

Berliner Arzt:innen

MITGLIEDERZEITSCHRIFT
ÄRZTEKAMMER BERLIN
AUSGABE 4 / 2026

Schwerpunkt:
Berufsbild
Physician Assistant

Kann Kunst heilen?
Ein kreativer Streifzug durchs Westend



Tätigkeitsbericht 2025

Das Kammerjahr 2025 im Überblick

Lesen Sie, was die Ärztekammer Berlin im vergangenen Jahr für Sie bewegt hat – mit Daten und Fakten, kompakt zum Durchscrollen.



Online weiterlesen
unter → tb2025.aekb.de

INHALTSVERZEICHNIS



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das deutsche Gesundheitssystem steht durch finanzielle Engpässe erzwungen vor bedeutenden Veränderungen. Allerorten fehlt Geld, die Prognosen sagen in immer kürzeren Abständen immer weiter steigende Defizite voraus. Wir können uns eine unbegrenzte Ausgabenentwicklung nicht mehr leisten. Nun ist guter Rat teuer. Wo sollen Kosten reduziert werden? Nach der Methode „Rasenmäher querbeet“? Oder doch durch gezielte Einschnitte an der einen Stelle und Stärkung anderer Sektoren?

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung schlugen die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2025 mit 111,4 Milliarden Euro, die Aufwendungen für Arzneimittel mit 58,5 Milliarden Euro und die Honorare für ambulante ärztliche Behandlungen mit 53,9 Milliarden Euro zu Buche¹. Damit sind die drei größten Ausgabensektoren benannt. Die knapp 13 Milliarden Euro an Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen fallen geflissentlich unter den Tisch und werden nicht thematisiert. Zudem enthält die Bundesregierung dem Gesundheitssystem nach wie vor bis zu 12 Milliarden Euro vor, die für versicherungsfremde Leistungen, etwa die Behandlung von Grundeistungsempfängerinnen und -empfängern, zu zahlen sind. Und auch das Bundesland Berlin kommt seinen Verpflichtungen zu Zahlungen an die Krankenhäuser für Investitionen nicht nach.

Doch selbst wenn die Bundesregierung und das Land Berlin ihre Verpflichtungen erfüllten, bestünde das Grundproblem der zu hohen Ausgaben fort. Fast täglich steigen die prognostizierten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Wie kann dieser gordische Knoten durchschlagen werden? Durch Leistungseinschränkungen der gesetzlichen Krankenversicherungen? Durch höhere Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten für ambulante ärztliche und Krankenhausbehandlung sowie für Arzneimittel? Durch Reduktion der Vergütung von Ärztinnen und Ärzten sowie der Arzneimittelversorgung durch Apotheken? Nichts davon ist populär – und zugleich ein gefundenes Fressen für die Marktschreier der rechts- und linksextremen Ränder unserer politischen Landschaft.

Bei allem Wehklagen: Die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Berlin und in Deutschland befindet sich auf einem sehr hohen Niveau. Ich kenne zahlreiche Patientinnen und Patienten, die sich nach kompetenter,

spezialisierter Versorgung nach ausgedehnten Myokardinfarkten oder zerebralen Insulten einer ausgezeichneten Lebensqualität erfreuen. Das gilt ebenfalls für andere Sektoren der medizinischen Versorgung. Diese Tatsache sollte nicht vergessen werden.

Gleichzeitig mangelt es der Bevölkerung in vielerlei Weise an Gesundheitskompetenz: Alkoholkonsum, Rauchen, Übergewicht, eine ungesunde Ernährungsweise, wenig Bewegung und die unzureichende Nutzung von Impfungen tragen sämtlich zur vermehrten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei. So betrug beispielsweise die Impfquote für die HPV-Impfung im Jahr 2024 bei Mädchen lediglich 55 Prozent, bei Jungen sogar nur 36 Prozent. Dabei wird durch diese Impfung die Inzidenz verschiedener Plattenepithelkarzinome bei Frauen und Männern und folglich deren Behandlungskosten in signifikanter Weise reduziert, wie wir aus den Erfahrungen anderer Länder wissen.

Es muss sich vielleicht nicht alles, jedoch vieles ändern, damit es bleiben kann, wie es ist.

Ihr




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

1 Quelle: VDEK GKV – Leistungsausgaben

Inhalt

EDITORIAL

Begrüßung durch Matthias Bloechle 3

KURZ NOTIERT

Aktuelles / Nachrichten 6

AUS DER KAMMER

Proteste vor der Tür, emotionale Debatten im Saal 18

Bericht von der Delegiertenversammlung am 1. Juli 2026
Von Ole Eggert

Ärztliche Weiterbildung
Weiterbildungszeit: Was passiert bei Unterbrechungen? 23

Bericht vom Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung der Berliner Kliniken am 18. Mai 2026
Von Anne McLaren

Bestandene Facharztprüfungen
Mai und Juni 2026 24

Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung 26

Ärztliche Fortbildung
Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung 27

Medizinische Fachangestellte
Veranstaltungshinweise 28

Personalien
Zum Gedenken an Udo Schagen 29

Ab Ende August: Direkt im Kammerportal einloggen 30

POLITIK & PRAXIS

Rechtssichere KI-Nutzung:
Was Ärzt:innen wissen müssen 30
Von Mario Urbanek

CIRS Berlin 33
Höhenverstellbare Therapieliege ohne Sicherheitsfunktion genutzt

Behörde prüft unabhängig und objektiv
Medizinprodukteaufbereitung: Wo Praxen Unterstützung finden und was sie bei einer Inspektion erwartet 34

Abenteuer Niederlassung 36
Interviewauszug aus dem Online-Magazin

Psychotherapie in beiden Kammern: eine Standortsuche 37
Von Kurt Höfeld

KULTUR & GESCHICHTE

Kann Kunst heilen? 40
Ein kreativer Streifzug durchs Westend
Von Adelheid Müller-Lissner

Das Rezept 44
Eine Glosse von Frau Dr. Titel

#BAE30 – Was hat die Berliner Ärztinnen und Ärzte vor 30 Jahren beschäftigt? 45
Themen aus der Delegiertenversammlung

Impressum 46

IM FOKUS

Physician Assistants: Helfende Hände gegen Überlastung und Ärztemangel

12

Ärzt:innen sind rar und teuer. Physician Assistants sollen sie von etlichen delegierbaren Aufgaben entlasten. Noch ist die Berufsgruppe klein, doch sie wächst – und mancherorts ist sie längst unentbehrlich geworden. Was jedoch fehlt, sind einheitliche Standards in Ausbildung und Tätigkeitsrahmen.

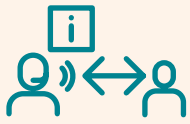
Von Beatrice Hamberger

Titelbild

PD Dr. med. Bernd Frericks, Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie, Ärztlicher Leiter des Klinikums und Vorsitzender des Fördervereins Kunst im Westend e. V., vor dem Werk „Runtastic“ des Künstlers Marlon Wobst. Es ist Teil der aktuellen Ausstellung des Vereins und derzeit im Eingang A der DRK Kliniken Berlin Westend zu sehen.

Foto: Anne Schönharting,
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

Park-Klinik Weißensee

Zum 1. Juli 2026 hat **Dr. med. Jens-Peter Scharf** die Position des Chefarztes der Abteilung für Gynäkologie an der Park-Klinik Weißensee übernommen. Er leitet die Abteilung nun in Personalunion mit seiner Chefarztstelle in der Geburtshilfe am Sana Klinikum Berlin Lichtenberg. Scharf absolvierte sein Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin. Im Jahr 1999 promovierte er an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Anschließend war er viele Jahre als Oberarzt im Vivantes Klinikum Berlin-Hellersdorf und zuletzt als leitender Oberarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Helios Klinikum Berlin-Buch unter der Leitung von Prof. Dr. med. M. Untch tätig. Er ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Gynäkologische Onkologie. Die Schwerpunkte seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit liegen in den Bereichen der minimalinvasiven gynäkologischen Chirurgie und der gynäkologischen Onkologie.

Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg

Univ.-Prof. Dr. med. Marc Kriege hat als neuer Chefarzt zum 1. Juli 2026 im Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg die Nachfolge von **Dr. med. Georg Fritz** angetreten, der sich am 30. Juni in den Ruhestand verabschiedet hat. Kriege wechselt vom Universitätsklinikum Mainz nach Bernau. Die Berufung ist an eine neu geschaffene Universitätsprofessur an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) gekoppelt. Der gebürtige Rheinland-Pfälzer absolvierte sein Studium und

seine Facharztausbildung in Mainz. Zuletzt war er als bereichsleitender Oberarzt an der Universitätsmedizin Mainz tätig, wo er unter anderem für den Einsatz hochspezialisierter Herz-Lungen-Unterstützungssysteme wie ECMO-, Impella- und LVAD-Systemen verantwortlich war.

Vivantes Klinik Am Urban

Dr. med. Martin C. Kanne ist seit Juni 2026 neuer Chefarzt der Klinik für Urologie am Vivantes Klinikum Am Urban. Er absolvierte sein Medizinstudium von 1998 bis 2004 an der Philipps-Universität Marburg. Im Rahmen eines DAAD-Stipendiums studierte er von 2001 bis 2002 an der Medizinischen Fakultät der Universität Granada in Spanien. Sein Praktisches Jahr führte ihn unter anderem an das Universitätsklinikum Vicente Corral Moscoso in Cuenca, Ecuador, sowie an das St. Katharinen-Hospital in Köln. Nach dem dritten Staatsexamen und der Approbation im Jahr 2005 begann er seine Weiterbildung zum Urologen am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum. Anschließend setzte er seine Facharztausbildung am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) fort. Im Jahr 2007 promovierte Kanne an der Philipps-Universität Marburg. 2011 erwarb er sowohl den Titel „Fellow of the European Board of Urology“ (F.E.B.U.) als auch die Anerkennung als Facharzt für Urologie. Nach Tätigkeiten als Facharzt und Funktionsoberarzt wurde der erfahrene Urologe 2016 Oberarzt der Klinik für Urologie am KEH mit dem Schwerpunkt Endourologie. Seit 2020 leitete er das Endourologische Laserzentrum, zu dessen Aufbau und Weiterentwicklung er maßgeblich beigetragen hat.

Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Die Klinik für Gefäßchirurgie am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum hat mit **Prof. Dr. med. Ernst Weigang** einen neuen Chefarzt. Der erfahrene Gefäßmediziner war zuvor Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Therapie am Evangelischen Krankenhaus Hubertus. Zudem war er viele Jahre lang Ärztlicher Direktor. Weigang absolvierte sein Medizinstudium an der Freien Universität Berlin sowie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Seine berufliche Laufbahn begann er als Arzt in der Herzchirurgie in Frankfurt. Anschließend war er als Weiterbildungsassistent für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Deutschen Herzzentrum Berlin tätig. Es folgten Stationen als Wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Leiter der Aorten- und endovaskulären Gefäßchirurgie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. An der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz übernahm Weigang die Position des Geschäftsführenden Oberarztes der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie die Leitung der endovaskulären Gefäßchirurgie und des Zentrums für angeborene Bindegewebs- und Aortenerkrankungen. Danach wechselte er an das Evangelische Krankenhaus Hubertus in Berlin, wo er als Chefarzt und Leiter des standortübergreifenden Gefäßzentrums sowie als Ärztlicher Direktor tätig war. Weigang ist Facharzt für Herzchirurgie und Gefäßchirurgie. Er ist habilitiert und außerordentlicher Professor. /

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

Hitzeschutz

Mit Plan und finanzieller Unterstützung



Foto: Volkssolidarität Berlin e. V.

Für pflegebedürftige Menschen ist Hitze ein besonderes Risiko. Anfang Juni 2026 hat das Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin im Vorfeld des diesjährigen Hitzeaktionstages bei einer Pressekonferenz die Gesundheitsgefahren von Hitze für ältere und pflegebedürftige Menschen hervorgehoben. Die Veranstaltung fand im Seniorenwohnheim Dr. Victor Aronstein des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin in Lichtenberg statt. Hier wird Hitzeschutz für die pflegebedürftigen Bewohner:innen seit Jahren ernst genommen und in enger Zusammenarbeit mit ihnen und den Mitarbeitenden umgesetzt.

So werden etwa kühle Räume für die Bewohnerinnen und Bewohner extra kenntlich gemacht und diese regelmäßig ans Trinken erinnert. Im großen Garten gibt es schattige Plätze und im Hof wurde ein Sonnensegel installiert. Zudem wurde ein Belüftungskonzept für die nächtliche Kühlung des Gebäudes erarbeitet. Die Einrichtung hatte Fördermittel vom Bund beantragt, um an ihrem Hitzeschutzplan zu arbeiten und verschiedene Methoden zu testen. Der Erfolg spricht für sich. /

Anzeige

Absolvent:innen

Zeugnisse und Kammerbriefe

Anfang Juli 2026 feierten rund 300 erfolgreiche Absolvent:innen gemeinsam mit Kammerverantwortlichen, Ausbilden den sowie Freund:innen und Familienangehörigen im Delphi Filmpalast ihren Abschluss als Medizinische Fachangestellte.

„Halten Sie an diesem Einsatz auch in Zukunft fest. Ihr Engagement trägt entscheidend dazu bei, dass wir weiterhin qualifizierte Fachkräfte für die Patientenversorgung haben“, appellierte PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin, in seiner Eröffnungsrede an die ausbilden den Kolleginnen und Kollegen.

Umrahmt wurde die Freisprechungsfeier von einem Programm aus emotionalen Bildershows, Reden und musikalischer Begleitung. Insbesondere die auf der Kinoleinwand eingeblendeten Fotos, die einen Rückblick auf den Ausbildungsweg

boten, sorgten bei allen Anwesenden für große Begeisterung. Der Abend endete mit Drinks, guter Laune und der jedes Jahr aufs Neue beliebten Fotowand im Foyer des Kinos. /



Foto: André Wagenzik / Ärztekammer Berlin

Auskunftspflicht

Ausbildungsförderungsfonds beschlossen

Das Berliner Abgeordnetenhaus hat am 26. März 2026 das Gesetz zur Errichtung eines Ausbildungsförderungsfonds im Land Berlin (AusbFFG BE) verabschiedet. Ziel ist es, die Zahl der betrieblichen Ausbildungsplätze im dualen System dauerhaft zu erhöhen.

Das Prinzip des Ausbildungsförderungsfonds

Wer zahlt in den Fonds ein?

Zahlungspflichtig sind alle Betriebe im Land Berlin mit mindestens zehn sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, deren Ausbildungsquote unter dem Bundesdurchschnitt von 4,6 Prozent liegt. Die Höhe der Abgabe richtet sich prozentual nach der Bruttolohnsumme des Unternehmens.

Wer wird gefördert?

Aus den gesammelten Mitteln werden zusätzlich geschaffene Ausstellungsverhältnisse oberhalb einer Mindestquote von 3,1 Prozent gefördert, insbesondere in Form von finanziellen Zuschüssen zur Ausstellungsvergütung.

Wie hoch ist die Förderung?

Die Ausbildungskasse erstattet die tariflich vereinbarte oder branchenübliche Ausstellungsvergütung. Die Summen sind nach Ausbildungsjahren gestaffelt.

Wann fließen die Gelder?

Der Zuschuss wird gewährt, sobald das Ausstellungsverhältnis seit mindestens sechs Monaten besteht. Die Auszahlung erfolgt rückwirkend ab dem ersten Ausbildungsmonat, und zwar gebündelt für das jeweilige Jahr.

Zuständigkeit und Zeitplan

Die Verwaltung des Ausbildungsförderungsfonds befindet sich aktuell im Aufbau. Zum 1. Januar 2027 soll sie als Berliner Ausbildungskasse eingerichtet werden und wird aus Haushaltsmitteln der für Arbeit zuständigen Senatsverwaltung finanziert.

Was kommt auf Sie zu?

Unternehmen müssen der Ausbildungskasse jährlich Daten zur Anzahl der Beschäftigten, zur Bruttolohnsumme und zu ihren Auszubildenden übermitteln. Auf Basis dieser Daten errechnet die Kasse die individuelle Ausbildungsquote des Betriebs und stellt fest, ob das Unternehmen einzahlen muss oder zuschussberechtigt ist. Die Auskunftspflichten treten am 1. Januar 2027 in Kraft, die tatsächliche Erhebung der Abgabe und die Auszahlung der Förderung folgen am 1. Januar 2028.

Derzeit sind auf Landesebene viele Details noch in der Abstimmung. Wir informieren Sie fortlaufend über Neuerungen. Weitere Informationen finden Sie zudem unter

→ www.berlin.de/sen/arbeit/top-themen/ausbildungsumlage. /

Sommerparty

Austausch und Zusammenhalt



Fotos: Ärztekammer Berlin

Sonnenschein, Musik, gute Drinks und leckere Speisen: All das bot den Gästen der diesjährigen Sommerparty den perfekten Rahmen, um mit anderen Kammermitgliedern sowie mit Vertreter:innen des Ehren- und Hauptamtes ins Gespräch zu kommen. Genau das ist das Ziel der schon traditionellen Sommerparty der Ärztekammer Berlin.

Die Party fand bereits zum vierten Mal statt und war erneut ein voller Erfolg. Rund 400 Kammermitglieder waren der Einladung gefolgt – aufgrund der hohen Nachfrage der Vorjahre war die Anzahl der Plätze noch einmal deutlich erhöht worden. Neben dem Networking nutzten die Anwesenden die Veranstaltung, um sich über aktuelle gesundheitspolitische Themen auszutauschen. Dabei wurde unter anderem das große Interesse vieler Gäste an einer ehrenamtlichen Mitarbeit deutlich. Umfassende Informationen dazu finden Interessierte unter [→ www.aekb.de/kammer/ehrenamt](https://www.aekb.de/kammer/ehrenamt). /



Anzeige

Informationsveranstaltung

Medizinstudium beendet – was nun?

Anfang Juli 2026 kamen rund 70 Medizinstudierende in die Ärztekammer Berlin, um sich über den Berufseinstieg nach dem Examen zu informieren und Antworten auf ihre Fragen zu erhalten.

In verschiedenen Vorträgen erhielten die potenziellen Kammermitglieder wertvolle Informationen und Tipps für die wichtigsten Schritte nach dem Examen und zur fachärztlichen Weiterbildung. Zudem erfuhren sie, wie die Ärztekammer Berlin arbeitet und welche Möglichkeiten des Engagements es in der ärztlichen Selbstverwaltung und Berufspolitik gibt. Auf großes Interesse stieß auch der Vortrag zur Berliner Ärzteversorgung.



Foto: Ärztekammer Berlin

Beim anschließenden Get-together hatten die Teilnehmenden Gelegenheit, sich in persönlichen Gesprächen zu vernetzen. Die Mischung aus relevanten Informationen und lockerem Beisammensein kam dabei erneut gut an.

Einen ausführlichen Bericht zum Veranstaltungsformat und den Themen gibt es unter [→ https://magazin.aekb.de/beruf-kompetenz/medizinstudium-beendet-was-nun. /](https://magazin.aekb.de/beruf-kompetenz/medizinstudium-beendet-was-nun/)

Anzeige

Berufsbegleitendes Studium

Medizin trifft Management

Ärztinnen und Ärzte übernehmen heute zunehmend Managementaufgaben zwischen Patientenversorgung, Personalmanagement und wachsendem wirtschaftlichen Druck. Entscheidungen zu Ressourcen, Organisation und Strategie sind längst Teil des klinischen Alltags – oft ohne entsprechende fachliche Vorbereitung.

Genau hier setzt der berufsbegleitende MBA-Studiengang „Krankenhausmanagement“ der Hochschule Neubrandenburg an. Er qualifiziert Ärztinnen und Ärzte sowie Fach- und Führungskräfte gezielt für Führungsaufgaben und stärkt ihre Fähigkeit, medizinische Qualität mit wirtschaftlichen Anforderungen in Einklang zu bringen. Damit eröffnet er neue Perspektiven für leitende Funktionen und mehr Gestaltungsspielraum im Gesundheitssystem.

Der akkreditierte Studiengang wird seit 2012 angeboten, im März 2027 startet bereits der achte Jahrgang. Die Inhalte sind konsequent auf den deutschen Krankenhaussektor ausgerichtet und können direkt im Berufsalltag angewendet werden. Dozierende aus Wissenschaft und Praxis sorgen für fachliche Tiefe und unmittelbaren Praxisbezug. Die Präsenzphasen fördern zudem den interdisziplinären Austausch und den Aufbau eines belastbaren beruflichen Netzwerks.

„Durch das Studium konnte ich mein persönliches Skillset und mein berufliches Netzwerk nachhaltig erweitern. Heute führe ich meine Kliniken noch effizienter und gleichzeitig patientenorientiert.“

Dr. med. Timur Puschmann, MBA, DESA

Chefarzt Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Die Lehrveranstaltungen finden blockweise an zehn Präsenztagen (Freitag und Samstag) pro Semester statt. Sie werden überwiegend in den Seminarräumen des Berliner Martin Luther Krankenhauses der Johannesstift Diakonie sowie der Diakonie Akademie für Gesundheit und Soziales (DAGS) der Paul Gerhardt Stiftung durchgeführt. Das zweijährige Studium schließt mit dem international anerkannten Abschluss „Master of Business Administration“ (MBA) ab.

Für Interessierte werden am **14. und 15. Oktober 2026**, jeweils von 18 bis 19 Uhr, **Informationsveranstaltungen (online)** angeboten. Anmeldung und weitere Informationen erhalten Sie bei der Studiengangskoordinatorin Andrea Fiedler per E-Mail an afiedler@hs-nb.de oder telefonisch unter ☎ 0395 56 93 - 20 06. Weitere Informationen finden Sie unter [→ www.hs-nb.de/KHM. /](https://www.hs-nb.de/KHM)

Leserzuschrift

Zum Artikel „Post für die Kolleg:innen“ in „Berliner Ärzt:innen“, Ausgabe 3/2026, Seite 39–41

Sehr geehrte Kollegin Müller-Lissner,

vielen Dank dafür, dass Sie dieses äußerst praxisrelevante Thema aufgegriffen haben! Als langjährig niedergelassener Nervenarzt treibt mich dieses Thema schon seit Jahren um und ich finde den Vorschlag sehr gut, das Schreiben von Arztbriefen bereits im Studium zum Inhalt zu machen. Ein paar Punkte, die mir wichtig scheinen: In der Kürze liegt die Würze! Wem schreibe ich und was ist für den Adressaten wichtig zu wissen? Was kann ich weglassen, ohne dass der Brief an Relevanz verliert?

Tagtäglich lese ich Briefe, die auch bei kürzeren stationären Aufenthalten oft mehr als 10 Seiten lang sind und bei denen das Wesentliche aus meiner Sicht in 2–3 Seiten untergebracht werden könnte. Nicht selten, gerade bei psychiatrischen Epikrisen, wird die Anamnese umfänglich aus früheren Epikrisen übernommen und manchmal nicht einmal die aktuelle Medikation und der Stand der ambulanten Behandlung recherchiert. Als Begründung wird nicht selten angeführt, die ambulanten Behandler/innen seien nicht erreichbar. Dies erscheint nicht immer glaubwürdig, aber es bedeutet natürlich einen gewissen Aufwand, sektorenübergreifend zu agieren. Ich jedenfalls lasse mich auch in der laufenden Sprechstunde gerne „stören“, wenn es um gemeinsame Patient:innen geht, die gerade in der Klinik behandelt werden.

Neben allem anderen, zum Beispiel dem Zeitaufwand des Blätterns und Lesens, ist das Ausdrucken von den aus meiner Sicht oft überlangen Epikrisen eine enorme Ressourcen- und Papierverschwendung. Das Zitat (dessen Urheberschaft wohl nicht geklärt ist) „Entschuldige die Länge des Briefs, ich hatte keine Zeit, mich kurz zu fassen“ scheint in der ärztlichen Kommunikation zwischen Klinik und Praxis des Öfteren zutreffend zu sein. /

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Joachim Schaal

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

Physician Assistants: Helfende Hände gegen Überlastung und Ärztemangel

Ärzt:innen sind rar und teuer. Physician Assistants sollen sie von etlichen delegierbaren Aufgaben entlasten. Noch ist die Berufsgruppe klein, doch sie wächst – und mancherorts ist sie längst unentbehrlich geworden. Was jedoch fehlt, sind einheitliche Standards in Ausbildung und Tätigkeitsrahmen.

Text: Beatrice Hamberger

„Etwas in mir ist zerbrochen“, lautete kürzlich die Überschrift eines Medscape-Artikels¹. Es ging um engagierte Ärzt:innen, die der Medizin den Rücken kehren – und die Frage nach dem Warum. Zwar wurde hauptsächlich die Situation in den USA beleuchtet, doch auch in Deutschland ist das Problem nicht ganz unbekannt. Die Statistiken der Bundesärztekammer zeigen, dass hierzulande schätzungsweise 33.000 bis 37.000 approbierte Ärzt:innen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland gar nicht ärztlich tätig sind. Sie machen also irgendetwas anderes, das ihnen offenbar mehr Spaß, weniger Ärger und unter Umständen sogar mehr Geld am Monatsende bringt. Die Ursachen für die Abkehr vom ärztlichen Traumberuf sind mit Sicherheit vielfältig. Überlastung und Bürokratie spielen jedoch eine maßgebliche Rolle.

Während es bei der Entbürokratisierung keinerlei Fortschritte gibt, Ärzt:innen vor allem in ländlichen Regionen immer knapper werden und radikale Einsparungen im Gesundheitswesen anstehen, rückt ein seit Jahren vor und zurück diskutiertes Thema wieder stärker ins Rampenlicht: die Delegation von ärztlichen Aufgaben an spezialisierte Fachkräfte. Heute ist es selbstverständlich, dass Medizinische Fachangestellte (MFA), Nicht-ärztliche Praxisassistent:innen (NäPA), und Versorgungsassistent:innen (VERAH) Tätigkeiten übernehmen, die früher Ärzt:innen durchgeführt haben: Impfen, Blutdruck messen, Spritzen geben und so weiter.

Die Verantwortung liegt stets bei der Ärztin oder dem Arzt

Dass Physician Assistants den Ärzt:innen noch mehr Aufgaben abnehmen dürfen und dass es diesen Studiengang seit 2005 in Deutschland gibt, ist dagegen noch nicht so bekannt. Dabei wäre es aus Sicht vieler Ärzt:innen enorm entlastend, wenn ihnen jemand Hand in Hand zuarbeiten und Aufgaben abnehmen könnte: von der Dokumentation und Verwaltung, über die Diagnostik und Therapieplanung bis hin zur Assistenz bei Operationen. Genau das tun Physician Assistants. Die Verantwortung für die Patient:innen liegt am Ende aber stets bei den Ärzt:innen. Der Beruf darf und kann die Grenzen der Assistenz nicht überschreiten. Das ist auch haftungsrechtlich relevant.

Physician Assistant heißt übersetzt Arztassistent. Da der deutsche Begriff Assistenzarzt sehr ähnlich klingt und das Berufsbild ohnehin aus dem angloamerikanischen Raum stammt, wurde die englische Variante übernommen. Vielleicht klingt sie auch etwas schicker in den Ohren der jungen Generation, die man für diesen akademischen Beruf begeistern möchte. Denn in der Regel sind es junge Menschen, die bereits eine medizinische Ausbildung, etwa zur MFA oder in der Krankenpflege, abgeschlossen haben und

noch mehr Ambitionen haben, aber nicht weitere sechs Jahre Medizin studieren wollen oder können.

So wie Emily Kaiser. Die 28-Jährige arbeitet seit zwei Jahren als „Physician Assistant“ in der Rettungsstelle des BG Klinikums Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) und hat großen Spaß an ihrem Beruf. Durch das Bachelor-Studium habe sich ihr Aufgabenspektrum deutlich erweitert. „Ich bin jetzt viel stärker in die eigentliche Patientenversorgung eingebunden und habe dadurch auch mehr Verantwortung als ich als MFA hatte“, erzählt sie. Die Begriffe „halbe Ärztin“ oder „Ärztin Light“ hört sie nicht gerne, weil sie irgendwie abschätzig klingen. „Wir sind da, um Ärztinnen und Ärzte bei ganz bestimmten Aufgaben zu unterstützen, nicht, um sie durch eine Light-Version zu ersetzen“, stellt Emily klar.

Emily Kaiser ist die einzige Physician Assistant am ukb. Andere Berliner Kliniken nennen – wenn überhaupt – ähnlich kleine Zahlen. An den DRK Kliniken Berlin sind es zwei am Standort Westend, die Vivantes Kliniken melden insgesamt drei – verteilt auf die Standorte Klinikum Spandau, Am Urban und Humboldt-Krankenhaus. Das Deutsche Herzzentrum der Charité beschäftigt mit zwanzig Physician Assistants und zwei Studierenden wohl die meisten in Berlin. Einen zahlenmäßigen Überblick und wie sich diese Berufsgruppe auf die verschiedenen Sektoren verteilt, hat niemand, da es für das Berufsbild kein Register gibt.

Klein, aber im Wachstum begriffen

Die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA), ein bereits im Jahr 2008 aus Eigeninitiative gegründeter Berufsverband, nennt als Anhaltspunkt die Zahl der Hochschulabsolvent:innen. Demnach wurden seit 2005 bundesweit rund 3.200 Personen zur oder zum „Physician Assistant“ ausgebildet. Für Berlin gibt es keine verlässlichen Zahlen, außer der Tatsache, dass dem Berufsverband aktuell 49 Physician Assistants mit Wohnsitz in Berlin angehören, wobei es keine Pflicht zur Mitgliedschaft gibt.

Eine große Rolle scheinen Physician Assistants im Gesundheitswesen zurzeit also noch nicht zu spielen. Aber was nicht ist, kann ja noch werden. Laut den Daten des Deutschen Hochschulverbands Physician Assistant (DHPA) sind aktuell knapp 5.500 Studierende in Physician Assistant-Studiengängen eingeschrieben – bei offenbar wachsender Nachfrage. „Wir beobachten weiterhin ein hohes Interesse von Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren

1 Weshalb engagierte Ärzte der Medizin den Rücken kehren
→ <https://deutsch.medscape.com/viewarticle/etwas-mir-zerbrochen-engagierte-Ärzte-2026a1000hz6?form=fpf>

und zunehmend auch von ambulanten Versorgungseinrichtungen am Einsatz von Physician Assistants“, berichtet Larissa Schemel, die 2. stellvertretende Vorsitzende des DGPA.

ukb-Unfallchirurg Prof. Dr. med. Nikolai Spranger bildet Physician Assistants an der Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport (DHGS) in Berlin aus. An der Hochschule lehrt er die Theorie, in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, deren stellvertretender Direktor er ist, sowie im klinikeigenen Simulationszentrum lehrt er die praktischen Anteile. Hier bekommen die Studierenden die Möglichkeit, Lehrbuchwissen auf echte Fälle zu übertragen und handwerkliche Fähigkeiten zu üben: einen Splitter entfernen, eine Operationswunde klammern, einen Bauch auf freie Flüssigkeit untersuchen und vieles mehr. „Meine Studierenden sind hoch motiviert und super engagiert, die wollen wirklich etwas lernen“, erzählt Spranger. In den meisten Fällen tragen die Studierenden die Kosten für das Studium selbst, und manche müssen eine Familie ernähren. Dennoch entscheiden sie sich dafür, das anspruchsvolle Bachelor-Studium drei Jahre lang durchzuziehen. „Wer so etwas tut, brennt wirklich für diesen Beruf“, meint Ausbilder Spranger. Seine Einschätzung sieht er in Emily Kaiser bestätigt, die für ihn nicht nur die Kolleg:innen in der Rettungsstelle entlastet, sondern auch für Kontinuität sorgt. „Emily ist immer da, und sie ist ein hervorragendes Bindeglied zwischen Ärzt:innen und Pflege.“

Sorge vor der preiswerteren Konkurrenz

Doch nicht alle sehen diesen Beruf so positiv. Es gibt durchaus kritische Stimmen, die sogar eine Gefahr in den Physician Assistants erkennen.

„Ich sehe wirklich die Gefahr, dass es den Arzt, wie ich ihn kenne, nicht mehr gibt.“

Dr. med. Regine Held

Dr. med. Regine Held, Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin, war bis 2022 in der „AG Physician Assistants“ der Bundesärztekammer tätig und sieht das neue Berufsbild nach wie vor kritisch. Sie fragt sich, wie Ärzt:innen in Weiterbildung oder am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn etwas lernen sollen, wenn die Aufgaben von Physician Assistants übernommen werden. Außerdem fragt sie sich, was ein Befund wert ist, „wenn der Arzt den Patienten nie gesehen hat, ihn weder untersucht noch die Anamnese erhoben hat und einfach nur sein Name darunter steht.“ Für die berufspolitisch engagierte Hals-Nasen-Ohrenärztin

Physician Assistants: Zahlen, Daten, Fakten

Definition: Der „Physician Assistant“ ist ein akademischer Gesundheitsberuf. Im Rahmen eines Bachelor-Studiengangs erwerben Studierende die Qualifikationen, um delegierbare ärztliche Tätigkeiten eigenständig zu übernehmen.

Hochschulen: In Deutschland gibt es 47 Hochschulen an über 40 Standorten, davon bieten 6 einen Masterstudiengang an. Insgesamt wurden bisher 3.087 Bachelor- und 89 Masterabschlüsse verzeichnet. Mit Stand 15. Oktober 2025 gab es 5.482 Studierende.

Studium: Das Studium zum „Physician Assistant“ gibt es in Deutschland seit 2005, seit 2021 werden auch Masterstudiengänge angeboten.

Voraussetzung: Wer das Studium absolvieren möchte, benötigt eine Vorausbildung im Gesundheitswesen, etwa als MFA oder Pflegefachkraft. Mittlerweile verzichten jedoch immer mehr Hochschulen darauf und bieten primärqualifizierende Studiengänge an.

Bachelor: Das Studium dauert 3 bis 4 Jahre und ist generalistisch ausgerichtet.

Master: Das Studium dauert 2,5 Jahre und es werden generalistische sowie spezialisierende Masterstudiengänge angeboten. Mögliche Spezialisierungen sind Akut- und Notfallmedizin, Intensivmedizin, ambulante Versorgung oder ein ökonomischer Schwerpunkt. Master-Studiengänge sind in der Regel berufsbegleitend.

Einsatzgebiete: Es liegen keine Zahlen vor, jedoch wird geschätzt, dass mehr als 75 Prozent der Physician Assistants in Kliniken arbeitet.

Quellen: Deutscher Hochschulverband Physician Assistant (DHPA), PA-Blog

gehören diese urärztlichen Aufgaben nicht in die Hände von Assistent:innen. Sie räumt jedoch ein, dass die Diskussion um Physician Assistants möglicherweise eine Generationenfrage ist und viele junge Kolleg:innen den Beruf super finden. Aber: „Ich sehe wirklich die Gefahr, dass es den Arzt, wie ich ihn kenne, nicht mehr gibt“, sagt Held.

Julian Veelken, ebenfalls Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin, teilt die Sorge, dass sich der Arztberuf grundlegend verändern könnte.

„Physician Assistants werden geringer vergütet als Ärzte, sodass hier für Krankenhausmanager ein erheblicher materieller Anreiz besteht, Stellen im ärztlichen Dienst durch ebendiese Assistenten zu ersetzen.“

Julian Veelken

Der Neurochirurg fordert deshalb eine klare und gut begründete Abgrenzung, welche Tätigkeiten weiterhin Ärzt:innen vorbehalten sein müssen und welche delegiert werden können. „Andernfalls besteht die Gefahr, dass sich der Arztberuf weg von der unmittelbaren Patientenversorgung hin zum Management und zur Supervision nachgeordneter nicht-ärztlicher Assistenzberufe entwickelt“, so Veelken. Und er sieht ein weiteres Problem: Die preiswertere Konkurrenz könnte die teuren Ärzt:innen mitunter regelrecht verdrängen. „Physician Assistants werden geringer vergütet als Ärzte, sodass hier für Krankenhausmanager ein erheblicher materieller Anreiz besteht, Stellen im ärztlichen Dienst durch ebendiese Assistenten zu ersetzen“, erklärt er.

Kurzum: Im Worst-Case-Szenario werden Ärzt:innen künftig schlechter ausgebildet und viele sogar überflüssig, weil kostengünstigere Physician Assistants ihren Platz einnehmen. Kritiker:innen befürchten, dass dadurch der Arztberuf ausgehöhlt wird und die Versorgungsqualität Schaden nimmt. Interessanterweise argumentieren die Befürworter:innen genau umgekehrt: Ohne Physician Assistants würde die Versorgungsqualität den Bach heruntergehen, da die Arbeit ohne Unterstützung gar nicht mehr zu schaffen sei und vielerorts Ärzt:innen fehlten. Die Delegation definierter Aufgaben an gut ausgebildete Dritte sei darum die Lösung, nicht das Problem.

„Wir haben auf der einen Seite viel mehr alte und multimorbide Menschen und auf der anderen Seite immer mehr diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. In dieser Situation sind wir auf qualifizierte Unterstützung angewiesen. Wir brauchen deshalb Physician Assistants in unseren Praxen.“

Dr. med. Irmgard Landgraf

Neue Bedingungen erfordern neue Rollen

Zum Lager der Befürworter:innen gehört Dr. med. Irmgard Landgraf, Mitglied im Vorstand und in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sowie im Vorstand des Hausärzteverbands Berlin und Brandenburg (BDA). Sie argumentiert mit dem rasanten medizinischen Fortschritt, der die Versorgung deutlich komplexer und anspruchsvoller mache. Die Anforderungen an eine Hausarztpraxis seien heute nicht mehr vergleichbar mit früher, betont sie „Wir haben auf der einen Seite viel mehr alte und multimorbide Menschen und auf der anderen Seite immer mehr diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. In dieser Situation sind wir auf qualifizierte Unterstützung angewiesen. Wir brauchen deshalb Physician Assistants in unseren Praxen.“ Landgraf ist überzeugt, dass die studierten Assistent:innen in den Praxen künftig eine viel entscheidendere Rolle spielen werden als heute. Sie glaubt außerdem, dass man für diesen akademischen Heilberuf viele junge Menschen begeistern kann, da sie vergleichsweise schnell praktisch tätig werden können. „Nur können wir sie augenblicklich noch nicht entsprechend ihrer Qualifikation bezahlen. Das muss sich dringend ändern.“

Spranger hält das Berufsbild „Physician Assistant“ ebenfalls für zukunftsträchtig, da Kostendruck und Ärztemangel das jetzige System schwer belasten. „Nicht in Berlin, aber in vielen strukturschwachen Regionen finden sich oft kaum noch engagierte Ärzte“, sagt er. Dort seien Fachkräfte, die delegierbare ärztliche Tätigkeiten übernehmen könnten, „sehr wichtig, um den Betrieb am Laufen zu halten“. Dass Kliniken auf diese Weise auch Arztstellen einsparen können, sei richtig, müsse aber eben auch im Kontext der aktuellen Sparzwänge betrachtet werden.

Keine einheitlichen Ausbildungsstandards

Derweil will die Bundesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands, Prof. Dr. med. Nicola Buhlinger-Göppfarth, in den vergangenen Jahren ein Umdenken in der Ärzteschaft beobachtet haben – von einer eher zurückhaltenden, teils skeptischen Haltung hin zu der Erkenntnis, „dass eine hochwertige Delegation unseren Patientinnen und Patienten sowie unseren Praxisteams nutzt“. Die Sorge vor der Einführung eines „Arzt-Light“ teilt sie nicht, „solange das letzte Wort auch in Zukunft bei uns Ärztinnen und Ärzten liegt“.

Auch im novellierten Positionspapier der Bundesärztekammer vom Mai 2025 ist eine wohlmeinende Perspektive erkennbar. Die Kammer bekennt sich darin klar zu „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ und hält eine Aufgabenteilung in multiprofessionellen Teams für unumgänglich. In der Vorgängerversion von 2017 war noch von einem „neuen Beruf im Gesundheitswesen“ die Rede. Auffällig ist, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung das neue Positionspapier nicht unterzeichnet hat.

„Ich freue mich, dass ich unterstützen kann“

Emily Kaiser (28) hat an der Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport in Berlin den Studiengang „Physician Assistant“ absolviert. Den dreijährigen Bachelor-Studiengang hat sie im Jahr 2024 erfolgreich abgeschlossen. Seitdem arbeitet sie als Physician Assistant in der Rettungsstelle des BG Klinikums Unfallkrankenhauses Berlin (ukb). Zuvor war Kaiser als Medizinische Fachangestellte (MFA) am ukb in der Ambulanz der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie tätig. Das Interview führte Beatrice Hamberger



EK Emily Kaiser

Foto: Dorothea Scheurlen DGPh / ukb

BH Frau Kaiser, Sie arbeiten als Physician Assistant in der Rettungsstelle des ukb. Was machen Sie da genau?

BF Ich bin für die Patientenbehandlung mitverantwortlich. Das bedeutet, ich wirke an der Diagnosefindung mit, führe Anamnesen und körperliche Untersuchungen einschließlich Ultraschall durch, und kann auch kleinere chirurgische Eingriffe vornehmen. Beispielsweise kann ich eine Platzwunde nähen oder einen Abszess spalten. Ich schreibe aber auch Arztbriefe, kümmere mich um das Entlassmanagement oder nehme Kontakt zu Angehörigen auf. Bei uns im Haus bin ich außerdem für das Traumaregister mitverantwortlich. Alles in allem habe ich eine sehr abwechslungsreiche Tätigkeit.

Eine Platzwunde nähen – das hätten Sie als Medizinische Fachangestellte, die Sie vorher waren, sicher nicht gedurft?

Nein, das hätte ich weder gekonnt noch gedurft. Auch eine körperliche Untersuchung hätte ich nicht durchführen können. Als Physician Assistant habe ich deutlich mehr Verantwortung und auch deutlich mehr direkten

Patientenkontakt. Allerdings: Die Indikation, dass die Wunde zugenäht werden muss, stellt ein Arzt, der dann diese Aufgabe an mich delegiert. Auch den Entlassungsbrief, den ich schreibe, muss immer ein Arzt mitunterzeichnen.

Dieser Punkt ist wichtig. Sie arbeiten unter ärztlicher Anweisung bzw. Aufsicht.

Genau. Ich unterstütze unsere Ärztinnen und Ärzte, nehme ihnen Aufgaben ab, sodass insgesamt mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden können. Ich ersetze sie aber nicht.

Und wie kommt das bei Ihren Kolleginnen und Kollegen an?

Tatsächlich bekomme ich viel Zuspruch. Es wird mir kommuniziert, dass meine Unterstützung oder meine Arbeit sehr geschätzt wird und hilfreich ist – sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite. Das freut mich natürlich sehr. Auch Patienten sind meinem Berufsbild gegenüber sehr aufgeschlossen. Ich habe noch nie erlebt, dass sich jemand von mir nicht behandeln lassen wollte oder dergleichen.

Was hat Sie eigentlich bewegt, auf Ihre MFA-Ausbildung noch ein dreijähriges Bachelor-Studium draufzupacken?

Nachdem ich meine Ausbildung zur MFA abgeschlossen hatte und eine Zeit lang in diesem Beruf gearbeitet hatte, habe ich gemerkt, dass ich noch mehr wissen und erlernen möchte.

Im Studium kamen dann zunächst grundlegende Dinge wie wissenschaftliches Arbeiten, Qualitätsmanagement oder Psychologie dran, bevor wir dann praktisch alle Fachabteilungen einmal durchgearbeitet haben: von der Neurologie über die Innere Medizin und Geriatrie bis hin zur Pathologie und eben auch Chirurgie und Unfallchirurgie. Klasse war, dass wir auch oft vor Ort waren und uns beispielsweise die Rettungsstelle am ukb ansehen konnten. Jedes Modul wurde mit einer Prüfung oder einer schriftlichen Hausarbeit abgeschlossen. Das heißt, ich habe eine sehr breite Ausbildung bekommen, die neben den theoretischen auch viele praktische Anteile hatte.

Eine Spezialisierung ist in diesem Studiengang nicht vorgesehen?

Nein, das Studium bereitet einen auf einen Beruf vor, den man dann immer individuell für sich anpassen muss. Aber es vermittelt viel Handwerkszeug, zum Beispiel das Nähen und chirurgische Knüpfen oder den eFAST-Ultraschall. Das kann ich hier in der Rettungsstelle gut einsetzen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Für mich persönlich? Ich möchte noch so einiges erlernen, vor allem in der Notfallmedizin. Die macht mir schon sehr viel Spaß, muss ich sagen. Generell wünsche ich mir, dass der Beruf Physician Assistant bekannter wird, und er sich besser etabliert. Es ist ein sehr unterstützender Beruf, und es braucht mehr von uns, um für Entlastung im Gesundheitssystem zu sorgen. /

In dem Papier beschreibt die Bundesärztekammer ausgewählte Aspekte des Berufsbildes und formuliert konkrete Vorschläge zur Ausgestaltung des Tätigkeitsrahmens. Neben der Darstellung typischer Aufgaben in der ambulanten und der stationären Versorgung werden auch die zentralen Studieninhalte sowie die angestrebten Kompetenzen erläutert. Hintergrund ist, dass es derzeit weder einheitliche Studieninhalte noch einen gleichartigen Tätigkeitsrahmen für Physician Assistants gibt. Das Papier ist der Versuch, mehr Klarheit für einen Beruf ohne Berufsgesetz zu schaffen. Tatsächlich ist die Frage, was genau eine delegierbare ärztliche Tätigkeit ist, nicht ganz so einfach zu beantworten, wie es auf den ersten Blick scheint. Auch das Positionspapier kann letztlich nur einen groben Rahmen stecken.

Aufklärung an Approbation gebunden

Zum Beispiel ist das Aufklärungsgespräch, insbesondere über Risiken, Alternativen und den konkreten Eingriff, zwingend an die ärztliche Approbation gebunden und nicht delegierbar, da es rechtlich bindend ist. Ein Anamnese-gespräch darf hingegen von einer oder einem Physician Assistant geführt werden. Indikationen dürfen wiederum nur von Ärzt:innen gestellt werden. Die Ausführung können aber sehr wohl ihre Assistent:innen übernehmen, etwa eine Infusion anlegen oder die Lunge abhören. Aber ist die Aufgabenteilung wirklich bei allen Fragestellungen und Handgriffen so klar geregelt? Kritiker:innen beklagen viel Unsicherheit unter den Kolleg:innen, während Expert:innen sagen, dass auch die Arbeitgeber klare Vorgaben zur Rollenverteilung machen müssen.

Die Debatte über die Definition und Rolle dieses Berufsbildes im Gesundheitswesen ist also noch lange nicht beendet. Und in Berlin muss noch viel Wasser die Spree hinunterfließen, bis klar ist, wie der neue Assistenzberuf die Versorgungslandschaft verändern wird – oder ob er das überhaupt tun wird. Bei Vivantes, Deutschlands größtem kommunalen Klinikkonzern mit 20.000 Mitarbeitenden, sind die drei beschäftigten Physician Assistants noch „Einzelfälle“, wie eine Sprecherin im Juni 2026 mitteilte. „Das Berufsfeld steht nicht im Fokus, es werden keine Arzt- oder Weiterbildungsstellen eingespart.“

Im Deutschen Herzzentrum der Charité spielen Physician Assistants dagegen eine große Rolle. Das ehemalige Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB) gehörte zu den ersten Einrichtungen in Deutschland, die das Berufsbild aufgegriffen und systematisch in die klinische Versorgung integriert haben. Ein Sprecher erklärt, dass es in einem hochspezialisierten Fach wie der Herzchirurgie viele wiederkehrende Aufgaben gebe, die eine hohe Verlässlichkeit und Erfahrung erforderten. „Physician Assistants sorgen hier für Kontinuität, Stabilität und eine verlässliche Prozessqualität.“ Zugleich könnten Ärzt:innen in Weiterbildung sich stärker auf die für ihre Facharztweiterbildung zentralen Inhalte fokussieren. „Der Einsatz von Physician Assistants ist am DHZC damit kein Instrument zur Einsparung ärztlicher Stellen“, so der Zentrumssprecher, „sondern Teil einer strukturierten und zeitgemäßen Aufgabenverteilung im herzchirurgischen Behandlungsteam.“ /



Beatrice Hamberger

Freie Redakteurin im Gesundheitswesen
Foto: privat

Weiterführende Links

Positionspapier der Bundesärztekammer 2025

→ www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V.

→ www.pa-deutschland.de

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

→ www.hochschulverband-pa.de

Proteste vor der Tür, emotionale Debatten im Saal

Bericht von der Delegiertenversammlung am 1. Juli 2026

Die letzte Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin vor der Sommerpause war inhaltsschwer. Während draußen Medizinstudierende lautstark die Einführung der Fachärztin/des Facharztes für klinische Akut- und Notfallmedizin forderten, fiel drinnen nach einer erneut intensiven Debatte eine weitreichende Entscheidung. Und das war nicht die einzige Richtungsentscheidung. Mit den Plänen für eine Ombudsstelle gegen Machtmissbrauch und sexualisierte Gewalt will die Kammer den strukturellen Problemen des Gesundheitswesens effektiv begegnen.

Auszug aus der Tagesordnung der 16. Sitzung der Delegiertenversammlung

- Anfragen an den Vorstand
- Mitteilungen des Vorstandes
- Berichte der Ausschüsse
- Weiterbildung der Ärztekammer Berlin
- Gremien der Ärztekammer Berlin
- Tätigkeitsbericht des Vorstandes
- Fachärztin/Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin
- Errichtung einer Ombudsstelle der Ärztekammer Berlin zum Schutz vor Diskriminierung und sexualisierter Gewalt
- Nachberatung des 130. Deutschen Ärztetages 2026 in Hannover

So etwas hatte es noch nie gegeben. Im Vorfeld der Delegiertenversammlung formierte sich eine Demonstration vor der Kammer. Rund 70 Medizinstudierende forderten mit Bannern, Rufen und Straßenkreide von den Delegierten die Einführung der Fachärztin bzw. des Facharztes für klinische Akut- und Notfallmedizin (FÄ/FA KLINAM).

Einzelne Delegierte sowie der Präsident PD Dr. med. Peter Bobbert (Marburger Bund) kamen mit den Studierenden ins Gespräch. Bobbert skizzierte ihnen die Entwicklung der Debatte um die Facharztbezeichnung KLINAM. Zunächst hatte sich ein Arbeitskreis über zwei Jahre mit der Frage

der Einführung beschäftigt. Nach der Präsentation der Ergebnisse folgten Vorträge von Expert:innen und eine breite Diskussion in der vergangenen Delegiertenversammlung. Für eine vertiefende Diskussion würde man sich heute ebenso Zeit nehmen, so Bobbert zu den Studierenden. Darauf werde die Abstimmung folgen.

Nicht nur vor der Kammer, sondern auch im Konferenzsaal, in dem regelmäßig die Delegiertenversammlung (DV) tagt, war es voll. Einige Kammermitglieder hatten sich aufgrund der Debatte zu FÄ/FA KLINAM entschieden, an der Sitzung teilzunehmen. Bobbert eröffnete die DV mit der Begrüßung der neuen Delegierten. Dr. med. Charlotte Hillmann (Fraktion Gesundheit) folgt auf Matthias Marschner. Sie ist Chefärztin und Ärztliche Direktorin im Wichernkrankenhaus. Dr. med. Herbert Brückner (Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin) ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und hausärztliche Versorgung im Bezirk Treptow-Köpenick und rückt für Dr. med. Sandra Blumenthal-Beier nach.

Zu dem schriftlich vorgelegten Bericht des Ausschusses für Medizinische Fachberufe hatten die Delegierten keine Fragen. Dr. med. Antje Koch, Leiterin der Abteilung Weiterbildung / Ärztliche Berufsausübung, konnte daher anschließend die aktuellen Zahlen zu Prüfungen zur Fachärztin bzw. zum Facharzt und zur Erteilung von Befugnissen vorstellen. Sie wies darauf hin, dass nach wie vor eine hohe Anzahl der Anträge unvollständig sei, was zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führe. Dr. med. Claudio Freimark (Marburger Bund) fragte, was die Kammermitglieder bei der Antragstellung verbessern könnten. Koch antwortete, dass man zum Beispiel die Statistik der Gebührenordnungspositionen für insgesamt drei Quartale benötige, diese aber meist nur für eines erhalte.

Mit einer Drucksache empfahl der Vorstand der DV nachfolgend zunächst die Beendigung des Ausschusses „Versorgung“ sowie der Unterausschüsse „Ambulante Versorgung“ und „Stationäre Versorgung“, um anschließend einen neuen Ausschuss „Versorgung“ zu gründen. Dr. med. Regine Held (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) zeigte sich von diesem Vorgang irritiert und stellte den Antrag, sich mit der Drucksache nicht zu befassen. Zunächst solle ein Bericht des Ausschussvorsitzenden Dr. med. Christian Messer (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) gehört werden. Da dieser aber nicht zur DV eingeladen sei, solle der Beschluss vertagt werden.

Bobbert erinnerte daran, dass die Delegierten beschlossen hatten, jede Sitzung dazu zu nutzen, um einen Ausschuss kritisch zu bewerten und über effizienzsteigernde Maßnahmen zu entscheiden. Heute habe man sich das Konvolut „Versorgung“ vorgenommen. Damit stünden der Ausschuss „Versorgung“ und seine beiden Unterausschüsse „Ambulante Versorgung“ und „Stationäre Versorgung“ auf der Tagesordnung. Der vorliegende Vorschlag sehe vor, die Struktur auf nur noch einen Ausschuss „Versorgung“ zu verschlanken.

Dr. med. Katharina Thiede (FrAktion Gesundheit) fragte, ob denn für die Sitzung ein Bericht des Vorsitzenden geplant gewesen sei. Der Präsident antwortete, dass dieser bereits im vergangenen Jahr der DV berichtet habe. Wenn gewünscht, könne man den Vorsitzenden aber nochmals einladen. Anschließend wurde der Antrag auf Nichtbefassung von Held mehrheitlich angenommen.

Nach der Wahl der Prüfer:innen für die Weiterbildungsausschüsse wurde Friederike Bennett (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) als neues Mitglied des Fortbildungsausschusses benannt. Sie folgt in dieser Funktion auf Dipl.-Med. Norbert Schwarz (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund), der zurückgetreten ist.

Debatte zur bzw. zum FÄ/FA KLINAM

Zunächst galt es noch, den Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Berlin für das Jahr 2025 ([-> https://tb2025.aekb.de](https://tb2025.aekb.de)) zu beschließen. Dr. med. Eva Müller-Dannecker (FrAktion Gesundheit) hob hervor, wie gut ihr der kurz gefasste Bericht mit weiteren Informationen gefalle, und dankte der zuständigen Abteilung Digitalisierung / Kommunikation für dessen Erstellung. Anschließend folgte der Tagesordnungspunkt, auf den insbesondere die Gäste gewartet hatten: die Diskussion zur Einführung der Fachärztin bzw. des Facharztes für klinische Akut- und Notfallmedizin.

Bobbert leitete den Tagesordnungspunkt mit einem kurzen Zwischenresümee ein. Seiner Ansicht nach war der

Vorlauf zur aktuellen Sitzung, in der über die Einführung entschieden werden soll, genau richtig. Am Ende könne man davon ausgehen, dass nahezu 100 Prozent aller Argumente ausgetauscht worden seien. Dieser Vorgang sei ein Musterbeispiel für den demokratischen Prozess der Meinungsfindung in der ärztlichen Selbstverwaltung. Er informierte die Delegierten außerdem darüber, dass die Abstimmung geheim sein werde.



Foto: Ärztekammer Berlin

Thiede betonte, dass sich ihre Liste, die FrAktion Gesundheit, klar positioniert habe. Sie und ihre Kolleg:innen seien für die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM. Aus ihrer Sicht hätten sowohl der Abschlussbericht des Arbeitskreises als auch die Vorträge in der vergangenen DV diese Sichtweise gut untermauert. Gleichzeitig habe man sich auch aufmerksam mit den Bedenken auseinandergesetzt. Nun solle man sich für die weitere Diskussion Zeit nehmen, damit sich alle Delegierten darüber klar werden könnten, worüber sie abstimmen.

Müller-Dannecker fragte sich mit Blick auf Europa, warum ausgerechnet in Deutschland der Facharzt für Notfallmedizin nicht angeboten werde. Immerhin sei dies in 23 von 27 europäischen Ländern der Fall. Es sei unwahr, dass die bzw. der FÄ/FA KLINAM anderen Disziplinen Kompetenzen nehmen würde. Ärzt:innen in Weiterbildung würden auch nach der Einführung weiterhin durch die Notaufnahmen rotieren. Sie appellierte an das ärztliche Gewissen der Delegierten. Sie sollten zugunsten der Qualität und der Versorgungssituation ein Kreuz für die Einführung hinterlassen. „Denken Sie in der Wahlkabine an die Patientensicherheit“, schloss sie ihren Redebeitrag.

Prof. Dr. med. Wulf Pankow (FrAktion Gesundheit) erinnerte daran, dass die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin 2015 in der Ärztekammer Berlin eingeführt wurde. Berlin war damit „Trendsetter“. Er selbst sei damals allerdings gegen

die Einführung der Zusatz-Weiterbildung gewesen. Nach zehn Jahren Erfahrung mit dem Angebot habe er seine Meinung jedoch geändert. Er komme vielmehr zu dem Schluss, dass die zwei Jahre zur Erlangung der Weiterbildung nicht ausreichen, um die Breite der Disziplin abzubilden. Man brauche mehr Zeit, um die Qualifikation zu erwerben. „Berlin sei mutig. Geh voran. Ich bin mir sicher, die anderen Landesärztekammern werden folgen“, so Pankow an die Delegierten gerichtet.

Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram (Marburger Bund) hob die Umfrage des Arbeitskreis zur Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM unter den Kolleg:innen hervor. Alle Befragten arbeiten in der Notfallmedizin. Demnach erwarten 85 Prozent der Befragten eine Verbesserung der Versorgung nach der Einführung des Facharztes. „Wir sehen das Defizit. Sollen wir dann mit Nein stimmen?“, fragte Somasundaram. Die Kolleg:innen wollen fundierte Kenntnisse erlangen, um in den Rettungsstellen angstfrei arbeiten zu können. Bei Begehungen von Befugnisstätten würden er und seine Kolleg:innen regelmäßig zahlreiche Defizite feststellen. Jetzt sei nicht Vorausdenken, sondern Voraushandeln angesagt. „Lassen Sie uns mutig sein! Was soll schon passieren? Es ist jetzt unsere Chance, die Laterne vorne zu tragen!“

Als Erster nahm Dr. med. Thomas Werner (Marburger Bund) eine Gegenposition ein. Er glaube, man sei sich einig, dass die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM grundsätzlich positiv sein könne. Man müsse jedoch schauen, wann und unter welchen Voraussetzungen diese umgesetzt werde. Seiner Ansicht nach sei der Einfluss der Ärzt:innen auf die politischen Entscheidungsträger:innen leider sehr begrenzt. Im Zuge der Krankenhausreform wurde die Leistungsgruppe Notfallmedizin zwar gestrichen, sie werde aber perspektivisch kommen, dessen sei er sich sicher. Im Moment sei das Problem aber, dass die für eine fachgerechte Notfallversorgung erforderlichen notwendigen Fachärzt:innen in den Krankenhäusern oft nicht vorgehalten werden. „Wenn wir sicher sein könnten, dass KLINAM-Fachärzte zusätzlich eingesetzt werden, wenn wir Einfluss auf die Personalbemessung hätten und wenn sich die Krankenhäuser auch daran halten würden, dann sähe ich gar kein Problem“, so Werner. Das werde aber nicht passieren. „Derzeit erleben wir die dramatische Situation von Krankenhausschließungen“, fuhr er fort. Es sei davon auszugehen, dass zunehmend an Fachärzt:innen gespart werde. Bei einer Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM sei zu befürchten, dass nur noch diese Disziplin in den Notaufnahmen eingesetzt würde. Zusätzlich sei zu befürchten, dass Bereitschaftsdienste anderer Fachgebiete entweder nur noch als Rufdienste verfügbar wären oder ganz abgeschafft würden. Man müsse sich daher sicher sein, dass mit der Einführung des Facharztes die Qualität der Versorgung anderer Fachgebiete gesichert ist. Zum

jetzigen Zeitpunkt sei jedoch eine Verschlechterung zu befürchten. Hinsichtlich des europäischen Vergleichs mahnte Werner, man müsse im Auge behalten, dass andere Länder ganz andere Versorgungssysteme haben. Zusammengefasst: Es lohne sich zwar, über die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM nachzudenken. Aber zum jetzigen Zeitpunkt sei dies seines Erachtens kontraproduktiv.

Dr. med. Stefan Skonietzki (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund) sagte, das Thema sei ohne Frage wichtig und es habe einen Charme, dass die Ärztekammer Berlin mit der Einführung der Fachärztin bzw. des Facharztes wieder eine Vorreiterrolle einnehme. Er sehe es allerdings eher auf dem Deutschen Ärztetag (DÄT), um ein bundesweites Votum einzuholen.

„Man male sich einen ‚Wunscharzt‘“

Held betonte, dass die Welt nicht untergehen würde, wenn die Facharztbezeichnung nicht eingeführt würde. In der Arbeitsgemeinschaft zur bzw. zum FÄ/FA KLINAM hätten sich die Probleme der Notaufnahmen gezeigt: Personalmangel und lange Aufenthaltsdauern für die Patient:innen. „Ich finde, keines dieser Probleme wird durch die Einführung des Facharztes besser.“ Man male sich einen „Wunscharzt“ zu: recht: eine Ärztin oder einen Arzt, die oder der alles „rockt“. Dabei werde suggeriert, dass nur diese Person die nötige Kompetenz mitbringe und auf die Patientensicherheit achte. Zudem müsse man unbedingt die Notfallreform mitdenken, mit der der gemeinsame Tresen eingeführt wird. In den Rettungsstellen fehle bisher das ambulante Denken. „Es geht nicht um den ‚Superarzt‘, sondern um eine angemessene Versorgungsqualität“, konterte Thiede. Innerhalb von zwei Jahren Zusatzweiterbildung könnten nicht alle Inhalte vermittelt werden. Es brauche einen besseren Umgang mit den Patient:innen. Diese müssten fachübergreifend versorgt werden.

Dr. med. Klaus-Peter Spies (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – Medi Berlin – Virchowbund), Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin, zog das Beispiel der unterschiedlichen Weiterbildungsordnungen heran, um zu verdeutlichen, dass bundesweite Einheitlichkeit angestrebt werden sollte. Seines Erachtens gehöre das Thema in die Ständige Konferenz (StäKo) Weiterbildung der Bundesärztekammer (BÄK). Zudem unterstützt er das Ansinnen, über den Facharzt auf dem DÄT zu sprechen. Dr. med. Helene Michler (FrAktion Gesundheit) war der Ansicht, dass sich die strukturellen Probleme erst durch die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM verbessern ließen. Die Kompetenz müsse ihrer Meinung nach bei einer Ärztin bzw. einem Arzt liegen. Und Pankow entgegnete Spies, dass es aus seiner Erfahrung heraus unmöglich sei, über die StäKo Weiterbildung eine neue Facharztbezeichnung einzuführen.

Dr. med. Susanne von der Heydt (Marburger Bund) lobte den aus ihrer Sicht sehr gelungenen und überzeugenden Vortrag von Dr. med. Ulrike von Arnim, der Leiterin der Rettungsstelle im Vivantes Klinikum Neukölln, in der vergangenen DV-Sitzung. Von Arnim hatte sich für die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM ausgesprochen. Von der Heydt sensibilisierte für die immensen Belastungen und die damit einhergehenden Gefahren eines Burnouts bei Notfallmediziner:innen. So habe beispielsweise der Facharzt „Emergency Medicine Physician“ mit bis zu 60 Prozent die höchste Burnout-Rate in den USA. Mit Blick auf die demonstrierenden Medizinstudierenden, die die bzw. den FÄ/FA KLINAM leidenschaftlich einforderten, merkte sie an, dass diese Deutschland zur ärztlichen Weiterbildung verlassen müssten, sollte sich die DV gegen die Einführung entscheiden. Entscheide sich die DV als einzige Landesärztekammer dafür, seien die Ärzt:innen in Weiterbildung in Deutschland wiederum alleinig an Berlin gebunden.

Prof. Dr. med. Jörg Weimann (Marburger Bund) sagte, dass ihn der Vergleich mit den europäischen Nachbarländern sehr irritiert habe. In Europa kenne man den Facharzt KLINAM nicht. Dieser sei inhaltlich anders ausgerichtet als der in Europa übliche Facharzt für „Emergency Medicine“. „Hier läuft ein Etikettenschwindel“, fasste Weimann zusammen. In Berlin gebe es interdisziplinäre Zentrale Notaufnahmen, die unter anderem durch die Einführung der Zusatzbezeichnung KLINAM hervorragend funktionierten. Allerdings könne er sich nicht vorstellen, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt für KLINAM sein ganzes Leben lang rund um die Uhr und im Schichtdienst arbeiten wolle. Bezüglich der von Somasundaram zitierten Umfrage, nach der 85 Prozent der befragten Notfallmediziner:innen die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM forderten, merkte Weimann an, dass zwei Drittel der Befragten Chef- oder Oberärzt:innen gewesen seien und somit selbst keinen Schichtdienst mehr leisten müssten. „Nicht jede Veränderung bedeutet, dass damit ein Fortschritt gegeben ist“, so Weimann. Berlin müsse nicht immer das gallische Dorf sein. Die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM sei eine Angelegenheit der BÄK.

„Die DV hat sich in zwei Sitzungen die Zeit genommen, alle Argumente gründlich auszutauschen“, fasste Bobbert die Debatte zusammen. Seines Erachtens sei der Prozess vorbildlich verlaufen. Es habe sich gezeigt, dass alle Delegierten trotz ihrer unterschiedlichen Meinungen stets die Patientensicherheit im Blick hätten. Hinsichtlich der anstehenden geheimen Abstimmung betonte er, dass jede:r eine Stimme habe, es selbstverständlich keinen „Fraktionszwang“ gebe und die einfache Mehrheit zähle. Nach Auszählung der Stimmen zeigte sich das folgende klare Ergebnis: Bei zwei Enthaltungen waren elf Delegierte für die Einführung der bzw. des FÄ/FA KLINAM und 24 Delegierte dagegen. Trotz

des Ergebnisses betonte Bobbert, dass die Debatte damit aber nicht beendet sei.

Ombudsstelle zum Schutz vor Diskriminierung und sexualisierter Gewalt

Zum nächsten Tagesordnungspunkt führte Bobbert aus, dass die Ereignisse beim diesjährigen 130. Deutschen Ärztetag in Hannover deutlich gemacht hätten, dass Machtmissbrauch, Diskriminierung, Belästigung und sexualisierte Gewalt im Gesundheitswesen Realität sind. Fünf Medizinstudentinnen hatten dort von unangemessenem und übergriffigem Verhalten berichtet, das sie erlebt hatten. Dieser Bericht habe nochmals verdeutlicht, wie wichtig es sei, dieses Thema konsequent anzusprechen und dagegen vorzugehen. „Die Ärztekammer Berlin möchte daher ein klares Zeichen gegen Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen setzen. Zu diesem Zweck planen wir die Einrichtung einer Ombudsstelle zum Schutz vor Diskriminierung, Belästigung und sexualisierter Gewalt“, kündigte Bobbert an. Ziel der Ombudsstelle soll sein, Betroffene zu unterstützen und ihnen einen niedrigschwelligen, vertraulichen Zugang zu Beratung und Hilfe zu ermöglichen. Darüber hinaus soll sie einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Diskriminierung, Belästigung und sexualisierter Gewalt leisten sowie die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen in konkreten Einzelfällen fördern.

Bobbert wies darauf hin, dass es sich lediglich um eine erste Lesung handele. Es liege noch keine Drucksache zur Abstimmung vor. Martina Jaklin, Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht, stellte den Delegierten in einem Vortrag den Entwurf einer Regelung vor und stand für Fragen zur Verfügung. Die Ombudsstelle solle auf Wunsch des Vorstandes für Beschwerden der folgenden Gruppen zuständig sein:

- ehrenamtlich bei der Ärztekammer Berlin Tätige,
- Personen, die bei der Ärztekammer Berlin eine Prüfung ablegen,
- Personen, die bei der Ärztekammer Berlin eine Beratung erhalten und
- Nutzende von Einrichtungen der Ärztekammer Berlin.

In der folgenden Debatte wurde jedoch deutlich, dass einige Delegierte und Teile des Vorstandes den Kreis der Personen, die sich an die Ombudsstelle wenden können, erweitern möchten.

Weimann betonte, er sehe Bedarf für eine Ombudsstelle, die sich an alle Berliner Ärzt:innen wendet. Jaklin gab zu bedenken, dass ein potenziell höheres Beschwerdeaufkommen mit zusätzlichen Kosten für die Finanzierung der Ombudsstelle verbunden sein könnte. Zudem böten bereits

viele Krankenhäuser eigene Anlaufstellen an. Aufgrund der Gefahr des Machtmissbrauchs bräuchte es aber Angebote außerhalb der Krankenhäuser, meinte Weimann. Prof. Dr. med. Mandy Mangler (Marburger Bund) war es wichtig, dass die Ombudsstelle an Inhalten und Themen arbeite. Die in jeder Sitzung des Vorstandes vorgelegten Fälle von sexualisierter Gewalt von Ärzt:innen an Patient:innen zeigten ihr, wie wenig berufsrechtliche Handhabe die Kammer letztlich habe. Vielleicht könne man diese aber auch strukturierter ausspielen, beispielsweise durch ärztliche Fortbildungen. Anonymisierte Beschwerden sehe sie hingegen kritisch, da ihrer Meinung nach jede Meldung berufsrechtlich geahndet werden sollte.

Von der Heydt betonte, dass man natürlich bedenken müsse, wo die Grenzen lägen. Die Kammer müsse aber eine Möglichkeit schaffen, dass sich betroffene Personen niedrigschwellig an sie wenden können. Die Personen müssten wissen: „Da kann ich hingehen und werde gehört.“ Man müsse jetzt anders denken und sich als Kammer öffnen. „Wir wollen doch, dass alles besser wird. Wir wollen eine Anlaufstelle schaffen. Wir haben noch nicht die Niedrigschwelligkeit, die wir uns wünschen.“

Thiede bewertete es als positiv, dass die Grenzen einer Ombudsstelle aufgezeigt worden seien. Dennoch solle man nicht zu klein, sondern groß denken. So sollten beispielsweise Fortbildungen und Coachings zu diesem Thema angeboten werden. Die Anonymität bei Beschwerden findet sie gut, da sie Niedrigschwelligkeit zulässt.

Werner zufolge liegt das Problem bei berufsrechtlichen Verfahren in der Durchsetzungsfähigkeit. Er kenne Fälle, in denen über Jahre hinweg sexuelle Belästigungen vorlägen, aber nichts passiere. Tatsächlich kommen 90 Prozent der in ihrer Abteilung gemeldeten Fälle von Patient:innen, so Jaklin. Ärzt:innen würden sich meist aus Sorge vor Sanktionen nicht trauen, ihre Betroffenheit zu melden.

Michler zeigte sich schockiert darüber, dass dem Vorstand regelmäßig Fälle von sexualisierter Gewalt von Ärzt:innen an Patient:innen vorgelegt würden. Ein Verhaltenskodex müsse unbedingt alle Formen der Gewalt umfassen. Auch die Patient:innen müssten mitgedacht werden. Aus ihrer Sicht sollte eine Ombudsstelle eine Vernetzungsstruktur bieten.

Von der Heydt unterstrich, dass der Vorstand und das Berufsrecht innerhalb der vorhandenen Strukturen alles täten, was möglich sei. Sie quäle der Gedanke, dass dies zu wenig sei. Gerichtsverfahren dauerten in der Regel Jahre. In dieser Zeit würden die mutmaßlichen ärztlichen Täter:innen jedoch weiterarbeiten. In manchen Fällen gingen in dieser Zeit sogar weitere Meldungen ein. Es sei für sie kaum zu

ertragen, dass dies möglich sei. In manchen Fällen müsse ein Berufsverbot einfach schneller umgesetzt werden können. Als Ärztin oder Arzt habe man den Anspruch, alles qualitätsgesichert zu machen. Wenn man jedoch wisse, dass Ärzt:innen trotz erheblicher Vorwürfe weiterarbeiten, sei das für sie die falsche Reihenfolge.

Dr. med. Laura Schaad (Marburger Bund) erinnerte daran, dass es ein Rechtssystem gebe, und das sei auch gut so. Leider müsse man damit manchmal abwarten, bis das Urteil vorliege. Dass Gerichte nicht immer schnell sind, wisse man. Auch in der Kammer könnte man die Verfahren mit mehr Personal – wenn man es denn finden würde – beschleunigen.

Man habe den Kodex und die meisten Ärzt:innen hätten auch ein Gewissen, so Mangler. Geldstrafen interessierten die Täter:innen nicht. Oft würden sie die juristischen Rahmenbedingungen nicht verstehen. Ihres Erachtens würden die Rechtsmittel nicht ausgeschöpft. Es sei frustrierend, dass teils nichts gemacht werde, fuhr Werner fort. Man müsse sich vor Augen führen, wie frustrierend das für die Opfer sei. Es wäre hervorragend, wenn man ein Instrument finden würde, das man ihnen an die Hand geben könnte. Viel zu häufig griffen auch die Unternehmen nicht durch, obwohl sie das könnten.

Bobbert fasste zusammen, dass er nicht wolle, dass an diesem Tag einfach etwas beschlossen werde. Offensichtlich sei das Thema zu vielschichtig. Die Diskussion zeige, dass noch viele Punkte zu klären seien, bevor eine Ombudsstelle eingerichtet werden könne. Er stellte klar, dass man sich erst am Anfang der Debatte befinde. Vermutlich werde es auch im September noch keine Beschlusslage geben.

Angesichts der späten Stunde fasste Bobbert den letzten Tagesordnungspunkt „Nachberatung des 130. Deutschen Ärztetages 2026 in Hannover“ kurz zusammen. Er dankte allen Berliner Abgeordneten für ihr herausragendes Engagement. Die Ärztekammer Berlin habe sich abermals mit zahlreichen Anträgen eingebracht. Insgesamt wurden mit 390 so viele Anträge wie noch nie gestellt. Knapp die Hälfte davon sei an den Vorstand der BÄK überwiesen worden.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 9. September 2026 statt. /



Ole Eggert

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

Weiterbildungszeit: Was passiert bei Unterbrechungen?

Wie viele Unterbrechungen sind während der Weiterbildung erlaubt? Was machen Ärzt:innen in Weiterbildung, wenn ihre Befugten die Klinik verlassen? Und welche Rolle werden Weiterbildungsverbünde in der Zukunft spielen? Das waren die Hauptthemen, um die sich das Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung der Berliner Kliniken Mitte Mai 2026 drehte.

Eine relativ überschaubare Runde von 15 Teilnehmenden hatte sich zum Online-Treffen zusammengefunden. Das erlaubte die konzentrierte Behandlung einiger grundlegender Fragen, die Ärzt:innen in Weiterbildung immer wieder beschäftigen.

Die wichtigsten Fragen und Antworten des Abends:

Wie lange dürfen Unterbrechungen der Weiterbildung dauern?

Liegen Gründe wie Krankheit, Mutterschutz oder Elternzeit vor, kann die Weiterbildung pro Weiterbildungsjahr bis zu sechs Wochen unterbrochen werden, ohne dass sich die gesamte Weiterbildungszeit erhöht. Entscheidend ist dabei, dass in der verbleibenden Zeit alle vorgeschriebenen Inhalte absolviert werden.

Wo und von wem werden Unterbrechungszeiten erfasst?

Die Unterbrechungen werden von der oder dem Befugten im Weiterbildungszeugnis erfasst.

Wie kann ich berechnen, wie lange meine Weiterbildung noch dauert?

Auf der Website der Ärztekammer Berlin gibt es den Weiterbildungszeitenrechner. Hier können die jeweilige Weiterbildungsqualifikation ausgewählt und die absolvierten Weiterbildungszeiten eingetragen werden – als Ergebnis erhält man die noch ausstehenden Weiterbildungsmonate. Auch auf Weiterbildungen in Teilzeit lässt sich der Rechner anwenden. Tipp: Berechnen Sie Ihre Weiterbildungszeiten nicht zu knapp, damit Sie am Ende tatsächlich alle erforderlichen Inhalte absolviert haben!

Was passiert, wenn mein:e Befugte:r während der Weiterbildungszeit die Weiterbildungsstätte verlässt?

Die Weiterbildungsbefugten sollten die Ärztekammer Berlin rechtzeitig informieren und angeben, welche Ärzt:innen in Weiterbildung vom Weggang betroffen sind. Für eine begrenzte Interimszeit kann auch eine Fachärztin bzw. ein

Facharzt ohne Befugnis die Verantwortung übernehmen. Die betroffenen Ärzt:innen in Weiterbildung sollten sich vor dem Ausscheiden der oder des Befugten aber unbedingt noch die absolvierten Inhalte im eLogbuch abzeichnen lassen.

Wie kann sichergestellt werden, dass Ärzt:innen auch nach Umsetzung der Krankenhausreform ihre Weiterbildung, beispielsweise in der Pädiatrie, absolvieren können? Sind Weiterbildungsverbünde nach dem Vorbild der Allgemeinmedizin auch für andere Fachgebiete geplant?

Durch die Krankenhausreform werden Kooperationen zwischen Kliniken und ambulanten Praxen immer wichtiger werden, da möglicherweise nicht mehr garantiert werden kann, dass Ärzt:innen in Weiterbildung die gesamte Weiterbildungszeit in Kliniken absolvieren werden können. Dafür müssen allerdings rechtliche Fragen wie die der Arbeitnehmer-Überlassung geklärt werden. Zudem stellt sich die Frage der Bezahlung, da ärztliche Praxen häufig nicht mit der Bezahlung nach Tarif, die an Kliniken üblich ist, mithalten können. Diese und andere Fragen sollen in nächster Zeit geklärt werden.

Zum Abschluss der Veranstaltung machte Dr. med. Antje Koch, Leiterin der Abteilung Weiterbildung / Ärztliche Berufsausübung, noch auf die FAQ zur ärztlichen Weiterbildung sowie die fachspezifischen Informationsveranstaltungen für Ärzt:innen in Weiterbildung auf der Website der Ärztekammer Berlin aufmerksam.

Das nächste Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung findet am Montag, dem 5. Oktober 2026, von 19 bis 21 Uhr statt. Um Anmeldung wird gebeten unter s.streller@aekb.de. /

Anne McLaren

Stabsstelle Presse / Gesundheitspolitik

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Mai/Juni 2026*

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die ihr Einverständnis für den Abdruck schriftlich erteilt haben, werden in „Berliner Ärzt:innen“ veröffentlicht.

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Allgemeine Chirurgie	Dr. med. Theresa Ney	19.05.2026
	Eric Schumann	16.06.2026
FÄ/FA Allgemeinmedizin	Dr. med. Franziska Behrenbeck	03.06.2026
	Olga Felde	05.05.2026
	Sarah Grimm	03.06.2026
	Aljona Aljoscha Hüppe	03.06.2026
	Julia Kalmus	05.05.2026
	Dr. med. Mirja Kranz	03.06.2026
	Norah Okoth-Kringe	26.05.2026
	Katja Schütte	26.05.2026
	Dr. med. Kevin Christian Sift	05.05.2026
	Dr. med. Ekaterina Slotina	19.05.2026
	Abduljabbar Zughbi	19.05.2026
	Eleftherios Andrianakis	26.05.2026
FÄ/FA Anästhesiologie	Dr. med. Anna Kristina Bö	12.05.2026
	Klara Eichholz	09.06.2026
	Agnieszka Ewa Giwojno	09.06.2026
	Osvaldo Alonso Granados Rivadeneira	22.06.2026
	MUDr. Leon Hollmann	22.06.2026
	Lea Kapa	12.05.2026
	Dr. med. Ahmed Keles	30.06.2026
	Margret Franziska Külken	30.06.2026
	Andrea Majoros	09.06.2026
	Dr. med. Daniel Marggrander	26.05.2026
	Dr. med. Mandy Mertens	30.06.2026
	Tomas Misiunas	19.05.2026
	Milena Mitrovic	19.05.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Anästhesiologie	Helena Ocampo	22.06.2026
	Dr. med. Michael Rumpf	30.06.2026
	Anne-Kathrin Saalfeld	12.05.2026
	Dr. med. Ileana Schulze	19.05.2026
FÄ/FA Anatomie	Dr. med. Florian Horn	23.06.2026
FÄ/FA Arbeitsmedizin	Mathias Facius	05.05.2026
	Dr. med. Daniel Flaschar	20.05.2026
	Nadezhda Ilina	20.05.2026
FÄ/FA Augenheilkunde	Tamara Chilingaryan	03.06.2026
	Julia Forouhar	03.06.2026
	Fabius Hapke	20.05.2026
	Sviatlana Khutko	03.06.2026
FÄ/FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Juliane Brückner	03.06.2026
	Anne Ekrot	20.05.2026
	Maria Hardt	03.06.2026
	Dr. med. Leonie Jorkowski	20.05.2026
	Dr. med. Sophonie Njonou Noujiep	20.05.2026
	Carlos Romero Cruz	03.06.2026
FÄ/FA Gefäßchirurgie	Dr. med. Pauline Teuffel	03.06.2026
	Lena Charlotte van den Boom	20.05.2026
	Seyed Morteza Hashemi	29.06.2026
	Karlis Milbergs	29.06.2026
FÄ/FA Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	Nadja Stobutzki	29.06.2026
	Daniel Hyun Gunderlach	21.05.2026
	Dr. med. Greta Pierchalla	21.05.2026
	Dr. med. Amanda Schöne	21.05.2026
FÄ/FA Haut- und Geschlechts- krankheiten	Valeria Valova	21.05.2026
	Aikaterina Alexiou	17.06.2026
	Giorgia Cugno	06.05.2026
	Yasmine Mansour	06.05.2026
FÄ/FA Herzchirurgie	Dr. med. Konstantinos Papatheodorou	06.05.2026
	Dr. med. Dustin Greve	16.06.2026
	Hristian Hinkov	16.06.2026
	Isaac Wamala	16.06.2026
FÄ/FA Hygiene und Umweltmedizin	Dr. med. Sina Harf	27.05.2026
FÄ/FA Innere Medizin	Dr. med. Marie Alicke	20.05.2026
	Dr. med. Francesca Andreottola	20.05.2026
	Dr. med. Sophie Barabasch	20.05.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung	WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung	
FÄ/FA Innere Medizin	Dr. med. univ. Victoria Marilena Boeckel	25.06.2026	FÄ/FA Kinder- und Jugendchirurgie	Dana Grünert	29.06.2026	
	Dr. med. Laure Bosquillon de Jarcy	25.06.2026		FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin	Anne Budde	13.05.2026
	Dr. med. Aylin Demir	25.06.2026	Dr. med. Sophie de Belsunce		10.06.2026	
	Dr. med. Josephine Gest	25.06.2026	Dr. med. Nina Erdmann		27.05.2026	
	Dr. med. Alina Kukies	20.05.2026	Dr. med. Philipp Krabusch		27.05.2026	
	Jonas Lampsatis	25.06.2026	Elena Lanvers		20.05.2026	
	Dr. med. univ. Sabine Lürzer	25.06.2026	Laura Lutz		13.05.2026	
	Katharina Meister	08.06.2026	Dr. med. Elísabet Magnúsdóttir		10.06.2026	
	Dr. med. Laura Mickley	08.06.2026	Felix Moser		13.05.2026	
	Sameer Turabi	20.05.2026	Dr. med. Susanne Nienhaus		06.05.2026	
	dr. med. Leonie Wilson	20.05.2026	Dr. med. Henrike Papenbrock		20.05.2026	
	Doctor medic Mary Yamazaki	20.05.2026	Sophia Seidler		27.05.2026	
	FÄ/FA Innere Medizin und Angiologie	Dr. med. Alexandra-Nina Maier	25.06.2026		FÄ/FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Dr. med. Sarah Bauer
	FÄ/FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Dr. med. Nicole Rehfeldt	03.06.2026	Dr. med. Stella Hertwig		13.05.2026
Dr. med. Judith Pellegrino				13.05.2026		
FÄ/FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Prof. Dr. med. Carl Weidinger	08.06.2026	FÄ/FA Klinische Pharmakologie	Veronika Scholz-Rettig	23.06.2026	
FÄ/FA Innere Medizin und Geriatrie	Dr. med. Volkan Aykac	09.06.2026	FÄ/FA Laboratoriums-medicin	Dr. med. Majd Dali	18.05.2026	
	Ines Mateus Patricio	09.06.2026	FÄ/FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Antonis Sabatakakis	25.06.2026	
	Priv.-Doz. Dr. med. Dominik Spira	09.06.2026		FÄ/FA Neurochirurgie	Dr. med. Robert Mertens	22.05.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie	Dr. med. Janina Agoston	27.05.2026	FÄ/FA Neurologie	Dr. med. Christian Gerz	11.06.2026	
	Gulbaniz Bayramova	17.06.2026		Cristiane Goulart Schlup	19.05.2026	
	Dr. med. Kristof Biernath	27.05.2026		Hosam Kasoaa	11.06.2026	
	Dr. med. Michelle Jakob	17.06.2026		Dr. med. Rosa Rößling	19.05.2026	
	Saskia Modl	27.05.2026		Mihaela Sotirova	19.05.2026	
	Marcel Schwietzer	27.05.2026		FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Judith Furtwängler	19.05.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Nephrologie	Dr. med. Julia Bontscho	10.06.2026	Dr. med. Paul Köhli		19.05.2026	
	Dr. med. Malte Pietzcker	10.06.2026	Carlos Marin Eberhardt		19.05.2026	
	Ieva Zessin	10.06.2026	Bianca Micheel		16.06.2026	
FÄ/FA Innere Medizin und Pneumologie	Korallia Afxentiou	17.06.2026	FÄ/FA Pathologie	Dr. med. Loisa Zehentleitner	19.05.2026	
	Dr. med. Laura Eichler	22.05.2026		Dr. med. Marie-Lisa Eich	09.06.2026	
	Ioannis Fytros	22.05.2026	Dr. med. Sylvia Morgenthal	09.06.2026		
	Dr. med. Jewgeny Kantor	17.06.2026	FÄ/FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	Noor Aljuied	02.06.2026	
	Dr. med. Eva Pappe	22.05.2026		Dr. med. univ. Florian Pinterits	02.06.2026	
	Amelie von Witzleben	22.05.2026		Sara Szymański	02.06.2026	
FÄ/FA Innere Medizin und Rheumatologie	Dr. med. Elise Siegert	17.06.2026				

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Psychiatrie und Psychotherapie	Ceren Camur	21.05.2026
	Dott. Sara De Simone	23.06.2026
	MUDr. Laura Eaton	23.06.2026
	Dr. med. Dirk Benedikt Epplen	21.05.2026
	Dr. med. Lina Gecheva	09.06.2026
	Ina Kallweit	23.06.2026
	Dr. med. Theodor Lorenzen	09.06.2026
	dr. med. Max-Adam Rosin	21.05.2026
	Katharina Schulz	09.06.2026
FÄ/FA Psychosomatische Medizin und Psycho- therapie	Dr. med. Lena Marie Walenciak	21.05.2026
	Dr. med. Meike Miriam Kohl	21.05.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Radiologie	Alexandros Apostolou	22.06.2026
	Egi Dervishaj	27.05.2026
	dr. med. Tarek El Rai	01.06.2026
	Karolin Hirtschulz	27.05.2026
	Caroline Keßler	22.06.2026
FÄ/FA Strahlentherapie	Lukasz Wszol	22.06.2026
	PD Dr. med. Felix Ehret	01.06.2026
FÄ/FA Viszeralchirurgie	Dr. med. Nils Haep	16.06.2026
	Alberto Vega Hernandez	16.06.2026
	Vivien Wolf	16.06.2026
	Katarzyna Klaudia Wrobel	19.05.2026

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

Termin	Thema	Anmeldung
01.09.2026	Forum Junge Ärzt:innen	→ www.aekb.de/service-kontakt/veranstaltungs-kalender/registrierung/forum-fuer-junge-aerztinnen
16.09.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Urologie	⑤ weiterbildungsseminare@aekb.de
16.09.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Allgemeinmedizin	⑤ weiterbildungsseminare@aekb.de
23.09.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	⑤ befugtenseminare@aekb.de
25.–26.09.2026	Train the Trainer: Ambulant tätige Befugte im Kompetenzzentrum Weiterbildung Basis kompakt (für Befugte, die im Bereich Allgemeinmedizin weiterbilden)	→ https://kw-allgemeinmedizin.berlin/train_the_trainer_seminare_fuer_weiterbildungsbefugte
05.10.2026	Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung	⑤ s.streller@aekb.de
07.10.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Radiologie/Strahlentherapie/Nuklearmedizin	⑤ weiterbildungsseminare@aekb.de
07.10.2026	Train the Trainer: Prüfer:innen	⑤ befugtenseminare@aekb.de
06.–07.11.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte Basis kompakt für ambulant und stationär Befugte	⑤ befugtenseminare@aekb.de
17.11.2026	Forum Junge Ärzt:innen	→ www.aekb.de/service-kontakt/veranstaltungs-kalender/registrierung/forum-fuer-junge-aerztinnen
18.11.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Kinder- und Jugendmedizin	⑤ weiterbildungsseminare@aekb.de
02.12.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	⑤ befugtenseminare@aekb.de

Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung

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



Unter www.aekb.de/fortbildungs-veranstaltungen finden Sie alle Informationen sowie Ansprechpersonen zu den einzelnen Veranstaltungen.



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

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Teilnahmeentgelt	Punkte
28.08.2026 (Modul II) 08.–09.10.2026 (Modul III: Neurologie/Psychiatrie oder Orthopädie/Unfallchirurgie)	Medizinische Begutachtung 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	Transfusionsverantwortlicher / Transfusionsbeauftragter / Leitung Blutdepot	Ärztekammer Berlin	350 €	16
02.–10.11.2026 (Modul III) 11.–20.11.2026 (Modul IV)	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs Modul III und IV	Ärztekammer Berlin	950 € je Modul	beantragt
25.11.2026	Häusliche Gewalt – Ersthilfe in Apotheken und Praxen Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin, der Apothekerkammer Berlin sowie der Psychotherapeutenkammer Berlin	Live-Online-Seminar	entgeltfrei	2
09.12.2026	Aktuelle Aspekte einer sicheren Pharmakotherapie Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)	Live-Online-Seminar	entgeltfrei	2
Achtung Terminänderung 08.01.–07.02.2027 (E-Learning) 08.–13.02.2027 (Woche 1) 12.–17.04.2027 (Woche 2) 14.–19.06.2027 (Woche 3)	Ärztliches Qualitätsmanagement (200 Std.)	Ärztekammer Berlin	3.950 €	beantragt
11.–19.01.2027 (Modul V) 20.–29.01.2027 (Modul VI)	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs Modul V und VI	Ärztekammer Berlin	950 € je Modul	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)	Ärztliche Führung – ein praxis- orientiertes Führungsseminar für Ärztinnen und Ärzte	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	3.600 €	80
05.–08.04.2027	Verkehrsmedizinische Begutachtung Modul I–IV Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung mit Gutachten-Workshop	Ärztekammer Berlin	700 €	beantragt
12.–13.04.2027 24.05.2027	Ärztinnen in Führung – den eigenen Führungsstil finden und Stärken nutzen	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	890 €	beantragt

Veranstaltungshinweise

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

Termin	Thema	Veranstaltungsort	Uhrzeit
16.09.2026	Fortbildung Sucht – Prävention und Früherkennung	Ärztekammer Berlin	08:30–11:40 Uhr
16.09.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsdurchführung – gemeinsam zum Ziel (und wenn nicht?)	Ärztekammer Berlin	18:00–21:00 Uhr
21.09.2026	Fortbildung Wundversorgung	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
14.10.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Prüfungswesen – der erfolgreiche Abschluss	Online	18:00–21:00 Uhr
03.11.2026	Fortbildung Chronisch kranke Patient:innen – Kommunikation und Interaktion	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
09.11.2026	Fortbildung Arzneimittel – Basics zu Tablette, Salbe & Co.	Online	08:30–15:30 Uhr
11.11.2026	Fortbildung Hygiene – Basics für den Praxisalltag	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
12.11.2026	Fortbildung Digitalisierung – Basics & Prozessoptimierung im Praxisalltag	Online	08:30–15:30 Uhr
16.11.2026	Fortbildung Der schwierige Patient – Souverän bleiben, auch wenn's schwierig wird!	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
18.11.2026	Fortbildung Puls – Blutdruck – EKG – Basics für den Praxisalltag	Ärztekammer Berlin	08:30–14:40 Uhr

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 Ausbildungsverhältnis „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

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

Termin: Mo., 16.11.2026

Die Kommunikation mit Patient:innen wird im Praxisalltag nicht selten als „schwierig“ empfunden, was zu Ärger und Frust bis hin zu Überforderung und Hilflosigkeit bei der täglichen Arbeit führen kann. Patient:innen haben nur wenig Zeit, sind fordernd und kommen nicht auf den Punkt. In der Fortbildung wird aufgezeigt, wie durch geschickte und situationsangepasste Kommunikation stressige Patientenkontakte entschärft werden können.

Aus dem Inhalt:

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

Zum Gedenken an Dr. med. Udo Schagen

Am 4. Juni 2026 ist der Medizinhistoriker und Arzt für die soziale Gesundheit der Menschen im Alter von 86 Jahren verstorben.

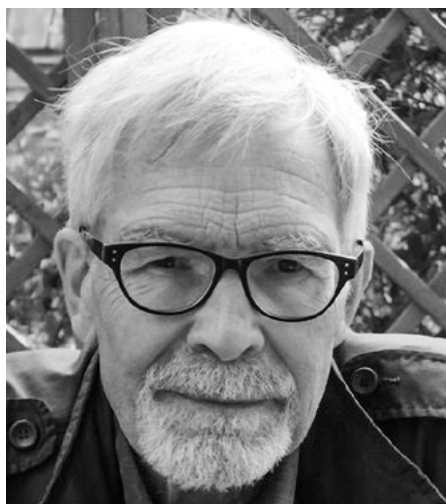


Foto: privat

Seine Weggefährten, Freunde sowie Kolleginnen und Kollegen trauern um eine Persönlichkeit, die sich durch ihr Engagement für die ärztliche Selbstverwaltung, die ärztliche Aus- und Weiterbildung sowie die Ethik des ärztlichen Berufs außerordentlich verdient gemacht hat. Udo Schagen war ein Arzt mit ausgeprägter sozialer Verantwortlichkeit: ruhig, bescheiden, wissend, verlässlich, aufrecht und standhaft. Wir sind dankbar für sein Wirken und seine Lebensleistung.

Udo Schagen wurde in Düsseldorf geboren. Er studierte an den Universitäten München, Münster, Innsbruck und Hamburg. Im Jahr 1968 wurde er promoviert und approbiert. Für die Ärztinnen und Ärzte der Zeit nach 68 wurde er zum überzeugenden und motivierenden Lehrer. Als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) kam er 1969 an das Physiologische Institut an der Freien Universität Berlin (FU Berlin). Der Marburger Kongress

von 1973 setzte Impulse der Neuorientierung, die sich dann mit der Gesundheitsbewegung in Deutschland ausbreiteten und zu den Gesundheitstagen 1980 in Berlin und 1981 in Hamburg führten. 1986 folgte schließlich die Mehrheit von Marburger Bund und Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin.

Udo Schagen war ein prägender Akteur in diesem Aufbruch einer Gesundheitspolitik aus ärztlicher Verantwortung. Politik sei Medizin im Großen, postulierte historisch schon Rudolf Virchow, und Krankheit sei ohne Politik nicht heilbar, sagten die kritischen Standespolitiker in Berlin. Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung machte ebenfalls 1986 die in Deutschland formulierte Neuorientierung zu einem globalen Programm zur Demokratisierung des Gesundheitswesens: „Health in All Policies“.

Von 1971 bis 1986 war Udo Schagen Abteilungsleiter für Planung und Administration der medizinischen Hochschulfbereiche im Planungsstab des FU-Präsidenten. Von 1986 bis 2004 leitete er die Forschungsstelle „Zeitgeschichte der Medizin“ an der FU Berlin und dann an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. An der Gründung des Instituts für Sozialmedizin war er ebenso gestaltend beteiligt wie an der Einrichtung des medizinischen Reformstudiengangs an der Charité.

Als Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin von 1983 bis 2004, als Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses und als Mitglied im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer von 1987 bis 2000 sowie später als Ombudsmann der Ärztekammer Berlin hatte Udo Schagen grundlegenden Anteil an der inhaltlichen und formalen Entwicklung der ärztlichen Weiterbildung. Mit seiner ausgleichenden Persönlichkeit und Fachkompetenz war er eine produktive Quelle für die damals initiierten und jetzt verwirklichten Reformen

der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Mit seiner personalen Autorität und Überzeugungskraft konnte er immer wieder berufspolitische Gegensätze überwinden und integrative Kooperationsprozesse anstoßen.

Die von Udo Schagen als Begründer der Schriftenreihe, Redakteur, Mitherausgeber und Redaktionsbeirat ausgestalteten Bücher „Kritische Medizin“ begleiteten den Entwicklungsdiskurs der Public Health-Themen in ganz Deutschland. Die jetzt aktuellen Bände diskutieren weiterhin Zukunftsthemen wie „Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion“ oder „Soziale, kulturelle, ökonomische und globale Dimensionen der SARS-CoV-2-Pandemie und der Strategien zu ihrer Eindämmung“.

Udo Schagens umfangreiche Publikationsliste von 1980 bis 2019 am „Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin“ der Charité ist eine Fundgrube sozialmedizinischer, medizinisch-geschichtlicher und politischer Erkenntnisse. Das Projekt „GeDenkOrt.Charité – Wissenschaft in Verantwortung“ ([→ https://gedenkort.charite.de](https://gedenkort.charite.de)) zeigt beispielhaft, wie er geschichtsbewusst für gutes ärztliche Handeln Sorge trug und sich unermüdlich engagierte, hoch kompetent und gewissenhaft.

Udo Schagen starb mit guter zusätzlicher Betreuung durch die ambulante Palliativmedizin daheim in seinem Zuhause in Altwustrow. „Weitblick“ hat er eine Bürgerinitiative benannt, die zu einer Stimme der Kulturlandschaft Oderbruch wurde und ein Gemeinde- und Bürgerinformationsmedium realisierte, das kommunale Identität stiftet und damit auch ganz praktisch die soziale Gesundheit fördert. Sein ganzes Lebenswerk wird weiterwirken und nachhaltig an ihn erinnern. /

Dr. med. Ellis E. Huber
Ehemaliger Präsident der
Ärztekammer Berlin

Ab Ende August: Direkt im Kammerportal einloggen

In den kommenden Wochen wird das neue Kammerportal zum zentralen Einstiegspunkt. Das heißt, Sie loggen sich ab dann direkt und ohne Weiterleitung aus dem Mitgliederportal im Kammerportal ein – dort können Sie Anträge stellen und Ihre persönlichen Daten einsehen.

Wer das Portal für die Mitglieder der Ärztekammer Berlin in den vergangenen Monaten genutzt hat, kennt bereits viele der Neuerungen: Seit dem Start im Februar 2026 wurden nach und nach Funktionen aus dem Mitgliederportal durch neu entwickelte Funktionen im Kammerportal ersetzt. Ab Ende August kommen der Antrag auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis sowie der Bereich „Mein Profil“ (bisher: Stammdaten) hinzu.

Um das neue Kammerportal künftig nutzen zu können, müssen Sie dort einmalig ein Benutzerkonto anlegen. Das gilt auch, wenn Sie bereits Zugangsdaten für das Mitgliederportal haben. Alle wichtigen Informationen sowie eine Anleitung mit den konkreten Schritten erhalten Sie rechtzeitig per E-Mail.

Bis zur Umstellung erreichen Sie das Kammerportal wie gewohnt über das Login im Mitgliederportal und die Weiterleitungen in den jeweiligen Bereichen.

Informationen zu allen Neuerungen, Verbesserungen und Änderungen im Kammerportal erhalten Kammermitglieder laufend unter → www.aekb.de/kammerportal-was-ist-neu. /

POLITIK & PRAXIS

Rechtssichere KI-Nutzung: Was Ärzt:innen wissen müssen

Wer Künstliche Intelligenz (KI) im klinischen Alltag nutzt, ist nicht nur Anwender:in, sondern auch Betreiber:in – mit weitreichenden Pflichten. Derzeit verschiebt der Gesetzgeber in Brüssel die strengsten Anforderungen um Jahre. Die Verantwortung für viele Grundpflichten besteht jedoch bereits. Für den klinischen Alltag heißt das: Wer KI einsetzt, muss sich um Zuständigkeiten, Dokumentationsvorgaben und Schulungen kümmern.

Die KI ist längst im Einsatz: im Verwaltungssystem für den Arztbrief, in der radiologischen Befundung, im Chatbot am Empfang oder als KI-Telefonagent. Was die wenigsten Anwender:innen wissen: Wer ein solches System im klinischen Alltag einsetzt, wird gemäß der EU-KI-Verordnung (AI Act) rechtlich zur Betreiberin oder zum Betreiber und trägt damit die weitreichenden Pflichten selbst.

Der EU AI Act

Die KI-Verordnung (englisch: AI Act) ist das weltweit erste umfassende Gesetz zur Regulierung von Künstlicher Intelligenz. Als EU-Verordnung gilt sie unmittelbar in allen Mit-

gliedstaaten, ein nationales Umsetzungsgesetz ist nicht erforderlich. Dennoch hat der Bundestag am 11. Juni 2026 das sogenannte Durchführungsgesetz zur KI-Verordnung beschlossen. Damit ist die KI-Verordnung in Deutschland anwendbar und durchsetzbar.

Die KI-Verordnung folgt einem risikobasierten Ansatz und unterscheidet vier Kategorien:

- verbotene Praktiken,
- KI mit geringem Risiko,
- Hochrisiko-Systeme und
- Anwendungen mit bloßen Transparenzpflichten.

Für die Medizin ist vor allem die Hochrisiko-Kategorie relevant, in die viele Systeme automatisch fallen, sobald sie diagnostische oder therapeutische Entscheidungen unterstützen. Einige Regelungen sind bereits in Kraft: So sind KI-Anwendungen mit inakzeptablem Risiko, wie etwa das Social Scoring, die Bewertung von Menschen nach ihrem sozialen Verhalten, seit Februar 2025 verboten. Seit dem 2. August 2025 gelten die Vorgaben für KI-Basismodelle sowie die Regeln zu Aufsicht und Governance. Außerdem besteht die Pflicht zur KI-Kompetenz des Teams ohne Übergangsfrist bereits seit dem 2. Februar 2025.

Umsetzung und Verschiebung

Die für die Praxis sichtbarste Regel greift am 2. August 2026: Die Offenlegungspflicht für patientenzugewandte KI. Demnach muss etwa ein Chatbot oder ein Telefonassistent als KI erkennbar sein. Diese Regel bleibt fest terminiert und ist von den jüngsten Verschiebungen ausdrücklich nicht erfasst.

Verschieben wird hingegen die strengste Stufe, die Betreiberpflichten für Hochrisiko-KI. Diese sollten ursprünglich ebenfalls Anfang August in Kraft treten. Dabei trennt die Verordnung Anbieter und Betreiber. Anbieter sind Hersteller oder Inverkehrbringer eines Systems, Betreiber sind diejenigen, die es im Alltag einsetzen.

Für Betreiber von Hochrisiko-KI-Systemen, etwa Kliniken und Praxen sowie deren Personal, gelten nach der EU-KI-Verordnung spezifische Sorgfaltspflichten im Arbeitsalltag. Sie müssen die Systeme strikt gemäß den Vorgaben der offiziellen Betriebsanleitung nutzen und durch ausreichend qualifiziertes Personal fortlaufend menschlich beaufsichtigen lassen. Zudem sind sie dafür verantwortlich, dass die eingegebenen Daten für den Einsatzzweck relevant und repräsentativ sind. Tritt im Betrieb ein Risiko oder eine Fehlfunktion auf, muss dies unverzüglich dem Anbieter gemeldet werden. Schließlich verpflichtet die Verordnung die Betreiber dazu, die automatisch generierten Systemprotokolle für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten aufzubewahren, um die Nachvollziehbarkeit der KI-Entscheidungen zu gewährleisten.

Der „Digitale Omnibus on AI“

Anfang Mai 2026 haben sich der Rat und das Europäische Parlament auf den „Digital Omnibus on AI“, ein Änderungspaket, das diese Pflichten nach hinten rückt, geeinigt. Mitte Juni 2026 stimmte auch das Parlament im Plenum zu. Bis zur Veröffentlichung im EU-Amtsblatt bleibt formal der bisherige Wortlaut maßgeblich. Demnach sollen die Betreiberpflichten für eigenständige Hochrisiko-Systeme nun erst ab dem 2. Dezember 2027 und für KI in regulierten Produkten, wie beispielsweise Medizinprodukten, erst ab dem 2. August 2028 gelten. Die Verzögerung für diese

Verordnungsstufe ist allerdings kein Sinneswandel, sondern vielmehr das Eingeständnis, dass die erforderlichen technischen Normen und die zuständigen Behörden nicht rechtzeitig fertig waren.

Bei der Verwendung von KI im klinischen Alltag lohnt es sich, genau hinzusehen, denn nicht jedes Werkzeug ist automatisch ein Medizinprodukt mit hoher Risikostufe.

Ausschlaggebend sind Zweckbestimmung und Funktion. Ein System, das ein Gespräch lediglich transkribiert und strukturiert, ist weder ein Medizinprodukt noch eine Hochrisiko-KI. Sobald es jedoch eigenständig Diagnose-Codes vorschlägt, Kontraindikationen markiert oder Befunde priorisiert, leitet es diagnostische Informationen ab und fällt in den Hochrisiko-Bereich. Wie Befunde zusammengefasst und strukturiert werden, muss genau nachvollziehbar und dokumentierbar sein.

Arztbriefe generieren: Hochrisiko oder nicht?

Ein Beispiel aus Berlin zeigt, wie nah diese Grenze im Alltag ist: Microsofts Dokumentationsassistent „Dragon Copilot“, der seit Oktober 2025 in Deutschland verfügbar ist, wurde vorab ein halbes Jahr lang von etwa 70 Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin getestet. Das System hört Patient:innengespräche mit und erzeugt daraus Notizen und Briefe, die das ärztliche Personal nur noch prüfen und freigeben muss. Der Anbieter belässt es bewusst bei der reinen Dokumentation, ohne Kodierung und ohne klinische Entscheidungsunterstützung. So vermeidet er die Hochrisiko-Einstufung samt vollem Pflichtenkatalog.

„Kein Befund einer KI darf ungeprüft in die Akte oder gar in die Behandlung wandern.“

Daniel Kleiboldt

Legal Engineer für KI-Compliance im Gesundheitswesen

Allerdings entfallen selbst bei KI-Produkten ohne Hochrisiko-Einstufung die rechtlichen Anforderungen nicht: Die KI-Kompetenz der Belegschaft muss sichergestellt werden. Für das Mithören der Gespräche muss eine Datenschutz-Folgenabschätzung vorliegen, und die ärztliche Letztverantwortung bleibt für jeden autorisierten Arztbrief bestehen. Daniel Kleiboldt, Legal Engineer für KI-Compliance im Gesundheitswesen, formuliert die Grenze auf schriftliche Anfrage unmissverständlich: „Kein Befund einer KI darf ungeprüft in die Akte oder gar in die Behandlung wandern.“

Schatten-KI: das unsichtbare Risiko

Das größte Risiko ist oft nicht das geprüfte Hochrisiko-System, sondern jenes, von dem niemand weiß. Dieses Phänomen wird „Schatten-KI“ (englisch: Shadow AI) genannt – angelehnt an die Schatten-IT – und bedeutet, dass Mitarbeitende KI-Werkzeuge ohne Freigabe und ohne Wissen der Organisation nutzen: der Arzt, der Briefe durch ChatGPT oder andere Sprachmodelle laufen lässt, die Medizinische Fachangestellte, die Patient:innendaten in ein KI-Übersetzungswerkzeug eingibt, oder das Qualitätsmanagement, das Berichte von einem Sprachmodell zusammenfassen lässt.

Dabei handelt es sich keineswegs um eine Randerscheinung. Eine Erhebung von Wolters Kluwer Health¹ unter mehr als 500 im Gesundheitswesen tätigen Personen verdeutlichte dies bereits Anfang des Jahres: Demnach gaben etwa 40 Prozent der Befragten an, dass ihnen am Arbeitsplatz unautorisierte KI-Tools begegnet seien. Knapp 20 Prozent nutzten diese Werkzeuge selbst und jeder Zehnte gab an, eine solche Anwendung sogar unmittelbar in der Versorgung von Patient:innen einzusetzen. Die Daten stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum, doch das Muster ist auf Deutschland übertragbar. Der Treiber ist dabei selten böser Wille, sondern Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und das Fehlen einer zugelassenen Alternative.

„Für die Künstliche Intelligenz, die längst im Sprechzimmer mitläuft, gibt es bislang oft nur ein gutes Bauchgefühl.“

Daniel Kleiboldt

Kleiboldt bringt das Grundproblem auf den Punkt: „Die meisten Praxen haben für fast alles eine Ordnung, vom Hygieneplan über den Brandschutz bis zum Datenschutz. Für die Künstliche Intelligenz, die längst im Sprechzimmer mitläuft, gibt es bislang oft nur ein gutes Bauchgefühl.“ Im Schadensfall, so der Jurist, werde genau dieser blinde Fleck teuer.

Haftung und Berufsordnung

Wer Patientendaten in einen ungeprüften Cloud-Dienst eingibt, riskiert einen direkten Verstoß gegen die DSGVO. Seit der Reform von 2017 dürfen externe Dienstleister nur mitwirken, wenn sie in Textform zur Verschwiegenheit verpflichtet,

über die Straffolgen belehrt und sorgfältig ausgewählt wurden. Diese Bedingungen erfüllt ein frei zugängliches Sprachmodell nicht.

Die Haftung wirkt auf drei Ebenen: Verwaltungsrechtlich drohen Bußgelder von bis zu 15 Millionen Euro oder drei Prozent des Jahresumsatzes. Zivilrechtlich bleibt die Verantwortung beim Menschen, denn KI gilt als Werkzeug im Rahmen des Behandlungsvertrags nach § 630a BGB. Ohne wirksame Aufsicht droht bei Fehlern eine Beweislastumkehr wegen grober Behandlungsfehler. Die neue EU-Produkthaftungsrichtlinie verschärft dies bis Ende 2026 zusätzlich. Zudem können bei Verstößen berufsrechtliche Konsequenzen drohen.

Christoph Weinrich, Leiter des Stabsbereichs Recht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), warnt jedoch vor Panik und hält extreme Bußgeld-Drohungen für überzogen. Die Pflichten seien real, aber beherrschbar. Nach Einschätzung von Weinrich ist es unerlässlich, ausschließlich zertifizierte medizinische KI-Systeme für die Behandlung zu nutzen, da sämtliche Produkte ohne entsprechende Zertifizierung rechtlich von der therapeutischen Anwendung ausgeschlossen sind. In diesem Zusammenhang hebt er hervor, dass ChatGPT in seiner isolierten Form – also ohne Integration in eine zugelassene Fachsoftware – nicht als Medizinprodukt gilt. Folglich ist der Einsatz dieses Sprachmodells im Rahmen der medizinischen Behandlung untersagt.

Berlin und die Zukunft der KI in der Medizin

In Berlin bündelt das im Oktober 2025 gegründete Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) unter der Leitung von Prof. Dr. med. Alexander Meyer die Bereiche Forschung, Entwicklung und Implementierung medizinischer KI als Infrastruktur und nicht als Einzelprojekt. Und auch die Standespolitik ist verflochten: So gehört der Präsident der Ärztekammer Berlin, PD Dr. med. Peter Bobbert, dem Arbeitskreis „Künstliche Intelligenz in der Medizin“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer an.

Der Aufschub aus Brüssel sorgt also für mehr Vorbereitungszeit, er bedeutet jedoch keine Entwarnung. Zwar treten die strengen Betreiberpflichten erst später in Kraft, doch Sorgfalt, Transparenz und ärztliche Letztverantwortung gelten schon heute. /



Mario Urbanek

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

1 → www.wolterskluwer.com/en/news/wolters-kluwer-survey-finds-broad-presence-of-unsanctioned-ai-tools-in-hospitals-and-health-systems

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall Höhenverstellbare Therapieliege ohne Sicherheitsfunktion genutzt

**Eine Pflegekraft/Praxispersonal
berichtet (Fallnr.289314):**

In einer Einrichtung ist eine höhenverstellbare Therapieliege zwar mit einer Sicherheitsfunktion ausgestattet, die mittels einer Sperrbox aktiviert wird. Der Schlüssel, der die Therapieliege aktiviert, verbleibt jedoch dauerhaft in der Sperrbox. Dies verhindert, dass die Sicherheitsfunktion greift, und kann dazu führen, dass beispielsweise das Reinigungspersonal versehentlich die Mechanik der Therapieliege auslöst und darunter eingeklemmt wird. Glücklicherweise ist bisher niemand zu Schaden gekommen; die Gefahr wurde im Rahmen einer Überprüfung entdeckt.

Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerks CIRS Berlin

Zunächst fragen sich die Anwesenden, ob es mehrere Schlüssel für die Therapieliege gibt und wer diese im Regelfall hat beziehungsweise wo sie aufbewahrt werden. Hintergrund der Frage ist, dass Menschen dazu neigen, aufwändige Situationen zu vermeiden und dabei Regelungen zu umgehen. Ein niedragschwelliger Zugang zum Schlüssel wird daher als wichtiger Faktor gesehen, damit der Schlüssel nach Gebrauch wieder aus der Sperrbox entfernt wird. Eine Möglichkeit wäre, den Schlüssel in unmittelbarer Nähe der Therapieliege zu deponieren.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis

Um den Mitarbeitenden die Wichtigkeit des Entferns des Schlüssels aus

der Sperrbox nach dessen Nutzung deutlich zu machen, sollten regelmäßige Einweisungen erfolgen. Ebenso ist es notwendig, dass auch das Reinigungspersonal und weiteres nicht-medizinisches Personal für die Gefahren der höhenverstellbaren Liegen sensibilisiert wird. Diese Personen müssen ebenfalls darauf achten, dass die Sperrfunktion aktiviert ist, bevor sie an den Therapieliegen arbeiten.

Zusätzlich kann das Anbringen eines Warn- oder Sicherheitsschildes an der Therapieliege selbst zur Risikoreduktion beitragen. Gleiches gilt für eine automatische Stopp-Funktion der Therapieliege, sollte beim Absenken ein Widerstand auftreten.

Auch dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurden Vorfälle mit höhenverstellbaren Therapieliegen gemeldet. In vielen Fällen kam es dabei zu einer Einklemmung durch versehentliches oder unkontrolliertes Betätigen unterschiedlich gestalteter Steuerungen. Nach Auswertung der Meldungen kam das BfArM zu dem Ergebnis, dass Medizinprodukte das Konzept der integrierten Sicherheit nach Anhang I Nummer 2 der Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte erfüllen müssen¹. Automatisch höhenverstellbare Therapieliegen sind daher nach Auffassung des BfArM derart zu konstruieren, dass versehentliches Betätigen der Steuerung an einem solchen Produkt nicht möglich ist oder zu keiner Gefährdung von Personen führen kann.

Diese Forderungen können gemäß BfArM durch folgende Maßnahmen erfüllt werden:

- Das Anbringen einer Sperrbox. Hier kann die Steuerung von vornherein nur durch autorisierte Personen – im Gegensatz zu Patient:innen oder Dritten – betätigt werden, die durch ihre Erfahrung und Ausbildung Zugang zur Sperrbox erhalten und das Produkt kontrolliert betätigen können.



- Die Einrichtung einer Zweihandschaltung. Dieser Begriff bezieht sich auf zwei räumlich getrennte Schaltelemente, die nicht zwangsläufig beide von Hand zu bedienen sind.

Auch alternative Maßnahmen, die das Konzept der integrierten Sicherheit ebenfalls erfüllen, sind möglich.

Bereits ausgelieferte elektrisch verstellbare Massage- bzw. Therapieliegen müssen nach Auffassung des BfArM nachgerüstet werden. Wie die Kostenteilung zwischen Hersteller und Kunden im Einzelfall erfolgt, war nicht Gegenstand der Bewertung. Für die Kontrolle der Umsetzung dieser Maßnahmen sind nach dem deutschen Medizinprodukte-recht die Landesbehörden zuständig.

Einige Hersteller bieten dem folgend in ihren Geräten beispielsweise auch einen Schlafmodus an, der nach der letzten Betätigung, etwa durch einen Doppeltipp aktiviert werden kann. Eine weitere Möglichkeit zur Steigerung der Sicherheit wäre das Ertönen eines Signals beim Freischalten. Hierfür ist jedoch eine zusätzliche Sensibilisierung der Mitarbeitenden für dieses Signal erforderlich.

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

Kontakt

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

1 → www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/therapieliegen.html

Behörde prüft unabhängig und objektiv

Medizinproduktaufbereitung: Wo Praxen Unterstützung finden und was sie bei einer Inspektion erwartet

Mit Blick auf die Sicherheit von Mitarbeitenden und Patient:innen schreibt das Gesetz vor, wie Instrumente und andere wiederverwendbare Medizinprodukte nach hygienischen Standards gereinigt, desinfiziert und sterilisiert werden müssen. In Berlin wird die Umsetzung dieser Anforderungen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales (Lageso) überwacht. Zur Unterstützung der Praxen stellt es auf seiner Website hilfreiche Informationen, Checklisten und Hinweise bereit.

Es gibt rund 400.000 verschiedene Arten von Medizinprodukten. Dazu zählen medizinische Verbrauchsartikel wie Verbandsmittel, OP-Materialien oder orthopädische Implantate, aber auch Hilfsmittel zur Prophylaxe, zur Unterstützung der Heilung und zur Linderung, wie beispielsweise Gehhilfen oder Rollstühle. Hinzu kommen In-vitro-Diagnostika und Geräte zur Bestimmung von Laborparametern sowie Instrumente, Endoskope und Ultraschallsonden. Die Aufbereitung dieser Medizinprodukte zählt zu den sensibelsten Bereichen im Praxis- und Klinikalltag. Denn nur leistungsfähige und sichere Medizinprodukte dürfen am Menschen eingesetzt werden.

Als zuständige Überwachungsbehörde informiert das Lageso über die Vorgaben des Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetzes (MPDG) und der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) und überprüft deren Einhaltung. Auf ihrer Website stellt die Behörde Hinweise und Checklisten zum Thema „Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten“ zur Verfügung und beantwortet folgende Fragen:

- Welche gesetzlichen Pflichten sind regelmäßig vom Betreiber und Anwender zu erfüllen?
- Das Lageso kommt in Ihre Gesundheitseinrichtung – was haben Sie zu beachten?

Darüber hinaus überprüfen die Mitarbeitenden des Lageso regelmäßig vor Ort, ob die Vorschriften und Abläufe mit den Inhalten der dokumentierten Prozesse in den Einrichtungen übereinstimmen.

Begehung vor Ort

Für die Einrichtungen bedeutet das: Nicht allein die Beschreibung ihrer Prozesse ist entscheidend, sondern auch deren nachvollziehbare Umsetzung vor Ort. Bei den Inspektionen spielen die hygienische Aufbereitung, die Behandlung von Verpackungsgütern und die lückenlose Dokumentation eine

zentrale Rolle. Sind die Abläufe strukturiert, die Unterlagen vollständig und die Zuständigkeiten klar geregelt, können die Praxen dem Besuch der Aufsichtsbehörde entspannt entgegensehen.

In der Regel beginnt eine Inspektion mit einer kurzen Vorstellung der Prüfer:innen sowie der Erläuterung des Anlasses und des Prüfrahmens. Anschließend findet ein Auftaktgespräch statt, in dem die zuständigen Personen benannt und die Abläufe in der Einrichtung beschrieben werden. Danach wird der Bereich der Instrumentenaufbereitung inspiziert. Dies umfasst den Ort der Anwendung, den Aufbereitungsbereich und die Lagerung. Dabei werden vorhandene Produkte wie Einmalmaterialien und medizinische Untersuchungsgeräte begutachtet.

Sie überwachen die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Medizinproduktaufbereitung in Berlin. Wie unterstützen Sie die Einrichtungen im Vorfeld von Inspektionen? Bieten Sie beispielsweise Beratungen oder Schulungen zum Thema an?

Dr. rer. nat. Jeannette Arnold, Lageso

„Das Lageso beantwortet konkrete Anfragen und stellt Informationen auf der Website zur Verfügung. Ausführliche Beratungsgespräche oder gar Schulungen gehören jedoch nicht zu den Aufgaben des Lageso. Dies würde auch die Objektivität und Unabhängigkeit der Behördenmitarbeitenden untergraben. Sie dürfen das Personal der medizinischen Einrichtungen nicht beraten und schulen und dann dieselben Personen bzw. Einrichtungen auch ordnungsbehördlich überwachen. Die Integrität der Behörde wäre nicht mehr gewährleistet.“

Wie können sich die Praxen auf eine Inspektion vorbereiten?



Foto: privat

Dr. med. Kathleen Chaoui, Ärztchamber Berlin

„Viele ambulante Versorgungseinrichtungen benötigen täglich Medizinprodukte, die entweder nur einmal oder wiederverwendbar sind. Für alle Mitarbeitenden ist der Umgang damit Alltag. Deshalb ist es für den Aufbereitungsprozess sehr hilfreich, Behandlungsstandards festzulegen, die individuell an die jeweiligen Bedingungen angepasst sind. Dabei kann man sich an den Herstellerangaben der Medizinprodukte orientieren. Behandlungsstandards sind für die Mitarbeitenden der Praxen bindend und erleichtern beispielsweise bei einem Mitarbeiterwechsel die Einarbeitung erheblich. Zur Vorbereitung auf eine Inspektion werden die Beschreibung der Aufbereitungsprozesse und die Einweisung der Mitarbeitenden darin schriftlich abgelegt. Die Dokumentation der einzelnen Aufbereitungsprozesse kann in bereitliegenden oder digital erstellten einfachen Listen pro Medizinprodukt erfolgen. Dabei ist auf eine datierte, patientengerechte Anonymisierung und die Beifügung eines Kürzels der oder des Verantwortlichen zu achten. Zusätzlich stehen auf der Website des Lageso Berlin viele Formulare als Vorlage für die Dokumentation der Medizinprodukteaufbereitung bereit und viele Berufsverbände bieten Veranstaltungen zur „begehungssicheren“ Praxis an, die auf fachgebietspezifische Details eingehen. Unter diesen Bedingungen kann jede Versorgungseinrichtung im ambulanten Bereich einer Inspektion mit gutem Gewissen entgegensehen.“

Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, ob die Aufbereitung nicht nur formal beschrieben, sondern auch tatsächlich wirksam organisiert ist. Die Inspektor:innen prüfen, ob der Prozess von der Annahme verschmutzter Instrumente über die Reinigung und gegebenenfalls Trocknung sowie die Desinfektion und erneute Trocknung, Verpackung und Sterilisation bis hin zur Freigabe, Kennzeichnung und dem erneuten Transport zur Lagerung nachvollziehbar ist. Dabei untersuchen sie auch, ob es Schwachstellen oder Medienbrüche gibt und überprüfen die Dokumentation von Routinekontrollen sowie die Chargen- und Freigabedokumentation für den Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsprozess.

Am Ende der Begehung findet üblicherweise ein Abschlussgespräch statt. Dabei werden die Beobachtungen, mögliche Beanstandungen und gegebenenfalls Nachforderungen

Müssen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten berufsrechtliche Aspekte beachtet werden?



Foto: Ole Eggert

Dr. med. Erich Fellmann, Ärztchamber Berlin

„Eine rechtlich verbindliche, direkte und unmittelbare Vorschrift oder Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Aufbereitung von Medizinprodukten ist im Berufsrecht nicht zu finden. Sie ist jedoch dezidiert in den Vorschriften, Richtlinien, Anordnungen und Empfehlungen der KRINKO, in der Europäischen Verordnung 2017/745 MP, im MPDG und in der MPBetreibV (zum Beispiel § 8 (1)) festgehalten. Dennoch sind wir mittelbar auch aus den allgemeinen Berufspflichten für unser Tun verantwortlich. Diese ergeben sich aus dem Heilberufekammergesetz als Grundlage unserer Berufsordnung (BO). So verpflichtet beispielsweise § 2 (2) der BO zur ärztlichen Berufsausübung nach den Gesetzen der ärztlichen Ethik und den anerkannten Regeln der Wissenschaft. Eine weitere Verpflichtung ergibt sich aus § 13 der BO, der Kenntnisse der Qualitätssicherung (WBO) und die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorschreibt. Wir unterliegen also nicht nur einer technischen oder hygienischen, sondern auch einer berufsrechtlichen Verpflichtung mit entsprechenden Ahndungsmöglichkeiten bei Verstößen gegen die Vorgaben zur Aufbereitung von Medizinprodukten. Berufsrechtliche Folgen von Verstößen gegen die allgemeinen Berufspflichten und gegen fachrechtliche Vorgaben können Rügen, Geldbußen unterschiedlicher Höhe und weitere Kammermaßnahmen nach dem Heilberufekammergesetz und der Berufsordnung sein.“

besprochen. Für die Einrichtung ist es wichtig, diese Rückmeldungen genau zu dokumentieren und Zuständigkeiten für die Nachbearbeitung festzulegen.

Bereitzuhaltende Unterlagen

Für eine Inspektion sollten alle wesentlichen Unterlagen aktuell, geordnet und sofort zugänglich sein. Neben der Vollständigkeit ist auch deren Plausibilität wichtig. Die Prüfenden achten darauf, dass die Unterlagen zueinander passen und die tatsächlichen Arbeitsabläufe in der Einrichtung abbilden.

Das Lageso stellt alle Informationen zum Ablauf einer Inspektion auf seiner Website zur Verfügung: → www.berlin.de/lageso/gesundheitsmedizinprodukte/betreiber-anwender.

Michaela Thiele / Ärztekammer Berlin

Abenteuer Niederlassung

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland steigt zwar, doch die Trends der Vorjahre bleiben bestehen: Es gibt weniger niedergelassene und mehr angestellte sowie stationär tätige Ärztinnen und Ärzte. Dabei bietet die Niederlassung viele Chancen. So lässt sich der anspruchsvolle Beruf mit dem Familienleben optimal verbinden, ohne in die fremdbestimmten Arbeitsabläufe einer Klinik eingebunden zu sein. „Berliner Ärzt:innen“ hat mit Dr. med. Andrea Riedl (AR) und Dr. med. Alexander Kugelstadt (AK) gesprochen. Sie sind Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit Dezember 2024 in einer Praxisgemeinschaft niedergelassen.



Dr. med. Andrea Riedl
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Foto: privat

BÄ Frau Dr. Riedl, Herr Dr. Kugelstadt, wie sind Sie zur Niederlassung gekommen?

AR Ich habe viele Jahre in der Klinik bzw. in einem großen Weiterbildungsinstitut gearbeitet. So vielfältig und inspirierend die Arbeit mit vielen Kolleg:innen auch war, mit der Zeit hat sich in mir das Bedürfnis danach eingestellt, meinen Arbeitsalltag sowohl inhaltlich als auch von der zeitlichen Einteilung selbst bestimmen zu können. Im therapeutischen Arbeiten das zu leben und zu sein, wozu ich mich in all den Jahren entwickelt habe. Es war ein langer Prozess zur Niederlassung, da mir die Option, die Sicherheit des Angestelltenverhältnis zu verlassen, lange zu unsicher war.

Vermutlich haben Sie das Pro und Contra bei Ihrer Entscheidung abgewogen. Was hat für Sie für und was gegen die Niederlassung in einer eigenen Praxis gesprochen und was war letztlich ausschlaggebend für Ihre Entscheidung?

AK Für mich ist ein interessanter Aspekt, die Balance zwischen Wirtschaftlichkeit und hoher Behandlungsqualität selbst austarieren zu können. In den Kliniken ist dies oft ein interpersonaler Konflikt, von dem ich nie viel gehalten habe. Für mich ist es eine gute Erfahrung, für die Qualität, aber auch die Wirtschaftlichkeit Verantwortung zu haben.

Gegen die Niederlassung sprach hingegen, dann nicht mehr Teil eines größeren Teams zu sein und auch die Leitungserfahrung nicht mehr auf direkte Weise nutzen zu können. In der Psychosomatik fand ich es immer hilfreich, vielfältige Blicke und Beziehungsfäden in den Behandlungsprozessen vereinen zu können. Außerdem arbeitet man nicht mehr unmittelbar multimodal mit anderen Berufsgruppen, wie Ergo-, Physio- oder Kunsttherapeuten zusammen, was ich für einen Nachteil halte.

AR Das stimmt, wobei mein erstes Pro ist, dass ich selbstbestimmt sein und arbeiten kann, wann und wie viel ich will bzw. mir finanziell leisten kann. Inhaltlich kann ich meinen therapeutischen Stil in der eigenen Praxis verwirklichen. Ich habe einen selbst gewählten Arbeitsstandort, weniger Zeitaufwand in Teamsitzungen und Besprechungen. Zudem habe ich wegen des halben Kassensitzes noch Zeit für die Arbeit als Dozentin, Supervisorin, Selbsterfahrungsleiterin und nicht zuletzt für die Familie.

Gegen die Selbstständigkeit sprachen: weniger Gehalt, mehr Risiko im Krankheitsfall und die Schwierigkeit, bei den enormen Preisen im Berliner Gewerbeimmobiliensektor eine geeignete Immobilie zu finden. Letzten Endes hat mir eine mehrmonatige



Dr. med. Alexander Kugelstadt
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Foto: privat

AK Bei mir war es ähnlich. Schon während meiner Zeit als angestellter Facharzt und Supervisor und später als Chefarzt war mir klar, dass ich mich an einem bestimmten Zeitpunkt niederlassen würde. Die Frage war, wann der Moment kommen würde, an dem ich bereit bin, die Vorteile eines Teams, vieler Kollegen und die Sicherheit einer Institution endgültig zu verlassen. Der Auslöser im Jahr 2024 war dann recht spontan: Es wurden neue Kassensitze für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeschrieben und mir wurde einer zugesprochen.

berufliche Unterbrechung geholfen zu spüren, dass ich wirklich etwas in meinem beruflichen Leben verändern will. Ich habe diese Phase genutzt, um ehrlich zu reflektieren, wohin meine berufliche Entwicklung gehen soll und welche Werte mir wichtig sind. Zeitgleich ergab sich die Möglichkeit, eine zusätzliche Niederlassungsmöglichkeit (freie Arztsitze) in Berlin zu erwerben – damit war die Entscheidung gefallen.

Welche Erwartungen hatten Sie an die Selbstständigkeit?

AR Ich hatte die Erwartung bzw. Befürchtung, dass es eintöniger als eine Arbeit im Team sein könnte und ich mich ohne Kolleg:innen einsam fühlen könnte. Beides hat sich nicht bestätigt. Die Erwartungen an Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit haben sich hingegen über alle Maßen bestätigt.

AK Ich hatte den Wunsch, dass sich der Arbeitstag nicht mehr wie eine Mühle anfühlt. Dass ich nicht mehr wie automatisch morgens das tue, was man tun muss, sondern noch mehr, was ich fachlich für das Richtige halte. Ich würde sagen, dass sich dieser Wunsch zu großen Teilen erfüllt hat, auch wenn der Umstellungsprozess, plötzlich ausschließlich selbst verantwortlich zu sein, Zeit braucht.

Wie ging es dann weiter? Was waren für Sie die größten Herausforderungen bei der Gründung Ihrer eigenen Praxis?

AR Ich hatte das Glück, dass Alexander sich zu diesem Zeitpunkt in einer ähnlichen Situation befand. Wir beschlossen, eine Praxisgemeinschaft zu gründen. Das machte alles leichter und ist bis heute eine große Bereicherung. Die größte

Herausforderung war das Finden einer geeigneten Immobilie, die wir anschließend noch umfassend renovieren mussten. Die zeitliche Planung vom Erwerben des Kassensitzes, dem Finden und Renovieren der Immobilie und dem Beginn der Praxis fand ich herausfordernd. Auch die finanzielle Situation ist herausfordernd, da man erst etwa sechs Monate nach Beginn der Praxis-tätigkeit mit einer größeren Zahlung der KV rechnen kann.

AK Wir hatten viele interessante Herausforderungen, die sich zum Teil gut lösen ließen. Aber sie haben uns immer wieder ins Schwitzen gebracht! Zum Beispiel, wenn der Termin für die Installation der Software schon feststeht und der Lieferant für die IT-Hardware ein unverschämte teures Angebot auf den Tisch legt. Dann muss man improvisieren oder natürlich zahlen (lacht).

Innerhalb eines Jahres haben wir den gesamten Prozess von der Bewerbung auf den Kassensitz bis zur Behandlung des ersten Patienten durchlaufen und dabei wertvolle Erfahrungen mit den verschiedenen Fallstricken sowie Lösungs- und Empfehlungsansätzen gesammelt. Diese Erfahrungen haben wir in einem Videokurs zusammengefasst, der jetzt erschienen ist. Gerade im Bereich der Ärztlichen Psychotherapie erscheint uns eine Ermutigung zur Niederlassung bei der aktuellen gesundheitspolitischen Wetterlage wichtig – Stichwort: 4,5-prozentige Honorarabsenkung und Budgetierung ...

Wie sie die Herausforderungen gemeistert haben, welches Fazit sie über ihren Weg in die Niederlassung ziehen und wie Kolleg:innen davon profitieren können, lesen Interessierte im Online-Magazin unter → [https://magazin.aekb.de/abenteuer-niederlassung.](https://magazin.aekb.de/abenteuer-niederlassung/) /

Psychotherapie in beiden Kammern: eine Standortsuche

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes findet bisher kaum ein Echo in der ärztlichen Öffentlichkeit. Nach mehr als 50 Jahren Vorlaufzeit und vielen Konflikten in der Vergangenheit ist das überraschend.

Im Rückblick begann 1956 eine Formalisierung, als in der Zeit der aufkommenden Psychotherapie der ärztliche Zusatztitel „Psychotherapie“ in die damalige Berufs- und Facharztordnung eingeführt wurde. Anfangs durften ihn nur Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Krankheiten, für Nerven- und Gemütskrankheiten und für Kinderkrankheiten auf dem Praxisschild führen. Der damalige Qualifikationsanspruch blieb lange auf dem Niveau einer Fort-

bildung: Es genügten die Nachweise von zwei Jahren Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie und die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, etwa an den Lindauer Psychotherapiewochen. Später wurde zusätzlich der Nachweis einer psychotherapeutischen Behandlung gefordert. Diese geringen Anforderungen standen im Gegensatz zu den bereits bestehenden Qualifikationsanforderungen außerhalb des Geltungsbereichs der Ärztekammern.

Die Einführung der Kassenpsychotherapie

Entscheidend für die Ausbreitung und Regulierung der Psychotherapie in Deutschland war die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen ab 1967. Sie beruhte auf den Arbeiten von Annemarie Dührssen und Eduard Jorswieck, die nachgewiesen hatten, dass Psychotherapie die Krankheitsdauer verkürzen kann.

Als Modellverfahren wurde die sogenannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie entwickelt, ein eher krankheitsbildbezogenes Verfahren mit geringerem Umfang als die analytische Psychotherapie. Damit wurde die ältere „soziale“ Begründung für die Anwendung von analytischer Psychotherapie aus der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg durch eine „ökonomische“ Begründung erweitert. Die Bedingungen der Kostenübernahme wurden durch „Vereinbarungen und Richtlinien“ des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) festgelegt. In der „Psychotherapie-Vereinbarung“ sind die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie sowie die in den „Psychotherapie-Richtlinien“ genannten psychotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung geregelt.

Die Richtlinien besagten, dass die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der kassenärztlichen Versorgung sei, wenn mit dieser Art der ärztlichen Behandlung allein oder neben anderer ärztlicher Behandlung Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) geheilt oder gebessert werden können. Dabei galten die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung auch hinsichtlich ihres Umfangs.

Entscheidend war zudem, dass die qualifizierende Berechtigung zur Teilnahme an der kassenärztlich finanzierten Psychotherapie den Qualifikationsanforderungen der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) entsprach. Diese Anforderungen galten für die Ausbildung von Psychologinnen und Psychologen und wurden auch als Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte anerkannt, obwohl die Vorgaben der Ärztekammer für den Zusatztitel „Psychotherapie“ lange Zeit darunter lagen. Es gab also im Grunde zwei Klassen des Zusatzes „Psychotherapie“.

Ein Problem nach der Einführung der Kassenpsychotherapie im Jahr 1967 war, dass Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten nach Abschluss ihrer Ausbildung nicht selbstständig mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnen konnten, da sie keine Mitglieder waren.

Für sie wurde ein sogenanntes Delegationsverfahren eingeführt, das sie an die Bereitschaft gleichwertig qualifizierter ärztlicher Kolleginnen und Kollegen band, für sie als delegierende Ärztinnen und Ärzte zu fungieren. Als später für die Teilnehmenden der Aus- und Weiterbildung (psychologische und ärztliche) analog ein sogenanntes Beauftragungsverfahren eingeführt wurde, waren diese an einen „beauftragenden Arzt“ gebunden. Noch am 7. September 1972 hieß es in der Neufassung des § 6 der Vereinbarung in einem heute sehr hoheitlich klingenden Deutsch:

Ein zur Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie nach dieser Anlage berechtigter Arzt darf die Behandlung an einen nichtärztlichen Psychotherapeuten oder Psychagogen delegieren, wenn er selbst überwiegend tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie durchführt. Die Delegation an einen Psychagogen ist jedoch nur bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres – in Ausnahmefällen bei Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – zulässig. Eine Delegation kann nur an solche nichtärztlichen Psychotherapeuten oder Psychagogen vorgenommen werden, die auf dem RVO-oder Ersatzkassensektor entsprechend tätig werden dürfen. Der ärztliche Psychotherapeut hat sich, bevor er eine Delegation vornimmt, bei der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hierüber zu vergewissern.

Die weiteren Entwicklungen

In den Jahren zwischen 1978 und 2000 kam es zu vier einschneidenden Veränderungen. 1978 ersetzte die Bundesärztekammer die Berufs- und Facharztordnung durch die Weiterbildungsordnung (WBO), deren Paragraph 5 im allgemeinen Teil eine Weiterbildungspflicht regelt. Seitdem ist für die Befugnis (früher: Ermächtigung) die Anerkennung eines Ortes als Weiterbildungsstätte und die Anerkennung eines dort tätigen Weiterbildungsbefugten erforderlich. In dem hierarchisch gegliederten System der Klinikordnung waren dies allein die ärztliche Leitung oder allenfalls deren Stellvertretung. Teilinhaltsliche oder Teilzeitbefugnisse waren ausgeschlossen. Schon damals entsprach die Bindung an einzelne Weiterbildungsbefugte auch in der stationären Weiterbildung nicht der Realität, insbesondere nicht in der ambulanten Weiterbildung in den von der KBV anerkannten Instituten der DGPT. Hier leiteten und überwachten immer mehrere qualifizierte Weiterbildungsbefugte die Weiterbildung in Zusammenarbeit mit Fachgremien.

Elf Jahre später, im Jahr 1989, musste nach der Öffnung der Mauer und der Wiedervereinigung der Stadt die Berliner WBO neu gefasst werden, unter anderem weil der in der DDR anerkannte „Facharzt für Psychotherapie“ nun auch im Westteil anerkennungsfähig wurde. Dies bewirkte 1993 einen

Schub, sodass der Deutsche Ärztetag in Köln die Schaffung eines neuen „Facharztes für Psychotherapeutische Medizin“ (ab 2003 Psychosomatische Medizin) beschloss. Die alternative Vorstellung, Psychosomatik breit zu implementieren, war zuvor zugunsten des neuen Facharztes verworfen worden. Zugleich wurde beschlossen, den bisherigen Zusatztitel „Psychotherapie“ in die Weiterbildungsgänge der drei „P-Fachärzte“ (der beiden psychiatrischen und des neuen psychosomatischen Facharztes) zu integrieren.

Um auch in diesen Weiterbildungsgängen das gesamte Angebot zu sichern, wurden für den Psychotherapie-Teil kammerseitig drei Vereine anerkannt, die von Weiterbildungsbefugten getragen wurden. Für den „Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ wurde das Berliner Modell anerkannt, für den „Arzt für Psychosomatik und Psychotherapie“ das Kollegium Psychosomatische Medizin Berlin-Brandenburg e. V. (KPMB) und die Akademie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (APM) und für den „Arzt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ der Weiterbildungskreis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin e.V.

Mit der Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin schien der Vorsprung der Ärztinnen und Ärzte im berufspolitischen Rennen gegenüber den Psychologinnen und Psychologen wiederhergestellt, doch tatsächlich beschleunigte der neue Facharzt die dritte bedeutsame Veränderung. Nach langer Vorarbeit trat am 1. Januar 1999 das „Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (PsychThG)“ in Kraft, das auch von vielen psychologischen Analytikerinnen und Analytikern begrüßt wurde. Als Bundesgesetz regelte es das Berufsrecht der Heilberufe und schuf erstmals zwei Berufe: den des Psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene und den des Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Dadurch wurden die Psychotherapeutinnen und -therapeuten Mitglieder der KVen. Entsprechend gründeten sich Landespsychotherapeutenkammern und eine Bundespsychotherapeutenkammer.

Die Gegenwart

Für die aktuelle berufspolitische Situation ist eine vierte Veränderung entscheidend, die 20 Jahre später, am 1. September 2020, eintrat: die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes.

Dem war die Forderung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorausgegangen, aus juristischen Erwägungen einen dem ärztlichen Weiterbildungsgang analogen Weiterbildungsgang für Psychologinnen und Psychologen zu schaffen. Das BMG gab dazu im Jahr 2009 ein Forschungsgutachten in Auftrag. Obwohl die befragten Sachverständigen

keinen Änderungsbedarf sahen und es viele Gegenstimmen gab, entwarf die Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo) neun Jahre später, im November 2016, ein „Eckpunktepapier zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)“. Unter dem Stichwort der „Direktausbildung“ sah es praktisch eine Neufassung des Gesetzes vor.

Demnach sollte auf ein universitäres Theoriestudium als Ausbildungsgang mit dem Ziel eines einheitlichen „Psychologischen Psychotherapeuten“ eine weiterführende Qualifikation zum „Psychotherapeuten“ analog der ärztlichen Weiterbildung erfolgen. Nach ersten Entwürfen im Jahr 2017, einem Referentenentwurf sowie einem Kabinettsentwurf vom 15. Mai 2019 wurde das novellierte Gesetz nach einer Sachverständigenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 26. September 2019 im Bundestag verabschiedet und trat nach Zustimmung durch den Bundesrat am 1. September 2020 mit allen Bedingungen in Kraft. Der 38. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) verabschiedete daraufhin eine der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) analoge Muster-Weiterbildungsordnung.

Voraussetzung der Bezahlung erlischt

Neben anderen Nachteilen hatte die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes jedoch einen Kardinalfehler: Durch die Verlagerung des Theorieteils als Ausbildung in das universitäre Studium und die Einführung der anschließenden Qualifikation als Weiterbildung mit den drei Säulen Selbsterfahrung und Behandlungspraxis unter Supervision erlischt spätestens 2032, mit dem Ende der Übergangsfrist, die bis dahin mögliche Finanzierung dieser Inhalte, da mit der Novellierung des Gesetzes die Voraussetzung der Bezahlung erloschen ist. Weiterbildungen werden nicht bezahlt, sondern nur die Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis in Kliniken, Praxen oder sonstigen Institutionen. Dieser Mangel wurde vor der Novellierung zwar anerkannt, aber blieb ausgeklammert. Außerdem fordert die Ärztekammer Berlin, dass die ärztliche Weiterbildung kostenfrei sein müsse.

Eine weitere Schwierigkeit entstand im Jahr 2018 durch den Normierungsdruck der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, die psychologischen Lehranalytikerinnen und -analytiker und Supervisierende nicht zur Beteiligung an der ärztlichen Weiterbildung zulassen will. Diese Entwicklungen treffen die anerkannten Institute der DGPT mit ihrer fast 80-jährigen Tradition der Zusammenarbeit beider Berufsgruppen im Kern und vernichten wahrscheinlich ein qualifiziertes Weiterbildungsangebot. /

Dr. med. Kurt Höfeld

Kann Kunst heilen?

Ein kreativer Streifzug durchs Westend

Auf Stationen, in Wartebereichen, in Aufgängen und im denkmalgeschützten historischen Kochhaus: Der Förderverein „Kunst im Westend“ der DRK Kliniken Berlin Westend zeigt neue Ausstellungen, darunter eigens für die Gebäude geschaffene Kunstprojekte.



Fotos: Anne Schönharting, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin
„Esperance“ ist eine typische Arbeit der Künstlerin Monika Goetz, die vor allem für ihre ortsbezogenen Installationen, Lichtarbeiten und Kunst-am-Bau-Projekte bekannt ist.

„Esperance“ – Hoffnung – heißt das Ensemble verschieden großer, transparenter Kugeln. Die Skulptur von Monika Goetz (*1968) besteht aus Gläsern und Flaschen, die mit UV-Kleber zusammengehalten werden. Die filigranen Gebilde stimmen heiter und fast zuversichtlich. Doch sie sind zugleich fragil, zerbrechlich. „Wenn man genau hinschaut, sieht man, dass man sich daran auch verletzen könnte“, kommentiert Anne Schwarz von der Galerie Schwarz Contemporary beim Presse-Rundgang Anfang Juni.

Ambivalenzen dieser Art gehören zu den bleibenden Eindrücken von Ausstellungen moderner Kunst. Doch wenn es auch einen Moment so scheinen mag: Wir sind hier nicht im Arsenal, dem großen Ausstellungsraum der Biennale von Venedig. „Esperance“ ist auf dem Boden des „Kochhauses“ auf dem Gelände der DRK Kliniken Berlin Westend ausgestellt, einem Raum, in dem früher die Mahlzeiten für Patientinnen und Patienten zubereitet wurden.

Dort ist auch „Shaping Berlin“ zu sehen, das Einblick in die Arbeit von acht Bildhauerinnen gibt, die aktuell in Berlin arbeiten. Das Konzept dafür wurde in einem Wettbewerb des Berliner Senats prämiert. Dass diese „weiblichen Positionen“ nun im Gebäude eines Berliner DRK-Klinikums zu sehen sind, passt besonders gut, denn die DRK-Schwesternschaft Berlin e. V. ist alleiniger Gesellschafter des Unternehmensverbundes.

„Alle sehen, dass hier etwas Eigenes, Geschaffenes ist“

Ein Gespräch mit PD Dr. med. Bernd Frericks (BF), Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie, Ärztlicher Leiter des Klinikums und Vorsitzender des Fördervereins Kunst im Westend e. V.

(AML) Wie verändert es den Aufenthalt von Patient:innen, wenn sie an vielen Orten des Klinikums Kunstwerken begegnen?

(BF) Natürlich sind viele Patient:innen, die hierherkommen, zunächst einmal mit ihrer schweren Krankheit beschäftigt. Sie bemerken aber, dass sie in ein gepflegteres Haus kommen, in dem man sich Mühe gibt, das Umfeld zu gestalten. In der Phase der Rekonvaleszenz nehmen viele die Kunst dann wirklich wahr. Ein klassischer Fall ist der unfallchirurgische oder orthopädische Patient, der mit dem Physiotherapeuten auf den Gängen auf und ab geht.

Die Kunstwerke haben aber auch Einfluss auf Patient:innen mit einer schweren Krebserkrankung, die nach der Operation ins Leben zurück müssen und wollen. Praktisch alle interessieren sich dafür, vielen bieten sie ein wenig Ablenkung. So kommt man ins Gespräch: Wir werden sowohl darauf angesprochen, wenn jemandem etwas gar nicht gefällt, als auch auf die schöne Ausdruckskraft der Werke. Alle sehen, dass hier etwas Eigenes, Geschaffenes zu sehen ist, etwas Kuratiertes. Sie merken, dass sich jemand Gedanken gemacht hat.

Was kann Kunst zur Heilung und zum Wohlbefinden beitragen?

Ich glaube, ein entscheidender Faktor ist, dass Patient:innen von ihren Sorgen und Nöten abgelenkt werden. Sie kommen in andere, neue Gedankenwelten und heraus aus dem engen Korridor. Im besten Fall entsteht eine Art Dialog mit einem Kunstwerk, und das bietet die Chance, neue Möglichkeiten für sich selbst zu entwickeln.

Passt Kunst also in das aktuelle Konzept des „Social Prescribing“, als „Kunst auf Rezept“?

Aus meiner Sicht ja. Allerdings muss man gut überlegen, für welche Menschen welche Form der Kunst eine positive Rolle spielen könnte. Das ist sehr individuell. Wir beobachten, dass sich Patient:innen das aussuchen, was sie persönlich anspricht.

Wie reagieren die Mitarbeitenden der Kliniken auf die Kunst?

Da gibt es natürlich unterschiedliche Meinungen. Bis hin zu Bemerkungen wie: „Was soll das, wo wir doch sparen müssen?“ Oder: „Das hätte auch mein Hund malen können.“ Durch gute, informative Gespräche und kleine Kunstführungen ändert sich das jedoch. Im Großen und Ganzen stößt das Projekt

auf große Zustimmung. Die meisten finden es gut, dass hier Bilder hängen, die nicht wie aus dem Katalog wirken. Allgemein spürt man: Das hier ist ein Mehr.

Und noch eine persönlichere Frage: Als Radiologe arbeiten Sie mit „Bildgebung“. Hat Ihr Fachgebiet einen besonderen Blick auf Bilder?

Es stimmt, dass wir grundsätzlich eine große Affinität zu Bildern haben. Wir sind von Berufs wegen nah am Bild und achten auf Details. Wir sind darauf trainiert, kleinste Veränderungen zu erkennen. Auch wenn es sich bei den radiologischen Bildern natürlich um technische Bilder handelt, die in der Regel schwarz-weiß und in abgestuften Grautönen sind.

Vielen Dank für das Gespräch. /



PD Dr. med. Bernd Frericks (li) zeigt Georg Baum, dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates der DRK Kliniken Berlin und Oberin Doreen Fuhr, Vorstandsvorsitzende der DRK-Schwesternschaft Berlin, beim Kunstfest Anfang Juni 2026 eine Serigraphie von Heinz Mack.

Museale Präsentation

Der Förderverein „Kunst im Westend e. V. – Eine Initiative der DRK-Kliniken Westend“ organisiert bereits seit über zwei Jahrzehnten Ausstellungen und Installationen namhafter Künstlerinnen und Künstler in den Innenbereichen der zahlreichen Klinikgebäude. Dabei geht es keinesfalls um nettes, schmückendes Beiwerk oder um Dekoration an als zu kahl empfundenen Wänden. „Wir haben uns für eine Form der Präsentation entschieden, die wirklich museal sein will und diesem Anspruch gerecht wird“, erklärt Dr. Eva Morawietz, Kunsthistorikerin und Leiterin „Kunst und Kultur“ an den DRK Kliniken Berlin. Kurze schriftliche Einführungen in die Werke der Künstler:innen sowie Kunstführungen bringen Patient:innen und deren Angehörigen, aber auch den Menschen, die in den verschiedenen Bereichen des Klinikums arbeiten, die Werke näher. Auch Kunstinteressierte, die nicht zu einer dieser Kategorien gehören, sind – zu den Besuchszeiten der Kliniken – willkommen.

Es gibt einiges zu entdecken. Auf den chirurgischen Stationen in einem der Altbauten hängen zum Beispiel Werke der ZERO-Künstler Heinz Mack (*1931) und Otto Piene (1928–2014). Die prominenten Vertreter der deutschen Nachkriegs-Avantgarde widmen sich den vier Elementen oder in Pienes Serigraphie „Regenbogen“ einem Naturschauspiel, für das unsere Erde die verschiedensten Schauplätze bietet. Farbe, Licht und Schönheit, die auch tröstlich sein können. Mag sein, dass das Bild „Veuve Clicquot“ manchen auch an den Tag der Entlassung nach einer gelungenen Operation denken lässt, und an die Flasche Schaumwein, die zu Hause für besondere Anlässe bereitsteht.

Wer in die Notaufnahme muss, hat wahrscheinlich nicht die Ruhe, um die vor dem Eingang platzierten Plastiken des Bildhauers Rolf Szymanski (1928–2013) zu betrachten. Ihre Kraft und Würde teilen sich vielleicht aber auch unerschwerlich mit. Für die Skulpturen im Außenbereich ist die 2009 gegründete Stiftung „Figuren im Park“ von Heidi und Dieter Brusberg mit den DRK Kliniken Berlin Westend zuständig.

„Ach, wie schön, da muss man ja gesund werden“

Mitten auf der Aue, dem Herzstück der Krankenhausanlage, haben Flanierende mehr Muße und sehen sich vielleicht eine der neueren Skulptur an: Ein Mädchen? Ein Hase? Etwas dazwischen? Als „ein Mischwesen des Schutzes und des Trostes“ empfindet Felix Brusberg, Sohn des Gründer-Ehepaars der Stiftung, das Werk der japanisch-schweizerischen Bildhauerin Leiko Ikemura (*1951). Morawietz berichtet ergänzend von einer Patientin, die beim Gang durch den Garten nur staunend sagte: „Ach, wie schön, da muss man ja gesund werden!“



Die großformatige Wandarbeit von Johanna Jaeger (li) berücksichtigt die architektonischen Gegebenheiten und die Bewegung der Besucher:innen durch den MRT-Tunnel.

Doch vor vielen Patient:innen, die stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden, liegt ein weiter, von starker Ungewissheit und zahlreichen medizinischen Etappen geprägter Weg. Den Gang zum MRT im Hochhaus E1 des Klinikums hat die Künstlerin Johanna Jaeger (*1985) mit der eigens für diesen „MRT-Tunnel“ entwickelten großformatigen Wandarbeit „Turning Corners“ zu einem optischen Erlebnis gemacht: Bildgebung auf dem Gang zur Bildgebung. Auch wer den Eingangsbereich zum Kreißsaal betritt, mag bei aller freudigen Erwartung ein Gefühl der Ungewissheit



empfinden. Die Berliner Künstlerin Claudia Busching (*1954) hat eigens für diesen besonderen Ort eine Raumzeichnung angefertigt. Unterschiedlich markante Linien und Lagen von Papier nehmen ihren Zeichnungen und Collagen alles Fläche. So vielschichtig – zart und zugleich stark – wie die kleinen Menschen, die im Kreißsaal jeden Tag geboren werden.

Zwei Themen dürfen in einem Bericht über das „Kunst-Krankenhaus“ auf keinen Fall vergessen werden: Da ist

zunächst einmal das Triptychon mit dem schönen Titel „Lebenskraft“, das der kürzlich verstorbene Georg Baselitz (1938–2026) 1970/71 als „Kunst am Bau“ für die Kliniken gestaltete und das im Eingangsbereich des Bettenhochhauses zu bewundern ist. Für Morawietz ist es das „Herzstück“ des gesamten Projekts. Zudem ist es eines der frühesten Werke, in denen der Künstler mit der Umkehrung der Motive experimentierte.

Besondere Anerkennung

In diesem Jahr gibt es neben der Vielzahl hier verteilter Künstler:innen einen zweiten Beleg für die besondere Bedeutung des gesamten Projekts: Die DRK Kliniken Berlin Westend wurden für den renommierten Deutschen Kulturförderpreis 2026 nominiert. In die engere Auswahl zu kommen, gilt in der Szene als Auszeichnung. /



Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wissenschaftsjournalistin
Foto: privat

Kunst im Westend

Die Kunstwerke in den Innenräumen der verschiedenen Kliniken können nachmittags zwischen 15 und 18 Uhr besichtigt werden. Für die Kunstwerke im Außenbereich gibt es einen von Schauspieler Hanns Zischler eingesprochenen Audioguide, der über die QR-Codes an den Skulpturen abgerufen werden kann.

Weitere Informationen unter:

→ www.drk-kliniken-berlin.de/kunst-kultur-krankenhaus

Das Rezept

Im August ist in Berlin die Luft raus. Die Schulen haben Ferien, die Kultur macht Sommerpause und selbst der Ventilator klingt, als wolle er gleich einen Antrag auf Reha stellen.

Wie viele Hitzewellen werden wir wohl ertragen müssen in diesem Sommermonat aller Sommermonate? Die Stadt glüht, die Nerven auch. Dass Hitze aggressiv macht, ist kein Mythos. Wissenschaftlich nachgewiesen steht der Körper unter massivem Stress. Die Organsysteme schlagen Alarm, die Stresshormone explodieren, die erweiterten peripheren Gefäße verhindern eine ausreichende Gehirndurchblutung – und dann übernimmt auch noch der Hypothalamus, was das Ende von Rücksicht, Freundlichkeit und Konzentration bedeutet.

Besonders heikel wird die sich stauende Hitze im Krankenhaus. Hitzeschutz ist hier keine Komfortfrage, sondern eine Frage der Verantwortung. In den Betten liegen vulnerable Patientinnen und Patienten, über die Flure hetzen überlastete Mitarbeitende, und vielerorts stecken alle gemeinsam in Gebäuden, die energetisch so zeitgemäß sind wie ein Faxgerät im Digitalministerium. Kühlung gibt es durchaus – nur nicht dort, wo sie den Menschen zugutekäme. MRT, CT, Serverräume und andere empfindliche, wertvolle technische „Mitarbeitende“ werden zuverlässig temperiert. Die menschlichen Kostenfaktoren können froh sein, wenn die Verwaltung ein Eis oder neuerdings zuckerachtsam ein Stück Melone spendiert. Die Charité versucht, mit Heatmaps Orte zum Abkühlen aufzuzeigen. Blöd nur, wenn diese Orte nicht aufgesucht werden können. Und auch eigentlich klimatisierte OP-Säle werden oft zur Hitzefalle – nämlich dann, wenn die Klimaanlage in der Hitze selbst kollabiert und sich die Reparatur hinzieht, während

im Saal an alle Röntgenschürzen verteilt werden.

Wie schön ist es da, wenn der Dienst ein Ende hat und der See ruft. Leider ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass hier medizinische Notfälle zum Freizeiteinsatz führen. Schon der bisherige Sommerverlauf zeigt eine erschreckend hohe Anzahl von Badetoten. Sprünge aus voller Erhitzung ins kühle Nass können durch die Vagus-Antwort zu einem reflektorischen Abfall der Herzfrequenz bis hin zur Asystolie und zum Ertrinken führen. Am Schlachtensee laden Zerkarien zudem zur dermatologisch-mikrobiologischen Fortbildung ein. Die Larven von Saugwürmern, deren eigentlicher Wirt Wasservögel sind, bohren sich in die Haut und lösen eine juckende Badedermatitis aus. Vielleicht könnte die Ärztekammer die kollegialen Stunden am See mal mit Fortbildungspunkten vergüten!

Wenn nicht, dann als Alternative vielleicht klassische Bildung im Museum? Ein angenehmer Nebeneffekt dabei ist, dass viele Häuser aus konservatorischen Gründen aufwendig klimatisiert sind. Das hat bereits dazu geführt, dass Museen während des „Hitzedomes“ ihr Türen gratis für ältere Menschen öffneten. Berlin hat da bisher noch nicht so richtig mitgemacht, lockt aber dafür am 29. August mit der „Langen Nacht der Museen“. Wer in der Augusthitze einen kühlen Kopf bewahren will, bleibt am besten tagsüber drinnen, schaut in abgedunkelten Altbaudachgeschossen Serien und entwickelt sich zum nachtaktiven Vampir. Abends geht es dann raus, beispielsweise am 12. August zur „Langen Nacht der Astronomie“. Im Zeiss-Großplanetarium tröstet die Tatsache, dass es immerhin im Weltall noch kalt ist.

Auf der Erde finden hingegen Open-Air-Konzerte statt – vermutlich entweder bei glühender Sonne oder bei Blitz und Donner. Von Roland Kaiser bis ZAZ ist kollektives Schwitzen angesagt, was,

wenn man den Konzertbesuchern von Bruno Mars neulich bei 41 Grad und Pyrotechnik glauben will, total viel Spaß machen kann. Alkohol ist bei diesen Veranstaltungen nicht nur allgemein, sondern insbesondere bei hitziger Wetterlage keine gute Idee. Bei hohen Temperaturen wirkt Alkohol deutlich heftiger, die Vasodilatation ist potenziert, der Blutdruck sinkt in Grund und Boden und mit ihm der Mensch. Und wieso wird bei Open-Airs die ohnehin heiße Luft eigentlich noch immer mit Rauchwolken verpestet? Wo bleibt das Rauchverbot?

Kulinarisch ist im August das Pistacchio Street Food Festival zu empfehlen, bei dem die Pistazie salzig (Elektrolyte ersetzen) und süß (was kühlt besser als Pistazieneis-Affogato?) zum grünen Gold erklärt wird. Aber bitte nicht den giftigfarbenen Slush-Eis-Maschinen anheimfallen! Das darin enthaltene Glycerin kann schon in üblichen Eis-mengen vor allem bei Kindern zum Überschreiten der Toleranzdosis und zu Kopfschmerz, Benommenheit oder Durchfall führen. Auch wenn Glycerin andererseits zur Therapie von Hirnödemen, die auch hitzebedingt sein können, angewendet werden kann, rezeptiere ich Ihnen diesen Monat lieber mittels Eiswürfeln, Coolpacks und Ventilator: einen kühlen Kopf! /

**Herzlichst
Ihre Frau**

Dr. Titel

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

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

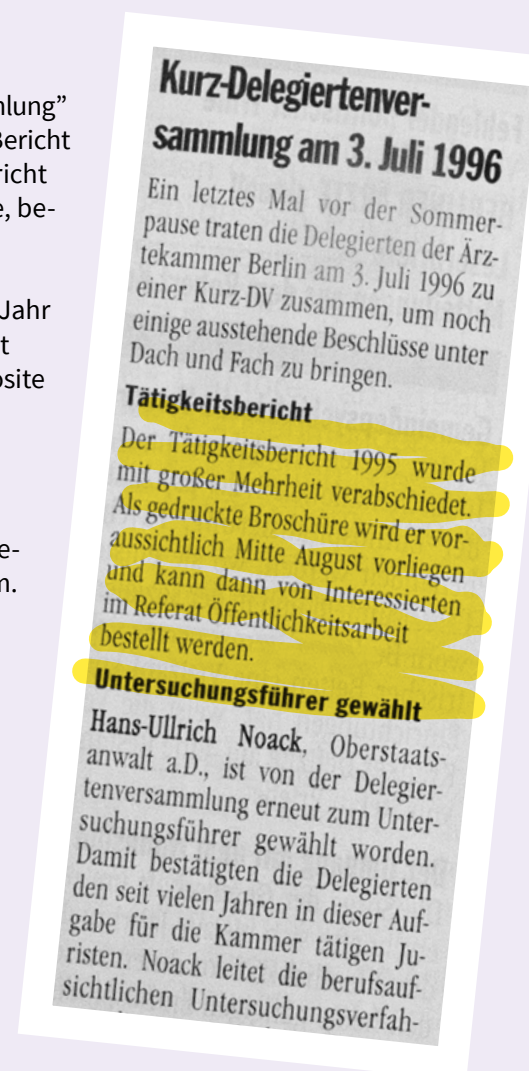
Während es sich bei dem Treffen am 3. Juli 1996 um eine „Kurz-Delegiertenversammlung“ handelte, diskutierten die Delegierten am 1. Juli 2026 bis spät in die Nacht (siehe Bericht ab Seite 20). Damals wie heute beschlossen sie unter anderem den Tätigkeitsbericht des Vorjahres. Was damals jedoch als gedruckte Broschüre verabschiedet wurde, benötigt heute nur wenige Klicks.

So konnten die Kammermitglieder und Interessierte den gedruckten Bericht im Jahr 1995 sechs Wochen nach der Sitzung, voraussichtlich ab Mitte August, im Referat Öffentlichkeitsarbeit bestellen. Heute können sie ihn direkt online auf einer Microsite durchscrollen, wesentliche Aspekte der Kammerarbeit des vergangenen Jahres entdecken und bei Interesse auf die weiterführenden Links klicken – ganz ohne Postweg und Lieferzeit.

Und wer die gedruckte Broschüre vermisst, kann den Bericht übrigens als PDF herunterladen – der Umwelt zuliebe idealerweise zur digitalen Lektüre am Bildschirm.



Online weiterlesen
unter → tb2025.aekb.de



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

Herausgeberin

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
✉ redaktion@ae kb.de
→ <https://magazin.ae kb.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 Anne Schönharting, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

Designkonzept

Panatom

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH
Geschäftsführung: C. W. Haase
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
☎ 030 761 80-5
→ www.quintessence-publishing.com

Anzeigen- und Aboverwaltung:

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2026, gültig ab 01.01.2026.

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

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

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten ver-
öffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art
übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Die darin geäußerten An-
sichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeberin der Zeit-
schrift. Sie dienen dem freien Meinungs Austausch der Berliner Ärzt:innen-
schaft und 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 Mit-
gliedschaft bei der Ärztekammer Berlin. Nichtmitglieder können die
Zeitschrift beim Verlag abonnieren:

Melanie Bölsdorff
☎ 0341 71 00 39-93
✉ boelsdorff@quintessenz.de

ISSN: 0939-5784

© Quintessenz Verlags-GmbH, 2026