

Berliner Ärzt:innen

MITGLIEDERZEITSCHRIFT
ÄRZTEKAMMER BERLIN
AUSGABE 6 / 2025

So arbeitet
die Berliner
Ärzteversorgung

Reanimation
Leben retten beginnt
mit dem ersten Handgriff

Ä



Dr. med. Matthias Bloechle
ist Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin sowie Vizepräsident
der Ärztekammer Berlin.
Foto: privat

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der größte Anteil der Kammerbeiträge wird von selbstständig tätigen Kolleginnen und Kollegen erbracht. Da die Kammerbeiträge derzeit etwa 5,7 Promille des zu versteuernden Einkommens betragen, wirken sich sinkende Überschüsse und Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit direkt auf das Beitragsaufkommen und den Haushalt unserer Kammer aus. Somit können wir sehr gut ablesen, wie sich die Honorare der in der ambulanten Versorgung Tätigen entwickeln. Diese werden von den steigenden Kosten aufgeessen.

Wir müssen und wollen unsere Medizinischen Fachangestellten gut und angemessen bezahlen – die Gehälter sind zum 1. März 2024 im Durchschnitt um 7,45 und ab dem 1. Januar 2025 um weitere 3,85 Prozent gestiegen. Zudem hatten wir in den vergangenen Jahren Preissteigerungsraten durch unsere Lieferanten für Praxismaterialien in Höhe von 20 bis 25 Prozent zu verkraften. Viele Praxismietverträge enthalten eine Indexklausel. Mit der offiziell festgestellten Inflation wurden die Mieten für die Praxisräume entsprechend erhöht. Der Aufwand für Dokumentationspflichten, Befragungen und gebührenpflichtige Begehungen durch das LAGeSo, das Eichamt, die Gesundheitsämter etc. steigt unaufhörlich. Der Orientierungswert – und damit die Preise für alle kassenärztlichen und kassenpsychotherapeutischen Leistungen – ist zum 1. Januar 2024 um 3,85 und für 2025 um weitere 4,41 Prozent angehoben worden.

Die Folgen dieser überdurchschnittlichen Preissteigerungen und unzureichenden Honorarsteigerung sind ein sinkender Überschuss und ein geringeres Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit. Als Konsequenz sinkt das Beitragsaufkommen für die Ärztekammer Berlin. Während für die Haus- und Kinderärzte die Abschaffung von Honorarbudgets seitens der Politik verfügt wurde, wurde dies für die Fachärzteschaft verweigert.

Was sind die direkten Folgen dieser Situation? Junge Kolleginnen und Kollegen zeigen immer weniger Bereitschaft, die wirtschaftliche Verantwortung für eine freiberufliche Berufsausübung in eigener Praxis zu übernehmen. Sie scheuen das Risiko und suchen stattdessen eine Anstellung in Klinik oder Praxis. So zerstören wir unsere gegenwärtigen Versorgungsstrukturen und führen gleichzeitig paradoxerweise Klage über die Entstehung von MVZ-Ketten in Investorenhand. Ich prophezeie: Dieser Trend wird zunehmen! Unsere Patientenversorgung wird eine erhebliche Umwälzung erfahren.

Es kommen beträchtliche Veränderungen auf die Ärzteschaft in Deutschland zu. Sind wir dafür gewappnet?

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Inhalt

EDITORIAL

Begrüßung durch Matthias Bloechle	3
-----------------------------------	---

KURZ NOTIERT

Aktuelles / Nachrichten	6
-------------------------	---

AUS DER KAMMER

Medizinische Fachangestellte Veranstaltungshinweise	20
--	----

Ärztliche Fortbildung Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung	21
---	----

Ärztliche Weiterbildung Bestandene Facharztprüfungen September und Oktober 2025	22
---	----

Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung	24
--	----

Wir engagieren uns für Sie Die Arbeit der Ombudsfrau	25
---	----

POLITIK & PRAXIS

„Ich möchte mir die Neugierde auf Neues erhalten“ <i>Interview mit Malte Zorn</i>	26
--	----

Leben retten: Wenn das Herz stillsteht, zählt jede Sekunde! <i>Fotoreportage von Heinrich Holtgreve</i> <i>Interview von Deborah Volk</i>	27
--	----

POLITIK & PRAXIS

Digital Health „Made in Germany“ Fünf Jahre DiGA – wie digital ist die Medizin inzwischen wirklich? <i>Von Mario Urbanek</i>	30
---	----

CIRS Berlin Aufwachversuch und Kommunikation	34
---	----

KULTUR & GESCHICHTE

Der Weg zum Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe <i>Von Tankred Stöbe</i>	34
---	----

Das Rezept <i>Eine Glosse von Frau Dr. Titel</i>	36
---	----

Mein Thema Selbstwirksamkeit stärken und Verantwortung übernehmen <i>Von Silke Jäger</i>	37
---	----

Impressum	38
-----------	----

IM FOKUS

So arbeitet die Berliner Ärzteversorgung

12

In „Berliner Ärzt:innen“ wird regelmäßig über die Treffen der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung berichtet. Die Artikel tragen meist Überschriften wie „Sehr, sehr zufriedenstellend“, „Stabile Werte trotz Krisen“ oder „Hervorragendes Kapitalanlagejahr trotz schwieriger Umstände“. Doch was steckt dahinter und wie entstehen die guten Ergebnisse?

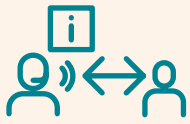
Von Michaela Thiele

Titelbild

Leben retten beginnt mit dem ersten Handgriff: Anlässlich des diesjährigen „World Restart a Heart Day“ zeigt Jasmina Gnaedig, Auszubildende zur Notfallsanitäterin bei der Berliner Feuerwehr, Passant:innen am Halleschen Tor, worauf es ankommt. OSTKREUZ-Fotograf Heinrich Holtgreve war ebenfalls vor Ort.

Foto: Heinrich Holtgreve,
OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

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

Alexianer

St. Gertrauden-Krankenhaus

Prof. Dr. med. Ingo Todt leitet seit dem 1. November 2025 die Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Alexianer St. Gertrauden-Krankenhaus. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Oliver Kaschke**, der die HNO-Klinik viele Jahre lang geführt hat und im April dieses Jahres in den Ruhestand gegangen ist. Todt hat an der Medizinischen Hochschule Hannover studiert und war anschließend 17 Jahre lang am BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin tätig. Danach wechselte er an die Universitätsklinik Bielefeld, wo er zuletzt die kommissarische Leitung der HNO-Klinik der Medizinischen Fakultät Ostwestfalen-Lippe innehatte.

BG Klinikum

Unfallkrankenhaus Berlin (ukb)

Prof. Dr. med. Leila Harhaus-Wähner hat zum 1. Oktober 2025 zusätzlich die Leitung des Brandverletzenzentrums mit Plastischer Chirurgie (BVZ) des ukb übernommen. Damit wurden zwei Kliniken des ukb, die viele fachliche Schnittmengen aufweisen, unter einer Leitung zusammengeführt. Harhaus-Wähner ist bereits seit dem 1. Oktober 2024 Direktorin der Klinik für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie im ukb.

Deutsches Herzzentrum der Charité

Prof. Dr. med. Ingo Hilgendorf hat zum 1. Oktober 2025 die Leitung der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin am Campus Virchow-Klinikum (CVK) des Deutschen Herzzentrums der Charité (DHZC) übernommen. Gleichzeitig wurde er auf eine W3 Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin berufen. Hilgendorf studierte Humanmedizin

an der Universität Tübingen und an der Brown Medical School in Providence (USA). Seine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie absolvierte er am Universitätsklinikum Freiburg, wo er ab 2016 als Oberarzt am Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen tätig war, ab Oktober 2018 als Stellvertreter des Ärztlichen Direktors und seit April 2022 standortübergreifend für Freiburg und Bad Krozingen. Prägend für seinen wissenschaftlichen Werdegang war zudem ein mehrjähriger Forschungsaufenthalt am Massachusetts General Hospital der Harvard Medical School in Boston. Hilgendorf habilitierte sich im Jahr 2017 mit einer Arbeit zum „Einfluss von Entzündungszellen auf Atherosklerose und ihre Komplikationen“. Im August 2022 wurde er zum W3-Heisenberg-Professor für Immunkardiologie an der Universität Freiburg berufen.

Klinik für Radiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zum 1. Oktober 2025 hat **Prof. Dr. med. Jens Vogel-Claussen** die Professur für Radiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Bernd Hamm**, der in den Ruhestand gegangen ist. Vogel-Claussen studierte Humanmedizin an den Universitäten Bonn und Tübingen. Im Jahr 2001 promovierte er und war anschließend von 2002 bis 2009 als Assistenz- und Facharzt, Fellow und Assistant Professor im Radiologie-Department der Johns Hopkins University in den USA tätig. 2009 erhielt er die deutsche Facharztanerkennung für Radiologie. Zwei Jahre später habilitierte sich Vogel-Claussen in Tübingen über neue Erkenntnisse und die klinische Anwendung der kardiovaskulären

Perfusions- und Funktionsbildgebung mittels Magnetresonanztomographie. Im März 2011 wechselte er als Leiter des Funktionsbereichs Kardio-Pulmonale Radiologie, als Leitender Oberarzt und als stellvertretender Institutsdirektor an das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Ab Oktober 2015 war er dort außerplanmäßiger Professor.

Vivantes Klinikum Am Urban

Dr. med. Jan Eick leitet seit dem 1. Oktober 2025 die Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie und Infektiologie im Vivantes Klinikum Am Urban. Zuvor war er dort bereits geschäftsführender Oberarzt. Er tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Hans Scherübl** an, der in den Ruhestand gewechselt ist. Eick absolvierte sein Medizinstudium an der Medizinischen Universität zu Lübeck und an der Freien Universität Berlin. Seine ersten praktischen Erfahrungen sammelte er ab 2002 als Arzt im Praktikum und Assistenzarzt in der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie am Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg. 2007 wechselte er ans Vivantes Klinikum Am Urban. In der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie und Infektiologie schloss er dort seine Facharztausbildung Innere Medizin ab und erlangte 2015 die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie. Seit 2013 war Eick als Oberarzt tätig, seit 2015 als geschäftsführender Oberarzt. /

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

Berliner Gesundheitspreis

Starke Schule, starke Seele

Mehr als die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht im Kindes- und Jugendalter. Schulen sind daher ein geeigneter Ort, um die mentale Gesundheit junger Menschen frühzeitig zu stärken, Stigmatisierung entgegenzuwirken und eine offene Kommunikation über psychische Erkrankungen zu fördern. Unter dem Motto „Starke Schule, starke Seele“ haben die Ärztekammer Berlin und der AOK-Bundesverband mit dem Berliner Gesundheitspreis in diesem Jahr daher Projekte ausgezeichnet, die sich der Stärkung der psychischen Gesundheit im schulischen Setting widmen.

Den Bericht zur Veranstaltung finden Sie unter

→ <https://magazin.aekb.de/aktuelles/berliner-gesundheitspreis-starke-schule-starke-seele>. /



Anzeige

Digital

Kennen Sie unsere Online-Kanäle?



Foto: Dawin Meckel, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

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

Dort finden Sie regelmäßig aktuelle Meldungen und Artikel:

- Zwischen Bootshaus und Arbeitszimmer – Dr. Clemens Ernsting: Mit dem Ruderboot an die Weltspitze
- Zwischen Paragrafen und Patient:innen – Erwerbsminderungsrente II
- Ärzt:innen und Elternschaft
- Ärzt:innen der ersten Generation: Anne-Marie Durand-Wever

Menschen ohne Krankenversicherung

Unterstützung für Arztpraxis in Berlin-Wilmersdorf gesucht

Die Malteser in Berlin suchen dringend ehrenamtliche Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte für ihre Arztpraxis, die Menschen ohne Krankenversicherung medizinisch versorgt. Der Bedarf an Behandlungen wächst kontinuierlich.

In der Praxis in Berlin-Wilmersdorf werden Erwachsene, Kinder, Schwangere und ältere Menschen behandelt, die keinen Zugang zur regulären medizinischen Versorgung haben. Die Patientinnen und Patienten kommen aus mehr als hundert Ländern, aber auch aus Deutschland. Viele von ihnen leben in schwierigen sozialen Verhältnissen und wissen nicht, an wen sie sich wenden können.

Die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM) ist ein von der Berliner Senatsverwaltung für

Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sowie dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf gefördertes Projekt. Die Praxis finanziert sich zudem zur Hälfte aus Spenden. Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte sowie medizinische Helferinnen und Helfer arbeiten dort ehrenamtlich.

Gesucht werden insbesondere Ärztinnen und Ärzte aus den Bereichen Pädiatrie, Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Zahnmedizin, außerdem Pflegepersonal oder Fachkräfte mit medizinischem Hintergrund, die an ein bis zwei Vormittagen im Monat ehrenamtlich die Sprechstunden unterstützen.

Weitere Informationen zum Engagement finden Sie unter [→ www.malteser-berlin.de/mmm](http://www.malteser-berlin.de/mmm). /

Buchempfehlung

„Bevor es so weit ist“



Foto: Sibylle Fendt

Ein tief bewegendes Werk, das den Tod nicht verdrängt, sondern als unvermeidbaren Teil des Lebens zeigt. Mit „Bevor es so weit ist“¹ hat die renommierte Dokumentarfotografin Sibylle Fendt eine ergreifende Bildserie über Menschen veröffentlicht, die ihre letzte Lebensphase im Kreis von Familie und Freund:innen zu Hause verbringen. In einer Gesellschaft,

in der das Sterben oft ein Tabu-

thema ist, schafft die Künstlerin mit ihrer Arbeit einen Raum für Offenheit, Nähe und Mitgefühl. Ihre Fotografien, begleitet von den Worten der Porträtierten, eröffnen intime Einblicke in die letzten Augenblicke eines Lebens, in denen Schmerz, Zärtlichkeit und Liebe untrennbar miteinander verwoben sind.

Fendts sensible Bildsprache vermeidet jede Form der Beschönigung und ermöglicht dennoch einen liebevollen, respektvollen Blick auf die verbleibende Zeit. Im Bildband wird spürbar, dass auch in den letzten Tagen und Stunden ein besonderer Wert liegt – in Momenten, in denen alle Gefühle ihren Platz haben dürfen. Im Angesicht des Abschieds wird

das Zuhause für die Porträtierten zu einem Ort der Geborgenheit und zu einem Anker inmitten des Loslassens.

Auch die Gestaltung des Buches spiegelt die Intimität und Emotionalität des Themas wider: Verkürzte Seiten und ein rhythmischer Wechsel aus Bild und Text erzeugen eine filmische Abfolge, die die Betrachtenden näher an das Geschehen heranführt. Die letzten Seiten des Buches widmet Fendt ihrem ganz persönlichen Verlust – dem Tod ihres Ehemanns. In ihren eindringlichen Worten wird deutlich, wie eng ihre künstlerische Arbeit mit der eigenen Erfahrung des Abschieds verbunden ist. /



Sibylle Fendt

Bis es so weit ist

Kehrer Verlag, Heidelberg, 2025

Leineneinband

140 Seiten, 77 Farabbildungen

ISBN: 978-3-96900-209-42025

48 Euro

1 Siehe auch: „Zu Hause leben, zu Hause sterben“, erschienen in „Berliner Ärzt:innen“ 3/2025, Seite 28/29.

Lesermeinung

Guten Tag,

nach 32 Jahren ärztlicher Tätigkeit hinter und nur noch wenigen Jahren vor mir, geht mein Blick öfter zurück als nach vorn. Und dieser Blick zurück ist ein Blick im Zorn.

Zorn, weil wir zwar nach wie vor eines der weltweit teuersten, aber bei weitem nicht eines der besten Gesundheitssysteme haben. Zorn, weil wir von Politikern und Betriebswirten gezwungen werden, unser Handeln nach ökonomischen Gesichtspunkten auszurichten, so als ließe sich Gesundheit ökonomisieren. Zorn, weil der Wasserkopf einer Klinik, also der Anteil der nicht am Patienten Tätigen im Verhältnis zu denen, die am Patienten arbeiten, immer größer geworden ist, ohne dass Erstere auch nur einen einzigen Cent an Einnahmen generieren. Zorn, weil wir es zugelassen haben, dass Aktiengesellschaften Kliniken betreiben und sich private Firmen in den ambulanten Sektor einkaufen dürfen, um hier eine Medizin zu fördern, die nicht an medizinischen und ethischen, sondern an ökonomischen Prinzipien ausgerichtet ist. Zorn, weil wir dabei sind, das wichtigste Gut unserer Arbeit, die Menschlichkeit, aus den Augen zu verlieren.

Ich werde an diesen Entwicklungen nichts mehr ändern, appelliere aber an die jungen Ärztinnen und Ärzte, ein radikal anderes, ein radikal menschliches Gesundheitssystem zu wagen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Mark Pilz /

Es besteht kein Recht auf den Abdruck von Leserzuschriften. Die Redaktion behält sich vor, überlange Sachdarstellungen zu kürzen.

Hinweis

Deutsches Ärzteblatt startet digital ins neue Jahr

Die **erste Ausgabe** des Deutschen Ärzteblattes im Januar 2026 wird nicht als Print-Ausgabe, sondern ausschließlich digital erscheinen. Sofern Sie die digitale Ausgabe 01/2026 lesen möchten, registrieren Sie sich bitte auf der Webseite des Deutschen Ärzteblattes → www.aerzteblatt.de oder melden Sie sich mit Ihrem bestehenden Account an. Sie können die Ausgabe dann kostenfrei abonnieren. Weitere Informationen finden Sie auf der angegebenen Website. /

Spendenaufruf

Wenn Ärztinnen und Ärzte Hilfe benötigen

Unerwartete Schicksalsschläge und biografische Brüche können jede und jeden treffen, auch Angehörige von Arztfamilien. In solchen Situationen stehen Betroffenen spezielle Hilfswerke wie die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ des Hartmannbundes zur Seite. Sie unterstützt in Not geratene Kolleginnen und Kollegen und bietet:

- Hilfe für Arztkinder
- Hilfe zur Wiedereingliederung
- Hilfe in akuten Notsituationen



Schon kleine Zuwendungen unterstützen die Arbeit der Stiftung. Wer helfen möchte, findet über den QR-Code alle Informationen zu den Spendemöglichkeiten. /

Anzeige

Reaktion / Lesermeinung

Zur Einführung der ePA – unzutreffende Diagnosen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Ausgabe 4/2025 der „Berliner Ärzt:innen“ berichtet Kollege Reiß auf Seite 6 in seinem Leserbrief von Untersuchungen, die bei ihm selbst im Krankenhaus nicht durchgeführt wurden, aber ausführlich im Entlassungsbrief geschildert wurden. Es waren offenbar erfundene Schilderungen, Textbausteine.

Mittlerweile wurde die elektronische Patientenakte flächendeckend für gesetzlich Versicherte in Betrieb genommen und Patienten können per App Einblick in diese nehmen. Immer mehr Patientinnen berichten seitdem von falschen oder übertriebenen Diagnosen.

Siehe dazu auch „Elektronische Patientenakten können falsche oder übertriebene Diagnosen enthalten“, erschienen am 20. November 2025 im Deutschen Ärzteblatt online
→ www.aerzteblatt.de.

In meiner Familie geschah Folgendes: Der Vater eines einjährigen Kindes ging mit diesem zum Kinderarzt, weil ein befreundeter Osteopath die (unzutreffende) Verdachtsdiagnose eines Sichelfußes bei dem Kind stellte. Der Vater bekam eine Überweisung für das Kind zum Kinderorthopäden, der keinen pathologischen Befund feststellen konnte.

Jetzt, fünf Jahre später, sollte für den Jungen eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen werden, die später dann zur Berufsunfähigkeitsversicherung würde. Das geht bei einigen Versicherern ab dem Tag der Einschulung und gilt als gute Idee, weil normalerweise noch keine bedeutende Krankheit vorliegt. Der Vater forderte bei der Krankenkasse alle Behandlungsdaten an. Dort fand sich die Diagnose des Kinderarztes: „Angeborener Sichelfuß Q66.2“. Das wurde in der EDV der Praxis gespeichert und an die KV und von dieser weiter an die Krankenkasse übermittelt und wird auch dort lange gespeichert. Freundlicherweise stellte der Kinderarzt nun ein Attest aus und bescheinigte dem Jungen, nie an einer solchen Deformität gelitten zu haben.

Bei mir selbst wurde ein kleines Basaliom am Oberschenkel vom Chirurgen problemlos entfernt. Die kleine Wunde wurde einfach zugenäht. Abgerechnet wurde auch eine Verschiebeplastik (GOÄ 2573), obwohl nicht durchgeführt.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Dieter Wettig /

Epidemiologie der Tuberkulose

Aufmerksamkeit: Wichtig für frühe Erkennung und erfolgreiche Versorgung

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat seinen Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für das Jahr 2024 veröffentlicht. Dieser fokussiert sich auf die epidemiologischen Indikatoren und Entwicklungen, die für die Prävention der Tuberkulose und die Versorgung von an Tuberkulose erkrankten, beziehungsweise gefährdeten Menschen von besonderer Bedeutung sind.

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 4.391 Tuberkulosefälle registriert. Die Gesamtinzidenz betrug 5,2 pro 100.000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr – 4.494 Fälle und eine Gesamtinzidenz von 5,3 – ist dies ein leichter Rückgang. Um die Tuberkulose-Eliminationsziele zu erreichen, müsste dieser Rückgang jedoch deutlich stärker ausfallen.

Neben der aktuellen epidemiologischen Situation enthält der Bericht Kapitel zu Fallfindung, Organbeteiligung, Labor Diagnostik, Resistenz-Situation und Tuberkulose in ausgewählten Gruppen. Der Bericht analysiert auch die Erfolge durch die integrierte genomische Surveillance. Diese systematische Erhebung von Genomsequenzdaten und die Verknüpfung mit den epidemiologischen Informationen aus den Meldedaten ermöglicht die Detektion von molekularen Clustern, sie geben Hinweise auf Infektionsketten, Tuberkuloseausbrüche und aktive Übertragungsgeschehen. Insgesamt konnten 35 Prozent (701 von 2.005) der am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Mykobakterien sequenzierten Isolate 367 molekularen Clustern zugeordnet werden, darunter solchen, die sich über mehrere Jahre erstreckten. Etwa zwei Drittel dieser Cluster – 247 Cluster – bestanden aus weniger als vier Fällen.

Bei klassischen Symptomen wie länger bestehendem Husten, Nachtschweiß, Fieber und Gewichtsverlust sollte immer auch an Tuberkulose gedacht werden. Aufmerksamkeit bei Betroffenen und insbesondere bei allen im Gesundheitswesen Tätigen ist daher für eine frühe Erkennung und erfolgreiche Versorgung der Tuberkulose wichtig. Trotz oder gerade wegen der Seltenheit der Tuberkulose sollte auch bei Kindern an diese Infektionskrankheit gedacht werden. Die Gesundheitsämter tragen entscheidend dazu bei, dass Erkrankte früh diagnostiziert, leitliniengerecht behandelt und infektionsgefährdete Personen im engen Patienten-umfeld untersucht und bei Bedarf vorbeugend behandelt werden.

Den vollständigen Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose gibt es unter → www.rki.de/tuberkulosebericht. /

Buchempfehlung

Tipps für Hypertonie-Patient:innen

Dass sie „irgendwas gegen den Blutdruck“ einnehmen, wissen die meisten Hypertonie-Patient:innen. Wie die Mittel wirken und zu welcher Gruppe der Blutdrucksenker ihre Tabletten gehören, überlassen sie aber gern ihrer Ärztin oder ihrem Arzt. In seinem neuen Buch „Die Altersformel. Wie uns eine gute Durchblutung gesund erhält“ erläutert der Hypertonie-Experte Martin Middeke beides auf verständliche Weise.

Der Internist, der 2020 zudem eine Hypertonie-App entwickelt hat, kann gut erklären, wie Herz und Kreislauf „funktionieren“, was dieses Funktionieren stört und wie man durch einen gesunden Lebensstil dagegenhalten kann. Auch wenn es für Mediziner:innen und gesundheitsbewusste Zeitgenoss:innen anderer Berufsgruppen nicht gerade bahnbrechend neu ist, dass man sich „mediterran“ ernähren, nicht rauchen, nur wenig Alkohol trinken und sich in seinem Alltag viel bewegen sollte: Hier wird in komprimierter Form erläutert, wie diese Faktoren jeweils zu einem gesunden Lebensstil beitragen.

Besonders interessant sind dabei die Übungsangebote zum Thema Stress. Middeke, der bereits vor 40 Jahren gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen an der Uniklinik in München zur Wirkung von Atemfeedback auf den erhöhten Blutdruck forschte, lädt die Lesenden dazu ein, im Laufe des Tages immer mal wieder darauf zu achten, wie sie eigentlich atmen. Und wie Stress ihre Atmung beeinflusst. Seine Tipps zur Senkung der Atemfrequenz sind alltagstauglich: „Trainieren Sie Ihre Tiefenatmung: Langsam durch die Nase einatmen, kurz innehalten, und langsam durch den Mund mit einem hauchenden Geräusch und geschürzten Lippen wieder ausatmen.“

Wer zu Hause beim Selbstermessen erhöhte Blutdruckwerte feststellt, sollte laut dem Autor zunächst eine Atemübung durchführen und dann nach ein paar Minuten erneut messen. Er versichert, dass Tiefenatmung – die entsprechende Motivation und andere Hilfen vorausgesetzt – auch dabei unterstützen kann, sich das Rauchen abzugewöhnen. Das dürfte auch einige Ärztinnen und Ärzte interessieren. /

Dr. Adelheid Müller-Lissner



Martin Middeke
Die Altersformel
Westend Verlag, Neu-Isenburg, 2025
Kartonierte
192 Seiten
ISBN: 9783987913129
20 Euro

Austausch

Zwei Kammern, ein Ziel



Ende September haben sich Kammerpräsident PD Dr. med. Peter Bobbert und Vizepräsident Dr. med. Matthias Blöchle mit Dr. Ina Lucas, der Präsidentin, und Joachim Stolle, dem Vizepräsidenten der Apotheker-

kammer Berlin, zu einem Austausch in den Räumen der Ärztekammer Berlin getroffen.

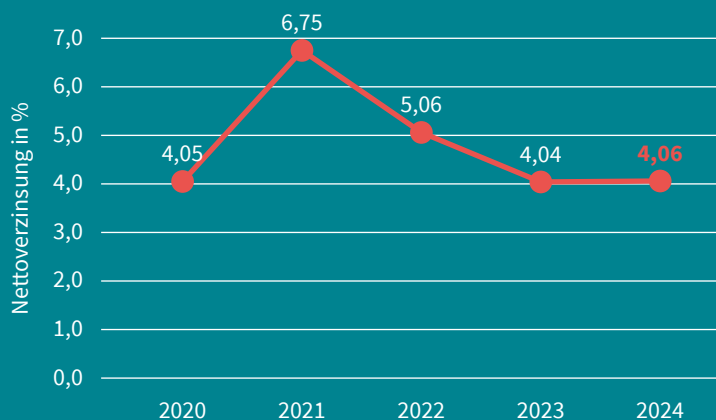
Im Fokus des Gesprächs standen aktuelle Themen sowie perspektivische Herausforderungen für Apotheker:innen und Ärzt:innen in Berlin. Beide Kammern verfolgen das gemeinsame Ziel eines zukunftsfesten Gesundheitswesens und der bestmöglichen Gesundheitsversorgung für die Berliner Bevölkerung. /

Anzeige

So arbeitet die Berliner Ärzteversorgung

Zweimal pro Jahr kommen die Mitglieder der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung zusammen. Anschließend wird in „Berliner Ärzt:innen“ darüber berichtet. Die Artikel tragen Überschriften wie „Sehr, sehr zufriedenstellend“, „Stabile Werte trotz Krisen“ oder „Hervorragendes Kapitalanlagejahr trotz schwieriger Umstände“. Doch was steckt dahinter und wie entstehen die guten Ergebnisse?

Text: Michaela Thiele



Nettoverzinsung 2024 erneut über Rechnungszins

Im Berichtsjahr stiegen die Erträge aus den Kapitalanlagen der Berliner Ärzteversorgung auf 489,4 Millionen Euro. Damit lagen sie über den rechnerisch benötigten Zinsen. Nach Abzug aller Kosten, Steuern und Abgaben betrug die Verzinsung 4,06 Prozent und lag somit erneut über dem Rechnungszins.

Die zweite und damit letzte Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) im Jahr 2025 hat im September stattgefunden. Auf der Tagesordnung standen wie immer in der zweiten Sitzung der Rückblick auf das entsprechende Geschäftsjahr – diesmal also der Jahresabschluss 2024 – sowie die Prüfung des Jahresberichts und des Lageberichts.

Darauf folgten die „Feststellung des Jahresabschlusses der Berliner Ärzteversorgung zum 31. Dezember 2024“, die „Entlastung des Verwaltungs- und des Aufsichtsausschusses der Berliner Ärzteversorgung“ sowie die Beschlussfassung über die „Verwendung von Überschüssen auf Vorschlag des Verwaltungs- und des Aufsichtsausschusses“.

Wäre dies der übliche Bericht zur Sitzung, würde er vielleicht die Überschrift „Bilanzielle Reserven werden gestärkt“ tragen und die wichtigsten Ergebnisse des Jahresabschlusses 2024 in gewohnter Lesart so zusammenfassen:

- Die Beitragseinnahmen des Versorgungswerks sind im Vergleich zum Vorjahr um 2,8 Prozent gestiegen.
- Die Zahl der Versorgungsempfänger:innen ist um 5 Prozent gestiegen.
- In den nächsten zehn Jahren stehen 25,7 Prozent der Mitglieder vor der Entscheidung in die reguläre Altersrente zu gehen.
- Die Überleitungsstatistik zeigt einen positiven Wandlungssaldo. Die BÄV konnte 407 Zugänge verzeichnen, während 393 Mitglieder zu anderen Versorgungswerken gewechselt sind.
- Der Verwaltungskostensatz ist zwar leicht auf 0,87 Prozent gestiegen, bewegt sich aber weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau.
- Der Kapitalanlagebestand steigt auf über 12 Milliarden Euro.
- Das Portfolio ist weiterhin hoch diversifiziert.
- Die Nettoverzinsung liegt mit 4,06 Prozent weiterhin über dem Rechnungszins.
- Die Zinsschwankungsreserve wurde auf 14,5 Prozent der Deckungsrückstellung erhöht.

Die ein oder andere Zahl würde etwas ausführlicher erläutert werden und der Bericht mit dem Hinweis enden, dass die Beschlussfassungen zur Feststellung des Jahresabschlusses 2024 sowie zur Entlastung des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses der BÄV für das Jahr 2024 einstimmig angenommen wurden.

Allerdings sorgten in den vergangenen Monaten wiederholt Presseberichte über Fehlinvestitionen einzelner Versorgungswerke der Bundesrepublik und die damit verbundenen möglichen Leistungskürzungen ihrer Versicherten für Unruhe und so manches Mitglied fragt sich: „Wie kommen die in den Berichten genannten Zahlen eigentlich zustande?“

Versorgungswerk der Ärztekammer Berlin

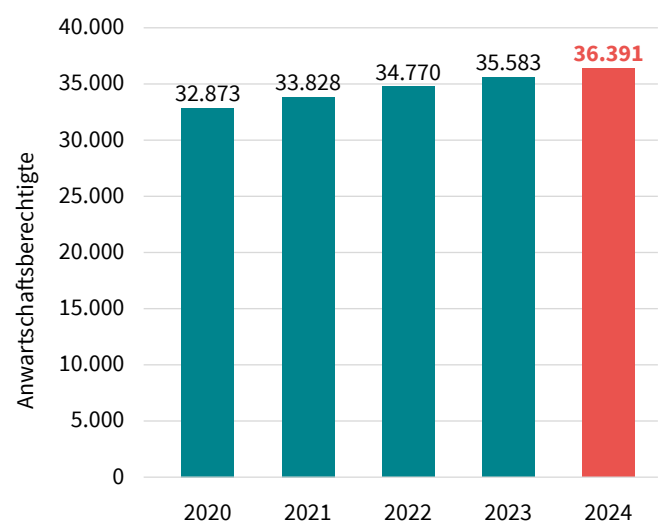
Berufsständische Versorgungswerke für Ärztinnen und Ärzte gibt es bereits seit der Weimarer Republik. Sie waren eine Reaktion auf die Lücken in der gesetzlichen Rentenversicherung für Selbstständige und Freiberufliche und sollten diesen eine angemessene Altersversorgung ermöglichen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg führte die Rentenreform der Regierung Adenauer im Jahr 1957 zur Gründung zahlreicher weiterer berufsständischer Versorgungswerke. Damals wurde entschieden, dass Selbstständige und Freiberufler:innen keine gesellschaftliche Solidarität benötigten und sie selbst für ihre Alterssicherung sorgen sollten. Somit wurden sie aus dem System der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen.

Daraufhin gründeten Ärzt:innen, Apotheker:innen, Rechtsanwälte:innen und Angehörige anderer Kammerberufe nach und nach Versorgungseinrichtungen für ihren jeweiligen Berufsstand. Für Ärzt:innen gibt es heute deutschlandweit 18 solcher Einrichtungen. Sie sind eigenständig, arbeiten auf gesetzlichen und satzungsrechtlichen Grundlagen und sind an die jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasst. Deshalb können sich die zu leistenden Beitragszahlungen und die gewährten Leistungen unterscheiden.

Die Berliner Ärzteversorgung ist das berufsständische Versorgungswerk der Ärztekammer Berlin. Ihre Mitglieder sind verpflichtet, sich bei der BÄV anzumelden und in die Altersvorsorge einzuzahlen. Die BÄV wurde am 1. Oktober 1966 mit 1.521 Mitgliedern sowie 49 Rentenempfänger:innen gegründet. Im Jahr 1990 waren es bereits 10.323 Mitglieder und 1.387 Rentenempfänger:innen. Laut dem Jahresabschluss 2024 gehörten zum Ende des vergangenen Jahres

Entwicklung der Zahl der anwartschaftsberechtigten Mitglieder



insgesamt 36.391 anwartschaftsberechtigte Mitglieder und rund 10.600 Rentner:innen der Berliner Ärzteversorgung an.¹

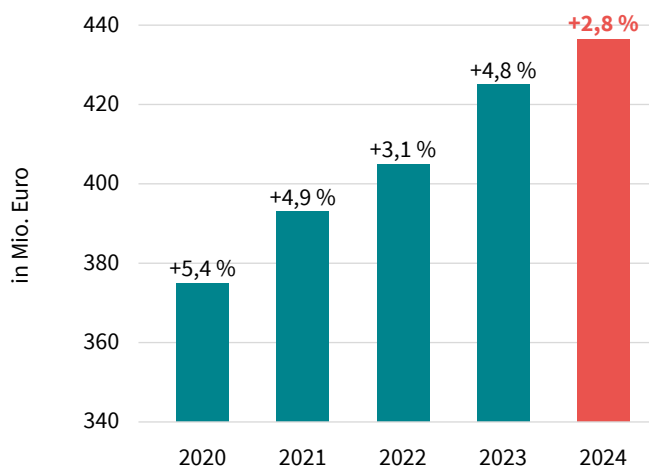
Organisation der Berliner Ärzteversorgung

Die BÄV wird in ärztlicher Selbstverwaltung gemäß den Bestimmungen des Berliner Heilberufekammergesetzes, der Satzung des Versorgungswerkes sowie weiterer allgemeiner Gesetze betrieben. Geführt wird ihre Arbeit von zwei ehrenamtlich besetzten Gremien: dem Verwaltungsausschuss, der die Geschäfte führt, und dem Aufsichtsausschuss, der dessen Geschäftstätigkeit überwacht. Seit 2011 gibt es zudem die Vertreterversammlung. Als satzungsgebendes Organ regelt sie die Angelegenheiten der BÄV, etwa die Feststellung des Jahresabschlusses oder Änderungen der Satzung.

Finanzierung des Versorgungswerkes

Die BÄV finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Anlagen-erträge. Die von den Mitgliedern auf ihr Einkommen geleisteten sogenannten Versorgungsabgaben werden in einem modifizierten Kapitaldeckungsverfahren verwendet, das Elemente von Umlageverfahren und Kapitaldeckung kombiniert. Bei der Umlagefinanzierung wird ein kleiner Teil der Beiträge genutzt, um die laufenden Renten der Leistungsempfänger:innen zu finanzieren. Der weitaus größere Teil der Beiträge fließt jedoch in die Kapitaldeckung. Auf Basis der Entscheidungen des Verwaltungsausschusses wird in Vermögenswerte investiert, die verzinst oder renditebringend angelegt werden, sodass das individuelle Ansparvermögen der Mitglieder wächst. Da die Gewichtung von Umlage- und Kapitaldeckung sowie die konkrete Ausgestaltung der Verzinsung der jeweiligen Versorgungswerke variieren, sind diese wirtschaftlich unterschiedlich aufgestellt. Im Gegensatz zur Deutschen Rentenversicherung (DRV) erhalten sie grundsätzlich keine Zuschüsse des Bundes.

Entwicklung der Beitragseinnahmen

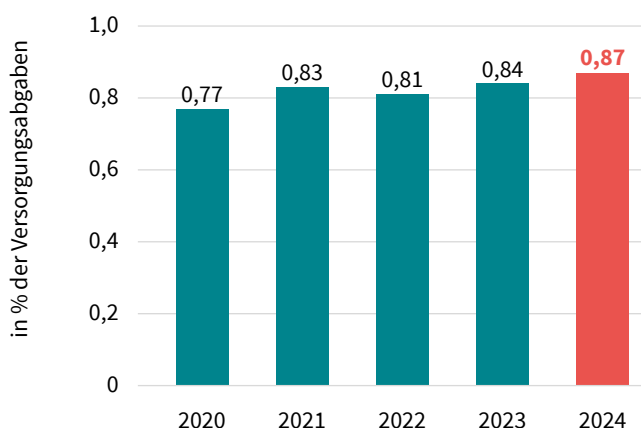


Im Berichtsjahr 2024 hat die BÄV insgesamt 436,5 Millionen Euro an Mitgliedsbeiträgen eingenommen, was einer Steigerung von rund 12 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahr entspricht. Gründe für dieses Wachstum sind die höheren Mitgliedszahlen, die Zunahme freiwilliger Beitragszahlungen sowie die Anhebung des Höchstbeitrages zur Deutschen Rentenversicherung, an dem sich die Versorgungsabgaben der Mitglieder orientieren.

Arbeitsweise des Versorgungswerkes: die Verwaltung

Um die administrativen Tätigkeiten der BÄV kümmert sich seit 2003 die Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke mbH (VGV). Sie ist unter anderem für die professionelle Verwaltung der Kapitalanlagen und das umfassende Risikomanagementsystem des Versorgungswerkes zuständig. Die Mitarbeitenden verantworten die Ausarbeitung von Versicherungskonditionen sowie die Beratung und Betreuung der Mitglieder der BÄV, sie bearbeiten deren Leistungsanträge und veranlassen die Rentenzahlungen.

Verwaltungskosten



Die VGV ist ein Zusammenschluss von acht berufsständischen Versorgungswerken und betreut derzeit rund 125.000 Versicherte. Durch die gemeinsame Verwaltung können Synergieeffekte bei den Kosten und den Ressourcen sowie Kompetenzen genutzt werden. Im Berichtsjahr lag der gezahlte Verwaltungskostensatz bei 0,87 Prozent und damit minimal über dem Satz des Vorjahres. Dieser Anstieg ist im Wesentlichen auf die Erweiterung der Stabsstellen Personalentwicklung und Interne Revision sowie auf Neueinstellungen in den Bereichen Bestandsverwaltung und EDV/Administration zurückzuführen.

1 Ausführliche Informationen zur Mitgliedschaft in der Berliner Ärzteversorgung lesen Interessierte im Bericht „Frei und sicher: Was bringt die Berliner Ärzteversorgung für Jung und Alt?“ im Online-Magazin unter <https://magazin.aekb.de>.

Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke

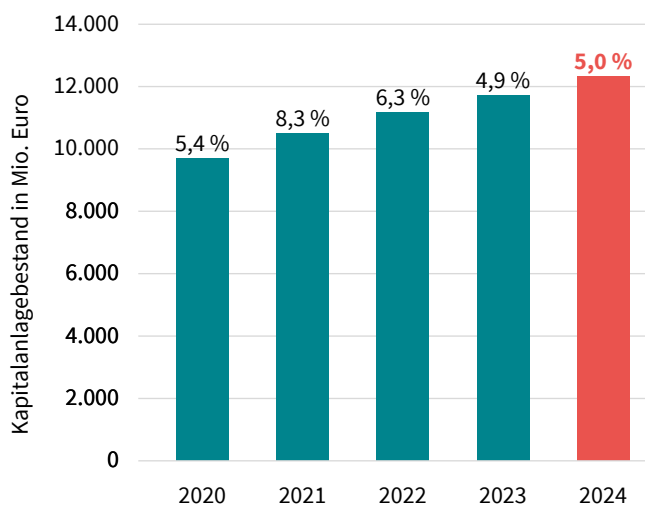
Nach ihrer Gründung arbeitete die BÄV fast 40 Jahre mit der Deutschen Ärzteversicherung (DÄV) zusammen. Über ein Verwaltungsabkommen stellte die DÄV dem Versorgungswerk Mitarbeitende zur Verfügung und führte deren Dienstleistungen als komplettes Servicepaket im Auftrag durch. Im Laufe der Jahre kam es zu unterschiedlichen Auffassungen.

Die DÄV gehörte nach einer Fusionswelle in der Versicherungsbranche seit den 1980er-Jahren zum französischen AXA-Konzern. Das brachte verschiedene Herausforderungen und vor allem Abhängigkeiten mit sich. So waren die Mitarbeitenden des Versorgungswerkes als Angestellte des AXA-Konzerns unter anderem dessen Strategie unterworfen und zum Teil mit Arbeitsanweisungen konfrontiert, die sich nicht immer mit den Zielen des Versorgungswerkes deckten. Dies führte schließlich zur Kündigung der DÄV-Verträge und zur Neugründung der Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke mbH (VGV) Ende 2002.

Arbeitsweise des Versorgungswerkes: der Verwaltungsausschuss

Die Geschäfte des Versorgungswerkes werden vom Verwaltungsausschuss geführt. Dieser setzt sich aus ehrenamtlich tätigen Mitgliedern zusammen und tagt mindestens sechsmal pro Jahr. 2024 hat sich der Verwaltungsausschuss insgesamt neunmal getroffen, um über Leistungsanträge der Mitglieder, die Verwendung der Mitgliedsbeiträge und die Ausrichtung des Versorgungswerkes zu entscheiden.

Entwicklung der Kapitalanlagen



Das Vermögen des Versorgungswerkes besteht aktuell aus Investments in Kapitalanlagen. Diese sind im Berichtsjahr weiter gestiegen und beliefen sich Ende 2024 auf über zwölf Milliarden Euro. Das ist ein Plus von fünf Prozent gegenüber dem Vorjahresbestand.

Die formalen Rahmenbedingungen für die Anlage-, Risiko- und Finanzierungsstrategien des Verwaltungsausschusses sind in den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), der Anlageverordnung sowie der Heilberufsvorsorgungswerkaufsichtsverordnung (VersWerkVO, Berlin) festgelegt. Diese schreiben vor, dass der Fokus bei jeglichen Anlagen auf „maximaler Sicherheit, Rentabilität und Liquidität“ des Vermögens liegen muss. Zudem muss das Versorgungswerk jederzeit liquide sein und grundsätzlich auf eine breite Mischung und Streuung seiner Kapitalanlagen achten.

Zusätzlich zu den gesetzlichen Vorgaben haben der Aufsichtsausschuss und die Vertreterversammlung der BÄV weitere Anlagerichtlinien für Kapitalanlageentscheidungen festgelegt. Ein Blick auf die aktuelle Aufteilung der Kapitalanlagen zeigt, dass die BÄV auch im Berichtsjahr auf eine hohe Diversifizierung ihres Portfolios geachtet hat.

Um gute und fundierte Entscheidungen treffen zu können, werden die Mitglieder des Verwaltungsausschusses durch die Spezialist:innen der VGV unterstützt. Diese übernehmen verschiedene Aufgaben zur strategischen Gesamtsteuerung der Kapitalanlagen des Versorgungswerkes. Dazu nutzen sie im Wesentlichen drei Instrumente: die Asset Liability Management Studie (ALM-Studie), die Strategische Asset Allokation (SAA) und die daraus abgeleitete Anlagestrategie.

Mithilfe der ALM-Studie werden die Geldanlagen (Assets) und Verpflichtungen (Liabilities) der BÄV aufeinander abgestimmt. Dadurch wird sichergestellt, dass die BÄV stets über ausreichend Mittel verfügt, um die Renten ihrer Mitglieder sowie mögliche Versicherungsleistungen zu zahlen. Konkret simuliert die ALM-Studie mithilfe von Computermodellen finanzielle Zukunftsszenarien. Wie entwickeln sich die Zinsen? Wie reagieren die Geldanlagen darauf? Wie verändern sich die Verpflichtungen der Versorgungseinrichtung? Was passiert, wenn die Zinsen stark fallen oder es einen Börsencrash gibt? Die Modelle zeigen, welche Strategien langfristig stabil und sicher sind.

Mithilfe stochastischer Methoden wird mit dem zweiten Instrument, der SAA, die statistisch gesehen bestmögliche Zusammensetzung unterschiedlicher Anlageklassen ermittelt. Dadurch soll langfristig eine sichere und ertragreiche Mischung gefunden werden, um die Verpflichtungen der BÄV zu erfüllen, ihr Vermögen zu erhalten und es bestenfalls zu vermehren.

3 Fragen an ...



Dr. med. Matthias Albrecht
Vorsitzender
des Verwaltungsausschusses
der Berliner Ärzteversorgung
Foto: Anke Illing

... Dr. med. Matthias Albrecht, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den Schwerpunktbezeichnungen Neonatologie und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sowie MBA mit Schwerpunkt Healthcare. Seit 2001 ist er Mitglied der Delegiertenversammlung der Berliner Ärztekammer, seit Mai 2019 zudem Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung.

① Die BÄV wird in ärztlicher Selbstverwaltung mit hauptamtlicher Unterstützung durch die VGV betrieben. Welche Mittel und Wege nutzen Sie, um sich das Fachwissen für Investitionsentscheidungen anzueignen, und wie teilen Sie Ihr Wissen im Ausschuss?

Wir haben ein sehr umfangreiches Online-Informationssystem etabliert, über das wir auf tagesaktuelle Daten zugreifen können. In den Sitzungen des Ausschusses werden die aktuellen Daten, Fakten und Analysen rund um die Kapitalanlagen von den Mitarbeitenden der VGV vorgestellt und dann gemeinsam diskutiert. Mindestens einmal im Jahr findet ein ganztägiges Kapitalmanagertreffen statt, bei dem wir aktuelle Themen vortragen lassen und intensiv diskutieren. Zusätzlich gibt es über die Akademie der ABV (Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V.) eine Vielzahl an Fortbildungsveranstaltungen zu allen relevanten Themen, die wir als Ausschussmitglieder besuchen können.

② Welches Ergebnis des Jahresabschlusses 2024 hat Sie persönlich am meisten überzeugt oder auch überrascht, und weshalb?

Am meisten hat mich das hervorragende Funktionieren der etablierten Risikomanagementsysteme überzeugt. Dabei handelt es sich um ein aktiv gemanagtes Risiko-Overlay, das beispielsweise in politisch unsicheren Zeiten Währungs- und andere Marktrisiken konsequent absichert. Dieses System wurde in den letzten Jahren stetig verbessert und hat in einem Jahr voller Krisen sehr gute Dienste geleistet. Die Ergebnisse zeigen, dass wir da auf dem richtigen Weg sind.

③ Die BÄV setzt schon lange auf nachhaltige Kapitalanlagen. Im Bericht zum Jahresabschluss 2024 werden aktuelle wirtschaftliche Entwicklungen und politische Ereignisse genannt, die Herausforderungen nach sich ziehen werden. Wie beeinflussen diese die Kapitalanlagestrategie der BÄV?

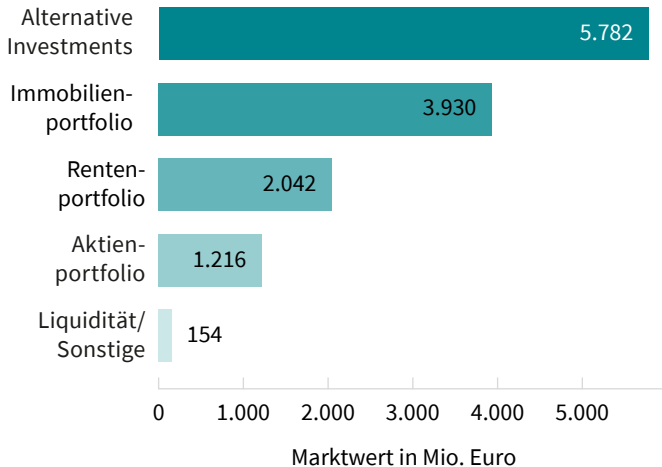
Nachhaltige Geldanlage ist quasi die DNA unseres Versorgungswerks. Die BÄV hat als Versorgungswerk naturgemäß einen sehr langen Anlagehorizont und eine breite Streuung der Geldanlagen über viele Anlageklassen. In den letzten Jahren haben wir unsere Anforderungen an Nachhaltigkeit immer weiterentwickelt und damit sehr gute Renditen erwirtschaftet. Angesichts multipler weltweiter Kriege und Krisen sowie einer US-amerikanischen Regierung, die konsequent Umweltstandards senkt, sehen wir derzeit auch an den internationalen Finanzmärkten Rückschritte bei den Bemühungen, Geldanlagen nachhaltig zu gestalten. Dies bedeutet für uns, noch genauer hinzuschauen und unsere Nachhaltigkeitsregeln konsequent anzuwenden. Das ist sehr arbeitsintensiv, aber wir sind überzeugt, dass wir als Versorgungswerk nur mit nachhaltigen Geldanlagen auch nachhaltig erfolgreich sein werden. /

Auf Basis der SAA entwickelt der Verwaltungsausschuss schließlich die Anlagestrategie. Dazu ermitteln die Mitarbeitenden der VGV zum Jahresende die jährlichen Mittelzu- und Mittelabflüsse der BÄV sowie das prognostizierte Wachstum. Damit der Ausschuss zeitnah auf mögliche Abweichungen reagieren kann, beobachten sie laufend die Entwicklungen und informieren die Ausschussmitglieder über den aktuellen Stand.

Bei geplanten Portfolioänderungen bereiten die Mitarbeitenden der VGV eine fundierte Beschlussfassung für die Ausschussmitglieder vor. Dazu prüfen sie in einem geregelten Auswahlprozess – dem sogenannten strukturierten Auswahlverfahren – verschiedene Manager einschließlich aller wichtigen steuerlichen, wirtschaftlichen und versicherungsaufsichtsrechtlichen Aspekte.

Zur Entscheidungsfindung kann der Verwaltungsausschuss zudem externe Investmentberater:innen hinzuziehen. Die Beratung kann dabei sowohl generalistisch als auch segmentweise oder zu Sonderthemen erfolgen. Auch das Einholen von Zweitmeinungen ist jederzeit möglich.

Aufteilung der Kapitalanlagen



Arbeitsweise des Versorgungswerkes: der Aufsichtsausschuss

Überwacht wird die Geschäftstätigkeit des Verwaltungsausschusses von den sechs Mitgliedern des Aufsichtsausschusses. Sie entscheiden insbesondere über Widersprüche von Mitgliedern der BÄV gegen Entscheidungen des Verwaltungsausschusses zu Leistungsanträgen und kontrollieren sämtliche Vermögensangelegenheiten des Versorgungswerkes. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderem die Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichts sowie die Auswahl der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die diese Prüfung

Anlagestrategie der BÄV

Die Anlagestrategie der BÄV basiert auf einer breit gefächerten und nachhaltigen Anlagepolitik, um die Beiträge sicher anzulegen und die Gewinne zu maximieren. Seit 2008 wird bei Entscheidungen auch auf Nachhaltigkeitsaspekte geachtet. Unterstrichen wurde dies durch die Unterzeichnung der UN-Prinzipien für verantwortungsvolles Investieren (PRI) 2020. Zudem investiert das Versorgungswerk seit 2015 nicht mehr in Unternehmen, die bestimmte Grenzwerte in den Bereichen Kohleförderung, Energiegewinnung aus Kohle sowie Ölsandgewinnung überschreiten. Konkret werden alle Unternehmen ausgeschlossen, deren Umsätze in diesen Feldern 25 Prozent übersteigen. Dadurch sind heute nur noch sehr wenige Unternehmen im Portfolio der Berliner Ärzteversorgung enthalten, die in diesen Geschäftsfeldern tätig sind.

offiziell durchführt. Zudem erstellen die Mitglieder Richtlinien für die Kapitalanlagen und kontrollieren deren Einhaltung.

Im Berichtsjahr haben sich die Mitglieder des Aufsichtsausschusses insgesamt sechs Mal getroffen und eine gemeinsame Sitzung mit dem Verwaltungsausschuss abgehalten. Zu den nicht öffentlichen Sitzungen müssen jedoch Vertreter:innen der für die Rechts- und Versicherungsaufsicht zuständigen Senatsverwaltungen sowie der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung eingeladen werden. Als Arbeitsgrundlage erhält der Ausschuss zu seinen Sitzungen fundierte Informationen zu den Kapitalanlagen, zu stillen Reserven und zu Lasten der BÄV. Die Geschäftsführung der VGV nimmt in der Regel an den Sitzungen teil und steht für Fragen zur Verfügung.

Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Ausschuss zudem eine juristische Beraterin oder einen juristischen Berater mit Befähigung zum Richteramt bestellen. Derzeit nimmt regelmäßig eine Juristin an den Sitzungen des Ausschusses teil und unterstützt dessen Arbeit und Diskussionen durch themenspezifische Beiträge. Außerdem können die Mitglieder die Unterstützung anderer Sachverständiger in Anspruch nehmen, soweit dies für die Erledigung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

Die Berichte der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft nimmt der Aufsichtsausschuss jährlich im Rahmen einer ausführlichen Besprechung mit den Prüfer:innen entgegen. Nach interner Sichtung und Diskussion des jeweiligen Berichts werden sie dann der Vertreterversammlung vorgestellt.

3 Fragen an ...



Dr. med. Roland Urban
Vorsitzender
des Aufsichtsausschusses der
Berliner Ärzteversorgung
Foto: Kathleen Friedrich

... Dr. med. Roland Urban, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Er engagiert sich seit vielen Jahren in verschiedenen Gremien der Ärztekammer Berlin, unter anderem seit 2017 im Aufsichtsausschuss der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung, dessen Vorsitzender er seit 2019 ist.

① Gab es in den vergangenen Jahren Situationen, in denen der Aufsichtsausschuss kritisch eingreifen oder Empfehlungen aussprechen musste?

Nachdem in den vergangenen Wochen und Monaten aus verschiedenen beruflichen Versorgungswerken Schreckensmeldungen über problematische Entwicklungen berichtet wurden, hat sich der Aufsichtsausschuss in seinen Sitzungen vermehrt mit den Risiken von Anlagestrategien beschäftigt und dabei auch seine Verantwortung als Aufsichtsgremium wiederholt diskutiert. Allerdings ist die Berichterstattung in den Medien zu kleineren oder auch größeren finanziellen Problemen mancher Versorgungswerke mitunter von wenig Sachkunde geprägt und reißerisch aufgemacht. Tatsache ist, dass trotz aller Unkenrufe kein ärztliches Versorgungswerk insolvent geworden ist.

Es ist nicht realistisch, dass alle Anlagen so erfolgreich laufen wie gewünscht, geplant und erhofft. Die Berliner Ärzteversorgung hat einige kritische finanzpolitische Situationen durchlaufen, ohne Schaden zu nehmen, und das wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft so bleiben. Der Verwaltungsausschuss und die Geschäftsführung der VGV haben in der Vergangenheit ihre Kompetenz und Reaktionsfähigkeit unter Beweis gestellt.

② Sie und Ihre Kolleg:innen sind medizinische Expert:innen. Welche Mittel und Wege nutzen Sie, um sich das wirtschaftliche und rechtliche Wissen für Ihre Aufgaben anzueignen, und wie teilen Sie Ihr Wissen im Ausschuss?

Diese Frage wird mir und anderen Mitgliedern des Aufsichtsausschusses gelegentlich gestellt. Dies ist grundsätzlich bei allen Gremien der Selbstverwaltung der Fall und muss nicht nachteilig sein. Die Mitglieder des Aufsichtsausschusses nehmen regelmäßig an den Fortbildungsangeboten der VGV teil und sind darüber hinaus beständig darum bemüht, sich zu informieren, beispielsweise bei ganztägigen Veranstaltungen mit Kapitalmanagerinnen und -managern.

③ Welche Themen werden den Aufsichtsausschuss Ihrer Meinung nach in den kommenden Jahren besonders beschäftigen?

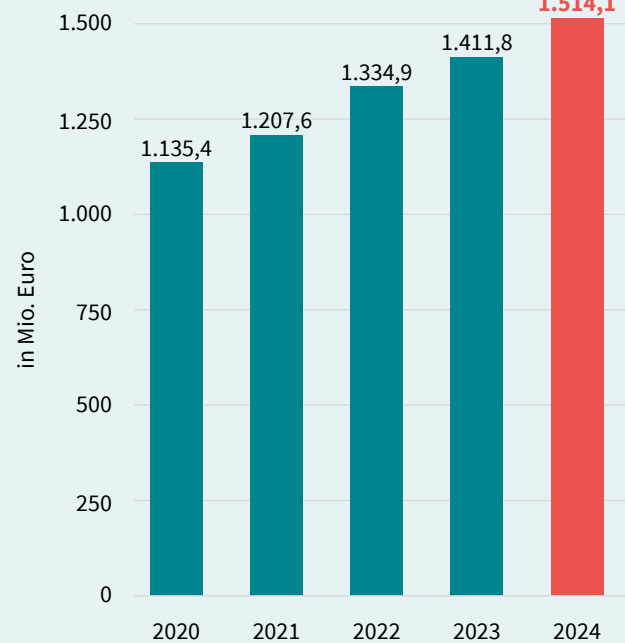
Angesichts der weltpolitisch unsicheren Zeiten und deren Auswirkungen auf die Finanzmärkte, die wiederum die Anlagesituation und die Anlagestrategien der Berliner Ärzteversorgung beeinflussen, ist die Sorge um die Sicherheit der Altersversorgung der Mitglieder natürlich vorhanden. Deshalb wird der Aufsichtsausschuss seine Kontrollaufgabe auch in Zukunft ernst nehmen. Dabei bin ich zuversichtlich, dass wir unsere satzungsgemäßen Verpflichtungen auch zukünftig ohne große Turbulenzen und ohne Verunsicherung der Mitglieder – etwa durch zweifelhafte Berichterstattung in den Medien – erfüllen werden. /

Risikomanagement

Um auch in schwierigen Zeiten äußeren Einflüssen gewachsen zu sein, nutzt die BÄV ein professionelles, unternehmensbezogenes und softwareunterstütztes Risikomanagement. Die Anlageprozesse erfolgen risikoadjustiert, sodass das Risiko der Investitionen stets durch vorhandene Reserven gedeckt ist. Außerdem achtet die BÄV seit vielen Jahren darauf, Reserven zu bilden, um Einbußen in unruhigen Zeiten auffangen zu können, ohne Kürzungen bei den Anwartschaften oder den bereits laufenden Rentenzahlungen vornehmen zu müssen.

Die Zinsschwankungsreserve wurde im Jahresabschluss 2024 um 102,3 Millionen auf rund 1,5 Milliarden Euro erhöht. Damit reicht sie derzeit etwa vier Jahre, um bei ausbleibenden Kapitalerträgen das Kapitalergebnis auf den Rechnungszins von 4 Prozent aufzufüllen. Darüber hinaus wurden auch die bilanziellen Reserven gestärkt, indem die sogenannte Sicherheitsrücklage erhöht und der verbleibende Überschuss in Höhe von 344,9 Millionen Euro der Gewinnrückstellung zugeführt wurde.

Zinsschwankungsreserve



Arbeitsweise des Versorgungswerks: die Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung regelt die Angelegenheiten der BÄV. Sie besteht aus zwölf Mitgliedern und tagt in der Regel zweimal pro Jahr. Zu ihren Aufgaben gehören die Wahl von Ausschussmitgliedern, die Beschlussfassung über Richtlinien für deren Arbeit sowie über die Satzung der Versorgungseinrichtung. Darüber hinaus stellt die Vertreterversammlung den jeweiligen Jahresabschluss der BÄV fest und entlastet den Aufsichts- und den Verwaltungsausschuss. Zudem beschließen die Mitglieder auf Vorschlag der Ausschüsse über die Verwendung von Überschüssen und bei Bedarf über Maßnahmen zur Deckung von Fehlbeträgen.

In der eingangs erwähnten Sitzung Mitte September 2025 gab Christian Neundorf von der Baker Tilly GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zunächst einen Überblick zu den einzelnen Punkten der durchgeführten Prüfung. Gegenstand der Prüfung waren die Buchführung, der Jahresabschluss und der Lagebericht. Wie in den Vorjahren wurde die Ordnungsmäßigkeit des Jahresabschlusses festgestellt und ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt.

Es folgte die einstimmige Feststellung des Jahresabschlusses 2024 sowie die Entlastung des Verwaltungs- und Aufsichtsratsausschusses der BÄV für das Jahr 2024. Der Vorschlag der beiden Ausschüsse, die Gewinne für eine Erhöhung der

Rentenbemessungsgrundlagen sowie der Renten und Kinderzuschüsse zum 1. Januar 2026 um zwei Prozent, zu verwenden und den Restbetrag in Höhe von 38,43 Millionen Euro in das nächste Jahr vorzutragen, wurde ebenfalls einstimmig angenommen.

Ausblick

Die Arbeit der hauptamtlichen Verwaltung und der ehrenamtlichen Gremien der BÄV wird zusätzlich von zwei Senatsaufsichtsbehörden kontrolliert. Somit hat nicht nur der Aufsichtsausschuss eine Aufsichtspflicht.

Damit die Berichte zu den Sitzungen der Vertreterversammlung auch in Zukunft positive Überschriften tragen, planen die Gremien der BÄV, die Anlagestrategie fortzuführen, das Portfolio weiter zu diversifizieren und stärkere Investitionen in zinsabhängige Anlageklassen mit Potenzial zur Generierung ausschüttungsfähiger Erträge zu tätigen. /



Michaela Thiele

Abteilung Digitalisierung / Kommunikation

Foto: privat

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 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
10.02.2026	Fortbildung Wundversorgung	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
12.02.2026	Fortbildung Der schwierige Patient – Souverän bleiben, auch wenn's schwierig wird!	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
18.02.2026	Fortbildung Telefonieren – Professionell und zielgerichtet	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
18.02.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsdurchführung	Online	18:00–21:00 Uhr
05.03.2026	Fortbildung Am Empfang – Professionell und souverän die Praxis vertreten	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
18.03.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Prüfungswesen	Ärztekammer Berlin	18:00–21:00 Uhr
22.04.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsvoraussetzungen	Online	18:00–21:00 Uhr
23.04.2026	Fortbildung Verbandstechniken – Basics für den Praxisalltag	Ärztekammer Berlin	08:30–13:45 Uhr
26.08.–01.12.2026	Fortbildung Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in	Ärztekammer Berlin	bis 220 Std.

Weiterqualifizierung durch Fortbildung: Der schwierige Patient – Souverän bleiben, auch wenn's schwierig wird

Termin: Do., 12.02.2026

Die Kommunikation mit Patient:innen wird im Praxisalltag oft als „schwierig“ empfunden. Das kann zu Ärger und Frust bis hin zu Überforderung und Hilflosigkeit bei der täglichen Arbeit führen. Patient:innen haben nur wenig Zeit, sind fordernd, kommen nicht auf den Punkt, glauben, bereits zu wissen, was sie haben und brauchen, und so weiter. Die Fortbildung zeigt auf, wie stressige Patientenkontakte entschärft werden können. Die Teilnehmenden erhalten Handlungshilfen, um auch in schwierigen Situationen souverän reagieren zu können.

Aus dem Inhalt:

- Patient:innen mir gegenüber: Was macht sie „schwierig“?
- Erwartungen, Bedarfe und (unterfüllte) Wünsche von Patient:innen
- Mit Unverständnis von Patient:innen richtig umgehen
- Lösungsansätze und Handlungshilfen
- Wenn nichts mehr geht: Grenzen setzen – freundlich, sicher und bestimmt

Veranstaltungsreihe: Ausbilden leicht gemacht

Unsere kostenfreien Informationsveranstaltungen „Ausbilden leicht gemacht“ richten sich an Ausbilder:innen, die erstmals ausbilden, sowie an erfahrene Ausbilder:innen. Wir möchten Sie dabei unterstützen, ein Ausbildungsverhältnis zum/zur „Medizinische:r Fachangestellte:r“ erfolgreich aufzunehmen, anzuleiten und abzuschließen.

Ausbildungsdurchführung – gemeinsam zum Ziel (und wenn nicht?)

Termin: Mi., 18.02.2026

Aus dem Inhalt:

- Inhaltliche und organisatorische Gestaltung des Ausbildungsstarts
- Vermittlung von Ausbildungsinhalten
- Strukturen und Spielregeln
- Probezeit
- Ausbildungsnachweis
- Delegation ärztlicher Leistungen
- Umgang mit schwierigen Situationen im Ausbildungsverlauf – Feedbackgespräche

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 finden Sie alle Informationen sowie Ansprechpersonen zu den einzelnen Veranstaltungen.



Unter → anmeldung-fb.aekb.de können Sie sich direkt für eine Veranstaltung anmelden.

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Teilnahmeentgelt	Punkte
06.12.2025	Impfungen in der Praxis	Live-Online-Seminar	120 €	9
10.12.2025	Sepsis – Ein unterschätzter Notfall	Live-Online-Seminar	entgeltfrei	2
10.12.2025	Aktuelle Aspekte einer sicheren Pharmakotherapie in Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Live-Online-Seminar	entgeltfrei	2
17.12.2025 14.01.2026 25.02.2026	Theoriekurs Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin	Ärztekammer Berlin	180 €	9
ab 01.02.2026 (E-Learning) 09.–10.03.2026 (Modul 1) 13.–14.04.2026 (Modul 2) 18.–19.05.2026 (Modul 3) 22.–23.06.2026 (Modul 4)	Ärztliche Führung Ein praxisorientiertes Führungsseminar für Ärztinnen und Ärzte nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	3.350 €	80
21.02.2026 25.02.2026	S.I.G.N.A.L. Basis-Fortbildung „Wenn Partnerschaft verletzend wird ...“	Ärztekammer Berlin	Anmeldung: → www.signal-intervention.de/fortbildungen-und-qualifizierung	beantragt
04.–05.05.2026 (Modul 1+2) 08.06.2026 (Modul 3)	Ärztinnen in Führung – den eigenen Führungsstil finden und Stärken nutzen	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	800 €	29
ab 29.05.2026 (E-Learning) 29.06.–04.07.2026 (Woche 1) 14.–19.09.2026 (Woche 2) 16.–21.11.2026 (Woche 3)	Ärztliches Qualitätsmanagement (200 Std.)	Ärztekammer Berlin	3.950 €	beantragt

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen September/Oktober 2025*

* 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“ veröffentlicht.

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Josephin Scheele	30.09.2025
FÄ/FA Allgemeinmedizin	Dr. med. Elisabeth Black	15.10.2025
	Dr. med. Cristian Dan	17.09.2025
	Dr. med. Haitao Feng	17.09.2025
	Imke Gesa Fischer	28.10.2025
	Silvia Folz	15.10.2025
	Doris Habig	09.09.2025
	Simon Hertrampf	30.09.2025
	Dr. med. Henning Heßler	09.09.2025
	Dr. med. Johanna Hetrodt	30.09.2025
	Annelen Hölzner-Bautsch	28.10.2025
	Ulrich Kraft	30.09.2025
	Dr. med. Nina Maziak	30.09.2025
	Dr. med. Kristina Müller	09.09.2025
	Henry Rudolph	09.09.2025
	Helena Schröder	17.09.2025
	Katrin Singer	17.09.2025
	Christoph Ulmer	15.10.2025
	Nese Yorguner	28.10.2025
FÄ/FA Anästhesiologie	Dr. med. Iris Ann-Kristin Adamsen	21.10.2025
	Dr./Staatl. Med. Univ. Moskau Aleksander Alekseev	23.09.2025
	Thomas Baganz	10.09.2025
	Dr. med. Josephine Buyny	21.10.2025
	Dr. med. Meinolf Ebbers	21.10.2025
	Dr. med. Florian Eich	30.09.2025
	Linda Farschi-Cukic	25.09.2025
	Björn Gesche	25.09.2025
	David Hilfrich	30.09.2025
	Christian Künzer	23.09.2025
	Auste Kupreviciute	21.10.2025
	Elena Nazarens	25.09.2025

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Anästhesiologie	Jenny Sommerfeld	10.09.2025
	Icaro Luan Tavares Latado	23.09.2025
	Dr. med. Esther Wicker	23.09.2025
FÄ/FA Anatomie	Gabor Trautmann	09.09.2025
FÄ/FA Arbeitsmedizin	Elnaz Goudarzi	13.10.2025
	Alexandra Jäger	13.10.2025
	Sally Khalaf	13.10.2025
	Dr. med. Saskia Riedel	08.09.2025
	Dr. med. Matthias Tacke	08.09.2025
FÄ/FA Augenheilkunde	Marian Liegl	03.09.2025
	Dr. med. Annabell Pham-Schlüter	22.10.2025
	Jose Trevino Gonzalez	03.09.2025
	Dr. med. Lynn zur Bonsen	22.10.2025
FÄ/FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. med. Luisa Dittkrist	24.09.2025
	Dr med./Univerzitet Novi Sad Maja Durdevic	17.09.2025
	Liliane Grazina Mendes	16.09.2025
	Dr. Emilie Herzog	29.10.2025
	Alexandra Hilken	03.09.2025
	Merle Kock	29.10.2025
	Karoline Krüger	17.09.2025
	Ibrahim Anil Kulaksiz	29.10.2025
	Tak Wa Lam	29.10.2025
	Dr. med. Alessa Longrée	29.10.2025
	Paula Machnik	16.09.2025
	Dr. med. Franziska Metke	29.10.2025
	Lea Naendrup-Poell	24.09.2025
	Dr. med. Kristin Queiser	29.10.2025
	Harsha Sekhri	03.09.2025
	Dr. med. Mathias Siebenförcher	24.09.2025
FÄ/FA Gefäßchirurgie	Sarah Moorkamp	14.10.2025
	Dr med./Univerzitet Beograd Milan Todorovic	14.10.2025
FÄ/FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dr. med. Jonathan Koch	18.09.2025
	Dr. med. Julia Lilienthal	18.09.2025
FÄ/FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Roschan Ahdy	22.10.2025
	Dr./VAK Moskau Pavel Kolkhir	10.09.2025
	Prof. Francina de Gracia Pascual Alberti	10.09.2025
FÄ/FA Herzchirurgie	Dr. med. Leonhard Wert	03.09.2025
FÄ/FA Humangenetik	Dr. med. Martina Hampel	30.09.2025
	Dr. med. Sarina Schwartzmann	30.09.2025
	Dr. med. Henrike Lisa Sczakiel	30.09.2025
FÄ/FA Innere Medizin	Mohamed Abdelrhman	24.09.2025
	Dr. med. Leonie Adam	08.09.2025
	Berivan Akca	15.10.2025
	Dr. med. Maria Barth	10.09.2025
	Dr. med. Felix Bolduan	17.09.2025

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Innere Medizin	dr. med. Felix Creutz	05.09.2025
	Mohamed Elbayoumi	23.10.2025
	Dr. med. Luisa Hensky	17.09.2025
	Dr. med. Lukas Herrmann	08.09.2025
	Malte Hofmeyer	05.09.2025
	Dr. med. Alice Eleonor Itzlinger	28.10.2025
	Imogen Jow	29.09.2025
	Katja Kesselhut	04.09.2025
	Pinar Köse	29.09.2025
	Dr. med. Johannes Leisterer	04.09.2025
	Dr. med. Lara Lorenzen	24.09.2025
	Abd Allah Najari	04.09.2025
	Dr. med. Alexander Niermann	15.10.2025
	Laura Alexandra Paulikat	10.09.2025
	Anneke Pfläging	23.10.2025
	Thaís Pontes Arbage	24.09.2025
	Dr. med.	23.10.2025
	Natalia Quiroga-Niermann	
	Dr. med. Gesa Rafflenbeul	28.10.2025
	Dr. med. Nele Rüttgerodt	10.09.2025
	Dr. med.	16.10.2025
	Katharina Santamarta	
	Peter Schily	23.10.2025
	Dr. med. Maximilian Stier	15.10.2025
	Jutta Swolinsky	17.09.2025
	Dr. med. Bruno Tegel	05.09.2025
	Lorenz Wenke	08.09.2025
	Dr. med. Marc Alexander Wolf	16.10.2025
FÄ/FA Innere Medizin und Angiologie	Dr. med. Stephanie Nadorp	28.10.2025
FÄ/FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Omar Alsoufi	22.09.2025
	Dr. med. Vincent Moser	22.09.2025
	Mohammad Taha	22.09.2025
	Dr. med. Emanuel Wiegand	22.09.2025
FÄ/FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Dr. med. Francis Baumgartner	16.09.2025
	Dr. med. Bastian Brandt	16.09.2025
	Dr. med. Martin Gielen	16.09.2025
FÄ/FA Innere Medizin und Infektiologie	Dr. med.	29.09.2025
FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie	Clemens Kurth-Stavenhagen	
	Dr. med. Marie Amtenbrink	08.09.2025
	Tip Dr./Universität Istanbul	23.09.2025
	Burak Duymaz	
	Abdulfattah El Osta	08.09.2025
	Eman Taher M. Elhaddad	08.09.2025
	Lisa Farulli	23.09.2025
	Maria Hajduczenia	28.10.2025
	Sophie Charlotte Hormes	28.10.2025
	Suzana Pavlovic	28.10.2025
	dr. med.	23.09.2025
	Johannes Petutschnigg	

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie	Cristina Rozados da Conceição	23.09.2025
	Dr. med. Robert Steinicke	08.09.2025
	Dr. med. Sarah Thiele	28.10.2025
	Dr. med. Lena Thormählen	07.10.2025
	Hamit Yilmaz	07.10.2025
FÄ/FA Innere Medizin und Pneumologie	Dr. med. Lea Drobbe	06.10.2025
	Dennis Gensel	06.10.2025
FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin	Sveva Castelli	08.10.2025
	Wendelin Föringer	10.09.2025
	Dr. med. Vivien Friedrich	10.09.2025
	dr. med. Shirly Gerö	24.09.2025
	Dr. med. Jonathan Groß	24.09.2025
	Wiebke Herrlinger	08.10.2025
	Jan-Hendrik Hoffmann	08.10.2025
	Dr. med. Swaantje Illig	08.10.2025
	Susanne Kläßen	15.10.2025
	Dr. med. Theresa Lipp	15.10.2025
	Dr. med. Raphael Seiler	10.09.2025
	Dr. med. Tamara Steiner	24.09.2025
	Dr. med.	29.09.2025
FÄ/FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Anna-Janina Mählmann	
	Dr med./Univerzitet Nis	29.09.2025
FÄ/FA Laboratoriumsmedizin	Natasa Winz	
	Dr. med. Uwe Kölsch	09.09.2025
FÄ/FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Salih Yürek	13.10.2025
	Dr. med. Arvid Sen Gupta	24.09.2025
FÄ/FA Neurochirurgie	Konrad Siegert	24.09.2025
	Theres Borges-Knott	25.09.2025
FÄ/FA Neurologie	Dr. med. Hannah Jauch	16.09.2025
	Dr. med. Florian Seitz	16.09.2025
	Carina Sömmmer	16.09.2025
	PD Dr. med. Frauke Stascheit	07.10.2025
	Dr. med.	07.10.2025
	Regina von Rennenberg	
	Raphael Biel	02.10.2025
	Saskia Bock	15.10.2025
	Dr. med. univ.	22.09.2025
	Katharina de Maizièrre	
FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Diaa Elsawahly	28.10.2025
	Dr. med. univ. Jennifer Längle	22.09.2025
	Tillmann Lochte	22.10.2025
	Dott. Kasimir Merz	02.10.2025
	Dr. med. Sabine Meyer	22.10.2025
	Dr. med. Danko Milinkovic	15.10.2025
	Dr. med. Annika Müller	02.10.2025
	Lars Niepelt	22.09.2025
	Evgeni Otstavnov	02.10.2025
	Michail Seidelsohn	22.09.2025

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Betül Toraman	15.10.2025
	Dr. med. Dr. med. univ. Andreas Wollkopf	15.10.2025
FÄ/FA Pathologie	Dr. rer. nat. Dr. med. univ. Stefan Florian	30.09.2025
	Eve Kaiser	30.09.2025
FÄ/FA Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Rebecca de Boor	24.09.2025
	Dr. med. Lisa Hage	09.09.2025
	Dr. med. Katharina Krüger	09.09.2025
	dr. med. Bianka Nagy-Timcsuk	24.09.2025
	Marco Rißel	24.09.2025
	Manuela Steigemann	09.09.2025
FÄ/FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Simon Breidert	09.09.2025
	Evgeniia Davletkhanova	09.09.2025
FÄ/FA Radiologie	Nada Abu Alsaud	08.09.2025
	Dr. med. Rom Amselberg	08.09.2025
	Vanessa Findling	08.10.2025
	Dr. med. Thomas Franke	20.10.2025
	Tomas Jankus	08.10.2025

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Radiologie	Dr. med. Verena Maria Katharina Sophia König	21.10.2025
	Dr. med. Sanda Manschikow	20.10.2025
	Dr. med. Sevtap Tugce Ulas	20.10.2025
	Tip Dr./Univ. Istanbul Simge Ural	08.09.2025
FÄ/FA Strahlentherapie	Dr. med. Paula Lehmann	14.10.2025
FÄ/FA Thoraxchirurgie	Judith Schneider	14.10.2025
	Ahmad Taha	14.10.2025
FÄ/FA Viszeralchirurgie	Georgios Palantzas	03.09.2025
	Hatem Tay Abou Ghazalé	30.09.2025
	Nasser Alameri	03.09.2025
	Dr. med. Helene Bohnert	14.10.2025
	Dr. med. Anna-Lena Metzger	03.09.2025
	Doctor-medic Matteo Milella	14.10.2025
	Katharina Rehmet	14.10.2025

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

Termin	Thema	Anmeldung
12.11.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Kinder- und Jugendmedizin	☎ weiterbildungsseminare@aekb.de
24.11.2025	Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung	☎ s.streller@aekb.de
28.–29.11.2025	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte Basis kompakt für stationär tätige Befugte	☎ befugtenseminare@aekb.de
03.12.2025	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Labormedizin / Pharmakologie / Toxikologie / Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie / Hygiene und Umweltmedizin sowie für Arbeits- / Betriebs- / Sozialmedizin / Öffentliches Gesundheitswesen	☎ weiterbildungsseminare@aekb.de
03.12.2025	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	☎ befugtenseminare@aekb.de
28.01.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Allgemeinmedizin	☎ weiterbildungsseminare@aekb.de
25.02.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	☎ befugtenseminare@aekb.de
25.02.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Chirurgie	☎ weiterbildungsseminare@aekb.de
27.–28.02.2026	Train the Trainer: Ambulant tätige Befugte im Kompetenzzentrum Weiterbildung Basis kompakt (für Befugte, die im Bereich Allgemeinmedizin weiterbilden)	→ https://kw-allgemeinmedizin.berlin/train_the_trainer_seminare_fuer_weiterbildungsbefugte

Wir engagieren uns für Sie

Ombudsfrau: Vertrauensperson in Weiterbildungsfragen

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.

Wenn Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung oder Weiterbildungsbefugte Probleme in Weiterbildungsangelegenheiten haben, die sich weder durch die Gremien noch durch die Verwaltung lösen lassen, können sie sich an die Vertrauensperson in Weiterbildungsfragen der Ärztekammer Berlin, die Ombudsfrau, wenden. Die Vertrauensperson behandelt sämtliche Anfragen vertraulich. Sie hat das Recht zur Akteneinsicht in Weiterbildungsfragen und kann bei den Weiterbildungsausschüssen und dem Vorstand Informationen und Einschätzungen einholen, sofern eine schriftliche Einverständniserklärung der oder des Ratsuchenden vorliegt.

Im September 2024 hat die Fachärztin für Innere Medizin Bach Diep Cam dieses Ehrenamt übernommen. Sie steht Berliner Ärztinnen und Ärzten beratend zur Seite und vermittelt als Mediatorin bei Schwierigkeiten zwischen den Parteien. „Ich wurde zwar von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gewählt, moderiere aber neutral“, erklärt sie. Ihr Anspruch ist es, einen vertrauensvollen Raum für Austausch, Informationen und Lösungen zu schaffen. Deshalb ist es für Cam auch essenziell, niederschwellig erreichbar zu sein. Anfragen an Sie können per E-Mail an vertrauensperson@aekb.de gesendet werden. Die Ombudsfrau antwortet aber meist direkt per Telefon: „Das ist persönlicher und einfacher, als lange hin und her zu schreiben.“

Besonders viele Anfragen erreichen sie aus dem ambulanten Bereich, in dem Ärzt:innen eher auf sich alleine gestellt sind und in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis eins zu eins mit ihrer oder ihrem Weiterbildungsbefugten stehen. Dort gibt es in der Regel kein großes Team zum Austausch wie in Kliniken. Aber auch Weiterbildungsbefugte kommen – meist mit bürokratischen Problemen – zu ihr.

Überraschend für die Ombudsfrau ist, wie groß die Hemmschwelle und das Misstrauen sind, sich an eine offizielle Institution wie die Ärztekammer Berlin zu wenden. Obwohl sie alles streng vertraulich und datenschutzrechtlich behandelt, sind anonyme Anfragen und Gespräche keine Seltenheit. „Viele haben Angst, dass unsere Unterhaltung irgendwo in einer Akte vermerkt wird und sie deshalb Nachteile in der Weiterbildung erfahren. Davor muss sich aber niemand fürchten – ich garantiere absolute Vertraulichkeit.“



Informationen: → www.aekb.de/vertrauensperson-in-weiterbildungsfragen/

„Ich möchte mir die Neugierde auf Neues erhalten“

Die Zahl der Ärzt:innen in Deutschland steigt zwar, doch die Trends der Vorjahre bleiben bestehen: Es gibt weniger niedergelassene und mehr angestellte sowie stationär tätige Ärzt:innen. Dabei bietet die Niederlassung viele Chancen. So lässt sich ein anspruchsvoller Beruf mit dem Familienleben optimal vereinbaren, ohne in die fremdbestimmten Arbeitsabläufe einer Klinik eingebunden zu sein. „Berliner Ärzt:innen“ hat mit Malte Zorn gesprochen. Er ist seit kurzem niedergelassener Facharzt für Augenheilkunde.



MZ **Malte Zorn**
Facharzt für Augenheilkunde
Foto: privat

BA **Herr Zorn, wie sind Sie zur Niederlassung gekommen?**

MZ Der Weg in die Niederlassung war kein spontaner Entschluss, sondern ein Entwicklungsprozess während meiner Weiterbildung. Im Laufe der Zeit wurde mein Wunsch, Medizin nicht nur auszuführen, sondern auch selbst zu gestalten, für mich immer größer. Die Arbeit in der Klinik bot mir nicht die nötige Flexibilität. Als sich dann die Möglichkeit ergab, die Praxis zu übernehmen, war das die Chance, meine eigenen Ideen umzusetzen.

Vermutlich haben Sie bei Ihrer Entscheidung die Vor- und Nachteile abgewogen?

Natürlich, für die Niederlassung sprachen die freieren Gestaltungsmöglichkeiten der Abläufe in Diagnostik, Therapie und Interaktion mit meinen Patient:innen sowie für meine Familie die bessere Planbarkeit der Arbeitszeiten. Ich hatte aber auch großen Respekt vor dem Wechsel. In der klinischen Tätigkeit hat man ein eingebettetes Arbeitsumfeld. In meinem Fach – der Augenheilkunde – zudem hoch

spezialisiert. Als klassischer niedergelassener Arzt in einer Einzelpraxis arbeitet man eher als Generalist. Anfangs war meine Sorge, dass mir der fachliche Austausch und die Spezialisierung fehlen würden. Außerdem hatte ich Sorge vor den Aufgaben in meiner Rolle in Management und Führung.

Wie ging es dann weiter?

Wenn ich die rein administrativen Aufgaben der Praxisübernahme außen vor lasse, war initial die größte Herausforderung, als Externer in gewachsene Abläufe und ein bestehendes Team mit festen Praxisstrukturen hineinzuwachsen. Dafür habe ich mir, aber auch meinem Team und meinen Patient:innen Zeit gelassen. Es gab eine Übergangszeit, in der mein Vorgänger und ich parallel in der Praxis gearbeitet haben. Wenn man aus dem klinischen Sektor kommt und den ambulanten noch nicht kennt, ist das sehr wertvoll. So erfährt man aus erster Hand, wie die konkrete Praxis funktioniert.

Laut einer Studie sind niedergelassene Ärzt:innen sehr unzufrieden mit der ausufernden Bürokratie. Wie sind Ihre Erfahrungen damit?

Die Bürokratie ist ein Problem. In meiner Praxis versuche ich, sie so weit wie möglich zu strukturieren und zu digitalisieren. Wir arbeiten mit standardisierten Abläufen und klaren Zuständigkeiten im Team. Trotzdem bleibt vieles unnötig komplex, weil Schnittstellen fehlen und Regulierungen nicht praxistauglich sind. Hier sehe ich definitiv Handlungsbedarf unserer Verbände.

Ist die Arbeit als niedergelassener Arzt für Sie persönlich erfüllend? Wenn ja, warum?

Ja, definitiv. Es erfüllt mich sehr, dass ich in der Tätigkeit als Arzt für meine Patient:innen da sein kann und mir die Sinnfrage nicht stellen muss. So geht es uns allen. Als niedergelassener Arzt kann ich dafür die Rahmenbedingungen weiterentwickeln. Meine Familie freut sich über geregelte Sprechstundenzeiten. Das ist mir wichtig.

Angenommen, Sie sitzen mit Freund:innen oder ehemaligen Kommiliton:innen zusammen. Welches Fazit würden Sie über Ihren Weg in die Niederlassung ziehen?

Jeder muss seinen eigenen Weg finden, da sind wir alle unterschiedlich. Für mich war die Niederlassung genau der richtige Schritt. Ärzt:innen, die gestalten wollen, sollten sich mit dieser Option beschäftigen. Ich sehe es als großes Privileg unseres Berufs, diesen Weg gehen zu können. Gleichzeitig finde ich es wichtig, dass ärztliche Kolleg:innen in leitenden Positionen in der ambulanten Versorgung tätig sind. In Kliniken und anderen großen Strukturen scheint der ärztliche Einfluss auf die Versorgung kleiner zu werden. Ich denke, dass wir Ärzt:innen hier mehr Verantwortung übernehmen sollten. /

Das vollständige Interview lesen Sie in unserem Online-Magazin unter
→ <https://magazin.aekb.de>.

Leben retten: Wenn das Herz stillsteht, zählt jede Sekunde!

Im Jahr 2024 erlitten in Deutschland schätzungsweise 136.000 Menschen außerhalb eines Krankenhauses einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand, das entspricht im Durchschnitt 370 Menschen pro Tag. Wie wichtig es ist, in einem solchen Fall zu wissen, was zu tun ist, hat die Berliner Feuerwehr am 16. Oktober 2025, dem diesjährigen „World Restart a Heart Day“, Passant:innen am Halleschen Tor in Berlin-Kreuzberg gezeigt. Denn Leben retten beginnt mit dem ersten Handgriff.

Fotos: Heinrich Holtgreve, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin
Interview: Deborah Volk, Stabsstelle Presse / Gesundheitspolitik



„Man kann bei einer Herzdruckmassage nichts falsch machen – außer gar nicht erst anzufangen“



LE Lucie Ewering
Ärztin in der Einsatzvorbereitung im
Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr



MB Dr. med. Martin Bender
Oberarzt bei der Berliner Feuerwehr



JG Jasmina Gnaedig
Auszubildende Notfallsanitäterin
bei der Berliner Feuerwehr

DV Was wollte die Berliner Feuerwehr mit dem „Restart a Heart Day“ erreichen?

LE Unser Ziel war es, möglichst viele Berliner:innen in der Herz-Lungen-Wiederbelebung zu schulen und die Aufmerksamkeit auf dieses wichtige Thema zu lenken. Wir wollten zeigen, dass eine Herzdruckmassage kinderleicht durchzuführen ist und man dabei nichts falsch machen kann – außer gar nicht erst anzufangen. Außerdem wollten wir möglichst viele Berliner:innen motivieren, sich bei unserer Ersthelfer-App KATRETTTER zu registrieren.

Was hat Sie als Ärztin motiviert, sich heute hier zu engagieren?

LE Als Ärztin oder Arzt ist man nur ein Teil der Rettungskette und behandelt Patient:innen selten ab der ersten Minute. Ersthelfende hingegen sind ein

früher und damit sehr essenzieller Teil der Rettungskette. Was wir später als Rettungsdienst und in der Klinik beitragen können, zählt nur, wenn möglichst frühzeitig reanimiert wurde. Die ersten Minuten entscheiden, ob Patient:innen einen Herz-Kreislauf-Stillstand überleben und ob sie ihren Alltag auch weiterhin gut bewältigen können. Deshalb ist es sehr wichtig, dass es in Berlin viele Menschen gibt, die Erste Hilfe leisten und diese kritische Phase bei einem Notfall überbrücken, bis wir als Ärzt:innen, Notfallsanitäter:innen und rettungsdienstliches Fachpersonal übernehmen können.

Wie steht es um die Erste Hilfe in Berlin?

MB Auch wenn es in Deutschland insgesamt um die Erste Hilfe noch mäßig steht, haben wir mit der Einführung des Katretter-Systems in Berlin einen wichtigen Schritt gemacht. Die Beteiligung daran ist sicherlich noch ausbaubar, wenn man in andere Länder guckt. In Deutschland sehen wir, dass bei Reanimationen in ungefähr 50 Prozent der Fälle Ersthelfende vor Ort sind, die eine Reanimation beginnen. In anderen Ländern ist diese Quote teils deutlich höher. Beispielsweise erreichen einige skandinavische Länder Quoten von über 70 Prozent. In Deutschland können wir diesbezüglich also noch besser werden. Ein Schlüssel liegt sicherlich in der Öffentlichkeitsarbeit, aber auch in der Einführung von flächendeckendem Schulunterricht in Erster Hilfe und Reanimationsmaßnahmen. Wir müssen die Zahl der Menschen, die keine Hemmungen haben, eine Herzdruckmassage zu beginnen, weiter erhöhen.

Gibt es eine Reanimationssituation aus Ihrem Arbeitsleben, die besonders herausfordernd war und an die Sie heute noch denken müssen?

MB In der notärztlichen Tätigkeit gibt es natürlich viele Reanimations-situationen, und der ganz überwiegende Teil davon führt leider nicht zu einem

positiven Outcome. In Deutschland liegt die Überlebensrate bei außerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand bei etwa zehn bis zwölf Prozent. Fälle, die einem im Kopf bleiben, sind in der Regel solche mit einem positiven Verlauf oder bei denen jüngere Personen betroffen sind. Bei allen Fällen, die mir gut in Erinnerung geblieben sind, waren jeweils Ersthelfende vor Ort, zum Beispiel bei einem jungen Mann Anfang 30, der im beruflichen Umfeld in einer Lagerhalle einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitt. Es waren sofort Ersthelfende vor Ort, die mit der Herzdruckmassage begonnen haben. Wir mussten ihn schließlich unter Reanimation in eine Klinik bringen, da es uns nicht gelang, die ursächliche Herzrhythmusstörung außerklinisch zu beenden. Dennoch konnte er, durch Anschluss an eine Herz-Lungen-Maschine und erfolgreiche Therapie im Herzkatheter, nach über 70-minütiger Reanimation gerettet werden. Er überlebte ohne Folgeschäden. Der Fall zeigt für mich, dass die fortschrittlichsten medizinischen Maßnahmen Patient:innen nur nützen, wenn durch Ersthelfende unmittelbar mit der Herzdruckmassage begonnen wird.

Wie haben die Passant:innen auf das Angebot reagiert?

JG Die Leute waren sehr offen für unser Angebot. Viele hatten vor langer Zeit schon einmal einen Ersthelfer-Kurs besucht. Nachdem wir mit ihnen die Grundlagen nochmals wiederholt hatten, konnten sie meist schnell eine gute Herzdruckmassage mit ausreichender Drucktiefe, Entlastung und in korrekter Frequenz durchführen. Insgesamt waren die Rückmeldungen der Passant:innen sehr gut. Alle waren sehr dankbar, dass wir da waren und die Möglichkeit geboten haben, an einer Puppe zu üben und nochmals Wissen aufzufrischen, um die Erste-Hilfe-Fähigkeiten nicht zu verlieren – für den Fall, dass sie diese einmal benötigen. /



Die Berliner Feuerwehr ist bei außerklinischen Herz-Kreislauf-Stillständen in der Regel nach acht Minuten als Notfallrettung vor Ort. Beim „Restart a Heart Day“ zeigen die Einsatzkräfte Passant:innen sowie Schulklassen, wie wichtig es ist, dass Ersthelfende in einem Notfall die ersten Minuten überbrücken, damit die Betroffenen eine Chance haben, mit einem guten neurologischen Ergebnis zu überleben.

KATRETTTER-App



In Berlin kann sich jede Person in der KATRETTTER-App registrieren, die über 18 Jahre alt ist und sich zutraut, Erste Hilfe zu leisten.

Nähere Informationen :

→ <https://magazin.aekb.de/aktuelles/nutzen-sie-schon-die-katretter-app>



Digital Health „Made in Germany“

Fünf Jahre DiGA – wie digital ist die Medizin inzwischen wirklich?

Nach der Einführung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) fällt die Bilanz von Digital Health „Made in Germany“ ambivalent aus. Während Deutschland damit international eine Vorreiterrolle einnimmt, herrscht auf nationaler Ebene Ernüchterung. Was funktioniert, was ist gescheitert und worauf müssen sich Ärzt:innen und Patient:innen einstellen?

Der digitale Wandel

Als Deutschland die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung einführte, betrat es europäisches Neuland. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) von 2019 war die Bundesrepublik das erste Land der Europäischen Union, das digitale Medizinprodukte per Gesetz in die Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung integrierte. Dieser Vorstoß galt international als Modellprojekt.

Die sogenannten Apps auf Rezept sollten Versorgungslücken schließen, Patient:innen stärker in die eigene Therapie einbeziehen und die Digitalisierung des Gesundheitswesens endlich spürbar im Versorgungsalltag verankern. Der Anspruch war enorm: Innovation fördern, Versorgung modernisieren und dabei höchste Anforderungen an Datenschutz und Evidenz wahren – ein „digitaler Wandel made in Germany“.

Fünf Jahre später zeigt sich: Die Vision hat eine Bewegung ausgelöst, aber auch Konflikte verschärft. Die Einführung der DiGA hat neue Chancen eröffnet – von der Teletherapie bis zum digitalen Selbstmanagement. Gleichzeitig hat sie aber auch eine anhaltende Debatte über Kosten, Evidenzqualität und ärztliche Akzeptanz entfacht.

Digitales-Versorgung-Gesetz (DVG) und Fast-Track-Verfahren

Mit dem Digitalen-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde im Jahr 2019 erstmals ein regulatorischer Rahmen geschaffen, um geprüfte digitale Therapien in die Regelversorgung zu integrieren. Das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtete Fast-Track-Verfahren ermöglicht Herstellern einen vorläufigen, beschleunigten Marktzugang, sofern Sicherheit, Datenschutz und Funktionalität gewährleistet sind. Entscheidende Voraussetzung ist der Nachweis eines positiven Versorgungseffekts, entweder in Form eines medizinischen Nutzens oder einer patient:innenrelevanten strukturellen Verbesserung. Dieser Nachweis muss zwölf Monate nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis durch eine qualifizierte Studie erbracht werden, andernfalls droht die Rücknahme der Finanzierung durch die Krankenkassen.

Ohne diesen gesetzlichen Rahmen wären digitale Medizinprodukte weiterhin auf den Selbstzahlermarkt beschränkt geblieben – abhängig von Marketingstrategien und Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen, ohne verbindliche Qualitäts- oder Evidenzprüfung. Seit der ersten Listung im September 2020 hat sich der Markt rasant entwickelt. Bis Ende 2025 wurden 72 DiGA in das offizielle DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 861.000 Freischaltcodes, mit denen Patient:innen die DiGA in der jeweiligen App aktivieren können, eingelöst.

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich dabei auf rund 234 Millionen Euro. Die erfolgreichsten DiGA adressieren insbesondere psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angstzustände und Stress. Sie sollen Versorgungslücken schließen, die durch lange Wartezeiten und knappe Therapieangebote entstehen.

Die Evidenzlage: zwischen Anspruch und Realität

DiGA beruhen auf dem Anspruch der evidenzbasierten Medizin. Die Realität zeigt jedoch eine deutliche Diskrepanz zwischen regulatorischem Anspruch und wissenschaftlicher Qualität. Zwar müssen die Anbieter von dauerhaft gelisteten Anwendungen mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) vorlegen, doch unabhängige Analysen zeigen, dass weniger als ein Drittel dieser Untersuchungen methodisch belastbar ist. Häufige Schwächen sind kleine Stichproben, kurze Beobachtungszeiträume und der Einsatz von Wartelisten-Kontrollgruppen, welche die Effekte potenziell überschätzen können.

Die Spannweite der Evidenz ist groß. Gut abgesicherte Anwendungen wie „deprexis“, „HelloBetter Stress & Burnout“ oder „HelloBetter Panik“ stützen sich auf mehrere RCTs mit klar definierten Endpunkten und Replikationen in unabhängigen Kohorten. Auch „Kalmeda“ (Tinnitus) und „zanadio“ (Adipositas) zeigten in prospektiven Studien signifikante Verbesserungen klinisch relevanter Parameter. Diese DiGA gelten als methodisch solide, wenngleich mit begrenzter externer Validität.

Schwächere Evidenz wurde dagegen bei mehreren frühen Anwendungen dokumentiert. „M-sense Migräne“ wies zwar eine Verbesserung der Kopfschmerzfrequenz auf, doch die Kontrollgruppen waren unzureichend definiert und der Effekt lag im Bereich der Placeboantwort. Auch die DiGA „Rehappy“ (Schlaganfallnachsorge) konnte in der Erprobung keine signifikanten Funktionsgewinne zeigen. Bei „Selfapy“ (Depression) kritisieren Fachleute, dass die Studienpopulation stark selektiv und die Drop-out-Rate hoch war. Insgesamt erfüllen viele Studien zwar die formalen Kriterien des BfArM, bleiben jedoch inhaltlich hinter den methodischen Standards klassischer Arzneimittelstudien zurück. Hinzu kommt eine eingeschränkte externe Validität: In vielen Untersuchungen wurden digitalaffine, junge und gut gebildete Personen untersucht. Für vulnerable Gruppen – etwa ältere, chronisch kranke oder sozial benachteiligte Patient:innen – ist unklar, ob sie gleichermaßen profitieren. Kritiker:innen bemängeln deshalb eine „selektive Evidenzbasis“, die sich nicht ohne Weiteres auf den Versorgungsalltag übertragen lässt.

Kosten, Preise und Marktvolatilität

Aktuell dürfen Hersteller im ersten Jahr nach der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis ihre Preise noch frei festlegen. Im Jahr 2024 lag der durchschnittliche Herstellerpreis bei 576 Euro pro Quartal, während der danach bei Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzte Preis nur bei 226 Euro lag. Dies ist in vielen Fällen eine Reduktion um mehr als 50 Prozent. Dieses Preisparadoxon hat strukturelle Folgen. So tragen die Krankenkassen hohe Kosten zur Vorfinanzierung,

die nicht zurückgefordert werden können, wenn die DiGA scheitert oder der Hersteller aus dem Markt austritt. Für die Hersteller wiederum führt die Unsicherheit über spätere Preisverhandlungen zu Planungsrisiken und einem limitierten Investitionsspielraum. Das System, das auf einen schnellen Markteintritt setzt, schafft damit ungewollt ein ökonomisches Vakuum zwischen Innovationsanreiz und Erstattungsrealität. Die wirtschaftliche Dynamik des DiGA-Marktes verdeutlicht die Spannungsfelder zwischen Innovationsförderung, Preisregulierung und finanzieller Nachhaltigkeit.

Die Konsequenzen zeigen sich in den vergangenen Jahren deutlich. So musste zum Beispiel die Aidhere GmbH, die die DiGA „zanadio“ anbietet, trotz nachgewiesenem Versorgungseffekt Insolvenz anmelden – ein Paradebeispiel für Insolvenz trotz Erfolg. Nach der Preisfestsetzung durch die Schiedsstelle fiel der Vergütungsbetrag unter die Kostendeckungsgrenze. Bis Ende 2024 haben sieben Hersteller Insolvenz angemeldet.

Diese wirtschaftlichen Turbulenzen haben nicht nur privatunternehmerische, sondern auch gesundheitsökonomische Folgen. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) gingen in den Jahren 2020 bis 2024 rund 41 Millionen Euro als nicht rückholbare Anschubfinanzierung an DiGA, deren Nutzen nicht belegt war oder deren Hersteller insolvent waren. Der GKV-Spitzenverband spricht von einer „Verwendung von Versichertengeldern ohne nachweislichen Mehrwert“.

Gescheiterte Digitale Gesundheitsanwendungen

Unternehmen	DiGA-Name	Indikation	Status der DiGA	Grund für die Insolvenz
Newsenselab GmbH	M-sense Migräne	Migräne	Gestrichen	Fehlender Nutznachweis und Rückforderungen. Das Unternehmen konnte den positiven Versorgungseffekt nicht belegen und wurde mit hohen Rückzahlungsforderungen der Krankenkassen konfrontiert.
Rehappy GmbH	Rehappy	Schlaganfall-Nachsorge	Gestrichen (durch Insolvenz)	Zu hohes unternehmerisches Risiko. Als einer der ersten Fälle wurde das Scheitern auf die allgemeine Unsicherheit und die zu lange Wartezeit auf eine verbindliche Preisentscheidung zurückgeführt.
Perfood GmbH	sinCephalea (Migräne), glucura (Diabetes)	Kopfschmerz, Stoffwechsel	Dauerhaft gelistet (Hersteller insolvent)	Hohe Entwicklungskosten und unsichere Marktprozesse. Trotz erfolgreicher Listung führten der massive Kapitalbedarf und die komplexen Zulassungswege zur Insolvenz.

Diese Tabelle beleuchtet die strukturellen Probleme des DiGA-Fast-Track-Verfahrens, die dazu führten, dass erfolgreiche wie auch nicht erfolgreiche Unternehmen Insolvenz anmelden mussten.

DiGA: ein stark umkämpfter Markt

Einige Unternehmen reagieren mit Preisverwerfungen. So sind manche DiGA mit über 500 Euro pro Quartal deutlich teurer als klassische Therapien, während andere mit weniger als 200 Euro deutlich unter der Erstattungsgrenze liegen. Langfristig führt dieses Ungleichgewicht zu einem Verdrängungseffekt auf dem Markt. Kleine Start-ups mit innovativen, aber ressourcenintensiven Produkten geraten ins Hintertreffen, da sie den Preisdruck nach der Evidenzphase wirtschaftlich nicht überstehen können. Große, kapitalkräftige Anbieter können sich dagegen Marktanteile sichern. Dieser Prozess schafft Spannungen zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinischem Nutzen und hemmt Innovationen.

Die Politik reagiert auf diese Fehlentwicklungen mit neuen Modellen der leistungsbezogenen Vergütung. Mit der ab 2026 verpflichtenden anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung (AbEM) soll die Bezahlung stärker an tatsächliche Ergebnisse gekoppelt werden – ein Schritt hin zu einem faireren, transparenten Preisgefüge. Gleichzeitig fordern Fachverbände, die Preissetzung in der Erprobungsphase zu deckeln und bei Misserfolg Rückforderungsmechanismen einzuführen, um die finanziellen Risiken für die Solidargemeinschaft zu begrenzen.

Unsicherheiten durch Einsparungsmaßnahmen

Aktuell entsteht durch die jüngst vom Bundesgesundheitsministerium und der Ministerin Nina Warken vorgestellten geplanten Einsparmaßnahmen zusätzliche Unsicherheit. Diese sehen unter anderem eine Deckelung der Verwaltungskosten der Krankenkassen, eine Begrenzung der Vergütungssteigerungen im Krankenhausbereich sowie eine Halbierung der Fördersumme des Innovationsfonds für das Jahr 2026 vor. Zwar bleiben bereits bewilligte Mittel erhalten, doch die künftige Finanzierung neuer Versorgungsinnovationen – einschließlich digitaler Gesundheitsanwendungen – ist bislang nicht eindeutig geregelt. Unklar ist, ob neue DiGA-Entwicklungen oder AbEM-Projekte künftig weiterhin über den Innovationsfonds oder gesonderte GKV-Mittel gefördert werden können. Fachverbände warnen, dass eine Kürzung ohne differenzierte Zweckbindung die Innovationskraft des gesamten Sektors schwächen könnte.

Mehr DiGA-Verordnungen trotz Unsicherheit

Diese Instabilität hat direkte Auswirkungen auf Ärzt:innen und Patient:innen. Fällt eine App durch Insolvenz oder fehlende Anschlussfinanzierung aus dem DiGA-Verzeichnis, verliert sie sofort ihre Erstattungsfähigkeit. Patient:innen müssen die Anwendung abbrechen und Ärzt:innen ihre Therapieplanung ändern. Dies untergräbt das Vertrauen und die Kontinuität in der Versorgung. Die ärztliche Akzeptanz ist jedoch entscheidend für die Integration digitaler Angebote in die Regelversorgung. Ohne das Vertrauen und die aktive Einbindung der Behandelnden bleiben DiGA ein theoretisches Konzept.

Eine im Jahr 2024 im „Journal of Medical Internet Research“ veröffentlichte Befragung zeigte, dass zwar rund 40 Prozent der Ärzt:innen DiGA grundsätzlich befürworten, jedoch nur 15 Prozent von ihnen diese regelmäßig verordnen. Hauptgründe hierfür sind volatile Märkte, unklare Evidenz, die fehlende Vergütung des Betreuungsaufwandes sowie eine mangelhafte Integration der Gesundheitsdaten in die Praxissoftware.

Trotz dieser strukturellen Hürden ist in den vergangenen Jahren eine zunehmende Offenheit in der Ärzteschaft erkennbar. Laut dem GKV-DiGA-Bericht 2025 stieg die Zahl der Ärzt:innen, die mindestens eine DiGA verordneten, von rund 4.000 im Jahr 2021 auf über 14.000 im Jahr 2024. 50 Prozent der Verordnungen werden von Hausärzt:innen ausgestellt. Psychotherapeut:innen und Fachärzt:innen für Psychiatrie stellen weitere 30 Prozent. Besonders häufig verschrieben werden die bekannten Anwendungen zanadio, Oviva Direkt, HelloBetter, Vivira und Kalmeda, die mittlerweile als „Platzhirsche“ im DiGA-Markt gelten.

Hohe Abbruchquote

Aus der Perspektive der Patient:innen ergibt sich ein ambivalentes Bild. Einerseits berichten viele von höherer Motivation, gesteigertem Selbstmanagement und einer besseren Strukturierung des Alltags. Gleichzeitig sind digitale Kompetenz, Technikaffinität und individuelle Motivation entscheidende Voraussetzungen für den Erfolg. Studien und Versorgungsdaten zeigen Abbruchraten zwischen 30 und 50 Prozent, insbesondere bei Patient:innen mit geringem Gesundheitswissen oder niedriger digitaler Kompetenz. Damit entsteht ein sogenannter „Adhärenz-Evidenz-Gap“: Der unter Studienbedingungen gemessene Nutzen lässt sich nicht ohne Weiteres auf den Versorgungsalltag übertragen.

Immer mehr Ärzt:innen nehmen an Fortbildungen zu digitalen Therapien teil und in Fachkreisen wird verstärkt darüber diskutiert, wie DiGA leitliniengestützt und strukturiert in Behandlungspfade integriert werden können. Viele fordern eine verbindliche Rückkopplung der Nutzungsergebnisse über die elektronische Patientenakte (ePA), um den Therapieverlauf transparent zu machen. Die eVerordnung, deren Einführung laut KBV und GKV-Spitzenverband frühestens Anfang 2026 vorgesehen ist, könnte diesen Prozess erheblich erleichtern – vorausgesetzt, die technische Umsetzung gelingt.

Rechtliche Neuerungen:

DigiG, AbEM und eVerordnung

Wie kann dieser instabile Markt mit deutlichen Schwächen, aber hohem Potenzial gestützt werden? Eine Idee ist das im März 2024 in Kraft getretene Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG), das den Übergang von einer Aufbauphase zu einer Phase der Konsolidierung und Qualitätssteuerung regelt.

Eine der wichtigsten Änderungen betrifft die Risikoklassifizierung: Künftig können auch Digitale Gesundheitsanwendungen der Klasse IIb zugelassen werden – also Anwendungen, die tiefer in Diagnostik oder Therapie eingreifen, etwa durch KI-basierte Algorithmen, digitale Rehabilitationsprogramme oder Telemonitoring-Systeme für chronische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, COPD oder Diabetes mellitus. Diese dürfen jedoch nur mit einem vollständig nachgewiesenen Versorgungseffekt in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden. Das frühere Modell der vorläufigen Listung „unter Beobachtung für zwölf Monate“ entfällt für diese Risikoklasse. Damit zieht der Gesetzgeber Konsequenzen aus der Kritik der vergangenen Jahre, in denen zahlreiche DiGA ohne ausreichende Evidenz verordnet wurden.

Ein zweiter zentraler Baustein ist die ab dem 1. Januar 2026 verpflichtende anwendungsbegleitende Erfolgsmessung (AbEM). Sie soll die Vergütung stärker an den tatsächlichen Behandlungserfolg koppeln: Mindestens 20 Prozent des Erstattungsbetrags müssen künftig an konkrete Erfolgskriterien gebunden sein, beispielsweise an die Nutzungsintensität, die Zufriedenheit der Patient:innen sowie den von den Patient:innen berichteten Gesundheitszustand (PROMs).

Diese Form der Erfolgsmessung ist mehr als nur ein Evaluationsinstrument – sie etabliert erstmals ein kontinuierliches Qualitätssicherungssystem. Im Idealfall fließen die Ergebnisse perspektivisch automatisiert in die elektronische Patientenakte (ePA), sodass Ärzt:innen Rückmeldungen zur Wirksamkeit digitaler Therapien in Echtzeit erhalten. Gleichzeitig werden Hersteller verpflichtet, ihre Produkte datenbasiert weiterzuentwickeln und echte Real-World-Evidence (RWE) zu liefern.

DiGA bald als E-Rezept?

Mit der elektronischen Verordnung für Digitale Gesundheitsanwendungen (eDiGA) steht zugleich ein weiterer wichtiger Schritt bevor. Ursprünglich war die bundesweite Einführung zum 1. Januar 2025 vorgesehen, wurde jedoch auf frühestens Anfang 2026 verschoben, da zentrale technische Voraussetzungen noch nicht erfüllt sind. Laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband fehlen insbesondere Updates der Praxisverwaltungssysteme, die Integration in den eRezept-Fachdienst sowie die vollständige Backend-Infrastruktur des BfArM zur sicheren Code-Generierung. In der Telematikinfrastruktur-Modellregion Hamburg wird der digitale Workflow derzeit pilotiert, bevor er bundesweit ausgerollt werden soll.

Sobald die eDiGA verpflichtend wird, soll das bisherige Papierrezept (Muster 16) vollständig entfallen. Dann können Ärzt:innen DiGA direkt elektronisch verordnen und Patient:innen können die Verordnung über die elektronische

Patientenakte (ePA) oder eine Patient:innen-App abrufen. Das Digital-Gesetz, die anwendungsbegleitende Erfolgsmessung und die eDiGA markieren somit gemeinsam den Übergang in eine zweite Digitalisierungsphase: weg von der bloßen Verfügbarkeit digitaler Therapien hin zu einem integrierten, qualitätsgesicherten Versorgungssystem, das auf Evidenz, Interoperabilität und Ergebnisorientierung basiert.

Fazit: vom Pilotprojekt zur Routineversorgung

Nach fünf Jahren zeigt sich also: Die Idee der Digitalen Gesundheitsanwendungen ist kein gescheitertes Experiment, sondern ein lernendes System. DiGA haben die Tür zu einer neuen Versorgungslogik geöffnet – einer Medizin, in der digitale Selbstwirksamkeit, kontinuierliche Evaluation und patientenzentrierte Datennutzung Hand in Hand gehen.

Gleichzeitig hat die Praxis die Grenzen dieses Modells offengelegt. Die ungleiche Evidenzbasis, die hohen Kosten in der Erprobungsphase und der ökonomische Druck auf die Hersteller verdeutlichen, dass eine Innovationspolitik ohne nachhaltige Strukturen kaum Bestand hat. Mit dem Digital-Gesetz (DigiG), der verpflichtenden anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung (AbEM) und der kommenden elektronischen DiGA-Verordnung (eDiGA) beginnt deshalb eine neue Phase – ein Wendepunkt.

Entscheidend wird sein, ob es gelingt, die technische und organisatorische Integration in den Versorgungsalltag zu vollziehen – von der Praxissoftware bis zur elektronischen Patientenakte. Nur wenn Ärzt:innen digitale Therapien selbstverständlich in ihre Behandlung einbinden, Patient:innen ihnen vertrauen und die Datenstrukturen sicher funktionieren, kann aus der Vision DiGA eine digitale Routineversorgung mit echtem Nutzen entstehen. /

Die Quellen- und Literaturhinweise können via E-Mail an redaktion@aekb.de angefordert werden.



Mario Urbanek

Arzt und Buchautor,
MBA Gesundheitsmanagement &
Digital Health
Foto: privat

Aufwachversuch und Kommunikation

Eine Pflegekraft berichtet von einem Ereignis aus der Intensivmedizin

Der Patient wurde bei respiratorischer hyperkapnischer Insuffizienz intubiert. Zwei Tage später wurde vermutlich ein Aufwachversuch durch eine Ärztin bzw. einen Arzt unternommen. Als die Pflegekraft das Zimmer betrat, war der Patient jedenfalls sehr wach und versuchte, an den Tubus zu fassen. Die Flussrate der Sedierungsmedikamente wurde deutlich reduziert. Weder verblieb eine ärztliche Person am Bett, noch wurde die betreuende Pflegekraft informiert und der Patient war nicht in irgendeiner Art schutzfixiert. Eine versehentliche Selbstextubation des Patienten bei noch nicht vollständig vorhandenen Schutzreflexen konnte noch durch die Pflegekraft verhindert werden.

Kommentar und Hinweise des Anwenderforums von CIRS Berlin

Es ist unklar, ob es sich bei der Sedierungsreduktion um eine impulsgetriebene Handlung oder um einen geplanten, strukturierten Aufwachversuch bzw.

eine geplante Extubation gehandelt hat. Unabhängig davon weist der Bericht auf Lücken in der vermeintlichen Aufwachphase des Patienten hin:

- die fehlende Betreuung am Bett,
- die fehlende Schutzfixierung und
- vor allem die fehlende Information über die Reduktion der Medikation zur Sedierung.

Insgesamt wird deutlich, dass der Prozess des Aufwachens, die Überwachung und die Übergaben kritisch beleuchtet werden müssen. Die versehentliche Selbstextubation konnte durch die Pflegekraft verhindert werden, was deren lobenswerte Wachsamkeit belegt. Das Ereignis zeigt eine Diskrepanz zwischen dem erforderlichen strukturierten Aufwachprozess, angemessener Überwachung und interprofessioneller Kommunikation einerseits und der hier möglicherweise spontanen, potenziell riskanten Reduktion der sedierenden Medikamente andererseits.

Empfehlungen des Anwenderforums

- Überwachung und digitale Unterstützung: Einführung bzw. Nutzung von digitalen Alerts/Überwachungsparmetern während des Aufwachens
- Weaning/Entwöhnungsprotokolle: kritische Durchsicht der Kriterien, Indikationen und schrittweisen



NETZWERK CIRS BERLIN

Reduktion der Sedierung in der Aufwachphase

- Strukturierte Übergaben: Klare Übergabe zwischen Schichten und Berufsgruppen
- Dokumentationspflichten: Änderungen der Medikation müssen zwingend schriftlich fixiert werden. Bei zeitkritischen Medikamenten ist eine mündliche Weitergabe an die relevanten Teammitglieder sicherzustellen.
- Förderung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit durch Einführung regelmäßiger interprofessioneller Briefings (etwa Tagesziel für Patient:innen zu Beginn des Tages; kurzes Feedback am Tagesende).

Diesen Fall können Sie auch unter <https://www.cirs-berlin.de/fall-des-monats/aktueller-fall> nachlesen. /

Klaus Krigar

Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung

KULTUR & GESCHICHTE

BUCHVORSTELLUNG

Der Weg zum Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Von der Initiativbildung bis zur Gründung

Roland Bersdorf / Matthias Girke / Harald Matthes
Ita Wegman Institut (Verlag)
ISBN: 978-3-906947-90-7
279 Seiten
28 Euro

„Wir wollen städtisch bleiben“ stand in großen Buchstaben auf den Plakaten, die 1994 überall am Eingang des Krankenhauses Havelhöhe hingen. Das waren meine ersten Eindrücke, als ich gerade als Medizinstudent nach Berlin gezogen war und voller Spannung den Neurologie-Untersuchungskurs erwartete, für den ich an den fernen südwestlichen Rand der Hauptstadt reisen musste. Offensichtlich war hier eine Krankenanstalt im radikalen Umstellungsprozess.

Die tollkühnen Ärzte Roland Bersdorf, Matthias Girke und Harald Matthes waren die Gründerpaten der Reformklinik und sind auch die Autoren des Buches „Der Weg zum Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe“. Sie berichten von einem historischen Glücksfall. Wie liest sich dieses Buch und lohnt die Lektüre? Ganz objektiv ist mein Urteil nicht, immerhin arbeite ich – mit Unterbrechungen – seit 1999 im Haus und habe viel von den drei Ärzten gelernt. Andererseits qualifiziert es mich vielleicht

für eine Rezension. Aber würde ich in der Rückschau noch etwas Neues erfahren?

Wie begründet sich dieser historische Glücksfall? Inmitten historischer Umbrüche kam eine große Zahl von Sympathisant:innen zusammen: engagierte Gründungsmitglieder, eine unterstützende Ärztekammer und ein wohlwollender Senat. Sie alle wollten eine Klinik in neuer Trägerschaft in Berlin. Nur die Belegschaften der dafür auserkorenen Standorte waren dagegen. Besonders die Ostberliner Chefärzt:innen äußerten ihre Sorge: „Wir haben nach 40 Jahren eine Ideologie abgelegt und wollen uns keine neue überstülpen lassen.“ Noch polemischer wurde der Protest im westlichen Spandau. Hier reagierten Ärzt:innen und Pflegende „... so abweisend, als ob sie es mit einer Hundertschaft von Scharlatanen und Spinnern zu tun bekommen würden.“ Und das trotz vieler öffentlicher Debatten in der Stadt. Schon bald nach dem Mauerfall hatten die Initiatoren klargestellt: „Anthroposophische Medizin versteht sich nicht als Ersatz, sondern als Erweiterung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin. Die Mitarbeit im Krankenhaus ist von keiner weltanschaulichen oder konfessionellen Bindung abhängig; Toleranz im Umgang miteinander ist wesentliches Leitbild der Trägerschaft.“

Mit der Wiedervereinigung war in Berlin plötzlich nichts mehr wie vorher. Die Krankenhaussektoren in beiden Stadthälften waren von fundamentalen Veränderungen betroffen – und von entsprechenden Entscheidungen. West-Berlin war aufgrund seiner Insellage und Ost-Berlin als Hauptstadt der DDR überdurchschnittlich mit 113 Krankenhäusern, 43.000 Betten und über 57.000 Mitarbeitenden ausgestattet. Mit mehr als zwölf Klinikbetten pro 1.000 Einwohnern gab es die mit Abstand höchste Versorgungsdichte in der Bundesrepublik. Im nächsten Jahrzehnt musste die Zahl der Betten fast halbiert und die Krankenhausbeschäftigten um über

10.000 reduziert werden. Als Konsequenz blieben nur neue Trägerschaften oder Klinikschließungen.

Ellis Huber, einer der aktivsten und medizinkritischsten Präsidenten einer Landesärztekammer, kommt im Buch ausführlich zu Wort. Er verkörpert den damaligen Zeitgeist exemplarisch: „Wenn humanitäre Werte statt Geld das Krankenhausmanagement leiten, wird die Ökonomie des Gesundheitswesens besser.“ Und bezogen auf die Reformklinik erklärt er: „Berlin als Brennpunkt der sozialen Risiken für die Gesundheit der Menschen braucht auch ein Gemeinschaftskrankenhaus, das menschliche Medizin unter Einbezug der gesellschaftlichen Mitwelt realisiert.“ Auch einflussreiche Frauen waren beteiligt, etwa Ingrid Strahmer als Gesundheitssenatorin. Und so wechselte das Krankenhaus tatsächlich am 1. Januar 1995 die Trägerschaft.

„Herzlichen Glückwunsch, Sie sind das beliebteste Krankenhaus Deutschlands!“ So lautete die Mitteilung bei einem frühmorgendlichen Anruf auf der Intensivstation im Juli 2007. Da ich auf solche Telefonate nicht vorbereitet war, dachte ich, es handle sich um einen Spaßvogel, der sich wohl verwählt hatte. Später stellte sich heraus, dass es stimmte; die Presse war nur früher informiert als der übernächtigte Nachtschichtarzt. Die Techniker Krankenkasse hatte bundesweit über 100.000 Versicherte zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus befragt. Mit 89 Prozent Behandlungszufriedenheit – der Bundesdurchschnitt lag bei 78 Prozent – kam das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe auf Platz eins. Ein gutes



Jahrzehnt nach seiner Übernahme war das vielleicht nicht die schlechteste Referenz für ein neues Krankenhaus.

Aber wem empfehle ich dieses fast 280 Seiten umfassende Buch? Allen, die sich für die jüngere medizinische Stadtgeschichte interessieren, die die enormen historischen, politischen und medizinischen Paradigmenwechsel besser verstehen möchten und natürlich auch allen, die wissen wollen, warum es dieses Gemeinschaftskrankenhaus überhaupt gibt. Vor allem aber sei die Lektüre all jenen ans Herz gelegt, die erfahren möchten, wie engagierte Menschen ein Reformkrankenhauskonzept in die Tat umsetzen. Bersdorf sagt dazu: „Ohne initiative Menschen, keine Initiative. Und ohne Unterstützung durch Menschen, die im gesellschaftlichen Kontext Verantwortung innehaben, kommt eine Initiative auch nicht zu einer Verwirklichung ihres Anliegens.“ /

Dr. med. Tankred Stöbe

Das Rezept

Weihnachten steht vor der Tür und damit nicht nur die Saison der weihnachtlichen Abteilungsfeiern – wer macht freiwillig Dienst? – sondern auch die der Besuche auf den Berliner Weihnachtsmärkten. Ob in Begleitung der Praxis- oder Abteilungsbelegschaft oder privat – die Auswahl ist in Berlin riesig und bietet für jeden Geschmack etwas: Rummelcharakter, Eisstockschießen unter Korrektur der Zielgenauigkeit durch Glühweineinfluss oder Handwerkermarkt; traditionell oder elitär.

Bis zum 1. Januar 2026 lockt ein ganz neuer Weihnachtsmarkt am KaDeWe. Angepriesen als neue Oase, soll er mit stilvollen Pagodenzelten und einer besonders festlichen Atmosphäre zum gemütlichen Schlendern und Genießen einladen. Der Markt steht unter der Schirmherrschaft des Regierenden Bürgermeisters und auf dem vielfältigen Programm stehen auch Spendenaktionen, deren Erlöse den Berliner Kältebus und die Berliner Aidshilfe unterstützen sollen.

Glücklicherweise gibt es mittlerweile nicht nur in Restaurants und Supermarktregalen, sondern auch auf den Weihnachtsmärkten alkoholfreie Alternativen und damit meine ich nicht den pappsüßen Kinderpunsch! Es gibt wunderbare alkoholfreie Gin-Varianten und sogar promilleneutralen Aperol. Prosten Sie sich also dieses Jahr mit gutem Gewissen zu und sorgen Sie dafür, dass die nächste Studie der WHO zum europäischen Alkoholkonsum positiver ausfällt. Schließlich titelten hier zuletzt Schlagzeilen wie „Europäer trinken sich in den Tod“ angesichts der Tatsache, dass Europa mit einem durchschnittlichen Konsum von 9,2 Litern reinem Alkohol pro Erwachsenen und Jahr weltweit an der Spitze liegt. Dieser hohe Konsum stünde in Verbindung mit zahlreichen gesundheitlichen Schäden und Todesfällen durch Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie durch Unfälle und Gewalt.

Da wir gerade bei Alternativen zu den genüsslichen, vorweihnachtlichen Sünden sind – ich sage nur Rostbratwurst, Nuss-Nougat-Crêpes, Reibekuchen und gebrannte Mandeln –, möchte ich (nur der Form halber!) auf die gesunden, veganen und zuckerreduzierten Gegenvorschläge Maronen ohne alles, Ofenkartoffel pur und Erdbeeren in Zartbitter hinweisen. Aber Weihnachten ist schließlich nur einmal im Jahr und wir sollten es unbeschwert genießen. Wann haben wir in diesen Zeiten denn schon Gelegenheit dazu, uns in kindliche Vorfreude zurückfallen zu lassen, und sei es nur für ein paar Minuten?

Diejenigen unter uns, die sich eher dem Neurodiversitäts-, Hypersensibilitäts- und Agoraphobikerspektrum zuordnen, können vorweihnachtliche Stimmung vielleicht beim Innehalten in der wunderschönen Sankt Hedwigs-Kathedrale finden. Sie steht – wie die meisten Kirchen – allen Menschen unabhängig von Konfession und Glauben offen und besticht durch klare Linien und durchdachte Lichtspiele. Zudem laden fast täglich kurze Orgelstücke zum Zuhören und Entspannen ein.

Wer es ebenfalls besinnlich, jedoch säkularer mag, dem sei der botanische „Christmas Garden“ in Dahlem ans Herz gelegt – insbesondere auf den Glühwürmchengarten bin ich persönlich gespannt. Größere Tiere gibt es in der zweiten großflächig angelegten Lichtinstallation der Hauptstadt im weihnachtlich beleuchteten Tierpark Berlin zu bewundern. Apropos Tiere. Wie wäre es, wenn wir dieses Jahr nicht uns selbst und anderen die Dinge schenken, die wir und sie nie haben wollten und nicht brauchen, sondern den Tieren im Tierheim Berlin mit einer Spende oder Patenschaft etwas Gutes tun? Gibt es auch als Geschenkversion!

Frostbeulen, die lieber Veranstaltungen drinnen besuchen, haben auf den Berliner Bühnen die Qual der Wahl. Leider gibt es auch bei den Dauerbrennern

Schwanensee, Zauberflöte und Fledermaus oft nur noch Restkarten. Kalte Finger können übrigens nicht nur ein Zeichen für einfaches Frieren sein, sondern auch für Schilddrüsenerkrankungen, Eisenmangel oder, wenn sie zudem weiß werden, auch für das Raynaud-Syndrom. Stricken Sie sich oder anderen doch ein paar Fäustlinge. Die halten besonders gut warm und laut Studienlage senkt Stricken den Cortisolspiegel, entspannt (schwedisch), fördert neuronale Verbindungen, schützt vor kognitivem Abbau (amerikanisch) und kann kreisende Gedanken bei Essstörungen durchbrechen (kanadisch).

Bei aller Weihnachtsstimmung spielt jedoch in einer kleinen Ecke des Unterbewusstseins auch der Sicherheitsaspekt eine Rolle. Hoffen wir, dass es durch die ergriffenen Schutzmaßnahmen und mehr oder weniger weihnachtlich verkleidete Straßenpoller dieses Jahr überall zu friedlichen Christkindlmärkten kommt.

Schon Hölderlin, wahrhaft kein optimistischer Zeitgenosse, wusste: „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch.“

Hoffen wir also für das nächste Jahr, dass, wenn auch nicht die „Rettung“ kommt, wir Positives, Freude und Zuversicht (wieder)finden. Ich wünsche Ihnen: Frohe Weihnachten!

Rp: Frohe Weihnachten /

**Herzlichst
Ihre Frau**

Dr. Titel

Selbstwirksamkeit stärken und Verantwortung übernehmen



Was beschäftigt Berliner Ärztinnen und Ärzte in ihrem Lebens- und Arbeitsalltag? Wir haben bei Dr. med. Annette Mährlein nachgefragt. Sie engagiert sich in der Klimabewegung „Omas for Future“ und erfüllt sich damit einen lang gehegten Wunsch.

Der Natur verbunden

„Als ich 2020 meine gut gehende Gynäkologie-Praxis verkaufte, hatte ich das Gefühl, etwas nachholen zu wollen.“ Annette Mährlein lacht laut und herzlich, wenn sie von den Plänen erzählt, die sie damals hatte. Vielleicht noch mal ein Jahr im Ausland arbeiten? Oder in die Entwicklungshilfe einsteigen? Dinge, die in all den Jahren, in denen sie berufliche und familiäre Aufgaben unter einen Hut bringen musste, zu kurz gekommen waren.

Doch als es damit losgehen sollte, war die Pandemie in vollem Gange. Und Mährlein merkte, dass es noch etwas anderes gab, das ihr gefehlt hatte: Zeit für politisches Engagement. Anfang der 1980er-Jahre hatte sie sich in der Anti-Atomkraft-Bewegung engagiert und organisierte Proteste gegen das Zwischenlager für Atom Müll in Gorleben mit. Dass sich diese Arbeit erst vier Jahrzehnte später mit dem Atomausstieg Deutschlands auszahlen würde, ahnte damals niemand. Heute ist sie mehr denn je davon überzeugt, dass es sich lohnt, für etwas zu kämpfen, das man für richtig hält.

„Auch meine Enkel brachten mich zum Nachdenken“, sagt sie, wenn sie an den Beginn ihres Ruhestands denkt. „Mir wurde wieder bewusster, welche Verantwortung wir Älteren haben – gegenüber den Jüngeren und gegenüber dem Lebensraum, den wir ihnen hinterlassen. Also beschloss ich, mich den ‚Omas for Future‘ anzuschließen.“ Ein naheliegender Schritt für sie – auch mit Blick auf ihre eigene Kindheit. 1954 geboren und in der Nähe von Würzburg sehr ländlich aufgewachsen, fühlte sie sich immer mit der Natur verbunden. „Umweltschutz ist bei mir keine Kopfgeburt, ich bin darin verwurzelt.“

Mitbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen

Nach dem Abitur ging sie nach Berlin, um dort Hebamme zu werden. „Damals fand ich es hier furchtbar grau“, erinnert

sie sich. Und die Erlebnisse in der Geburtshilfe weckten in ihr den Wunsch, Frauen eine andere Erfahrung mit der Medizin zu ermöglichen. „Die Geburtshilfe war damals noch sehr paternalistisch. Männliche Ärzte trafen Entscheidungen über die Frauen. Damit war ich nicht einverstanden.“ Also begann sie, Medizin zu studieren. Während des Studiums wurde sie bereits Mutter und machte sich nach der Facharztausbildung auch schnell mit einer eigenen Praxis in Lankwitz selbstständig. „Da blieb nicht viel Zeit für anderes“, sagt sie.

Für ihre Patientinnen nahm sie sich aber so viel Zeit, wie sie es für nötig hielt. „Ich wollte, dass sie über ihre Gesundheit mitbestimmen. Ich habe immer versucht, gut zuzuhören und zu einer gemeinsamen Entscheidung mit der Frau zu kommen, die für sie richtig und gut ist.“ Mährlein ist überzeugt: „Gesundheit ist von so vielen Faktoren abhängig, auch von psychischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen. Dafür braucht es den ganzheitlichen Ansatz.“

Der emanzipatorische Gedanke zieht sich durch ihr Leben. Die Freiheit zu haben, sich für das Richtige zu entscheiden, ist für sie elementar. Also schloss Mährlein sich im Jahr 2020 der Berliner Regionalgruppe von „Omas für Future“ an. Schnell stellte sie fest: „Wir sind ein lustiger Haufen interessanter Frauen aus den unterschiedlichsten Bereichen.“ Sie alle verbindet der Wunsch nach einer gesunden Erde und einer guten Zukunft für die nächsten Generationen. „Wir Omas sind stark vernetzt mit vielen Organisationen. Wir gehen auch mal zusammen mit den ‚Omas gegen Rechts‘ auf Demos, überlegen uns mit anderen Umweltgruppen Aktionen und organisieren gemeinsam Veranstaltungen.“

Mährlein und ihre Mitstreiterinnen machen so auf vielfältige Weise auf die ökologische Krise aufmerksam und wollen auch Druck auf die Politik ausüben, damit dort die richtigen Weichen gestellt werden. Besonders im Blick haben sie dabei

die Älteren. „Unsere Generation hat schließlich den größten Einfluss auf Politik und Wirtschaft, einfach, weil wir so viele sind.“ Die Berliner „Omas for Future“ wollen möglichst viele Menschen erreichen, um aufzuklären, Wissen zu vermitteln und zu guten Entscheidungen in Sachen Klima, Umwelt und Demokratie zu motivieren.

Mit dem Zukunftsquiz die Selbstwirksamkeit stärken

Damit das gelingt, haben sie sich ein niedrigschwelliges, von der Bundesregierung gefördertes Angebot ausgedacht: das Zukunftsquiz. „Mit über 200 Fragen wollen wir die Selbstwirksamkeit stärken und zum Umdenken und Handeln motivieren.“ Das Quiz ist online, sodass es jede und jeder spielen kann.



Mit dem Mitmach-Quiz gehen die Omas aber auch direkt zu den Menschen, beispielsweise in Kitas, Schulen, Nachbarschaftsräumen, auf Märkten und in Pflegeheimen, und stoßen dabei auf großen Zuspruch.

Mährlein bedeutet die Arbeit und der gemeinsame Austausch in der Gruppe – auch mit den anderen Ärztinnen – enorm viel: „Uns verbindet nicht nur die Medizin, sondern auch, dass wir die Menschen motivieren, sich für das Richtige zu entscheiden – richtig im Sinne der eigenen Gesundheit und der von allen anderen.“ /



Silke Jäger

Freie Medizinerjournalistin

Foto: Andy Alexander



Weitere Berichte aus unserer 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

→ <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 Heinrich Holtgreve, 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

Anzeigen- und Aboverwaltung:

Melanie Bölsdorff

Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig

☎ 0341 71 00 39-93

☎ 0341 71 00 39-99

✉ boelsdorff@quintessenz.de (Anzeigen)

✉ 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 Meinungsaustausch der Berliner Ärzt:innen-schaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

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

ISSN: 0939-5784

© Quintessenz Verlags-GmbH, 2025



Frohe
Weihnachten!

Berliner Ärzt:innen

Das Online-Magazin
der Ärztekammer Berlin

Entdecken Sie unser digitales Angebot!



Mit aktuellen Meldungen, den Schwerpunktthemen aus der Mitgliederzeitschrift sowie Berichten, Interviews und Ratgeber-Texten rund um Alltag & Praxis, Beruf & Kompetenz sowie Kultur & Geschichte.

Weiterlesen unter → <https://magazin.aekb.de>

Hinweis

Anzeigen werden unabhängig vom redaktionellen Inhalt der Mitgliederzeitschrift sowie den (berufs-)politischen Positionen der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.