

Berliner Ärzt:innen

MITGLIEDERZEITSCHRIFT
ÄRZTEKAMMER BERLIN
AUSGABE 2 / 2025

Gespräche am Lebensende
Medizin zwischen Fürsorge
und Zeitdruck



Sommer Party

der
Ärzttekammer Berlin

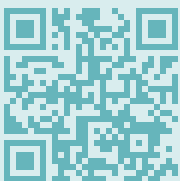
Mittwoch, 17. Juni 2026

18 bis 21 Uhr
Friedrichstraße 16
in Berlin-Kreuzberg

Das erwartet Sie:

- Gespräche mit Mitarbeitenden des Ehren- und Hauptamtes
- Netzwerken mit anderen Kammermitgliedern
- Gegrilltes und Getränke
- Drinks auf der Dachterrasse
- Sommerliche Beats von DJ m&m – musicandmore

Kinder sind selbstverständlich willkommen – Begleitpersonen können wir jedoch leider nicht empfangen.



Anmeldung

Bitte melden Sie sich über das Anmeldeformular an:
→ www.aekb.de/sommerparty2026

Schnell sein lohnt sich,
die Anzahl der Plätze ist begrenzt!

Wir
freuen uns
auf Ihr
Kommen!



Dr. med. Irmgard Landgraf ist hausärztliche Internistin, Lehrärztin und Gastwissenschaftlerin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Vorstandsmitglied des Hausärzterverbandes Berlin Brandenburg sowie der Ärztekammer Berlin.

Foto: Anke Illing

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie gelingt uns der Spagat zwischen Hochleistungs- und Care-Medizin und was brauchen wir noch in unserer Gesellschaft des zunehmend längeren Lebens? Die Lebenserwartung liegt in Deutschland inzwischen bei 83 Jahren für Frauen und bei 79 Jahren für Männer. Damit hat sie sich in den vergangenen 150 Jahren fast verdoppelt. Das haben wir unter anderem unserem medizinischen Fortschritt mit beeindruckenden Therapieoptionen zu verdanken.

Damit werden wir älteren Menschen jedoch nicht immer gerecht. Sobald sie multimorbide, dement und/oder pflegebedürftig sind, ändern sich ihre Therapieziele. Es geht dann nicht mehr darum, sie mit allen verfügbaren Mitteln zu kurieren und ihr Leben zu verlängern. Vielmehr stehen Lebensqualität, Selbstständigkeit, Autonomie und Beschwerdefreiheit im Vordergrund. Das heißt, wir müssen hier einmal innehalten, uns für diese Patient:innen Zeit nehmen und ihre individuellen Wünsche für den aktuellen Lebensabschnitt im Gespräch – eventuell unter Einbeziehung ihrer Angehörigen – in Erfahrung bringen. Auf dieser Grundlage können wir dann priorisieren und entscheiden, welche verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten noch sinnvoll sind oder worauf wir lieber verzichten sollten.

Das betrifft auch die Medikation. Mindestens 30 Prozent aller Senior:innen und 60 bis 80 Prozent der stationär pflegebedürftigen Menschen in Deutschland sind von Polypharmazie betroffen. Gerade sie sind aber aufgrund ihres Alters und verschiedener Organerkrankungen durch Interaktionen und Nebenwirkungen gefährdet und werden deshalb immer wieder stationär behandlungsbedürftig. Polypharmazie muss also, soweit es vertretbar ist, reduziert werden. Das ist bei Multimorbidität jedoch nicht immer einfach.

Nun wird nicht jeder alte Mensch multimorbide, dement oder pflegebedürftig. Wir können heute auch bis ins hohe Alter körperlich sowie geistig fit bleiben und selbstbestimmt leben. Damit das möglichst vielen gelingt, brauchen wir gesellschaftlich verankerte Aufklärungs- und Präventionsstrategien für Menschen jeden Alters. Diese Strategien sollen die Menschen befähigen, durch einen gesunden Lebensstil und gesundheitskompetentes Verhalten möglichst lange gesund zu bleiben und nicht pflegebedürftig zu werden. Das erhöht die Lebensqualität jeder und jedes Einzelnen und entlastet zudem unsere Gesellschaft und das Gesundheitssystem.

Neben der vielfach lebensrettenden Hochleistungsmedizin und der an Lebensqualität orientierten Palliativmedizin, die beide klug am individuellen Patienteninteresse orientiert eingesetzt werden müssen, brauchen wir also dringend mehr Prävention und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Nur so sind wir den Herausforderungen der Zukunft gewachsen.

Herzlichst

Ihre 

Inhalt

EDITORIAL	
Begrüßung durch Irmgard Landgraf	3
<hr/>	
KURZ NOTIERT	
Aktuelles / Nachrichten	6
<hr/>	
AUS DER KAMMER	
Vom „Riesenkonstrukt“ zum modernen Dienstleister Bericht von der Delegiertenversammlung am 18. Februar 2026 <i>Von Ole Eggert</i>	22
Wir trauern um unsere im Jahr 2025 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen	26
Personalien Zum Gedenken an Dittmar Kruska	29
Ärztliche Weiterbildung Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2026	30
eLogbuch: Umstellung langsam, aber stetig Bericht vom Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung der Berliner Kliniken am 2. Februar 2026 <i>Von Anne McLaren</i>	32
Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung	33
Medizinische Fachangestellte „NäPa“ – unverzichtbar für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung	34
Veranstaltungshinweise	36
<hr/>	
AUS DER KAMMER	
Ärztliche Fortbildung Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung	37
<hr/>	
POLITIK & PRAXIS	
Zwischen Frieden und Krieg <i>Von Mario Urbanek</i>	38
Systemische (Familien-)Therapie in der ärztlichen Weiterbildung und der kassenärztlichen Versorgung <i>Von Markus Herrmann, Albert Diefenbacher und Caroline Meller</i>	40
CIRS Berlin Sprachbarrieren bei Ärzt:innen	44
<hr/>	
KULTUR & GESCHICHTE	
Das Rezept <i>Eine Glosse von Frau Dr. Titel</i>	45
#BAE30 – Was hat die Berliner Ärztinnen und Ärzte vor 30 Jahren beschäftigt? Erste Stroke-Unit Berlins	46
<hr/>	
Impressum	48

IM FOKUS

Gespräche am Lebensende

12

Hausärzt:innen kennen von ihren Patient:innen meist mehr als nur deren medizinische Geschichte. Deshalb sind sie oft wichtige Ansprechpersonen für Menschen, die sich mit dem Thema Sterben auseinandersetzen. Was ist in solchen Gesprächen wichtig?

Von Silke Jäger

Titelbild

Tagesklinische Begleitung: Pflegefachperson Martin Schleifstein nimmt sich nicht nur Zeit, um den Blutdruck der Patientin zu messen, sondern auch für Gespräche und aktives Zuhören.

Foto: Sibylle Fendt, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

Digital

Kennen Sie unsere Online-Kanäle?



Foto: Tobias Kruse, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

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

Dort finden Sie regelmäßig aktuelle Meldungen und Artikel:

- Pakt für den ÖGD – Eine gute Idee ohne Happy End
- Klingelt's bei Ihnen?
- Kontextfaktoren als Teil der medizinischen Anamnese
- „Das ist doch nur Stress“

Schulungstermine

„Gewaltfrei in die Zukunft“

Studien zufolge ist jede dritte Frau von körperlicher oder sexualisierter Gewalt durch den (Ex-)Partner betroffen. Jeden Tag versucht ein (Ex-)Partner, eine Frau zu töten, und bei nahezu jedem zweiten Tag geschieht das auch. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, müssen neue Zugänge zu Hilfesystemen für Betroffene geschaffen werden.

Der Verein „Gewaltfrei in die Zukunft“ bietet deshalb bereits seit 2025 eine getarnte App an. Diese ist nicht öffentlich zugänglich, sondern wird geschützt verteilt. Nutzerinnen können damit ihre Gewalterfahrungen sicher dokumentieren.

Ärzt:innen, die die App für Betroffene von geschlechtsbasierter Partnerschaftsgewalt verteilen möchten, können an kostenfreien Schulungen zum Umgang mit der App teilnehmen. Diese bietet das Team des Vereins gemeinsam mit dem Projektbüro der Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport an folgenden Terminen an:

- 29. April 2026 von 11:00 bis 13:00 Uhr
- 8. Juli 2026 von 09:30 bis 11:30 Uhr
- 28. Oktober 2026 von 14:00 bis 16:00 Uhr.

Interessierte können sich unter <https://pretix.eu/gfz/gesundheit26> anmelden. /

 Anzeige

Mitmachen

Stadtradeln 2026: Schließen Sie sich uns an!



Foto: Ärztekammer Berlin

Die Ärztekammer Berlin nimmt erneut mit einem eigenen Team teil und lädt alle Interessierten ein, sich dem „Team KlimaGesund! – Ärztekammer Berlin“ anzuschließen. Unser Ziel: Das größte Berliner Team für Klimaschutz und Gesundheit werden.

Im Aktionszeitraum geht es darum, gemeinsam mit anderen Berliner:innen möglichst viele Fahrradkilometer zu sammeln und so ein starkes Zeichen für mehr Klimaschutz und Radverkehr zu setzen. Radfahren ist nicht nur gut für die eigene Gesundheit, sondern spart auch eine Menge CO₂ ein.

Im vergangenen Jahr haben sich über 35.000 Berliner:innen an der Aktion beteiligt. Mit insgesamt 6.938.662 Kilometern in 21 Tagen haben sie die Erde 173-mal umrundet und 1.138 Tonnen CO₂ vermieden. Das Team der Ärztekammer Berlin erreichte mit 16.376 Kilometern Platz 51 von 2.499 Berliner Teams – das ist weiter als von Berlin nach Sydney.

Sie möchten mit Kolleg:innen, Freund:innen oder der Familie im eigenen Team radeln und trotzdem unsere Mission unterstützen? Gerne! Nach dem Beitritt können Sie einfach ein eigenes Unterteam anlegen.



Weitere Informationen zur Aktion und zum Team der Ärztekammer Berlin gibt es unter [→ www.aekb.de/stadtradeln](https://www.aekb.de/stadtradeln). Wer direkt Teammitglied werden möchte, kann den nebenstehenden QR-Code nutzen. /

Arzt SUCHT Hilfe – Suchtproblematik bei Ärztinnen und Ärzten

Suchen Sie Hilfe, Beratung, Unterstützung?

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

Suchen Sie Hilfe, Beratung, Unterstützung? Nutzen Sie die Möglichkeit, um mit uns in Kontakt zu kommen: [☉ kontakt-suchtprogramm@aekb.de](mailto:kontakt-suchtprogramm@aekb.de)

Informationen finden Sie unter [→ www.aekb.de/suchtintervention.](https://www.aekb.de/suchtintervention/) /

Anzeige

Behandlungsunterlagen

Ärztliche Aufbewahrungspflichten und Einsichtsrechte von Patient:innen

Die Ärztekammer Berlin erhält immer häufiger Anfragen von Patient:innen, die wissen möchten, wie sie an ihre Behandlungsunterlagen gelangen können. Wenn diese Information fehlt, muss der Verbleib der Akten von Mitarbeitenden der Ärztekammer aufwändig zu Lasten der Mitgliedsbeiträge ermittelt werden.

Damit es gar nicht erst so weit kommt, möchten wir Sie bitten, beim Ende Ihrer ambulanten Tätigkeit oder beim Wechsel Ihres Standortes einige wichtige Punkte zu beachten: Informieren Sie Ihre Patient:innen rechtzeitig darüber, wo sich deren Behandlungsunterlagen künftig befinden und wie sie gegebenenfalls Einsicht nehmen oder Kopien anfordern können. Im Folgenden haben wir für Sie die wichtigsten rechtlichen Grundlagen zusammengestellt.

Umgang mit Behandlungsunterlagen während und nach Beendigung der ärztlichen Tätigkeit

Ärztinnen und Ärzte sind sowohl zivilrechtlich (§ 630f Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) als auch berufsrechtlich (§ 10 Absatz 1 und 3 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin – BO) dazu verpflichtet, ihre Behandlungen zu dokumentieren und die angefertigten Dokumentationen für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (sofern keine anderen Aufbewahrungsfristen geregelt sind). Die Aufbewahrungspflicht gilt dabei nicht nur während der Dauer der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch für den Fall ihrer geplanten oder ungeplanten Beendigung.

Korrespondierend stehen den Patient:innen während der Aufbewahrungszeit Ansprüche auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen bzw. Auskunft über die damit verbundene Datenverarbeitung zu. Auch das Recht auf Anfertigung von Abschriften (Kopien) der vollständigen Patientenakte ist von diesen Ansprüchen umfasst. Sie ergeben sich aus § 630g BGB, § 10 Absatz 2 BO sowie Artikel 15 Datenschutzgrundverordnung – DSGVO.

Die erste Abschrift der Patientenakte ist den Anspruchsberechtigten unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Die

Ansprüche der Patient:innen sind zudem unverzüglich zu erfüllen, das heißt in der Regel sofort, spätestens jedoch innerhalb eines Monats ab Eingang des Begehrens.

Der Eintritt in den Ruhestand oder auch das Auftreten einer schwerwiegenden Erkrankung entbinden Ärzt:innen grundsätzlich nicht von ihren Aufbewahrungs- und Auskunftspflichten. Diese müssen Ärzt:innen nicht persönlich erfüllen. Sie können die Behandlungsunterlagen auch in gehörige Obhut, zum Beispiel einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes geben und diese damit beauftragen, den betreffenden Patient:innen Einsicht zu gewähren beziehungsweise eine Kopie zur Verfügung zu stellen. Hierfür sollte ein sogenannter Auftragsverarbeitungsvertrag geschlossen werden. Im Falle ihres Versterbens gehen die gesetzlichen Pflichten von Ärzt:innen auf ihre Erb:innen über; diese sind dann dazu verpflichtet, die Ansprüche der Patient:innen zu erfüllen.

Die Ärztekammer Berlin empfiehlt daher, den Umgang mit den Behandlungsunterlagen für die vorgenannten Fälle schon frühzeitig schriftlich bzw. vertraglich festzulegen und dies mit Kolleginnen und Kollegen, dem Praxispersonal sowie gegebenenfalls zukünftigen Erb:innen zu besprechen. Wichtig dabei: auch der physische Zugriff auf die verschlossenen oder elektronisch verschlüsselten Unterlagen ist sicherzustellen. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Patient:innen alle notwendigen Informationen erhalten.

Kommen Ärztinnen und Ärzte den Ansprüchen der Patient:innen auf Übermittlung einer Kopie ihrer Behandlungsunterlagen nicht nach, können diese ihre Ansprüche zivilrechtlich einklagen. Auch die Landesdatenschutzbeauftragte kann bei einer entsprechenden Patientenbeschwerde tätig werden. Nicht zuletzt können berufsrechtliche Maßnahmen durch die Ärztekammer ergriffen werden.

Weitere Informationen zur ärztlichen Dokumentationspflicht sowie unser Merkblatt „Einsichtnahme in ärztliche Behandlungsunterlagen“ finden Sie auf unserer Website unter [→ www.aekb.de/recht](http://www.aekb.de/recht). /



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

Termine

Austausch und Qualitätssicherung

Die Qualitätskonferenzen des Krebsregisters Brandenburg-Berlin (KKRBB) bieten eine wichtige Plattform für den fachlichen Austausch zur Qualität der onkologischen Versorgung. In regelmäßigen Treffen werden aktuelle Auswertungen aus den Registerdaten zu verschiedenen Tumorentitäten vorgestellt und gemeinsam mit den meldenden Einrichtungen diskutiert.

Folgende Termine sind für 2026 geplant:

- **17. Juni 2026:** Entitätenspezifische Qualitätskonferenz zu Sarkomen
- **16. September 2026:** Entitätenspezifische Qualitätskonferenz zum Mammakarzinom
- **25. November 2026:** Entitätenspezifische Qualitätskonferenz zu gastrointestinalen Tumoren

Nähere Informationen und Anmeldung finden Sie unter
→ [www.kkrbb.de.](http://www.kkrbb.de/) /

Anzeige



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Informationen über Veränderungen in Ihrem Haus senden Sie bitte an: redaktion@aekb.de

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Harald Ehrhardt hat zum 1. Februar 2026 die Professur für Neonatologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Mit der Berufung ist die Leitung der Klinik für Neonatologie am Campus Charité Mitte und am Campus Virchow-Klinikum verbunden. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Christoph Bühner**, der in den Ruhestand gegangen ist. Ehrhardt hat Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München studiert und dort im Jahr 2000 promoviert. Anschließend absolvierte er bis 2006 am Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Er war unter anderem als Oberarzt der Neonatologie am Perinatalzentrum Großhadern der LMU München tätig und hat die Neonatologie am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen geleitet. Im Jahr 2015 habilitierte er sich im Fach Kinder- und Jugendmedizin an der LMU München. Vor seinem Wechsel an die Charité hatte Ehrhardt die Professur für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin am Universitätsklinikum Ulm inne und leitete die gleichnamige Sektion an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Seit Anfang 2026 wird die Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain unter der Leitung von **Dr. med. Nicolle Reinhold** als eigenständige Klinik geführt. Neben dieser Klinik besteht weiterhin die Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin unter der Leitung von **Prof. Dr. med. Lars Hellmeyer**. Reinhold studierte Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und promovierte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Zu ihren beruflichen Stationen gehören die Oberhavel Kliniken am Standort Oranienburg und die Park-Klinik Weißensee, wo sie als Fachärztin und Oberärztin arbeitete und die Koordination eines zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrums verantwortete. Seit August 2021 ist sie in der Gynäkologie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain tätig, seit September 2023 als Leiterin der operativen Gynäkologie und Gynäkologischen Onkologie und seit Oktober 2024 als Leiterin des zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrums. /

Aktuelle Stellenwechsel finden Sie im Online-Magazin „Berliner Ärzt:innen“: → <https://magazin.aekb.de>.

Änderungen

Neue Fortbildungsordnung eingeführt

Am 1. April 2026 ist die neue Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin in Kraft getreten. Beim 128. Deutschen Ärztetag 2024 in Mainz wurde eine neue Fassung der (Muster-)Fortbildungsordnung beschlossen. Mit deren Umsetzung ist es nun auch in Berlin gelungen, die Vorgaben zur Wahrung der Unabhängigkeit bei ärztlichen Entscheidungen zu schärfen.

Die Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung und deren Einführung in den Landesärztekammern trägt außerdem in hohem Maße dazu bei, ärztliche Fortbildung bundesweit einheitlicher zu regeln. Unterschiede zwischen den Ärztekammern werden dadurch abgebaut. Das macht es nicht nur für Anbieter:innen leichter, sondern auch für Teilnehmende. So gibt es etwa bei der Auswahl der Fortbildungen mehr Freiheit. Bisher konnten für das Fortbildungszertifikat nur eine begrenzte Anzahl von Punkten aus dem Bereich der „curriculären Fortbildungen“ angerechnet werden. Das sind oft umfangreiche Fortbildungsmaßnahmen, für die vergleichsweise viele Punkte erworben werden können. Diese „Deckelung“ ist nun weggefallen. Auch in anderen Kategorien, wie beispielsweise im Bereich der Online-Fortbildungen, gibt es diese Art der Beschränkung nicht mehr. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Online-Fortbildungen viel mehr zur Normalität geworden sind und es in den vergangenen Jahren weitreichende Entwicklungen zu Angeboten mit hoher Qualität gegeben hat.

Inzwischen sind auch mehr Hospitationen möglich. Neu ist jedoch, dass Hospitationen zwingend vorher als ärztliche Fortbildung angemeldet werden müssen. Wenn Sie eine Hospitation planen, klären Sie deshalb bitte im Voraus mit Ihrem Hospitationsgeber, ob diese angemeldet ist.

Die neue Fortbildungsordnung der Ärztekammer Berlin finden Interessierte unter [→ www.aekb.de/aerzt-innen/fortbildung/download-bereich](https://www.aekb.de/aerzt-innen/fortbildung/download-bereich). /

Anzeige

Save the Date

Hitzeaktionstag 2026 am 11. Juni 2026

Hitze ist das größte durch den Klimawandel bedingte Gesundheitsrisiko in Deutschland. Sie kann für alle gefährlich werden, und das Risiko wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Doch das Bewusstsein für die Gefahren von Hitze sowie für Schutzmaßnahmen, insbesondere für gefährdete Personen, ist in der Bevölkerung noch unzureichend.

Deshalb findet am Donnerstag, dem 11. Juni 2026, erneut der bundesweite Hitzeaktionstag statt. Zahlreiche Organisationen, Kommunen und Einzelpersonen planen wieder vielfältige Aktionen, um auf die zunehmenden Gesundheitsrisiken durch extreme Hitze aufmerksam zu machen. Sie laden Interessierte herzlich ein, sich mit eigenen Aktivitäten zu beteiligen, um die Bedeutung von Hitzeschutz sichtbar zu machen.

Der Hitzeaktionstag wird von einem Bündnis bestehend aus dem AWO Bundesverband, der Bundesärztekammer, der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG), der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat, dem GKV-Spitzenverband und der Klima-Allianz Deutschland initiiert.

Ausführliche Informationen erhalten Interessierte unter [→ https://hitzeaktionstag.de/mitmachen](https://hitzeaktionstag.de/mitmachen). /

Anzeige

Gespräche am Lebensende

Hausärzt:innen kennen von ihren Patient:innen meist mehr als nur deren medizinische Geschichte. Deshalb sind sie oft wichtige Ansprechpersonen für Menschen, die sich mit dem Thema Sterben auseinandersetzen. Was ist in solchen Gesprächen wichtig?

Text: Silke Jäger

Fotos: Sibylle Fendt, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin



In der ersten Palliativmedizinischen Tagesklinik Berlins im Franziskus Krankenhaus können Patientinnen und Patienten spezialisierte Angebote nutzen und beispielsweise ausführliche Gespräche mit der Psychoonkologin Malina Tabea Pyttlik führen.

Herr Wagner knetet seine faltigen Hände. „Frau Doktor, ich möchte nicht mehr“, sagt er und schaut seiner Hausärztin direkt in die Augen. Sie war gerade dabei, etwas in ihren Computer zu tippen, hält nun aber inne. Herr Wagner ist 82 Jahre alt und kommt schon seit vielen Jahren zu ihr in die Praxis, zuletzt öfter, wegen seines Diabetes. Eine Herzschwäche, Kurzatmigkeit und chronische Schmerzen im Rücken machen es ihm zunehmend schwer, sein Leben aktiv zu gestalten. Er sieht nicht mehr gut und ist auf ein Hörgerät angewiesen, das er aber nicht gerne trägt. „Meine Frau hat Darmkrebs. Die Ärzte sagen, es geht nicht mehr lange, vielleicht noch drei Monate. Wir sind über 50 Jahre verheiratet, was soll ich denn ohne sie machen?“ Die Ärztin atmet tief durch. Sie weiß, dass sie sich jetzt Zeit für Herrn Wagner nehmen muss. Aber das Wartezimmer ist voll.

Hausärzt:innen kennen dieses Problem nur allzu gut: Woher die Zeit nehmen für Patient:innen mit einer lebensverkürzenden Diagnose, für Angehörige, die überfordert sind mit der Pflege eines unheilbar kranken Familienmitglieds, oder für Menschen, die ihres Lebens müde geworden sind und nach einem Ausweg suchen? In diesem Beispiel, das sich aus wahren Fällen speist, ist die Zeitnot nicht die einzige Herausforderung. Auch die Tragweite der anstehenden Entscheidungen ist eine Hürde, die Ärzt:innen mit wenig Erfahrung und ohne angemessene Anleitung oder Weiterbildung nur schwer bewältigen können. Solche Gespräche sind komplex, weil alle Lebensbereiche eine Rolle spielen: medizinische, psychische, soziale – und nicht selten auch finanzielle. In solchen Situationen braucht es Beratungsangebote, die all diese Dimensionen berücksichtigen. Für viele Patient:innen ist ihre Hausarztpraxis genau der Ort, der ihnen das bieten sollte.

Dr. med. Irmgard Landgraf war lange Hausärztin in eigener Praxis und hat viel Erfahrung in der Begleitung von Patient:innen am Lebensende. Auf die Frage, wie sich das gut organisieren lässt, antwortet sie: „Ich habe mir solche Gespräche immer ans Ende der Sprechstunde gelegt, damit ich mir die Zeit nehmen konnte, die es braucht.“ Damit will Landgraf sagen: Bei solchen Lebenslagen lassen sich Gespräche nicht unter Zeitdruck führen. Da Zeit im Praxisalltag knapp ist, bleibt Ärzt:innen aber kaum eine andere Wahl, als einen Teil ihrer Freizeit dafür zu opfern. Dann stellt sich jedoch die Frage: Was ist mit der Bezahlung?

Landgraf bringt das Dilemma auf den Punkt. „Es ist mein ärztlicher Anspruch, Menschen zu helfen. Wenn ich auf meine 40 Berufsjahre zurückblicke, sind mir viele Sterbebegleitungen in positiver Erinnerung geblieben. Denn wir können Sterbende und ihre Angehörigen auch in den letzten Lebensstunden ärztlich sehr gut unterstützen und ihnen so den Abschied erleichtern“, sagt sie und fügt hinzu: „Aber klar ist auch:

Das, was man dafür abrechnen kann, deckt den zeitlichen Aufwand nicht adäquat ab.“

Berufspolitische Gremien fordern schon lange eine angemessene Vergütung für die sprechende Medizin – bisher mit bescheidenem Erfolg. Wenn noch nicht klar ist, ob es sich um eine palliativmedizinische Versorgung handelt, lässt sich diese Abrechnungsziffer nicht guten Gewissens ansetzen. Dabei sind auch Gespräche sehr aufwendig, in denen es um die Angst vor Autonomieverlust oder um angemessene pflegerische Versorgung geht. Der Bedarf für solche Beratungsgespräche in Hausarztpraxen steigt mit dem demografischen Wandel – vor allem, wenn der Anteil multimorbider, hochaltriger Patient:innen, wie prognostiziert, weiter zunimmt.

Hinzu kommt, dass solche Beratungsgespräche in einem sich verschlechternden gesellschaftlichen Klima stattfinden. Im Gesundheitswesen soll gespart werden, und es fehlen nachhaltige Konzepte für den Fachkräftemangel in der Pflege. Immer mehr Menschen fragen sich, ob sie unter diesen Bedingungen überhaupt noch würdevoll altern und sterben können.

Darüber müsste eigentlich eine offene gesellschaftliche Debatte geführt werden, doch das Thema berührt Tabus, die zum Teil auch historische Gründe haben. In der Nazizeit wurde der Wert eines Menschen danach bemessen, welchen „Nutzen“ er für die Gesellschaft hatte. Ältere Patient:innen kennen diese Rhetorik aus eigener Erfahrung, da sie die Zeit vor, während und nach dem Zweiten Weltkrieg selbst durchlebt haben. Die Angst, den eigenen Angehörigen oder der Gesellschaft zur Last zu fallen, ist weit verbreitet und wird auch immer wieder als Motiv genannt, nicht mehr leben zu wollen.

Wie ins Gespräch kommen?

Landgraf hat die Erfahrung gemacht, dass viele Menschen Angst vor einem Kontrollverlust haben und gar nicht wissen, wie sie die letzte Lebensphase aktiv mitgestalten können. Sie sagt: „Nicht immer möchten Menschen über alles aufgeklärt werden und alles mitentscheiden. Meine Aufgabe ist es, erst einmal zuzuhören und zu verstehen, welche Nöte da sind und was dem Menschen jetzt wichtig ist.“

Wertfreies Zuhören schafft die Voraussetzung, sich einem Menschen wirklich zuzuwenden und ihm zu zeigen, dass alles, was ihn bewegt – Ängste, Fragen, Bedürfnisse – Raum haben darf. Das betont auch Prof. Dr. med. Jörg Weimann, Anästhesist, Intensiv- und Palliativmediziner sowie Chefarzt am Alexianer St. Gertrauden-Krankenhaus: „Wer einen Menschen auf seinem letzten Weg begleitet und seine Bedürfnisse ins Zentrum stellt, sollte ihm ohne Bewertung und mit voller Offenheit für alles, was ist, begegnen.“

Ärzt:innen sollten die Motive für den Sterbewunsch nicht bewerten und auch nicht, dass es diesen Wunsch überhaupt gibt. Es geht vielmehr darum, die jeweilige Situation zu respektieren. Denn jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen.¹ Das ist einer der Leitsätze der Sterbebegleitung. Damit dies gelingt, muss die psychosoziale (gegebenenfalls auch spirituelle), pflegerische und medizinische Versorgung zu den individuellen Bedürfnissen und der Lebenssituation passen.

Ärzt:innen haben dabei oft auch eine koordinierende Aufgabe und sind sowohl Ansprechpartner:innen für andere Einrichtungen des Gesundheitswesens als auch für zivilgesellschaftliche Hilfsangebote. Diese Rolle anzunehmen, fällt jedoch nicht allen Ärzt:innen leicht – aus unterschiedlichen Gründen. „Ärzt:innen tun sich oft schwer damit, den Tod nicht als medizinisches Versagen zu betrachten“, erklärt Dr. med. Volkan Aykaç. Der Facharzt für Innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Geriatrie und Palliativmedizin arbeitet als Oberarzt am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin (EGZB). „Für die Patient:innen ergibt sich daraus ein Problem: Sie wollen mit uns übers Sterben sprechen, spüren aber, dass Ärzt:innen oft eine ambivalente Haltung dazu haben.“

Aykaç arbeitet auch als Dozent im Weiterbildungskurs „Palliative Geriatrie für die (haus-)ärztliche Praxis“ des Unionhilfswerks² und erlebt dort sehr aufgeschlossene Hausärzt:innen, denen aber genau diese Ambivalenz oft Schwierigkeiten bereitet. „Es ist entscheidend, zu einer Haltung zu finden, die den Tod wieder als normalen Teil des Lebens betrachtet. Das fällt allen schwer, Patient:innen genauso wie Ärzt:innen.“

Fehlendes Wissen darüber, was beim Sterben passiert, erschwert das Gespräch zusätzlich.³ Oft fehle es den Menschen auch an spiritueller Orientierung, da der Gottesglaube nicht mehr einen so hohen Stellenwert habe, so Aykaç. „Die Folge ist, dass der Tod nicht in den eigenen Lebensentwurf integriert werden kann. Ärzt:innen müssen ehrlich mit sich sein und reflektieren, welche Schwierigkeiten sie selbst damit haben und wie sehr sie beim Thema Tod befangen sind.“

Dirk Müller ist Vorsitzender der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie e. V., Bereichsleiter im Unionhilfswerk, Koordinator verschiedener Hospiz- und Palliativangebote und Spezialist für Palliative Care. Er sagt: „Es gibt eine große Unsicherheit in der Hausärzteschaft, über das Sterben zu sprechen. Doch diese Sprachlosigkeit lässt sich überwinden.“ Hausarztpraxen könnten zum Beispiel mehr Informationsmaterial ins Wartezimmer legen, etwa die Broschüre „Wenn Heilung nicht mehr möglich ist“ oder einen Flyer des regionalen Hospizdienstes.⁴ So können sich Patient:innen erst einmal in

Ruhe mit dem Thema beschäftigen und später im Gespräch gezieltere Fragen stellen. Das hilft auch den Ärzt:innen, im Gespräch sicherer zu sein.

„Die Kunst ist, das schwere Thema durch einen unaufgeregten und zugänglichen Kommunikationsstil ein bisschen besser verdaulich zu machen“, so Müller weiter. Dem stimmt Aykaç zu: „Als Arzt muss man versuchen, den Patient:innen Sicherheit zu vermitteln, damit sie sich öffnen können. Das gelingt oft leichter in einer entspannten Atmosphäre.“ Offen zu sprechen, fällt aber gerade älteren Patient:innen nicht unbedingt leicht, weil sie oft noch das Bild vom Halbgott in Weiß mit sich herumtragen. Sie denken zum Teil noch sehr paternalistisch und äußern ihre Wünsche nicht ungefragt.

Es kann ein länger andauernder Prozess sein, bis ein offener Austausch gelingt. „Man muss dranbleiben und ruhig ein zweites und drittes Mal darauf zu sprechen kommen. Man muss nachfragen, was sich der Mensch noch vom Leben erwartet und was für ihn Lebensqualität ausmacht“, sagt Aykaç. „Die Patient:innen müssen spüren, dass man ihre Verzweiflung aushält. Und dass man es ernst meint mit der ehrlichen Unterstützung.“

Im Falle von Herrn Wagner könnte die Hausärztin etwa gezielt danach fragen, welche Wünsche er für die letzte Zeit mit seiner Frau hat und welche für die Zeit danach. Sie könnte zum Beispiel fragen: „Was brauchen Sie, um die Tage mit Ihrer Frau noch als eine gute gemeinsame Zeit zu empfinden? Was würde Ihnen helfen, damit Sie von Ihrer Frau gut Abschied nehmen können? Und was brauchen Sie jetzt persönlich, damit Sie die Kraft für all das finden, was jetzt nötig ist?“

Die Wünsche der Patient:innen weisen den Weg

iele Menschen verdrängen den Gedanken ans Lebensende und beschäftigen sich erst spät mit ihren eigenen Wünschen – oft erst dann, wenn es gar nicht mehr anders geht. Aykaç erklärt: „Sobald jemand eine Diagnose bekommt, die sein Leben verändern wird, kann man als Arzt schon nachfragen, was der Person im Leben noch wichtig ist.“ Das ist der Kern von Advanced Care Planning, der vorausschauenden Versorgungsplanung: Je früher darüber geredet wird, desto besser lässt sich die medizinische und pflegerische Betreuung individuell anpassen. Dabei spielt es erst einmal keine Rolle, wie die Prognose ist und ob die Lebenserwartung auf

1 → www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze.html

2 → <https://palliative-geriatrie.de/kpg-bildung/bildungsprogramm-2026/2026-11>

3 → www.gesundheitsinformation.de/sterben-tod-und-trauer.html

4 → www.berlin.de/sen/pflege/pflege-und-rehabilitation/besondere-personengruppen/schwerstkranken-und-sterbende/#sterbentodtrauer

wenige Wochen oder mehrere Jahre geschätzt wird. Je früher sich Menschen über ihre Wünsche klar werden, desto einfacher wird es, Entscheidungen zu treffen – vor allem, wenn sie schwer wiegen.

Sterbeprozesse verlaufen selten nach Plan. Es gibt Entwicklungen, die sich nicht immer voraussehen lassen. „Bei einer Demenz ist das zum Beispiel häufig schwer einschätzbar. Und ausgerechnet da kommt man auch schnell kommunikativ an seine Grenzen“, berichtet Palliativexperte Müller. In den Kursen des Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie des Unionhilfswerks werden auch dafür Fähigkeiten vermittelt, zum Beispiel die Grundlagen der Validation. Dabei handelt es sich um eine Kommunikationsmethode, die auch über die Gefühlsebene wirkt und sich als sehr hilfreich für die Gespräche mit Demenzpatient:innen erwiesen hat. Sie schult das Zuhören, die Wahrnehmung und die Fähigkeit, Worte zu finden, die zur Situation von Menschen mit Demenz passen.

Hilfreich ist auch, wenn Ärzt:innen sich immer wieder bewusst machen, worum es geht, wenn Heilung unwahrscheinlich wird. „Ein Entweder-oder-Denken macht es schwerer: Entweder kurativ oder palliativ“, betont Müller. Die Erfahrungen von Landgraf bestätigen dies. Sie hat erlebt, dass es Patient:innen enorm entlastet, wenn sie nach dem Wechsel zur palliativen Versorgung nicht mehr für ihre Wünsche in einem „heilenden“ System kämpfen müssen. Müller erklärt, wie wichtig dabei die ärztliche Haltung ist: „Ärzt:innen, die akzeptieren können, dass sich die kurativen und palliativen Therapieziele aufeinander zubewegen, finden leichter zu einer gemeinsamen Entscheidung mit allen Beteiligten.“ Das betrifft auch oft das, was weggelassen werden soll, weil es als zu belastend empfunden wird.

Eine Patientenverfügung erleichtert gemeinsame Entscheidungen von Patient:innen, Ärzt:innen, Pflegefachkräften und Angehörigen. Doch zu wenige Menschen haben eine solche. Das liegt auch daran, dass sie oft missverstanden wird – nämlich als ein Papier, in dem festgehalten werden soll, welche Maßnahmen man nicht will. „Keine Schläuche!“ heißt es im Volksmund. Aber auch medizinisches Personal verkennt noch das Potenzial der Verfügung und fragt zu selten danach. Dabei hilft sie allen Beteiligten – auch den Angehörigen –, sich auf die Wünsche der Patient:innen zu konzentrieren, ohne sich durch eigene Präferenzen und Gefühle ablenken zu lassen. Eine solche Verfügung zu erstellen, kann sehr aufwendig sein. Zwar sind Vordrucke hilfreich, aber nicht zwingend erforderlich. Empfehlenswert ist es jedoch, auf Beratungsangebote verweisen zu können, wie es sie zum Beispiel bei den Verbraucherzentralen gibt.

Gerade ältere Menschen sind allerdings schnell überfordert, wenn sie eine Patientenverfügung mithilfe schriftlicher

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung stellt sicher, dass die Wünsche der Patient:innen auch dann berücksichtigt werden können, wenn sie nicht mehr selbst in der Lage sind, einer Behandlungsentscheidung zuzustimmen. Jede volljährige Person kann eine Patientenverfügung formlos verfassen und sie jederzeit auch formlos widerrufen. Medizinisches Personal ist an eine Patientenverfügung gebunden, sofern sie für die aktuelle Behandlungssituation relevant ist.

Weiterführende Informationen:

- **Bundesministerium für Gesundheit**
→ www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenverfuegung
- **Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz**
→ www.bmjv.de/DE/service/service_node.html
→ Broschüren und Infomaterial → Stichwort „Patientenverfügung“
- **Verbraucherzentrale**
→ www.verbraucherzentrale.de/gesundheitspflege/selbstbestimmt-die-onlinevorsorgedokumente-der-verbraucherzentralen-76270

Berliner Notfallverfügung

In Berlin fehlt bei 75 Prozent der über 65-Jährigen eine Verfügung für den Umgang mit kritischen gesundheitlichen Situationen. Mit einer solchen Verfügung kann eine unerwünschte Über- bzw. Unterversorgung vermieden werden. Abhilfe soll die „Berliner Verfügung für Notfälle“ schaffen.

Weiterführende Informationen:

- **Zentrale Anlaufstelle Hospiz**
→ <https://hospiz-aktuell.de/vorsorge/berliner-notfallverfuegung>
- **Online-Magazin „Berliner Ärzt:innen“**
→ <https://magazin.aekb.de/alltag-praxis/notfallversorgung-in-berlin-es-besteht-noch-optimierungsbedarf>

Ratgeber und Online-Tools erstellen sollen. Sie entwickeln ihre Wünsche oft am besten im Gespräch mit einem Gegenüber. Für viele sind deshalb ihre Hausärzt:innen die erste und wichtigste Anlaufstelle. Dabei geht es nicht nur um medizinische Fragen und nicht nur darum, in welcher Situation künstliche Ernährung oder Beatmung tolerierbar ist.

→ Seite 20

Erste Einrichtung dieser Art in Berlin

Die Palliativmedizinische Tagesklinik im Franziskus Krankenhaus unter dem Dach der Joseph Kliniken Berlin

In Berlin gibt es seit Mitte 2025 eine Einrichtung, die den Umgang mit schwerer Krankheit verändern soll: die erste palliativmedizinische Tagesklinik der Stadt. Unheilbar kranke Menschen, die sich noch nicht in ihrer Lebensendphase befinden, erhalten hier tagsüber eine umfassende palliativmedizinische und palliativpflegerische Betreuung, therapeutische Angebote, psychosoziale Unterstützung sowie seelsorgerische Begleitung. Anschließend kehren sie in ihr gewohntes Zuhause zurück. Währenddessen sind gegebenenfalls Angehörige entlastet.

Die palliativmedizinische Tagesklinik richtet sich an Patientinnen und Patienten, die ein spezialisiertes Angebot benötigen, jedoch keine durchgehende Krankenhausversorgung

brauchen und für die die Fahrten zur Klinik zumutbar sind. Die therapiefreien Zeiten verbringen sie in ihrem eigenen Umfeld, das ihnen Sicherheit und Vertrautheit bietet.

Die Fotoreportage von Sibylle Fendt gewährt Einblicke in den Alltag dieser besonderen Einrichtung und zeigt, wie vielseitig die Arbeit in der palliativmedizinischen Betreuung sein kann. Im anschließenden Interview berichtet Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus, Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin im Franziskus Krankenhaus unter dem Dach der Joseph Kliniken Berlin, zu der die palliativmedizinische Tagesklinik gehört, wie die Idee zu dieser Einrichtung entstanden ist und darüber, welche Rolle die Palliativversorgung in Zukunft für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen spielen kann.



Die tagesklinische Behandlung umfasst eine werktägliche Versorgung von sechs bis acht Stunden. In dieser Zeit können die Patientinnen und Patienten palliativmedizinische und palliativpflegerische sowie therapeutische, psychosoziale und seelsorgerische Angebote nutzen.



Zu den therapeutischen Angeboten gehören verschiedene Kreativtherapien, darunter Kunst- und Maltherapie.

Multimodales und individuelles Therapiekonzept

Die tagesklinische Behandlung umfasst eine werktägliche Versorgung zwischen sechs und acht Stunden. Die einzelnen Bausteine sind:

Bei körperlichen Beschwerden:

- Symptomlinderung, zum Beispiel bei Schmerzen, Atemnot, Flüssigkeitsableitungen (Drainagen)
- Infusionen und Bluttransfusionen
- operative Wundbehandlungen
- weiterführende Diagnostik
- fachübergreifende Therapie

Umfassendes therapeutisches Angebot:

- Psychotherapie, Psychoonkologie
- Kreativtherapie
- Physio- und Ergotherapie, Lymphdrainage
- komplementäre Therapieverfahren

Wichtige ergänzende Services/Angebote:

- Kontakte zur Krankenhauseseelsorge (religionsoffen)
- Sozialberatung und Unterstützung, Pflegeüberleitung

Anmeldung zur palliativmedizinischen Tagesklinik

Das multimodale und individuelle Therapiekonzept der palliativmedizinischen Tagesklinik (PTK) umfasst eine werktägliche invasive und/oder noninvasive Krankenhausbehandlung von palliativmedizinischen Patientinnen und Patienten für sechs bis acht Stunden an Einzeltagen oder kontinuierlich, zunächst bis zum Quartalsende.

Anmeldung

- Ärztlicher Dienst: ☎ 030 2638 6122, ✉ palliativmedizin@joseph-kliniken.de
- Alternativ ist die Anmeldung unter [→ www.joseph-kliniken.de](http://www.joseph-kliniken.de) möglich.

Zuweisung mit

- Einweisungsschein (Verordnung von Krankenhausbehandlung)
- Befunde, Medikation

„Unverzichtbar aber bleibt – das nehmen wir immer wieder wahr – die besondere menschliche Zuwendung, die alle unsere Patientinnen und Patienten erfahren“



WH **Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus**
 Facharzt für Innere Medizin, Palliativmediziner, Diabetologe (DDG)
 Foto: Dirk Pagels

BÄ **Herr Professor Hardinghaus, wie ist die Idee entstanden, eine palliativmedizinische Tagesklinik einzurichten?**

WH Als Vorsitzender des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) konnte ich schon 2015 an der Entstehung des Hospiz- und Palliativgesetzes mitwirken und habe seitdem dessen Möglichkeiten zur Versorgung palliativer Patientinnen und Patienten im Blick, etwa das inzwischen etablierte teilstationäre Tageshospiz.

Dessen Konzept hat insbesondere die soziale Teilhabe seiner Gäste im Fokus. Im Gegensatz dazu bietet das Modell der Palliativmedizinischen Tagesklinik des Franziskus Krankenhauses hier unter dem Dach der Joseph Kliniken Berlin seinen Gästen verschiedene medizinische klinische Anwendungen an.

Genau hier sehe ich als langjähriger Palliativmediziner einen tatsächlichen Bedarf und eine Versorgungslücke für Palliativpatientinnen und -patienten, deren Lebensende noch nicht unmittelbar zu erwarten ist. Beispielsweise als „Early Integration“ zwischen oder nach tumorspezifischen Therapien.

Bislang gibt es deutschlandweit nur wenig vergleichbare Einrichtungen. Woran liegt das und was ist das Neue oder Besondere an Ihrem Angebot?

Es handelt sich um eine neue Versorgungsform und ist daher vielerorts noch nicht bekannt. Krankenhausträger

sind mitunter zurückhaltend, wenn es darum geht, neues Terrain zu betreten, oder es fehlt ihnen an ausreichender personeller Kompetenz im palliativen Bereich.

Das Neue daran ist, dass Patientinnen und Patienten nach einer klinischen Intervention oder auch gebündelten Maßnahmen am Abend wieder in ihrem gewohnten Umfeld sind. Daneben können Angehörige tagsüber entlastet werden.

Welche Berufsgruppen gehören zu Ihrem Team?

Wie bei der langjährig bewährten vollstationären Behandlung arbeiten auch hier Medizin, Pflege, Physiotherapie, Psychologie, Seelsorge, Sozialdienst und Ehrenamt Hand in Hand, gestützt durch regelmäßige Fallbesprechungen, Teamsitzungen und Supervisionen.

Wie binden Sie Hausärztinnen und -ärzte oder andere Behandelnde in die Versorgung ein?

Wir beteiligen unsere niedergelassenen Zielgruppen in den hausärztlichen und Facharztpraxen, etwa in der Onkologie und in der SAPV, in dem wir Fortbildungen und Infomaterialien anbieten und persönliche Gespräche führen. Wir informieren die Kolleginnen und Kollegen regelmäßig durch schriftliche Berichte oder direkt telefonisch und besprechen vertrauensvoll bestehende Fragen oder Anliegen. Wichtig ist hier, dass die Kolleginnen und Kollegen parallel mitbehandeln und auch abrechnen können.

Chefarzt Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus und Oberärztin Dr. med. Esther Hege bei der medizinischen Visite.



Wie wird ein Platz in der Tagesklinik in der Regel finanziert?

Die Klinikleitung konnte mit den Kostenträgern eine vollständige Übernahme der Behandlungs- und auch Transportkosten verhandeln. Es handelt sich also um eine Vollfinanzierung.

Was ist bei Ihren Patientinnen und Patienten besonders beliebt?

Das ist individuell verschieden: Einige kommen nur für einen Tag, um sich einer klinischen Intervention wie einer Bluttransfusion, Punktion oder gezielter Diagnostik zu unterziehen. Andere kommen mehrmals, oft wöchentlich, für nichtinvasive Anwendungen wie Physio-, Kunst- oder auch Gesprächstherapie. Diese werden ebenfalls gerne angenommen. Soweit möglich, genießen viele den „Ausflug“ auf unsere schöne Dachterrasse mit wohltuendem Weitblick inmitten Berlins. Unverzichtbar bleibt jedoch die besondere menschliche Zuwendung, die alle unsere Patientinnen und Patienten erfahren.

Welche Entwicklungen in Gesellschaft und Gesundheitssystem – etwa demografischer Wandel, Einsamkeit oder die Situation in der Pflege – beeinflussen Ihre Arbeit besonders?

Als Mitglied der Arbeitsgruppe Langzeitpflege im Deutschen Ethikrat beschäftigen mich diese Themen intensiv und zum Teil mit besonderer Sorge. Mit der Palliativmedizinischen Tagesklinik möchten wir fachlich wie menschlich ein gutes Beispiel für eine würdevolle Begleitung vorleben. Daher bin ich überzeugt, dass der Zuspruch von Betroffenen und ihren Angehörigen in den kommenden Jahren weiter wachsen wird – auch im Verbund mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. /



Es werden auch Physio- und Ergotherapie sowie Lymphdrainagen angeboten. Therapeutin Annett Kaliga nimmt sich Zeit für ihre Patientin, die die Behandlung mit dem Lymphmaten besonders schätzt.

Suizidprävention

- Eine Arbeitsgruppe des **Nationalen Suizidpräventionsprogramms** befasst sich mit der Suizidprävention bei älteren Menschen. Der Abschlussbericht stellt spezifische Probleme dieser Altersgruppe vor und zeigt, welche Präventionsansätze vielversprechend sind.
→ https://naspro.de/dl/Bericht2021_Alte.pdf
- Das **Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)** informiert über Lebensmüdigkeit bei pflegebedürftigen Menschen und hat eine übersichtliche Broschüre für Betroffene und Angehörige herausgegeben.
→ www.zqp.de/presse/lebensmuedigkeit-aeltere-menschen
- Die **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention** gibt einen Überblick über wichtige Anlaufstellen bei suicidalen Krisen.
→ www.suizidprophylaxe.de/betroffene-und-angehoerige
- Die **Berliner Fachstelle für Suizidprävention** vernetzt unterschiedliche Angebote in Berlin und arbeitet aktuell zusammen mit der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege an einer spezifischen „Suizidpräventionsstrategie 2030“.
→ www.suizidpraevention-berlin.de/netzwerk-fuer-suizidpraevention-berlin
- Das **Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierten Maßnahmen (FraPPE)** bietet Informationen für verschiedene Zielgruppen an, darunter auch für ältere Menschen.
→ <https://frappe-frankfurt.de/downloads>

So kann ein erster Schritt sein zu sagen: „Schreiben Sie doch mal auf, worauf Sie nicht verzichten möchten, wenn Sie hilfsbedürftig sind.“ Ist es die Sportschau am Samstagabend? Oder ein Glas Rotwein ab und zu? Dass die Enkel regelmäßig anrufen? Oder dass der BH immer ordentlich sitzt? Solche Kleinigkeiten können in den letzten Lebenstagen eine große Bedeutung haben. Auch für die Angehörigen. Gewusst zu haben, was sich der geliebte Mensch noch gewünscht hat, und diesen Wünschen so gut es ging nachgekommen zu sein, hilft ihnen beim Trauern – sowohl vor als auch nach dem Tod.

Was, wenn ein Suizidwunsch im Raum steht?

(Haus-)Ärzt:innen werden zunehmend mit Sterbewünschen unterschiedlicher Motivlagen konfrontiert. Dabei schwingt

oft das Thema Suizid mit, so wie bei Herrn Wagner. „Alter ist ein bedeutender Risikofaktor für einen Suizid“, sagt Prof. Dr. med. Ute Lewitzka. Sie hat an der Goethe-Universität Frankfurt am Main den ersten Lehrstuhl für Suizidologie und Suizidprävention in Deutschland inne. Laut Statistik⁵ nehmen sich in Deutschland ungefähr 10.000 Menschen pro Jahr das Leben, 70 Prozent von ihnen sind männlich. Besonders gefährdet sind Männer im Alter zwischen 55 und 65 sowie zwischen 80 und 84 Jahren. Bei dieser Thematik sind Hausärzt:innen wichtige Bezugspersonen, gerade für ältere Menschen, die aus vielen Gründen belastet sind: erschwerte Teilhabe, soziale Isolation und lückenhafte Gesundheitsversorgung. Studien zeigen, dass viele Menschen kurz vor einem Suizid noch das Gespräch mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt suchen.⁶

Suizidversuche sind ein psychiatrischer Notfall und in der Medizin versucht man generell, Notfällen vorzubeugen. Suizidwünsche verschwinden oft wieder, wenn die Betroffenen Handlungsmöglichkeiten für die dahinterliegenden Nöte entdecken. Für Landgraf ist ein Suizidwunsch deshalb ein Signal, gezielt nachzufragen: „Wenn ich weiß, was den Menschen so an seinem Leben zweifeln lässt, kann ich nach unterstützenden Lösungen suchen, zum Beispiel eine Psychotherapie vorschlagen oder an spezialisierte Beratungsstellen vermitteln. Bei sozialer Isolation kann ich Kontakt zu Begegnungsiniciativen für Senior:innen herstellen. Dafür muss ich aber wissen, was in der Nachbarschaft möglich ist.“ Lewitzka weist zudem auf die Bedeutung von Suizidpräventionsnetzwerken⁷ hin, die es in vielen Bundesländern, auch in Berlin (siehe Kasten), gibt. Sie sind auch für Angehörige Ansprechpartner.

Äußern Patient:innen den Wunsch nach einem assistierten Suizid, stoßen viele Ärzt:innen allerdings an ihre Wissensgrenzen.⁸ Intensiv- und Palliativmediziner Weimann ist in der Ärztekammer Berlin Beauftragter für dieses Thema und berichtet: „Zurzeit gibt es Bemühungen im Bundestag, neue Regelungen zu verabschieden. Es deutet sich an, dass sie sicherstellen sollen, dass die Freiverantwortlichkeit wirklich gegeben ist. Man könnte sich da eine ähnliche Struktur wie bei den Beratungen zum Schwangerschaftsabbruch vorstellen.“ Derzeit können Patient:innen aufgrund eines

5 → www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119576

6 → <https://bjgp.org/content/73/732/e478>

7 → www.suizidpraevention.de

8 → <https://magazin.aekb.de/im-fokus/bis-zuletzt-die-schwierige-debatte-ueber-den-assistierten-suizid>

9 → www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html

10 → <https://magazin.aekb.de/im-fokus/jeder-mensch-braucht-einen-arzt-mit-dem-er-ueber-todeswunsche-sprechen-kann>

Urteils des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 zu Organisationen gehen, die eine „geschäftsmäßige“ Suizidhilfe anbieten.⁹ Ärzt:innen stehen also vor dem Problem, dass sie den assistierten Suizid zwar ablehnen, ihn im Zweifel aber nicht verhindern können. Landgraf begegnet diesem Problem so: „Ich biete Alternativen an.“¹⁰

Im Team arbeiten – Netzwerkknoten sein

Für Gespräche über das Lebensende kann es entscheidend sein, nicht nur zu wissen, wohin man seine Patient:innen verweisen kann, sondern dies auch guten Gewissens tun zu können. Meist sind Hausärzt:innen bereits mit Therapeut:innen, Pflegestellen und anderen ärztlichen Einrichtungen vernetzt. Bei Hilfsangeboten außerhalb des Gesundheitswesens, zum Beispiel mit spezialisierten Beratungsstellen, tun sie sich jedoch schwer. Dorthin könnten sie Hilfe suchende Patient:innen verweisen – wissen jedoch oft nicht, wie diese arbeiten.

Weimann besucht deshalb regelmäßig Veranstaltungen, die von Organisationen angeboten werden, die nicht direkt zum Gesundheitswesen gehören, wie etwa Letzte-Hilfe-Kurse oder Vorträge von Hospizdiensten. „Das ist oft gut gemacht und sehr berührend“, berichtet er und ergänzt: „Die Perspektive, dass Sterben und die Begleitung zum Tod etwas ist, das zum Leben gehört, ist uns inzwischen fremd geworden. Hier wird einem aber wieder bewusst, dass Menschen zu Hause sterben dürfen, dass niemand ins Krankenhaus muss, nur weil kurativ vielleicht noch was drin wäre.“ Oft ist Weimann bei solchen Veranstaltungen der einzige Arzt. „Das

ist aber eigentlich eine gute Gelegenheit, sich zu informieren und Kontakte zu knüpfen. Es nützt unseren Patient:innen, wenn wir Ärzt:innen uns als Netzwerkknoten begreifen.“

Aykaç wünscht sich als Krankenhausarzt mehr Vernetzung mit ambulanten Kolleg:innen. „Kürzlich hat mir ein Hausarzt eine Mail geschrieben, der vor Jahren in einem unserer Kurse saß, weil er einen Rat brauchte. Das hat mich sehr gefreut. Klar kostet das Zeit und davon haben wir alle zu wenig, aber es ist wichtig, dass wir uns gegenseitig unterstützen.“

Auch Müller hält es für einen entscheidenden Faktor, gemeinsam im Team handeln zu können. „Die ambulanten Strukturen sind da manchmal mehr eine Hürde als eine Hilfe, das muss man leider sagen“, stellt er fest. Beim Vernetzen mit unterstützenden Einrichtungen und Angeboten kommt es seiner Meinung nach vor allem auf die Gesprächskultur an. Ein gutes Netzwerk, in dem ein vertrauensvoller Austausch möglich ist, kann sehr entlasten. „Bei der Hausarztpraxis nebenan anzuklopfen und zu fragen, ob man mal gemeinsam einen schwierigen Fall besprechen kann, hilft oft schon weiter“, so Müller.

In Berlin gibt es bislang keine zentrale Anlaufstelle für Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe, die sich mit Todeswünschen von Patient:innen konfrontiert sehen oder Fragen zur Suizidprävention haben. Das soll sich ändern. Die Fraktion Gesundheit hat in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin einen Antrag eingebracht, der die Einrichtung eines entsprechenden Beratungsangebotes vorsieht. Ziel ist es, Ärzt:innen in schwierigen Gesprächen und Entscheidungssituationen besser zu unterstützen. Die Delegiertenversammlung hat den Antrag in ihrer Sitzung im Dezember 2025 angenommen. Nun soll der Vorstand der Ärztekammer Berlin gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Pflege und Gesundheit sowie der „Berliner Fachstelle Suizidprävention“ ein solches Beratungsangebot auf den Weg bringen. /

Unterstützung für Menschen am Lebensende

Wichtig ist auch zu wissen, wann Patient:innen eine andere Versorgung benötigen, als man selbst sie bieten kann. Wann ist es Zeit, eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) hinzuzuziehen? Wann braucht es einen ambulanten Hospizdienst? Oder ist der Umzug in ein Hospiz oder auf eine Palliativstation notwendig?

→ Die **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin** stellt Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Situationen zur Verfügung.

→ www.dgpalliativmedizin.de/dgp-veroeffentlichungen/broschueren

→ Das **Netzwerk Palliative Geriatrie** vernetzt insbesondere Pflegeeinrichtungen, aber auch diverse andere Angebote zur Unterstützung von Menschen am Lebensende.

→ <https://netzwerk-palliative-geriatrie.de>



Silke Jäger
Freie Medizinjournalistin
Foto: Andy Alexander

Vom „Riesenkonstrukt“ zum modernen Dienstleister

Bericht von der Delegiertenversammlung am 18. Februar 2026

Mit einem lebhaften Austausch über die Zukunft der Struktur der Weiterbildungsausschüsse hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin eine richtungsweisende Debatte eröffnet. Im Zentrum steht eine grundlegende Reform. Während die einen für eine Verschlinkung und ein neues Rollenverständnis im Ehrenamt plädierten, mahnten andere die Beibehaltung der derzeitigen Strukturen im Ehrenamt an.

Auszug aus der Tagesordnung der 14. Sitzung der Delegiertenversammlung

- Anfragen an den Vorstand
- Mitteilungen des Vorstandes
- Berichte der Ausschüsse
- Austausch zur Neuordnung der Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammer Berlin
- 130. Deutscher Ärztetag vom 11.05. bis 15.05.2026 in Hannover
- Mündlicher Sachstandsbericht: Ergebnisse des Arbeitskreises Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin

Vor dem Einstieg in die Tagesordnung (TO) begrüßte PD Dr. med. Peter Bobbert (Marburger Bund), Präsident der Ärztekammer Berlin, die neue Delegierte Prof. Dr. med. Christiane Erley (Marburger Bund). Sie hat den Sitz von Prof. Dr. med. Jörg-Wilhelm Oestmann (Marburger Bund) übernommen. Erley war bereits in der 15. Amtsperiode in der Delegiertenversammlung (DV) vertreten und verfügt daher über Erfahrungen in der Berufspolitik.

Dieser Begrüßung stand ein trauriger Abschied gegenüber: Bobbert informierte die Delegierten darüber, dass Dr. med. Dittmar Kruska im Januar im Alter von 92 Jahren verstorben sei. Nach der Wiedervereinigung war er Mitglied der ersten gemeinsamen Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Es folgten weitere Legislaturperioden, bevor er 2011 sein Mandat aufgab. Zudem war er ab 1998 für mehrere Jahre Mitglied des Vorstandes und engagierte sich mit großer Fachkenntnis und Verlässlichkeit im Weiterbildungsausschuss III. (Einen Nachruf auf Dr. med. Dittmar Kruska finden Sie auf Seite 29.)

Nach einer Schweigeminute begann Bobbert mit dem TOP 1 „Anfragen an den Vorstand“. Die Fraktion Gesundheit hatte mit einem Antrag nach den jährlich entstehenden Kosten für die Arbeit der einzelnen Ausschüsse und Arbeitskreise für die Wirtschaftsjahre 2023 und 2024 gefragt. Nach einem Dank für die ausführliche Antwort von Dr. med. Katharina Thiede (Fraktion Gesundheit) an das Hauptamt wurde das Thema nicht weiter vertieft.

Dr. med. Otto Ziehaus (Liste Integrative Medizin – LIMed Berlin) wies auf eine Zunahme psychotischer Personen im öffentlichen Raum Berlins hin. In einem Artikel seien kürzlich Ratschläge erteilt worden, wie man sich diesen Personen gegenüber verhalten solle. Ziehaus regte an, dass die Kammer dieses Thema aufgreift. Allgemein stehe es um die psychiatrische Versorgung in Berlin derzeit schlecht. Kliniken würden geschlossen, weil es an Pflegepersonal mangle. Auch bei den Gerichten machte Ziehaus Defizite aus. Richter:innen würden die Freiheit der Patient:innen zu einseitig in den Vordergrund stellen, sodass diese nicht in Behandlung kämen.

Die folgenden schriftlichen Mitteilungen des Vorstands ergänzte Bobbert um die Information, dass der Vorstand aus Gründen der Effizienzsteigerung beschlossen habe, dass für die Befugniserteilung zukünftig nicht mehr zwei Anträge gestellt werden müssen. Aktuell müssen Befugte, die Ärzt:innen in Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung (WBO) von 2004 weiterbilden, auch eine Befugnis für die WBO 2004 haben. Für diejenigen, die eine Befugnis nach der WBO 2021 beantragen und bisher noch keine Befugnis nach der WBO 2004 hatten, wird der nach der WBO 2021 gestellte Befugnisantrag nun auch für die WBO 2004 dupliziert. Aufgrund dieser Neuregelung muss die Abteilung Weiterbildung bis zu 25 Prozent weniger Befugnisansträge bearbeiten.

Danach informierte Bobbert, welche Ausschüsse in den nächsten Sitzungen unter dem TOP 3 berichten:

- DV am 6. Mai 2026: Fortbildungsausschuss
- DV am 1. Juli 2026: Ausschuss Medizinische Fachberufe
- DV am 9. September 2026: Ausschuss zur Schlichtung von Streitigkeiten über Behandlungsfehler
- DV am 25. November 2026: Ausschuss für Qualitätssicherung

Damit übergab er das Wort an Matthias Marschner (Fraktion Gesundheit), der den Delegierten als dessen Vorsitzender die Arbeit des Ausschusses für Menschenrechtsfragen vorstellte. „Menschenrechte sind ein Grundsatz unserer Arbeit“, begann Marschner seinen Vortrag. Der ärztliche Alltag zeige jedoch häufig etwas anderes, fügte er hinzu. In den Rettungstellen komme es häufig zu einer unzureichenden Behandlung obdachloser Patient:innen und vielerorts sei bis heute keine Sprachmittlung gegeben. Er verstehe den Ausschuss als „fachliches Frühwarn- und Beratungsgremium“. Zudem sehe er eine historische Verantwortung der Ärztekammer Berlin. Immerhin habe sie als erste Landesärztekammer bereits im Jahr 1995 einen Menschenrechtsbeauftragten berufen und 2003 den Ausschuss für Menschenrechtsfragen gegründet. Er wünsche sich jedoch mehr Außenwirkung für den Ausschuss und warb dafür, dass die Delegiertenversammlung dem Ausschuss einen Auftrag erteile.

Neuordnung der Weiterbildungsausschüsse

Nach einem kurzen mündlichen Sachstandsbericht von Dr. med. Antje Koch, Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, zu den Antragsbearbeitungen im Zuge der WBO 2021, folgte eine von Bobbert geleitete Diskussion zur Neuordnung der Weiterbildungsausschüsse I bis VI.

Mit sechs Ausschüssen und 142 ehrenamtlichen Mitgliedern ist die Ärztekammer Berlin im Vergleich zu anderen Landesärztekammern außergewöhnlich breit aufgestellt. Einen solchen Umfang gebe es nirgends, die meisten Kammern hätten nur einen Ausschuss. Bobbert scherzte, er sei sich sicher, dass es bei 46 Delegierten 47 Meinungen zu dem Thema geben werde. Nun gelte es, einige Fragen zu klären, zum Beispiel, wie die verbleibenden Ausschüsse thematisch besetzt werden sollen. In der Sitzung am 6. Mai 2026 solle die Delegiertenversammlung zu diesem Thema eine Entscheidung hinsichtlich der Anzahl der Weiterbildungsausschüsse treffen.

Bereits im Vorfeld der Sitzung hatte die Delegiertenversammlung ein Arbeitspapier mit Zahlen, Daten und Fakten zur Reform der Organisationsstruktur der Weiterbildung als Diskussionsgrundlage erhalten. Der für die Sitzung entschuldigte Delegierte Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) hatte einen Rechenfehler adressiert. Bobbert wies darauf hin und ergänzte, dass das fünf Jahre alte Papier das Ergebnis des seinerzeit dafür einberufenen Arbeitskreises sei und nicht

mehr dem aktuellen Sachstand entspreche. Mit den Worten, dass die Prozesse geändert werden sollen und die Strukturänderung das Ziel sei, eröffnete er die Debatte.

Laut Dr. med. Klaus Thierse (Marburger Bund) sei die aktuelle Ausschussstruktur historisch gewachsen und stamme aus einer Ära, in der das Hauptamt über deutlich geringere Kapazitäten verfügte. Angesichts der heutigen Schlagkraft der Sachbearbeitung sei die Anzahl der Ausschüsse nicht mehr zeitgemäß. Ein Blick auf die anderen Kammern zeige, dass oft ein einzelner Ausschuss ausreiche. Deshalb soll strategisch geprüft werden, ob mit zwei oder drei Ausschüssen gestartet werden könne, die dann im Zuge einer Übergangsphase sukzessive weiter reduziert werden könnten.

Prof. Dr. med. Wulf Pankow (Fraktion Gesundheit) bemängelte, dass der damalige, im November 2023 beendete Arbeitskreis seine Arbeit nicht beendet habe. Zudem habe sich dieser seinerzeit für drei bis vier und nicht, wie im vorgelegten Papier stehe, für zwei bis vier Ausschüsse ausgesprochen. Er beantragte, den Arbeitskreis mit dem Auftrag, ein gründliches Konzept zu erarbeiten, neu einzuberufen. Das vorgelegte Papier erfülle diesen Auftrag nicht.

Dr. med. Katharina Thiede (Fraktion Gesundheit) erklärte, sie habe das Gefühl, dass in der Diskussion die Frage mitschwingt, ob das Ehrenamt in dieser Funktion überhaupt noch gebraucht werde. „Ich finde das Ehrenamt klasse“, sagte sie. Aus ihrer Sicht sei es ein Fehler, es „wegzurationalisieren“. Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum (Marburger Bund) appellierte daraufhin an die Delegierten, nicht in ein Brainstorming-Format oder eine „Meckerrunde“ abzugleiten. Seines Erachtens sollten vielmehr Wünsche gesammelt werden, wie man die Ausschussstruktur neu gestalten könne.

Im weiteren Verlauf unterstrich Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram (Marburger Bund) die Notwendigkeit, den Prozess der Antragstellung zu strukturieren. Man müsse sich über die Aufwände Gedanken machen und den Prozess verschlanken. Dr. med. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) stimmte dem Ansatz der Prozessoptimierung grundsätzlich zu. Die Struktur sei dabei sekundär. Sie habe mit der Ärztekammer Hamburg Kontakt aufgenommen. Dort habe man ihr zwar bestätigt, dass es nur noch einen Weiterbildungsausschuss gebe, dessen Arbeit aber durch einen Pool von 1.620 Prüfer:innen begleitet werde. Da stelle sich für sie die Frage, wie diese Tätigkeit vergütet werde. Unter Umständen entstünden bei einer solchen Struktur sogar noch höhere Kosten.

Pankow wiederholte, ohne Konzept könne die DV im Mai nicht entscheiden. Thiede äußerte den Wunsch nach einer soliden Datengrundlage für eine Entscheidung. Für sie sei

nicht klar genug formuliert, was der erwartbare Nutzen einer Strukturreform sei. Erley warf ein, dass sich bei genauer Betrachtung der Anzahl der Ausschüsse feststellen lasse, dass die Weiterbildung in Berlin nicht besser oder schlechter als in anderen Bundesländern sei. Ihrer Meinung nach sei eine Spezialisierung der Ausschüsse zu begrüßen. „Ich wünsche mir Ärzt:innen in Weiterbildung in den Ausschüssen“, erklärte Dr. med. Katharina Kanthak (Marburger Bund).

Zunächst müsse man einen Schritt zurücktreten und sich die Frage stellen, warum die Strukturreform überhaupt nötig sei, so Dr. med. Thomas Werner (Marburger Bund). Es habe sich gezeigt, dass die aktuellen Prozesse schlicht zu langsam seien. Seines Erachtens müsse man nun auf konsequente Digitalisierung und den Einsatz von Künstlicher Intelligenz setzen. Routineaufgaben und das reine „Abhaken“ von Listen könnten heute automatisiert werden. Das entlaste das Hauptamt massiv und spare wertvolle Ressourcen. Dabei sei jedoch eines klar: Der entscheidende Input müsse weiterhin aus der Praxis kommen, also von den Kliniken und dem Ehrenamt.

„Sorgsam mit Geld umzugehen“ stehe noch auf ihrer Wunschliste, so Thiede. Es bräuhete klare Entschädigungsregelungen. Derzeit würden jährlich rund 65.000 Euro für die Arbeit von Expert:innen ausgegeben. Für sie sei nicht klar herausgearbeitet worden, ob zwei Ausschüsse wirklich günstiger als sechs Ausschüsse seien. Sie bemängelte erneut eine fehlende Datengrundlage. Zudem könne die Erfahrung aus dem Ehrenamt niemals durch Künstliche Intelligenz ersetzt werden.

Dr. med. Susanne von der Heydt (Marburger Bund) merkte kritisch an, dass eine hohe Anzahl an Ausschussmitgliedern leider keinen Einfluss auf die Qualität der Facharztausbildung garantiere. Zudem bemängelte sie die sehr unterschiedliche Einsatzbereitschaft innerhalb des derzeitigen „Riesenkonstrukts“ von 142 Ehrenamtlichen in den Ausschüssen. Viele Weiterbildungsbefugte nähmen ihre Weiterbildungsverantwortung, die eigentlich eine „Ehrensache“ sein sollte, leider nicht ernst genug. Ihrer Meinung nach mache man mit einer Veränderung der Ausschussstruktur einen richtigen Schritt und sei gezwungen, die Prozesse zu verändern und noch besser zu machen.

Dr. med. Laura Schaad (Marburger Bund) merkte an, dass das Hauptamt bereits jetzt die gesamte Arbeit leiste. Die Größe der Weiterbildungsausschüsse habe ihrer Meinung nach keinen Einfluss auf die Qualität der Weiterbildung, weshalb es auch nicht entscheidend ist, wie viele es davon gebe. Dass die Vorsitzenden der Weiterbildungsausschüsse über ihre eigene Abschaffung in einem Arbeitskreis einen Beschluss fassen sollen, halte sie für nicht sinnvoll.

Für die kommenden Beratungen wünsche sie sich klare Tischvorlagen, die aufzeigen, welche Prozesse das Hauptamt tatsächlich bereits autark steuere, so Thiede. Momentan entstehe bei ihr der Eindruck, „das Ehrenamt würde die Abläufe im Hauptamt eher stören“. Wenn die Zusammenarbeit nicht funktioniere, müsse man miteinander sprechen, anstatt die ehrenamtliche Arbeit einfach einzustellen.

Von der Heydt erinnerte im Weiteren an die ursprüngliche Zielsetzung der Reform. Die zu langen Bearbeitungszeiten von Befugnisansträgen waren der Hauptgrund für das Bestreben, Prozesse grundlegend zu verändern und Verbesserungspotenziale zu nutzen. Selbstverständlich müsse man dabei auch die Finanzen im Blick behalten. Ihr gehe es keineswegs darum, das ehrenamtliche Engagement zu schmälern. Aber

Berliner Abgeordnete für den 130. Deutschen Ärztetag		
Liste	Abgeordnete:r	Stellvertreter:in
Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin	Doris Höpner	Dr. med. Irmgard Landgraf
FrAktion Gesundheit	Dr. med. Katharina Thiede	Dr. med. Helene Michler
FrAktion Gesundheit	Julian Veelken	Matthias Marschner
FrAktion Gesundheit	Dr. med. Charlotte Hillmann	Caroline Meller
FrAktion Gesundheit	Prof. Dr. Andreas Umgelter	Dr. med. Stefan Hochfeld
Marburger Bund	Prof. Dr. med. Mandy Mangler	Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum
Marburger Bund	Prof. Dr. med. Jörg Weimann	PD Dr. med. Peter Bobbert
Marburger Bund	Dr. med. Susanne von der Heydt	Dr. med. Thomas Werner
Marburger Bund	Dr. med. Matthias Albrecht	Dr. med. Yüksel König
Marburger Bund	Dr. med. Innokentij Jurastow	Dr. med. Friedrich Welz
Marburger Bund	Dr. med. Klaus Thierse	Dr. med. Katharina Kanthak
Marburger Bund	Alexandra Archodoulakis	Kerstin Müller
Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund	Dr. med. Konstanze Schütze	Dr. med. Kathleen Chaoui
Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund	Dr. med. Regine Held	Dr. med. Klaus-Peter Spies
Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund	Dr. med. Christiane Wessel	Friederike Bennett
Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund	Dr. med. Christian Messer	Dr. med. Heiner van Randenborgh

man müsse auch ehrlich in der Analyse sein und gerecht in der Inanspruchnahme des Ehrenamtes. Es müsse gezielt die Fachexpertise einbringen können und nicht stundenlang bei der Beratung fachfremder Angelegenheiten Zeit verschwenden. Für jede:n Vertreter:in des Ehrenamtes werde ein Zugang zum kammerinternen System zur Verfügung gestellt, was laufende Kosten verursache. Dieser mache aber nur Sinn, wenn er auch genutzt werde.

Zum Ende der Diskussion beantragte Pankow erneut, dass der damalige Arbeitskreis durch die Delegiertenversammlung eingesetzt wird und den Auftrag erhält, die strukturellen Grundlagen so auszuarbeiten, dass die DV zeitnah beschlussfähige Vorlagen erhält. Da der ursprüngliche Auftrag noch nicht als beendet angesehen werde, solle der Arbeitskreis seine Arbeit fortsetzen. Bobbert wies darauf hin, dass es klare satzungsrechtliche Zuständigkeiten gebe: Ein Arbeitskreis wird satzungsgemäß durch den Vorstand und nicht durch die DV eingerichtet. Als Kompromiss empfahl er Pankow, den Vorstand zu bitten, die Fortführung des Arbeitskreises zu prüfen. Dem kam Pankow nicht nach.

Bobbert fasste die von mehreren Delegierten als positiv wahrgenommene Diskussion zusammen. Veränderungen seien immer herausfordernd, besonders wenn sie den eigenen Wirkungsbereich betreffen. Dennoch sei die Reform unumgänglich, da man mit dem bisherigen Verfahren – insbesondere bezüglich der Dauer von Prozessen und Antragstellungen – nicht zufrieden sein könne. Seit dem 1. April des vergangenen Jahres seien bereits konkrete Prozessänderungen vorgenommen worden, teils gegen interne Widerstände. Nun solle die Effizienz der Kammer, die bereits hervorragende Arbeit leiste, weiter gesteigert werden. Wenn die fachlichen Kriterien durch das Ehrenamt erst einmal definiert seien, müsse die operative Abwicklung der Anträge schnell und effizient durch das Hauptamt erfolgen können. Eine erneute Befassung des Ehrenamtes mit Standardprozessen sei nicht zielführend, wenn es um die Beschleunigung der Verfahren im Sinne der Mitglieder gehe, so Bobbert. Das dies auch ein neues Rollenverständnis seitens des Ehrenamtes erfordere, sei für ihn ebenso klar.

Wahlen und Ausblick

Es folgten Wahlen für die Ausschüsse sowie der Beschluss, den Beirat für Fortbildungsanerkennung der Ärztekammer Berlin einzustellen und die Mitglieder in den Fortbildungsausschuss zu integrieren. Dr. med. Regine Held (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) begrüßte diese Entscheidung ausdrücklich, merkte aber an, dass der Ausschuss aus ihrer Sicht dann zu groß werde.

Eine Änderung der Hauptsatzung der Ärztekammer Berlin, mit der unter anderem Unklarheiten hinsichtlich der Einsetzung

von „Ausschüssen“ durch die DV beseitigt werden sollten, fand hingegen nicht die notwendige Zweidrittelmehrheit. Eine Änderung der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin, die unter anderem eine Anhebung der Gebühren für Fortbildungsveranstaltungen bewirken soll, wurde wiederum angenommen. Anschließend wurden die Abgeordneten sowie ihre Stellvertretungen für den 130. Deutschen Ärztetag gewählt, der vom 12. bis 15. Mai 2026 in Hannover stattfindet.

Abschließend stellte Werner in einem kurzen Vortrag die Ergebnisse des Arbeitskreises „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“ vor. Damit bereite er den Boden für die Diskussion in der nächsten DV, in der die Referent:innen jeweils Pro- und Kontra-Argumente hinsichtlich einer Einführung einbringen sollen.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 6. Mai 2026 statt. /



Ole Eggert

Pressesprecher und Leiter der
Stabsstelle Presse / Gesundheitspolitik
Foto: André Wagenzik

Berichte, Anträge & Beschlüsse der Delegiertenversammlung

Unter → www.aekb.de/dv-online-dokumentation
können die Ergebnisse aller Delegiertenversammlungen
eingesehen werden.



Wir trauern um unsere im Jahr 2025 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

A

Achilles, Elke

Dr. med. univ. **Albri**, Bernd

Alderbi, Mohamed

Ardelt-Schwarz, Barbara

Dr. med. **Arlt**, Wiltrud

Dr. med. **Awwadeh**, Hanadi

B

Dr.med./UDSSR **Bahho**, Adnan

Dr. med. **Bätje**, Christine

Dr. med. **Beck**, Jens-Uwe

Dr. med. **Beier**, Klaus

Benecke, Gunter

Dr. med. **Bengeforth**, Joachim

Dr. med. **Berlin**, Wolfgang

Beulig, Hans-Uwe

Dr. med. **Binus**, Dieter

Dr. med. **Bork**, Rainer

Dr. med. **Budack**, Reiner

Dr. med. univ. **Bünemann-Buschmann**, Christiane

Dr. med. **Bürke**, Horst

C

Conzelmann, Wolfgang

Dr. med. **Correns**, Andreas

D

Dr. med. **Dawid**, Rosemarie

Dr. med. **De la Torre Castro**, Jenny

Döbbelin, Maike

Dr. med. **Domeyer**, Elisabeth

Dr. med. **Dräger**, Erik

Dr. med. **Druse**, Hans-Werner

E

Dr. med. **Esch**, Burghard

F

Dr. med. **Fero-Ivanyi**, Peter

Prof. Dr.med. **Feyer**, Petra

Dipl.-Med. **Fiedler**, Andreas

Fink, Juri

Dr. med. **Fleck**, Ingeborg

Dr. med. **Fleischmann**, Isolde

Dipl.-Med. **Freitag**, Ulrike

Dr. med. **Funk**, Josefine

Dr. med. **Funk**, Thomas

G

Gaebler, Anne-Margret

Ganzer, Jürgen

Dr. med. **Gilbricht**, Erwin

Dr. med. **Godenschweger**, Brigitte

Dr. med. **Goethe**, Sibylle

Dr. med. **Grassow**, Jürgen

Dr. med. **Griese**, Bernharda

Dr. med. **Grimmer**, Margrit-Birgit

Dr. med. **Grimmer**, Ulrich

Dr. med. **Groch**, Karola

Dr. med. **Groß**, Volkmar

Dr. med. **Groth**, Klaus-Dietrich

Dr. med. **Grzeskowiak**, Barbara

H

Hagelberg, Horst

Dr. med. **Hallak**, Kamal

Dr. med. **Hamouda**, Foued

Hamuy Campos Cervera, Luis Enrique

Dr. med. **Händel**, Angelika

Dr. med. **Hannmann-Roth**, Renate

Dr. med. **Harnisch**, Jörg-Peter

Dr. med. **Hasler**, Gabriele

Dipl.-Med. **Hausdörfer**, Steffi

Dr. med. **Heinitz**, Jörg

Dr. med. **Hellmer**, Ingeborg

Dr. med. **Hensel**, Armin

Dr. med. **Hentsch**, Günter

Dr. med. **Hertel**, Helga

Priv.-Doz. Dr. med. **Heyn**, Georg

Dr. med. **Hillig**, Ulrike

Dr. med. **Hoffmann**, Felicitas

Dr. med. **Hörbe**, Ursula

Dr. med. **Hövener**, Barbara

Hundt, Heinrich

Dr. med. **Huschner**, Winfried

JProf. Dr. med. **Jäschke**, GünterDr. med. **Jivanjee**, Aziz**K**Dr. med. **Kaddatz**, Günter**Kadri**, Sieglinde**Karamanlidis**, BassiliosDr. med. **Kauffmann**, HildegardDr. med. **Kern**, DorisDr. med. **Klimeck**, ChristaDipl.-Med. **Kloß**, KathrinDr. med. **Kluge**, RüdigerDr. med. **Koch**, Irmtraud UrsulaDr. med. **Kohlhoff**, ErwinDr. med. **Kraft**, DieterDr. med. **Kraft**, Dietrich-GuntherDr. med. **Krämer**, SabineDr. med. **Krell**, IngeborgDr. med. **Kretzschmar**, Hans-JoachimDr. med. **Kudsi**, Martin**Küfner**, AndreasDr. med. **Kulenkampff**, MarianneDr. med. **Kumpan**, Gotthart**Kumpan**, PeterDr. med. **Künzel**, Ingeborg**Kupfer**, GiselaDr. med. **Kupferschmidt**, UrsulaDr. med. **Kürer**, GiselaDr. med. **Kuschnir**, Harald**L**Dr. med. **Lakony**, Reinhard**Langbein**, Ludolf**Lange**, ChristaDr. med. **Lange-Butenuth**, Jutta**Langemann**, UdoDr. med. **Lau**, EllenDr. med. **Laubenberger**, Helga**Liebner**, HorstDr. med. **Lindemann**, EdeltraudDr. med. **Lipski**, SusanneDr. med. **Loeprick**, HeinzhorstProf. Dr. med. **Lorenz**, UweDr. med. **Lüder**, Rosemarie**Ludwig**, Rainer**M**Dr. med. **Mackert**, Daniela**Maechler**, Friedemann**Magnus**, ReinhardDr. med. **Maher**, Schiva**Mallwitz**, HannesDr. med. **Marquardt**, JuttaDr. med. **Marske**, Claudia**Maul**, DetlefDr. med. **Meckes**, PeterDr. med. **Mehwald**, JörgDr. med. **Meyer**, HorstDr. med. **Meyerdierks**, LudwigPriv.-Doz. Dr. med. **Michel**, Josef**Motchebon**, PolaDr. med. **Müller**, HansDr. med. **Müller**, Walter**N****Niewiera**, JoachimDr. med. **Nitsche**, Georg**O**Dr. med. **Omid**, SirousDr. med. **Osman**, Saaid**Owsianowski**, Angelika**P**Dipl.-Med. **Palussek**, ChristianPriv.-Doz. Dr. med. **Patzelt**, ChristophDr. med. **Pätzold**, DieterDr. med. **Peiter**, ErikaDr. med. **Peters**, Susanne**Plank**, MonikaDr. med. **Pleßow**, DietrichProf. Dr. med. **Polonius**, Michael-Jürgen**Polynskiy**, VictorDr. med. **Pommerenke**, RenateProf. Dr. med. **Precht**, Klaus



Q

Prof. Dr. med. **Quabbe**, Hans-Jürgen

R

Rahimi, Rosemarie

Dr. med. **Raubach**, Karl-Heinz

Dr. med. **Raube**, Margot

Reichelt, Brunhilde

Dipl.-Med. **Reifenstuhl**, Jutta

Dr. med. **Reinheckel**, Erika

Richert, Sabine

Dr. med. **Richert**, Sibylle

Dr. med. **Richter**, Hans-Oskar

Dr. med. **Riedel**, Eberhard

Dr. med. **Ritz**, Anna Margarete

Prof. **Rohde**, Wolfgang

Dr. med. **Rosner**, Elke

S

Dr. med. **Sämann**, Renate

Dr. med. **Sauerteig**, Ingrid

Sawadowskij, Lew

Dr. med. **Schäfer**, Klaus

Dipl.-Med. **Schakols**, Helga

Dr. med. **Scheunemann**, Peter

Schiffner, Brigitte

Dr. med. **Schilling**, Armin

Dr. med. **Schirmeister**, Anna-Bertha

Schlesner, Manfred

Dr. med. **Schmidt**, Heinz

Dr. med. **Schneider**, Gisela

Dr. med. **Schöne**, Erich Dieter

Dr. med. **Schuchardt**, Christa

Dr. med. **Schüler**, Günter

Dr. med. **Schulz**, Manfred

Dr. med. **Schulze**, Ilse

Schumacher, Anneliese

Dr. med. **Sendler**, Sebastian

Dr. med. **Simon**, Joachim

Dr. med. **Skolud**, Sibylle

Dr. med. **Smerling**, Ulrich

Dipl.-Med. **Sorgenfrei**, Gisela

Dr. med. **Speich**, Thomas Konstantin

Dr. med. **Stahl**, Paul

Prof. Dr. med. **Stockamp**, Karl

Dr. med. **Sturm**, Eberhardt

Dr. med. **Sulayman**, Abdul-Sattar

T

Dr. med. **Teetz**, Gertrud

Dr. med. **Teichelmann**, Helmut

Prof.Dr.med. **ten Bruggencate**, Gerrit

Tepfer, Gisela

Doz. Dr. sc. med. **Thomas**, Erhard

Dr. med. **Thumm**, Hans-Wolfram

V

Dr. med. **Vogel**, Hilbert

Völckers, Detlev

W

Dr. med. **Wagner**, Gustav

Dr. med. **Wagner**, Ursula

Dr. med. **Wagner**, Ralf

OMR **Waldeyer**, Leonhard

Dr. med. **Wallenstein**, Manfred

Doz. Dr. Dr. sc. med. **Waltz**, Helmut

Dr. med. **Weiss**, Gerhard

Prof. Dr. med. **Weiss**, Thomas

Prof. Dr. med. **Wendler**, Jürgen

Wermuth, Karl-Heinz

Dr. med. **Weymar**, Peter

Dr. med. **Wichmann**, Robert-Peter

PD Dr. med. Dipl.-Phys. **Wiener**, Edzard

Wiesenauer, Walter

Dr. Dr. med. **Wille**, Horst

Wisniewski, Roman

Dr. med. **Worcester**, Birgit

Dr. med. **Woy**, Sabine

Wronski, Sabina

Z

Zesch, Scarlett

Dr. med. **Zilch-Döpke**, Ilse

Dr. med. **Zimmer-Amrhein**, Susanne

Zum Gedenken an Dr. med. Dittmar Kruska

Im Januar 2026 ist Dittmar Kruska
im Alter von 92 Jahren verstorben.



Foto: Kathleen Friedrich

Bis zu seinem letzten Tag war Dittmar Kruska ein fröhlicher und aktiver Mensch, der im Kreis seiner Familie auf ein glückliches und beispielhaftes Arztleben zurückblicken konnte.

Ich lernte ihn im Rahmen unserer gemeinsamen Vorstandstätigkeit in der Berliner Ärztekammer kennen. Er war ein aufrichtiger und verlässlicher Kollege und es ist mir eine Ehre, an ihn erinnern zu dürfen.

Dittmar Kruska stammte aus Ostpreußen und wurde in der Nähe von Königsberg geboren. Im Jahr 1945 flüchtete seine Familie nach Ahrenshagen bei Ribnitz-Damgarten. Die Ostsee begründete seine Liebe zum Wasser. Dittmar Kruska wurde Bootsbauer und begeisterter Segler. Er entwickelte eine solche Meisterschaft, dass er zum Segelkader der DDR gehörte und junge Segler ausbildete. Sein Spitzname „Käpt'n“ begleitete ihn sein ganzes Leben lang. Nach seinem Medizinstudium von 1956 bis 1962 in Berlin wurde er Pflichtassistent in der Kinderchirurgie im Städtischen Hufeland-Krankenhaus in Berlin-Buch. Er erhielt die Chance, unter der Leitung von Dr. Ilse Krause, einer im In- und Ausland hoch angesehenen Kinderchirurgin, zu arbeiten.

Später promovierte Dittmar Kruska bei Prof. Dr. med. Kurt Gdanietz über Oberschenkelfrakturen. Im Jahr 1969 wurde er Facharzt für Kinderchirurgie und arbeitete anschließend 36 Jahre lang in der Bucher Klinik für Kinderchirurgie. Er entwickelte sich zu einem hervorragenden Chirurgen, der seine Arbeit liebte und sich selbst als „wohl letzten Allround-Chirurgen“ bezeichnete.

Dittmar Kruska war Lehrer für eine große Anzahl künftiger Kinderchirurginnen und -chirurgen – sowohl für das Operieren als auch für den Umgang mit kranken Kindern und ihren Eltern. Er war erfüllt von seiner anspruchsvollen Tätigkeit und fühlte sich wohl in seiner Klinik, in der nicht nur viel gearbeitet, sondern auch fröhlich gefeiert wurde.

Sein ausgleichendes Wesen hatte guten Einfluss auf ein harmonisches Arbeitsklima zwischen den Mitarbeitenden und förderte langfristig ihre Leistungsbereitschaft.

Mit seiner fachlichen Kompetenz und menschlichen Ausstrahlung wurde Dittmar Kruska in seiner Klinik besonders geschätzt. Diese Voraussetzungen profilieren ihn, sich nach dem Fall der Mauer und der Wende für die Entwicklung des Berliner Gesundheitswesens einzusetzen. Von Anfang an war er Mitglied der Delegiertenversammlung und zudem 18 Jahre lang Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin. Im Weiterbildungsausschuss III brachte er seine umfangreichen Erfahrungen ein, um eine hohe Qualität der kinderchirurgischen Weiterbildung zu erreichen.

Dittmar Kruska war ein außergewöhnlich guter Arzt, dem große Patientenzufriedenheit sicher war und ist. Neben dieser Erfüllung im Beruf war seine Lebenszufriedenheit auch maßgeblich durch seine große, glückliche Familie begründet, die ein vertrauensvolles Miteinander dauerhaft praktizierte.

Lieber Dittmar, wir danken Dir! Du bist ein Vorbild für viele junge Ärztinnen und Ärzte. Du zeigst uns mit Deinem Leben, dass es sich lohnt, das Patientenwohl an die oberste Stelle zu setzen. /

Prof. Dr. med. Vittoria Braun
Ehemaliges Mitglied des
Vorstandes der Ärztekammer Berlin

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar/Februar 2026*

* 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 Allgemeinmedizin	Dr. med. Aida Asady	24.02.2026
	Ernst Blume	25.02.2026
	Dr. med. Lisa-Katrin Boldt	24.02.2026
	Dr. med. Franziska Casjens	14.01.2026
	Juliane Fechner	24.02.2026
	Dr. med. univ. Heidrun Herbrüggen	14.01.2026
	Nils Hermann	10.02.2026
	Dr. med. Leonard Hillmann	14.01.2026
	Dr. med. Annegret Hunsicker	25.02.2026
	Dr. med. Anouk Sophie Jacob	20.01.2026
	Dr. med. Suzann Kirschner-Brouns	24.02.2026
	Julia Mall-Grasmé	10.02.2026
	Dr. med. Verena Siegert	25.02.2026
	Dr. med. Leonie Späth	20.01.2026
	Dr. med. Carmen van Belzen	25.02.2026
	Dr. med. Helena Wahner	14.01.2026
	Julian Waldner	20.01.2026
	Dr. med. Katharina Yahyazadeh	10.02.2026
	Dr. med. Baoyuan Zhao	10.02.2026
	FÄ/FA Anästhesiologie	Maximilian Bartels
Daniela Edler		17.02.2026
Dr. med. univ. Lisa-Maria Freiberk		20.01.2026
Anne Hampel		17.02.2026
Dr. med. Jonas Hartmann		20.01.2026
Julia Heidemann		20.01.2026
Antonia Hermann		17.02.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Anästhesiologie	Miguel Angel Hernandez Gonzalez	17.02.2026
	Dr. med. Lena Charlott Hotopp	17.02.2026
	Daniel Knaack	08.01.2026
	MUDr. Anna Ogincukova	17.02.2026
	Dr. med. Farina Röh	20.01.2026
	Falk Schamlu	08.01.2026
FÄ/FA Arbeitsmedizin	Olga Lybina	25.02.2026
	Dr. med. Felix Winterhoff	25.02.2026
FÄ/FA Augenheilkunde	Ibtisam Yunus K Alruwaili	14.01.2026
	Joris De Keersmaecker	14.01.2026
FÄ/FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Mustafa Albialy	21.01.2026
	Dr. med. Christiane Müller	11.02.2026
	Dr. med. Friederike Solf	11.02.2026
	Dr. med. Valerie ter Schiphorst	11.02.2026
FÄ/FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Lisa Vanderbrück	21.01.2026
	Dr. med. Sophie Burghardt	22.01.2026
FÄ/FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dr. med. univ. Melanie Hobl	22.01.2026
	Dr. med. Emilia Mellerowicz	14.01.2026
FÄ/FA Herzchirurgie	Dr. med. Alexandru-Claudiu Paun	20.01.2026
	Bettina Johanna Berndt	11.02.2026
FÄ/FA Innere Medizin	Iris Betz	26.01.2026
	Dr. med. Andres Eilers	26.01.2026
	Dr. med. Jonas Haumann	28.01.2026
	Antonia Heimann	20.01.2026
	Eleni Ioannidou	11.02.2026
	Doris Kastner	28.01.2026
	Shazia Malik	19.01.2026
	Dr. med. Antonia Mang	19.01.2026
	Dr. med. Nina Meyer	19.01.2026
	Katharina Münch	20.01.2026
	Dr. med. Annemarie Müskes	17.02.2026
	Mónica María Novoa Usme	11.02.2026
	Milan Pavlovic	22.01.2026
	Cedrik Pyras	22.01.2026
	Mathis Rarisch	08.01.2026
	Saeid Rezaei	28.01.2026
	Dr. med. Frieder Rödter-Hummes	17.02.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Innere Medizin	Max Sander	11.02.2026
	Christian Schulz-Pierschel	11.02.2026
	Doctor-medic Ori Shamaï	17.02.2026
	David Tong Luna	11.02.2026
	Dr./Université de Monastir Amine Yaïche	28.01.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Dr. med. Uta Demel	23.01.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Infektiologie	Dr. med. Henning Kolarikal	26.01.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie	Dr. med. Marie Lajos	25.02.2026
	Kudrat Rakhimov	22.01.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Nephrologie	Dr. med. Michael Kaminski	20.01.2026
	Dr. med. Paul Knaut	10.02.2026
	Dr. med. Christian Lücht	20.01.2026
	Dr. med. Ahmad Nawid Sharif	10.02.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Pneumologie	Dott.ssa Mariada Mastroviti	17.02.2026
	Dr. med. Panagiotis Pergantis	08.01.2026
	Jule Weiß	08.01.2026
	Dr. med. Friedrich Welz	08.01.2026
FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin	Kerim Ben Said	21.01.2026
	Julia Hotte	14.01.2026
	Dr. med. Verena Klämbt	18.02.2026
FÄ/FA Mikrobiologie, Virologie und Infek- tionsepidemiologie	Dr. med. Aida Bajraktarevic	16.02.2026
	Dr. med. univ. Paul Pitzinger	16.02.2026
FÄ/FA Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	Dr. med. Patrick Dinkelborg	22.01.2026
FÄ/FA Neurochirurgie	Samer Sabarini	09.02.2026
FÄ/FA Neurologie	Dr. med. Nora Helmrich	10.02.2026
	Jean-Philip Lefèbre	10.02.2026
	Dr. med. Elisabeth Seidenader	10.02.2026
	Dr. med. Sally Tantawy	10.02.2026
FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Max Jambor	11.02.2026
	Felix Pabst	27.01.2026
	Catharina Scheuermann-Poley	27.01.2026
	Izabela Turkowska	11.02.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Pathologie	Luciana Schmidt Kirschnick	17.02.2026
FÄ/FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	Dr. med. Daniel Andreas Drebinge	22.01.2026
	Dr. med. Cornelius Roszbach	18.02.2026
	Abdulla Al Helali	06.01.2026
FÄ/FA Psychiatrie und Psychotherapie	Eisa Almheiri	06.01.2026
	Dr. med. Anais Djodari-Irani	13.01.2026
	Eleni Goumenaki	04.02.2026
	Dr. med. Rajbir Kaur	04.02.2026
	Dr. med. Veronique Lorenz	13.01.2026
	Dr. med. Alva Franziska Lütt	04.02.2026
	Jonas Ogrowsky	04.02.2026
FÄ/FA Radiologie	Dr. med. Elisa Strasser	13.01.2026
	Dr. med. Esmira Bakhshaliyeva	25.02.2026
	Dr. med. Bogdan Levita	25.02.2026
	Sissel Rietschel	25.02.2026
FÄ/FA Urologie	Dr. med. Robert Billig	22.01.2026
	Dr. med. Christian Krohn	22.01.2026
	Dr. med. Theresa Noll	22.01.2026
	Dr. med. Steven Okoye	22.01.2026

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

eLogbuch: Umstellung langsam, aber stetig

Bericht vom Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung der Berliner Kliniken am 2. Februar 2026

Ärzt:innen in Weiterbildung und Befugte gewöhnen sich allmählich an das eLogbuch. Dennoch gibt es nach wie vor viele Unsicherheiten und Fragen. Das wurde beim Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung der Berliner Kliniken deutlich.

Einige Weiterbildungsbefugte scheinen nach wie vor Schwierigkeiten mit dem eLogbuch zu haben. Für viele Ärzt:innen in Weiterbildung ist das wiederum mühselig, da sie immer wieder getröstet werden, wenn sie um Eintragungen bitten – oftmals aufgrund technischer Unsicherheiten. Dr. med. Antje Koch, die das Treffen leitete, betonte dabei, wie wichtig eine regelmäßige Dokumentation der geleisteten Inhalte sei – ebenso wie das jährliche Weiterbildungsgespräch mit den Befugten, das zeitnah ins Logbuch eingetragen werden müsse. Auch sei es absolut notwendig, dass die Befugten zu Beginn der Weiterbildung ein Curriculum erstellen und dieses den Ärzt:innen in Weiterbildung übergeben. Hierin sei die gesamte Struktur der Weiterbildung inklusive geplanter Rotationen und Zeiten anzugeben.

Unter den Teilnehmenden herrschte insbesondere Unsicherheit darüber, wer welche Inhalte wo eintragen müsse oder dürfe. Koch und die anwesenden Vertreter:innen aus dem Ehrenamt betonten, dass Kompetenzen, die für die spezifische fachärztliche Weiterbildung nicht unbedingt erforderlich sind und daher auch nicht im eLogbuch hinterlegt werden können, dennoch beispielsweise durch ein Zeugnis bestätigt werden sollten.

Oft gebe es auch den Fall, dass sich Inhalte zwischen verschiedenen Fächern überschneiden. Dann könnten auch zum Beispiel Weiterbildungsbefugte aus der Chirurgie Inhalte im eLogbuch für Allgemeinmedizin bestätigen. Es sei keinesfalls so, wie einige Weiterbilder:innen offenbar denken, dass nur eine einzelne Befugte oder ein einzelner Befugter Eintragungen in ein eLogbuch vornehmen dürfte. Am Ende müssten ohnehin alle Inhalte zusammengeführt werden. Es sei daher für die Mitarbeitenden aus dem Hauptamt der Ärztekammer Berlin einfacher, wenn genau ein Logbuch für eine fachärztliche Weiterbildung geführt werde – egal an welchen Stätten und unter welchen Befugten die Kompetenzen erworben wurden.

Koch merkte außerdem an, dass das eLogbuch vor allem für die Ärzt:innen in Weiterbildung einen Zweck erfülle: Es diene nicht nur dem Nachweis ihrer erworbenen Kompetenzen,

sondern gebe auch einen strukturierten Überblick darüber, was sie schon abgeleistet haben und was noch fehlt.

Weitere Fragen während des Treffens drehten sich um den Erwerb von Fachkunden, die allgemeine Situation von Ärzt:innen in Weiterbildung sowie die Möglichkeit von Hospitationen. So existieren insbesondere in der Kinderanästhesie Weiterbildungsangebote fast nur im ambulanten Bereich. Allerdings ist es hier sehr schwierig, die geforderten sechs Monate zu absolvieren. Eine Teilnehmende berichtete, dass es ebenfalls kaum möglich sei, Kooperationen mit anderen Kliniken einzugehen. Selbst wenn das gelinge, werde dies oft an Anforderungen wie zusätzliche mehrmonatige Dienste auf Intensivstationen gekoppelt. Diese seien für die angestrebte fachärztliche Weiterbildung jedoch überhaupt nicht relevant. Daher seien Hospitationen eine Möglichkeit, die notwendigen Kompetenzen trotzdem zu erwerben, so die Expert:innen aus dem Ehrenamt.

Schließlich machte Koch noch auf eine vom Deutschen Ärzteblatt angebotene App aufmerksam. Diese können sich Ärzt:innen in Weiterbildung herunterladen und erhalten Zugang zu ihrem eLogbuch: → <https://elogbuch.aerzteblatt.de>. Für Befugte steht sie allerdings nicht zur Verfügung.

Zudem bietet die Ärztekammer Berlin zur Unterstützung der Ärzt:innen in Weiterbildung regelmäßig fachspezifische Informationsveranstaltungen an: → www.aekb.de/aerzt-innen/weiterbildung/weiterbildungsveranstaltungen. Auf der Webseite der Bundesärztekammer gibt es außerdem zahlreiche Hinweise zur Nutzung des eLogbuchs und Termine für Online-Schulungen: → www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/elogbuch.

Das nächste Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung findet am Montag, dem 18. Mai 2026, um 19:00 Uhr statt. Anmeldung unter s.streller@aekb.de. /

Anne McLaren
Stabsstelle Presse / Gesundheitspolitik

Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung

Nähere Informationen zu Zeit und Ort erhalten Sie unter: → www.aekb.de/weiterbildungsveranstaltungen

Termin	Thema	Anmeldung
15.04.2026	Train the Trainer: Prüfer:innen	€ befugtenseminare@aekb.de
17.–18.04.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte Basis kompakt für ambulant Befugte (für Befugte, die nicht im Bereich Allgemeinmedizin weiterbilden)	€ befugtenseminare@aekb.de
22.04.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Patho/Neuropatho/Rechtsmed/HG	€ weiterbildungsseminare@aekb.de
06.05.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Anästhesie / Intensivmedizin Notfallmedizin / KlinAM	€ weiterbildungsseminare@aekb.de
18.05.2026	Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung	€ s.streller@aekb.de
20.05.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	€ befugtenseminare@aekb.de
16.06.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: P-Fächer + Neurologie	€ weiterbildungsseminare@aekb.de
01.07.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Dermatologie / Augenheilkunde / Hals-Nasen- Ohrenheilkunde / Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Neurochirurgie	€ weiterbildungsseminare@aekb.de
16.09.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Urologie	€ weiterbildungsseminare@aekb.de
16.09.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Allgemeinmedizin	€ weiterbildungsseminare@aekb.de
23.09.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	€ befugtenseminare@aekb.de
25.–26.09.2026	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/
05.10.2026	Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung	€ s.streller@aekb.de
07.10.2026	Train the Trainer: Prüfer:innen	€ befugtenseminare@aekb.de
06.–07.11.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte Basis kompakt für stationär Befugte	€ befugtenseminare@aekb.de
02.12.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	€ befugtenseminare@aekb.de



Neu auf der Website: Weiterbildungszeitenrechner

„Wie viele Monate dauert meine Weiterbildung noch?“
Diese Frage beschäftigt viele Ärzt:innen in Weiterbildung.
Der Weiterbildungszeitenrechner der Ärztekammer Berlin
hilft Ihnen dabei, Ihre bereits absolvierten Weiterbildungs-
zeiten zu berechnen und Ihre weitere Weiterbildung – auch

in Teilzeit – zu planen. Grundlage ist die Weiterbildungs-
ordnung der Ärztekammer Berlin von 2021.

Sie finden den Rechner unter:

→ <http://www.aekb.de/weiterbildungszeitenrechner/>

„NäPa“ – unverzichtbar für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung

Am 13. April 2016 haben die ersten Medizinischen Fachangestellten erfolgreich ihre Weiterqualifizierung „Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in (NäPa)“ bei der Ärztekammer Berlin abgeschlossen. Zehn Jahre später sind die NäPa aus der ambulanten Versorgung nicht mehr wegzudenken – ein guter Moment, um Bilanz zu ziehen und nach vorn zu schauen.

Die Fortbildung „Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in“ (Curriculum der Bundesärztekammer) qualifiziert Medizinische Fachangestellte (MFA) dazu, delegierbare ärztliche Leistungen, wie beispielsweise Hausbesuche und Besuche in Alten- und Pflegeheimen, zu übernehmen. Damit ist diese Fortbildung eine Möglichkeit für MFA, sich für eine selbstständige und verantwortungsvolle Tätigkeit weiterzuqualifizieren.

Zehn Jahre „NäPa“ in Berlin stehen für zehn Jahre erweiterte fachliche Kompetenz von MFA und für Entlastung von Haus- und Fachärzt:innen im Praxisalltag. Denn es geht nicht nur um organisatorische Unterstützung. Im Fokus der NäPa-Tätigkeit steht die qualifizierte medizinische Betreuung älterer, immobiler oder chronisch kranker Patient:innen. Die NäPa-Absolvent:innen sind aus der ärztlichen Versorgung in Berlin nicht mehr wegzudenken.

Deshalb ist die Fortbildung „NäPa“ längst ein fester Bestandteil des Fortbildungsangebotes der Ärztekammer Berlin. Sie richtet sich an berufserfahrenes Assistenzpersonal und entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

In den vergangenen zehn Jahren hat die Ärztekammer Berlin insgesamt zwölf Fortbildungskurse „NäPa“ durchgeführt. In dieser Zeit wurden 327 MFA erfolgreich weiterqualifiziert.



Dr. med. Jürgen Oldenburg unterrichtet seit zehn Jahren im Rahmen des Kurses „NäPa“ bei der Ärztekammer Berlin. Er ist Geschäftsführer der AGBAN – Gesellschaft für Besondere Versorgung, Ambulantisierung und Netzwerke in Berlin und seit über 20 Jahren im Management von Praxisnetzen sowie im Bereich der Vertragsumsetzung in Berlin und Brandenburg tätig.
Foto: Ärztekammer Berlin

Dr. med. Jürgen Oldenburg ist von Beginn an als Referent für das Thema „Impfmanagement“ mit dabei. Anlässlich des Jubiläums hat „Berliner Ärzt:innen“ ihm drei Fragen gestellt.

BA Herr Dr. Oldenburg, Sie sind seit zehn Jahren im Rahmen der Fortbildung NäPa als Referent der ersten Stunde für die Ärztekammer Berlin aktiv. Was macht die Fortbildung NäPa für Ärztinnen und Ärzte attraktiv, und weshalb ist die Nachfrage nach dieser Weiterqualifizierung der MFA aus Ihrer Sicht nach wie vor hoch?

JO Meiner Meinung nach gibt es drei wesentliche Gründe, weshalb diese Weiterqualifizierung wichtig ist.

Zunächst einmal ist es großartig, welchen „Wissendurst“ die MFA haben. Das sollten die Praxisleitungen unterstützen – als ideale Ergänzung zum Erfahrungsschatz, den eine MFA bereits aus der Praxis hat.

Außerdem überzeugt das kompakte, inhaltlich hochwertige Curriculum der Bundesärztekammer. Eine entsprechend qualifizierte „NäPa“ gibt den Ärztinnen und Ärzten Sicherheit bei

der entlastenden Delegation anspruchsvoller Tätigkeiten, auch im Rahmen eigenständiger Hausbesuche.

Und nicht zuletzt bietet der Kurs den MFA die Möglichkeit, ein Netzwerk aufzubauen. Das ist für sie und für die Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich wichtig, weil es uns bei den Fragen des Alltags hilft.

Das Gesundheitswesen befindet sich aktuell in einem strukturellen Wandel, während die Gesellschaft immer älter wird. Wo sehen Sie die Bedeutung der NÄPa in der Zukunft?

Auch hier gibt es meiner Meinung nach drei Kernaspekte. Da ist zum einen die Arztentlastung durch erweiterte Delegation: Die Delegationsvereinbarung ist über zehn Jahre alt und trägt den Entwicklungen in der Medizin und Gesellschaft so nicht mehr Rechnung. Viele Ärztinnen und Ärzte sind da schon weiter und delegieren mehr, teilweise in damit verbundenen Graubereichen. Da muss dringend was passieren, beispielsweise was das Impfen ohne ärztliche Anwesenheitspflicht, das Monitoring chronischer Erkrankungen, etwa bei Herzinsuffizienz, und den Check der Arzneimittel-Compliance bei Multimorbiden betrifft. Das setzt fundiertes Fachwissen voraus, das die NÄPa-Weiterbildung bietet.

Als zweiten Punkt sehe ich die Entlastung der MFA durch digitale Assistenten. Die MFA sind in vielen Praxen bereits am Limit, deshalb kann man ihnen zusätzliche Aufgaben nicht einfach überhelfen – es muss eine Entlastung her. Da Personal nicht verfügbar ist, bleibt nur die Digitalisierung. Das betrifft sowohl administrative Tätigkeiten wie die Terminvergabe und Anrufannahme als auch medizinisch-fachliche Tätigkeiten, beispielsweise Impfstatus oder -empfehlungen, Risikoeurhebungen im Rahmen der Primärprävention und Ersteinschätzungen am Telefon. Ich bin davon überzeugt, dass sich die damit

verbundenen Investitionen rechnen und dass Praxen, die so aufgestellt sind, attraktivere Arbeitgeber sind.

Und schließlich ist da noch der „weiße Elefant“: die Bezahlbarkeit im Gesundheitssystem. Bei einigen Tätigkeiten stellt sich die Frage, welchen Sinn die bestehende Vorschrift – etwas im EBM – hat, dass diese von einer Ärztin oder einem Arzt erledigt werden muss. Aus den Diskussionen mit vielen Ärztinnen und Ärzten im Rahmen meiner langjährigen Arbeit in den Berliner Praxisnetzen habe ich mitgenommen, dass es eine zunehmende Bereitschaft gibt, andere Berufsgruppen einzubeziehen. Wir sehen das ganz konkret in unserem ambulanten Casemanagement, gefördert durch die KV Berlin.

Wie haben Sie als Referent und als Arzt die vergangenen zehn Jahre der Fortbildung NÄPa in Berlin erlebt?

Ich bleibe auch hier bei einem Dreiklang. Die hohe Motivation der Teilnehmenden hat mich beeindruckt. Aus meiner Erfahrung wurde vom vermittelten Wissen immer sehr viel von den Teilnehmenden in die Praxis umgesetzt. Nichts ist schöner für einen Referenten!

Dann: Die gute Stimmung im Kurs. Ich kann mich sehr gut an den ersten Kurs erinnern: Das war wie ein Volksfest! In den Kursen danach hatten wir gemeinsam immer unglaublich viel Spaß und haben viel gelacht. Gute Laune führt zu einer guten Umsetzung in der Praxis!

Und schließlich hatte ich in den NÄPa-Kursen die Chance, meine Botschaften zu präsentieren. Ich danke der Ärztekammer für die „Bühne“ und an die Teilnehmenden: „Ihr wart ein tolles Publikum!“ /

Abteilung 3 - Schwerpunkt Berufsbildung

Weiterqualifizierung durch Fortbildung: Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in 2026

Termin: 26. August bis 1. Dezember 2026

Die Ärztekammer Berlin plant, 2026 wieder einen Fortbildungskurs „**Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in**“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer anzubieten.



Auf unserer Website unter → www.aekb.de/mfa oder über den nebenstehenden QR-Code erfahren Sie alles Wichtige zu unserer Fortbildung „Weiterqualifizierung durch Fortbildung: Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in 2026“. Informieren Sie sich gerne und überlegen Sie, ob diese für Ihre Mitarbeitenden in Betracht kommt. Bei Fragen erreichen Sie uns unter ☎ 030 408 06 - 26 36. Eine Anmeldung ist noch bis zum 30. Juni 2026 möglich.

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
21.04.2026	Fortbildung Puls - Blutdruck - EKG - Basics für den Praxisalltag	Ärztekammer Berlin	08:30–14:40 Uhr
22.04.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsvoraussetzungen – für einen erfolgreichen Start	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.
16.09.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsdurchführung – gemeinsam zum Ziel (und wenn nicht?)	Ärztekammer Berlin	18:00–21:00 Uhr
21.09.2026	Fortbildung Wundversorgung	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
14.10.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Prüfungswesen – der erfolgreiche Abschluss	Online	18:00–21:00 Uhr
11.11.2026	Fortbildung Hygiene – Basics für den Praxisalltag	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr

Weiterqualifizierung durch Fortbildung: Puls - Blutdruck - EKG – Basics für den Praxisalltag

Termin: Di., 21.04.2026

Die Erhebung der Vitalparameter bei Patient:innen gehört in den meisten Arztpraxen zur täglichen Routine. Umso wichtiger ist es, Puls und Blutdruck sicher, korrekt und standardisiert zu messen. Die Fortbildung vermittelt außerdem Schritt für Schritt das richtige Anlegen eines EKG, zeigt typische Fehlerquellen auf und erklärt Normwerte sowie wesentliche Abweichungen. In vielen praktischen Übungen können die Teilnehmer:innen unter Anleitung auch selbst ihre Fertigkeiten trainieren. Egal, ob Sie Ihr Wissen auffrischen oder sich grundlegende Fertigkeiten neu aneignen möchten – wir machen Sie fit für den Praxisalltag.

Aus dem Inhalt:

- Allgemeine Grundlagen (Anatomie/Physiologie des Herzens, Herz-Kreislauf-System)
- Pulsmessung und Blutdruckmessung (Normwerte/ Abweichungen)
- EKG (Durchführung, Normwerte, Abweichungen)
- Praktische Übungen

Informationsreihe „Ausbilden leicht gemacht“

Termin: Mi., 22.04.2026

Unsere kostenfreien Informationsveranstaltungen „Ausbilden leicht gemacht“ richten sich an erstmals Auszubildende und erfahrenere Auszubildende. Wir möchten Sie darin unterstützen, ein Auszubildendenverhältnis „Medizinische:r Fachangestellte:r“ erfolgreich aufzunehmen, anzuleiten und abzuschließen.

Thema: Ausbildungsvoraussetzungen – für einen erfolgreichen Start

In dieser Veranstaltung vermitteln wir Wissenswertes rund um den erfolgreichen Start in ein Auszubildendenverhältnis.

Aus dem Inhalt:

- Eignung Auszubildende/Ausbildungsstätte
- Auszubildendenvertrag
- Ausbildungsordnung /Ausbildungsrahmenplan
- Rechte und Pflichten
- Überbetriebliche Ausbildung
- Ansprechpersonen
- Die ersten Tage der betrieblichen Ausbildung

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
13.–16.04.2026	Verkehrsmedizinische Begutachtung Modul I–IV Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung mit Gutachten-Workshop	Ärztekammer Berlin	Modul I–IV: 700 € (Die Module sind auch einzeln buchbar.)	Modul I: 5 Modul II: 2 Modul III: 6 Modul IV: 15
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
Frühjahr 2026 (Modul I in Potsdam) ab 06.04.2026 (E-Learning) 04.–06.05.2026 (Modul II) 07.05.2026 (Modul III)	Transplantationsbeauftragter Arzt / Transplantationsbeauftragte Ärztin	Ärztekammer Berlin	Modul II: 460 € Modul III: 200 €	Modul II: 26 Modul III: 8
04.–06.06.2026 und 18.–19.06.2026 (Modul I) 28.08.2026 (Modul II, Online-Seminar) 08.–09.10.2026 Module III (Neurologie/Psychiatrie oder Orthopädie/Unfallchirurgie)	Medizinische Begutachtung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin	Modul I: 850 € Modul II: 200 € je Modul III: 450 €	beantragt
10.06.2026	Beschwerden in der Schwangerschaft – gemeinsam behandeln und beraten Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin	Live-Online-Seminar	entgeltfrei	2
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
26.08.2026 02.09.2026 30.09.2026	Theoriekurs Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin	Ärztekammer Berlin	180 €	beantragt
31.08.–01.09.2026 (Modul 1+2) 05.10.2026 (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
23.–24.09.2026 (Teil 1) 25.09.2026 (Teil 2) 11.–12.11.2026 (Teil 3) 13.–14.11.2026 (Teil 4)	Suchtmedizinische Grundversorgung	Ärztekammer Berlin	420 € (jeweils Teil 1, 3 & 4) 220 € (Teil 2)	beantragt

Zwischen Frieden und Krieg

„Wir sind nicht im Krieg, aber auch nicht im Frieden“ – so lautete der Leitsatz der Fachtagung KRITIS 2026, die am 5. März 2026 in Berlin stattfand. Rund 200 Expert:innen aus den Bereichen Medizin, Wissenschaft, Militär, Industrie und Politik waren zur dritten Tagung zu kritischen Infrastrukturen im Gesundheitswesen (KRITIS) im BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin zusammengekommen, um über das Thema „Das Gesundheitswesen in der Gesamtverteidigung: resilient und sicher. Doch wie krisensicher sind wir tatsächlich?“ zu diskutieren.

Zeitdruck beherrschte den Tenor der Tagung. In spätestens 33 Monaten, also etwa im Jahr 2029, könnte Russland seiner Kriegsfähigkeit nach in der Lage sein, einen Konflikt gegen die NATO zu führen. Deutschland als zentrale Drehscheibe der Allianz wäre davon unmittelbar betroffen. Die sicherheitspolitische Sprecherin von Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und Mitglied des Deutschen Bundestags, Sara Nanni, formulierte es direkt: „Krankenhäuser werden im Krieg nicht verschont – die Ukraine belegt das täglich.“ Dr. Ina Czyborra, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege des Landes Berlin, betonte die Schlüsselrolle von Krankenhäusern als primäre Anlaufstelle für Menschen in Krisensituationen.

Was Deutschland in diesem Zusammenhang fehlt, benannte Prof. Dr. Claudia Major, Senior Vice President für Transatlantische Sicherheitsinitiativen im German Marshall Fund of the United States, Berlin, in der Keynote präzise: mentale Agilität. Die Fähigkeit, in Bedrohungs- und Handlungskategorien zu denken, sei im zivilen Gesundheitswesen kaum

verankert. Man habe zu lange geglaubt, wirtschaftliche Interdependenz sei ein Garant für außenpolitische Stabilität.

Israel als Spiegel: Krisenresilienz unter Dauerdruck

Den eindrücklichsten Kontrast zur deutschen Krisenführung lieferte Prof. Dr. Ran Balicer, stellvertretender Generaldirektor und Leiter der Innovationsabteilung bei Clalit Health Services, der virtuell aus Israel zugeschaltet war. Das Unternehmen versorgt rund die Hälfte der israelischen Bevölkerung und hat unter Dauerdruck konkrete Lösungen entwickelt, die in Deutschland noch Theorie sind.

Balicer berichtete den Anwesenden von ganzheitlichen Krankenhaus-Evakuierungsplänen und der Nutzung von Tiefgaragen als Ausweichstandorte für Intensivbetten sowie von skalierbarer Heimhospitalisierung und einem 24/7-Telemedizinssystem für Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde und Psychiatrie. Dabei stellte er keine Konzepte vor, sondern präsentierte gelebte Praxis. In Israel fungiert Künstliche Intelligenz nicht als Zukunftsvision, so Balicer, sondern als operatives Werkzeug: als Entscheidungsunterstützung für überlastete Kliniker:innen, als Kapazitätsverstärker in Spitzenzeiten und als Rückgrat einer skalierbaren Krisenversorgung. Zudem berichtete er, dass Clalit bereits eng mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin kooperiert. Die Frage, warum diese Ansätze in Deutschland noch nicht breiter angewendet werden, blieb jedoch im Raum stehen.

Fragmentierung, fehlende Daten, vergessene Sektoren

Eine wiederkehrende Diagnose zog sich durch nahezu alle Beiträge: Deutschland ist nicht deshalb schlecht vorbereitet, weil es an Ressourcen mangelt – im europäischen Vergleich verfügt das Land über verhältnismäßig viele Krankenhausbetten, Geräte und Personal. Das Problem ist die Koordination. Und Koordination beginnt mit Wissen.

Prof. Dr. Martin Voss von der Krisen- und Katastrophenforschungsstelle Berlin (KFS) der Freien Universität Berlin machte deutlich, wie fatal der Wissensmangel konkret ist: Deutschland kennt seinen eigenen Zivilschutzstatus nicht. Zahlen über



Bei der dritten KRITIS-Fachtagung 2026 diskutierten Expertinnen und Experten in sechs Foren Wege zu mehr Gesundheitssicherheit, klaren Strukturen und einer widerstandsfähigeren medizinischen Versorgung in Krisenzeiten.

Foto: Fachtagung KRITIS 2026 / Dorothea Scheurlen

verfügbare Medikamente, einsatzfähige Fahrzeuge, Technik und Personal sind nicht verlässlich erfasst. Ein Instrument zur Datenerhebung existiert, wird aber nicht genutzt.

Ein weiteres Problem ist die Mehrfachverpflichtung: Viele Klinikärzt:innen sind gleichzeitig in verschiedenen Kriseninstitutionen eingeplant, ohne dass dies koordiniert wird. Der ambulante Sektor – Hausarztpraxen, Pflegedienste und Apotheken – ist dagegen gesetzlich kaum einbezogen. Dabei leistet er in Krisen oft mehr als stationäre Einrichtungen, so die übereinstimmende Einschätzung vieler Referent:innen.

Asiatische Abhängigkeiten

Anschließend weitete Nora Schmidt-Kessler vom Verband der Chemischen Industrie Nordost den Blick auf die Lieferketten. Aktuell würden zwei Drittel der chemischen Vorprodukte für Medikamente in Asien hergestellt. Der Nahostkonflikt und die globale Ölabhängigkeit zeigten, wie verwundbar diese Ketten sind. Deshalb forderte sie, statt neue Register aufzubauen, eine bessere Vernetzung bestehender Kammern und Verbände. Diese verfügen bereits heute über die erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen und müssen in Krisenszenarien nur systematisch angefragt werden.

Rechtliche Grauzone und bauliche Versäumnisse

Werner Frenz vom Medizintechnikhersteller Dräger TGM benannte in seinem Vortrag ein Problem, das in der Öffentlichkeit bislang kaum Beachtung findet: Im Krisenfall kann das Medizinprodukterecht schnell zum Hindernis werden. Wer in einer Notlage fest installierte Geräte mobilisiert oder umrüstet, bewegt sich rasch außerhalb des regulatorischen Rahmens. Dieser Rahmen muss vor dem Notfall definiert werden – nicht währenddessen. Hinzu kommen bauliche Versäumnisse. Normalbetten könnten so konstruiert werden, dass eine schnelle Umrüstung zu Intensivbetten möglich ist. Dies geschieht jedoch selten, da es mit Mehrkosten verbunden ist. Laut Frenz fehlen dabei weniger die finanziellen Ressourcen als die Bereitschaft, in langfristige Krisenplanung zu investieren. Ebenso kritisch sieht er die zentrale Gasversorgung. Ohne funktionierenden Sauerstoff ist eine Intensivtherapie nicht möglich.

Prof. Dr. Tim Pohlemann, Mitglied des Wehrmedizinischen Beirats beim Bundesministerium der Verteidigung, forderte deshalb bundeseinheitliche Mindeststandards für die kritische Gesundheitsinfrastruktur bei Krankenhausneubauten. Es brauche keine regionalen Regelungen, sondern verbindliche nationale Vorgaben.

Das Gesundheitssicherstellungsgesetz

Die Bundesregierung hat für Sommer 2026 den Entwurf für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz (GSG) angekündigt. Ines Perea, Leiterin der Unterabteilung Gesundheitssicherheit

und Resilienz im Bundesgesundheitsministerium, erläuterte die Kernpunkte des Entwurfs. Das Gesetz soll klare Krisenszenarien mit definierten Zuständigkeiten schaffen, Produktionskapazitäten und Bestände in Deutschland erfassen sowie Daten aus dem Robert-Koch-Institut, geopolitische Lageeinschätzungen und Versorgungsregister erstmals systematisch zusammenführen. Zentrales Problem dabei: Bislang sei schlicht unklar, wie viele Medizinprodukte überhaupt in Deutschland vorrätig sind.

Was das Gesetz nach aktuellem Stand nicht leisten wird, ist, die ambulante Versorgung rechtlich zu erfassen. So sind niedergelassene Ärzt:innen bisher beispielsweise nur verpflichtet, einen Notfallplan für die eigenen Räumlichkeiten vorzuhalten. Gemessen an der Rolle, die sie im Ernstfall übernehmen müssen, ist das wenig. Triage-Regelungen bleiben ebenfalls ausgeklammert.

Berliner Debatte

Damit knüpfte die Tagung an eine Debatte an, die die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin bereits am 17. Dezember 2025 geführt hatte. Auslöser war der Rahmenplan „Zivile Verteidigung Krankenhäuser“ (ZVKH): Berlin ist das erste Bundesland, das unter Federführung der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege gemeinsam mit der Berliner Krankenhausgesellschaft, zwölf ausgewählten Krankenhäusern und der Bundeswehr einen Rahmenplan für eine krisenresiliente Krankenhausversorgung erarbeitet hat. Das zunächst nicht öffentlich verfügbare Dokument wurde schließlich über die Plattform „Frag den Staat“ bekannt. Nach einer intensiven Diskussion des Papiers forderte die Delegiertenversammlung die personelle Einbindung der Ärztekammer Berlin in dessen Fortentwicklung. Die ethischen Kernfragen der Krisenplanung liegen damit längst auf dem Tisch – die KRITIS-Tagung hat sie erneut bestätigt und verschärft.

Forderungen an die Politik

Welche Themen außerdem besprochen wurden und welche Aspekte der Acht-Punkte-Forderungskatalog beinhaltet, der im Rahmen der Tagung an die Politik übergeben wurde, lesen Sie in unserem Online-Magazin unter

→ <https://magazin.aekb.de/>



Mario Urbanek

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

Systemische (Familien-)Therapie in der ärztlichen Weiterbildung und der kassenärztlichen Versorgung

Seit Ende 2018 ist die Systemische Therapie in Deutschland als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren anerkannt. Anders als in anderen Ländern, die ihre Primärversorgung familienmedizinisch und gemeindeorientiert ausgerichtet haben und somit einen systemisch-familienmedizinischen Blick nutzen, hat sich die Systemische Therapie/Familientherapie in Deutschland in der akademischen Psychosomatik, der Sozialen Arbeit und der Psychologischen Psychotherapie entwickelt. Nun ist sie als Richtlinien-therapie in der kassenärztlichen Versorgung angekommen.

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

in der neuen WBO 2021 wurde für die Facharztweiterbildungen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für die Zusatzweiterbildung Psychotherapie zu den bisherigen psychotherapeutischen Verfahren die Systemische Therapie als weiteres Verfahren aufgenommen. Im folgenden Beitrag stellen Mitglieder des WBA VI der Ärztekammer Berlin dieses Verfahren vor. Der WBA VI hat Leitplanken erarbeitet, die als Orientierung für die Integration dieses Verfahrens, insbesondere in die Weiterbildung der Assistenz-ärzt:innen (ÄiW) der beiden Fachgebiete, sowie für Interessierte an einer Zusatzweiterbildung dienen sollen. Auf dieser Grundlage können die Weiterbildungsbefugten ihre wichtige Tätigkeit zusammen mit ihren ÄiW gestalten und ihre Curricula ausrichten. Kolleginnen und Kollegen, die an der Erteilung einer Befugnis für die Fachkunde Systemische Therapie im Rahmen einer Befugnis für die beiden genannten Fachgebiete oder der Zusatzbezeichnung Psychotherapie interessiert sind, sind herzlich eingeladen, hierfür einen Befugnisantrag zu stellen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns in der Ärztekammer.

PD Dr. med. Peter Bobbert
Präsident der Ärztekammer Berlin

Zur Geschichte

Seit der Einführung der Sozialversicherungssysteme unter Bismarck hat Deutschland über mehr als 140 Jahre hinweg ein hochwertiges, universelles Gesundheitssystem entwickelt.

Dieses zeichnet sich durch eine individualisierte Praxis, freie Arztwahl, eine differenzierte institutionelle Struktur in allen Bereichen der Versorgung sowie durch eine Professionalisierung der Medizin und anderer gesundheitsbezogener Berufe aus. Überwiegend dominiert der Blick auf das Individuum und auf Defizite, um Krankheit(en) zu beschreiben und zu klassifizieren. Das System unterscheidet sich darin von denen vieler anderer Länder, die auch die Betrachtung kollektiver Faktoren der Pathogenese und Salutogenese von Familie und Gemeinde vor allem in der Primärversorgung strukturell verankert haben.

Eine systemische Perspektive, die auf die Ressourcen von Kollektiven schaut, reicht 100 Jahre zurück. Eine erste familienmedizinisch- und forschungsorientierte Praxis zeigt das Peckham-Experiment. Diese 1926 in London gegründete Familienberatungseinrichtung mit Klinik hatte zum Ziel, das „natürliche“ Potenzial des Einzelnen sowie der sozialen Beziehungen in Familien zu nutzen, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu stimulieren.

In den 1970er- und 1980er-Jahren gab es dann in verschiedenen Ländern erste Versuche von Hausärzt:innen, eine systemische Familienmedizin zu etablieren. Dabei standen nicht mehr die einzelnen Familienmitglieder als aufeinander bezogene Individuen im familiären Kontext im Mittelpunkt, sondern die Familie als System wurde zur „Patientin“. Als erste Forschung mit einem strukturellen Familientherapie-modell gelten die Arbeiten von Salvador Minuchin. Er hat zusammenhängende familiäre Muster von Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Starrheit, mangelnder Konfliktlösung und Triangulierung der Kinder im Zusammenhang mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus bei Kindern beobachtet.



Innes Hope Pearse und George Scott Williamson (links) bei einer „Family Consultation“, Ende der 1930er-Jahre
 Foto entnommen aus: James Mackintosh, Target for Tomorrow no 5: The Nation's Health, o.O. [London] 1944, S. 24

Zur Theoriebildung

Die Theorie des familientherapeutischen Denkens wurde in den 1970er- und 1980er-Jahren im Kontext von Kybernetik und Systemtheorie entwickelt. Dabei gibt es keine einheitliche Theorie, vielmehr lassen sich drei übergeordnete Theoriestränge (siehe Kasten auf Seite 42) identifizieren.

Im Laufe der Zeit haben sich das methodische Vorgehen und die zugrundeliegenden Prämissen mit unterschiedlichen Akzentsetzungen weiter differenziert:

- strukturelle und strategische Familientherapie mit mehreren Generationen (Mailänder Modell und Heidelberger Schule)
- narrative Ansätze nach Michael White oder Harold A. Goolishian, beeinflusst von Michel Foucault
- Familienskulpturen nach Virginia Satir
- lösungsorientierte Ansätze der Schule von Milwaukee

Die Systemische Therapie – auch: Systemische Familientherapie – ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf den Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie und deren sozialer Umwelt, liegt. In Abgrenzung zur Psychoanalyse betonen Vertreter:innen dieser Therapie die Bedeutung impliziter Normen des Zusammenlebens (Familienregeln) für das Zustandekommen und die Überwindung psychischer Störungen. Systemische Ansätze finden eine breite Anwendung in der psychosozialen Beratung von Individuen, Familien und Organisationen, als Coaching, als ressourcen- und lösungsorientierte Prozessberatung sowie als systemische Organisationsberatung. Seit Juli 2020 zählen sie neben der Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie auch als eigenständiges Psychotherapie-Richtlinien-Verfahren

in der vertragsärztlichen Versorgung. Es wird für ein Einzel-, Mehrpersonen- und Gruppensetting angeboten.

Im Unterschied zu anderen psychotherapeutischen Verfahren kennt die Systemische Therapie keine dezidierte Störungslehre. Eine Diagnostik von „Störungen“ oder gar „psychischen Krankheiten“ wird mitsamt den traditionellen Psychopathologie-Konzeptionen größtenteils explizit als inadäquat abgelehnt. Dies rührt aus der theoretischen Nähe zu lösungsfokussierten Ansätzen. In der Systemischen Therapie werden soziale oder psychische Auffälligkeiten nicht als „krank“ oder pathologisch betrachtet, sondern als prinzipiell verstehbare Reaktion auf Probleme oder Anforderungen gesehen, die gelegentlich selbst problematisch sein können.

Zur Wissenschaft

Seit 2008 wird die Systemische Therapie in Deutschland als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren anerkannt. Ihre Wirksamkeit ist in der Behandlung von Erwachsenen bei folgenden Erkrankungen bestätigt:

- affektive Störungen (ICD-10: F3x),
- Essstörungen (ICD-10: F50),
- psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10: F54),
- Missbrauch und Abhängigkeiten (substanzgebunden und nicht substanzgebunden) (ICD-10: F1x, F55, F63) sowie
- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F2x).

Der G-BA hat bereits 2018 entschieden, dass die Systemische Therapie für Erwachsene zukünftig von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird; dies wurde kürzlich auch für Kinder und Jugendliche beschlossen.

Übergeordnete Theoriestränge

- **Selbstorganisation** geht auf Humberto R. Maturana und Francisco J. Varela zurück. In der Systemtheorie wird sie als eine Form der Systementwicklung verstanden, bei der formgebende oder gestaltende Einflüsse von den Elementen des Systems selbst ausgehen.
- **Autopoiesis** ist ein Schlüsselbegriff in der soziologischen Systemtheorie von Niklas Luhmann. Er übertrug den Begriff Autopoiesis auf die Betrachtung sozialer Systeme und bezog sich dabei auf das Werk von Maturana und Varela.

Die zentrale These lautet: Soziale Systeme bestehen ausschließlich aus Kommunikation, nicht aus Subjekten, Akteuren, Individuen oder Ähnlichem, und operieren in Autopoiesis. Somit erschaffen sich die Systeme in einem ständigen, nicht zielgerichteten autokatalytischen Prozess quasi aus sich selbst heraus. Die Systeme produzieren und reproduzieren demnach sich selbst.

- **Narrativer Ansatz:** Der in der Systemischen Therapie häufig angewandte narrative Ansatz wurde von Michel Foucault beeinflusst und geht auf Michael White und David Epston zurück. Dabei handelt es sich um ein poststrukturalistisches Postulat, demzufolge individuelle sowie gesellschaftliche Phänomene aus sprachlichen Überlieferungen und anschließenden Manifestationen von Wirklichkeitskonstruktionen resultieren. Die Identität des Individuums wird demnach als narrativ gebildet und ist insofern de- bzw. rekonstruierbar.

Zur aktuellen Situation in Berlin

Im Vergleich zu den beiden anderen Richtlinienverfahren der psychodynamischen und der Verhaltenstherapie gibt es in der vertragsärztlichen Versorgung bislang deutlich weniger Zulassungen für Systemische Therapie. Unter den wenigen vertragsärztlichen Abrechnungsgenehmigungen für Systemische Therapie gibt es etwa vier- bis fünfmal mehr psychologisch-psychotherapeutische Zulassungen als ärztliche.

In Berlin nutzen erste psychiatrische Kliniken Ansätze aus der Systemischen Therapie für neue teilstationäre Angebote für Patient:innen mit Doppeldiagnosen. Gerade bei substanzgebundenem und nicht substanzgebundenem Missbrauch und bei Abhängigkeiten (ICD-10: F1x, F55, F63) und gleichzeitig bestehender weiterer psychiatrischer Komorbidität haben sich die lösungsorientierten Ansätze der Systemischen Therapie bewährt. Aber auch für ambulante Ansätze in der

suchtmedizinischen Grundversorgung stellen systemische Ansätze eine Bereicherung dar, gerade auch bei Patient:innen in der Substitutionsbehandlung.

Für die hausärztliche und familienmedizinische Behandlung bedeuten systemisches Denken, zirkuläre Fragetechniken, Familienkonferenzen und spezifische Instrumente des familienmedizinischen Zugangs eine Erweiterung im Hinblick auf die Einbeziehung kollektiver und systemischer Perspektiven und Interventionen. Dadurch können familiär belastende Faktoren und Ressourcen stärker einbezogen werden.

Zur Weiterbildung

Gemäß der Weiterbildungsordnung von 2021 der Ärztekammer Berlin ist seit deren Inkrafttreten im November 2022 der Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Systemischen Therapie vorgesehen. Zwischen 2018 und 2022 konnten bereits erworbene Kompetenzen im Bereich der Systemischen Therapie von der Ärztekammer Berlin anerkannt werden. Für den Übergangsprozess wurden Kriterien herausgearbeitet, die es Kolleginnen und Kollegen mit der Richtlinienkompetenz in Psychotherapie in einem der etablierten Verfahren (TP, VT, AP) ermöglichen, Kompetenzen nachzuweisen oder zu erwerben, die es ihnen erlauben, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch Systemische Therapie anzubieten.

Die Autor:innen und die Mitglieder des Weiterbildungsausschusses VI (WBA VI) regen an, dass entsprechende Weiterbildungsangebote in Berlin geschaffen werden, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit Ambulanzen bereits existierender Institute, die für andere Berufsgruppen eine systemische Ausbildung anbieten. Für diese Ambulanzen könnten Ärztinnen und Ärzte (teil-)befugt werden, wenn diese dort in geeigneter Form angestellt sind. Somit könnten die Ambulanzen zu „ärztlich geleiteten“ Weiterbildungsstätten werden.

Da die Angebote für ärztliche Weiterbildung in Systemischer Therapie in Berlin bislang gering sind, haben sich der WBA VI

Übergangsregelung bei bereits vorliegender Weiterbildung in Psychotherapie

Nachweis von:

- 70 Stunden Theorie in Systemischer Therapie
- 5 Untersuchungen/Auftragsklärungen/Genogramme unter Supervision, davon mindestens drei im Mehrpersonensetting
- 100 Behandlungsstunden unter Supervision, wobei nach jeder vierten Stunde eine Supervision stattfinden muss
- 50 Stunden Selbsterfahrung in Systemischer Therapie

Ärztliches Mustercurriculum Systemische Therapie der Ärztekammer Berlin

1. Krankheitslehre und Diagnostik (70 Stunden)

- Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren und -methoden
- Grundlagen der Neurobiologie und Psychoneuroimmunologie
- Theorie, Grundhaltungen und Geschichte der Systemischen Therapie
- Systemische Fragetechniken
- Dokumentation und Evaluation
- In Kooperation mit den Patient:innen, Kontextsensibilisierung, emotionale, inhaltliche, und handlungsbezogene Rahmung von Psychotherapieprozessen
- Systemisch-familienmedizinischer / therapeutischer Zugang und Diagnostik
- Systemische Diagnostik
- Systemische Fallkonzeption und Settingfragen

2. Therapie (70 Stunden)

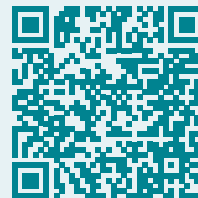
- Grundlagen der Psychopharmakotherapie
- Indikationsstellung für stationäre Therapien und Rehabilitation

- Therapeutischer Kontrakt
- Systemische Methodik
- Systemische Therapie in der GKV
- Vorgehensweise bei spezifischen Störungsbildern
- Grundlagen der Arbeit im Mehrpersonensetting
- Ethische Grundsätze therapeutischer Arbeit

3. Gruppentherapie

Die Abrechnungsgenehmigung für die Gruppe umfasst 120 Stunden, davon:

- 60 Stunden Behandlung
- 15 Stunden Supervision
- 45 Stunden Theorie in Gruppenpsychotherapie



Interessierte finden das vollständige „Ärztliche Mustercurriculum Systemische Therapie“ über den nebenstehenden QR-Code oder unter [→ www.aekb.de/aerzt-innen/weiterbildung/download-bereich](http://www.aekb.de/aerzt-innen/weiterbildung/download-bereich).

sowie der Vorstand der Ärztekammer Berlin mit den Möglichkeiten zur Unterstützung der Etablierung eines entsprechenden Angebotes befasst. So wurden Übergangskriterien erarbeitet, die den aktuellen Möglichkeiten für die Weiterbildung Rechnung tragen. Zusätzlich wurde durch den WBA VI zur Orientierung ein Vorschlag für ein Musterweiterbildungscurriculum entwickelt.

Zum Aufbau von Weiterbildungsverbänden

Dieser Vorschlag soll dazu dienen, Interessierte, die bereits Kenntnisse und Fertigkeiten vor Inkrafttreten der WBO 2021 erworben haben, über die Anforderungen zu informieren. Dieser Vorschlag ist nicht verbindlich, sondern soll der Orientierung dienen. Insbesondere ärztliche Weiterbildungsverbände für Systemische Therapie können sich bei der Neugründung daran ausrichten. Die Anerkennung bereits erworbener systemischer Kompetenzen, die beispielsweise in anderen ärztlichen Weiterbildungen wie Hypnose oder Suchtmedizin erworben wurden, ist dabei möglich. Gerne steht der WBA VI beim Aufbau von Weiterbildungsverbänden im Schwerpunkt Systemische Therapie beratend zur Seite.

Da auf der Leitungsebene psychiatrischer Krankenhäuser bislang keine systemischen Kompetenzen vorhanden sind, unterstützt die Ärztekammer Berlin durch Anregung von

Kooperationsmodellen zwischen stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten, um die Weiterbildung junger Ärzt:innen im Schwerpunkt Systemische Therapie voranzubringen und sicherzustellen. Dies bedeutet aber auch, dass sich Chefärzt:innen mit der Weiterbildungsberechtigung für das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie ihrer Verantwortung bewusst sind und die Kooperation mit ambulanten Weiterbildungsstätten für Systemische Therapie suchen, wenn diese Kompetenzen in ihrer Klinik nicht vorgehalten werden.

Der WBA VI will diese Umsetzung unterstützen und begleiten. Zu diesem Zweck sollen nach rund sechs bis neun Monaten Begehungen vor Ort stattfinden und bei Bedarf entsprechende Hilfen angeboten werden. /

Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M.A.
Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher, MBA
Caroline Meller

Informationen sowie die weiterführende Literatur erhalten Interessierte beim Verfasser Prof. Dr. med. Markus Herrmann unter [© markus.herrmann@med.ovgu.de](mailto:markus.herrmann@med.ovgu.de).

CIRS Berlin: Sprachbarrieren bei Ärzt:innen

Die zunehmende Multikulturalität im Gesundheitswesen birgt nicht nur Chancen, sondern auch Probleme, die sich in verschiedenen Fallberichten der CIRS-Netzwerke darstellen, wie verschiedene Fallberichte der CIRS-Netzwerke zeigen. In einer strukturierten, thematischen Diskussion befasste sich das Anwenderforum des Netzwerks CIRS Berlin mit Fällen, in denen Sprachbarrieren im Gesundheitswesen zu kritischen Situationen beitragen.

Für die Diskussion über Sprachbarrieren bei Ärzt:innen wurden fünf Fälle (CIRSmedical.de-Plus: Nummer 152222, 163396; Netzwerk CIRS-Berlin: Nummer 265167, 133370, 182732) ausgewählt.

Die Gemeinsamkeit dieser Fälle liegt darin, dass ein Defizit in der deutschen Sprache auf Seiten der Ärzt:innen zu verzögerter Behandlung, falschen Anordnungen und/oder Missverständnissen führte. In einigen Fällen hat die geringe klinische und praktische Erfahrung das Auftreten von Fehlern zusätzlich begünstigt.

Kommentar und Hinweise des Anwenderforums des Netzwerks CIRS Berlin

Sprachdefizite im Gesundheitswesen stellen eine zunehmende Herausforderung für die sichere und effiziente Versorgung von Patient:innen dar. Alle Mitglieder des Anwenderforums kennen Situationen, in denen ein bestehendes Sprachdefizit – sei es auf Seiten der Ärzt:innen, der Patient:innen oder der Pflegenden – zu kritischen Situationen geführt hat.

Empfehlungen zu Sprachbarrieren

Um das Risiko zu reduzieren, dass ein bestehendes Sprachdefizit die Patientensicherheit negativ beeinflusst, gibt

es zahlreiche Empfehlungen, sowohl aus dem Anwenderforum als auch in den einzelnen Fallberichten aus den CIRS-Netzwerken.

Besonders wichtig ist eine gründliche Einarbeitung von Ärzt:innen in Weiterbildung und anderen Berufsanfänger:innen. Dies sollte auch unabhängig von einem bestehenden Sprachdefizit selbstverständlich werden.

Ein gutes Einarbeitungskonzept und eine engmaschige Supervision – auch über die Einarbeitung hinaus – sind für Nicht-Muttersprachler von großer Bedeutung. Es kann förderlich sein, Maßnahmen zur sozialen Integration in das Einarbeitungskonzept einzubinden, da diese den Spracherwerb auch im Alltag fördern.

Um im deutschen Gesundheitswesen als approbierte Ärztin oder Arzt tätig zu werden, sind allgemeine Deutschkenntnisse auf mindestens gutem B2-Niveau, erweiterte medizinisch-fachsprachliche Deutschkenntnisse sowie gute Kenntnisse der medizinischen Dokumentation in deutscher Schriftsprache zwar bereits Voraussetzungen. Bei weiterhin bestehenden sprachlichen Defiziten können sich zudem zusätzliche Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Sprachkenntnisse als sinnvoll erweisen, beispielsweise durch verbindliche, vom Arbeitgeber unterstützte und finanzierte Sprachkurse. Wichtig ist es, fremdsprachlichen Kolleg:innen die Zeit einzuräumen, die sie für den Spracherwerb benötigen.

Für den Arbeitsalltag ist eine Einschätzung der Sprachbarriere unumgänglich und sollte insbesondere bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden. Wenn trotz bestehender Sprachbarrieren der Einsatz von nicht-deutschsprachigen Mitarbeitenden unausweichlich ist, kann der Einsatz von Sprachmittler:innen oder der Wechsel zu einer anderen Sprache, etwa Englisch, erwogen werden.



NETZWERK CIRS BERLIN

Weitere Empfehlungen

- In einzelnen Bereichen, etwa bei der Anamnese, können strukturierte Anamneseerhebungsbögen als Hilfsmittel dienen, um auch im Notfall alle wichtigen Informationen über die Patient:innen zu erfassen.
- Simulationsbasierte Trainings zum Einüben erforderlicher Handgriffe im Notfall können bewirken, dass diese auch ohne Verständigung funktionieren.
- Wurde in einer Notsituation keine ausführliche Anamnese erhoben, muss diese nachgeholt werden, sobald die Situation und der Zustand der Patientin oder des Patienten es erlauben. Dies kann auch für ein Feedback an die Person genutzt werden, die sie oder ihn zuerst gesehen hat.
- Unterstützend kann die Kommunikation vereinfacht und, wenn möglich, einfach erlernbare Kommunikationsstandards entwickelt werden.

Insgesamt sollte ein Arbeitsklima in den Einrichtungen etabliert werden, in dem eigene (Sprach-)Defizite offen benannt werden können, beispielsweise durch die Benennung von Vertrauenspersonen.

Ergebnisse und Empfehlungen zu Sprachbarrieren bei Patient:innen und Pflegenden finden Sie im Online-Magazin: → <https://magazin.aekb.de>

Die diskutierten Fälle können Sie auch unter → www.cirs-berlin.de oder → www.cirsmedical.de nachlesen. /

Kontakt

Katharina Wentrup
© k.wentrup@aekb.de
Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung

Das Rezept

„An apple a day keeps the doctor away“, sagt ein Sprichwort. Die ursprüngliche Form stammt aus der Grafschaft Pembroke im Südwesten von Wales und lautet: „Iss einen Apfel, bevor du ins Bett gehst, und du wirst deinen Arzt um seinen Broterwerb bringen.“ – Wahrscheinlich wurde sie von schon damals frustrierten NHS-Patienten erfunden, die zehn Jahre auf ihre Hüftendoprothese warten mussten, während die geneigten Orthopäd:innen Golf spielten.

Doch bleiben wir beim Apfel und seinem ärztefeindlichen Charakter: Er enthält die Vitamine C, E und B sowie Mineralstoffe wie Kalium und Ballaststoffe wie Pektin. Ihm werden Eigenschaften als kalorienarmer Snack, Förderer der Verdauung, Stärker des Immunsystems und durch Antioxidantien auch als Jungbrunnen und Entzündungshemmer zugeschrieben. Um seine Wirkung zu entfalten, muss so ein Apfel jedoch auch verzehrt werden. Dies scheint für einen Großteil der Bevölkerung eine uncoole oder unerfüllbare Zumutung zu sein, denn der Markt für Vitamine in Pillenform und andere Nahrungsergänzungsmittel boomt. Der geschätzte Umsatz wird für das Jahr 2026 auf über zwei Milliarden Euro prognostiziert.

Supplement-Verfechter – und das sind beim Blick in die sozialen Medien sehr viele – führen stets an, dass Obst und Gemüse aus Massenproduktion aufgrund ausgelaugter Böden keine Nährstoffe mehr enthalten, die Winter in Europa immer länger und dunkler werden und sowieso niemand Zeit hat, sich so zu ernähren, dass es zu keinen Mängeln kommt. Dagegen zeigen Studien, dass eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung an der frischen Luft ausreichen.

Also raus in den Berliner Frühling! Um Vitamin D zu tanken und einen Dopamineinschuss gegen die Winterdepression

zu erhalten, eignen sich ein Besuch der Britzer Baumblüte, des Berliner Frühlingfestes, des Tulpenfestes in Potsdam und natürlich der Kirschblüte. Auch Kirschen sind schließlich sehr gesund, kalorienarm und wie Äpfel voller Vitamine, Mineralstoffe und Antioxidantien. Angeblich enthalten sie Melatonin, welches den Schlaf fördert, sowie Stoffe, die Muskelschmerzen lindern.

Es ist verwunderlich, dass bei sonstigen ärztlichen Empfehlungen zu Impfungen, Cholesterinsenkern, Blutdruckmitteln und anderen von deren Gegnern stets „Big Pharma“ und rein monetäre medizinische Interessen ins Feld geführt werden – bei den durchaus teuren und bisweilen exklusiv vermarkteten Supplementen fallen das Abraten und Hinweisen zu deren Wirkungslosigkeit allerdings unter die Kategorie „Fake News“. Viele Studien zeigen jedoch, dass Nahrungsergänzungsmittel die Gesundheit nicht verbessern, das Leben nicht verlängern und manchmal sogar schaden. Doch die Hoffnung auf magische Pillen mit Heilsversprechen ohne Anstrengung siegt – obwohl es sich dabei oft nur um Geldverschwendung handelt, die einzig teuren Urin produziert.

Natürlich gibt es Ausnahmen für Schwangere, Säuglinge und Veganer. Diskutiert wird auch, wie es denn nun mit dem im Internet als Allheilmittel gegen Müdigkeit, Leistungsdefizite und schlechte Laune gepriesenen Vitamin D wirklich aussieht – selbst in der ärztlichen Zunft ist dies ein Thema kontroverser Diskussionen. Für Kinder und Jugendliche, die sich heutzutage viel weniger draußen und in der Sonne aufhalten als vielmehr vor ihren Endgeräten, gibt es durchaus Tendenzen, die bisherigen Empfehlungen anzupassen.

Vielleicht locken Sie Ihren Nachwuchs mit folgender Veranstaltung aus den pubertär-muffigen Jugendzimmern: Im April findet in Berlin die internationale Cannabis Business Conference statt. Dort sollen sich Experten aus Medizin,

Wirtschaft, Politik und Recht treffen, um Grundsteine für die verantwortungsvolle Beziehung zwischen Branche, Politik und Verbrauchern zu legen.

Wenn Ihre Kinder dort eine neue berufliche Perspektive für sich entdecken sollten – statt Fitness-Influencer vielleicht „Triple C“ (Cannabis Content Creator) –, können Sie zur Beruhigung Ihrer strapazierten Nerven – sofern Sie keine Vitamin-B-Komplex-Ampullen schlürfen wollen – die Festtage der Berliner Staatsoper besuchen. Hier gibt es Vitamine für die Ohren in Form von Verdi, Strauss und Brahms.

Wenn Ihnen von dieser, diesmal zugegebenermaßen etwas passiv-aggressiven Glosse, nun die Ohren klingeln und Sie nach Ruhe und Reduktion streben, wie wäre es in den allerletzten Tagen der Fastenzeit vor Ostern mit einer buchstäblichen Fastenerfahrung? Dem Fasten wird die Förderung der Autophagie – Zellreinigung – zugeschrieben, was zu einer verbesserten Insulinsensitivität, Entzündungshemmung, Reversibilität einer Fettleber und nebenbefundlichen Gewichtsabnahme führt. Zudem steigert das Fasten das körperliche und geistige Wohlbefinden durch die Ausschüttung von Glückshormonen. Und das Beste: Traditionell wird das Fasten mit dem langsamen, genussvollen Verzehr eines geschnetzelten Apfels unter achtsamem Einbezug aller Sinne gebrochen.

Frisches Obst finden Sie auf allen Berliner Wochenmärkten und im Hofladen der Domäne Dahlem. Doch frei nach einem ehemaligen Fußball-Nationalspieler: „Ob Äpfel oder Kirschen, Hauptsache Gemüse“ steht auf meinem heutigen Rezept für Sie: Frisches Obst! /

**Herzlichst
Ihre Frau**

Dr. Titel

#BAE30 – Was hat die Berliner Ärztinnen und Ärzte vor 30 Jahren beschäftigt?

Mit dieser Fragestellung haben wir uns ins Archiv begeben und alte Ausgaben unserer Mitgliederzeitschrift, damals noch „Berliner Ärzte“, von 1996 gesichtet. Was wir gefunden haben? Spannende Reportagen und zeithistorische Einblicke in das Berliner Gesundheitswesen nach der Wiedervereinigung sowie manch kurios anmutendes Fundstück aus dem Kammerleben. Die überraschende Erkenntnis: Vieles, was uns damals bewegte, ist auch heute noch aktuell. Die interessantesten Fundstücke werden wir Ihnen im Laufe des Jahres hier, im Online-Magazin und auf unseren Social Media-Kanälen vorstellen.



Prof. Dr. med. Bruno-Marcel Mackert
Leiter der Klinik für Neurologie mit Stroke Unit am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Jährlich erleiden rund 270.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall. In Berlin wurden 2025 insgesamt rund 13.000 Patient:innen auf Stroke Units versorgt. Am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum waren es über 1.000 – damit zählt die dortige Stroke Unit zu den drei größten in der Hauptstadt.

BÄ Herr Professor Mackert, wie haben Sie persönlich die Anfänge der ersten Stroke Units in Berlin erlebt?

BM Ich selbst arbeitete damals nicht auf der ersten Stroke Unit in Berlin, im Wenckebach-Klinikum, sondern sammelte meine ersten Stroke Unit-Erfahrungen auf der ersten neurologisch geführten Stroke Unit im damaligen Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin. Prof. Dr. Marx hatte

„Erste Unit Berlins“

Bei unserer Recherche zu #30BAE sind wir auf eine Meldung in der April-Ausgabe der BERLINER ÄRZTE (Seite 6) gestoßen: Darin wird die erste Akuteinheit zur Behandlung von Schlaganfallpatient:innen in der Stadt beschrieben. Diese nahm damals mit vier Betten am Wenckebach-Krankenhaus ihren Betrieb auf.

Heute, 30 Jahre später, gehört das Wenckebach-Klinikum zu Vivantes, und die Stroke Unit ist in den Neubau des benachbarten Auguste-Viktoria-Klinikums umgezogen. Das interdisziplinäre Team, bestehend aus den Bereichen Neurologie, Neuroradiologie, Radiologie, Anästhesie, Pflege, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie und Neuropsychologie, verfügt dort über eine voll ausgestattete Stroke Unit mit Thrombektomie-Möglichkeit sowie allen modernen Diagnostik- und Therapieverfahren für die Akutbehandlung von Schlaganfällen. Für unseren Rückblick haben wir mit dem Leiter, Prof. Dr. med. Bruno-Marcel Mackert, gesprochen und eine einmal im Monat stattfindende Simulationsübung zur Akutbehandlung des Schlaganfalls von der Notaufnahme bis zur Stroke Unit fotografisch begleitet.



„Zentrum für Gesundheit und Physiotherapie“
nennt sich jetzt das Gesundheitszentrum im Krankenhaus...
Richtlinien der Deutschen Gesellschaft...

diese dort wenige Monate später eröffnet. Es herrschte eine große Aufbruchsstimmung, da man für Schlaganfall-Patient:innen bis dahin wenig tun konnte.

Das war eine sehr spannende Zeit mit ganz neuen Konzepten: Auf vier Stroke Unit-Betten wurden Schlaganfall-Patient:innen rund um die Uhr begleitet, beobachtet und therapiert. Ab jetzt lagen die Patient:innen nicht mehr allein in den verschiedenen internistischen Abteilungen in normalen Patientenzimmern, mit einer Visite pro Tag. Vielmehr wurden sie an einem Ort kontinuierlich am Monitor überwacht. Die Pflege hatte die Patient:innen 24/7 im Blick, sie wurden viermal am Tag vom ärztlichen Team neurologisch untersucht. Bei klinischen Verschlechterungen konnte man sofort eingreifen. Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädische Diagnostik und Therapie wurden direkt am Bett durchgeführt. Die Rehabilitation konnte bereits auf der Stroke Unit beginnen.

Seit Anfang der neunziger Jahre hatten sich Neurolog:innen dem bis dahin vernachlässigten Schlaganfall angenommen und ihn von einer internistischen zu einer primär neurologischen Erkrankung gemacht. Man hatte festgestellt, dass sich der klinische Verlauf von Schlaganfall-Patient:innen durch eine monitorisierte Behandlung, die Parameter wie Blutdruck, Blutzucker, Temperatur, Sauerstoffsättigung etc. umfasste, und eine frühzeitige Klärung der Schlaganfallursache in Kombination mit einer frühen Rehabilitation positiv beeinflussen ließ.

Anfangs konnten allerdings leider nur wenige, ausgewählte Berliner Schlaganfall-Patient:innen auf diesen neuen Stroke Units behandelt werden. Heute werden deutschlandweit über 80 Prozent der Schlaganfallpatient:innen auf zertifizierten Stroke Units aufgenommen.

Welche medizinischen und organisatorischen Hürden mussten in den 1990er-Jahren überwunden werden, um die spezialisierte Schlaganfallversorgung in Berlin zu etablieren?

In den 1990er-Jahren wurden die Kosten für Technik und insbesondere Personal für diese Spezialeinrichtungen nicht von den Klinikträgern übernommen. Im Fall des Wenckebach-Klinikums gab es eine Anschubfinanzierung durch die Krankenkassen, andernorts wurden individuell Forschungsgelder, Mittel von Stiftungen oder der Industrie eingeworben. Erst 2006 wurde die Komplexpauschale für die Schlaganfallbehandlung eingeführt und damit eine flächendeckende Finanzierung dieser hoch spezialisierten Einheiten sichergestellt. Die Qualitätskriterien waren von Anfang an sehr hoch. Heute müssen Stroke Units alle drei Jahre durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft einen aufwendigen Zertifizierungsprozess durchlaufen. /



Das Team der Stroke Unit am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum trainiert einmal im Monat die Abläufe der akuten Schlaganfallversorgung von der Notaufnahme bis zur Stroke Unit, um immer schneller zu werden: „Time is brain.“

Fotos: Espen Eichhöfer, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin



Welche Veränderungen Prof. Dr. med. Bruno-Marcel Mackert in den vergangenen 30 Jahren beobachtet hat und auf welche Angebote der Berliner Schlaganfall-Allianz er besonders stolz ist, erfahren Sie in unserem Online-Magazin: [-> https://magazin.aekb.de](https://magazin.aekb.de). Dort finden Sie auch die vollständige Fotoreportage.

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

Titelfoto Sibylle Fendt, 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-Grüner-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 2026, gültig ab 01.01.2026.

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 ver-
öffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art
übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Die darin geäußerten An-
sichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeberin der Zeit-
schrift. Sie dienen dem freien Meinungs-austausch der Berliner Ärzt:innen-
schaft und ihrer nahestehenden Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind
urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle
ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Alle Berliner Ärzt:innen erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mit-
gliedschaft 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, 2026

Hinweis

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