

# Berliner Ärzt:innen

MITGLIEDERZEITSCHRIFT  
ÄRZTEKAMMER BERLIN  
AUSGABE 3 / 2026



Schwerpunkt:  
130. Deutscher  
Ärztetag

**Rennarzt**

Potenziell kritische Situationen  
frühzeitig erkennen





**Dr. med. Susanne von der Heydt, MPH**  
ist Fachärztin für Kinderchirurgie und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

Foto: Anke Illing

# Liebe Kolleginnen und Kollegen,

beim Deutschen Ärztetag in Hannover haben wir wichtige Anträge eingebracht. Einer adressiert ein Problem, das die Ärzteschaft mehr beschäftigen sollte: Ärztinnen und Ärzte, die ohne Facharztweiterbildung und nicht selten kommerziell finanziert über soziale Medien medizinische Informationen verbreiten oder in berufsrechtlich fragwürdige Tätigkeitsfelder abwandern und somit der Regelversorgung verloren gehen. Wie aktuell dieses Problem ist, zeigt ein Bericht im „Tagesspiegel“: Bei einer Fachtagung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen wurde deutlich, wie schwierig es selbst mit Heilmittelwerbebesetz und Digital Services Act ist, irreführende Gesundheitswerbung von Medfluencer:innen zu unterbinden. 83 Prozent der 15- bis 25-Jährigen beziehen Gesundheitsinformationen von Influencer:innen. Die Inhalte sind oft falsch und frei erfunden – mit realen Risiken für die Patientensicherheit.

Hinzu kommt: Jede und jeder kann sich mit Kittel und Stethoskop zur Medfluencerin bzw. zum Medfluencer erklären. Ratsuchende können die Qualifikation der Person kaum einschätzen. Selbst bei approbierten Kolleg:innen, die Falschinformationen verbreiten, fehlen klare Regelungen. Das Ergebnis ist uneingeschränkter „Healthjunk“. Dabei geht es nicht darum, soziale Medien grundsätzlich abzulehnen – im Gegenteil: Richtig genutzt bieten sie die Chance, Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu stärken. Voraussetzung ist jedoch, dass jederzeit klar erkennbar ist, wer spricht, mit welcher Qualifikation und auf welcher Grundlage. Nur so lässt sich Vertrauen schaffen und Missverständnissen vorbeugen. Hier setzen unsere Anträge an: Verbindliche Vorgaben in der Muster-Berufsordnung sollen sicherstellen, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Qualifikation, ihr Fachgebiet und ihre Finanzierungsquellen transparent ausweisen. Zudem muss die BÄK-Handreichung zu sozialen Medien aktualisiert werden. Denn falsche Gesundheitsinformationen zu stoppen und Gesundheitskompetenz zu fördern, sind zwei Seiten derselben Medaille.

Ein weiteres, oft verknüpft Anliegen ist, dass gewerbliche Anbieter den Nachwuchs mit attraktiv wirkenden Konditionen locken: kein Nacht- und Schichtdienst, gutes Geld für minimalinvasive Ästhetik, unsinnige Infusionstherapien oder Online-Coaching. Diese Angebote sind berufsrechtlich oft nicht haltbar, doch das ist schwer zu erkennen. Sie finden sich längst in MVZ-Strukturen, Longevity Clinics und ähnlichen Einrichtungen. Eine Informationskampagne soll gegensteuern, um die Bedeutung der Facharztweiterbildung wieder bewusst zu machen und den dringenden Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu betonen. Dafür muss die Weiterbildung ein geschützter Raum für fachliche Entwicklung und Kompetenzerwerb sein – frei von sexueller Gewalt und Machtmissbrauch. Auch das war Thema auf dem Ärztetag. Wer junge Ärztinnen und Ärzte schützen will, muss Strukturen schaffen, in denen die Weiterbildung sicher, fair und frei von Übergriffen stattfinden kann.

Und nicht zuletzt müssen wir die Freude an unserer Berufsausübung sichtbar machen, die bei allem berufspolitischen Kampf nicht aus dem Blick geraten darf.

**Ihre** *Susanne von der Heydt*

# Inhalt

## EDITORIAL

Begrüßung durch Susanne von der Heydt 3

## KURZ NOTIERT

Aktuelles / Nachrichten 6

## AUS DER KAMMER

Zwischen Kriegsszenarien und Reformen: Die Medizin von morgen? 24  
Bericht von der Delegiertenversammlung am 6. Mai 2026  
Von Ole Eggert

Versorgungswerk liefert solide Ergebnisse 28  
Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 26. März 2026  
Von Anne McLaren

Ärztliche Weiterbildung 29  
Bestandene Facharztprüfungen  
März und April 2026

Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung 31

Medizinische Fachangestellte 32  
Veranstaltungshinweise

Ärztliche Fortbildung 33  
Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung

## POLITIK & PRAXIS

Rennarzt: Potenziell kritische Situationen frühzeitig erkennen 35  
*Fotoreportage von Stephanie Steinkopf*

Neue Mpox-Kampagne des Lageso 38  
*Von Claudia Ruscher*

Post für die Kolleg:innen 39  
*Von Adelheid Müller-Lissner*

Erfolgsmodell Notdienstpraxis 42  
*Erfahrungsbericht von Timo Fischer*

## KULTUR & GESCHICHTE

Das Rezept 34  
*Eine Glosse von Frau Dr. Titel*

Edith Peritz: Ärztin – Plastische Chirurgin – Frauen-Netzwerkerin 44  
*Von Stephan Heinrich Nolte*

#BAE30 – Was hat die Berliner Ärztinnen und Ärzte vor 30 Jahren beschäftigt? 45  
*Die Clown-Sprechstunde vor 30 Jahren*

Impressum 46

IM FOKUS

## Ein Ärztetag der klaren Worte

12

Konfliktgeladen und richtungsweisend: Beim 130. Deutschen Ärztetag wurde der drohende Versorgungskollaps thematisiert und ein Stopp des GKV-Spargesetzes gefordert. Darüber hinaus diskutierten die Delegierten Reformen der Weiterbildung, strengere Social-Media-Regeln und neue Ansätze in der Suchtmedizin. Nach einer aufrüttelnden Erklärung von Medizinstudentinnen positionierte sich das Plenum gegen Machtmissbrauch, Sexismus und Diskriminierung im Gesundheitswesen. Ein Bericht über das diesjährige Treffen des „Parlaments der Ärzteschaft“.

*Von Ole Eggert*

### Titelbild

Dr. med. Johannes Hartung kümmert sich beim Straßenlauf „S 25 Berlin 2026“ um einen verletzten Läufer.

Foto: Stephanie Steinkopf,  
OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

## Leitungswechsel und neue Strukturen



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

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

#### Caritas-Klinik Dominikus

Zum 1. Mai 2026 hat **Dr. med. Robert Steinicke** die Position des Chefarztes der Inneren Medizin der Caritas-Klinik Dominikus in Berlin-Reinickendorf übernommen. In der Doppelspitze mit **Dr. med. Daniel Merkel** plant er, die Abteilungen Innere Medizin und spezielle Gastroenterologie über das gesamte Spektrum – von der Akutversorgung bis zur hochspezialisierten Diagnostik – weiter auszubauen und zu stärken. Steinicke bringt als Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie für Innere Medizin und Angiologie eine fachliche Breite in seine neue Rolle ein. Ein weiterer zentraler Baustein in der Weiterentwicklung der Abteilung sind zusätzliche fachliche Expertisen aus den Bereichen Diabetologie, Endokrinologie und Infektiologie.

#### Vivantes Klinikum Kaulsdorf

Das Vivantes Klinikum Kaulsdorf hat einen neuen Pflegedirektor. Seit Mai ist **Norman Knödel** für die Pflege am Standort verantwortlich. Er folgt auf **Thomas Kobalz**, der das Unternehmen verlassen hat. Knödel kommt vom Klinikum Dahme-Spreewald, wo er ebenfalls Pflegedirektor war. Zuvor arbeitete er als stellvertretender Pflegedirektor im Berliner Sana-Klinikum Lichtenberg. Erfahrungen als stellvertretende und später als leitende Kraft auf Intensivstationen hat Knödel zudem in Hamburg, Leisnig und Radeberg gesammelt. Er ist ausgebildeter Krankenpfleger und hat eine Weiterbildung zum Kranken- und Gesundheitspfleger für Anästhesie und Intensivpflege absolviert. Zudem hat er das Studium „Gesundheit und Management für Pflegeberufe“ als Bachelor of Science abgeschlossen.

#### Helios Klinikum Berlin-Buch / MSB Medical School Berlin

Seit dem 1. April 2026 hat **Prof. Dr. med. habil. Sinan Bakir** die W3-Professur für Orthopädie und Unfallchirurgie an der MSB Medical School Berlin inne. Der 37-jährige Berliner absolvierte sein Studium der Humanmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, wo er 2017 promovierte. Seine klinische Laufbahn begann Bakir 2014 am BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin. Es folgten Stationen an der Universitätsmedizin Greifswald, wo er als Weiterbildungsassistent, Facharzt und später als Oberarzt für Kindertraumatologie tätig war. 2023 habilitierte er sich ebendort und erhielt die Lehrbefugnis für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie. Vor seinem Ruf an die MSB war und ist Bakir seit August 2025 als Oberarzt im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Helios Klinikum Berlin-Buch tätig. Er verfügt über die Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Spezielle Unfallchirurgie sowie Klinische Akut- und Notfallmedizin und besitzt das Zertifikat für Kinder- und Jugendtraumatologie (DGU/DGKCH).

#### DRK Kliniken Berlin

**Dr. med. Kai Halbritter** verstärkt seit dem 1. April 2026 als standortübergreifender Leiter der Angiologie das Team des Gefäßzentrums der DRK Kliniken Berlin. Er hat an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, in Caen (Frankreich) sowie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden studiert. Anschließend war er rund 20 Jahre als Oberarzt am Dresdner Universitätsklinikum Carl Gustav Carus und am Jüdischen Krankenhaus Berlin tätig.

#### Vivantes Klinikum Spandau

Seit April hat die Klinik für Dermatologie und Allergologie am Vivantes Klinikum Spandau einen neuen Chefarzt. **Prof. Dr. med. Max Schlaak** folgt auf **Prof. Dr. med. Wolfgang Harth**, der in den Ruhestand gegangen ist. Schlaak war zuvor als Leitender Oberarzt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin tätig. Er gehörte dort der erweiterten Klinikleitung an und war unter anderem für den Schwerpunktbereich Melanom sowie die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) am Campus Benjamin Franklin verantwortlich. Sein Medizinstudium absolvierte Schlaak von 1996 bis 2003 an der Charité, wo er auch in seinem Abschlussjahr promoviert hat. Die erste Stelle als Arzt in Weiterbildung führte ihn an die Klinik für Dermatologie und Allergologie der damaligen Alexanderhausklinik in Davos, Schweiz. Es folgten Stationen an den Universitätskliniken Leipzig und Köln. Ab 2018 war Schlaak als Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) tätig. 2021 wechselte er erneut an die Charité in Berlin, wo er die Position des Leitenden Oberarztes in der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie innehatte. 2014 habilitierte sich Schlaak an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln und erhielt die Lehrbefugnis. /

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

## Erinnerung

### Austausch von elektronischen Arztausweisen

Wir möchten daran erinnern, dass bestimmte elektronische Arztausweise (eA) zum 30. Juni 2026 ihre Gültigkeit verlieren.

**Wenn Sie bereits reagiert haben oder keinen eA mehr für Ihre ärztliche Berufsausübung benötigen, müssen Sie nichts weiter veranlassen.**

Wenn Sie allerdings weiterhin über einen eA der Generation 2.0 der Anbieter D-Trust oder medisign oder über eine sogenannte Idemia-Karte der Anbieter D-Trust oder SHC verfügen, empfehlen wir Ihnen, den Austausch unverzüglich vorzunehmen. Beachten Sie bitte, dass dieser bis zu acht Wochen dauern kann. Sie sollten von Ihrem Anbieter bereits mehrere E-Mails erhalten haben, dass Ihr Ausweis getauscht werden muss. Vielleicht haben Sie diese E-Mails jedoch überlesen oder sie sind in Ihrem Spam-Ordner gelandet. Es ist auch möglich, dass sich Ihre E-Mail-Adresse geändert hat oder Ihr Anbieter eine fehlerhafte Adresse gespeichert hat.

Prüfen Sie daher bitte, ob Sie über einen Ausweis verfügen, den Sie über den 30. Juni 2026 hinaus nutzen können. Falls dies nicht der Fall ist, veranlassen Sie den Austausch bitte zeitnah.

**Bitte beachten Sie: Ausweise der Firma T-Systems müssen nicht getauscht werden.**

Weitere Informationen: → [www.aekb.de/aktuelles/detail/austausch-von-elektronischen-arztausweisen-ea-update](https://www.aekb.de/aktuelles/detail/austausch-von-elektronischen-arztausweisen-ea-update). /

Anzeige

## Digital

### Kennen Sie unsere Online-Kanäle?



Foto: Sibylle Fendt, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

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

Dort finden Sie regelmäßig aktuelle Meldungen und Artikel:

- Neu: Unsere Bücherecke
- „Alle Ärzte haben einen Friedhof“
- Ärztliche Freizügigkeit durch vergleichbare Qualifikationen
- Bevölkerungsmedizin & Öffentliche Gesundheit
- Medizinische Tätigkeit und unternehmerische Verantwortung
- Ärztliche Künstler:innen, künstlerische Ärzt:innen – für wen gilt die Versicherungspflicht in der Künstler-sozialkasse?

## Reform der Lebendorganspende

### Geplante Ausweitung der Spendemöglichkeiten sowie des Schutzes der Spender:innen

Nach wie vor warten viele Patient:innen in Deutschland auf ein dringend benötigtes Organ – oft vergeblich. Der Ausweg für einige Betroffene ist die Lebendorganspende, insbesondere die Nierenspende oder die Leberteilspende. Der große Vorteil der Lebendspende ist ihre Planbarkeit. Für die spendende Person ist sie jedoch ein uneigennütziger und schwerer Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Organspende:innen bedürfen daher besonderen Schutzes.

Um das Potenzial der Lebendspende besser zu nutzen und gleichzeitig den Schutz der Spender:innen zu verbessern, hat der Bundestag Ende März 2026 eine Novelle des Transplantationsgesetzes (TPG) beschlossen. Die wesentlichen Veränderungen stellen wir hier dar:

#### 1. **Überkreuz- und anonyme Nierenspenden**

Nach dem TPG sind Lebendspenden grundsätzlich nur zwischen Verwandten ersten oder zweiten Grades oder Personen, die einander in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, möglich. Mit der Gesetzesnovelle werden Nierenspenden auch paarüberkreuz oder anonym zulässig.

„Überkreuz“ bedeutet dabei, dass ein Paar aus Spender:in und Empfänger:in zwar das vorgenannte Näheverhältnis erfüllt, die Transplantation aber aus medizinischen Gründen unmöglich ist, beispielsweise weil Blutgruppen oder Gewebemerkmale nicht übereinstimmen. Die Überkreuzlösung ermöglicht die Kombination dieses Paares mit einem oder mehreren anderen Paaren, sodass die wechselseitige Spende möglich wird.

Bei der „anonymen Spende“ hat die spendende Person keinen Einfluss auf die Auswahl der Empfängerin oder des Empfängers des Organs.

Zur Vermittlung dieser Organe und Durchführung der entsprechenden Transplantationen wird in Deutschland ein Programm aufgebaut, das eine zentrale Stelle vorsieht. Diese verwaltet die notwendigen Daten zu den Beteiligten sowie den Organen. Den Transplantationszentren (in Berlin-Brandenburg derzeit ausschließlich das Virchow-Klinikum der Charité – Universitätsmedizin Berlin) kommt dabei die Aufgabe zu, über die Annahme inkompatibler Organspendepaare sowie anonymer, nicht gerichteter Spenderorgane zu entscheiden und die für die jeweilige Vermittlung erforderlichen Daten an die zentrale Stelle zu übermitteln.

#### 2. **Psychosoziale Beratung und Evaluation der Organspende:innen**

Zum Schutz der Spender:innen darf eine Lebendorganspende künftig nur durchgeführt werden, wenn die Spender:innen vorab durch eine psychologisch oder psychotherapeutisch qualifizierte Person umfassend beraten und evaluiert worden sind. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Spender:innen in der Lage sind, die Tragweite ihrer Entscheidung zu verstehen und diese freiwillig treffen können.

#### 3. **Lebendspendebegleitperson**

Darüber hinaus werden die Transplantationszentren dazu verpflichtet, mindestens eine Lebendspendebegleitperson zu bestellen, die die Spender:innen während des gesamten Prozesses von der Beurteilung der Spendeignung bis zur Nachbehandlung unterstützt.

#### 4. **Erweiterte Aufklärung**

Zudem werden die Regelungen zur Aufklärung der Spender:innen erweitert, insbesondere mit Blick auf die besonderen psycho-sozialen Risiken des Eingriffs und seine möglichen (Spät-)Folgen.

#### 5. **Angemessene Berücksichtigung von Lebendspende:innen**

Sollte eine Person, die eine Niere gespendet hat, im späteren Lebensverlauf aufgrund einer Erkrankung selbst eine Nierentransplantation benötigen, soll die eigene Spende bei der Vermittlung von postmortal gespendeten Nieren angemessen berücksichtigt werden.

#### 6. **Vereinheitlichung der Vorgaben für die Lebendspendekommissionen**

Nach Abschluss der notwendigen Untersuchungen sowie der Aufklärung von Spender:innen und Empfänger:innen durch die Transplantationszentren müssen die Lebendspendekommissionen über die Freiwilligkeit der Spende und den Ausschluss von Organhandel befinden. Die Vorgaben für diese Arbeit werden nunmehr bundesweit vereinheitlicht. Zudem erhält das Kommissionsvotum bindende Wirkung: Fällt es negativ aus, darf das Organ nicht entnommen werden.

Die Gesetzesnovelle tritt am 1. Juni 2026 in Kraft tritt.

Die Regelungen zur Überkreuz- und anonymen Nierenspende sind ab dem 1. Juni 2029 anzuwenden. /



## Medizinische Geräte

### Konkrete Hilfe für ukrainische Partnerstadt Riwne

Die Versorgungslage in der Pankower Partnerstadt Riwne ist aufgrund des andauernden Krieges sehr angespannt. Die medizinische Infrastruktur ist stark belastet. Die Kliniken sind überfüllt mit Geflüchteten aus dem Osten des Landes sowie mit verletzten Soldaten. Gleichzeitig fehlt es an moderner medizinischer Ausstattung, da die Ressourcen knapp sind und das Gesundheitssystem am Limit ist. Daher werden gezielt funktionstüchtige medizinische Geräte – neu oder gebraucht – sowie Verbrauchsmaterialien und Medikamente gesucht, die vor Ort dringend benötigt werden.

Kliniken, Praxen oder andere Einrichtungen, die entsprechendes Gerät oder Mobiliar abgeben können, werden gebeten, Kontakt mit dem Bezirksamt Pankow aufzunehmen. Die Abholung und Zwischenlagerung der Sachspenden wird durch ehrenamtliche Fahrer:innen und Helfer:innen organisiert. In den vergangenen zwei Jahren konnten auf diesem Weg bereits zahlreiche Hilfstransporte nach Riwne realisiert werden.

Die detaillierte Bedarfsliste erhalten Interessierte von Daryna Illienko:

☎ 030 902 95 - 26 24

✉ Daryna.Illienko@ba-pankow.berlin.de

Darüber hinaus fördert die Servicestelle „Kommunen in der Einen Welt“ (SKEW) derzeit ein Projekt zur Errichtung einer Prothesenwerkstatt für Kriegsversehrte in Riwne. Da bei dieser Förderung jedoch ein Eigenanteil geleistet werden muss, ist das Bezirksamt Pankow auf Spenden angewiesen und bittet um Unterstützung.

Weitere Informationen zu diesem Projekt finden Sie unter:  
→ [www.berlin.de/ba-pankow/aktuelles/pressemitteilungen/2025/pressemitteilung.1555116.php](http://www.berlin.de/ba-pankow/aktuelles/pressemitteilungen/2025/pressemitteilung.1555116.php) /

Anzeige

### Richtigstellung

In der Ausgabe 2/2026 ist uns ein bedauerlicher Fehler unterlaufen. Unter „Wir trauern um unsere im Jahr 2025 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen“ wurde Dr. med. Gotthart Kumpan auf Seite 27 fälschlicherweise als verstorben aufgeführt.

Wir stellen hiermit ausdrücklich klar, dass es sich dabei um eine Fehlinformation handelt, und bitten Herrn Dr. Kumpan, seine Familie und unsere Leserinnen und Leser um Entschuldigung für die entstandene Irritation.

**Ärztchammer Berlin**

### Leserzuschrift I

#### Zum Artikel „Zwischen Frieden und Krieg“ in „Berliner Ärzt:innen“, Ausgabe 2/2026, Seite 38/39

Woher stammt die Prognose, dass Russland 2029 die NATO angreifen könnte? Verteidigungsminister Pistorius wurde darüber im Juni 2024 durch ranghohe Militärs unterrichtet. Allerdings soll die zugrundeliegende Bedrohungsanalyse noch aus dem Vorjahr 2023 stammen (nachzulesen bei Wikipedia). Inzwischen lehrt uns der Frontverlauf etwas anderes: Russland kommt in der Ukraine kaum voran, bei hohen Verlusten. Das Argument sticht schon lange nicht mehr. Obwohl non testatum hat es diese Jahreszahl jetzt in die „Berliner Ärzt:innen“ geschafft. Und sie wird zur Basis eines Rüstungswettlaufes, immer unter dem Vorwurf: Putin. Und wir haben geschlafen. Wir haben 70 Jahre Frieden nur geträumt. Wir haben lieber Handel und Diplomatie getrieben. „Man habe zu lange geglaubt, wirtschaftliche Interdependenz sei ein Garant für außenpolitische Stabilität“, erklärt uns ausgerechnet Claudia Major von der transatlantischen Sicherheitsinitiative. Uns fehle mentale Agilität. Aber jetzt sind wir wieder agil und bauen Bunker, Luftschutzkeller. Berlin ist das erste Bundesland mit einem krisenfesten Rahmenplan. Endlich Erster sein (lat. Primus)! Ach, wenn wir doch bei Besinnung blieben und bei den friedenslogischen und diplomatischen Aktivitäten einmal die aktiven Ersten wären! Oder wenigstens nicht die letzten. /

**Priv.-Doz. Dr. sc. med. Christoph Seidler**

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

## Leserzuschrift II

### Zum Artikel „Zwischen Frieden und Krieg“ in „Berliner Ärzt:innen“, Ausgabe 2/2026, Seite 38/39

Die Bereitwilligkeit, mit der sich die deutsche Ärzteschaft für die Kriegsertüchtigung Deutschlands rekrutieren lässt, ist beängstigend. Ein beredtes Beispiel dafür ist der Beitrag „Zwischen Frieden und Krieg“. Der Beitrag beginnt mit dem viel beschworenen Szenario, dass Russland „spätestens“ 2029 die NATO angreifen könnte. Für eine solche Intention Russlands gibt es keine Belege, aber ein furchteinflößendes Feindbild muss her, wenn wir Deutschen auf dem Globus wieder militärisch mitmischen wollen. Dass wir Ärzt:innen da nicht außen vor bleiben können, wird mit dem Zitat einer Politikerin der inzwischen Fleck-Grünen eingeleitet: „Krankenhäuser werden im Krieg nicht verschont – die Ukraine belegt das täglich.“ In der Ukraine sind Krankenhäuser zwar nicht ansatzweise so in Mitleidenschaft gezogen worden wie in Gaza, aber in Gaza war das durch die deutsche Staatsräson gedeckt. Israel wird im Beitrag in den „Berliner Ärzt:innen“ nicht als Beispiel angeführt, welche katastrophale Konsequenzen es hat, wenn Konfliktlösung nur noch militärisch gedacht wird, sondern als leuchtendes Beispiel dafür, wie sich unser Gesundheitswesen auf den Kriegsfall vorbereiten sollte.

Die gegensätzlichen Umgangsweisen mit Kriegsverbrechen in der Ukraine und im Nahen Osten sollten zum Nachdenken darüber Anlass geben, was Beweggründe und Ziele einer

massiven deutschen Aufrüstung sein könnten. Nicht zuletzt wir Berliner beweisen jedoch lieber eine alte deutsche Tugend, nämlich den vorseilenden Gehorsam. Der Rahmenplan „Zivile Verteidigung Krankenhäuser“ wurde in Berlin unter ärztlicher Beteiligung erstellt, noch bevor solche Papiere seitens des Bundes von den Ländern überhaupt angefordert worden wären. Es ist nicht verkehrt, darüber nachzudenken, was für eine Verteidigungsfähigkeit im europäischen Verbund und gegebenenfalls für eine Unterstützung von UN-Militäreinsätzen notwendig ist, doch was wir in Deutschland gerade erleben, ist eine umfassende Kriegsertüchtigung mit noch unbestimmtem Ziel, die zwangsläufig mit der weiteren Bereicherung weniger und der sozialen Deprivation vieler verbunden sein wird. 5 Prozent des BIP entsprechen knapp 50 Prozent des Bundeshaushalts. Der anlaufende Frontalangriff auf den Sozialstaat einschließlich des Gesundheitswesens und die massive Aufrüstung sind untrennbar miteinander verbunden.

Tiefgaragen, die in Intensivstationen umfunktioniert werden können, mögen Kriege führbarer erscheinen lassen, aber als Ärzt:innen mit Verantwortungsgefühl dürfen wir uns nicht am Gaukelspiel beteiligen, ein solcherart vorbereitetes Gesundheitssystem böte im 3. Weltkrieg irgendeine Sicherheit. Als Ärzt:innen bleiben wir dem Wohl unserer Patient:innen verpflichtet, nicht der Zufriedenstellung staatlicher Akteure. Kriegsertüchtigung drängt sich nicht als Maßnahme der Gesundheitsförderung auf. /

**Dr. med. Jakob Borchardt**

---

Anzeige

# Ein Ärztetag der klaren Worte

Konfliktgeladen und richtungsweisend: Beim 130. Deutschen Ärztetag (DÄT) warnte Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, vor einem Versorgungskollaps und forderte den Stopp des GKV-Spargesetzes. Zugleich wurden Reformen der Weiterbildung, strengere Social-Media-Regeln und neue Ansätze in der Suchtmedizin diskutiert. Nach einer aufrüttelnden Erklärung von Medizinstudentinnen positionierte sich das Plenum gegen Machtmissbrauch, Sexismus und Diskriminierung im Gesundheitswesen.

Text und Fotos: Ole Eggert

Wer sich gefragt hat, ob sich die ohnehin schon angespannte Stimmung in der Ärzt:innenschaft noch weiter verschlechtern könnte, erhielt auf dem 130. Deutschen Ärztetag in Hannover deutliche Antworten. Die Atmosphäre war vielerorts von Endzeitstimmung geprägt. Offen wurde von einem fundamentalen Systemwechsel und einer drohenden massiven Verschlechterung der medizinischen Versorgung gesprochen. Viele Teilnehmende klagten, dass sie sich nach der Ära des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD) eigentlich keine weitere Verschlechterung der Gesundheitspolitik und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen hätten vorstellen können. Doch nun sei es genau dazu gekommen.

Im Zentrum der Kritik stand das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) – ein Vorhaben, das den gesamten 130. DÄT überschattete. Die Prognosen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeichneten ein düsteres Bild: Sollte das Gesetz verabschiedet werden, stünden laut dem KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. med. Andreas Gassen bereits im nächsten Jahr 46 Millionen Behandlungsfälle mangels Budgets auf der Kippe. Bis 2027 drohten Kürzungen der Gesamtvergütung bei den niedergelassenen Ärzt:innen in Höhe von 2,5 Milliarden Euro. Für die einzelne Praxis würden diese Kürzungen massive Einbußen von durchschnittlich 24.000 Euro, in der Spitze bis zu 68.000 Euro, pro Kopf und Jahr bedeuten.

Selbst die eindrucksvolle Kulisse des Kuppelsaals im Hannover Congress Centrum konnte die Stimmung nicht heben. Dabei wurde von dort bereits zur Eröffnung des 130. Deutschen Ärztetages ein deutliches Signal an die Politik gesendet. Bevor Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) das Wort ergriff, betonten die lokalen Gastgeber:innen – Niedersachsens Kammerpräsidentin Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, der niedersächsische Ministerpräsident Olaf Karsten Lies (SPD) und Hannovers Oberbürgermeister Belit Onay (Bündnis 90/Die Grünen) – die Notwendigkeit der Geschlossenheit. Ihr gemeinsamer Tenor: Die Krise lasse sich nur im Miteinander bewältigen.

### **Konsensorientiert statt bissig**

Mit einer gewohnt rhetorisch und inhaltlich starken Rede fühlten sich die Abgeordneten durch den Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, gut vertreten. Auch wenn der Vortrag manchen als zu konsensorientiert und wenig bissig erschien, benannte Reinhardt die kritischen Punkte und drohenden Verschlechterungen deutlich. Seine Kernbotschaft war unmissverständlich: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz müsse gestoppt werden. Um dies zu unterstreichen, forderte Reinhardt: „Stellen Sie diese Reform auf ‚Hold‘.“ Dabei ließ

vor allem die Verwendung des Begriffs „Reform“ aufhören – denn genau hier liegt der Streitpunkt. Reinhardt selbst zitierte eingangs den Bundeskanzler, um dessen Einordnung direkt zu widersprechen. Das Gesetz sei ein reines „Spargesetz“ und keineswegs eine der größten Sozialreformen der vergangenen Jahrzehnte. Wer glaube, die finanziellen Probleme durch zusätzliche Lasten für die Versorgung lösen zu können, verkenne den Ernst der Lage völlig.

Reinhardt beklagte die geringe Wertschätzung, die dadurch zum Ausdruck komme, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den medizinischen Verbänden zu dem mehr als 150 Seiten starken Gesetzentwurf mit zahlreichen und einschneidenden Änderungen nur einen Werktag zur Stellungnahme eingeräumt hat. Diese mangelhafte Beteiligung sei schade, denn Reinhardt habe durchaus Ideen, wie man die von allen als notwendig erachtete Konsolidierung der Finanzen lösen könnte. Zunächst sollte der Staat endlich seine Verantwortung übernehmen und die versicherungsfremden Leistungen in Höhe von zwölf Milliarden Euro selbst tragen. Diese Leistungen belasteten zunehmend die Schultern der GKV-Beitragszahlenden. Aus Reinhardts Sicht wären jährlich mindestens drei Milliarden Euro nötig, um die vollständige Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen einzuleiten.

Durch Entscheidungen des Finanzministers, die Reinhardt als „finanzpolitischen Taschenspielertrick“ bezeichnete, entstehe im kommenden Jahr jedoch ein Minus von 1,75 Milliarden Euro. „Das ist weder seriös noch solide noch solidarisch“, schloss Reinhardt. Sein Vorschlag an Ministerin Warken: „Der Bundeszuschuss sollte regelgebunden und dynamisch an den tatsächlichen Kosten versicherungsfremder Leistungen ausgerichtet werden.“ Dazu sei ein verbindlicher Kriterienkatalog nötig, der eindeutig festlege, welche Leistungen beitrags- und welche steuerfinanziert sein müssten.

### **Berliner Anträge auf dem 130. Deutschen Ärztetag 2026**

Insgesamt wurden auf dem 130. Deutschen Ärztetag 390 Anträge inklusive Änderungsanträge gestellt, im vergangenen Jahr waren es 274. An insgesamt 155 Anträgen war die Ärztekammer Berlin als Antragstellerin, Mitantragstellerin oder Unterstützerin beteiligt.

Sämtliche Anträge können auf der Website der Bundesärztekammer unter [→ https://130daet.baek.de](https://130daet.baek.de) abgerufen werden.

## Effizienz und Evidenz

Bundesgesundheitsministerin Warken reagierte in ihrer Rede nüchtern. Manche hatten den Eindruck, sie würde die Zuhörenden chloroformieren. Auch wenn dies wohl etwas zu weit gegriffen wäre, war es ihr doch ganz offensichtlich ein Anliegen, die Wogen mit einem möglichst sachlichen Vortrag zu glätten. Sie wiederholte, dass die Einschnitte nach ihrer Einschätzung alternativlos seien. Andernfalls drohe der finanzielle „Kollaps“ des Systems. „Ja, es ist eine gemeinsame Kraftanstrengung und ja, es ist eine Zumutung, aber sie ist notwendig“, so Warken.

Die Ministerin verteidigte insbesondere die vorgesehene Rücknahme der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSGV) eingeführten extrabudgetären Vergütungen. Diese hätten „zu keiner Verbesserung der Versorgung geführt“. Dabei verwies sie ausdrücklich auf die „vorliegende Datenlage“ und betonte: „Wir lassen uns bei der Reform also von zwei Prinzipien leiten: Effizienz und Evidenz.“ Damit reagierte Warken indirekt auf die eingangs genannten Rechnungen der KBV.

Ohne Gegenmaßnahmen drohe bis 2030 eine Finanzierungslücke von rund 40 Milliarden Euro bei den gesetzlichen Krankenkassen. Mit der bisherigen Ausgabendynamik wäre das Gesundheitssystem „über kurz oder lang auf einen Kollaps hinausgelaufen“.

Die Ministerin räumte ein, dass auch sie sich eine stärkere Beteiligung des Bundes an den GKV-Kosten gewünscht hätte. „Da gibt es auch tatsächlich nichts schönzureden“, sagte Warken mit Blick auf die Kritik an den Bundeszuschüssen. Die finanziellen Spielräume des Haushaltes seien jedoch begrenzt.

Neben dem Spargesetz ging Warken auf weitere Reformvorhaben der Bundesregierung ein. Bei der geplanten Notfallreform verteidigte sie insbesondere die umstrittene Vorhaltung eines aufsuchenden Bereitschaftsdienstes rund um die Uhr. Auch das geplante Primärversorgungssystem war Thema ihrer Rede. Ziel sei eine stärkere Steuerung der Patient:innen und eine bessere Verteilung der knappen Ressourcen. Im Bereich der Entbürokratisierung kündigte Warken ein weiteres Gesetz an, in das zahlreiche Vorschläge von Ärzt:innen eingeflossen seien. Zum Abschluss ihrer Rede griff die Ministerin schließlich ein langjähriges Anliegen der Ärzt:innenschaft auf: die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dazu sei inzwischen ein Gutachten zur Kostenentwicklung beauftragt worden.

Auch wenn es kein Pfeifkonzert wie bei ihrem Vorgänger Lauterbach gab, fiel der Applaus nach Warkens Rede wie erwartet verhalten aus.



Doris Höpner

Die Berliner Abgeordnete Doris Höpner (Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin) fasste am Rande des DÄT die Stimmungslage vieler Ärzt:innen wie folgt zusammen: „Ich bin wirklich traurig und auch empört darüber, dass das, was wir tun, unsere Intention und unsere Liebe zum Beruf, von der Politik nicht gewürdigt wird. Es geht immer nur um Geld.“

Zuvor hatte Reinhardt die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft an Prof. Dr. med. Michael P. Manns (posthum), Dr. med. Christiane Gross und Prof. Dr. med. Joachim Grifka verliehen. Im Rahmen der traditionellen Totenehrung wurde unter anderem der Berliner Ärztin Jenny De la Torre Castro gedacht, die sich um die medizinische Versorgung obdachloser Menschen besonders verdient gemacht hat.

## Suchtmedizin: „Der späte Schaden wird besser finanziert als die frühe Hilfe“

In der zweiten Tageshälfte folgte die erste Plenarsitzung. Der geplante Schwerpunkt lag auf den Themen Drogen und Sucht. Die BÄK hatte diesen mit dem Titel „Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung“ überschrieben.



Julian Veelken

Doch bevor der Schwerpunkt behandelt wurde, äußerte der Berliner Abgeordnete Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) die Kritik, dass sich der DÄT nicht auf die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen fokussiere. Damit stand er nicht allein da. Eine Umfrage des Ärztenachrichtendienstes bestätigte seine

Kritik: Rund 80 Prozent der Befragten forderten, dass sich der DÄT vor allem der aktuellen Gesundheitspolitik widmen solle.

Für das gewählte Schwerpunktthema war ein prominenter Referent eingeladen worden. Prof. Dr. med. Hendrik Streeck, Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, führte in die Debatte ein. Er kritisierte die unzureichende Finanzierung der Suchtprävention und frühen Suchttherapie in Deutschland. „Der späte Schaden wird besser finanziert als die frühe Hilfe“, bilanzierte er. In der Praxis werden technische Medizin oft verlässlicher ausgebildet als die sprechende Medizin und die Rehabilitation. In Deutschland sind laut Streeck rund zehn Millionen Menschen abhängig oder suchtkrank. Während früher hauptsächlich Tabak, Alkohol und illegale Drogen im Fokus standen, kämen

## Einfach machen – aber wer macht's?

Beim Dialogforum der Bundesärztekammer stand im Vorfeld des 130. Deutschen Ärztetages eine unbequeme Frage im Raum: Wie kann die ärztliche Selbstverwaltung Nachwuchs gewinnen, wenn die nachfolgende Generation zwischen Schichtdienst und Weiterbildungsbuch kaum Zeit für ein Ehrenamt hat?

Am 11. Mai 2026 traf sich im Hannover Congress Centrum eine Gruppe von Ärzt:innen in Weiterbildung, um über die Zukunft der Ärzt:innenschaft zu sprechen. Unter dem Motto „Einfach machen. Selbstverwaltung der Zukunft“ diskutierten Nachwuchsmediziner:innen, Kammerfunktionär:innen und ein emeritierter Bundesrichter darüber, wie eine Selbstverwaltung aussehen könnte, die für die Generationen Y und Z – also Ärzt:innen, die ab 1981 geboren wurden – tatsächlich attraktiv ist. Die von der Bundesärztekammer (BÄK) organisierte Veranstaltung flankierte den 130. Deutschen Ärztetag und wurde von Dr. med. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, als Schirmherrin eröffnet. „Heute ist der Tag der jungen Ärztinnen und Ärzte“, sagte sie und benannte umgehend zwei Strukturprobleme der Gremien: zu wenige Frauen und zu wenige Kolleg:innen mit Migrationsgeschichte. Zudem thematisierte Lundershausen die staatliche Alternative: „Ich kann Sie nur davor warnen, dass die Ärzt:innenschaft staatlich verwaltet wird. Ich habe das selbst erlebt.“

### „Jünger, weiblicher und lebensechter“

Eine Echtzeit-Umfrage zu Beginn der Veranstaltung legte jedoch das eigentliche Grundproblem offen: 73 Prozent der rund einhundert Teilnehmenden gaben an, bereits in einer standespolitischen Organisation aktiv zu sein. Das Forum, das gerade die noch nicht Engagierten erreichen sollte, war zu drei Vierteln mit jenen besetzt, die längst dabei sind. Auch die Wortmeldungen aus dem Saal kamen überwiegend von den bereits Aktiven. Das diskutierte Problem zeigte sich somit im Auditorium selbst.

Die stärkste Stimme kam von Theresa Buuck, der Vorsitzenden des Ausschusses Junge Ärzt:innen der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. „Die ärztliche Selbstverwaltung muss jünger, weiblicher und lebensechter werden“, forderte sie und erhielt dafür langen Applaus. Das strukturelle Problem sei nicht fehlendes Interesse, sondern Intransparenz, fehlende Zeit und das Gefühl: „Da passe ich nicht hinein“. Zum Thema Aufwandsentschädigung wurde sie deutlich: „Was nicht bezahlt ist, ist keine richtige Arbeit. Ehrenamt ja, aber Urlaub ist Urlaub.“ Ihr Appell an die eigene Generation lautete: „Warten Sie nicht darauf, irgendwann dran zu sein.“

Andrej Weissenberger, Arzt in Weiterbildung am Städtischen Klinikum Solingen, lieferte den klarsten Formatvorschlag: „Selbstverwaltung muss hybrid sein, digital, asynchron – sonst verlieren wir eine Generation.“ An die eigene

## Berliner Teilnehmerinnen am Dialogforum



### Kahina Toutaoui

Jahrgang 1992, seit rund fünf Jahren für die Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin aktiv

### Was hat Sie dazu motiviert, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren?

Ich bin über das Engagement in meiner Fachgesellschaft und in meinem Berufsverband in die ärztliche Selbstverwaltung gekommen. Ich wollte ganz konkret Dinge in meiner Weiterbildung verbessern und an einer besseren Zukunft meiner Berufsgruppe mitwirken. Mittlerweile verstehe ich, dass wir für strukturelle Veränderungen auch in den Gremien der Selbstverwaltung aktiv werden müssen. Dafür habe ich niedrigschwellig angefangen, mich für die hausärztliche Liste in zwei Gremien der Ärztekammer einzubringen.

### Wie haben Sie den Einstieg erlebt?

Ich habe zum Glück Vorerfahrungen mit politischer Arbeit über Fachschaftsarbeit im Studium und das Engagement in meinem Berufsverband. Ansonsten finde ich die Einstiegshilfe ausbaufähig: Wofür ist das Gremium konkret da? Wie organisiert sich das Gremium? Welche Einflussmöglichkeiten gibt es? Welche Arten von Beschlüssen werden wo gefasst? Was ist meine Rolle als Ehrenamtliche? Wie laufen Rücksprachen mit den Listen? Das würde ich mir mindestens für den Einstieg wünschen.

### Wie müsste die Selbstverwaltung in zehn Jahren aussehen, damit junge Ärzt:innen diese als selbstverständlichen Teil ihres Berufslebens begreifen?

In zehn Jahren werde ich selbst nicht mehr zu den jungen Ärzt:innen gehören – insofern denke ich, dass die heutigen Studierenden hier mit ins Boot geholt werden müssen. Aus meiner Perspektive wird die Vereinbarkeit von Engagement, Beruf und sonstigem Leben auch in zehn Jahren noch ein Thema sein. Es sollte selbstverständlich sein, dass ein Teil der Ärzt:innenschaft sich aktiv in der Selbstverwaltung einbringt und hierfür freigestellt wird. Für den anderen Teil sollte es selbstverständlich sein, sich regelmäßig an ihre Vertreter:innen in der Selbstverwaltung zu wenden und ihr Wahlrecht aktiv auszuüben.



### Dr. med. Katharina Thiede

Jahrgang 1984, seit 16 Jahren für die Fraktion Gesundheit aktiv

#### Was hat Sie dazu motiviert, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren?

Ich war schon im Medizinstudium in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden zu Fragen der medizinischen Ausbildung und in den Fakultätsgremien sehr aktiv. Für mich war es daher nur folgerichtig, dieses Engagement dann in der ärztlichen Selbstverwaltung fortzusetzen.

#### Wie haben Sie den Einstieg erlebt?

Ich hatte das Glück, in meiner Liste der Fraktion Gesundheit sehr offen aufgenommen worden zu sein. Dazu gehörte auch, dass mir erfahrene Kolleg:innen Strukturen und Abläufe erklärt haben.

#### Welche positiven Erfahrungen oder Erfolge haben Sie bisher gemacht?

Erfolge gibt es immer wieder im Kleinen, im Aushandeln von Inhalten und Prozessen. Die positiven Erfahrungen generieren sich aber vor allem aus dem Miteinander. Sowohl Weiterbildungsbedingungen als auch Rahmenbedingungen ärztlichen Arbeitens oder Strukturen und Finanzierung des Gesundheitswesens haben mich immer wieder ganz schön frustriert. Und da hilft der Austausch und die gemeinsame Positionierung mit Kolleg:innen sehr. Diese Zusammenarbeit macht wirklich Spaß, manchmal findet man geradezu in den Flow.

#### Gab es Momente, in denen Sie am Einfluss Ihrer Arbeit gezweifelt haben, warum machen Sie trotzdem weiter?

Selbstverständlich und richtig oft. Aber ärztliche Selbstverwaltung ist ein großes Glück und aus meiner Sicht unbedingt bewahrensenswert. Ich möchte nicht, dass Nicht-Ärzt:innen diese Aufgaben für uns übernehmen. Und wenn wir uns auch in Zukunft selbst organisieren wollen, dann müssen wir mitmachen.

#### Wo sehen Sie Reformbedarf, damit die Selbstverwaltung attraktiver für junge Kolleg:innen wird?

Ich denke, es braucht mehr Gelegenheiten, bei denen man tatsächlich inhaltlich zu Themen arbeiten kann. Das bedeutet, dass wir Gremienstrukturen brauchen, in denen junge Kolleg:innen niederschwellig mitarbeiten können und in denen es eine gute Mischung aus neu und erfahren gibt. Und wir müssen in unseren Gremien auch die Themen behandeln, die uns allen auf den Nägeln brennen. Selbstverwaltung darf eben nicht Selbstbeschäftigung sein.

Altersgruppe gerichtet sagte er: „Wir dürfen nicht auf den roten Teppich warten. Man muss sich den Platz am Tisch selbst nehmen.“ Prof. Dr. iur. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a. D., gründierte die Debatte rechtlich und schloss seinen Vortrag mit einem Imperativ: „Machen Sie sich mit dem Einklang der Rechtsordnung ans Werk! Sie haben einen so großen Spielraum wie keine andere Berufsgruppe!“

Eine zweite Umfrage zeigte dann die zentralen Hürden für die noch nicht Aktiven: fehlende Kenntnisse über Ämter und Strukturen, ein zu hoher Zeitaufwand und ein zu geringer Einfluss – in dieser Reihenfolge. Eine Ärztin aus dem Publikum brachte auf den Punkt: „Einfach machen“ sei super, aber „machen dürfen“ sei ein anderer Aspekt. Wer keine Freistellung durch den Chefarzt bekomme, könne nicht mitgestalten – egal, wie groß das Interesse sei. Ein Pädiater verwies auf das Machtgefälle in der Weiterbildung: Logbücher würden oft einfach unterschrieben und kritische Rückmeldungen oder Beteiligung in der Kammer lösen Angst vor Konsequenzen aus.

#### Überalterung und stille Reserve

Der thematisierte Nachwuchsmangel ist strukturell bedingt und vor allem gut dokumentiert. In vielen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung liegt der Altersdurchschnitt aktuell deutlich über dem der aktiven Ärzt:innenschaft. Wer heute in einem Ausschuss einer Landesärztekammer sitzt, ist häufig seit Jahrzehnten dabei. Der Nachwuchs fehlt also nicht, weil er kein Interesse hätte, sondern weil der Weg ins Ehrenamt für viele junge Ärzt:innen unsichtbar, unattraktiv oder schlicht unvereinbar mit dem Alltag ist. Die Generationen Y (Geburtsjahre 1981 bis 1996) und Z (1997 bis 2012) prägen heute den ärztlichen Arbeitsalltag. Sie unterscheiden sich in ihrer Arbeitsweise grundlegend von früheren Generationen. Work-Life-Balance ist für sie keine Forderung, sondern eine Voraussetzung. Digitale Kommunikation und projektbasiertes Engagement sind für sie selbstverständlich; mehrstündige Präsenzsitzungen nach einem Zwölf-Stunden-Dienst hingegen nicht.

#### „Ich weiß eigentlich gar nicht, wie das funktioniert“

In einem Gespräch zur Vorbereitung auf das Dialogforum beschreibt ein 37-jähriger Facharzt für Allgemeinmedizin, der in einem überregionalen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellt ist, die ärztliche Selbstverwaltung zunächst als „administratives Monstrum“. Damit meint er alles, was zwischen ihm als Arzt und den Patient:innen liegt: Abrechnung, KV-Beschlüsse, Praxisorganisation, Lohnstrukturen. Es sind Dinge, von denen er sich „immer ferngehalten“ habe, weil sie ihn nicht interessierten. Er wolle Kontakt zu seinen Patient:innen, keine Verwaltung. Seinen Namen möchte er nicht in der Zeitung lesen.

Diese Haltung sei kein Einzelfall, sondern Programm. „Viele Ärzte sind schlechte Geschäftsleute“, sagt er und meint das ohne Vorwurf, eher als Selbstbeobachtung. Die Konzentration auf das Klinische, auf die Begegnung mit den Patient:innen, hat einen Preis: Das Bewusstsein dafür, wer die Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit gestaltet, fehlt. Wer dafür verantwortlich ist und wie man sich daran beteiligen könnte, bleibt diffus. Und doch: Etwas verändert sich. Die Anstellung im MVZ lehrt ihn gerade auf die harte Tour, was fehlende Mitgestaltung bedeutet. „Im MVZ angestellt kriegst du einfach viel weniger von dem Gewinn, den du eigentlich durch deine Arbeit erwirtschaftest.“ Wer nicht mitverwaltet, lässt andere über Gehalt, Praxisausrichtung und die eigenen Arbeitsbedingungen entscheiden.

Das Desinteresse an Selbstverwaltung, sagt er, „ändert sich langsam“. Was ihn zum Engagement bewegen würde? Er antwortet ehrlich: „Ganz zynisch wäre das wahrscheinlich finanzieller Gewinn – oder dass es so schlecht läuft, dass ich quasi mitmachen muss.“ Seine Vorstellung klingt anders als die aktuelle klassische Gremienarbeit: eine Praxis als Gemeinschaft, flache Hierarchien, Kolleg:innen auf Augenhöhe und Gewinnbeteiligung für alle. „Es muss nicht immer alles um Geld gehen“, sagt er, „aber Geld ist auch eine gute Art, Leute zu involvieren und zu belohnen.“

Weitere Gespräche mit jungen Klinikärzt:innen zeigen: Die Selbstverwaltung erscheint vielen als Blackbox. Sie setzt Regeln – etwa zu Weiterbildungsordnungen, Logbüchern und Fortbildungspunkten – und bleibt dabei auf Distanz zu ihrem klinischen Alltag. „Eine ferne Instanz, die mir Vorgaben macht“, beschreibt es eine Fachärztin für Anästhesie an einem Haus der Maximalversorgung. Mit dem Ringen um den Dienstplan oder fehlenden Kapazitäten im Aufwachraum habe das wenig zu tun.

Hinzu komme die schiere Erschöpfung. Wer gerade die Facharztprüfung hinter sich hat, 24-Stunden-Dienste schiebt und nach zehnstündiger Arbeit im OP den sterilen Bereich verlässt, hat keine kognitive Reserve für Gremiensitzungen übrig. „Überlebensmodus“ nennen das mehrere der Befragten – eine Phase, in der das Engagement für das große Ganze konsequent nach hinten rückt. Nicht aus Desinteresse, sondern aus schlichtem Kapazitätsmangel. Der Schlüssel liegt nach Ansicht vieler Gesprächspartner:innen im Begriff der Wirksamkeit. Engagement, das sich wie noch mehr Verwaltung anfühlt, findet keine Abnehmer:innen. Engagement, das direkt etwas verändert – familienfreundlichere Arbeitszeiten, digitale Dokumentation, weniger Bürokratie – hingegen schon. Gefordert wird das, was manche „Micro-Engagement“ nennen: zeitlich begrenzte Projektgruppen, digitale Formate und punktuelle Expertise statt dauerhafter Mandatspflicht. Und vor allem Freistellung.



## Alexandra Archodoulakis

Jahrgang 1998, Marburger Bund,  
seit vier Jahren berufspolitisch aktiv

### Was hat Sie dazu motiviert, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren?

Es gibt immer Dinge, die von der „jüngeren“ Generation infrage gestellt werden bzw. zu Unzufriedenheit führen. Bis zu einem gewissen Grad ist dies verständlich und dem Generationswechsel geschuldet. Mir war es wichtig, die Aspekte, mit denen ich eher unzufrieden war, zu verändern und den Austausch mit anderen über Unzufriedenheiten in diesen Veränderungsprozess einfließen zu lassen.

### Wie haben Sie den Einstieg erlebt?

Die Schwierigkeit beim Einstieg in die Selbstverwaltung liegt vor allem im Informationsmangel bzw. darin, dass die Strukturen nur schwer durchschaut werden können. Die Informationsveranstaltungen zu den verschiedenen Körperschaften helfen, dies einfacher zu machen. Zudem ist es natürlich hilfreich, wenn jede und jeder, die oder der sich engagiert, niederschwellig ansprechbar ist – zum Beispiel beim Sommerfest der Ärztekammer Berlin oder ähnlichen Formaten – oder im Arbeitsalltag. So bin ich in die Kammerarbeit eingestiegen – durch die Bereitschaft der aktuellen Amtsinhaber:innen, mich mitzunehmen und meine Fragen zu beantworten. Zu merken, dass das Einbringen in die Selbstverwaltung auch einen Effekt hat, hat mich letztlich dazu bewegt, mich weiter zu engagieren.

### Welche positiven Erfahrungen oder Erfolge haben Sie bisher gemacht?

Mein ursprünglicher berufspolitischer Hintergrund bezüglich der ärztlichen Selbstverwaltung stammt vor allem aus dem europäischen Umfeld. Die akuten Entscheidungen auf Landesebene müssen jedoch durch die Landesärztekammer erzielt werden. Besonders wichtig ist dabei die Signalwirkung unserer Entscheidungen. Ein Beispiel hierfür ist die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, ein Thema, das in der Gesellschaft stark diskutiert wird und wurde und eben auch die Ärzt:innenschaft als direkt betroffene Berufsgruppe stark beschäftigt hat. Es war klar, dass auch die Politik stark auf den Deutschen Ärztetag als Institution schaut, um sich eine Meinung zu bilden. Gerade als so bunt durchmischte Gruppe aus verschiedenen Hintergründen, Fachabteilungen und Ausbildungsständen hat die Entscheidung des letztjährigen Deutschen Ärztetages, sich für die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs auszusprechen, ein starkes Signal gesetzt.

## Was jetzt zu tun ist

Das Dialogforum in Hannover hat eines deutlich gemacht: Die Bereitschaft zur Selbstreflexion in den Institutionen der Selbstverwaltung ist gewachsen. Aus der Debatte sind mehrere Handlungsimpulse hervorgegangen. So wurde beispielsweise diskutiert, dass die digitale Teilnahme an Sitzungen zum Standard werden sollte und nicht die Ausnahme darstellen darf. Neben der klassischen Delegiertenarbeit sollten neue Beteiligungsformate wie Projektgruppen, zeitlich begrenzte Mandate und transparente Einladungsprozesse bestehen. Ein solches Engagement sollte von Arbeitgebern ermöglicht werden. Eine Freistellungsregelung für die ehrenamtliche Kammertätigkeit – analog zu Betriebsratsmandaten – wäre ein konkretes Signal, das bislang fehlt.

Das Dialogforum war mehr als eine symbolische Geste. Es markierte einen institutionellen Bewusstseinswandel: Ohne aktiven Generationenwechsel verliert die Selbstverwaltung mittelfristig ihre Legitimationsbasis. Die Frage ist nicht mehr ob, sondern wie. /

### Mario Urbanek

Arzt und Buchautor,  
MBA Gesundheitsmanagement & Digital Health

## Mehr als Gremienarbeit

„Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Diese beiden Sätze aus Paragraph 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin bilden das Fundament, auf dem die gesamte Architektur der ärztlichen Selbstverwaltung ruht. Ärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR).

Sie übernehmen staatliche Aufgaben, beispielsweise im Bereich des Berufsrechts, der Weiterbildung, der Fortbildungszertifizierung sowie der Ethikkommissionen. Diese Bereiche bearbeiten sie eigenverantwortlich, ohne staatliche Weisungsbefugnis. Dahinter steckt ein politisches Grundprinzip: Wer über ausreichend Fachkompetenz und Gemeinwohlorientierung verfügt, soll die eigene Berufsausübung selbst regeln dürfen.



Die vollständigen Interviews finden Sie im Bericht zum Dialogforum im Online-Magazin unter → <https://magazin.aekb.de>.

heute zahlreiche neue Suchtquellen hinzu – von aromatisierten E-Zigaretten (Vapes) und Nikotinbeuteln bis hin zu synthetischen Opioiden. Auch Kokain, Tilidin und Benzodiazepine seien längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen.

Insbesondere mit Blick auf Jugendliche betonte er: „Wenn junge Menschen angesprochen werden, darf Politik nicht so tun, als ginge es nur um individuelle Konsumententscheidungen.“ Er sprach sich deshalb für höhere Tabaksteuern, strengere Regeln für Vapes, ein Verbot gesundheitsschädlicher Zusatzstoffe und die Abschaffung des begleiteten Trinkens ab 14 Jahren aus. Dringenden Handlungsbedarf sieht Streeck zudem bei Cannabis: „Wenn Cannabis im Wohnzimmer angebaut wird, haben sich Normalitätsgrenzen verschoben.“ In der Suchtmedizin gelte der Grundsatz, dass es selten ein „zu früh“, aber sehr häufig ein „zu spät“ gebe.

Die Prävention scheitere dabei nicht an mangelnder Evidenz, sondern an unklaren Zuständigkeiten und der aktuellen Finanzierungslogik. Prävention sei, so Streeck, „politisch unbequem, weil ihr Erfolg leise ist“. Nötig sei daher ein radikaler Schritt hin zu einem echten präventionszentrierten Gesundheitssystem. Eine wichtige Rolle könnte hierbei das

geplante Primärversorgungssystem spielen – vorausgesetzt, es ermögliche eine klare Verantwortungsübernahme für die Versorgung und werde über jährliche Pauschalen statt über Einzelkontakte vergütet.

### „Opioid sind derzeit auf einem Siegeszug um die Welt“

Von unzureichenden Rahmenbedingungen in der Praxis berichtete Dr. med. Katharina Schoett, Chefärztin an der Klinik für Suchtmedizin und Ärztliche Direktorin des Ökumenischen Hainich Klinikums in Mühlhausen. Die 85 spezialisierten Stationsbetten reichten bei Weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken: Die Warteliste umfasse derzeit rund 200 Personen. Auch Schoett betonte die enorme Bedeutung von Begleiterkrankungen bei Suchtkranken. „Ein Blick in die Kliniken zeigt, dass etwa 40 Prozent der Alkoholabhängigen an Depressionen leiden“, erklärte sie. Bei Menschen, die von harten Drogen abhängig sind, treffe dies sogar auf beinahe die Hälfte zu. „Komorbiditäten sind die Regel, nicht die Ausnahme.“ Hinzu kämen häufig organische Folgeerkrankungen wie Hypertonie, Endokarditis oder Hepatopathien.

Verschlimmert werde die Situation durch die zunehmende Verfügbarkeit hochpotenter synthetischer Opioiden wie

Fentanyl oder Nitazenen bei gleichzeitig sinkender Verfügbarkeit von Heroin. „Opioide sind derzeit auf einem Siegeszug um die Welt“, betonte sie.

Die Substitutionstherapie sei zentral, ihre Zukunft aber unsicher. Allein in den vergangenen fünf Jahren sei die Zahl der substituierenden Ärzt:innen um neun Prozent gesunken. Zudem seien derzeit 57 Prozent von ihnen zwischen 61 und 70 Jahre alt. Wenn sie in den Ruhestand gehen, werde das dazu führen, dass wieder mehr Menschen auf illegalen Konsum ausweichen.

Im Anschluss an Schoetts Bericht forderte der DÄT eine konsequent wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Suchtmedizin und Suchtpolitik in Deutschland. Die Abgeordneten sprachen sich für mehr Prävention, eine nachhaltige Stärkung der Suchthilfe und suchtmmedizinischer Kompetenzen sowie für den Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aus.



Dr. med.  
Christian  
Messer

Auch die Wichtigkeit der Suchtberatungsstellen wurde thematisiert. Auf Antrag des Berliner Abgeordneten Dr. med. Christian Messer (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) forderte der DÄT die Bundesregierung auf, Suchtberatungsstellen ausreichend gut zu finanzieren. „Als Arzt brauche ich die Beratungsstellen im Hintergrund, damit

sie mir helfen, dass diese Patienten wieder in die Spur kommen. Dieses Miteinander funktioniert sehr gut“, so Messer.

Mit dem Antrag „Kein Alkohol für Minderjährige“ (II - 15) forderten Dr. med. Katharina Thiede (FrAktion Gesundheit), Abgeordnete der Ärztekammer Berlin, und weitere Abgeordnete den Bundesgesetzgeber dazu auf, das „begleitete Trinken“, also den Alkoholkonsum von Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahren, abzuschaffen und das Mindestalter für den Kauf und Konsum von Alkohol auf 18 Jahre zu erhöhen. Der Antrag wurde angenommen.



PD Dr. med.  
Peter  
Bobbert

### Sucht und soziale Medien

„Warum wir sehenden Auges Kinder und Jugendliche dieser Gefahr aussetzen – das verstehe ich einfach nicht. Wir müssen dem einen Riegel vorschieben. Ich fordere ein Social-Media-Verbot bis 16 Jahre. Ein Verbot ist ein einfacher präventiver Schritt“, so PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident und Abgeordneter der Ärztekammer Berlin (Marburger Bund). Die Regulierung sei zwar nicht leicht zu kontrollieren, dennoch sei sie richtig. Er erinnerte daran,

dass Filme, die nicht für Jugendliche geeignet sind, auch erst ab 22 Uhr im TV gezeigt werden dürfen.

In seinem Redebeitrag bezog er sich auf den Antrag „Social-Media-Regulierung ist Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen“ (II - 22). Darin sprechen sich Bobbert und weitere Abgeordnete für eine deutlich strengere Regulierung digitaler Plattformen zum Schutz von Minderjährigen aus. Mit der Forderung, die Nutzung sozialer Medien für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren zu verbieten, geht dieser Antrag sogar noch weiter als der Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer, der ein Verbot bis zum Alter von 14 Jahren forderte (II - 03).

Weiterhin forderte der DÄT, dass Plattformbetreiber stärker in die Pflicht genommen werden, um junge Nutzer:innen wirksam vor suchtfördernden Algorithmen, schädlichen Inhalten, Cybermobbing und Grooming zu schützen. Zudem wurde der Gesetzgeber aufgefordert, Prävention, Früherkennung und Behandlung problematischer Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen strukturell zu stärken.

Der Antrag „Problematisches Medienverhalten reduzieren – Sucht vermeiden“ (II - 18) von Thiede und weiteren Abgeordneten erweiterte das Themenfeld noch um die gesundheitlichen Risiken, die sich durch schädliches Mediennutzungsverhalten für Menschen jeden Alters ergeben. Viele Erwachsene ebenso wie Kinder und Jugendliche verbrachten täglich zahlreiche Stunden mit audiovisuellen Medien. Die Übergänge zwischen unproblematischem, problematischem und suchttähnlichem Medienverhalten seien dabei häufig fließend. Problematisches Medienverhalten sei in der Regel kein Zufall, sondern das Ergebnis von Plattform-Algorithmen und Funktionen, die gezielt Aufmerksamkeit binden und die Nutzungsdauer maximieren, heißt es in dem letztlich beschlossenen Antrag.

### Fernbehandlung, ärztliche Unabhängigkeit und kostenfreie Erstkopie

Am Mittwoch stimmte der DÄT dann über Vorschläge des Vorstandes der BÄK zur Änderung der (Muster-)Berufsordnung (MBO) ab. Dazu gehören Anpassungen bezüglich der Verknüpfung von Angeboten der Fernbehandlung mit einer eigenen Niederlassung, zur Stärkung der ärztlichen Unabhängigkeit in abhängiger Beschäftigung sowie zur kostenfreien Erstkopie der Patientenakte für Patient:innen.

Klargestellt wird die auch schon bisher geltende Rechtslage, wonach sich das sogenannte Niederlassungsgebot – die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) – auch auf „telemedizinische Leistungen“ bezieht. Das bedeutet, dass Ärzt:innen, die telemedizinische Leistungen erbringen, hierfür einen Praxissitz benötigen. Dies gelte selbstverständlich nicht

für angestellte Ärzt:innen in Kliniken, die im Rahmen ihrer Anstellung telemedizinisch behandeln, hieß es.

Die neue Regelung zur Reduktion von Einflussnahmen durch reine Kapitalinteressen Dritter könnte sich außerdem besonders auf die medizinische Versorgung auswirken. Der Ärztetag hat folgenden neuen Absatz 3a in Paragraph 17 der MBO beschlossen: „Andere Personen, als die in der Praxis ärztlich Tätigen dürfen nicht am Gewinn der Praxis beteiligt sein, soweit nicht andere berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen eine gemeinsame Praxisführung erlauben.“

Ziel der Änderung sei es, die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen zu stärken, hieß es in Hannover. Das Fremdbesitzverbot gilt nun „für alle Ärztinnen und Ärzte und damit auch insgesamt für alle Gesellschafts- oder Beteiligungsformen“. Mit dieser Regelung solle den nachteiligen Folgen von Kommerzialisierungstendenzen in der Medizin entgegengewirkt werden, so die Begründung des Beschlusses. In einigen Bundesländern stehen dieser jedoch gesetzliche Regelungen entgegen.

Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages zur MBO wirken sich nicht unmittelbar auf die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern aus. Diese müssen sie erst umsetzen. In der Regel werden die meisten Beschlüsse zur MBO allerdings in den Delegiertenversammlungen mit kleinen Abweichungen nachvollzogen. Vergütungsmodelle, die angestellte Ärzt:innen am Gewinn beteiligen, sind von der Änderung nicht betroffen. Da Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht dem Berufsrecht der Ärztekammern unterliegen, sind auch sie nicht betroffen.

Mehrere Anträge von Berliner Abgeordneten der Liste „Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund“ zielten auf eine mutmaßliche Regelungslücke hinsichtlich der sogenannten investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) ab. Unter anderem fordern sie die Bundesärztekammer damit auf, zu prüfen, ob es von Investoren geführten MVZ-GmbHs rechtlich gestattet ist, privatärztliche Leistungen zu erbringen. Hintergrund ist die Beobachtung, dass sich der Fokus zunehmend vom Versorgungsauftrag hin zu lukrativen Selbstzahlerleistungen und Privatpatient:innen verschiebt. Damit verstoßen sie nach Meinung der Antragssteller:innen jedoch gegen das in den Heilberufegesetzen und den Berufsordnungen für Ärzt:innen geregelte Fremdbesitzverbot.

### Medizinisches Wissen, praktische Fähigkeiten und berufliche Werte vereinen

Nach Tagen intensiver gesundheitspolitischer Debatten widmete sich der DÄT am Donnerstag der ärztlichen Weiterbildung – neben der MBO ein weiterer Kernbereich, den



Die Ärztekammer Berlin war mit 16 Abgeordneten und deren Stellvertreter:innen in Hannover vertreten.



Dr. med.  
Klaus  
Thierse

die Ärzt:innenschaft selbst gestalten kann. Wie rasant die Anforderungen in diesem Feld gewachsen sind, verdeutlichte Dr. med. Klaus Thierse (Marburger Bund) in einem eindrücklichen Redebeitrag. Während die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu Beginn seiner ehrenamtlichen Arbeit in den 1980er Jahren gerade einmal 13 Seiten umfasste, sei sie heute auf über 400 Seiten angewachsen – Tendenz steigend.

Mit der beschlossenen Neustrukturierung rückte der DÄT das konkrete ärztliche Handeln ins Zentrum der Weiterbildung. Der Aufbau der allgemeinen Inhalte orientiert sich künftig an den sieben CanMEDS-Rollen (Canadian Medical Education Directives for Specialists). Das international weit verbreitete Kompetenz- und Rollenmodell für Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe schreibt erfahrenen Kolleg:innen eine Schlüsselrolle zu. Sie sollen die neuen Inhalte im klinischen Alltag aktiv vorleben. Ziel ist es, medizinisches Wissen, praktische Fähigkeiten und berufliche Werte für eine sichere, patientenorientierte Versorgung zu vereinen. Als empathische „Kommunikatoren“



bauen Ärzt:innen zudem vertrauensvolle Beziehungen zu Patient:innen auf und stärken die Zusammenarbeit im Team sowie mit anderen Gesundheitsberufen.

### Fokus auf Neurologie und Psychiatrie, ÖGW und Innere Medizin

Bei den Diskussionen standen drei Fachbereiche besonders im Fokus: die Neurologie, das Öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) sowie die Innere Medizin mit ihren verschiedenen Schwerpunkten. Folgende Änderungen wurden beschlossen:

**Neurologie und Psychiatrie:** Bei der Weiterbildung im Fachgebiet Neurologie soll die bislang erforderliche Mindestweiterbildungszeit von zwölf Monaten um sechs Monate in der Psychiatrie und Psychotherapie reduziert werden. Gleichzeitig sieht die neue MWBO vor, dass Weiterzubildende künftig sechs Monate in der neurologischen Akutversorgung auf einer Stroke Unit arbeiten müssen. Ebenso wird die Mindestweiterbildungszeit im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie von zwölf Monaten auf sechs Monate in der Neurologie gekürzt. Dies sei ein Kompromiss, dem ein zäher Prozess und viele Gespräche vorausgegangen seien, hieß es vonseiten der BÄK.

**Öffentliches Gesundheitswesen:** Die Gesamtdauer bis zur Facharztbezeichnung verkürzt sich von 60 auf 54 Monate. Der Praxisanteil in einer ÖGW-Einrichtung steigt hingegen von 24 auf 30 Monate (davon mindestens 18 Monate im Gesundheitsamt). Die theoretische Kurs-Weiterbildung wird von 720 auf 360 Stunden halbiert.



Dr. med.  
Klaus-Peter  
Spies

**Innere Medizin:** Über die Innere Medizin und ihre Schwerpunkte wurde intensiv debattiert. Bislang schreibt die MWBO Ärzt:innen in Weiterbildung, die eine Facharztweiterbildung im Bereich Innere Medizin mit Schwerpunkt anstreben, vor, dass sie 24 Monate in diesem Spezialgebiet in der stationären Patient:innenversorgung ableisten müssen. Das sollte sich laut Vor-

schlag des Vorstands der BÄK ändern. Nach diesem wäre es möglich gewesen, 24 Monate stationäre Primärversorgung auch in anderen Bereichen, etwa in der Allgemeinen Inneren Medizin, abzuleisten, sodass im Schwerpunkt keine stationäre Zeit mehr vorgeschrieben war. Dazu wurde ein Änderungsantrag angenommen, sodass jetzt ein „verbindlicher Mindestanteil von 18 Monaten stationärer Weiterbildung in der jeweiligen Facharztkompetenz“ festgeschrieben ist. Insbesondere der Berliner Abgeordnete Dr. med. Klaus-Peter Spies (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) begrüßte diese Entscheidung, da damit der zunehmenden Ambulantisierung der medizinischen Versorgung Rechnung getragen wird, aber auch die erforderliche stationäre Weiterbildung abgebildet ist.

### Mehr Zeit, um die Multimorbidität abzubilden

Auch in diesem Jahr beschloss der Deutsche Ärztetag Anpassungen im Abschnitt C der MWBO:



Dr. med.  
Kathleen  
Chaoui

**Geriatric:** Bei den Mindestanforderungen entfällt künftig die starre Liste zugangsberechtigter Fächer – es genügt eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patient:innenversorgung. Um den Zugang für alle patientennah tätigen Fachrichtungen zu öffnen, wird die Weiterbildungszeit von 18 auf 24 Monate verlängert. Diese Entscheidung wurde von Dr. med. Kathleen Chaoui (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) sehr befürwortet. Sie hatte bereits auf dem 129. DÄT in Leipzig eine Verlängerung angeregt. Die Berliner Abgeordnete Dr. med. Charlotte Hillmann (Fraktion Gesundheit) fasste den Beschluss passend zusammen: „Das ist gut, denn wir brauchen mehr Zeit, um die Multimorbidität abzubilden.“



Dr. med.  
Charlotte  
Hillmann

**Medizinische Informatik:** Der Kopfteil dieser Zusatzweiterbildung wurde um den Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) ergänzt, um der wachsenden Bedeutung digitaler Anwendungen in der Medizin Rechnung zu tragen.



Prof.  
Dr. med.  
Jörg Weimann

### **Krisenkompetenz: Sterbe- und Suizidwünsche**

Angesichts steigender Suizidzahlen in Deutschland forderte der Berliner Abgeordnete Prof. Dr. med. Jörg Weimann (Marburger Bund) eine Erweiterung der MWBO. „In Deutschland gibt es jährlich 10.000 Suizide und 100.000 Suizidversuche. Diese Zahlen sprechen eine klare Sprache“, so Weimann. Der entsprechende angenommene Antrag sieht vor, den Umgang mit Todes- und Suizidwünschen einschließlich der Grundlagen zur Suizidprävention fest in die MWBO aufzunehmen.

Da Ärzt:innen sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld regelmäßig mit solchen Situationen konfrontiert werden, gehöre es zu ihren Kernaufgaben, Betroffenen offen und zugewandt zu begegnen und passende Hilfsangebote zu vermitteln. Da es bislang an flächendeckenden Fortbildungen fehle – entsprechende CME-akkreditierte Veranstaltungen sind in den Kalendern der Landesärztekammern rar –, sollen die neuen Vorgaben diese essenziellen Kenntnisse nun fachübergreifend und verpflichtend verankern.

Ein zweiter Antrag von Weimann und weiteren Berliner Abgeordneten zu diesem Thema fordert die Bundesregierung sowie alle am Gesundheitswesen beteiligten Organisationen dazu auf, allen gewerblichen Angeboten der Suizidassistenten Einhaltung zu gebieten (Ic - 74). Darüber hinaus wird die Bundesregierung aufgefordert, für eine gesetzliche Regulierung der Suizidassistenten zu sorgen (Ic - 77). Beide Anträge wurden an den Vorstand überwiesen.



Dr. med.  
Susanne  
von der  
Heydt

### **Letzter Tag: Eine Antragsflut endet im Schock**

Am letzten Tag standen einige wichtige Anträge von Berliner Abgeordneten auf der Agenda. So freute sich Dr. med. Susanne von der Heydt (Marburger Bund) über die Annahme ihres Antrags zur Stärkung der Regelversorgung (Ic - 80). Die Landesärztekammern beobachten zunehmend, dass gewerbliche nicht-ärztliche Anbieter:innen junge Ärzt:innen abwerben und mit vermeintlich besseren Arbeitsbedingungen und hohen Gehältern locken. Ein Teil davon betreibt rechtlich mehr als fragwürdige medizinische Geschäftsmodelle. Um die

Regelversorgung von Patient:innen langfristig zu stärken, sollen jungen Ärzt:innen deshalb gezielt Informationen zu berufsrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Vorgaben vermittelt werden, insbesondere zu Tätigkeitsfeldern, die zumindest teilweise oder vollständig berufs- und gesetzeswidrig sind. „Wir müssen daran denken, immer wieder zu zeigen, was für einen tollen Beruf wir ausüben und welche Erfüllung es ist, als Fachärztin oder Facharzt tätig zu sein und an einer guten Versorgung teilzuhaben“, so von der Heydt.

Mit dem ebenfalls angenommenen Antrag „Transparenz und Qualitätssicherung bei ärztlicher Beratung über digitale Kanäle“ (Ic - 75) rückten erneut die sozialen Medien in den Fokus des Ärztetages. Der Beschluss sieht vor, fundierte Empfehlungen zu entwickeln, um die Qualität und Transparenz ärztlicher Informationsangebote im Internet zu sichern. Unter anderem soll klar geregelt werden, welche Qualifikationsnachweise Ärzt:innen bei digitalen Angeboten verpflichtend und für Laien verständlich angeben müssen. Zudem wird die bestehende „Handreichung der Bundesärztekammer – Ärzt:innen in sozialen Medien“ aktualisiert und um neue, praxisnahe Handlungsempfehlungen ergänzt.

Von der Heydt und weitere Berliner Abgeordnete forderten zudem die Einführung eines ärztlichen Approbationsregisters in Deutschland (Ic - 65). Begründet wurde dies damit, dass Ärzt:innen, gegen die in einem Bundesland approbationsrechtliche Maßnahmen verhängt wurden, derzeit durch Wohnsitz- oder Tätigkeitswechsel die Aufsicht über sie erschweren können. Aktuelle Fälle – darunter Ärzt:innen, die trotz Approbationsverlustes im Ausland in Deutschland praktizieren – belegen die Schutzlücke eindrücklich.

Mit dem Antrag Ic - 68 fordern Dr. med. Regine Held (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) und weitere Berliner Abgeordnete die Durchsetzung der Berufsordnung gegen gewerbliche Geschäftsmodelle. Die Landesärztekammern sollen Missachtungen des Niederlassungsgebotes sowie des Fremdbesitzverbotes von ärztlichen Praxen künftig klarer zu kommunizieren und konsequent zu ahnden. Um Grauzonen effektiver auszuleuchten, soll unter anderem der interne Informationsfluss zwischen den Melde- und Rechtsabteilungen der Kammern nachhaltig verbessert werden.

Gleichzeitig soll die Politik in die Pflicht genommen werden. Die Landesregierungen sollen spezielle Stellen schaffen, damit die Heilberufesetze künftig auch gegenüber Akteuren und Investoren durchgesetzt werden können, die selbst keine Kammermitglieder sind. Um den Druck auf dem Rechtsweg zu erhöhen, wird die Bundesärztekammer beauftragt, ihre Mitgliedschaft in der Wettbewerbszentrale

aktiv für bundesweite Musterprozesse gegen dubiose Anbieter zu nutzen. Unterstützt wird dieses Vorhaben durch eine Aufstockung der personellen und finanziellen Ressourcen bei den Landesärztekammern und der BÄK. Flankiert wird die Offensive von einer bundesweiten Informationskampagne, die gezielt über die Risiken problematischer Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen aufklären soll.

Zur großen Freude der Berliner Antragstellenden wurde der Antrag „Folgefiananzierung und Ausbau von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen“ (Ic - 112) von Dr. med. Konstanze Schütze (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) angenommen. Damit werden die Landesregierungen aufgefordert, die Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften an allen öffentlichen Schulen zu realisieren.

### „Wir als Ärztetag müssen jetzt ein Zeichen setzen“

Nach der Mittagspause gaben Vertreterinnen der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) überraschend vor dem Plenum eine Erklärung ab. Sie berichteten von übergriffigem Verhalten, das sie in den vergangenen Tagen erlebt hatten. In ihrer Rede machten sie unmissverständlich deutlich: „Kommentare über unser hübsches Auftreten sind unangebracht. Kommentare über unsere Ausschnitte sind unangebracht. Hände auf Rücken und Gesäßen sind unangebracht.“ Zudem berichteten sie von Einladungen auf Hotelzimmer und der Erfahrung, dass berufspolitische Gespräche vorzugsweise mit männlichen Kollegen, nicht aber mit den Frauen der bvmd-Delegation geführt wurden.

Für dieses öffentliche Sichtbarmachen erhielten die Studentinnen stehende Ovationen der gesamten Versammlung sowie zahlreiche Solidaritätsbekundungen. Im Anschluss berichteten weitere Abgeordnete von eigenen Erfahrungen mit Machtmissbrauch und Übergriffen im Berufsalltag und forderten konkrete Maßnahmen im Umgang mit sexualisierter Gewalt durch Ärzt:innen. So schilderte auch Dr. med. Christian Messer (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) Diskriminierungen, die er als homosexueller Mann während seiner ärztlichen Weiterbildung erfahren hatte, und mahnte dringend strukturelle Veränderungen an.

Hierzu wurde auch der Antrag Ic - 22 von Prof. Dr. med. Mandy Mangler (Marburger Bund) angenommen. Damit spricht sich der DÄT dafür aus, gemeinsam mit den zuständigen staatlichen Stellen (Ministerien, Senatsverwaltungen sowie Approbationsbehörden der Länder) einen bundesweit einheitlichen, transparenten und konsequenten Umgang mit sexualisierten Übergriffen durch Ärzt:innen gegenüber Patient:innen zu entwickeln und umzusetzen.

„Wir als Ärztetag müssen jetzt ein Zeichen setzen“, forderte etwa die Berliner Abgeordnete Alexandra Archoudoulakis (Marburger Bund) mit Blick auf die Anträge Ic - 95 und Ic - 96. Mit diesen wurde beschlossen, die Themen „Machtmissbrauch, sexualisierte Gewalt und Diskriminierung“ zum Schwerpunkt des kommenden 131. Deutschen Ärztetages in Wiesbaden zu machen sowie strukturelle Reformen in Weiterbildung und Wissenschaft anzustreben.



Dr. med.  
Friedrich  
Welz

Dr. med. Friedrich Welz (Marburger Bund) ergänzte sichtlich bewegt: „Wir brauchen Anlaufstellen außerhalb der Betriebe, in den Kammern. Mit echten Durchgriffsrechten, um Machtmissbrauch endlich abzustellen.“ Der Antrag Ic - 67 nahm den besseren Schutz von Patient:innen vor sexuellen Übergriffen durch Ärzt:innen – insbesondere bei Wiederholungsverdacht –

in den Fokus. Hierzu betonte von der Heydt: „Wir müssen Möglichkeiten haben, deutlicher und schneller von den Approbationsbehörden gehört zu werden.“

Der 130. Deutsche Ärztetag in Hannover begann mit fachlichen Auseinandersetzungen zwischen Berufsstand und Politik und endete mit einem emotionalen Beben. Während die Debatten um Spargesetze, Strukturreformen und die Abwehr kommerzieller Investoren das Tagesprogramm eines zunehmend verunsicherten Berufsstandes abbildeten, war es die mutige Erklärung der Medizinstudierenden, die der Tagung ihr eigentliches Gesicht verlieh. Die stehenden Ovationen des Plenums lassen hoffen, dass die Ärzt:innenschaft nicht nur bereit ist, gegen äußere finanzielle Bedrohungen zu kämpfen, sondern auch die eigenen, inneren Missstände anzugehen. Hannover 2026 hinterlässt damit ein hoffnungsvolles Aufbruchssignal für ein moderneres, gerechteres und wehrhafteres Gesundheitswesen. /



**Ole Eggert**

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

# Zwischen Kriegsszenarien und Reformen: Die Medizin von morgen?

Bericht von der Delegiertenversammlung am 6. Mai 2026

Es lag Emotionalität in der Luft: Von der Einführung einer oder eines „Fachärztin/Facharztes für klinische Akut- und Notfallmedizin“ über die medizinische Versorgung im Kriegsfall bis hin zur künftigen Organisation der Befugniserteilung – die Themen dieser Sitzung bewegten die Delegierten sichtlich. Gewichtige Fragen standen im Raum, die durch fundierte Referate und erhellende Einblicke eine sachliche Basis erhielten. So gelang es, die Debatten vorwiegend konstruktiv und zielgerichtet zu führen.

## Auszug aus der Tagesordnung der 15. Sitzung der Delegiertenversammlung

- Einführung – „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“
- Rahmenplan Zivile Verteidigung Krankenhäuser Berlin
- Weiterbildung der Ärztekammer Berlin
- Gremien der Ärztekammer Berlin
  - Befassung mit der Frage des Fortbestandes des Ausschusses für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin
  - Nachwahl von sechs Prüfer:innen für die Fachsprachprüfungen
  - Antrag der FrAktion Gesundheit zur Umstrukturierung der Weiterbildungsausschüsse in der Ärztekammer Berlin

Im Vorfeld der Delegiertenversammlung (DV) kamen die Abgeordneten und deren Stellvertretungen für den diesjährigen Deutschen Ärztetag (DÄT) in Hannover zusammen (Bericht ab Seite 12). Neben organisatorischen Details stand der inhaltliche Austausch im Fokus: Die Teilnehmenden stimmten sich über geplante Anträge ab. Angesichts der Herausforderungen durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz zeigten sich viele von der „unpolitischen“ Tagesordnung des DÄT irritiert bis enttäuscht. Man einigte sich jedoch darauf, vor Ort im Rahmen der Aussprache zu aktuellen politischen Themen eine engagierte Diskussion zum GKV-Gesetz einzufordern. Präsident PD Dr. med. Peter Bobbert (Marburger Bund) unterstrich diese Entschlossenheit mit den Worten: „Wir bleiben so lange da, bis wir mit dem Thema durch sind.“

Zur Eröffnung der anschließenden DV griff Bobbert das GKV-Gesetz erneut auf. Während der Bundeskanzler es als „eine der größten Sozialstaatsreformen seit Jahrzehnten“ bezeichnet, widersprach Bobbert im Namen des Vorstandes dieser Einschätzung deutlich: Es handele sich keineswegs um eine echte Reform, sondern schlicht um ein Sparpaket. Zwar sei es richtig, über Finanzen zu sprechen, doch müssten primär die Strukturen reformiert werden.

Anschließend informierte Bobbert über den kammerinternen Fortschritt der Reform der Weiterbildung, die auf mehr Schnelligkeit und Nahbarkeit abzielt. Über die mögliche Reduktion der Weiterbildungsausschüsse werde planmäßig frühestens im zweiten Halbjahr beraten, da zunächst die Analyse der bestehenden Prozesse im Vordergrund stehe. Um diese bereits jetzt zu straffen habe der Vorstand ein vereinfachtes Verfahren für Befugnisanträge aus dem ambulanten Bereich beschlossen, das sich am etablierten Modell für Anerkennungsanträge orientiert.

Das neue Verfahren sieht vor, dass ambulante Anträge zunächst vom Hauptamt auf Basis fachlicher Kriterien geprüft werden. Nach einem ersten Votum folgt eine fachliche Einschätzung durch ein Ausschussmitglied oder eine externe Expertin oder einen externen Experten. Stimmen beide Einschätzungen überein und besteht kein weiterer Beratungsbedarf, wird der Antrag unmittelbar beschlossen. Laut Bobbert beschleunige dieses Verfahren die Abläufe spürbar, während die fachliche Qualität gewahrt bleibe. Die gemeinsame Beratung konzentrierte sich künftig auf komplexe Einzelfälle. Das neue System der Befugniserteilung tritt am 1. Juni 2026 in Kraft.

Prof. Dr. med. Wulf Pankow (FrAktion Gesundheit) reagierte irritiert auf diese Neuerung: Ein derart weitreichender Beschluss obliege seiner Meinung nach der DV. Bobbert

entgegnete, dass das Thema bereits Ende März in einer Videokonferenz, an der auch Pankow teilgenommen habe, besprochen wurde. Zudem besitze der Vorstand laut Satzung die Entscheidungskompetenz. Auch Dr. med. Katharina Thiede (FrAktion Gesundheit) kritisierte den „schrägen Prozess“. Sie mutmaßte, dass die Information gezielt nicht als eigener Diskussionspunkt zur Weiterbildung eingebracht wurde, sondern lediglich über die „Mitteilungen des Vorstandes“.

Im Anschluss informierte der Präsident über das Ausscheiden von Matthias Marschner (FrAktion Gesundheit) und Dr. med. Sandra Blumenthal-Beier (Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin) aus der DV. Er sprach beiden, auch im Namen des gesamten Vorstandes seinen ausdrücklichen Dank für ihr langjähriges Engagement aus und verband dies mit den besten Wünschen für die Zukunft.

Es folgte der Bericht von Dr. med. Babett Ramsauer, der Vorsitzenden des Fortbildungsausschusses. Sie erläuterte die Umsetzung der (Muster-)Fortbildungsordnung sowie die daraus resultierende Anpassung der Richtlinien der Ärztekammer Berlin. Nach intensiven Debatten in einer eigens hierfür gegründeten Unter-AG seien die Neuregelungen zum 1. April 2026 in Kraft getreten. Mit Abschluss dieser konzeptuellen Phase liege der Fokus nun wieder verstärkt auf der inhaltlichen Ausgestaltung des kammerinternen Fortbildungsangebots, so Raumsauer.

### **Braucht Berlin eine oder einen „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“?**

Nach der Begrüßung der Referent:innen leitete der Präsident die Debatte zur Einführung der Weiterbildung „Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin“ ein. Er stellte klar, dass die DV an diesem Abend keinen Beschluss fassen werde. Die finale Entscheidung sei für die Sitzung am 1. Juli geplant, was weiteren Raum für Diskussionen lasse.

Den Auftakt als Befürworterin machte Dr. med. Ulrike von Arnim, Leiterin der Rettungsstelle im Vivantes Klinikum Neukölln. Die Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin verdeutlichte die Dimensionen: Jährlich würden 20 Millionen Patient:innen in deutschen Rettungstellen behandelt – statistisch gesehen habe im vergangenen Jahr jede:r dritte Berliner:in eine Notaufnahme aufgesucht. Von Arnim verwies auf die Leitsymptomstudie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die belege, wie schwierig eine zügige fachärztliche Zuweisung sei. In 66 Prozent der Fälle fehle ein klares Leitsymptom, was unter anderem zu einer Mortalität von etwa fünf Prozent in den Notaufnahmen führe.

Von Arnim erinnerte daran, dass die Ärztekammer Berlin vor zehn Jahren Pionierarbeit leistete, als sie bundesweit als erste Kammer die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ (ZWB KLINAM) einführte. Doch dies reiche heute nicht mehr aus. Dass in diesem kritischen Fachbereich letztlich nur Erfahrungswissen zähle, werde der Komplexität nicht gerecht. Während die Facharztweiterbildung in 23 von 27 EU-Ländern mit einer fünfjährigen Weiterbildungszeit etabliert sei, hinke Deutschland mit der nur zweijährigen Zusatzbezeichnung hinterher. An die Delegierten gerichtet schloss von Arnim ihren Vortrag mit den Worten: „Sie haben die Chance, den Wunsch von 86 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in den Notaufnahmen zu erfüllen. Ich glaube, dass alle Disziplinen davon profitieren werden, wenn wir gut ausgebildet werden. Vor zehn Jahren haben Sie mit der Einführung der Zusatzweiterbildung ‚Klinische Akut- und Notfallmedizin‘ begonnen, nun sollten Sie nochmals Mut zeigen.“

Prof. Dr. med. Lutz Fritsche, MBA, Vorstand Medizin der Johannesstift Diakonie, vertrat die Gegenposition. Er sei für acht Krankenhäuser verantwortlich und nehme hinsichtlich der Einführung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes (FA KLINAM) eine etwas andere Perspektive ein, eröffnete er seinen Vortrag. Die Komplexität nehme in der Medizin deutlich zu und überall sei die Antwort eine Spezialisierung. So sei es nur folgerichtig, dass auch in der Akut- und Notfallmedizin ein FA KLINAM gefordert werde. Es gebe unbestreitbar Argumente, die für den FA KLINAM sprächen, so Fritsche. Beispielsweise seien die höhere Motivation der Weiterzubildenden (WBA) und deren längere Verweildauer in den Notaufnahmen sowie der geringere Bearbeitungsaufwand zu nennen. Doch die unbeabsichtigte Konsequenz einer solchen Entscheidung sei, dass weniger Notfall-Weiterbildung für alle anderen Fachrichtungen angeboten werden könne. Die Ausbildungskapazität in den Notaufnahmen lasse sich nicht beliebig steigern. Zudem würden Ärzt:innen in Weiterbildung anderer Fachrichtungen nur noch pro forma oder gar nicht mehr in der Diagnostik und Behandlung von Notfällen ausgebildet. Dadurch erodierte die Notfallkompetenz in allen Fachrichtungen, der Bedarf an Fachärzt:innen für Notfallmedizin steige und die Versorgungsqualität von Notfällen außerhalb der Notaufnahme – auf Stationen und in ärztlichen Praxen – sinke mittelfristig. Fritsche warnte zudem vor weitreichenden berufspolitischen Konsequenzen: Die Exklusivität der Notfallkompetenz beim FA KLINAM könne mittelfristig die Unabhängigkeit niedergelassener Praxen untergraben, da diesen die formale Qualifikation zur Notfallbehandlung abgesprochen werden könnte. Damit bedrohe der neue Facharztstitel potenziell das Modell der Niederlassung.

Diese Thesen stießen in der anschließenden Diskussion auf Skepsis. Vertreter:innen der FrAktion Gesundheit, darunter

Pankow, hinterfragten, warum ein Facharzttitel die Weiterbildung stärker bedrohen sollte als die bestehende Zusatzbezeichnung. Thiede kritisierte Fritsches Vermischung von „Spezialisierung“ und „Qualifizierung“. Jede Facharztweiterbildung diene primär der Qualifizierung, wovon letztlich alle Disziplinen profitierten. Marschner ergänzte, das Argument der Bedrohung für Praxen sei realitätsfern, da Notfälle dort ohnehin kaum behandelt würden. Auch Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum (Marburger Bund) sah keine Hindernisse, sofern die Gebietsabgrenzungen in der Weiterbildungsordnung präzise formuliert würden. Er betonte die wertvolle Ergänzung durch den FA KLINAM, der durch eine fundierte Erstdiagnose die spezialisierten Disziplinen entlasten könne.

Dr. med. Tankred Stöbe (Marburger Bund) erkundigte sich nach Erfahrungen aus dem europäischen Ausland und möglichen negativen Effekten nach der Einführung eines Facharzttitels. Julian Veelken (FrAktion Gesundheit) verwies auf Frankreich, wo der FA KLINAM bereits im Jahr 2017 eingeführt wurde. Negative Berichte seien ihm von dort nicht bekannt. Kritische Töne kamen hingegen von Prof. Dr. med. Jörg Weimann (Marburger Bund). Er thematisierte neben den Gebietsabgrenzungen zu anderen Facharzttiteln vor allem die Arbeitsbedingungen. Dabei bezweifelte er, dass sich dauerhaft genügend Personal für die Tätigkeit finden lasse, da insbesondere junge Familien die Belastung des lebenslangen Schichtdienstes zunehmend ablehnten. Dem hielt von Arnim die Realität entgegen: In den Notaufnahmen arbeite man derzeit mit Kolleg:innen zusammen, die oft nur ein halbes Jahr blieben. Sie betonte, dass der neue Facharzt keine Konkurrenz darstelle. Ein hoher Grad an interdisziplinärer Durchmischung und der fachliche Input anderer Fachrichtungen seien für die Arbeit in den Notaufnahmen weiterhin unverzichtbar.

Fritsche bekräftigte seine Sorge vor einem Mangel an Weiterbildungsstellen. In einem System begrenzter Kapazitäten bedeute der Gewinn für die eine Disziplin zwangsläufig einen Verlust für die andere. Mit Verweis auf England warnte er, dass dort eine eigenständige Niederlassung für Fachärzt:innen praktisch nicht existiere, da diese rein klinisch angebunden seien. Es sei mitunter gefährlich, „das Gute zu wollen“, gab er den Delegierten zu bedenken.

Die Debatte um den Schichtdienst ordnete Thiede pragmatisch ein: Was für Pflegeberufe Alltag sei, müsse auch für Ärzt:innen machbar sein. Dr. med. Helene Michler (FrAktion Gesundheit) ergänzte, dass Schichtmodelle durchaus Vorteile böten und auch für Kolleg:innen mit Kindern lebbar seien. Dr. med. Thomas Werner (Marburger Bund) mahnte hingegen, dass eine bessere Versorgung primär eine effiziente Patientensteuerung voraussetze. Auch er sah das Risiko,

dass die allgemeine Notfallkompetenz durch die Spezialisierung in anderen Fachbereichen erodiere. Zum Abschluss dankte von Arnim für die vielschichtige Debatte, während Fritsche mit dem Appell schloss: „Ich hoffe, dass Sie weise entscheiden.“

### Zwischen Krieg und Frieden

Es folgte der Wechsel zu einem ganz anderen Thema: Auf Einladung der DV hielt Marc Schreiner, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG), einen Vortrag zum „Rahmenplan Zivile Verteidigung Krankenhäuser Berlin“. Eindringlich zitierte er den Bundeskanzler, der die aktuelle Lage mit den Worten „Wir sind nicht im Krieg, aber auch nicht mehr im Frieden“ beschrieben hat. Angesichts asymmetrischer Kriegsführung und militärischer Lageeinschätzungen müsse man sich auf ernsthafte Szenarien vorbereiten. Sollte es zu einem Konflikt an der NATO-Ostflanke kommen, würde Deutschland zur logistischen Drehscheibe werden. In der Folge müsse mit einer erheblichen Anzahl an Kriegsversehrten gerechnet werden, deren medizinische Behandlung spezifische Expertise erfordert. Daher müssten Krankenhäuser bereits jetzt ihre Kapazitäten organisieren und die ärztliche Fortbildung um das Gebiet Kriegsmedizin ergänzen. Neben Rehabilitationskapazitäten bestehe ein erheblicher Bedarf an psychiatrischer Versorgung – eine Lehre, die er aus der Lage in der Ukraine ziehe. Um diese Bedarfe zu decken, müsse der Rahmenplan in Berlin fest etabliert werden. Bundesweit bezifferte er den Investitionsbedarf für die Ertüchtigung der Krankenhäuser auf rund 15 Milliarden Euro.

Sichtlich bewegt eröffnete Veelken die anschließende Aussprache. Er kritisierte die von Schreiner zitierte Prognose einiger Militärs, wonach ein Konflikt in Osteuropa in den Jahren 2028/29 beginnen werde, als „unverantwortlich“. Er konstatierte jedoch, dass staatliche Krisenvorsorge grundsätzlich notwendig sei. Besonders scharf rügte er eine Passage im Rahmenplan, durch die seiner Meinung nach Militärangehörige im Ernstfall gegenüber Zivilist:innen priorisiert werden könnten. Dies verstoße klar gegen die Genfer Konvention sowie die ärztliche Berufsordnung. Dr. med. Eva Müller-Dannecker (FrAktion Gesundheit) ergänzte, dass ihr der Vortrag „unter die Haut gegangen“ sei und Ängste schüre. Sie mahnte einen sensibleren Umgang mit Sprache an und kritisierte Begriffe wie „kriegstüchtig“. Der Fokus müsse auf dem Erhalt des Friedens liegen.

Schreiner entgegnete, er sei ein Mann der klaren Sprache. Natürlich sei ihm bewusst, dass das Thema Angst hervorrufen könne, sein Auftrag sei es aber, die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Thiede sah jedoch eine tiefe Kluft in der Kommunikation. Für sie bedeute Ehrlichkeit auch einzugestehen, dass ein

solches Szenario kaum beherrschbar sei. Sie plädierte für eine allgemeine Krisenfestigkeit Berlins, statt alles durch eine „Kriegsbrille“ zu betrachten. Weimann kritisierte die Triage-Formulierungen im Plan als „wahrlich unglücklich“ und forderte eine Einbindung der Ärzteschaft nach dem Vorbild der Zusammenarbeit während der Pandemie.

Prof. Dr. med. Mandy Mangler (Marburger Bund) merkte an, dass Schreiner seine Rhetorik dem ärztlichen Selbstverständnis anpassen solle, dessen Kern der Erhalt von Gesundheit sei. Veelken hinterfragte abschließend die späte Einbindung der Kammer sowie Schreiners Haltung zur ärztlichen Berufsordnung. Und Thiede ergänzte, es sei ein Unterschied, ob man von Krisen- oder Kriegstauglichkeit spreche.

„Die Organisation des Berufsrechts ist ihre Aufgabe, ist ihre Hoheit. Da würden wir uns als Krankenhausträger niemals erdreisten, das zu ändern“, antwortete Schreiner. Der Rahmenplan sei zunächst ein Papier für die Krankenhausorganisation. An seiner Erstellung waren auch Ärzt:innen aus den Bereichen Katastrophenmedizin und den Zentralen Notaufnahmen beteiligt. Eine Triage sei zudem keine landespolitische Entscheidung, sondern eine bundesweite Entscheidung der Ethikkommissionen und der Ärzt:innen selbst. Er sei erstaunt, dass der Rahmenplan hier so kritisch betrachtet würde. Dennoch biete er den Delegierten die Hand, denn „wir werden uns in Zeiten, in denen es ernst wird, gegenseitig brauchen.“

Bobbert dankte Schreiner ausdrücklich, dass er trotz Terminkollision gekommen sei, um vor der DV zu sprechen. Das wisse man sehr zu schätzen. Er resümierte, dass die Debatte die Notwendigkeit der Vorbereitung unterstrichen habe. Die Kritik an der späten Einbindung der Kammer adressierte er explizit an die Senatsverwaltung. Wäre man früher beteiligt worden, hätten aus ärztlicher Sicht kritische Punkte auch anders beschrieben werden können. Dann kündigte er an, dass die Delegierte Miriam Vosloo (Hartmannbund Plus), die am Bundeswehrkrankenhaus tätig war, und Dr. med. Laura Tosberg, Leiterin der Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, gemeinsam Fortbildungskonzepte zum Thema besprechen, werden.

### Umstrittene Prozesse in der Weiterbildung

Anschließend präsentierte Dr. med. Antje Koch, Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, aktuelle, positive Zahlen zum Stand der Bearbeitung der Anerkennungsanträge. Daraufhin entwickelte sich eine Debatte über das Verfahren bei Befugnis-Anträgen. Thiede kritisierte die Entscheidung, die fachliche Prüfung an externe Expert:innen auszulagern, statt sie weiterhin in den Weiterbildungsausschüssen zu belassen. Da dies den Kern

des Bearbeitungsprozesses berühre, hätte das Thema ihrer Ansicht nach in der DV diskutiert werden müssen. Bobbert widersprach dieser Darstellung entschieden. Er verwies auf den bereits in der DV vereinbarten Grundsatz „Prozesse vor Strukturen“ sowie auf eine themenspezifische Videokonferenz. Zudem obliege die Entscheidung über solche Prozesse laut Satzung dem Vorstand. Den Vorwurf der Intransparenz wies er unter Verweis auf die bisherige Kommunikation zurück.

Werner bezeichnete die Neuregelung als das pragmatisch schnellste Verfahren. Er begleite den Prozess zwar kritisch, und sei kein Befürworter einer Verlagerung auf das Hauptamt und Expert:innen, könne sich damit aber angesichts der rein ambulanten Befugnisse damit abfinden. Man teste das Modell nun aus, bei Problemen werde es korrigiert. Thiede erkundigte sich nach den Kriterien der Erfolgskontrolle, worauf Werner auf die Evaluation der Anzahl der bearbeiteten Fälle und Widerspruchsquoten verwies. Während Veelken die Sorge äußerte, die inhaltliche Diskussion über Befugnisse könne dadurch verkümmern, warb Dr. med. Kathleen Chaoui (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) für einen Vertrauensvorschuss gegenüber den Expert:innen.

Abschließend stellte Bobbert klar, dass strittige Fälle weiterhin in den Ausschüssen verhandelt würden. Er begründete die Eile scherzhaft: „Wenn man uns mit etwas nicht in Verbindung bringt, dann mit voreiligen Beschlüssen.“ Nichts zu tun sei für die Kammer jedoch keine Option. Der Vorstand stehe für eine nachhaltige Strukturreform der Kammer, um Prozesse effizienter, schlanker und schneller zu machen.

Der im Lauf der Debatte gestellte Antrag von Müller-Busch (Fraktion Gesundheit), in dem der Vorstand aufgefordert wird, die diskutierte Richtlinie zur Befugniserteilung wieder zurückzunehmen, wurde von der DV mehrheitlich abgelehnt.

Mit dem Beschluss zu der Beibehaltung des Ausschusses für Menschenrechtsfragen und Nachwahlen für Fachsprachprüfer:innen endete die DV zu später Stunde.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 1. Juli 2026 statt. /



**Ole Eggert**

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

# Versorgungswerk liefert solide Ergebnisse

Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 26. März 2026

Die Krise beim Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin hat auch bei den Mitgliedern der Ärztekammer Berlin für Unruhe gesorgt. Dass sich bei der Berliner Ärzteversorgung etwas Vergleichbares ereignen könne, schloss man bei der Vertreterversammlung jedoch aus. Und auch die aktuellen Zahlen zeigen: Das Versorgungswerk der Berliner Ärzt:innen liefert solide Ergebnisse.

Zu Beginn der Versammlung bat Dr. med. Thomas Wildfeuer, Vorsitzender der Berliner Ärzteversorgung (BÄV), um eine Schweigeminute für Stefan Thiele. Der juristische Geschäftsführer der VGV Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke GmbH war im Februar 2026 verstorben. Sein viel zu früher Tod sei ein großer Schock und ein schwerer Einschnitt für die VGV gewesen, erklärte Dr. med. Matthias Albrecht, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der BÄV. Martina Nitschke und Franz Mecking von der Geschäftsführung der VGV hätten diese schwere Zeit jedoch hervorragend gemanagt. Nun sei man dabei, eine Nachfolgeregelung zu finden, um die Kontinuität in der Geschäftsführung der Verwaltungsgesellschaft zu gewährleisten.

Anschließend wurde die vorläufige Einschätzung des 59. Geschäftsjahres 2025 vorgestellt. Albrecht führte aus, dass die Mitgliederzahl und damit auch die Beitragseinnahmen weiter gestiegen seien. Die Kapitalanlagen seien im Vergleich zum vergangenen Jahr um 500 Millionen Euro auf 12,8 Milliarden Euro angewachsen.

Dennoch spürt auch das Versorgungswerk die unsichere Lage an den Kapitalmärkten. So liegt die Nettoverzinsung mit 3,06 Prozent leicht unter dem Niveau der vergangenen Jahre. Zudem seien die Reserven leicht gesunken – nur so konnte die gewünschte Kapitalausschüttung erreicht werden. „Dass wir in den letzten 15 Jahren gute Reserven aufgebaut haben, bewährt sich nun, und wir werden versuchen, die Reserven auch weiter zu stärken“, erklärte Albrecht.

Nun gehe es darum, den Fokus auf Absicherungssysteme zu richten. Um Risiken zu minimieren, setze man unter anderem auf einen verstärkten Ausbau des Rentenportfolios. Zudem werde die Diversifizierung innerhalb der einzelnen Assetklassen fortgeführt. Dabei werden die selbst auferlegten Nachhaltigkeitsgrundsätze weiterhin eingehalten. „Die Zeiten sind herausfordernd, aber wir sind gut aufgestellt“, so Albrecht.

In der nachfolgenden Aussprache tauschten sich die Teilnehmenden über die Krise beim Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) aus. In Presseartikeln war zuletzt zu lesen, dass beim VZB über eine Milliarde Euro und damit fast die Hälfte des Vermögens verloren gegangen sein könnten. Medienberichten zufolge ermittelt die Staatsanwaltschaft gegen ehemalige Gremienmitglieder wegen des Verdachts auf Korruption. Durch diese Vorgänge sowie durch aus der Politik stammende Vorschläge zur Rentenreform seien gerade junge Ärzt:innen verunsichert, berichteten Mitglieder der Vertreterversammlung.

Um die Geschehnisse beim Versorgungswerk der Berliner Zahnärzt:innen beurteilen zu können, müssten diese zunächst juristisch aufgearbeitet werden, betonten mehrere Anwesende. Dennoch war man sich einig, dass es sich um gänzlich ungewöhnliche Vorgänge handele, die bei der Berliner Ärzteversorgung undenkbar wären.

Wenn Kammermitglieder dennoch verunsichert seien oder Fragen hätten, stehe man immer zur Verfügung, betonten Albrecht und auch Mecking. Zudem wurden in den vergangenen Monaten in der Mitgliederzeitschrift und im Online-Magazin der Ärztekammer Berlin ([-> https://magazin.aekb.de](https://magazin.aekb.de)) mehrere Berichte über die Arbeit der BÄV und deren Grundsätze veröffentlicht, darunter die Artikel „So arbeitet die Berliner Ärzteversorgung“ und „Frei und sicher: Was bringt die Berliner Ärzteversorgung?“ Es sei geplant, die Arbeit des Versorgungswerkes auch weiterhin durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit für Ärzt:innen transparent zu machen.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung findet am 3. September 2026 statt. /

**Anne McLaren**  
Stabsstelle Presse / Gesundheitspolitik

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

## Bestandene Facharztprüfungen März/April 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
<b>FÄ/FA Allgemeine Chirurgie</b>	Anudari Enkhtur-Schulz	17.03.2026
	Julia Lohmann	17.03.2026
	Dorin Sach-Schrank	13.04.2026
<b>FÄ/FA Allgemeinmedizin</b>	Mohammad Ali	29.04.2026
	Enrico Burkhardt	18.03.2026
	Jacqueline Chlebus	15.04.2026
	Adrian Ebert	31.03.2026
	Dr. med. Anne-Katrin Hardt	28.04.2026
	Bert Helbrecht	18.03.2026
	Marlen Kaminsky	18.03.2026
	Jonas Kater	22.04.2026
	Dr. med. Yoo-Ri Kim	22.04.2026
	Paula Klauke	15.04.2026
	Dr. med. Uwe Knörle	22.04.2026
	Antje Meinhold	29.04.2026
	Dr. med. Max Julian Mersiowsky	28.04.2026
	Dr. med. Zarah Müller	31.03.2026
	Ahmad Rai	28.04.2026
	Franziska Redeker	29.04.2026
	Saskia Rothe	31.03.2026
	Christin Thiele	15.04.2026
	Dr. med. Mara Yvonne Jean Thoma	15.04.2026
	Sandra von Daake	31.03.2026
<b>FÄ/FA Anästhesiologie</b>	Birk Malte Nys Bähnemann	17.03.2026
	Maha Elsothoy	03.03.2026
	Lisa-Marie Gaube	28.04.2026
	Dr. med. Kurt Haas	28.04.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Anästhesiologie</b>	Dr. med. Lukas Israel	02.04.2026
	Carla Julia Vilella	03.03.2026
	Luise Karkuschke	28.04.2026
	Lisa Lange	02.04.2026
	Dr. med. Jan Markus Lodonou-Diederich	17.03.2026
	Marco Lorenz	28.04.2026
	Dr. med. Lea Ronja Lyko	03.03.2026
	Christina Müller	28.04.2026
	Jakub Musial	02.04.2026
	Dr. med. Hannah Neumaier	28.04.2026
	Dr. med. Bill Schneider	28.04.2026
	Matthias Stetzuhn	17.03.2026
	Vanina Stoelben	28.04.2026
	Pamela Wilms	17.03.2026
<b>FÄ/FA Arbeitsmedizin</b>	Dr. med. Maria-Cristina Leichsering	16.03.2026
	Amir Ahmad Mostafavi	16.03.2026
	Maximilian Stich	21.04.2026
	Ramona Wallach	16.03.2026
<b>FÄ/FA Augenheilkunde</b>	Veronica Jackson Gil	22.04.2026
	Dr. med. Vitus Knecht	22.04.2026
	Adrien Quintin	22.04.2026
<b>FÄ/FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	Dr. med. Kora Juliane Auer	15.04.2026
	Dr. med. Ulrike Beetz	25.03.2026
	Dr. med. Paula Böttinger	25.03.2026
	Dr. med. univ. Annika Droste	25.03.2026
	Dr. med. Caroline Helena Gabrysch	15.04.2026
	Melanie Hempel	15.04.2026
	Dr. med. Caroline Paal	25.03.2026
	Dr. med. Eva Stradtmann	15.04.2026
<b>FÄ/FA Gefäßchirurgie</b>	Dr. med. Sophie Annabelle Czerlinsky	22.04.2026
	Dr. med. Stavros Germanos	22.04.2026
	Dara Manuel Nader	22.04.2026
<b>FÄ/FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	M.B.B.S./König Saud Univ. Samiah Alangari	26.03.2026
	Eraklia Skoufari	26.03.2026
<b>FÄ/FA Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	Dr. med. Wojciech Francuzik	15.04.2026
	Lavinia Jennings	25.03.2026
	Agnieszka Kobylka-Dziki	15.04.2026
	Dr. med. Marilyn Wunderlich	15.04.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Humangenetik</b>	Dr. med. Ronja Adam	09.03.2026
<b>FÄ/FA Innere Medizin</b>	Elisa Alvarez Hernandez	22.04.2026
	Johannes Amtenbrink	09.04.2026
	Dr. med. Adriana Andrade Garcia	18.03.2026
	Johanna Angermaier	15.04.2026
	Dr. med. Björn Balcerek	11.03.2026
	Enkhzaya Batsuuri	26.03.2026
	Aikaterini Chourdaki	11.03.2026
	Dr. med. Josepha Christ	18.03.2026
	Dr. med. Lelia Dannert	18.03.2026
	Dr. med. Robert Eblenkamp	18.03.2026
	Stelios Efstathiou	09.04.2026
	Dr. med. Annika Funk	21.04.2026
	MD/PhD Torsten Giesecke	21.04.2026
	Dr. med. Anna-Lena Holsing	21.04.2026
	Michail Liontiris	10.03.2026
	Doctor-medic Moritz Manstein	09.04.2026
	Dr. med. Hanna Miéville	22.04.2026
	Lydia Nabers	21.04.2026
	Engy Nasr	26.03.2026
	Jan-Niklas Ollrogge	12.03.2026
	Nigel Schaeper	10.03.2026
	Dr. med. Nele Schelter	29.04.2026
	Doctor medic Rachnaben Shah	11.03.2026
	Sonja Skerstupp	12.03.2026
	Belgin Uruc	22.04.2026
	Dr. med. Iris von Wunsch-Rolshoven Teruel	22.04.2026
	Dr. med. univ. Lion Waaser	10.03.2026
	Heng Yeng Wong	09.04.2026
	Dr. med. Patrice Ziehm	11.03.2026
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Gastroenterologie</b>	Dr. med. Hendrikje Bergs	26.03.2026
	Bach Diep Cam	26.03.2026
	Mohamed Degdega	26.03.2026
	Dr. med. Merle Gathmann	27.04.2026
	Philipp Minkner	27.04.2026
	Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Püngel	27.04.2026
	Dr. med. Elena Sonnenberg	27.04.2026
	Dr. med. Steffen Wolf	26.03.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Geriatrie</b>	Dr. med. Antonia von Haller	16.04.2026
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b>	Firat Baluken	18.03.2026
	Dr. med. Lisa Jana	18.03.2026
	Priv.-Doz. Dr. med. Martin Klatt	18.03.2026
	Dr. med. Vera von Landenberg-Roberg	29.04.2026
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie</b>	Dr. med. Anja Bachmann	24.03.2026
	Dr. med. Carola Blanco Alvarez Bolado	29.04.2026
	Doctor medic Abdelaziz Elalj	22.04.2026
	Dr. med. Lito Gkouvatso	22.04.2026
	Dr. med. Benedikt Käufler	24.03.2026
	Dr. med. Nora Köpcke	29.04.2026
	Dr. med. Martin Lange	22.04.2026
	Dr. med. Julia Lueg	29.04.2026
	Daisy Patricia Mesterheide	22.04.2026
<b>FÄ/FA Innere Medizin und Rheumatologie</b>	Dr. med. Anne Brüning	15.04.2026
	Dr. med. Tom Sahr	15.04.2026
	Dr. med. Edgar Wiebe	15.04.2026
<b>FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin</b>	Rojin Alsheikh Daher	22.04.2026
	Jana Beier	04.03.2026
	Miriam Böhme	22.04.2026
	Dr. med. Constanze Börner	04.03.2026
	René Hecht	04.03.2026
	Dr. med. Jakob Kießling	04.03.2026
	Dr. med. Philipp Oehler	29.04.2026
<b>FÄ/FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	Doctor medic Diana Garcia Baila	16.03.2026
	Lydia Muck	16.03.2026
<b>FÄ/FA Neurochirurgie</b>	Anna Böhnke	24.03.2026
	Dr. med. Ina Moritz	24.03.2026
	Anna Roethe	24.03.2026
<b>FÄ/FA Neurologie</b>	dr. med. Jinman Cho	28.04.2026
	Juliana Guzman Martinez	17.03.2026
	Sarah Melchert	17.03.2026
	Dr. med. Sebastian Reincke	28.04.2026
	Dr. med. Patrick Schindler	17.03.2026
<b>FÄ/FA Nuklearmedizin</b>	Dr. med. Jeffrey Siefert	02.03.2026
<b>FÄ/FA Öffentliches Gesundheitswesen</b>	Dr. med. Juliane Ryczewski	27.04.2026
	Dino Santangelo de Souza	27.04.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie</b>	Dr. med. Dominik Adl Amini	27.04.2026
	Dr. med. Manuela Delia Cavallini	28.04.2026
	Dr. med. Tarek Fuhrmann	21.04.2026
	Armando Marquez Gomez	30.03.2026
	Dr. med. Sebastian Meißner	27.04.2026
	Janine Polemberski	28.04.2026
	Dr. med. Anna Schulz	03.03.2026
	Dr. med. Max-Nicholas Stutenbecker	21.04.2026
	Lena Wenzke	21.04.2026
<b>FÄ/FA Pathologie</b>	Franziska Bächtle	14.04.2026
	Korneliya Filipova Damyanova	14.04.2026
<b>FÄ/FA Psychiatrie und Psychotherapie</b>	Dr. med. univ. Raffael Burgstaller	03.03.2026
	Serkan Eler	13.04.2026
	Nils Groger	23.04.2026
	Dr. med. Judith Grün	13.04.2026
	Dr med./Univerzitet Beograd Timea Mazor	03.03.2026
	Dr. med. Kathrin Redies	23.04.2026
	Inka Reh	23.04.2026
	Faisal Mahmoud O Shawly	13.04.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
<b>FÄ/FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</b>	Ariane Lindauer-Nestroy	30.04.2026
	Dr. med. Jens Rohde	12.03.2026
<b>FÄ/FA Radiologie</b>	Elena Novoselova	16.03.2026
	Oana-Gabriela Panainte	18.03.2026
	Dr. med. Alexander Schroer	16.03.2026
	MUDr. Elena Stojanovski	18.03.2026
	Beryl Susanto	22.04.2026
	Dr. med. Anne Weiland	16.03.2026
<b>FÄ/FA Urologie</b>	Fadi Kourie	17.03.2026
	Dr. med. Lea May	17.03.2026
<b>FÄ/FA Viszeralchirurgie</b>	Dr. med. Frederike Butz	17.03.2026
	Maike Gräser	17.03.2026
	Björn Heinrich	13.04.2026
	Dr. med. Niklas Nolte	13.04.2026
	Maciej Sobien	13.04.2026

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

## Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung

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

Termin	Thema	Anmeldung
16.06.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>P-Fächer + Neurologie</b>	☉ weiterbildungsseminare@aekb.de
01.07.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Dermatologie / Augenheilkunde / Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Neurochirurgie</b>	☉ weiterbildungsseminare@aekb.de
16.09.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Urologie</b>	☉ weiterbildungsseminare@aekb.de
16.09.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Allgemeinmedizin</b>	☉ weiterbildungsseminare@aekb.de
23.09.2026	<b>Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte</b> (Einstieg)	☉ befugtenseminare@aekb.de
25.-26.09.2026	<b>Train the Trainer: Ambulant tätige Befugte im Kompetenzzentrum Weiterbildung</b> Basis kompakt (für Befugte, die im Bereich <b>Allgemeinmedizin</b> weiterbilden)	→ <a href="https://kw-allgemeinmedizin.berlin/train_the_trainer_seminare_fuer_weiterbildungsbefugte/">https://kw-allgemeinmedizin.berlin/train_the_trainer_seminare_fuer_weiterbildungsbefugte/</a>
05.10.2026	<b>Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung</b>	☉ s.streller@aekb.de
07.10.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: <b>Radiologie/Strahlentherapie/Nuklearmedizin</b>	☉ weiterbildungsseminare@aekb.de

# Veranstaltungshinweise

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

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Uhrzeit
26.08.–01.12.2026	Fortbildung <b>Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in</b>	Ärztekammer Berlin	bis 220 Std.
16.09.2026	Fortbildung <b>Sucht – Prävention und Früherkennung</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–11:40 Uhr
16.09.2026	Informationsveranstaltung <b>Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsdurchführung – gemeinsam zum Ziel (und wenn nicht?)</b>	Ärztekammer Berlin	18:00–21:00 Uhr
21.09.2026	Fortbildung <b>Wundversorgung</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
14.10.2026	Informationsveranstaltung <b>Ausbilden leicht gemacht – Prüfungswesen – der erfolgreiche Abschluss</b>	Online	18:00–21:00 Uhr
03.11.2026	Fortbildung <b>Chronisch kranke Patient:innen – Kommunikation und Interaktion</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
09.11.2026	<b>Arzneimittel – Basics zu Tablette, Salbe &amp; Co</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
11.11.2026	Fortbildung <b>Hygiene – Basics für den Praxisalltag</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
12.11.2026	<b>Digitalisierung – Basics &amp; Prozessoptimierung im Praxisalltag</b>	Online	08:30–15:30 Uhr
18.11.2026	<b>Puls – Blutdruck – EKG – Basics für den Praxisalltag</b>	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr

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

**Termin:** 26.08.–01.12.2026

Die Fortbildung „Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in (NäPa)“ qualifiziert medizinisches Assistenzpersonal für eine verantwortungsvolle Tätigkeit außerhalb der Praxis. NäPas führen delegierbare Leistungen wie Hausbesuche und Besuche in Alten- und Pflegeheimen durch. Damit unterstützen und entlasten sie Haus- und Fachärzt:innen bei der Betreuung der Patient:innen und tragen dazu bei, dass eine ambulante Versorgung auf hohem Niveau auch außerhalb der Praxis stattfinden kann.

Der Fortbildungskurs richtet sich an Assistenzpersonal mit haus- oder fachärztlicher Berufserfahrung und entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Der Kurs schließt mit einer Lernerfolgskontrolle ab.

## Ausbildung: Ausbilden leicht gemacht

**Termin:** Mi., 16.09.2026

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.

### Ausbildungsdurchführung – gemeinsam zum Ziel (und wenn nicht?)

**Aus dem Inhalt:**

- Gestaltung des Ausbildungsstartes
- Vermittlung von Ausbildungsinhalten
- Strukturen und Spielregeln
- Probezeit
- Ausbildungsnachweis
- Delegation ärztlicher Leistungen
- Umgang mit schwierigen Situationen / Feedbackgespräch

# Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung

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



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



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

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Teilnahmeentgelt	Punkte
10.06.2026	<b>Beschwerden in der Schwangerschaft – gemeinsam behandeln und beraten</b> gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin	Live-Online-Seminar	entgeltfrei	2
10.06.2026	<b>S.I.G.N.A.L. Vertiefungsfortbildung: Akutversorgung nach sexualisierter Gewalt in Berlin – qualifiziert und traumainformiert</b>	Ärztekammer Berlin	Anmeldung: → <a href="https://kis.signal-intervention.de/vertiefungsfortbildungen">https://kis.signal-intervention.de/vertiefungsfortbildungen</a>	beantragt
26.08.2026 02.09.2026 30.09.2026	<b>Theoriekurs Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin</b>	Ärztekammer Berlin	180 €	beantragt
28.08.2026 (Modul II) 08.–09.10.2026 (Module III: Neurologie/Psychiatrie oder Orthopädie/Unfallchirurgie)	<b>Medizinische Begutachtung</b> nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin	Modul II: 200 € je Modul III: 450 €	beantragt
09.09.–07.10.2026 (E-Learning) 08.–09.10.2026	<b>Transfusionsverantwortlicher / Transfusionsbeauftragter / Leitung Blutdepot</b>	Ärztekammer Berlin	350 €	16
02.–10.11.2026 (Modul III) 11.–20.11.2026 (Modul IV)	<b>Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs Modul III und IV</b>	Ärztekammer Berlin	950 € je Modul	beantragt
15.01.–14.02.2027 (E-Learning) 15.–20.02.2027 (Woche 1) 12.–17.04.2027 (Woche 2) 14.–19.06.2027 (Woche 3)	<b>Ärztliches Qualitätsmanagement (200 Std.)</b>	Ärztekammer Berlin	3.950 €	beantragt
ab 01.03.2027 (E-Learning) 05.–06.04.2027 (Modul 1) 10.–11.05.2027 (Modul 2) 14.–15.06.2027 (Modul 3) 16.–17.08.2027 (Modul 4)	<b>Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Führungseminar für Ärztinnen und Ärzte</b>	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	3.600 €	beantragt



## 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 Weiterbildungszeiten zu berechnen und Ihre weitere Weiterbildung – auch

in Teilzeit – zu planen. Grundlage ist die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin von 2021.

Sie finden den Rechner unter:

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

## Das Rezept

Fast Halbzeit für 2026! Die Natur steht in voller Blüte und Tierbabys, wie die Schmalstreifenmungos im Zoo, machen ihre ersten Schritte. Am 21. Juni ist Sommersonnenwende und damit der längste Tag des Jahres. Und ab dem 24. Juni haben Sie dann noch sechs Monate Zeit, um sich um passende Weihnachtsgeschenke zu kümmern. Bitte denken Sie aber wie jedes Jahr daran, dass keine Lebewesen unter den Weihnachtsbaum gehören. Es sei denn, Sie planen die Versorgung, das Notfallmanagement und die Tierarztkosten schon jetzt mit ein.

An dieser Stelle auch mal einen Gruß an unsere tierärztlichen Kolleg:innen, nicht nur, aber besonders in Kleintierpraxen! Die Arbeitsbelastung ist hoch, die Depressions- und Suizidrate steigend.

Stellen Sie sich einmal vor, Sie müssten sich von Ihren Patient:innen nicht nur anpinkeln und beißen lassen (obwohl, alles schon gehabt ...), sondern auch noch um Ihre Bezahlung kämpfen beziehungsweise sich beschimpfen lassen, wo denn Ihre Berufsehre bliebe, wenn Sie Fiffy, Bello und Felix nicht aus reiner Tierliebe versorgen würden.

Laut der WHO gefährden Antimikrobielle Resistenzen (AMR) die Wirksamkeit lebensrettender Behandlungen und sind eine der größten globalen Gesundheitsbedrohungen. Vor diesem Hintergrund rücken alternative antiinfektive Strategien, darunter die Phagentherapie, also der gezielte Einsatz von Bakteriophagen, die spezifisch Bakterien infizieren und abtöten, stärker in den Fokus. Mehr darüber können Sie sicherlich bei der Langen Nacht der Wissenschaften erfahren. Zu dieser laden am 6. Juni 2026 von 17 bis 24 Uhr mehr als 50 Wissenschaftseinrichtungen aus Berlin und Potsdam in sonst nicht öffentlich zugängliche Labore, Archive,

Bibliotheken und Hörsäle ein. Es geht um viele große und kleine Tierchen – von Nacktmullen bis zum Science Slam über Menschen und Mikroben.

Mit Ohrwürmern könnten Sie auch bei der Fête de la Musique, bei Helene Fischer im Olympiastadion oder bei den Berliner Philharmonikern mit Kirill Petrenko und Jonas Kaufmann in der Waldbühne in Kontakt kommen.

Bakterien und Viren sind evolutionäre Begleiter des Menschen. Während unsere Entwicklungskurve jedoch bereits abwärts zeigt, geht ihre steil nach oben. Zuletzt gab es Aufregung über den Ausbruch des Hantavirus auf einem Expeditionskreuzfahrtschiff, bei dem eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung stattfand. Normalerweise erfolgt eine Hantavirus-Infektion durch den Kontakt mit den Ausscheidungen infizierter Nagetiere. Dabei können die Erreger über aufgewirbelten, kontaminierten Staub eingeatmet werden oder durch direkten Kontakt mit Kot, Urin oder Speichel infizierter Tiere oder durch Bisse übertragen werden. Dass sich auf einem Kreuzfahrtschiff mutmaßlich mehrere Menschen nacheinander anstecken, ist aus medizinischer Sicht außergewöhnlich. Oft verläuft die Infektion ohne Symptome oder leicht, bisweilen aber auch in Form eines hämorrhagischen Fiebers mit renalem Syndrom.

Experten betonen, dass Ereignisse wie dieses eher zur Sensibilisierung als zu Panik führen sollten und dass es unerlässlich sei, weiter in die internationale Überwachung, Forschung und Vorsorge zu investieren. Ein schlechtes Timing also für den Abbau vieler Arbeitsplätze bei einem Impfstoffhersteller, der sich auf die Krebsforschung konzentrieren will. Sie wollten schon immer Fragen zu unserem Gesundheitssystem und seiner Entwicklung sowie seinem Reformbedarf aus erster Hand klären? Dann gehen Sie doch zum Tag der offenen Tür der Bundesregierung, als dessen Höhepunkt ein Bühnengespräch mit

Bundeskanzler Merz angekündigt ist. Ich gebe zu, die Chance, hier valide Antworten zu erhalten, schätze ich gering ein, aber ehrlicherweise etwas höher als beim amerikanischen „Antigesundheitsminister“ Robert F. Kennedy Jr., der als bekennender Impfgegner und Verschwörungstheoretiker nicht nur Roadkill-Waschbären-Penisse vor seinen Kindern seziiert, sondern laut eigenen Angaben auch mit Tierchen im Hirn lebt, zum Beispiel Neurozystizerkose.

Wir müssen also mal wieder selbst ran. Was nützt der Gesundheit und dem Immunsystem, sowohl im Hinblick auf Infektionsabwehr als auch auf Zellprotektion? Genau: ein gesundes Mikrobiom! Davon profitiert übrigens auch unser Gehirn, denn die Darm-Hirn-Achse gilt als bidirektionale Kommunikationsverbindung zwischen Darm und Gehirn über den Vagusnerv, Hormone und Immunbotenstoffe. Eine gesunde Darmflora lässt sich durch den Verzehr von fermentierten Speisen fördern. Einige davon werden vielleicht auch auf dem Street Food-Festival auf dem Teufelsberg angeboten.

In diesem Sinne hier mein Rezept für Sie: Kefir, Kimchi und Co.!

### Herzlichst Ihre Frau

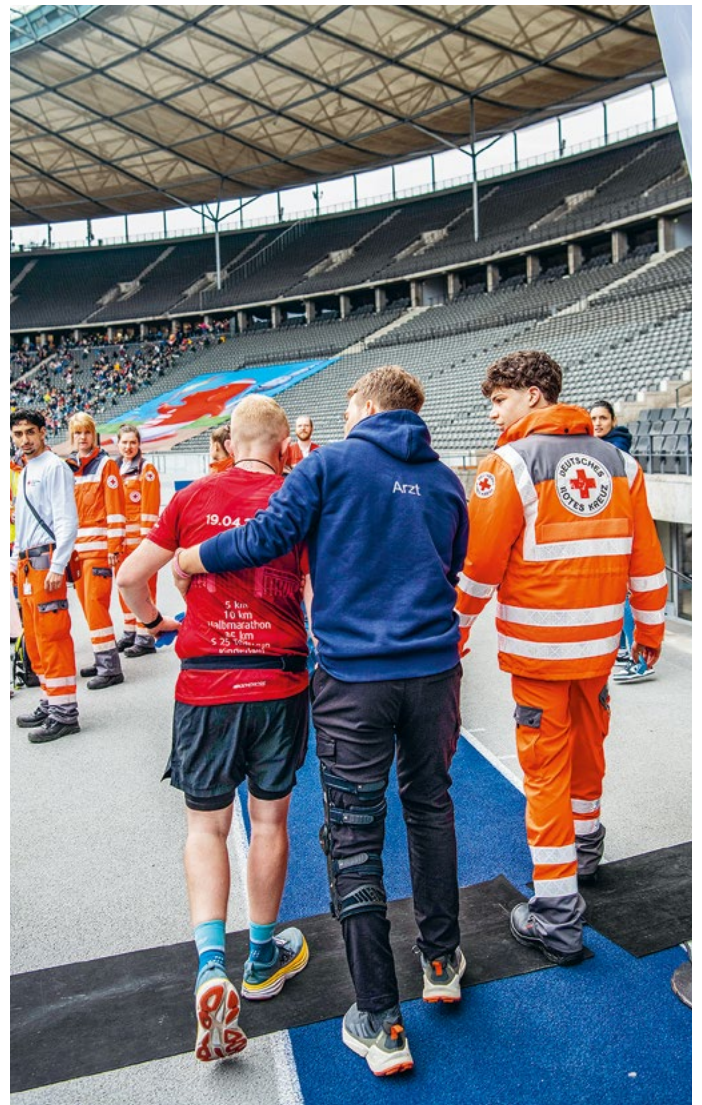
*Dr. Titel*

P.S.: Das wichtigste Event im Juni ist natürlich (für alle außer Herrn Titel) das Sommerfest der Ärztekammer Berlin am 17. Juni 2026! /

# Rennarzt: Potenziell kritische Situationen frühzeitig erkennen

Mitte April 2026 war das Berliner Olympiastadion bereits zum 45. Mal Start- und Zielpunkt von Deutschlands ältestem Citylauf, dem S 25 Berlin – und Einsatzort von Rennarzt Dr. med. Johannes Hartung. Während tausende Läufer:innen auf der Strecke unterwegs waren, war er zusammen mit seinen Kolleg:innen im Hintergrund im Dauereinsatz. Die Fotoreportage begleitet ihn zwischen Anspannung, schnellen Entscheidungen und medizinischer Routine.

Fotos: Stephanie Steinkopf, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin



**Oben links:** Rennarzt Hartung positioniert sich während der unterschiedlichen Läufe immer wieder an verschiedenen Punkten der Strecke – hier am Stadioneinlauf, um frühzeitig zu erkennen, ob Läufer:innen medizinische Hilfe benötigen.

**Unten links und rechts:** Die Mehrheit der Läufer:innen absolviert die Strecke ohne Zwischenfälle, manche aber benötigen Unterstützung.

## „Das Spektrum reicht von präventiver Betreuung und der Einschätzung von Belastungsgrenzen bis hin zur Versorgung akuter medizinischer Notfälle“

Dr. med. Johannes Hartung hat die Veranstaltung „Berlin läuft / S 25“ als Rennarzt medizinisch begleitet. In seinem normalen Arbeitsalltag ist er als Oberarzt im Team der Rettungsstelle der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg tätig. Darüber hinaus ist er seit mehreren Jahren bei großen und kleinen Sportveranstaltungen im Einsatz. „Berliner Ärzt:innen“ hat ihn gefragt, wie es dazu gekommen ist und was er an diesen Einsätzen besonders schätzt.



JH

### Dr. med. Johannes Hartung

Facharzt für Innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Notfallmedizin

BÄ

### Was hat Sie bewegt, in der Sport- und Notfallmedizin zu arbeiten?

JH

In der Sportmedizin geht es darum, Gesundheit, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit zu fördern, langfristig zu erhalten und Beschwerden frühzeitig zu erkennen. Die Notfallmedizin verlangt wiederum, in akuten Situationen schnell, strukturiert und unter hohem Zeitdruck die richtigen Entscheidungen zu treffen. Beide Fachgebiete verbindet ein hoher Anteil praktischer Medizin, interdisziplinärer Zusammenarbeit und der direkte Patientenkontakt. Gerade bei Sportveranstaltungen ergänzt sich diese Kombination ideal: Das Spektrum reicht von präventiver Betreuung und der Einschätzung von Belastungsgrenzen bis hin zur Versorgung akuter medizinischer Notfälle. Man muss sowohl typische sportmedizinische Beschwerden als auch internistische oder traumatische Akutsituationen sicher beurteilen können. Genau diese Verbindung aus Prävention und unmittelbarer medizinischer Hilfe macht die Arbeit für mich besonders spannend.

### Seit wann arbeiten Sie bei Sportveranstaltungen?

Als ich 2021 in der Sportmedizin der Charité begonnen habe, ergaben sich dort immer wieder Möglichkeiten, Sportveranstaltungen medizinisch zu begleiten. Der Kontakt zu „Berlin läuft!“ entstand über meinen Kollegen und medizinischen Ansprechpartner der Veranstaltungsreihe, Dr. med. Maximilian Grummt.

### Ist der Einsatz für Sie ein Ausgleich zu Ihrer Klinik Tätigkeit?

Ja, definitiv. Die Arbeit bei Sportveranstaltungen unterscheidet sich deutlich vom Klinikalltag. Man arbeitet unter freiem Himmel, nah an den Menschen und in einer insgesamt positiven und motivierenden Atmosphäre. Gleichzeitig bleibt die medizinische Verantwortung hoch, wodurch die Einsätze fachlich anspruchsvoll und abwechslungsreich sind. Gerade diese Kombination empfinde ich als bereichernden Ausgleich zur Arbeit in der Klinik.

### Was gefällt Ihnen an solchen Einsätzen besonders?

Mich beeindruckt vor allem die besondere Atmosphäre solcher Veranstaltungen. Man spürt den Teamgeist, die Motivation der Teilnehmenden und ihre Begeisterung für den Sport. Gleichzeitig ist kein Einsatz wie der andere. Man muss flexibel reagieren und eng mit unterschiedlichen Teams zusammenarbeiten. Über die Jahre entsteht dabei zudem ein sehr persönliches Miteinander: Viele Organisator:innen, Helfer:innen und Mitglieder der medizinischen Teams kennt man seit Langem. Dadurch fühlt sich eine solche

Veranstaltung fast wie ein kleines Familientreffen an.

### Wie haben Sie sich auf diesen Einsatz vorbereitet?

Zur Vorbereitung gehören vor allem die Sichtung der Einsatzpläne und des Sanitätskonzeptes sowie die enge Abstimmung mit den Veranstaltern und dem Sanitätsdienst des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), zwischen denen man als Rennarzt eine Schnittstellenfunktion übernimmt. Darüber hinaus bereitet man sich gezielt auf typische Beschwerden bei Laufveranstaltungen wie Kreislaufprobleme, Dehydrierung oder orthopädische Beschwerden vor.

### Was müssen Sie bei solchen Einsätzen besonders im Blick behalten?

Entscheidend ist vor allem, potenziell kritische Situationen frühzeitig zu erkennen. Dazu gehören beispielsweise Anzeichen von Überlastung, Hitzeerkrankungen oder akuten internistischen Notfällen. Gleichzeitig spielt die enge Kommunikation zwischen Veranstaltern und Sanitätsdienst eine zentrale Rolle, damit im Ernstfall schnell, koordiniert und zielgerichtet gehandelt werden kann. Gerade bei großen Laufveranstaltungen ist ein gutes Zusammenspiel aller Beteiligten entscheidend, um eine sichere medizinische Versorgung der Teilnehmenden jederzeit gewährleisten zu können. /



Beim City-Lauf „S 25 Berlin“ müssen Hartung und seine Kolleg:innen vor allem typische Beschwerden wie Kreislaufprobleme, Dehydrierung oder orthopädische Probleme behandeln. Auch im Zieleinlauf behält Rennarzt Hartung die Läufer:innen genau im Blick, um Frühzeitig Teilnehmende zu identifizieren, die medizinische Hilfe benötigen.

# Neue Mpox-Kampagne des Lageso

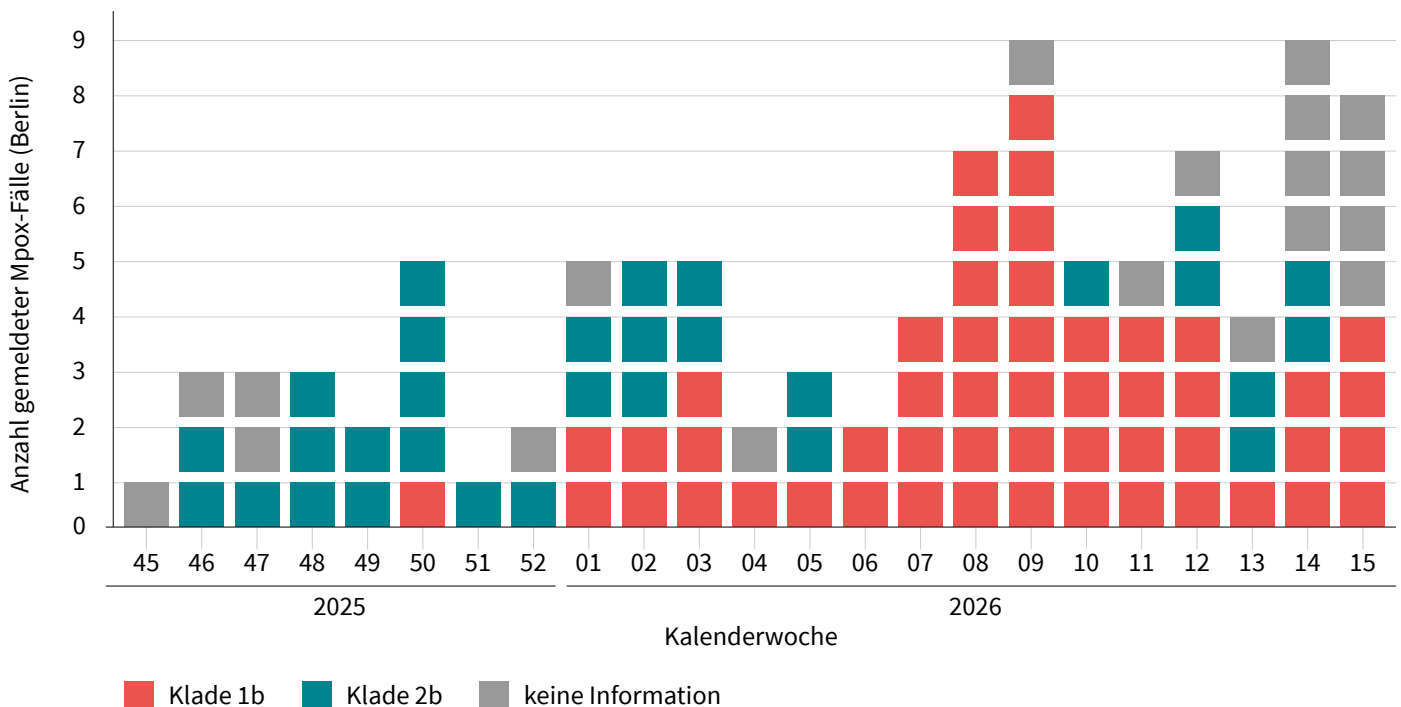
Seit Jahresbeginn werden in Berlin vermehrt Mpox-Infektionen beobachtet. Bis Ende April wurden 99 Fälle an das Lageso übermittelt, deutlich mehr als in den Vorjahren (2025: 79; 2024: 21; 2023: 10). Seit Februar 2026 breitet sich in der Hauptstadt zudem verstärkt die Klade Ib aus, die Anfang des Jahres erstmals bei autochthonen Infektionen in Berlin nachgewiesen wurde.

Detaillierte Informationen zu dieser Entwicklung sind in einem kürzlich in Eurosurveillance veröffentlichten Beitrag<sup>1</sup> zusammengefasst. In Berlin sind bislang hauptsächlich Männer im medianen Alter von 34 Jahren von den Infektionen betroffen. Allerdings ist inzwischen auch ein Mpox-Fall bei einer Frau mit häufig wechselnden, anonymen Sexualkontakten aufgetreten.

Fast alle betroffenen Personen haben sich in Berlin angesteckt. Für den überwiegenden Anteil (73 Prozent) sind sexuelle Kontakte zu Männern die wahrscheinliche Infektionsquelle. Insgesamt sieben Personen mussten im Rahmen der Mpox-Infektion stationär im Krankenhaus behandelt werden. Mögliche Unterschiede zwischen den in Berlin zirkulierenden Klades Ib und IIb hinsichtlich der Krankheitsschwere sowie der Übertragungswahrscheinlichkeit auf Haushaltskontakte werden aktuell durch das Lageso untersucht. Auch das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) berichtet von einem Anstieg der übermittelten

Mpox-Fälle, wobei die Fallzahl der monatlich aus den Ländern der EU/EEA-Zone übermittelten Klade-Ib-Fälle in den vergangenen Monaten deutlich angestiegen ist. Aus verschiedenen Ländern wurden Fälle unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), berichtet, die einen direkten oder indirekten Bezug zu Reisen nach Deutschland (Berlin) haben. Daher wird von einer anhaltenden lokalen Übertragung des Monkeypox-Virus (MPXV) in sexuellen Netzwerken schwuler und bisexueller Männer beziehungsweise anderer Männer, die Sex mit Männern haben, ausgegangen.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko eine Impfung mit dem verfügbaren Impfstoff (Imvanex®) gegen Mpox. Diese Empfehlung gilt unabhängig vom Geschlecht, richtet sich aufgrund der bisherigen epidemiologischen Lage aber insbesondere an Männer sowie trans- und nicht-binäre Personen, die Sex mit Männern haben und dabei häufig die Partner wechseln, sowie an Sexarbeitende.



## Impfungen schützen Risikogruppen

Nach dem großen Mpox-Ausbruch im Jahr 2022 sowie in den darauffolgenden Jahren wurden wiederholt größere Informationskampagnen vom Lageso und anderen Organisationen, darunter die Deutsche Aidshilfe (DAH) und die Schwulenberatung Berlin, durchgeführt. Dadurch ist die bisherige Risikopopulation, also MSM mit wechselnden Sexualpartnern, vermutlich gut informiert. Dennoch bestehen auch hier weiterhin Impflücken, die zum anhaltenden Infektionsgeschehen beitragen.

Zudem zeichnet sich Berlin durch eine große, sexpositive Szene aus, in der sexuelle Netzwerke nicht nur MSM, sondern auch Frauen, Intergeschlechtliche, Nichtbinäre, Trans- und Agender-Personen (FLINTA) beinhalten. Sexpositive Veranstaltungen richten sich häufig nicht mehr explizit an definierte (queere) Zielgruppen, sondern werden bewusst offen und inklusiv gestaltet. Den Frauen bzw. FLINTA ist jedoch aufgrund der bisherigen engen Zielgruppenkommunikation weder das Risiko einer Mpox-Infektion bekannt, noch die Tatsache, dass die Erweiterung der STIKO-Indikationsimpfung auf Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko auch auf sie anwendbar ist und sie sich präventiv impfen lassen können.

Das Lageso bereitet aktuell eine neue Informationskampagne zur Mpox-Impfung vor, die sich neben MSM auch übergreifend an alle sexpositiven Bereiche Berlins richtet,

unabhängig vom Geschlecht. Das Ziel besteht darin, diese Zielgruppe kanalisiert zu erreichen, um einen ungezielten Andrang von Personen ohne Indikation auf die Berliner Ärzt:innen zu vermeiden.

## Ausweitung der Indikation

Sollten sich FLINTA-Personen oder andere Personen, die nicht dem streng definierten Begriff „MSM“ entsprechen, mit dem Wunsch einer Mpox-Impfung bei Hausärzt:innen oder Ärzt:innen der HIV-Schwerpunktversorgung vorstellen, ist dies zu berücksichtigen.

Nach entsprechender Anamnese des Risikoprofils wäre es wichtig, auch diesen Personen eine Impfung anzubieten, sofern sie häufig wechselnde, anonyme Sexualkontakte haben, etwa bei Besuchen von Sexpartys oder -clubs. /

1 → <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.12.2600235>



**Dr. Claudia Ruscher**

Landesamt für Gesundheit und Soziales,  
Surveillance und Epidemiologie von Infektionskrankheiten

Foto: Lageso

# Post für die Kolleg:innen

Arztbriefe sind das zentrale Kommunikationsinstrument zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Sie sind juristische Urkunden mit voller Beweiskraft in zivil- und strafrechtlichen Prozessen und zugleich Schriftstücke, die heute oft auch von den Personen aufmerksam studiert werden, um deren Gesundheit es in ihnen geht: „mündige“ Patient:innen. Das Verfassen von Arztbriefen gehört jedoch auch zu dem bürokratischen Aufwand, über den Mediziner:innen stöhnen. Was kann helfen, ihren Inhalt zu verbessern und den Zeitaufwand für ihre Abfassung in Grenzen zu halten? Welche Rolle werden dabei Digitalisierung und Künstliche Intelligenz spielen?

Sollten Sie bei gesellschaftlichen Anlässen Mühe haben, mit Unbekannten ins Gespräch zu kommen, empfiehlt sich das Thema „Arztbriefe“ als „Türöffner“: Fast jeder kann dazu etwas beitragen. Beispielsweise die Patientin, der nach ihrer Hüft-OP ein Schriftstück aus der Klinik für Orthopädie mitgegeben wurde, in dem präzise „ihre“ Knieoperation beschrieben ist. Oder der hoch erfreute ältere Herr, dessen

kardiologischer Entlassbrief ihn um zehn Jahre jünger macht. Aber auch die gewissenhafte junge Assistenzärztin, die an den dienstfreien Wochenenden vor lauter Briefen keine Freizeit mehr hat. Und nicht zuletzt die niedergelassene Allgemeinmedizinerin, die sich an manchen Tagen mit der Interpretation der therapie relevanten Texte quält, die ihre Patient:innen aus der Klinik mitbringen.

Aus der Verzweiflung hilft dann bisweilen ein befreiendes Lachen. Die Facebook-Seite „Arztbriefperlen“ hat über 65.000 Follower. Ausgewählte Beispiele sind auf der Seite → [www.praktischarzt.de/magazin/arztbrief](http://www.praktischarzt.de/magazin/arztbrief) versammelt. Da wird einem Herzpatienten eine „mexikanische Aortenklappe“ verpasst, aus der Geburtshilfe ist zu lesen: „Bei Kuhmilchunverträglichkeit des Kindes rieten wir der Mutter, abzustillen“, und aus der Inneren wird ein Glücklicher mit der schmackhaften Entlassungsmedikation „Tiramisud 10mg 2-0-0“ verabschiedet.

Auch die (Sprach-)Wissenschaft widmet sich inzwischen diesem Thema. Die Germanist:innen Dr. Sascha Bechmann und Julia Riedel von der Universität Düsseldorf haben in Zusammenarbeit mit Hausärztlichen Verbänden 197 Hausärzt:innen zu ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit mit den Arztbriefen befragt, die bei der Entlassung ihrer Patient:innen an sie verschickt wurden. Die Ergebnisse, die bereits im Jahr 2019 in der Zeitschrift „Der Hausarzt“<sup>1</sup> veröffentlicht wurden, können stationär wie ambulant tätige Ärzt:innen nicht zufrieden stimmen: „Der Aufwand führt auf beiden Seiten häufig nicht zu befriedigenden Ergebnissen“, urteilt Germanist Bechmann. „Stattdessen ergeben sich Streuverluste an den Schnittstellen.“ Und dieser Aufwand ist hoch: Laut einer früheren Studie investieren Klinikärzt:innen bis zu drei Stunden täglich in die Abfassung der Briefe. Jede bzw. jeder vierte der befragten Hausärzt:innen gab an, täglich mehr als zehn klinische Entlassbriefe zu lesen. Im Schnitt widmeten die Befragten der Lektüre dieser Briefe rund eine Stunde.

Und was haben sie dann zu kritisieren? Es sind vor allem missverständliche Formulierungen, unbekannte oder doppeldeutige Abkürzungen sowie Inkonsistenzen und logische Widersprüche, die ihnen nach eigenem Bekunden das Leben schwer machen. Fast alle befragten niedergelassenen Ärzt:innen konnten sich an mindestens einen Fall erinnern, in dem die Informationen im Arztbrief nicht zu den beigefügten Befunden passten. 88 Prozent der Befragten halten es für möglich, dass dies zu Fehlern bei der anschließenden ambulanten Behandlung führen kann. Bei der Aufzählung der Düsseldorfer Germanist:innen geht es also nicht nur um Fragen der Rechtschreibung und des Stils dieser Dokumente, sondern auch um deren Verständlichkeit, Widerspruchsfreiheit und Struktur. Schließlich haben diese Dokumente die Aufgabe, „therapierelevante Informationen verlustfrei und eindeutig“ zu übermitteln, wie Bechmann betont.

### Leitfäden zur einheitlichen Gestaltung der Entlassungsbriefe

Der Sprachwissenschaftler plädiert dafür, die entsprechenden Voraussetzungen bereits im Studium zu schaffen: „Würden Medizinstudierende bereits das strukturierte Schreiben von

Arztbriefen lernen, könnten Fehler aufgrund von Zeitmangel später im Alltag vermieden werden.“ Gerade ungeübte Assistenzärzt:innen und Berufseinsteiger:innen würden von einem Leitfaden zur einheitlichen Gestaltung von Arztbriefen profitieren. Seine Disziplin bietet dafür ihre Hilfe an: „Systematische Analysen der Sprache in Arztbriefen können dabei helfen, solche Leitfäden zu entwickeln.“

Angesichts der vielen Schreibearbeiten ist Hilfe in den Arztzimmern sicher willkommen. Ein Teil dieser Hilfe kommt bereits aus den Computern, in die Ärzt:innen ihre Befunde eingeben. Laut Beckmann lege die Studie jedoch „auch den Schluss nahe, dass die computergestützte Texterstellung fehleranfällig ist, wenn mit einfachen Textbausteinen gearbeitet wird.“

Doch das war im Jahr 2019, inzwischen hat sich einiges getan. Beim diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) stand als ein Hauptthema die Veränderung der Patientenversorgung durch Künstliche Intelligenz auf dem Programm. Die DGIM hat die Arbeitsgruppe „DGIM Futur“ gegründet. „Wir stehen an einem Punkt, an dem digitale Systeme nicht mehr nur unterstützen, sondern aktiv in Prozesse eingreifen – etwa indem sie Dokumentationen übernehmen oder Abläufe koordinieren“, sagt Jens Kleesiek, Direktor des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin am Uniklinikum Essen. Was das konkret für das Abfassen von Arztbriefen bedeuten könnte, sollte bei einem Presserundgang verdeutlicht werden, bei dem unter anderem der Stand des australischen Unternehmens Heidi Health Ltd. besucht wurde. Die Firma, die für den deutschsprachigen Raum kürzlich eine Niederlassung in Berlin eröffnet hat, bietet unter anderem Vorlagen für Entlassungsbriefe aus Kliniken. Ärzt:innen hätten schließlich keinen Eid geschworen, der sie zu einem bestimmten Zeitaufwand für Bürokratie verpflichtete. Dank Künstlicher Intelligenz (KI) könnten sie Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben gewinnen, so die Argumentation des Unternehmens.

### KI als Werkzeug

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) hat im Jahr 2023 eine Online-Befragung<sup>2</sup> zu Arztbriefen unter ihren Mitgliedern durchgeführt. Nur sechs Prozent der 1.150 Befragten gaben zu diesem Zeitpunkt an, KI bei der Abfassung von Arztbriefen zu nutzen. Dabei ging es in den meisten Fällen um Spracherkennung, Rechtschreibkorrekturen und Textbausteine. 32 Prozent der Befragten konnten sich aber

1 vgl. Arztbriefe strotzen vor Fehlern – Der Hausarzt, 8/2019: → [www.hausaerztlichepraxis.digital/praxis/arztbriefe-strotzen-vor-fehlern-48724.html](http://www.hausaerztlichepraxis.digital/praxis/arztbriefe-strotzen-vor-fehlern-48724.html)

2 vgl. Arztbriefschreibung in der Neurologie, 4/2025: → [www.springermedizin.de/kuenstliche-intelligenz/neurologie/arztbriefschreibung-in-der-neurologie/51031834](http://www.springermedizin.de/kuenstliche-intelligenz/neurologie/arztbriefschreibung-in-der-neurologie/51031834)

vorstellen, KI in Zukunft verstärkt zu nutzen. Die Verfasser der Studie betonen, eine „zielgerichtete Verwendung von KI“ könne nützlich sein, um parallel zum ausführlicheren fachlichen Arztbrief laienverständliche Patientenbriefe zu erstellen und „die Entwicklung allgemeinverständlicher Arztbriefe für Fachärzte anderer Disziplinen“ zu fördern.

Heute, im Jahr 2026, sagt Tobias Schmidt-Wilcke, einer der Mitautoren der Studie und zusammen mit seinem Kollegen Dietrich Sturm Herausgeber des 2023 im Springer-Verlag erschienenen Buches „Arztbriefe in der Neurologie“, es noch deutlicher: „Nach meinem Dafürhalten wird die KI beim Verfassen von Arztbriefen eine ganz zentrale Rolle spielen.“ Dabei müssen allerdings auch die Auflagen des Datenschutzes bezüglich der Überführung medizinischer Informationen in Large Language Models (LLMs) berücksichtigt werden, entweder von vornherein durch Integration der KI in das Krankenhausinformationssystem (KIS) oder durch Anonymisierung der Daten. „Wir wollen über die Nutzung der KI zur Rechtschreibüberprüfung hinausgehen“, sagt Schmidt-Wilcke. „Um möglichst effizient zu arbeiten, und beim Abfassen der Arztbriefe wichtige Vorarbeit leisten zu können, sollte die KI Zugang zu allen Daten haben.“ Dann habe sie das Zeug dazu, Ärzt:innen erheblich zu entlasten und zugleich die Qualität der Entlassungsbriefe zu verbessern. Auch für die Information der Patient:innen biete sie große Chancen: „Wir können den fertigen Arztbrief auf Knopfdruck in einen Patientenbrief mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen umwandeln.“

### Unterzeichnende Ärzt:innen haften

Neben sinnvollen Anpassungen beim „Prompten“ sei es dafür aber essenziell, dass Ärzt:innen die Vorarbeiten der KI aufmerksam sichten, kritisch hinterfragen, nach Fehlern suchen und die Texte auf ihre Sinnhaftigkeit überprüfen. Das ist auch aus rechtlicher Sicht unumgänglich. „Die juristischen Aspekte der Arztbriefschreibung sind durch das Bürgerliche Gesetzbuch, das Berufsrecht sowie das Sozialgesetzbuch V (und untergeordnete Normen) geregelt“, fassen die Neurologen in ihrer Studie von 2023 zusammen.

Unstrittig war schon im vordigitalen Zeitalter, dass für Arztbriefe immer die unterzeichnenden Ärzt:innen haften. Künstliche Intelligenz wird hier keinesfalls zum eigenständigen Akteur, sondern gilt als Hilfsmittel. Mediziner:innen müssen die so generierten Inhalte prüfen und Klinikbetreiber:innen müssen ihre Mitarbeitenden gegebenenfalls für die Anwendung schulen. „Wer KI ohne ausreichende menschliche Kontrolle in den Behandlungsablauf einbaut, verlagert das Risiko nicht auf die Maschine, sondern schafft oft ein zusätzliches Haftungsproblem“<sup>3</sup>, so Rechtsanwalt Stephan Steinwachs.

Auf Nachfrage berichten viele Ärzt:innen, dass sie beim Verfassen der Briefe ein an ihren ersten Arbeitsplätzen übliches

Schema oder den „Stil“ ihres Klinikchefs übernommen und beibehalten haben. So sinnvoll das auch sein mag: Der Sprachwissenschaftler Blechmann und der Neurologe Schmidt-Wilcke sind sich einig, dass Vorübungen für das Verfassen von Arztbriefen schon im Studium stattfinden sollten. Ein möglicher Ansatz wäre die Frage: „Wie würden Sie die Anamnese in drei Sätzen zusammenfassen?“ Denn, so Schmidt-Wilcke, „die Erkenntnis entsteht ja oft erst mit dem schriftlichen Niederlegen“. Das Kondensieren und Gliedern von Informationen müsse gelernt werden, zunächst ganz allgemein und dann in der Weiterbildung auf das eigene Fach bezogen. „Bis man das draufhat, dauert es Jahre“, beobachtet Schmidt-Wilcke. Dabei kann sich die KI als Lernwerkzeug nützlich machen. /



**Dr. Adelheid Müller-Lissner**  
Freie Wissenschaftsjournalistin  
Foto: privat

### Was meinen Sie?

Das Wort „Brief“ leitet sich vom lateinischen „brevis“ für „kurz“ ab und bezeichnete ursprünglich eine knappe amtliche Mitteilung. Wie lang sollten Arztbriefe heute sein? Von Niedergelassenen ist einerseits zu hören, dass sie gern schnell das Wesentliche erfassen möchten. Andererseits sei es auch wünschenswert, dass die Krankenhäuser alle Erfahrungswerte mit den Kolleg:innen in der Praxis teilen. Es könnten also sowohl Kurzbefunde, die zum Beispiel in die ePA eingehen, sowie Dossiers mit den vollständigen Unterlagen sinnvoll sein.

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Verfassen und/oder Lesen von Arztbriefen gemacht? Schreiben Sie uns an [redaktion@aekb.de](mailto:redaktion@aekb.de).

3 vgl. KI in der Medizin: Haftung bei Fehlbefund ohne Gegenprüfung: [www.anwalt.de/rechtstipps/ki-in-der-medizin-haftung-bei-fehlfund-ohne-gegenpruefung-268302.html](http://www.anwalt.de/rechtstipps/ki-in-der-medizin-haftung-bei-fehlfund-ohne-gegenpruefung-268302.html)

# Erfolgsmodell Notdienstpraxis



Dr. med. Timo Fischer und das Team der KV-Notdienstpraxis am Vivantes Klinikum im Friedrichshain besprechen die anstehenden Fälle. Der Facharzt für Gastroenterologie übernimmt seit mehreren Jahren regelmäßig Dienste in KV-Notdienstpraxen. In der sechsständigen Schicht behandelt er gemeinsam mit dem Team im Durchschnitt 25 bis 30 Patient:innen.  
Foto: Ina Schoenburg, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

Ein Wintersamstag: Ich habe heute von 15 bis 21 Uhr Spätdienst in der Notdienstpraxis der Rettungsstelle Friedrichshain. In Friedrichshain war ich Assistenzarzt, Facharzt und Oberarzt. Meine Kinder wurden dort geboren und ich bin dem Krankenhaus immer noch emotional verbunden.

Ich betrete die Rettungsstelle durch den Eingang für Rettungsdienste und melde mich beim Pflegepersonal der Triage zum Dienstantritt. Man freut sich über mein Erscheinen. Einen Teil des Personals kenne ich noch aus alten Zeiten, den anderen inzwischen auch. Zunächst schaue ich bang auf die Monitore, die den Wartebereich der Rettungsstelle zeigen. Die Schlange derjenigen, die sich anmelden wollen, kringelt sich noch nicht, und auch auf dem kalten Steinboden kauert noch niemand. Ich atme

auf – höchstens 20 Patientinnen und Patienten für mich. Ich gehe weiter zu meiner Box C3 im C-Bereich. Pfleger Rico hat heute Dienst, er umarmt mich herzlich und wird in den nächsten Stunden für mich zuständig sein. Ich stelle den Dienstrechner an, immer noch mit einem mulmigen Gefühl, denn seitdem wir die neue KV-Berlin-App mit zugehörigem Tower benutzen, gibt es viele Kinderkrankheiten. Aber die Technik funktioniert.

## **Tonsillitis, Otitis externa und grippaler Infekt**

Es geht los. Ich rufe den ersten Patienten herein, der über Halsschmerzen klagt. Beim Blick in seine Mundhöhle sehe ich eine eindrucksvolle Tonsillitis. Wie viele Tonsillitiden ich inzwischen gesehen habe, weiß ich nicht, aber es sind auf jeden Fall mehr als hundert.

Der nächste Patient hat Ohrenschmerzen. Es zeigt sich eine Otitis externa, auch das ein häufiges Krankheitsbild. Bevor ich Notdienste gemacht habe, habe ich dieses Krankheitsbild nie gesehen. Dank der HNO-Ärzte vor Ort kann ich es inzwischen auch versorgen – so hoffe ich zumindest.

Der dritte Patient hat einen Infekt der oberen Atemwege. Ich stelle die Diagnose grippaler Infekt und wünsche gute Besserung. Empört bis aggressiv antwortet der Patient, er brauche doch wohl Antibiotika. Er habe schließlich nicht drei Stunden umsonst gewartet. Ich entgegne, dass Antibiotika bei viralen Infekten nicht helfen, sondern nur Resistenzen züchten. Es ist ein häufig auftretender Konflikt, der viel Zeit und Energie kostet. Ich stelle mir vor, wie ich ab jetzt stündlich über die Lautsprecher des Wartebereichs durchsage, dass die Notdienstpraxis kein Wartebereich zur Beschaffung von Antibiotika ist. Bislang habe ich mich noch nicht zu diesem Schritt durchgerungen, vielleicht irgendwann einmal. In meiner Entscheidung bleibe ich hart.

Die vierte Patientin hat einen Harnwegsinfekt mit typischer Symptomatik. Ich bitte sie, in ein Plastikglas zu urinieren. Wenn die Pflegekräfte gerade viel zu tun haben, mache ich den Urinstix selbst. Inzwischen bilde ich mir ein, einen Harnwegsinfekt schon mit bloßem Auge diagnostizieren zu können. Ob das bloße Auge aber auch eine hohe Rule-out-Power hat, ist fraglich. Die mittelalterliche Harnschau war also doch nicht völlig sinnlos.

## **Obdachlosigkeit, Tod und Blumen**

Der nächste Patient hat Bauchschmerzen, hierfür brauche ich ein Ultraschallgerät. Normalerweise habe ich eins in meiner Box, aber die diensthabende Internistin hat es in Gebrauch. Ich weiß,

wo ich ein weiteres finden werde: im Schockraum. Der Weg führt mich vorbei an der „Obdachlosenecke“, die sowohl visuell als auch olfaktorisch von vielen Punkten der Rettungsstelle aus erkennbar ist. Heute liegen dort nur fünf Menschen, die meisten schlafen dort ihren Rausch aus. Im Schockraum angekommen liegt mit einem Bettlaken bedeckt eine Tote – auch das gehört hier dazu. Ich nehme das Gerät mit, führe den Ultraschall durch und finde nichts. Der Patient ist trotzdem erleichtert und geht zufrieden nach Hause. Gerade als ich bei einem weiteren Patienten einen Hautausschlag begutachte, kommt Rico herein. Er will wissen, ob ich etwas brauche. Ich grübele gerade und entscheide mich dann: Krätze. Unwillkürlich fangen wir an, uns zu jucken. Nein, hier brauche ich gerade nichts.

Der Nachmittag rauscht in diesem Rhythmus dahin, die Zeit vergeht wie im Flug. Um 18:30 Uhr warten immer noch zehn Patientinnen und Patienten. Jetzt ist es Zeit für meinen traditionellen Witz: Ich gehe zu Rico, teile ihm mit, dass ich jetzt über den Keller abhauen werde und wünsche ihm Glück bei der Bewältigung der noch anstehenden Aufgaben. Zu Beginn meiner Arbeit im

Notdienst habe ich versucht, die Zahl der Wartenden möglichst auf null abzarbeiten. Es ist aber wie im Märchen vom Hasen und dem Igel: Je mehr man sich bemüht, desto mehr Patientinnen und Patienten werden es.

Um 20 Uhr denke ich, dass heute noch gar keine psychisch auffälligen Personen da waren. Da betritt der nächste Patient die Praxis. Die Pflegerinnen und Pfleger der Triage beschreiben mit ein bis zwei Sätzen, welches Anliegen oder Beschwerdebild der Patient hat. Bei diesem Patienten steht „Rezeptwunsch“. „Was wünschen Sie denn?“, frage ich scherzhaft. Ich bekomme eine lange Geschichte erzählt, die darin mündet, dass ihm sein Bedarfsmedikament Lorazepam ausgegangen ist. Um einen Entzug zu vermeiden, organisiere ich zwei Tabletten von einer Normalstation – aber kein ganzes Rezept.

### **Was habe ich doch für einen schönen Beruf!**

Als Letztes kommt eine ältere Dame, nennen wir sie Andrea. Andrea ist oft hier. Anfangs habe ich ihr immer mit dem medizinischen Ohr zugehört und differentialdiagnostische Überlegungen angestellt. Inzwischen weiß ich, dass

sie einsam ist. Deshalb macht es ihr auch nichts aus, vier Stunden auf eine Behandlung zu warten, im Gegenteil, sie genießt die Gesellschaft der anderen Menschen. Ich höre ihr also zu und erkundige mich nach ihren Blumen. Zum Abschied drücke ich sie.

Um 21:30 Uhr ist Schluss, also nur eine halbe Stunde später. Ich bin kaputt. Heute habe ich 27 Patientinnen und Patienten behandelt, was etwa dem Durchschnitt aller Dienste entspricht. Die meisten von ihnen sind krank und brauchen eine Ärztin oder einen Arzt. In einem Dienst hier kann ich mehr Menschen helfen als in meiner Praxis in zwei Wochen. Auch seltenen Krankheitsbildern, die einen medizinisch herausfordern, begegnet man. Die allermeisten Patientinnen und Patienten sind sehr dankbar. Ich mag die Stimmung und die Solidarität in der Rettungsstelle. Die Notdienstpraxen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gut organisiert und die KV kümmert sich um eine angemessene Entlohnung. Wenn ich zufrieden nach Hause fahre, denke ich: Was habe ich doch für einen schönen Beruf! /

**Dr. med. Timo Fischer**

## Poolärzt:innen und Bereitschaftsdienst

Ende 2023 entschied das Bundessozialgericht, dass Poolärzt:innen im ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Regel sozialversicherungspflichtig sind, sofern sie fest in die Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eingebunden sind. Dies hat zu Unsicherheit und zahllosen Kündigungen von Poolärzt:innen geführt. Um hier Klarheit zu schaffen

und die Versorgung zu stabilisieren, wurde mit dem zum 1. Januar 2026 in Kraft getretenen Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz) klargestellt, dass Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt verpflichtet ist, sozialversicherungsrechtlich wie eine vertragsärztliche Tätigkeit zu behandeln sind.

Ob diese Klarstellung ausreicht, hat Mario Urbanek in seinem Artikel „Poolärzt:innen im ärztlichen Bereitschaftsdienst“ untersucht. Den Artikel finden Sie unter

→ <https://magazin.aekb.de/alltag-praxis/poolaerztinnen-im-aerztlichen-bereitschaftsdienst>.

# Edith Peritz: Ärztin – Plastische Chirurgin – Frauen-Netzwerkerin

Große Geschichte(n) im kleinen Format: Die „Jüdischen Miniaturen“ passen in jede Jackentasche, sind kompakt, leicht verständlich und günstig. Sie erinnern an jüdische Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Gesellschaft, Kunst, Kultur und Wirtschaft, die in ihrer Zeit Bedeutendes geleistet haben. Band 345 der Reihe würdigt nun die jüdische Chirurgin Edith Peritz, die lange Zeit auch in Berlin wirkte.



Edith Peritz, geboren 1897 in Breslau, stammte aus einer jüdischen Arztfamilie. 1916 nahm sie das Medizinstudium auf, zu einer Zeit, in der es nur wenige in Deutschland ausgebildete Ärztinnen gab. Sie promovierte an der Kinderklinik in Breslau und ging anschließend zu Ernst Unger an das Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin. Mutig entschied sie sich für die Chirurgie, ein bis heute männlich

dominiertes Fachgebiet. Sie publizierte in Fachzeitschriften und engagierte sich standespolitisch für die berufliche Gleichstellung der Frau in der Berliner Ärztekammer, im Bund Deutscher Ärztinnen sowie in der Berliner und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Prägend für Peritz' Werdegang war ein Aufenthalt bei der Pariser Plastischen Chirurgin Suzanne Noël. Diese hatte durch die chirurgische Versorgung kriegsversehrter Soldaten einen reichen Erfahrungsschatz gesammelt und 1926 ein Buch über Ästhetische Chirurgie veröffentlicht. Bei Noël lernte Peritz innovative und minimalinvasive Techniken kennen, die es ihr 1928 ermöglichten, eine eigene, höchst erfolgreiche Praxis für Plastische Chirurgie in Berlin zu eröffnen.

Und sie lernte dort noch etwas anderes: Noël setzte sich für die berufliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Frau ein und gründete 1924 nach amerikanischem Vorbild den Soroptimist-Club Paris für berufstätige Frauen. Diese Idee verbreitete sich und mündete in einem globalen Netzwerk. Peritz gründete 1930 in Berlin den ersten deutschen Soroptimist International (SI) Club. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten verlor sie ihre Kassenzulassung und emigrierte 1936 mit einem Touristenvisum in die USA.

Nach dem Krieg besuchte Peritz Deutschland mehrfach, unter anderem wegen eines langwierigen Entschädigungsverfahrens, zu dem zahlreiche prominente Unterstützungsschreiben erhalten sind. 1960 berichtete sie auf einem SI-Treffen in Berlin über ihren Werdegang in New York.

Ihre Botschaft ist heute noch genauso aktuell wie damals: Anlässlich des 40-jährigen Bestehens des Berliner SI-Clubs im Jahr 1970 schrieb Peritz: „Wir müssen Stellung nehmen zu den brennenden Fragen der Zeit. Wir müssen [...] die Beziehungen zwischen den Völkern friedlich gestalten, indem wir persönliche Beziehungen schaffen, so dass die Bewohner eines anderen Landes nicht als Feinde erscheinen, sondern als ein Mensch wie Du und ich.“

Benjamin Kuntz, Gesundheitswissenschaftler und Medizinhistoriker, und Felicitas von Aretin, Historikerin und Publizistin, würdigen in ihrem lesenswerten Büchlein aus der Reihe „Jüdische Miniaturen“ eine ungewöhnliche Ärztin und engagierte Frau, die lange Zeit auch in Berlin wirkte. /



**Dr. med. Stephan Heinrich Nolte**  
Foto: privat



## Zum Weiterlesen

Benjamin Kuntz, Felicitas von Aretin  
**Edith Peritz: Ärztin – Plastische Chirurgin – Frauen-Netzwerkerin**

Hentrich & Hentrich, 2026

ISBN: 978-3-95565-749-9

110 Seiten

10,90 Euro

# #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 stellen wir Ihnen im Laufe des Jahres hier, im Online-Magazin und auf unseren Social Media-Kanälen vor. Diesmal geht es um die Clown-Sprechstunde in der II. Kinderklinik in Berlin-Buch, über die im Frühjahr 1996 erstmals berichtet wurde.



**Prof. Dr. med. Patrick Hundsdörfer**  
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Helios Klinikum Berlin-Buch  
Foto: Thomas Oberländer

**BÄ** **Herr Professor Hundsdörfer, Mitte der 1990er Jahre startete in der II. Kinderklinik in Berlin-Buch eine wöchentliche Clownsprechstunde. Wie wurde dieses Projekt damals aufgenommen?**

**PH** Das habe ich nicht persönlich miterlebt. Aber Kalle Pawlitschko, einer der Clowns, hat mir berichtet, dass

sie anfangs sehr exotisch waren. Es gab wohl skeptische Blicke von allen Seiten. Das ist ja auch irgendwie logisch: Eine Krebsstation und dann Clowns. Die Erfahrungen hätten jedoch allen – auch den Clowns selbst – gezeigt, wie wertvoll es ist, wenn gerade dort, wo Sorgen, Schmerz und Leid herrschen, plötzlich das Gegenteil Einzug hält, also Leichtigkeit, Lebensfreude und Humor.

## Was macht in Ihren Augen den Erfolg der Clown-Sprechstunden aus?

Aus meiner Sicht liegt der Erfolg darin, dass es sich nicht um eine Zirkusvorstellung vor einem x-beliebigen Publikum handelt, sondern dass sich professionell geschulte Klinikclowns gezielt mit Patient:innen beschäftigen. Als typisches Beispiel werden immer wieder die angstmindernden Effekte ihrer Arbeit vor oder bei unangenehmen oder schmerzhaften Prozeduren genannt. Das ist zwar richtig, bildet aber nur einen kleinen Teil der Arbeit der Clowns ab. Für die Patient:innen ist es von großer Bedeutung, dass sie die Möglichkeit haben, über ihre Ängste und Sorgen sowie ihr

„neues Leben“ als Krebspatient:innen zu sprechen – in einer völlig anderen Situation als mit uns Ärzt:innen oder dem medizinischen Personal.

## Wissen Sie, ob es „Nachahmer“ gibt?

Laut Kalle Pawlitschko gab es, als sie anfangen, bereits seit etwa einem Jahr die „Clowndoktoren“ in Wiesbaden und

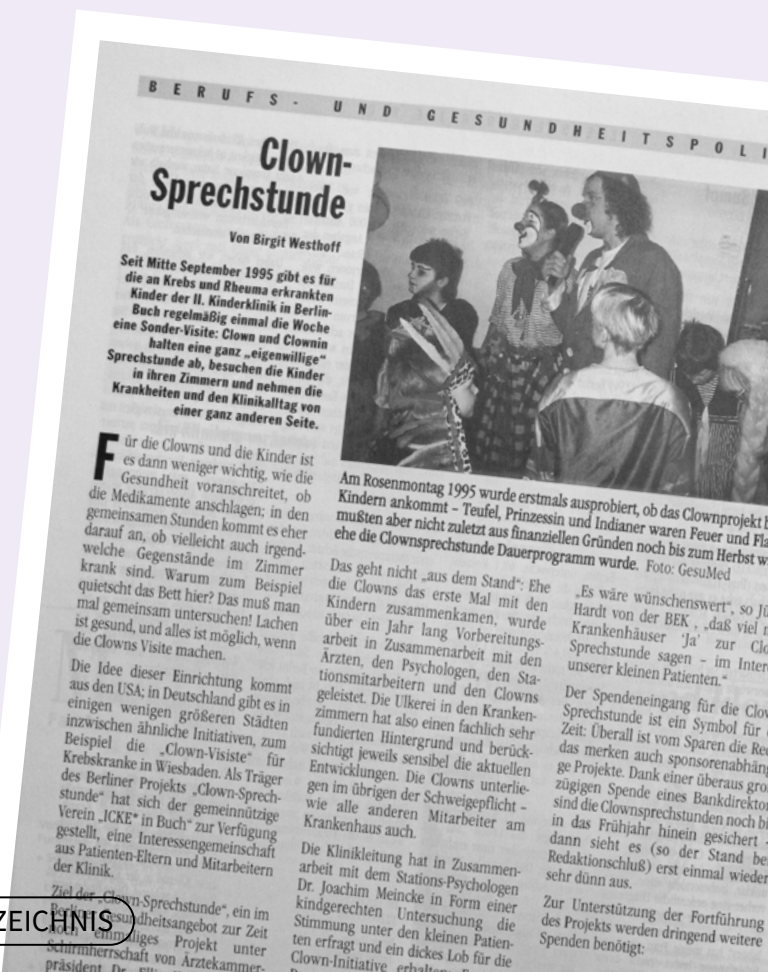




Foto: Susanne Hartung

einen Verein in Münster. Somit waren wir die Nachahmer. Die Idee stammt aber ursprünglich aus den USA von Dr. Hunter – besser bekannt als „Patch Adams“. Es gibt einen sehr schönen Film mit Robin Williams in der Rolle des Patch Adams. Mittlerweile gibt es wohl deutschlandweit etwa 35 gemeinnützige Klinikclownvereine, davon drei in Berlin.

### Welche Erfolge und Herausforderungen gab es in den vergangenen 30 Jahren der Clown-Sprechstunde?

Kalle Pawlitschko hat mir berichtet, dass die Clownarbeit mittlerweile sehr geschätzt wird – nicht zuletzt dank der Presse und dem Fernsehen sowie durch Dokumentationen und Filme. Gerade am Anfang war es wohl sehr herausfordernd, dass es oft hieß: „in Zimmer xy könnt ihr auch rein und ein bisschen ‚rumspaßen‘.“ Mittlerweile wissen fast alle, dass die Clowns genauso wenig „rumspaßen“, wie wir Ärzt:innen „rumdoktern“.

### Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, selbst in die Rolle des Clowns zu schlüpfen?

Nein, das ist eine Angelegenheit für Profis. Ich spiele eine andere Rolle im Prozess der Betreuung eines krebserkrankten Kindes. Hier sollte es aus meiner Sicht nicht zu „Überschneidungen“ kommen. Wenn ich auf der Station bin, mische ich aber immer gerne mit und nehme an den Interaktionen der Clowns mit den Patient:innen und ihren Familien teil.

### Wo sehen Sie die Clownsprechstunde in 30 Jahren?

Zunächst hoffe ich sehr, dass die Arbeit der Klinikclowns und insbesondere unserer Clownsprechstunde in Buch auch in Zukunft weitergehen kann. Aus meiner Sicht sollte die Finanzierung dieser Arbeit aus der Abhängigkeit von Spenden herausgelöst und in die Regelversorgung integriert werden. Außerdem würde ich mir wünschen, dass die Effekte dieser Arbeit zukünftig besser wissenschaftlich untersucht werden. Eine mögliche Fragestellung wäre: Kann die Begleitung eines Kindes vor einem chirurgischen Eingriff durch die Klinikclowns eine medikamentöse angstlösende Therapie ersetzen, wie sie heutzutage üblich ist?

### Wohin können sich Ärzt:innen wenden, die auch eine Clownsprechstunde anbieten möchten?

Interessierte können gerne eine E-Mail an [info@clownsprechstunde.berlin](mailto:info@clownsprechstunde.berlin) schicken. /

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

#### Herausgeberin

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

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

#### Anschrift der Redaktion

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Titelfoto** Stephanie Steinkopf, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

#### Designkonzept

Panatom

#### Verlag

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

#### Anzeigen- und Aboverwaltung:

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 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 veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeberin der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch der Berliner Ärzt:innenschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

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

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