werden oder sich „direkt rächen“, wie es eine Betroffene ausdrückt. Die Rede ist von der Post-Exertionellen Malaise, der erheblichen Verstärkung der Beschwerden nach geringer Anstrengung, kurz PEM. Als sie davon berichtet, nicken alle anteilnehmend. Sie wissen, wovon sie spricht.

Erik, der Leiter dieser Selbsthilfegruppe, berichtet, dass sich immer wieder neue Long COVID-Betroffene bei ihm melden. Wenn etwa sechs bis acht Interessierte zusammengekommen sind, eröffnet er eine neue Gruppe. Seit über zwei Jahren geht das schon so und Erik ist nur für einen Bezirk in Berlin zuständig.

**„Long COVID ist eine Art Volkskrankheit geworden“**  
Gesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD) dürfte der große Bedarf an Austausch unter den Betroffenen nicht überraschen. „Long COVID ist eine Art Volkskrankheit geworden“, eröffnete er seine Rede auf dem 3. Long COVID-Kongress Ende November 2024. „Es gibt aktuell keine Erkrankung, die eine ähnlich hohe Inzidenz hat und Betroffene ähnlich stark in ihrem Alltag und Berufsleben einschränkt.“ Die wenigsten Erkrankten haben eine spezialisierte Ambulanz

in ihrer Nähe. Niedergelassene Ärzt:innen, vor allem in hausärztlichen Praxen, sind ihre ersten und wichtigsten Ansprechpersonen. Sie planen gemeinsam mit den Betroffenen die notwendigen diagnostischen Maßnahmen sowie fachärztlichen Vorstellungen und stimmen den Behandlungsplan mit ihnen ab. Doch gerade sie fragen sich: Was ist wirklich wirksam? Welche Studienergebnisse sind erfolgversprechend? Und vor allem: Wie sieht eine gute Versorgung der Long COVID-Patient:innen aus?

„Beim Post-COVID Krankheitsbild haben wir inzwischen klare Evidenzen für Krankheitsmechanismen“, sagt etwa Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen Scheibenbogen, Fachärztin für Hämatologie, Onkologie und Immunologie. Als eine der führenden Expertinnen zu ME/CFS und Long COVID in Deutschland sprach sie ebenfalls auf dem Long COVID-Kongress. Gut belegt sei, dass das Immunsystem nach der Infektion nicht wieder zur Ruhe komme und dass beispielsweise Autoantikörper eine Rolle spielten. „Es ist wichtig zu akzeptieren, dass es sich bei vielen Betroffenen um organische Erkrankungen handelt, die man aber oft noch nicht gut versteht“, lautete Scheibenbogens Rat an ihre ärztlichen Kolleg:innen.

## Neues Modellprojekt mit 100 hausärztlichen Praxen

Im Mai 2025 startet das Charité Fatigue Centrum gemeinsam mit dem Post-COVID-Netzwerk der Charité ein neues Modellprojekt mit dem Namen „PAIS Care“. Ziel ist es, gemeinsam mit rund 100 Berliner Hausärzt:innen ein strukturiertes Versorgungsprogramm für Post-COVID und ME/CFS anzubieten, in dem die Erkrankten von Beginn der Erkrankung an betreut werden. (...)



Den vollständigen Beitrag lesen  
Interessierte im Online-Magazin:  
→ <https://magazin.aekb.de/>

**Dr. med. Olga Herschel**  
Journalistin und Ärztin

# Felix Boenheim: Ein Berliner Arzt in den Wirren des 20. Jahrhunderts

„Wir haben in vier Jahrzehnten nur Nervenkrieg gekannt und es hat außer in einigen wenigen Jahren für uns keine Pause, kein Ausruhen gegeben. Trotzdem sind wir beide nicht dem Fatalismus verfallen, sondern haben immer wieder für unsere Ziele gekämpft.“ So schrieb der Anwalt Ludwig Barbasch an den Arzt und erst kurz zuvor emeritierten Professor der Leipziger Universität, Felix Boenheim. Heute erinnert kaum mehr etwas an ihn. Zu Unrecht, wie ein Blick auf sein wahrhaftes Jahrhundertleben mit Stationen in Berlin, Paris, Jerusalem, New York und Leipzig zeigt.

Boenheim wurde am 17. Januar 1890 in Berlin in eine jüdische Kaufmannsfamilie geboren. Die Familie war aufgrund der besseren Berufschancen nach Berlin gezogen, aber erst nach einigen gescheiterten Versuchen stellte sich wirtschaftlicher Erfolg ein. Sowohl die prekären Anfangsjahre in Berliner Hinterhöfen als auch der Einfluss seines Onkels Hugo Haase – der ab 1912 Fraktionsvorsitzender der SPD im Reichstag war – beeinflussten Boehenims politische Ansichten stark und so wurde er für den Rest seines Lebens Sozialist. Nach dem Medizinstudium in München, Freiburg und Berlin legte er 1914 das Staatsexamen ab. Im selben Jahr promovierte er „Über den Einfluß einiger Chinolinderivate auf die Harnsäure- und Allantoinausscheidung des Hundes“ bei Friedrich Kraus an der Charité. Durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges endete seine Medizinalpraktikantenzeit in Moabit nach wenigen Wochen mit der Notaprobation und er wurde als Militärarzt dienstverpflichtet.

Aufgrund seiner pazifistischen Einstellung geriet er schnell in Konflikt mit den Militärbehörden. Kritik an der Kriegsführung und insbesondere an den Kriegszielen war nicht nur im konservativ akademischen Milieu geächtet, sondern wurde auch vom Staat verfolgt. Das Kaiserreich hatte sich während des Ersten Weltkrieges faktisch in eine Militärdiktatur unter dem Kommando der Obersten Heeresleitung verwandelt. So folgte der Versetzung aus Bensheim in Hessen nach Graudenz in Westpreußen 1915 schließlich die Eröffnung eines Kriegsgerichtsverfahrens wegen verschiedener „defätistischer Äußerungen“ und „Beleidigung“ des Kriegsministers Erich von Falkenhayn. Boenheim wurde als einfacher Soldat zum Heer abkommandiert. Wegen einer schweren Erkrankung während der Grundausbildung wurde er 1916 vom Militär beurlaubt und ging zunächst an die Universitätsklinik Rostock. Da er aufgrund seiner Vorgeschichte keine Aussicht auf eine Habilitation hatte, wechselte er am 1. Oktober 1918 nach Nürnberg. Nach der Abdankung des deutschen Kaisers Wilhelm II. am 9. November 1918 geriet er in

den Strudel der revolutionären Ereignisse am Kriegsende. Boenheim wurde in den Arbeiter- und Soldatenrat Nürnberg gewählt und beteiligte sich am spartakistischen „Putschversuch“. Nach kurzer Inhaftierung war er Kulturbeauftragter der zweiten Münchner Räterepublik. Nach deren gewaltsamem Ende floh er nach Ostpreußen und lebte einige Zeit im Untergrund. Ab August 1919 arbeitete er wieder als Arzt: Zunächst am Katharinenhospital in Stuttgart, bevor er sich 1921 in Berlin als Internist niederließ.

Wissenschaftlich arbeitete Boenheim nun wieder an der Charité und es entstand eine Vielzahl von Arbeiten, die ihn zum bekannten Endokrinologen und Spezialisten für Ernährungsfragen machten. Politisch engagierte er sich in einer Reihe von Organisationen des linken politischen Spektrums, etwa im Verein sozialistischer Ärzte. Er war mit vielen linken Intellektuellen und Politikern der Weimarer Republik befreundet und gewährte dem Kommunisten Ernst Thälmann einige Tage Unterschlupf in seiner Wohnung. 1929 wurde Boenheim zum Chefarzt der Inneren Medizin am Berliner Hufeland-Hospital berufen. Hier widmete er sich vor allem sozialmedizinischen Aspekten. So führte er als beratender Arzt der Internationalen Arbeiterhilfe Reihenuntersuchungen von Kindern in Arbeiterbezirken durch. In diesen Untersuchungen stellte er ein erschreckendes Maß von Unterernährung fest, die er in Zusammenhang mit der Sozialpolitik während der Weltwirtschaftskrise brachte. Im Streit um die Ausrichtung des Hartmannbundes, der damals sehr konservativ war und sich teilweise schon der späteren nationalsozialistischen Gesundheitspolitik annäherte, wurde er 1931 aus diesem ausgeschlossen und verlor damit seine Kassenzulassung.

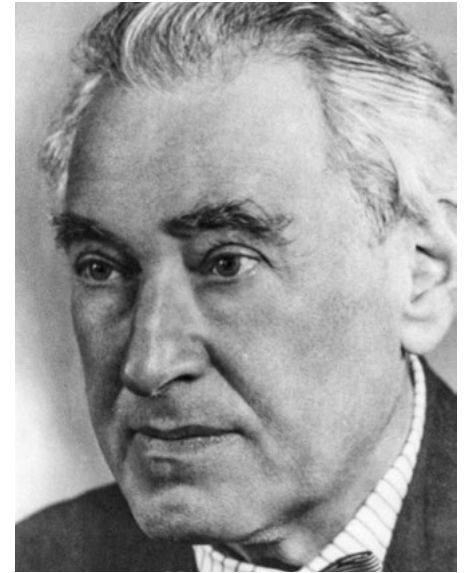
Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten änderte sich Boehenims Leben radikal. Er wurde als Jude, als Sozialist und auch als unabhängiger Intellektueller verfolgt. Schon am 28. Februar 1933, noch in der Nacht des Reichstagsbrandes,

wurde er wie viele seiner Mitstreiter aus dem linken politischen Spektrum verhaftet. Durch die Fürsprache eines befreundeten ungarischen Arztes, der sich bei Hermann Görings Freundin Emmy Sonnemann für Boenheim einsetzte, kam er unter der Maßgabe, Deutschland zu verlassen, am 28. Juli frei. Während seiner Haft war ihm bereits Ende März die Leitung seiner Klinik entzogen worden. Seine Familie hatte Deutschland im Mai Richtung Paris verlassen. Boenheim folgte ihr im September 1933.

Ein beruflicher Neuanfang gelang ihm aufgrund der restriktiven Bestimmungen in Frankreich nicht, denn ohne Zulassung blieben ihm nur illegale Praxisvertretungen. So zog er im Herbst 1934 nach Palästina und unzufrieden mit den dortigen Lebensbedingungen siedelte er im Dezember 1935 nach New York über. Dort eröffnete er eine Praxis und nahm zum Überleben zeitweise Tätigkeiten in Krankenhäusern an. Zudem engagierte er sich politisch in der von Richtungs- und Grabenkämpfen durchzogenen antifaschistischen Exilgemeinde. Dies führte nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges auch dazu, dass er in das Fadenkreuz der Kommunistenjagd unter Senator Joseph McCarthy geriet. War er für das Naziregime „undeutsch“, so wurde er nun „unamerikanischer“ Umtriebe verdächtigt. Im Jahr 1948 erhielt er zwei Rufe aus der damaligen sowjetischen Besatzungszone, zum einen als Leiter der Endokrinologie an die Charité, zum anderen als Professor für Innere Medizin und Leiter der Poliklinik an die Universität Leipzig. Und obwohl er bereits 1941 die amerikanische Staatsbürgerschaft erhalten hatte, entschied sich Boenheim für Leipzig.

Dort wurde er am 1. April 1949 Professor für Innere Medizin und übernahm auch kommissarisch die Leitung des Karl-Sudhoff-Instituts für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. In Leipzig konnte Boenheim unter großem Einsatz die Poliklinik für Innere Medizin erneut aufbauen und zu einer hoch angesehenen Institution formen. Doch der real existierende Sozialismus ernüchterte den unorthodoxen Sozialisten Boenheim. Er kämpfte mit Material- und Raumangel, kleinlichen Bürokraten und wurde als „Westexilant“ von der SED skeptisch beäugt. Auch sein bürgerlicher Lebensstil, den er in der DDR mit Maßanzug und Fliege beibehielt, wurde kritisch betrachtet. Zudem passte sein sozialistisches Ideal der Räte Demokratie so gar nicht zur praktizierten Parteidiktatur.

Unmittelbar nach seinem 65. Geburtstag wurde er als Professor für Innere Medizin emeritiert und quasi als Entschädigung zum Direktor des Karl-Sudhoff-Instituts ernannt. Dieses hatte sich von den Verwüstungen des Krieges noch nicht erholt. Das seinerzeit erste Institut für Geschichte der Medizin mit weltweitem Ruf hatte nicht einmal mehr einen funktionierenden Telefonanschluss. Doch auch hier bewies



Felix Boenheim als Professor in Leipzig  
Quelle: Universitätsarchiv Leipzig

der bereits schwer herzkrank Boenheim noch einmal sein Organisationstalent und begann mit dem Wiederaufbau des Instituts. Wissenschaftlich richtete er es nach dem von Marx postulierten dialektischen Materialismus aus. Er suchte in der Medizingeschichte nach fortschrittlichen Ärztinnen und Ärzten und Ideen, denn diese waren für ihn trotz der erlebten Ausgrenzung durch die Mehrheit unabdingbare Voraussetzung zur fachlichen Weiterentwicklung. Eine seiner Hauptbeschäftigungen war die Auseinandersetzung mit Virchow, dessen politischen Werdegang vom liberalen Demokraten und Sozialreformer zum Teil des wilhelminischen Establishments Boenheim genau untersuchte.

Am 1. Februar 1959 ließ er sich emeritieren. Den gewünschten Umzug in seine Heimatstadt Berlin gewährte ihm die DDR-Bürokratie nicht mehr, dennoch schien sich gegen Ende seines Lebens das Verhältnis zum SED-Staat zu entspannen. Er erhielt eine Reihe von Auszeichnungen und auch sein 70. Geburtstag wurde von offizieller Seite gewürdigt. Kurz danach, in der Nacht zum 1. Februar 1960, starb Felix Boenheim in Leipzig. /



**Dr. med. Johannes Gossner**  
Facharzt für Radiologie  
Foto: privat

# „Arbeit darf nicht krank machen“



Was beschäftigt Berliner Ärztinnen und Ärzte in ihrem Alltag, beruflich und persönlich? Berliner Ärzt:innen hat bei Dr. med. Marianne Engelhardt-Schagen nachgefragt, die ihr Berufsleben und auch ihren Ruhestand der Arbeitsmedizin gewidmet hat.

Dr. med. Marianne Engelhardt-Schagen ist eine umtriebige Frau, die sich gerne kümmert: um den großen Garten ihres alten Hauses im Brandenburger Oderbruch. Um ihre Kinder und um die Enkel. Oder eben als Medizinerin um Menschen und ihre Gesundheit. Schon mit zwölf Jahren stand für sie fest, dass sie Ärztin werden wollte – inspiriert vom Hausarzt der Familie in ihrer Heimat Schaumburg-Lippe bei Hannover. Zielstrebig machte die junge Marianne als erste in der Familie das Abitur und ging 1972 zum Medizinstudium nach Berlin. Zum Entsetzen ihrer Eltern, für die Berlin „Sodom und Gomorrha“ bedeutete. „Ich aber wollte Abenteuer“, berichtet die heute 71-Jährige.

Vom Dorf in die Großstadt – anfangs ein Kulturschock. Doch sie lebte sich schnell ein, war bald in politischen Gruppen aktiv und wurde zur Studentenvertreterin gewählt. „Das Stipendium bei der Hans-Böckler-Stiftung des Deutschen Gewerkschaftsbundes, das ich wegen meines gesellschaftlichen Engagements bekommen habe, hat sicher etwas damit zu tun, dass ich Arbeitsmedizinerin geworden bin. Als Stipendiatin durfte ich an Seminaren teilnehmen, die je zur Hälfte aus Stipendiat:innen, zur Hälfte aus Berufstätigen bestanden. Dort lernte ich die gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen in der Industrie der 1970er-Jahre kennen“,

erinnert sie sich. Nach ihrem Medizinstudium begann sie als Internistin in der Klinik und als drei Jahre später die Facharztausbildung für Arbeitsmedizin eingeführt wurde, war sie eine der ersten. Eine Entscheidung, die sie nie bereut hat: „In der Arbeitsmedizin liegt der Fokus auf Prävention“, erklärt Engelhardt-Schagen, diese sei so wichtig, denn „Arbeit darf nicht krank machen“.

Ihre erste Stelle als Fachärztin für Arbeitsmedizin hatte sie als Betriebsärztin bei einem Berliner Energieversorger mit 14.000 Beschäftigten. Doch die Bürokratie und der drastische Personalabbau nach dem Mauerfall gefielen Engelhardt-Schagen nicht. „Vieles drehte sich nur noch um Profit und Wachstum. Diese Ideologie hatte in den 1990-er Jahren Konjunktur, als sich Unternehmensberatungen in den Betrieben die Klinke in die Hand gaben. Die Folge waren ein massiver Personalabbau und eine totale Überlastung der Menschen, auch in den Kliniken“, erinnert sich die Arbeitsmedizinerin. Sie bildete sich in Supervision, Coaching, systemischer Organisationsentwicklung und Mediation weiter und beriet in Teilzeit Unternehmen.

So kam sie in Kontakt mit der Universität der Künste Berlin (UDK Berlin), wo sie später als Betriebsärztin anfang und in den folgenden 14 Jahren rund 1.000 Mitarbeitende und 4.000 Studierende betreute. Vom Umgang mit Gefahrstoffen wie Steinstaub bei den Bildhauer:innen oder Lösungsmitteln in der Malerei über Erste Hilfe bei Unfällen sowie Rücken- und Gelenkschmerzen bei Musikerinnen und Musikern durch einseitige Körperhaltung bis hin zu psychischen Belastungen der Studierenden durch Lampenfieber, Prüfungsangst, Depressionen, Drogen oder Psychosen prägten unterschiedlichste Probleme ihren Arbeitsalltag. Auch Konflikte unter den Mitarbeitenden oder Meinungsverschiedenheiten wegen finanzieller Engpässe, weil die Gelder vom Senat wieder einmal gekürzt wurden, erforderten ihre Expertise. „Mein Job

## Porträt-Reihe „Mein Thema“

### Was beschäftigt Sie?

In dieser monatlichen Reihe fragen wir Berliner Ärzt:innen, was sie bewegt oder antreibt. Sie haben ein Thema oder kennen jemanden, der hier vorgestellt werden sollte? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an [redaktion@aekb.de](mailto:redaktion@aekb.de).



war es beispielsweise, die verschiedenen Positionen an einen Tisch zu bekommen und gemeinsam zu schauen, was gut läuft, welche Schwachstellen und vor allem welche Lösungsideen es gibt. So ein Vorgehen bezieht die Menschen ein und sorgt für ein gutes Betriebsklima.“

Im Jahr 2023 ging Engelhardt-Schagen in den Ruhestand. Heute genießt sie ihre Freizeit, geht ins Theater oder besucht Konzerte und Museen. Doch so ganz ohne Arbeitsmedizin kann sie nicht, und so betreut sie ehrenamtlich die Mitarbeitenden des Ankunftsentrums für ukrainische Geflüchtete am Flughafen Tegel. Engelhardt-Schagen ist und bleibt umtriebig. Für ihr „Engagement für die Verbesserung von Arbeitsbedingungen im Bereich des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin, insbesondere der psychischen Gesundheit“ wurde ihr im vergangenen Herbst auf Vorschlag des Bundesministers für Arbeit und Soziales der Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Es gibt noch viel zu tun, und weil die Aufgaben in der Arbeitsmedizin so vielfältig und sinnstiftend sind, arbeitet Dr. med. Marianne Engelhardt-Schagen einfach weiter. /



**Kerstin Güntzel**  
Freie Journalistin  
Foto: privat



Weitere Berichte aus unserer neuen Reihe „Mein Thema“ finden Sie im Online-Magazin unter → <https://magazin.aekb.de>.

Berliner Ärzt:innen — Mitgliederzeitschrift der Ärztekammer Berlin,  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

#### Herausgeberin

Ärztekammer Berlin  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
✉ [redaktion@aekb.de](mailto:redaktion@aekb.de)  
→ <https://magazin.aekb.de>

**Redaktion** Michaela Thiele (v.i.S.d.P.), Lisa Gudowski, Xóchil Guillén-Sautter, Iris Hilgemeier, Niels Löchel, Oliver Wilke (Satz)  
**Redaktionsbeirat** Dr. med. Marina Heise, Dr. med. Regine Held, Dr. med. Susanne von der Heydt, Dr. med. Irmgard Landgraf, Dr. med. Katharina Partow, Karin Schick, Dr. med. Katharina Yahyazadeh, Dr. med. Roland Urban, Julian Veelken, Dr. med. Thomas Werner

#### Anschrift der Redaktion

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
☎ 030 408 06 - 36 36

**Titelfoto** Sebastian Wells, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

#### Designkonzept

Panatom

#### Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH  
Geschäftsführung: C. W. Haase  
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin  
☎ 030 761 80 - 5  
→ [www.quintessence-publishing.com](http://www.quintessence-publishing.com)

#### Anzeigen- und Aboverwaltung:

Melanie Bölsdorff  
Paul-Grüner-Str. 62, 04107 Leipzig  
☎ 0341 71 00 39 - 93  
☎ 0341 71 00 39 - 99  
✉ [boelsdorff@quintessenz.de](mailto:boelsdorff@quintessenz.de) (Anzeigen)  
✉ [leipzig@quintessenz.de](mailto:leipzig@quintessenz.de) (Zentrale)

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2025, gültig ab 01.01.2025.

**Druck** Aumüller Druck GmbH & Co. KG  
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Berliner Ärzt:innen wird auf 100 % Recyclingpapier gedruckt, ist FSC®-zertifiziert sowie ausgezeichnet mit dem Blauen Engel und EU Ecolabel.

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeberin der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch der Berliner Ärzt:innen-schaft und ihrer nahestehenden 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.

Alle Berliner Ärzt:innen erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren:

Melanie Bölsdorff  
☎ 0341 71 00 39 - 93 ☎ [boelsdorff@quintessenz.de](mailto:boelsdorff@quintessenz.de)

ISSN: 0939-5784  
© Quintessenz Verlags-GmbH, 2025