

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

24. Sitzung
28. August 2023

Beginn: 09.33 Uhr
Schluss: 12.41 Uhr
Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen dann zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0188](#)
GesPflfeg
Lehren aus der Erkältungswelle bei Kindern und Jugendlichen im Winter 2022/2023 ziehen
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

Hierzu: Anhörung

- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0142](#)
GesPflfegGleich
Aktuelle Situation der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Berlin – insbesondere in den Kinderkliniken
(auf Antrag der AfD-Fraktion)

Hierzu: Auswertung der Anhörung vom 20. Dezember 2022

Ich habe vernommen, dass Herr Zander den Punkt der Koalition begründet, und würde Ihnen das Wort geben.

Christian Zander (CDU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Wir haben den Besprechungspunkt „Lehren aus der Erkältungswelle bei Kindern und Jugendlichen im Winter 2022/2023 ziehen“ genannt, weil wir im letzten Winter gemerkt haben, dass es trotz der Erkältungswelle im Winter 2021/2022 offenbar keine Lehren gab, die gezogen worden sind, um die Situation, die es damals gab, im Vorhinein vielleicht schon einmal etwas zu entschärfen. Sie wissen ja alle noch, dass es Kinder gab, die in andere Bundesländer ausgeflogen werden mussten, weil es keine Kapazitäten in den Kliniken gab. Wir hatten die – zum Teil auch heftigeren – Diskussionen darüber, inwieweit die Kinderärztinnen und Kinderärzte ihre Praxen öffnen sollen, Öffnungszeiten ausweiten sollen, auch gerade während der Weihnachtszeit, weil es auch da zu erheblichen Engpässen gekommen ist. Wir hatten die Situation, dass es nicht ausreichend Arzneimittel gab, gerade Fiebersäfte waren knapp. Deshalb wollen wir einfach wissen, ob man einen Teil dieser Lehren gezogen hat und ob das, was man bislang getan hat, vielleicht ausreichend ist.

Auf Bundesebene sind ja auch schon einige Schritte erfolgt, auch in Sachen Arzneimittel, wobei auch hier gesagt wird: Ob das ausreichend ist, das nur über die Preispolitik zu regeln, ist fraglich. Das muss ja auch erst einmal alles zur Verfügung stehen. Auch die Apotheken bieten sich an, hier helfen zu können, und auch rechtzeitig – sie sind ja beim letzten Mal erst sehr spät einbezogen worden mit der Erlaubnis, auch selber die Säfte herstellen zu können. Das Verfahren war auch immer sehr schwierig; das musste ja ausdrücklich erst über die Rezeptform angeleiert werden, dass die das dann auch dürfen. Das war ein bisschen schwieriger. Wie gesagt: Wir wollten gerne hören, wie die Einschätzung des Senats ist, ob da genug getan worden ist, und was vielleicht auch vonseiten des Senats getan worden ist – nicht, dass wir wie letztes Mal Brandbriefe haben, die dann kommen, wenn die Situation akut ist.

Und wir wollen natürlich auch aus der Praxis hören, wie die Praxis das sieht, was seitens der Politik, seitens der Gesetzgeber, hier passiert ist und wie Sie aus Ihrer Sicht die Lage einschätzen, ob denn auch wieder so eine schwere Erkältungswelle oder Welle von Atemwegserkrankungen allgemein folgen könnte, wie das letztes Jahr auch war, oder ob man sagt, dass gerade wegen der beiden heftigen Wellen damit vielleicht eher nicht zu rechnen ist, oder ob Sie noch Ideen, Wünsche und Forderungen haben, was man jetzt noch tun könnte, denn noch ist es ja nicht so weit. – Herzlichen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich hatte eben schon gesagt, dass wir das Thema im Dezember 2022 schon einmal hatten. Dazu liegt uns das Protokoll vor. Ich weiß nicht, ob das jetzt noch einmal begründet werden soll, oder ob das Protokoll ausreicht.

Carsten Ubbelohde (AfD): Ich denke, das Protokoll reicht vollkommen aus. Es war sehr aussagekräftig, und es war sehr interessant, es zu studieren. Ich denke, wenn wir nachher in die Aussprache kommen, können wir das mit integrieren.

Vorsitzende Silke Gebel: Dann begrüße ich einmal unsere Anzuhörenden, weil wir uns als Ausschuss ja mit diesem Thema befassen, indem wir uns Experten eingeladen haben. Ich begrüße – in alphabetischer Reihenfolge – Herrn Dr. Reinhard Bartzky. Er ist uns digital zugeschaltet und Mitglied im Bundesvorstand des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Herzlich willkommen hier im Gesundheits- und Pflegeausschuss! Ich begrüße Herrn Dr. Arpad von Moers, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bei den DRK Kliniken Berlin Westend. Herzlich willkommen hier im Ausschuss! Und ich begrüße Herrn Dr. Burkhard Ruppert, den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der auch eine Präsentation mitgebracht hat, die eben schon einmal kurz eingeblendet wurde.

Ich gehe davon aus, dass wir die Anfertigung eines Wortprotokolls wünschen, und würde das als Vorsitzende auch anregen. Dann können wir das im Nachgang noch auswerten. Die Begründung hatten wir jetzt schon. Dann frage ich, ob es eine einleitende Stellungnahme des Senats gibt? – Das machen wir immer im Anschluss. Dann würden wir zur Anhörung kommen, und wir hatten eben kurz beraten, dass wir mit Herrn von Moers anfangen, dann zu Ihnen kommen, Herr Bartzky, und dann mit Herrn Ruppert schließen, und dann in eine Runde der Abgeordneten kommen. – Dann würde ich Ihnen das Wort geben, Herr von Moers!

Dr. Arpad von Moers (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der DRK Kliniken Berlin Westend; Chefarzt): Vielen Dank für die Einladung! – Ich möchte darauf hinweisen, dass Herr Bartzky und ich uns vor dieser Sitzung auch noch einmal mit Chefärztinnen und Chefarzten anderer Träger abgestimmt haben, sodass die Dinge, die ich hier vorbringen werde, kein DRK-Problem sind, sondern auch an den anderen Kinderklinikstandorten relevant sind.

Als Erstes kommt immer die Bettenfrage auf den Tisch, wenn es darum geht, was die ganz großen Probleme waren, weil das wirklich das Hauptproblem in den zentralen Notaufnahmen ist. Das setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen. Als Erstes wäre da vielleicht die Organisation der Bettenbelegung zu nennen – und hier haben wir auch gleich einen Wunsch, den wir vorbringen wollen: Es wäre sicher hilfreich, wenn das zentralisiert erfolgen könnte. Wir waren in den DRK-Kliniken zum Beispiel ganz zufrieden mit diesem SAVE-Konzept bei der Infektionswelle. Das hat für uns gut funktioniert, dass dort von der Charité je nach Schwe-

regrad und Belegung die Patientensteuerung erfolgen konnte. Das würden wir uns auch sehr wünschen. Es gibt hier auch Vorgespräche: Ich hatte mich schon einmal mit dem leitenden Oberarzt für den Intensivbereich in der Charité abgestimmt. Die wären durchaus bereit, diese Rolle zu übernehmen, wobei das ganz sicher auch personell unterstützt werden müsste. Der Wunsch aus allen ZNA der Kinderkliniken ist ganz eindeutig, dass das nicht Arztarbeit in den übervollen Ambulanzen sein sollte. Wir haben bei uns mal geguckt: Bis zu 30 Prozent der Arbeitszeit, insbesondere in den Nachtschichten, ging zum Teil drauf, um Betten zu suchen. Hier wäre also ganz sicher ein Gebiet, auf dem man, glaube ich, auch relativ schnell versuchen kann, zu Regelungen zu kommen, die dazu führen, dass die Ärzte tatsächlich Patienten versorgen können und dass man gemeinsam über die Betten in Berlin schaut. Das setzt voraus, dass alle Träger das IVENA-System in gleicher Form handhaben und natürlich auch verbindlich kooperieren. Das ist ein ganz zentraler Punkt für die Arbeit vor Ort, und es würde schon eine Menge ärztliche Arbeitszeit freigesetzt werden, wenn das nicht in Händen der Diensttuenden vor Ort wäre.

Ein anderes Problem sind die auch schon angeklungenen Transportschwierigkeiten. Wie Sie schon gesagt haben, war es leider sehr häufig notwendig, die Kinder aus Berlin raus- und in kleinerem Umfang tatsächlich auch Schwerkranke nach Berlin rein zu transportieren. Auch hier würden wir uns wünschen, dass es Absprachen zwischen den Bundesländern gibt, wie da vorgegangen werden soll, und dass es nicht stundenlanger Telefonate bedarf, um hier zur Verfügung stehende Kapazitäten in Brandenburg zu nutzen oder schwer kranke Kinder aus Brandenburg nach Berlin zu bringen.

Ein Subthema bei den Transporten ist der Transport Jugendlicher, also von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Da gibt es auch strenge Auflagen, die dazu führen, dass die Jugendlichen dann lange in den Rettungsstellen verweilen, weil ein Elternteil noch nicht erreicht worden ist. Auch da können wir uns Regelungen vorstellen, die dazu führen, dass der Patientenstrom dort beschleunigt werden kann.

Ein Subthema ist weiterhin der Transport schwerstkranker Kinder. Da gibt es mit dem vorhandenen Notarztsystem durchaus immer wieder Engpässe, und es ist aber klar, dass es ein längerfristiges Projekt ist. Da gab es ja schon verschiedene Ansätze, zu sagen: Kann man hier ein spezielles Transportsystem für schwerstkranke kleine Kinder und Jugendliche etablieren?

Der andere wesentliche Punkt für die Bettenprobleme, neben der Verteilung und Organisation, ist natürlich der Bettenmangel. Wie Sie alle wissen, gibt es eine permanente, erhebliche Bettensperrung aufgrund des Pflegemangels. Vielleicht können wir darauf unter Punkt 2 noch einmal zurückkommen. Da haben wir natürlich große Sorgen, dass uns die für die Kindermedizin spezialisierten Pflegekräfte ausgehen. Die Zahl der Ausbildungsplätze ist mit der Umstellung von über 200 im Moment auf, glaube ich, rund 60 Ausbildungsplätze für die Vertiefung zusammengeschrumpft. Das steht natürlich in starkem Kontrast zu den Anforderungen des G-BA, der für bestimmte Leistungen eben auch qualifizierte Kinderpflege und Intensiv-Kinderpflege fordert. Das wird vor allen Dingen in den neonatologischen Abteilungen sicher rasant ein Problem werden.

Der Punkt Medikamentenengpässe ist schon angesprochen worden. Da wissen wir, dass es keine Berliner Lösung geben kann, aber das war natürlich auch ein Punkt, der zu sehr viel Stress in den Rettungsstellen geführt hat, weil man oft Mühe hatte, ein irgendwie passendes

Antibiotikum oder Fiebersäfte für die Kinder zu bekommen. – Ich glaube, das wären die drängendsten Probleme. Wir haben natürlich auch die große Anzahl von Patientinnen und Patienten, die wir in den Wintermonaten gerne personell unterstützt sehen würden. Hier gibt es seitens der Träger aber bisher keine Konzepte dafür, dass man Leute so beschäftigt, dass sie vor allem in den Winter- und Herbstmonaten zusätzlich arbeiten können. – Ich denke, das wäre es erst einmal von meiner Seite. Vielleicht kann Herr Bartzky dann fortführen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr von Moers! – Dann würden wir zu Herrn Bartzky kommen.

Dr. Reinhard Bartzky (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen; Bundesvorstand [zugeschaltet]): Ich hoffe, Sie hören mich! – Sehr geehrte Vorsitzende! Sehr geehrte Teilnehmende! Danke, dass ich wieder einmal in diesem Raum dabei sein kann. Sie hatten mich als Mitglied des Bundesvorstandes vorgestellt; das stimmt, aber hier möchte ich eigentlich hauptsächlich als Vorsitzender des Landesverbandes Berlin sprechen. Für die, die mich noch nicht kennen: Ich spreche hier für knapp 700 Kinder- und Jugendärzte, also unsere Mitglieder. Ich würde zwei Runden drehen wollen: Einmal möchte ich beschreiben, was uns momentan belastet, und dann würde ich ein paar Punkte bringen wollen, zu denen wir glauben, dass wir Wünsche haben und wo wir gemeinsam daran arbeiten können, dass etwas besser wird.

Eine Bemerkung noch vorab: Die RSV-Pandemie im letzten Winter war für uns keine exzeptionelle. Ein solches epidemiologisches Geschehen haben wir in den Praxen alle drei Jahre. Wir können uns also, glaube ich, kaum zurücklehnen und sagen, dass das so nicht wiederkommt. Das wird wiederkommen. Dazu haben wir influenzapandemische Geschehen, die wir ungefähr alle fünf Jahre in unserer Stadt haben – denken Sie an Schweinegrippe, Vogelgrippe, H1N1. So etwas kommt alle fünf Jahre. Und jetzt haben wir auch noch dieses Coronavirus, das ja auch noch einmal wieder schlimmer werden kann. Ich will mit diesen einleitenden Worten also keinen Teufel an die Wand malen, aber es ist schon wahrscheinlich, dass wir dieses Jahr, nächstes oder übernächstes Jahr wieder genauso vor so einer Situation stehen, und das kann kein Experte hier in diesem Raum vorhersehen, ob das dieses Jahr schon so weit sein wird oder erst nächsten Winter.

Was uns belastet: Wir haben keine Medikamente für die Kinder; das ist hier mehrfach gefallen. Was uns wichtig ist: Fiebersäfte, Antibiotika, Asthmamittel. Eltern müssen wir teilweise schlechtere Antibiotika mit ungünstigeren Nebenwirkungsprofilen verschreiben; weiteres Wirkspektrum, nicht angepasste Sachen. Die kommen zwei oder drei Mal zurück. Und wir haben eben auch sozial schwächer aufgestellte Familien, die es überhaupt nicht mehr schaffen, fünf Apotheken abzutelefonieren und für die wir das übernehmen müssen. Es ist also ein immenser Zeitaufwand. Wir haben es selbst jetzt im Sommer nicht immer einfach, Betten für Patienten zu kriegen – von dem Fiasko im Winter, wenn wir dann eine halbe Stunde am Telefon stehen, ganz zu schweigen. Wir haben nach wie vor Probleme mit nicht versicherten Kindern und Jugendlichen, was größtenteils auf der Arbeitsweise der Berliner Standesämter beruht. Wir belasten unsere Praxen jeden Tag zu 20 Prozent mit unsinnigen Attesten, größtenteils aus dem Bereich Schule und Kita. Und ich möchte darauf hinweisen – das ist einer meiner wichtigsten Punkte –, dass wir eine ausgesprochen miserable demographische Entwicklung der Kinder- und Jugendärzte – oder der Hausärzte insgesamt – in dieser Stadt haben. Herr Zander hatte das schon angedeutet. Wenn ich auf meinem Laptop die Alterspyramide der Niedergelassenen sehe, dann kann ich Ihnen sagen, dass in den nächsten zehn Jahren die Hälfte

te ins Rentenalter kommen wird. Wie wollen wir das und wie wollen Sie das kompensieren? – Die 60-Stunden-Woche ist nicht mehr en vogue. Zum Glück haben wir den Wunsch nach Work-Life-Balance, Teilzeitarbeit und so weiter. Dem können wir uns gar nicht verwehren, und da müssen wir eben zu Lösungen kommen.

Jetzt komme ich mal – um nicht so negativ zu bleiben – zu den positiven Sachen, bei denen ich denke, dass Sie uns unterstützen können oder bei denen wir gemeinsam daran arbeiten können, dass etwas besser wird. Mir geht es natürlich um eine Entlastung unserer Praxen um die nicht medizinischen Sachen, damit wir mit der immer geringer werdenden Ressource Hausarzt das machen können, wofür wir eigentlich da sind, nämlich Medizin und nicht nur Sozialarbeit. Für uns wäre es grandios, wenn wir für diesen von Chefarzt von Moers eben dargestellten zentralen Berliner Bettennachweis eine Leseoption bekommen könnten, damit wir eben nicht erst fünf Kliniken abtelefonieren müssen, und wenn wir die Kinder dann nicht unterkriegen, den Krankenwagen rufen, damit das das Kind dann mit Blaulicht in die Klinik fährt, in der es gar nicht aufgenommen werden kann. Es muss Ihnen klar sein: Wenn Sie uns eine Leseoption geben, dann ersparen Sie sich nicht eine Fahrt der Berliner Feuerwehr, sondern Sie ersparen sich zwei Fahrten, weil in den Monaten, in denen wir die Kinder nicht unterkriegen, bleibt uns nichts anderes übrig, als sie mit Blaulicht in die Klinik zu schicken, obwohl es im Prinzip auch ein Transport mit dem Taxi und ein Transportschein tun würden.

Zum Positiven, das müssen wir einmal sagen, hat sich etwas bei der Bedarfsplanung geändert durch die Entbudgetierung des Bundesministers Karl Lauterbach, und da wollten wir auch Herrn Boris Velter als Berliner Teilnehmer noch einmal dankend erwähnen. Da hat sich natürlich Etlliches getan. Wir haben jetzt die Option, mit der KV zu sprechen und zu sagen: Okay, jetzt sehen wir das auch anders. Wir sind dafür, in kritischen Regionen aus unserem Topf neue Sitze zu schaffen, denn jetzt haben wir erstmals in Berlin die Situation, dass wir das nicht selber finanzieren müssen. – Das ist wirklich großartig, was dort geschaffen worden ist, und da bitte ich auch um Unterstützung, denn wir müssen in den Regionen, in denen wir das wollen, die Praxisansiedlung attraktiv machen. Es kann nicht sein, dass die Kollegen, die niederlassungswillig sind oder Praxen aufmachen wollen, keine Räume und kein Personal finden. Dann nützt uns das alles nichts. Das ist, glaube ich, zum Teil auch nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Problem, daran gemeinsam zu arbeiten.

Das wichtigste Anliegen sind für mich die Studienplätze. Wir sind heute in einer Situation, in der Berlin pro Jahr ungefähr 50 Prozent der Studienplätze in Medizin ausbildet, die wir zu Zeiten der Wende an der FU und der HU zusammen hatten. Das machen wir jetzt seit 30 Jahren; wir fahren auf 50 Prozent. Das geht eben nicht lange gut. Und bitte denken Sie daran: Von der Demographie meiner Mitglieder, die ich auf meinem Laptop sehe, habe ich Ihnen ja gerade erzählt. Bedenken Sie: Wenn ein junger Mensch anfängt, Medizin zu studieren, dann vergehen mindestens 15 Jahre, bis Sie ihn so weit haben, dass Sie eine Hausarztpraxis haben. Insofern brauchen wir hier schleunigst Gegenregulierung. Und leider Gottes sind die Medizinstudienplätze Ländersache, zumindest erzählt uns das der Bundesminister.

Was ich ganz wichtig finde, ist, dass wir uns nicht gegenseitig das Personal wegnehmen. Wir haben das Problem, dass in Kinder- und Jugendpraxen ausgebildete MFA in die Kliniken abwandern, weil es keine Kinderkrankenschwestern mehr gibt. Hier wünschen wir uns – oder hätten wir die Hoffnung auf – Gegenregulierung und dass Berlin es, so wie Hamburg, wieder möglich macht, Kinderkrankenschwestern auszubilden, um zum einen einen höheren Stan-

hard in den Kinderkliniken zu haben und damit wir uns zum anderen auf dem Arbeitsmarkt nicht gegenseitig kannibalisieren.

Mein letzter Wunsch in diesem Blumenstrauß der Wünsche und Hoffnungen: Wir haben in Berlin als einziges Bundesland keine Frühförderung. Wir brauchen dringend eine Möglichkeit, dass Kinder, die einfach nur Heilpädagogikbedarf haben, nicht nur dieses doppelte SPZ-System bekommen. Diejenigen, die nicht lesen, nicht spielen, nicht sprechen lernen, brauchen ja nur eine Heilpädagogik. Da habe ich in Berlin nur die Möglichkeit, sie zu medikalisieren und sie neun Monate in unseren Praxen zirkulieren zu lassen, bis sie dann in einem SPZ einen Platz kriegen. Wenn wir dort einen früheren Zugang zur Heilpädagogik hätten, analog zu anderen Bundesländern, würden wir auch unser medizinisches System unheimlich entlasten und könnten damit mehr Ressourcen für das schaffen, was wir eigentlich machen müssen, nämlich Humanmedizin. – Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann würden wir zu Herrn Ruppert kommen.

Dr. Burkhard Ruppert (Kassenärztliche Vereinigung Berlin; Vorstandsvorsitzender): Frau Vorsitzende! Frau Staatssekretärin! Liebe Mitglieder des Ausschusses! Danke für die Einladung und für die Gelegenheit, hier aus Sicht der KV Stellung nehmen zu dürfen zu dem Thema, was ich sehr gut finde. Es ist ein sehr medizinisches Thema, von daher bin ich sehr gerne heute hier hergekommen. Lehren aus etwas zu ziehen ist eigentlich immer ganz sinnvoll, und ich hoffe, dass ich Ihnen das aus unserer Sicht so darstellen kann, dass wir daraus eine gute Diskussion haben.

Agenda

- *Rückblick - Erkältungswelle bei Kindern und Jugendlichen im Winter 2022/2023*
- *Aktuelle Versorgungssituation*
 - *während der regulären Sprechzeiten*
 - *außerhalb der regulären Sprechzeiten*
- *Umfrage der KV Berlin zum Medikamentenmangel*
- *Fazit*

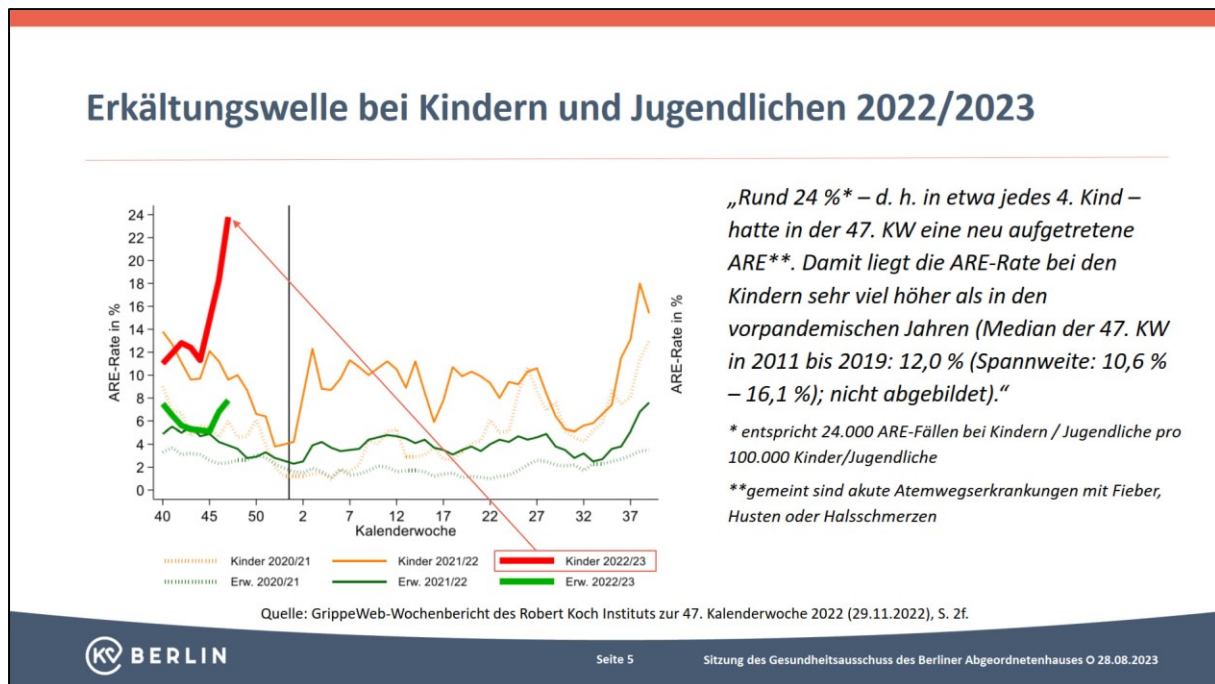
Kurz zur Agenda: Wir machen einen kurzen Rückblick, damit wir uns noch mal daran erinnern, was diese Erkältungswelle 2022/2023 eigentlich so besonders gemacht hat. Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation aus? – Und wenn Sie möchten, kann ich Ihnen auch noch die Umfrage der KV Berlin zum Medikamentenmangel vorstellen, die wir vor drei Tagen gemacht haben. Die ist also ganz aktuell und würde die Sache, glaube ich, ganz gut abrunden.

Erkältungswelle 2022/2023

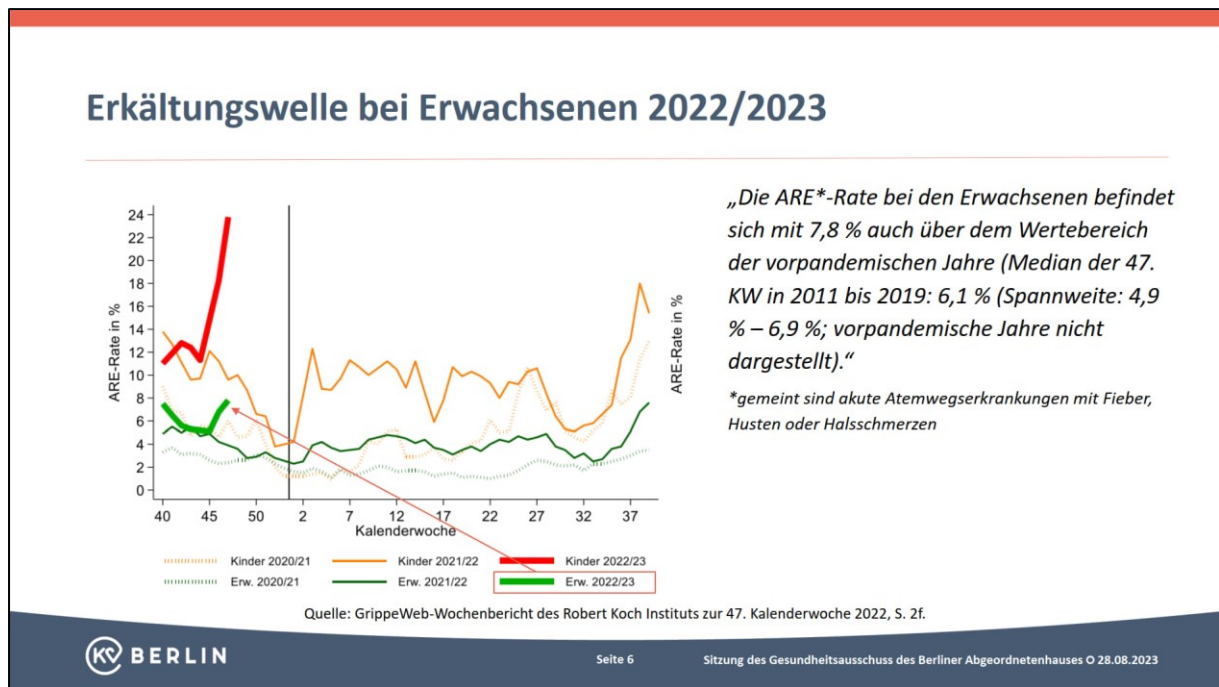
- „Ist doch nur eine Erkältung!?“
- „Starker Anstieg von Atemwegsinfektionen bei Kindern ... **Kinder und Säuglinge haben sich meist mit einem Virus infiziert, das für sie lebensgefährlich werden kann...**“ (Deutsche Welle am 01.12.2022)
- ARE*-Raten in fünf verschiedenen betrachteten Altersgruppen steigen nach Herbstferien 2022 in allen Bundesländern an
- besonders auffällig: kontinuierliche und zum Teil starke Zunahme bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) und Schulkindern (5 bis 14 Jahre) - Anstieg der ARE-Rate um 40 % (von 15,3 % auf 21,5 %) bei den Schulkindern im Vergleich zur Vorwoche
- Ende November 2022 (47. KW) lagen ARE-Raten in allen Altersgruppen über dem Durchschnitt der vorpandemischen Jahre, bei den 5- bis 14-Jährigen sogar mehr als doppelt so hoch

*gemeint sind akute Atemwegserkrankungen mit Fieber, Husten oder Halsschmerzen
Quelle: GrippeWeb-Wochenbericht des Robert Koch Instituts zur 47. Kalenderwoche 2022, S. 2f.

Fangen wir also an mit der Erkältungswelle selber. Bisher war es ja immer so, dass es hieß: Ist ja nur eine Erkältung, ist ja nichts Schlimmes. – Es stellte sich dann aber heraus, dass es sich hier tatsächlich um ein Virus gehandelt hat – Herr Bartzky hat es schon gesagt, ein RS-Virus –, der für Kinder tatsächlich lebensgefährlich sein kann, aber auch für ältere Menschen. Wir hatten Infektionsraten in fünf verschiedenen betrachteten Altersgruppen, die dann halt zu den Herbstferien 2022 in allen Bundesländern angestiegen sind, und im Wesentlichen doppelt so hoch waren wie in den Jahren zuvor.



Das können Sie hier an dieser Linie oder an dieser Kurve sehen: Die rote Kurve ist also die Kurve der Kinder von 2022/2023, wir bewegen uns hier also noch im Jahr 2022. Da sehen Sie den Peak Mitte oder Ende November: Bei rund 24 Prozent der Kinder sind in dieser Zeit starke Erkältungen aufgetreten. Das war praktisch jedes vierte Kind. Wenn Sie sich die Jahre davor angucken, sieht es schon ein bisschen anders aus, und insbesondere bei der gelben Kurve sehen Sie noch einmal, dass sie deutlich höher war im Jahr davor, was die Sommermonate angeht, bis auf das Absinken während der Ferienzeit. Das ist also wirklich etwas Besonderes, und da sieht man halt durchaus, dass die Isolierung der Kinder Effekte hatte bei der Frage: Wie gehen Kinder danach mit Infektionen um? – Das tun sie eben verstärkt auch über die Sommermonate, und dann mit dem massiven Anstieg Mitte November bis Ende November.



Bei den Erwachsenen war das auch ein Anstieg, der allerdings deutlich geringer war, aber trotzdem mit 7,8 Prozent höher war als in den Jahren davor mit 6,1 Prozent. Wir beobachten also bei den Erwachsenen, so wie bei den Kindern, dass sich da etwas verändert hatte in diesem Jahr.

Erkältungswelle bei Kindern und Jugendlichen 2022/2023

Auswirkungen für die ambulante Versorgung

- Bereits im September und Oktober 2022 weisen Praxen und Kliniken die Senatsverwaltung für Gesundheit auf die desolaten Zustände hin
 - Initiative Berliner Kinderkliniken veröffentlicht zwei Brandbriefe
 - Brief der Berliner Kinder- und Jugendärzte
- KV Berlin am 09.12.2022: „Auch der Ärztliche Bereitschaftsdienst ist am Limit“
- Krisensitzung am 14.12.2022 zur aktuellen Lage in der pädiatrischen Versorgung mit zahlreichen Berliner Akteuren
 - KV Berlin verdeutlicht Auswirkungen der Budgetgrenzen
 - Pädiater bevorzugen die Steuerung der Kinder und Jugendlichen in die Regelversorgung per 116 117
 - KV Berlin erweitert Weihnachten & Silvester die Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen für Erwachsene

Bereits im September und Oktober 2022 haben Praxen und Kliniken die Senatsverwaltung für Gesundheit auf diese desolaten Zustände – oder auf diese zukünftigen desolaten Zustände – hingewiesen. Ich erinnere noch einmal an die zwei Brandbriefe, die von der Initiative Berliner Kinderkliniken veröffentlicht wurden, oder auch an den Brief der Berliner Kinder- und Jugendärzte. Die KV selbst hat am 9. Dezember 2022 dazu auch noch einmal Stellung genommen, und dann gab es am 14. Dezember – ich erinnere mich noch sehr gut daran – eine Krisensitzung mit sehr vielen Playern auf dem Berliner Markt, die dann über diese Lage gesprochen haben, die am 14. Dezember ja schon am Laufen war.

Wir als KV haben da noch einmal ganz deutlich auf die Auswirkungen der Budgetgrenzen hingewiesen. Die Pädiater haben noch einmal klargemacht, dass sie keine zusätzlichen Praxiszeiten zur Verfügung stellen können, weil sie einfach schon am Limit sind; und sie haben auf die Regelversorgung hingewiesen und hier insbesondere auf die Nutzung der 116117. Die KV Berlin hat dann für Weihnachten und Silvester im Erwachsenenbereich die Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen erweitert.

Erkältungswelle bei Kindern und Jugendlichen 2022/2023

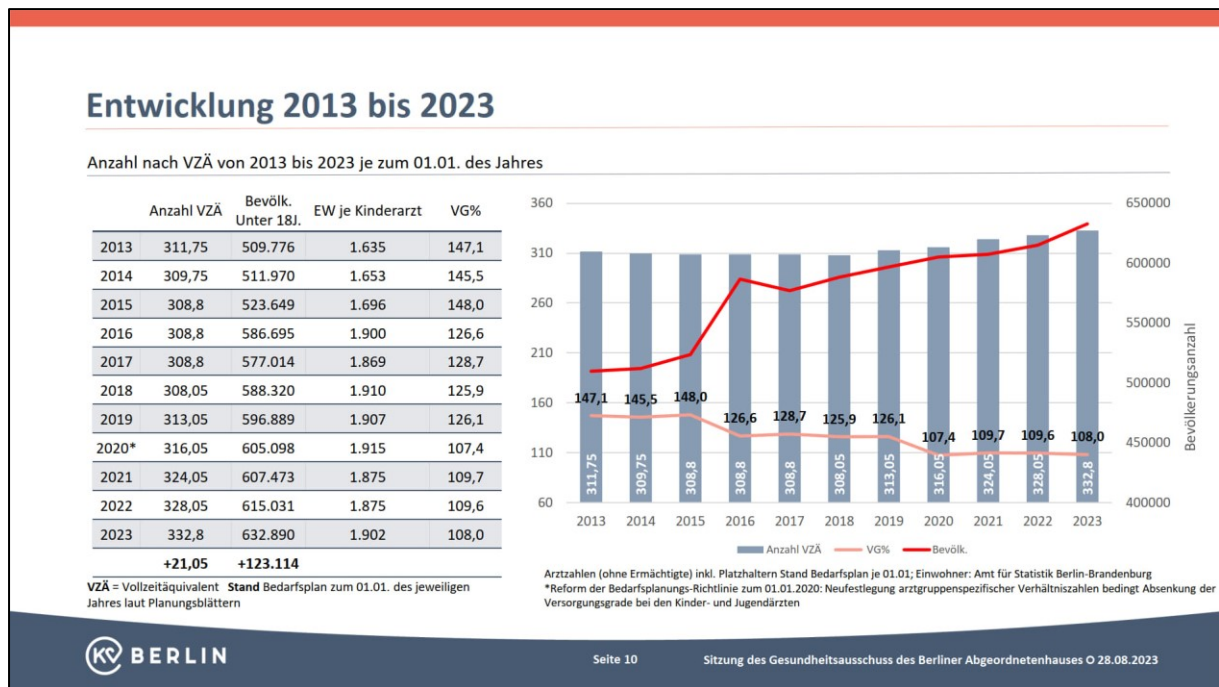
Auswirkungen für die ambulante Versorgung

- Bundesgesundheitsminister Lauterbach verspricht noch im Dezember 2022 die Entbudgetierung für die Kinder- und Jugendmediziner
- Umsetzung erst zum 1. April 2023 und damit weit nach der Erkältungswelle 2022 → mit wenigen Ausnahmen werden seitdem alle kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen und Behandlungen vollständig mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet

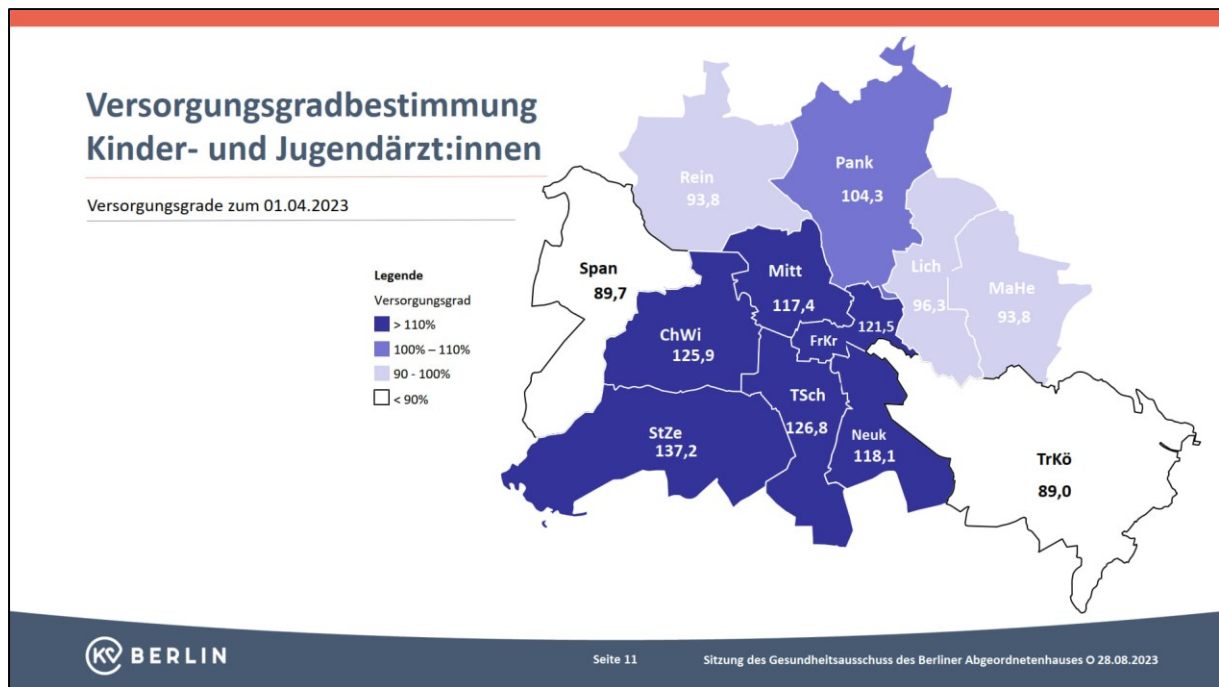
Honorar & Bedarfsplanung
sind miteinander verwoben

- **Mit der Entbudgetierung ist eine Ausweitung des Versorgungsangebotes beabsichtigt**
 - Auswirkungen auf das Angebot der vorhandenen Praxen abzuwarten
 - Auswirkungen auf die Anzahl der Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin abzuwarten

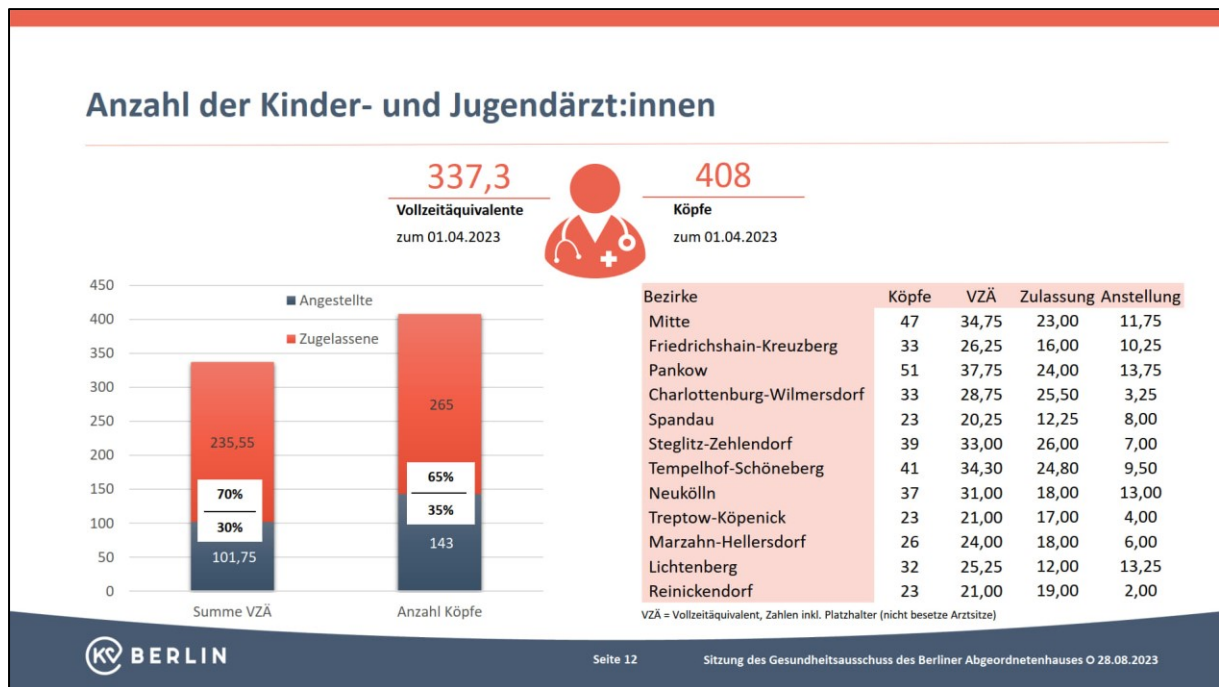
Im Zuge dessen, und im Zuge der damaligen Drohung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, hier einen Praxisschließtag zu machen – und das kurz vor Weihnachten, Sie erinnern sich vielleicht noch –, hat der Bundesminister Lauterbach dann im Dezember 2022 versprochen, die Entbudgetierung für Kinder- und Jugendmediziner einzuführen, die jetzt zum 1. April 2023 umgesetzt wurde – natürlich nach der Erkältungswelle, aber Gott sei Dank vor der nächsten Erkältungswelle. Welche Auswirkungen das haben wird? – Es ist ja hier schon angeklungen: Wenn das Honorar nicht mehr budgetiert ist, hat das natürlich immer auch einen Einfluss auf die Bedarfsplanung. Das ist immer miteinander verwoben. Was das also am Ende bedeutet, werden wir sehen. Da gehen wir in Gespräche mit den Kassen und auch mit dem BVKJ, und diese Gespräche werden heute Abend beginnen. Von daher kann ich Ihnen jetzt noch nichts weiter berichten, aber wir werden uns natürlich Gedanken darüber machen müssen, wie sich die Bedarfsplanung im kinderärztlichen Bereich verändern kann und welche Auswirkungen das dann letztlich auf das Angebot der vorhandenen Praxen beziehungsweise auf die Anzahl der Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin haben wird.



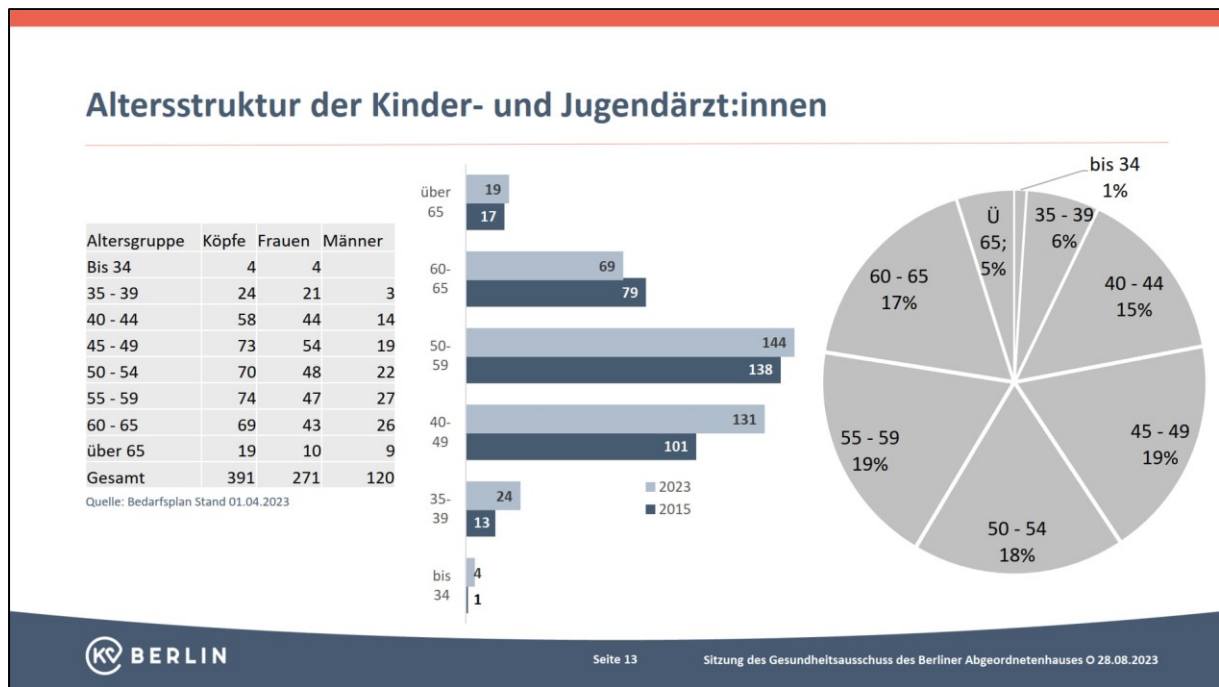
Kommen wir zur aktuellen Versorgungssituation. Da ist es so, dass über die letzten zehn Jahre tatsächlich gerade einmal 21 neue Ärzte dazugekommen sind, also 21,05 sogenannte Vollzeitäquivalente. Die gelbe Linie zeigt Ihnen die Verhältniszahl, die ja immer auf eine bestimmte Anzahl von Kindern festgelegt wird. Der Abfall im Jahr 2020 erklärt sich aus einer Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie; da hat sich also die Verhältniszahl geändert. Die blauen Balken zeigen Ihnen, dass seit 2020 – oder seit 2018/2019 – die Anzahl der Kinderärzte tatsächlich langsam zunimmt. Stärker zunehmen tut aber die Bevölkerung; das zeigt Ihnen die rote Linie. Dementsprechend bleibt die Verhältniszahl, also die Zahl der Ärzte, die pro Bevölkerung zugelassen ist, im kinderärztlichen Bereich zurzeit Gott sei Dank konstant. Das heißt, sie verbessert sich – obwohl die Zahl der Ärzte zunimmt – aufgrund des höheren Bevölkerungszuwachses nicht. Das ist bezogen auf alle Menschen von 0 bis 18 Jahren.



Wie sind die in Berlin verteilt? – Da ist, wenn Sie so wollen, wie so ein U um Berlin herum, außer Pankow vielleicht, die noch etwas besser versorgt sind. Es ist gerade noch einmal darauf hingewiesen worden, dass nirgends eine Unterversorgung droht. Das ist tatsächlich so. Im hausärztlichen Bereich spricht man bei unter 75 Prozent von einer Unterversorgung, im fachärztlichen Bereich bei unter 50 Prozent, da liegen wir also weit darunter. Aber natürlich gibt es hier durchaus eine gefühlte und auch tatsächlich vorhandene Unterversorgung: Wenn Menschen es einfach nicht mehr schaffen – wie in Lichtenberg –, einen Kinder- oder Hausarzt zu finden, dann kann man tatsächlich von einer Unterversorgung sprechen, aber eben nicht im bedarfsplanerischen Sinne.



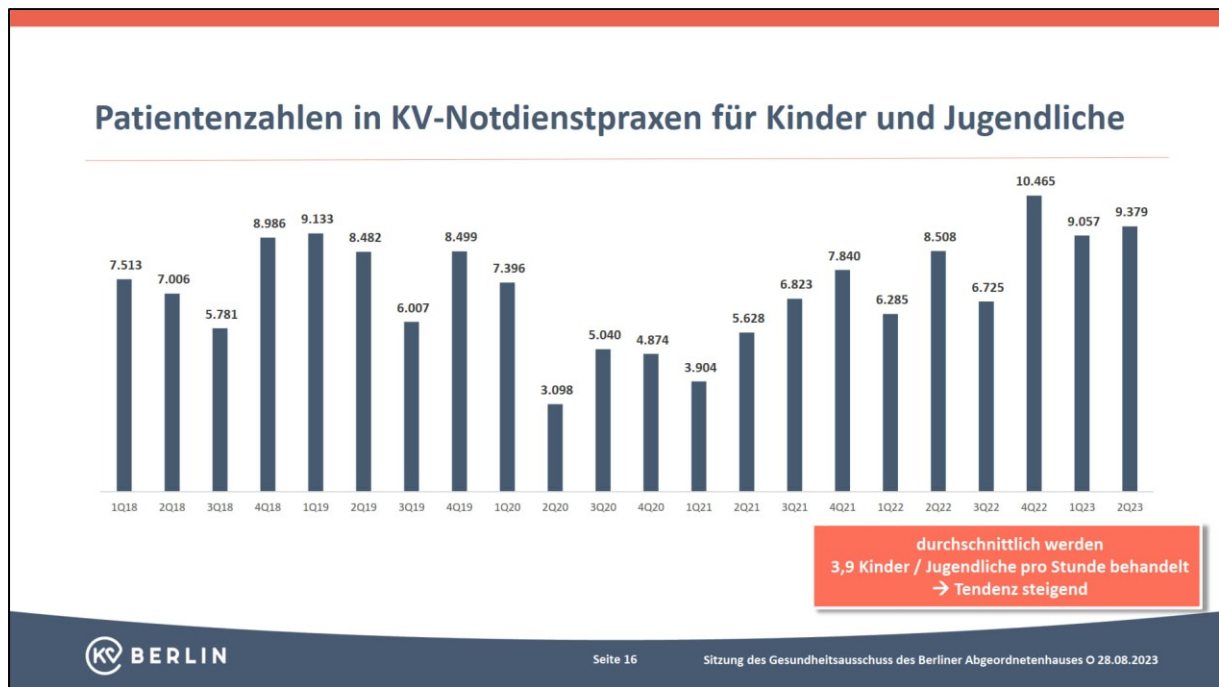
Die Anzahl der Kinder- und Jugendärzte ist in Berlin relativ hoch. Wir haben also deutlich mehr Köpfe, wenn Sie so wollen, als Vollzeitäquivalente, was dafür spricht, dass wir mehr Menschen haben, die im Teilzeitverhältnis sind. Und wir haben vor allen Dingen auch eine deutliche Zunahme der angestellten Ärzte. Das können Sie an den Verhältniszahlen sehen: Mittlerweile sind 35 Prozent der Kinderärzte angestellt. Anstellung und Teilzeit bedeuten natürlich, dass weniger gearbeitet wird. Das heißt: Obwohl wir mehr Köpfe haben, haben wir weniger Arztzeit zur Verfügung. Das ist das Problem. Eigentlich dürfte man also gar nicht von einem Arztmangel sprechen, sondern von einem Arztzeitmangel. Das drückt sich hier in diesen Zahlen aus.



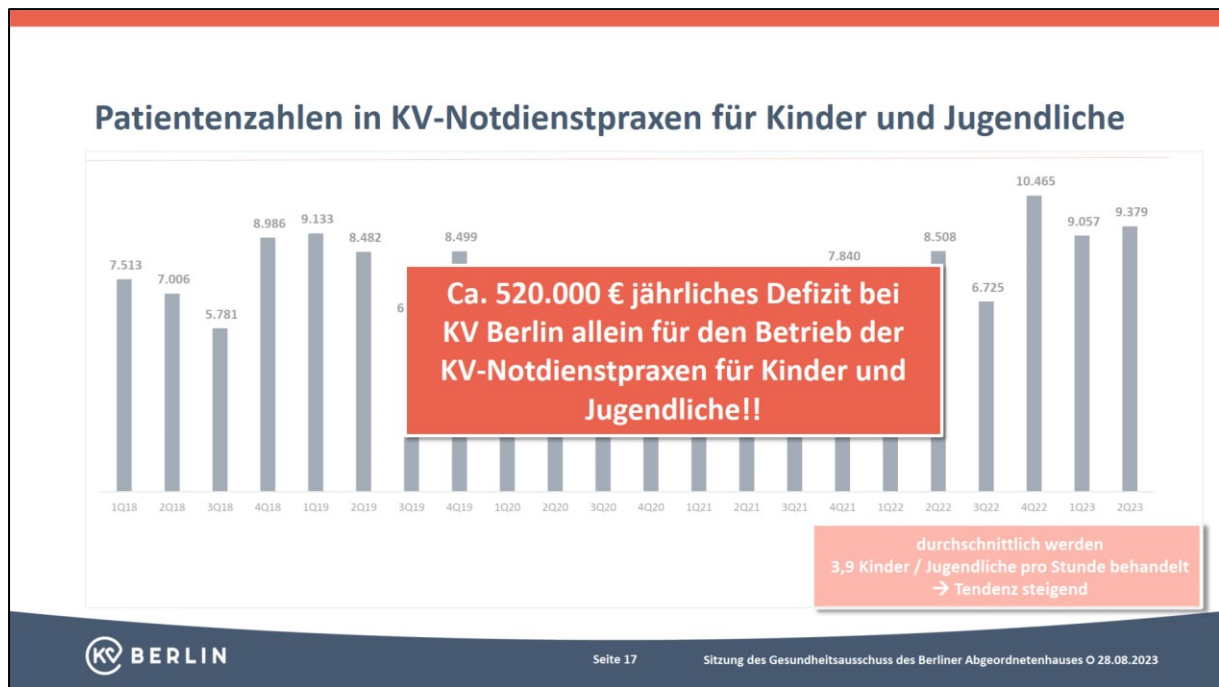
Die Altersstruktur bei den Kinder- und Jugendärzten ist eigentlich noch relativ gut. Wenn Sie das gegenüber den anderen Arztgruppen sehen, dann sind die etwas jünger. Aber auch hier können Sie an den Säulen sehen, dass wir auch hier in den nächsten Jahren durchaus erwarten, dass eine hinlänglich große Anzahl von Ärzten aufhören wird.



Kommen wir noch einmal zur Situation außerhalb der regulären Sprechzeiten. Es sind ja schon die Notdienstpraxen angesprochen worden. Fünf haben wir, an den Kliniken angesiedelt, über Berlin verteilt. Die Öffnungszeiten liegen meistens am Wochenende: freitags, samstags, sonntags und an den Feiertagen. Darüber hinaus haben wir noch den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Beratungsarzt in unserer Leitstelle.



Das sind die Patientenzahlen der KV-Notdienstpraxen bei Kindern und Jugendlichen über die letzten Jahre, von 2018 bis 2023. Hier sehen Sie eine deutliche Zunahme. Den Gap – oder den Abfall – während der Coronazeit können Sie hier auch noch einmal ganz gut nachempfinden. Mittlerweile sind es etwa 10 000 Patienten, die wir pro Quartal in den kinderärztlichen Notdienstpraxen versorgen. Das sind etwa 3,9 Kinder pro Stunde; die Tendenz ist hier zunehmend.



Aber – und das ist unser großes Problem: Wir haben pro Notdienstpraxis ein Defizit zwischen 100 000 und 120 000 Euro. Das macht ein Gesamtjahresdefizit von 520 000 Euro aus, und das ist eines der Probleme, die wir in diesem Bereich haben.

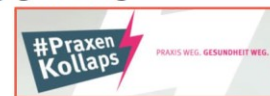
Medikamentenversorgung – Umfrage KV Berlin (Stand 25.8.2023)

- **bisher ca. 400 Praxen teilgenommen** (43 % Hausärzte, 10 % Kinderärzte etc.).
- **82 % sagen, dass ihre Patienten aktuell nicht alle benötigten Medikamente erhalten**
- knapp sind Antibiotika, Blutdruck-, Fieber- und Schmerzmittel, häufig wurden auch Asthmamedikamente und Augentropfen genannt
- **61 % befürchten, dass Medikamentenversorgung während der Erkältungswelle nicht ausreicht**
- über die Hälfte der Befragten berichtet, dass Patienten bereits jetzt um Rezepte für eine Versorgung in den nächsten Monaten bitten
- Mehrheit (rund 63 %) der Befragten wurde von umliegenden Apotheken über Versorgungsprobleme informiert

Kommen wir zur Umfrage der KV Berlin zum Medikamentenmangel. Hieran haben in wenigen Tagen – das haben wir, glaube ich, am Dienstag oder Mittwoch gestartet – sofort wahn-sinnig viele Praxen teilgenommen, 400 Praxen. Nun kann man natürlich sagen: Hier ist vielleicht ein leicht negativer Bias, also dass sich vor allen Dingen Praxen beteiligt haben, die Probleme sehen. Nichtsdestotrotz sind etwa die Hälfte Haus- und Kinderärzte. 82 Prozent sagen, dass ihre Patienten aktuell nicht alle benötigten Medikamente erhalten, und 61 Prozent befürchten, dass die Medikamentenversorgung während der Erkältungswelle nicht ausreichen wird. Das sind wirklich Zahlen, die uns aufhorchen lassen sollten. Ich kann nur sagen: Wir waren mal die Apotheke der Welt, und das sind wir beileibe nicht mehr, sondern wir müssen jetzt gucken, wo wir das herbekommen. Da muss das jahrelang einfach nur noch billig sein, und das fällt jetzt auf uns zurück. Es sind vor allen Dingen Antibiotika, Blutdruckmittel, Fieber- und Schmerzmittel, aber auch Asthmamedikamente und Augentropfen, die genannt werden, bei denen es jetzt schon einen absehbaren Mangel gibt.

Fazit – Lehren aus Erkältungswellen / Erkrankungswellen

- Erkältungswelle im Herbst 2022 ist auch eine Auswirkung der Corona-Pandemie
- Systemische Ursachen im ambulanten & stationären Gesundheitssystem führten zur Überlastung
- **Budgetierung in der ambulanten Versorgung ist eine der Hauptursachen für die Begrenzung des ambulanten Versorgungsangebotes**
- Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmediziner erst im April 2023 und damit nach der Erkältungswelle 2022! → Lehre daraus gezogen
- **ABER! Überlastung des hausärztlichen Angebotes bereits heute allgegenwärtig**
→ Lehre daraus nicht gezogen! → **7 Forderungen des KV-Systems**
- **Überforderung des Gesundheitswesens kann zudem NUR durch eine intelligente Patientensteuerung vermieden werden!**

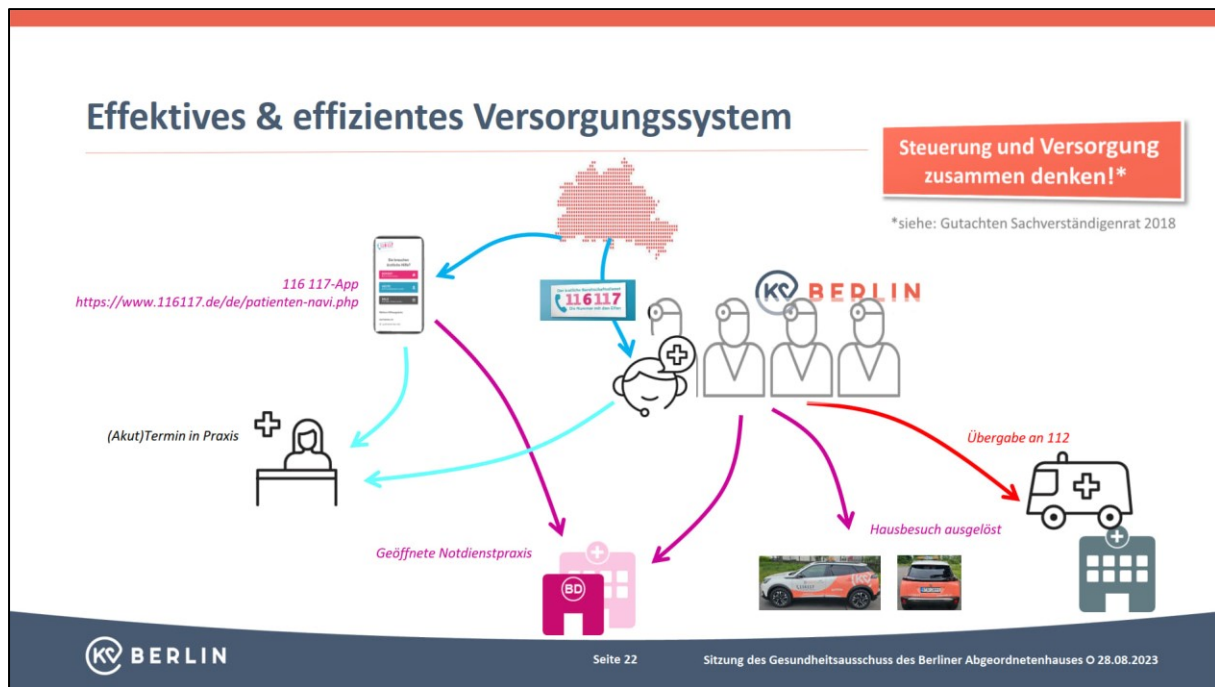


Was ist unser Fazit? – Die Erkältungswelle im Herbst 2022 hat natürlich Gründe in der Auswirkung der Coronapandemie; das hat etwas mit der Isolierung, vor allem bei den Kindern, zu tun. Und hier erklärt sich letztlich der deutlich schwerere Verlauf. Inwieweit sich das jetzt in diesem Herbst noch einmal kenntlich machen wird, wird man sehen. Das kann im Moment, glaube ich, keiner wirklich seriös vorhersagen. Die Probleme, die wir im Gesundheitswesen gesehen haben, sind unserer Meinung nach systemischer Ursache. Davon hat Herr von Moers auch schon gesprochen. Ich denke, Probleme im ambulanten Bereich hatten wir deutlich weniger, aber Herr Bartzky hat es ja gesagt: Das ist etwas, was das ambulante System immer mal wieder kennt, so ein hohes Anfluten von kranken Kindern. Das Hauptproblem lag hier, denke ich, tatsächlich im Bereich der Rettungsstellen und in der Frage, wie die Kinder aus den Rettungsstellen in die stationäre Versorgung gebracht werden.

Das Hauptproblem, oder die Hauptursache überhaupt, liegt bei Problemen im ambulanten Bereich tatsächlich in der Budgetierung. Budgetierung ist 1993 unter dem Blickwinkel der Ärzteschwemme eingeführt worden. Im Rahmen der Budgetierung ist dann auch die Bedarfsplanung eingeführt worden – alles Instrumente unter dem Blickwinkel einer sogenannten Ärzteschwemme. 1993 ist 30 Jahre her. Seitdem ist nie wieder ein Schalter umgelegt worden. Das heißt: Wir brauchen eine Änderung der Bedarfsplanung, die immer mit einer Entbudgetierung einhergeht. Diese Entbudgetierung ist also das, was im Moment auch auf KBV-Ebene gefordert wird. Sie kennen das vielleicht von der letzten Woche: Hier haben sich 700 Ärzte aus ganz Deutschland zusammengefunden, die unter dem Label #PraxenKollaps sieben Forderungen an das BMG herausgegeben haben.

Die Lehre haben wir, denke ich, im Bereich Pädiatrie gezogen. Da ist die Entbudgetierung gekommen. Wir müssen aber auch die Lehre für den gesamten hausärztlichen Bereich, und später auch für den fachärztlichen Bereich, ziehen. Wir werden sonst immer wieder Entwicklungen erleben, bei denen wir an das Ende dessen kommen, was wir zu leisten imstande sind. Es kann halt nicht sein, dass wir auf der einen Seite ein unbegrenztes Leistungsversprechen durch die Politik an die Patienten abgeben, aber auf der anderen Seite die, die diese Leistung

erbringen, einschränken im Bereich dessen, was sie bezahlt bekommen. Das heißt: Es muss das bezahlt werden, was auch geleistet wird. Das ist unsere Forderung, und ich denke, das ist etwas, was kommen muss, und dann werden wir hier auch über andere Probleme sprechen können als darüber, wie wir mit solchen Problemen in Zukunft umgehen. Das heißt: Die Überforderung des Gesundheitswesens kann nur durch eine intelligente Patientensteuerung vermieden werden – das kommt noch hinzu –, und durch die Finanzierung.



Was intelligente Patientensteuerung bedeutet, das haben wir hier in Berlin eingeführt. Es ist übrigens ein Konzept, das am 15. März 2023 vom Zentralinstitut ausgezeichnet wurde, im Rahmen des Programms „Ausgezeichnete Gesundheit 2023“. Es war das Siegerkonzept im Bereich Versorgung akut. Das ist also ein deutschlandweiter Wettbewerb gewesen, und im Rahmen der Frage, wie man mit Notfallversorgung umgeht, ist dieses Konzept des effektiven, effizienten Versorgungssystems, das wir hier in Berlin leben, ausgezeichnet worden.

Da wäre noch einmal meine dringende Bitte: Nutzen Sie die 116117! Sie können sich über das Patienten-Navi auf www.116117.de jetzt auch selbst einschätzen, und wenn das Ergebnis ist, dass Sie akut einen Termin brauchen, sich darüber auch akut einen Termin besorgen. Das ist noch einmal mein eindringlicher Appell an die Öffentlichkeit: Nutzen Sie die 116117 als Möglichkeit, hier in Berlin die Versorgung zu bekommen, die Sie auch benötigen. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Ruppert, für diese Einschätzung aus Sicht der KV! – Dann würden wir in die Runde der Abgeordneten kommen. Ich habe als Erste Frau Pieroth auf der Redeliste.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): „Hohes Anfluten“ oder „am Limit“ – das hören wir ja jetzt schon seit geraumer Zeit. Meine ersten drei Fragen zielen auf das ab, was Herr Ruppert gerade zum Schluss gesagt hat, nämlich auf eine intelligente Steuerung der Patientinnen und Patienten, die aber nicht zulasten der Patientinnen und Patienten geht.

Welche Handlungs- und Prüfungsschritte können Eltern befolgen, bevor sie sich entscheiden, in eine Notaufnahme zu gehen? Gibt es eine Art Leitfaden neben der 116117, der Eltern in der Entscheidung unterstützen kann? – Dann war es ja letzte Woche auch noch einmal Thema im Tagesspiegel, und heute, wo die Schule wieder losgeht, ist die Schulwegsicherheit ja noch einmal besonders im Fokus. Das sind 10 Kinder am Tag; 1 890 Kinder, die auf dem Weg zur Schule verunglücken. Was passiert da an Prävention, beziehungsweise: Haben Sie einen Überblick darüber, wie die dann in die Notaufnahmen beziehungsweise in die Verteilung ge-

hen? – Und darauf bezieht sich meine dritte Frage, die diese intelligente Steuerung von Patientinnen und Patienten betrifft: Wie steht es um die Zusammenarbeit von Berlin und Brandenburg? Gibt es da ein entsprechendes Verteilungssystem, ein SAVE-Konzept, und gibt es nach wie vor Hürden in Bezug auf die Abrechnung mit den Krankenkassen?

Letzte Frage – und die richtet sich dann auch an die Senatsverwaltung: Wie schätzen Sie die aktuelle Streiksituation in der ambulanten HNO-Kinderchirurgie ein, die auch in den Krankenhäusern mitgetragen wird? Welche Versorgungsmaßnahmen werden ergriffen, um den im Herbst und Winter zu erwartenden steigenden Bedarfen der HNO-Kinderchirurgie entgegenzukommen?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Damit Sie sich nicht wundern: Wir würden jetzt einmal eine Runde der Abgeordneten machen. – Dann Herr Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Schönen Dank auch von meiner Seite! – Vielleicht mache ich eine kurze Vorbemerkung und stelle dann drei Fragen. Ich glaube, was wir hier im kinder- und jugendärztlichen Bereich auch sehen können, ist das Problem, dass uns die Versäulung des Gesundheitswesens an ihre Grenzen bringt, und dass wir dringend eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gruppen der Leistungserbringer brauchen, weil wir nicht damit rechnen können, dass endlos zusätzliche Ressourcen in dieses System fließen werden, sowohl finanzielle als auch personelle. Deswegen müssen wir überlegen, wie wir die begrenzten Ressourcen, die wir haben – und die sind ja an sich nicht unbedingt schlecht –, besser und effizienter einsetzen und wie wir die Qualität der Versorgung und die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Das ist schwierig, weil alle Interessengruppen in diesem Gesundheitssystem sozusagen um ihre Interessen kämpfen – wie das so ist. Das kann man auch nachvollziehen, aber ich glaube, da liegt auch im kinder- und jugendärztlichen Bereich ein Schlüssel zur Verbesserung. Das als Vorbemerkung.

Wir werden natürlich auch das Problem mit den Praxen nicht lösen können, wenn die Ärztinnen und Ärzte einfach nicht mehr dazu bereit sind, in die Selbstständigkeit zu gehen. Dann können wir uns auf den Kopf stellen und versuchen, ganz viele Anreize zu schaffen, aber wenn dieses Modell unattraktiv ist, 70 Stunden pro Woche zu arbeiten und dann zu wenig dabei herauszukriegen, ein finanzielles Risiko sowie eine Überlastung zu tragen – Herr Bartzky hatte auch davon gesprochen, dass es noch viele Leistungen gibt, die gar nicht im ärztlichen Katalog stehen, die Sie machen müssen und machen –, dann müssen wir uns vielleicht andere Modelle überlegen. Das als Vorbemerkung. Jetzt meine drei Fragen.

Die erste Frage geht an Herrn Dr. von Moers: Sie haben gesagt, die intelligente Bettenvergabe wäre ein Schlüssel. Ich habe das im letzten Herbst auch erlebt, wie viel Zeit Ärztinnen und Ärzte mit dem Telefonieren verbringen. Wer müsste denn solch eine Einrichtung tragen? – Oder umgekehrt: Wer müsste sich zusammensetzen und organisieren und koordinieren, damit sowas ins Laufen kommt? Muss das der Senat machen, oder müssen das die Träger machen? – Vielleicht können Sie dazu noch einmal was sagen.

Dann eine Frage an Herrn Ruppert: Sie haben gesagt, es gibt eine gefühlte Unterversorgung, aber noch keine im Kern auf dem Papier, und Sie haben das auch mit Teilzeit und vielen Personen im Angestelltenverhältnis und so weiter begründet. Vielleicht können Sie noch einmal sagen, was das mit der realen Unterversorgung zu tun hat. Wieso finden Menschen keine

Kinderärztin? – Ich höre das auch ganz oft, dass die Kollegen in den Praxen keine Patienten mehr annehmen, und das ist, ehrlich gesagt, im Osten Berlins ein relativ flächendeckendes Phänomen, dass Menschen wirklich durch die ganze Stadt fahren müssen, um eine Kinderärztin zu finden. Was müssten wir also tun, damit aus der Unterversorgung, die wir auf dem Papier nicht haben, tatsächlich so eine Versorgung wird, dass alle Menschen eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt in einer halbwegs überschaubaren Distanz finden?

Die dritte Frage geht an den Senat: Herr Bartzky hatte von dem Ärztinnen- und MFA-Mangel gesprochen, und wir hatten ja das Thema Ausbildung gerade schon kurz angesprochen. Die Charité liegt ja auch in Ihrer Verwaltung. Wir haben da, glaube ich, zwei Baustellen: Zum einen müssen wir in der Tat, glaube ich, mit der Charité darüber sprechen, wie dort mehr Studienplätze geschaffen werden können, weil wir zwar verzweifelte Versuche in Brandenburg haben, Medizinstudentinnen und -studenten auszubilden, aber im Kern liegt die große Masse für diese Region immer noch in Berlin bei der Charité. Unternimmt der Senat Anstrengungen, um jetzt auch mit dem neuen Charité-Vertrag, mit den Hochschulverträgen, mehr Studienplätze einzurichten? – Und umgekehrt: Welche Anstrengungen unternehmen Sie, um auch entsprechend spezialisierte MFA und Pflegekräfte für den kinder- und jugendmedizinischen Bereich voranzubringen? Vielleicht können Sie uns das noch einmal darstellen. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann habe ich noch Herrn Zander, Herrn Ubbelohde und Herrn Düsterhöft auf der Liste.

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Ich bin jetzt anhand dessen, was alles gesagt worden ist, nicht ganz so sicher, ob jetzt wirklich ausreichend Lehren gezogen worden sind, beziehungsweise wie konkret das Ganze jetzt ist. Es wurde ja viel dazu gesagt, wie viele Probleme nach wie vor bestehen; es wurden Wünsche geäußert oder Lösungen aufgezeigt, die zum Teil aber eher mittel- bis längerfristiger Natur sind, wenn man sie denn angeht. Und ein kleiner Teil waren jetzt schon Ideen, bei denen man sagt: Na, das könnte ja vielleicht auch klappen bis zur nächsten Erkältungswelle. Deshalb würde ich bei einigen Punkten gerne noch einmal konkret nachfragen, was hier zum Teil auch schon angeklungen ist.

Das eine war die Übernahme des SAVE-Konzepts auch für diesen Fall, über den wir reden. Da wurde gesagt, glaube ich, es besteht die Bereitschaft seitens der Charité, das Ganze wieder zu organisieren, und es wurde ja auch schon gefragt, wie man das Ganze jetzt dingfest machen kann – nicht, dass immer nur darüber geredet wird, sondern dass es dann bis dahin auch steht. Ebenso stellt sich die Frage nach der vereinheitlichten Anwendung des IVENA-Systems, damit das auch ohne größere Reibungsverluste passiert. Bis wann kann man das Ganze dingfest machen, und wer muss dabei den Hut aufhaben?

Ebenso stellt sich die Frage nach der Absprache mit den Bundesländern. Man weiß ja nicht konkret, wie die Situation sein wird, aber man muss das Ganze ja auch vorbereiten. Sind da schon Gespräche gelaufen, und wenn ja, gibt es da auch ein Ergebnis? Oder werden diese Gespräche erst noch aufgenommen?

Dann habe ich eine Frage an Herrn von Moers: Um den Personalmangel ein bisschen abzumildern, wurden ja sogenannte Mixed Teams gebildet. Das heißt: Diejenigen Pflegekräfte, die eine spezielle Kinderpflegeausbildung hatten, wurden mit denen von den, sage ich mal, nor-

malen Stationen in ein Team gesteckt, weil die ja nicht so die Erfahrung hatten. Wie sehen Sie denn das – würden Sie darauf wieder zurückgreifen? War das erfolgreich? Oder würden Sie sagen, wir können dieses Mal sogar schon ein bisschen schneller darauf reagieren, weil wir durch diese Mixed-Teams-Bildung ja schon eine gewisse Erfahrung durch das letzte Jahr gesammelt haben und man da nicht wieder ganz bei null anfangen muss, wie man das im letzten Jahr gemacht hat?

Auch an Herrn Ruppert habe ich eine Frage. Sie haben am Schluss gesagt: Die Lehre, die man gezogen hat – jedenfalls in der Kinder- und Jugendmedizin, nicht in der Erwachsenenmedizin – war die Entbudgetierung. Und Sie haben gesagt, dass Sie da heute Abend in das erste Gespräch gehen, Sie aber noch nicht genau sagen können, welche Auswirkungen das konkret haben wird, dass es zu dieser Entbudgetierung gekommen ist. Daher sind meine beiden Fragen dazu, mit welchem Ziel Sie als KV in diese Gespräche gehen – was würden Sie sich als Ergebnis wünschen? –, und ob Sie glauben, dass man da noch rechtzeitig zum Herbst zu einem Ergebnis kommen könnte, das es ermöglicht, dass man sagt: Okay, wir können uns hier jetzt ein bisschen, zumindest was die ambulante Versorgung angeht, zurücklehnen. Es wird etwas entspannter als beim letzten Mal.

Die letzte Frage an Sie, Herr Ruppert: Sie hatten diese telefonische Beratung über die 116117 ja aus finanziellen Gründen eingeschränkt. Würden Sie das Ganze denn, wenn es jetzt wieder dazu kommt, dass es diesen hohen Krankenstand gibt, kurzfristig wieder aufstocken können? – Über die Anwahl dieser Nummer wird ja auch, glaube ich, viel Druck aus dem ambulanten System herausgenommen, wenn verunsicherte Eltern darüber auch eine fundierte Auskunft bekommen können, wie sie sich zu verhalten haben.

An den Senat: Sie hatten ja jetzt noch keine Gelegenheit, etwas zu sagen. Zur Umfrage, die Herr Ruppert gezeigt hatte, hatte er ja gesagt, dass – auch in Kenntnis der geänderten Rechtslage – sehr viele Ärztinnen und Ärzte befürchten, dass es zu einem Mangel an Arzneimitteln kommen wird. Ich hatte ja in meinem Eingangsstatement schon gesagt, dass sich die Apotheken öfters anbieten, dafür eingebunden zu werden. Gibt es da Gespräche mit den Apotheken? – Weil es ja vorwiegend auch um Antibiotika und fiebersenkende Mittel geht, um Schmerzmittel, können die Apotheken ja auch einspringen, damit man da rechtzeitig die Grundlagen dafür schafft, dass man dann schnell ein Ersatzsystem hat, in dem Plan B greifen kann.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Wir hatten diesen Besprechungspunkt ja mit Blick auf das Wortprotokoll der letzten Sitzung aus dem Dezember letzten Jahres angemeldet; von daher möchte ich diese Anmeldung dieses Besprechungspunktes auch gerne zusätzlich begründen.

Ich habe den Eindruck, dass es nicht viel Neues gibt. Wenn ich das Wortprotokoll Revue passieren lasse und die Äußerungen, die allesamt nachvollziehbar und für mich dramatisch genug sind, dann muss ich feststellen: Es tut sich nichts. 2014 – also vor neun Jahren – machten die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland sowie weitere Verbände auf die eklatante Situation aufmerksam. Vor dreieinhalb Jahren haben wir als AfD-Fraktion einen Antrag gestellt,

das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit umzusetzen. Wir warnten damals vor Versorgungskrisen und forderten eine adäquate Ausfinanzierung. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. – heute auch dankenswerterweise zu Gast – warnte vor einer drohenden Versorgungsverschlechterung, wie gesagt bereits vor dreieinhalb oder vier Jahren. Von kritischen Zuständen berichteten damals die Experten in einer Anhörung dieses Gesundheitsausschusses. Wenn man das jetzt alles Revue passieren lässt und weiß – da gebe ich Dr. Bartzky vollkommen recht –, dass natürlich alle paar Jahre solche Infektionswellen auf uns zukommen, was ja auch nichts Neues ist, dann frage ich Sie hier alle – nicht nur meine Kollegen, die heute in der Anhörung sitzen, sondern ich frage Sie als Kollegen im Abgeordnetenhaus: Warum waren wir – oder besser: Warum waren Sie, die in den letzten Jahren in der politischen Verantwortung waren – nicht in der Lage, diese Punkte umzusetzen, die allesamt, vielleicht mit Ausnahme des Medikamentenmangels, nicht neu sind?

Die Verteilung der kranken Kinder – übrigens der Patienten im Allgemeinen, auch der Erwachsenen – in die verschiedensten Kliniken, das SAVE-Programm, IVENA – die wurden ja bereits erwähnt – hätten locker umgesetzt werden können und umgesetzt werden müssen. Sie wurden es nicht. Transportorganisation ist auch nichts Neues. Diese Problematik, die Transporte mit dem geringen Personalpool, den wir in den Kliniken und in den Praxen haben, organisieren zu müssen, ist ein Skandal. Der Pflegekräftemangel ist zunehmend und auch nicht neu. Genauso wie meine Kollegen hier zur Rechten nehme ich mit Erstaunen zur Kenntnis, dass die Finanzierung des – für mich – Leuchtturmprojektes, der Wenckebach-Klinik in Tempelhof-Schöneberg, überhaupt nicht vorgesehen ist.

Gesundheitspädagogen wurden in den letzten Jahren in Berlin nicht ausgebildet. Jetzt beginnen wir damit; Frau Haußdörfer hat es vorhin berichtet. Die Rettungsstellenproblematik ist nicht neu – übrigens auch deswegen nicht, weil sehr viele Neuberliner mit Migrationshintergrund aufgrund des Umstandes, dass sie es aus ihren Herkunftsländern oft gar nicht anders kennen und aufgrund der Umstände, dass sie gar nicht wissen, wie man sich hier im Gesundheitswesen bewegen kann und soll, vermehrt oder zu einem Großteil die Rettungsstellen aufsuchen, als Ersatz für eine Praxis, die sie möglicherweise auch gar nicht mehr aufnehmen kann oder will. Notdienstpraxen sind ein interessantes Konzept, und hier stellt sich übrigens nach wie vor – und über viele Jahre nicht angegangen – die Frage nach der Finanzierung dieser alternativen Notdienst- oder Rettungsstellenkonzepte.

Die Bedarfsplanung wurde angesprochen. Herr Dr. Ruppert, das haben Sie getan. Die Frage ist aber: Warum wird diese veränderte, angepasste Bedarfsplanung, die ja im Grunde von ihrer Struktur her alt ist, nicht angepasst an den Umstand zum Beispiel, dass zwei Drittel der Ärzte Frauen sind? – Es ist gut, dass es Frauen in den Arztpraxen und in den Krankenhäusern gibt; nicht, dass das hier absichtlich falsch verstanden wird. Aber wenn von knapp 400 Ärzten 271, also zwei Drittel, Frauen sind, hat das zur Konsequenz, dass die natürlich nicht Vollzeit tätig sein können und wollen, weil sie sich auch um ihre Familien kümmern müssen. Dieser Umstand ist auch eine gesellschaftspolitische Herausforderung, die uns vor die Frage stellt, inwiefern man zum Beispiel bereits in der Bildung – in der Schule, im Studium – nicht nur Frauen fördert, sondern wieder dazu übergeht, auch Jungs in dieser Gesellschaft zu fördern.

Zum Thema Selbstständigkeit: Die Bereitschaft, sich selbstständig zu machen, nimmt enorm ab. Wen wundert es denn, dass es immer weniger Menschen gibt, die – weil sie vielleicht in

ihrer grundsätzlichen Lebenseinstellung auch sicherheitsorientiert sind – aufgrund der Umstände, die wir hier gehört haben, bereit sind, die Selbstständigkeit zu wagen, weil es dort mehr Risiken, mehr Bürokratie und mehr finanzielle Unwägbarkeiten gibt, und weniger Bereitschaft, überhaupt Kredite zu bekommen, als es vor Jahren noch der Fall war? – KV-Praxen sind dabei übrigens nicht die Lösung. Aus diesem planwirtschaftlichen Gesundheitssystem kommen wir nicht heraus, indem wir uns noch mehr Planwirtschaft und Sozialismus im Gesundheitswesen leisten.

Ich komme zu dem Punkt, der mich besonders beschäftigt, und das erlauben Sie mir bitte noch kurz darzustellen. Wir müssen uns hier auch einmal die Frage stellen, warum das alles in Berlin und in Deutschland im Allgemeinen nicht längst zu einer deutlichen Besserung der Problematik geführt hat, warum wir uns im Grunde genommen im Kreis drehen. Die Bereitschaft, Kinderarzt zu werden, hängt auch damit zusammen, wie wir als Gesellschaft Familie, Familien mit Kindern und Kinder überhaupt wertschätzen, oder ob wir Kinder in dieser Gesellschaft zunehmend als Störenfriede, als wirtschaftlichen Risikofaktor ansehen. Auch das sollten wir hier einmal bereden, wenn wir in einem Land mit einer enorm hohen Steuerlast leben, einer Staatsquote, die nur noch Belgien hat, wo es Familien kaum noch möglich ist, Kinder zu finanzieren, sich Kinder zu leisten, sich Kinder überhaupt zu wünschen. Bildungsmisere, Schulbaumisere, Wohnungsnotstände – all das sind Hinterlassenschaften Ihrer Politik, nicht der Politik meiner Partei, sondern Ihrer Politik.

Und das ist auch ein Grund, warum Menschen heute sagen: Haben Kinder – hat ein Beruf, der sich mit Kindern beschäftigt – überhaupt noch eine Chance? – Wenn wir sehen, dass es gerade einmal 12 Kinderfachpflegeabsolventen für Berlin gibt, und im Grunde gar nicht klargestellt ist, wie diese Berufsgruppe in einer fälschlicherweise generalisierten Ausbildung völlig an die Wand gefahren wird, wenn wir sehen, wie die Studienplätze von 16 000 auf 11 000 heruntergewirtschaftet wurden, dann ist das nicht ein Lebensumstand, der nicht passt, Frau Haußdörfer, das sind nicht Lebensumstände, die dazu führen, dass Menschen immer weniger bereit sind, sich mit den Themen Kinder und Kindermedizin zu beschäftigen, nein, es ist die Folge einer verfehlten Politik. Und die Entbudgetierung, die endlich gekommen ist, nachdem wir sie übrigens vor drei Jahren in Kalkar auf unserem Sozialparteitag längst gefordert hatten, ist ein richtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Forderung ist, wie gesagt, nicht neu, aber mit der Entbudgetierung alleine und mit der Steuerung von Patientenströmen kriegen Sie keine Entlastung der Praxen. Damit kriegen Sie keine neuen Ärzte, keine neuen Krankenschwestern, und damit bekommen Sie nicht die Kapazitäten geschaffen, um den steigenden Bedarf in Berlin zu beherrschen. Da müssen wir tiefer hineingehen als nur an Stellschrauben zu drehen, die uns – wie wir gerade sehen – auch nach einem Jahr nicht weitergebracht haben.

Übrigens: Inflation, notwendige Gehaltssteigerungen für die Mitarbeiter in den Praxen und die Anpassung des Orientierungspunktwertes sind auch Punkte – Herr Dr. Ruppert, Sie werden mir recht geben –, die wichtig sind, damit wir gutes Personal in den Praxen halten können. Und wenn Herr Dr. Bartzky sagt, dass er die Sorge hat, dass die Kliniken Mitarbeiter abwerben, dann verstehe ich ihn, aber hier können wir nicht von oben staatsdirigistisch eingreifen. Nein, wir müssen die Praxen in die Lage versetzen, Mitarbeiter so zu bezahlen, dass sie auch freiwillig in den Praxen bleiben, und glauben Sie mir, ich als selbstständiger Zahnarzt weiß, wovon ich spreche.

Die staatliche Krankenhausfinanzierung und der Inflationsausgleich sind Verschiebebahnhöfe, die wir immer wieder beklagen. Auf der einen Seite wird die Abwertung von Fallpauschalen vorgenommen, auf der anderen Seite gibt es gleichzeitig eine Zuweisung von 300 Millionen Euro im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes. Das sind eben diese Verschiebebahnhöfe, die uns in dieser Fragestellung, in dieser dramatischen Situation, tatsächlich nicht weiterbringen. Wir brauchen eine auskömmliche Finanzierung. Der Senat muss endlich seiner Pflicht nachkommen, die Krankenhäuser im Investitionsrahmen so auskömmlich zu finanzieren, dass sie nicht zulasten des Personals in den Krankenhäusern gerade noch so überleben. Die Insolvenzbedrohung für die Krankenhäuser ist immanent, und alle hier anwesenden Anzuhörenden haben ja immer wieder gesagt, wie wichtig oder wie bedeutsam die Verflechtung der stationären Versorgung und der ambulanten Versorgung ist. Krankt der eine, krankt der andere mit. Insofern müssen wir das hier auch insgesamt denken, und es bedarf – das ist ein Schlusswort – einer grundsätzlichen Betrachtung der Misere im politischen Bereich und nicht nur des Veränderns kleiner Schrauben in einem zunehmend planwirtschaftlichen System, was längst an seine Grenzen gestoßen ist.

Die Attraktivitätssteigerung des Arbeitsplatzes sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis erreicht man übrigens – –

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Ubbelohde, ich darf Sie kurz daran erinnern, dass Sie zu dem Punkt sprechen sollen.

Carsten Ubbelohde (AfD): Das tue ich ja gerade.

Vorsitzende Silke Gebel: Es geht ja um die Kinderkliniken.

Carsten Ubbelohde (AfD): Das ist manchen vielleicht nicht ganz angenehm, aber das sind die Punkte, die wir da auch mit einbeziehen müssen, wenn wir wirklich etwas ändern wollen. Die Stammebelegschaft stärken wir durch bessere Arbeitsbedingungen, Verlässlichkeit der Arbeitszeiten, weniger Bürokratie, und damit erreichen wir letztendlich auch eine Besserung dieses Systems und eine ausreichende Versorgung nicht nur von Kindern, sondern von den Bürgern dieser Stadt im Allgemeinen. – Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Der nächste Redner ist dann Herr Düsterhöft. – Ich erteile Ihnen das Wort!

Lars Düsterhöft (SPD): Haben Sie vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Eigentlich wollte ich mich ja ganz kurz halten, aber Herr Ubbelohde, Sie haben natürlich so viel vom Stapel gelassen, dass man da durchaus noch einmal auf ein paar wenige Aspekte reagieren muss, ohne dass ich Ihnen mit Ihren Aussagen noch weiter eine Bühne bieten möchte.

Zwei Aussagen haben mir bei Ihnen ehrlich gesagt noch gefehlt, nämlich einmal: Würden wir alle ausländischen Kinder nicht mehr versorgen, oder würde man keine Flüchtlinge mehr in Deutschland haben, dann hätten wir auch kein Problem im Gesundheitssystem. – Das hätte noch gepasst in Ihre Argumentationslinie, die ja sonst immer von der AfD kommt, beispielsweise auch von Bernd Höcke, da kommt das ja auch immer wieder. Genauso fehlte noch Putin: Würden wir keinen Krieg gegen Putin führen, hätten wir auch keine Probleme. – Da müssten Sie sich also bitte beim nächsten Mal noch einmal anpassen und die Argumenta-

tionslinien, die gerade in den letzten Wochen von Ihrer Partei gefahren werden, auch noch mit aufgreifen.

Jetzt aber zu Ihren konkreten Aussagen. Ich möchte schon noch einmal anmerken, dass zwei Drittel weibliches Personal, weibliche Ärztinnen, kein Problem sind, und Ihre Ausführungen hierzu nur eins deutlich gemacht haben, nämlich dass Sie gleichstellungspolitische Ideen und Vorstellungen haben, die tendenziell in den Fünfzigerjahren verortet sind, aber nichts mit der Realität und den Herausforderungen unserer Zeit zu tun haben.

Ich hoffe nur, dass 50 Prozent unserer Bevölkerung, nämlich alle Frauen, immer wieder ganz genau hinhören, wenn Sie beispielsweise, aber auch die AfD, sich über die Gleichstellungspolitik in unserem Land auslassen. – Hören Sie doch jetzt mal genau zu! Wir haben Ihnen alle auch sehr genau zugehört, zu lange tatsächlich. – Ich hoffe also wirklich, dass alle Frauen immer ganz genau hinhören, wenn die AfD über Gleichstellungspolitik redet. Dann müssten eigentlich alle aufwachen.

Genauso Ihre Ausführungen zum Sozialismus. Ich fand es auch sehr spannend, was bei Ihnen alles unter Sozialismus fällt. Wenn ich mir anschau, wie unser Gesundheitssystem in Deutschland aufgebaut ist, würde ich behaupten, dass das sehr stark von Eigenständigkeit geprägt ist und wenig von Sozialismus. Hier den Sozialismus anzuprangern, geht also, glaube ich, komplett fehl. Es passt aber natürlich in Ihre Ideologie und in Ihre typischen Ausführungen.

Ganz typisch – dazu muss ich leider auch noch etwas sagen – sind natürlich auch Ihre Ausführungen zur Familienpolitik. Diese sind nur eins, nämlich völkisch geprägt. – [Carsten Ubbelohde (AfD): Meine Güte!] – Nein, das ist so. – [Carsten Ubbelohde (AfD): Das ist ja billig!] – Nein, das ist nicht billig. Ihre Aussagen sind tatsächlich billig. Sie befassen sich nicht mit den Problemen, und Sie haben auch keine Antworten auf Probleme, sondern Sie kommen mit pauschalen Aussagen daher und übertragen die beispielsweise jetzt auf die Situation in der Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Berlin. Das ist billig, was Sie an dieser Stelle tun. Tatsächlich haben Ihre Ausführungen auch mir noch mal gezeigt, dass Sie ein völkisches Familienbild haben und dass Sie rassistisch und ausländerfeindlich sind. Ich finde es ganz wichtig, dass man sich das vielleicht noch einmal anhört, auch später auf YouTube, und ganz genau hinhört, denn dann kann man tatsächlich Aspekte finden, aufgrund derer auch ich zu dem Schluss komme, dass Sie ein Rechtsextremist sind.

Zu dem Thema Inflationsausgleich haben Sie schon ein bisschen was gesagt, dazu kommen wir im weiteren Verlauf noch.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Düsterhöft, auch Sie müssten bitte zum Tagesordnungspunkt sprechen.

Lars Düsterhöft (SPD): Dazu gibt es ja noch einen Antrag. – Ja, Frau Vorsitzende! Das tue ich jetzt auch. Haben Sie vielen Dank für die Überleitung!

Ganz vieles wurde jetzt ja schon gefragt, von allen Kollegen, die Fragen gestellt haben. Diesen Fragen kann ich mich nur anschließen – dazu, was die zentrale Steuerung der Betten angeht, was dabei auf den Weg gebracht werden müsste, was dabei in den letzten Monaten schon auf den Weg gebracht wurde, genauso zur Auswertung der Studienplätze, genauso zur Frage der Fachkräfte in der Kinderversorgung, welche Anstrengungen der Senat beziehungsweise alle Beteiligten – dort ist ja nicht immer nur der Senat in der Verantwortung – in den letzten Monaten schon unternommen haben, gerade ausgehend von den Schilderungen, die wir jetzt noch einmal sehr eindrücklich hatten, wie die Situation im letzten Herbst und Winter war. Das würde ich jetzt gerne auch noch einmal nachfragen.

Genauso wüsste ich gern, was mit der Attestpflicht ist, ob man schon plant – oder ob es schon Gespräche mit der zuständigen Senatsverwaltung darüber gibt –, die Attestpflicht in Schulen

und Kitas wieder aufzuheben, um die Kinderärzte an dieser Stelle zu entlasten und das vielleicht zu tun, bevor es Überlastungsanzeigen aus den Praxen gibt. Die Krisensitzung war ja am 14. Dezember. Ich fände es noch einmal ganz spannend zu erfahren, ob geplant ist, in den Herbstferien, vor den Herbstferien oder unmittelbar danach in einem Treffen zu schauen, welche Maßnahmen man ergreifen kann, um potenzielle Spitzen, die wir einfach zu erwarten haben, frühzeitig abzufangen, sodass es nicht wieder entsprechende Schreiben aus der Ärzteschaft gibt, die die Situation beklagen. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung von Frau Haußdörfer für den Senat. Danach würden wir noch einmal zu den Anzuhörenden kommen. – Frau Haußdörfer!

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank! – Ich glaube, das ist nicht nur eine Wortmeldung, sondern auch die Stellungnahme des Senats, denn natürlich hat die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen für den Senat eine sehr große Bedeutung. Und natürlich wird auch die Sicherung einer guten pädiatrischen Versorgung – nicht nur, aber insbesondere in den Herbst- und Wintermonaten – sehr bewusst verfolgt, um das im Koalitionsvertrag festgelegte Ziel, nämlich die Stärkung und den Ausbau der pädiatrischen Versorgung, entsprechend zu fokussieren.

Die Kinderkliniken werden auf Bundesebene im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes durch Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds unterstützt. Um fortlaufend aktuelle Probleme zu identifizieren und gemeinsam Verbesserungs- und Lösungsvorschläge zu erarbeiten, wird seitens der Senatsverwaltung ein „Runder Tisch für die Kinder- und Jugendgesundheit“ etabliert. Wir bemühen uns sehr, das noch in diesem Jahr stattfinden zu lassen. Sie wissen: Es gibt bei der Landesgesundheitskonferenz eine Unterarbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“. Dies wird nun in einem „Runden Tisch Kinder- und Jugendgesundheit“ zusammengeführt, der problemorientiert und strukturell die entsprechenden Problemlagen identifiziert und nach konkreten Lösungswegen sucht.

Wir haben in dieser Anhörung schon festgestellt, dass momentan keine Informationen über derzeitige Engpässe hinsichtlich der pädiatrischen Versorgung vorliegen. Auch krankenhauserplanerisch ist grundsätzlich ein ausreichendes Angebot stationärer pädiatrischer Kapazitäten vorhanden. Herr Dr. von Moers hatte schon angesprochen, dass eines der Hauptprobleme in der teilweise nur eingeschränkten Betreibbarkeit der stationären Betten aufgrund des Personalmangels liegt. Natürlich könnten hier durch eine zusätzliche Personalakquise derzeit mehr Betten betrieben werden als im vergangenen Herbst und Winter. Das ist in Teilen gelungen, bedauerlicherweise sind aber weiterhin Stellen des pädiatrischen Pflegepersonals unbesetzt.

Wir haben auch schon besprochen, dass es durch die verfrühte, gleichzeitig auftretende Welle von Atemwegsinfektionen durch verschiedene Erreger zu einer extrem hohen Belastung aller an der pädiatrischen Versorgung beteiligten Strukturen, insbesondere aber auch der Kinderkliniken, gekommen ist. Als Reaktion darauf – das hatte Herr Dr. Ruppert schon ausgeführt – wurden verschiedene Gespräche, die schon auf der Arbeitsebene existierten, dann noch einmal explizit zu diesem pädiatrischen Schwerpunkt zusammen mit den an der Versorgung Beteiligten geführt. So wurde analog zum SAVE-Konzept eine Koordinierungsstelle an der Charité eingerichtet, um die Verteilung intensivmedizinischer pädiatrischer Patientinnen und Patienten zu steuern. Hierzu wurde die Echtzeitabbildung der intensivmedizinischen pä-

diatrischen Aufnahmemöglichkeit in IVENA etabliert. Gerade weil im kommenden Herbst und Winter wieder mit einer hohen saisonalen Inanspruchnahme der Kinderkliniken und Kinderarztpraxen zu rechnen ist, werden diese Gespräche und die jetzt etablierten Pfade unter der Leitung der Koordinierungsstelle der Charité wieder neu aufgenommen. Ein Schwerpunkt der Gespräche wird es sein, eine Lageeinschätzung und die Aufrechterhaltung der zuverlässigen pädiatrischen Versorgung sicherzustellen.

Ich glaube, es ist deutlich geworden, dass die Wege der in den letzten Jahren etablierten Strukturen zur intensivmedizinischen pädiatrischen Patientensteuerung wieder aktiviert werden, aber voraussichtlich auch – das ist hier in der Anhörung angeklungen – um den peripherstationären Bereich ergänzt werden müssen, denn es geht darum, dass man nicht nur die intensiv-pädiatrischen Betten steuert, sondern auch den Patienten als solches. Das heißt, dass man eine ganzheitliche Steuerung vornimmt.

Auch der stärkere Einbezug Brandenburgs ist thematisiert worden, und zwar bei der Nutzung von IVENA, und auch die Möglichkeit der Verlegungspartnerschaften zwischen den Ländern wird angestrebt. Wir werden dabei sicherlich noch etwas stärker auf Brandenburg zugehen müssen, denn eine Partnerschaft ist nicht nur einseitig, sondern beidseitig. Deshalb ist das auch Teil unserer Gespräche mit Brandenburg, denn das Ziel ist es, eine bestmögliche und bedarfsgerechte medizinische Versorgung jedes pädiatrischen Patienten trotz hoher Inanspruchnahme sicherzustellen. Im Rahmen dessen wird auch geprüft werden, zusammen mit der KV Berlin, ob in Zeiten einer hohen Inanspruchnahme die Anzahl und die Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen erweitert werden können. Es ist nämlich eine wahre Wohltat – ich sage das selber, denn ich bin Mutter eines Kindes, das leider häufig am Freitagnachmittag oder am Wochenende einer Behandlung, nicht einer intensivmedizinischen, bedarf –, dass diese Hotline 116117 ein erster Leitfaden ist, wie Sie, Frau Pieroth-Manelli, ihn angesprochen haben, um einen Termin zu erhalten und zu erfahren, wo denn ein Kinderarzt offen ist. Es muss bei einer Mittelohrentzündung nicht immer die Rettungsstelle sein, auch wenn sie super schmerzhaft ist. Eltern brauchen dann Antworten und Informationen. Die erste Richtlinie, an wen ich mich wenden kann, zielgesteuert und effektiv, ist definitiv etwas, was mit dieser Hotline erreicht wird und dazu führt – das ist dieser psychologische Faktor, den man nie vergessen darf –, dass Eltern ruhiger werden, um dann zielgerichtet die gute und sichere Behandlung für ihr Kind zu erreichen.

Infolgedessen – und auch, weil das Thema des Fachkräftemangels grundsätzlich nicht nur für den Betrieb von stationären Betten oder im Bereich der Kinderkliniken ein Riesenthema ist –, erkennen wir natürlich die Leistungen des Personals in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen dieser Stadt, einschließlich des Personals der dazugehörigen Tochterunternehmen, für die Gesundheitsversorgung der Stadt absolut an. Es wird teils unter erheblichem Stress und unter Belastungen für den Dienst an der Patientin und am Patienten gearbeitet. Das ist etwas, dessen sich diese Koalition sehr bewusst ist und was sie als diese besonderen Herausforderungen im Koalitionsvertrag entsprechend abgebildet hat.

Dabei war die Stärkung der Ausbildung ein Schwerpunkt. Die Senatsverwaltung begleitet seit der Einführung der generalistischen Ausbildung Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen mit zahlreichen Projekten in der Umsetzung der Pflegeberufereform sowie weiterer Themen der Fachkräftesicherung. Diesen Projekten liegt eine Konzeptionierung zugrunde, nämlich eine sorgfältige Stärken- und Schwächenanalyse, die im Dialog mit den Expertinnen und Experten,

den Fachleuten, aber auch mit Vertreterinnen und Vertretern der Berliner Ausbildungslandschaft erarbeitet wurde. Dabei lag von Anfang an ein großer Fokus auf der Begleitung der pädiatrischen Schwerpunkte der Ausbildung. Unter anderem wurden verschiedene Handreichungen erarbeitet und veröffentlicht sowie in den Diskussionen in den unterschiedlichen Formaten bekannt gemacht. So wird die Implementierung der neuen Ausbildungsgänge kontinuierlich auch durch die Dialogveranstaltungen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Pflege begleitet.

Innerhalb des durch die SenWGP geförderten Projektes der Fachkräftesicherung befasst sich das Berliner Bündnis für die Pflege regelmäßig in verschiedenen Veranstaltungsformaten mit den Fragen der Ausbildung, weil auch die Rahmenbedingungen für die Pflegeausbildung durch den Ausbildungsfonds und die zahlreichen flankierenden Maßnahmen in Berlin heute attraktiver denn je zuvor sind.

Grundsätzlich können – damit möchte ich ein bisschen mit dem aufräumen, was hier in Teilen angeklungen ist – alle Absolventinnen und Absolventen der generalistischen Ausbildung auf allen pädiatrischen Stationen eingesetzt und damit als potenzielle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Betracht gezogen werden. Es bedarf sicherlich geeigneter Onboarding- und Traineeprogramme, damit diese jungen Leute auch für die Pädiatrie gewonnen werden können, aber der Kreis der potenziellen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist doch um ein Vielfaches erweitert. Es ist auch die Aufgabe der Krankenhäuser selbst, diese Chance wahrzunehmen und ihren Fachkräftebedarf durch geeignete Akquisemaßnahmen sowie attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen mittel- und langfristig zu decken. Es liegt in der Hand der Einrichtungen, ihren Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag mit dem Vertiefungseinsatz in der Pädiatrie anzubieten, denn das ist die Voraussetzung dafür, dass die Auszubildenden ihr Wahlrecht in Anspruch nehmen können, sich im dritten Ausbildungsjahr für den Spezialabschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu entscheiden. Deshalb brauchen wir vor allem gut informierte Entscheiderinnen und Entscheider in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die in der Lage sind, die Möglichkeiten der generalistischen Ausbildung auszuloten und für die Umsetzung der eigenen Ausbildungsstrategie nutzbar zu machen. Wir haben hierzu Informationen; wir informieren hierzu kontinuierlich und unterstützen in Zusammenarbeit mit den Trägern und Pflegeschulen mit den Projekten KOPA und CurAP.

Zu Herrn Schulze kann ich sagen: Die medizinischen Fachangestellten, die MSA, werden in dualer Ausbildung von den Betrieben, den Praxen und Krankenhäusern, an den OSZs ausgebildet. Hier hat die Gesundheits- und Pflegeverwaltung des Senats keine Einflussmöglichkeit, aber wir sind in einem kontinuierlichen Dialog mit der Senatsbildungsverwaltung, sodass wir diesen Punkt auf jeden Fall stärker einbringen.

Ein weiterer Punkt, der in Bezug auf die Fachkräftegewinnung auch wichtig ist – Sie merken, darauf konzentriere ich mich ein bisschen, weil das hier mehrfach angesprochen wurde –, ist, dass im Regierungsprogramm außerdem das in der Praxis an Bedeutung gewinnende Thema der Regulierung der Leiharbeit in der Pflege eine besondere Wichtigkeit hat. Wir haben es hier damit zu tun, dass wir eine wirksame Regulierung nur über das Bundesrecht erreichen können. Sie wissen, dass die im Jahr 2019 von Berlin gestartete Bundesratsinitiative zu diesem Zeitpunkt an der mangelnden Unterstützung anderer Länder scheiterte. Jetzt macht sich aber offensichtlich ein wachsendes Problembewusstsein in allen Bundesländern breit, wie man an den aktuellen Anläufen in Rheinland-Pfalz und Bayern sehen kann, sodass wir hoffen,

die notwendigen Regulierungen im Wege einer klaren und zeitgemäßen Rechtsetzung durch den Bund erreichen zu können, damit diesem Punkt definitiv Rechnung getragen wird.

Kurz möchte ich aber auch noch die ambulante Versorgungssituation ansprechen. Wir haben zwar gehört, dass wir akut keine Engpässe in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verzeichnen können, aber die Belastungssituationen – dessen sind wir uns alle bewusst – sorgen schon dafür, dass wir uns vorbereiten wollen. Wir nehmen die Umfrage der KV zur Kenntnis und sehr ernst und werden sie in Bezug auf die Arzneimittelzurverfügungstellung und die Befürchtung, dass nicht genügend Arzneimittel zur Verfügung stehen, in unsere weiteren Gespräche mit einbeziehen. Wir haben das Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln auf der Bundesebene unterstützt und müssen jetzt einfach sehen, wie sich das ausgestaltet. Deshalb nehmen wir, Herr Dr. Ruppert, die Umfrage sehr ernst und werden sie in unsere weiteren Planungen und Gespräche miteinbeziehen. Das Land Berlin hat über die GMK den Bund zur notwendigen Anpassung in den Grundlagen der Bedarfsplanung, im Übrigen auch im Bereich der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, und zur Entbudgetierung aufgefordert. Das ist ein Teilbereich, den wir heute bis jetzt nicht so sehr besprochen haben, nämlich die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Es ist aber auch wichtig, wenn wir uns darüber Gedanken machen, dass wir diesen Teil der Bedarfsplanung nicht vergessen.

Wir wissen auch, dass wir uns insbesondere über die Mitwirkung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a SGB V und im Zulassungsausschuss in einer besonderen Diskussion zusammen mit der KV und in einem guten Dialog befinden. Hier setzen wir uns dafür ein, dass das Land Berlin eine ausgeglichene Verteilung von Kinder- und Jugendarztpraxen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapiepraxen erhält. Der jetzt einzurichtende „Runde Tisch Kinder- und Jugendgesundheit“, mit dessen Konstituierung wir in diesem Jahr rechnen, wird auch noch einmal verschiedene Aspekte, die in Teilen hier angesprochen sind, stärker thematisieren, um diese Gesprächsebenen und die unterschiedlichen Zuständigkeiten, die es gibt, zusammenzuholen. Was wir sehr wichtig finden, ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst hier mit eingebunden wird, weil die Rolle des Jugendgesundheitsdienstes in den Bezirken natürlich auch eine Ebene ist, die hier heute gar nicht vertreten war, aber deshalb auch weiterhin sehr wichtig bleibt. Wir sind an der Umsetzung einzelner Maßnahmen, wie sie auch Herr Dr. Bartezky angesprochen hat, dran, und wir sind auch in der weiteren Diskussion zu den sozialpädiatrischen Zentren und Kinder- und Jugendambulanzen. Das ist ein Thema, das wir in diesem Herbst noch mal stärker fokussieren werden.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich würde dann gerne wieder zurück zu den Anzuhörenden kommen, um in umgekehrter Reihenfolge auf die Anmerkungen aus der Reihe des Ausschusses zu antworten. Ich will kurz eine Anmerkung machen: Wir haben ja noch einen zweiten Tagesordnungspunkt. Daher können jetzt schon einmal alle Abgeordneten in sich gehen, ob wir noch eine zweite Runde machen oder ob wir mit Blick auf die Zeit eher sagen, wir werten dann lieber das Protokoll aus. – Jetzt kommen wir aber erst mal zu Herrn Dr. Ruppert.

Dr. Burkhard Ruppert (Kassenärztliche Vereinigung Berlin; Vorstandsvorsitzender): Vielen Dank! – Es war nicht ganz einfach, weil jetzt viele Stellungnahmen kamen, und da jetzt die

Fragen herauszufiltern, war nicht ganz easy. Ich versuche, es zu machen. Wenn ich eine Frage vergessen haben sollte, dann stellen Sie sie einfach noch einmal im Nachhinein.

Ich fange mit Frau Pieroth-Manelli an. Sie hatte zur intelligenten Steuerung gefragt, welche anderen Methoden es noch gibt. Zunächst vielleicht so viel: Es würde uns schon unglaublich viel nützen und bringen, wenn man die Systeme nutzen würde, die vorhanden sind. Fakt ist: Wenn Menschen heute krank sind und sie nicht so richtig wissen, was sie jetzt machen sollen, gehen sie in eine dieser 39 Berliner Rettungsstellen, wogegen ich auch erst einmal gar nichts habe. – Es sind natürlich deutlich mehr als für Kinder. Für Kinder ist es entsprechend die Anzahl der Kinderkliniken. – Das ist klar, und dafür gibt es viele Gründe. Es sind vor allen Dingen, denke ich, historische Gründe. Das war in Berlin eben schon immer so, seit den Achtzigerjahren, das kenne ich gar nicht anders. Wenn Leute akut erkrankt waren oder sind, sind sie in die Rettungsstelle gegangen. Die war um die Ecke, nicht weit weg, sie war meistens fußläufig, da brannte quasi immer das Licht, und man konnte zu jeder Tages- und Nachtzeit dort hingehen. Das ist etwas, was sich für Berlin etabliert hat und wo es im Zuge dessen, dass man sieht, dass es immer weniger Arztzeit gibt – das ist ja das, was ich gesagt habe –, letztlich immer schwieriger wird, dieses Angebot zu decken, dieses unbegrenzte Angebot: Kommt zu uns, die ihr mühsam und beladen seid, zu jeder Tages- und Nachtzeit! – Das geht so nicht weiter, denke ich.

Wir müssen jetzt einfach mal alle ehrlich sagen: Das ist auf Dauer nicht zu finanzieren. Es ist auch vom Personal her nicht zu machen. Das ist etwas, was mir ganz wichtig ist. Es geht hier nicht darum, etwas Böses über die Menschheit zu bringen, indem wir sagen: Wir müssen euch jetzt steuern. – Jetzt nehme ich das böse Wort schon wieder in den Mund. Man sollte eigentlich nicht das Wort Patientensteuerung sagen, sondern Versorgungssteuerung, weil es am Ende des Tages besser klingt, es ist aber dasselbe. Wir sollen und müssen nämlich – das ist unsere allgemeine Aufgabe – den Menschen Angebote machen, wohin sie sich kurzfristig wenden können, wo sie dann die Aussage bekommen, die sie benötigen, um zu wissen, was sie als Nächstes tun. Bevor ich in die Rettungsstelle gehe, also in den Arztpraxen anrufen, sofern sie noch offen haben, oder bei der 116117, um dort gegebenenfalls eine medizinische Ersteinschätzung zu bekommen mit der anschließenden Information, was los ist. Oder man kann dort einen Beratungsarzt nehmen, dem man seine Probleme schildert. Zwei Drittel der Anrufe, die bei den Beratungsärzten in unserer Leitstelle gemacht werden – das sind fast 100 000 Anrufe im Jahr –, werden abschließend beendet. Das heißt, zwei Drittel all derer, die dort anrufen, wissen am Ende, sie können zunächst zu Hause bleiben, es braucht nichts weiter zu passieren, oder sie kriegen die Information: Geh in die nächste Praxis.

Zu den anderen Arten – ganz ehrlich – möchte ich mir im Moment gar nicht so wahnsinnig viele Gedanken machen, denn es ist der einzige Weg, den wir im Moment haben. Wir müssen ran an das System der Steuerung und müssen den Menschen diese Angebote machen. Die Angebote müssen publik gemacht werden. Wir haben mit der Berliner Feuerwehr zusammen ein kleines Videofilmchen gedreht, über eine Minute lang – wir haben es mittlerweile schon in den Kinos gezeigt –, alles zu eigenen Kostenanteilen, hälftig die Feuerwehr und wir: Wann wähle ich die 112? Wann wähle ich die 116117? – Da würde ich mir sehr viel mehr Unterstützung auch aus Berlin, aus dem Berliner Senat, erhoffen. Wir stehen gerne für alle zukünftigen Projekte bereit, die es in diese Richtung gibt, wenn es darum geht, wie wir Patienten in die richtige Versorgungsstruktur lenken können.

Wir fangen jetzt in den nächsten Wochen mit einem Projekt an, das sich DispoAkut nennt. Das heißt, wir werden die Patienten in den Rettungsstellen abholen; wir werden ihnen in den Rettungsstellen den Vorschlag machen, selbst über die 116117 eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung zu bekommen, um ihnen dann ein Angebot zu machen, in eine umliegende Arztpraxis zu gehen. Das wird in diesem Herbst starten, so Gott will und uns nicht noch andere juristische Probleme entgegenstehen. Wir sind gerade dabei, die letzten Sachen aus dem Weg zu räumen, sodass wir hoffen, dass wir dann damit starten können.

Herr Schulze hat das Problem der Versäulung der Medizin genannt. Wissen Sie, wenn Ärzte sich miteinander unterhalten, seien es Klinikärzte oder ambulant tätige Ärzte, verstehen die sich hervorragend. Die Zusammenarbeit ist hier in Berlin auch hervorragend. Wir haben nicht dieses Problem der Sektorengrenzen und so weiter. Wir reden miteinander, wir arbeiten miteinander. Gerade die Struktur der Notdienstpraxen an den Berliner Kliniken funktioniert doch wirklich hervorragend und wird von den Kliniken anerkannt und als Entlastung empfunden. Von daher ist das für mich hier in Berlin gar nicht das ganz große Problem, das zu überwinden ist. Die sogenannte sektorübergreifende Versorgung, wenn es vor allen Dingen um das ambulante Operieren geht, ist noch einmal ein ganz anderes Thema, denke ich. Das Thema HNO ist angesprochen worden, Kinder-OPs, die Frage der nicht ausreichenden Finanzierung; das ist noch eine ganz andere Sache. Dabei geht es aber wie immer im Leben ums Geld. Wenn es aber um die Frage der guten Zusammenarbeit geht: Die funktioniert.

Sie hatten eine Frage zum Unterschied zwischen gefühlter und realer Unterversorgung gestellt. Zwei Beispiele: Die Psychotherapie ist gerade angesprochen worden. Der Versorgungsgrad liegt, glaube ich, bei 170 Prozent. Haben Sie das Gefühl, wenn Sie mit Patienten draußen sprechen, dass diese das Gefühl haben, sie kriegen schnell einen Termin beim Psychotherapeuten? – Kriegen sie nicht. Wenn wir einen Versorgungsgrad von 170 Prozent haben, sollte es doch eigentlich so sein, dass die Versorgung hier ausgezeichnet ist. Daran sehen Sie schon, dass wir ein Problem mit diesen Verhältniszahlen haben, mit der Bedarfsplanung in diesem Bereich. Es muss auf jeden Fall noch einmal darüber nachgedacht werden. Ich kann nur noch einmal daran erinnern, dass die Bedarfsplanung ein Euphemismus ist, so wie der Begriff Industriepark. Die Bedarfsplanung war nie als echte Bedarfsplanung gedacht. Es war immer eine Einführung, die im Rahmen der Budgetierung kam. Die Bedarfsplanung und die Budgetierung kamen beide 1993. Unter dem Blickwinkel der Ärzteschwemme wollte man verhindern, dass es immer mehr Ärzte gibt, die die Kosten immer mehr hochtreiben. Wenn man die Kosten deckelt, muss man auch die Anzahl der Ärzte deckeln. Das war der Grund der Einführung. Dieser Schalter ist im Prinzip nie wirklich umgelegt worden. Es gab gewisse Anpassungen im Sinne der Demografie- oder Morbiditätsentwicklung, natürlich, es gab Sonderbedarfszulassungen et cetera. Aber dass das ganze System mal angegangen worden ist, das gab es nicht. Und das müssen wir jetzt angehen, weil sich die Bedingungen geändert haben. Die Ärzte da draußen arbeiten nicht mehr 60 bis 70 Stunden in der Woche. Die wollen angestellt arbeiten, die wollen in Teilzeit arbeiten. Das heißt, es sind mehr Köpfe als 1993, aber die Arztstunden sind weniger. Deswegen taugt diese Bedarfsplanung von 1993 nicht mehr für heute.

Das ist vielleicht der Unterschied zur realen Unterversorgung, wie Sie sie bei den Pädiatern sehen. Bei den Pädiatern haben wir einen Versorgungsgrad, der immer um die 110 Prozent liegt, also immer die Prozentzahl, bei der wir intervenieren müssen oder bei der wir nicht intervenieren müssen. Die Bedarfsplanung für die Kinderärzte wird aber über Gesamt-

berlin betrachtet. Warum war das so? – Das hat man deswegen gemacht, damit es nicht zu Verwerfungen größerer Art innerhalb von Berlin kommt, was wir nicht verhindern konnten. Das war das Eine. Die andere Frage war: Wenn ich eine kleinteilige Bedarfsplanung mache, habe ich immer höhere Arztzahlen. Immer höhere Arztzahlen bei einem budgetierten Geldbetrag bedeuten immer weniger Geld pro Praxis. Das war der Grund, warum man diese Bedarfsplanung immer über ganz Berlin gesehen hat. Für die meisten war es so, bis wir das bei den Hausärzten geändert haben, weil eine kleinteilige Bedarfsplanung immer bedeutet hätte, dass mehr Ärzte an diesem Budgettopf partizipieren. Da der Budgettopf nicht mit der Anzahl der Ärzte mitwachsen würde, bedeutet das für die einzelne Praxis weniger Geld. Damit stellt sich irgendwann die Frage der Wirtschaftlichkeit.

Ein Problem, das jetzt im Zuge dessen immer mehr in den Vordergrund rückt, ist, dass nicht jede Leistung so bezahlt wird, wie sie bezahlt werden sollte. Sie wissen, hier in Berlin, vor allem im hausärztlichen Bereich, werden aufgrund des OPW gerade einmal 80 Prozent der Leistungen bezahlt. Aufgrund des Orientierungspunktwertes ist das in Berlin so. Das macht es uns in Berlin so schwierig, Ärzte dazu zu bringen, in bestimmte Bereiche zu gehen. Wenn sich ein Arzt in Lichtenberg oder Marzahn-Hellersdorf niederlassen würde, würde er auf einen Schlag mindestens 1 000, 1 500, vielleicht sogar 2 000 Patienten bekommen. Das nützt ihm aber nichts, weil er nur einen bestimmten Anteil der Patienten bezahlt bekommt. Die kriegt er auch in Charlottenburg, Wilmersdorf oder Steglitz bezahlt. Deswegen überlegen sich die Leute: Warum gehe ich eigentlich in den Ostteil der Stadt? – Wenn wir das alles ändern würden, wenn auf einen Schlag all das bezahlt werden würde, was auch geleistet wird, sehe ich überhaupt keinen Grund, warum Ärzte nicht in den Ostteil der Stadt gehen sollten. Das ist das, was wir tun müssen: Wir brauchen eine deutliche Veränderung im Bereich der Bedarfsplanung. Wir stehen dabei gerne mit unserer Expertise zur Verfügung.

Herr Zander von der CDU hat nach Gesprächen zur Entbudgetierung heute Abend gefragt. Heute Abend geht es nicht um die Entbudgetierung, sondern es geht darum, was wir jetzt mit dieser Entbudgetierung machen. Dem will ich, das werden Sie verstehen, nicht vorgreifen. Sie wissen, was wir bei den Hausärzten gemacht haben. Obwohl es keine Entbudgetierung gab, war trotzdem das Einsehen in die desolante Versorgung im Ostteil der Stadt so groß, dass die Hausärzte gesagt haben: Wir machen noch zwei Planungsbereiche für den Ostteil, um damit 130, 140 freie Hausarztsitze aufzumachen. – Etwas Ähnliches stellen wir uns für die Pädiatrie vor. Vielleicht erst einmal so viel. Mehr will ich nicht sagen, sonst sind die Krankenkassen sauer, wenn ich vorher darüber spreche, was wir uns überlegen. Das möchte ich nicht, weil wir die gerne mit ins Boot holen wollen. Ob das dann im Herbst schon greift? – Das will ich hoffen, wahrscheinlich aber nicht. Wir sind auch eine Verwaltung. So etwas dauert dann immer ein bisschen, bis das umgesetzt wird, bis das durch die ganzen Gremien gegangen ist. Ich schätze, wenn wir es schaffen, dass es zum ersten Quartal 2024 läuft, wäre das schon toll.

Dann wurde die Frage gestellt, die telefonische Beratung hätten wir eingeschränkt – stimmt, wir hatten vorher anderthalb Beratungsärzte, jetzt haben wir nur noch einen –, ob wir das wieder aufstocken würden, wenn es notwendig wird. Einmal machen wir es um Weihnachten herum. Zum anderen ist das ein wunderbares Beispiel dafür, wie unser System nicht funktioniert. Es ist nachgewiesen, dass diese Beratungsärzte in den Leitstellen funktionieren. Ich habe Ihnen gesagt, die machen zwei Drittel abschließende Beratung. Die Krankenkassen sparen irrsinniges Geld dadurch. Von 100 000 Patienten sind es 65 000, die keine weitere Versorgung brauchen, die keinen Hausbesuch, keinen NAW oder RTW brauchen. Nichtsdestotrotz wird diese Leistung nicht bezahlt. Diese Leistung ist im EBM nicht abgebildet und wird deswegen nicht bezahlt. Wir bezahlen das.

Ich glaube, noch jemand hatte gefragt, was wir denn tun, wenn die Infektwelle wieder hochgeht, ob wir das alles hochfahren. Wissen Sie, wir haben auch eine Verantwortung unseren Mitgliedern gegenüber, mit deren Geld wir das ja zahlen. Ich habe große Probleme, Leistungsausweitungen zu garantieren oder zu versprechen, die wir im Wesentlichen selbst bezahlen. Das betrifft auch die Anzahl der Notdienstpraxen. Wenn jede Notdienstpraxis, und sie ist nicht nur im pädiatrischen Bereich, im kinderärztlichen Bereich defizitär – – Ich habe Ihnen die Zahlen gezeigt. Wenn jede Notdienstpraxis defizitär ist – – Im Übrigen sind die KV-Praxen zurzeit auch noch defizitär. Ich hoffe, die kommen irgendwann wenigstens in die rote Null. Solange das so ist, solange nicht die Finanzierung wirklich gegeben ist, solange es hier kein Einsehen gibt vonseiten der Politik, aber auch der Kassenlandschaft, dass man solche Leistungen auch ausfinanzieren muss, solange werden wir hier keinen Schritt weiter nach vorn gehen, sondern wir werden immer wieder darauf hinweisen, dass es ausfinanziert werden muss.

Herr Ubbelohde von der AfD-Fraktion hatte die Stichworte Quote Frauen, Bedarfsplanung gesagt. Da kann ich sagen, es ist tatsächlich so: Wenn wir uns die Zahlen von 1993 – Ärzteschwemme – zu heute angucken, haben wir deutlich mehr Ärzte als damals, aber wir haben, und ich wiederhole es gern noch einmal, weniger Zeit pro Arzt. Das hat nicht nur etwas mit Frauen zu tun. Das hat auch etwas mit den Männern zu tun, mit der neuen Generation; Menschen, die eben nicht einsehen, dass sie 50 Stunden, 60 Stunden pro Woche arbeiten – so, wie ich das leider Gottes am Anfang noch gemacht habe und deswegen meine Kinder nicht so oft gesehen habe –, sondern die eine andere Prioritätenliste in ihrem Kopf haben. Ich werde einen Teufel tun, das negativ zu kommentieren. Ich finde es völlig in Ordnung, dass diese Generation das so macht. Ich hätte es vielleicht besser auch machen sollen. Ich hätte mir wahrscheinlich manchen Ärger erspart. Aber so ist das eben. Ich denke, damit müssen wir uns einfach abfinden, dass es so ist, und wir müssen auf diese Generation zugehen und Bedingungen schaffen, die es dieser Generation ermöglichen, zu arbeiten. Das ist ein Grund, warum wir diese KV-Praxen gemacht haben, damit wir mehr Menschen in die ambulante Versorgung bringen, die angestellt und in Teilzeit arbeiten wollen.

Der OPW ist wirklich ein großes Problem. Sie wissen vielleicht: Vor einem Jahr ist in den Verhandlungen mit den Kassen auf Bundesebene der OPW um 2 Prozent gesteigert worden, und das in einer Zeit, in der wir eine Inflationsrate hatten, die nahe bei 10 Prozent lag. Damals ist versprochen worden, dass das bei der nächsten Verhandlung mit auf die Agenda kommt. Das erste Angebot der Kassen war dann auf Bundesebene 2,1 Prozent. Ich kenne keinen Beruf, der sich so etwas gefallen lassen würde. Dass die Ärzte jetzt sehr sauer darauf reagieren, können Sie sich wahrscheinlich vorstellen. Von daher habe ich allergrößtes Verständnis dafür,

dass man nicht nur sauer ist, sondern dass man sich in den nächsten Wochen durchaus fantasievolle Dinge überlegen wird, wie man darauf reagiert. Ich kann Ihnen versprechen, dass das passiert.

Zu den Maßnahmen kurz vor Weihnachten: Ich glaube, das habe ich schon erwähnt. Wir werden die Kinderärzte nicht dazu zwingen, die Praxen zu öffnen oder vor Weihnachten mehr Notdienstpraxen hochzufahren. Mein Appell sollte hier nicht ungehört verhallen: Leute, ruft die 116117 an; fragt nach, was ihr tun sollt. Ihr kriegt von uns eine Antwort. – Nur mal so als Beispiel: Im März, April haben wir 10 000 Meldungen für Akuttermine in unseren Praxen an die sogenannte TSS, Terminservicestelle, gehabt. Wir haben gerade einmal 350 Termine vermitteln können. Das heißt, die Leute wissen einfach noch gar nicht, dass sie bei uns anrufen können und dass sie auch bei uns Akuttermine kriegen. Dazu soll das hier auch dienen, dass es in die Öffentlichkeit geht. Ruft an! Ihr habt die Möglichkeit, Akuttermine telefonisch bei uns zu kriegen. Ihr könnt sie euch auch selbst holen, indem ihr euch selbst über die 116117.de einschätzt.

Zum Ausbau der pädiatrischen Versorgung und zum Runden Tisch: Da sind wir auf jeden Fall dabei. Wie schon gesagt, mein Angebot steht. Wir unterstützen Sie bei allem, wenn es darum geht, die Versorgung zu verbessern, aber lassen Sie uns wirklich ehrlich mit den Leuten draußen sein. Die müssen verstehen, dass nicht alles geht in Zeiten, wo das Geld einfach immer knapper wird. – Danke! – Habe ich etwas vergessen?

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! Nein, ich glaube, Sie haben sehr umfassend geantwortet. Ansonsten gibt es ja noch zwei Kollegen, die antworten und vielleicht noch Lücken schließen können. – Dann würde ich an Herrn Bartzky übergeben!

Dr. Reinhard Bartzky (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen; Bundesvorstand) [zugeschaltet]: Danke! Ich glaube, Sie haben recht: Es geht nach dem umfänglichen Referat von Herrn Dr. Ruppert nur noch um Lückenschließen.

Bei einem Wort, das hier heute mehrfach gefallen ist, hat es mich immer ein bisschen elektrisch durchzuckt. Das war dieser Begriff: Es gibt keine Unterversorgung auf dem Papier. Das hat die Staatssekretärin gesagt, und selbst Herr Ruppert hat das einmal formuliert. Ich finde es noch einmal wichtig, deutlich zu sagen: Die Unterversorgung mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ist offenbar. Eltern finden keine Praxis zur U3. Junge Familien melden sich schon beim Beginn der Schwangerschaft, wenn der erste Doppelstrich auf dem Urinstreifen ist. Da telefonieren die schon herum, um einen Kinder- und Jugendarzt zu kriegen. Wenn das keine Unterversorgung ist, dann weiß ich auch nicht.

Eben hat Herr Ruppert das in seinem Statement noch einmal analysiert und gesagt, dass diese Bedarfsplanung aus den Neunzigerjahren ist. Ich finde es ganz wichtig, einmal zu sagen, dass man 1990 – nach der Wende, und zwar retrograd im Jahr 1991 für 1990, 1989 – gesagt hat, das seien 100 Prozent gewesen. Dann kamen die ganzen Niederlassungen im Osten rein numerisch in Berlin dazu. Wir sind in einem Bundesland, das Ost und West vereint hat. Deshalb haben wir von Anfang an einen Bias in dieser Versorgungszahl gehabt, und dann haben wir durch die Bundesärztekammer die ganzen Ermächtigungen für die Fachspezialitäten gehabt: der Kinderkardiologe, der Kinderpneumologe, der Kindergastroenterologe. Auch das hat man in den anderen Fächern wie in der Hausmedizin der Erwachsenen nicht gehabt,

dass wir die ganze Spezialitätenmedizin in unserer Bedarfsplanung drin haben mussten. Das sind 15 Prozent, 20 Prozent unserer täglichen, wöchentlichen Arbeitsleistung in dieser Stadt, wenn man alle Pädiater durchnimmt. Wenn wir dann sagen, wir sind jetzt bei 110 Prozent, und ich 20 Prozent fachärztliche Leistung wegstreiche, dann bin ich sehr wohl bei 90 Prozent, und dann sehen Sie schon, dass wir hier unterversorgt sind und wo das Problem ist, ohne dass wir über Demographie und ohne dass wir über Teilzeit geredet haben.

Ich versuche noch einmal, zu einzelnen Punkten Stellung zu nehmen, zu denen mir die Fragen nicht so ganz konkret klar sind. Frau Pieroth hat dankenswerterweise das Thema SmED, dieses Einschätzungsverfahren, angesprochen. Ich finde das ganz wichtig. Die KV Berlin hält dieses Angebot aufrecht, und ich denke, über das Jahr finanzieren wir dieses System aus unserem Topf mit Millionen. Es kostet viel Geld und Personal, dass so ein Einschätzungsverfahren gemacht wird. Ich finde es aber wichtig, darauf hinzuweisen, dass so ein Einschätzungsverfahren, wenn es denn funktioniert – wir haben jetzt ein an die Kinder und Jugendlichen, also auch an Kleinkinder, Säuglinge, sogar Neugeborene, angepasstes Ersteinschätzungsverfahren, ein standardisiertes, welches per Telefon im Call geht, welches aber auch im Internet als Klickerei geht –, dann verbindlich gemacht wird. Das mag die Politik ungern hören, aber aus der Sicht eines Versorgers ist das schon wichtig und muss hier auch einmal gesagt werden. Wir haben einen Großteil der Konsultationen zur Unzeit. Wenn es um zwei Wochen Husten geht, muss das nicht am Samstag und Sonntag abgearbeitet werden. Das ist ein Thema, das der Hausarzt am Montag oder Dienstag machen muss.

Dann müssen wir zwei Arten von Notfällen unterscheiden. Es gibt natürlich die intensivmedizinischen Notfälle, die sofort einer Klinik bedürfen. Die sind sehr selten. Es gibt die Notfälle, die die Staatssekretärin angesprochen hat: eine akute Ohreninfektion. Das ist natürlich ein Notfall, der nicht bis zum Montag warten kann, das ist keine Frage, aber der braucht im Prinzip keine Klinikversorgung, sondern eine Notfallpraxis oder eben eine noch offene Hausarztpraxis. 80 Prozent der Konsultationen, die wir im Rahmen des Not- oder Rettungsdienstes – in Anführungsstrichen – haben, sind aber Konsultationen, die von diesen beiden Kategorien nicht betroffen sind, sondern das sind Kategorien, die wichtig sind, aber durchaus in die Praxis verlagert werden dürfen. Ich glaube, wir könnten im Hinblick auf diese knapper werdende Ressource Ärztin, Arzt unheimlich viel Potenzial heben, wenn wir so ein Einschätzungsverfahren verpflichtend machen und wenn wir nicht einerseits bei der KV mit viel Aufwand so ein Einschätzungsverfahren vorrätig halten und dann durch die Hintertür, durch die eingetrampelten Pfade in Berlin, eigentlich alle Aufsuchungsmöglichkeiten offen lassen, was auf Dauer mit unserer Personaldichte nicht haltbar sein wird.

Herr Schulze hatte gefragt: Was kann man tun, um die neuen Bedarfsplanungsmöglichkeiten, die sich aufgrund der Entbudgetierung vielleicht – Herr Ruppert möchte dem nicht vorweggreifen – ergeben, um Ansiedlungen im Osten, in den Regionen, in den Sprengeln in Berlin, wo Bedarfe sind, möglich zu machen? – Ich finde schon, dass der Staat oder der Senat da unterstützend tätig werden kann. Wir sind unheimlich stark belastet durch 20 Prozent Arbeitskraft am Tag für Bürokratie und 20 Prozent, um unsinnige Atteste zu schreiben. Da wäre zumindest bei den Attesten schnell eine Möglichkeit da. Da müssten wir und die beiden zuständigen Senatsverwaltungen uns mal zusammensetzen. Das haben wir sowohl in der letzten als auch in der vorletzten Legislaturperiode angemahnt, und es wäre wirklich cool und lässig, wenn wir da auf Staatssekretärebene einmal ein gemeinsames Treffen und eine finale Lösung hinkriegen könnten. Es gibt in genügend Bundesländern – Nordrhein-Westfalen, jetzt für die-

sen Winter schon erfolgt in Bremen – Lösungsvorschläge, wie man da ein Wording gestalten kann.

Herr Zander hatte das Thema IVENA angesprochen: Da möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass es für uns eine Leseberechtigung geben sollte. Wir haben überhaupt keinen Bedarf, in diesem Senats- oder Kliniktool irgendwie rumzuschreiben oder irgendetwas zu machen, aber Sie würden sich unheimlich viele Rettungsfahrten und unnötige Wege in dieser Stadt sparen, wenn die hausärztlichen Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen schon wüssten, wohin sie das Kind schicken. Ob das nun eine Leseberechtigung ist oder ob ein System zwei-, dreimal am Tag in einen geschützten Kinderarztordnerbereich automatisch eine Mail generiert – ich glaube, das könnte man technisch innerhalb von 48 Stunden lösen.

Herr Ubbelohde hatte das Thema MFA angesprochen. Ich finde es auch noch einmal wichtig, darauf hinzuweisen, dass wir geringe Zahlen bei der MFA-Ausbildung haben. Andererseits ist dieser Beruf attraktiv. Bei jungen Frauen ist das eigentlich noch der Beruf Nummer eins, aber nur ein geringer Teil arbeitet nach der Ausbildung am Ende in den Praxen, und deshalb müssen wir Verbesserungen am Markt schaffen. Die größte im Kinderbedarf wäre, wenn die Kinderkrankenpflegeausbildung gestützt werden würde.

Herr Düsterhöft hatte noch das Thema Atteste angesprochen. Ich glaube, das hatte ich eben schon anklingen lassen; da bin ich eigentlich ganz optimistisch, dass wir mit beiden Senatsverwaltungen zusammen eine Lösung schnell und vor allem noch vor diesem Winter generieren können. – Das wäre es erst einmal von meiner Seite. Ich stehe natürlich noch für Fragen zur Verfügung.

Vorsitzende Silke Gebel: Super! Vielen Dank! – Ich würde zum Abschluss Herrn von Moers das Wort geben und dann gleich noch sagen, wie das weitere Verfahren ist. – Sie haben das Wort!

Dr. Arpad von Moers (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der DRK Kliniken Berlin Westend; Chefarzt): Wenn ich es richtig sehe, sind es vor allen Dingen zwei Themen, die angesprochen worden sind. Einmal ging es um die Bettenorganisation, wer das tun sollte. Ich sehe da die Gesundheitsverwaltung mit den Trägern der Kinderkliniken im Boot, die das im Detail noch einmal durchsprechen müssen. Wie gesagt, eine gemeinsame und gleichartige IVENA-Nutzung ist eine Voraussetzung, und das Ziel von unserer Seite wäre, dass es nicht in der Arztarbeit verbraten wird. Das wäre der Punkt dazu.

Das andere war die Pflege: Mixed Teams hört sich gut an. Wir haben es bei uns im Haus ganz vereinzelt mal machen müssen, dass Pflegekräfte aus der Rettungsstelle, aus dem Erwachsenenbereich, mal ausgeholfen haben. Das Hauptproblem ist eigentlich, dass der Pflegemangel dort nicht minder ist und es nicht viel nützt, aus einer schlecht besetzten Station eine Pflegekraft abzuziehen, um sie in der Kinderklinik einzusetzen. Das ist das ganz basale Kernproblem. Aber es gibt tatsächlich auch ein Qualifikationsproblem. Vor allen Dingen können Sie auf einer neonatologischen Station keine Pflegekraft aus der Erwachsenenpflege einsetzen. Da finde ich die Ausführungen, wie sie vom Bundesministerium gemacht wurden, die neue generalistische Ausbildung befähigt die Auszubildenden zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen – Da würde ich im Moment vielleicht sagen „erlaubt es ihnen“, aber von Befähigung ist das entfernt. Ein Problem in der Ausbildung in

der Kinderpflege ist ja, dass durch die generalistische Ausbildung, in der alle auch in die Pädiatrie müssen, sich die meisten Träger nicht in der Lage fühlen, diesen Vertiefungsausbildungsgang im ausreichenden Maße anzubieten, und da muss man, glaube ich, noch einmal darüber sprechen, wie man damit umgeht, dass tatsächlich ausreichend Ausbildungsplätze für diese Vertiefung geschaffen werden müssen. Wie gesagt, wir haben im Moment nur ungefähr ein Drittel in diesen Vertiefungsausbildungen im Verhältnis zu vorher. Das ist sicher ein aktuelles massives Problem.

Zum Abschluss: Wir hatten auch das Thema aktuelle Situation der Kindermedizin. Die Ambulantisierung ist – wie in allen Fächern – bei uns auch ganz massiv, und wir haben das Glück, im Krankenhausplan in diesem Jahr vier tagesklinische Betten bewilligt bekommen zu haben. Das ist eine Entwicklung, die ich sehr gut finde. Wir können die meiste Pädiatrie, die stationär stattfindet, auch im tagesklinischen Setting realisieren, wenn wir die entsprechend anpassen. Das ist eine gute Entwicklung.

Ich möchte noch auf die hochspezialisierten Zentren in einigen Kinderkliniken hinweisen. Wie viele von Ihnen wissen, sind wir seit zehn Jahren sehr bemüht, eine entsprechende Struktur bei uns zu schaffen, was uns bisher nicht gelungen ist.

Ein letzter Punkt, Neonatologie: Wir haben in Berlin die sonderbare Situation, dass wir acht Level-1-Zentren haben, ein Level 2. Das ist natürlich komplett konträr zu der ursprünglichen Planung. Ein Kernproblem ist dabei die Bemessung des Level 2, der mittleren Versorgungsebene, die einfach so definiert ist, dass sie für ein Haus mit 2 000 oder 3 000 Geburten kaum schaffbar ist. Auch da würden wir uns freuen, wenn auf Bundeslandebene Aktivitäten unterstützt werden könnten, vielleicht diese Definition der Level-Versorgung in der Neonatologie noch einmal umzugestalten. Ich glaube, in Berlin würden dann vielleicht drei Level 1 übrig bleiben, und die restlichen Kliniken können, glaube ich, sehr gut mit einem etwas anders definierten Level 2 leben. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank an Sie drei für Ihre Erläuterungen, die für die weitere Diskussion hier im Ausschuss sehr hilfreich und aufschlussreich waren! Ich habe jetzt keine weiteren Wortmeldungen mehr vonseiten der Abgeordneten und würde vorschlagen, dass wir diesen Tagesordnungspunkt vertagen, bis das Wortprotokoll vorliegt, um es dann gemeinsam auszuwerten, soweit das natürlich auch jeder einzeln macht. Ansonsten würde ich mich sehr bedanken und wünsche Ihnen noch eine wunderschöne Woche und einen schönen Tag! Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, hier bei uns dabei zu sein. – Die Besprechung zum Tagesordnungspunkt 3b ist damit abgeschlossen. Das hatten wir schon im letzten Ausschuss so besprochen, aber ich sage es noch einmal für das Protokoll.

Mit Blick auf die Uhr will ich einmal vorsorglich sagen, dass wir hier vielleicht bis 13 Uhr sitzen müssen. Ich sage es nur einmal, damit nicht jemand um 12.30 Uhr einfach geht. Wir haben auf jeden Fall noch den Punkt zum Hauptausschuss, über den wir heute reden müssen. Die Haushaltsgeschichten müssen wir heute besprechen. Wir haben jetzt noch das Thema KMV mit zwei Leuten, die extra gekommen sind. Deswegen würde ich gern so weiterverfahren. – Ich habe jetzt keinen Widerspruch dazu gehört; ich habe extra auf meinen Zettel geguckt. – [Zuruf] – Gibt es dazu Widerspruch? – Dann machen wir das so. Es hat sich keiner getraut, sehr gut.

Dann kommen wir jetzt zu

Punkt 4 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0187](#)
Situation des KMV in Berlin GesPflg
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0156](#)
Nachhaltige Verbesserung der Unterbringungs- und GesPflg
Arbeitsbedingungen im Krankenhaus des
Maßregelvollzugs
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen)
- c) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen [0186](#)
Drucksache 19/0993 GesPflg(f)
Unzumutbare Zustände im Krankenhaus des Haupt
Maßregelvollzugs beenden – Platzmangel beheben, Recht
Arbeitsbedingungen verbessern und Masterplan
sofort umsetzen!

Die Senatsverwaltung ist heute sehr breit hier vorn vertreten. Wir haben als Ausschuss extra darum gebeten, dass auch Herr Andreas Kintzel, Geschäftsleiter des Krankenhauses des Maßregelvollzugs, hier ist und Herr Mathias Kadlubek, Personalratsvorsitzender des KMV. – Herzlich willkommen hier im Gesundheitsausschuss!

Die Senatsverwaltung für Finanzen nimmt an diesem Punkt nicht teil, das hatte ich Ihnen zu kommen lassen, wird aber etwaige haushaltsrelevante Fragen im Rahmen der Haushaltsberatungen in zwei Wochen beantworten. Ich kann mir vorstellen, dass die bei dem Thema auf die eine oder andere Art und Weise zuhören. Insofern kann man vielleicht trotzdem Botschaften senden.

Dann möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, das ist Punkt 4c, die Stellungnahme des mitberatenden Rechtsausschusses noch nicht vorliegt. Da die Frist noch nicht abgelaufen ist, können wir diesen Antrag heute also noch nicht final abstimmen. Wir werden ihn vertagen; das sage ich, damit Sie das schon einmal gehört haben und sich dann nicht wundern.

Die Frage ist: Soll es auch hierzu ein Wortprotokoll geben? – Ich denke, ja. Dann machen wir das auch.

Dann haben wir einmal die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die den Punkt begründet, und Herrn Düsterhöft für die Koalition. – Dann würde ich erst Herrn Düsterhöft das Wort geben!

Lars Düsterhöft (SPD): Mit Blick auf die Zeit mache ich es ganz schnell. Die Situation im Krankenhaus des Maßregelvollzugs ist bekannt. Wir haben Überbelegungsprobleme, fehlende Kapazitäten, einen Sanierungsstau, wachsende Aggressionen in der Einrichtung, Personal-

mangel. Es gibt Brandbriefe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es sind nur rund 540 Plätze genehmigt. Es sind in der Regel über 600 Plätze belegt. Die Problematik ist also sehr umfassend, und es ist gut, dass wir uns heute darüber unterhalten, wie es weitergeht und wie der Senat dieses Problem lösen möchte.

Vorsitzende Silke Gebel: Ich frage einmal die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, ob jemand von Ihnen den Punkt begründen möchte. – Nein! – Sie sind nicht die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Deswegen können Sie den Punkt auch nicht begründen, wenn ich das einmal so sagen darf. – Dann würde ich einmal fragen, ob der Senat eine einleitende Stellungnahme abgeben möchte. – [Staatssekretärin Ellen Haußdörfer: Ich denke, schon!] – Dann würde ich Frau Haußdörfer das Wort geben.

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Vielen herzlichen Dank! Da das eine Besprechung ohne Anhörung ist, wäre es vielleicht ganz gut, wenn wir eine Einleitung geben, denn natürlich, das ist schon angesprochen worden, nimmt das Krankenhaus des Maßregelvollzugs den sehr anspruchsvollen, aber auch gesamtstädtischen Auftrag der Therapie und Sicherung von für die Allgemeinheit gefährlichen psychisch kranken und suchtkranken Menschen wahr. Deshalb gebührt unser Dank, mein Dank, unser aller Dank und auch der Respekt vor dieser Arbeit allen Mitarbeitenden, die daran beteiligt sind, weil das in der Tat sehr herausfordernd ist. Anders als vielleicht im Vollzug, wo man eine Strafe nach einer bestimmten Zeit abgesessen hat, ist das im Krankenhaus des Maßregelvollzugs nicht der Fall, sondern das hängt immer von den jeweiligen Therapie- und Heilungsschritten ab. Gleichzeitig ist es so wie bei vielen anderen, auch psychischen Erkrankungen, dass eine Heilung teilweise gar keinen Endpunkt hat. Es ist nicht wie bei einem Knochenbruch, bei dem Sie nach sechs Wochen Gips im besten Fall einen zusammengewachsenen Knochen haben, sondern im Regelfall sind die Therapieformen und auch die Behandlung auf viele Monate, wenn nicht sogar Jahre angelegt. Deshalb haben wir, auch dieser Ausschuss, mit Besorgnis zur Kenntnis genommen, dass seit 2021 die durchaus zugespitzte Situation der Überbelegung des KMV festgestellt und auch begleitet worden ist und gleichzeitig die Verwaltung mit entsprechenden Lösungsmaßnahmen beauftragt wurde, um dieser Situation zu begegnen, und das sicherlich nicht erst seit dem April dieses Jahres.

Erste Maßnahmen zur Bewältigung der Situation sind bereits erfolgt, einige weitere sind in Planung. Dabei sind im sogenannten Masterplan KMV 2040 die Maßnahmen mehrerer Hauptverwaltungen gebündelt, und diese werden im Rahmen einer Facharbeitsgruppe unter der Federführung meiner Verwaltung diskutiert. Hierzu findet das nächste Treffen beispielsweise diese Woche statt, sodass dieser Masterplan ein lebender Masterplan ist, weil einzelne kleinere Teilprojekte schon abgeschlossen sind beziehungsweise der größere Weg in den nächsten Monaten und auch im Rahmen des Doppelhaushaltes realisiert werden muss.

Die Maßnahmen gliedern sich in fachlich-inhaltliche Maßnahmen, in personalbezogene Maßnahmen und in kapazitätserweiternde Maßnahmen im Hinblick auf das Krankenhaus des Maßregelvollzugs. In Erläuterung dessen würde ich auf ein paar Fragen beziehungsweise Forderungen aus dem Antrag der Grünen eingehen, der damit einhergeht – die würde ich jetzt systematisch mit angehen –, unter anderem den Beirat für forensische Psychiatrie in die Umsetzungs- und Maßnahmengestaltung des Masterplans KMV 2040 mit einzubeziehen. Wie gesagt, die Umsetzung des Masterplans hat bereits begonnen, und wir werden den Beirat für forensische Psychiatrie in diesem Jahr zu einer zweiten Sitzung zusammenkommen lassen,

um dessen Fachexpertise in die Konzeptionierung der speziellen fachlichen Fragestellungen einzubringen. Die Einbringung solcher Fragestellungen wird durch diese Verwaltung vorbereitet, aber unter anderem geht es auch hier um die steigenden Zuweisungszahlen im Rahmen des § 126 StPO. Das heißt, das ist eines der großen Themen, da alle Bundesländer – aber wir insbesondere für das KMV – feststellen, dass die Zuweisungszahlen in Bezugnahme auf diesen Paragrafen in den letzten zwei Jahren stetig angestiegen sind.

Sie fordern in Ihrem Antrag unter anderem auch, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und menschenrechtlich bedenkliche Zustände der Unterbringung schnellstmöglich zu beenden. Zeitnah soll vorübergehend die Immobilie des ehemaligen Jugendarrestvollzugs am Kirchhainer Damm Entlastung schaffen. Wir sind hierzu in den Gesprächen mit den beteiligten Verwaltungen, nämlich der Justizverwaltung und der Innenverwaltung, um hier kurzfristig und temporär, das heißt, zeitlich begrenzt, eine Entlastung zu schaffen. Wir erarbeiten derzeit ein entsprechendes Konzept. Ziel ist aber eine schnelle Nutzbarmachung der Immobilie, sodass wir hier noch in diesem Jahr mit der ersten Entlastung beginnen können. Ich will aber nicht verschweigen, dass das Thema Personalgewinnung, das hatten wir heute schon an verschiedenen Stellen im Bereich der Aktuellen Fragestunde, natürlich eine große Herausforderung darstellt und dementsprechend geeignete Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Fachkräftegewinnung auch für einen temporären Standort zu realisieren.

Wir haben diesbezüglich, auch um andere alternative Immobilien zu prüfen, frühzeitig die Gespräche mit der BIM aufgenommen, um die Suche nach Ergänzungsimmobilien nach den Kriterien dieser speziellen Unterbringung – – Das ist nichts, was ich so einfach unterbringen kann. Das bedeutet besondere Sicherungsmaßnahmen, das bedeutet aber auch besondere Voraussetzungen für das Personal, sodass die BIM nach dem Durchprüfen der bis dato mitgeteilten Immobilien eigentlich ausschließen kann, dass in ihren Beständen weitere Immobilien zur Verfügung stehen, sodass wir – unabhängig von der Zurverfügungstellung des Kirchhainer Damms – überlegen, weitere Möglichkeiten der Immobilienakquise parallel weiterlaufen zu lassen. Das ist in dieser Stadt aber sehr herausfordernd. Wir wissen, glaube ich, alle in den unterschiedlichen Themenbereichen, in den wir unterwegs sind, dass die Immobilienakquise für soziale Infrastruktur und auch für diese spezielle Art von sozialer Infrastruktur durchaus Schwierigkeiten beinhaltet.

Neben dem Thema der räumlichen Kapazitätserweiterung ist auch die personelle Kapazitätserweiterung, eine strategische bedarfsorientierte Personalentwicklung, von besonderer Bedeutung. Die Zukunft der Personalentwicklung in der forensischen Psychiatrie wird allerdings in ihrer Differenziertheit liegen. Das KMV erprobt derzeit das Konzept der stationeigenen Sicherheitskräfte, der SteiSiK – ich weiß nicht, ob ich das richtig ausspreche, aber de facto ist das die Abkürzung –, und hat auch das Konzept der mobilen Sicherheitskräfte, der MoSiK, inzwischen fest in seinen Betrieb integriert. Diese Kräfte erfüllen primär Sicherheitsaufgaben.

Die medizinischen Aufgaben werden bei der Pflege verbleiben, welche aber jetzt schon durch die Arbeit der Sicherheitskräfte bei ihren Tätigkeiten entlastet ist. Neben pflegerischen, Hilfs- und Assistenzkräften sind inzwischen auch andere medizinische Berufszweige im KMV mit der Arbeit an den Patientinnen und Patienten betraut, wie zum Beispiel medizinische Assistentinnen und Assistenten. In absoluten Notfällen greift das KMV im Bereich der Pflege auch auf Personalleasing zurück. Momentan werden Arztstellen vorübergehend durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besetzt, ein Modell, das durchaus zum

Teil verstetigt werden kann. Es ist auch geplant, zu den nächsten Tarifverhandlungen eine finanzielle Zulage für die Pflegenden des KMV einzubringen, aber wir wissen alle, dass das ein Teil eines Plans ist, und wir können noch keinen Vollzug melden, weil sich die TdL-Verhandlungen, wie Sie alle wissen, als sehr differenziert und sensibel gestalten.

Wir haben in Bezug auf den Doppelhaushalt auch die Nutzbarmachung eines weiteren Vollzugshauses, des sogenannten Haus 8, geplant. Ich sage „des sogenannten“, denn es hängt noch eine große Acht an dem Haus dran, das außerhalb des bisherigen KMV-Geländes ist. Es gibt aber auf dem jetzigen KMV-Gelände auch schon ein Haus 8. Darum gibt es immer ein bisschen Irritationen; ich rede nicht von dem Haus 8, das sich schon auf dem KMV-Gelände befindet, sondern über das zukünftig zu nutzende Haus 8 mit circa weiteren 60 Kapazitäten. Dort sind im Haushaltsplanentwurf ab 2024 Mittel in Höhe von 53 Millionen Euro für die Nutzbarmachung vorgesehen. Ebenfalls werden parallel die Gespräche mit der BIM bezüglich der Sanierung terminiert und auch vorangetrieben, um zügig mit den Arbeiten beginnen zu können. Das geht aber auch erst dann in sehr konkrete Schritte, wenn mit dem Haushaltsgesetz eine flexible Finanzierungszusage und eine Grundlage geschaffen worden ist.

Es gibt auch Quartalsgespräche zwischen der Hauptabteilung Vollstreckung der Staatsanwaltschaft Berlin und der Vollzugsleitung des KMV sowie der zuständigen Senatsverwaltung, die schon seit längerem im üblichen Turnus stattfinden, sowie den unterwöchigen und hochfrequenten Kontakt der Hauptabteilung Vollstreckung der Staatsanwaltschaft Berlin und der Vollzugsleitung des KMV. Ich möchte mich recht herzlich bei allen Verwaltungen und bei allen beteiligten Stellen bedanken, dass diese Gespräche – so herausfordernd sie sind – und damit der fachliche und informelle Austausch auf Arbeitsebene etwas ist, was auch gut und regelmäßig etabliert worden ist. Das ist etwas, wofür wir sehr dankbar sind und was auch dringend notwendig ist, weil auch die Problemanzeigen bezüglich drohender Entlassungen aus der Organisationshaft regelmäßig erfolgen. Auch da ist die Hauptabteilung Vollstreckung der Staatsanwaltschaft entsprechend problemsensibilisiert.

Mit der Reform des § 64 StGB zum 1. Oktober 2023 haben auch wir die entsprechende Novellierung vorangetrieben. Sie ist im Juli im Bundesrat gewesen und tritt zum 1. Oktober 2023 in Kraft, sodass wir auch hier hoffen, dass sich die Zuweisungszahlen mindern, was natürlich auch eine gewisse Sensibilisierung bei den Staatsanwaltschaften beziehungsweise dem Justizpersonal bedeutet, wir so aber die entsprechenden Möglichkeiten sehen, hier zumindest zu einer Verlangsamung des Anstieges zu kommen.

Dann wurde ebenfalls erbeten oder gefordert, dass es im Regelvollzug eine adäquate Therapie für die Menschen mit Suchterkrankungen gibt. Hierzu kann ich sagen: Suchterkrankte Gefangene und Verwahrte können innerhalb der Berliner Justizvollzugsanstalten verschiedene Angebote zur Erreichung des Vollzugsziels als auch der Bewältigung ihrer Suchterkrankung wahrnehmen. Es gibt eine Schriftliche Anfrage von Herrn Franco und Frau Dr. Vandrey zu den Kapazitäten des Suchthilfesystems in Berlin – ich finde sie sehr schön, wenn man das in diesem Kontext so sagen darf. Dort sind auch noch einmal die verschiedenen Kennzahlen – die 17 Seiten lesen sich wie ein Kompendium – aufgelistet, was möglich ist. Ich finde sie deshalb wirklich sehr schön – in Anführungszeichen –, wenn man das, wie gesagt, in diesem Kontext verwenden darf. Die Möglichkeiten, die suchterkrankten Gefangenen und Verwahrten zur Verfügung stehen, sind dort ebenfalls aufgelistet. Alle geeigneten Gefangenen und Verwahrten erhalten eine Substitutionsbehandlung und nehmen auch im Rahmen dessen regelmäßig an den Substitutionsprechstunden teil. Ebenfalls bieten externe Suchtberatungsstellen Drogen- und Suchtberatungen zu festen Terminen in den Justizvollzugsanstalten an. Und, wie gesagt, nähere Fragen können unter anderem auch dieser Schriftlichen Anfrage 15752 entnommen werden, weil diese auch den Überblick als solche darstellt. – Dann würde ich jetzt erst einmal mit der Stellungnahme dazu enden.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe drei Meldungen von Abgeordneten und dann vielleicht auch noch erweitert aus dem KMV. – Ich würde mit Frau Pieroth anfangen; danach Herr Ubbelohde und Herr Schulze.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Ich freue mich sehr, was mit diesem Antrag bereits angekommen ist. Ich habe in den sieben Jahren fachpolitischer Arbeit selten so viel erreichen können. Ich bin wirklich sehr glücklich, dass das KMV im nächsten Doppelhaushalt so berücksichtigt wird. – Wir haben uns um ausreichend Platz bemüht; kurzfristig durch den Kirchhainer Damm und langfristig durch Haus 8. Ich wiederhole jetzt noch einmal kurz die Punkte, die angekommen sind: Leitbild, moderner Arbeitgeber mit strategischer bedarfsorientierter Personalentwicklung, Zulagenregelung, Pflege- und Gesundheitsfachpersonal, diffe-

renzierte interdisziplinäre Personalmodelle. Das ist genauso wie in der Anhörung zuvor: Natürlich sind das die Motive und auch die Personalsituation, die mit 80 Ärztinnen- und Ärztestellen, die zurzeit nicht besetzt sind, desaströs ist.

Ich würde zwei Punkte gerne noch einmal ansprechen wollen und dass die Staatssekretärin das vielleicht jetzt schon beantwortet. Diese Konzepte, die wir brauchen, beziehen sich jetzt auch schon auf die Situation in Lankwitz. Wir schaffen Platz. Wir schaffen da auch immer höhere Mauern. Das ist alles richtig und wichtig. Aber wie gedenken Sie denn, diese erste Einrichtung, diese ersten Plätze, gemeindepsychiatrisch in irgendeiner Form in den Kontext zu integrieren? – Ich mache mal eine kurze Pause, weil mir das ziemlich wichtig ist.

Das gilt auch für den jetzigen Bereich und das Haus 8, das dort gegenüber liegt. Wie wird das mit den bestehenden Strukturen vernetzt? Vor allen Dingen, was Sie auch schon angesprochen haben – ich habe auch schon vor anderthalb Jahren Gespräche mit dem Charitévorstand dazu geführt –, sind Sie da schon weiter mit der forensischen wissenschaftlichen Begleitung, die ein ganz wichtiger Aspekt im Bereich Supervision einer solchen Einrichtung ist? – Also zwei Dinge: Vernetzung in der Psychiatrielandschaft und forensische Begleitung. Das würde ich gerne, schon bevor wir den Antrag dann im Parlament diskutieren, hören. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Wir nehmen mit großer Hoffnung und auch mit einer gewissen Freude zur Kenntnis, dass einige Initiativen, die nicht ganz neu, aber dennoch wichtig und dringend notwendig sind, jetzt scheinbar auf den Weg gebracht werden. Wir werden das sehr genau verfolgen, inwiefern das in den nächsten Jahren auch tatsächlich zur Umsetzung kommt. Das unterscheidet sich wohlwollend von den Aussagen aus Ihrem Hause, aus der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung noch von vor zwei Jahren, wo noch bestritten wurde, dass es einen desolaten Zustand im Krankenhaus für den Maßregelvollzug geben würde und dass man in den nächsten zwei Jahren kontinuierlich die bauliche Infrastruktur modernisieren und kapazitätserweiternd tätig werden wolle. Wir wissen nun, dass daraus nicht viel geworden ist. Trotzdem finde ich es richtig, diesen Weg zu gehen. Die vorzeitige Entlassung von Patienten, die es gab, muss verhindert werden; es müssen also auch die Menschen geschützt werden, die nicht nur eine dringende Behandlung in diesem Krankenhaus benötigen, sondern auch die Bürger draußen, die erheblich verunsichert sind, wenn sie von solchen Entlassungen hören.

Das Personal haben Sie angesprochen. Ich finde die Richtung, die Sie da gehen, gut. Ich weiß, es ist sehr schwierig, und ich hoffe sehr, dass es gelingt – nicht nur durch eine andere Organisation, eine andere Gestaltung, eine bauliche Verbesserung, den Abbau der Überbelegung –, die Ablehnung der Beschäftigten aufzuweichen, dort überhaupt noch länger tätig zu sein. Was die Erschließung von baulichen Alternativen anbelangt, ist es mit Sicherheit schwer, das kann ich nachvollziehen, aber vielleicht gelingt es ja auch, durch eine unbürokratische, wohlwollende Bauförderung und Bewilligung zu neuen Gebäuden zu kommen. Bei neuen Flüchtlingsunterkünften klappte es ja auch mit der Beschleunigung von Baumaßnahmen – vielleicht ja auch in diesem Bereich.

Ich finde es sehr bemerkenswert, und es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen fast wortgleich ist mit dem Antrag der CDU von eben-

falls vor zwei Jahren, den Sie damals übrigens abgelehnt haben und den Sie uns hier nun quasi aufgewärmt als Memory-Paket wieder auftischen. Politische Glaubwürdigkeit sieht aus meiner Sicht anders aus. Sie hätten in den Zeiten, in denen Sie damals Justizsenator, Finanzsenator und Gesundheitssenator gestellt haben, sehr wohl etwas tun können, um den von Ihnen heute behaupteten Erfolg tatsächlich zu krönen. Die Zeit haben Sie damals leider nicht genutzt.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schulze! – Dann habe ich noch Herrn Zander und Herrn Düsterhöft, und dann würden wir noch einmal zum Senat kommen.

Tobias Schulze (LINKE): Danke schön! – Ich habe neben den schon angesprochenen Debatten eine ganz konkrete Frage an den Senat, und zwar, wie es in dem Zusammenhang mit der möglichen Ertüchtigung von Gebäuden und Liegenschaften der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik aussieht – da gibt es ja Möglichkeiten –, ob Sie da Vorarbeiten gemacht haben und ob Sie bereit wären, im Zweifel das Wohnungsbauprojekt, das quasi mit einer möglichen Nutzung konkurriert, für das KMV abzusagen. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Zander!

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Ich möchte mich noch einmal konkret an diejenigen wenden, die im KMV arbeiten. Wie bewerten Sie das Ganze, was in den letzten Wochen und Monaten eingeleitet worden ist? Fehlt Ihnen da perspektivisch gesehen etwas, und gibt es dabei vielleicht noch andere Punkte? Wie bewerten Sie das Ganze? – Das ist ja auch immer das Wichtigste dabei, diejenigen zu fragen, die da konkret arbeiten.

Frau Pieroth! Das war ein sehr hohes Maß an Selbstironie, das Sie hier gerade gezeigt haben. Man muss sich vorstellen: Noch nicht einmal drei Wochen, nachdem Ihre Senatorin nicht mehr im Amt war, schreiben Sie einen Antrag, der eigentlich sagt, jetzt muss der Senat endlich mal etwas tun. Nun sagen Sie, Sie hätten das hier alles bewegt. Dabei zeigt das gerade, dass der Antrag der CDU von vor über zwei Jahren im Prinzip derselbe ist und dasselbe forderte, was Sie hier noch einmal fordern; das zeigt, dass Sie es in all der Zeit leider nicht geschafft haben, etwas Entscheidendes zu bewegen. Insofern finde ich es schon bemerkenswert, dass man es hier in den paar Monaten, die der neue Senat im Amt ist, geschafft hat, auch senatsverwaltungsübergreifend Lösungen zu finden, die pragmatisch sind – Sie meinten wahrscheinlich Lichtenrade und nicht Lankwitz –, um am Kirchhainer Damm voranzuschreiten. Ich hoffe, dass „kurzfristig“ dann auch wirklich kurzfristig bedeutet, innerhalb von einigen Monaten den Standort zu ertüchtigen. – Herzlichen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Düsterhöft!

Lars Düsterhöft (SPD): Ich kann mich eigentlich den Ausführungen meines Vorredners anschließen und will nur ein bisschen korrigierend ergänzen, dass die Kollegin in den Jahren immer sehr engagiert war und mit ihrer Senatorin, glaube ich – du kannst gerne widersprechen –, auch sehr haderte, was den Output anging. – Umso schöner ist es doch, dass eine neue Senatsverwaltung, eine neue Hausleitung tatsächlich in wenigen Wochen mehr bewegen kann als die Senatorin in den anderthalb Jahren davor. – Schöne Grüße nach Kassel, kann man da nur sagen.

Vorsitzende Silke Gebel: Nach diesen Redebeiträgen der Abgeordneten würden wir jetzt einmal zur Senatsverwaltung kommen. Es sind auch noch diverse Fragen konkret an die Mitarbeitenden aus dem KMV gekommen. Das müssen Sie allerdings genehmigen, dass die reden dürfen. Aber ich glaube, es wäre sicherlich ganz gut für den Ausschuss, wenn die einmal zu Wort kommen.

Staatssekretärin Ellen Haußdörfer (SenWGP): Die „Nichtanzuhörenden“ sind heute auch extra hier. – Vielen herzlichen Dank auch von unserer Seite, dass Sie hier sind! Ich würde das Wort an Herrn Kintzel und Herr Kadlubek geben.

Andreas Kintzel (Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin; Geschäftsleiter): Guten Tag! Mein Name ist Andreas Kintzel. Ich bin der Geschäftsleiter im Krankenhaus des Maßregelvollzugs. – Es geht, glaube ich, hauptsächlich darum, wie wir die Maßnahmen bewerten, die jetzt angestrebt sind. Wir finden das einen ganz wichtigen Schritt. Wir finden es auch einen ganz wichtigen Schritt, dass die Probleme des Maßregelvollzugs jetzt berlinweit erkannt worden sind. Das größte Problem, das wir bei den Maßnahmen sehen, ist das, was Sie ansprechen, dass in wenigen Monaten etwas passieren muss. Uns fehlt einfach Zeit. Die Belegung geht im Krankenhaus des Maßregelvollzugs weiter, und das ist eigentlich das Hauptproblem.

Zur Personalentwicklung: Das hatte Frau Haußdörfer schon erklärt. Wir haben also tatsächlich versucht, das Berufsbild der Pflege in einer forensischen Psychiatrie von den forensischen Aufgaben zu trennen. Forensische Aufgaben sind also zum Beispiel gesicherte Patientenbegleitung nach draußen, die Kontrolle von Zimmern, die Kontrolle von Patienten und so weiter, was eigentlich keine originären Aufgaben der Pflege sind. Das haben wir jetzt in erster Linie an die mobilen Sicherheitskräfte ausgegliedert. Das ist in der Tat nicht einfach, weil es immer das Spiel zwischen bösem Mitarbeiter und gutem Mitarbeiter ist. Da muss man immer die Waage halten. Das ist sehr kritisch. Das haben wir aber meines Erachtens gut hinbekommen. Auch bei den Mitarbeitern der Pflege ist diese Berufsgruppe sehr gut angekommen, sodass wir uns entschlossen haben, jetzt noch die stationseigenen Sicherheitskräfte einzurichten. Die sind tatsächlich auf der Station und dann auch im Schichtdienst tätig, sodass die Pflegenden durch diese Berufsgruppe entlastet werden.

Zum Haus 8: Dazu, wie das wissenschaftlich-forensisch integriert werden soll, wird wahrscheinlich Frau Haußdörfer etwas sagen. – Das Haus 8 stellen wir uns als ein Gebäude zur Unterstützung der eigentlichen Stationen vor, weil wir aufgrund der Rechtsprechung die Zwangsmedikation etwas anders gestaltet haben und ein Patient nur zwangsbehandelt werden darf, wenn er sich selbst gefährdet. Das führt dazu, dass wir auf den Stationen einen erhöhten Bedarf an Isolationsräumen haben, um Patienten abzusondern, weil sie eben nicht zwangsmediziert werden. Diesen Bedarf wollen wir auch über das Haus 8 abdecken, also dort Räume schaffen, um die Patienten, die diesen Bedarf haben, von den eigentlichen Stationen zu separieren, um diese eigentlichen Stationen zu entlasten.

Zum Thema Wohnungsbau versus KMV: Das gesamte Grundstück Oranienburger Straße 285 wurde von Vivantes verkauft, und es gibt verschiedene Eigentümer. Diese Häuser, die Sie jetzt meinen, wurden aufgrund ihrer Physis ehemals Sternenhäuser genannt; die sind an die GESOBAU verkauft worden. Ich weiß jetzt nicht, inwieweit man da eingreifen kann bei einem Eigentümer, dem das jetzt gehört, auch wenn es eine landeseigene Gesellschaft ist. Das müsste man dann sicherlich prüfen. – Viel mehr hätte ich jetzt erst einmal nicht.

Mathias Kadlubek (Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin; Personalratsvorsitzender): Guten Tag! Mein Name ist Mathias Kadlubek. Ich bin der Personalratsvorsitzende des KMV. Ich bedanke mich erst einmal recht herzlich für die Einladung und freue mich, hier sprechen zu dürfen. – Ich vertrete derzeit 566 Arbeitnehmer, die bei uns beschäftigt sind, von 610 Planstellen, die wir zur Verfügung haben. Wir haben in Vollzeitäquivalenten ungefähr 490 Beschäftigte. Die 566 resultieren aus den Teilzeitstellen, die uns zur Verfügung stehen, sprich: Unser Personalbedarf ist eigentlich noch viel höher, also die 610 Stellen. Wir haben eine Personalbemessung angeregt, die jetzt auch geprüft wird, dass wir auch personell dementsprechend gut ausgestattet sind. Die kurzfristigen Ziele haben wir bereits erreicht, indem wir MoSiKs und SteiSiKs erfolgreich eingesetzt haben. Die Etablierung dauert noch etwas auf den Stationen, zumindest im Bereich der stationseigenen Sicherheitskräfte.

Bei den Krankenpflegehilfskräften, Pflegehilfskräften, MFA-Kräften ist die Personalakquise äußerst schwierig. Auch da qualifiziertes Personal zu finden, ist für uns sehr schwer. Das Personal zu halten ist schwer, weil uns auch die finanziellen Anreize fehlen, um konkurrenzfähig gegenüber Leasingfirmen, anderen Krankenhäusern, der Charité zu sein. Das berichten mir die Mitarbeiter persönlich sehr oft, dass sie sagen: Nein, unter den Bedingungen, die vorherrschen, 46 Patienten auf einer Station zu zweit zu versorgen, psychisch kranke Straftäter – das ist eine sehr hohe Belastung für die Mitarbeiter. Letztendlich können neue Mitarbeiter demzufolge schlecht eingearbeitet werden, und die resignieren dann innerhalb kürzester Zeit. Das ist das, was mir als Personalrat berichtet wird.

Die Bewertung der Maßnahmen würde ich als gut bezeichnen, sie müssen nur anfangen. Das ist das Hauptproblem. Haus 8 wabert jetzt schon seit einer geraumen Zeit herum. Ich erinnere mich an das Jahr 2021, wo wir bereits solche Maßnahmen gefordert haben, die sich jetzt über Jahre hinziehen, bis irgendwann mal etwas passiert. Im Dezember 2022 gab es die erste Zusammenkunft des Beirats für forensische Psychiatrie. Die Maßnahmenmatrix resultiert letztendlich aus diesem Beirat für forensische Psychiatrie und letzten Endes auch aus den Ideen des Personalrats, und das ist schon sehr gut. Das freut mich sehr zu sehen. Aus meiner persönlichen Sicht, aus Sicht des Personalrats, wäre es wichtig, uns als Personalrat zu hören, weiter ernst zu nehmen und uns effektiv zu beteiligen, denn wir sind die Vertreter der Beschäftigten. – Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Frau Pieroth hat sich noch einmal gemeldet.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Um das hier einfach noch mal klarzustellen: Es geht mir hier nicht um mich und irgendwelche Senatoren und auch nichts Parteipolitisches. Es geht mir ums KMV, wo ich seit 2019 – Sie erinnern sich an unseren Besuch – versuche, insbesondere die Personalsituation in den Blick zu nehmen. Dass jetzt von Sicherheitskräften begleitet wird, zeigt auch – genauso wie in Schulen und überall –, dass es eine Unterbelegung gibt, und es wäre natürlich wünschenswert, wenn das auch Fachkräfte mitübernehmen würden. In die Richtung ging auch meine Frage: Wie wird das ins gesamte psychiatrische System eingebettet? – Ich würde mich freuen, wenn wir jetzt nicht in irgendeiner Weise – und da müssen wir Sie als Allererstes hören, das ist völlig klar – ohne ein Konzept das Geld da reinschießen. Ich weiß auch, dass es erst der Räumlichkeiten bedarf. Ich habe Frau Ketteler am Wochenende eine Stellungnahme zu Zweibettzimmern, die wir da niemals einhalten, geschickt, dass es wirklich um die psychiatrische Versorgung geht, die Mitarbeitende in irgendeiner Form leisten müssen.

Herr Zander! Es geht mir hier nicht um Ironie. Ich habe versucht, einen „Fokus“-Artikel, der da vor geraumer Zeit lanciert wurde, der auch noch weiteres Personal davon abschrecken würde, jemals im KMV zu arbeiten – – Man kann nicht nur reißerisch und dramatisierend mit der Geschichte umgehen. Aus diesen Gründen hat meine Fraktion vor zwei Jahren Ihren Antrag abgelehnt. Ich bitte jetzt einfach alle darum, dass wir mit dem Geld, das zur Verfügung steht, hervorragend zusammenarbeiten. Ich freue mich, dass die Punkte aus dem Antrag jetzt parteiübergreifend umgesetzt werden. Wir haben immer gut zusammengearbeitet. Ich möchte das einfach noch einmal unterstützen.

Mit Forensik ist auch gemeint: Wenn da eine Supervision von der Charité reinkommt und auch wissenschaftlich supervisioniert wird, tut das allen gut, und daran bitte ich auch weiterhin zu arbeiten.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich frage in Richtung Senat: Wollen Sie noch einmal antworten?

Staatssekretärin Ellen Haubdörfer (SenWGP): Ich glaube, es ist deutlich geworden, dass das kein fester, starrer Plan ist, und wir haken einfach immer ab. Das KMV ist – das muss man auch insgesamt sagen – weder vonseiten der Kapazitätserweiterung noch mit dem Fokus auf Personal halten und gewinnen ein abgeschlossenes Projekt. Personalakquise ist natürlich etwas, was ein immerwährendes Projekt sein wird und sein muss. Anders als vielleicht in anderen Hauptverwaltungen, wo man mit dem Durchschneiden eines Bandes einen Haken daran macht, ist das kein Projekt, an das man einen Haken macht, sondern bei dem man – auch mit der Unterstützung des Parlaments – eine regelhafte auskömmliche Finanzierung, aber durchaus auch das kritische Hinterfragen der einzelnen Maßnahmen proaktiv begleiten kann. Das wäre etwas, womit wir, glaube ich, sehr gut leben könnten, dass wir gemeinsam an diesem Projekt arbeiten, damit auch mal ein Projekt, das sonst nicht im Fokus der Öffentlichkeit steht, Aufmerksamkeit bekommt. Wenn es im Fokus der Öffentlichkeit steht, ist irgendetwas Schlimmes passiert, und das will hier keiner.

Es geht vielmehr darum, diese Zielgruppe der Sicherheitsverwahrten, die kranken Menschen, in den Blick zu nehmen, um hier nicht nur Entlastung zu schaffen, sondern wirklich Heilung und Therapie – und das auch entsprechend wissenschaftlich zu begleiten. Deshalb gibt es diesen Beirat. Es gibt auch die regelmäßigen Treffen. Es gibt auch die regelmäßigen Dialoge zwischen den Hauptverwaltungen, weil sich alle in dieser Stadt darüber im Klaren sind, dass das KMV eine besondere Bedeutung hat und dementsprechend besonders begleitet werden muss und die Investitionen, die zugegebenermaßen schon seit vielen Jahren von verschiedenen Seiten gefordert wurden, jetzt auch erfolgen. Ich kann auch den Haushaltsplan lesen. Ich war auch zwischen 2011 und 2016 als Abgeordnete im Gesundheitsausschuss dieses Hauses. Das ist nichts, was jetzt völlig fremd ist oder völlig neu kommt. Ich glaube aber, ein systematisches, strategisches und konsequentes Umsetzen der verschiedenen Empfehlungen ist sehr hilfreich, um dieses Projekt auf eine Bahn zu bringen; auch mit einer Bedeutung, die es durchaus verdient, die aber im Regelfall nicht gesehen wird. Deshalb empfinden wir diese Besprechung als sehr unterstützend, weil sie dazu dient, die Planung so ein bisschen aus dem Bereich zu nehmen und mit Ihnen offen zu diskutieren.

Der Beirat für forensische Psychiatrie wird im letzten Quartal dieses Jahres tagen und sich noch einmal zu den spezielleren Fragestellungen äußern. Wir haben auch jetzt schon wissenschaftliche Begleitung zu der entsprechenden Konzeption. Ich glaube, es sind zwei Doktoranden, die sich mit diesen Themen beschäftigen. Ob das nun allein über die Charité laufen wird, ist eine ganz andere Frage, weil dieser Beirat natürlich eine Expertise aus verschiedenen Richtungen beisteuern wird und das bei uns im Haus zusammengetragen wird, um hier auch wirklich Verbesserungen mitzubringen, aber nicht über die Köpfe hinweg, sondern mit den Beschäftigten zusammen – es ist uns sehr wichtig, dass wir hier alle an Bord haben.

Ich komme gerade selber aus dem Urlaub. Deshalb war ich sehr fasziniert – in Führungszeichen – von so mancher Werbemaßnahme manchen Trägers in dieser Stadt, um in dem Fall für die Erziehungs- und Sozialberufe Personal zu finden. Ich glaube, wir müssen sehr stark an unserer Kommunikation arbeiten, denn für viele ist dieses Feld der forensischen Psychiatrie auch wahnsinnig spannend. Trotz aller Herausforderungen ist es ein wunderschöner Beruf, denn wir helfen Menschen direkt – genauso wie im Bereich der Kinderkliniken. Da ist es vielleicht noch ein bisschen leichter, Personal zu finden, weil Kinder und Jugendliche eine andere Klientel sind als psychisch kranke Menschen. Aber de facto ist es ein wahnsinnig spannendes Thema, und es gibt auch die Motivation, hier zusammen eine Verbesserung zu erreichen.

Deshalb werden die Frage der Vernetzung in der Psychiatrielandschaft, das Ankommen einer temporär genutzten Immobilie in der entsprechenden sozialen Infrastruktur vor Ort und die Frage, wie wir den Sanierungsplan – im Übrigen nicht nur dieses neuen Hauses 8, sondern auch der bestehenden Immobilien – vorantreiben, von besonderer Bedeutung sein. Schon jetzt haben wir durch die laufende Instandhaltung, durch den baulichen Unterhalt und das Am-Netz-Halten von Plätzen durchaus auch Erfolge aus den ersten Sitzungen realisieren können. So konnten im Mai dieses Jahres zwölf Plätze in Haus 4 zur Verfügung gestellt werden, die so vorher nicht da waren. Das gelingt nur, weil alle bereit sind, sich aufeinander zuzubewegen. Auch das Personal überlegt: An welchen Stellen kann man gegebenenfalls noch zur Entlastung beitragen? – Deshalb sind diese ganzen Konzeptionen, wie sie jetzt hier entstehen – die MoSiKs und die SteiSiKs, die entsprechende wissenschaftliche Begleitung, der Beirat für forensische Psychiatrie, die Begleitung durch diesen Ausschuss – Dinge, die diesen Prozess unterstützen und die Bedeutung entsprechend klarstellen. Deshalb wäre es sehr gut, wenn wir nicht nur heute oder zur Haushaltsberatung darüber sprechen, sondern auch unterjährig dazu berichten können, damit auch Sie mitgenommen werden und sehen, wie sich die einzelnen Maßnahmen dieses Masterplans KMV 2040 ausformen, weil das etwas ist, was sehr viel Bedeutung hat und wo wir auch allen Mitarbeitenden und Beteiligten unseren Respekt und auch Dank für die bisherige Arbeit zollen. Vor allem sehen wir auch mit Blick in die Zukunft, wo wir anpacken müssen. – In diesem Sinne würde ich für heute gerne verbleiben.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich glaube, wir werden auf jeden Fall darauf zurückkommen. Das ist ja ein Thema, das – wenn man sich den Gesundheitsetat anschaut – eines der Großprojekte ist. Deswegen hatten wir uns als Ausschuss generell überlegt, nach den Haushaltsberatungen die Großprojekte anzuschauen. Vielleicht kommen wir Sie mal besuchen, wenn wir dürfen. Dann können wir noch einmal darüber sprechen, um genau diesem Thema parteiübergreifend mehr Sichtbarkeit zu geben. Das aber hinten angestellt. – Ich habe keine weiteren Wortmeldungen. – Vielen Dank für diese Diskussion! Ich würde die Besprechung zu Punkt a und b damit vertagen, bis das Wortprotokoll vorliegt und ausgewertet werden kann, genauso wie der Antrag zu Punkt c auch vertagt wird, bis die Stellungnahme ent-

sprechend vorliegt oder die Frist abgelaufen ist. – Ich sehe Kopfnicken. Dann können wir so verfahren.

Punkt 5 der Tagesordnung

Antrag der AfD-Fraktion
Drucksache 19/0583

**Umgehender Inflationsausgleich für Berliner
Krankenhäuser**

[0129](#)

GesPflGgleich

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.