

Berliner Ärzt:innen

MITGLIEDERZEITSCHRIFT
ÄRZTEKAMMER BERLIN
AUSGABE 5 / 2026

Schwerpunkt:
„Herbst der
Reformen“

Klinische Forschung
„Notfälle sind Raritäten“

Ärzt:innen



Dr. med. Kathleen Chaoui
ist Fachärztin für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde mit Zusatz-
bezeichnung Allergologie
sowie Vizepräsidentin der
Ärzttekammer Berlin.

Foto: privat

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 9. September 2026 wurde ich in das Amt der Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin gewählt. Das ist mir eine große Ehre. Trotz meiner Leidenschaft für die unmittelbare Patientenversorgung als niedergelassene HNO-Ärztin und Allergologin werde ich dieses neue Amt sehr ernst nehmen und mich weiterhin für alle Ärztinnen und Ärzte in Berlin einsetzen.

Mit dem Wechsel im Präsidium ist die von Dr. med. Matthias Bloechle versprochene und in der Koalition vereinbarte Parität hergestellt. Matthias Bloechle hat seit 2020 als Vizepräsident gewirkt und kann auf eine sehr erfolgreiche Amtszeit zurückblicken. Dafür danke ich ihm hier ausdrücklich.

Als Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte sind wir gemeinsam mit dem Virchowbund und MEDI Berlin angetreten, um die Interessen aller Ärztinnen und Ärzte in Berlin sowie die Freiberuflichkeit unseres Standes in einer zunehmend komplexer werdenden Gesundheitslandschaft zu vertreten. Es freut mich sehr, mich in meiner neuen Position für eine moderne Kammerstruktur sowie für die weitere Optimierung und Digitalisierung der dortigen Prozesse einzusetzen.

Diese sind notwendig, da sich alle Sektoren in einem großen Veränderungsprozess befinden: Krankenhausreform, Notfallreform, die Einführung des Primärversorgungssystems sowie das Gesetz für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG). Mit dem bereits vor all diesen Reformen beschlossenen Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird zunächst ein zusätzlicher immenser Kostendruck entstehen und sich systemverändernd in allen Sektoren auswirken.

Die Forderung nach Unterstützung durch die Bundes- und Landespolitik bleibt daher umso mehr einer der Kerninhalte unserer politischen Arbeit, um das Vertrauen innerhalb der Gesundheitsberufe zu erhalten und auch zurückzugewinnen. Dabei kann die weibliche Perspektive hilfreich sein – für die Stärkung der Frauen- und Kindergesundheit, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, den Zugang von Frauen zu Führungspositionen und ihre Beteiligung in der Berufspolitik, ebenso wie für mehr weibliche Vorbilder und Mentorinnen.

Meine ehrenamtliche Arbeit für die Ärztekammer Berlin habe ich im Jahr 2019 im Weiterbildungsausschuss für mein Fachgebiet und meine Zusatzbezeichnung begonnen. Mit der neuen Weiterbildungsordnung 2021 erfolgte die Aufwertung der ambulanten Weiterbildung. Die Verzahnung der Sektoren und die Sicherung der Finanzierung der Weiterbildung müssen aus meiner Sicht aber unbedingt gleichberechtigt mitgedacht werden. Das bedeutet Vertrauen und Aufeinanderzugehen über die Sektorengrenzen hinweg. Denn unser ärztlicher Nachwuchs sichert eine moderne, gute und effektive medizinische Versorgung in Berlin. Das ist unsere Verantwortung für die Zukunft.

Schauen wir gemeinsam nach vorn und stellen wir uns den Aufgaben!

Ihre 

Inhalt

EDITORIAL

Begrüßung durch Kathleen Chaoui 3

KURZ NOTIERT

Aktuelles / Nachrichten 6

AUS DER KAMMER

Personalwechsel im Präsidium: 23
von Anfang an für die Mitte geplant
Bericht von der Delegiertenversammlung
am 9. September 2026
Von Ole Eggert

„Kein leichtes Jahr“ 27
Bericht von der Vertreterversammlung der
Berliner Ärzteversorgung am 3. September 2026
Von Anne McLaren

Das neue Kammerportal: 28
ein Ort für alle Anliegen

Ärztliche Weiterbildung 30
Bestandene Facharztprüfungen
Juli und August 2026

Veranstaltungen zur ärztlichen Weiterbildung 32

Medizinische Fachangestellte 33
Veranstaltungshinweise

Ärztliche Fortbildung 34
Veranstaltungen zur ärztlichen Fortbildung

POLITIK & PRAXIS

„Notfälle sind Raritäten“ 35
Interview mit Studienarzt Stefan Kabisch

Better safe than sorry 38
Eine Roadmap zu mehr geschlechterspezifischer
Prävention in der Inneren Medizin

KULTUR & GESCHICHTE

Das Rezept 41
Eine Glosse von Frau Dr. Titel

Der „Frankyboy“ des Ostens 42
Eine persönliche Erinnerung an Kurt Franke
Von Hans Christian Rehak-Isenring

#BAE30 – Was hat die Berliner Ärztinnen 44
und Ärzte vor 30 Jahren beschäftigt?
Der Berliner Gesundheitspreis

Impressum 45

IM FOKUS

„Herbst der Reformen“

14

Das bislang größte Sparpaket der gesetzlichen Krankenversicherung ist in Kraft getreten, Strukturreformen sollen folgen. Es ist der Auftakt für den „Herbst der Reformen“, der weit über das Gesundheitswesen hinausreicht. Berliner Ärzt:innen fragen sich schon jetzt, welche Leistungen sich in ihren Praxen ab Januar 2027 noch rechnen werden.

Von Mario Urbanek

Titelbild

In der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin wird unter anderem der Einfluss von Ernährungsstrategien auf die Entwicklung und den Verlauf von Diabetes mellitus untersucht. Die OSTKREUZ-Fotografin Jordis Antonia Schlösser hat das Team der Studienambulanz um Dr. med. Stefan Kabisch begleitet.

Foto: Jordis Antonia Schlösser,
OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

Austausch

Ärztlich assistierter Suizid

Das Thema des assistierten Suizids ist inzwischen in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Die Zahl der Fälle von Suizidassistenz nimmt zu. Zugleich sind viele Fragen für Medizin, Politik und Gesellschaft weiterhin offen. Welche Verantwortung tragen Ärzt:innen? Wo liegen die Grenzen ihrer Rolle? Und wie lässt sich zwischen Selbstbestimmung und Schutzbedürftigkeit verantwortungsvoll abwägen?

Am 10. November 2026 lädt die Ärztekammer Berlin zu einer Diskussionsrunde mit dem Titel „Assistierter Suizid: Ärztliche Aufgabe oder Tabubruch?“ ein. Auf dem Podium diskutieren Prof. Dr. med. Bernd Alt-Epping (Ärztlicher Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.), Prof. Dr. med. Armin Grau (Neurologe und Bundestagsabgeordneter für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) sowie Dr. med. Michael de Ridder (Internist und langjähriger Leiter der Rettungsstelle am Vivantes Klinikum am Urban und Mitbegründer des Vivantes Hospizes in Berlin-Tempelhof).

Die Veranstaltung ist bereits ausgebucht. Sie können sich gerne auf die Warteliste setzen lassen: → www.aekb.de/assistierter-suizid. Zudem wird die Veranstaltung aufgezeichnet und auf dem YouTube-Kanal der Ärztekammer Berlin veröffentlicht. Darüber hinaus findet vom 27. bis 28. November 2026 die Fortbildung „Umgang mit Sterbewünschen und Anfragen zur Suizidassistenz“ des Evangelischen Zentralinstituts für Familienberatung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin statt. Mehr dazu: → www.aekb.de/fortbildung-umgang-mit-sterbewuenschen. /

Digital

Kennen Sie unsere Online-Kanäle?



Foto: Anne Schönharting, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin



→ www.instagram.com/aekberlin



→ www.linkedin.com/company/aekberlin



→ <https://magazin.aekb.de>

Dort finden Sie regelmäßig aktuelle Meldungen und Artikel:

- Medizin to go – Fortbildung immer und überall
- Der Blinde Fleck
- Falsche Entscheidung. Und jetzt?
- Wussten sie, worauf sie sich einließen?
- Wir wollen alles ausschöpfen
- #BAE30 – Als die Ärztekammer Berlin online ging
- Kiezmedizin mit ganzem Herzen

Anzeige

Leserzuschriften I & II

Zum Themenschwerpunkt „Berufsbild Physician Assistant“ der Ausgabe 4/2026 der „Berliner Ärzt:innen“, ab Seite 12

Vielen Dank für den Leitartikel. Die Debatte um die Physician Assistants ist symptomatisch für ein Muster, das sich bei den Versorgern immer wieder zeigt: Einerseits wird der Ärztemangel beklagt, die Arbeitsverdichtung, die fehlende Zeit für Patient:innen. Sobald jedoch konkrete Entlastungen vorgeschlagen werden, überwiegt die Skepsis. Das ist ein Widerspruch, der langsam nervt.

Ja, der Ärzt:innenberuf wird sich selbstverständlich verändern. Die Frage ist nicht, ob, sondern wie wir diese Veränderung gestalten. Ich habe während meiner Zeit in amerikanischen Krankenhäusern Physician Assistants erlebt und war beeindruckt: fachlich kompetent, entscheidungsfreudig, organisationsstark. Personen, die chirurgischen Teams den Rücken freigehalten haben, sodass ärztliche Kapazitäten sich auf ihre wesentliche Kompetenz konzentrieren konnten. So jemanden wünscht sich jede Ärztin an ihrer Seite.

Aber wir können dieses Modell nicht unreflektiert übertragen. In den USA verdienen Physician Assistants mehr als manche Chefärztin hierzulande. Systeme sind nicht einfach vergleichbar – das gilt für die Vergütungsstruktur ebenso wie für die Ausbildungstiefe, die Haftungsfragen und die Integration in bestehende Versorgungsstrukturen.

Die Sorge, dass der Arztberuf durch den PA an Substanz verliert, teile ich nicht. Ein ehrlicher Blick aufs eigene System zeigt, MFAs und Pflegefachkräfte leisten täglich engagierte, kompetente Arbeit – das steht außer Frage. Aber vieles, was sie könnten und früher selbstverständlich getan haben, ist durch enger werdende Delegationsregeln, wachsende Dokumentationspflichten und eine zunehmend haftungsgetriebene Kultur schrittweise weggefallen. Das hat Spuren hinterlassen: im Selbstverständnis, in der Eigeninitiative, im Gefühl von Verantwortung. Vielleicht wäre der sinnvollere Schritt nicht, eine neue Berufsgruppe mit englischem Namen einzuführen, sondern die vorhandenen zu stärken. Mehr Eigenständigkeit, klarere Delegation, mehr Zutrauen. Denn wenn eine gut ausgebildete MFA oder Pflegefachkraft eigenständig denkt, mitentscheidet und Verantwortung übernimmt – was ist sie dann eigentlich? Eine Assistentin der Ärztin. Der Physician Assistant ist kein neues Konzept – er ist das, was wir im eigenen System längst hatten und still und leise verloren gegeben haben. Vielleicht müssen wir das nicht importieren. Wir müssen es nur wieder reaktivieren. /

Dr. med. Susanne von der Heydt
Fachärztin für Kinderchirurgie

Anzeige

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Artikel ist überwiegend sachlich und gibt einen Einblick in die Thematik, auch wenn sie aus meiner Sicht zu positiv dargestellt wird und ich mich den kritischen Stimmen von Regine Held und Julian Veelken anschließen muss. Die Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken, die nicht mit ärztlichen Tätigkeiten verwechselt werden dürfen(!), sind in den letzten Jahren insbesondere von Bürokratie (Dokumentation, Zertifizierungen, QM etc.) und (schon immer) delegierbaren Tätigkeiten völlig überfrachtet worden.

Schuld daran sind sowohl die ökonomischen Rahmenbedingungen, die einerseits zum Abbau bestimmter Servicebereiche in den Krankenhäusern geführt haben (z. B. die flächendeckende Abschaffung von Schreibdiensten), als auch die Akademisierungsbestrebungen der Pflege. Dies hat u. a. dazu geführt, dass sich die Aufgabenspektren der Berufsgruppen nachhaltig verschoben haben. In meinen ersten Berufsjahren war es eine Selbstverständlichkeit, dass

Tätigkeiten wie Blutentnahmen, Infusionen, die Pflege von Drainagen, Kathetern, komplexe Verbandwechsel oder die Anlage von Gipsverbänden nach ärztlicher Anordnung und Kontrolle eigenständig von der Pflege durchgeführt wurden.

Nach und nach sind diese Aufgaben von inzwischen akademisierten Vorgesetzten ihres Berufsstandes als ausschließlich ärztliche Tätigkeiten identifiziert worden, derer man sich aus Sicht der Pflege hinsichtlich des zunehmenden Personalmangels in diesem Bereich – sicherlich berechtigt – entledigen wollte, und dies auch in weiten Bereichen erfolgreich durchgesetzt hat. Dabei gab es von Anfang an viele kritische Stimmen aus der Pflege, die dies als Bären dienst an ihrem Berufsbild und beruflichen Selbstverständnis angesehen haben. In der Folge verschmälerten sich die Tätigkeitsprofile der Fachpflege nachhaltig, und gaben den Krankenhausträgern Gelegenheit, diese durch ökonomisch günstigere Pflegekräfte niedrigerer Qualifikation zu ersetzen. Die so entstandene „Lücke“ wird nun versucht, durch zusätzliche Berufsbilder, wie PAs, Gefäßassistent:innen u. a.

Anzeige

wieder zu schließen und durch zusätzliche „wirklich“ ärztliche Tätigkeiten aufzuwerten, um die Anreize für die Berufsbilder zu erhöhen und letztlich vermeintlich „teure“ ärztliche Arbeitskraft einzusparen. Das Argument des Mangels an Ärztinnen und Ärzten läuft zumindest in Berlin vollständig ins Leere, da es diesen nie gegeben hat und angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen wohl auch nicht geben wird.

Ganz im Gegenteil steht zu befürchten, dass drohende und bereits reale Schließungen von Abteilungen und ganzen Kliniken dazu führen können, dass der Stellenmarkt für ärztliche Kolleginnen und Kollegen schneller dreht als erwartet, und wir uns in kürzester Zeit wieder mit einem Überangebot ärztlicher Arbeitskraft mit all seinen Folgen konfrontiert sehen könnten. Sowohl die Bettenauslastung der Berliner Krankenhäuser, als auch die Fallzahlen sind objektiv weit unter dem Niveau Anfang der 2020er Jahre und werden das Ausgangsniveau in absehbarer Zeit mutmaßlich auch nicht mehr erreichen. Solange Ökonomen

statt Ärzte in den Kliniken den Takt angeben, ist nicht davon auszugehen, dass auch diskussionswürdige Verschiebungen von Tätigkeiten zwischen verschiedenen Berufsgruppen zur Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung genutzt werden. PAs in Kliniken sind eben keine sinnvolle „Ergänzung“, sondern Substitut ärztlicher Arbeit mit materiellem Benefit für die Betreiber.

Ich glaube, man sollte dem stellvertretenden ärztlichen Leiter des UKB daher ausdrücklich widersprechen. Ökonomische Zwänge gegen Versorgungsqualität aufwiegen zu wollen, ist mit Sicherheit der schlechteste Weg und keine Aufgabe unseres ärztlichen Denkens und Handelns. /

Dr. med. Thomas Werner
Facharzt für Viszeralchirurgie

Anzeigen

Leserzuschrift III

Zum Editorial der Ausgabe 4/2026 der „Berliner Ärzt:innen“, Seite 3

Beim ersten Lesen des Editorials schien es, dass der Text mit der Rubrik „#BAE 30 – Was hat die Ärztinnen und Ärzte vor 30 Jahren beschäftigt“ vertauscht worden sei, denn inhaltlich werden durchweg alte, aber dadurch keineswegs besser werdende Narrative bemüht. Eine Verwechslung liegt aber nicht vor.

Zuerst werden „eine unbegrenzte Ausgabenentwicklung“ und „das Grundproblem der zu hohen Ausgaben“ bemüht. Mitte der 1970er-Jahre lautete das bei Heiner Geißler sehr ähnlich: „Kostenexplosion.“ Jedoch: Gemessen an der maßgeblichen Größe Bruttoinlandsprodukt sind die Ausgaben der GKV von 2016 bis 2025 nur moderat von 6,9 auf 7,9 Prozent angestiegen. Es liegt also eher ein erhebliches Einnahmeproblem vor, wie der Autor mit Hinweis auf die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

der Länder und des Bundeszuschusses für Bürgergeldempfänger:innen richtigerweise darstellt. Das Einnahmeproblem könnte zusätzlich wirksam und nachhaltig entschärft werden, wenn die Solidarität in der GKV nicht nur den unteren und mittleren Einkommen auferlegt würde. Die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze bieten nämlich den Besserverdienenden die Möglichkeit, sich aus der Solidarität der Starken mit den Schwachen zu verabschieden. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für ganze zwölf Monate um 300 Euro im aktuellen Beitragsstabilisierungsgesetz lässt diese Erkenntnis durchschimmern, ist aber völlig unzureichend. Dazu kommt: Einnahmen jenseits von Arbeitseinkommen werden nicht verbeitragt, obwohl sie bei besser Verdienenden einen zunehmenden Anteil des Einkommens bilden; hier gäbe es einiges an Solidarität zu erschließen.

Anzeige

Nicht besser wird es im Text mit dem altbekannten Hufeisen-Narrativ, hier angeführt als Marktschreier der rechts- und linksextremen Ränder unserer politischen Landschaft. Den Rechten, namentlich der AfD, geht es nicht nur in der Gesundheitsversorgung um die Deutschen und nicht um die gesamte Bevölkerung – eine völkische, gegen Art. 1 GG verstoßende Haltung, bei deren Durchsetzung rechtsstaatliche Methoden missachtet würden. Der gesellschaftlichen Linken hingegen – das mag man als Ziel für nicht erstrebenswert halten – geht es darum, mit Mitteln der Zivilgesellschaft und demokratisch-parlamentarisch eine gerechte und gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu erkämpfen. Diese fundamental unterschiedlichen Ansätze in einen Topf zu werfen, ist politisch fahrlässig und verharmlost die verfassungsfeindliche Rechte.

Zuletzt muss noch das individuelle gesundheitsschädliche Verhalten der Bevölkerung herhalten: „Alkohol, Rauchen (...) ungesunde Ernährungsweise tragen (...) zur vermehrten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bei.“ Es soll

offenbar insinuiert werden, Teile der Bevölkerung ließen sich gehen, und wenn es dann gesundheitliche Folgen hat, würden die Kassen unangemessen belastet. Es ist dieselbe abfällige Attitüde, die wir vom Kanzler und den Seinen in ähnlicher Form fast täglich präsentiert bekommen, wenn er von Kranken, Arbeitslosen und Teilzeitarbeitenden spricht. Der Autor aber verfügt sicher über die hinlänglich bekannten Grundkenntnisse der Public Health, nach denen das Konsum-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten wie auch die Lebenserwartung in einer Population wesentlich von sozialen Determinanten, führend vom sozioökonomischen Status, den man sich nicht frei aussuchen kann, abhängen. Diese Binse wird ignoriert, wohl um den Kranz der Narrative zu komplettieren. Fazit meinerseits: Es werden „alle Kamellen“ einer konservativen Gesundheitspolitik ohne moderne sozialpolitische Ideen wiedergekaut – wie vor #30 Jahren. /

Michael Janßen
Facharzt für Allgemeinmedizin

Anzeigen

Leserzuschrift IV

Zum Artikel „Behörde prüft unabhängig und objektiv“ in der Ausgabe 4/2026 der „Berliner Ärzt:innen“, ab Seite 34

Angesichts des Kontrollwahns verschiedener Behörden und Institutionen (KV, Lageso, BG, Kammer, QM etc.) stellt sich vereinzelt schon die Frage der Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit. Beispielhaft für diesen Unsinn ist die Richtlinie der Bundesärztekammer (RiliBÄK) für Urinteststreifen. Hierin wird gefordert, bei Anbruch einer neuen Packung, mindestens aber wöchentlich, eine Kontrolle mit einer Kontrolllösung durchzuführen. Natürlich muss eine Verfahrensanweisung im QM hinterlegt sein und die Ergebnisse müssen schriftlich protokolliert sein. Nun wird es teuer. Für einen Urin-Stix zahlt die Kasse 50 Cent, der Streifen kostet ca. 20 Cent, hinzukommen Kosten für den Becher, die Handschuhe und nicht zu vergessen die Arbeitszeit. Somit ist schon der einfache Test unterbezahlt, nun kommt die Testlösung mit gut 50–100 Euro für 20–50 Tests hinzu.

Wofür ist dieser Kontrollwahn gut? Ist doch zu vermuten, dass schon die Hersteller der Urin-Stixe ihr Produkt einer Qualitätskontrolle unterziehen. Vermutlich werden 90 Prozent der niedergelassenen Ärzte weder den Begriff noch den Inhalt der RiliBÄK kennen, deswegen können sie aber noch lange nicht „entspannt“ einer Begehung durch das Lageso entgegensehen. Ähnliches gilt wahrscheinlich bei der Umsetzung anderer Vorschriften, z. B. der zahlreichen Vorschriften der BG. Wohl dem, der wenigstens weiß, bei welchen Vorschriften er Probleme hat. So hat die Attraktivität des Arztberufs in eigener Praxis ein Problem. So ist es kein Wunder, dass sich der nachfolgende Artikel im Kammerblatt mit dem „Abenteuer Niederlassung“ beschäftigt. /

Dr. med. Detlef Bothe

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

Anzeige



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

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

Helios Klinikum Berlin-Buch

Zum 1. Oktober 2026 übernimmt **Dr. med. Sebastian Hentsch** die chefarztliche Leitung der Fachbereiche Gynäkologie und Geburtshilfe am Helios Klinikum Berlin-Buch. Diese wurden bislang kommissarisch von **Dr. med. Christine Mau** (Gynäkologie) und **Dr. med. Annette Isbruch** (Geburtshilfe) geleitet. Hentsch ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für gynäkologische Onkologie. Er ist außerdem auf die Bereiche Endometriose und Urogynäkologie spezialisiert. Nach seinem Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig absolvierte er seine Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Leipzig. Es folgten Stationen am EVK Düsseldorf und an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Städtischen Klinikums Solingen. Zuletzt war er als Oberarzt an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Düsseldorf tätig.

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Seit dem 1. Juni 2026 leitet **Dr. med. Maximilian Beck** gemeinsam mit **Dr. med. Jessica Groß** die Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Beck, der auf operative Gynäkologie und gynäkologische Onkologie spezialisiert ist, bleibt gleichzeitig klinisch und wissenschaftlich an der Charité – Universitätsmedizin Berlin tätig. Groß leitet weiterhin das Brustzentrum Havelhöhe. Ziel der Kooperation der beiden Häuser ist es, die Klinik für Gynäkologie am Campus Virchow-Klinikum unter der Leitung von Prof. Dr. med. Jalid Sehoul und die Gynäkologie in Havelhöhe als kooperierende Zentren weiterzuentwickeln. Die enge personelle Verbindung durch Beck soll dabei helfen, die Strukturen und die Expertise beider Einrichtungen noch stärker miteinander zu verzahnen und den Patientinnen eine möglichst durchgängige Versorgung über beide Standorte hinweg zu ermöglichen. /

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



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

„Herbst der Reformen“

Das bislang größte Sparpaket der gesetzlichen Krankenversicherung ist in Kraft getreten, Strukturreformen sollen folgen. Es ist der Auftakt für den „Herbst der Reformen“, der weit über das Gesundheitswesen hinausreicht. Berliner Ärzt:innen fragen sich schon jetzt, welche Leistungen sich in ihren Praxen ab Januar 2027 noch rechnen werden.

Text: Mario Urbanek

Innerhalb weniger Stunden besiegelte der Bundestag am 10. Juli 2026 in Eilberatung eine Zäsur für die ambulante Versorgung. Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) will der Gesetzgeber allein im Jahr 2027 rund 19 Milliarden Euro einsparen. Trotz verfassungsrechtlicher Bedenken und massiver Proteste wurde das Gesetz am 29. Juli verkündet und trat einen Tag später in Kraft. Anlass ist die Finanzlage der Krankenkassen: Der durchschnittliche Zusatzbeitrag hat sich seit 2022 mehr als verdoppelt. Der Preis dafür ist hoch. Die verordnete Sparkur trifft die Praxen in einer Phase, in der die Strukturreformen, die das System eigentlich entlasten sollen, noch auf sich warten lassen.

Wo gespart werden soll

Das BStabG senkt die Honorare nicht einfach per Federstrich, sondern dreht an zwei Stellschrauben. Die erste ist die Kopplung an die Grundlohnrate. Diese schreibt vor, dass die ärztliche Vergütung jährlich entsprechend der Steigerung der beitragspflichtigen Löhne der gesetzlich Versicherten steigen darf. Vereinfacht ausgedrückt, dürfen die Honorare also ungefähr so stark steigen, wie die Einkommen, aus denen die Krankenkassen ihre Beiträge beziehen. Für die Jahre 2027 bis 2029 zieht das BStabG diese Grenze enger und rechnet zusätzlich einen Prozentpunkt heraus. Das Problem ist jedoch, dass die Kosten einer Praxis, etwa für Personal, Miete, Energie und Digitalisierung, schneller steigen als die Löhne insgesamt. Wächst das Honorar langsamer als die Kosten, sinkt sein realer Wert, ohne dass eine einzelne Ziffer gekürzt wird.

Die zweite Stellschraube setzt bei den Budgets der Ärzt:innen an. Ein Teil der ärztlichen Leistungen wurde bisher „extrabudgetär“ vergütet, also zu festen Preisen außerhalb des gedeckelten Gesamtpf. Genau diese Leistungen unterliegen nun der Budgetierung. Vor allem ambulante Operationen, Früherkennungen und Schutzimpfungen sind hiervon betroffen – ebenso die Vergütungen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz, auf die allein 1,64 Milliarden Euro entfallen. Der Effekt ergibt sich aus dem Mechanismus der budgetierten Vergütung: Aus einem festen Topf, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), müssen künftig mehr Leistungen bezahlt werden. Der Topf wächst aber nicht im gleichen Maße mit. Somit sinkt der Vergütungswert für die einzelne Leistung.

Entsprechend groß ist das Sparvolumen. Für die ambulante Versorgung sind im Jahr 2027 rund drei Milliarden Euro weniger vorgesehen. Ab 2030 steigt die Summe auf etwa fünf Milliarden Euro jährlich. Ausgenommen sind nur wenige Bereiche: nichtärztliche Dialyseleistungen, kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen, die Substitutionsbehandlung sowie neue Katalogleistungen in den ersten

Berliner Stimmen

zur Frage „Welche Auswirkungen wird das Sparpaket auf Ihre Praxis haben?“



Dr. med.
Mirjam Gross

„Konkret bedeutet die geplante Budgetierung der ambulanten Operationen für uns, dass wir unsere steigenden Kosten für EDV, Hygiene, Wartung, Gehälter, Miete und Investitionen nicht mehr durch eine gesteigerte Leistungserbringung auffangen können. Im Unterschied zu Politikern hafte ich persönlich für diese Kosten. Letzten Endes wird dies zu Entlassungen und kürzeren Arbeitszeiten unseres hochqualifizierten Personals führen. Die Budgetierung wird keine Kosten einsparen, sondern die Ambulantisierung in der Augenheilkunde rückgängig machen und somit zu einer Kostensteigerung führen.“



Dr. med.
Sulafah El-Khadra

„Wir Urolog:innen erleben den Mangel täglich. Es fehlt an Zeit für Patient:innen, es fehlen qualifizierte Mitarbeitende. Die Anforderungen und Prüfungen nehmen immer bizarre Formen und Normen an. Die aktuell in der Urologie stattfindende Regresswelle verunsichert insbesondere bei der Behandlung von Krebspatienten. Aufgrund der finanziellen Auswirkungen werden wir ein einnahmeorientiertes Leistungsangebot erarbeiten und anbieten. Das wird bei gleichem Honorar zu mehr Zeit für unsere Patient:innen, zu mehr Angeboten für Privat- und Selbstzahlende oder einfach nur zu mehr Selbstfürsorge und Quality Time führen.“



Dr. med.
Nicole Mattern

„Ab Januar 2027 budgetiert der HVM auch für die Bereiche Krebsfrüherkennung, Impfungen und Schwangerenvorsorge. Was die Kasse nicht übernimmt, wird zur Selbstzahlerleistung. Und wo sich eine Gyn-Praxis wirtschaftlich nicht mehr trägt, macht sie zu. Wer keinen Termin bekommt, landet in der Notaufnahme. Das ganze Szenario ist eine systemische Fehlleitung: Patient:innen der Regelversorgung nehmen in der Klinik ärztliche Kompetenzen in Anspruch und belasten so ohnehin knappe Ressourcen. Statt die niedergelassene Versorgung zu stärken, wird sie geschwächt – mit Folgen für alle.“

zwei Jahren nach ihrer Aufnahme in den Katalog. Auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach Paragraph 116b SGB V bleibt als „Bereich ohne Mengengrenzung“ unangetastet.

Was ab Januar konkret wegfällt

Am deutlichsten sind die Auswirkungen beim Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erkennbar. Der Bund hatte im Jahr 2019 zusätzliche Vergütungen eingeführt

Die Sparliste im Überblick

→ Bereits in Kraft (seit 30. Juli 2026)

Maßnahme	Betroffen	Folge
Vergütung für ePA-Erst- und Folgebefüllung gestrichen	alle	7.465 € jährlich
Homöopathika und Anthroposophika aus dem Leistungskatalog	alle	nur noch Privatverordnung
Cannabisblüten aus dem Leistungskatalog	alle	zuvor sechsmonatiger Therapieversuch mit Fertigarzneimittel
Bundesweite Praxisbesonderheiten abgeschafft	alle	höheres Regressrisiko, Einzelbegründungen
Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel möglich	alle	Verordnungsquoten, Therapieumstellungen

→ Ab 1. Januar 2027

Maßnahme	Betroffen	Honorarverlust je Arzt *
Extrabudgetäre Vergütung entfällt (ambulante OP, Früherkennung, Psychotherapie)	alle	3.629 €
TSVG-Vergütung abgeschafft: Terminfälle, Hausarztvermittlung, offene Sprechstunde	alle	Haus-/Kinderärzt:innen 2.403 €, Fachärzt:innen 29.937 €
Geringere Ausgleichszahlungen, geänderte Kinderarzt-MGV	Haus- und Kinderärzt:innen	3.084 €
Hygienezuschläge gestrichen	alle	716 €
Zuschläge für Kurzzeittherapie gestrichen	Psychotherapeut:innen	3.656 €
Vergütung der Organspende-Beratung gestrichen	Haus- und Kinderärzt:innen	1.949 €
Konsiliarbericht Psychotherapie entfällt	alle	60 €, dafür weniger Bürokratie

→ Später

Maßnahme	Ab	Betroffen
Verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren, Indikationen legt der GBA fest	01.04.2027	Fachärzt:innen, u. a. Orthopädie, HNO, Gynäkologie, Urologie
Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM (Beschluss bis 31.03.2027)	01.07.2027	Nuklearmedizin 3.216 €, Radiologie 4.263 €, Strahlentherapie 10.621 € je Prozentpunkt
Absenkung der Bewertung von Katarakt-Operationen	01.07.2027	Augenärzt:innen, 3.358 € je Prozentpunkt
Teilarbeitsunfähigkeit (25 / 50 / 75 Prozent)	01.01.2028	alle, zusätzlicher Dokumentationsaufwand
Überprüfung von Hautkrebsscreening und Check-up 35 durch den GBA	frühestens 2028	Hausärzt:innen 2.989 €, Dermatolog:innen 43.324 € bei vollem Wegfall
Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser	2028	ambulant operierende Ärzt:innen, keine Weiterentwicklung der Hybrid-DRG

* Honorarverluste sind Durchschnittswerte je Ärzt:in und Jahr nach Berechnung der KBV.

** Extrabudgetär bleiben nur nichtärztliche Dialyseleistungen, kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen, die Substitutionsbehandlung und neue Leistungen für zwei Jahre. Hygienezuschläge beim ambulanten Operieren sind von der Streichung ausgenommen.

und bestimmte Budgetierungen zurückgenommen, um Wartezeiten zu verkürzen: für über die Terminservicestellen vermittelte Fälle, für von Hausärzt:innen organisierte Facharzttermine sowie für offene Sprechstunden. Diese Zuschläge werden nun gestrichen und in die gedeckelte Gesamtvergütung überführt. Der Gesetzgeber begründet den Schritt mit mangelnder Wirksamkeit; Ärztevertreter:innen halten dagegen, dass gerade diese Anreize die Versorgung während der Ruhestandswelle der Babyboomer-Generation gestützt hätten.

Was das finanziell bedeutet, lässt sich anhand einer Facharztvermittlung aufzeigen: Bislang rechnet eine Hausarztpraxis für die Vermittlung eines dringenden Termins 16,69 Euro (Gebührenordnungspositionen 03008 bzw. 04008) ab. Die aufnehmende Praxis erhält zusätzlich einen Zuschlag von 40 bis 200 Prozent auf ihre Pauschale, gestaffelt nach Wartezeit. Bisher wurden diese Leistungen im ersten Quartal ungekürzt vergütet. Das ändert sich ab Januar. Dann werden diese Leistungen nicht mehr extrabudgetär vergütet, sondern aus dem gedeckelten Topf finanziert.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schätzt den jährlichen Verlust durch den Wegfall der TSVG-Vergütung auf 1,64 Milliarden Euro, davon 1,523 Milliarden im fachärztlichen Bereich. Im Schnitt sind das rund 29.937 Euro bei Fachärzt:innen und 2.403 Euro bei Haus- und Kinderärzt:innen. Neben den genannten Maßnahmen entfallen auch die Hygienezuschläge, sofern sie nicht das ambulante Operieren betreffen – durchschnittlich etwa 716 Euro pro Jahr – sowie die Vergütung für die Organspende-Beratung von rund 1.949 Euro. Darüber hinaus wurde die Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) bereits zum 30. Juli 2026 gestrichen, wodurch den Praxen durchschnittlich 7.465 Euro pro Jahr fehlen.

Psychotherapie unter Druck

Die ambulante Psychotherapie steht vor einer erheblichen wirtschaftlichen Zäsur: Da die bisher extrabudgetären Vergütungen in die gedeckelte Gesamtvergütung überführt werden, droht den Praxen ein spürbarer Einnahmeverlust. Allein der Wegfall der Zuschläge für den ersten Block der Kurzzeittherapie reduziert das Honorar durchschnittlich um 3.656 Euro pro Jahr. Obwohl die Koalition in einem Entschließungsantrag Ausnahmen fordert, führt die aktuelle Budgetierung zu einer faktischen Deckelung. Dies schränkt den wirtschaftlichen Handlungsspielraum für die Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten ohne eine kurzfristige Neuregelung massiv ein.

Über die direkten Kürzungen hinaus verschärfen weitere Vorgaben den bürokratischen und finanziellen Druck auf die Praxen. Einerseits betrifft dies das gestiegene Regressrisiko

Berliner Stimmen

zur Frage „Welche Auswirkungen wird das Sparpaket auf Ihre Praxis haben?“



Dr. med.
Konstanze Schütze

„Die widersprüchlichen Informationen zum BStabG führen bei mir zu Planungsunsicherheit. Als selbstständige Radiologin bin ich auf hochqualifiziertes Personal und moderne Technik angewiesen. Während meine Einnahmen sinken werden, steigen die Praxisfixkosten weiter. Zudem soll der Honoraranteil unserer technischen Leistungen im EBM erneut gekürzt werden. Welche Einsparungen soll ich vornehmen? Soll ich die Personalarbeitszeiten kürzen? Zuweisungen triagieren oder technische Investitionen unterlassen? Oder keine Termine mehr vorhalten, wenn das Honorar aufgebraucht ist?“



PD Dr. med. Heiner
van Randenborgh

„Als urologische Facharztpraxis stehen wir vor großer Planungsunsicherheit: Wie stark uns die Einsparungen konkret treffen werden, ist kaum kalkulierbar. Zentrale Frage ist, ob wir unser Sprechstundenangebot für GKV-Patientinnen und -Patienten ohne existenzielle finanzielle Einbußen aufrechterhalten können. Vieles spricht dafür, dass wir das Angebot für Selbstzahler und Privatversicherte ausweiten müssen. Die Patientinnen und Patienten werden das zuerst an längeren Wartezeiten für GKV-Termine spüren.“



Dr. med.
Kirsten Kuhlmann

„Nach den vorläufigen Berechnungen werden wir im Jahr 2027 einen Umsatzverlust von mindestens 15 Prozent haben. Bislang haben wir Patientinnen auch dann weiterbehandelt, wenn unser Budget ausgeschöpft war, um die Versorgung zu gewährleisten. Dies wird aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr möglich sein. Konkret bedeutet das eine Reduzierung auf die gesetzlich vorgeschriebenen 25 Stunden inklusive offener Sprechstunde sowie einen Stopp der GKV-Versorgung, wenn das Budget ausgeschöpft ist. In Ergänzung zur Kassensprechstunde müssen wir dann Selbstzahler- und Privatsprechstunden anbieten, um Patientinnen die Möglichkeit zu geben, weiter versorgt zu werden.“

Warum wir den ambulanten Sektor gerade jetzt stärken müssen

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen durch das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (GKV-Spargesetz) mit deutlichen finanziellen Einbußen rechnen. Damit verschärft das Gesetz den Druck auf den ohnehin stark belasteten ambulanten Sektor. Auch wenn die meisten Regelungen erst im Januar 2027 in Kraft treten, ist schon heute absehbar, was sie bedeuten werden.

Zwar ist es richtig, die Ausgaben an den Einnahmen auszurichten, doch darf dies nicht zulasten der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung gehen, deren Umfang sich primär am tatsächlichen Bedarf und nicht an der Kassenlage orientieren sollte. Eine Ausgabenbegrenzung bedeutet, dass der Anteil der bisher nicht vergüteten Leistungen in Höhe von 10 bis 30 Prozent weiter ansteigen wird. Bundesweit betrifft das nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) insgesamt zusätzliche 46 Millionen Behandlungsfälle im Jahr.

Gleichzeitig steigt der bürokratische Aufwand, beispielsweise durch die Teil-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Laut der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) entzieht das GKV-Spargesetz der Hauptstadtversorgung jährlich rund 130 Millionen Euro. Die neuen Regelungen werden dazu führen, dass sich noch weniger Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung entscheiden. Aufgrund der bevorstehenden Rentenwelle wird sich der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung ohnehin verringern. Angesichts des bereits bestehenden Fachkräftemangels stellt sich die Frage, wer die ambulante Versorgung künftig sicherstellen soll, dringender denn je.

Eine kluge Patientensteuerung könnte den ambulanten Sektor stärken. Umfragen des Ärztenachrichtendienstes zeigen derweil, dass Ärztinnen und Ärzte die Ursachen für lange Wartezeiten vor allem in den strukturellen Rahmenbedingungen sehen: 31,1 Prozent nennen unzureichende Honorare, gefolgt von zu hoher Patientennachfrage (22,1 Prozent), Defiziten bei der Steuerung (16,5 Prozent) sowie Ärztemangel (9,9 Prozent) und Fachkräftemangel in den Praxen (4,2 Prozent).

Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber blicken daher eher pessimistisch in die Zukunft. Über 90 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erwarten durch das GKV-Spargesetz gravierende Nachteile. Jede zweite Praxisinhaberin bzw. jeder zweite Praxisinhaber erwägt mittlerweile, die Praxis abzugeben oder früher in den Ruhestand zu gehen. Angesichts dieser alarmierenden Zahlen wäre es riskant, die Reform der Primärversorgung ausschließlich auf Haus-

ärztinnen und Hausärzte zu stützen. Nach den Belastungen durch das Spargesetz benötigen wir in den Praxen keine neuen Hürden, sondern echte Unterstützung, um die Vorgaben des Spargesetzes bewältigen zu können und unsere eigentlichen Aufgaben zu erfüllen. Denn eines ist klar: Mehr Versorgung für weniger Geld wird es nicht geben.

Ein zentrales Zukunftsthema muss die Prävention sein. Sie beginnt unter anderem mit flächendeckend eingesetzten Schulgesundheitsfachkräften, um Gesundheitskompetenz früh zu fördern, und reicht bis hin zu einer besseren digitalen Kooperation zwischen den Sektoren im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie zur Schonung von Ressourcen. Dabei birgt die Digitalisierung viele Potenziale – unter der Voraussetzung, dass die Datenhoheit bei den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen der Gesundheitsberufe bleibt. Die Tatsache, dass Entlassungsberichte vielerorts noch immer auf traditionellen Wegen übermittelt werden, unterstreicht den bestehenden Nachholbedarf. Klar ist aber auch: Die Digitalisierung löst die finanziellen Probleme nicht – und schon gar nicht über Nacht. Effizienzgewinne stellen sich schrittweise ein.

Es gibt viele Gründe, warum es sich gerade jetzt lohnt, den ambulanten Sektor zu stärken, statt ihn zu schwächen. Er ist nicht nur für die medizinische Versorgung von mehr als 97 Prozent der Patientenfälle von Bedeutung, sondern spielt auch als Wirtschaftsfaktor eine große Rolle. So sichern ärztliche Praxen in Deutschland über 736.000 Arbeitsplätze – das Fünffache des Pharmasektors.

Damit die ärztliche Versorgung auch in Zukunft attraktiv bleibt und Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten die anstehenden Herausforderungen meistern können, muss sie angemessen vergütet werden. Der Rückzug aus der kassenärztlichen Versorgung hin zu lukrativen Selbstzahler-Modellen ist unter den aktuellen Rahmenbedingungen zwar nachvollziehbar, jedoch auch gesellschaftlich gefährlich. Wirtschaftlicher Druck darf die Medizin nicht in die Profitorientierung treiben. Wir Ärztinnen und Ärzte brennen für unseren Beruf – doch um diese Motivation zu erhalten, muss die Politik uns endlich als Partner auf Augenhöhe mitnehmen.

Dr. med. Kathleen Chaoui
Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin

Erst das Geld, dann die Struktur

Das Sparpaket greift ab Januar 2027, die Reformen zum Umbau des Systems wirken frühestens ein Jahr später. Sieben Termine des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes:

30.07.2026

Das Gesetz tritt in Kraft

Verkündet am 29. Juli 2026. Sofort gestrichen sind die Vergütung für das Befüllen der elektronischen Patientenakte, Homöopathika und Cannabisblüten im Leistungskatalog sowie die bundesweiten Praxisbesonderheiten.

01.04.2027

Zweitmeinung wird Pflicht

Für Eingriffe, die der Gemeinsame Bundesausschuss festlegt, ist ein Zweitmeinungsverfahren vorgeschrieben. Ab 2027 kommt jährlich ein Eingriff hinzu, ab 2028 zwei.

Ende 2027

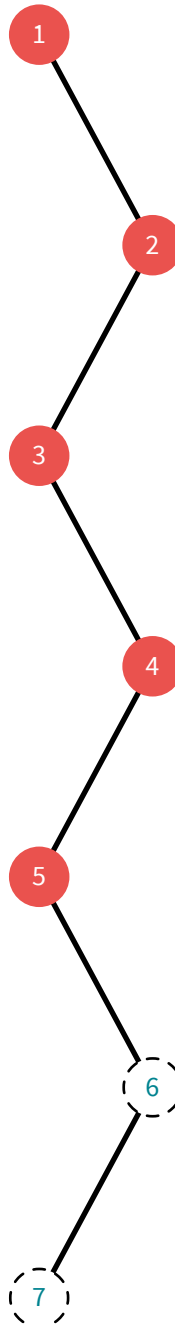
Die Prüffrist läuft ab

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die Früherkennungsrichtlinien für das Hautkrebscreening und den „Check-up 35“. Änderungen greifen frühestens 2028; bis dahin gelten beide unverändert.

Frühestens 2028

Das Primärarztssystem

Die vereinbarte Patientensteuerung soll die Behandlung koordinieren. Ein Referentenentwurf lag im August 2026 nicht vor; erste Wirkungen erwartet das Ministerium für 2028.



01.01.2027

Der Budgetdeckel greift

Vergütungszuwächse dürfen die Grundlohnrate nicht übersteigen; für 2027 bis 2029 sinkt dieser Wert um einen Prozentpunkt. Der Deckel gilt auch für bisher extrabudgetäre Leistungen. Ambulant sind rund drei Milliarden Euro weniger vorgesehen.

01.07.2027

Der EBM wird abgesenkt

Der technische Leistungsanteil im Einheitlichen Bewertungsmaßstab sinkt; die Höhe legt der Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2027 fest. Auch Katarakt-Operationen werden niedriger bewertet.

01.01.2028

Krankschreibung in Stufen

Eine Teil-Arbeitsunfähigkeit zu 25, 50 oder 75 Prozent wird möglich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nennt diesen Termin, andere Quellen den 1. Juli 2028.

● Termin steht fest

○ geplant, Termin offen

Quellen: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Bundesgesetzblatt 2026 I Nr. 228; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Gemeinsamer Bundesausschuss. Stand: August 2026

bei Medikamenten mit Zusatznutzen, die seit Ende Juli nicht mehr automatisch als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Andererseits sieht das Gesetz ab April 2027 ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren vor und senkt ab Juli 2027 die Vergütung für technische Leistungen in Bereichen wie Radiologie, Nuklearmedizin und Augenheilkunde. Die Ausgestaltung wird noch vom Bewertungsausschuss festgelegt.

Die Vorsorge steht zur Debatte

Über die Streichungen hinaus stellt das Gesetz zwei etablierte Leistungen grundsätzlich infrage. So soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bis Ende 2027 die Früherkennungsrichtlinien überprüfen. Betroffen sind das Hautkrebscreening und die Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“. Das finanzielle Volumen ist erheblich: Fiele das Screening ganz weg, wären das nach Berechnung der KBV 224 Millionen Euro jährlich, je Hausärzt:in rund 2.989 Euro und je Dermatolog:in 43.324 Euro. Die Finanzkommission Gesundheit hatte empfohlen, das Screening für die Dauer der Prüfung auszusetzen. Dem ist der Gesetzgeber jedoch nicht gefolgt. Verhandelt wird somit um mehr als nur Geld: Es geht darum, ob eine etablierte Früherkennung künftig nur noch definierten Risikogruppen offensteht.

Das Gesetz als „Insolvenz-Booster“

Entsprechende Zahlen aus Berlin unterstreichen die existenzielle Bedrohung für die Versorgung: Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin) warnt vor einem massiven Praxissterben, da Einnahmeverluste von über zehn Prozent fast jede zweite Praxis zur vorzeitigen Schließung bewegen könnten. Nach Berechnungen der KV Berlin fehlen ab 2027 rund 130 Millionen Euro pro Jahr für die ambulante Versorgung. „Diese Reform wird zu einer deutlichen Verschlechterung der ambulanten Versorgung in unserer Stadt führen: längere Wartezeiten, Leistungskürzungen bis hin zu Praxis-schließungen“, so Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin.

Parallel dazu rechnet auch die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) bis Ende 2027 mit einem Defizit von 500 Millionen Euro, was rechnerisch rund 6.500 Vollzeitkräften entspricht. Vorstandschefin Brit Ismer bezeichnet dies als „Insolvenz-Booster“.

„Sparkur ohne Struktur“

Das BStabG senkt die Ausgaben, ändert jedoch nichts daran, wie Leistungen erbracht und koordiniert werden. Die großen Kostentreiber, wie die fehlende Steuerung der Patientinnen und Patienten, Doppeluntersuchungen, das Nebeneinander von Notaufnahme und Bereitschaftsdienst sowie der hohe Dokumentationsaufwand, bleiben unberührt.

Die Reihenfolge „sparen, bevor die Struktur steht“ wurde bereits früh kritisiert, unter anderem von der Berliner Delegation auf dem 130. Deutschen Ärztetag im Mai 2026. Auf Antrag einer Gruppe um den Berliner Delegierten Dr. med. Christian Messer lehnte der Ärztetag den Regierungsentwurf mit 189 zu 4 Stimmen ab. Die Abgeordneten forderten ein umgekehrtes Vorgehen: Zunächst sollen versicherungsfremde Leistungen aus der GKV herausgenommen werden. Dadurch sollten finanzielle Spielräume für eine Strukturreform geschaffen werden, bevor ein darauf aufbauendes Finanzierungsgesetz verabschiedet wird. Die Finanzkommission beziffert diese Leistungen auf zwölf Milliarden Euro, doch das Gesetz deckt davon für das Jahr 2027 lediglich zwei Prozent. Zudem verlangte der Ärztetag mit 181 zu 11 Stimmen das Gesetz zu stoppen. Es kam dennoch zwei Monate später.

Die Folgen für die ambulante Weiterbildung

Ein weiterer Beschluss derselben Gruppe betrifft den Nachwuchs. Mit 177 zu 13 Stimmen stellte der Ärztetag fest, dass ein Deckel, der auch die extrabudgetären Leistungen erfasst, die nicht geförderten ambulanten Weiterbildungsstellen mittelfristig unfinanzierbar macht. Bislang konnten Ärzt:innen in Weiterbildung ihr Gehalt über extrabudgetäre Leistungen erwirtschaften, für die feste Preise galten. Fällt dieser extrabudgetäre Anteil durch den neuen Deckel weg, entzieht dies der Finanzierung, die gemäß KV-Vorgaben beispielsweise einen Zeitzuschlag von 50 Prozent vorsieht, die Grundlage. Dadurch sind rund 2.000 nicht geförderte Stellen massiv gefährdet und es droht eine Verlagerung der Weiterbildung in die Kliniken.

Trotz dieser ökonomischen Drohkulisse widerspricht Messer dem Narrativ der prinzipiellen Unfinanzierbarkeit ausdrücklich. Er hält trotz der Unsicherheiten über die konkrete Ausgestaltung der Mengenbegrenzung an der Weiterbildungsstruktur fest. Für ihn liegt das Hauptproblem nicht in der Finanzierung an sich, sondern in der fehlenden Planungssicherheit.

Die Reihenfolge der Reformen

Die Bundesregierung bestreitet nicht, dass die Strukturreform anderswo stattfinden soll. Sie hat vier weitere Vorhaben angekündigt und deren Verfahrensstand ergibt eine aufschlussreiche Reihenfolge: Erst sparen, dann Struktur. Das Krankenhausreformatanpassungsgesetz (KHAG) ist seit dem 14. April 2026 verkündet und als einziges bereits geltendes Recht. Das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) wurde am 15. Juli 2026 vom Kabinett beschlossen; das parlamentarische Verfahren steht jedoch noch aus. Die erwartete Entlastung beträgt 445 Millionen Euro im Jahr, also rund ein Prozent dessen, was das Sparpaket einspart.

„Einfach mal machen!“

„Wenn du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Leute zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer“, soll Antoine de Saint-Exupéry einmal gesagt haben. Er hat recht: Eine gemeinsame Vision motiviert viel mehr als reine Organisation. Angesichts der dringend anstehenden Reformen in Deutschland wird es entscheidend sein, dass wir Ärztinnen und Ärzte ein gemeinsames Ziel verfolgen und politisches Gewicht erlangen, um unsere Überzeugungen auch umzusetzen. Gerade weil anstehende Reformen für alle schmerzhaft sein können, erscheint diese Gemeinsamkeit umso bedeutender.

Ja, Veränderungen rufen oft Widerstand hervor. Und doch wissen wir: So wie bisher kann es im Gesundheitswesen nicht weitergehen. Uns ist auch bewusst, dass diese Veränderungen für alle Beteiligten nicht nur positive Auswirkungen haben können. Unsere Kritik am GKV-Beitragssatzstabilitätsgesetz ist, dass es eben keine Reform, sondern lediglich ein Einspargesetz ist. Es mag zwar kurzfristig eine finanzielle Entlastung im System bringen, eine langfristige Lösung stellt es aber eben nicht dar. Die ungelösten Probleme und das strukturelle Defizit des Systems bleiben.

Wenn wir jetzt nicht handeln, werden die Kosten zukünftig um ein Vielfaches steigen. Dabei geht es um Fragen der Versorgungssteuerung, um die künftige Rolle der Krankenkassen und um die Weiterentwicklung der gesamten Systemarchitektur. Vor allem aber geht es darum, eine hochwertige medizinische Versorgung durch gute Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen sicherzustellen. Und die Zeit drängt. Die jetzt beschlossenen Maßnahmen werden voraussichtlich bereits für die Jahre 2029 und 2030 nicht mehr ausreichen, wie ein Mitglied der Finanzkommission mutmaßte.

Wie es aussieht, wenn ein System an die Wand fährt, können wir aktuell in der Berliner Krankenhauslandschaft sehen. Die ungelösten Probleme des Systems führen zu einem kalten Strukturwandel der Berliner Kliniken. Es war geplant, sie geordnet neu zu strukturieren, um sie an die aktuellen Bedürfnisse der Stadt anzupassen. Im Ergebnis sehen wir jedoch Insolvenzen und Standortschließungen. Mit einem solchen ungeordneten Wandel lassen sich nicht die Qualität und Expertise halten, die unsere Krankenhäuser in den vergangenen Jahrzehnten ausgezeichnet haben.

Die notwendigen Reformen erfordern von uns allen vollen Einsatz. Der Politikwissenschaftler Professor Nils C. Bandelow hat dazu treffend gesagt: „Wer immer nur eine Abwehrhaltung einnimmt, ohne selbst zu gestalten, der wird gestaltet.“ Die Berliner Kliniken haben daher bereits die Initiative ergriffen und Strukturänderungen eingeleitet.

Den Rahmen für diesen Wandel muss die Politik liefern. Genau dies tut sie jedoch seit Jahren nicht. Ich vermisse den Mut und die Bereitschaft der politisch Verantwortlichen, die notwendigen Entscheidungen zu treffen. Schon längst hätte es heißen müssen: Bringt alle Akteur:innen an einen Tisch und besprecht gemeinsam, wie die Berliner Krankenhauslandschaft in den kommenden Jahren gestaltet werden soll. Was benötigt wird, ist bekannt. Es muss nur geklärt werden, wer was übernimmt. Es ist unverständlich, warum dieser Veränderungswille bisher von der Politik nicht aufgegriffen wurde. Ich nehme alle Akteur:innen der Berliner Krankenhauslandschaft so wahr, dass sie bereit sind, Veränderungen zu gestalten, auch wenn sie schmerzhaft sind. Denn alle wissen: So geht es nicht mehr weiter.

Ein weiterer Fehler liegt in der seit Jahren anhaltenden Untätigkeit beim großen Ziel der Entbürokratisierung. Konkrete, einfach umzusetzende und schnell wirksame Vorschläge liegen auf dem Tisch und werden dennoch nicht umgesetzt. Wir reden heute über Einsparnotwendigkeiten. Die Abschaffung von unnützen Verwaltungs- und Dokumentationsvorschriften kostet kein Geld. Im Gegenteil, sie haben sogar das Potenzial, erheblich Kosten einzusparen. Dass diese Möglichkeit trotzdem nicht genutzt wird, liegt vermutlich daran, dass man befürchtet, durch den Abbau von Dokumentationspflichten die medizinische Qualität zu gefährden und Abrechnungsmissbrauch zu begünstigen. Sprechen wir es offen aus: Das Misstrauen gegenüber unserer ärztlichen Arbeit hat in der politischen Entscheidungsfindung zu einer mangelnden Motivation geführt, die seit Jahren überbordende Bürokratie ernsthaft zu reduzieren. Es ist höchste Zeit, dass sich das ändert.

Der neue Gesundheitsminister tritt sein Amt in unruhigen und schweren Zeiten an. Es ist ihm und uns zu wünschen, dass er seine eigenen Worte beherzigt: „Einfach mal machen!“ Kraftvoll müssen jetzt Strukturveränderungen im Gesundheitssystem umgesetzt werden. Patient:innensteuerung, Notfallreform und Entbürokratisierung sind keine unbearbeiteten Themenfelder. Die Lösungsmöglichkeiten liegen vor. Was fehlt, ist deren Umsetzung.

Uns Ärztinnen und Ärzten ist bewusst, dass ein echter Strukturwandel auch unsere Arbeit verändern wird. Wir sind überzeugt, dass genau dieser Ansatz ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem in Deutschland sichert, in dem die Menschen, Patient:innen und Mitarbeitenden gleichermaßen im Mittelpunkt stehen und in dem hochwertige medizinische Versorgung garantiert wird. Wir sind bereit für Veränderungen. Dafür fordern wir von der Politik Mitsprache und echte Wertschätzung unserer Arbeit.

PD Dr. med. Peter Bobbert
Präsident der Ärztekammer Berlin

Berliner Stimmen zur Frage „Welche Auswirkungen wird das Sparpaket auf Ihre Praxis haben?“



Dr. Aditya Mungee

„Das TSVG war der Hauptweg für Neupatient:innen, um trotz der Auslastung der regulären Sprechstunde Zugang zu uns zu finden. Die ohnehin lange Wartezeit von einigen Wochen bis zu Monaten für psychiatrische Termine wird jetzt zum kompletten Aufnahme-stopp. Das Gesetz trifft also ausgerechnet die Patient:innen am härtesten, die ohnehin meist zu spät Hilfe bekommen und unter Stigmatisierung leiden.“



Dr. med.
Alex Rothhaar

„Uns ist es sehr wichtig, hohen medizinischen Anspruch und breites Fachwissen zu vermitteln. In der Konsequenz wird das Gesetz zu erheblichen personellen Einsparungen führen müssen, was auch die Weiterbildung junger Kolleg:innen betrifft. Es ist jetzt schon äußerst schwierig, als junge Ärzt:in eine Weiterbildungsstelle in der Dermatologie zu finden, zukünftig wird es fast unmöglich werden. Hinzu kommt, dass das Ausbildungscurriculum hohe Anforderungen stellt, die die meisten Praxen dann nur im Ansatz oder überhaupt nicht mehr erfüllen können.“

Die Einschätzung eines Facharztes für Allgemeinmedizin mit eigener Praxis in Berlin fällt hingegen etwas anders aus als die seiner Kolleg:innen und die vieler Verbände. Er möchte nicht namentlich genannt werden.

„Die von Berufsverbänden und KVen betriebene Panikmache kann ich nicht nachvollziehen. Ich denke, dass es sinnvoll und wichtig ist, dass dieses Gesetz verabschiedet wurde. Es wird nur wenige Facharztgruppen treffen und auch da wird niemandem wirklich wehgetan. Was sich für uns ab Januar konkret ändert, kann ich noch nicht abschätzen. Ich vermute, dass es erst einmal nicht so viel sein wird. Die ePA-Ziffern sind weg, das ist erledigt. Ich werde meine Patient:innen nicht in die Selbstzahler-Schiene drängen. Das finde ich völlig unmöglich. Unsere Patient:innen werden auch ab Januar gut versorgt sein.“



Das vollständige Interview lesen Sie online unter → <https://magazin.aekb.de>

Die Notfallreform wurde am 9. Juli 2026 in erster Lesung beraten und anschließend an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Sie sieht Integrierte Notfallzentren mit zentraler Ersteinschätzung vor und zielt darauf ab, Bereitschaftsdienst, Notaufnahmen und Rettungsdienst zu verzahnen. Die damalige Ministerin Nina Warken (CDU) sprach von notwendigen Strukturreformen – einen Tag vor der Abstimmung über das Sparpaket.

Das vierte Vorhaben ist das weitreichendste, aber am wenigsten konkrete: das im Koalitionsvertrag vereinbarte Primärarztsystem. Es soll genau jene Steuerung der Patientinnen und Patienten herstellen, deren Fehlen als Kostentreiber gilt. Im Primärarztsystem soll bei den meisten Anliegen in der Regel künftig zuerst die Hausarztpraxis aufgesucht werden. Der Fachdialog läuft seit Ende Januar, ein Referentenentwurf war für den Sommer angekündigt, lag aber Ende August noch nicht vor. Erste Wirkungen erwartet das Ministerium im Jahr 2028.

Für all diese Vorhaben ist seit dem 24. Juli 2026 zudem ein anderer Minister verantwortlich. Nina Warken wechselte ins Kanzleramt, während Carsten Linnemann (CDU) das Gesundheitsressort übernahm. Der Volkswirt bezeichnete sich kürzlich selbst als fachfremd.

Die Übergangszeit

Die Reihenfolge ist also festgelegt und damit auch die eigentliche Nachricht. Das Gesetz, das Gelder entzieht, greift ab Januar 2027, während die Reform, die den Zugang steuern und damit den Aufwand senken soll, frühestens 2028 wirkt.

Für die Berliner Ärzt:innen bedeutet das eine Übergangszeit von mindestens einem Jahr: Die Einnahmen sinken bereits, die Strukturen sind aber noch die alten. Wie lang diese Phase wird, hängt nicht von der Höhe der Kürzungen ab, sondern vom Tempo der übrigen Verfahren. /



Mario Urbanek, MBHA
Arzt, MBA Gesundheitsmanagement & Digital Health
Foto: privat

Personalwechsel im Präsidium: von Anfang an für die Mitte geplant

Bericht von der Delegiertenversammlung am 9. September 2026

Mit der Wahl der Vizepräsidentin stellte die Delegiertenversammlung ein paritätisch besetztes Präsidium der Ärztekammer Berlin sicher. Außerdem wurde die Fortsetzung der Förderung der Gedenkstätte Alt Rehse beschlossen. Der Präsident berichtete über Fortschritte bei der Digitalisierung und dem Bürokratieabbau. Abschließend debattierten die Delegierten kontrovers über die Einrichtung einer Ombudsstelle gegen Diskriminierung und sexualisierte Gewalt.

Auszug aus der Tagesordnung der 17. Sitzung der Delegiertenversammlung

- Bericht des Ausschusses zur Schlichtung von Streitigkeiten über Behandlungsfehler
- Nachwahl zum Vorstand
- Weiterbildung der Ärztekammer Berlin
- Gremien der Ärztekammer Berlin
- Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse e. V. – Bericht über die Aktivitäten
- Errichtung einer Ombudsstelle der Ärztekammer Berlin zum Schutz vor Diskriminierung und sexualisierter Gewalt
- Vertrauensperson in Weiterbildungsfragen der Ärztekammer Berlin

Bevor er in die Tagesordnung (TO) einstieg, begrüßte PD Dr. med. Peter Bobbert (Marburger Bund), Präsident der Ärztekammer Berlin (ÄKB), die referierenden Gäste: Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik, den Vorsitzenden des Ausschusses zur Schlichtung von Streitigkeiten über Behandlungsfehler in der Ärztekammer Berlin, und dessen Stellvertreter Dr. med. Bernd Weber. Ebenfalls anwesend waren Dr. Rainer Stommer, Geschäftsführer der Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse, und Dr. med. Thomas Maibaum, Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Anschließend begrüßte Bobbert ein neues Mitglied in der Delegiertenversammlung (DV): Dr. med. Iris von Wunsch-Rolshoven Teruel (FrAktion Gesundheit) übernimmt das Amt von Dr. med. Sara Arewa. Sie ist Fachärztin für Innere

Medizin in einer Berliner Praxis für Infektiologie und seit 2021 Mitglied im Arbeitskreis „Klimawandel und Gesundheit“ der Ärztekammer Berlin.

Anfragen

Unter dem ersten Tagesordnungspunkt (TOP) „Anfragen an den Vorstand“ fragte Dr. med. Katharina Thiede (FrAktion Gesundheit) nach der Positionierung der Ärztekammer Berlin zum Referentenentwurf „Gesetz zur Reform des Nachrichtendienstes“. Sowohl die Bundesärztekammer (BÄK) als auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hätten in ihren Stellungnahmen zum Entwurf angemahnt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung vor Maßnahmen der Nachrichtendienste geschützt werden müsse.

Bobbert bestätigte, dass der drohende Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis durch den Referentenentwurf in der BÄK diskutiert werde und er dieses Thema auch in Gesprächen mit Bundestagsmitgliedern anspreche. Er äußerte die Sorge, dass wesentliche, potenziell einschneidende Gesetzesvorhaben – etwa das Apothekenreformgesetz – aus ärztlicher Sicht zunehmend aus dem Fokus geraten. Thiede bat den Präsidenten, aus der BÄK zur Reform des Nachrichtendienstes zu berichten, und regte eine Pressemitteilung der ÄKB zu diesem Thema an.

Dr. med. Claudio Freimark (Marburger Bund) fragte, wann der in der vorherigen DV vertagte Tagesordnungspunkt zur Beendigung des Ausschusses Versorgung und seiner Unterausschüsse sowie zur Neugründung eines Ausschusses Versorgung der Ärztekammer Berlin nachgeholt werde. Bobbert erläuterte, man sei so verblieben, dass zunächst die Ausschussvorsitzenden der Delegiertenversammlung berichten sollten, bevor darüber entschieden werde. Der entsprechende TOP 3 sei heute jedoch bereits einem anderen Ausschuss vorbehalten.

Freimark berichtete weiter, dass ihn Kolleg:innen aus dem Fachverband Orthopädie nach einer Wiedereinführung des Kinderfreibetrags gefragt hätten und erkundigte sich nach dem Ergebnis des Arbeitskreises zur Beitragsordnung. Bobbert teilte mit, dass der Abschlussbericht vorliege und nun in der Haushaltskommission beraten werde, mit dem Ziel, einen Beschluss in der DV im November zu fassen.

Hinweise

Julian Veelken (FrAktion Gesundheit) verwies auf das „Edelweiß Netzwerk“, das auf die Medienmacht der Neuen Rechten aufmerksam macht, und wies darauf hin, dass Frank Gotthardt, der Verwaltungsratsvorsitzende der Compu-Group Medical, das rechtspopulistische Portal „Nius“ finanziere. Dieses Wissen solle unter Kolleg:innen verbreitet werden, um dies bei einer möglichen Kaufentscheidung für entsprechende im Praxisbetrieb relevante Produkte zu berücksichtigen. Bobbert erwiderte, die Thematik sei dem Vorstand und der BÄK bekannt. Es sei jedoch nicht Aufgabe der Kammer, ihren Mitgliedern bei betriebswirtschaftlichen Entscheidungen Empfehlungen zu geben. Die klare Haltung des Vorstandes gegen extremistische Tendenzen sei bereits oft bekräftigt worden. Letztlich müsse jede Ärztin und jeder Arzt die Kaufentscheidung selbst treffen.

Der Präsident ergänzte die schriftlichen „Mitteilungen des Vorstandes“ um den Hinweis, dass die Digitalisierung und der Bürokratieabbau in der Ärztekammer Berlin konsequent vorangetrieben würden. Das Mitgliederportal sei mit dem heutigen Tag auf ein neues Kammerportal umgestellt worden. Bei der Entbürokratisierung würden alle Verfahren auf Sinnhaftigkeit geprüft und gegebenenfalls abgeschafft. So entfällt für Weiterbildungsbefugte bei einem Praxisumzug innerhalb Berlins, bei einem Trägerwechsel oder bei einer MVZ-Übernahme künftig der erneute Antrag auf Anerkennung der Befugnis, sofern sich nichts an den zu vermittelnden Inhalten und deren Umfang ändert und die Befugnis nicht älter als fünf Jahre ist.

Anschließend berichtete Schaffartzik für den Ausschuss zur Schlichtung von Behandlungsfehlerstreitigkeiten. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ermöglichen Patient:innen eine niedrigschwellige Prüfung möglicher Behandlungsfehler und liefern Ärzt:innen Erkenntnisse zu Fehlerhäufungen für die Fehlerprävention.

Nachwahlen

Wie angekündigt, legte Dr. med. Matthias Blöchle (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund) sein Amt als Vizepräsident zur Amtszeithälfte nieder, um ein paritätisch besetztes Präsidium zu ermöglichen. Bobbert dankte ihm für die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Blöchle dankte dem Hauptamt und dem Präsidenten ebenfalls für

die stets gute Zusammenarbeit und schlug Dr. med. Kathleen Chaoui (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund) als seine Nachfolgerin vor, da sie sich in der Vorstandsarbeit äußerst bewährt habe. Chaoui wurde ohne Gegenkandidatur mit 24 von 34 Stimmen – zwei Stimmen waren ungültig – zur Vizepräsidentin gewählt und nahm die Wahl an. Danach wurde Blöchle ohne Gegenkandidatur mit 23 von 34 Stimmen als weiteres Vorstandsmitglied gewählt.

Geplanter Personalwechsel

Der bisherige Vizepräsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Matthias Blöchle, hat auf eigenen Wunsch sein Amt nach der Hälfte der Legislaturperiode abgegeben, um der Delegiertenversammlung die Wahl eines paritätisch besetzten Präsidiums zu ermöglichen. Bereits im Vorfeld der Delegiertenversammlung hatten ihm Präsident PD Dr. med. Peter Bobbert sowie der Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin, Ass. jur. Michael Hahn, in kleiner Runde für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und sein großes Engagement gedankt.



Foto: Ärztekammer Berlin

Blöchle ist seit 2007 Mitglied der Delegiertenversammlung und wurde 2017 von den Delegierten in den Vorstand gewählt. Im Jahr 2020 hatte er das Amt des Vizepräsidenten übernommen und war 2024 wiedergewählt worden.

In seiner Amtszeit setzte er sich unter anderem für die Stärkung der Prävention und Gesundheitskompetenz, für Frauengesundheit und insbesondere für die Reproduktionsmedizin ein. Auch die Themen Organspende und medizinische Versorgung obdachloser Menschen lagen ihm am Herzen. Er gehört der Liste „Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund“ an und wird sich für diese auch weiterhin als Delegierter gesundheitspolitisch für die Ärztekammer Berlin engagieren.

Die Ärztekammer Berlin hat eine neue Vizepräsidentin

Am 9. September 2026 wurde Dr. med. Kathleen Chaoui von der Delegiertenversammlung zur neuen Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin gewählt. Damit löste sie Dr. med. Matthias Blöchle ab, der wie geplant nach der Hälfte seiner Amtszeit als Vizepräsident die Amtsgeschäfte übergeben hat. Chaoui gehört ebenso wie Blöchle der Liste Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund an. Die niedergelassene Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Zusatz-Weiterbildung Allergologie ist seit vielen Jahren politisch aktiv. Seit 2019 ist sie Mitglied im Weiterbildungsausschuss IV der Ärztekammer Berlin, seit 2020 Mitglied des Vorstandes und seit 2024 Delegierte der Kammer.



KC

Dr. med. Kathleen Chaoui

Foto: privat

BÄ

Frau Dr. Chaoui, wie sind Sie zur Berufspolitik gekommen?

KC

Ich bin seit über 20 Jahren als niedergelassene HNO-Ärztin und Allergologin tätig, stets im direkten Kontakt zu meinen Patient:innen. Ich konnte in dieser Zeit viel darüber lernen, was in unserem Gesundheitswesen gut läuft und was nicht. Um diese Erfahrungen an die nächste Generation weiterzugeben und um die Rahmenbedingungen für unseren Beruf zu erhalten und zu verbessern, habe ich beschlossen, mich in der Berufspolitik zu engagieren.

Welche Themen sind Ihnen bei Ihrer berufspolitischen Arbeit besonders wichtig?

Ich halte es für unverzichtbar, dass sich die zunehmende Ambulantisierung auch in der ärztlichen Weiterbildung niederschlägt. Dabei spielt die Verzahnung der Sektoren eine entscheidende Rolle und Weiterbildungsverbünde werden an Bedeutung gewinnen. Voraussetzung dafür ist auch die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Wichtig ist mir zudem, dass Bürokratie und Vorgaben zur Qualitätssicherung fortlaufend auf ihre Eignung überprüft werden. Dafür habe ich mich eingesetzt und eine enge Zusammenarbeit mit den Landesüberwachungsbehörden etabliert, um die Vorgaben im Sinne der Qualität und Patientensicherheit praxisnah und mit möglichst geringem bürokratischen Aufwand umzusetzen.

Um junge Menschen für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu begeistern, ist es notwendig, ihnen Aufstiegschancen zu ermöglichen. Durch die Anpassung der Fortbildungen für MFA an neue gesetzliche Regelungen ist das schon zum großen Teil gelungen. Zudem bietet die Digitalisierung im Gesundheitswesen aus meiner Sicht nicht nur Chancen in der Versorgung und beim Bürokratieabbau, sondern eröffnet auch neue Tätigkeitsfelder für MFA. Da die Ausbildung von MFA zu mehr als 90 Prozent in den Arztpraxen stattfindet, ist diese Entwicklung für den ambulanten Bereich besonders bedeutsam.

Was sind Ihre Ziele als Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin?

Ich werde mich für eine moderne, mitgliedernahe Kammerstruktur sowie für die weitere Optimierung und Digitalisierung der Kammerprozesse einsetzen. Besonders am Herzen liegen mir auch die Stärkung der Frauen- und Kindergesundheit, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die kontinuierliche Verbesserung des Zugangs

von Frauen zu Führungspositionen und ihrer Beteiligung an der Berufspolitik. Dafür braucht es mehr Vorbilder und Mentorinnen.

Zudem ist mir wichtig, dass Ärzt:innen unabhängig von Tätigkeitsfeld und Sektor geschlossen auftreten, respektvolle und konstruktive Debatten führen und sich gemeinsam für die Unabhängigkeit in ärztlichen Entscheidungsprozessen einsetzen. Dazu gehört es, den weiteren Ausbau investorenbetriebener Gesundheitseinrichtungen zu verhindern. Ich bin überzeugt, dass es uns nur so gelingen wird, das Vertrauen und die Zufriedenheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu erhalten und zurückzugewinnen.

Wir müssen neben der Einführung einer versorgungsstärkenden Patientensteuerung auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung fördern, den vertrauensvollen Umgang mit Patient:innen pflegen und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken, zum Beispiel mit flächendeckenden Schulgesundheitsfachkräften. So lassen sich in einer zunehmend komplexen Gesundheitslandschaft Ressourcen schonen, damit unser Gesundheitssystem zukunftsfähig bleibt.

Vielen Dank für das Gespräch. /

Dr. med. Antje Koch, Leiterin der Abteilung Weiterbildung / Ärztliche Berufsausübung, berichtete, dass der Prüfungsrückstand bei Facharztprüfungen aufgeholt sei und die Antragszahlen nun mit den Prüfungszulassungen im Gleichgewicht stehen. Dann fanden die Gremienwahlen statt.

Förderung

Es folgte der Vortrag von Stommer und Maibaum zur Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse e. V. Zunächst informierte Bobbert jedoch darüber, dass der Vorstand die weitere Förderung in Höhe von jährlich 5.000 Euro bereits beraten und den Delegierten zur Zustimmung empfohlen habe. Danach berichtete Maibaum, dass es im vergangenen Jahr 40 bis 60 Führungen und einige Tagungen gegeben habe. Die Stätte sei von bis zu 500 Menschen besucht worden und zwei Historiker forschten dort. Mit Blick auf die Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt mahnte Maibaum, dass die Republik vor wenigen Tagen „ein blaues Erwachen“ erlebt habe. Auch im Wahlkreis Alt Rehse hätten die AfD und das BSW eine hohe Zustimmung erhalten. „Wir müssen solche Gedenkstätten gerade in diesen Regionen offenhalten“, betonte er.

Stommer zeichnete in seinem Vortrag die Genese des Projektes nach. Er berichtete erfreut, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern jüngst zugesagt habe, die Mietkosten für das Ausstellungshaus über einen Zeitraum von 15 Jahren zu übernehmen. Zudem sei vor wenigen Tagen die Sonderausstellung „Heilen und Vernichten – Idylle und Verbrechen“ in Schwerin eröffnet worden. Diese ist als Wanderausstellung konzipiert, so Stommer. Daher würde man sich freuen, wenn sie auch in Berlin gezeigt werden könnte.

Dr. med. Helene Michler (Fraktion Gesundheit) dankte den Referenten, plädierte für eine höhere finanzielle Unterstützung der ÄKB und forderte, die Ausstellung angesichts der politischen Lage in der Kammer zu zeigen. Dr. med. Susanne von der Heydt (Marburger Bund) wünschte sich eine breitere Zugänglichkeit der Ausstellung, etwa an einem zentraleren Ort für Schüler:innen und Kolleg:innen. Man sei sich der Problematik der Abgeschiedenheit bewusst, so Stommer. Dennoch bekomme die Gedenkstätte regelmäßig Besuch, auch von Student:innen. Zudem gebe es einen kleinen virtuellen Rundgang durch die Ausstellung. Hinsichtlich des Vorschlages, die Ausstellung zentraler in einer Stadt zu zeigen, vertrat er die Meinung: „Man kann es nur hautnah vor Ort nachvollziehen.“ Die weitere Förderung in Höhe von 5.000 Euro wurde einstimmig ohne Enthaltung angenommen.

Diskussion

Martina Jaklin, die Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht, gab zum nächsten TOP einen mündlichen Sachstandsbericht zur Errichtung einer Ombudsstelle der

Ärzttekammer Berlin zum Schutz vor Diskriminierung und sexualisierter Gewalt. Einerseits gebe es das große Problem, dass viele Strafverfahren gar nicht mehr in einem Urteil enden, und damit würden sowohl berufsrechtliche als auch approbationsrechtliche Maßnahmen erheblich erschwert werden. Andererseits habe ihre Abteilung in den vergangenen 20 Jahren mit großem personellen und zeitlichen Aufwand richtungsweisende berufsgerichtliche Urteile in diesem Themenfeld erstreiten können.

In der Diskussion betonte Thiede, die Ombudsstelle biete die Chance, das Dunkelfeld durch niedrigschwellige Beratung ohne Verfahrensbindung auszuleuchten. Veelken sah das Hauptproblem in Belästigungen unterhalb der berufsrechtlichen Schwelle. Davon seien rund 80 Prozent der Frauen in Weiterbildung betroffen. Er erwarte von der Ombudsstelle, dass das Thema sexualisierte Sprache enttabuisiert werde und sie zu einem Wandel der Atmosphäre und des Habitus im klinischen Alltag beitrage. Jaklin wies auf steigende Fallzahlen bundesweit hin und auf das Problem, dass bekanntgewordene Tatsachen nach geltendem Berufsrecht zwingend Ermittlungen auslösten.

Dr. med. Laura Schaad (Marburger Bund) unterstrich die Notwendigkeit, in der Ombudsstelle klarzustellen, dass eine Beratung keine automatischen Konsequenzen nach sich ziehe. Dies könne zu Frustration führen und keine belastbare Datengrundlage liefern, merkte sie an. Dr. med. Regine Held (Allianz Berliner Ärztinnen und Ärzte – MEDI Berlin – Virchowbund) differenzierte zwischen berufsrechtlich relevanten Tatbeständen und ihrer Ansicht nach weniger dramatischen, meist verbalen Übergriffen. Diese sollten ihrer Ansicht nach vor Ort in den Krankenhäusern geklärt werden. Sie plädierte für ein niedrigschwelliges Angebot zur statistischen Erfassung. Die primäre Zuständigkeit sehe sie jedoch nicht bei der Ärztekammer Berlin.

Abschließend empfahl Bobbert, dass der Vorstand unter Berücksichtigung der Diskussionen einen Vorschlag zur Errichtung einer Ombudsstelle vorbereiten solle, über den in der DV im November beschlossen werden könne, um möglichst bald zu einer Entscheidung zu kommen.

Den schriftlichen Jahresbericht 2026 der Vertrauensperson in Weiterbildungsangelegenheiten für die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin nahmen die Delegierten zur Kenntnis.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 25. November 2026 statt.

Ole Eggert
Pressesprecher

„Kein leichtes Jahr“

Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 3. September 2026

Risikoreduzierung und Diversifizierung bei den Kapitalanlagen sowie Stabilisierung der Reserven – das sind die Antworten der Berliner Ärzteversorgung auf die unsichere Situation an den Kapitalmärkten.

„Es war kein leichtes Jahr“, erklärte Dr. Stefan Hochfeld, stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung (BÄV), bei der Vorstellung des Jahresabschlusses 2025. So lag die Nettoverzinsung laut Bericht bei 3,06 Prozent und damit ein Prozent niedriger als im Vorjahr. Dennoch konnte der Rechnungszins bei vier Prozent gehalten werden; dabei wurde nur zu einem kleinen Teil auf die Zinsschwankungsreserven zurückgegriffen. Insgesamt sind die Kapitalanlagen auf 12,8 Milliarden Euro angewachsen. Es sei vorgesehen, die Reserven bei rund 30 Prozent zu stabilisieren, um weiterhin Kapitalmarkt-

schwankungen ausgleichen zu können, so Hochfeld. Zudem werde eine weitere Diversifizierung der Kapitalanlagen sowie verstärkte Investitionen in zinsabhängige Anlageklassen angestrebt.

Nachdem der Jahresabschluss festgestellt wurde, nahmen die Mitglieder der Vertreterversammlung den Antrag zur Entlastung der Ausschüsse einstimmig an. Ebenfalls zugestimmt wurde der Anhebung der Renten und Kinderzuschüsse sowie der Anhebung der Rentenbemessungsgrundlage um jeweils ein Prozent zum 01. Januar 2027.

Nachfolgend wurde die Änderung der BÄV-Satzung vorgestellt. Nunmehr wird im Satzungstext geschlechtersensible Sprache verwendet. Zudem wurden Schriftformerfordernisse abgesenkt, um schnellere Antragsverfahren zu ermöglichen und die Bürokratielast zu senken. Neu ist auch, dass sich Mitglieder mit mehreren heilberuflichen Approbationen von Doppel-Mitgliedschaften befreien lassen können und freiwillige Mehrzahlungen in flexiblen Stufen bis zur Maximalabgabe möglich sind. Die Satzungsänderung wurde einstimmig angenommen.

In der Aussprache waren die Berichte über Krisen und Fehlinvestitionen in verschiedenen Versorgungswerken erneutes Thema. Die BÄV sei davon nicht betroffen, wurde von Seiten der VGV Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke GmbH bestätigt. Auch Dr. med. Roland Urban, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses der BÄV, erklärte: „Ich sehe keinen Grund zur Sorge.“ /

60 Jahre Berliner Ärzteversorgung (BÄV)

Die Berliner Ärzteversorgung feiert Geburtstag. Gegründet am 1. Oktober 1966 von der Ärztekammer Berlin ist die BÄV seit 60 Jahren zuverlässige Begleiterin der Kammermitglieder. Ihre Leistungen sind neben der Altersrente auch die Berufsunfähigkeitsrente und die Hinterbliebenenversorgung. Die BÄV wird in ärztlicher Selbstverwaltung betrieben: Verwaltungsausschuss, Aufsichtsausschuss und Vertreterversammlung setzen sich aus ehrenamtlich tätigen Ärzt:innen zusammen. Verwaltungshilfe leistet die VGV Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke GmbH. Bei den Investments wird insbesondere auf ethische, soziale und ökologische Standards geachtet. Diese Selbstverpflichtung wurde 2020 mit der Unterzeichnung der von den Vereinten Nationen unterstützten „Principles for Responsible Investment“ (PRI) besiegelt.

Mehr über die Arbeit der Berliner Ärzteversorgung erfahren Sie unter folgenden Links:

→ <https://magazin.aekb.de/im-fokus/so-arbeitet-die-berliner-aerzteversorgung>

→ <https://magazin.aekb.de/im-fokus/frei-und-sicher-was-bringt-die-berliner-aerzteversorgung-fuer-jung-und-alt>



Anne McLaren

Stabsstelle Presse / Gesundheitspolitik
Foto: privat

Das neue Kammerportal: ein Ort für alle Anliegen

Im neuen Kammerportal bündelt die Ärztekammer Berlin die Online-Services für ihre Mitglieder. Wer es nutzen möchte, muss sich einmalig neu registrieren.

Anträge stellen, den Stand der Fortbildungspunkte prüfen oder persönliche Daten verwalten: Vieles davon war auch im bisherigen Mitgliederportal schon möglich. Mit dem neuen Kammerportal stehen diese und weitere Funktionen nun in einer technisch grundlegend erneuerten und übersichtlicheren Umgebung zur Verfügung. Die Nutzerführung ist klarer und Dokumente werden, wo möglich, digital statt per Post zugestellt.

Seit September 2026 ist das Kammerportal außerdem der zentrale Einstiegspunkt für alle Online-Services der Ärztekammer Berlin. Sie loggen sich direkt dort ein, ganz ohne Umweg über das bisherige Mitgliederportal.

Ein Anlaufpunkt für viele Services

Das Kammerportal bündelt die wichtigsten Verfahren zwischen Mitgliedern und der Ärztekammer Berlin an einem Ort und macht sie übersichtlicher. Dazu gehören das Fortbildungspunktekonto mit der Beantragung von Fortbildungszertifikaten, die Beitragsveranlagung, der Zugriff auf das eLogbuch, digitale Anträge im Bereich der Weiterbildung sowie die Postbox, über die wichtige Dokumente und Nachrichten zunehmend direkt online statt per Post zugestellt werden.

Bei der Erneuerung des Portals wurde besonderer Wert auf eine intuitive Bedienung, eine klare Struktur, mehr Sicherheit und Barrierefreiheit gelegt. Ziel ist es, Verfahren und Anträge für alle Mitglieder – unabhängig davon, ob Sie niedergelassen sind, im Krankenhaus arbeiten, sich in der Weiterbildung befinden oder bereits im Ruhestand sind – einfacher und weniger zeitintensiv zu gestalten.

Drei Vorteile auf einen Blick

- **Durchgängig digital:** Fortbildungszertifikate lassen sich online beantragen, werden digital ausgestellt und über die Postbox zugestellt, statt wie bisher per Post.
- **Informationen immer im Blick:** Der Status von Anträgen, das Fortbildungspunktekonto und die vorgangsbezogene Kommunikation in der Postbox sind jederzeit einsehbar – auch von unterwegs, da das Kammerportal mobil nutzbar ist.
- **Klare Nutzerführung:** Das Kammerportal führt Schritt für Schritt durch die jeweiligen Verfahren.

Ein Beispiel aus dem Alltag

Ein Facharzt für Innere Medizin möchte künftig Ärzt:innen in Weiterbildung anleiten und beantragt dafür die Erteilung seiner Weiterbildungsbefugnis. Den Antrag konnte er zwar schon zuvor online stellen, neu ist jedoch, dass die gesamte weitere Kommunikation dazu nahezu vollständig über die Postbox im Kammerportal läuft. Nachforderungen, Zwischenstände und schließlich die Nachricht über die Erteilung der Befugnis erhält er gebündelt dort.

Sicher unterwegs im Kammerportal

Das Kammerportal steht ausschließlich aktiven Mitgliedern der Ärztekammer Berlin zur Verfügung. Aus technischen Gründen müssen sich alle Mitglieder, auch Nutzer:innen des bisherigen Mitgliederportals, einmalig ein neues Benutzerkonto einrichten.

Um das Schutzniveau zu erhöhen, ist die Nutzung des Portals künftig ausschließlich mit 2-Faktor-Authentifizierung per Authenticator-App (TOTP-Verfahren) auf dem Smartphone möglich. Der im bisherigen Mitgliederportal genutzte SMS-Code entspricht nicht mehr den aktuellen Sicherheitsanforderungen.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website unter → www.aekb.de/kammerportal. Bei Fragen oder technischen Problemen hilft Ihnen das Team der Abteilung Digitalisierung / Kommunikation per E-Mail an portal@aekb.de gerne weiter. /

Abteilung Digitalisierung / Kommunikation



Kammerportal: Jetzt registrieren

Nutzen Sie das Kammerportal der Ärztekammer Berlin für Ihre Anträge und Anliegen.

Dazu ist einmal eine neue Registrierung nötig, auch wenn Sie bereits im bisherigen Mitgliederportal angemeldet waren. Ihr persönliches Einmalpasswort haben Sie per SMS erhalten oder können es bei Bedarf im Kammerportal per Brief anfordern.

→ <https://kammer.aekb.de>

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Juli/August 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. Miguel Enrique Alberto Vilchez	04.08.2026
	Maira Fernanda Ballivian Zuazo	04.08.2026
	Saskia Pflugbeil	13.07.2026
	Sophie Bandelier	05.08.2026
FÄ/FA Allgemeinmedizin	Dr. med. Gwendolyn Alexa Christiansen	08.07.2026
	Dr. med. Lucas Csallner	21.07.2026
	Dr. med. Johannes Ditz	05.08.2026
	Jonas Domke	21.07.2026
	Dr. med. Katrin Eriksen	26.08.2026
	Dominic Fazl	21.07.2026
	Daria Laura Gemmel	05.08.2026
	Ricarda Henke	05.08.2026
	Dr. med. Anja Kühl	08.07.2026
	Lisa Polzin	08.07.2026
	Maike Rabura	21.07.2026
	Dr. med. Kamila Rozwag	26.08.2026
	Claudia Schorr	18.08.2026
	Ziad Waez	18.08.2026
	Annika Wolf	18.08.2026
	Dr. med. Lividona Zariqi	18.08.2026
	Dr. med. Nils Engelhard	11.08.2026
FÄ/FA Anästhesiologie	Dr. med. Niklas Bastian Faust	11.08.2026
	Steve Gärtner	28.07.2026
	Wiebke Heilmann	28.07.2026
	Christian John	14.07.2026
	Jennifer Kähne	14.07.2026
	Dr. med. Arvid Leander Schubert	28.07.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Anästhesiologie	Dr. med. Celina Wolters	14.07.2026
	Maria Zemann	11.08.2026
FÄ/FA Arbeitsmedizin	Friederike Dorn	14.07.2026
	Baharak Mashayekhi	14.07.2026
	Dr. med. Verena Peters	04.08.2026
	Louis-Philippe Fermon	22.07.2026
FÄ/FA Augenheilkunde	Dr. med. Felix Rosanski	22.07.2026
	Ilia Antcupov	22.07.2026
FÄ/FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Amal Erhaïem	01.07.2026
	Dr. med. Stefanie Gitsham	26.08.2026
	Dr. med. Catherine Herzig	01.07.2026
	Dr. med. Nora Horn	19.08.2026
	Carolin Lewerenz	01.07.2026
	Ruth Marahiel	26.08.2026
	Dr. med. Constanze Mauthe	01.07.2026
	Florentine Ragaller	19.08.2026
	Darja Schlothauer	19.08.2026
	Maximilian Stern	22.07.2026
FÄ/FA Gefäßchirurgie	Tornike Beridze	04.08.2026
FÄ/FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drilon Bajrami	23.07.2026
FÄ/FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Roxana Behnejad	15.07.2026
	Dr. med. Gesa Bindke	15.07.2026
	Dr. med. Willy Chan	15.07.2026
	Dr. med. Sohrab Elahwiesy	01.07.2026
	Valentina Ghensi	01.07.2026
	Dr. med. Dimitra Aikaterini Lintzeri	01.07.2026
	Doctor medic Inès Riani	01.07.2026
	Dr. med. Dawud Abawi	05.08.2026
	Dr. med. Fabian Artusa	06.08.2026
	Nor Julia Bakir	23.07.2026
FÄ/FA Innere Medizin	Jeta Beqiri	29.07.2026
	Dr. med. Hannah Bielke	08.07.2026
	Dr. med. Antonia Braun	08.07.2026
	Dr. med. Peter Demko	29.07.2026
	MUDr. Pierre Dreano	29.07.2026
	Julia Gogolok	27.08.2026
	Johannes Hahn	15.07.2026
	Dr. med. Elena Heinze-Martinez	26.08.2026
	Dr. med. Lukas Helbig	06.08.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung	WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Innere Medizin	Tobias Hofmann	05.08.2026	FÄ/FA Innere Medizin und Nephrologie	Dr. med. Clemens Krull	08.07.2026
	Alina Ignatyeva	23.07.2026			
	Yoana Ivanova	15.07.2026	FÄ/FA Innere Medizin und Pneumologie	Dr. med. Maria Jelena Hauser	12.08.2026
	Aiham Jalouk	08.07.2026		Thomas Oskar Philip Keil	12.08.2026
	Hager Briki	23.07.2026	FÄ/FA Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Sarah Hartfiel	12.08.2026
	Bettina Keil	23.07.2026		Nadja Korinth	24.08.2026
	Dr. med. Sebastian Ketelhut	23.07.2026		Dr. med. Mattis Kupferschmid	12.08.2026
	Dr. med. Ines Kranz	08.07.2026		Dr. med. Laura Motzkus	01.07.2026
	Dr. med. Anica Loth	05.08.2026		Julia Neugebauer	12.08.2026
	Jakub Krzysztof Ludwig	26.08.2026		Dr. med. Kilian Runte	24.08.2026
	Dr. med. Menghua Maier-Wang	06.08.2026		Dr. med. Eva Steinke	12.08.2026
	Nerijus Miskinis	26.08.2026	FÄ/FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Sergio David Cardozo Caballero	30.07.2026
	Emanuele Morciano	13.08.2026		Dr. med. Anna-Luisa Paetz	30.07.2026
	Katarzyna Pietrzyk	23.07.2026	FÄ/FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Maria Franczyk	05.08.2026
	Dr. med. Lukas Riso	08.07.2026			
	Christina Roggenbuck	27.08.2026	FÄ/FA Neurochirurgie	Jacopo Calleri	20.08.2026
	Luise Röhrich	15.07.2026		Priv.-Doz. Dr. Dr. med. Anton Früh	08.07.2026
	Nina Schlote	23.07.2026		Dr. med. Aminaa Sanchin	08.07.2026
	Dr. med. Judith Seidel	15.07.2026	FÄ/FA Neurologie	Athanasios Christidis	21.07.2026
	Dr. med. Adrian Spohr	13.08.2026		Oscar Flissakowski	21.07.2026
	André Stahlhofen	13.08.2026		Dr. med. Moritz Lindsay-Großkopf	25.08.2026
	Mirjana Stefanovski	26.08.2026		Dr. med. Firas Nosierat	25.08.2026
	MUDr. Leonard Steinkamp	26.08.2026		Nathalie Pogalz	21.07.2026
	Besmir Suxha	27.08.2026		Tim Vater	21.07.2026
				Dr. med. Kathrin Hennicke	26.08.2026
				Lioba Holtmann	10.08.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Dr. med. univ. Sebastian Becvar	05.08.2026	FÄ/FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Remo Hopp	12.08.2026
	Dr. med. Alexander Sajons	31.08.2026		Dr. med. Arne Kienzle	23.07.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Geriatrie	Dr. med. Julian von Broich-Oppert	31.08.2026		Dr. med. Poroshista Knauer	23.07.2026
	Sven Ihloff	19.08.2026		Alexander Korte	12.08.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Freya von Manteuffel	26.08.2026		Dr. med. Evelyn Mielke	10.08.2026
	Dr. med. Franziska Borchert	31.08.2026		Tarek Omar	27.07.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Dr. med. Rebecca Isabel Wurm-Kuczera	31.08.2026		Julia Riedmayr	12.08.2026
				Wisam Sabri	26.08.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Infektiologie	Prof. Dr. med. Hortense Slevogt	09.07.2026		Miriam Schüller	14.07.2026
				Benjamin Tollmann	27.07.2026
FÄ/FA Innere Medizin und Kardiologie	Mansor Al-Farah	19.08.2026		Malo Töllner	10.08.2026
	Dr. med. Chong Bin Lee	20.07.2026		Sophie Vogel	26.08.2026
	Dr. med. Denitsa Meteva	20.07.2026			
	Dr. med. univ. Elisabeth Pieske-Kraigher	20.07.2026			
	Marco Witkowski	20.07.2026			

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	Matthias Ackermann	17.08.2026
	Dr. med. Fabian Wanivenhaus	17.08.2026
FÄ/FA Psychiatrie und Psychotherapie	Johanna Dirkwinkel	06.07.2026
	Dr. med. Anna-Christina Kunze	13.08.2026
	Aleksey Lytochkin	06.07.2026
	Dr. med. Rostam Oshidari	06.07.2026
	Tip Dr. / Univ. Antalya Göksun Öz	13.08.2026
	Dr. med. Felix Schenk	13.08.2026
	Dr. med. Jenny Wagner	13.08.2026
	Dr. med. Fabian Bergner	13.07.2026
FÄ/FA Radiologie	Felix Pleines	07.07.2026
	Juan Torres Sosa	07.07.2026

WbO Beschreibung	Name	Letzte Prüfung
FÄ/FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Dr. med. Lennart Pieper	20.08.2026
FÄ/FA Thoraxchirurgie	Dr. med. Marco Nicolas Andreas	04.08.2026
	Dr. med. Aina Lask	04.08.2026
FÄ/FA Urologie	Simon Banz	14.07.2026
	Tamar Malasidze	14.07.2026
	Nils Vincke	14.07.2026
FÄ/FA Viszeralchirurgie	Dr. med. Eriselda Keshi	04.08.2026
	Dr. med. Patrick Würfel	13.07.2026

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
05.10.2026	Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung	☎ s.streller@aekb.de
07.10.2026	Fachspezifische Informationsveranstaltung: Radiologie/Strahlentherapie/Nuklearmedizin	☎ weiterbildungsseminare@aekb.de
07.10.2026	Train the Trainer: Prüfer:innen	☎ befugtenseminare@aekb.de
06.–07.11.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte Basis kompakt für ambulant und stationär Befugte	☎ 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	☎ weiterbildungsseminare@aekb.de
02.12.2026	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte (Einstieg)	☎ befugtenseminare@aekb.de
15.02.2027	Treffen der Sprecher:innen der Ärzt:innen in Weiterbildung	☎ s.streller@aekb.de
19.–20.02.2027	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
09.–10.04.2027	Train the Trainer: Weiterbildungsbefugte Basis kompakt für ambulant und stationär Befugte	☎ befugtenseminare@aekb.de

Veranstaltungshinweise

Die Ärztekammer Berlin informiert über wichtige Themen und bietet regelmäßig Veranstaltungen zum Berufsbild sowie zur Ausbildung bzw. Umschulung und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten an. Unter www.aekb.de/mfa 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
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 für den Praxisalltag	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
18.11.2026	Informationsveranstaltung Ausbilden leicht gemacht – Ausbildungsvoraussetzungen – für einen erfolgreichen Start	Ärztekammer Berlin	18:00–21:00 Uhr
10.02.2027	Fortbildung Nicht-ärztliche:r Praxisassistent:in (Refresher) Notfallmanagement (1/27)	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr
25.02.2027	Fortbildung Wundversorgung	Ärztekammer Berlin	08:30–15:30 Uhr

Ausbildung: Ausbilden leicht gemacht

Termin: Mi., 14.10.2026

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.

Prüfungswesen – der erfolgreiche Abschluss

Aus dem Inhalt:

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

Weiterqualifizierung durch Fortbildung: Am Empfang – Professionell und souverän die Praxis vertreten

Termin: Mi., 24.02.2027

Der Empfang einer Praxis ist die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Hier laufen die Fäden zusammen. Die Tätigkeit dort prägt den ersten Eindruck der Praxis und leistet einen entscheidenden Beitrag zum Gelingen des Praxisalltags. In der Fortbildung werden die erforderlichen fachübergreifenden Grundlagen der Kommunikation und Organisation vermittelt, um den Praxisempfang freundlich, situationsgerecht und souverän zu managen.

Aus dem Inhalt:

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

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
02.–10.11.2026 (Modul III) 11.–20.11.2026 (Modul IV)	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs Modul III und IV	Ärztekammer Berlin	950 € je Modul	Modul III: 62 Modul IV: 61
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
02.12.2026	Erfahrungsaustausch Hämotherapie 2026	Ärztekammer Berlin	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
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 praxisorientiertes Führungsseminar für Ärztinnen und Ärzte nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	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
ab 01.02.2027 (E-Learning) 04.–06.03. und 18.–19.03.2027 (Modul 1) 23.04.2027 (Modul 2)	Medizinische Begutachtung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin		Modul 1: 950 € Modul 2: 230 €

„Notfälle sind Raritäten“

Klinische Studien sind der zentrale Motor für medizinischen Fortschritt, da sie erstmals am Menschen belegen, ob neue Therapien und Medikamente sicher und wirksam sind. In Deutschland gelten sie jedoch als schwer umsetzbar, was vor allem an hoher Bürokratie, fragmentierten Zuständigkeiten und knappen personellen Ressourcen liegt. Im Interview berichtet Dr. med. Stefan Kabisch, Studienarzt an der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin und am Deutschen Zentrum für Diabetesforschung e. V., was seinen Arbeitsalltag ausmacht.

Fotos: Jordis Antonia Schlösser, OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin



Das Team um Dr. med. Stefan Kabisch befasst sich mit Erkrankungen des metabolischen Formenkreises und legt einen starken Fokus auf Ernährungstherapien. Zu den täglichen Aufgaben gehören unter anderem Stoffwechseluntersuchungen, Befundauswertungen sowie Aufklärungs- und Beratungsgespräche mit Proband:innen.

„Studienärztliche Stellen sind ein dankbarer Einstieg in den Berufsalltag“



SK Dr. med. Stefan Kabisch

BÄ **Wie sind Sie zur klinischen Forschung gekommen?**

SK Schon während des Medizinstudiums stand für mich fest, dass ich meiner Promotion die Zeit einräumen möchte, die sie verdient. Daher habe ich mich entschlossen, mein Hauptstudium bis zum letzten Staatsexamen abzuschließen und erst danach meine Doktorarbeit anzugehen. Ich habe schnell eine inhaltlich und menschlich passende Stelle an meiner Universität in Leipzig gefunden und konnte, vor allem dank eines Stipendiums der Studienstiftung des Deutschen Volkes, dreieinhalb Jahre zu GLP-1-vermittelten Sättigungsmechanismen beim Menschen forschen. Das war ein großartiges Projekt an der Schnittstelle von Endokrinologie und Hirnforschung, eingebettet in das versierte wissenschaftliche Setting am Leipziger Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften. Mir war wichtig, dass es sich um klinische Forschung handelt, dass die Betreuung empathisch verläuft und wissenschaftliche Arbeitstechniken sauber vermittelt werden. Es war genügend Zeit vorhanden, um experimentelle Planung und Ausführung, Datenpublikation und den kritischen Blick auf eigene und andere Paper zu erlernen. Das hat meine Lust auf Forschung weiter geweckt, sodass ich sehr glücklich auf diese Zeit zurückblicke. Dieser Doktorarbeit und meinem damaligen Team verdanke ich den Verbleib in der Forschung.

Wie sieht Ihr typischer Arbeitstag aus?

Da meine Arbeitsstelle eine reine Forschungsstelle ist, leiste ich keinerlei Klinikdienste und habe keine Schichten oder Bereitschaftszeiten. Notfälle sind Raritäten. Häufiger passiert es, dass ein Laborkühlschrank ausfällt und schnell umgeräumt werden muss. Ob nachts oder am Wochenende – mein Team und ich retten dann die wertvollen Proben jahrzehntelanger Forschung.

Mein Arbeitstag beginnt gegen 8:30 Uhr. Am Morgen starten unsere meist mehrstündigen Stoffwechseltests, die das Team unter meiner Supervision durchführt. Wir sehen täglich mehrere Studienproband:innen zu Screenings oder Folgeuntersuchungen. All unsere Testreihen widmen sich den Erkrankungen des metabolischen Formenkreises von Adipositas bis Typ-2-Diabetes mit einem starken Fokus auf Ernährungstherapien. Der weitere Vormittag ist dann für die Auswertung der Befunde, die Gespräche mit den Proband:innen inklusive Aufklärung, die klinische Untersuchung und die weitere Planung der Studienteilnahme reserviert. Die Abstimmung im Team geschieht fließend während der täglichen Abläufe, aber auch in regelmäßigen Besprechungen. Die zweite Tageshälfte wird dann von Papier- und Computerarbeit bestimmt.

Welche Unterstützung ist für Sie im Alltag unverzichtbar?

Die Arbeit in meiner Forschungsabteilung lebt vom zuverlässigen Miteinander. Study Nurses, Ernährungsberater:innen, Doktorand:innen und weiterer akademischer Nachwuchs planen, gestalten und leiten die Studien gemeinsam mit mir. Ohne den Input aus dem gesamten Team wird bei uns keine Studie konzipiert oder gestartet.

Wie gewinnen Sie Nachwuchs für die Forschung?

Ich arbeite selbst noch nicht auf der Ebene, in der ich neue Ärzt:innen ins Team einbinden kann. Studierende der Medizin, der Ernährungswissenschaften oder verwandter Fachgebiete sind aber schon immer essenzielle Mitwirkende in meinem Forschungsbe- reich – sei es mit einem Praktikum oder einem eigenen Projekt für die Abschlussarbeit oder Dissertation. Durch die Partnerschaft mit dem Deutschen Institut für Ernährungsforschung, der Einbindung ins Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) und durch umfassende Pressearbeit in Printmedien, Podcasts, Fernsehen und Rundfunk sowie durch unsere generelle Präsenz in der Charité erhalten wir viele Anfragen für Doktorarbeiten und Projektbeteiligungen. Studienärztliche Stellen sind ein dankbarer Einstieg in den Berufsalltag, ohne das extrem hohe Stresslevel klassischer Positionen. Zugleich bieten sie einen spannenden inhaltlichen Fokus. Da Forschungsstellen rar gesät sind, kann man mit einer ungewöhnlichen Doktorarbeit schon Eindruck machen.

Sollten ärztliche Kolleg:innen die Forschung stärker im Blick behalten, um ihren Patient:innen etwa noch nicht zugelassene Therapieoptionen zu ermöglichen?

Unser Forschungsschwerpunkt liegt auf der Ernährungstherapie, wobei wir hin und wieder auch pharmakologische Interventionen testen. Für ärztliche Kolleg:innen sowie deren Patient:innen stellt die Forschung eine attraktive Unterstützung dar. In einer klinischen Studie erfolgen zahlreiche Untersuchungen, Labortests und Therapieangebote für die Teilnehmenden kostenfrei; hinzu kommt eine Aufwandsentschädigung. Speziell bei Ernährungsstudien bieten

wir damit etwas, was die ärztlichen Sprechstunden oftmals gar nicht leisten können: viel Zeit für Anamnese und Untersuchung, umfassende Diagnostik und eine engmaschig begleitete, individualisierte Ernährungstherapie.

Nachfolgend berichten wir über den Gender Data Gap im Kontext klinischer Studien. Ist dieser Gap bei Ihren Projekten ein Problem?

Der Gender Data Gap bedeutet in vielen Bereichen der Forschung, dass es mehr Daten zu Männern als zu Frauen

gibt. Ernährungsstudien sind hier ein Gegenbeispiel, da sie meist deutlich mehr weibliche als männliche Teilnehmende haben. Das gilt insbesondere bei präventiven Ansätzen. Aus unserer Erfahrung kommen Männer oft erst dann zu einer Stoffwechselstudie, wenn metabolische Probleme schon sehr offensichtlich sind. Wo es notwendig ist, fördern wir deshalb die Teilnahme von Männern durch ausdrückliche Ansprache in Inseraten, Schaltung dieser Inserate in besonderen Zeitungsrubriken oder Werbeplätzen, Infoveranstaltungen an ausgewählten Arbeitsstätten,

die Einladung zum gemeinsamen Screening mit der oder dem Lebenspartner:in sowie Werbung in Fitnessstudios. Für jede Studie ist es sinnvoll, möglichst viele Perspektiven einfließen zu lassen. Diversität im Team ist die beste Grundlage, um die Diversität der Studienproband:innen bestmöglich zu reflektieren. /

 Das ausführliche Interview lesen Sie in unserem Online-Magazin: → <https://magazin.aekb.de>. Dort finden Sie auch die vollständige Fotoreportage.

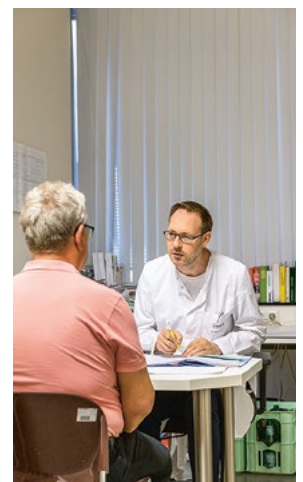


Die Studienambulanz bietet den Teilnehmenden, was im Praxisalltag oft zu kurz kommt: viel Zeit für Anamnese, umfassende Diagnostik und eine engmaschig begleitete, individualisierte Ernährungstherapie.

Praxen, deren Patient:innen von diesem intensiven Betreuungsangebot profitieren könnten, sind herzlich eingeladen, interessierte Personen an die Studienambulanz zu verweisen – und Patient:innen zu ermutigen, sich aktiv zu melden.

✉ diabetes@charite.de oder

☎ 030 450 51 44 - 39



Better safe than sorry

Eine Roadmap zu mehr geschlechterspezifischer Prävention in der Inneren Medizin

In der wissenschaftlichen Grundlagenforschung und der evidenzbasierten Medizin besteht seit jeher eine anhaltende geschlechterabhängige Ungleichheit. So hat die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) Frauen beispielsweise zwischen 1977 und 1993 vollständig von der Teilnahme an Phase-I-Studien ausgeschlossen. Aktuell liegt der Anteil von Frauen in klinischen Studien nicht nur unter dem von Männern, sondern in den meisten Fällen auch unter dem für die jeweilige Prävalenz der Erkrankung sinnvollen Anteil. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) im November 2024 die Richtlinie zur Förderung von Projekten mit dem Ziel der Reduktion des Gender Data Gaps in der klinischen Forschung veröffentlicht.

Mit deren Unterstützung fand im Herbst 2025 unter dem Motto „Better safe than sorry“ eine interdisziplinäre Summer School statt. Dabei identifizierten die 20 teilnehmenden Medizinstudierenden und Assistenzärzt:innen aus Deutschland zentrale Themenbereiche mit Fokus auf Prävention in der Inneren Medizin (Rheumatologie, Kardiologie, Nephrologie) und formulierten anschließend Handlungsempfehlungen zum Abbau des Gender Data Gaps in klinischen Studien.

Methodik

Die Erarbeitung erfolgte in einem strukturierten, mehrstufigen partizipativen Konsensprozess unter Einbindung von Expert:innen verschiedener versorgungsrelevanter Fachdisziplinen der Inneren Medizin.

Um die Frage „Welche Faktoren müssen für eine Reduzierung des Gender Data Gaps in klinischen Studien berücksichtigt werden?“ zu beantworten, wurde zunächst eine Kraftfeldanalyse nach dem Ansatz von Lewin durchgeführt. Im zweiten Schritt wurden dann die identifizierten Einflussfaktoren mithilfe einer Umsetzungsanalyse in handlungsorientierte Maßnahmen übersetzt, um die Frage „Wie generieren wir die notwendige Veränderung zur Reduzierung des Gender Data Gaps in klinischen Studien?“ zu beantworten.

Die Kraftfelder

Normwerte und Referenzbereiche

Diskutiert wurde unter anderem, ob der Aspekt „normal“ noch zeitgemäß ist. Zwar existieren für zahlreiche klinische Parameter bereits geschlechter- und altersspezifische

Referenzbereiche, etwa in der Labordiagnostik oder bei physiologischen Messgrößen. In zusammengesetzten klinischen Scores, Risikomodellen und Leitlinienempfehlungen werden diese Differenzierungen jedoch häufig nicht konsequent berücksichtigt. Dadurch besteht die Gefahr, dass geschlechterspezifische Unterschiede in der Krankheitspräsentation, dem Krankheitsverlauf und dem Therapieansprechen unzureichend abgebildet werden.

Die Teilnehmenden betonten, dass physiologische Grenzwerte weiterhin notwendig sind, um Abweichungen zu erkennen, Diagnosen zu stellen und therapeutische Entscheidungen zu treffen. Gleichzeitig wurde die Frage aufgeworfen, ob stärker individualisierte Referenzbereiche – etwa unter Berücksichtigung von Geschlecht, Hormonstatus, Alter oder weiteren biologischen und sozialen Determinanten – zu einer präziseren und gerechteren medizinischen Versorgung beitragen könnten. Vor diesem Hintergrund wurde diskutiert, ob der traditionelle Begriff der „Normwerte“ langfristig zugunsten differenzierter, kontextsensitiver Referenzsysteme weiterentwickelt werden sollte.

Sex as a Biological Variable (SABV)

Die Berücksichtigung des Geschlechts als biologische Variable ist eine zentrale Herausforderung und bietet zugleich eine wesentliche Chance in der präklinischen und klinischen Forschung. Je nach Forschungsfrage ist jedoch nicht immer eindeutig, ob und in welchem Ausmaß das Geschlecht als biologische Variable relevant ist. Diese Unsicherheit wird durch fehlende Standardisierung in Definition, Erfassung und Dokumentation des Geschlechts verstärkt. So zeigte beispielsweise eine Metaanalyse von rund 4.500 Studien zu SARS-CoV-2, dass nur 4 Prozent der Studien explizit planten, das Geschlecht bzw. Gender in der Analyse zu berücksichtigen. Nur 21 Prozent berücksichtigten die Variable Geschlecht bzw. Gender ausschließlich bei der Rekrutierung und nur 5,4 Prozent planten nach Geschlecht gematchte oder repräsentative Subgruppen- und Stichprobenanalysen.

Wird das Geschlecht als Variable mit aufgenommen, erfolgt die Erhebung oftmals fremdberichtet und inhomogen, mit einem primären Fokus auf binäre biologische Kategorien. In der klinischen Routine werden viele relevante Informationen, die über die bloße Erfassung des biologischen Geschlechts hinausgehen, nicht systematisch dokumentiert.

Dies schränkt insbesondere retrospektive Analysen erheblich ein und betrifft vor allem die Forschung und medizinische Versorgung von nicht-binären Personen.

Geschlechterspezifische Symptome

Geschlechterspezifische Unterschiede in der Symptompräsentation sind ein zentrales Hindernis für eine geschlechtergerechte Prävention und klinische Forschung. Symptome werden häufig erwartungskonform eingeordnet. Dieses Problem wird durch Bildungsunterschiede, kulturelle Differenzen, Sozialisierungseffekte und gesellschaftliche Stigmata verstärkt.

Dabei wirken biologische und soziale Faktoren komplex zusammen. Subjektive Krankheitstheorien, kommunikative Unterschiede sowie die unterschiedliche Einforderung von Aufmerksamkeit beeinflussen die Beschreibung und Bewertung von Symptomen. Ärztlicherseits zeigt sich ein nachgewiesener Bias: Männer erhalten häufiger Analgetika, Frauen häufiger Sedativa. Schmerzen werden bei Frauen zudem häufiger als „unspezifisch“ oder „atypisch“ eingestuft.

Der Einfluss von Sexualhormonen

Ein besonders relevanter Aspekt der geschlechterspezifischen Medizin ist die Berücksichtigung von Sexualhormonen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Menopause. Die Schwangerschaft ist ein besonderer Zustand, der nicht per se als Risiko verstanden werden sollte, jedoch spezifisches Wissen, beispielsweise über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln, notwendig macht.

Bezüglich der Menopause ist in den vergangenen Jahren durch gesellschaftliche Debatten und soziale Medien eine zunehmende Enttabuisierung zu beobachten, wobei gleichzeitig erhebliche Wissensdefizite bestehen bleiben. Dabei ist zu betonen, dass der Hormonstatus allein keine präzise Vorhersage zulässt und eine Überinterpretation hormoneller Effekte, insbesondere im Zusammenhang mit Zyklusphasen, kontraproduktiv bis diskriminierend sein kann. Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Krankheitsverläufe können hormonabhängig variieren. Die meisten Menschen kennen ihre tatsächlichen Hormonwerte jedoch nicht, und es gibt nur wenige Daten zum konkreten Einfluss hormoneller Level auf bestimmte Erkrankungen. Effekte und Dosierungen von Hormontherapien variieren individuell als auch populationsabhängig. Epidemiologische Studien zeigen deutliche Veränderungen des kardiovaskulären Risikos im Zusammenhang mit den Wechseljahren.

Vor diesem Hintergrund erfordert eine geschlechtersensible Forschung die systematische Erfassung hormoneller Faktoren, etwa hinsichtlich prä-, peri- oder postmenopausaler Phasen, auch außerhalb gynäkologischer Fachgebiete.

Methodisch bedarf es neuer Ansätze, etwa multipler hormoneller Messungen als Momentaufnahmen und differenzierter Subgruppenanalysen, die beispielsweise hormonelle Kontrazeptiva berücksichtigen. Die Frage der Verantwortung für hormonelle Verhütung, die häufig einseitig Frauen zugeschrieben wird, verdeutlicht bestehende strukturelle Ungleichgewichte, die sich möglicherweise auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken.

Künstliche Intelligenz (KI) und Bias in Algorithmen

KI-basierte Analysen ermöglichen zwar die Auswertung großer, komplexer Datensätze, bergen bei nicht repräsentativen Trainingsdaten aber auch erhebliche Risiken. Wenn die KI mit Daten trainiert wird, in denen es einen Gender Data Gap gibt, wird diese Evidenzlücke weiterverbreitet und teils sogar verstärkt. Die Quellen für die KI müssen daher entsprechend observiert und kuratiert werden. Es muss transparent sein, welche Daten mit welchen Limitationen zum Training der KI eingesetzt werden.

Die Umsetzungsanalyse

Datenerhebung

In Zukunft sollte die geschlechterspezifische Erhebung von Daten durch mehrere Kontrollinstanzen gesichert werden. Verantwortlich sind dabei Journals, Institutionen des wissenschaftlichen Arbeitens (Promotions-, PhD- und Habilitationskommissionen), Ethikkommissionen, epidemiologische Institute sowie pharmazeutische Unternehmen. Bei neuen Studienregistern muss der prävalenzorientierte, ausgewogene Einschluss der Geschlechter zur Norm werden.

Für eine effiziente und sichere Datenerhebung empfiehlt sich eine standardisierte Anamnese, die für alle Personen gleichermaßen den Bildungsstand, die Herkunft, das Geschlecht, den Menstruations- und Menopausenstatus sowie Schwangerschaften und Geburten erfasst. Nur so kann gewährleistet werden, dass diese geschlechterspezifischen Faktoren konsequent erfasst und bei der Auswertung berücksichtigt werden.

Es ist von besonderer Bedeutung, den Patient:innen zu vermitteln, dass der geschützte Raum auf Basis der ärztlichen Schweigepflicht unabhängig vom Studieneinschluss gilt, und dass eine sichere Pseudonymisierung der Daten gewährleistet ist. Spätestens nach Abschluss der jeweiligen Studie sollten die teilnehmenden Patient:innen einen individualisierten Zugang zu den generierten Daten und Studienergebnissen erhalten. Zudem muss eine leicht verständliche Laienzusammenfassung (Plain Language Summary) verpflichtend veröffentlicht werden, damit Forschungsergebnisse für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich sind. Darüber hinaus sollten standardisierte KI-Kursformate für

in der Wissenschaft Tätige angeboten werden. Europäische medizinische KI-Konzepte sollten gefördert und an repräsentativen Datensätzen aus europaweiten Registern trainiert werden. Die KI sollte genutzt werden, um aktiv gegen den menschengemachten Bias in den Trainingsdaten vorzugehen.

Einschluss in Studien

Um eine breite und diverse Studienteilnahme zu ermöglichen, müssen die Einschlusskriterien für Proband:innen angepasst werden. Maßgeblich sind eine verständliche Sprache, der Abbau diskriminierender Barrieren und die Einbindung aller behandelnden Personen. In bestimmten Kontexten könnten Konzepte wie n-of-1-Trials dabei helfen, trotz geringer Fallzahlen verwertbare wissenschaftliche Ergebnisse zu erhalten, individuelle Therapieeffekte zu analysieren und individualisierte Strategien festzulegen.

Open Data & Citizen Science

Die systematische Einbindung von Open Data und Citizen Science bietet ein hohes Potenzial, um das Gender Data Gap in klinischen Studien zu verringern. Ein zentraler Schritt ist dabei die repräsentative Beteiligung der betroffenen Gruppen auf Ebene der wissenschaftlichen Gremien, Ethikkommissionen und Förderinstitutionen sowie durch die aktive Einbindung von Patient:innen. Insbesondere in der frühen Phase der Studienplanung sollten Betroffene an der Identifikation relevanter Forschungsfragen beteiligt werden, um geschlechterspezifische Bedürfnisse sichtbar zu machen.

Für Open-Data-Infrastrukturen sollten verbindliche Pflichtvariablen wie „sex“, „gender“ (selbstdefiniert und klar konzeptualisiert), „ethnicity“ und soziale Determinanten definiert werden. Um geschlechtersensible Auswertungen zu ermöglichen, sind – analog zu bestehenden Vorschlägen wie dem Diversity Minimal Item Set (DIMIS) – einheitliche Definitionen und verpflichtende Erfassungskriterien notwendig. Veröffentlichungsrichtlinien sollten eine getrennte Darstellung geschlechterabhängiger Nebenwirkungen (AE/SAE) vorschreiben, um Transparenz und Sicherheit zu gewährleisten.

Geschlechtergerechte Leitlinienentwicklung

Die Umsetzung einer geschlechtergerechten Medizin erfordert die systematische Integration von Sex- und Genderaspekten in klinische Leitlinien. Diese sollten in geschlechtergerechter Sprache verfasst sein und übergeordnete Regeln enthalten, die „sex“ und „gender“ explizit berücksichtigen. Die Inhalte sollten auf geschlechtergerechter Forschung basieren und geschlechterspezifische Evidenz, beispielsweise zu diagnostischen Verfahren oder Therapieoptionen, klar darstellen. Es empfiehlt sich in jeder

Leitlinie eigene Unterkategorien für Geschlechteraspekte zu etablieren und bereits bestehende Leitlinien bei Bedarf zu ergänzen. Bei der Literaturrecherche sollten Sex- und Gender-Aspekte systematisch berücksichtigt werden.

Handreichung für die Praxis

- Verpflichtende Erhebung geschlechterspezifischer Variablen und Sicherstellung ihrer Verfügbarkeit in Registern.
- Gezielte Ansprache von Frauen und Angehörigen benachteiligter Gruppen, um sie zur Studienteilnahme zu motivieren.
- Prävalenzorientierter, ausgewogener Einschluss der Geschlechter wird als wissenschaftlicher Standard etabliert und im Rahmen von Förderentscheidungen, Ethikvotierungen sowie Peer-Review-Prozessen systematisch überprüft.
- Gezielte Finanzierung geschlechterspezifischer Forschung.
- Kuratierte Quellen, um die Gefahr der Reproduktion des Gender Data Gaps mittels KI zu reduzieren. Gleichzeitig sollte das Wissen über KI bei Ärztinnen und Ärzten durch Kursformate und obligatorische Zertifikate objektivierbar und kontrollierbar werden.
- Systematische Integration geschlechterspezifischer Aspekte in klinische Leitlinien sowie Ausbildungscurricula, Lehrbuch- und Lernplattforminhalte, um diese in der wissenschaftlichen Evidenz zu verankern.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Veranstaltung unter dem Motto „Better safe than sorry“ zeigen, dass in vielen Bereichen des täglichen klinischen und wissenschaftlichen Lebens Möglichkeiten zur Reduzierung des Gender Data Gaps vorhanden sind. Die Umsetzung der hier beispielhaft vorgestellten Maßnahmen ist entsprechend naheliegend und im Sinne eines ersten Schritts zur individualisierten Medizin unabdingbar. So kann eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung, Sekundärprävention bei bestehenden Erkrankungen und Primärprävention unter Einbeziehung aller Geschlechter erreicht werden. /

Dr. med. Julia Lueg & Autorengruppe

Die Quellen- und Literaturangaben sowie eine vollständige Liste der Autor:innen können per E-Mail an die Redaktion redaktion@aekb.de angefordert werden.

Das Rezept

Der goldene Oktober lässt sich in Berlin bei wunderschöner herbstlicher Kühle, sanftem Sonnenschein und buntgefärbten Blättern vor allem bei einem Spaziergang erleben – egal, ob Sie im botanischen Garten, am Wannsee, im Grunewald oder im Großen Tiergarten im Laub rascheln. In letzterem können Sie dabei auch gleich die Goldelse bewundern, die – 9 Meter hoch und etwa 35 Tonnen schwer – innerlich zwar aus Bronze besteht, den schönen Schein jedoch mit einem Überzug aus echtem Gold wahrt. Von wegen, auf die inneren Werte käme es an!

Beim Erklimmen der 285 Stufen werden nicht nur die Beinmuskeln trainiert, wodurch die Körperform dem goldenen Schnitt der Proportionen nähergebracht wird. Eine perfekte Figur ist schließlich immer noch Voraussetzung, um als weibliche Nebenrolle in einem James-Bond-Film mitspielen zu dürfen – aller Body Positivity zum Trotz. Da diesen Herbst aber kein neuer Bond zu erwarten ist, schauen Sie sich doch mal den guten alten „Goldfinger“ an. Allen Gerüchten zum Trotz, eine Darstellerin sei beim Dreh einer Szene, in der sie mit Gold ganzkörperbemalet war, an goldverstopften Poren gestorben, erfreut sich die heute 83-Jährige bester Gesundheit.

Dennoch kann eine Ganzkörperbema- lung die Wärmeabgabe stören. Eine perkutane Aufnahme von AU79 ist nicht möglich, sodass ein französischer Fußballer, der einst in den Diensten eines bayerischen Vereins stand, die orale Aufnahme bevorzugte. Der Verzehr eines mit Blattgold umhüllten Steaks für 1.200 Euro in Dubai führte jedoch nicht zur Steigerung des eigenen Marktwertes, sondern zu einem veritablen Shitstorm und einer saftigen Geld- strafe. Da oral aufgenommenes Gold gesundheitlich unbedenklich ist und als Lebensmittelzusatzstoff mit der

Nummer E175 zugelassen ist, war der Kicker hinterher wenigstens nicht auch noch geistig ärmer als vorher. Er konnte sich allerdings postprandial dem Goldesel aus Grimms „Tischlein deck dich“ verwandt fühlen. Weil reines Gold chemisch inert ist, passiert es den Verdauungstrakt völlig unverändert – man kann also tatsächlich Gold sch...

Wer es selbst einmal ausprobieren möchte, findet sowohl im Fresstempel am Potsdamer Platz als auch in der Lobby Lounge des Adlon eine mit Gold verzierte Currywurst auf der Speisekarte. Im Adlon ist sie auch in veganer Form erhältlich!

Früher nutzte man Gold basistherapeutisch bei chronischen/rheumatischen Gelenkerkrankungen, da bestimmte Goldsalze wie z. B. Auranofin eine entzündungshemmende Wirkung besitzen. Diese Therapie wurde heutzutage jedoch von Biologika abgelöst. Dennoch verwendet auch die moderne Medizin noch Gold. Goldene Nanopartikel stecken beispielsweise in Schwangerschaftstests oder den Coronaschnelltests und sorgen für die farbige Indikatorlinie. In der Krebstherapie wird Nanogold getestet, um Krebszellen gezielt zu markieren oder thermisch zu zerstören. Ein Klassiker für den Goldeinsatz ist auch die Zahnmedizin, in der sich Goldlegierungen wegen ihrer Langlebigkeit und Verträglichkeit bei Zahnkronen und Brücken bewährt haben.

Und wer seine alten Zahnfüllungen nicht mehr braucht und knapp bei Kasse ist, kann das Zahngold wieder zu Geld machen – derzeit ist es etwa 15 Euro pro Gramm wert. Goldbarren gelten langfristig als solider Schutz vor Kaufkraftverlust, allerdings schwankt der Goldpreis stark. Es ist daher ratsamer, das Gold im Mund und die Barren unterm Bett zu behalten.

Mit einem Goldtransport in einem Zug beginnt auch die Serie „Babylon

Berlin“, deren letzte Staffel aktuell in der ARD-Mediathek verfügbar ist und die den Untergang der Berliner Goldenen Zwanziger in die faschistische Finsternis zeigt.

Über das goldene Zeitalter des Kinos singt wiederum der deutsch-niederländische Entertainer Sven Ratzke in seinem neuen Programm „Kopfkino“, das ab dem 27. Oktober in der Bar jeder Vernunft zu sehen ist. Und für ein goldenes Funkeln in den Augen sorgt ab dem 19. Oktober das Neue Museum mit der Ausstellung der „Krone von Kertsch“ und anderem völkerwanderungszeitlichen Goldschmuck des früheren Mittelalters.

Auch wenn wir an den letzten, goldenen Schätzen des Sommers festhalten wollen wie Gollum, so sollte uns bewusst sein, dass Gold auch gefährlich sein kann. Der antike König Midas wünschte sich, dass alles, was er berührte, zu Gold würde. Dummerweise hatte er nicht bedacht, dass dies auch für Speisen und Getränke galt, sodass er in ziemlich kachektischem Zustand die Götter um Rückabwicklung der Gabe bat. Aktuell ist ebenso ersichtlich, dass die Sehnsucht nach guldendem Dekor nicht nur ziemlich protzig und peinlich ist, sondern – wie aus Midas' und anderen Geschichten eigentlich bekannt sein sollte – nie ein gutes Ende nimmt.

Daher rezeptiere ich Ihnen nicht im materiellen, sondern im absolut übertragenen Sinne in Ihrer näheren Umgebung ein: Goldstück /

**Herzlichst
Ihre Frau**

Dr. Titel

Der „Frankyboy“ des Ostens

Eine persönliche Erinnerung an Prof. Dr. med. Kurt Franke (1926–2008) zu seinem 100. Geburtstag

Historische Momente erkennt man selten, während man in ihnen steht. Man hält einen Haken, ärgert sich über die Hitze unter der Maske und ahnt nicht, dass man gerade Zeuge eines Übergangs wird. Erst vierzig Jahre später, beim Ordnen alter Papiere, fügt sich das Bild.

Am 27. Oktober 2026 wäre Kurt Franke hundert Jahre alt geworden – der Chirurg, den man in Pankow den „Knie-Franke“ nannte und den wir in meiner Familie respektlos zärtlich den „Frankyboy des Ostens“ taufen. Was folgt, ist keine Biografie; die ist andernorts nachzulesen. Es ist eine subjektive Erinnerung – die eines Schülers, der mit seinen Zufällen viel Glück hatte.

Das Okular

Ich lernte ihn 1983 während der Famulatur kennen und kam nach der Approbation im Jahr 1985 als Assistenzarzt



Prof. Dr. med. Kurt Franke (1926–2008), Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Berlin-Pankow 1964–1991.

Foto: Privataufnahme / Privatarchiv HCRI

an seine Pankower Klinik. Der eigentliche Umbruch jener Jahre spielte sich an einem unscheinbaren Gerät ab. Der Operateur legte das Auge unmittelbar an das Okular des Arthroskops; es gab keinen Monitor, kein Team, das mitsah. Einer sah. Alle anderen mussten glauben, was sie hörten. Wer heute im Operationssaal auf einen Bildschirm blickt, kann sich kaum vorstellen, wie einsam und wie voraussetzungsvoll dieses Sehen war – und wie viel Vertrauen es verlangte.

Für mich hatte das eine besondere Pointe: In meiner Doktorarbeit ging es um offene Arthrotomien am kindlichen Kniegelenk, also genau um das Verfahren, das gerade abgelöst wurde. Ich schrieb über das Ende einer Ära und lernte gleichzeitig ihren Nachfolger kennen.

Moderne Optiken und Kaltlichtquellen aus dem Westen waren Devisenware und kaum zu bekommen. Also behalf man sich mit modifizierten Optiken von Carl Zeiss Jena, baute um, liebte aus und teilte. Das klingt nach Mangel, und es war Mangel. Aber es erzeugte auch etwas, das ich später in weit besser ausgestatteten Häusern vermisste: einen Zusammenhalt, der aus dem Improvisieren entstand. Wer ein Instrument dringend brauchte, bekam es von der Nachbarklinik – nicht, weil ein Vertrag es vorsah, sondern weil man sich kannte. Not macht erfinderisch und unter Umständen auch kollegial.

Von Eitelkeiten

Man soll Verstorbene nicht zu Heiligen machen. Franke wusste sehr genau, wer er war. Ein Chefarzt, auf dessen Tisch Olympiasieger, Tänzer des Friedrichstadt-Palastes und gelegentlich Politiker lagen, trägt das nicht ganz ohne Eitelkeit – und wir Jüngeren waren keinen Deut besser. Als ich am 7. Dezember 1988 unter seiner Leitung meine Promotion verteidigte, wurde auf der Feier „Was machst du mit dem Knie, lieber Hans?“ gespielt. Ich hielt mich damals für bedeutend. Im Rückblick war das genau die richtige Tonlage: Die Pankower Chirurgie nahm ihre Arbeit sehr ernst und sich selbst gerade so ernst, wie es gut tat.

Wie gut er die Eitelkeit seiner Schüler kannte, zeigt ein Schreiben, das er mir 1991 mit auf den Weg gab. Er bescheinigte mir darin ein „Interesse an der Verbindung medizinischer Analysen mit der EDV-Technik“ – gemeint war die mathema-

tische Mustererkennung, mit der ich Knieverletzungen bei Kindern und Jugendlichen ausgewertet hatte. Damals klang das nach Spielerei. Heute, im Zeitalter datengestützter Diagnostik, lese ich den Satz mit einer Mischung aus Rührung und Verlegenheit. Offensichtlich hatte der alte Herr besser verstanden, wohin die Reise ging, als sein strebsamer Assistent.

Eine Mitgliedschaft über die Mauer

Das Bemerkenswerteste an Franke war für mich am Ende jedoch nicht die Technik, sondern eine Mitgliedschaft. Als 1982 in Berlin die „European Society of Knee Surgery and Arthroscopy (ESKA)“ auf Initiative des Stockholmers Ejnar Eriksson gegründet wurde – mit dem Basler Werner Müller als erstem Präsidenten und dem West-Berliner Peter Hertel als Präsidenten des ersten Kongresses –, gehörte Franke als Vertreter der DDR ihrem Vorstand an, bis 1990. Ein Ostberliner Chefarzt im Leitungsgremium einer im Westen registrierten Fachgesellschaft, mitten im Kalten Krieg.

Das funktionierte nicht wegen, sondern trotz der Politik: weil Kollegen einander fachlich brauchten und, was schwerer wog, schätzten. Zu den unterschätzten Wahrheiten dieser Jahre gehört, dass die Medizin an vielen Stellen menschlicher war als die Verhältnisse, unter denen sie stattfand.

Wie weit Frankes Wirkung reichte, begriff ich erst in Weißensee. Zur arthroskopischen Ausbildung hospitierte ich an der dortigen Chirurgischen Klinik bei Chefarzt Dr. sc. med. Heinz Wuschech; Oberärzte waren Dr. sc. med. Gerhard Heller und Dr. sc. med. Ralf Kündiger. Alle drei hatten ihre Promotion bei Kurt Franke geschrieben. Das steht in keiner Chronik, beschreibt aber genauer als jede Ehrung, was eine Schule ist: nicht ein Haus, sondern ein Kreis von Leuten, die dieselbe Handschrift weitertragen, jeder auf seine Weise.

Zufälle, aus denen Geschichte wird

Im Jahr 1990 lernte ich Dr. med. Franz-Heinrich Schain aus Hannover kennen. Aus dieser Begegnung wurde eine Idee, aus der Idee das Deutsche Arthroscopie-Symposium, das vom 15. bis 16. März 1991 im Palasthotel an der Karl-Liebknecht-Straße stattfand – das erste gesamtdeutsche Treffen des Fachs. Ich war damals im dritten Ausbildungsjahr und weit davon entfernt, zu ahnen, dass dies ein zeithistorischer Meilenstein werden würde. Wir wollten schlicht erreichen, dass die Kollegen aus Ost und West endlich am selben Tisch sitzen.

Frankes Leitgedanke, die Arthroscopie als gelenkschonende Alternative zum offenen Eingriff, hat mich nicht mehr losgelassen. Später konnten wir ihn gemeinsam mit Chefarzt Heller und mit Unterstützung der AGA – Gesellschaft für Arthroscopie und Gelenkchirurgie weitertragen: nach Kiew und Tschernowitz, wo die Methode mit dem ukrainischen

Deckblatt der Broschüre zum ersten gesamtdeutschen Arthroscopie-Treffen im Palasthotel Berlin.
Quelle: Privataarchiv HCRI



Kollegen Dr. med. Stepan Spizhavka Fuß fasste. Es war das erste Mal, dass die AGA in der Ukraine tagte; über hundert Kolleginnen und Kollegen kamen.

Anstelle von Blumen

In meinem Privataarchiv liegt ein Schreiben aus Frankes 75. Lebensjahr. Seinen runden Geburtstag beging er im Festsaal des Pankower Rathauses – nicht mit einer Festveranstaltung, sondern mit einer Matinee, die von acht- bis vierzehnjährigen Kindern einer Musikakademie zur Förderung Hochbegabter gestaltet wurde. „Anstelle von Blumen“ hatte er um Spenden für Ärztehäuser in Kuba gebeten. Es kamen 2.270 Mark zusammen. Davon zweigte er kurzerhand tausend Mark ab und überwies sie „zur Hilfe für die zivilen Opfer des Krieges in Afghanistan“ – wenige Wochen, nachdem dieser begonnen hatte. Man muss diese Geste nicht überhöhen. Sie sagt nur, woran ihm gelegen war.

Kurt Franke starb im Mai 2008 in Berlin. Was ich ihm verdanke, ist weniger eine Technik als eine Haltung: dass man unter den gegebenen Bedingungen – mit Ideologie, mit staatlicher Begünstigung und der dazugehörigen Portion Gehorsam – seinen eigenen Weg sucht und mitunter findet. Die DDR-Medizin war darin einzigartig und zugleich ein Sinnbild: Aus Not entstand Erfindergeist, und aus dem Improvisieren entstand Zusammenhalt. Wer daran zurückdenkt, sollte weder verklären noch abrechnen. Es genügt, sich zu erinnern. /

**Dr. med. h.c. univ. Bucovina,
DDr. Hans Christian Rehak-Isenring**

Facharzt für Orthopädie; ehemals Humboldt-Universität zu Berlin (Charité) und Klinikum Berlin-Buch
E-Mail: hcrehak@gmail.com

#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 den Berliner Gesundheitspreis, der seit 30 Jahren für innovative Projekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung verliehen wird.

Neue Ideen und innovative Ansätze sind notwendig, damit unser Gesundheitssystem den Herausforderungen der Zukunft gewachsen bleibt. Dafür braucht es Menschen, die über den Tellerrand hinausblicken und Pfade abseits des Gewohnten gehen. Von ihren zukunftsweisenden Ideen können alle profitieren – Patient:innen genauso wie Leistungserbringer und Kostenträger.

Aus diesem Grund haben sich im Jahr 1995 die Ärztekammer Berlin, der AOK-Bundesverband und die AOK Nordost zusammengetan und einen bundesweiten Ideenwettbewerb, den Berliner Gesundheitspreis, ins Leben gerufen. Vergeben wurde er zum ersten Mal vor genau 30 Jahren, im Jahr 1996.

Der Wettbewerb, der in der Regel alle zwei Jahre stattfindet, widmet sich jeweils einem speziellen Thema, das eine besondere Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat. Gesucht werden Modelle oder Versorgungskonzepte, die zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen können. Ziel des Wettbewerbes ist es, die Projekte finanziell zu unterstützen, aber auch das Engagement von Akteuren im Gesundheitswesen zu fördern, neue Ideen und Konzepte einer breiteren Öffentlichkeit bekannter zu machen und im besten Fall zur Nachahmung anzuregen.

Zu den Themen des Berliner Gesundheitspreises gehörten bisher unter anderem Fehlervermeidung in der Medizin, Steigerung der Gesundheitskompetenz, Migration und Gesundheit sowie Gesundheitsstärkung im schulischen Setting. Viele Projekte wurden bereits verstetigt und zeigen

nachhaltige Erfolge. So wurde beispielsweise das gemeinnützige Programm Dare2Care im Jahr 2025 mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet. Es half bereits dabei, über 65.000 Schüler:innen in ihren psychosozialen Kompetenzen zu stärken.

Die Sieger stehen fest Berliner Gesundheitspreis 1995

Die Jury hat gewählt... und es sich dabei nicht leicht gemacht. „Wir hätten am liebsten 200 Preise verteilt“, sagte Ärztekammerpräsident Dr. Ellis Huber zu Beginn der feierlichen Preisverleihung zum Berliner Gesundheitspreis 1995. Unter 315 Einsendungen – allesamt von hohem Engagement und Kreativität ihrer Autoren zeugend – galt es die Besten zu finden. Es herrschte Spannung und großer Andrang am 15. März im altherwürdigen Senatssaal der Humboldt-Universität unter den Linden.

In seiner Begrüßungsansprache unterstrich Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, daß man sich mit der Preisverleihung erst am Anfang eines langen Weges befinde. Die Initiatoren haben vor, den Fortgang der Projekte aufmerksam zu begleiten und dafür zu sorgen, daß die Initiativen bekannt gemacht und wo immer es gehe, kopiert werden. „Keiner dieser Vorschläge wird in der Schublade verschwinden“, versicherte Ahrens.

1997 wieder ein Preis

Der Berliner Gesundheitspreis – so unterstrich Ärztekammerpräsident Dr. Ellis Huber, der die Veranstaltung moderierte – versinnbildlichte ein neues Medizinverständnis. Ahrens und Huber kündigten für 1997 eine erneute Ausschreibung des Preises an. Engagierte aus allen Bereichen des Gesundheitswesens haben dann wieder die Chance, sich mit innovativen Projekten zu betätigen.

Dr. Rüdiger Thure von Uexküll, der Direktor des Hygiene-Museums Dresden, griff in seinem Festvortrag das

tionssabläufen bestimmten Welt und dem Verständnis von Gesundheit und Körper. Der Mensch wurde gleichsam zur Summe seiner Teile, Gesundheit ein zu organisierender Prozeß. Als Symbol hierfür steht das in den 20er Jahren geschaffene Modell des „Gläsernen Menschen“. Erst heute – so Roth –, wandle sich unser Welt- und Körperverständnis hin zu einer ganzheitlichen Sicht. Im Sinne dieser Philosophie sei auch der Berliner Gesundheitspreis gehalten.

Da konnte es doch fast kein Zufall mehr sein – aber es war einer –, daß die Veranstaltung mit dem 88. Geburtstag des Nestors der deutschen Psychosomatik, Prof. Thure von Uexküll zusammenfiel. Dr. Ellis Huber gratulierte dem Jubilar – herzlich und überreichte ihm als Geschenk unter anderem eine Modellhand des „Gläsernen Menschen“.



Prof. Thure von Uexküll mußte lachen: zum Geburtstag gab's eine „Gläserne Hand“

Die Jury war im übrigen vollzählig versammelt. Neben den schon erwähnten Rednern und Prof. von Uexküll gehörten dazu Dr. Regine Hildebrandt (Brandenburgs Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen), Prof. Dr. Helmut Klages (Verwaltungswissenschaftler aus Speyer), Herwig Schirmer (Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin), Gesundheitsminister Horst Seehofer (er wurde vertreten durch seine Staatssekretärin

geld in Höhe von insgesamt 100 000 DM entsprechend verteilt. Und hier sind die Gewinner, die sich natürlich sehr freuen:

1. Preis, 25 000 DM

■ Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin am Virchow-Klinikum, Titel: „Ärztliche Ausbildung“

„Neue Ärzte braucht das Land“, fand die Jury des Gesundheitspreises 1995 und belohnte die Erfinder des Reformstudiengangs Medizin mit Platz eins des Wettbewerbs. Das Curriculum für ein grundlegend reformiertes Medizinstudium wurde von Studierenden im Streiksemester 1988/89 initiiert und stellt ein praxisbezogenes Studium in den Mittelpunkt. Weniger Vorlesungen und Frontalunterricht – mehr problemorientierte Kleingruppenarbeit und einen frühzeitigen Patientenkontakt der Studierenden – sieht das Konzept vor. Aufgrund des grundsätzlich neuen Charakters des Reformstudiengangs ist eine Einführung zunächst als Pilotprojekt mit 60 Studierenden pro Jahr geplant. Der Start ist zum Wintersemester 1997/98 vorgesehen, hängt aber noch von der Änderung der Approbationsordnung auf Bundesebene ab.

Ansprechpartner: Dr. Walter Burger, Tel. 030/ 30 35-2151

2. Preis, 20 000 DM

■ Jugendzahnklinik Berlin-Hohenschönhausen, Titel: Zahnärztliche Kinderbetreuung

Hohenschönhausener Kinder können besonders „kraftvoll zubeißen“, haben sie doch berlinweit die vergleichsweise gesündesten Zähne. Zu verdanken ist das dem europaweit einzigartigen Projekt „Zahnärztliche Kinderbetreuung“ der Jugendzahnklinik Hohenschönhausen. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes mußten



1. Preis 2025: Dare2Care. Die Preisträger:innen und Michael Brand (CDU), ehemaliger Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (dritter v. l.)

Foto: Stefan Melchior, AOK-Bundesverband

Berliner Gesundheitspreis 2027:

Fokus auf Hitzeschutz

2027 widmet sich der Berliner Gesundheitspreis einem hochaktuellen Thema: dem Klimawandel und der Frage, wie das Gesundheitswesen mit den damit einhergehenden Herausforderungen umgeht. Denn auch in Deutschland sorgt die Klimaveränderung für immer längere und intensivere Hitzewellen. Das erhöht die Zahl der Krankschreibungen, belastet die Notaufnahmen und führte allein in diesem Jahr zu über 16.300 Hitzetoten.

Auf die gesundheitlichen Folgen von Hitze ist Deutschland nur unzureichend vorbereitet. Unter dem Motto „Gesundheit braucht Hitzeschutz“ sollen mit dem Berliner Gesundheitspreis 2027 daher Projekte ausgezeichnet werden, die durch innovative Maßnahmen gezielt gesundheitliche Hitzerisiken verringern. Gesucht werden Best-Practice-Projekte, die in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und im Alltag effektiv die gesundheitliche Belastung durch starke Hitzeperioden reduzieren. Die Preisträger:innen werden von einer unabhängigen Jury ermittelt und erhalten Preisgelder in Höhe von insgesamt 50.000 Euro.

Die Ausschreibung läuft noch bis zum 18. Oktober 2026. Die Preisverleihung wird im Frühjahr 2027 stattfinden.



Weitere Informationen zur Bewerbung und den Ausschreibungskriterien finden Sie unter: → <https://www.aok.de/pp/unser-engagement/berliner-gesundheitspreis-2027/>

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

Herausgeberin

Ärztekammer Berlin

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

✉ redaktion@aekb.de

→ <https://magazin.aekb.de>

Redaktion Michaela Thiele (v.i.S.d.P.), Lisa Gudowski,

Xóchil Guillén-Sautter, Iris Hilgemeier, Niels Löchel, Oliver Wilke (Satz)

Redaktionsbeirat Dr. med. Marina Heise, Dr. med. Regine Held, Dr. med. Susanne von der Heydt, Dr. med. Irmgard Landgraf, Dr. med. Katharina Partow, Karin Schick, Dr. med. Katharina Yahyazadeh, Dr. med. Roland Urban, Julian Veelken, Dr. med. Thomas Werner

Anschrift der Redaktion

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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

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

Melanie Bölsdorff

☎ 0341 71 00 39-93

✉ boelsdorff@quintessenz.de

ISSN: 0939-5784

© Quintessenz Verlags-GmbH, 2026

Hinweis

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